

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成26年6月19日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|-----------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号 | 0890200074 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 秀和会 | | |
| 事業所名 | グループホーム さくらんぼ | ユニット名 | 海の町 |
| 所在地 | 〒316-0002 茨城県日立市桜川町1-1-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年11月22日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成26年6月18日 |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

| | |
|-----------------|---|
| 基本情報 リンク先URL | http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0890200074-00&PrefCd=08&VersionCd=022 |
|-----------------|---|

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | | | |
|-------|--------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 〒310-8586 水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年1月22日 | 評価機関 決 済 日 | 平成26年6月5日 |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

| |
|--|
| <p>医療と福祉の複合施設である「ウェルニク・プラザ」の3階フロアにあり、1階はクリニック、2階病棟、4階小規模特養さくら館サテライトがあり連携して入居者の生活を支えています。入居者一人ひとりが居心地のよい生活ができるように個々のケアに取り組んでいます。また、「生活」に彩りを与えるため、食事や買い物に外出するほか四季折々の行事を計画し入居者様に季節を感じてもらえるようにしています。</p> |
|--|

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

| |
|--|
| <p>「ウェルフェア（福祉事業）」と「クリニック」を提供できる町を意味する「ウェルニクプラザ」と名付けられたビルの3階部分に位置する事業所で、「医療と福祉が融合して高齢者サービスを提供すべきである」との医療法人の考えのもとに、医療機関や社会福祉法人が運営するサテライト型特別養護老人ホーム、通所リハビリテーションが入る複合型施設となっている。</p> <p>事務長や管理者をはじめ全職員が地域密着型サービスのあるべき姿を確実に捉えており、利用者や家族等との信頼関係を大切にするなかでサービスの質の向上に向けてステップアップに努めており、利用者は職員の良好なチームワークによる支援を受けながら、ゆったりとした日常生活を送っている。</p> |
|--|

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------|------|---|---|---|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | 1 | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 法人の理念～「安心」の提供をめざす～を踏まえ、グループホーム独自の理念をつくり、管理者、職員が共有できるように年度始めの理念についての研修、その他に職員室に掲示し、意識を高め実践につなげている。 | 「我が家のように笑顔でくつろげる」などの文言が入った事業所独自の理念を掲げている。 年度始めの研修で理念を確認しているほか、事務室への理念掲示や胸章の裏に理念カードを挿し込むなどで共有に努めている。 職員は利用者の思いや意向を聴くなかで、理念で謳っている利用者の「今」に寄り添うために、認知症に伴う周辺症状に対して専門知識をもって支援をするように心がけている。 | 地域密着型サービスの意義を踏まえ、運営方針に掲げている「安心して住み慣れた地域でのなじみの関係や交流」という文面を理念に加えることが望まれる。 |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している | 地域のお祭りや催しなどに積極的に参加し、地域住民との交流を図っている。 | 利用者や職員は地域が主催する敬老会に参加するとともに、「よかっぺ祭り」や「ひたち国際大道芸」、「暮市」などのイベントを見物したり、小学校に出向いてプルタブを寄付したりするなど、地域住民との交流に努めている。 職員は地域住民の認知症に関する相談を受けて解決に導くほか、歌や踊りなどの地域のボランティアを受け入れ、利用者が交流できるよう支援している。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 毎日の認知症の方へのケアで積み重ねてきた技術や知識を、事業所内で留めるのではなく、地域の人々へ発信している。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2か月に1回、運営推進会議を実施し、参加した方々と情報交換を行い、サービス向上に努めている。会議でアドバイスいただいた意見等を参考にし、新たな取り組みを幾つか計画、実施に繋がっている。 | 同一法人が運営する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所と合同で、家族等の代表や市職員、民生委員で運営推進会議を2ヶ月に1回開催しているが、自治会関係者の参加を得るまでには至っていない。 会議では管理者が入居状況や行事結果、感染症予防への取り組みなどを報告している。 会議出席者から「小学校でプルタブを集めているので、交流を兼ねて寄付に出向いてはどうか」との意見を受け、近隣の小学校を訪問している。 | 日本認知症グループホーム協会が2010年3月に発刊した「認知症グループホームにおける運営推進会議ガイドブック」を参考に、自治会関係者を始めとする多様な委員の参加による運営推進会議を開催し、幅広い意見の汲みあげが望まれる。 |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|--|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 運営推進会議に出席していただき、情報の伝達を行っている。会議実施以外での連帯が薄いので日頃からの協力体制作りが必要と思われる。 | 管理者は市に出向いて事業所の運営状況を報告するとともに、身寄りのない利用者が成年後見制度を利用することについて市担当者に相談しているが、日頃から密に連絡を取るなどの連携体制を築くまでには至っていない。 | 市担当者に事業所の考え方や運営並びに現場の実情を伝える機会を設け、地域密着型サービスのより良い運営に向けた連携体制を構築することが望まれる。 |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束が及ぼす影響について、随時、研修を実施し理解に努めているが、現在、グループホーム内で身体拘束を施行している状況。日々の状態観察、家族様への情報提供、モニタリングを行い解除に向けての取り組みを行っている。 | 身体拘束廃止マニュアルを作成するとともに、年1回マニュアルに基づいた研修を実施している。 鼻腔チューブを自己抜去しようとする利用者に対するミトン着用の経過記録を残すとともに、継続の是非について組織全体として判定するなど、身体拘束解除に向けた検討を行っている。 ユニット間の連絡ドアは職員が手薄になる時間帯以外は解錠するようにしているが、外出時に利用するエレベーターや階段についてはテンキースイッチで施錠している。 | エレベーターや階段の施錠について、「切迫性」や「非代替性」、「一時性」の3つの要件を全て満たす状態であることを厳密に検討し、経過記録に残すとともに、家族等や運営推進会議の委員、地域などの協力を得ながら解錠に向けた検討を重ねることが望まれる。 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 施設内での研修を通して、虐待に対する理解を深めている。早期発見、早期対応に努め、虐待防止に取り組んでいる。虐待が起きないように透明性のある環境作り、個々のケアの統一の徹底を行う。 | | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 制度を利用している方の情報を参考に、学ぶ機会を設けている。不明な事があれば関係者への確認を取り活用に繋げている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている | 契約書をもとにその度、利用者、家族に分かりやすい言葉を用いて説明している。随時、不明な点の確認を行い理解・納得を図っている。 | | |
| 10 | 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 随時、利用者や家族等と面談したり面会時に意見や要望の確認できる機会をつくっている。その他、アンケート調査や意見箱設置の活用し意向調査を行っている。 | 管理者は年1回家族アンケートを実施するとともに、アンケート結果や改善策について家族等に伝えている。 職員は家族等が来訪した際に利用者の近況を積極的に説明する中で要望を聞くとともに、要望があった場合には全職員で検討して素早い対応を心がけるなど、家族等との信頼関係構築に努めている。 職員は家族等からの「行事を増やしてほしい」という要望を受け、系列の医療法人が運営する通所リハビリテーション事業所の行事に参加ができるよう支援するなど、運営に反映させている。 | |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 随時、その他必要に応じて面談の時間を設け意見や提案を聞ける機会を設けている。今後の運営に反映できそうな意見や提案について積極的に取り入れている。 | 管理者は月1回のユニット会議や年1回の職員面談において職員の意見や提案を聞いているほか、自ら介護現場に入って職員とコミュニケーションを図り、職員の意見の汲みあげに努めている。 事務長や管理者は、職員の配置異動や研修参加に対する職員の希望を受けて運営に反映させている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 法人において就業規則や職員給与規程を整備しているほか定期健康診断の実施など労働環境の充実に努めている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 職員一人ひとりの力量に応じOJTやOFF-JT等法人内外の研修の受講機会の確保に努めている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 入居者に対する介護サービスの質の向上を図るため、他施設への訪問研修の実施などの取り組みをしている。 | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居前の実調段階で、入所後に安心、安全に生活を送れるように、十分な聴き取りを行っている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居前の事前調査時、家族の要望や意向、本人の望む生活を聴き取り生活支援に活かしている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 入居前の事前調査、アセスメントを十分に行い、その方が必要とする支援の見極めができるように努めている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 事業所の理念でもあるように、介護ではなく生活の支え、施設ではなく入居者の方の自宅という認識のもとケアに取り組んでいる。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 入居前の説明時、入居の契約時に十分な説明を行い、家族の存在、有りかたを理解していただけるように取り組んでいる。 | | |
| 20 | 8 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている | 入居者の今までの生活状況を把握し、入居後も馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援できている。職員だけではなく家族等の協力も得ている。 | 職員は入居時や日々の暮らしのなかで把握した利用者の馴染みの人や場所を、事業所が独自に定めた「暮らしの情報」用紙に記録し、全職員で共有している。 利用者が馴染みの理容店や喫茶店、レストランなどに外出したり、墓参りに出かけたりにできるよう家族等に働きかけている。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 日常生活を通して、入居者同士が共に支え合い、関わりを持って生活ができるように支援に努めている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | 退所された方のご家族にも必要に応じて連絡などを行い、相談援助を通して関係性を維持できている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | 9 | ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。 | 入居前の事前調査時、入居後の思いや意向について6ヶ月の一度のアセスメントの際に本人、またはご家族等と話をする機会を設け把握に努めている。ご家族等については面会時に確認したり、面会が少ない家族等に限っては電話連絡で確認を行っている。 | 職員はアセスメントで把握した結果を「本人の望む生き方や生活」という項目を設けてアセスメントシートに記録するとともに、日々の生活で把握した思いや意向を「日常管理記録ノート」に朱書きで記載することにより、全職員で情報を共有できるよう努めている。 思いや意向の把握が困難な利用者については、日々の行動や表情から汲み取るようにしている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 法人独自の記入用紙を使い、ご本人、または家族等にご協力していただき今までの暮らしの把握に努めている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 一人ひとりの様子を記録に残し現状把握に努めている。その中でも、いつも違った様子などに関しては、事細かに記録に残すようにしている。 | | |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 入居者に担当職員を付け、3ヶ月に一回のモニタリング、6ヶ月に一回のアセスメントを行っている。アセスメントの時期には担当者会議を開き、担当者、本人、家族等の参加も促し意見交換を積極的に行っている。さまざまな意見、アイデアを取り入れプランに反映させている。 | 介護支援専門員を兼務する管理者が作成した介護計画案を基に、利用者を担当する職員などが参加する会議において、家族等の要望や主治医の意見などを参考にしながら検討して介護計画を作成している。 3ヶ月毎のモニタリングとともに、6ヶ月毎の評価結果に基づいて介護計画を見直すとともに、利用者の状態が変化した場合には随時介護計画を見直している。 | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 個別記録の徹底を行い、各自で記録の参照を行ったり、申し送りを取り入れ職員間での情報の共有も行っている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる | 積極的に、外部のボランティアを活用し個々の支援、援助に取り組んでいる。その他、同一建物内のクリニック、病棟、小規模多機能との連携を取り、事業所の多機能化に努めている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している | 同一法人内の地域包括センター、民生員、ボランティア、地域の小学校等、との協働し個々に合った支援援助を行い暮らしをサポートしている。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 本人及び家族等の希望を確認し必要なかかりつけ医への支援を行っている。1階のクリニックを希望される方がほとんどで、一人ひとりに必要な支援を行っている。 | 管理者は契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医を聞いているが、利用者全員が同一ビル内にある法人系列の医療機関の医師をかかりつけ医としている。 専門医への受診は家族等の付き添いを基本としているが、状況に応じて職員が付き添うなどの支援をしている。 家族等が付き添う場合には、事業所の情報システムから出力したバイタルサインなどの記録を手渡している。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 入居者の些細な事でも特養看護師に相談、状況を伝え、適切な指示・アドバイス、看護を受けている。必要時は受診の支援も行っている。特養看護師協力のもと24時間の連絡体制も確保できている。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入退院時に医療機関との情報交換、必要時には入院先に訪問し情報提供をしていただき退院後もグループホームで生活できるように適切な指示、アドバイスをいただいている。主に2F病棟への入院が多いが、外部に入院されても嘱託医の協力により退院後のフォローもできている。 | | |
| 33 | 12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居前、契約時に看取りの指針について説明し同意を得ている。入居後については状態に応じ本人・家族等を交え今後についての意向の確認を行っている。必要時は他職種への相談、協力要請もしている。事業所でできるケアを十分に説明をし同意を得ながら取り組んでいる。 | 「利用者の意思や家族等の意向を最大限尊重する」などの文言が入った「看取りに関する指針」を作成し、契約時に利用者や家族等に説明するとともに書面で同意を得ている。重度化した場合には改めて「看取り介護についての同意書」により家族等の同意を得るとともに、利用者一人ひとりに対応した看取り介護マニュアルを作成し、法人系列の医療機関の医師や看護師と連携しながら看取り介護を実施している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 年間の研修項目に急変時、事故発生時の対応についての研修を行い急変時に備えている。その他、随時、特養看護師により状況に応じた指導をいただいている。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 6ヶ月に1回避難訓練実施している。ウェルニクプラザ全体での訓練となっていたが、課題であったグループホーム単独の総合避難訓練を実施。入居者参加型で行う。今後の課題として夜間想定での訓練を行っていきたい。 | 目標達成計画に掲げていた事業所独自の訓練を含む避難訓練を年2回実施しているが、夜間を想定した避難訓練を実施するまでには至っていない。 避難訓練の実施記録を残しているが、避難訓練で得られた課題を明記するまでには至っていない。 運営推進会議などを通して地域住民に避難訓練への参加協力を呼びかけているが、実現するまでには至っていない。 災害に備えて食糧や飲料水、備品などを関連法人の事業所と合同でビル内に備蓄している。 | 「できるだけ早い時期に夜間を想定した避難訓練を実施する予定」とのことであり、確実な実施が望まれる。 避難訓練実施記録に、避難限界時間内での避難完了に向けた課題を明記するとともに、その対策に取り組むことが望まれる。 地域住民への避難訓練参加を引き続き働きかけ、協力体制の早期構築が望まれる。 |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|--------------------------|------|--|--|--|-------------------|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 | |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | 一人ひとりを理解し、その方に適切な言葉かけや対応を行っている。 | 職員は利用者の職業などの生活歴を把握し、利用者一人ひとりとの距離感を測った言葉遣いをするよう努めている。 脱衣所を挟んで両側に浴室があるため、脱衣所の真ん中をカーテンで仕切っているほか、排泄支援時にはおむつを新聞紙でくるんで運ぶなど、周囲に気付かれないように配慮している。 個人情報に関する書類は、事務室の鍵のかかるロッカーに保管している。 | | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている | 働きかけている。分かりやすいように選択できるような聞き方等している。 | | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 全員満足して1日を過ごしているか？退屈をしている方も何かしたいという思いがあるにも関わらず、希望に添えていない方もでてきている。 | | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している | その時の気分で着たい物を選択できるような声かけを心がけている。 | | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 40 | 15 | ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 盛り付けができる方と一緒にやっている。下善も自分でできる方はして頂いている。 | 法人の管理栄養士が作成した献立に基づいた食材が法人から配送され、事業所で調理する仕組みとなっているが、職員は利用の嗜好や自家菜園の収穫物に応じて柔軟に献立を変更するとともに、誕生日や季節行事には特別食を提供している。 利用者は職員の支援を得ながら調理や食事の準備、後片付けをするとともに、職員と一緒に同じテーブルを囲み、会話を楽しみながら食事をしている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 管理栄養士と相談しながら行っている。食事量、水分量のチェックを行っている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 声かけ、介助行っている。 | | |
| 43 | 16 | ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 支援している。個別の排泄パターンで声かけ援助を行っている。 | 職員は利用者一人ひとりに関する24時間・1ヶ月にわたる排泄状況のチェック表により排泄間隔を把握するとともに、「落ち着きなくなる」などの排泄サインを見逃さずに声かけや前誘導をすることにより、トイレで排泄ができるように支援している。 1日1回のヨーグルト飲料提供や下剤の調整などにより、スムーズに排泄ができるよう工夫するとともに、夜間におむつをしている利用者の場合でも、昼間はリハビリパンツやパッドで過ごせるよう支援している。 | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 水分摂取や適度な運動を取り、予防している。下剤内服し対応している方もいる。 | | |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 毎日希望を聞き時間なども本人の入りたい時間で可能な限り支援している。 | 毎日利用者の希望を聞き、夜間の入浴も含めて入浴支援をしている。入浴剤を使用するほか、柚子湯や菖蒲湯などで季節を感じながら入浴ができるよう工夫している。入浴を拒む利用者に対しては、タイミングを見計らったり、言葉かけを変えたりするなどの工夫をしながら入浴支援をしている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 状況に応じて居室の環境を整え、一人ひとりが不安なく休めるように支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 嘱託医、看護師と連携し調整している。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 季節ごとに外出、外食へ行けるように企画、実施に繋げている。近い行事としてはぶどう狩りや紅葉狩りを実施。 | | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---------------------------------------|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 近くの公園や小学校へ散歩や買い物にでかけている。 | 職員は事業所のウッドデッキでの外気浴のほか、週1回程度近くの公園への散歩やスーパーでの買い物を支援している。 外出計画に基づいて月に2回から3回、車いす使用の利用者も一緒に花見や果物狩り、紅葉狩りのほか、観光地などにドライブに出かけている。 利用者は職員の支援を得ながら、図書館やミュージカル鑑賞に外出している。 | |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している | あまりできていない。自販機でジュースの購入等、訴えがある時に支援している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | 本人の希望がある時は支援している。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 使いやすい様、配置など気をつけている。 | 居間兼食堂の一角にソファを配置したテレビコーナーや談話コーナーを設けるとともに、廊下の所々にもソファを配置し、利用者が思い思いの場所で落ち着いて過ごせるよう工夫している。 テーブルに季節の花を飾るとともに、柔らかさを感じさせる和風照明を採用するなど、ビル内という雰囲気を感じさせないゆったりとした家庭的な雰囲気づくりに努めている。 | |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | ソファに座って団欒できるスペースがあり、コミュニケーションがとれる場所がある。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | なじみの物を持参して頂き居心地よく過ごせるように配慮できている。 | 職員は利用者や家族等に馴染みの物品の持ち込みを働きかけており、利用者は使い慣れた整理筆筒やテレビ、目覚まし時計を持ち込んでいるほか、位牌や家族の写真を飾ったり、絨毯を敷いて小テーブルと座椅子を置いたりするなど、自分に合った居心地のよい居室づくりをしている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | 建物内部のハードの部分を工夫し、一人ひとりが能力の向上、維持ができるように環境作りを行っている。 | | |

| V アウトカム項目 | | |
|-----------|--|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25) | ○ 1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3, 利用者の1/3くらいの 4, ほとんど掴んでいない |
| 57 | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38) | ○ 1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38) | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36, 37) | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49) | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31) | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28) | ○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない |
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 (参考項目：9, 10, 19) | ○ 1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない |

| | | |
|----|--|---|
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19) | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="checkbox"/> 4, ほとんどない |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4) | <input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない <input type="checkbox"/> 4, 全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 4, ほとんどいない |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 4, ほとんどいない |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 4, ほとんどいない |

(様式4)

目標達成計画

事業所名 グループホームさくらんぼ

作成日 平成26年6月13日

【目標達成計画】

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題 | 目標 | 目標達成に向けた具体的な取組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|---|--------------------|---|------------|
| 1 | 6 | 階段やエレベーターにテンキーが設置してあり入居者が自分の意思で外出できる環境づくりができていない。 | 解錠に向け、必要な準備を行う。 | 経過記録作成。家族へのアンケートを配布し、施錠していることについての意見を集める、他のグループホームはどのような対応をとっているのかを確認する。運営推進会議で議題として提示し、検討する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 5 | 運営推進会議以外での市町村との連携を密に取り、協力関係を築けるまでに至っていない。 | 市町村との協力体制を築く。 | 運営推進会議の参加者（市職員）を通して、今後の取り組み（連携体制の構築など）を相談。定期的な電話連絡からスタートし、管理者または施設職員が出向いて関わりを持てるようにする。 | 12ヶ月 |
| 3 | 35 | グループホーム独自の避難訓練は実施できているが、地域住民が参加した訓練実施までは至っていない。 | 地域住民参加型の避難訓練の実施。 | 防災委員会を中心に避難訓練計画書を作成する。まずは、運営推進会議のメンバーに参加を依頼し実施に繋げる。 | 6ヶ月 |
| 4 | 4 | 運営推進会議の参加者が固定されている。また、自治会関係者の参加を得るまでには至っていない。 | 自治会関係者の参加。 | 「認知症グループホームにおける運営推進会議ガイドブック」の再度、見直しを行う。民生員などから自治会の方に知り合いがないか話を伺い、声をかけ参加を促していく。自治会だけに限定せず、多彩な方へのアプローチも行っていく。 | 12ヶ月 |
| 5 | 1 | より良い施設作りに向けて理念の見直し。 | 新たな理念を立て、職員に伝えていく。 | 実施済み。 | — |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。