

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成26年1月30日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|------------------------------|----------------|-----------|
| 事業所番号 | 0890500093 | | |
| 法人名 | アイリレー 株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホーム あいりレー石岡 | ユニット名 | うみ |
| 所在地 | 〒315-0005 茨城県石岡市鹿の子3-1-29 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年6月28日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成26年1月6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_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0890500093-00&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25年8月28日 | 評価機関 決 裁 日 | 平成25年12月3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）】

| |
|-----------------------|
| ①月間行事 ②訪問診療（内科・歯科） |
|-----------------------|

【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>理事長が住職であることから玄関のロビーに大きな仏壇を設置し、盆や彼岸には利用者と一緒に拝んだり、居室に仏壇がある利用者の場合は居室で拝んだりしている。</p> <p>玄関のロビーに花を飾り、季節感を取り入れている。</p> <p>居間兼食堂や居室の窓によしずを配置するとともに、扇風機やエアコンを活用して暑さ対策をしている。</p> <p>地域との交流も積極的であり、ボランティアを受け入れたり、市の祭りの会議に職員が参加し、獅子舞が事業所へ来て舞いを見せてくれている。</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 | <グループホームあいりレー石岡 基本理念> ・あなたの笑顔がみたいから私も笑顔で接します→職員は笑顔で利用者様に対応することを心掛け、利用者様も笑顔でいられることで、利用者様と職員とで笑顔を共有している。 ・家族のような明るくおもしろいあるホームを目指します→家族のように些細なことでも思いやりを持ち、感謝の気持ちを自然に伝えるようにしています ・地域の方々との交流を大切にします→秋祭りなどのホーム内での行事を通して、地域の方々との交流も大切にすることを心掛けている | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念と法人理念を玄関ホールに掲示しているほか、全体会議や朝礼で確認して共有を図り、実践につなげている。 | |
| 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 | 大谷津から鹿の子へ引っ越しして1年だが、地域の方々とのつきあいが浅く、馴染めていない。毎月の回覧や運営推進会議や行事への参加等、声掛けするも思うように集まらず。同じ班内に住む職員の協力を仰ぎ、地域とのつきあいを密にし利用者様が安心・安全に生活できるようにしていきたい。 参加呼びかけ：秋祭り 運営推進会議への参加 近隣の娯楽施設・食堂の利用 | 自治会に加入していないが、事業所便りを発行した際にはその都度回覧板に入れてもらったり、回覧板を利用して事業所の秋祭りの開催を知らせたりして、地域の人々の参加を得ている。 市の祭りでは事業所に獅子舞が来たり、利用者は近隣の公園で行われる灯籠流しや花見に出かけ、地域の人々と交流している。 市社会福祉協議会に登録しているボランティアが来訪して舞踊を披露したり、秋祭りでは来訪者にふるまう料理を作ってくれたりしているほか、見守りの支援をしてくれている。 | |
| 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 | 外食会やいちごがりなど、ホーム以外で行う行事の時には、お店の方と事前に食事形態やバイリヤフリーなどの確認を行い、利用者様がお店を利用する際に何が必要かを理解して頂いている。 事務所入り口に「物忘れ相談受付中」を提示し来客・家族の方の相談を受けている。また、職員の半数以上が認知症サポート養成講座受講しています。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 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 | ケアホームと合同に2か月ごとに実施開催しています。メンバー：利用者様ご家族、地域住民、民生委員、市の職員、訪問歯科、学校・保育園職員など 実施内容：ホーム内での活動報告（入退居・事故・ヒヤリハット・利用者様の状況）、月によって勉強会など。また、提案事項では各事業所で抱えている問題を提案し運営推進メンバーと意見交換を行うようにしアドバイスをもとに職員会議で話し合いを行い、その結果を次の会議で報告することでサービスの向上に活かせるように心掛けています。 | 運営推進会議は市からの提案で同一法人の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。 会議には家族等や市職員、民生委員、協力歯科医師、近隣にある小学校教員、近隣にある保育園園長などが参加している。 会議に多くの委員が参加してもらえるよう開催案内は郵送のほか直接届けており、欠席者には電話やFAXで確認するとともに記録に残している。 会議で委員から「利用者の急変時に備えて、救急搬送病院などを確認しておいた方がよい」との意見が出され、管理者や職員で検討し、救急搬送病院や延命措置の希望の有無、緊急連絡先を記載する「急変時対応についての確認書」を作成することになり、何度も話し合いながら修正を重ねて完成させている。 | |

☆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 |
| 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に取り組んでいる | 随時（最低でも月に1回は）市役所へ足を運び、介護保険室、社会福祉課にて、入居の問い合わせ、相談、介護保険の申請や生活保護の方のオムツ請求等で直接担当の職員さんと話すように心掛けています。また、石岡市内の地域密着型サービス事業所を集めた協議会でも市の職員が参加して下さることで意見交換ができるようになっていきます。 | 管理者や職員は市担当者に要介護更新認定申請時に利用者の状態を報告したり、生活保護受給者の利用状況を報告したりしているほか、入院している利用者の退院後の生活について電話や訪問をして相談している。 年3回市内にある地域密着型サービス事業所と市が合同で開催する勉強会に参加して意見交換をするなど、協力関係を築くように取り組んでいる。 | |
| 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 | 足元へのベッド柵の使用の前にはセンサーマットや頭側の柵に鈴をつける、ナースコールが押せるような工夫も実施したりと禁止の対象となる行為をしないように心掛けています。ただし、カンファで職員と対策を検討し、やむを得ない場合のみご家族へ説明し書類にて承諾して頂いている。また柵の使用も一定の期間のみでその都度話し合いを行い、状態の変化に応じ中止・終了しています。 | 身体拘束排除マニュアルを作成し、全職員に配布して理解を促すよう努めているが、研修を実施して職員の理解を深めるまでには至っていない。 ベッドからの転落予防のため、ベッドに柵4本を使用している利用者がいる。 身体拘束を行う場合に作成する、家族等への説明書や同意書、検討記録の様式は準備しているが、ベッド4点柵使用に関して作成するまでには至っていない。 身体拘束解除に向けて話し合っているが、記録に残すまでには至っていない。 | 身体拘束排除マニュアルを参考に研修を開催し、身体拘束をしないケアについて職員の理解を深めるよう努めることを期待する。 ベッドに4点柵を使用する場合は家族等への説明書や同意書を作成するとともに、身体拘束解除に向けて検討した内容を記録に残すことが望まれる。 |
| 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 | 利用者様へのサービス中に職員同士で確認したり、利用者様からの会話の中や生活日記の記録など虐待につながるのではないかとと思われる発言・行動等がみられた場合には、その職員へきちんと注意をするようにしています。また、カンファの席でも普段の何気ないサービスや声掛けが虐待につながる行為か話し合いをし虐待防止に努めている | | |
| 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 | 管理者以外の職員にも石岡市地域密着型サービス事業所協議会の主催する研修に参加し、権利擁護について学べる機会を設け、また勉強してきたことをカンファの席で報告し、その資料を基に各自勉強し報告書を出してもらっている。 | | |

☆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 | 契約時にはご家族と読み合わせをし、疑問に思うことなど、その都度説明し理解、納得した中で契約を締結するよう努めています。 (解約時も同様) | | |
| 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 | 年に2回の家族会の開催や運営推進会議への参加、随時面会時などにご家族様からの意見や要望を聞いている。また、利用者様にも時間の限られた中で意見や要望を可能な限り聞くように努め、緊急のものについては即日話し合い、そうでないものについては、カンファの席で職員へ相談内容を報告し検討・改善できるように努めている。また決まったことはその都度、利用者様やご家族様にも報告している。 | 年2回の家族会開催時や家族等の面会時に利用者や家族等の意見を確認するとともに、家族会に参加できなかった家族等には家族会で話し合った結果を文書で報告している。 今までは秋祭りを屋外のみで実施し、屋内は休憩所として使用していたが、家族等の意見を受け、本年度からは暑さを避けながら祭りが楽しめるよう屋内にも祭りの飾り付けをするとともに、食べ物や飲み物を用意することとしている。 意見箱を設置したり、家族アンケートを実施するまでには至っておらず、全ての利用者や家族等の意見を汲みあげるまでには至っていない。 | 利用者や家族等がいつでも意見を出せるよう、意見箱を設置することを期待する。 意見を出し難い家族等に配慮し、無記名の家族アンケートを実施するなど、意見等を汲みあげるよう取り組むことを期待する。 |
| 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 | 毎月の職員会議の中で職員からの意見や提案など聞く機会を設けています。その中で事業所内で解決できる問題は職員同士意見を出し合い全員が納得できるまで話し合いますが、事業所内で解決できないことに関してはグループ会社での会議の中で相談するようにし、その結果もきちんと職員へ報告するようにしています。 | 管理者やユニットリーダーが会議で職員の意見を聞いたり、代表の来訪時に職員と直接話す時間を設けたりして職員の意見等を聞いている。 「検食を保管するために冷凍庫がほしい」との職員の意見を受けて購入するなど、職員から出た意見等を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 | 管理者をはじめ、主任・マネージャーが職員の勤務態度、力量、実績等を見極め、パート職員か正社員、一般職員からユニットリーダーなど努力している職員に対しては人事や社長に報告し昇格や給料の見直しをしてもらっている。また、定期的に職員と面談をし現状の悩みを聞くことで働きやすくするため環境を整え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 |
| 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 | 新人職員にはユニットリーダーが研修指導者としてつき指導している。研修終了後には管理者と主任での面談実施し現状の問題点や課題を話すようにしている。また、研修期間中を指導している職員とも随時、研修中の問題点等、指摘し指導するように話をしています。また、ヘルパーの資格がない職員にはグループ会社で実施している講座の受講し資格取得に努めている。 | | |
| 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 | 石岡市地域型サービス事業所協議会での研修会へ参加することで、各事業所の職員との意見や情報交換することでサービスの向上へ取り組んでいる。また、グループ会社の研修会を通して他の事業所の職員との交流する機会も設けるようにしています。 | | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・職員が他の利用者様との橋渡しをする事で、ホームでの生活を安心して送れるように支援しています ・日々の生活の中で、職員は利用者様に対して傾聴の姿勢で努めています ・たくさん関わりを持つ事で、信頼関係が築けるように心がけています | | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族様からの相談があったときや要望に対して、親身になって傾聴することで、安心して信頼していただけるように努めています。また、家族会や運営推進会議、メールや電話でのやり取りの中でも随時、相談や要望に応じるように努めています。 | | |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・相談があった段階で、ご本人やご家族様の思いを取り入れたサービスが提供出来る様に努めています | | |

☆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 | ・職員全員が、ご利用様とのコミュニケーションを大事にし信頼関係が築けるように努め、共同生活の場の一員としての意識で取り組むように心がけている | | |
| 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 | ・外出、外泊、病院受診の付き添いを契約時に説明し協力していただく事で、共に支えていけるよう努めています。また看取り介護を希望されているご家族様には、職員と主治医とご家族様とでご利用様を共に支え、ケアできるようにと説明させて頂いています。 | | |
| 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 | ・馴染みの方との面会や連絡は、随時取れる体制になっています ・日頃のコミュニケーションで人や場所等、ご利用様が大事に思っていることが感じ取れるときには出来るだけ配慮し傾聴に心がけている | 契約時に利用者や家族等から馴染みの人や場所を聞くとともに、職員は会議や申し送りノートで共有している。 「家を見たい」や「行き付けの美容室に行きたい」などの利用者の希望を受け、職員が付き添っている。 利用者が友人へ電話をかけたり、年賀状が出せるよう手助けをして馴染みの関係が途切れないよう支援をしている。 | |
| 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 | ・職員はご利用様の相性や身体状況、認知症状、特長を把握した上で、ご利用者同士が協力し合えるように橋渡しを行い、孤立しないように支援に努めています。 | | |
| 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 | 契約終了した方やそのご家族様へのフォローとしグループ会社内の事業所の利用説明やグループホームへの再入居の相談等、その都度必要に応じて対応できるよう努めています。 | | |

☆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。 | 利用者様一人ひとりの思いや希望、意向に沿えるよう把握に努め、随時、本人とご家族様とホームで話し合いを行うことで、本人にとってどうすることが一番よいのかを常に検討しています。（在宅での生活を強く希望し、ご家族様と在宅生活に向けての検討を行い、訪問やデイサービスを利用しながらの在宅支援を提供した事例あり。） | 職員は利用者との会話の中から思いや意向を聴いたり、確認をしたりしているほか、家族等からも情報を得ている。 自ら言葉を発することができない利用者については、表情やしぐさから意向の把握に努めている。 新たに把握した情報は、全職員で共有ができるよう日誌や申し送りノートに記録している。 | |
| 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 | これまでの生活歴・家族歴・病歴・性格・現状のサービス内容などの利用者様に関する情報は入居前より職員全員が把握できるようにファイル作成しています。また、入居後、不足している情報や対応について以前利用していた事業所へ確認し、その都度現場へ報告したいる。ケースカンファレンスでの再確認も行うようにしています。 | | |
| 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 | 毎朝のバイタル測定をはじめ、毎週月曜日の訪問歯科での治療や口腔ケア、毎週火曜日の内科往診にて診察にて体調チェックや事前の相談内容にて必要に応じての検査の実施。普段から利用者様の状態の変化を見逃さないように声かけやスキンシップをとるように努めています。また、それらの記録は各ファイル（往診ファイル・生活日記など）すべて書き残しています。 | | |
| 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 | 入居時、介護度の変更、状態の変化のあった時など、本人やご家族様の要望、現状の課題に沿った介護計画、アセスメントの見直し、モニタリングなど、ケースカンファを開催し現状に即した介護計画書を作成に努めています。 | 介護計画は設定期間に合わせて見直すほか、日常生活動作に変化が生じた場合に見直しているが、アセスメントやモニタリングに基づいて見直すまでには至っていない。 介護計画がファイルに保管されておらず、いつでも確認ができる状態に整理されていない。 カンファレンスに利用者や家族等は参加しておらず、参加の働きかけもしていない。 | 介護計画はアセスメントやモニタリングに基づいて見直すとともに、いつでも確認ができるよう整理して保管することを期待する。 カンファレンスに利用者や家族等の参加を働きかけ、意見を取り入れながら介護計画を作成することを期待する。 |

☆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 | 毎日の申し送りをはじめ、個人の生活記録や日誌に日々の様子や実践内容を記録することで職員間での情報の共有が図れている。また、カンファで各担当利用者様の検討事項や最確認事項など報告する場を設け、意見交換しケアの統一に努めています。 | | |
| 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、その時々に見え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 | 利用者様一人ひとり状態が違うため、個々にあったサービスをその都度検討し取り組むようにしています。例えば、食事形態でミキサー食の方のご家族様からの希望で目で楽しめる食事はないかと相談を受けたときに、摂食回復支援食を主治医と検討し提供している。 | | |
| 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 | 地域資源を活用することで利用者様一人ひとりが安心して生活できるように支援している。 | | |
| 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し、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 | 毎週火曜日に内科往診はあるも、入居前からのかかりつけ医を希望する利用者様やご家族様の希望を大切し無理に変更は進めてはけません。また、往診だけの治療が難しい場合は適切な医療が受けられように主治医から紹介してもらい受診や入院ができるように支援に努めています。 | 契約時に利用者や家族等と相談してかかりつけ医を決めている。 利用者は基本的に週1回協力医療機関の医師による訪問診療を受診しているが、通院を必要とする場合は職員が付き添っている。 普段は訪問診療を受診している利用者でも、状態の変化により検査が必要と診断された場合には、家族等が付き添っている。 協力医療機関の医師に電話で利用者の状態を伝えたり、受診結果の報告を電話で受けるなど、連携を図っている。 訪問診療や通院の結果を家族等に電話で連絡したり、毎月職員が手紙で報告をしたりしている。 | |
| 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 | 看護師はいませんが、看取り介護実施にあたり訪問看護との連絡、相談は実施している。ただし、訪問看護を利用する前に利用者様が急変されたこともあり利用に至っていない。 | | |

☆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。 | 利用者様が入院した際には、随時、相談員や担当医師、看護師に状態を聞き、なるべく早く退院できるように相談している。また、ご家族様と一緒に担当医師、看護師、相談員と病状について、ホームで戻られてから生活の注意点など退院調整会議へ参加しています。 | | |
| 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 | 主治医より状態の変化等で家族と今後の方向を決めるようにと指示がでた際、ご家族様と連絡を取り今後の治療方針を話し合っている。その中で看取りを希望するご家族様がいた場合にはホーム内で協議し医療連携を整え看取り介護を実施していく。ただ、31で記載しているが看取り介護実施にあたり主治医・訪問看護・ホームと看取り体制を整えている最中急変され、実際看取り介護まで至らなかった事例あり。 | 事業所は看取りを行う方針である。重度化した場合や終末期の対応マニュアルを作成するとともに、職員は内部研修や外部研修を受講している。契約時に利用者や家族等に、重度化した場合や看取りの対応方針を説明するとともに、延命措置の希望の有無を確認し、書面に残している。 | |
| 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 | ご家族様と家族会や運営推進会議の中で急変時に対する話し合いを行い書類にて確認もとっている。職員は救急救命の講習を受けることで急変時に備えている。また、事故が起きた際には、外傷等で受診が必要な時には主治医に連絡し受診、処置していただき、その日の内に事故に対する検討会議を開き、事故の原因や対策など話し合っている。ヒヤリハットについても同様に検討会議を開き事故につながらないように統一したケアの実践につなげている。 | | |
| 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 | 毎月11日は防災の日とし、月ごとに訓練内容を変更し実践している。平成25年3月・・・夜間想定での避難訓練の実施しました(消防要請してあったが当日、市内の火災事故に出動してしまい立ち合いなしでの実施) | 年2回避難訓練を実施しているが、訓練で明らかになった課題の改善に向けて話し合うまでには至っていない。防災訓練マニュアルを職員に配布するとともに、マニュアルにそった訓練を実施している。近隣住民に避難訓練への参加を働きかけるまでには至っていない。災害に備えて防災頭巾やヘルメット、懐中電灯などを居間に準備をしている。米や乾パン、缶詰、のり、飲料水、カセットコンロ、ラジオ、おむつ、毛布、軍手などを備蓄するとともに、リストを作成している。 | 避難訓練で明らかになった課題の改善に向けて検討するとともに、記録に残して次回の訓練に活かせるよう取り組むことを期待する。回覧板を活用するなどして地域の人々に避難訓練への参加を呼びかけるとともに、地域の人々が参加し易いように、事業所行事に合わせて避難訓練を行うなどの工夫を期待する。 |

☆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 | 認知や身体介護面で重度化の方が多い中ではありますが、一人ひとり声かけや対応を工夫している。特に言葉が出せない利用者様には表情やうなずきなどのちょっとした変化にも注意をはらうように心がけています。 | 職員はプライバシー保護に関するマニュアルに基づいた研修を受講し、利用者に適切な声かけや対応をしている。 契約時に個人情報の取り扱い方法を説明するとともに、個人情報使用に関する同意を書面で得ている。 個人情報に関する書類は事務所の鍵のかかる棚で管理している。 | |
| 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 | 自己決定ができにくい中でも声かけの工夫をすることで選ぶことができるように働きかけている。例えば。外食の時には、事前にメニューを借り、レクに時間にメニューを見て選んでもらうようにしている。その中でも「何でもいい」という利用者様がいれば、いくつかの選択肢用意し選べるようにしています。言葉が出せない利用者様には表情やうなずきで決定している。 | | |
| 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 | 一人ひとりのペースを大事にし、体を休めたい時には居室へ誘導したり、カラオケやドライブ、買い物など希望があれば時間が可能な限り対応するように心がけてはいるが、急に体調を崩される利用者様がいたときには、その方中心や職員ペースになりがちになってしまうこともある。 | | |
| 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 | 自己決定を重視しつつも季節感がない場合もみられるので（暑いのに冬のセーターを選んでいるなど）、その場合には自尊心を傷つけないように声かけし、季節にあった衣類を選ぶように誘導している。また衣類の汚れや、男性は特に髭、女性は髪の毛の寝癖、など職員で気にかけるようにしています。毎月2回、市内の美容師さんが来荘し、理美容サービスも行っています。 | | |

☆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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 食器拭きや後片付け、野菜の皮むきなど、できることを手伝ってもらうことで、自分のむいた野菜がどんな料理になるのか楽しみにしている。また、毎月お楽しみメニューがあり、事前に利用者様から食べたいものを聞き取りし、掲示板に告知し実行している。毎週土曜日には利用者様によるおやつ作りがあります。 | 普段は宅配業者による献立の食材が届き、利用者は職員と一緒に野菜の皮むきをしたり、食器の後片付けなどを行っている。 毎月外食を支援したり、月1回利用者の希望を聞きながら「お楽しみ献立」を提供したりしている。 嫌いな食べ物については、業者から材料が届く前に代替食を注文して対応している。 利用者は週1回職員と一緒に水羊羹や豆腐デザート、チーズマフィンなどのおやつ作りをしている。 | |
| 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 | 利用者様の咀嚼、嚥下機能の状態を把握した中で食事形態も一人ひとり違うもの提供し誤嚥防止に努めています。また、採血の結果や食事量、体重の減少などの問題がある場合には栄養補助食品にて栄養補給を行っています。水分量もその都度チェックし、排泄有無や脱水に注意しています。 | | |
| 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、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 | 毎週月曜日に訪問歯科にて口腔ケアの実施。また、毎食後の口腔ケア実施の際にも、歯科衛生士の指示にて磨き残しのある利用者様の仕上げ磨きも行い清潔を保てるように支援している。随時、口腔内の異変（歯の痛み、傷、義歯の噛み合わせなど）時には訪問日以外にも診察していただける体制になっている。 | | |
| 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 | トイレ内での排泄を心かけ、個々に応じた声かけ対応実施。尿、便意の訴えない利用者様には時間でのトイレ誘導を行い、失禁の軽減に努めている。 | 職員は排泄チェック表を活用しながら、周囲に気付かれないよう利用者に声をかけてトイレ誘導をしている。 日中はポータブルトイレや紙パンツを使用しながらトイレでの排泄を支援している。 トイレに収納ボックスを配置し、尿とりパッドや紙パンツが見えないよう配慮しながら収納している。 | |

☆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 | 必要な利用者様には牛乳、ヨーグルト、ヤクルトなど個々に応じた対応にて便秘改善に努めている。また、水分や食物、運動でも改善できない場合のみ、整腸剤の処方にて排便コントロールを実施している。排便時、排泄困難で苦しんでいる利用者様には腹部、肛門マッサージや浣腸、坐薬を使用することもあります。なるべくは自然排便を促せるようにしています。 | | |
| 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 | 当日のバイタルや体調を見ながら毎日の入浴を心掛けています。1人での入浴が不安な利用者様には羞恥心を配慮しながら見守りを実施しています。また、利用者様の状態によって浴槽へ困難な時にはシャワー浴を行っている。シャワー浴も体調によって困難な時には清拭や手・足浴を実施しています。 | 昼間でも夜間でも、利用者が入浴したい時に入浴ができるよう支援している。 浴室に滑り止めシートを設置したり、浴槽内椅子やシャワーチェアを用意したりして、安全に入浴ができるよう配慮している。 菖蒲湯や柚子湯などで季節感のある入浴を取り入れている。 入浴を拒む利用者の場合は居室で清拭を行い、清潔が保てるように努めている。 | |
| 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 | 日中活動することで夜間の安眠につなげている。例えば体を動かすレクリエーションや個々の能力に応じたレクリエーションの実施。適度な食休みの実施をすることで生活にメリハリをつけるように心掛けています。 | | |
| 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 | 誤薬事故防止のため、配薬前に自分以外の職員に薬の確認（名前、日付、食後、食前等）、服用前にも利用者様と読み合せ確認の実行している。また、薬変更時にも全職員が薬の目的、副作用について把握できるように記録に残し、申し送りも徹底している。薬服用での変化がみられるときにはその都度、主治医へ連絡し対応に努めている。 | | |
| 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 | 個々の能力に応じた役割を与えている。また、必ず終わった後には感謝の気持ちを伝え、利用者様自身にも頼られているという実感を持っていただけるよう支援しています。 | | |

☆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 | 毎週日曜日をはじめ毎月外へ出る機会を設けている。また、ご家族様と協力し、お彼岸やお盆には墓参りに出掛けています。行事等で職員だけでは人数が困難な時にはご家族やボランティアさんにお手伝いしていただいています。 | 日常的に散歩を支援しているほか、行き先を決めずにドライブに出かけたり、花見や苺狩り、ぶどう狩り、産業祭などへ外出ができるよう支援をしている。 遠出の場合は家族等やボランティアの協力を得ながら外出支援をしている。 | |
| 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 | お金の管理ができる利用者様は小銭程度の所持金を管理している。金額が多い時には事務所で預かりその都度必要時に渡すようにしています。 | | |
| 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 | 暑中見舞いや年賀状など利用者様の手作りハガキをご家族様に送っている。また、ご家族様から許可のでている親族やお友達には電話ができるようになっている（ご家族間でのトラブル防止のため） | | |
| 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 | 居室やリビングの温度・湿度はその都度配慮しながら調節している。また、掃除を徹底し不快なおいや汚れがないように職員一人ひとりが意識をもって行うようしている。掲示物にもその季節に応じたディスプレイを飾ることで利用者様に季節がわかるように工夫しています。 | 居間兼食堂に利用者が制作した貼り絵や風景画を展示するとともに、行事の写真や人形を飾っているほか、テレビやソファを配置している。 居間兼食堂の掃き出し口は広めで、車いすを使用している利用者でも出入りができる広さがあり、緊急時に避難がし易い設計となっている。 居間兼食堂から出られるテラスがあり、テラスを通過してユニット間の行き来ができるため、ユニットの垣根がなく、交流ができる環境となっている。 利用者が足を伸ばして寛げるよう、居間兼食堂に畳のスペースを設置しているほか、吐き出し口によしずを配置している。 普段横になって過ごす利用者が居室で孤立してしまわないよう、居間兼食堂にベッドごと過ごせるスペースを設けている。 | |

☆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 |
| 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 | リビングでは気の合う利用者様同士が気軽に話せる空間を設けるようにしている。また、居室は個室になっているため利用者様の気分で独りで過ごせるようになっている。 | | |
| 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 | 入居時に自宅で使用していた家具や食器、写真、絵など持ち込んでもらうことで利用者様が居心地よく過ごせるように配慮しています。 | 居室にはベッドとエアコンが備え付けられている。 利用者は居室に好みのカーテンを掛けたり、仏壇など大切な物品を持ち込んだりしているほか、布団やハンガーラック、車いす、ポータブルトイレなど馴染みの物品を置いたり、家族の写真を飾ったりして、自宅で過ごしているのと同じような部屋づくりをしている。 | |
| 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 | 利用者様のできる能力を發揮できるように、物の配置など安全に生活できるように工夫している。 | | |

| 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 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 グループホームあいりレー石岡

作成日 平成26年1月28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 | 身体拘束マニュアルを作成し全職員に配布して理解を図るように努めているも研修実施して職員の理解を深めるまでに至っていない。また、身体拘束解除に向けての話し合いをしているが記録に残すまでに至っていない。 | 身体拘束の研修を実施し職員の理解を深めるように努める。また、身体拘束解除に向けて検討した内容をきちんと記録に残すようにする。 | ①身体拘束の研修の実施 ②検討記録の様式の活用 | ①平成26年2月実施予定 ②随時 |
| 2 | 10 | 年に2回の家族会開催時や面会時に家族の意見を確認しているが、目安箱や家族アンケートを実施するまで至っていない。 | 利用者や家等が意見を出せるように目安箱の設置やアンケートの実施する。 | ①目安箱の設置 ②アンケート用紙の作成・配布・実施 | ①今年中 ②今年中 |
| 3 | 26 | 介護計画は定期期間・日常生活動作に変化が生じた場合に見直しているも、アセスメントやモニタリングに基づいてまでの見直しには至っていない。またカンファレンスに利用者や家族が参加しておらず、参加の働きかけもしていない。 | アセスメントやモニタリングに基づいて介護計画書を見直すようにする。また、利用者・家族にカンファレンスへの参加を働きかけ、意見を取り入れながら介護計画書を作成する。 | ①利用者や家族が参加したカンファレンスの実施 | ①随時 |
| 4 | 35 | 消防訓練の実施はしているが訓練で明らかになった課題の改善に向けての話し合いの記録が残されていない。また、近所の方の避難訓練の参加までの働きかけまで至っていない。 | 課題に向けての話し合った内容を記録へ残すようにする。また、近所の方が気軽に参加できるように工夫をする。 | ①避難訓練報告書の活用 ②回覧板の活用や参加時に防災用の食品を配布する | ①避難訓練時 ②避難訓練時 |

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。