

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成25年7月22日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|---------------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号 | 0872100904 | | |
| 法人名 | 医療法人社団 健晴会 | | |
| 事業所名 | グループホーム ますおか内科 | ユニット名 | 1階 |
| 所在地 | 〒312-0054 茨城県ひたちなか市はしかべ1-2-3 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月1日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成25年7月11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_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0872100904-00&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4月23日 | 評価確定日 | 平成25年7月9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>基本理念である「その人らしさを尊重し、地域の方々と交流を深め笑顔で健やかに過ごせるように支援致し、母体である医療法人社団健晴会ますおか内科クリニックの医師、看護師との連携を図り体調の変化などには、迅速に対応できます。</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>事業所は閑静な住宅地の一角にあり、道路の向かい側に母体となる協力医療機関があることから、緊急時でも迅速に往診などの対応ができ、利用者が安心して生活ができる環境となっている。 協力医療機関の医師による月2回の訪問診療と協力医療機関の看護師による週3回の健康チェックが行われ、利用者や家族等の安心につながっている。 管理者や職員は利用者の意志を尊重し、食事の準備など、利用者がこれまでしてきたことやできることなどの役割を担いながら、生き生きと生活ができるよう支援するとともに、日常の生活の中で常に利用者の声に耳を傾け、意向にそったサービスの提供ができるよう努めている。</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 | 「その人らしさを尊重し、地域の方々と交流を深め笑顔で健やかに過ごせるように支援致します」との理念を職員全員で賛同し、会議やミーティングで確認、共有しながら利用者関わっている。 | 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を作成し、事務室と職員の休憩室に掲示するとともに、月1回開催する職員会議時に全職員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 | 運営推進会議などで様々な情報、アドバイスを頂き、活かしながら地域の催しものやボランティアの方々との交流を図っている。 | 利用者は職員と一緒に地域の夏祭りで行われる踊りに参加している。 月1回地域のボランティアが来訪し、マジックや踊りを披露している。 年1回近隣の小学生が来訪し、リコーダーの演奏や利用者と一緒にお手玉遊びをして交流を深めている。 事業所は自治会に加入しており、職員は月1回の地域の資源ゴミ回収の当番を担うなど、日頃から地域住民と交流を図っている。 | |
| 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 | これまでの経験、研修より得た知識を地域に伝えられるように、お便りで広報活動や相談などを受け、少しでも理解が広がるよう努めている。 | | |
| 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 | 2ヶ月に1回運営推進開催し、日々の催し物やレクリエーション等の様子を写真を見て頂きながら報告している。熱中症対策についてや、計画作成で作るうえで困っていることは無いか助言を頂く。 | 運営推進会議は利用者や家族等の代表、市職員、自治会長、民生委員で2ヶ月に1回開催し、運営状況や避難訓練の実施状況、行事報告などを行っている。 以前は日課であるレクリエーションを同じ音楽をかけながら首などの簡単な運動をしていたためマンネリ化だったが、自治会長の提案で手足の運動を増やしたり、曲の種類を増やした結果、レクリエーションに新鮮さが加わり、利用者が積極的に参加するようになった。 熱中症予防対策として事業所内の室温を1度下げるなど、会議で出た意見等を積極的に取り入れ、サービスの質の向上に活かしている。 | |

☆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 |
| 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 | 見学者やボランティアの受け入れに対応している。また、市町村からのお知らせ、案内をもらい、必要時連絡、相談をしている。 | 市担当者とは生活保護受給利用者の手続きや連絡などで訪問したり、電話で相談するなど、日常的に連絡を取っている。 職員は介護保険法改正に伴う事務手続きに関する市主催の説明会に出席している。 市からの要請を受け、入居相談者の事業所見学に随時対応するなど、協力関係を築いている。 | |
| 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 | 職員が身体拘束について、正しい知識、理解ができるよう勉強会を行っている。当ホームは交通量の多い道路に面しており、事故防止の為施錠している為、家族に書面で同意が得られるようにしていく。 | 身体拘束排除マニュアルを作成し、職員は年1回の内部研修で身体拘束となる具体的な行為とその弊害を正しく理解するとともに、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 日中は基本的に玄関を施錠していないが、事業所は交通量の多い道路に面していることから、早朝や夜間のほか職員の目が届きにくい時間は玄関を施錠する場合がある。 玄関の施錠について家族等に口頭で説明しているが、書面で同意を得るまでには至っていない。 職員の目が届きにくい時間でも玄関を施錠しなくて済むよう、職員で定期的に話し合うまでには至っていない。 現在、身体拘束の対象となる利用者はいないが、「身体拘束に関する説明書」や「経過観察記録」、「同意書」、「再検討記録」など、やむを得ず身体拘束をする場合に備えて書類を整備するまでには至っていない。 | やむを得ず身体拘束が必要となる場合に備え、「身体拘束に関する説明書」や「経過観察記録」、「同意書」、「再検討記録」など、書類の整備を期待する。 日中玄関を施錠しなくて済むよう職員で定期的に話し合うとともに、日中は職員が利用者につき添い、自由に外に出られるような体制づくりを検討することを期待する。 |
| 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逃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 | 虐待防止についての勉強会の開催や、研修を受けての報告を行い、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 | 勉強会など話し合いの場を設け、必要に応じて活用できるよう努めている。 | | |

☆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 |
| 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 | 入居者本人、家族に十分な説明を行い、その都度質問にも対応しながら確認を取り、理解、納得して頂けるよう努めている。 | | |
| 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 | 運営推進にも家族に出席してもらい、要望、意見を取り入れ対応している。入居者からお買い物や、ドライブに行きたい場所を提案してもらっている。 | 玄関に意見箱を設置しているほか、職員は日常の会話を通して利用者の意見や要望を聴くよう努めている。 家族等からは面会時に事務所で意見等を聴いている。 管理者や職員は日頃から利用者や家族等が意見や要望などを出し易い雰囲気づくりに努め、家族等の要望で花見や果物狩りの外出の機会を増やしたり、利用者の要望でプランターで花の苗を植えながら土いじりをする機会をつくるなど、出た意見等を職員会議で話し合い、運営に活かしている。 | |
| 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 | 代表者、管理者は月1回全体会議を開催し、職員と意見交換を行っている。各職員からの意見を大事にし、素早く対応できるように努めている。 | 管理者は月1回職員会議と職員ヒヤリングを実施し、職員の意見や要望を聞く機会を設けるとともに、日頃から個別に意見や要望を聞き、意見等を出し易い関係づくりに努めている。 職員の意見等を反映させ、利用者の入浴時の安全対策として浴室の手すりの一部を横から縦に変更したり、毎朝の居室の雑巾がけや食堂の掃き掃除など、利用者の能力に合わせた役割を増やしている。 | |
| 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 | 代表者は職員の勤務状況の把握に努め、適切な人員配置を行いながら、やりがいを持って働けるような職場環境を整えている。 | | |

☆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 | 管理者、職員が研修を受けれる機会を確保し、介護の質や本人のスキルアップにつながるよう積極的に研修、勉強会に参加している。研修後も報告会を開き、他職員にも伝達、共有できるようにしている。 | | |
| 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 | 介護支援専門員・グループホーム連絡協議会に属し、研修会等に参加しながら積極的に情報交換をする機会を持ち、質の向上に努めている。 | | |
| 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 | 困っている事、思っても言葉で伝えられない時には、気持ちをくみ取りながら相手のペースに合わせ、じっくり話を聞き対応するよう心掛けている。 | | |
| 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 | 家族の不安や困っている事、要望に耳を傾け、安心してもらい信頼関係が築けるよう努めている。 | | |
| 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 | 相談時他のサービスも視野に入れた上で、本人と家族が必要としているサービスを選んでもらえるよう分かりやすく伝えることを心掛けている。 | | |

☆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 |
| 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 | 調理や裁縫のコツなど入居者様から教わる事も多く、コミュニケーションを取りながら、より良い関係を築いている。 | | |
| 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 | 職員は家族、入居者と日頃から積極的にコミュニケーションを図り、気付いた事や近況報告をしながら、共に支える関係を築ける様努めている。 | | |
| 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 | 家族だけでなく、昔からの友人やご近所の友人も来訪されている。思い出の場所や、行きつけのお店などには家族と相談し、外出できるよう協力をお願いしている。 | 職員は利用者の馴染みの人や場所との関係が途切れないように、昔からの友人や知人がいつでも来訪できるよう支援している。 家族等の協力を得て利用者が思い出の場所や行きつけの店などに行けるよう支援している。 利用者は家族等と馴染みの店で食事をしたり、家族等と外出した時に知人宅を訪問し、会話を楽しんだりしている。 | |
| 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 | 自分から話かけるのが苦手な入居者へも、目を配り、皆と打ち解けられるよう話題を提供したり、1・2F全員が参加できるレクリエーションや誕生会を開催したり、交流の場を提供している。 | | |
| 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 | サービス修了後、退所後も困ったことがあれば相談出来る事を伝え、関係を続けて行ける様に努めている。 | | |

☆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 |
| 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。 | 家族、本人の希望、意向をじっくりと聞き、把握に努めている。困難な場合も、本人の気持ちに寄り添い、希望に近づけるよう検討している。 | 職員は利用者との会話を通して生活上の希望など、意向の把握に努めている。意向の把握が困難な利用者の場合は、表情やしぐさなどから判断したり家族等から情報を得、できるだけ意向にそったサービスが提供できるよう努めているが、「把握した利用者の思い」や「職員会議やミーティング時で利用者本位に検討した結果」を記録に残すまでには至っていない。 | 利用者との日常会話の中で把握した利用者の思いや意向を個人記録簿にアンダーラインを引いて解りやすく記載するとともに、職員会議や毎朝のミーティング時で利用者本位に検討した結果も記録に残すことを期待する。 |
| 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 | 家族、本人より話を聞き、生活歴、趣味など馴染みの暮らしができるようアセスメント、観察、把握できるよう努めている。 | / | |
| 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 | 日々の変化、身体、精神状態の観察を行い、個人ごとに記録している。申し送りを行い、情報をスタッフ間で共有し変化に素早く対応できるようにしている。 | / | |
| 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 | 定期的カンファレンスを開催し、家族、本人、スタッフ等より意見や希望を聞き、介護計画を作成している。変化が生じた場合は、状態に応じて再アセスメントを行い、計画の修正を図っている。 | 介護計画は利用者や家族等の希望を踏まえ、協力医療機関の医師や訪問看護師の意見を参考に、職員会議で話し合って作成している。 モニタリングを6ヶ月毎に実施するとともに、長期目標は1年毎、短期目標は3ヶ月毎に見直している。 利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、担当の医師や訪問看護師など必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画に見直している。 | |

☆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 | 毎日の様子やケアの実践、結果を個々に記録し、申し送りで情報を共有し、ケアや計画の見直しに活かしている。重要事項や変更があった際には、別の申し送りノートに記入し、職員全員が業務開始前に目を通し確認する事を徹底している。 | | |
| 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 | 本人や家族の要望の変化に答え、事業所の多機能性を考え活かせるように努めている。 | | |
| 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 | 医療機関、ボランティア、消防署の協力が得られている。今後も協力を働きかけていく。 | | |
| 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支援している | 協力病院と連携し承諾を得たうえで、状態や必要に応じて本人や家族と相談をし、他科受診ができるようにしている。 | 入居前からのかかりつけ医への受診を希望する場合は家族等の協力を得ているが、家族等の対応が困難な場合は職員が受診支援をしている。 受診した医療機関から受診結果を提出してもらい、個人記録台帳に綴じて全職員で共有している。 協力医療機関を受診する場合は職員が付き添い、適切な医療を受けられるよう支援するとともに、結果を家族等に電話で報告している。 | |
| 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支援している | 母体クリニックの看護職員に、入居者の状態や気付いた事を伝え、訪問看護時に適切な処置や受診のアドバイスを受けられ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 |
| 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。 | 受診や入院の際には、必ず職員が付添い情報提供、交換を行っている。近隣の病院とも連携を図っている。 | | |
| 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 | 入居経過や状態により、本人や家族の意向を聞き、方針をスタッフ全員で共有しカンファレンス等で変化に対応した支援が出来るよう努めている。 | 利用者が重度化した場合は、事業所で支援が可能か医師の判断を仰いでいる。事業所は看取りの経験はなく、重度化や終末期対応に関するマニュアルを作成するまでには至っていない。重度化した場合や看取りの対応は契約書に数行表示するのみであり、重度化や終末期に向けた事業所の対応方針を詳細に明文化したり、書面で同意を得るまでには至っていない。 | 重度化した場合や終末期の事業所の対応指針を明文化するとともに、マニュアルを作成し、事業所としてできることとできないことを利用者や家族等に十分説明して書面で同意を得ることを期待する。 |
| 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 | 緊急時の対応、手当、事故発生時の初期対応についてマニュアルに沿って対応が出来るように勉強会を開催している。 | | |
| 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 | 消防署の協力を得て定期的に防災訓練を行っており、避難方法、消火方法留意点を確認しマニュアルを作成している。また、スプリンクラーも設置しており、6ヶ月ごとに点検を受けている。 | 年2回避難訓練を実施し、内1回は夜間想定避難訓練を実施しているが、避難訓練に近隣住民の参加を得るまでには至っていない。避難訓練の反省会を行い、課題等を話し合うまでには至っていない。貯水槽を設置して飲料水を確保するとともに、災害時に備えて乾パンや缶詰、カセットコンロなどを備蓄してリストを作成しているが、個数や賞味期限、点検日を記載して管理するまでには至っていない。 | 避難訓練終了後は全職員で反省会を行い、課題等を話し合って記録に残すとともに、次回の訓練に活かすことを期待する。避難訓練に近隣住民の参加が得られるよう運営推進会議で話し合い、委員を通して近隣住民に参加を呼びかけることを期待する。備蓄品のリストを整理し、在庫や賞味期限などを管理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 |
| 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 | 入居者の人格を尊重し、声かけ、言葉遣いに気を付けて対応している。入浴は隣で見守りのもとゆっくり一人で入れるよう支援し、プライバシーを確保できるよう努めている。 | 職員は利用者一人ひとりの人格を尊重した対応に努めており、排泄時には周囲の人に気付かれないようさりげなく声かけをしたり、誘導をしている 個人情報に関する書類は事務室の鍵のかかる引き出しに保管し、情報の漏洩防止に努めている。 | |
| 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 | 本人の自己決定を引き出せるような分かりやすい説明、選択方法、対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 行事への参加や入浴、食事の時間帯等、出来るだけ本人の意思を尊重し、職員の都合を優先しないように配慮している。 | | |
| 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 | 定期的に理容師に来てもらい、希望者はカットやセットをして頂いている。女性では朝のお化粧品や入浴後に化粧水をつけたりなど昔からの習慣が継続できるよう家族に協力してもらっている。 | | |

☆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 |
| 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 | 職員見守りのもと、食事の準備や片づけに携わっている。立ち仕事は難しくとも、自分の席のテーブルを拭いてもらうなど、一人ひとり出来ることを継続して行えるよう支援している。 | 職員は利用者と同じテーブルで利用者と同じ食事を摂っている。 嚥下が困難な利用者にはとろみ食を提供しているほか、肉が苦手な利用者には魚の代替食を用意するなど、嗜好に合わせた食事を提供している。 雛祭りにはちらし寿司、クリスマスにはチキンなど、季節に合った食事を提供し、食事が楽しめるよう支援しているほか、ゼリーやプリンなど、手軽にできる手作りおやつを利用者と職員と一緒に作っている。 利用者は野菜の皮むきやテーブル拭き、下膳、食器洗い、おしぼりたたみなど、できる範囲で役割を担っている。 | |
| 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 | 食事、水分チェック表を利用し、入居者一人ひとりの摂取量に気を配り、1日摂取量を把握し状態に応じた支援ができるよう配慮している。 | | |
| 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 | 毎食後、口腔状態や本人の力に合わせ、うがい、歯磨きを行い口腔ケアに努めている。また、夜間帯は義歯を外し消毒している。 | | |
| 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 | 排泄チェック表により、個々の排泄パターンを把握し、時間で声かけ誘導をしている。オムツ使用者も、身体機能が安定している頃より、再びトイレで排泄できるようトイレ誘導を行っている。 | 利用者の殆どは紙パンツやパッドを使用しており、職員は排泄チェック表を確認しながら適切に声かけやトイレ誘導を行い、排泄の自立に向けた支援をしている。 紙おむつを使用している利用者に対しても、日中は2時間おきにトイレ誘導し、紙おむつ削減につなげている。 | |

☆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 |
| 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 | 水分調整に留意すると共に、おやつには調整作用のあるヨーグルトを摂取している。また、毎日体操を取り入れ、便秘のある方には、腹部マッサージや医師が便秘薬を処方している。 | | |
| 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 | 入居者の入浴希望日を決めて、本人の希望、事情、タイミング、体調に合わせて調整し入浴できるようにしている。また、体に負担がかからないよう、半身浴や希望時足浴など個々に合わせた支援を行っている。 | 週3回午後入浴を基本としているが、利用者の体調に合わせて、清拭や足浴などの対応もしている。 入浴を拒む利用者には理由を聞いて翌日にしたり、入りたい気持ちになるまで待つて無理なく入浴ができるよう支援している。 季節に合わせて菖蒲湯や柚子湯を取り入れ、利用者が楽しく入浴ができるよう支援している。 | |
| 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 | 日中はメリハリのある生活をして頂き、希望時は休息できるように配慮している。一人ひとりの睡眠パターンの把握に努め、安眠できるように留意している。必要時には医師により本人に合う眠剤を処方している。 | | |
| 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 | 入居者一人ひとりの薬情情報がカードックスに記載されており、職員はそれを確認し正しい服薬の支援に努めている。また、訪問看護、医師の往診にて症状の変化の対応に努めている。 | | |
| 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 | 個々の出来る事、得意なことを見出し、役割を持って張り合いのある生活を送って頂けるように心掛けている。天気の良い日は近くの公園まで出かけ、季節の花々を眺め、気分転換できるようにしている。 | | |

☆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 |
| 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 | 職員とドライブに出かけ、季節を感じて頂ける様にお花見や梨狩りに参加されている。本人の体調に合わせ、外泊、外食を提案し、家族にも協力をお願いしている。 | 天気の良い日は、利用者は職員と一緒に近くの公園まで散歩をしている。 職員は利用者の希望にそって近くの洋品店や百元ショップに出かけられるよう支援しているほか、半年毎に外出計画を立て、季節毎の花見や偕楽園の観梅、海浜公園、ひたちなか市のファッションクルーズ、果物狩りなどに出かけられるよう支援している。 | |
| 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 | 買い物とで金銭を所持する際には、家族と一緒に出掛けてもらえるように協力をお願いしている。 | | |
| 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 | 希望時には、施設の電話を使用してもらっている。耳が遠い方は、職員が代わりに伝言を伝えたり、家族に伝え連絡を取ってもらえるようにお願いしている。 | | |
| 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 | 暖色系のカーテンや暖簾で明るく落ち着いた雰囲気、毎日の掃除により清潔で観葉植物や花のある心和む空間を作っている。室温、湿度も常注意している。 | 廊下にソファを配置し、利用者が寛げるよう配慮している。 居間兼食堂にDVDプレイヤーを設置し、職員は利用者が自由に鑑賞できるよう支援しているほか、季節の花や利用者が折紙で折った季節の花の作品を飾り、季節感を取り入れている。 脱衣所の入り口にカーテンを設置してプライバシーに配慮しているほか、浴室にはシャワーチェアを配置し、利用者が安全に体が洗えるよう工夫をしている。 | |

☆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 |
| 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 | リビングや玄関先にベンチを置き、気の合った入居者同士や職員と談話したり、一人になったりできるペースを確保している。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 居室にテレビや家具を完備しており、本人の写真や小物等の私物が飾られ、居心地良くその人らしい部屋作りができています。 | 居室にはベッドやカーテン、ロッカー、テレビ、テーブル、椅子、エアコン、空気清浄機が備え付けられている。 利用者は家族等の写真や時計、使い慣れた整理筆筒などを自由に持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫している。 居室の入り口の壁に利用者の名前を書いたカードを取り付け、利用者が自分の部屋を間違えないよう工夫している。 | |
| 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 | 手すりやバリアフリーを考慮しており、物の置き場所はその都度話し合い、入居者の行動や使いやすさを考えて環境整備にあたっている。 | | |

| 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="checkbox"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 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 グループホームますおか内科

作成日 平成25年7月16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 | 身体拘束に必要な書類の整備が出来ていない。日中職員の目が届きにくい時は、玄関を施錠している。 | 身体拘束に関する書類の整備を行う。日中玄関の施錠をしない体制を整える。 | やむを得ず身体拘束が必要となる場合に備え、書類を準備する。玄関施錠を減らせるように定期的に職員間で話し合い、職員付添のもと日中の自由な外出支援を検討する。 | 12ヶ月 |
| 2 | 23 | 利用者の思いや意向を個人記録や職員会録に残せていない | 思いや意向を把握し、記録に残す | 個人記録簿に利用者の思いや意向を解りやすく記載する。職員会議やミーティングでの検討した結果も記録に残す。 | 12ヶ月 |
| 3 | 33 | 看取りの具体的な支援方法を明記していない | 看取りの具体的な支援方法を明記する | 重度化した場合や終末期の対応指針を明文化し、事業所として出来る事、出来ない事を利用者や家族に説明して書面で同意を得ていく。 | 12ヶ月 |
| 4 | 35 | 避難訓練に近隣住民の参加を得るに至っていない。備蓄品のリストに、賞味期限、在庫、点検日を記載する項目がない。 | 地域の方々に避難訓練に参加して頂く。災害時の備蓄品のリストを修正する。 | 地域の民生委員などを通じて、近隣住民の方に避難訓練の参加を呼び掛けていく。備蓄品のリストを整理し、在庫や賞味期限などを管理していく。 | 12ヶ月 |
| 5 | | | | | |

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。