

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成25年12月12日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---------|--------------------------------|----------------|-------------|
| 事業所番号 | 0890200058 | | |
| 法人名 | 有限会社 アコード | | |
| 事業所名 | グループホーム ユートピア | ユニット名 | 1階ユニット |
| 所在地 | 〒316-0034 茨城県日立市東成沢町3-23-13 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年6月19日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成25年12月10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=0890200058-00&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26日 | 評価機関 決裁日 | 平成25年11月21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）】

ご家族と職員の、相互の信頼関係を築くことに力を入れている。普段からチームワークの重要性を職員に理解させる努力をしている。
家族会を設置し、ご家族の希望を聞き入れ、反映する仕組みを行っている。
地域密着サービスであるので、ボランティアや、地域の方と様々なイベント等を通じて、ご入居様と交流し、または、認知症の方々の様子を理解していただくように努めている。

【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）】

コンピューター会社も経営する代表者が、自分の入院という実経験や認知症の家族を介護したという体験を踏まえ、介護をする家族等を支援したいという思いで開設した事業所である。
職員はコンピューター技術をフルに活用した「利用者記録管理システム」を活用する中で、利用者の状態を観察しながらきめ細かな支援をしており、入居時に不穏だった利用者が落ち着いてくるなど、着実な成果を上げている。
職員は、地域密着型サービス事業の目指すところをよく理解して良好なチームワークで利用者支援をしており、利用者はその支援を得ながら自分の趣味を楽しんで穏やかに暮らしている。

☆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 |
| 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 | 地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作り、全職員で毎日の申し送り時、暗記にて声を出し復唱を行いチームワークを持って実施している。 | 全職員で話し合って策定した「家庭的な雰囲気の中で」や「地域の一員として尊重され」などのキーワードを含む事業所独自の理念を掲げている。 理念を玄関に掲示するとともに、毎日の申し送り時に復唱している。 職員は利用者のペースを大切にするとともに、掲示物をできるだけ少なくするなど、家庭的な雰囲気づくりに努めている。 | |
| 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 | 行事、イベントの時はご近所へ案内所を送り地域の方が参加しやすいように働きかけている。天気の良い日に学童の見送りや地域の避難訓練の参加やご近所からの季節の野菜などの差し入れなどがあり、以前より交流が深まった。 | 管理者は事業所の2階にあるコミュニティホールで開催する演奏会や浪曲、踊りなどの行事に地域住民を招待する一方で、地域住民からは季節の野菜など多くのお裾分けがあり、双方向の交流をしている。 利用者は地域の防災訓練への参加を通して地域住民と交流しているほか、近隣の小学校に登下校する児童に声かけや見守りをしている。 | |
| 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 | 入居者の散歩の機会を作り、ご近所の挨拶からの交流を実施する。ご近所の方から散歩中に挨拶や声をかけてもらったり、ご近所からの季節の野菜の差し入れを入居者が食べた時の様子を伝えたりして、認知症を理解して頂ける様努めている。 | | |
| 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か月に1回の運営推進会議を実施して、ご家族の代表から意見、要望を頂きホーム側で会議を行い、サービスの向上に取り入れて努めている。その取組の結果を報告している。 | 利用者や家族等、市職員、民生委員、近隣住民、他事業所職員が出席する運営推進会議を2ヶ月に1回開催している。 運営推進会議をバーベキュー行事に併せて開催するなどの工夫をしながら、事業所の運営状況や外部評価結果、研修結果などを報告している。 管理者は会議出席者が推奨するドライブ先や地域交流センターでの催事などの情報を得て、事業所行事に組み込んでいる。 | |

☆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 | 運営推進会議に出席して頂き、ホームの活動を知って頂くと同時に会議の出席者との情報交換や協力を働きかけながら、より良い関係を築けるよう努めている。 | 管理者は要介護更新認定の申請などで市役所を訪問した際に、利用者の区分変更や介護事故防止に向けた取り組みについて市担当者と話し合っている。 市主催の事業所連絡会に管理者が出席したり、バーベキューなどの事業所主催の行事に運営推進会議の委員として市担当者を招待したりしており、これらの機会を捉えて市担当者とコミュニケーションを図っている。 | |
| 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 | 全職員が拘束をしない介護を実践、理解できるように、勉強会や職員間で話し合いの場を設けている。職員の勤務体制に応じて夜間帯のみ玄関を施錠している。精神的な拘束も理解し、できるだけ自由に生活していただけ様本人の望むことに対して支援を努めている。 | 管理者は身体拘束廃止マニュアルを作成するとともに、マニュアルに基づいた年1回の内部研修を通して、職員が身体拘束の内容や弊害を理解するよう努めている。 転落の危険があるという理由でベッドに4点柵を使用していたが、職員や家族等で代替案について話し合い、きめ細かな見守りをする事によって身体拘束を解除している。 屋内階段からの転落や一人での外出の恐れがあるという理由で、2階の居間兼食堂の出入り口を施錠しているが、経過記録を残すまでには至っていない。 | ベッド4点柵の解除など身体拘束をしないケアに対する真摯な取り組みを踏まえたうえで、自己評価に記載されている「施錠が身体拘束であることを認識したうえで、職員の勤務体制によってはリビングの出入り口を施錠している」ことについて、経過記録を作成するとともに、解除に向けて取り組むことが望まれる。 |
| 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 | 勉強会の実施や、職員間で声掛けをして、話してはいけない言葉や行動を確認し合い、お互い注意して防止に努めている。 | | |
| 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に支援している | 常に話し合いを持ち、本人の希望に添えるように支援している。 | | |

☆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 |
| 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 | ご家族が理解できるまで説明を行い、ご家族が納得していただくから手続きを進めている。加算や料金改定時は家族会を用いて、十分な説明を行い、理解していただける様努めている。 | | |
| 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 | 玄関前のカウンターに意見書箱を設置している。家族が意見を言いやすいような雰囲気を作り、面会時の受付時に必ず顔を出し、ご家族から意見や要望が聞ける様な会話をしよう努めている。 | 管理者は家族等に週1回のリネン交換を兼ねた事業所訪問を働きかけており、来訪した家族等と顔馴染みの関係を築く中で家族等の意見を汲みあげるよう努めている。 年1回の家族会総会や2ヶ月毎の家族会のほか、連絡帳による家族等との情報交換、月1回の介護相談員受け入れなど、利用者や家族等の意見や要望の汲みあげに向けて積極的な取り組みをしている。 職員は家族等の意見や要望に基づき、きめ細かな居室清掃や布団干しをするように努めている。 | |
| 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 | 職員同士のユニット会議などで出た意見はメールで職員及び代表者、管理者も全員読めるようになっていて、すぐに改善できる体制が出来ている。 | 管理者は月数回のユニット会議において職員の意見を聞いており、出た意見等を代表者や会議に出席できなかった職員にメールで発信して情報の共有を図るとともに、運営への反映に努めている。 管理者は職員の要望を受け、入浴日の勤務体制を強化したり、ブレンダーや車いす用体重計などの備品を購入したりしている。 | |
| 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 | 職員に当番や、役割を与え、責任感とやりがいを与えたりしているが、キャリアパス制度は事業所の規模からして難しいと考えているが、それに相当するものを整備することを考えている。 | | |

☆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 | 認知症実践者研修に参加させたり、OJTやOffJTなど、自社で独自の研修を実施している。 | | |
| 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 | 日立市内の事業者連絡会や、介護相談員連絡会になどの会に出席し、他事業所のいい情報などを参考にし、サービスの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 | 入居前にご家族と本人とで見学に来て頂き会話をして情報を得る。入居初日から24時間シートやアセスメントシートを活用して本人の要望、不安、気持ち、望む暮らしなどを取り入れ不安なく過ごせる様に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居前の見学時に家族の気持ち、要望、不安を受容し、入居後の来訪時の度にホームでの生活の様子を伝え、安心を持ってもらい、職員との会話で信頼関係を深めるよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 24時間シートやアセスメント票を活用し本人を1ヶ月間観察行った後、家族や職員の情報意見を元に支援方法や対応についてカンファレンス等を行い、全職員が同じ対応が出来るようにメールなどで周知している。 | | |

☆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 |
| 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 | 入居者を家族の一員と思い、日々に一緒に過ごす中で家事の手伝いやレクなどの参加で共有し合える関係を築き、信頼関係を常に深める様努めている。 | | |
| 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 | 入居者と家族の橋渡しが出来る様、家族が来訪時に安心できる伝え方で入居者の日々の様子を伝え、家族が安心していただける様な関係作りを築くのを努めている。 | | |
| 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 | 本人からの要望にて、部屋に馴染みの家具を配置したり、馴染みの人や場所への外出やドライブで出向き、話しをしながら昔を思い出していたく様努めている。 | 職員は生活歴やセンター方式の「24時間生活変化シート」により、以前の職場の友人や近隣住民など、利用者の人間関係の一端を把握しているが、利用者がこれまで培ってきた人間関係や場所との継続を支援するという観点に立って馴染みの人や場所を把握するまでには至っていない。 職員は以前の職場近辺へのドライブや馴染みの美容室への外出などを支援するとともに、来訪した顔馴染みの友人に再来訪を働きかけている。 | センター方式の「基本情報（私の支援マップシート）」を活用し、馴染みの人や場所を利用者を中心に図式化して関係の継続支援につなげていくことを期待する。 |
| 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 | 一人一人の性格や相性などを職員は観察行い情報を共有し合い、入居者の間に入り入居者同士が楽しく会話ができて快適及び友好的な生活が送られ、入居者同士の関係が深まるように努めている。 | | |
| 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 | サービス利用が終了しても、家族などからの連絡や情報を頂いたり又、提供しながら、相談や支援に努めている。 | | |

☆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。 | 入居者との会話の中で本人の思いや意向を聞き取り、ホーム内での生活が満足しているか職員間で情報を共有し合い、観察シートや記録を参考に入居者の把握に努めている。 | 職員は利用者と一緒にお茶を飲みながらリラックスした雰囲気の中で、利用者の思いや希望、意向を聴いており、その結果を電子データとして利用者記録管理システムに保存し、全職員が携帯情報端末で閲覧して共有している。 職員は「歌を唄うのが楽しみだ」や「家に電話したい」など、他の職員に知ってほしい利用者の思いや意向について、電子付箋を付けるなど、システムの機能をフルに活用して情報の共有化を図っている。 意思疎通が困難な利用者には、家族等の来訪時に利用者の思いや意向を把握するように努めている。 | | |
| 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 | 見学や訪問時の情報、家族からの情報を基に、本人が望む暮らしを理解したうえで、職員間で情報の共有し合い、日々の記録を参考にして経過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 | 24時間シートの活用や日々の記録、週2日の入浴、2週間おきの往診で個々の心身状態の観察を常に行い、残存能力の把握に努め、メールや申送りの際に情報を共有している。 | | | |
| 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 | 担当職員と他職員を交えた定期的なモニタリングの際に、他職員と意見、情報を交換し合い現状に即した介護計画を作成出来る様務めている。 | 計画作成担当者が作成した介護計画案を利用者や家族等の要望、医師の意見を踏まえながら、管理者や利用者の担当職員、看護職員が参加するカンファレンスで検討し、介護計画として確定している。 毎月のモニタリング及び目標期間に応じた評価を踏まえて介護計画を見直している。 「骨折した」や「薬が変わり観察が必要になった」など、利用者の状況が変化した場合には、目標期間に係わらず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 | 日々の様子や生活を記録する際、介護記録のソフト入力への書き方や効率よい活用を全職員が統一するように情報の共有を実施できるように取り組んでいる。 | | |
| 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 | 入居者のニーズに応じた支援を心がけ、ボランティア行事や家族の協力を得て、状況に応じた支援を会議などで話し合いを行い、毎月の行事計画に取り入れられる様務めている。 | | |
| 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 | 本人の出来る事が続けられる様に、地域の一員として買い物や散歩、外食などを楽しめる支援に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 2週間おきの往診(内科)を受け、健康管理を図っている。内科以外の受診は、往診の先生に相談行い、ご家族の協力を得て、適切な医療を受けられる様支援している。 | 契約時に利用者のかかりつけ医を把握するとともに、職員は利用者や家族等が希望するかかりつけ医への受診につき添い、結果を家族等に報告している。 家族等が付き添う場合には、利用者記録管理システムから出力したバイタルサインの記録などを家族等に手渡すとともに、受診結果をシステムに入力して全職員で共有している。 | |
| 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 | 介護職員は、常に入居者の健康状態を確認、把握し変化がある時は、直ぐに看護師へ報告、相談する事を徹底し、受診や看護などの対応が出来る様24時間連絡が取れる連携を取っている。 | | |

☆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 |
| 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。 | 入院先の看護師からの情報の収集やご家族からの情報、職員代表者が直接面会に行った情報などを看護師や担当医師などに報告行い、退院時の対応について話し合いを実施している。 | | |
| 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 | ホーム内で出来る介護力の限界を家族に説明、理解していただき、担当医、事業所、管理者、看護師、全職員と家族で方針を決め共有して、家族の協力を頂きながら対応する。 | 「重度化した場合における対応に係る指針」に併せて、事業所として「できること・できないこと」を記載した補完文書を作成しているが、利用者や家族等から書面で同意を得るまでには至っていない。 管理者は重度化や終末期介護に向けた職員研修を実施している。 | 事業所と家族等との意向がずれたまま重度化の時期を迎えることのないよう、補完文書の内容を「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むとともに、利用者や家族等に重要事項として説明し、書面で同意を得ることが望まれる。 |
| 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 | 急変時に備えた対応を予測し、看護師と共に共同して行きながら、マニュアルに沿った対応を定期的に訓練し、実施に努めている。 | | |
| 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 | 年2回の避難訓練を実施。災害対策の食糧や水は職員の解りやすい場所に保管して、賞味期限も把握し常に対応出来る様管理している。 | 年2回夜間想定や、消防署立会いを含む避難訓練や消防設備点検を実施している。 2階利用者の場合は、2階のベランダやコミュニティホールに避難するという方針のもとで実施した避難訓練において、避難完了時間や課題を記した訓練結果を作成している。 職員は、課題としてあげられた歩行困難な利用者の避難方法などについて話し合っているが、避難限界時間を把握するまでには至っていない。 地域住民は避難してきた利用者の見守りという役割で避難訓練に参加しているが、避難時間短縮など、直接的な役割を担うまでには至っていない。 災害に備えて食糧や飲料水、介護用品などを備蓄している。 | 避難限界時間の把握とともに、その時間内の避難完了に向けて地域住民と早期に協力体制を構築することが望まれる。 |

☆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 | 入居者の人格を尊重した言葉のかけ方や、接し方が出来る様に、職員同士意識し合って1人1人に対応している。また、職員同士注意し合えるよう取り組んでいる。 | 職員は利用者の生活歴を把握して利用者との距離感を計りながら「ちゃん付け」や「さん付け」を使い分けるよう努めている。 排泄誘導の際には、周囲に気付かれないうように小声で誘導するとともに、トイレのドアを確実に閉めるなど、プライバシーに配慮している。 年1回個人情報保護に関する研修を実施している。 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 | 本人の希望を表現しやすい声掛け・働きかけ・話を受容し、どのように支援をしていけるかを話し合っている。ご家族に説明・理解して頂いた後、協力して頂く事もある。 | | |
| 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し、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 | 一人一人の生活のリズムを把握して、個人のペースを大切に本人の意見を尊重した関わり方を持ち入りながら支援を実施している。 | | |
| 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 | 2か月に1度の定期的に散髪や顔そりを実施している。本人の気持ちを尊重した声掛けにて、毎朝起床後の洗顔や整髪、更衣時や入浴時の自分で着たい洋服選びや行事時の化粧などの実施に取り組んでいる。 | | |

☆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 | 全入居者の好みのメニューを日ごとに取り入れ、料理の工夫や調理法などを活用して好き嫌い無く食べてもらう様に支援している。また、下ごしらえや盛り付け、味見みを一緒にいり食事が楽しめる様努めている。 | 調理担当職員が利用者の希望や好みを踏まえながら献立を作成し、地域住民からお裾分けがあった旬の果物や野菜を取り入れた食事を作っている。 利用者の誕生日や季節行事の際には、利用者の希望を取り入れながら刺身や出前の寿司を提供している。 年に数回ドライブを兼ねて外食を楽しんでいる。 利用者は職員の支援を得ながら調理や食事の準備、後片付けなどをするとともに、職員と一緒にテーブルを囲み、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 | 健康状態を把握しやすいように、介護ソフトを活用して、常に入居者の摂取記録が確認できる状態になっている。制限のある入居者又は摂取量が少ない入居者はケアプランで取り入れ統一した支援が出来る様努めている。 | | |
| 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、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、入居者個々に合わせた口腔ケアを行い、担当歯科医師からのアドバイスを取り入れ職員が清潔を保持できるような介助や声掛けを実施している。年に2回、担当歯科医師の歯科検診実施予定。 | | |
| 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 | 記録を活用して個々の排泄のリズムを把握し、職員間で話し合い介護計画に取り入れ、本人の喪失を与えないような声掛けを行いながら排泄の自立に向け支援している。 | 職員は利用者一人ひとりの排泄記録を利用者記録管理システムに入力するとともに、記録結果を携帯端末で確認しながら時間を決めて前誘導をしている。 早朝の失禁が多い利用者については、下剤の服用時間を調整するなどの工夫により、トイレで排泄ができるよう支援している。 布パンツ使用を基本としており、利用者の状態を観察しながらパッドやおむつの使用を最小限にす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 |
| 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 | 毎日の体操や機能訓練などの適度な運動、献立へ食物繊維や海藻類の取り入れ、1日1回乳製品の提供を実施している。また、個々に合わせた対応も取り組んでいる。 | | |
| 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 | 週2回の入浴を実施している。楽しんでもらう様、やみかんの皮、ゆず、しょうぶなどを持ち入り工夫している。本人の要望の時間に入浴出来る様に努めている。 | 週2回昼間の時間帯の入浴を基本としているが、利用者の希望にそった入浴や清拭、足浴も可能となっている。湯船にみかんの皮を入れたり、柚子湯や菖蒲湯のほか、入浴剤を使用したりして季節感を取り入れているほか、利用者のこだわりの石鹸を使用したりしている。入浴を拒む利用者には、入浴介助や声をかける職員を替えたりしながら入浴ができるように工夫している。 | |
| 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 | 入居者と関わりながら日中の活動を共にし、昼夜逆転の予防を実施し、昼寝を取り入れながら、夜間の睡眠状態を把握している。 | | |
| 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 | マニュアルを作成し、誤薬や飲み忘れが無い様に全職員がマニュアル通りに同じ飲ませ方を徹底して実施している。入居者が服用している薬の用法・副作用などを理解に努めている。 | | |
| 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 | 本人の意思を尊重した個々に合った役割を持ち参加しやすい環境作りを努め、天気や気候に合わせ散歩やドライブ、買い物、テラスでのお茶会などを取り組んで楽しく過ごせる支援を常に職員間で話し合いを努めている。 | | |

☆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 |
| 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 | 個々入居者の要望を聞き、外出や外食、買い物、など普段行けない場所や季節を感じる風景、行きたい場所に出かける機会を作り外出に努めている。 | 職員はゴミ捨てやスーパーでの買い物などを兼ねた週1回程度の事業所周辺の散歩、ウッドデッキでの外気浴のほか、花見や果物刈り、海が見える公園などへの外出を家族等の協力を得ながら実施している。 | |
| 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 | 家族より入居者のお小遣いを預かり、本人が欲しい物、買いたい物を聞き職員と一緒にお店に外出して買い物ができる様に支援している。 | | |
| 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 | 本人の希望を尊重しながらご家族の理解と協力のもと本人の要望が強い時電話を掛けられる対応をしている。親戚や遠方の家族からの手紙が届く時は職員が本人に渡し、又は読みあげて内容を伝える。毎年家族あてに年賀状を出す支援も行っている。 | | |
| 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 | 共同空間の清潔をこまめに行い、季節感の花を飾ったりして工夫している。浴槽やトイレは使いやすさ、安全を考えて常に清潔に保っている。 | 利用者の作品や季節の花々、観葉植物などを飾った明るく広い居間兼食堂にソファを配置しており、家庭的な雰囲気の空間となっている。 職員は、利用者のベランダでの野菜づくりや趣味の水石づくりを支援するなど、利用者が楽しく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 |
| 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 | 共同空間でも個々のお気に入りの好きな場所やソファでみんなと座り思い思いにゆっくりと出来る場所を見つけ職員間で情報を共有している。 | | |
| 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 | 入居者が使い慣れた、昔馴染んだ家具・物・洋服などを持参して頂き、家族の協力も得て、本人の馴染みやすい家具などの配置を工夫して、居心地の良い環境調整行っている。 | 利用者は使い慣れた目覚まし時計やラジオカセットレコーダー、籐椅子、ダンス、衣装箱、テレビ、自分で購読している新聞などを居室に持ち込んでいるほか、家族の写真や趣味の写仏作品を飾ったり、床に直接布団を敷いたりするなど、利用者一人ひとりの生活スタイルに合った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 | ホーム内はバリアフリーになっており、段差のない環境で安全に過ごせるようにしてある。居室に入居者の名前を貼り自分で自室に入れ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) | ○ 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 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) | ○ 1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 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) | ○ 1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 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。 | ○ 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 |
| 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。 | ○ 1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない |

(様式4)

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホームユートピア

作成日 平成25年12月8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 | 屋内階段からの転落や一人での外出のおそれがあるという理由で、2階の居間兼食堂の出入り口を施錠しているが、経過記録を残すまでには至っていない。 | 「施錠が身体拘束であることを認識したうえで、職員の勤務体制によってはリビングの出入り口を施錠している」ことについて、経過記録を作成するとともに、解除に向けて取り組むことが望まれる。 | 職員はお互いに声を掛け合って入居者の行動を把握することで、リビング入口のドアの施錠はしなくてもよいように取り組んで、現在は施錠していない。 状況によって施錠の必要あるときには記録をする | 実施済み |
| 2 | 20 | 「24時間生活変化シート」により利用者がこれまで培ってきた人間関係や場所との継続を支援するという観点に立ってなじみの人や場所を把握するまでには至っていない。 | センター方式の「基本情報(私の支援マップシート)」を活用し、なじみの人や場所を利用者を中心に図式化して関係の継続支援につなげていくことを期待する。 | センター方式の「基本情報(私の支援マップシート)」を活用して、本人や家族に再度聞き取りした情報を順次記入して活用をする。 | 実施開始済み |
| 3 | 33 | 「重度化した場合における対応にかかる指針」に合わせて、事業所として「できること・できないこと」を記載した補完文書を作成しているが、利用者や家族から書面で同意をえるまでには至っていない。 | 利用者や家族等に重要事項として説明し、書面で同意を得ることが望まれる | できること・できないことの内容は、重要事項説明書に盛り込まれており、順次説明・同意を得ている。 | 実施済み |
| 4 | 35 | 避難限界時間を把握するには至っていない。地域住民は避難時間短縮など、ちよくせつてきな役割を担うまでには至っていない。 | 避難限界時間の把握とともに、その時間内の避難完了に向けて地域住民と早期に協力体制を構築することが望まれる。 | 避難限界時間について消防署に確認したところ、当ホームにはスプリンクラーが設置されていることもあり、避難限界時間はあまり気にしなくて良いであろうとのこと。 火災発生時には消防車が来るまで安全に煙から離れることを先決に、地域住民の方には、避難した入居者の見守りをしていただくことが避難時間の短縮と安全につながると考え、更に良い信頼関係を構築できるように努めています。 | 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。