

(様式3)

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成28年7月25日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|         |                              |                |           |
|---------|------------------------------|----------------|-----------|
| 事業所番号   | 0870301264                   |                |           |
| 法人名     | 有限会社 久保田電気                   |                |           |
| 事業所名    | グループホーム 土浦マロン館               | ユニット名          | 東館        |
| 所在地     | 〒300-0021<br>茨城県土浦市菅谷町1358-1 |                |           |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月16日                   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成28年8月1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<br>リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870301264-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870301264-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a> |
|-----------------|---|

### 【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<br>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28年3月2日                            | 評価機関<br>決 済 日 | 平成28年7月25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）】

利用者様一人ひとりが広々とした空間のなかで自分らしい生活を送っており、共同生活のなかで利用者様どうしのつながりも大切にしています。また、職員は管理者を中心に、理念に基づいて利用者様を支援するよう心掛けています。

### 【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）】

事業所は梨畑や杉林に囲まれた閑静で自然豊かな環境にあり、近隣住民からは日頃より畑で収穫された季節の野菜や果物、花が届けられたり、地域の夏祭りでお神輿が事業所に立ち寄った際に披露される、ひょっとこ踊りや太鼓は、利用者にとって感動をもたらす行事となっており、事業所からは祭り関係者と子ども達に菓子や飲み物を提供するなど、地域住民と日頃から交流している。

食事は職員によってその日に立てられた献立を基に調理され、冷凍食品は使わず、利用者の嗜好や希望を取り入れながら、栄養バランスの良い家庭的な料理を提供しており、残す利用者は殆どいない。

茶道の師範を持つ利用者の孫が、曾孫を連れて2ヶ月に1回来訪し、利用者には抹茶と手作り生菓子を振る舞っており、利用者にとって大きな楽しみとなっている。

☆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   |
| I 理念に基づく運営 |      |   |   |   |   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>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                      | 事業所内のさまざまな場所に理念を掲示し、職員が常に意識できるようにしています。                               | 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所の理念を作成し、玄関や調理室、事務室に掲示している。<br>管理者と職員は、毎月行う職員ミーティングで理念を共有し、実践につなげている。  |   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 地域のお祭りに参加したり、カラオケ、尺八、踊りなどさまざまなボランティアの方が来訪してくださっています。                  | 散歩時に地域住民と挨拶を交わし、野菜や果物、花のお裾分けがあり、来訪した際にはお茶を出して会話を楽しむなど、日常的に交流している。<br>地域の夏祭りでは、神輿が事業所に立ち寄り、ひょっとこ踊りや太鼓が披露され、事業所からは祭り関係者や子ども達に菓子や飲み物を提供している。<br>事業所主催のバーベキュー大会に地域住民を招待したり、カラオケや尺八、踊りなどの芸能ボランティアを受け入れ、積極的に地域との交流を図っている。                           |   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 運営推進会議に参加していただいている方やボランティアの方などを通じて行っています。                             |   |   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 市職員、民生委員、老人会会長、社会福祉協議会、家族代表の方に御協力いただいて、2ヶ月に1回開催しており、さまざまな意見をいただいています。 | 運営推進会議は家族等の代表や市職員、介護相談員、市社会福祉協議会職員、老人会長、民生委員、地域住民代表で2ヶ月に1回開催しているが、議事録に話し合った内容を詳しく残すまでには至っていない。<br>会議では行事報告や運営状況、利用者の生活状況を報告するほか、ノロウイルスなどの感染症対策について話し合っている。<br>市職員から介護保険制度改正の説明や、健康体操のボランティアの紹介、転倒等予防のための対策について話しがあり、出た意見等は積極的にサービスの向上に反映している。 | 運営推進会議は予め議題を決め、運営に反映できるよう各委員から活発な意見を求めるとともに、話し合った内容は記録に残すことを期待する。 |

☆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  |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br><br>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  | 市役所担当職員と随時連絡を取っています。生活保護受給者については担当ケースワーカーに相談しています。書類を持参するなど来庁する機会を増やし、協力関係を築いています。 | 管理者は2ヶ月に1回行われる土浦市グループホーム連絡会に参加するほか、要介護更新申請や生活保護受給者の手続き、事業所の実情、サービスの取組みの相談などを行っている。<br>市からは市内で開催される認知症シンポジウムの案内や入居希望者の相談を受けるなど、日頃から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<br><br>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 | 研修に参加するなどして、職員全員が身体拘束について正しく理解するように努めています。身体拘束廃止マニュアルも作成しています。                     | 身体拘束排除マニュアルを作成し、全職員が身体拘束をしないケアの実践に努めているが、マニュアルに身体拘束となる具体的な行為や言葉の拘束などを記載したり、内部研修を行うまでには至っていない。<br>現在身体拘束の対象者はいないが、やむを得ず必要になった場合に備え、同意書や経過観察記録等の書類を整備している。<br>玄関の施錠はしておらず、利用者が希望する時には、職員が付き添って利用者の安全確保に努めている。 | 身体拘束排除マニュアルには、身体拘束となる具体的な行為や、言葉の拘束などを記載するとともに、全職員が周知できるように、内部研修を行うことが望まれる。 |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><br>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                                      | 研修に参加するなどして、理解し、虐待防止に努めています。虐待防止マニュアルも作成しています。                                     |   |  |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><br>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                                 | 制度を理解し、活用できるように努めています。   |   |  |

☆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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br><br>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                    | 契約の内容について説明を行い、納得していただいたうえで署名、捺印していただいています。                                | /   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br><br>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                 | 面会時などに、意見、要望等を聞くようにしています。遠方の方には電話で伺うこともあります。重要事項説明書には事業所の苦情相談受付窓口を明記しています。 |   |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br><br>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                                 | 月に1回職員ミーティングを行い、意見交換をしています。意見等を出し難い職員にはミーティング時以外に直接意見を出せるよう配慮しています。        | 月1回のミーティング時に意見や要望を聞く機会を設けているほか、管理者は日常的に職員が話し易い関係づくりに努めている。<br>職員からレクリエーションの内容に、手先を使って制作する貼り絵や折り紙作品、トランプなどを取り入れる提案があり実践した結果、利用者の笑顔が増え、事業所内も作品を飾ることにより、明るい空間となった。 |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br><br>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 | 資格取得をすすめたり、研修に参加してもらい、向上心を持って働けるようにしています。                                  | /   |                   |
|      |      |   |  |   |                   |

☆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 |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 職員に見合った研修に参加してもらっています。   |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 土浦市グループホーム連絡会に参加しています。2ヶ月に1回程度会議を行い情報交換を行っています。会議以外にも随時、市内のグループホームの管理者と連絡を取り、意見やアドバイスをもらっています。 |      |                   |
| 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<br>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        | 本人の訴えに耳を傾け、聴く努力をし、不安をなくすようにしています。  |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                   | 入居前に要望等を伺って、サービスを開始するようにしています。   |      |                   |
| 17                   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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               | 本人の様子を伺って、必ずしも入所の方向ではなく、本人に適したサービスを可能な範囲でアドバイスするようにしています。                                      |      |                   |

☆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 |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                       | 可能な方にはお手伝いなどをしていただき共同生活のなかで役割を担っていただくようにしています。            |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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        | 家族の方と相談しながら共に利用者様を支えていくように心掛けています。病院の受診に付き添っていただくこともあります。 |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | 居室には馴染みのものを自由に持ち込んでいただけるようにしています。                         | 職員は利用者の家族等や親戚、知人が来訪した際にはお茶を出し、ゆっくり話ができるよう配慮したり、電話や年賀状の投函などの支援をするほか、ドライブを兼ねて利用者の馴染みの神社を見に出かけている。<br>同行できない場合には、利用者の要望を家族等に伝えて墓参りに行けるようにするなど、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 食事の席など孤立しないように配慮しています。                                    |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 退所後も支援できることはするように心掛けています。                                 |   |                   |

☆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<br><br>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。  | 生活歴などを把握し、可能な限り本人から要望等を聴くように努力しています。困難な場合は家族等に相談しています。   | 職員は利用者の生活歴を把握するとともに、日常の会話の中で思いや意向の把握に努め、個人ファイルに残し全職員で共有している。<br>思いや意向の把握が困難な利用者の場合は、家族等から情報を得たり、表情や仕草から利用者本位に検討している。                                    |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br><br>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                                       | 家族等から話を聴き、生活歴などを把握するようにしています。                            |   |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br><br>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   | 日常生活のなかで声かけ、見守りを欠かさず現状の把握に努めています。また、バイタルチェックも行うようにしています。 |   |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br><br>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 | 計画作成担当者が中心となって介護計画を作成し、モニタリングは職員全員で行うようにしています。           | 介護計画は利用者や家族等の要望のほか、協力医療機関の医師の意見等を取り入れて、計画作成担当者が作成している。<br>長期目標は6ヶ月、短期目標は3ヶ月毎に見直すとともに、モニタリングは全職員で毎月実施している。<br>利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、その都度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<br>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               | 1日の様子を時間とともに記録するようにしています。  |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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    | そのときそのときのニーズを把握し、対応するようにしています。   |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                | さまざまなボランティアの方々のご協力をいただいています。   |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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            | 訪問診療(内科、歯科)に来ていただいています。また、本人の希望により入所前のかかりつけ医を継続される方もいます。受診ノートを作成し、職員全員が情報を共有できるようにしています。 | 利用者や家族等が希望する医療機関への受診を支援しており、かかりつけ医への受診には職員が同行し、家族等が同行する場合には利用者の健康状態を家族等に伝え、受診結果は「受診ノート」に記載して全職員で共有している。<br>協力医療機関の内科と歯科の医師による月2回の訪問診療と、協力医療機関の看護師による健康チェックが週1回行われている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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 | 週に1回、看護師に来館いただき、バイタルチェックをしていただいたり、アドバイスをもらったりしています。                                      |   |                   |

☆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   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時にサマリーを作成し、病院関係者に情報を正確に伝達できるように努めています。   |   |   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 家族や主治医と相談し、終末期の方針を決め、署名、捺印をいただいています。過去に看取りを経験しており、可能な限り、本人や家族の希望に添えるような体制作りをしています。 | 事業所では「看取りに関する指針」と「看取り介護に関する同意書」を作成し、できないことを利用者や家族等に説明して同意を得ている。<br>重度化した場合や終末期の支援については、看取り介護が可能となっているが、看取りに関するマニュアルの作成や、職員の内部研修を実施するまでには至っていない。 | 事業所は看取り介護の経験はあるが、新規採用職員も含め、全職員が不安なく看取り介護ができるよう、看取りに関するマニュアルを作成したり、定期的に内部研修を実施することを期待する。                     |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 研修に参加したりして身に付けるように努力しています。   |   |   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 利用者様を含めた避難訓練を年2回実施しています。災害時に備えて、米や缶詰、カップ麺、飲料水などを備蓄しています。また、衛星用品は常に在庫を多めにしています。     | 夜間想定を含んだ避難訓練を年2回実施しているが、近隣住民の参加を得るまでには至っていない。<br>訓練後は反省点を記録に残し、全職員で話し合い次の訓練に活かしている。<br>災害に備えて飲料水や米、缶詰、レトルト食品、卓上コンロ、懐中電灯などを備蓄し、一覧表を作成して管理している。   | 避難訓練に近隣住民の参加が得られるよう、運営推進会議などで呼びかけるとともに、事業所主催の行事を利用して近隣住民に事業所内を見学してもらう機会を作るなど、災害時に円滑な救出を行うための対策を話し合うことを期待する。 |

☆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<br><br>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                | 利用者様の言葉かけには配慮しています。個人情報の使用については同意書を作成し、署名、捺印をいただいています。          | 職員は利用者への言葉かけや、一人ひとりの人格を尊重した対応に配慮しており、排泄や入浴介助時には、誇りやプライバシーを損ねない対応をするとともに、排泄の失敗時にはさりげなくトイレや居室へ誘導している。<br>広報誌や事業所内に掲示する写真は、家族等に書面で同意を得ているほか、個人情報に関する書類は、事務室の鍵のかかる書棚に保管し、情報漏洩に留意している。 |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><br>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                     | わかるように話し、理解してもらい、可能な限り自分でどうするかを決めていただいています。                     |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><br>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 | 入浴等は本人の希望や体調を考慮して支援しています。リビングでの生活においても畳を好まれる利用者様には準備するようにしています。 |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><br>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                                  | 着替える時などは本人の希望を確認しています。  |   |                   |

☆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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><br>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   | テーブル拭きや下膳、食器拭きなどを行っていただいています。食事は利用者様からのリクエストをメニューに取り入れています。   | 職員が旬の食材や利用者の嗜好を取り入れて献立を立て、調理している。<br>誕生日や行事食は利用者の希望を取り入れたり、近くの公園へ花見に出かける際にはお弁当を持参するなど、食事が楽しみとなるよう工夫している。<br>職員は利用者と同じテーブルで会話を楽しみながら同じ食事を摂っている。<br>利用者は野菜の下ごしらえや下膳、テーブル拭きなどの役割を能力に応じて担っている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><br>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        | 主食・副食はその方に応じた盛り方をするようにしています。また、食事制限や水分制限がある方にもそれぞれ対応しています。    | /  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>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                 | 就寝前に口腔ケアを行っています。  | /  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><br>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 | 利用者様の状況に応じて排泄介助やおむつ交換を行っています。排泄チェックも記録に残し、職員全員が把握できるようにしています。 | 職員は排泄チェック表を活用して利用者の排泄パターンを把握し、トイレ誘導をするとともに、利用者の様子を察知して声かけやトイレでの排泄を促している。<br>職員の支援により、パッドの使用数が減った利用者があるなど、排泄の自立に向けた支援に努めている。  |                   |

☆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 |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 体操や散歩等にできる限り参加していただくようにしています。また、乳製品など召し上がっていただくよう飲食物にも配慮しています。            |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 1日おきに入浴できるように支援しています。安全に入浴できるように職員が2人で対応しています。柚子などを入れて、入浴が楽しめるように工夫しています。 | 入浴は1日おきを基本としているが、ゆっくり入りたい利用者には最後に入って頂くなど、配慮している。<br>浴槽の両側から介助ができる造りとなっており、職員二人体制で入浴支援をしている。<br>入浴を拒む利用者には、声かけのタイミングや曜日を変えるなど、無理のない対応をしている。<br>柚子湯や菖蒲湯、林檎、みかんを取り入れ、季節感を味わいながら入浴が楽しめるよう支援している。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                           | 居室の温度調整など本人の好みに合わせて対応しています。   |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                      | 薬の説明書を利用者様ごとにファイルし、職員全員が確認できるようにしてあります。                                   |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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         | 天気の良い日は散歩に行くなどして気分転換を支援しています。時折、ドライブにも出掛けています。                            |  |                   |

☆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<br>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                     | できる限り利用者様の希望に添えるような努力をしています。希望に添えない場合は、家族に相談して対応するようにしています。 | 天気の良い日には、車いすの利用者も一緒に職員と事業所周围を散歩している。<br>年間外出行事やドライブを兼ねた外食には、利用者の希望を聴いて、つくばバラ園や霞ヶ浦、出島のお城など、季節に合わせて利用者の五感を刺激できる外出の機会を設けている。<br>利用者の希望する場所に職員が同行できない場合は、家族等の協力を得て外出ができるよう支援している。                      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 外出の際に自分のお金で好きな物を買ってもらうこともあります。                              |  |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 希望に応じて家族に電話かけて、直接、お話ししていただいています。                            |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 温度調整は常に行っています。また、季節に合わせた飾りつけを行っています。同意の下、行事の写真なども掲示しています。   | 玄関には季節の花や雛人形、利用者と職員で制作した利用者個々のお雛様が飾られている。<br>居間は庭に面して採光も良く、ソファを配置して利用者が何時でもゆっくり寛げる空間となっている。<br>壁には利用者と職員と一緒に制作した貼り絵や折り紙作品、行事の写真を掲示し、明るく和やかな場所となっている。<br>トイレは全て車いす対応の設計となっており、利用者が安全に使用できるよう配慮している。 |                   |

☆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<br><br>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             | リビングにソファや椅子を置いてあり、自由に座れるようにしています。                     | /   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br><br>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 | 入所の際に以前使用していた馴染みの物や好みの物を持参していただき、居心地よく暮らせるように工夫しています。 | 居室にはエアコンやカーテン、換気扇、ベッド、整理箆笥、棚が備えられている。<br>ベッドは希望があれば持ち込み可能であり、寝具は使い慣れた物を持ち込んでいる。<br>利用者はテレビや椅子、時計、人形、位牌などを自由に持ち込んで居心地の良い空間をつくっており、居室で編み物や折り紙を楽しんでいる利用者もいる。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br><br>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   | 廊下やトイレ、浴室には手すりを設置して、安全な生活が送れるようにしています。                | /   |                   |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)                    | 1, ほぼ全ての利用者の<br>○ 2, 利用者の2/3くらいの<br>3, 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)                            | ○ 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                                  | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目：36, 37)                   | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目：49)                                  | 1, ほぼ全ての利用者が<br>○ 2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)                       | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28)                  | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19) | 1, ほぼ全ての家族と<br>○ 2, 家族の2/3くらいと<br>3, 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>○ 3, たまに<br>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。<br>(参考項目：4) | 1, 大いに増えている<br>○ 2, 少しずつ増えている<br>3, あまり増えていない<br>4, 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | 1, ほぼ全ての職員が<br>○ 2, 職員の2/3くらいが<br>3, 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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<br>○ 2, 家族等の2/3くらいが<br>3, 家族等の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない |

(様式4)

## 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム土浦マロン館

作成日 平成28年8月1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    | 4    | 運営推進会議において、議事録に話し合った内容を詳しく残すまでは至っていない。               | 運営推進会議は予め議題を決め、活発な意見を求めるとともに、話し合った内容は記録に残す。 | 議題を決め、運営に反映できるような意見を出してもらおう。また、議事録についても、分かりやすく詳細に残していく。      | 6ヶ月        |
| 2    | 6    | マニュアルに身体拘束となる具体的な行為や言葉の拘束などを記載したり、内部研修を行うまでには至っていない。 | マニュアルに具体的な行為などを記載するとともに、全職員が周知できるようにしていく。   | マニュアルに身体拘束となる具体的な行動などを記載するとともに、全職員が周知できるように内部研修を行う。          | 6ヶ月        |
| 3    | 33   | 看取り介護が可能となっているが、マニュアルの作成や、職員の内部研修を実施するまでには至っていない。    | 新規採用職員も含め、全職員が不安なく看取り介護ができるようにしていく。         | 全職員が不安なく看取り介護ができるためのマニュアルを作成し、内部研修を実施していく。                   | 6ヶ月        |
| 4    | 35   | 避難訓練を年2回実施しているが、近隣住民の参加を得るまでには至っていない。                | 災害時に円滑な救出を行えるようにしていく。                       | 運営推進会議などで地域住民の参加を呼びかけるとともに、行事などを利用して地域住民に事業所内を見学してもらおう機会を作る。 | 6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。