

(様式3)

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成23年9月27日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|         |                             |                |            |
|---------|-----------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号   | 0870500246                  |                |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 聖隷会                  |                |            |
| 事業所名    | グループホーム センチュリーの里            | ユニット名          | ゆり         |
| 所在地     | 〒315-0048<br>茨城県石岡市三村6284-7 |                |            |
| 自己評価作成日 | 平成22年11月26日                 | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成23年6月23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 | 茨城県福祉サービス振興会のホームページ「介護サービス情報検索」から情報が得られます。 |
|------|--|

### 【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23年1月26日                           | 評価確定日 | 平成23年6月8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）】

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者一人ひとりの想いや意向の把握に努め、認知症であっても家庭的な雰囲気の中での人権の尊重、個別のケア、社会交流（地域の一員として暮らすこと）を理念として掲げ、その人の残存能力を引き出す支援に取り組んでいます。</li><li>・利用者主体の柔軟な支援を常に心掛けています。</li><li>・母体が医療機関であるほか、特養が隣接しているため、利用者や家族等にとって様々な点において安心出来る環境が整っています。</li></ul> |
|---|

### 【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>医療法人が経営母体であり、広大な敷地の中には特別養護老人ホームや通所介護事業所が隣接し、医療面で支援体制が整っている。</p> <p>常に利用者の立場に立って考える事業方針、働き易さに配慮した職員配置は職員のやる気を引き出している。</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<br><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                      | 地域に根ざした事業所を目指すことを理念とし、利用者との日々の関りにおいて反映出来るように努めている。                              | 地域密着型サービスの意義を踏まえた新しい理念を全職員で作成し、朝礼時に読みあげて共有を図り、実践につなげている。   |   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br><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                      | 利用者が参加出来る地域の行事には積極的に参加すると共に、近隣小学校の運動会や催事にも参加している。施設の行事には地域の方、老人会の方を招待し交流を図っている。 | 利用者は職員と地域の敬老会や近隣の小学校の運動会に参加し、地域の人々と交流している。<br>事業所の花火大会やクリスマス会の案内状を利用者と職員で地域の人々に届け、参加を呼びかけている。<br>区長を通じて自治会への加入を申し込んでいるが、許諾を得るまでには至っていない。 | 自治会に加入できるよう運営推進会議等で地域の民生委員などに働きかけることを期待する。                  |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br><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                    | 地域の方に認知症の人の理解や接し方、利用者の暮らしぶりを知ってもらえるよう努め、いつでも気軽に相談出来る体制があることを周知している。             |  |   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><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 | 運営推進会議を開催し、サービスの実施状況を報告すると共に、会議で出された意見や提案等を全職員に周知し検討課題としている。                    | 運営推進会議は市職員や地域の代表者などの参加を得て開催しているが、2ヶ月に1回開催するまでには至っていない。<br>会議で出た意見等は職員会議で検討し、サービスの質の向上に活かしている。  | 運営推進会議の委員を見直し、出席可能な委員を地域から幅広く募るなど、2ヶ月に1回開催できるよう取り組むことを期待する。 |

☆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  | 市の担当者とは良好な関係にあり、必要に応じて連絡を取り合い、情報交換するなど連携してサービスの質の向上に取り組んでいる。 | 運営推進会議を通じて市担当者や地域包括支援センター職員と、事業所の課題等について相談したり情報提供を得るなど、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<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 | 安全を確保しつつ身体拘束は行わないことを徹底し、ケアに取り組むと共に勉強会も行っている。                 | 身体拘束排除に関するマニュアルを作成するとともに新任職員教育に活用しているほか、定期的に研修を実施し全職員が玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに努めている。 |                   |
| 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                                      | 研修会の参加や虐待の事例等の資料を使って高齢者虐待防止について学び、職員間においても意識の統一を図っている。       |   |                   |
| 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                                 | 関係資料を用い、地域権利擁護事業や成年後見人制度についての理解を深め、必要に応じて活用出来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 |
| 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                    | 利用者や御家族に分かり易い説明を行うよう心掛け、疑問や不安を取り除き契約内容について納得し、よく理解されてから契約を締結するよう努めている。                             |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<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                 | 常に利用者の声に耳を傾け、その会話の中から利用者の要望等を汲み取りケアに活かす。職員に対し気兼ねなく意見や苦情を言える環境作りに留意し、日頃より家族が施設運営に理解していただけるように努めている。 | 家族等の来訪時に出た意見や要望等を職員間で共有し改善に取り組むなど、運営に反映させている。<br>無記名の家族アンケートを実施し、出た意見等を職員で検討するとともに運営に反映させている。               |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<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                                 | 職員会議やユニット会議を通じて話し合いの機会を持ち、職員からの意見や提案について協議し、必要に応じて事業所の運営に反映している。                                   | 管理者は月1回職員会議を開催し、職員から出た意見や提案を運営に反映させている。<br>公の場で意見を出し難い職員に配慮し、管理者は個別にヒヤリングを実施して意見等を聞く機会を設け、出た意見等を運営に反映させている。 |                   |
| 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 | 各々が向上心を持って働けるよう資格取得を積極的に奨励し、その努力・実績を評価している。  |   |                   |

☆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 |
| 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          | 事業所内の研修の機会を確保し、サービス水準の向上に努めている。また、資格取得の支援も行っている。                                 |      |                   |
| 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 | 他法人の同業者とも相互に訪問等の活動を通じ、サービスの質の向上をさせていく取組みをしている。                                   |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |      |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<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        | 入所前に事前訪問、面接を充分に行う。入所当初は個別に対応する時間を多くし、本人の気持ちを受け止めたり、本人の声によく耳を傾ける等をしばがら信頼関係を築いている。 |      |                   |
| 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                   | より良い信頼関係を作る為に時間を掛け、御家族の話を伺い良好なコミュニケーションが取れるようにしている。                              |      |                   |
| 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               | 利用者及び御家族の要望を正確に理解することに努め、必要に応じ他のサービスの紹介をしている。                                    |      |                   |

☆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 |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br><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                       | 料理の作り方や植物の手入れの仕方等、職員が利用者から教えていただく場面が多く、共に過ごし学びながら支えあう関係が作られている。              |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br><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        | 各種事業に参加を呼びかけたり、病院受診時の同行をお願いするなど、御家族と共に利用者を支えているよう努めている。                      |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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                    | 以前住まわれていた住居や自宅への訪問や外泊等を支援し、馴染みの関係が継続されるよう努めている。                              | 利用者の昔からの友人が来訪するほか、職員は正月などに利用者が自宅に帰れるように支援をしている。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br><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                | 利用者間においてそれぞれの身体状況や心理状況を理解していただけるよう努め、職員が関わりを持つ事により、互いを理解し支えあうような関係の支援に努めている。 |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br><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 | 退所後もそれぞれの状況により気軽に相談していただけるよう促したり、時機をみて事業所から本人の様子を伺うようにしている。                  |   |                   |

☆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 |
| 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。  | しっかりと意思表示が出来る方については直ぐに対応するように努め、意思表示が困難な方については家族との連携を密にし、家族の意見を参考にしながら職員間で良く話し合い利用者本位のサービスの提供に努めている。 | 職員は利用者と日々の会話の中から一人ひとりの希望や意向の把握に努め、個別に記録している。<br>思いを表出できない利用者の場合には、表情などから思いを汲み取るほか家族等から話を聴き、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                                       | 御家族や関係者からの情報の中から、特に本人の思いの深い部分の把握と理解に努め、それらを大切にしたいサービスの提供が出来るよう配慮している。                                |  |                   |
| 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   | 利用者の情報の共有を図り、職員全員が利用者に対して共通の認識を持てるよう努めている。   |  |                   |
| 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 | 日々の生活の中から情報を収集し、本人が良く暮らして行く為の課題とケアの在り方について話し合いながら介護計画の作成を行っている。                                      | 介護計画は、かかりつけ医の意見等を聴くとともに、モニタリングの結果を踏まえて利用者や家族等、職員など必要な関係者で話し合い、短期は3ヶ月、長期は6ヶ月毎に作成している。<br>利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、随時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               | 個人記録には、日々の生活の様子・ケアの気づき・排泄状況・食事や水分の摂取状況等を記録し、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。      |   |                   |
| 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    | 本人及び御家族の状況に応じて、通院送迎等必要な支援については柔軟に対応し、個々の負担が軽減出来るよう支援している。                     |   |                   |
| 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                | 地域ボランティアの活動を積極的に受け入れることにより地域との交流を図っている。                                       |   |                   |
| 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            | 利用者御家族の意向に合わせた医療機関と連携を図り、適切な医療が受けられるように支援しながら協力病院との連携より、急変時の指示を受けられる体制も整っている。 | 利用者は主治医をこれまでのかかりつけ医にするか、事業所の協力医療機関の医師にするかを自由に選択し、家族等や職員の付き添いで受診している。<br>協力医療機関を受診した場合は、結果を記録するとともに家族等に報告している。 |                   |
| 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 | 介護職員が利用者の状態を察知し医療機関との連絡調整を行っている。また、関連施設の看護師からも適切な指示を受けられるよう連携を保っている。          |   |                   |



☆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<br><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。 | 家族等と相談し医療機関に対して本人に関する情報の提供やケアについて話し合いながらスムーズに退院出来るような積極的な支援を行っている。       |   |  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br><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 | 本人及び家族の意向を踏まえ、主治医の意見を参考に、事業所としての受け入れ体制と理解を求め、話し合いによって出来るだけ希望に沿うように努めている。 | 看取りに関する指針を作成し、契約時に事業所でできること、できないことを説明している。                                      | 重度化や終末期のあり方について、利用者や家族等、医療関係者、職員で話し合い方針を共有するとともに、マニュアルに基づいた支援体制を構築することが望まれる。 |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br><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   | 全職員が上級救命講習を習得し、定期的に再講習をさせ実際の場面で活かせる技術を習得している。                            |   |  |
| 35   | 13   | ○災害対策<br><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   | 消防署の協力を得て、避難経路の確認・消火器の使用の確認等を利用者と共に実施している。また、備蓄については隣接する特養の栄養科に保管している。   | 消防署の協力を得て夜間想定を含めた避難訓練を年2回実施しているが、近隣住民の協力を得るまでには至っていない<br>災害時に備え非常食や飲料水等を備蓄している。 | 運営推進会議の委員を通して、避難訓練に近隣住民の協力が得られるよう働きかけることを期待する。                               |

☆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<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                 | 利用者への声掛けの際は言葉を選び、個人記録の記入の際も使用する言葉に留意しながら個人情報に関する守秘義務の徹底を図っている。                                      | 職員は利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した言葉かけやケアに努めている。<br>トイレ誘導時はさりげなく声をかけるなど、プライバシーに配慮した対応をしている。 |                   |  |
| 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                      | 一人ひとりに合わせた話し方や、利用者が選択しやすいような声の掛け方を工夫し、自己中心的な主張をされた場合も他の利用者に誤解を与えないように配慮し、本人の思いを尊重することが出来るように心掛けている。 | /  |                   |  |
| 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 | 暮らしの主人公である本人を見守りながら、希望や要望、その日の状態に合わせての柔軟な対応を心掛けている。   |  |                   |  |
| 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                                   | 一人ひとりの個性、身だしなみに対する本人のこだわりを大切にし、納得し満足していただけ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 |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 身体状況や好み、食事形態を考慮しながら栄養バランスにも配慮した食事の提供に努め、職員と共に配膳や片付けも行っている。<br>月1回利用者の好物を反映させたお楽しみ献立も実施している。 | 月1回利用者の希望を取り入れたお楽しみメニューで食事が楽しみになるよう工夫をしている。<br>隣接する特別養護老人ホームの栄養士が1日1,600キロカロリーに計算した献立を作成し、各ユニットの職員が利用者の好みや季節感を取り入れ、刻み食やとろみ食など利用者の状態に合わせた食事を提供している。<br>各テーブルに職員が一人ずつ座り、利用者の食べこぼしや嚥下状態に応じて対応をしている。 |                   |
| 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        | 一人ひとりの食事と水分の摂取量を毎日チェック表に記録し、バランスよく提供出来るよう心掛けている。  |  |                   |
| 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                | 毎食後の口腔ケアの実施を促し、見守り介助を行っている。訪問歯科より口腔ケアの指導も受け口腔内の清潔保持に努めている。                                  |  |                   |
| 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 | 一人ひとりの排泄パターンを把握し、可能な限り排泄出来るよう支援している。  | 職員は利用者毎の排泄チェック表を作成し、排泄のリズムを把握するとともに時間を見計らってトイレへ誘導し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。   |                   |

☆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 |
| 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                          | 自然排便が出来るよう管理栄養士の献立に取り入れられている。また、無理のない軽い運動により身体を動かすよう働きかけている。   |   |                   |
| 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 | 入浴時間は特定せず、一人ひとりの生活習慣や、その時々希望やタイミングに合わせて、くつろいだ気分で入浴出来るよう支援している。 | 毎日好きな時間に入浴が可能であり、職員は利用者の体調や希望にそって入浴やシャワー浴、清拭などの支援をしている。 |                   |
| 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                           | 生活パターンを把握し、必要な休息や睡眠が取れるよう支援している。                               |   |                   |
| 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                      | 個人ファイルに処方箋を綴り、全職員が把握している。名前や日付を入れる等、誤飲の防止に努めている。               |   |                   |
| 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         | 一人ひとりのそれぞれの生活歴や出来る力を最大限に活かして、その人らしく暮ら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 |
| 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                     | 散歩やドライブ等、本人の希望を伺い、戸外への外出の支援をしている。  | 利用者は職員とスーパーなどに買い物に出かけたり、事業所内の広い敷地を散歩している。<br>職員は法人の車両を使用して、利用者が季節の花見に出かけたり、近くの果樹園に果物狩りに出かけられるよう支援をしている。   |                   |
| 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  | 数名の利用者はお金を所持し買い物に行ったり、来訪される菓子店からの購入もしている。  |   |                   |
| 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   | 電話は自由に掛けられるよう公衆電話を設置。一人で掛けられない方には支援している。手紙、年賀状のやり取りについても支援している。                        |   |                   |
| 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 | 居室、共有スペースの掃除、換気を行い、エアコンは外気温と大きな差がないようにきめ細かに調整している。利用者の手作りの作品を飾ったり、生花を飾る等して季節感を取り入れている。 | 居間兼食堂にソファや畳の椅子を置き、利用者が食後や好きな時間に思い思いに寛げるよう配慮しているほか、季節が感じられるよう花などを飾っている。<br>台所は家庭的で利用者の様子が見える高さのカウンターを設置している。<br>トイレは車いすで利用できる広さと手すりを備え、風呂場は浴用椅子や手すりを設置し、安全面に配慮している。<br>廊下に手すりを設置し、安全に歩行が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             | 談話コーナーやリビングを設置し、他者との交わりも踏まえながらそれぞれの居場所を確保し、自由に過ごす事が出来るよう配慮している。 |   |                   |
| 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 | 使い慣れた家具や生活用品等の持ち込みを積極的に促し、利用者が落ち着いて過ごせるよう配慮している。                | 居室は押し入れや洗面台、ベッド、整理ダンス、エアコン、電気スタンド、椅子が備え付けられている。<br>利用者は居室に衣装ケースやテレビ、パソコンなど使い慣れた物品や家族の写真などを自由に持ち込み、居心地良く暮らせるよう工夫をしている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 居室の入り口には表札を掲げ、献立表には日付を明記し見当識等への配慮をしている。                         |   |                   |

| 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。<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)                  | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように<br><input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3, たまに<br><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。<br>(参考項目：4) | <input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている<br><input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている<br><input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない<br><input type="checkbox"/> 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)                                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が<br><input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが<br><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<br><input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><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<br><input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが<br><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 センチュリーの里

作成日 平成23年8月30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    | 2    | 区長を通じて自治会への加入を申し込んでいるが承諾を得るまでには至っていない。                 | 自治会に加入し日常的に近隣の人々と交流を図るほか地域貢献に努める。  | 自治会に加入できるよう、運営推進会議等で区長、地域の民生委員などに働きかける。                             | 6ヶ月        |
| 2    | 4    | 運営推進会議は市職員や地域の代表などの参加を得て開催しているが2ヶ月に1回開催するまでには至っていない。   | 運営推進会議は2ヶ月に1回定期的で開催しサービスの質の向上に活かす。 | 運営推進会議の委員を見直し出席可能な委員を地域から幅広く募り年6回開催しサービスの質の向上に努める。                  | 12ヶ月       |
| 3    | 33   | 本人及び家族の意向を踏まえ終末期や看取りケアを行う方針であるが、支援体制が構築されていない。         | 事業所としての対応方針を共有し、支援に取り組む。           | 重度化や終末期のあり方について利用者や家族等、医療関係者、職員で話し合い方針を共有するとともにマニュアルに基づいた支援体制を構築する。 | 6ヶ月        |
| 4    | 35   | 消防署の協力を得て夜間想定を含めた避難訓練を年2回実施しているが、近隣住民の協力を得るまでには至っていない。 | 災害時に地域住民の協力が得られるよう避難訓練への参加を呼びかける。  | 運営推進会議と通して避難訓練に近隣住民の協力が得られるよう働きかけホームとの交流を図り、災害時の協力体制を構築する。          | 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。