

(様式3)

## 自己評価票及び外部評価結果

作成日 平成21年10月14日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|         |                             |                |            |
|---------|-----------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号   | 0873300735                  |                |            |
| 法人名     | 有限会社 あおいとり                  |                |            |
| 事業所名    | グループホーム あおいとり               | ユニット名          | A棟         |
| 所在地     | 〒311-1134<br>茨城県那珂市飯田2388-5 |                |            |
| 自己評価作成日 | 平成21年6月18日                  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成21年9月29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 | まだありません |
|-----------------|---------|

### 【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21年7月16日                           | 評価確定日 | 平成21年9月14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）】

|                                    |
|------------------------------------|
| 利用者の食事に関しては、旬のものや地元のを積極的に取り入れています。 |
|------------------------------------|

### 【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）】

|   |
|---|
| 運営者は利用者に「いつでも美味しいものを食べていただく」との思いから旬の食材を使い、手づくりこだわった食事を提供している。<br>一人で食事を摂ることが難しい利用者に対して職員は、話しをしながらゆっくりと支援するなど利用者も残すことなく食事の時間を楽しんでいる。<br>隣接する障害者施設の障害者が利用者の見守りをしている。<br>利用者は職員と共に日々穏やかに生活をしている。 |
|---|

☆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   |
| 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                     | 毎朝、朝礼で声に出して読んでいる。普段の業務の中でも、話し合いの最後には理念に基づいているかが最終目標となっている。また、実現しやすい理念を設定している。 | 「ここが私の家と思える環境を整え、自分も入りたいと思えるホームにする」との理念を掲げるとともに、管理者や職員は朝礼や職務の中で理念を確認し共有している。   |   |
| 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                     | 地域でのお祭りには、参加している。買出し等には利用者と一緒に出かけている。   | 職員や利用者は散歩時に近隣の人々と挨拶を交わすなど顔見知りの関係を築くとともに、季節の野菜などを頂いたり、地域の祭りや敬老会に参加しているほか、ホーム主催の行事に地域の人々が参加するなど交流している。   |   |
| 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                   | ボランティア、学生の体験学習、ホームヘルパー2級等、各実習の受け入れを通し、グループホームのあり方を伝えている。                      | /  |   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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 | 利用者、職員、家族それぞれの意見をお互いに反映させいくように、利用している。  | 運営推進会議は利用者や家族等、区長、民生委員、地域包括支援センター職員、市職員で開催しているが、委員やホームの都合で定期的開催するまでには至っていない。会議では利用者の生活状況を報告するとともに、利用者の家族等から出た意見や要望について話し合っている。外部評価の結果を運営推進会議や利用者の家族等に報告したり、評価で明らかになった課題の改善に取り組むまでには至っていない。 | 2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、外部評価結果を公表するとともに、明らかになった課題や会議で出た意見を活かし改善に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  | 市町村担当者に対し、グループホームを理解し支援してもらえよう働きかけを、ホーム側からしている。      | 管理者は市役所に出向き担当者にホームの様子を報告し意見を求め、アドバイスを得ている。  |                   |
| 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 | 全職員は身体拘束によって利用者が受ける身体的・精神的弊害について理解しており、拘束のないケアをしている。 | 管理者や職員は身体拘束をすることで利用者が受ける弊害を理解するとともに、話し合いながら身体拘束をしない支援に努めている。<br>職員は常に利用者に目配りをし、玄関や庭のフェンスは施錠していない。 |                   |
| 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                                      | 勉強会を利用し、活用している。<br>ホーム内には、閲覧しやすい箇所にポスターを貼り付けている。     |   |                   |
| 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                                 | 同上。  |   |                   |

☆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                    | 契約締結の際は、契約書及び重要事項説明書への記載・押印をお願いしている。  |   |  |
| 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                 | 苦情を受け付ける職員を明確にしている。入居者、及び家族については何でも言って貰えるような雰囲気作りに留意している。また、公的窓口として市役所を案内している。実際の苦情等に対しては入居者・家族の立場に立って納得のいく対応をしている。実際に出た苦情については、苦情処理ノートに記録を残し、職員間でも話し合うようにしている。 | 重要事項説明書にホームの苦情受付担当者を明記しているが、第三者機関の苦情相談受付窓口を明記するまでには至っていない。<br>職員は家族等の訪問時に話をしよう心がけるとともに、出た意見をその都度職員で話し合っているが記録に残すまでには至っていない。<br>以前は意見箱を設置していたが投函が無いため現在は設置していない。 | 重要事項説明書に第三者機関の苦情相談受付窓口を明記することを期待する。<br>家族等から出た意見は全職員で検討し、その結果を記録に残すことが望まれる。<br>直接意見を言い出しにくい家族等に配慮し、投函が無くても意見箱を設置することが望まれる。 |
| 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                                 | 職員同士、職員から管理者に対し、自由に意見が述べられる雰囲気を心がけている。  | 定期的な職員会議は設けていないが、管理者が職員の意見をいつでも聴ける体制になっている。   | 管理者は定期的に職員会議を設け、出た意見を記録するとともにホームの運営に活かすことを期待する。  |
| 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 | 管理者・事業者が、職員の話をよく聞き、職員のストレスを緩和する取り組みをしている。また、職員同士で気づいたところを、その都度、指摘しつつ、常々、業務への向上に努めている。   |   |  |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------|------|--|---|------|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<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          | 研修には積極的に参加し、勉強会などで研修内容の発表を行っている。また、管理者は指導や助言をしており、定期的な勉強会を実施している。 |      |                   |
| 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 | お互いの職員の訪問時や外部研修等の機会に、意見交換しつつ、業務に反映させている。                          |      |                   |
| 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        | 初期の相談に関しては、本人・家族・支援者等関係者それぞれの意向を、なるべく集まった形で、客観的に聴く機会を多く設けている。     |      |                   |
| 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                   | 同上。   |      |                   |
| 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               | あくまで、本人の気持ちを重視しつつ、関係者それぞれが「無理のない」形でサービス利用できるように対応している。            |      |                   |

☆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>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                       | 大変なときには利用者が職員にいたわりの言葉を掛けてくださる。高齢者は人生の先輩なので、教えられる場面は多い。 |  |                   |
| 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        | 家族との関係も基本的には良好に保っている。                                  |  |                   |
| 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                    | 長年親しんだ知人の訪問時には、なるべく時間をとりつつ、関係維持に繋げるようにしている。            | 利用者は知人の訪問でゆっくり会話をしたり、利用者が長年行き続けた理美容室に継続して通うなど、これまでの人間関係や馴染みの場所との関係を断ち切らないよう支援している。 |                   |
| 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                | 利用者同士で関わりを持つことで、生活意欲に反映できる場面も多い。                       |  |                   |
| 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 | 元利用者の家族の訪問も多い。   |  |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目   | 自己評価   |  | 外部評価   |   |
|----------------------------|------|--|--|--|--|---|
|                            |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |   |
| 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。  | 生活歴や要望など情報収集には家族を必ず交えている。アセスメントには日常の会話の中で見え隠れしている訴えに目を向け、本人の希望や意向の把握に繋げている。                            | 管理者や職員は利用者の生活歴の把握に努めているが、全ての利用者の生活歴を記録するまでには至っていない。<br>利用者が自分の思いを伝えることが困難な場合には、表情や行動などから思いや意向を把握するよう努めている。 | 全ての利用者の生活歴を把握し記録するとともに、全職員で共有することを期待する。  |   |
| 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                                       | 同上。  | /  |  | / |
| 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   | 同上。  |  |  |   |
| 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 | 「本人の意向」「家族の意向」との形で情報を分けている。「本人の言葉」にも留意しつつ、種々の情報をプランに反映させている。期間設定はあくまで目安とし、見直しの必要性が生じた時点で、プランの変更を図っている。 | 介護計画は職員や医療関係者の意見を反映させ作成しているが、利用者や家族等をよく知る関係者からの意見やアイデアの聴取は十分とはいえない。<br>介護計画を全ての利用者の家族等に説明するまでには至っていない。     | 介護計画の作成にあたっては利用者や家族等をよく知る関係者と話し合い、意見や要望を反映させるとともに訪問の少ない家族等に対しても介護計画を説明し同意を得ることを期待する。 |   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<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               | 日々の記録として、身体状況・朝昼夕の過ごし方を具体的に記録している。それをもとに、統一されたケアに繋げている。                                  |   |                   |
| 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    | 大まかな行事予定は組んでいても、基本的には「何でもあり」の支援を心がけている。  |   |                   |
| 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                | 買い物・散歩・外食等、当たり前の暮らしができるように近所と顔見知りの関係を作る働きかけをしている。また、必要に応じて、市内各サービス事業者との情報交換を図りつつ、支援している。 |   |                   |
| 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            | 入居者それぞれに主治医がおり、気軽に相談している。緊急時には対応してもらう協力医療機関もある。  | 利用者は家族等や職員の支援を受けながらかかりつけの医療機関で受診するとともに、受診結果は職員や家族等で報告し合い共有している。 |                   |
| 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 | 看護職員は確保している。基本的には看護職員を中心にして、適宜、対応への指示を仰いでいる。   |   |                   |



☆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   |
| 32   |      | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時には、職員が頻繁に面会に行き、医療機関との情報交換を行っている。</p>   |   |   |
| 33   | 12   | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | <p>基本的に「利用者の最期までお世話をする」方針は、入居時に伝えている。時期が近づいた際には、家族に状況を伝え、再度、方針を確認している。</p>                       | <p>2名の方の看取りを経験している。</p> <p>終末期の意志確認書を作成し利用者や家族等の意向を把握するとともに、家族等には状況に合わせて意志確認書の更新を促している。</p> <p>看取り介護実施要領を作成し職員や医療機関、家族等の役割を明確にしている。</p> |   |
| 34   |      | <p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>   | <p>講習会に出席したり、定期的に研修を実施するなど、職員全員が応急手当を行えるように学習しているが、一部の職員に頼りがちになっていることが多い。対応策については話し合いを行っている。</p> |   |   |
| 35   | 13   | <p>○災害対策</p> <p>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</p>   | <p>利用者、職員全員参加の避難訓練や消火訓練を定期的に行っている。</p>   | <p>避難訓練や消火訓練は年2回定期的に実施するとともに飲料水を備蓄している。</p> <p>管理者は地域の人々に日常の会話の中で避難訓練の参加を依頼しているが協力を得るまでには至っていない。</p>                                    | <p>災害時に地域の人々の協力が得られるよう運営推進会議などで避難訓練への参加を呼びかけることを期待する。</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  |
| 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                | 行き過ぎない程度の敬語で話すことや、方言を使って言葉かけする等の対応をしている。職員間で入居者について話し合いが必要な時は場所を変える。プライベートな質問は、大声では聞かない。否定せずに受け止める姿勢を持って対応している。 | 職員は利用者の人格を尊重しながら支援しているが、利用者と職員の馴染みの関係を築いている場合には、ちゃん付けで呼ぶこともある。利用者に関する書類等は誰でも見られる場所にあり、管理を徹底するまでには至っていない。 | 職員と馴染みの関係ができている利用者への言葉かけは、利用者の状況や周りの状況で使い分けるとともに、プライバシーや誇りを損ねないよう配慮することが望まれる。利用者の書類等は決められた場所に保管するなど管理体制を整備することが望まれる。 |
| 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                     | 入居者が安心できる生活環境を作れるように一人ひとりに合わせた声かけ・スキンシップを心がけている。  |  |  |
| 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、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 | 生活歴・趣味等についての情報は入所時に家族から教えてもらい、記憶の中で一番鮮明な部分を把握してケアに活かすようにしている。   |  |  |
| 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                                  | 月に一回来てもらう美容師に好みに合わせてカットしていただく。自己決定できる方には、自由にしていただいているが、サポートが必要な方については、その人らしいおしゃれに気遣っている。                        |  |  |

☆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<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   | 職員も一緒に食事を摂っている。見守りが必要な方の近くに職員が座り、さりげなくサポートできるようにしている。片付けも一緒に行っている。 | 利用者が日々楽しみにしている食事に力をいれている。<br>自家菜園でできた旬の野菜を多く取り入れ献立を作成するとともに、おかずは目でも楽しむことができるよう小鉢に分けている。<br>食材の下ごしらえや、梅干などの保存食も利用者の経験を活かしながら作っている。<br>栄養のバランスや摂取量は大まかに把握しているが、専門家からのアドバイスを得るまでには至っていない。 | 利用者は毎日の食事に十分満足しているが、専門家から栄養のバランスや摂取量のアドバイスを得ることを期待する。 |
| 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        | 利用者の体調や状態によって、栄養バランスを考えた献立を作り、大まかな摂取量を把握している。                      |  |   |
| 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、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                 | 口腔ケアは入居者本人に任せているが、困難な方は状況に合わせて職員が対応している。                           |  |   |
| 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 | 入居者の状況に合わせて排泄チェック表を作成している。行動の変化にも気遣いながら、トイレ誘導を行い、失敗を防いでいる。         | 利用者の状態に合わせてリハビリパンツやパット、オムツの使用を検討するほか、排泄チェック表を活かし時間を見計らってトイレ誘導をしている。  |   |

☆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                          | イモ類・ヨーグルトなどを食事やおやつに取り入れ、便秘予防の取り組みの一つとしている。                                 |  |   |
| 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 | 入浴回数や時間帯は、基本的に自由である。湯船に入っている時間は、職員が調節する場合もある。                              | 入浴の回数や時間帯は利用者の希望にそって体調を確認しながら支援をしている<br>職員は入浴を拒む利用者に対して入浴を促すことに苦慮している。 | ミーティングや運営推進会議などで入浴を拒む利用者への支援を検討することを期待する。 |
| 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                           | 利用者に合わせて、適宜、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                      | 入居者各個人の処方箋をファイルに綴じており、職員がいつでも確認できるようにしている。服薬時には本人に手渡しを市、確実に内服できているか確認している。 |  |   |
| 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         | 一人ひとりに役割を持っていただき、できる力を最大限に発揮できる場面作りをしている。                                  |  |   |

☆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 |
| 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                     | 買い物、外食、散歩、季節の楽しみごと（花見等）、地域の集会に参加するなど、積極的に外出の機会を作っている。                      | 利用者は散歩や買い物、外食、地域のバザーや敬老会などに出かけるほか、ドライブで車窓を楽しみ気分転換を図っている。   |                   |
| 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  | 自己管理が困難な方は、職員が管理しているが、外出時にお金を渡し、ご自身で買いたいものを選んでいただき、支払っていただく。               |  |                   |
| 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   | ご家族やご友人との繋がりを保っていただくために、電話やはがきの取次ぎなどの対応をしている。                              |  |                   |
| 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 | 「整理整頓」されている空間を造るより、安らぎを感じる空間作りに努めている。物品や装飾は、家族からの頂き物を利用し、家庭に近い「色」を大事にしている。 | 居間に大きな茶箆箆や神棚があり落ち着いた雰囲気になっている。<br>暑すぎず冷えすぎないように空調機を利用して居間の温度を調節している。<br>ユニット間の通路に唐辛子や蓮の実を干し見て楽しんだり、門付近ではプランターで季節の花や野菜を育てたり、庭にはベンチやテーブルを置き利用者が自由にくつろげるよう工夫している。 |                   |

☆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            | 廊下にソファを置いたり、中庭に自由に出ることが出来るように配慮している。   |  |                   |
| 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 | 家族の協力を得て、本院が使い慣れたものをなるべく多く持ち込んでいただいている。(仏壇、鏡台、ミシン、筆筒など)                                | 居室に利用者が使い馴染んだ筆筒やテーブル、椅子を置いたり、昔描いた絵や手芸品、家族等の写真などを飾り利用者が居心地よく過ごせるよう工夫している。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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  | 必要に応じて空間の調節を行っている。全体的な設備は入居者の目線に合わせており、手すりの配置はもちろん、浴槽には立ち上がりやすいように椅子を用意したりなどの工夫を行っている。 |  |                   |

| 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。<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 あおいとり

作成日 平成21年10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    | 4    | 運営推進会議が開催できない。       | 運営推進会議の開催。                       | 会議の開催に向けた日程の調整。近日に開催できるように、各自に日程調整をお願いしている状態。                                 | 調整でき次第、すぐにも。        |
| 2    | 36   | 利用者一人ひとりの尊重書類の管理     | 呼称の統一、書類管理場所の設定                  | 時々「～ちゃん」と呼ぶ場合も見受けられるので、「～さん」と統一を図る。書庫については検討中。                                | 直ちに実施。              |
| 3    | 11   | 職員会議が定期的に行われていない。    | 職員会議の実施。                         | 日中は棟3名が平均。参加職員に偏りがみられがち。分割でも可とするのであれば、機会あるごとに開催したい。但、ある程度の人数が必要であれば、工夫がいるところ。 | 職員配置次第で左右される。       |
| 4    | 10   | 運営に関する利用者、家族等の意見の反映。 | 重要事項説明書への苦情相談受付窓口の明記、家族等からの意見の記録 | 第三者機関（那珂市役所）と記載。記録については、どういう形にするかを検討中。  | 検討次第、直ちに。           |
| 5    | 26   | チームで作る介護計画、モニタリング    | 家族等の意見を含めた介護計画の作成、説明             | 限られた家族との時間の中で、極力、状態を説明した上で、意見を反映させていきたい。                                      | 出来る限り、実施していく。       |
| 6    | 23   | 思い、意向の把握             | 生活歴の把握                           | 分かりやすく生活歴を把握する上では、書式上、不十分なところもある。それらを含めた、再検討が必要と思われる。                         | 最低3ヶ月は必要か。          |
| 7    | 45   | 入浴を拒む利用者への支援。        | 同左。                              | 利用者の状態が不安定なところもあり、入浴できたとしても精神的に不安定にもなりがち。別の視点からの支援との兼ね合いがある。                  | 現状では、利用者の状態に左右されがち。 |
| 8    | 40   | 栄養面からの支援のあり方         | 栄養面からの支援の充実。                     | 調理師主導の下、利用者に応じた栄養摂取を行う。より専門的な部分についての支援方法は、まだ検討中。（アドバイス等、他）                    | 時期を見て、検討したい。        |
| 9    | 35   | 避難訓練への地域参加が不十分       | 避難訓練への地域住民の参加                    | 運営推進会議での機会、極力、住民の参加を呼びかけたい。   | 運営推進会議と同様、出来る限り早急に。 |

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。