

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

(別紙4)

[認知症対応型共同生活介護用]

# 1. 評価結果概要表

作成日 平成20年5月19日

## 【評価実施概要】

|       |                                     |       |            |
|-------|-------------------------------------|-------|------------|
| 事業所番号 | 873900484                           |       |            |
| 法人名   | 社会福祉法人 聖隷会                          |       |            |
| 事業所名  | グループホーム 霞ヶ浦の里                       |       |            |
| 所在地   | かすみがうら市男神356-1<br>(電話) 029-834-6000 |       |            |
| 評価機関名 | 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会                    |       |            |
| 所在地   | 水戸市千波町1918茨城県総合福祉会館内                |       |            |
| 訪問調査日 | 平成19年10月24日                         | 評価確定日 | 平成20年5月19日 |

## 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

ホームでは「人権の尊重・その人らしく暮らしていける支援」「個別のケア・生活の回復を目指す」「社会交流・地域の一員として暮らす」を理念に掲げるとともに、実践できるよう取り組んでいる。  
また、3ユニットそれぞれの玄関に理念や目標を掲示し、周知を図るとともに、面会者等に解りやすくほのぼのと和む言葉を掲示している。  
施設長や職員は、利用者の状態や症状の把握、分析を行い、職員のケアに問題がないか日々心配りをしながら支援している。  
ホームの敷地には特別養護老人ホーム、デイサービスを併設しており、入居者はそれぞれの施設を自由に往き来し、利用者と交流している。

## 【重点項目への取組状況】

|           |   |
|-----------|---|
| 重点項目<br>① | <p>前回評価での主な改善課題とその後の取組、改善状況（関連項目：外部4）<br/>前回の外部評価で課題となった、家族からの意見や要望を把握するための取り組み、書類の見やすい工夫、期間を定めた、或いは随時の介護計画の見直し等、課題の改善に取り組んでいる。</p>   |
|           | <p>今回の自己評価に対する取り組み状況（関連項目：外部4）<br/>施設長が外部評価の意義等について周知を図るとともに、全職員で自己評価に取り組み情報を共有するとともに、課題の改善を行うなど、サービスの向上に努めている。</p>   |
| 重点項目<br>② | <p>運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み（関連項目：外部4, 5, 6）<br/>運営推進会議の委員を選任しているが、11月に会議の実施を予定しているため、ホームの実情や問題点を委員の方々と情報を共有するとともに、ホームの向上に向けた意見交換等を行うことを期待する。<br/>また、市の担当者とは必要に応じて電話等で連絡しているが、積極的に連携を図るには至っていないので、運営推進会議の開催をきっかけに、ホームの実情等を報告するなど、連携を図る取り組みを期待する。</p> |
|           | <p>家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映（関連項目：外部7, 8）<br/>家族等からの意見や苦情等に関する窓口や担当者、第三者委員の体制を整備するとともに、苦情等に関する説明資料を作成し、契約時に説明している。<br/>また、家族等の面会時に不満、苦情等を聞けるよう配慮するとともに、その都度対応している。</p>   |
| 重点項目<br>④ | <p>日常生活における地域との連携（関連項目：外部3）<br/>市のゴミや缶拾いの清掃活動に利用者と一緒に参加したり、オカリナの演奏・詩吟・日舞などのボランティアを積極的に受け入れるなど、地域の方々と交流している。</p>   |

## 【情報提供票より】（19年9月25日事業所記入）

### (1) 組織概要

|       |                 |                             |      |
|-------|-----------------|-----------------------------|------|
| 開設年月日 | 平成 15 年 5 月 1 日 |                             |      |
| ユニット数 | 3 ユニット          | 利用定員数計                      | 27 人 |
| 職員数   | 21 人            | 常勤 21 人, 非常勤 人, 常勤換算 6, 8 人 |      |

### (2) 建物概要

|      |          |  |         |
|------|----------|--|---------|
| 建物構造 | 鉄骨平屋建 造り |  |         |
|      | 1階建ての    |  | 1階部分 3棟 |

### (3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|                     |          |                |          |   |
|---------------------|----------|----------------|----------|---|
| 家賃(平均月額)            | 30,000 円 | その他の経費(月額)     | 21,000 円 |   |
| 敷金                  | 無        |                |          |   |
| 保証金の有無<br>(入居一時金含む) | 無        | 有りの場合<br>償却の有無 | 有 / 無    |   |
| 食材料費                | 朝食       | 円              | 昼食       | 円 |
|                     | 夕食       | 円              | おやつ      | 円 |
|                     | または1日当たり |                | 1,100 円  |   |

### (4) 利用者の概要(10月24日現在)

|       |      |        |     |      |      |      |
|-------|------|--------|-----|------|------|------|
| 利用者人数 | 27 名 | 男性     | 7 名 | 女性   | 20 名 |      |
| 要介護1  | 6 名  | 要介護2   | 6 名 |      |      |      |
| 要介護3  | 6 名  | 要介護4   | 8 名 |      |      |      |
| 要介護5  | 1 名  | 要支援2   |     |      |      |      |
| 年齢    | 平均   | 81, 4歳 | 最低  | 58 歳 | 最高   | 98 歳 |

### (5) 協力医療機関

|         |                  |
|---------|------------------|
| 協力医療機関名 | つくば病院、パレスメディケア病院 |
|---------|------------------|

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

## 2. 評価結果（詳細）

| 外部評価                         | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|------------------------------|------|---|---|----------------------|-----------------------------------|
| <b>I. 理念に基づく運営</b>           |      |   |   |                      |                                   |
| <b>1. 理念と共有</b>              |      |   |   |                      |                                   |
| 1                            | 1    | ○地域密着型サービスとしての理念<br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている    | 基本理念に「地域の一員として暮らす」事を目標に掲げている。<br>利用者と散歩に出かけたときに地域の人々と挨拶を交わすとともに、花の種や野菜の苗をいただき、収穫の喜び・花の成長を利用者や地域の人々と楽しんでいる。  |                      |                                   |
| 2                            | 2    | ○理念の共有と日々の取り組み<br>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる                       | 各ユニットに理念の他に分かり易い言葉の目標に掲げている。<br>また、朝の申し送り時に復唱し、職員と共有するとともに、利用者の尊厳を守りながら、支援している。   |                      |                                   |
| <b>2. 地域との支えあい</b>           |      |   |   |                      |                                   |
| 3                            | 5    | ○地域とのつきあい<br>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている | 市のゴミや缶拾いの清掃活動に利用者と参加したり、オカリナの演奏・詩吟・日舞などのボランティアを積極的に受け入れるなど、地域の方々と交流している。  |                      |                                   |
| <b>3. 理念を実践するための制度の理解と活用</b> |      |   |   |                      |                                   |
| 4                            | 7    | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる   | 施設長が外部評価の意義等について周知を図るとともに、全職員で自己評価に取り組み情報を共有するとともに、課題の改善を行うなど、サービスの向上に努めている。<br>前回の外部評価で課題となった、家族からの意見や要望を把握するための取り組み、書類の見やすい工夫、期間を定めた、或いは随時の介護計画の見直し等、課題の改善に取り組んでいる。 |                      |                                   |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 外部評価                   | 自己評価 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)  |
|------------------------|------|--|---|----------------------|--|
| 5                      | 8    | ○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              | 運営推進会議の委員を選任しているが、会議を開催していない。   | ○                    | 11月に会議の実施を予定しているの<br>で、ホームの実情や問題点を委員の方々と<br>情報を共有するとともに、ホームの向上に<br>向けた意見交換等を行うことを期待する。 |
| 6                      | 9    | ○市町村との連携<br>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる                               | 市の担当者とは必要に応じて電話等で連絡しているが、積極的に連携を図るには至っていない。   | ○                    | 市の担当者に運営推進会議の開催をきっかけに、ホームの実情等を報告するなど、連携を図る取り組みを期待する。                                   |
| <b>4. 理念を実践するための体制</b> |      |  |   |                      |  |
| 7                      | 14   | ○家族等への報告<br>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている                              | 広報誌「和み」を発行し、日常や行事の様子を伝えるとともに、金銭収支状況を家族に送付している。<br>また、面会時や電話、手紙などの家族の状況に応じて、利用者の様子等を報告している。                          |                      |  |
| 8                      | 15   | ○運営に関する家族等意見の反映<br>家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員なら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                                | 家族等からの意見や苦情等に関する窓口や担当者、第三者委員の体制を整備するとともに、苦情等に関する説明資料を作成し、契約時に説明している。<br>また、家族等の面会時に不満、苦情等を聞けるよう配慮するとともに、その都度対応している。 |                      |  |
| 9                      | 18   | ○職員の異動等による影響への配慮<br>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている | 設置法人は多岐にわたる福祉施設の運営等を行っている中で、グループホームや利用者の特徴を理解し、馴染の職員に支援を受けられるよう配慮している。  |                      |  |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 外部評価                             | 自己評価 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|----------------------------------|------|--|--|----------------------|----------------------------------|
| <b>5. 人材の育成と支援</b>               |      |  |  |                      |                                  |
| 10                               | 19   | ○職員を育てる取り組み<br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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                  | 全職員がマナー講習や上級救命講習を受講しており、接遇や緊急時に対応できる体制となっている。<br>また、外部研修時に職員と勤務調整を図りながら、受講できる体制を構築するなど、介護のレベルアップにつなげている。 |                      |                                  |
| 11                               | 20   | ○同業者との交流を通じた向上<br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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り組みをしている        | 茨城県グループホーム協議会に加入し、他の同業者と意見交換等を行い、サービスの向上等に役立つ情報を職員間で共有している。  |                      |                                  |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>       |      |  |  |                      |                                  |
| <b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b> |      |  |  |                      |                                  |
| 12                               | 26   | ○馴染みながらのサービス利用<br>本人が安心して、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気に徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している | 利用希望者には、隣接するデイサービスや体験入所を勧め、職員や他の利用者、ホームの雰囲気に馴染めるよう配慮し、本人が納得した上でサービスを開始をしている。                             |                      |                                  |
| <b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b> |      |  |  |                      |                                  |
| 13                               | 27   | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている                         | 職員は利用者を人生の先輩として尊厳の念を持ち、風習や行事の言葉に耳を傾けるなど、利用者から学び、共に支え合う関係を築いている。  |                      |                                  |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 外部評価                                  | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                      |
|---------------------------------------|------|---|--|----------------------|---|
| <b>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</b>    |      |   |  |                      |   |
| <b>1. 一人ひとりの把握</b>                    |      |   |  |                      |   |
| 14                                    | 33   | ○思いや意向の把握<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  | 入居して間もない利用者の帰宅願望等の行動について、職員は利用者に寄り添い状態等を把握している。<br>また、把握した情報を職員間で検討し、茶碗洗い、雑巾縫い等利用者のやりたいことの場面づくりを行うことで、帰宅願望等の行動を解消している。 |                      |   |
| <b>2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し</b> |      |   |  |                      |   |
| 15                                    | 36   | ○チームでつくる利用者本位の介護計画<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た介護計画を作成している     | 入居時に本人や家族の意見・問題点を聞き、意向にそった介護計画を作成している。   |                      |   |
| 16                                    | 37   | ○現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している | 介護計画の見直し期間を定め、定期的に見直しを行うとともに、病状の変化等があったときは随時の見直しを行っている。  | ○                    | 介護計画の見直しが利用者の状態に即したものとなるよう、利用者一人ひとりの介護計画の進捗状況や達成状況等を確認し、記録に残すことを提案する。 |
| <b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>              |      |   |  |                      |   |
| 17                                    | 39   | ○事業所の多機能性を活かした支援<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている                                   | 月2回のドライブ、買い物、遠方の家族が来所した時の宿泊、食事の提供など、利用者や家族の希望を取り入れ、柔軟に支援している。  |                      |   |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。


| 外部評価                               | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|------------------------------------|------|---|---|----------------------|----------------------------------|
| <b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b> |      |   |   |                      |                                  |
| 18                                 | 43   | ○かかりつけ医の受診支援<br>本人及び家族等の希望を大切にし、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             | 職員は利用者の状態や病状の変化を早期に発見することに努め、受診する際には適切な医療を受けられるよう支援している。  |                      |                                  |
| 19                                 | 47   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している | 重度化や終末期に向けた支援は家族・主治医との話し合いのうえで決定するとともに、全職員と情報を共有している。   |                      |                                  |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>   |      |   |   |                      |                                  |
| <b>1. その人らしい暮らしの支援</b>             |      |   |   |                      |                                  |
| <b>(1)一人ひとりの尊重</b>                 |      |   |   |                      |                                  |
| 20                                 | 50   | ○プライバシーの確保の徹底<br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない                          | 利用者の誇りやプライバシーを損ねないようにするため、採用時に職員全員にマナー講習を受講するよう義務づけている。<br>また、個人情報の提供に関する同意を得るなど、プライバシーの徹底を図っている。 |                      |                                  |
| 21                                 | 52   | ○日々のその人らしい暮らし<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            | タバコの喫煙、飲酒等については、利用契約時に本人や家族と話し合い、摂取量や喫煙場所を設置するなど、その人らしく生活が送れるよう配慮している。                            |                      |                                  |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 外部評価                                | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|-------------------------------------|------|---|---|----------------------|----------------------------------|
| <b>(2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</b> |      |   |   |                      |                                  |
| 22                                  | 54   | ○食事を楽しむことのできる支援<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    | 職員は利用者と一緒に野菜洗いや調理、配膳を行っている。<br>昼食時には音楽を流し、職員全員が弁当を持参し、利用者と同じテーブルで食事をしている。                   |                      |                                  |
| 23                                  | 57   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めず、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支援している        | 入浴の時間の取り決めはなく、就寝前など毎日自由に入浴できる体制となっている。<br>入浴時間の長い方への対応、拒否する方には清拭を行うなど、利用者の希望等に応じた入浴支援をしている。 |                      |                                  |
| <b>(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援</b> |      |   |   |                      |                                  |
| 24                                  | 59   | ○役割、楽しみごと、気晴らしの支援<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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている | 利用者の生活歴を把握するとともに、習字の練習、畑仕事や野菜の収穫など、利用者に応じた役割や楽しみごとの支援をしている。                                 |                      |                                  |
| 25                                  | 61   | ○日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさずに、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している                   | 毎朝、利用者全員で「いこいの広場」に出かけ、ラジオ体操を行っている。<br>また、天気の良い日は近くの公園へ散歩に行くなど、ホームに閉じこもらないよう支援している。          |                      |                                  |
| <b>(4)安心と安全を支える支援</b>               |      |   |   |                      |                                  |
| 26                                  | 66   | ○鍵をかけないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる          | 各ユニットの玄関は、開閉時に鈴の音がるようになっており、日中は施錠をせず閉塞感を感じない支援をしている。  |                      |                                  |

☆この評価結果は、グループホーム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、調査当日のホームの状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 外部評価                              | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)      |
|-----------------------------------|------|---|---|----------------------|---------------------------------------|
| 27                                | 71   | ○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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている                                | 年2回消防署の立会いのもと消火訓練・避難訓練を実施している。<br>また、毎月ホーム独自の避難訓練を実施している。<br>玄関の脇にポリバケツに入れた水を用意している。                            | ○                    | 夜間の災害を想定し、地域住民の協力を得られるように話し合うことを提案する。 |
| <b>(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b> |      |   |   |                      |                                       |
| 28                                | 77   | ○栄養摂取や水分確保の支援<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                                   | 設置法人内の栄養士が立てた野菜が中心のバランスの取れた献立を作成し、利用者の食べやすい大きさに調理したものを提供している。<br>利用者の嗜好を把握しており、誕生会には特別メニューを提供している。              |                      |                                       |
| <b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b>    |      |   |   |                      |                                       |
| <b>(1) 居心地のよい環境づくり</b>            |      |   |   |                      |                                       |
| 29                                | 81   | ○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）は、利用者にとって不快な音や光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 | ホーム内は広くゆったりしたスペースを確保しており、利用者はソファに座り、穏やかに過ごしている。<br>各ユニットは渡り廊下で結ばれており、中心にベンチを設置し、利用者間の交流や休憩することが出来るようベンチを設置している。 |                      |                                       |
| 30                                | 83   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<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を活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                   | 居室への持込制限はなく、利用者の写真やコタツなどの馴染みの品を持込むなど、利用者が住みやすい環境となるよう配慮している。  |                      |                                       |

※  は、重点項目。

※ WAMNETに公開する際には、本様式のほか、事業所から提出された自己評価票（様式1）を添付すること。