

☆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12月4日

### 【評価実施概要】

|       |                                      |       |            |
|-------|--------------------------------------|-------|------------|
| 事業所番号 | 0871100178                           |       |            |
| 法人名   | 株式会社 メデカジャパン                         |       |            |
| 事業所名  | 水海道ケアセンター そよ風                        |       |            |
| 所在地   | 茨城県常総市天満町1785-1<br>(電話) 0297-20-1030 |       |            |
| 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20年9月9日                            | 評価確定日 | 平成20年12月4日 |

【情報提供票より】 (平成20年8月23日事業所記入)

### (1) 組織概要

|       |           |        |                      |
|-------|-----------|--------|----------------------|
| 開設年月日 | 平成15年6月1日 |        |                      |
| ユニット数 | 2 ユニット    | 利用定員数計 | 18 人                 |
| 職員数   | 13 人      | 常勤     | 13人, 非常勤 4人, 常勤換算 5人 |

### (2) 建物概要

|      |              |  |  |
|------|--------------|--|--|
| 建物構造 | 鉄骨 造り        |  |  |
|      | 2階建ての ~ 2階部分 |  |  |

### (3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|                     |              |                |          |
|---------------------|--------------|----------------|----------|
| 家賃(平均月額)            | 65,000 円     | その他の経費(月額)     | 30,000 円 |
| 敷金                  | 有 (100,000円) |                |          |
| 保証金の有無<br>(入居一時金含む) | 有 (150,000円) | 有りの場合<br>償却の有無 | 有        |
| 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 1,400 円    |              |                |          |

### (4) 利用者の概要 (平成20年8月23日現在)

|       |           |         |         |
|-------|-----------|---------|---------|
| 利用者人数 | 15 名      | 男性 7 名  | 女性 8 名  |
| 要介護1  | 1         | 要介護2    | 4       |
| 要介護3  | 5         | 要介護4    | 4       |
| 要介護5  | 1         | 要支援2    |         |
| 年齢    | 平均 78.5 歳 | 最低 58 歳 | 最高 96 歳 |

### (5) 協力医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 協力医療機関名 | しほう医院 我孫子中央歯科室 |
|---------|----------------|

### 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

「一人ひとりの笑顔を大切に互いに支え合い共に生活します」との理念を全職員で話し合いつつっている。  
「感動介護」を今年度のスローガンに定め、全職員で利用者や家族等に感動してもらえる支援を目指している。  
職員の段階に応じた研修受講を促進し、介護力のレベルアップを図っている。  
1階に併設されているデイサービスセンターと連携を図っている。

### 【重点項目への取組状況】

|       |  |
|-------|--|
| 重点項目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)</p> <p>前回の評価で重度化や終末期に向けた対応や指針づくりの取り組みが望まれたが、利用時に終身利用ができないことを説明するとともに、重度化した場合は家族と相談のうねホームで支援をしている。<br/>重度化した場合の対応についてのマニュアル及び指針の作成が望まれる。</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)</p> <p>外部評価の結果をユニットごとのグループ会議で検討するとともに、改善に取り組んでいる。</p>   |
| 重点項目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)</p> <p>運営推進会議はセンター長や職員、家族、民生委員、町内会長、市職員を委員とし2ヶ月に1回開催している。<br/>家族会から各棟1名ずつ輪番で参加してもらい、運営推進会議で汲みあげた意見等をサービスの質の向上に活かしている。</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)</p> <p>家族会は4月と11月に開催し、家族等から意見や要望を伺い、でた意見等を検討したうえで回答するとともに、ホームの運営やサービスの質の向上に反映している。<br/>意見を直接言いにくい家族に配慮し、率直な意見を聴取するため無記名式の家族アンケートの実施を期待する。</p> |
| 重点項目④ | <p>日常生活における地域との連携 (関連項目: 外部3)</p> <p>町内会に加入し、祇園祭や獅子舞などは利用者がホーム内で見学できるよう配慮してもらっている。<br/>近所の農園で花の苗を買った際お茶をいただくなど地域と交流している。</p>   |

☆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    | 「一人ひとりの笑顔を大切に互いに支え合いともに生活します」とのホームの理念を全職員で話し合いつつっている。                              | ○                    | 利用者がその人らしく地域の中で暮らしていくため、地域を意識した独自の理念を全職員でつくることを提案する |
| 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                       | 管理者と職員は理念を共有し細やかな気配りで実践している。   |                      |   |
| <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 | 町内会に加入している。<br>町内会の配慮で7月の祇園祭、正月の獅子舞をホームから見物できるほか、近所の農園で花の苗を買った際お茶をいただくなど地域と交流している。 |                      |   |
| <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   | 外部評価の結果をユニットごとのグループ会議で検討するとともに、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><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              | 運営推進会議はセンター長や職員、家族、民生委員、町内会長、市職員を委員とし2ヶ月に1回開催している。<br>家族会から各棟1名ずつ輪番で参加してもらい、運営推進会議で汲みあげた意見等をサービスの質の向上に活かしている。 |                      |   |
| 6                      | 9    | ○市町村との連携<br><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                               | 市の介護保険担当課と行き来し、運営推進会議以外でも気軽に相談できる体制になっている。  |                      |   |
| <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><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                              | 利用者の暮らしの様子やホームの動きは“そよ風だより”や“月間報告書”で月に1回家族に知らせるとともに、職員の異動等は電話連絡や家族会で報告している。                                    |                      |   |
| 8                      | 15   | ○運営に関する家族等意見の反映<br><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                                | 家族会は4月と11月に開催し、家族等から意見や要望を伺い、でた意見等を検討したうえで回答するとともに、ホームの運営やサービスの質の向上に活かしている。<br>意見箱を設置しているが投函実績はない。            | ○                    | 意見を直接言いにくい家族に配慮し、率直な意見を聴取するため、無記名式の家族アンケートの実施を期待する。 |
| 9                      | 18   | ○職員の異動等による影響への配慮<br><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 | 職員の異動は利用者の動揺に配慮して敢えて知らせず、不安のないよう全職員で利用者を支援している。   |                      |   |

☆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>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                | 職員育成計画書に基づき、段階に応じた研修受講を全職員に積極的に勧めている。<br>研修受講後は運営者会議やセンター全体会議を通じて報告するとともに、全職員に周知徹底するため回覧し確認印をもらっている。 |                      |                                  |
| 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      | 同業者合同研修で交流し、研修報告書を作成するとともにグループホーム会議及びセンター全体会議で職員に周知を図っている。   |                      |                                  |
| <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、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 | 利用にあたり、利用者や家族にホームを見学してもらい意見を聞いている。<br>利用開始直後は職員がきめ細かく声をかけ、不安のないよう配慮している。                             |                      |                                  |
| <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                       | 職員は利用者の希望にそった介護を心がけ、利用者からの学びを日々の介護に活かすとともに、感謝の言葉をそえるなど互い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>(すでに取り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  | 職員は利用者のホームでの生活の様子や家族等の意見・希望から利用者の意向の把握に努めている。  |                      |                                   |
| <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     | 利用者や家族等と話し合うとともに職員の意見を取り入れ、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 | 介護計画の期間終了前に職員から聞き取り、計画の達成状況についてカンファレンスを行い、6ヶ月毎に計画を見直している。変化が生じた場合はその都度介護計画を見直している。                         |                      |                                   |
| <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                                   | 利用者の家族は希望によりホームに宿泊することができる。<br>利用者の通院を支援している。<br>1階のデイサービスセンター利用の家族がサービスを受ける際、利用者も一緒にリハビリなどを受けられるよう支援している。 |                      |                                   |

☆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、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              | 利用者や家族等の希望にそってかかりつけ医を決定している。<br>入院が必要になった場合は適切な医療が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 | 利用相談時の説明で終身利用ができないことを説明しているが、重度化した場合は家族と相談のうえホームで支援をしている。                       | ○                    | 重度化した場合の対応について、全職員で対応するためのマニュアルや重度化に伴う意思確認書の作成が望まれる。 |
| <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                          | 利用者に合わせた言葉かけに気を配り支援している。<br>周囲に知られないようさりげなくトイレ誘導するなど、利用者のプライバシーに配慮している。         |                      |  |
| 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            | 利用者のペースに応じた支援を心がけ、起床時間や食事時間に配慮をしている。<br>ホームでの暮らし方についての希望を聞き利用者が自由に過ごせるよう支援している。 |                      |  |

☆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>(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    | むせたり時間のかかる利用者に職員が寄り添い、適切に支援している。<br>利用者と職員と一緒に後片付けしている。<br>月に1回利用者の希望するメニューの出前を取っている。  |                      |                                  |
| 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てしまわずに、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   | 入浴日の決まりはなく、利用者の希望にそって支援している。   |                      |                                  |
| <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 | 利用者の生活歴から一人ひとりが主役になる場面づくりや適切な言葉かけで自信を持てるよう支援している。<br>玄関掃除や食器拭き、テーブル拭きなど得意なこと出番をつくっている。 |                      |                                  |
| 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                   | 職員が買い物に出かける時は利用者連れで行っている。<br>職員は玄関先のベンチで利用者と一緒にお茶を飲む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          | 危険防止のため2階の扉に鍵をかけているが、各ユニット間やベランダに自由に行き来している。   |                      |                                  |

☆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>(すでに取り組んでいることも含む)   |
|----------------------------------|------|---|---|----------------------|---|
| 27                               | 71   | ○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                                | 防火管理者を決め日中の避難訓練のほか、夜間を想定した避難訓練を実施している。<br>運営推進会議で町内会長や民生委員に協力を依頼しているが地域の人々の参加を得るまでには至っていない。<br>非常用備蓄品は本部で管理している。            | ○                    | 消防署の協力を得て地域の回覧板でホームの防災訓練の開催日時を周知するとともに、備蓄品を利用して近所の方々とともに炊き出しを実施し、ホームへの理解と協力を得ることを期待する。<br>最低限の備蓄品はホーム内で保管することが望まれる。 |
| <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><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                                   | 職員は利用者一人ひとりの食事量や水分量を把握するとともに、体調や嚥下の状態により、刻み食やとろみ食などの支援をしている。  |                      |   |
| <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><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 | 居間の障子窓が強い日差しを遮り、利用者は落ち着いて過ごすとともに、畳敷きの空間で休憩や洗濯物たたみなど自由に利用している。<br>廊下は広く車椅子の利用者が自由に歩行できる。<br>風呂やトイレなど必要な箇所に手すりを設置し、安全に配慮している。 |                      |   |
| 30                               | 83   | ○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                   | 居室は利用者が以前使っていた布団や鏡、食器など使い馴染みの品を持ち込み使用しているほか、家族の写真を飾っている利用者もいる。  |                      |   |

※  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。