

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

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	0871900460		
法人名	有限会社 幸		
事業所名	グループホーム きらり	ユニット名	ほしぞら
所在地	〒300-1217 茨城県牛久市さくら台3-34-10		
自己評価作成日	平成21年6月12日	評価結果 市町村受理日	平成21年10月12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 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 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29日	評価確定日	平成21年9月16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">・ 駐車場から建物に入るまでのアプローチの作りや、木々やみどりに溢れる庭・ 飼い犬、飼い猫がおり、彼らも介護スタッフの一員として癒しの提供に努めている・ 建物内のあちこちにこれまで入居されていた方たちの思い出が残されている・ 介護者は、入居されている方たちにそれぞれの『生活』をしていただける様、その方に合った個別ケアを考え努めている・ 日ごろの様子が分かるよう、廊下等に外出時や日常の写真等を掲示し、家族に見ていただいている・ 地域密着型サービスを意識し、家族、地域、行政との関わりを大切にするよう努めている・ 終末期ケアの必要性を考え、看護師、医師との連携を図っている
--

【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>終末期ケアの必要性を重視し、医師や看護師との連携を図り可能な限り看取りの支援をしている。</p> <p>自然環境の整った立地で、飼い犬や飼い猫が利用者の癒しになっている。</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 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	理念は地域密着型サービスに添った内容が含まれており、ミーティングの場で内容の意味等について話し合う機会を持っている。 理念は玄関と事務所に掲げている。	事業所独自の理念を玄関と事務所に掲げ、意識づけをしている。 介護記録を基に月1回のミーティングで日々の支援が理念にかなったものか話し合い共有している。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 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	飼い犬の散歩を通して近所の方と出会う機会が日常的にある。 近隣の小学校からの訪問や高校生の介護実習の受け入れを定期的に行っている。	老人会や買い物、飼い犬の散歩などで地域の人々とふれあう機会を多くし日常的に交流するとともに、小学生の社会見学や高校生の介護実習を定期的に受け入れ交流している。	自治会に加入するなど地域行事や活動に参加し、地域に密着したグループホームになるよう努めることを期待する。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	在宅での困難なケースや、やむを得ず急な入居希望の方の相談等に対し、可能な限り対応できるよう話し合いをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	概ね2ヶ月に1回会議を開催しており、地域の方や家族からの質問や疑問等にお答えしたり、家族の方の在宅介護の大変さや悩み等をお聞きし、勉強させていただいている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催している。 会議では事業所からの報告とともに、家族等からの不安や不満、要望などを話し合い、サービスの質の向上に活かしている。	

☆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
5	4	○市町村との連携 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	ホームだけで解決できない内容の課題がある場合は市に相談するようにしている。 1ヶ月に1回の介護相談員訪問、市の認定調査員の訪問時等、関わる機会が定期的にある。	事業所は市担当者に利用者の入退所や職員の異動を報告しているが、ケアサービスの取組みを相談するなど積極的に連携を図るまでには至っていない。	より良いサービスを提供できるよう、事業所の考え方を市担当者によく理解してもらい情報を共有するとともに、積極的に連携を図ることを期待する。
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 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	身体拘束は一切行わない。身体拘束に当たると思われるケースが発見された場合は職員間で話し合いの場を持ち、改善に努める。 身体拘束廃止についての内容は事務所に掲示し、周知するよう伝えている。	身体拘束について全職員で話し合い、マニュアルを作成するとともに、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。	
7		○虐待の防止の徹底 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	会議の場で話し合う機会を持っている。事業所内で虐待に当たると思われるケースが発見された場合は直ちに責任者が状況確認を行い、改善、防止に努める。 外泊時等に虐待の可能性があったと思われるケースの場合も同様に対応する。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	家族からの相談や必要に応じて、管理者間で話し合う場を持つ。活用が決定した場合には会議の場で職員にも報告する。		

☆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
9		○契約に関する説明と納得 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	料金改定については随時文書で報告している。契約内容については、入居後でも相談しやすい関係を築き、可能な限り要望に対応できるよう努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	家族には運営推進会議の場でご意見をいただく他、毎月送付している請求書にご意見用紙を同封し、要望等を募っている。 日ごろから話しやすい関係を築くよう努めている。	請求書や事業所便りに意見用紙を同封したり、玄関に意見箱を設置するなど意見や要望を汲みあげている。 運営推進会議で利用者や家族等から出た意見を話し合い、運営に反映させている。	重要事項説明書に行政や国民健康保険団体連合会などの第三者の苦情相談受付窓口や連絡先を明記するとともに、説明することを期待する。
11	7	○運営に関する職員意見の反映 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	基本的に現場主義であり、上役のみで決定されてしまう事はあり得ない。 職員間での課題は会議の場だけでなく、普段から話しやすい環境を作ることが大切であり、努めている。	管理者は月1回ミーティングで職員の意見や提案を聴くほか、日常的に話し易い環境づくりを心がけ、出た意見を運営に反映させている。	
12		○就業環境の整備 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	収入の範囲内で、可能な限りの給与の見直しや手当てについて話し合いをしている。 非常勤職員が多いため、勤務時間や労働時間の相談に可能な限り対応している。		

☆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
13		○職員を育てる取組み 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	毎月のミーティングの場で、その時に勉強が必要なテーマを決め勉強会を行っている。 社員には県の研修等に参加する機会を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	近隣のグループホームと必要な時に情報交換を行っている。		
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 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	見学は可能な限り利用予定者本人にも来ていただき、ホーム内を案内しながら必要な説明をしている。 希望があれば体験入居もできる。 サービス利用前でも、不安や疑問がある時はいつでも相談にのれるよう配慮している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	本人と家族の意向には違いがあることが多いため、どちらの思いも個々に理解するつもりで話を聴くよう努めている。 入居後も家族関係が良好に保てるよう、適度な距離を持って関わられるよう配慮している。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	入居前からの本人、家族の希望や要望を把握した上で、実際入居した後の本人の様子はどうか？ 課題となる事がある時は早期に対応できるように『今、何が必要なのか』を職員間で話し合う。		

☆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 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	家事全般を自分たちの業務ととらえず、彼らの暮らしととらえるよう努めている。 彼らの生活空間の中で共に時間を過ごすことで、自然な人間関係が作られていけば良いと考えている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	在宅介護での苦労等をふまえた上で、今後の家族関係を良好に保っていけるよう配慮する。 利用者についての課題があるときは一緒に考え、一緒に支えていけるよう相談する。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	本人の希望がある時は、なじみの店への外出支援等を行っている。 本人の友人、知人が訪問しやすい環境作りに努めている。	面会や外出、外泊等の希望を可能な限り支援している。 老人会へ参加する利用者の支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 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	利用者同士の相性や聴力の問題等を把握し、その必要に応じて席替えの検討を行う。 利用者同士の関わりが場合によっては行き過ぎてしまう事があるため、その時によってさりげなく間に入るようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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	他施設への入居が決定した場合には、なるべく細かく情報提供を行う。 長期入院となる場合にも、ホームでできる限りの相談にのれるよう窓口を作る。		

☆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 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。	口で言っている心は違っている事もあるため、関わっていく中で彼らの表情も見る事が大切であると考え。又、介護者との相性も大いにあると思われるため大切な思いを把握するために誰が適任なのかを考える必要がある。	普段の関わりの中で表情や言葉を聞き逃さないようにするとともに、色々な場面をつくり興味を示したことなどから利用者の思いや意向の把握に努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 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	家族より分かる範囲で生活歴をいただいている。認知症が重い方でも会話の一部や生活している中で、本人からヒントが見える事もある。		
25		○暮らしの現状の把握 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	事前情報だけに頼らない。一つ一つの動作からでもできることは拾え、広げる事ができると思われる。会議の場で職員個々が『できる事探し』で見つけた利用者の力を出し合い、ケアに繋げている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	基本的にプラス思考で考え介護計画を立てている。上記項目の通り、利用者の力が無理無く引き出され、本人や家族の意向を含んだ介護計画になるよう試行錯誤している。	来訪時や電話で得た家族等からの希望や受診時の医師の意見を職員で話し合い、介護計画作成や見直しに反映している。介護計画は6ヶ月ごとに見直しをするほか、利用者の心身の状態に変化があった場合は随時見直している。	

☆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 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	個人の介護記録の他に、職員間で情報を共有する事ができるよう連絡ノートを作っている。介護計画よりも日々の変化に添っている内容となるため、日々ケアの見直しになっている事もある。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	外出、外泊の自由。面会の自由。急な受診対応も可能な限りホームで対応している。その他本人や家族の要望に対し、どうすれば対応できるか？をまず考えるようにしている。		
29		○地域資源との協働 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	本人や家族の希望に添って、必要な支援体制を作るよう努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	かかりつけ医は基本的に個人の希望に添って決める。協力医療機関は総合病院であるため、色々な科が揃っている。その他、歯科往診、皮膚科往診、訪問医療マッサージも随時受ける事ができる。	利用者や家族等が希望するかかりつけ医への受診を支援している。受診は基本的には職員が付き添い受診結果を電話で家族等に報告している。	
31		○看護職員との協働 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	看護師の訪問は基本的に週1回となっているが、緊急時や介護職では判断のできない事について、随時電話連絡等で指示を仰ぐようにしている。毎日バイタル測定を行い、普段と比べ変化のある利用者についても、看護師に報告し指示をもらう。		

☆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>往診契約をしている医療機関と良好な関係が保たれている。 長期入院になりそうな場合には、早期退院に向けて主治医、家族と相談するようにしている。</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、事業所ですることが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>重度化及び終末期ケアについての指針を素に職員間で話し合いをしている。 主治医、看護師の意見や指示を仰ぎながら、本人、家族の意向をふまえて、ホームとしてどこまで対応できるかを見極めそのケースごとに取り組んでいる。</p>	<p>看取りを何度も経験し、その経験を基に終末期の有り方について利用者や家族等の意向を把握するとともに関係者で話し合い、段階的に合意を得ながらチームで支援に取り組んでいる。</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>応急手当等のマニュアルを作成している。 日々のケアに当たる中で、医師や看護師の指導の元色々な処置に携わるため、その都度連絡ノート等に内容を記入し、周知を図っている。</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>年2回、避難訓練を行い消防隊員からご指導をいただいている。</p>	<p>消防訓練計画書を作成し消防署協力のもと、年2回防災訓練と避難訓練を実施している。 マニュアルや訓練実施記録は作成しているが、災害に備えて食糧等を備蓄するまでには至っていない。 災害時に地域の協力が得られる体制が十分とはいえない。</p>	<p>運営推進会議などで災害時に地域の協力が得られるための働きかけをするとともに、災害に備えて食糧等を備蓄することを期待する。</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 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	利用者一人一人に合わせた言葉かけを心掛けている。 トイレ誘導が必要な方には、本人の気分を損ねないような声かけをするよう気をつけている。	一人ひとりに合わせた言葉かけと対応を心がけているほか、風呂についたてをするなどプライバシーに配慮した支援をしている。 個人の記録は事務所内に保管している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	職員は日々のケアの中で、その人が選べる環境やその人が興味を持ちそうな事を考えながら、色々な『種まき作業』をしていく事を心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	食事や入浴等、大まかな時間帯は決まっているが、その中で可能な限り本人の希望を尊重する。 買物や受診希望がある時は可能な限り外出支援ができるよう体制を整える。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	これまで使い慣れている道具や化粧品を持ち込んでいただき、継続して本人なりの身だしなみやおしゃれをされている姿が見られる。		

☆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 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	食事準備や片付けをする時間は、利用者個人の力や気分を見ながらできる限り多くの方に参加していただけるよう声かけ、支援している。 食器洗いは、立位が可能な方のみ習慣として無理なくしていただいている。	利用者の希望や能力に応じて天ぷらを揚げたり料理を盛り付けるなど、職員と一緒に食事の準備をしている。 献立は栄養士が作成し、嫌いな物がある人には庭の野菜で代用している。 月1回利用者と職員が庭の野菜を採り入れたり、好みに合わせた献立を考える日があるなど、食事を楽しむ工夫をしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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	食事摂取量の記録、必要な方のみ水分摂取量の把握に努めている。 提供量は看護師とも相談しながら、その方に合わせた量で提供している。 体重増減の把握、嚥下力低下時の対応もその時に合わせ検討している。		
42		○口腔内の清潔保持 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	これまでの習慣を尊重し、その人に合ったやり方で支援するよう努めている。 希望や場合によっては訪問歯科を依頼し、専門的意見を仰いでいる。 昼食後はお茶でうがいをさせていただき風邪等の予防をしている。		
43	16	○排泄の自立支援 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	基本的に排泄はトイレでという考えで支援している。 日常オムツ使用の方でも、日によってトイレ希望がある時はスタッフ2名でトイレ介助をする等、臨機応変に対応している。	おむつ使用は最終的な手段と考え、職員は利用者の排泄パターンを把握したり、サインを見逃さず早めにトイレ誘導するなど、機能維持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 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	それぞれの排便のペースを把握した上で、排便の確認をしている。便秘にならないよう普段から水分摂取や牛乳摂取の声かけをしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 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	概ね2日に1回の入浴ができるよう体制を整えている。入浴に拒否が見られる方にはその方の気分を損ねないような声かけに努めている。その方の力や希望を把握し、一人一人に合わせた入浴支援をしている。	入浴は2日に1回と決まっているが、時間帯は朝や寝る前など利用者一人ひとりの希望にそって支援している。入浴を拒む利用者には声かけを工夫し対応している。	
46		○安眠や休息の支援 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	午後に休息の時間をとるよう声かけ、支援している。個人によっては家事をがんばり過ぎてしまう方もいるため、体調に合わせてこまめに休息をとるよう声かけしている。夜間眠れない方がいる場合はその原因を把握するため職員間で話し合いをする。		
47		○服薬支援 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	処方内容の説明書きをファイリングし確認できるようにしている。薬内容が変更になった場合は随時連絡ノートに記入し、飲み忘れや副作用等の注意を呼びかけている。体調の変化等を把握し、往診時に医師に相談し服薬調整に活かしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	その方の力や希望を把握し、役割を持っていただくよう支援している。ホーム内に閉じこもらないように、庭や近所を散歩し気分転換する機会を持つようにしている。喫煙される方用に喫煙所を設ける。		

☆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 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	日用品等の購入時は、可能な限りその方と買物に出かけられるよう体制を整える。 利用者の誕生日には全員で外出に出かけたり、希望によって旅行や入浴施設に行った事もある。	犬を連れての散歩や日用品の買い物への同行、誕生日の外出、入浴施設の利用など日常的に外出の支援をしている。 遠出の時には家族等の協力を得て支援している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 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	入居前に家族と話し合い、その人の希望に添って小遣い程度の額を保管していただいている。 まとまったお金はホームの金庫で管理し、出納帳につけ毎月送付している。		
51		○電話や手紙の支援 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	本人の希望に添って電話を使用する支援を行っている。 認知症が重度の方でも家族に協力をお願いし、電話で会話をさせていただく機会を作っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 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	『家』の雰囲気が出るよう配慮している。 食卓には季節の花や植物、その他その方の私物が置いてある。 空調管理、照明の調節はその時に合わせて職員が行っている。	共用空間からは草花が植えられた庭を見ることができ、季節の変化を感じることができる。 数ヶ所設置しているソファや共用の和室など、利用者は気に入った場所で過ごしている。 家族等や地域の人々、運営推進会議の委員の意見を取り入れより良い環境づくりに努めている。	

☆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
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	リビングテーブルの他、和室やソファがあり、その時々に合わせて居場所を変える事ができよう考えている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 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	各居室内は個人の好みの物やなじみの物を持ち込んでいただいている。家具等の配置も個人の希望や使い易さを考え、家族と相談している。ドレープカーテンをあえて設置せず、本人の好みの色や柄の物をつけていただいている。	利用者は馴染みの物や好みの物を持ち込み、自分らしい居室づくりをしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	建物内は必要ヶ所に手すりが付いている。各居室にはネームプレートが掛かっており、トイレにも表示を付けている。玄関は、内と外の境が分かるよう、あえて上がりかまちにしている。		

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。 (参考項目：23, 24, 25)	○ 1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3, 利用者の1/3くらいの 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。 (参考項目：18, 38)	○ 1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 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。 (参考項目：38)	○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目：36, 37)	○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目：49)	○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 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。 (参考項目：30, 31)	○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 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。 (参考項目：28)	○ 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 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。 (参考項目：9, 10, 19)	○ 1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない

64	<p>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。 (参考項目：9, 10, 19)</p>	<p>1, ほぼ毎日のように ○ 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない</p>
65	<p>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。 (参考項目：4)</p>	<p>1, 大いに増えている ○ 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない</p>
66	<p>職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)</p>	<p>○ 1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない</p>
67	<p>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。</p>	<p>1, ほぼ全ての利用者が ○ 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない</p>
68	<p>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。</p>	<p>1, ほぼ全ての家族等が ○ 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない</p>

(様式4)

目標達成計画

事業所名 グループホームきらり

作成日 平成21年10月9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	地域行事や活動に参加し、地域に密着したグループホームになるよう努める。	日常的に地域の活動等に参加したり、ホームの行事等に地域の方をお招きする。	自治区のかっぱつ体操への参加。ホームの年末行事に地域の方をお招きする。	6ヶ月
2	13	災害時に地域の協力が得られるための働きかけをする。食糧等を備蓄する。	地域とのSOS協力体制を作る。災害に備え毛布、水を準備しておく。	運営推進会議等で地域の方と協力体制についての話し合いを行う。リビング、玄関に毛布、水を準備する。	1年
3	4	市担当者と積極的に連携を図る。	ケアサービスの取り組み等を積極的に相談する。	入居者様個々の困難ケースについて、市担当者とも相談していく。	達成済
4	6	重要事項説明書に行政等の第三者の苦情相談受付窓口連絡先を明記し説明する。	説明書に第三者機関の連絡先を明記。	重要事項説明書に追加し、契約時に家族に説明する。	達成済
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。