

(様式3)

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成21年12月25日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|         |                              |                |             |
|---------|------------------------------|----------------|-------------|
| 事業所番号   | 0870101789                   |                |             |
| 法人名     | ホシサン工業 株式会社                  |                |             |
| 事業所名    | グループホーム すばる                  | ユニット名          | 天の川         |
| 所在地     | 〒310-0846<br>茨城県水戸市東野町東山96-5 |                |             |
| 自己評価作成日 | 平成21年6月26日                   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成21年12月15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8月27日                           | 評価確定日 | 平成21年12月4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）】

|   |
|---|
| <p>「命ある限り社会人」を理念とし、総ての入居者が社会の中の一員・地域の中の一員として社会生活を送ることができるグループホームであることを目指し、入居者が安全で安心して生き生きと暮らせる場所でありたいという理想を基に運営している。そのためには、介護技術だけではなく、職員の介護に対する姿勢や意識の向上といった個々の力を磨きあげて、それを集結させてひとつのチームワークとして質の高い介護を提供することに力をいれている。</p> |
|---|

### 【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>運営者は「命ある限り社会人」を理念に掲げ、利用者一人ひとりの暮らしを大切にするとともに地域の人々と共にふれ合い、穏やかな生活ができるよう管理者や職員に理念の理解と共有を図りながら個別性のあるケアの提供を実践している。</p> <p>3ユニット同じ食材を使用した料理を提供しているが、調理方法や味付けなどはユニット毎に工夫をしている。</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                      | 「命ある限り社会人」を理念とし、総ての入居者が社会の中の一員・地域の中の一員として社会生活を送ることができるグループホームであることを目指し、経営会議・職員会議・ユニット会議にて利用者主体の考えを基にケアが実践できているかどうかを常に話し合いながら運営している。 | 地域に根ざしたホームづくりを第一に考えて「命ある限り社会人」を理念に掲げ、利用者が地域の人々と共に暮らし、地域の一員として穏やかな人生を謳歌できるよう理念の実践に努めている。                                  |  |
| 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                      | 敷地の一部を賃借している隣地在住の地主さんを通して、地域の方々の繋がりを持つとともに、事業所としての日々の活動（消防訓練や広報誌の配布・推進会議・各種イベントなど）の中で、地域の方々との交流を心がけている。                             | 自治会に加入するまでには至っていない。<br>開設当時は応接ホールを地域の人々に開放し文化教室などを開催していたが、利用者の身体機能の低下に伴い積極的に地域の行事に参加し交流するまでにはいかず、散歩等の外出時に挨拶を交わす程度となっている。 | 自治会に加入するとともに地域の行事に参加したり、地域資源の活用やボランティアを受け入れるほか、ホームの行事に地域の人々を招待するなど、地域と交流の輪を広げる取り組みを期待する。 |
| 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                    | 近隣にも配布する広報誌において、認知症や高齢者疾患についての情報を掲載し発信している。地域の方々の見学会なども受け入れているが、絶対数は少ない。今後、介護技術の講習会や相談会などを実施することも考えている。                             |  |  |
| 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 | 運営推進委員の発案による当施設に対する評価アンケート（外部評価とは別のもの）を実施したり、各種イベントの内容などについて意見を求め、サービスの充実や施設の姿勢・職員の意識や技術の向上に努めている。                                  | 運営推進会議は行政機関の職員や第三者の苦情相談員、家族等で2ヶ月に1回開催している。<br>自己評価や外部評価の結果を報告するだけでなく運営課題を話し合い、出た意見等を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<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  | 運営推進会議の場で、介護サービスや法令の現状や展望、また他施設の取組みについての一例を解説してもらう。また水戸市介護相談員の受け入れやGH連絡協議会への参加などを通じて情報交換を行っている。  | 運営推進会議のみならず介護相談員を受け入れるとともに市のグループホーム連絡協議会に加入し、情報交換や運営上の報告、相談をしている。   |   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<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 | 身体拘束は、例外を除き行わないし、現状では行っていない。(例外とは、①入居者本人に危害が及ぶ恐れが強い場合 ②他の入居者に危害が及ぶ場合の2点のケースであるが、その場合は家族の同意を得ることを必須とする。)  | 玄関や非常口の施錠は電動ロックで、火災時には自動解除システムとなっている。<br>ホームが3階建てということもあり、安全性の問題からすべての階の居室の窓にはストッパーをつけ開放制限をしている。<br>職員は身体拘束の内容とその弊害について正しく理解しておらず、マニュアルも作成するまでには至っていない。 | 玄関のセンサーや電動ロック及び居室以外の場所での見守り等の支援について、身体的、精神的弊害になっていないか職員で話し合うとともに、身体的拘束についての正しい認識とマニュアルの作成を期待する。 |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<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                                      | 職員の質や意識・介護に向き合う姿勢に照らし合わせる中で、そのような行為は有り得ない。また、入居者の外傷記録などを克明に記入し引継ぎを行うことにより、そういった行為が行われないようにチェックしている。併せて、ご家族との関係においても、虐待行為の痕跡がある場合にはケアマネージャーに必ず報告をするように指導している。 |   |   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<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                                 | 現状では、ほとんどが入居者および家族間の問題として捉えており、同制度による後見人との関わりが発生する状況にない。ただ、施設としてのスタンスは一貫して入居者最優先であるため、相談や支援についてはケアマネージャーの対応としている。  |   |   |

☆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 |
| 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                    | 初回面接や見学時に時間をかけて打ち解けた関係を作ることに力を入れている。それにより、入居時に生じる疑問や不安を相談しやすい空気を作った上で、入居契約時には、総ての契約条項を詳しく説明し、家族等の理解と了承・介護方針に対する相互理解や協働関係への協力を求めている。 |  |                   |
| 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                 | 管理者・ケアマネへ直接的に相談を受けられるような雰囲気作りを常に意識することは当然として、それ以外に、施設内に投書箱を設けたり外部相談員と入居者家族との繋がりを作ることを考えているが実効性に乏しいと感じたため、今年アンケート調査を実施した。今後も継続の予定。   | 玄関に意見箱を設置しているが投函実績がないことから、今年から無記名のアンケートを実施し結果を検討するとともに運営やサービスの質の向上に活かしている。 |                   |
| 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                                 | スタッフ会議を月に1回実施し意見を聞くとともに、常時、課題となっていることに関して意見を聴取している。   | 代表者は月に1回スタッフ会議で職員から意見を聴いている。<br>管理者は職員とのコミュニケーションを大切にし、常に職員の意見に耳を傾けている。    |                   |
| 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 | 経営環境の許す限り、職員に対する給与手当への還元を行っているが、十分なものになっているとは思っていない。開設後5年を経過するため、今後5年後を見据えた形で、現在就業規則などの見直し・賃金体系の再構築などに取り組んでいる。今後の課題である。             |  |                   |

☆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          | 資格取得や能力向上のための研修や受験については、業務内での受講や受講料の助成を行い、大いに奨励している。（※昨年度ケアマネ2名・介護福祉士4名合格）併せて、本年度からは外部からの講師を招聘しての研修なども実施する計画である。                 |      |                   |
| 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 | 茨城県認知症高齢者グループホーム協議会への加入、一部職員による個人的な交流にとどまっている関係を少しずつ広げる努力をしている。  |      |                   |
| 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        | 初回面接に時間をかけ、不安のないように出来る限り対応し、その後も不安や疑問がある場合には、対応していく関係を築けるよう常に、努力している。また、本人が見学に来れなかった場合などは、特に、入居前には、事前訪問を行い、入居時に安心感がもてるように配慮している。 |      |                   |
| 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                   | 家族の困っていることや不安なことをよく聞いて、その家族を取り巻く介護環境で困難な事象を取り除くためのアドバイスや提案を行い、信頼関係が築けるよう努めている。   |      |                   |
| 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               | 一人ひとりの身体状況、環境等を見極め、どのサービスが適しているのかを一緒に考えることを優先し、必要なサービスが利用できるよう話し合い、当施設の利用対象者でない場合も出来る限り、他のサービスへつなぎ、対象者が孤立してしまわないようにしている。         |      |                   |

☆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 |
| 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                       | 「共に暮らす場」と考えているため、入居者の得意な事をスタッフと一緒にいき、時には教えて頂いている。   |  |                   |
| 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        | 入居者の方を家族と一緒に支えていくと考えているため、常に家族との協力・相談の上にケアを行う努力をしている。   |  |                   |
| 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                    | 外出時に以前住んでいた所へ行き友人の家を訪問するなどしている。また、遊びに来ていただけるように声を掛けている。   | 利用者の生活歴や生活習慣を尊重し行きつけの美容室にかかったり、外出時に友人の家を訪問するなど馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。 |                   |
| 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                | スタッフと入居者・1対1の関わりだけでなく、多くの利用者と一緒に行動するなどし、関わりを持てるよう支援している。  |  |                   |
| 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 | 家族・利用者との信頼関係が強くなっても、経済的理由や医療依存度が高くなり、他の施設への移動や医療機関への入院等でやむなく退居となった場合でも、ご家族の相談に応じたり、必要に応じて転居先にスタッフが会いに行くなどのフォローケアを行っている。 |  |                   |

☆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 |
| 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。  | 個別に話しを聞く時間を作り、希望や意向に沿うよう努めるとともに、必要に応じてスタッフや家族等と相談して対応をとるようにしている。      | 職員は利用者と共に生活をする中で表情や言動、しぐさから思いや意向の把握に努めるとともに、家族等から生活歴や希望を聴取し、利用者主体の支援に心がけている。 |                   |
| 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                                       | ステーションに個別のファイルが有り、いつでも見られる様になっている。また、入居者の生活の中から把握するよう努めている。           |  |                   |
| 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   | 個別の記録用紙が有りそこへ記入している。月1回のカンファレンス等でスタッフから情報を収集し、スタッフ全員が総合的に把握するよう努めている。 |  |                   |
| 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 | 月1回のユニット会議・スタッフ会議が有り話し合いを行っている。また、病院受診時、Drに相談し、意見を共有しケアプランに反映させている。   | 計画作成担当者は利用者や家族等の意向を取り入れ、職員でカンファレンスを行うとともに、アセスメントに基づき利用者主体の介護計画を作成している。       |                   |

☆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               | 個別の記録用紙が有り、それに記入している。また、スタッフ同士が情報を共有するため、申し送りノートを利用し介護計画の見直しに生かしている。  |  |                   |
| 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      | 事業所の業態が単独施設であるため多機能化には物理的にも法律的にも限界があるが、家族や本人の希望は否定的に捉えず、可能な限り実現していくように努めている。  |  |                   |
| 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                | 入居前より利用している美容室の方が来所し、散髪を行っている。  |  |                   |
| 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           | 入居の際に日常受診している医療機関を伺い、物理的に可能な範囲で出来るだけ引き続いて同じ医療機関を利用するようにしている。また、特に指定の医療機関無き場合は、医療機関よりも医師を選ぶことを重要な要素と考え、最適と思われる医師がいる病院という基準で支援している。 | 利用者や家族等と話し合いかかりつけ医を決定している。<br>利用者に入院が必要となった場合は、適切な医療が受けられるよう近隣の医療機関と協力し支援している。 |                   |
| 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 | 職場内に看護師の配置はないが、利用者のかかりつけ医療機関の医師、看護師と徐々に信頼関係を築き、必要に応じて状態を記録し、助言していただいている。  |  |                   |



☆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   |      | <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>関係機関の病院とは勿論のこと、かかりつけ医の医療機関とも必要に応じて、スタッフが同行し、状態を伝えている。また、入退院についても相談している。ただし、認知症が強い場合入院、治療等が困難な場合がある。</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>入居時に、重度化した場合の話をするとともに、状態にあわせて、常に家族と相談しながら、終末期を考えている。また、事業所で出来ることを十分お話し、必要に応じて、地域ケアマネージャーと協力することがある。</p> | <p>利用時に終身利用がないことを説明しているが、重度化した場合の方針やマニュアルを作成するまでには至っていない。</p>                | <p>重度化に伴う意思確認書と対応マニュアルの作成を期待する。<br/>ターミナルケアの経験があることから終末期に対するホームの方針を明確にし、全職員で共有することを期待する。</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>スタッフは全員有資格者であり、そのほとんどが、介護福祉士の資格を有している。更に、定期的に研修等をおこない、いつでも、実践に対応できるよう努力している。</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>年に2回避難訓練を実施している。また、地域の方々に、訓練時のお知らせをポスティングして参加を呼びかけるなどの働きかけをしている。</p>                                    | <p>年2回消防署の指導のもと避難訓練と火災報知設備や消火器等の点検を実施している。<br/>避難訓練は事前に近隣の住民に回覧板で知らせている。</p> | <p>運営推進会議等を活用し、地域の人々と連携して避難訓練が実施できるよう協力体制を確立するとともに、災害対策マニュアルの作成を期待する。</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                 | 個々を尊重し言葉遣いや対応に注意している。個人記録情報にも注意をしている。                                | 職員は利用者一人ひとりの尊厳を第一に考え、プライバシーを損ねない言葉かけや対応に努めている。<br>個人情報に関する書類は決められた場所に管理している。 |                   |  |
| 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                      | 利用者の方に話しを伺い、出来る限り自己決定が出来るように尊重しながら支援している。                            |  |                   |  |
| 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 | 利用者の生活リズムに合わせて支援していける様に努めている。  |  |                   |  |
| 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                                   | 衣類を購入する時、一緒に買い物に行っている。散髪は施設外の美容室に行き行っている。また、馴染みの美容師が来所し散髪している入居者もいる。 |  |                   |  |

☆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   | 利用者・スタッフが一緒に食事しゆったりとした雰囲気になるよう配慮している。<br>また、嫌いなメニューの時や食欲が無い時など、好きな物や食べ易い物をお出ししている。食事の準備など一緒に行っている。 | 利用者はできる範囲で職員と一緒に食事の準備や後片付けをしている。<br>食事介助が必要な利用者に職員が寄り添い支援している。<br>年に1回家族等を交えて食事会を開催している。                   |                   |
| 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        | 食事量のチェックを毎食行っている。必要な入居者は水分量のチェックも行っている。食欲が無い時や体調が悪い時等は、好きな食べ物や食べ易い物をお出ししている。                       |  |                   |
| 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                 | 義歯利用の方には、毎日義歯用洗剤を用いて洗浄を行っている。  |  |                   |
| 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 | 入居者一人ひとりの排泄能力を把握し援助している。本人の希望やスタッフ間で話し合い一人ひとりに合った対応をしている。  | おむつを使用している利用者に対しても可能な限りトイレでの排泄を心がけ、利用者のサインを見逃さず声かけや誘導をしている。<br>排泄の自立に向けリハビリパンツを使用したり、パットの種類や形状についても検討している。 |                   |

☆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><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                          | ●朝起床後牛乳を飲んで頂くなどしている。<br>●食物繊維が多くバランスの良い食事を心掛けている。<br>●カーディクスに記録をとり状況把握に努め、下剤等によりコントロールを行っている。 |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br><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 | ●希望の入浴時間に合わせ、入浴出来る様にしている。<br>●毎日入浴している入居者の方もいる。   | 入浴日や時間帯の制限はなく、利用者の希望にそって入浴支援をしている。<br>利用者職員1対1で入浴支援をしたり、利用者の希望により気の合った利用者同士で入浴を楽しむなど個別の支援をしている。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br><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                           | ●室温、光の調整を行っている。<br>●入居者一人ひとりに合わせ、好みの寝具を使用したり生活のリズムを作るよう心掛けている。                                |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br><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                      | 各入居者ごとに処方箋の綴りが有り、スタッフは理解をしている。薬の管理、服用の支援も行い、状態の変化に注意をしている。                                    |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br><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         | 入居者一人ひとりの得意な事や出来る事などに目を向け、可能な限りの対応をする様に心掛けている。  |   |                   |

☆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><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                     | 一人ひとりの希望や状態を考慮し外出している。または、家族と一緒にお墓参りをするなどしている。  | 日常的に散歩に出かけたり、ウッドデッキでお茶を飲みながら外気浴を楽しむなどの支援をしている。  | 職員の都合を優先せず利用者や家族等の思いにそった外出支援や重度な人でも体調に注意をしながら五感を刺激する工夫を期待する。<br>社会的資源などを活用した個別の外出支援について職員で話し合うことを期待する。 |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br><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  | 入居者同士でのお金のやりとりから紛失した事もあり、お金は事務所に一括管理している。また、お金を持っていないと精神的に不安定になる方もいるため、自己管理している方もいる。                  |   |  |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br><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   | 電話が有った時、架けたい時は、本人が会話出来る様に支援している。また、本人に合わせ子機を利用し、ゆっくり会話出来る様にしている。手紙を書きたいという希望の時もスタッフで切手の購入や投函の援助をしている。 |   |  |
| 52   | 19   | ○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）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 | ベランダにプランターが有り、季節ごとに花を植えている。和室には掘りごたつが有り、皆でくつろげる様になっている。   | 廊下やトイレなどは車椅子の利用者が自由に動けるようゆったりとしたスペースとなっている。<br>利用者が穏やかに過ごせるよう共用空間は木材をふんだんに使い、木の香りがただよふ落ち着いた雰囲気となっている。<br>堀り炬燵のある和室では、読書をしたり会話を楽しんだり自由に過ごしている。 |  |

☆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             | フロアには和室が有り炬燵も有る。利用者は本を読んだり冬には炬燵に入ったりし、利用者同士ゆったりと過ごされている。フロアのテーブルには好きな所に座り色々な入居者と会話を楽しんでいる。 |   |                   |
| 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 | 入居時には、自宅で使用していた物を持ってきて頂いている。   | 居室のドアに和服の布が施してあり、手の触れる質感はやさしく、工夫された造りとなっている。<br>居室内の持ち込み制限はなく、利用者が以前使っていた箆笥やテレビなどを持ち込んだり、壁に家族等の写真や書画、掛軸などを飾り利用者の思いにそった居室となっている。 |                   |
| 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   | 浴室、トイレ、居室に表札を用意し分かる様にしている。   |   |                   |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)                    | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの<br><input type="radio"/> 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)                            | <input type="radio"/> 1, 毎日ある<br><input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある<br><input type="radio"/> 3, たまにある<br><input type="radio"/> 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)                                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と<br><input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと<br><input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと<br><input type="radio"/> 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="checkbox"/> 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 グループホームすばる

作成日 平成21年12月16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    | 33   | 重度化や終末期に向けた当施設の方針について、契約時の意思確認書やマニュアルの作成            | 意思確認書・マニュアルの作成                                   | 重度化により施設での介護・支援が困難になった場合の施設としての対応や方針について入居者や家族と話し合い、計画書を策定する。  | 3ヶ月        |
| 2    | 6    | 見守り支援などでの精神的弊害が発生していないかの点検および身体拘束についての正しい認識とマニュアル作成 | 身体拘束についての正しい知識を、職員間で共有する。                        | 見守り支援の中で、入居者のストレスとなりうる介護支援行為について、職員間で話し合いケーススタディを作成してマニュアル化する。 | 6ヶ月        |
| 3    | 49   | 本人や家族の思いに沿った外出支援や、社会的資源の活用による外出支援に対する工夫             | 本人の希望に沿った外出等ができるようにする。                           | ボランティアやインターンの活用による外出支援を可能にするための関係作り。                           | 12ヶ月       |
| 4    | 35   | 運営推進会議等を活用した地域との連携による避難訓練の実施とマニュアルの作成               | 地域との協働で避難訓練を実施できるようにする。                          | 運営推進会議などの関係者を通じて、地域との関係強化を図り、避難訓練などに協力していただけるような関係を構築する。       | 12ヶ月       |
| 5    | 2    | 地域との交流の輪を広げる取り組み                                    | 地域行事への参加を通じて相互の交流を深め、入居者が日常的に地域との繋がりを持つできるようにする。 | ホームのイベント行事に地域の方々を招待するとともに、町内会・子供会などの行事に参加できるようにする。             | 12ヶ月       |

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。