

(様式3)

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成22年8月19日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	0870102183		
法人名	株式会社 伊藤建設		
事業所名	グループホーム ひかり	ユニット名	A棟
所在地	〒310-0914 茨城県水戸市小吹町267-43		
自己評価作成日	平成22年1月27日	評価結果 市町村受理日	平成22年8月11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	茨城県福祉サービス振興会のホームページ「介護サービス情報検索」から情報が得られます。
------	--

【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22年3月23日	評価確定日	平成22年8月2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）】

その人らしい生活が送れ、得意分野での力を発揮し、共に支え合いながら、利用者同士が関わり合いを持てるような環境づくりに努めている。

【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）】

事業開始時から在職している職員が多いため職員間の連携が取りやすく、利用者や家族等からの信望も厚い。

安心した暮らしの中で利用者の介護度は利用開始時から比べて軽くなっている。

職員は障がいのある利用者に対してもごく自然に接するなど、管理者を中心に協働して明るい生活が送れるよう支援している。

☆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 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	「地域社会との交流を目指します」を基に買い物や散歩を通して地域の人々と積極的に交流している。	「利用者の立場になってお世話をさせていただきます。その人らしさを大切にします。ご家族との交流を深めます。地域社会との交流を目指します。」を理念とし、毎朝の申し送り時に全職員で唱和し共有を図り、実践につなげている。	
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	フラダンスやリハビリ体操のボランティアを利用したり、町内の盆踊りや近隣施設の催しに参加している。毎月美容師の方に来ていただき、利用者の意思で散髪をしてもらっている。	地域の盆踊りや敬老の日の行事に利用者と職員で参加している。利用者は羊を飼っている家を職員と一緒に訪れて話をしたり、散歩時には、近隣の人々と挨拶を交わしている。フラダンスやリハビリ体操のボランティアを受け入れているほか、美容師が散髪に来訪している。	
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			
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	運営推進会議を2カ月に一回開催し、外部評価結果や自己評価、利用者へのサービス提供状況や生活状況を報告し、事前に決めた議題について、出た意見をサービスの質の向上に活かしている。欠席の委員には議事録を送付している。	運営推進会議は利用者の代表や市職員、民生委員、事業所職員などで2ヶ月に1回開催し、事業所の現状を報告したり活動計画などについて話し合うほか、外部評価結果を報告し、出た意見等をサービスの質の向上に活かしているが出席する委員は固定している。	運営推進会議に家族等の参加が得られず、委員が固定化しているのので、より多くの意見が得られるよう関係者に声をかけて委員を幅広く募り、会議の活性化を図ることを期待する。

☆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
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	管理者は運営上の問題や疑問が生じた場合は市に出向いたり電話などでアドバイスを得ている。 介護相談員を受け入れている。	市の介護相談員を受け入れているほか、運営上の問題や疑問などが生じた場合は、市担当者に電話で相談したり訪問するなど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 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	玄関の自動ドアにおいては目前に道路があるため、中からは手動スイッチにて対応している。その他、裏口2か所については自由に出入りできるよう段差部分には手摺を設け開放してある。“身体拘束排除宣言”用紙を掲示し、申し送りや会議を通してケアの仕方を考案している。	事業所前の道路は車の往来が多く危険防止のため自動ドアの内側のセンサースイッチを切っているが、利用者が外出する場合は職員が付き添い支援している。 自動ドアの外側のセンサースイッチは入っているので自由に入ることができるほか、裏口の2ヶ所からは自由に出入りができるようになっている。 身体拘束排除宣言を作成し掲示するとともに、ケアのあり方について職員間で話し合い、共有し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	各自が利用者の情報収集をすることで性格やADL状況が把握できることにより、適度な介助ができています。 申し送りを通して情報交換をし、討論する場を設けている。		
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	管理者のみの理解となっている。		

☆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
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	重要事項説明書に沿って説明し、疑問点や不安なことについてはその都度説明し、納得を得ている。		
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	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とともに意見箱を設置している。 家族の訪問時や電話の時に不満や要望、意見を聴いている。その都度、申し送り帳を使用し全職員に報告している。	家族等の来訪時や電話連絡の機会に意見や要望を聴き、出た意見等は申し送り帳に記録し全職員で共有している。 意見箱を設置しているが投函の実績はない。	意見箱に投函実績がないことから、より多くの意見等を汲みあげるため、年に1回家族等へアンケートを実施するとともに出た意見等を全職員で検討し、サービスの質の向上に活かすほか、結果を事業所だよりなどで公開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	管理者は、職員との会話や申し送りの時間を密にし、意見や提案を聞く場を設けている。月1で全体会議を行い業務改善等を図っている。	管理者は申し送りや月1回全体会議を開催し、職員の意見や提案を聞く機会を設けるほか、日頃の職員の会話の中から意見を聞くよう努め、出た意見等を運営に反映させている。	管理者は意見を出し難い職員の心情に配慮して、無記名のアンケートを実施し意見等を汲みあげるよう努めることを期待する。
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	スキルアップチェック表をつくり、毎月目標と反省・やりがいを記載してもらっている。希望休や勤務体制、職員配置など、職員間の環境に配慮した環境整備に努めている。職員の資格取得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
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	管理者は、職員各自のスキルアップチェック表の目標を把握し、力量とケアの実際をポイントを絞って育てるように努めている。研修受講案内をもとに、その都度個々に受講を勧めている。		
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	地域の同業者と意見交換を行うとともに、運営推進会議や近隣施設の催しに職員も参加することで意見交換や情報交換の場が設けられ、サービスの質の向上が期待できる。		
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	事前面談で生活状態の把握に努め、利用者の傍らに職員がつき話を聴き、気持ちを受け止めるよう努めている。		
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	ホーム内には軽度から重度の認知症の方がいることや、家族が抱く不安要素をホーム側が確実に理解することで、関係づくりを努めることができている。		
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	ケアマネージャー、管理者を中心に、職員はサマリー、基本情報シート、家族との面談による情報を基に利用者とのコミュニケーションを通して必要な支援を見極めるよう努めている。体験入所なども勧めている。		

☆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
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	利用者の思いや不安、喜びなどの喜怒哀楽を日々の暮らしの中で分かち合うとともに、利用者が得意分野で力が発揮できるよう支援している。		
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	家族に電話や手紙を送る機会をつくっている。来訪時は居室内で過ごしていただく時間を設けている。利用者の現状を報告し、家族と情報を共有している。		
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	馴染みのある場所に出向いたり、知人等の家に遊びに行ったり、関係が途切れないよう支援している。	職員は利用者が手紙や電話を利用してこれまでの関係を継続できるよう支援している。 職員は利用者の馴染みの場所や、通所介護事業所を利用中の友人を訪問できるよう同行し支援している。	
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	毎月誕生会やお楽しみ会、AB合同でレクをしたり、席決めの際も本人の希望や関係性を把握し支援している。ADL状態に応じて、お茶や食事の配膳など職員見守りの中、利用者間で助け合い関わり合うような支援に努めている。		
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	契約終了後も電話をしたり、可能であれば会いに行ったりしている。		

☆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	
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。	職員は、日誌や会議、利用者との関わりの中から不満や要望、行動や言動を通じて思いや意向の把握に努めている。	職員は利用者の行動や言動などを日々記録するとともに不満や要望を把握するよう努めている。 意向の把握が困難な場合は職員会議等で話し合い、利用者本位に検討している。		
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	職員はケース記録、利用者との関わりの中から各自情報収集をし、利用者の背景の把握に努めている。			
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	利用者の1日のリズムを把握し、できることに注目するよう努めている。個人記録をもとに、家事手伝いなどの日常生活上の変化がみられた際には常に情報交換している。			
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	職員は各自情報収集し、家族には生活状況報告書を送付して現状を常に報告し、要望等あれば取り入れている。それを基に管理者、ケアマネジャー、職員で会議を行い介護計画を作成している。	職員は家族等に利用者の生活状況や健康状態などを定期的に報告するとともに、希望や意向を確認し介護計画に反映させている。 介護支援専門員は職員が記録した情報からモニタリングを行い新たな課題を見つけるとともに、全職員で行う介護計画作成会議で検討し6ヶ月毎に見直している。 要介護度が変わる場合など、心身の状態に変化が生じた場合は現状に即した介護計画に見直している。		

☆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	カードックスを使用し個別に記録している。ユニットが違っていても利用者の現状をすぐに把握できるように記載しているので、介護計画に沿った統一ケアを実践できている。		
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	家族の状況に応じて、通院など必要な支援をしている。希望すれば家族も宿泊できるなど柔軟な支援をしている。		
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	町内の民生委員の方や老人会会長の方に運営推進会議に参加していただき、情報を提供してもらっている。リハビリ体操やフラダンスなどのボランティア、避難訓練時に消防署の方から説明を受けたり利用者が楽しめるよう支援に努めている。		
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	協力医療機関による月1回の往診と歯科医による往診を受け入れている。利用契約時に利用者や家族から受診を希望する医療機関を確認している。かかりつけ医がある場合は職員が通院支援をしている。	契約時に利用者や家族等の希望するかかりつけ医を確認するとともに、職員が付き添い受診支援をしている。協力医療機関の月1回の往診を受け入れているほか、利用者の希望に応じて歯科医の往診を受けられるよう支援している。	
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	職員がとらえた情報や気づきは、管理者やケアマネージャーに報告し、その都度協力医療機関に電話相談し、支持を仰いでいる。		

☆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		○入退院時の医療機関との協働 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。	入退院時、手術日は管理者が家族とともに付き添い、情報交換や相談をしている。こまめに見舞いに伺い、病院関係者との情報交換を密にし、なるべく早く退院できるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化や終末期の対応は重要事項説明書に明記していないが、利用者の状態に応じて利用者や家族、かかりつけ医、職員等で話し合い、対応方針を共有している。かかりつけ医、家族からの指示に従って支援に取り組んでいるが、契約書やマニュアルの作成までには至っていない。	重度化した場合や終末期のあり方について利用者や家族等、かかりつけ医、職員などで話し合い、かかりつけ医の指示のもと利用者や家族等の希望にそって支援しているが、事業所の対応方針やマニュアルを作成するまでには至っていない。	利用者の重度化や終末期に向けた対応方針やマニュアルを作成し、事業所としてどこまで支援が可能なのか利用者や家族等に説明することを期待する。
34		○急変や事故発生時の備え 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	事故発生時の対応マニュアルを作成してあるが、定期的な訓練はできていない。		
35	13	○災害対策 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	自動火災報知機を設置するとともに災害対策マニュアルを作成し、消防署と連携して年2回避難訓練を実施している。食料や飲料水を備蓄している。	消防署指導のもと、年2回の避難訓練を実施するとともにマニュアルを作成している。自動火災報知機やスプリンクラーを設置するとともに非常時の食糧や飲料水などを備蓄しているが、非常災害時に近隣住民の協力を得るまでには至っていない。	夜間を想定した避難訓練を実施するとともに、近隣住民と協力体制を築くことを期待する。

☆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
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	職員は利用者一人ひとりの誇りやプライバシーに配慮したケアや記録に努めている。記録等の個人情報は事務所に保管し情報漏れがないよう配慮している。 全職員が守秘義務を理解し、契約書を交わしている。	職員は利用者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮したケアに努めるとともに個人情報の保護に留意している。 事業所は職員採用時に、利用者の個人情報を他に漏らさないよう文書を取り交わしている。	
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	利用者に合わせて声掛けし、好みや関心を見極め、それを基に自己決定できるよう働きかけている。		
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	利用者一人ひとりのペースを大切にし、その日の様子をみながら希望を聴き、過ごしていただいている。		
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	毎月の散髪は本人の意思を尊重し髪形をきめている。外出時は一緒に服を選び、お化粧品を楽しくんでもらえるよう支援している。		

☆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	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者は職員と一緒に献立の作成や買い物、食事の準備や片付けなどの役割が担えるよう支援している。毎月の誕生会やお楽しみ会では寿司などの出前をとり、利用者の楽しみとなっている。自家菜園でとれた食材を調理したり、旬の季節料理を提供している。	職員は利用者の状態に合わせて下膳やテーブル拭きなどの役割が担えるよう支援するとともに、買い物や献立作りなどを利用者と一緒に行っている。 職員は利用者の嗜好や咀嚼状態を把握しており、刻み食やとろみ食などを準備するほか、食が進まない利用者には声をかけ、楽しい食事となるよう支援している。		
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	専門家によるカロリー計算をした献立で利用者の栄養状態に応じて食事の量や形態を変えて食事を提供している。食事量や水分摂取量についても必要量が確保できるよう支援している。			
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に、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	職員は毎食後、利用者の状態に応じて口腔ケアを行っている。			
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	排泄チェックシートを使用し、排泄パターンや習慣を把握している。それを基にトイレ誘導し、オムツの使用を無くす支援に努めている。	利用者毎に排泄チェックシートを作成して排泄のパターンを把握し、適切にトイレ誘導している。 利用開始時、紙おむつだった利用者が全員布パンツに改善するなど、職員の努力と連携により排泄の自立につなげている。		

☆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	水分摂取量に配慮し、毎日リハビリ体操を行い運動不足の解消に努めている。昼食時ヨーグルトを提供している。		
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	基本的に毎日入浴できるよう支援している。仲の良い方同士と一緒に入浴できるような支援をしている。	バイタルサインチェック後、利用者の希望に応じた毎日の入浴が可能であり、仲の良い利用者同士で入浴を楽しんだり、ゆったりと入浴を楽しみたい利用者は最後に入れるよう支援している。 入浴を拒む利用者には無理強いをせずに入浴したいタイミングに合わせて支援している。	
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	基本的には利用者の意思を尊重し自由に休息してもらっているが、なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整え、気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	カーデックスの個人ページに、薬の作用・副作用が一目で分かるように記載されている。		
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	職員は利用者の生活歴を把握し、得意なことやできることを見出して役割を担ってもらうことで、そのひとらしい生活を過ごせるよう支援している。買い物や調理、裁縫など得意なこと活かせるよう支援をしている。季節ごとの飾り付けなど気分転換の支援をしている。		

☆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
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	利用者の体調や気候、時季に配慮しながらホーム敷地内を散歩したり近くの公園や畑に出て近所の人と話をしている。ドライブや外食、買い物などの支援をしている。また、家族と外出することもある。	利用者は事業所の敷地内を散歩するほか、近隣の公園や畑で地域の人々と会話を楽しんだり、日常的に買い物に出かけている。利用者は職員とドライブや外食に出かけるほか、家族等と外出している。	
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	買い物の際は鞆や財布を所持し、その中で買い物をしよう支援している。利用者の要望にできるだけ応じている。近くの自販機にジュースを買いに行くこともある。		
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	施設内に公衆電話を置き、要望に応じて支援している。家族のいる利用者には手紙を書くよう勧めている。		
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	玄関には季節の花を飾り、毎月カレンダーを手作りし、季節感が出るよう工夫している。畳敷きやソファを設置し、利用者が休息できるよう配慮している。	玄関に季節の花を飾ったり食堂に手作りのカレンダーを掲示して季節感を取り入れている。利用者が思い思いに過ごせるよう、廊下や居間の随所に椅子を配置したり、畳敷きのスペースを設け利用者が昼寝をして寛げるよう配慮している。利用者は居心地良く配慮された食堂兼居間で食後に話をしたり作品作りなどで集っている。セラピー犬として屋内で犬を飼っている。	

☆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
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	ホールのテーブル配置は気の合う利用者同士で座ってもらい、編み物や会話、トランプなど思い思いに過ごせるよう工夫している。		
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	居室は壁に写真や絵を飾ったり仏壇など馴染みの品を持ち込むなど、自宅と同じように居心地良く生活が出来るよう支援している。	各居室には整理箆箆や洗面台、エアコンが備え付けられている。 居室への持込品の制限はなく、利用者は家族等との思い出の写真や鉢植、職員と一緒に作った作品などを飾っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	基本的にはベッドだが、状態に合わせて畳などの対応をしている。 自室が分からない場合は居室やトイレ、風呂場にプレートを付けている。		

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <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。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <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。 (参考項目：38)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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 (参考項目：49)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <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。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <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。 (参考項目：4)	<input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない <input type="checkbox"/> 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが <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 <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <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 <input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが <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 ひかり

作成日 平成22年8月11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	35	夜間訓練した避難訓練を実施するとともに、近隣住民と協力体制を築く。	夜間想定 of 避難訓練の実施	近隣住民へ事前説明をして参加して頂く。	1か月
2	4	運営推進会議に家族の参加がなく、より多くの意見が得られるよう委員を募る。	家族参加	広報、手紙にて参加をお願いする。	3か月
3	10	意見箱に投函実績がない。	サービスの質の向上	家族へアンケートを実施し、	3か月
4	11	意見を出し難いスタッフの心情に配慮し、意見を汲み上げる。	意見を出しやすい環境をつくる。	アンケートの実施。	3か月
5	33	利用者の重度化や終末期に向けたマニュアルが作成されていない。	マニュアルの作成。	マニュアルを作成し、利用者や家族に説明する。	6か月

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。