

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成26年3月5日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|           |  |     |        |
|-----------|--|-----|--------|
| 事業所番号     | 3493900017                               |     |        |
| 法人名       | 医療法人社団ひがしの会                              |     |        |
| 事業所名      | グループホームきんせん花                             |     |        |
| 所在地       | 広島県豊田郡大崎上島町木江5017番地<br>(電話) 0846-67-0107 |     |        |
| 自己評価作成日   | 平成                                       | 26年 | 2月 21日 |
| 評価結果市町受理日 | 平成                                       | 年   | 月 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UR |  |
|------------|--|

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                             |
|-------|-----------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人<br>NPOインタッチサービス広島 |
| 所在地   | 広島市東区福田1丁目167番地             |
| 訪問調査日 | 平成26年3月3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）】

グループホームきんせん花のコンセプト・取り組みは、「この島で暮らしたい」「その人らしく」「専門職との連携」です。ご家庭での生活が不安になられても、住み慣れたこの島でその人らしく暮らしていただけるように、お客様の主体性を大切に「個別ケア」実践しております。施設敷地内の畑ではお客様と職員と一緒に野菜を育てています。収穫した野菜はお客様と一緒に調理し、食事としても提供しています。また、同法人の介護老人保健施設の専門職との連携を行っており、作業・理学療法士の臨時訪問によりお客様の機能回復訓練等の指導を受け、ケアに反映させております。

### 【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）】

- 開設2年未満の新しい設備とゆったりスペース
  - ・駐車場も建屋も十分なスペースがあり、ゆったり過ごせ、家族が集いやすい。
  - ・菜園が広く、道具類も十分おけて、様々な野菜や花を育てることができる。
  - ・バーベキュー設備や会議室、広い駐車場があり、行事等にも適した場所である。
- 廃校になった小学校跡地、地域の人々にとって懐かしい場所
  - ・地域の人々にとって、思い出の場所であり、良く知られた場所である。
- 職員は全員正社員かつ平均年齢が若い
  - ・経験豊富な職員が若い社員の育成に努めている。
  - ・目的意識を持った若い社員が向上心を持って介護に取り組んでいる。
  - ・グループ、法人規模が大きく、また経験も長く、安心感のある運営がされている。

| 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>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。  | グループの理念「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」と毎年設定の法人目標をもとに事業所目標を設定している。事業所目標をもとに各職員は年間の個人目標を設定する。個人目標の進捗状況については、毎月の職員会議で確認を行っている。年度末には達成度を評価し、次年度の取り組みにつなげている。 | グループの理念→法人の目標(毎年提示される)→事業所の目標(毎年事業所のリーダークラスで策定する)→職員の目標(個々の職員が自分で決める) 毎月の職員会議で目標への進捗状況を報告しあって、理念や目標を共有するとともに、アドバイスや指導を受けている。年度末には管理者との個人面談を実施している。                     |  |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<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。  | 町内の運動会・文化祭・夏祭り・清掃活動などの行事に積極的に参加している。今年度より地元の商店の協力でお菓子等の訪問販売を毎月実施し、お客様にお買い物の楽しみを提供している。入居者様によっては毎日の散歩(職員同行)で近隣の方々や挨拶・会話をされ交流いただいている。           | 町内会に加入し、町内運動会・盆踊り・清掃活動などに参加している。地元商店に協力いただいで事業所で出前商店を開いていただいている。近所への散歩で挨拶や言葉交わして交流していただいている。利用者全員が島内の方々で出かけた先では知人に会うことが多く、会話を楽しんで交流している。                               | 事業所施設や職員の能力を活用して、また、避難訓練や講習会等の機会を利用して、近隣住民の方々に事業所へ集まっていたりできる場を作るなど、地域とのつきあいを更に深める工夫を期待したい。 |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<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。  | 昨年度より他法人の指定障害者福祉サービス事業所と連携し、施設の駐車場でパンの移動販売を実施している。今年度より他業者(民間)のパン販売も実施している。近所の方々が購入に来られ、入居者様と交流されている。   |  |  |
| 4          | 3    | ○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。                                      | 施設の運営状況や行事の報告を行い、各委員より意見や提案をいただき、サービスの向上につなげている。また、お客様のご家族様へ定期的にご送付しているお客様の日常写真をまとめたDVDを鑑賞してもらい、施設の様子を確認いただいている。                              | 2か月に1回の頻度で開催し、町職員・地域包括支援センター職員・民生委員・家族代表に参加していただいている。参加メンバーは毎年運営推進会議委員となっていたり、承諾を得た方々である。会議では事業所の状況報告を行い、意見やアドバイスをいただいている。   |  |
| 5          | 4    | ○市町との連携<br>市町担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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組んでいる。  | 市町担当者には毎回運営推進会議に参加いただき、運営状況の把握とアドバイスをいただいている。入院を伴うような重大な事故や入退居があった場合には、遅滞なく報告を行っている。毎月のケアマネ協議会には職員が必ず参加し、連携強化・情報交換を行っている。                     | 町の介護保険課がすぐ近くにあり、日頃から入退居の手続き等で頻繁に出向いて協力していただいている。良い関係が築けている。運営推進会議にも毎回出席していただいている。  |  |
| 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。 | 身体拘束防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。また、いつでも確認出来るよう身体拘束防止マニュアルを整備し、事務所に設置している。  | 毎年、事業所内で身体拘束をしないケアについて勉強会を開いている。また、毎年、島内の3事業所が合同で身体拘束防止委員会を開いており、委員会メンバーと若手社員が参加している。日頃も言葉遣いなどに問題があれば、管理者が指導している。玄関のカギはかけないケアを行っており、外出したい利用者に対し、センサーなども使って見守り、付き添っている。 |  |
| 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。                                      | 虐待防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。   |  |  |

| 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 |
| 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に支援している。   | 研修・勉強会にて学ぶ機会を設けている。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<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。                         | 利用者様、ご家族様が納得し理解できるよう十分な説明を行っている。不安な点や疑問点がないかを尋ね対応している。   |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<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。                      | 年に一度ご家族様アンケートを実施し、満足度の調査を行っている。また、家族会開催時に意見交換会を開催し、意見や提案をうかがっている。アンケートや意見交換会での意見・提案については後日検討・対応を行っている。 | 玄関には御意見箱を設置し、重要事項説明書に連絡先を明記し、周知させている。<br>毎年、家族アンケートを実施して、満足度や意見などをいただいている。年数回行う家族会でも意見交換の機会を設けて要望なども出していただいている。運営推進会議にも家族代表に出席してもらっている。いただいた意見や要望は職員会議で話し合い、結果を運営に反映させている。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<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。                                      | 全体会議・職員会議と月2回の会議を行い、職員の意見や提案を検討する機会としている。  | 毎月2回の職員会議で管理者は職員から意見を聞き、話し合っ運営に反映させている。管理者は島内3事業所の管理者以上と法人上司が集まる運営会議に参加し、情報交換を行っている。   |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<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。      | 各職員の個人目標について、設定時・中間・最終時と年3回の面談・評価を行い目標達成へ向けて支援を行っている。  |  |                   |
| 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。          | 職員個々の力量を把握し、的確な内容の研修への参加を促している。また、職員より参加希望のあった研修へは極力参加できるよう勤務・スケジュールの調整を行っている。                         |  |                   |
| 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。 | 大崎上島町内で毎月開催される「ケアマネ協議会」へ参加し、各施設ケアマネ・社会福祉協議会・地域包括支援センターとの情報交換・連携強化を行っている。                               |  |                   |

| 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 |
| 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。 | 入居前の事前訪問でご本人様と面談をさせていただき、不安な点や思いを聴く機会を設けている。入居時もプライバシーに配慮し会議室にて面談を行い、要望等をお伺いしている。  |  |                   |
| 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。            | 入居前の施設見学やパンフレットを用いた説明を行い、施設の取り組みを理解していただいている。また、入居時もプライバシーに配慮し会議室にて面談・説明を行い、不安な点や家族としての思いを聴く機会を設けている。                      |  |                   |
| 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。        | 入居前の事前訪問・入居時の面談・説明でご本人様・ご家族様の要望を聴いている。また、初回のケアプランにその内容を反映させている。  |  |                   |
| 18                   |      | ○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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                           | 洗濯物干しや取り込み、洗濯物たたみ、畑作業、日々の買い物、食事の調理や下ごしらえ、掃除などお客様個別の能力に合わせたお手伝いをして頂き、色々な知恵や知識を教えていただいている。また、手伝いをしていただいた後は必ず職員より感謝の言葉を伝えている。 |  |                   |
| 19                   |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<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。            | 家族会や意見交換会の場でご要望や意見をお聞きし、またご家族様相互に交流いただいている。また、お客様の様子をお伝えするお手紙(毎月)やDVD(3カ月毎)を送付している。ご家族様と職員が共にお客様を支える関係を築いている。              |  |                   |
| 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。                        | 馴染みの人が来られた時はあたたかくお迎えし、お部屋やリビングでゆっくりと話をさせていただくよう配慮している。また、馴染みの場所(商店やご自宅等)へはドライブ支援にて訪問し、ご家族や近隣の方々と交流いただいている。                 | 家族や友人に、多い人では毎日訪ねてきていただいている。また、自宅や馴染みの場所、ショッピングセンターへ出かけて、家族や友人・知人と交流していただいている。家族に連れて行っていただくこともある。 |                   |
| 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。                     | お客様同士の関係を職員が把握し、良好な関係が築け保てるよう声かけやレクリエーションの提供等を行っている。   |  |                   |
| 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。     | 施設ケアマネが中心となり、退居された方のご自宅や他施設を訪問し、現在の状況を確認している。  |  |                   |

| 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>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。   | お客様の希望や意向を大切に、ケアプランへの組み入れを行い、可能な限り実現に向けて取り組んでいる。把握が困難な場合は、本人様の思いをご家族様と一緒に検討している。                                    | 契約時に把握した希望や意向はフェイスシート等に記載し、ケアプランづくりのベースにしている。以後も把握に努め、1年毎に更新している。食事の献立、外出、一時帰宅、買い物などの要望には(職員の状況にもよるが)できるだけ応えられるよう努めている。表現の困難な利用者には様子や話の中からレクリエーション等を提案している。                                    |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<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。                                       | 入居時に本人様や家族様より生活歴等の情報を聴き、把握に努めている。また、入居中の様子から推測したり、本人様から教えていただいている。  |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<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。   | 日々の様子より心身の状況を記録し把握に努めている。お客様毎に職員を個人担当とし、お客様・ご家族様と個別的な関係を築いている。  |  |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<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。 | サービス担当者会議を開催し、本人様・ご家族様の希望や思いを聞き、ケアプランを作成している。また、毎月のモニタリングを行い内容の検討・見直しを行っている。  | 契約時にアセスメント情報を取りまとめて、サービス担当者会議を開き、1カ月の短期介護計画を作成して家族の了解を得ている。通常は3カ月の期限とし、3カ月毎にアセスメント情報を取り直すところから始めて介護計画を作成し家族の了解を得ている。毎日介護計画の実施状況を記録し、毎月評価し、3カ月で総合評価を行っている。状況に変化があった際は介護計画を作り直し、現状に即した介護計画にしている。 |                   |
| 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。                        | 日々のお客様の様子は個人生活記録へ記録し、職員間で情報の共有を行っている。ケアの実践、モニタリングの際にも活かしている。  |  |                   |
| 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。               | 本人様の状況や状態に変化があればご家族様へ連絡、協議を行う。ケア方針・内容の変更等、きんせん花で可能な限りのサービスの実現へ取り組んでいる。  |  |                   |
| 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。                         | 地域行事には可能な限り参加をし、地域の一員であることを感じていただく機会を設けている。地元の商店やスーパー、役場へ散歩を兼ねて出かけていたり、商店の移動販売でお買い物を楽しんでいた機会を設けている。                 |  |                   |
| 30                         | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                    | かかりつけ医は本人様とご家族様の希望を大切に、決めていただいている。場合によっては毎月往診のある提携医院への変更を提案させていただいている。また、適切な治療が受けられるよう、事業所とかかりつけ医の間で情報交換を積極的に行っている。 | 契約時に受診支援について説明している。かかりつけ医が提携医の場合は毎月提携医の往診がある。他のかかりつけ医の場合は緊急時を除き家族に通院をお願いしている。いずれのかかりつけ医の場合も直接利用者の医療情報交換ができるよう医師と関係作りがなされており、適切な医療支援が行われている。  |                   |

| 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   |
| 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。                      | 介護職員は、日頃のなかで気になった点や身体状態の異常等を各主治医や看護師へ伝え、指示をいただき対応している。                         |  |   |
| 32                       |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院先の関係者との情報交換を密に行い、利用者様の状況の確認や早期退院へ向けての相談を行っている。                               |  |   |
| 33                       | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 「重度化した場合の対応指針」に基づき、重度化した場合にはどのようにケアを行っていくか、事業所で出来るケアの説明を行い、ご家族様の意向に添うように努めている。 | 契約時に「重度化・終末期対応指針」を書類で提示して説明し、理解を得ている。重度化の際には家族の意向に沿った話し合いを行って方針を共有し、入院・訪問看護利用等も含めて希望に沿う支援に努めている。開設後、2件の看取り経験がある。 |   |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 急変時の対応方法についての勉強会を定期的に行っている。マニュアルを作成し、職員へ周知を行っている。                              |  |   |
| 35                       | 13   | ○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。   | 消防署の指導の下、定期的に昼間・夜間想定した避難訓練を行っている。今年度は県主催の防災安全講習に職員2名が参加し、職員会議で報告・勉強会を実施した。     | 年2回、夜間と日中を想定した避難訓練を消防署指導の下で行っている。また、外部講習にも職員を参加させ、事業所内で伝達講習を行っている。地域との協力体制は 町内会等に働きかけている段階である。                   | 近隣に法人職員が10人以上住んでおり、災害時の法人職員緊急連絡網など、協力体制作りを行なうと共に、近隣にも協力いただけるよう、地域とのつきあいを深める工夫を望みたい。 |
| 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>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。  | 勉強会にて職員が知識を身に付け、お客様お一人おひとりを尊重し、プライバシーの保護に努めている。                                | 原則、毎年職員会議で勉強会を行っている。声かけ等に問題があった際はその都度指導を行っている。個人情報事は事務室の鍵付きロッカーに保管し、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>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。   | 日常の動作を促す際や介助の前は、本人様の意思決定が出来るように声かけを行っている。                                      |  |   |
| 38                       |      | ○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。                                   | 日々の体調や気分に合わせて本人様のペースを尊重し支援している。  |  |   |

| 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 |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<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。   | ご自身で衣類を選ぶことが出来るよう支援している。選ぶことが困難な方には、職員が準備したものを提示し了解を得ている。散髪はお客様の希望に応じてボランティア(有料)に来てもらい散髪してもらっている。  |  |                   |
| 40   | 15   | ○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。            | 畑でお客様と育てた野菜と一緒に調理したり、献立と一緒に考えたりしている。嗜好調査アンケートを実施したり、家族会でご家族様の意見を伺い献立に取り入れている。                      | 事業所で希望する利用者に手伝っていただきながら、調理・片づけを行っている。献立は利用者の希望を取り入れながら職員が考え、栄養士が指導を行っている。料理は利用者毎の事情に応じて別メニューを準備することもある。食材は毎日利用者と共に買い出しに出かけ、また、家庭菜園でも野菜などを育てている。職員は利用者の介助をしながら利用者と一緒に食事をしている。そうめん流しやバーベキュー、焼き芋大会、クリスマス会など行事食も楽しんでいただいている。 |                   |
| 41   |      | ○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。                 | 食事摂取量、水分量を毎日記録している。栄養バランスについては栄養士が事前チェックを行っている。個々にあった食事形態や飲み物の提供を行い工夫している。                         |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                         | 毎食後、口腔状態や本人様の能力・状況に応じた口腔ケアを声かけ・提供している。   |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<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。          | 個々の排泄状況を把握し、自立支援に向けてトイレやポータブルトイレへの誘導を行っている。  | 全利用者の排泄状況を記録して、排泄パターンの把握に努め、利用者の様子も合わせて判断してトイレへ誘導している。利用者の状況に合わせて、紙パンツやパットなどを選んだり、ポータブルトイレも適時活用して排泄の自立支援を行っている。  |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<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。                          | 水分摂取の少ないお客様には毎食ゼリーを提供している。毎日体操の時間を設け、便秘予防をしている。また、お客様によっては散歩にて身体を動かし、便秘の解消に努めている。                  |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<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。 | ゆっくりと安全に入浴できるよう、お客様と職員1対1で行っている。また、入浴拒否のあるお客様には無理強いせず、日時を改めて声かけを行っている。                             | 週2回以上を目安に、週6日入浴準備をしている。利用者の希望で毎日入浴していただくこともある。入浴介助者の性別を考慮したり、利用者の心情に合わせて日を改めたり、柔軟に対応している。ゆずや入浴剤を利用して入浴を楽しんでいただいている。  |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<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。                           | 個々の生活習慣や身体状況に応じて休息していたりしている。安眠いただけるよう、時季により居室の空調管理にも配慮している。夜間眠れない場合は、職員が付き添って話を聞く等、不安を解消するよう努めている。 |  |                   |

| 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 |
| 47   |      | ○服薬支援<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。   | 薬の変更があった場合は申し送りノートで各職員に周知し、情報の共有を行っている。服薬の内容や服薬時間が分かるよう、お客様毎に毎日値服薬管理表を作成、服薬セットから服薬完了まで確認できるよう活用している。 |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<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、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。  | お茶をたてたり、畑の世話をしたり、買い物に出かけたり、折り紙や書道など一人おひとりのその日にやりたいことを聞き、お客様と職員が一緒に行っている。                             |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<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。                     | ドライブを行ったり、近所の散歩や個人的な買い物、同法人の施設への訪問等を提供している。食材の買い物はほぼ毎日お客様と職員が一緒に行っている。                               | 朝はゴミ出しついでに散歩、午後は郵便局・役場・農協等への用事を伴う散歩、食材の買い出し、希望による買い物や外食、あるいは菜園の手入れなど外出機会がある。家族が外出・外泊にお連れいただくこともある。   |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<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。  | 紛失の恐れがあるため、ほぼ立替払いにて対応している。本人様の希望でお金を所持しておられる方(5~6名様)はご自分で支払いをされることもある。                               |  |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<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。   | 電話に関しては、職員を通じて連絡をさせていただいている。家族様から電話があった際は出ていただいている。手紙に関しては、本人様の希望に添うよう対応している。                        |  |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混雑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。 | オープンキッチン設置のため、食事のにおいや調理の音が聞こえ五感を刺激することで食欲の増加につながっている。リビングに畳のスペースを設置し、くつろげる空間をつくっている。                 | 駐車場、玄関、通路、リビング兼食堂はゆったりとした広さがある。キッチンと事務室からはリビング兼食堂が見渡せ、利用者の見守りに適している。南側には吐き出し窓と広いベランダがあり、カーテンで適度な採光調整がなされ、ベランダでは日光浴もできる。1階ではベランダ伝いに菜園へ出ることもでき、手入れを楽しむことができる。リビングや通路、階段には手作りの作品や写真などが飾られている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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。  | 1階2階のお客様の交流を目的とし、希望により行き来する機会を多く設けている。ソファや畳を設置しお客様一人ひとりが自分の時間を過ごせるようにしている。                           |  |                   |
| 54   | 20   | ○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。  | 慣れ親しんだものや好みのもの、写真等を置かれ、居心地の良い空間で過ごしていただけるよう工夫している。   | ベッド、タンス、クローゼットが備え付けられ、他は利用者の使い慣れた寝具や生活用品、装飾品、記念品などが持ち込まれ、部屋づくりがされている。利用者の誕生日には職員が寄せ書きを作ってプレゼントし、利用者の居室に飾っていただいている。   |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | トイレや浴室、廊下には手すりがあり移動しやすいようになっている。また、トイレの表示や居室の表札(本人、家族の同意を得て)を表示し混雑のないように配慮している。                      |  |                   |



| 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。                     | ○ | ①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>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                         | ○ | ①毎日ある<br>②数日に1回程度ある<br>③たまにある<br>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                            | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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した表情や姿がみられている                 | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 60        | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている                          | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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させている                    | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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            | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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ます | ○ | ①ほぼ全ての家族と<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>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                          | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように<br><input type="radio"/> ②数日に1回程度<br><input type="radio"/> ③たまに<br><input type="radio"/> 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や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 | ○ | <input type="radio"/> ①大いに増えている<br><input type="radio"/> ②少しずつ増えている<br><input type="radio"/> ③あまり増えていない<br><input type="radio"/> ④全くいない             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | <input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が<br><input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> 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="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが<br><input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが<br><input type="radio"/> ④ほとんどできていない |

### 3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。  
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

#### 【サービス評価の実施と活用状況についての振り返り】

| 実施段階 |                    | 取り組んだ内容<br>(↓該当するものすべてに○印) |  |
|------|--------------------|----------------------------|--|
| 1    | サービス評価の事前準備        | <input type="checkbox"/>   | ① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 利用者へのサービス評価について説明した                                |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 2    | 自己評価の実施            | <input type="checkbox"/>   | ① 自己評価を職員全員が実施した                                     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 3    | 外部評価（訪問調査当日）       | <input type="checkbox"/>   | ① 普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 評価項目のねらいを踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 対話から、事業所が努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ その他 ( )  |
| 4    | 評価結果（自己評価、外部評価）の公開 | <input type="checkbox"/>   | ① 運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                            |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 5    | サービス評価の活用          | <input type="checkbox"/>   | ① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した                 |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）                           |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）                    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |

## 2 目標達成計画

事業所 グループホームきんせん花

作成日 平成 26 年 3 月 20 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎにならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

### 【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り組み内容                       | 目標達成に要する期間     |
|------|------|----------------------------------|-------------------------------------|--|----------------|
| 1    | 2    | 間もなく開設2年を迎えるが、地域の方々との交流が深まっていない。 | 近隣住民の方々に気軽に事業所に集まっていただき、交流することができる。 | 介護に関する講習会やサークル活動の誘致、合同避難訓練等を計画、参加を呼びかける。 | 1年間（平成27年3月まで） |
| 2    |      |                                  |                                     |  |                |
| 3    |      |                                  |                                     |  |                |
| 4    |      |                                  |                                     |  |                |
| 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。