

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24年 9月 29日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 事業所番号     | 3490900051                           |
| 法人名       | 有限会社 トツツ                             |
| 事業所名      | グループホーム 笑顔くい                         |
| 所在地       | 三原市久井町下津1614番地1<br>(電話) 0847-32-5143 |
| 自己評価作成日   | 平成 24 年 9月 17 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URL |  |
|-------------|--|

### 【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 24 年 9 月 26 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）】

同一敷地内には、デイサービス・小規模多機能ホームが併設されており、協力体制がある。田園に囲まれ、穏やかにのんびり過ごしていただける。近くには、小学校・保育所やコンビニ・お店などがあり、地域との交流もできる環境にある。

### 【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）】

- 事業所の理念「ひだまりのような暖かさと、ほのぼのとしたやさしさ溢れる空間づくりを目指します」が職員に浸透しており、介護に当たる職員の笑顔とさり気ない優しさが利用者の満足された表情から伺えた。
- 施設には、小規模多機能ホーム、デイサービス、グループホームの3事業所が併設されていて、岩風呂の利用、看護師のバイタル相談・指導、イベントや運営推進会議の合同開設など併設の強みが活かされている。
- 恒例の「秋祭り」には施設開放し、ボランティアの協力のもとに数々のイベントを実施し、地域と一緒に祭りを盛り上げている。
- 利用者が作業している施設の菜園には、季節の野菜が数種類育っており、新鮮な食材として施設の食卓を楽しませている。

| 自己<br>評価   | 外部<br>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<br>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。                                                          | 企業理念「人と人との心の絆を大切に、暖かくやさしくそして夢の持てる地域・社会づくりに貢献いたします。」と事業所理念は「ひだまりのような暖かさ、ほのぼのとしたやさしさ溢れる空間づくりを目指します。」を見える所に表示し目指している。 | ホーム独自の理念「ひだまりのような暖かさ、ほのぼのとしたやさしさ溢れる空間づくりを目指します」が全職員に浸透しており、笑顔と優しい介助が、利用者一人一人の安らいた表情からうかがえた。                                                                      |                       |
| 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。                                                          | 地域行事への参加や、ボランティア来訪、秋祭りを年一回開催し地域との交流を図っている。                                                                         | 秋祭りには新聞の折込広告で施設の開放と行事の案内(ゲーム、食事会、ボランティアの演奏など)を入れ、近隣の住民大勢の参加をいただき親睦と交流を深めている。                                                                                     |                       |
| 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。                                                        | 事業所の利用者、御家族に留まっている。                                                                                                |                                                                                                                                                                  |                       |
| 4          | 3        | ○運営推進会議を活かした取組み<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。                                       | 偶数月に開催している。その都度参加者からの意見をもらっている。それにより、気付かなかった点を違った視点からの意見が聞けて今後の活動のヒントになっている。地域行事の情報など提供して頂いている。                    | 併設の3事業所合同で2ヶ月に1回開催している。出席者は市職員、民生委員、自治会長、地域包括支援センター職員、認知症家族どんぐり会代表、近隣商店主など。ホームからの現状報告をし意見を頂いたり、地域行事など話題は多岐に亘って、事業所を理解していただく良い機会となっている。また災害時の地域支援については今後提案して行きたい。 |                       |
| 5          | 4        | ○市町との連携<br><br>市町担当者と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。                                                   | 久井町関係機関連絡調整会議への参加。運営推進会議での報告、書類申請時に話をしたり、サービスを行なう上でのわからないことなどはその都度確認している。                                          | 久井町関係機関連絡調整会議[介護関連勉強会]が毎月1回開かれており、施設職員が一人参加している。施設では持ち帰った資料で勉強会を開き、職員のレベルの向上に活かしている。                                                                             |                       |
| 6          | 5        | ○身体拘束をしないケアの実践<br><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。 | 事業所内研修を行ない、具体的な行為を正しく理解できるよう努めている。玄関の施錠は行っていない(夜間は防犯上、施錠している。)が、それ以外の身体拘束も行われないよう、その都度、職員同士の声掛けや注意を行なっている。         | 毎年1回事業所内で身体拘束[具体的な事例をあげた]をしないケアの勉強会を行なっている。玄関は何時も開放されており、玄関口の受付者と職員全員による見守りで利用者の行動に対応している。夜間は防犯上の都合で施錠している。                                                      |                       |
| 7          |          | ○虐待の防止の徹底<br><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。                                      | 事業所内研修は行っているが、どこまでが虐待かの認識不足がある。会話、言動に対して確認が取れば、その場で注意、指導をしている。                                                     |                                                                                                                                                                  |                       |

| 自己<br>評価 | 外部<br>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<br>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支援している。    | 外部研修など学ぶ機会がほぼない状態で、成年後見制度に対して、十分にできていない職員もいる。                                          |                                                                                                              |                       |
| 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。                          | 今のところ、相談受付、申込み、契約は管理者が行っている。契約時は、わかりやすい言葉で伝え、納得されるまで説明させて頂いている。                        |                                                                                                              |                       |
| 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。                      | 重要事項説明書に苦情受付の窓口を設けて契約時説明している。また、面会時、電話での会話の時など、要望など聞くようにしている。                          | 家族からの意見や要望が言い易いように利用者、職員、家族、との親密な関係作りに勤めている。苦情への対応は施設で話し合わせ、出来る事、出来ない事を提案者に伝えている、また経緯はファイルにして保管されている。        |                       |
| 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。                                      | 月一回、ミーティングを行ない、意見や提案を聞いている。提案内容は、その都度、検討し改善に努めている。                                     | 意見交換は毎月1回の全員ミーティングの場で行なわれ活発な意見が出ている。管理者は意見が言い易い環境づくりをしており、日々気付いた事はその場で具申できるようになっていて、結論も速く出ており職場の活性化に活かされている。 |                       |
| 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。      | 責任ある仕事・意見を言い合える環境・各研修などやりがいや向上心を持って働けるよう努めているが、職員の意識の差が明確になっている。                       |                                                                                                              |                       |
| 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。          | 代表者は、法人および事業所内外への研修参加へは理解がある。実践者研修への参加、また、自主的に内外研修への参加啓発を行っているが勤務状況や意欲のある職員のみになりがちである。 |                                                                                                              |                       |
| 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。 | 久井町関係機関連絡調整会議への参加があるものの、限られた職員しか来ていない。                                                 |                                                                                                              |                       |

| 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><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。 | 相談の時や入居までに面談を行ない、本人及びご家族のお話を傾聴し主訴の把握や身体状況の確認を通して関係作りに努めている。                               |                                                                                           |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br><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。            | 相談の時や入居までに面談や見学してもらい、御家族の不安、心配事を少しでも軽減できるようお話を傾聴し主訴の把握や身体状況の確認を通して関係作りに努めている。             |                                                                                           |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br><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。        | 現在の状況と、ニーズを把握するようにつとめている。見極めが難しい場合は支援内容を利用開始当初経過観察しながら進めることもある。                           |                                                                                           |                   |
| 18                  |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br><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。                           | 一緒に外出や料理、季節の行事への参加、会話などをすることにより、知識や知恵をもらったりしている。家庭的な雰囲気を作り、生活の中でともに楽しめるような関係を築けるように努めている。 |                                                                                           |                   |
| 19                  |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br><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。            | 積極的に声かけし、コミュニケーションをとることで情報交換が出来て、利用者とともに支え合うような関係を築けるように努めている。                            |                                                                                           |                   |
| 20                  | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br><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。                        | いきつけの美容院、お店などある方はご家族の協力を得ながら支援している。親戚、知人など、馴染みの人には来てもらいやすい環境作りに努めている。                     | 友人や知人、親族が訪問し易いように配慮されており、面会簿にデイサービス利用者や知人の訪問歴が多く記載されている。馴染みの先や美容院などの訪問も家族の協力を得ながら支援されている。 |                   |
| 21                  |      | ○利用者同士の関係の支援<br><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。                    | 特に、入居間もない利用者については、職員が傍にいて他の利用者に紹介するなどして孤立しないように努めている。また、その場の雰囲気を察せるように見守っている。             |                                                                                           |                   |
| 22                  |      | ○関係を断ち切らない取組み<br><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。     | 今のところ、必要に応じて電話による相談、出向いてこられた場合にはお話を伺っている。                                                 |                                                                                           |                   |

| 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                                 |
| 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    | ○思いやりや意向の把握<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。                                         | 本人との会話の中から、思っていること、やりたいことを把握できるように努めている。                                                                                 | フェイスシートには入居時の家族、利用者からの希望や意向、生活歴が細かく記載されている。また日常のケアを通じ必要情報が追記されており、出来るだけ思いにそった暮らしが出来るように努力されている。                                                                   |                                                   |
| 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。                                       | 本人との会話や、入居時にご家族に書いていただいたフェイスシートの内容から確認し把握に努めている。                                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                   |
| 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。                                                     | 本人、御家族との会話や日々の生活の様子から把握するように努めているが、職員ができることも介助してしまうこともあり、利用者の力を活かせてないこともある。                                              |                                                                                                                                                                   |                                                   |
| 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。 | 職員間では行なえているが、家族、関係者との話し合いがなかなか行われていない。月一回のミーティングで話し合ったり、毎回個別に記録をつけるようにしている。詳細が必要な記録は別の介護記録に記入するようにして介護計画に反映している。         | 本人本意のケアのあり方について、アセスメント情報を元に、職員間での話し合いや、ケアカンファレンス等で討議し、介護計画を作成している。毎月のミーティングでモニタリングを行い現状に即した介護計画の見直しがなされている。介護計画の変更時には、家族の印鑑も頂いている。介護計画が家族からの要望もなく、家族への説明不足が心配される。 | 介護計画見直し時に家族を巻き込んで話し合い、利用者の満足のいく介護計画になるような努力を期待する。 |
| 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。                        | 月一回のミーティングで話し合ったり、毎回個別に記録をつけるようにしている。詳細が必要な記録は別の介護記録に記入するようにしている。必要に応じて、ユニットミーティングも行い情報を共有している。                          |                                                                                                                                                                   |                                                   |
| 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。               | プライベートの外出、特別な通院など、本人ご家族の要望については、その都度検討し、可能な限り柔軟に対応している。                                                                  |                                                                                                                                                                   |                                                   |
| 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。                         | 自分の趣味を生かし、地域の陶芸教室に継続して通っている人もいる。                                                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                   |
| 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。                    | なるべく受診は家族・本人の希望に添うように心がけているが、遠方の場合は、契約時にご家族に対応して頂くようお願いするか、近くの病院を紹介している。二週間に一回程度提携医の往診。必要時には、同一敷地内施設の看護師に相談・指導を受けることもある。 | 家族と協力しながらかかりつけ医への受診に対応している。家族の協力が困難な場合は家族と相談の上協力医への受診変更を了解してもらっている。                                                                                               |                                                   |

| 自己<br>評価                 | 外部<br>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><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。                      | 同一敷地内に小規模多機能ホームやディサービスがあり、気になった事があれば、看護師に相談・指導を受けている。                                                         |                                                                                       |                   |
| 32                       |          | ○入退院時の医療機関との協働<br><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。  | 本人に対しての情報は、入院時サマリーなどで知らせている。入院中は病院内の地域連携室と連絡をとり、退院前カンファレンスを行なうなどして、詳細に知らせてもらっている。                             |                                                                                       |                   |
| 33                       | 12       | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br><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。 | 契約時に医療中心のケアになった場合は、施設で対応困難なことを説明し理解してもらった上で契約している。重度化に対しては、病院でのカンファレンス開催時に相談し今後の方向性について話している。終末期ケアは今までは前例がない。 | 契約書に方針が明記されており、契約時に良く説明して終末期対応はしていない。入院が必要時には家族と相談して入院してもらい、入院以後は家族、担当医と相談しながら対応している。 |                   |
| 34                       |          | ○急変や事故発生時の備え<br><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。                                             | 事故発生対応マニュアルは電話のそばに提示している。応急手当や初期対応は内部研修で年一回しか行っていない。                                                          |                                                                                       |                   |
| 35                       | 13       | ○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。                                             | 運営推進会議の際、地域代表の方や警察などにはお願いしたが、日ごろからの声掛けは出来ていない。防火訓練は年二回行っている。                                                  | 年2回(5月18日、11月予定)火災を想定して訓練をしている。消防署と連携で訓練するが、地区消防団には火災時に消防署の指示で活動いただくよう消防署を通じお願いしている。  |                   |
| 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。                                                  | 一人ひとりを考えながら声掛けをするように努めているが、何気ない言動の中に個人を傷つけることを冗談まじりで言っていることもあり注意・指導している。                                      | 職員は言動には特に配慮している。5月に勉強会を行ない新しく専門の勉強会を立ち上げた。個人情報施錠出来る事務所のロッカーに保管されている。                  |                   |
| 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。                                                       | 本人のわかるような言葉遣い、声掛け、ペースで、少しずつ自己決定できる方法を搜している。                                                                   |                                                                                       |                   |
| 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。                                  | その都度、希望は変わるが、職員同士も支援側の都合にならないよう、お互い声を掛け合っている。                                                                 |                                                                                       |                   |

| 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 |
| 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。                                         | 衣服は選択出来る方にはしてもらうようにしている。訪問美容院も利用し、本人に髪型の希望を伝えてもらうようにしている。                                                          |                                                                                                          |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。            | 食事は職員も一緒に、お話をしながら楽しく食べることがを心掛けている。時には、食べたいメニューを聞いて献立に取り入れている。                                                      | 利用者の重度化が進み手伝いはされていない。朝と夜は施設で作り、昼食は副食を業者から配膳していただき、ゆっくり時間をかけて食事をしている。職員も弁当を食べながらさりげなく介助して楽しそうな食事時間となっている。 |                   |
| 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。                 | 1日の食事・水分摂取量のチェックを行い、記録に記入しわかりやすくしている。好みの飲み物を提供したり、歯の悪い方などおかゆや刻みで対応、嚥下の良くない方にはミキサー食で対応、状態に合わせ食事の時間をずらして食べるなど工夫している。 |                                                                                                          |                   |
| 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、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。                          | 全員が出来ているとは言えないが、毎食後の口腔ケアができるよう声かけ、誘導・介助など行っている。夕食後は義歯を預かり、消毒している。                                                  |                                                                                                          |                   |
| 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。          | 個人の排泄パターンを把握することにより、トイレやポータブルトイレへの声掛け・誘導を行なっている。                                                                   | 排泄シートを利用して利用者それぞれの排便、排尿のパターンを介護者が共有している。利用者全員が失敗を恐れず便器で排便、排尿をしている。一部には改善の様子も伺える利用者がある。                   |                   |
| 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。                          | 出来るだけ声かけし水分摂取を促すようにしている。ADLの低下で歩行が難しい方などは、どうしても運動不足になりがちである。排便コントロールは、一人一人に合った下剤で定期的に行っている。                        |                                                                                                          |                   |
| 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。 | 基本的に毎日入浴することができる。時間帯は希望により午前中のこともあるが、ほとんど午後からの入浴となっている。本人の好みの湯加減でゆったり時間をかけ入浴してもらっている。                              | 入浴回数の制限がなく、毎日入浴している人が3名いる。浴槽には入浴剤を入れて温泉の雰囲気を楽しんでもらっている。                                                  |                   |
| 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。                           | 1日の過ごし方は大体決まっているが、その時の状況によって自由に過ごしてもらっている。                                                                         |                                                                                                          |                   |
| 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。                      | 診療録に説明書を添付してあるが、副作用までは理解できてない職員もいる。また、内服後の変化についても記録が不十分なところもある。                                                    |                                                                                                          |                   |

| 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                                                           |
| 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。                                                  | 相談時・入居時には、趣味や好きなことを確認している。散歩や買い物、ドライブに行くなど個別には対応しているが、支援範囲が多い利用者が重なった時には、職員に余裕がなく出来ていない。    |                                                                                               |                                                                             |
| 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。                     | 散歩や買い物、ドライブに行くなど個別には対応しているが、行事としての外出や、家族や地域の人との外出はあまり出来ていない。                                | 利用者の重度化(介護5度2人、介護4度5人、介護3度7人など)が進み、車椅子利用者が殆どで自立歩行が出来る人も少なく、また設備上(自動車が3事業共用)の問題もあり外出が少なくなっている。 | 施設のスペースも広いので、車椅子を使用し外庭で日光浴や外気浴をしたり、おやつ時間に外庭の活用など屋外で過ごす機会を増やすように努められる事を期待する。 |
| 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。                                                  | 家族の要望もあり、ほとんど所持金を持っていないため、立て替えて現金を手渡し払ってもらっている。                                             |                                                                                               |                                                                             |
| 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。                                                                           | 家族の要望で、電話出来ない人以外は、希望があれば職員が電話をかけ、その後本人と代わって話してもらっている。                                       |                                                                                               |                                                                             |
| 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。 | 窓にはカーテン、玄関には花、作品を飾っているが、空間自体が狭く利用人数が多い時には落ち着かないようである。トイレも汚れたらその都度掃除をし、温度調整もこまめに利用者に伺い行っている。 | 玄関、ダイニングルーム、廊下は適切な広さである。利用者手作りの飾り物は多く、華やいた雰囲気である。全体として清潔で、居心地良く過ごせるよう工夫されている。                 |                                                                             |
| 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。                                                      | 畳の部屋にソファがあり、冬にはこたつもあり、思い思いに過ごされている。                                                         |                                                                                               |                                                                             |
| 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。                                          | 入居の際には、使い慣れたものや使用されていた物となるべくお持ち頂いている。入居後も家族や利用者の話を伺いながら、そろえている。                             | クロークとレンタルベットが備え付けとなっている。利用者は使い慣れた生活用品や家具を持ち込み居心地良く暮らしている。                                     |                                                                             |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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。                                            | トイレなどに分かりやすく表札を設置したり、車いすでも移乗が可能な人は、肘付きのイスで過ごしてもらっている。廊下やトイレ、浴室には手すりを設置し、職員も見守りを行なっている。      |                                                                                               |                                                                             |

| 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                          | ○ | ①ほぼ毎日のように<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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 | ○ | ①大いに増えている<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>④全くいない             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている                                            | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1くらいが<br>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                             | ○ | 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    |
| 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                         | ○ | ①ほぼ全ての家族等が<br>②家族等の3分の2くらいが<br>③家族等の3分の1くらいが<br>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="radio"/>      | ① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った                       |
|      |                    | <input type="radio"/>      | ② 利用者へのサービス評価について説明した                                |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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="radio"/>      | 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="radio"/>      | ⑤ その他（ ）                                             |
| 2    | 自己評価の実施            | <input type="radio"/>      | ① 自己評価を職員全員が実施した                                     |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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、職員全員で話合った                 |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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合った     |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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="radio"/>      | ⑤ その他（ ）                                             |
| 3    | 外部評価（訪問調査当日）       | <input type="radio"/>      | 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="radio"/>      | 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="radio"/>      | 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="radio"/>      | ④ その他（ ）                                             |
| 4    | 評価結果（自己評価、外部評価）の公開 | <input type="radio"/>      | ① 運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った                           |
|      |                    | <input type="radio"/>      | ② 利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った                        |
|      |                    | <input type="radio"/>      | ③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った                             |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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合った                       |
|      |                    | <input type="radio"/>      | ⑤ その他（ ）                                             |
| 5    | サービス評価の活用          | <input type="radio"/>      | 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="radio"/>      | 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="radio"/>      | ③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）                           |
|      |                    | <input type="radio"/>      | 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="radio"/>      | ⑤ その他（ ）                                             |

## 2 目標達成計画

事業所 グループホーム笑顔くい

作成日 平成 24 年 10 月 10 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    | 26   | 介護計画の見直しや、御家族との話し合い・説明が不十分のため思いがケアプランに反映されてない。   | 御家族の意向を十分にお聞きする。                        | 管理者は随時連絡をとる中でご家族の意向を聞き、ケアプランに反映させる。個別担当者を中心に全職員が見直しに取り組む。 | 平成24年11月～平成25年10月 |
| 2    | 49   | 利用者の重度化が進み、車いす利用者が多く自立歩行ができる人も少なく外出の機会が少なくなっている。 | 一度に全員の外出は難しいが、日光浴、外気浴など屋外で過ごす時間を増やしていく。 | 車椅子の方、自立歩行の方も10～20分を目安に散歩。2ユニットで協力しながらおやつを外庭でとることを増やしていく。 | 平成24年11月～平成25年10月 |
| 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。