

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 3 月 12 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|           |                                     |  |
|-----------|-------------------------------------|--|
| 事業所番号     | 3470104955                          |  |
| 法人名       | (株)ウェルネット                           |  |
| 事業所名      | グループホームふかわの家                        |  |
| 所在地       | 広島市安佐北区深川5丁目7-32<br>電話 082-842-0066 |  |
| 自己評価作成日   | 平成 28 年 2 月 22 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 28 年 3 月 10 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）】

入居者が安心して生活できるように「暖かく寄り添う笑顔と安心の家」の理念のもと、笑顔のある生活の支援に努めている。外出レク（お花見・紅葉狩り・寿司くう会）などは家族様と共に思い出づくりやお元気なころを回想したり家族と一緒に楽しい時間作りに努めている。その他の大きな行事にはボランティアの来所や家族様の踊りなどで非日常的な時間がある。地域の方からみつば会・行事の案内を頂いたり季節の野菜の差し入れなどがあり、良い関係が保たれている。職員はともに生活を継続するために、五感を使い何を求められているのか、何をしたいのかを察知し生活の質の向上に努めている。

### 【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）】

**○地域と支え合う、強い交流の絆が根付いている。**  
地域行事や会合、ボランティアなど、多くの地域の方々と楽しみながら接する機会が多い。ご近所とは季節の野菜の他、絵画やテレビまでいただける付き合いが出来ている。また、平成24年には、災害発生時、地域相互救助を目的とした「地域防災協定」も結ばれた。最近では「110番の家」を引き受ける等、支え合う強い関係が根付いて来ている。

**○ご家族との思い出づくりに努めている。**  
行事にはできるだけ、多くの家族に参加してもらおう。毎月の「お便り」には、必ず写真を添付する。正月には玄関で一人写真を撮るなど思い出づくりを心掛けている。

○広島市の郊外、自然の残る恵まれた環境、地域の強い支えの中、明るい職員と共に、ゆったりと家庭的に過ごせるホームである。

| 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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |   |  |                   |
| 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。  | 玄関・ホールに掲示し、朝の申し送り時に唱和をし、共有し実践に努めている                           | 開設11年目、同じ理念「あたたかく 寄り添う 安心と笑顔の家」が設定されている。屋内各所に掲示の他、毎朝の朝礼時、業務目標と共に唱和するなど、新人職員を中心に、更なる徹底がはかられ、実践されている。  |                   |
| 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。  | 行事や・みつば会清掃活動など協力し地域の協力体制づくりに努めている                             | 秋祭り、とんどなど地域行事、高齢者の集まり「みつ葉会」へ参加、多くのボランティアによる演芸、婦人会や子供会の来訪など、地域の方々と楽しみながら接する機会が持っている。ご近所とも挨拶や会話を大切に、季節の野菜の他、絵画・テレビまでいただける地域つきあいも出来上がっている。要請で「110番の家」も引き受けた。地域包括センターとは「認知症カフェづくり」を目指した話し合いも始めている。 |                   |
| 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。  | 地域包括支援センターより認知症アドバイザーの要請があれば受け入れ態勢は整っている。現在認知症アドバイザーは2名在職している |  |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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。                                       | 2ヶ月に1回実施し、家族代表・地域代表・民生委員・包括・顔なじみとなり遠慮なく意見や家族との思いを話し合える場となっている | 2ヶ月に1回開催されている。参加者は自治会長、民生委員、市職員、地域包括センター職員、地域の方、家族などで、事業所の現況、行事内容や予定の他、その時々に必要なテーマを取り上げている。顔なじみの方々であり、忌憚なく意見や情報交換ができ、サービス向上に活かしている。参加者の提案で、TV画面を使ったペーパーレス会議を検討中。                               |                   |
| 5                 | 4    | ○市町との連携<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。   | 解らないことなど電話や、介護保険課・生活課に赴き相談するように努めている                          | 通常の届け出や疑問点の確認には電話の他、出来るだけ担当課に向くようにしている。市担当職員には運営推進会議によく出席してもらいアドバイス頂くなど良好な関係にある。認知症アドバイザーの要請があれば対応できる体制にもある。   |                   |
| 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。 | 身体拘束マニュアルはあるが拘束しないケアを実践している                                   | 研修や勉強会を通じて、拘束しないケアの正しい理解に努め実践している。万一必要になった場合は、事前了解の上、記録に留めることにしている。玄関、フロア出入り口（2階のみは危険防止のため家族の了解を得てナンバーロックされている）は日中施錠されておらず、見守り重視のケアが実践されている。   |                   |
| 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。                                      | 虐待には言葉使いも含まれるので業務を通じ意識し朝の送り・勉強会で虐待にないケアに努めている                 |  |                   |

| 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 |
| 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。    | 勉強会で制度・主旨学習し後見人の役割を理解し活用務めている。現在相談中の方が1名いる  |   |                   |
| 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。                         | 契約内容・運営規程・重要事項説明書の通り一片の説明だけでなく日々の生活・将来的な対応ご家族様に抱えている不安をお聞きし共にケアの方向を考えるようにしている                 |   |                   |
| 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。                      | 「声の箱」を設置しているが家族様面会時には直接苦情や意見を聞くようにしている毎月ご家族様にお手紙、金銭管理報告書を送っている。苦情における外部機関については重要事項説明書に記載されている | 家族とのコミュニケーションを大切に、面会時や運営推進会議で管理者が直接、意見や要望を聞くようにしている。毎月の連絡便に職員から利用者の様子を知らせる「お便り（含写真）」も同封している。「声の箱」、苦情窓口も適正に明記されている。要望などが出れば、記録に残し、職員で共有し運営に反映させている。苦情などは殆どなく、家族の行事参加も多い。 |                   |
| 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。                                      | 朝の送り・勉強会に時間を作り意見を聞いている。必要時には管理者が直接聞くようにしている   | 管理者は会議、勉強会（毎月実施）など日頃の話し合いを通じて、意見や提案が出やすくなるよう努めている。ぐちのケースも多いが、聞いてリフレッシュしてもらっている。意見、提案が出れば職員間で話し合ったり、必要によっては代表に報告し、可能な限り運営に反映させている。                                       |                   |
| 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。      | 社員・フルタイムパートは週休2日を基本とし有給休暇も消化している「資格取得制度」がある   |   |                   |
| 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。          | 毎月勉強会を行いスキルアップに努めている管理者・リダーは外部研修後は内部で講師を務めている現在介護福祉士が12名本年度受験者者1名となっている                       |   |                   |
| 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。 | グループホーム交流会に参加している他GHと話し合いの場を作りお互いの現状を話し合い意見交換をしアドバイスを受けサービスの向上に努めている                          |   |                   |

| 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 |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 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。 | 各階のリーダー・部屋担当・管理者は初期段階より本人の困っていること不安な事をしっかりと傾聴することができている。困難なときは他の職員も関わり十分に務めている。            |  |                   |
| 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。            | 入居時に家族様にご本人の生活歴・性格・性格などを聞き入居に際しての要望を取り入れ良い関係づくりに努めている                                      |  |                   |
| 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。        | 家族様の十分に話し合い意見の交換を行い利用者様に合った適切なサービスに努めている   |  |                   |
| 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。                           | 介護される立場でなく人生の先輩として尊び学びの心と感謝の気持ちで日常家事作業をできる喜びとなるように共に生活している                                 |  |                   |
| 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。            | 利用者様に御縁のある方の面会時には職員も同席し日々の様子を伝え外出レクには家族様も参加していただき絆を深めている毎月お便りを送り日常の様子を伝え家族職員が共に支え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>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。                        | 利用者様の子供さんだけでなく孫・曾孫さんなどの又訪問看護師マッサージ師等なじみの関係づくりがある   | 家族だけでなく、友人、縁のあった知り合いには家族に確認の上、できるだけ面会に来てもらえるよう支援している。また、マッサージ師や行事で会った人、ボランティアの方々との縁が今後とも続くよう心掛けている。行きたいところの要望（殆ど出ない）が出れば、家族とも相談しながら対応している。 |                   |
| 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。                    | 日々の生活の中で気の合う方の食卓席を同じにしたりレクや体操時には孤立しないように利用者がお互いに世話をしながら楽しめるように努めている                        |  |                   |
| 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。     | 退所後も家族会に参加して頂いたり季節のあいさつ・伝葉などで近況を報告し合っている。また家族様の訪問があり相談を受けることがある                            |  |                   |

| 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 |
| 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。   | 本人の思いや希望は日々の生活の中から聞き取り意向の把握に努めている。困難な場合は多職種の偏り情報を得たり家族と話し合いを行い検討しケアに努めている                  | 入居前、本人や家族から聞き取った思いや意向、生活歴は「入居者台帳」に記録されている。その後も日常を通じて把握に努め、介護サービス日誌・連絡ノートに記載し、全職員で共有し、ケア活動や介護計画見直しに活かしている。困難な場合は、家族やその他の情報をベースに、本人本位で対応している。                             |                   |
| 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。                                       | 家族や担当ケアマネより情報提供を受けこれまでの暮らしの把握に努めている  |   |                   |
| 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。   | 毎日の心身の状況を送りで確認し、排せつ表・食事表・水分表サービス記録により把握に努めている  |   |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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。 | 多職種の情報や家族と話し合いを行い意向を聞き本人本位の介護計画作成に努め3か月ごとに見直しをしている   | 当初介護計画は、基本情報をベースに家族及び関係者で話し合い、意見を出し合って策定されている。その後は3ヶ月（短期）6ヶ月（長期）毎に、「アセスメント記録票」を作成、サービス担当者会議を開き職員の意見を聞いた上で計画達成評価を行っている。この結果にもとづき、計画見直しを行い、家族の了解を得ている。但し急変時にはその都度見直ししている。 |                   |
| 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。                        | 日々サービス記録に記入し常に情報を共有できるようにしている。また連絡ノートを活用し日々ノートの確認を勤務前に行い情報の共有をし介護計画に必要なことは計画に取り入れるように努めている |   |                   |
| 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。               | 当日の体調変化により食事内容は速やかに変えている家族さも事情等で病院受信が困難な時は家族に代わり受診の支援に努めている                                |   |                   |
| 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。                         | 町内会・子供会・ボランティア・地域包括センターの連携に努め暮らしに楽しみが持てるように様に支援している  |   |                   |
| 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。                     | 協力病院の往診・家族本人の希望するかかりつけ病院受診は家族対応であるが受診時には状況を報告している。また家族さの希望があれば受診時は同行し適切な医療が受けられるように支援している  | 利用者の希望があれば、これまでのかかりつけ医の継続ができる。但し、現在は、1名を除き全員が、協力医をかかりつけ医としている。協力医による月2回の往診・緊急時の対応、週1回の訪問看護師による日常チェックや治療など、適切な医療対応がなされている。歯科医による送迎付治療も行われている。                            |                   |

| 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。                      | 訪問看護に日々の状況を伝え病状の変化をDrに伝え指示により訪看が対応している。訪看時の気づきは訪看ノートに記入し職員との情報共有に努めている。利用者に適切な健康管理ができるように支援している   |   |                   |
| 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。  | 入院時には家族の了解を得て面会に行きDr・看護師から情報をもらいGHでの医療提供をし本人のために最善の対応を検討し早期退院できるように努めている                          |   |                   |
| 33                       | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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。 | 入居時に家族本人より重度化・終末期の同意をもらっているがその時期が来たときは再度家族・Dr・管理者と話し合いを行い重度化・終末期の支援に努めている                         | 入居時、「重度化した場合における対応・終末期ケア対応指針」を説明し、同意してもらっている。その後、必要な時期に、主治医をはじめ関係者と話し合い、具体的な対応方針を決め（内容を書面で確認）、可能な限り要望に沿った支援になるよう努めている。最終段階では、「看取り介護経過説明書」を作成している。 |                   |
| 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。   | 救急マニュアルがあるが勉強会で救急対応の勉強をしている   |   |                   |
| 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。   | 毎月夜間想定した火災訓練を行っている。初期消火と煙を想定した訓練を重点的に現在は行っている。年2回消防署員より指導を受け訓練を行っている。また雨天時には河川の危険水位の表示場所を職員は知っている | 年2回消防署の指導の下で訓練を実施している。その他、災害発生時、全員が迅速で適格な行動がとれるよう、毎月夜間を想定した繰り返し訓練を実施している。自治会長の発案で、平成24年、地域の3事業所と共に、地域相互救助を目的とした地域防災協定を結んでいる。                      |                   |
| 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>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。  | 勉強会を行い職員が意識して対応するように努めている生活の場として家庭的な雰囲気の中で目上の方に対する尊敬の念を持った言葉掛けや対応に努めている                           | 定期的な勉強会や研修を行っている。家庭的な雰囲気の中でも、一人ひとりの尊厳やプライバシーを気づける言葉遣いや対応にならぬよう努めている。個人情報には厳格な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>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。   | 日常生活の様々な場面で思いを聞き自己決定できるように努めている   |   |                   |
| 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。                                   | 個々の利用者の生活リズムに配慮しながら共同生活に支障がないように、希望に沿った暮らしができるように支援している   |   |                   |

| 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。   | 衣服は本人が選び来ていただいている。押し付けはしないようにしながらも季節に合った服が選べるようにしている。2か月に1回ビューティーヘルパーによるカット時は本人の希望を聞きおしゃれ                    |  |                   |  |
| 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。            | 利用レベル日合わせ刻み・ミキサー・おかゆ・お結び普通食等提供しみんなで食卓を囲み楽しく食事ができるようにしている。職員も同じ場所と同じものをいただいている。可能な利用者さんには食事準備片付けなど職員とともにやっている | 原則は職員による手づくり。食に変化を付けるため、木・金・土の昼食のみ、配食を利用している。利用者の能力に合わせて刻み、おかゆ、お結びなどの食事が提供されている。職員は利用者と一緒に食事をしながらさりげないサポートもなされている。可能な人には下ごしらえや片付けと一緒にやってもらっている。豪華なおせちの他、美味しそうな行事食（写真を見せてもらう）が提供され喜ばれている。 |                   |  |
| 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・水分接種表を作り確認している。水分もミルク・お茶・魔法の水・寒天ゼリー・ミルクコーヒーと変化をつけ水分摂取できるように提供している   |  |                   |  |
| 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。                          | 毎食後の歯磨き、歯のない方は舌磨きをしていただいている訪問歯科より本人・職員が指導を受け、必要時には治療も行ってもらっている   |  |                   |  |
| 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。          | 排せつパターンを把握する為に排せつ表にて確認し声掛け誘導を行っている。全介助が必要な方もトイレで排泄できるように支援している   | 時間や習慣など一人ひとりのパターンを把握し、タイミングよく誘導するように心掛けている。2名を除き、全介助の必要な利用者もできるだけトイレで排泄してもらうよう支援している。  |                   |  |
| 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。                          | 必要な方はDrより薬の処方があるがマッサージ師より便器解消のマッサージを受けたり食事内容に気を付けている   |  |                   |  |
| 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。 | 2日に1回の入浴を基本とし本人の希望があればたいちょうがよければにゆうよく可能である。季節のしょうぶ湯・ゆづゆで季節を感じていただき、日常は香りのよい入浴剤を使い、楽しんで入浴できるようにしている           | 2日に1回を目途にしており、火曜日以外は毎日準備している。季節を感じるしょうぶ湯、柚子湯、日常的には、入浴剤を使いながら、楽しく入浴してもらうよう支援している。   |                   |  |
| 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。                           | 寝具は家使っていた寝具を持ってきていただき違和感のない眠りが取れるようにしている。天気の良い日には利用者とともに布団干しをし気持ちよく眠れるように支援している                              |  |                   |  |
| 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。                      | 薬剤師からの説明を聞いたりお薬表に書かれている内容を確認している。服薬時には利用者前で日にち・朝・昼・夕食後等の説明をし薬の数を声に出し確認し服薬間違いのないように支援に努めている。服薬時には飲み込みまで確認している |  |                   |  |

| 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 |  |
| 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。  | 選択干し・食事の手伝い・掃除利用者の得意な家事作業が継続してできるように支援している。新聞の書き写しが好きな方には毎日新聞を手渡している。読書好きな方には落ち着いて本が読めるように配慮したりG H内にある本を提供したりしている |   |                   |  |
| 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。                     | 普段いけない処は家族様の協力を得て外出できるように支援している。後見人さんと本人がボートに行きたいとの希望があるのでボランティアさんを見つけ連れていきたいとの話もある                               | 満足に歩ける利用者がすくなくなり、散歩など日常的な外出は減っている。室内歩行の他、天気の良い日には、敷地内歩行やウッドデッキでの日光浴などを心掛けている。今後は、外気に触れる機会をさらに増やすため、ウッドデッキや庭先での日常レク、寄贈車両の入る夏以降はミニドライブの回数を増やす事など検討している。   |                   |  |
| 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。  | 外出レク時は利用者様の買い物支援を行い本人が支払いができるように支援を行っている  |   |                   |  |
| 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。   | 電話対応できている。携帯電話を持参されている利用者もいる。手紙は相手先の住所に間違いがないか確認し投函している   |   |                   |  |
| 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。 | 玄関には花を活け椅子も設置してあるホール内に色が統一されていて落ち着いて雰囲気であるトイレはわかりやすく表示してある。居室は間違いない方は写真を張ったりして自分の部屋が確認しやすくしている                    | 2階建ての2ユニット、ほぼ同じレイアウト。ダイニングは広く明るい、テーブルとソファ、椅子がゆったりと配置され、温度や湿度も適切に管理されている。トイレ（3名に1カ所）、浴室や通路も広く使い勝手よく配置されている。季節感を大切に、玄関には花や絵・写真、リビングにはひな人形や利用者の行事写真などが飾られている。全体としては家庭的で落ち着いた雰囲気があり、利用者はゆったりと過ごすことができる。 |                   |  |
| 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。  | ホール内に椅子や長椅子を、食卓席は気の合う方と座れるように配慮している。ゆっくりと過ごしたいときは椅子や長椅子に座りくつろげるようにしている。寒い時期にはひざ掛けの用意がある                           |   |                   |  |
| 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。  | 各居室にはエアコンを設置し温度管理をしている。家具は家だ使っていたタンスなどなじみのあるものを家族様とに設置している。仏壇を部屋に置かれている利用者もいる                                     | ベッド、エアコン、クローゼットが常備。使い慣れた生活用品・家具、仏壇、テレビや思い出の品が持ち込まれている。それぞれ個性的な飾りつけもなされている。掃除も行き届き、清潔で寛げる居室になっている。   |                   |  |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | 利用者が安心して生活できるように壁面には手すり棒が取り付けられてあり、自立歩行が安全にできるように配慮している居室入り口には表札・写真をつけ「できること」「わかること」が継続できるように工夫している               |   |                   |  |

| 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="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 グループホームふかわの家

作成日 平成 28 年 3 月 25 日

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    | 47   | 翌日分の薬セット忘れがあり当日の服薬ができてないことがある | 正しく薬のセットができる | 薬セット担当者は薬セット後には再度薬ケースを確認する服薬時には職員は基本である名前・日付け・いつ飲む薬かを声に出し確認し自分の意識付けを行い薬の数が不足しないと気が付いたら薬箱を確認し服薬できるようにする | 3 か月       |
| 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。

NPOインタッチサービス広島