

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 11 月 26 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3473200503		
法人名	社会福祉法人FIG福祉会		
事業所名	グループホーム チェリーゴード		
所在地	広島県安芸郡府中町柳ヶ丘40番12号 (電話) 082-508-0256		
自己評価作成日	平成	28	年 10 月 25 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 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 11 月 25 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）】

事業所の理念に掲げているよう、入居者の方々がそれぞれの力を発揮し、自分らしく生活できるようアセスメントからケアプランを充実させケアに繋げていけるよう取り組んでいる。また、住み慣れた地域での生活や関わりが途絶えることのないよう個別で出掛けたり、家族の協力のもと全員での外出や外食行事を行っている。入居者のみならず家族も思いや悩みを発信できる環境ができるよう、運営推進会議や年2回の家族会を通して家族間での繋がりも大切にしている。事業所としては町内のグループホームと協力し、地域の福祉祭りなどで相談・体験コーナーを設けたり、月に1度認知症カフェを開催するなど地域に向けた活動をしている。

### 【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）】

**○地域に根ずき、地域と共に支え合う関係づくりが進んでいる。**  
地域行事に参加するだけでなく、地域の祭り等に場所を提供して、一緒に楽しみながら交流したり、他のホームやボランティアと協力して福祉祭りに相談や体験コーナーを設けたり、認知症カフェを開く等、地域へ積極的に働きかけることで「共に支え合う関係づくり」を進め、効果を挙げている。町内会とは、災害発生時の防災協定も結んでいる。

**○家族とのコミュニケーション重視の取り組みがなされている。**  
運営推進会議への多数参加、家族会、家族アンケート実施の他、必要ならカンファレンスにも参加してもらう等、家族の声を大切にした取り組みがなされている。行事への家族参加も多い。

**○木目細かなケアプラン設定と綿密なモニタリング実施。**  
ケアプランは「24時間シート」で木目細かく設定され、進捗状況は毎日チェックされている。常に利用者一人ひとりの課題を意識した日々のケアが実践されている。

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 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。	理念が共有できるよう、理念に基づいたVISION(事業所がどうあるべきか理念を明文化したもの)を作成し、職員全員が同じ方向性を向いてケアの実践が出来るよう、各ユニットに掲示し、意識づけをおこなっている。	開設以来、「・・・利用者と共に、愛情、安心・安全、尊厳・感謝・・・」を織り込んだ4項目の事業所独自理念が設定されている。さらに、理念具現化のためのビジョンを明文化し、合わせて表示されている。職員意識が変わらぬよう、月1回振り返り日を設けるなど徹底を図り、実践に努めている。	
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。	地域とのつながりが途絶えないよう、認知症カフェに参加したり、各利用者が馴染みの場所に出掛けられるよう、外出の援助を行っている。また、地域の祭りの際には駐車場を休憩場所としたり、町内会と一緒に避難訓練を実施するなど交流を図っている。	自治会に加入し、地域行事にはできるだけ参加している。特に祭り等には駐車場を提供し、一緒に協力して楽しみながら交流している。また、福祉祭りには、他ホームと連携して認知症相談や車椅子体験コーナーを設ける他、月1回認知症カフェも開催し、地域の方々と触れ合う機会をつくっている。避難訓練も町内会と一緒に行う等、お互い支え合う関係づくりに努力している。	
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。	法人内敷地を地域行事(盆踊り等)のために提供している。また町内のグループホームと連携をとり、地域の福祉祭りに参加し、認知症に関する相談コーナーや車椅子を体験する場を設けている。また月に一度認知症カフェを開催し認知症の方や家族が相談、出掛けられる場所作りをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議では日頃の活動内容をスライドショーにて流しながら説明を行っている。また、利用者や家族からの意見はユニット会議にてフィードバックし、現在の実施状況を見直し改善するようにしている	2ヶ月に1回開催されている。参加者は、町内会長、町職員、地域包括センター職員、家族(多数)で、事業所の近況、行事内容や予定などの説明の他、避難訓練、インフルエンザ予防など適宜必要な議題を取り上げている。頂いた意見は、職員間で話し合い、サービス向上に活かしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者や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り組んでいる。	法人全体で連携をとっており、日頃のサービス内容は運営推進会議にて報告を行い、会議では意見を求めている。また、認知症カフェでは協力関係を築き共に進捗したり、ホームに来訪するボランティアの受け入れ調整なども共に行っている。	法人全体として連携関係は強い。町職員には毎回運営推進会議に出席してもらい意見交換も行っている。認知症カフェ、介護サービス協議会、ボランティア育成講習会でも協力しており、良好な連携関係にある。	
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。	法人全体で年に2回身体拘束についての研修会を行っており、ユニット会議では身体拘束や言葉、向精神薬等での拘束をしないケアについてグレーケースをふくめ具体的に話し合っている。玄関は施錠することなく、冷暖房使用時以外開放している。	年2回の定期研修会やユニット単位の勉強会(今年は重点的に取り組んだ)を行って、拘束しないケアの正しい理解に努め、「拘束のないケア」を実践している。屋間玄関は施錠されておらず、内庭へはフリー、外への出入は受付担当者にも見守られている。	
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逃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。	管理者やリーダーは高齢者虐待について外部の研修に参加し学んだことを事業所に持ちかえり、虐待の種類や行われる背景についてユニット会議にて勉強会を行い、虐待防止に努めている。また、虐待に繋がらないよう職員はストレスマネジメントについて学ぶ機会を設けている。		

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 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。	日常生活自立支援事業や成年後見制度の違いについてユニット会議で勉強会の時間を設け、援助が必要とされる方は入居者や家族と話し合い、実際に成年後見制度の利用に繋げている。		
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。	契約の締結、解約の際は契約書・重要事項説明書の内容説明を入居者や家族に行い、同時に不安や疑問点を尋ねている。改定の際は案内文、同意書などを郵送したり、運営推進会議や面会時に説明している。		
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。	年2回開催の家族会で意見交換を行っている。運営推進会議には数名の入居者が参加し、また全家族に案内を送付し、出席者には意見を求めるようにしている。苦情相談窓口や意見箱の設置、顧客満足度調査を実施し、意見・要望を求め、リーダー会議やユニット会議で振り返っている。	面会時の他、運営推進会議や家族会で集中的に意見を聞くことが多い。また、毎年家族アンケートを実施し要望などを収集している。利用者の近況を知らせする「利用者状況便り」も毎月郵送している。提案や要望が出れば、職員間で話し合い、可能な限り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 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。	ユニット会議には館長、管理者、リーダーが参加し、意見や提案を聞く機会を設けている。また、最低年に2回は職員との個別の面接を行い、意見交換の場を設け、反映している。	館長や管理者、リーダーは定例会議や日常の雑談を通じて、意見収集に努めている。言いやすい職場環境づくりを心掛けると共に、年2回個人面談も行っている。提案などが出れば、話し合い、可能な限り運営に反映させるよう努めている。	
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。	法人で人事考課制度を設けており、毎年年度の始めに各職員の年間目標をたて、それに対する評価を中間と年度末に一緒に実施し、達成状況や今後に向けての課題を明確にし、向上心を持って働けるよう努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	職員へ法人内研修及び外部研修への参加の機会を積極的に設け、法人内では年間のスケジュールの基、参加を促している。またパソコンやスマートフォンを通じた、法人独自の知識向上研修を活用している。		
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り組みをしている。	町内のグループホームで連絡会を立ち上げており、合同のイベントや職員の勉強会、交換研修など取り入れ、互いの質向上へ取り組んでいる。また地域活動として各施設と協同で認知症カフェを月に一回開催している。		

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
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。	入居となる前には自宅などに訪問し、不安な事や要望を聞き、家族とともに事前のアセスメントをしている。入居後にもカンファレンスに参加していただき、日々話を聞き本人の安心確保に努めている。		
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。	相談から利用までに施設見学をしていただいたり、自宅へ訪問し不安な事や要望等を何度か聞く機会を設け、サービス開始後は面会時や月に一度送付している状況報告書にて近況報告を行っている。カンファレンス時も家族の要望等を聞き反映できるよう努めている。		
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。	サービスを開始する段階で本人と家族、管理者、リーダー、計画作成担当者や支援の内容を検討し、共にケアプランを作成している。生活歴に沿った馴染みのサービスの計画や環境を整える事を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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。	理念に「利用者と共にある私たち」とあるように入居者と一緒に話し合い、アセスメントやケアプランを充実させ、本人をより深く理解してケアに繋がるよう努めている。共に力が発揮できるよう関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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。	本人を共に支えていけるよう、面会時やケアプラン立案時には家族の要望なども聞き、外出行事にも一緒に参加していただくよう促したり、年に2回家族会を実施するなど本人や家族との会話の機会を設け、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 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。	馴染みの場所へ出掛けられるよう、ケアプランへ外出支援を取り入れたり、自宅や行きつけの喫茶店、美容院へ出掛け馴染みの人との関係も継続できるよう努めている。	家族、友人、知人にできるだけ面会に来てもらえるよう支援している。また、希望が出れば、家族とも相談しながら、自宅やご近所、行きつけの喫茶店、美容院など馴染みの関係が途切れぬよう支援している。	
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。	入居者同士で関係が築けるよう、洗濯干しや洗濯たため、食器拭きなどの生活行為を複数的人数で一緒に行い、共に支え合えるよう支援し、外出行事も一緒に出掛けお茶を飲みながら会話を楽しめる支援している。		
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。	利用が終了してもその後の様子を電話連絡等で伺ったり、本人や家族へ面会に訪ねたりし関係性を大切にしている。		

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 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。	思いや希望、意向に沿えるようカンファレンスには参加していただき把握に努めている。また日々の生活の中での会話や言動をアセスメントシートに記入していき要望の把握を行っている。意思表示が困難な方も家族との関係を密にし、一緒に本人本位に検討している。	当初、利用者や家族から詳しく聞き取った不安なことや希望・意向、生活歴は基本情報として情報シートに記入されている。その後も日常ケアなどを通じて把握に努め、「ケース記録」・「情報シート」に残し、日常ケアや計画見直しに活かしている。表示困難な利用者は、家族とも相談しながら本人本位になるよう努めている。	
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。	入居前から生活歴や馴染みのある暮らし方を本人や家族から情報収集し、環境の変化にも最小限で抑えられるよう、家具や写真、大切な物との関わりを無くさないよう事前の把握に努め、ケアに繋げている。		
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。	入居者一人一人に対しホーム独自の24時間シートを作成しており、一日の過ごし方や本人の要望、出来る事、よりよく過ごせるような工夫点をそれぞれ記入し把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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。	家族には面会時などに要望を聞き、3ヶ月毎に本人を中心に各関係スタッフとモニタリングを行い、介護計画を見直している。必要時には看護師、福祉用具スタッフ、家族を交え介護計画作成をしている。	当初のケアプランは、基本情報をベースに関係者でカンファレンスを開き、充分話し合って策定されている。計画はより具体的な24時間シートにまとめられフォローしやすくなっている。実施状況は「ケアプラン実施表」で毎日チェックされると共に、3ヶ月毎「モニタリング記録表」を使った評価が行われている。この結果をもとに必要なケアプラン見直しが行われている。	
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。	日々の個別日誌やサービス内容チェックシート記入し職員同士で情報の共有を行い、介護計画の見直しをしている。詳細な日々の様子が必要な際は24時間シートを活用し、情報共有をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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。	本人の要望(家に帰りたい。近所の人に会いたい。なじみの場所に行きたい。)があった場合、家族への協力をしてもらいながら行っている。書道教室やアートフラワーなど外部の講師へ依頼も行っている。		
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。	消防署協力にて避難訓練を地域を交え行っている。また認知症カフェへ外出するなど地域住民と交流し、季節の飾りを作成したり、お茶を飲みながら会話を楽しめる場所へ出掛けている。府中町発行の地域資源情報も参考にしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	契約時にかかりつけ医の継続をするか提携医へ移行するかを確認している。看護師を通じて主治医(定期往診あり)と医療情報を共有し適切な医療が受けられるようにしている。	希望すればこれまでのかかりつけ医の継続も可能であり、選択してもらっている。協力医(吉本クリニック医師)による定期往診、専門医の随時往診も行われている。看護師職員を通じて医療情報が共有されており、適切な体調・医療管理が受けられる体制にある。	

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
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。	毎朝、バイタル測定を行い、申し送りに看護職員も参加し日々の細かな変化や特変を情報共有している。体調不良など必要時は看護師が主治医と連絡をとり、指示を仰いでいる。		
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。	医療機関の地域連携室と連絡を密にし、入院時には利用者の生活状態などを用紙に記入し病院へ提出し、早期に退院できるように努めてもらっている。入院中は病院への面会やご家族への電話連絡等で情報収集をしている。また医師と家族とのカンファレンスに参加し、状態把握し退院の準備に備えている。		
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。	契約時に重度化した場合の希望や事業所の対応、事業所の今後の取り組みなどについて説明している。重度化した際には医師・看護師・本人・家族・職員と、今後の支援の仕方について話し合う場を設けている。また、家族の希望があればより近い方針を会議など職員で話し合うことをしている。	重度化した場合については、入居時利用者・家族の希望を聞き、事業所のできる事を話し納得してもらっている。その後必要な時期、医師をはじめ関係者で話し合い方針を決め、全職員で共有し、対応している。可能な限り家族の希望に沿えるよう努めている。	
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。	職員は会議の時に看護師から応急手当のやり方などを勉強会を開いて学んでいる。またユニットの電話の近くには急変時の緊急マニュアルを設置し、すぐに対応できるようにしている。		
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。	消防署指導のもと、避難訓練を昼夜想定し、年2回行っている。その後は地域住民を交え消火訓練や心肺蘇生などの講義を同施設内の他部署と一緒にを行い、連携を図っている。	併設の事業所と合同で、年2回消防署の指導のもと昼夜を想定した消防避難訓練を実施している。町内会とは災害発生時相互応援のための防災協定を結んでおり、訓練も一緒に行っている。	
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 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。	理念を念頭に職員が意識して対応できるよう、ユニット内や事務所に掲示し、ユニット会議で振り返る時間を設けている。また、虐待に対する勉強会なども行っている。個人情報事務所の扉のある棚にて管理している。	理念の一つでもあり、職員は常に意識し、誇りやプライバシーを損ねない声掛けや対応を心掛けている。個人情報は施錠可能な棚で集中管理されている。	
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。	指示・命令的な声掛けでなく、自分で決めて頂けるような選択の促しや環境作り、声掛けを行っている。また態度や表情からも読み取れるよう努めている。		
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、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。	ホーム独自の24時間シートを活用し、各入居者の生活リズムを尊重しながら共に生活を送っている。業務優先になればリーダー職員を中心に会議にて検討を行っている。		

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
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。	女性は化粧や紙を結び、男性は髭剃り等を行い身だしなみを整えている。入浴時は衣服と一緒に選び、理美容の際は髪を染める、髪長さ等本人の要望を聞き対応している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	盛り付けや片付けは入居者と職員で共に行い、皆が参加できるよう台所のみならず、普段食事をを行うテーブルと一緒に食材を切る等している。また入居者と一緒に食事をとり、晚酌の習慣があった方にも好みに沿う食事になるよう努めている。月に1回は外食行事を取り入れている。	食事は法人施設の厨房で一括調理され、必要なアレンジも行われている。職員と一緒に食事をしながら、適切な介助も行われており、ゆったりと、時ににぎやかな食事時間となっている。できる利用者には、準備・配膳・後片付けなどを一緒にやってもらっている。週1~2回の手づり昼食、月1回の外食など楽しみも取り入れている。	
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。	栄養士、看護師の指導のもと、必要な栄養バランスが摂れるようにしている。食事量や水分量、体重、義歯の状態や体調を配慮した上で、必要があれば刻んだり、個々の食べれる食事形態を設けている。時には一緒に買い物に出掛け、好みの食べ物を購入していただく事もしている。		
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、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。	各居室にて毎食後口腔ケアを行い、口腔内の清潔保持に努めている。定期的な訪問歯科での診療や義歯の調節など必要であれば歯科衛生士や歯科医師に依頼している。		
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。	排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンの把握に努めている。声掛けや本人の訴えにてトイレへの誘導を行い、おむつやパットの使用が減るよう支援している。また、業者を招き職員向けに勉強会も開催している。	一人ひとりのパターンを把握し、その日の体調も見ながらタイミングよくトイレ誘導し、オムツやパットが減るよう支援している。適切なオムツや使用方法など、職員向け勉強会も行っている。	
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。	便秘気味の方には牛乳やヨーグルトを摂取して頂いている。体操や歩行訓練を行う他、腹部を温めるようさずすることもしている。下剤等の使用の際は看護師と連携し、量や種類を調節している。		
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。	本人の希望に沿い毎日入浴したり、午前と午後の入浴時間を設け、石鹸も個別に使用するなど希望に応じた対応している。入浴拒否のある方には入浴剤を使用するなど環境面にも配慮し、支援している。	2日に1回を目途にしているが、毎日入浴される利用者もいる。できるだけゆったりと入浴を楽しんでもらえるよう、好みの石鹸や入浴剤を使用するなどの配慮もしている。	
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。	いつでも居室に戻り休んでいただけるようにしている。なじみの寝具などを持って来ていただき安心できる環境づくりをしている。共同生活室にはソファを設け、必要に応じてはベッドをレンタルしていただき、個々の状況に合わせている。		
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。	個人毎に服薬ファイルを保管しており、主作用・副作用など理解できるようにしている。副作用が見られる際には看護師に報告し調節を行っている。		

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	
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。	外出行事を設け、時には全員で外食に出掛けたり、買い物をしたりと気分転換をしていただいている。また、日中に体操や散歩を行い体を動かしていただいたり、洗濯物たたみや食器拭きなど役割を持って各々が力の発揮が出来るよう支援している。			
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。	ご本人の日々の希望に添い、屋上散歩や屋上菜園に行き水やりや収穫をしている。また、近くのスーパーにて昼食の買い出しや本人様の欲しい物を購入しに出掛けている。急な希望にもできる限り添い外出している。	天気の良い日は、希望により屋上散歩や菜園の水やり、スーパーへの買い物などに出かけている。手づくり昼食のための買い物他、月々のホーム行事で外出機会を増やすよう努力している。	体力低下もあって、外出機会が減っている。日常的な外出機会を可能な限り増やすよう、一層の工夫を期待したい。	
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。	家族と協力し本人にできる限りお金を持っていただき、外出の際や館内の自動販売機などで嗜好品等を購入していただいている。支払いの際なども自分でいただき、出来ない所のみ協力し支援している。			
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。	希望があれば居室に電話を設置でき、それ以外にも固定電話や公衆電話がある為、希望に合わせていつでも電話できるよう支援している。また、定期的な手紙や年賀状なども送れるよう支援している。			
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	館内に入ってすぐに中庭があり、開放的な空間がある。そこから各ユニットの玄関、食堂、居間へと繋がっており、各玄関や食堂には季節に合わせた飾りを入居者様と一緒に作り、飾っている。お風呂や廊下、居間には空調を設置し、時期や気候に合わせて温度調節をしている。	4階建て施設の1階にある。総合受付を通り、中庭を抜けて、ホームの玄関に至る。リビング兼食堂ははべランダもあり、程よい広さで明るい。温湿も快適に維持されている。浴室やトイレの使い勝手もよく、通路なども広い、ゆったりくつろげるソファも置かれている。季節感を大切にしたり飾りつけや利用者の作品も飾られている。利用者がゆったりと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 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。	ソファや椅子を共同空間に置き、居室以外にも一人になれる空間を作っている。食堂のテーブルは1人から4人が座れるようになっており、テレビを観たり、新聞、雑誌を見る空間などを設けている。			
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。	居室の空間に合ったベッドや家具、洗面台などが設置してある。利用開始時や生活をしていく中で、家での生活と変わらぬよう使い慣れた家具や物を持参していただく事で居心地の良い部屋になっている。窓と障子がある事で部屋の明るさを調節でき、開放的な作りになっている。	ベッド、収納家具、エアコン、洗面台、（一部はトイレ付）が備え付け、窓の障子が部屋を和ませている。写真や作品によるお好みの飾りつけ、人によってはテレビ、仏壇が持ち込まれている。どの部屋も掃除が行き届き清潔。利用者にとって居心地よい居室となっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	入居者のアセスメントを充実させ、食事作りや食器拭き、洗濯たたみなど本人の出来る所は力を発揮していただき、出来ない部分などは職員と一緒に行うことで自立支援へ繋がれるようにしている。			

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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 ②数日に1回程度ある ③たまにある 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 ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと 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 ②数日に1回程度 ③たまに 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 ②少しずつ増えている ③あまり増えていない 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 ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1くらいが 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 ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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 ②家族等の3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが 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 (↓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 グループホームチェリーゴード

作成日 平成 28 年 12 月 8 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		体力低下もあって、外出機会が減っている。日常的な外出機会を可能な限り増やすよう、一層の工夫を期待したい。	日常的な外出機会を増やす。	外出支援の取り組みにむけての業務見直しと、ケアプランに外出支援等を取り入れるなどし日常的に外出機会を増やして行く。	1年間
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。