

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 7 月 1 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3474000373
法人名	医療法人 ほほえみ会
事業所名	グループホームほほえみ呉安浦
所在地	広島県呉市安浦町安登東5丁目4番5号 (電話) 0823-84-7225
自己評価作成日	平成 28 年 6 月 18 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 6 月 30 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）】

少人数の良さを生かし利用者一人一人の気持ちを尊重し、安心して安全な生活を送っていただけるようスタッフ全員が利用者様としっかりと関わりを持ち、「利用者様の行動が待てる」を心掛け、“やさしさ”と“ほほえみ”を大切にしています。
そして、陽射しがいっぱいリビングでゆったり落ち着いて利用者様が楽しくその人らしい生活が送られるよう支援いたします。

【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）】

○集団活動より「一人ひとりの気持ち」を大切にされたケアが実践されている。
過剰介護にならぬよう、利用者毎にやることを決め、時間が掛かってもやってもらう。機能や楽しみ維持に努めると共に、できなかったことで変化を察知している。

○モニタリングは「毎日チェック」、「3ヶ月毎評価」で行われ記録に残されている。
プラン、ドゥー、チェックのサイクルが定着しており、忙しい中でも、常にケアプランを意識しながらのケアが行われている。

○恵まれた環境にある。
緑の多い、ゆったりとした敷地に平屋造りの明るい屋内施設、広い菜園や花壇 など恵まれた環境にあり、利用者は一人ひとりのペースで、ゆったりと安心して過ごすことができるホームである。

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
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。	ホームの理念は目に付きやすい所に掲示している。利用者の個性に合わせた支援を職員間で情報を共有しながら実施している。ていねいな言葉掛けになるよう、職員間で注意し合うようにしている。	開設以来、変わらぬ理念「利用者の気持ちを尊重し、優しい声かけで接し、安全で安心な生活を送ってもらいませ」が設定されている。あらゆる機会をとらえて徹底がはかられ、職員の行動指針となっている。やさしさと利用者の思いを大切にされたケアが実践されている。	
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。	ホームで自治会の会員になって、地域の一員としての自覚をもつようにしている。町内の散歩の時は気軽に挨拶をしているが、最近は散歩の機会が少なくなっている。	自治会に加入し、地域行事にはできるだけ参加するようにしている。また、町内会を通じて、地域の方々と触れ合う機会を増やす努力や、日常的なご近所付き合いを大切にしているが、最近は外出できる利用者も減り、交流機会が減っている。	
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。	利用者の親しい方の面会時には、認知症のケアについて基本的な事項を努めて話題にしている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている。	二ヶ月に一回の間隔で運営推進会議を実施している。地域包括支援センター職員、家族等の参加者から意見や要望を募り、その後のサービスの向上に繋がるように努めている。	2ヶ月に1回開催している。参加者は、民生委員、地域包括センター職員、家族などで、事業所の近況、行事内容や予定の説明などの他、適宜必要な議題をとりあげている。意見や提案が出れば、サービス向上に活かしている。	参加者として町内会代表や消防署職員などをお願いし、「災害対策」・「地域交流のあり方」等、事業所にとって切実なテーマを取り上げ、具体化するための有意義な会議にされるよう期待したい。地道な話し合いを通して、地域交流をさらに深める糸口にされるよう望みたい。また市担当者には毎回来議案内を発信されるよう望みたい。
5	4	○市町との連携 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。	生活保護の利用者もおられ、生活支援課に日常にかあれば連絡している。地域包括支援センターの職員には多方面にわたりアドバイスを受けている。	市の担当窓口とは、日常的な届け出や問い合わせのほか、必要があれば連絡し指導いただける良好な関係にある。特に、地域包括センター職員にはいろいろアドバイス頂くことが多い。	
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。	身体拘束の具体的な行為について正しく理解するために、身体拘束につながるようなケースがあれば、そのつど職員間で話し合っている。拘束が必要になった時には、手順書に沿って家族に事前説明し、了解を得て行っている。「身体拘束廃止に向けての経過記録」に拘束を行った日時を記録している。	研修や勉強会を通じて、意識徹底をはかっており、身体拘束をしない正しいケアを実践している。迷うケースや止むを得ず拘束するケースが生じた場合は、職員間で話し合い、手順書に従い、家族の事前了解を得て対応している。玄関は危険防止のため、家族の事前了解を得て施錠している。	
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。	日頃から職員間で虐待防止の大切なことを話し合っている。虐待につながらないよう周辺症状のある方をどう支援していくか具体的なテクニックを話し合い、共有するようにしている。言葉づかいや対応に配慮し、お互いに良い関係を築けるように努めている。		

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 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。	職員の勉強会はできていない。成年後見制度の利用者は現在いない。		
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。	入居前の見学や入居契約の時に、口頭や文章にて説明をし、理解・納得をして頂いた上で同意を得て同意書にサインを貰っている。契約更新の時にも不安がないかフォローしている。		
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。	苦情訴えの情報は職員間で共有するよう申し送りに努め、家族、利用者の声を聞くために意見箱をスタッフルームに置き、投書を勧めている。面会時や運営推進会議等の機会に、意見や要望を聞くようにしている。	家族との情報交換を大切に、面会時や運営推進会議では自由に意見を出してもらうよう、努めている。必要な電話連絡の他、月1回利用者の生活状況を知らせる文書や写真も郵送している。意見や苦情が出れば、職員間で共有、必要ならみんなで話し合い、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 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。	何かあれば申し送りノートに記したり管理者に相談するようにしている。日頃の職員間の話し合いを通じて、意見や提案が収集されている。	日常の話し合いの他、申し送りノートに記入したり、管理者に直接相談するなど、意見を言いやすい職場づくりに努めている。提案等が出れば、みんなで話し合い、必要なことは上層部に相談しながら、可能な限り運営に反映させている。グループ管理者会議は月1回開催されている。	
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。	昇給については裁量できないが、有休の取得はできるだけ善処している、時間外の手当でも必要であればつけている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内での研修や外部の研修会に参加している。経験の浅い職員の指導にはベテラン職員を一人付けてマンツーマンで指導している。		
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組みをしている。	研修会に参加した際に、情報交換している。		

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。	訪問時の聞き取り、ホームでの面接時に本人と話す時間を十分にとっている。先入観を持たないよう、面接した本人の今の問題、不安を共有し、信頼関係の構築の手がかりにしている。家族の協力が必要と判断した時はその旨を相談している。		
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。	できるだけ時間をかけて相談を受けている。キーパーソンの思いだけでなく、家族全員の思いを傾聴し、ホームの援助の限界についてもお伝えし、信頼を構築するようにしている。面会時に現在の状態を報告したり、ホーム内での様子を伝えている。		
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。	本人が今一番必要としている支援を重視します。家族にも納得してもらえる内容にし、必要なら医療機関との連携もします。		
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。	利用者の入居前の地域での生活を知り、昔のことを話題にしてほほえみをひきだし、ホームでできる役割を持ってもらい、家事を手伝ってもらい、生活を共にしている感覚を感じてもらっている。		
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。	家族の面会の折には、つとめて今の生活状況を話題にし、本人と家族が話しやすい雰囲気を作り間を取り持っている。必要があるときは電話で話しをしてもらうよう取り次いでいる。		
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。	知人の面会を歓迎しています。外出や外泊も細かい決まり事は無い。	家族、友人、知り合いなどできるだけ面会に来てもらい易くなるよう応接に配慮している。行きたい場所の希望が出ることは少なくなったが、出れば家族とも相談しながら対応している。希望する利用者には馴染みの美容院に行ってもらっている。	
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。	利用者の個性を尊重し、孤立している人がいれば職員が利用者との交流の援助をします。また利用者がおたがいに良好な関係を築けるよう、話が合う方を同じテーブルにしたり、テーブルの席、手作業のグループ構成等、配慮している。		
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。	何か困りごとが起きたときはいつでも相談してもらえようように家族には退所のときに伝えている。		

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。	本人の想いは直接本人と話し合うだけでなく、利用者間の会話にも注意を払い把握している。聞き取った内容は個人記録や申し送り用紙に記載し情報共有している。高度認知症の方には日常の観察から、表情等で本人の意向、希望をくみ取って対応している。	入居時、利用者・家族とは時間をかけて話し合っている。聞き取った意向や思い、生活歴は基本情報としてファイルされている。その後も日常ケアを通じて聞き取った情報、表情から汲み取った「思い」等は個人記録や申し送りシートに記載し、日常ケア活動や計画見直しに活かしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	初期面接で本人、家族と時間をかけて話をして把握している。入所後も生活歴を努めて話題にし理解するようにしている。入所時に取得した基本情報、フェースシートなどでサービス利用の履歴を把握している。			
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。	毎日の状況は申し送り用紙、個人記録に記入し申し送っている。朝と入浴前にバイタルチェックを行い、排泄管理表で排泄間隔の把握をしている。本人の自発性を重視し、本人の出来る力が継続しているか観察している。			
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要の関係者と話し合い、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。	ユニットに「実地モニタリング表」を配布し、課題が達成できているか毎日チェックを行っている。モニタリングは職員の意見を聞きながらケアマネがまとめ、家族の思いはケアプランの説明のときに傾聴し参考にしている。それらをもとに作成したケアプランは職員に見てもらい意見を聞いている。基本的に3か月毎にプランの見直しを行っているが、その他にも状態の変化があった際にはその都度見直しを行っている。	初期のケアプランは基本情報と利用者1か月の暮らしぶりを観察し、関係者と話し合い、意見を出し合い、家族の了解を得て策定されている。モニタリングは、毎日行われる「実施モニタリング表」でのチェックと職員の意見をベースに3ヶ月毎に作成される「モニタリング記録表」で行われている。これをもとに計画見直しが行われ、家族の了解を得ている。状況変化があった時も、その都度見直しを行っている。		
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。	日々の様子は個人記録に記入している。ケアプランの変更となる情報は介護支援経過に記録し、ケアプランに反映している。			
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	通院や個人の外出など、家族が出来ないときは、ホームで対応している。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	最近地域との交流は少なくなっている。			
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。	ホームの見学の時や契約の時に説明している。当ホームのかかりつけ医は、国保安浦診療所だが、希望すれば他のかかりつけ医の選択も可能。ただし診療所は近所にあり、信頼関係を築いているので何かと便宜を諮ってもらっていることを伝えている。2週間に1度の往診、必要に応じて通院を行っている。往診以外にも眼科・皮膚科・整形外科などの専門医への受診も行っている。居宅療養管理指導をサービスに取り入れ、薬局の薬剤師とも連携し服薬管理を行っている。H28年6月より、必要な利用者に対して訪問歯科にも来てもらっている。	利用者が希望すれば、これまでのかかりつけ医の継続も可能であるが、現在利用者の殆どは、近くて便利な協力医をかかりつけ医にしている。2週間に1回の往診、看護師による継続治療、緊急時の対応など信頼関係が出来上がっている。眼科、皮膚科、整形外科、訪問歯科など専門医受診も可能になっており、適切な医療体制にある。		

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。	近くの診療所がかかりつけ医で、往診の時になじみの看護師が事情を良く知っているの、電話で相談し必要があれば受診している。			
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。	家族と連絡を取り、現在の状況と今後の対応について頻りに話し合っている。病院、本人、家族の希望を傾聴し、希望に沿う対応に努めている。			
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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。	主治医と同法人内の施設と連携し、ご家族の意向に沿った支援をおこなっている。医療体制に限界があり、重篤な方は他施設への紹介をさせて頂いているが、できるだけホームでの生活を希望される方は、病院と連携し希望に沿う対応に努めている。重篤化された際の対応については限界があることは説明し、納得して入居してもらっている。	入居時、重度化した場合の対応には限界があることを説明し納得してもらっている。重度化しても引き続きホームでの生活を希望される利用者については、主治医を含めて話し合い、その後の対応方針を決めている。結果を職員で共有し、出来るだけ家族の希望する対応になるよう努めている。		
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。	消防署の救命講習をホームで受けて勉強している。急変時の対応は、ホームの過去の事例を職員と話し合い、マニュアルを参考にして、適切な対応の仕方を学んでいる。			
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。	災害時の対応マニュアルはある。避難訓練を実地している。	災害時の対応マニュアルに従って、去年は1回の避難訓練を実施した。	運営規定に従って、年2回避難訓練の実施を期待したい。また、災害発生時、被災者救出のための地域協力関係づくりの具体化(共同訓練、緊急連絡網づくり等)を望みたい。運営推進会議での具体的な話し合いを期待したい。	
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 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。	人格の尊重とプライバシーの確保は日々の実践のなかで、職員間で具体的に話し合い、適切な対応が出来ているか注意しあっている。	誇りやプライバシーを損ねない、一人ひとりに配慮した言葉遣いや対応に努め、出来るだけ自己決定してもらうようにしている。適切な対応になっているか、職員間で注意し合っている。個人情報 は適切に管理されている。		
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。	本人の自発性を重視している。テレビを見たい人、外の空気を吸いたい人、ロビーで世間話をしたい人、思い思いに過ごしてもらおうよう心掛けている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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。	要介護度が1から5まで幅がある方の介護なので個々のケースに合わせて支援している。集団活動より個別の活動を支援して1日を過ごしてもらおうことが多い。食事時間や水分補給などの大まかなスケジュールは決まっているが、本人の意思を尊重して自由に過ごしてもらっている。			

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。	今まで生活していた馴染みの服を着てもらい、出かけるときは声かけをし、おしゃれをしてもらっている。髪型も本人の希望を聞いて行っているが、散髪はホームに来てもらって行っている。希望される方は馴染みの美容院に出掛けてもらっている。		
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。	食材の宅配サービスを利用し、職員が調理を行っている。各利用者に合わせて食事形態やアレンジを工夫するようにしている。職員は利用者と共にテーブルに付き、会話をしながらゆったりと食事して貰えるように支援している。食事の準備や片付けは利用者に手伝ってもらっている。おやつは毎日違うものを提供し、行事の際には弁当を注文する事もある。	食材は宅配サービスだが、調理は職員が行っており、一人ひとりに合わせたアレンジ食も提供されている。職員と一緒に食事をしながら、適切な介助も行い、ゆったりと穏やかな食事時間となっている。できる利用者には、準備や片付けと一緒にやってもらっている。時には外食に出かけたり、弁当宅配、パンの訪問販売で楽しむこともある。	
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。	食事水分摂取量については記録に残し、利用者の状況に応じた支援をしている。食事については個々に応じて食事を加減し、食事形態も適宜変えている。水分量は記録をみながら、不足のないように支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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。	毎食後の口腔ケアを促し、自力で口腔ケアが困難な方には職員が付き添い、声掛け、見まもり、介助を適宜行っている。義歯は夕食後にポリドントを使用し除菌している。歯ブラシ・コップは1週間に1度消毒している。		
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。	排泄管理表を活用し、適宜声掛けをしたり誘導をして、失禁や失敗が出来るだけ減るように努めている。ケースごとにその特徴を理解し、排泄のタイミングに注意をしている。出来る限りオムツに頼らない支援を心掛けている。	便秘、排泄実績など一人ひとりのパターンを把握し、その日の体調もみながら、タイミングよく誘導し、少なくとも日中は、なるべくオムツをしない、トイレ排泄になるよう支援している。	
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。	水分を充分摂取してもらい、摂取量の少ない方にはポカリやゼリーやフルーチェ等で補っている。定期的に果物も摂取してもらえるように心掛けている。排泄管理表で排便間隔の確認を行い、必要な方には下剤を使用して頂いている。		
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。	入浴の希望確認を行ないながら、最低1週間に2回の入浴を確実にしている。個々の入浴ベースの把握をし、統一した対応をしている。湯加減が温めが好き、熱めが好きなど本人の希望に沿った対応をしている。浴槽には入浴剤を入れている。入浴の時間割はホームで決めている。嫌がる利用者には無理強いをせず、時間をずらしたり、声掛けを行う職員を変えたり等の対応をしている。	一人ひとりにゆっくり時間をかけて入浴してもらえよう、週2回、1日3名を目途にしている。利用者の好みに合わせ、湯加減を変えたり、入浴剤を使ったりしている。職員と話しながら楽しんでもらうよう対応している。	
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。	個々にあった睡眠パターンの把握に努め、就寝の声掛けを行っている。昼寝や休憩は個人差がある為、自由にしてもらっている。季節・室温に合わせて布団の調整を行っている。		
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。	居宅療養管理指導をサービスに導入し、薬局の薬剤師と連携して服薬管理を行っている。副作用や効果は薬剤師に相談し、薬が変更になればそのつど、情報を職員に申し送っている。個々が服用している薬に関しては個人ファイルに綴っており、いつでも確認できる。		

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。	アセスメントや生活歴をもとに食器拭き、洗濯物たたみ等、個々にあった役割を支援し、いろいろなことを教わったり、助けてもらう場面を作り、楽しみや、気晴らしの支援を行っている。毎月1回の行事と、誕生日者がいた際には誕生日会を行っている。			
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。	外出が可能な方であれば家族の協力でできるだけ希望をかなえている。本人が散歩を希望された際には職員が付き添っている。	散歩の希望があれば対応しているが、満足に歩行できる利用者が少なくなっている。洗濯物の干し、ごみ出し、花壇の水やり等外気に触れる機会を増やすよう努力している。また、広い屋内(リビング、玄関通路)を利用し楽しく歩いてもらう工夫もしている。	玄関わきの縁台、駐車場、野菜畑を活用するなど、できるだけ外気に触れる時間を増やすよう、一層の工夫を望みたい。	
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。	現在金銭の管理を出来る方がいないため、トラブル防止の為、ホームで預かり、金庫で管理している。希望に応じて買い物は行っている。			
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。	現在自分で電話が出来る方がいない為、希望があれば職員が電話をして取り次ぎ、家族には日中いつでも電話を取り次ぐ旨を話している。			
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。	玄関とユニットを結ぶ廊下には共用のベンチやイスを置き、A・Bの利用者が歓談し、くつろぐための交流の場を設けている。リビングや廊下の壁には季節ごとに季節感のある、作品を展示している。リビングの壁に温度計、乾湿計をかけ、空調により共用空間の環境を調整している。トイレ横には本人のバットを置きいつでも自由に使えるようにしている。	平屋造り、玄関を挟んでA,Bユニットがある。玄関わきには縁台、広い菜園もある。リビングはキッチンと一体型、窓も大きく明るい。浴室、トイレ、通路もゆったりし、使い勝手もよい。温度や湿度も適切に管理されている。季節感、時意識を大切に、利用者の作品や写真、手づかカレンダーが飾られている。リビングにはゆったりしたソファ、ユニットを結ぶ通路には歓談ができるベンチや椅子も沢山置かれており、利用者がゆったりと寛げるよう配慮されている。		
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。	廊下に共用のベンチを置き、気のあった利用者同士がくつろいで過ごせるよう工夫している。又、一人になりたい方の為に一人用の椅子も置いている。			
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。	使い慣れた家具や馴染みの生活用品を持ち込んで貰っている。居室の掃除を毎日行い、ベットや家具の配置も本人の希望に添っている。ホームで制作した作品を部屋に飾って落ち着きのある空間にしている。	エアコンとカーテンが備え付け。馴染みの家具や生活用品が持ち込まれている。日中、殆どの時間をリビングで過ごされるためか、全般に飾りつけは少なくすっきりしている。掃除は行き届き、利用者が気持ちよく過ごせ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 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。	Aユニットの利用者には認知症が重度な方もおられる為、異食の恐れもありレイアウトはシンプルにしている。過剰介護にならないように、一人一人ができることを見極め、援助するように努めている。			

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させている	○	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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <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 <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <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 <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <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 <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <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 <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <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 (↓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
			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
			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
			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
			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
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
			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
			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）
			⑤ その他 ()

2 目標達成計画

事業所 ほほえみ呉安浦

作成日 平成 28年 10月 31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	4	2ヶ月に1回運営推進会議を開催しているが、参加者が、毎回固定されて儀礼的な物になっている。	最近、災害や死傷事件等も起こっておりこれまで以上に、地域との関係を深めたい。	参加者として町内会代表や消防署職員などをお願いし、「災害対策」・「地域交流のあり方」等、事業所にとって切実なテーマを取り上げ、具体化するための有意義な会議にする。地道な話し合いを通して、地域交流をさらに深める。市担当者には毎回会議案内をする。	三か月
2	13	火災による避難訓練が一回しか、実施していない。	避難訓練の実施。火災だけでなく、災害・防犯についても、地域の協力を得る。	運営規定に従って、年2回避難訓練の実施。また、災害発生時、被災者救出のための地域協力関係づくりの具体化（共同訓練、緊急連絡網づくり等）を運営推進会議で具体的な話し合いをする。	三か月
3	49	入居者の歩行状態が悪化、職員数の減少と重なり散歩の機会が減っている。	玄関わきの縁台、駐車場、野菜畑を活用し、できるだけ外気に触れる時間を増やす。	畑に野菜等を植え収穫に参加して頂く。玄関わきの縁台で、お茶会をする。	一ヶ月
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。