

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 10 月 23 日

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|-----------|---------------------------------------|--|--|
| 事業所番号 | 3470104476 | | |
| 法人名 | 医療法人 社団 恵宣会 | | |
| 事業所名 | グループホーム あき・なごみの家 | | |
| 所在地 | 広島市安芸区船越南 3-7-24 (電話) 082-821-2873 | | |
| 自己評価作成日 | 平成27年 9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 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 27年10月22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）】

| |
|---|
| <p>医療法人の開設したホームで、同一敷地内にクリニックが併設されており、医療面において医師・看護師に相談等が迅速に行うことができ、安心のベースとなっている。管理職以下全職員が、家庭的な雰囲気の中で、一人一人の自由な意思を尊重し、安心と生きがいのある生活が実現できるよう心がけケアに臨んでいる。</p> |
|---|

【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）】

| |
|--|
| <p>○母体は医療法人で、同一敷地内にクリニックが併設されている。 クリニック医師による定期的往診、看護師による健康チェックや日常相談、緊急時の対応など充実の医療対応がなされている。 ○利用者には「出来ることは、出来るだけ自分でやらせよう」の考え方が徹底され、実践されている。一人ひとりのペースを守ることも大切だが、積極的に体を動かすことを第一に、時間が掛かっても、食材の買い物・調理・掃除など、できる事をやらせよう、そんなケアが実践されている。元気で生き生きとした利用者が多い。 ○食へのこだわりが強い。利用者と共に献立づくり、買い物、調理まで、心のこもった家庭料理づくりが心掛けられており、美味しい食事が提供され喜ばれている。 ○住宅地の一角、近くには区役所、商業施設など恵まれた環境にあり、利用者は明るい職員に支えられ、落ち着いて過ごすことのできるホームである。</p> |
|--|

| 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。 | 事業所の理念を掲げて、毎朝のミーティング時に理念・行動指針の読み上げを行うなど職員に理念共有の徹底を行っている。 | 10年目を迎え、新管理者に交代したのを契機に、職員みんなで話し合い、新理念と行動基準を設定した。玄関やスタッフルームに掲示すると共に、毎朝、理念と行動基準(毎日1項目づつ)を読み上げ、徹底と共有化がはかられている。利用者には出来ることをどんどんやってもらいながら、元気で生きがいを持った生活ができる事業所づくりが目指されている。 | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。 | 地域の中でのグループホームを目指し、地域活動・町内行事等に声をかけて頂き積極的に参加している。 | 町内会に加入し、清掃活動、祭り、生き生きサロンなど地域の催し物には積極的に参加し、地域の一員として交流が深まるよう努めている。認知症高齢者介護についての相談・アドバイスも行なっている。 | |
| 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。 | 運営推進会議で構成員の町内会長から認知症高齢者介護についての質問・相談を受けるなど暮らしに役立つアドバイスをを行っている。 | | |
| 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。 | 運営推進会議で構成員からの意見等を持ち帰り、より良いサービス提供へ活かせる様に取り組んでいる。 | 2ヶ月に1回開催されている。参加者は町内会長、民生委員、地域包括センター職員、近隣ホームの管理者、家族などで、事業所の現況・行事内容や予定などの説明の他、避難訓練など、その都度必要なテーマを取り上げている。参加者から出された意見や提案は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り組んでいる。 | 同地区の他施設との交流会を発足し、市と共にサービス向上に取り組んでいる。 | 日常的な届け出や連絡、疑問点の相談の他、特定利用者のケア問題で地域包括職員を含めた三者で話し合い、アドバイスいただくなど良好な関係にある。同業者地域交流会結成の動きもあり、将来はこの会を通じて連携を強めたい。 | |
| 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。 | 身体拘束に関するマニュアルを作成し、その有事のみの行使に至るよう対策を講じている。昨年、車椅子からの転落・ずり落ちの危険が高い入居者の処遇に関し、家族との話し合い、運営推進会議で包括支援センター職員からの意見を伺いながら安全のため時間・期間を区切った抑制ベルトの使用を行った。実施前後には職員間で会議を開いた。玄関には開錠時でも開放が判るように警告音センサーを設置している。 | マニュアルを作成し、勉強会なども実施し、拘束しないケアの正しい理解に努めている。昨年、車椅子から転落危険の高い利用者にはベルト着用が必要なケースが生じたが、職員間で話し合うと共に、家族との話し合い地域包括センター職員のアドバイスもいただき対応した。日中、玄関は施錠されていない。扉にはブザーを取り付け、危険外出に注意している。 | |
| 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。 | 勉強会等にて虐待防止の徹底に取り組んでいる。日々の申し送りにて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 |
| 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。 | 自己評価にて施設での取り組みを振り返り、外部評価にて第三者からの視点でホームをチェックしていただき、より良いサービスの提供へ活かせるよう取り組んでいる。身寄りのない入居者の金銭管理に社会福祉協議会によるかけはしサービスを利用し、外部からの視野が出来るだけ入るようにしている。 | | |
| 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。 | 説明をきちんと行い、同意を得て納得して頂いている。契約内容の変更があれば、文章にて予め通知して、再度同意・説明の手順を行っている。 | | |
| 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。 | 常日頃から利用者と信頼関係を築けるよう取り組んでおり、訴えやすい関係を目指している。ケアプランの立案、説明時に話し合いの持てるようになるほか毎月請求書送付とともにご利用者の様子を文面で報告している。 | コミュニケーションを大切に、面会やケアプラン説明時に意見や要望を聞くようにしている。毎月利用者の様子を知らせる「お便り」や2ヶ月毎の「あき便り」も郵送。家族会も年1回開催されている。意見や要望は、内部で検討し、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。 | 定期的に意見・指導を聞く機会を設けている。朝の申し送り時・午後のミーティング時の際、職員間で話し合う機会を持ち、意見等を反映させている。 | 朝の申し送り時、午後のミーティング時の他、管理者は日常の会話や雑談を通じて意見や提案を聞き取るように心掛けている。提案などは職員間で話し合い(先月から議事録をつくり全員に徹底を図る事にした)、可能な限り運営に反映させている。 | |
| 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。 | 一人一人の職員に対して、管理者が状況を把握し、向上心を持って働けるよう努めている。子育て世代や、親の介護などに係る職員が多く、急な勤務変更などにも対処をお互いに行える関係を築いている。 | | |
| 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。 | 管理者・職員を段階に応じて育成する為の研修を受けられる機会を設けている。また、定期的な勉強会を実施している。就業時は業務マニュアルに沿い、出来るようになったか本人と担当者が話し合いながら業務を広げていくようにしている | | |
| 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。 | 同業の施設と運営推進会議に相互に構成員として参加し、相談できる関係を構築している。問題が発生した時には相互に協力し合うよう連携を取っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------|------|--|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 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。 | 入居に至るまでに情報の提供をしっかりと受け、職員間で今後の対応について話し合うことで、入居後の関わりを深く持ち信頼関係をより早く築けるように工夫している。 | | |
| 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。 | 各職員が家族の意向などに耳を傾けながら不安が取り除けるように努力している。窓口を設け、細かな相談まで対応できる工夫をしている。 | | |
| 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。 | 利用・入居希望の相談を受けた時にはまず、本人・家族が「いま」困っていること、思いを伺い、介護保険の概要、他サービスも含めた相談を行っている。 | | |
| 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。 | 管理者・職員は、ご利用者の喜怒哀楽を共にし、様々な事に共感しながら支えあう関係を築いている。日常の家事など入居者個々に出来る範囲で行って頂き、その都度感謝の声掛けをしあっている。 | | |
| 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。 | 管理者・職員は、ご家族の喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築く努力をしている。変化があった時は必ずご家族に連絡し、ご家族に来ていただくほか、ご家族による支援がなされるよう声を掛け促している。 | | |
| 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。 | ご本人の馴染みの人や、場所の関係が途切れないように、支援に努めている。家族への手紙・電話。外食・外泊支援。 | 縁のあった人には、出来るだけ面会に来てもらえるよう、手紙や電話の手助けを行っている。外食や買い物など行きたい希望が出れば、家族とも相談しながら実現させるよう努力している。 | |
| 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。 | 利用者同士の関係を把握しているが、利用者同士の関わりが利用者間で困難なケースもある。その際は、職員が介入して円滑に関係が築けるように支援している。 | | |
| 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。 | サービス利用が終了しても、相談やアドバイス等必要な支援をしている。 | | |

| 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。 | 集団生活の中で制限される部分もあり希望に添えないこともあるが、一人一人の思いやりや希望、意向の把握に努め外出支援など行っている。 | 入居時、利用者や家族から希望や意向、生活歴を聞き取り、意向は介護計画書に記載し計画策定に活かしている。その後も、日常の暮らしを通じて意向把握に努め、「経過記録」に記載し、日常支援や計画見直しに活かしている。 | 当初把握した生活歴、思いや意向は利用者の基本情報として別途フェースシートを作成、蓄積保存されるよう望みたい。また、「経過記録」に記載された意向が一目で読み取れるよう、記入方法の工夫も合わせて望みたい。 |
| 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。 | 一人一人の生活歴、環境、これまでのサービス利用の経過等の把握を入居時や入居後の会話の中で行い、職員間で共有するように努めていきたい。 | | |
| 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。 | 一人一人の一日の過ごし方、心身状態、嗜好、有する能力等の現状を総合的に把握できるようケアプラン作成時のアセスメントを行い、生活の中で役割が持てるように努めている。 | | |
| 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。 | 本人がより良く暮らすため、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た介護計画を作成している。 | 当初の介護計画は、よりよく暮らすための「課題とケアのあり方」について家族をはじめ関係者で充分話し合い、意見を出し合って策定されている。その後は、3ヶ月毎（体調など急激な変化があった時はその都度）日常の状況、経過記録、課題分析などをもとにカンファレンスで検討し、計画見直しを行っている。 | 計画進捗状況を「評価」した結果を、計画見直しにつなげるため、分かりやすいモニタリングの仕組みづくりを期待したい。 |
| 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。 | 日常生活の様子や、ケアの実践、結果、気づき等を個別記録に記入し、情報を職員、家族、必要な関係者と共有しながら介護計画の見直しに活かしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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。 | 職員一人一人が入居者に合わせて個別のプログラムを計画することで、既成概念に捉われない個々の要望に応じた柔軟なサービスを提供している。 | | |
| 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。 | 地域の催し物には積極的に参加し、町内会や消防機関と協力しながら支援している。警察や教育機関などは接する機会が少なく、交流できていない。 | | |
| 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。 | 本人及び家族等の希望により病院を受診され、適切な医療を受けられるようかかりつけ医との関係を築きながら支援している。特変があれば関係医療機関の医師、看護師の指示を仰ぎ受診を決定している。 | 法人の協力医療機関が隣接しているが、本人や家族の希望があればこれまでのかかりつけ医でも受診できるよう支援されている。必要な利用者には、協力医療機関医師などによる往診、看護師による日常チェックやアドバイスが行われるなど、適切な医療対応がなされている。 | |

| 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 |
| 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。 | 協力医療機関のあきクリニック・なごみクリニックの看護師に生活状況・情報を報告し入居者を把握しており、気軽に相談しながら日常の健康管理や医療活用の支援をおこなっている。 | | |
| 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。 | 入院した時安心して過ごせるよう、早期に退院できるよう利用者の体調など随時確認し、病院や関係者と情報交換や相談に努めている。 | | |
| 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。 | 重度化した場合や終末期のあり方について、入居時に家族に納得できる説明を行い同意書を交わし、早い段階から方針を共有している。 | 重度化した場合や終末期の対応については、入居時家族に充分説明し文書による同意を得ている。その後も必要によって話し合い、情報を共有しながら対応し、場合によっては転院先の準備などにも協力している。 | |
| 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。 | 急変時、事故発生時の関係医療機関との連携を含めた対応マニュアルを作成し、職員に対して定期的な勉強会・訓練を行っている。 | | |
| 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。 | 年2回の避難訓練を行っている。訓練時は消防職員の立会いの下での夜間帯を想定した訓練を行っている。町内会の消防団にも参加してもらう予定。 | 災害避難訓練は、利用者を含む全職員で年2回実施している。消防職員指導の下、夜間を想定した訓練も行っている。今後は、町内会の消防団にも参加してもらう予定である。 | 災害発生時、近隣の救助協力体制(合同訓練、連絡網など)の早期具体化を期待したい。 |
| 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。 | 一人一人のペースに合わせた対応に努め、個人情報に関しては全職員で利用者の尊厳を守り、プライバシーに配慮した言葉かけ・対応を行っている。 | 勉強会・日常指導も適宜行いながら、一人ひとりのペースに合わせ、誇りやプライバシーを傷つける言葉遣い・対応にならぬよう努めている。個人情報は事務所内の所定の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。 | 利用者の自主的な部分を大切に、必要な事柄には常に本人に問いかけ、選択してもらい、入居者一人一人の人格を尊重できるよう環境づくりをしている。 | | |
| 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。 | 生活のリズムは概ね決まってはいるが、その時々で利用者一人一人のペースを大切に、その人らしい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 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。 | 毎月訪問理美容にて、本人の希望に応じてカット等を行っている。その人らしい支援ができるように努めている。 | | |
| 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。 | メニューを利用者と一緒に考えて、献立を立てている。誕生日の方に対しては、当日夕食時には本人の好きなメニューで提供している。調理、配膳、片付け時にそれぞれできる事を一緒にして頂いている。 | 献立は出来るだけ利用者と一緒に考え、出来る人には買い物も調理も一緒にやってもらっている。職員は同じ食事を一緒に食べ、適切な介助もやっている。誕生日の利用者には、好きなメニューの食事を提供するなどの楽しみな配慮もなされている。「食」への強いこだわりがあり、美味しい食事が提供され喜ばれている。 | |
| 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。 | 一人一人の状態に合わせた調理方法、カロリー、栄養バランスを考慮してメニューを立案している。水分摂取量の少ない方はお茶ゼリーなどで工夫し、摂取を促している。 | | |
| 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に、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。 | 口腔内が清潔に保てるように支援している。月に数回訪問歯科の往診にて定期的にメンテナンスを行っている。 | | |
| 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。 | 排便表を活用し、排便傾向を分析することでトイレ誘導を行い、個々の排泄の自立に向けた支援を行っている。 | 一人ひとりの排泄パターンを掴み、その日の体調や利用者の意思表示を見ながらトイレ誘導するなど、自立に向けて支援している。水分摂取量や食べ物にも注意している。便秘のひどい場合、看護師に管理してもらうケースもある。 | |
| 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。 | 排便表を作成し、排便状況を把握し関係医療機関と連携しコントロールに努めている。飲食物の工夫や身体を動かしていただくよう取り組んでいる。 | | |
| 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。 | 基本的に曜日や時間帯を決めているが、入居者のその時々状態に合わせて柔軟に対応している。 | 週3回入浴を目途に入浴予定を決めているが、その日の体調や希望を聞きながら柔軟に対応している。嫌がる利用者には時間や職員を変えたりして対応している。 | |
| 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。 | 安心して気持ちよく休息し眠れるように支援している。 | | |
| 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。 | 入居者には地域の薬局による管理指導を受けて頂き、薬のセットなどをして頂くほか、職員に指導を受けている。また利用者全員の内服状況を1階・2階と分けてファイリングし、内服薬の情報を集約している。 | | |

| 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 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。 | 日常の家事を一緒に行うほか、買い物や散歩など、一人一人の生活歴や本人の力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている。 | | |
| 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。 | 本人の希望で散歩や買い物などに出かけている。職員による外出プログラムのほか、希望があれば出かけられるよう支援している。時間帯によっては難しいケースもある。 | 日常的に公園や近隣散歩に出かけている。また、本人の希望も聞きながら、日用品や食材の買い物にはできるだけ利用者を同行するよう掛けている。その他、行事外出、外食などの他、日常のゴミすて、庭先でのお茶会、水やり、日光浴など、出来るだけ外気に触れる時間を増やすよう努力している。 | |
| 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。 | 一人一人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。本人・家族による管理が難しい方には社協による金銭管理支援を受けて頂いている。入居の際、金銭管理同意書にて説明を行い、同意を得て金銭を取り扱っている。 | | |
| 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。 | ご家族の状況、時間を考慮しながら、家族や大切な方に対する電話、手紙のやり取りができるように支援している。 | | |
| 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。 | 屋外の花壇やプランターに野菜や花を植え家庭菜園を楽しんで頂き、屋内は四季折々の職員創作物にて、季節を感じてもらう支援を行っている。 | 2ユニットは1、2階に分かれている。対面式の台所と一体になったリビング、和室の居間、いずれも程よいスペースと明るさがあり、適切な温湿が維持されている。家具や飾りつけも落ち着いている。食事前には台所からの心地よい料理の音や匂いも漂い食欲をそそるなど、利用者にとって、家庭的で居心地よい共有スペースとなっている。 | |
| 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。 | 利用者が1人になりたい時は居室があり、リビングにはソファを利用者同士が自由に過ごせる工夫をしている。 | | |
| 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。 | 利用者一人一人の居室入口に本人の写真を飾り、自分の部屋を間違わないように工夫している。使い慣れた家具や、家族の写真、仏壇など相談しながら居心地がよい居室作りを行っている。 | エアコンのみ備え付け。あとはすべて、利用者にとって使い慣れた生活用品やテレビ、仏壇が持ち込まれ、思い出の写真や手づくりの作品の飾り付けもなされている。全体に清潔で、一人ひとりが居心地よく過ごせるよう工夫されている。 | |
| 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。 | 一人一人の身体機能を活かして安全で自立できる生活が送れるよう各所に手すりを設置。左右対称のトイレを設置。施設内外のバリアフリーを目指している。 | | |

| 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 | ○ | <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="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し合った |
| | | <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、職員全員で話し合った |
| | | <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し合った |
| | | <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し合った |
| | | <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し合った |
| | | <input type="radio"/> | ③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った |
| | | <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し合った |
| | | <input type="radio"/> | ⑤ その他 (上記②～④については評価結果確定後、11月中に実施予定) |
| 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 (上記②～④については評価結果確定後、11月中に実施予定) |

2 目標達成計画

事業所 グループホーム あき・なごみの家

作成日 平成 27 年 10 月 30 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 | 3か月ごとの介護計画の見直しを行っているが、計画の実施状況を評価した結果を分かりやすく記載して残したものがない。 | 介護計画の実施状況を会議で話し合う上で評価項目を策定し、分かりやすい形で記載していく。 | 施設介護計画の2表を『介護計画書兼評価表』とし、次回介護計画策定時に評価を記載、計画の見直しに当たり参考と出来るものとする。 | 平成27年11月～平成28年4月 |
| 2 | 23 | 当初把握した生活歴や意向を個人ファイルに保存が徹底できていない。また、経過記録の記載が体調不良・活動内容・本人の発言など意向すべて同じように記載されており、見直しの際に読み取りづらい。 | ①生活歴や、本人家族の意向の個人ファイルへの保存を徹底する。 ②経過記録への記載を内容によってわかりやすくする。 | ①生活歴、ご本人の意向をフェイスシートにまとめ、保存を徹底していく。 ②ご本人の意向、発言内容は青字で記載するなど分別しやすい記録にしていく。経過記録表の変更修正をおこなう。 | 平成27年11月～平成28年4月 |
| 3 | 4・35 | 運営推進会議の参加者が少なく、開かれた会議というには不十分である。火災訓練への近隣住民の参加がなく、施設内の訓練にとどまってしまう。 | ①運営推進会議に年に1度は町内会長や民生委員、区の職員に参加して頂く。 ②火災訓練に町内会長や民生委員の参加していただく。 | ①運営推進会議に町内会長や民生委員に参加して頂けるよう一層の関係構築に励む。地域包括センターの職員だけでなく区の職員にも声を掛けていく。 ②火災訓練に町内会長や民生委員の参加を求めていく。 | 平成27年11月～平成28年4月 |
| 4 | 10 | 必要時のご家族への連絡、面会時や文書で入居者のご様子を伝えているが、より分かりやすく、面会に来られないご家族にもよくわかる伝え方を考えたい。 | 入居者の皆様のご様子をご家族により良くお伝えし、信頼感、話題の提供を行えるようにしていく。 | 毎月の請求時のお便りを写真入りの物とし、日頃どのようなことをされているかお伝えすることでご家族とご入居者の間の話題提供が出来るようにしていく。 | 平成27年11月～平成28年4月 |
| 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。