

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 2月 18日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| 事業所番号     | 3472500895                    |
| 法人名       | 医療法人社団 親心会                    |
| 事業所名      | グループホーム湯舟の里                   |
| 所在地       | 東広島市高屋町造賀2961<br>082-430-2210 |
| 自己評価作成日   | 平成23年 1月24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23年2月18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）】

- ・看取り介護に主治医との連携が取れている、又ご家族に関わってもらって看取らせてもらっている。
- ・個別ケア介護によって、全体が穏やかに生活されている。
- ・地域との交流ができています。
- ・家族会の協力がある。清掃作業、文化祭、温泉旅行など行事の参加率が良い。

### 【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）】

脳外科内科の医院が隣接する場所に開設した2ユニットを保有するグループホームである。医療と介護の連携が当事業所の特徴で、ターミナルケアまで行える体制がある。  
利用者と職員全員がリビングの丸いテーブルを囲んで一緒に食事や歓談を行っている。また可能な利用者は職員と一緒に食事の準備や調理を行う。手料理をふるまう利用者もいる。ここでは職員に支えられながら利用者が人らしく生活をする姿がある。職員もまた楽しさややりがいを持ちながら介護にあたっている。  
地域や家族との相互協力も上手に行っている。それにより、地域行事を盛り上げたり、事業所行事を開催して、利用者へのサービス向上に役立てている。

| 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。                                                          | 理念を作成してホーム内に掲げている。                                                      | 事業所設立時に独自の理念を作成し、その後職員で話し合いながら修正を行いつつ、実践している。新しい職員には最初に理念の教育を行っている。職員は朝礼で読み上げるとともに毎月のスタッフ会議では理念に立ち戻って話し合うことがある。理念は玄関・事務所に掲示して関係者で共有している。                                        |                                                              |
| 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。                                                          | 地区の行事、ホームに行事にお互い協力しながら交流している。推進会議で話し合い、報告している。                          | 自治会行事に積極的に協力して、地域の清掃活動やどんど祭りなどの季節行事を盛り上げ、職員や利用者は地域の方々と交流している。小学校の運動会や幼稚園の行事では子どもたちとも交流している。                                                                                     |                                                              |
| 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。                                                        | 勉強会やホームの行事等の交流を行っており、推進会議でも話し合っている。                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                              |
| 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。                                       | 2ヵ月に1回の運営推進会議を行い、意見交換を参考にしてサービス向上に活かしている。                               | 2か月毎に運営推進会議を開いて、活動報告や行事の打ち合わせなどを行ってサービス向上に活かしている。会議への参加者は家族代表、家族OB、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、事業所職員などである。                                                                           |                                                              |
| 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。                                                   | 支所(地域包括支援センターも同じ建物内)へほぼ毎週足を運んで交流を持っている。                                 | 支所での手続きや地域包括支援センターへの相談など、担当者で連絡を取り合ったり、協力をいただいている。                                                                                                                              | 運営推進会議の議事録やホーム便りを行政機関に届けることなどをきっかけに、さらに行政機関等と連携を深めることを期待したい。 |
| 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。 | 日中すべての出入り口は施錠しない。自由に出入りできる環境を整えている。又、研修の参加、報告を受けている。随時全体ミーティング時話し合っている。 | 玄関に鍵をかけることの弊害を職員は理解しており、玄関のセンサーや、職員と地域の協力による見守りなどにより利用者を支援している。職員と利用者の信頼関係向上にも良い効果をあげている。<br>また、身体拘束をしないための委員会を年2回ほど開いて介助方法などを検討し、全体ミーティングでも話し合いを持つなど、職員の意識付けやケアの質の向上に常に配慮している。 |                                                              |
| 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。                                      | 年に1回勉強会。随時全体ミーティング等で取り上げている。                                            |                                                                                                                                                                                 |                                                              |

| 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。    | 社会福祉士からのアドバイスによって、行政書士、包括支援センターの方に説明をして頂き申し立てをいっている方がおられる。                                          |                                                                                       |                       |
| 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。                          | ご家族様と面談を重ねホーム内の見学説明をする。パンフレット、重要事項のしおりをみていただき、不安、質問を聞き入居の運びとなる。                                     |                                                                                       |                       |
| 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。                      | 入居者の不満、苦情を聞き受容、共有する事も介護の一貫であることを、職員にも指導している。意見箱の用意もしている。その都度対応している。家族会の会長様より、ご家族へご意見、ご要望など聞いて頂いている。 | 御意見箱を設置し、意見・苦情連絡先も書類に明記して周知させている。また 年2回家族会を開き、直接または家族会会長を通じて間接的に意見・要望を収集し、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<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。                                      | 1か月に1回の全体ミーティングを実施、意見に対応している。                                                                       | 毎月、総括責任者・主任・副主任とユニットの職員全員が参加する会議を開き、意見交換し、必要な対応を行っている。                                |                       |
| 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。      | ADLの変化に伴い、職員の配置、労働時間、勤務状況を変更して、やりがいや向上心を持って働けるよう改善をした。                                              |                                                                                       |                       |
| 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。          | 研修後も報告は、全体ミーティング時におこなっている。管理者、職員教育マニュアルがあり、それにのっとり教育を行っている。施設内での勉強会、外部研修も積極的に参加をすすめている。             |                                                                                       |                       |
| 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。 | グループホーム協会の研修、総会の参加に努めている。                                                                           |                                                                                       |                       |

| 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 |
| 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。 | 不安な事に対して、すぐに話を聞き対応している。お話を聞き、コミュニケーション、スキンシップに努めている。受容、共有している。                                                                    |                                                                                                                     |                       |
| 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。            | 電話にて身内、娘さん、ご家族より聞く機会、ともに聞き取り用紙を活用。初期は、出来るだけ頻回に訪問して頂くうちに色々情報を収集、ホームへの理解を深めて頂いている。                                                  |                                                                                                                     |                       |
| 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。        | 常に入居者待ちの方が複数おられ、すぐに入居して頂けないことが多いため、お話を聞き、他のサービスを紹介することが多い。                                                                        |                                                                                                                     |                       |
| 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。                           | 教えてもらう、学ぶ、手伝って頂くという姿勢を忘れない。昔話をしながら出来る事はして頂き、掃除、料理、物作りも先輩として敬意を忘れず一緒に行っている。                                                        |                                                                                                                     |                       |
| 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。            | ご家族にも行事、イベントに声かけし参加して頂いている。家族会の提案によりご家族、入居者、職員一緒にホーム周辺の掃除をし野外で食事をしたりする。特にターミナルケアでは、頻回にご家族とミーティングし本人、ご家族の意向に少しでも添った最後に近づくよう努力している。 |                                                                                                                     |                       |
| 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。                        | 昔、暮らしていた風景の場所、思い出のある場所など、外出を心がけている。ご家族、ご姉妹が泊まれるよう、支援、入浴、食事も一緒に同じテーブルでされている。                                                       | 知人・親族・家族の来訪に対して、面会・歓談場所や食事・泊まりへの配慮やサポートを柔軟に支援している。隣接のデイサービスでも訪れる知人と交流できるように支援している。また、知人への電話や手紙、馴染みの場所へ外出する支援も行っている。 |                       |
| 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。                    | 年数も経過しており、皆家族のような関係になられている。ADLの低下、意識レベルの低下がある方もベッド上の生活でなく、出来るだけ他の入居者様と同じように団らんの時間を過ごせるようにしている。他の入居者様も気遣いしてくださいます。                 |                                                                                                                     |                       |
| 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。     | サービス終了後も電話などで相談があり、相談を受けている。                                                                                                      |                                                                                                                     |                       |

| 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 |
| 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。                                         | 3か月に1回の見直し、身体状況、散歩などのスタイルに添うよう、その人らしい生活が出来るよう援助している。仕事をしたい方には仕事を多くしたり、個人的に散歩をしたい方、買い物に行きたい方、自宅に帰りたい方など要望を中心に援助している。 | 3か月に一度、介護計画の見直しの際に利用者・家族・職員で会議を開いて聞き取りを行い、希望・意向の把握に努めている。利用者ごとの希望や思いを尊重して支援を行っている。                              |                       |
| 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。                                       | 入居前の情報を元に、自室も自宅のように思い出の品を飾る。散歩、犬の散歩、クッキング、カラオケ、畑仕事など出来るように努めている。                                                    |                                                                                                                 |                       |
| 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。                                                     | 各人のライフシートに記録し、休日のスタッフにも分かるように申し送り簿にて情報を共有出来るよう徹底している。                                                               |                                                                                                                 |                       |
| 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。 | 3か月に1回の見直しで、よりよい介護ケアに、ご家族のご要望、ご意見を取り入れ更新している。状態の変化、問題が生じれば受持のスタッフが中心となり、ケア計画の見直しをしており、スタッフ一人一人の意見が多く引き出せている。        | 3か月毎に利用者・家族・ユニットの全職員で会議を開いてモニタリング・評価を行い、アセスメント情報などを詳細に聞き取り・収集した上で、現状に対応した介護計画を作成している。作成した介護計画は家族に確認と署名をいただいている。 |                       |
| 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。                        | ライフシートに詳しく記録、センター方式にて日々の状況が分かりやすく記録している。                                                                            |                                                                                                                 |                       |
| 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、その時々にも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。             | 里帰り、実家、外出、受診、デイサービスの行事参加                                                                                            |                                                                                                                 |                       |
| 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。                         | 保育所(レクリエーション)、小学校(運動会)、地域の行事と交流がある。入居者様もとても楽しみにされている。                                                               |                                                                                                                 |                       |
| 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。                     | 主治医の週1回往診があり、変化の把握に努めている。異常があれば、他科の受診をしたり、往診をお願いしたりしている。ご家族様の受診依頼があり援助している。                                         | 隣接の運営母体である医院(脳外科内科)の患者さんが利用者となって入居するケースが多く、信頼する医療機関の医療を継続しながら生活介護を受けることができる。他科の受診が必要な場合も家族とともに必要な支援を行っている。      |                       |

| 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 |
| 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。                      | 緊急時の対応を初期研修において習得している。1日の終わりに看護師と医療連携(報告)がとれている。                                                                                             |                                                                                                                                      |                   |
| 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。  | 職員が見舞いに出向き、本人の好み、習慣、楽しみなど情報提供に努めている。本人にも馴染みの物、知っている顔がいると安心されるので、会話に努めている。入院時は必ずサマリーにて情報提供している。ADLや認知症の悪化の危険がある場合、主治医を通して早期の退院を促してもらい実現出来ている。 |                                                                                                                                      |                   |
| 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。 | ご家族との面談を重ね、身内、ご兄弟などにも泊まっていたりよう提案している。ご家族、職員共々良い看取りが出来るよう主治医の経過報告を受け連絡を密にしている。                                                                | 利用開始時に家族へ説明をしている。また、状況を見ながら家族と面談を重ねたり、泊まって一緒に過ごして様子を見ていただくなどして方針を共有するようにしている。看取りを行う場合は医師の診断に伴いターミナルケアプランを作成して、医師・看護師と連携して支援に取り組んでいる。 |                   |
| 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。                                             | 新人教育の中で、勉強会があり、マニュアルによって実践している。                                                                                                              |                                                                                                                                      |                   |
| 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。                                             | 年2回消防、災害訓練を行っている。地域の協力体制が出来ている。                                                                                                              | 年2回、火災・地震を想定した訓練を行っている。夜間を想定して利用者も参加した訓練を行っている。夜間は法人の隣接施設を含めて5人の職員がおり、連携体制ができています。                                                   |                   |
| 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。                                                  | 個人情報に注意し、トイレ特に排泄に関する事などは注意し周囲に分からないようにするなど他に聞かれないよう心がけている。また、記録などは鍵付き扉のある保管場所に収納している。                                                        | 利用者毎に人格を尊重した対応や声かけを行っている。居室出入り口にはのれんをかけて見守りとプライバシーの両立をさせるような工夫も行っている。声かけや対応方法について年一回程度のミーティングを持って、職員の意識や注意を喚起している。                   |                   |
| 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。                                                       | スタッフ本位にならないよう、ご本人の意志を必ず確認するようにしている。カンファレンスにて意見を出し合い支援している。                                                                                   |                                                                                                                                      |                   |
| 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。                                   | ほとんどのの方が長く生活をされているので、生活スタイルは決まっている。その方のペース、スタイルに合わせて援助している。                                                                                  |                                                                                                                                      |                   |

| 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。                                         | 日々の身だしなみに留意し、本人の好みを大切に、出来るだけ自分で選んでいただいている。女性は化粧を、行事、外出時に楽しんでもらっている。美容院の利用援助もしている。                         |                                                                                                                |                                                                                    |
| 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。            | メニューは、出来るだけ入居者様と共に決定している。準備、調理など得意な入居者様と行っている。                                                            | 職員と利用者は丸いテーブルを囲んで一緒に会話を楽しみながら、さりげなく介助しながら食事を楽しんでいる。可能な利用者は準備や片づけ、調理も職員と一緒にしている。料理を利用者から学ぶこともある。食事の後は歓談を楽しんでいる。 | 業務負荷の事情で給食を一部利用している。状況によるが食事の重要性を考えると、できれば全食事業所内での自炊に戻したいという思いを管理者は持っている。進展を期待したい。 |
| 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。                 | 管理栄養士の指導を受け、水分量は1日1500ml目標に提供している。                                                                        |                                                                                                                |                                                                                    |
| 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。                         | 眠前の口腔ケアは徹底している。                                                                                           |                                                                                                                |                                                                                    |
| 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。          | ベットのオムツ交換は極力避け、トイレ誘導し、スチームタオル清拭、ウォシュレットの使用も介助している。安易に紙おむつに頼らず、布パンツ、サーボトパンツなどの使用も試みている。サイン、時間を決めトイレ誘導している。 | 人としての尊厳を保つ意味で排泄の自立は重要との思いから、できるだけトイレで行えるよう、またできれば布パンツに戻れるよう、いろいろな工夫をしながら支援に取り組んでいる。                            |                                                                                    |
| 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。                          | 水分補給、センナ茶、牛乳を飲んでいただいたり、運動不足にならないよう心がけている。腹部のホットパックも実施している。又、個別にご自宅で続けて飲まれていたものを継続して飲んでいただいている。            |                                                                                                                |                                                                                    |
| 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。 | 午後2時ぐらいからと決まっているが、入られない場合には翌日入っていただいたり、又入浴日以外でも希望があれば入浴していただいている。                                         | 一日4～5人、声かけやタイミングを工夫しながら入浴をしていただいている。お風呂は入ってしまえば喜んでいただけている。                                                     |                                                                                    |
| 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。                           | 昼間は、スタッフの傍が安心される方はソファで休んでいただく。夜間も眠れない方は、スタッフが寄り添い安心して眠っていただけるまで、お茶を飲んだり夜食を共にする方もある。                       |                                                                                                                |                                                                                    |
| 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。                      | 入居者様全員の薬の内容、効能を管理薬剤士にて説明を受けている。                                                                           |                                                                                                                |                                                                                    |

| 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 |
| 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。                                                  | 調理、洗濯干し、犬の散歩お世話、農業と個々の仕事をしていただいている。生活歴にあった生活をしていただいている。月々に行事を決め、季節にあった行事を考えお出かけを催している。 |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 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。                     | 個人的に散歩にも同行している。天気の良い日は出来るだけ散歩外出している。全員が楽しめる所である事、生活されてきた環境、思い出のある懐かしい所を選んでいる。          | 天気の良い日は散歩に出かけている。犬の散歩にも出かける。犬の餌やり、菜園の水やりといった戸外へ出る機会もある。また、ドライブでも道の駅や初詣、紅葉狩りなどにときどき出かけるようにしている。                                                                                                       |                   |
| 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に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。                                                 | 買い物に出かけた時は、ご自分で選び支払いも出来るよう見守りしている。ご自分で管理されている方もおられる。                                   |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 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。                                                                           | 手紙や電話をされる援助はその都度行っている。                                                                 |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 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。 | 季節の花、壁画などにより季節感を出している。日本の文化、習慣など取り入れ四季を感じていただけるようにしている。                                | 利用者と職員全員が集える丸テーブルは全員の顔を見ながら食事や歓談を行えるといった重要な役割を果たしている。周辺にはソファでくつろげるスペースや和室もあり、ゆとりを持って職員や来訪者と共に過ごせるようになっている。平屋造りで庭に出ることのできる吐き出し窓もあり、開放感があって、かつ落ち着いて生活のできるスペースである。季節感のある花や飾り、利用者や職員の作品などが飾られ、生活感も感じられる。 |                   |
| 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。                                                      | 各自どの場所がくつろげる所であるか、職員も認識しており自由に1人になれるよう努めている。                                           |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 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。                                          | 入居者様が使い慣れた思い出のある物を居室に用意していただく、いつも自分の部屋だと安心していただけるよう御家族さんにも相談している。                      | 居室は清潔に保たれており、また、写真や思い出の品々、贈り物などがきれいに飾られている。入り口にはプライバシーが保てるようにのれんが掛けられ、そののれんは利用者毎に異なる配慮がされている。                                                                                                        |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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。                                            | 椅子、トイレ（ファンレストテーブル）、手摺りなど工夫している。                                                        |                                                                                                                                                                                                      |                   |

| 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る | ○ | 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（ ）                                             |
| 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 グループホーム湯舟の里

作成日 平成 23年 3月 12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<br>順位 | 項目<br>番号 | 現状における<br>問題点，課題  | 目標                    | 目標達成に向けた<br>具体的な取り組み内容            | 目標達成に<br>要する期間                   |
|----------|----------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1        |          | 市町村との連携がとれていない    | 月に1回市町村との連携を図る        | 湯舟だより（広報紙）を配布、<br>地域運営推進会議の議事録を送る | 平成23年4月より、広報紙、議事録<br>の配布を開始していく。 |
| 2        |          | さくら館における自炊の再開について | 今年中（平成23年）に完全自炊へ移行する。 | 水、日曜日は完全自炊という事で始めて、徐々に回数を増やしていく。  | 平成23年中までに完全自炊へ移行するよう取り組んでいく。     |
| 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。