

# 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26 年 6 月 21 日

## 【事業所概要（事業所記入）】

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所番号     | 3470203583                                 |
| 法人名       | 株式会社 エポカケアサービス                             |
| 事業所名      | グループホーム己斐・みどりの家                            |
| 所在地       | 広島市西区己斐上4丁目29番16号<br>(電話) 082 - 275 - 0010 |
| 自己評価作成日   | 平成 26 年 5 月 29 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 26 年 6 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）】

|  |
|--|
| 入居者様本位での生活のリズムを大切に考え寄り添う 臨機応変も時には大事だと考え家族的なケアを実践している |
|--|

## 【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）】

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>●家庭的なケアを実践している。<ul style="list-style-type: none"><li>・献立決め・調理・買出しなど、食事に関することは職員と利用者で一緒に行っている。</li><li>・買い物は利用者と地元商店へ出かけるなど、日常的な交流が行われている。</li></ul></li><li>●地元地域との関係が良好に築けている。<ul style="list-style-type: none"><li>・職員が町内会行事の手伝いで貢献しつつ、利用者とともに行事に参加している。</li><li>・事業所行事へ周辺住民の方々に多数参加いただくなどつながりが強まっている。</li></ul></li><li>●現在、事業所開設から12年目を迎えており、何かと経験が豊富である。<ul style="list-style-type: none"><li>・看取り経験も多数あり、家族・医療機関との連携や対応にしっかりと配慮が行われている。</li><li>・職員の育成も 外部研修の活用と事業所内の会議、日常の指導でしっかりと行われている。</li></ul></li></ul> |
|--|

| 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<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。  | 法人の基本理念である「ゆっくり いっしょに たのしく」を誰にでも目に付くところに掲示し、実践に努めている。<br>事業所独自の運営方針である、おひとりおひとりに寄り添ったケアを目指している。    | 平成14年の事業所開設時に理念を決定し、みどりの家共通の理念として支持され受け継がれている。理念は事務室とリビングに掲示し、職員間で共有している。また、毎年、事業所の年間目標と月間目標も設定し、理念の実践に取り組んでいる。  |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。  | 地域の方のボランティアが多数来訪して下さっている。<br>また、地域の行事にも率先して参加している。   | 町内会に加入し、とんど祭りや夏祭りなど、職員が準備を手伝い、また、利用者とともに参加している。公園や魚屋さん等への買い物に積極的に出かけて地域の人々と交流をしている。事業所へも地域のボランティアの方々が訪れたり、事業所のお祭り行事に近隣住民の方々が多数訪れるなど、地域とのつながりが深まっている。                           |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。  | 入居者さまとの外出機会の確保に努めている。<br>要請に応じて、認知症サポーター養成講座も実施している。   |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。                                      | 運営推進会議は2カ月に1度開催し、町内会長、民生委員、地域包括支援センター、中学校等からご出席いただいている。地域で開催される行事へのお誘いや、ホームで抱えている課題について意見をいただいている。 | 2ヶ月に1度の頻度で開催し、町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・中学校校長等に参加していただいている。事業所の状況報告や地域情報の交換、事業所の運営に関する相談やアドバイスなどをいただいている。   |                   |
| 5          | 4    | ○市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。  | 認知症サポーター養成講座開催の依頼をいただくことがある。<br>また、生活保護、介護保険について等、不明な事、対応に苦慮していることは積極的に相談するようにしている。                | 認知症サポーター養成講座の講師を務めることがある。<br>市役所職員やケースワーカーに相談等で協力をいただいている。<br>中学校生徒の実習受け入れを行っている。  |                   |
| 6          | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 虐待、身体拘束防止に関する外部研修に積極的に参加している。その内容をホーム職員へ伝達する場を設けている。   | 毎年、職員を外部研修に参加させ、他の職員へも伝達研修を行っている。<br>ケア向上委員を職員から半年交代で選任し、身体拘束に関する事例をまとめ、ミーティングで紹介するなどして、全職員が身体拘束をしないケア徹底し、実践に努めている。<br>玄関先がすぐ坂道のため、玄関は施錠しているが、1階のリビングの掃出窓や非常口、階段は出入りが自由となっている。 |                   |
| 7          |      | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。                                       | ケア向上委員を各ユニットから選出し、月1回のミーティングの場で意見交換を行っている。   |  |                   |

| 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 |
| 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。    | 福祉サービス利用援助事業「かけはし」を利用されている入居者さまがおられるため、日頃より話し合う機会、学ぶ機会がある。 |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。                         | 契約時にはご家族さまに納得して頂けるよう、十分に時間を確保し説明している。                      |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<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。                      | 年2回、家族会を開催し、意見や要望を直接伺う場を設けている。頂いた意見は職員全員で共有している。           | 4月と10月の年2回、家族に集まっていただいて、意見・要望を聞くための家族会を開いている。家族会や家族の来訪時には利用者の状況報告や要望を積極的に聞いている。毎月、事業所便りを作成して家族へ送付し、定期的な情報伝達にも努めている。いただいた意見・要望はミーティングで話し合ったり、書類に記録して職員間で共有し、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。                                      | 全スタッフが参加する全体ミーティング、各フロアでの事例検討会を毎月1回開催している。                 | 毎月の全体ミーティングとユニット会議にて、管理者は全職員から意見や提案を聞き、話し合いを持っている。管理者は毎月、法人の各ホーム長が集まる会議に出席して、情報交換を行っている。   |                   |
| 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。      | スタッフ一人ひとりの環境を考慮し、業務体制を構築している。スタッフの要望にできる限り応えられるように配慮している。  |  |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。          | 外部研修、法人内の研修への案内、参加の呼びかけは常に行っている。毎月テーマを設定して勉強会を開催している。      |  |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | グループホーム交流会に参加している。同法人内の他事業所との情報交換は常日頃から行われている。             |  |                   |

| 自己評価                 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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>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。 | 入居前にはホーム長、スタッフが何度も面会し、ご本人、ご家族からの要望をお聞きしている。また、聞き取った情報をスタッフ間で共有している。 |  |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。            | ご本人さま、ご家族さまにも安心して頂けるよう、より良い関係作りに努めている。                              |  |                   |
| 17                   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。        | 様々な情報を共有し、困っていることにスピーディーかつタイムリーな対応が出来るように努めている。                     |  |                   |
| 18                   |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                           | スタッフは、「介護している」と捉えるのではなく、「一緒に生活している」ことを念頭に置いている。                     |  |                   |
| 19                   |      | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。            | ご家族や知人・友人の方など、常に入居者さまと繋がっていることが感じられるよう配慮している。                       |  |                   |
| 20                   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。                        | 気軽にホームへ足を運んで頂ける環境づくりに努めている。電話や手紙での連絡も取っている。                         | 家族・親戚・友人等の来訪を歓迎し、急な来訪も心良く受け入れている。町内行事や地域内の買い物に積極的に参加している。手紙や電話での連絡も援助している。 |                   |
| 21                   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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。                     | 居室にこもって一人きりにならないように声掛けをしたり、一緒に生活することを心掛けている。                        |  |                   |
| 22                   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。     | 退居された後も、ホームで開催する行事にご案内させていただき、足を運んでくださるかたもおられる。                     |  |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----------------------------|------|---|---|---|-------------------|
|                            |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |   |   |   |                   |
| 23                         | 9    | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。   | 日々変化していく入居者さまの情報が共有できるよう、日々の振り返りや介護計画の見直しに努めている。              | 入居時にアセスメント情報を取りまとめて記録し、その後も分かってきたことを記録している。利用者一人につき毎月3回、振り返りの職員会議を行い、利用者の状況や思いの把握に努めている。また、毎日、個々の利用者との程度かかわることができたか、当日勤務の職員全員がスマイルシートに記録し、利用者とのできるだけかかわりを持つように努めている。日常の何気ない利用者の希望（アイスを食べたい、花を見に行きたい等）もできるだけ応えるように努めている。 |                   |
| 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。                                       | 入居される前には、情報シートや聞き取りシートを用いて情報の把握、共有に努めている。                     |   |                   |
| 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。   | 日々の心身状況の変化に気づき、対応できるよう振り返りの時間を毎日設けている。                        |   |                   |
| 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。 | 毎日の振り返りの中で、スタッフからの意見を吸い上げ、介護計画の見直しを行っている。                     | 利用者宅や病院への訪問等を経てアセスメント情報をまとめ、介護計画案を作成して、家族・居宅ケアマネ・看護師・ドクター等関係者でサービス担当者会議を開いて、介護計画を決定し、最初の介護計画の了解を得ている。月3回の振り返り会議をしながら、経過観察をし、半年毎に家族等関係者を含めたサービス担当者会議を開いて、介護計画を更新し了解を得ている。介護計画の変更が必要な場合は期限を待たずに現状に即した介護計画を作成している。         |                   |
| 27                         |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。                        | 業務日誌や生活日誌、日々の記録を全スタッフで分担して記入し、共有に努めている。                       |   |                   |
| 28                         |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。               | 事業者本位にならないよう、都度ご家族に相談しながら、柔軟に対応できるように取り組んでいる。                 |   |                   |
| 29                         |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                         | 地域の行事には積極的に参加している。地域からのボランティアも多く来てくださっている。                    |   |                   |
| 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。                     | 往診医、かかりつけ医はホームから近く、連携が取れている。定期的な往診のほか、連絡を取れば速やかに駆けつけてくださっている。 | 契約時に事業所の協力医や可能な医療支援を説明し、かかりつけ医を選んでいただいている。協力医、協力歯科医からは月2回、往診していただいている。通院は原則家族にお連れしていただくが、都合によっては家族と協力しながら柔軟に対応している。   |                   |

| 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 |
| 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。                      | 気付きや情報は看護職員へ伝えている。不在時には看護師連絡ノートに記入し、介護と看護の連携を意識して支援している。                |  |                   |
| 32                       |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。  | 情報提供を詳しく、書面および口頭で伝える、又は受けることで状態を正しく確認している。入院された際は、頻繁に様子を伺うように努めている。     |  |                   |
| 33                       | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 担当医、看護師、ご家族、ホームスタッフが同席し、考えられる流れ、ご家族の意思を確認し、終末期に向けた方針を決め、関係者間で共有し支援している。 | 契約時に重要事項説明書にて事業所の方針を説明し、了解を得ている。<br>医師のアドバイス等をきっかけに家族と医師、家族と職員等話し合いを持ちながら方針を共有して支援している。<br>看取りの場合は看取り介護計画書や同意書等の書類で方針を確認しながら、支援を行っている。 |                   |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。   | 普通救命講習の研修を定期的に行っている。  |  |                   |
| 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回の避難訓練を実施。全員参加を促し、繰り返し確認している。毎回火災の想定を変え、新しいスタッフでも対応できるように努めている。       | 年2回、5月と11月に避難訓練(1回は消防署指導の下)を実施している。訓練では 近隣住民の方々にも参加していただき、動ける利用者・車いすの利用者も移動して、避難方法を確認している。   |                   |
| 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<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。  | 毎年法人が研修会を開催し、全員が受講している。ホーム内でもケア向上委員を定め、話し合いを行い、検討し合っている。                | 法人が開催する研修会に毎年全員が参加している。日頃も問題に気づいたら、職員同士でも注意をしあっている。事例等をケア向上委員がまとめ、職員会議で紹介したり、話し合いを持っている。ケア向上委員は半年交代で職員が担当し、全職員の意識向上に努めている。             |                   |
| 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。   | 信頼関係を日ごろから築き、話しやすい環境づくりに努めている。  |  |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。                                   | 入居者さまへ無理強いを決してせず、その方をしっかり知り、個性を認めて支援している。                               |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。   | その方の希望に沿った支援をし、満足して頂けるように努力している。  |   |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。            | 料理の下ごしらえや盛り付け、配膳がしやすい環境を整え、ゆっくり一緒に楽しめる支援をしている。いつも同じ食事内容ではなく、プレート、お弁当、バイキング、外食など、違う雰囲気楽しんで頂くことも多い。 | 一般家庭のように献立を決め、買い物に行き、調理をし、職員と利用者は一緒に食事をしている。できる利用者は準備や片付けを職員と一緒にやっている。食事の形式や場所も工夫して、食事を楽しんでいる。外食に出かけることもある。         |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。                 | バランスを考えながらも、お好きなものを楽しみやすい雰囲気の中で摂って頂くことが中心と考えている。  |   |                   |
| 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。                         | 毎食後の口腔ケアを実施している。状態に合わせた介助を行っている。  |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。          | 個々の排泄パターンの把握に努め、トイレでの排泄が中心だが、必ずトイレでの排泄と決めつけず、身体状況に合わせて支援している。                                     | 排泄の記録を取って、個々の利用者の傾向を把握して、トイレ誘導を中心に、リハバンやおむつ利用も含めて適切な支援を行っている。寝たきりになっている利用者も食事で起き上がったのを機にトイレへお連れするなど、利用者本意に支援を行っている。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。                          | 排便チェック表をつけ、把握した上で対応している。薬の使用だけでなく、食事形態も工夫している。  |   |                   |
| 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。 | 入浴表をつけ、コンスタントに入っているが、それにこだわらず希望には沿い、嫌がられる場合にはタイミング、対応するスタッフなど環境を柔軟に変えている。                         | 2日に1回の入浴をめどに支援を行っている。案内のタイミングを考慮したり、入浴の介助者を交代するなど、工夫をしている。早風呂や訪問理容の都合など、利用者の希望や都合も配慮しながら、入浴を楽しんでいただいている。            |                   |
| 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。                           | 入居者さまのペースで過ごして頂けるように努めている。  |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。                      | 看護師、薬剤師と連絡を取り、不明な点はすぐに確認が出来ている。   |   |                   |

| 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。  | その方に合った楽しみを探し、提案できるよう努めている。気分転換、外出の機会が多い。       |  |  |  |
| 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。                     | 何気ない入居者さまの言葉を大切にし、外出支援している。                     | 地域の魚屋さんへ週2回出掛けたり、希望するものを食べに出かけるなど、利用者の希望に応じて外出を支援している。また、家庭菜園の収穫やお弁当を外で食べるなど、外で過ごす機会を作っている。花見や地域行事へ車いすでもお連れして、外出を楽しんでいただいている。  | 外出の工夫は様々に行われているが、外出頻度は少ないと職員も感じている。斜面に立地して安全面から散歩等は難しいという面もあるが、外出頻度をもう少し増やす工夫を期待したい。 |  |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。  | 金銭はお預かりしないが、一緒に買い物に行き、希望によってはお金を使う環境を提供している。    |  |  |  |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | 入居者さまの気持ち、意向を大切に都度支援している。                       |  |  |  |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 季節感を大切に、ゆったり過ごせる空間づくりに努めている。                    | 1階は広い掃出窓から芝生を施した庭へ出ることができ、庭の菜園スペースでは野菜や花などを育て、収穫や手入れを楽しむことができる。2階の通路は大きな天窓があり、外を歩いている感覚を味わえたり、屋内に居ながら夜空を眺めることもできる。キッチンとリビング、テーブル等の配置は職員と利用者が共同で食事の準備をしたり、団欒の時間を過ごすのに適した配置となっている。 |  |  |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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。  | 食卓用テーブル、イスだけでなく、ソファもあり好きな場所で過ごせるようにしている。        |  |  |  |
| 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。  | ご自分の好みに合った、居心地の良い場所となるよう、工夫して支援している。            | 居室は広めの部屋が多く、ゆったりと家具などが配置されている。馴染みの持込家具や寄贈された家具なども活用して、利用者それぞれの好みや安全面に配慮した部屋づくりがなされている。   |  |  |
| 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。  | 制止するのではなく、安全・自由に生活できるよう見守り、環境、声のかけ方などに注意を払っている。 |  |  |  |



| V アウトカム項目 |  |   |
|-----------|--|---|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。                     | ○ ①ほぼ全ての利用者の<br>②利用者の3分の2くらいの<br>③利用者の3分の1くらいの<br>④ほとんど掴んでいない |
| 57        | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                         | ○ ①毎日ある<br>②数日に1回程度ある<br>③たまにある<br>④ほとんどない                    |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                            | ○ ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている                 | ○ ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 60        | 利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている                          | ○ ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている                     | ○ ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている            | ○ ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 63        | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています | ○ ①ほぼ全ての家族と<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>④ほとんどできていない    |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている                          | ○ | ①ほぼ毎日のように<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>④ほとんどない                    |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ | ①大いに増えている<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>④全くいない             |
| 66 | 職員は、生き活きと働けている  | ○ | ①ほぼ全ての職員が<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない       |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                             | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>④ほとんどいない    |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                         | ○ | ①ほぼ全ての家族等が<br>②家族等の3分の2くらいが<br>③家族等の3分の1くらいが<br>④ほとんどできていない |

### 3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。  
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

#### 【サービス評価の実施と活用状況についての振り返り】

| 実施段階 |                    | 取り組んだ内容<br>(↓該当するものすべてに○印) |  |
|------|--------------------|----------------------------|--|
| 1    | サービス評価の事前準備        | <input type="checkbox"/>   | ① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 利用者へのサービス評価について説明した                                |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 2    | 自己評価の実施            | <input type="checkbox"/>   | ① 自己評価を職員全員が実施した                                     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 3    | 外部評価（訪問調査当日）       | <input type="checkbox"/>   | ① 普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 評価項目のねらいを踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 対話から、事業所が努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ その他 ( )  |
| 4    | 評価結果（自己評価、外部評価）の公開 | <input type="checkbox"/>   | ① 運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                            |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |
| 5    | サービス評価の活用          | <input type="checkbox"/>   | ① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した                 |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）     |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）                           |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）                    |
|      |                    | <input type="checkbox"/>   | ⑤ その他 ( )  |

## 2 目標達成計画

事業所 グループホーム己斐みどりの家

作成日 平成 26 年 8 月 20 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    | 49   | 全員参加での外出が出来ない      | 外出委員の積極的な働きかけ<br>各々でも外出に向け気軽に出かけられる環境作り | 外出できない方には散歩等戸外の空気を感じて頂く 1階2階一緒に外出出来る事も考える | 気候の良い時間に設定      |
| 2    | 13   | 研修参加やスキルアップが出来ていない | 各自で目標設定して参加するようにならしてもらう                 | 研修の案内等張出 定期で声かけしている                       | 各自設定し実現に向けて取り組む |
| 3    |      | 社員が少ない             | 社員数を4人以上にしたい                            | 職員への呼びかけ                                  | 7月より達成          |
| 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。