

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 3 月 10 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|           |                                        |
|-----------|----------------------------------------|
| 事業所番号     | 3474200304                             |
| 法人名       | 有限会社 トッツ                               |
| 事業所名      | グループホーム ふぁみりい                          |
| 所在地       | 広島県世羅郡世羅町本郷 965-1<br>(電話) 0847-25-5027 |
| 自己評価作成日   | 平成 28 年 2 月 23 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 28 年 3 月 7 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）】

「共に感じ、共に生きる」を事業所理念とし、グループホームでの生活の主体は利用者であることを念頭に喜怒哀楽のあるその人らしい日々の生活を送っていただいています。町の中心部にあり、利便性も良く地域との関係を維持しながらホームで生活が送れること、普段の生活の中で利用者の出来ることに目を向けています。

### 【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)】

○自然環境に恵まれた世羅台地の中心部に位置する当事業所は交通の便も良く、公立病院・福祉センター・スーパー・学校などの諸施設が近くにあり、地域の中で様々な交流を行なっている。

○当事業所の理念「共に感じ、共に生きる」が職員の間でしっかり定着し利用者が家庭的な環境の下でその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援している。

○利用者と家族、職員の間にはしっかりと信頼関係が確立されていて、利用者はこのホームを「第二の家」として職員に見守られながら毎日をゆったりと楽しく過ごしていて、その表情は明るく生き生きとしている。

| 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。                                                          | 管理者やリーダーに指導を受けながら実践に取り組んでいる。<br>朝の申し送り時に事業所理念を復唱し、理念のもとにより良いケアが出来るように努めている。                                                                     | 企業理念の他に事業所独自の理念「共に感じ 共に生きる」を全員で共有し、実践に取り組んでいて、利用者と家族、職員の間にしっかりと信頼関係ができています。                                                                      |                                                                    |
| 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。                                                          | 施設内行事だけでなく、地域で行われている行事等への参加を通し、昔から親しんできたことや楽しさを感じて暮らしていけるように支援している。又、日々食事の材料を買いに一緒に行く等出かけている。<br>2回目となった「ふぁみりい感謝祭」を行い多くの地域の方に来ていただきこれを継続していきたい。 | 地域の諸行事(町内清掃・とんど・盆踊り・秋祭りなど)に積極的に参加し地域とのつながりを感じながら生活出来るよう支援している。また、昨年から実施した「ふぁみりい感謝祭」には、多くの地域の方々に来ていただいており、好評であった。スタッフはこれを更に継続していくことを目指している。       |                                                                    |
| 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。                                                        | 面会者やご家族と話をする時に、心がけて理解していただくように話している。<br>年に1度民生委員の見学があり、日頃の活動の様子を伝える場を設けている。<br>民生委員や地域の方からの認知症介護相談があればその都度管理者がお話させて頂いている。                       |                                                                                                                                                  |                                                                    |
| 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、そこの意見をサービス向上に活かしている。                                        | 隔月に開催している。町職員や包括支援センターの職員、民生委員、利用者の家族の方が参加して下さい、状況確認やサービス向上に繋がる話し合いが継続して出来ていると感じる。                                                              | 2ヶ月に1回開催し、事業所の現状や諸問題を報告し、参加者からの意見や助言を受けて、サービスの質の向上に活かしている。会議の参加メンバーは町職員・地域包括支援センター職員・民生委員・地区長・利用者家族・ホーム職員等である。なお更に幅広い分野の方々の参加要請について検討しているところである。 | 会議参加者の拡大については昨年度からの目標達成計画であるが、現在なお継続中である。次年度中の目標達成に向けて一層の努力を期待したい。 |
| 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り組んでいる。                                                  | 事業所の管理者が主に地域ネットワーク会議への参加や保険者との調整をしている。                                                                                                          | 町の担当者には運営推進会議のほかに、日常的な相談事や照会、諸届けなどで助言や意見をいただき良好な協力関係を築いている。また地域の勉強会やネットワーク会議にも参加しサービスの質の向上に活かしている。                                               |                                                                    |
| 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。 | 事業所内の研修にて、身体拘束について学んでいる。<br>日中は玄関の施錠はしていない。<br>防犯上の関係で夜間のみ施錠している。<br>身体拘束を行わない方法をまず考え、相談しながら日々のケアを行っている。                                        | 身体拘束に関するマニュアルを備え、研修等により、全ての職員が正しく理解し、身体拘束をしないケアに取り組み実践している。なお、玄関は日中は施錠をせず見守りに徹し、出入りする利用者には職員が付き添って対応している。夜間については安全のため施錠することとしているが家族の了解を得ている。     |                                                                    |
| 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。                                       | 事業所内研修にて、虐待について学んでいる。各職員が入浴や更衣時など日頃から利用者の皮膚状態の確認を行うなど、虐待の防止に努めている。                                                                              |                                                                                                                                                  |                                                                    |

| 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 |
| 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。     | 「成年後見制度」については、外部研修、社内研修で講習しているため学んでいる職員が多い。必要があれば、担当窓口に相談や紹介ができる。                                                                                                                         |                                                                                                                                                   |                       |
| 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。                          | 相談受付時より、サービスの内容・料金などの説明を行い、申し込みの受付や契約を行っている。現在、相談受付や申し込み、契約については殆ど管理者が行っている。                                                                                                              |                                                                                                                                                   |                       |
| 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。                       | 日頃から利用者の意見や要望を傾聴し、職員同士が共有し、月に1度ユニット会議の開催をして検討している。<br>運営推進会議や家族会へ家族・利用者様に参加を呼びかけ出来る限り参加してもらい、意見や要望などを運営に活かせるように努めている。                                                                     | 苦情の受付ならびに処理体制については重要事項説明書に明記しており家族の了解を得ている。家族や利用者とは要望や意見が直接言いやすい良好な関係を築いており、面会時や運営推進会議、家族会などで出た意見や要望は良く検討し運営に活かしている。また隔月に「ホーム便り」を発行し家族に状況報告をしている。 |                       |
| 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。                                       | 代表者に対しては、会議の内容や職員の状況など必要に応じて報告されている。職員全員の意見や提案を聞く機会はなかなか取れないが、リーダーや管理者が出来るだけ聞き、反映できるよう努めている。                                                                                              | 管理者と職員の間には気軽に話し合える信頼関係ができており、会議やミーティングの場で意見を述べられる体制ができています。管理者は意見や提案があればミーティング等で全員で検討し、必要なことは代表まで伝えられ運営に反映させている。                                  |                       |
| 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。       | スタッフ個人個人の習熟度などの状況は管理者を通して代表者に報告がされている。<br>昨年と変わらず職員数が少なく、向上心があっても技術や知識の研鑽に対する時間が取れないのが実際である。また、その状況も運営者に報告をしているが変わっていない。スタッフの意識の差が明確になっている(目標を持たずに働いているスタッフもいる)。各自が向上心を持って行える環境作りを心がけている。 |                                                                                                                                                   |                       |
| 13       |          | ○職員を育てる取り組み<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。          | 運営者は法人及び事業所内外への研修参加へは理解がある。研修会は事業所の年度計画に基づき行っている。現場での指導や、事業所での研修会などの実施は行っているが、担当者が限られてくる。段階に応じた指導や指導者に対するスーパービジョンがまだ不足していると感じる。働きながら資格の取得が出来るようにしている。法人では、レベル別の研修体制作りをしている。               |                                                                                                                                                   |                       |
| 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り組みをしている。 | 講演会や勉強会などの案内を通知し、参加を促されているが参加出来ていない。<br>地域内で行なわれている研修会・勉強会・交流会などへの参加啓発を行っているが、時間帯や勤務状況によりケアにあたるスタッフの参加が困難な場合もある。<br>敷地内にデイサービスなどもあり、事業所外の同業者の来訪があり、意見交換など行なうことは継続している。                    |                                                                                                                                                   |                       |

| 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。 | 相談から利用に至るまでは管理者が対応している。事前面談にはユニットの主任が同行して関係を作れるよう努めている。<br>ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。<br>相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。                  |                                                                                            |                       |
| 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。            | 相談から利用に至るまでは管理者が対応している。事前面談にはユニットの主任が同行して関係を作れるよう努めている。<br>ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。<br>相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。                  |                                                                                            |                       |
| 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。        | 相談を受けたときの現在の状況、ご家族、ご本人の主訴を確認しながら、必要な支援、他のサービスの紹介などを行なっている。ケアスタッフでは応えられないこともあるので、相談は管理者が受付けているが、相談があった場合には必要事項を報告・対応している。                                              |                                                                                            |                       |
| 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。                           | 日常会話の中などから見つけるなどして、本人の出来ること出来ないことをみつけて、出来る喜びを感じてもらい、生活の中で共に楽しめるような関係が築けるように努めている。日常生活においてスタッフと利用者が一緒に過ごすうち相手を分かり合い学んだり支え合う関係ができています。忙しさから職員からの一方的な介護になることがあるため注意している。 |                                                                                            |                       |
| 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。            | ご家族と話す機会をもってご家族の思っていることの理解を深めて、利用者と一緒に支えていける関係を築くよう努めている。また、受診結果など報告して遠方の方でも定期的に連絡を取るようになっている。受診対応を家族様に可能な限りお願いしている。                                                  |                                                                                            |                       |
| 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。                        | 馴染みの方との往来があり、関係が途切れないようにしている。訪問美容を活用しているが、行きつけの店や要望がある方は利用を続けてもらっている。面会時にゆっくり過ごしていただけるよう努めている。                                                                        | 利用者の地域との関係が途切れないように、家族・親戚・知人・友人・ボランティアなど馴染みの人の来訪も歓迎し支援している。また行きつけの美容院や馴染みの店での買い物なども支援している。 |                       |
| 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。                    | 利用者同士の関係の把握に努めている。<br>利用者の主張がぶつかり合い、難しい時もあるがスタッフが間に入る等トラブル防止に気をつけている。                                                                                                 |                                                                                            |                       |
| 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。     | 必要に応じては、契約終了後も管理者及びケアマネが関係を維持するように努め必要であれば相談や支援を行っている。<br>ケアスタッフがサービス終了後に会うことは少ない。                                                                                    |                                                                                            |                       |

| 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        | ○思いやりや意向の把握<br><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。                                         | 本人との会話から、本人の思っていること、やりたいことの把握に努めている。利用者の希望が叶わないときなどゆっくり話を聞くなど納得できる話しかけをしていきたい。                                             | 入居時に家族や利用者の要望や生活歴を聞きとり、個人記録に記入し、介護計画に反映させている。その後も日常生活の中で話やそぶりから意向把握に努め、モニタリングシートに書き込み全職員で共有し、日常のケア活動や介護計画の見直しに反映させている。 |                   |
| 24                         |          | ○これまでの暮らしの把握<br><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。                                       | 普段の本人との会話やフェイスシートや家族に聞くなど、把握に努めている。これまで暮らして来られた環境と大きな変化が生じないよう趣味・リハビリ等引き続き行なっていく。コミュニケーションを大切にしていける頃の話や仕事の話からも把握するようにしている。 |                                                                                                                        |                   |
| 25                         |          | ○暮らしの現状の把握<br><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。                                                     | 記録などから生活パターンや心身状態の変化の兆候などを把握し、必要に応じて要注意者にあげるなど見落としが無いよう努めている。また、日々の申し送りで、状態・状況の情報を共有できるようにしている。                            |                                                                                                                        |                   |
| 26                         | 10       | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br><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。 | 定期的にケースカンファレンスを行い、スタッフ同士で本人に合った介護・支援が何か話し合い、介護計画を作成している。<br>出来上がった介護計画を家族にみていただき、意見を求めているが、本人の参加は出来ていない。                   | 介護計画は入居時に本人・家族・職員など関係者で充分話し合って作成しているが、その後も実施状況の把握に努め、6か月または必要な時にその都度現状に即した見直しを行っており、家族の了解を得ている。                        |                   |
| 27                         |          | ○個別の記録と実践への反映<br><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。                        | 毎日個別の介護記録へ、気づき等細かい所までしっかり書くようにしている。<br>1日3回(日勤・遅出・夜勤)の申し送りをを行い、変わった事、数日間の出来事・様子等報告しあい情報の共有を行っている。                          |                                                                                                                        |                   |
| 28                         |          | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br><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。               | 当事業所は、グループホーム・デイサービス・小規模多機能ホームと施設が充実しているので、要望に応じて支援ができる。余暇活動には隣接するデイサービスを利用させてもらったりしている。                                   |                                                                                                                        |                   |
| 29                         |          | ○地域資源との協働<br><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。                         | 民生委員の来訪がある。<br>避難訓練を実地する時には、利用者と一緒に避難・消火訓練を行っている。                                                                          |                                                                                                                        |                   |
| 30                         | 11       | ○かかりつけ医の受診診断<br><br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。                    | 入居以前のかかりつけ医との関係(受診)を無理に断ち切らないようにしている。家族とも相談しながら、かかりつけ医の指示に従っている。利用者の状態の変化に留意し、かかりつけ医へ電話などで指示を仰ぐなど適切な医療を受けられるように支援している。     | 協力医は公立世羅中央病院であるが、従来からのかかりつけ医の受診希望があれば家族の協力のもと引き続き受診できるよう支援している。事業所は協力医とかかりつけ医の情報交換を支援し、利用者の健康維持管理に努めている。               |                   |

| 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                                                            |
| 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。                     | 週3回看護師が勤務しているのでその都度相談している。<br>緊急時にも連絡体制を密にしている。<br>併設事業所の看護師に相談したり診てもらうこともある。<br>協力医療機関などでは日常的な健康管理など相談はしやすく、受診時には話をしている。                                     |                                                                                                                |                                                                              |
| 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。 | 入院治療が必要になった場合は、情報提供書を作成するなど入院準備をして必要な情報を提供している。<br>入院中は電話や訪問にて本人の状態の確認と医療スタッフとの情報交換をするようにしている。<br>協力医療機関とは、地域医療連携室を通して連携が取れている。着替えを持っていく等して、スタッフの顔を見て安心してもらう。 |                                                                                                                |                                                                              |
| 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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 契約の際に、常時医療が必要になったり重度化した場合には対応が難しいことを、ご家族には説明している。<br>常時医療が必要になったり重度化が予想される利用者の家族には、あらかじめ対応できる施設への申し込みをするようにお話ししている。                                           | 入居契約時に常時医療が必要になった時は、事業所での対応は難しいことを伝え了解を得ている。重度化した時や終末期には家族と話し合い、方針を共有している。<br>必要に応じて入院や他施設への転居も支援している。         |                                                                              |
| 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。                                            | 事業所内研修の計画に位置づけている。消防署へ依頼し、救急法を学ぶ機会を設けている。                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                              |
| 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。                                            | 避難訓練を実施している。<br>地域の方への働きかけが出来ておらず、今後は避難訓練などに近所の方も参加していただく等協力体制を築くように努めているが実施できていない。                                                                           | 「ふぁみりい消防計画」にもとづき年2回、消防署指導のもとで昼・夜を想定した火災避難訓練を実施している。消火器やスプリンクラー、防災カーテンなど必要な防災設備が完備されている。災害発生時の地域協力体制づくりは継続中である。 | 「災害発生時の地域協力体制の早期具体化」が前年度の目標達成計画となっているが、現在は具体的には継続中である。次年度中の実現を達成されることを期待したい。 |
| 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<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。                                                 | 日々、一個人として考えながら声掛けや対応するよう指導をしているが出来ていないこともある。社内研修でも取り上げ学べる機会を設けている。                                                                                            | 毎年社内研修を行ない、日常生活の中で利用者一人ひとりのプライドやプライバシーを損ねない対応や言葉づかいなどに留意している。個人情報記録等は施錠できる戸棚に厳重に保管されている。                       |                                                                              |
| 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。                                                      | 行動の前には言葉をかけて意思の確認をしたり、一方的に話す・行うのではなく本人のしたい事を聞きだすなど、出来ることは相談のうえ実行している。難しい方には2択にするなどの工夫をして行っている。                                                                |                                                                                                                |                                                                              |
| 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。                                  | 食事などの大まかな時間は決まっているが、それ以外は各利用者のペースで過ごせるように支援している。外出・買い物などへの支援をしているが、時には予め日にちを決めるなど、本人に相談するようにしている。                                                             |                                                                                                                |                                                                              |

| 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。                                         | 衣服の選択が出来るように声かけを行っている。理美容院へはなじみの所へ行けるように対応している。訪問美容も活用している。                                                                             |                                                                                                           |                   |
| 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。            | 炊事や準備など出来る方にはなるべく一緒にしている。一緒に食事を摂りながら利用者の好みを伺い、できるだけ残さず食べていただけるように盛り付けなど工夫するようにしている。月に一度利用者に食べたいものを聞き献立を立てている。(継続)                       | 利用者のうち出来る人は職員と一緒に食材の調達、準備、後片づけ等を楽しみながら行なっている。職員は利用者と一緒に同じテーブルでさりげなく見守りやサポートを行ない利用者にとって楽しい家族的な食事の時間となっている。 |                   |
| 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。                 | 水分の確保が難しい方は、1日の摂取目標を定めて食事量・水分量共に記録に残し、申し送り時にも必要量摂られているか確認出来るようにしている。菌の悪い方は、副食をキザミやミキサーなどにして工夫している。                                      |                                                                                                           |                   |
| 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、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。                          | 声掛け、介助を行っている。義歯など定期的に洗浄剤に浸けている。                                                                                                         |                                                                                                           |                   |
| 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。          | 排泄のパターンを把握し、トイレでの排泄が出来るよう排泄チェック表で時間を確認して、声かけや誘導をしている。外出や作業などの前にはトイレの声かけをしている。トイレ誘導の拒否がある場合は声掛けやタイミングなど工夫している。                           | 利用者一人ひとりの排泄パターンを排泄チェック表等で把握し、声かけや誘導を行ない、排泄の自立に向けた支援を行なっている。                                               |                   |
| 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。                          | 1日の水分摂取量を記録し、水分不足を予防している。内服薬がある方については確実に服用してもらうと共に水分量の低下・運動不足予防に努めている。                                                                  |                                                                                                           |                   |
| 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。 | 本人の状況や職員の都合で入浴してもらっているとあるがなるべく希望に添えるよう調整している。曜日を決めていてもおられるが、なるべく一人ひとりの希望に合わせて入浴できるように努めている。                                             | 利用者一人ひとりの希望や体調を確認しながら週3回を目安とし、それぞれのペースに合わせてゆったりと入浴できるように支援している。入浴を嫌がる人には時間やスタッフを変えるなど工夫しながら支援している。        |                   |
| 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。                           | 安心して休息できるように努めている。昼夜逆転のないよう努めている。必要があれば日中でも短い臥床時間を設ける。                                                                                  |                                                                                                           |                   |
| 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。                      | 職員は利用者の使用している薬をいつでも確認できるように診療録を設置し、理解や正確な服用に努めている。処方の変更があった際など、申し送り時に用途や副作用など確認して、状態の変化に注意している。服薬後の袋を取っておき、申し送り時に再度確認し、服薬漏れが無いように努めている。 |                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 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。                                                  | 手伝いをしていただいたり、買い出し・ドライブなどに同行してもらうなど閉じこもりにならないように支援をしている。<br>一人ひとりの趣味活動に十分に対応出来ていない。                                   |                                                                                                                                                             |                   |
| 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。                     | 買い物の希望があれば、一緒に出かけている。<br>毎日の食材の買い出しに同行していただき、外出の機会を作っている。<br>天気の良い日は散歩やドライブに出掛ける。<br>家族の方より利用者との外出の要望があれば対応している。     | 利用者がホームに引き込もりにならないように、職員は声かけや動機づけなど、いろいろ工夫しながら、天気の良い日には住みなれた町の散歩やドライブに出かけている。また、食材の調達や買い物、地域行事への参加など可能な限り外出を支援している。年度計画で毎月1回、全員が参加できるようなコースのドライブを計画し実施している。 |                   |
| 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応じて、お金を所持したり使えるように支援している。                                                  | お金を持っておられることを、スタッフ一人ひとりが把握しており、買い物等で使えるように声掛けをしている。使用後はお小遣い帳を付け、本人も確認できるようにしている。                                     |                                                                                                                                                             |                   |
| 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。                                                                           | 遠方の家族の方より手紙が送られてくる方もおられ、その都度一緒に返事を書いている方もおられ、また、年賀状と一緒に書いて出している。<br>電話は、自ら電話をかけられる方はおられないが、本人の訴え時や必要時にスタッフと一緒にやっている。 |                                                                                                                                                             |                   |
| 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。 | カレンダーを月ごとに書き換えている。<br>花など季節のものを取り入れている。<br>日の光の強いときはカーテンを引いたり、照明や室温の調整を行っている。                                        | 食堂兼居間は対面式のキッチンと広くて明るいリビングとなっていてのびのびと生活できるように設計されている。炬燵のある6畳の間も確保されていて家庭的な雰囲気となっている。空調や音、照明の管理も行き届き、手作りのカレンダーや季節の花、行事の写真等が飾られ、居心地良く過ごせる工夫がされている。             |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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。                                                      | 利用者一人ひとりが思い思いに過ごされている。<br>ソファで利用者同士でよく話をされている。<br>リビングで新聞やテレビをゆっくりとみられるように支援している。                                    |                                                                                                                                                             |                   |
| 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。                                          | 利用者が居心地よく過ごせる様、使い慣れた家具などを持参してもらっている。                                                                                 | 洋室と和室がそれぞれ9部屋あり、クローゼット・カーテン（防災）・エアコンが設置されている。利用者は使い慣れた家具や日用品、思い出の品物や写真などを持ち込み、思い思いの飾り付けを行ない、ここを自分の家として安心して暮らしている。                                           |                   |
| 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。                                            | 建物内部は全面バリアフリーである。トイレや浴室の入口に張り紙をしてわかるようにしている。居室には表れをしている。                                                             |                                                                                                                                                             |                   |

| 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くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<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="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 ふぁみりい

作成日 平成 28 年 4 月 7 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        | 13       | 「災害発生時に地域の協力体制の早期具現化」を前年度に引き続き築き備える必要がある。       | 前年度に続き地域との関係を築き災害時等に協力してもらえる体制を整える。                       | 運営推進会議を通して協力を呼びかける他、地域の行事や奉仕活動に積極的に参加し信頼関係を築き災害時等の協力を得る。            | 平成28年4月～平成29年3月31日 |
| 2        | 3        | 運営推進会議メンバーの拡大を前年度に続き、各分野の方に参加して頂き色々な意見を伺う必要がある。 | 地域に関わりを持ち、更に幅広い分野の方々に運営推進会議に参加してもらい、色々な意見を伺い親しみやすい事業所にする。 | 運営推進会議を通して協力を呼びかける他、地域の行事や奉仕活動に管理者や職員が積極的に参加し信頼関係を築き運営推進会議に参加してもらう。 | 平成28年4月～平成29年3月31日 |
| 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。

NPOインタッチサービス広島