

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 8月 28日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3474000373		
法人名	医療法人 ほほえみ会		
事業所名	グループホームほほえみ呉安浦		
所在地	広島県呉市安浦町安登東5丁目4番5号 (電話) 0823-84-7225		
自己評価作成日	平成	23年	8月 15日
評価結果市町受理日	平成	年	月 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）】

笑える雰囲気作り。  
入居者の出来る事をスタッフがみつけて、各入居者が役割を持って生活できるよう支援している。（自分でできることは自分で）

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	
-------------	--

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成 23年 8月 24日

### 【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）】

自然豊かな場所に立地している当ホームは、リビングの大きな窓から見える山々や田んぼや畑から、季節の移ろいを感じることができる。そしてそのリビングからは、利用者同士あるいは利用者と職員で交わされる、あたたかく楽しい会話が聞こえてくる。  
職員は利用者一人ひとりの残存能力を活かせるよう、場面作りや声掛けの支援を行っている(家事全般・来客へのお茶出し等)。利用者から「何かすることは無い？」と仕事や役割を求められることもある。  
外出行事(花見・花火・紅葉狩り・観劇等)や外食、ホーム内行事(そうめん流し・庭で秋刀魚を焼く、かまどでご飯を炊く等)と、利用者が楽しめる行事を行っている。  
管理者の「自分の大切な人がされていやな事(介護)はしない」という思いが、職員全体の意識にゆきわたっているホームである。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	ホームの理念は目に付きやすい所に掲示している。利用者の個性に合わせた支援を職員間で情報を共有しながら実施している。ていねいな言葉掛けになるよう、職員間で注意し合うようにしている。	ホームの理念は「利用者の気持ちを尊重し、優しい声かけで接し、安心して安全な生活を送ってもらいます」である。理念はスタッフルームのよく目につく掲示板に掲示してある。管理者は常日頃から理念を基にした話を職員にするようにしている。全職員が理念に沿ったケアを実践している。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	ホームで自治会の会員になって、地域の一員としての自覚をもつようになっている。町内の散歩の時は気軽に挨拶をしているが、最近は散歩の機会が少なくなっている。地域の自治会館で開かれるサロンに利用者とともに参加している。	自治会に加入し、地域の祭りやとんどに参加している。利用者の知人でもある近所の方から野菜のおすそ分けを頂くこともある。利用者の介護度が上がり、外での歩行困難な状況から、地域で開催されるサロンやカラオケ教室への参加頻度が少なくなってきた。地域の清掃活動には職員数の都合上、参加できていない。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	利用者の親しい方の面会時には、認知症のケアについて基本的な事項を努めて話題にしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	推進会議を実施していない。	この一年間で1回しか開催していない。家族・自治会・呉市福祉課職員にも参加を呼びかけたが欠席だった。地域包括支援センター職員とホーム職員のみで行った。現在管理者は、運営推進会議の定期的開催に前向きな姿勢である。	防災避難訓練や家族会との抱き合わせ、地域の方々への積極的な参加呼びかけ等工夫され、定期的開催が行われるよう期待したい。
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	生活保護の利用者もおられる、生保担当に日常にかあれば連絡している。地域包括の職員には多方面にわたりアドバイスを受けている。	地域包括支援センター・社協とは、疑問点や相談事があれば電話で問い合わせをし、連絡を取り合っている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束の具体的な行為について正しく理解するために、身体拘束につながりそうなケースがあれば、そのつど職員間で話し合っている。	身体拘束をしないケアについては全職員がよく理解している。日常的に起こりうる具体例をあげながら、その都度職員間で話し合っている。安全上の理由で玄関は施錠されているが、入居時に本人・家族から同意を得ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	日頃から職員間で虐待防止の大切なことを話し合っている。虐待につながらないよう問題行動のある方をどう支援していくか具体的なテクニックを話し合い、共有するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	職員の勉強会はできていない、成年後見制度の利用者はおられません。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居前の見学や入居契約の時に、口頭や文章にて説明をし、契約更新の時にも不安がないかフォローしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	苦情訴えの情報は職員間で共有するよう申し送りに努め、家族、利用者の声を聞くために意見箱をスタッフルームに置き、投書を勧めている。	月1回の支払い時には必ず、家族の意見や要望を聞く機会を設け、運営に反映させている。 意見箱の設置、重要事項説明書への苦情相談窓口(ホーム・公的機関両方)の明記もなされている。	
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	意思統一を必要とする案件は全員の意見を聞き、職員の意見を反映しやすいように、問題解決には職員の自主性を尊重している。	業務の合間の利用者が落ち着いている時間帯には、管理者も交えて職員同士で話をする機会を設けている。管理者は日頃から職員の意見を引き出しやすい雰囲気や関係づくりに努め、意見は可能な限り運営に反映させている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	昇給については裁量できないが、有休の取得はできるだけ善処している、時間外の手当でも必要であればつけている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内での研修に参加します、外部の研修会の参加は最近ないです、経験の浅い職員の指導にはベテランを一人付けてマンツーマンで指導します。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	同業者との交流はしばらくしていない。		

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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	訪問時の聞き取り、ホームでの面接時に本人と話す時間を十分にとっている。先入観を持たないよう、面接した本人の今の問題、不安を共有し、信頼関係の構築の手がかりにしている。家族の協力が必要と判断した時はその旨を相談している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	できるだけ多くの家族と面会し時間をかけて相談を受けている、キーパーソンの思いだけでなく、家族全員の思いを傾聴し、ホームの援助の限界についてもお伝えし、信頼を構築するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	本人が今一番必要としている支援を重視します。家族にも納得してもらえる内容にします、必要なら医療機関との連携もします。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者が元気なころの地域での生活を知り、昔のことを話題にしてほほえみをひきだし、ホームでできる役割を持ってもらい、家事手伝いを手伝ってもらい、生活を共にしている感覚を感じてもらっています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族の面会の折には、つとめて今の生活状況を話題にし、本人と家族が話しやすい雰囲気を作り間をとりもつ、必要があるときは電話で話しをしてもらうよう取り次いでいます。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	知人の面会を歓迎しています。全員ではないですが、入所前から参加していた地域のカラオケ教室に通う支援をしています。	面会・外出は自由にできるように支援している。利用者の馴染みの場所に職員が付き添う支援もしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者の個性を尊重し、孤立している人がいれば職員が利用者との交流の援助をします。また利用者がおたがいに良好な関係を築けるよう、テーブルの席、手作業のグループ構成等、配慮しています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	何か困りごとが起きたときはいつでも相談してもらえるように家族には退所のときに伝えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>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</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の想いは直接本人と話し合うだけでなく、利用者間の会話にも注意を払い把握している。高度認知症の方には日常の観察から本人の意向、希望を予想して対応している。	職員は利用者との会話の中で思いや意向を把握するように努めている。日常会話の中で知り得た新たな情報は、業務日誌に書きとめ、全職員が共有している。また、個人情報ファイルにも転記・綴るようし、できるだけ意向に沿ったケアになりよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	初期面接で本人、家族と時間をかけて話を把握している、入所後も生活層を努めて話題にし理解するようにしている、入所時に取得した基本情報、フェースシートなどでサービス利用の履歴を把握している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎日の状況は申し送り用紙、個人記録に記入し申し送っている、本人の自発性を重視し、本人の出来る力が継続しているか観察します。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	モニタリングは職員の意見を聞きまとめます、家族の思いはケアプランの説明のときに傾聴し参考にします、それらをもとに作成したケアプランは職員に見てもらい意見を聞きます。	日々の暮らしぶりや受診診断・職員からの聞き取り・家族の思いを取り入れて、介護計画を作成している。一つひとつの介護目標に対して、職員が毎日振り返り・チェックを行い、次の介護計画作成時に活かしている。見直しは、長期(6か月)、短期(3か月)、容態の変化があれば随時行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日々の様子は個人記録に記入します、ケアプランの変更となる情報は介護支援経過に記録し、ケアプランに反映します。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	通院や個人の外出など、家族が出来ないときは、ホームで対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	毎月1回開かれる自治会のサロンに参加し民生委員や地域の方と交流し、親睦をはかっている。最近は参加できない月もある。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	ホームの見学の時や契約の時に説明している。当ホームのかかりつけ医は、原則国保安浦診療所ですが、希望すれば他のかかりつけ医の選択も可能、ただし診療所は近所にあるので、信頼関係を築いているので何かと便宜を諮ってもらっていることを伝えている。	入居前からのかかりつけ医の受診は、原則家族の協力を得ながら支援している。近所にある協力医による往診が毎週あり、A・Bのユニットが隔週で診察を受けている。また、常時薬の処方もしてもらっている。近所にある協力歯科医へも、職員による送迎・付き添いの支援を行っている。	

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 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	近くの診療所がかかりつけ医で、毎週の往診のときのなじみの看護師が事情を良く知っているので、電話で相談し必要があれば受診している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	御家族と連絡を取り、現在の状況と今後の対応について頻繁に話し合う。病院、本人、家族の希望を傾聴し、早期の退院を希望されるときは、ホームでの介護に家族の支援を頼むこともある。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	主治医と同法人内の施設と連携し、ご家族の意向に沿った支援をおこなっている。医療体制に限界があり、重篤な方は他施設への紹介をさせていただく。できるだけホームでの生活を希望される方は、病院と連携し希望に沿う対応に努めている。	医療面での限界があるため、ターミナルケアは行っていない。このことは入居前に本人・家族にはよく説明し了解を得ている。容態の急変があった時は、次の受け入れ先が決まるまで、医師・家族と相談しながらできる限りの支援を行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	消防署の救命講習をホームで受けて勉強している。急変時の対応は、ホームの過去の事例を職員と話し合い、マニュアルを参考にし、適切な対応の仕方を学んでいる。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協体制を築いている。	災害時の対応マニュアルはあるが、避難訓練の実施を最近していない。	災害に対する職員の意識はあるが、避難訓練を行っていない。 9月中に実施する方向で検討中である。	地域・消防と連携を取りながらの定期的避難訓練の実施と、災害時救出のための地域との協力関係を整えられるよう期待したい。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	人格の尊重とプライバシーの確保は日々の実践のなかで、職員間で具体的に話し合い、適切な対応が出来るか注意しあっている。	日々の介護の中で、ことば遣いや声掛け・対応に配慮するよう職員間で話し合っている。 個人情報には鍵のかかる書架におさめている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	本人の自発性を重視しています、テレビを見たい人、外の空気を吸いたい人、ロビーで世間話をしたい人、思い思いに過ごしてもらおうよう心掛けています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	要介護度が1から3まで幅がある方の介護です、個々のケースに合わせて支援しています。集団活動より個別の活動を支援して1日を過ごしてもらおうことが多いです。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	今まで生活していた馴染みの服を着てもらい、出かけるときは声かけをし、おしゃれをしてもらっている。髪型も本人の希望を聞いて行っているが、散髪はホームに来てもらって行っている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	昼・夕食は食材の宅配サービスを利用、朝はホームの買出しで調理している、準備、後片付けは一緒に行っている。	できる人は準備・もりつけ・配膳・片付けを職員と一緒にやっている。食事はホームで作ったものを、利用者・職員と一緒にいただいている。ほとんどの利用者が介助なしで食事ができ、利用者同士で会話が弾んでおり、楽しい食事の時間となっている。利用者の状態により、きざみ食や量・やわらかさの調整・別メニューでの対応も行っている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事水分摂取量については記録に残し、利用者の状況に応じた支援をしている。食事については個々に応じて食事を加減し、食事形態も適宜変えている。水分量は記録をみながら、不足のないように支援している。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	一人を除き自力で歯磨きが出来ます、歯磨きの時は洗面所に職員がつき、声掛け、見まもり、指導を適宜行います。			
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄管理表を活用し、適宜声掛けをしたり誘導をして、失禁や失敗が出来るだけ減るように努めています。ケースごとにその特徴を理解し、排泄のタイミングに注意をしています。	ユニット毎の排泄チェック一覧表を利用しながら、声掛け・トイレ誘導を行っている。できるだけトイレでの排泄ができるよう支援している。夜間は居室に置いたポータブルトイレを利用する人もいます。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	ホーム内の歩行や散歩を勧めています。水分を充分摂取してもらい、摂取量の少ない方にはポカリゼリーで補っています、排泄管理表で排便をコントロールし、下剤のタイミングをみています。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の希望確認を行ないながら、個々の入浴ペースの把握をし、統一した対応をしている。入浴の時間割はホームで決めている。	週2回、気もちよく入浴してもらえよう支援している。リビングに「本日の入浴者」を貼り出して、入浴を嫌がる利用者にも心の準備をもらい、朝から声掛けも工夫して、気もちのよい入浴につながるよう支援している。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	睡眠パターンの把握に努め、気持ちよく寝ていただくよう夜間の巡視に努め、状態により昼寝の時間を取り、体調管理をしている。			
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	クスリが変更になればそのつど、効用と副作用について知る限りの情報を申し送っています。その後は経過観察をして必要であれば主治医に報告しています。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	アセスメントや生活歴をもとに掃除、食器洗い、洗濯干し園芸など、個々にあった役割を支援し、いろいろなことを教わったり、助けてもらう場面を作り、楽しみや、気晴らしの支援ができています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	外出が可能な方であれば家族の協力でできるだけ希望をか纳えている。	気候や利用者の体調がよければ近所を散歩しているが、バリアフリーのホーム内なら歩行できても、屋外歩行となると転倒などの危険を伴う方が増えてきている。ホーム内はA・Bユニットをぐるりと一周できる造りになっており、神社とおみくじ・診療所(マッサージチェア)・休憩所(イス)等を設けて、歩行訓練ができるようになってきている。庭へ洗濯物干し・取り入れに出たり、花壇へ水やりをしたりしている。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	現在金銭の管理を出来る方がいないため、ホームで預かり、買い物に出かけた時は、スタッフが支払うようにしている。お金を使うことの支援が出来ていない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	現在自分で電話が出来る方はいません、希望があれば職員が電話をして取り次ぐ、家族には日中いつでも電話を取り次ぐ旨を話しています。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	玄関とユニットを結ぶ廊下には共用のベンチやイスを置き、A、Bの利用者が歓談し、くつろぐための交流の場を設けている。リビングや廊下の壁には季節ごとに季節感のある、作品を展示している。リビングの壁に温度計、乾湿計をかけ、空調により共用空間の環境を調整している。トイレには本人のバットを置きいつでも自由に使えるようにしている。	ホーム内は全てバリアフリーとなっている。リビングと台所が一体化しているため、食事の支度・片付け等、家事全般を利用者と職員とで共同して作業しやすくなっている。リビングや廊下の壁には、利用者と職員と一緒に作成した季節の飾り・絵・書道作品・行事の写真が飾られ、あたたかく楽しい雰囲気伝わってくる。共用空間の掃除も、利用者と職員と一緒にやっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	廊下に共用のベンチを置き、気のあった利用者同士がくつろいで過ごせるよう工夫している。又独りになりたい時のために独りイスをおいている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具や馴染みの生活用品を持ち込み、居室の掃除を毎日行い、ベットや家具の配置も本人の希望に添っている。ホームで制作した作品を部屋に飾って落ち着きのある空間にしている。	ベットは医療用ベットをレンタルしている。利用者を使いやすい、馴染みの物を持ち込む事ができる。仏壇やたんす・テレビ等持ち込める。壁には写真や作品、好きな演歌歌手のポスターなど貼って、利用者それぞれがくつろげる空間となっている。各自で掃除ができる利用者は、掃き掃除を毎日行っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	Aユニットの利用者には認知症が重度な方もおられる、異食の恐れもありレイアウトはシンプルにしている、安全を優先するあまり、自立のための工夫が出来ていないと思う。		

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

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

### 3 サービス評価の実施と活用状況

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

#### 【サービス評価の実施と活用状況についての振り返り】

実施段階		取り組んだ内容 (↓該当するものすべてに○印)	
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/>	① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="radio"/>	② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="radio"/>	③ 利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
			④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した
			⑤ その他（ ）
2	自己評価の実施	<input type="radio"/>	① 自己評価を職員全員が実施した
			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
			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
			⑤ その他（ ）
3	外部評価（訪問調査当日）		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
			③ 対話から、事業所が努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
			④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="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
			② 利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
			④ 運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
			⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用		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
			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）
			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）
			⑤ その他（ ）

## 2 目標達成計画

事業所名 ほほえみ呉安浦

作成日 平成 23年 9月 30日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎにならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

### 【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点, 課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	以前には、2ヶ月に1回実施していた時期もあったが家族の出席がなくなり現在実施出来てない。	2ヵ月に1回会議を開催する。	開催日を第〇曜日と決めて案内状を請求書と共に送る。	2ヶ月
2	35	避難訓練が出来ていない。	年2回避難訓練を実施する。	ホーム内のみで1回、消防を呼んで1回、月行事として取り入れ実施する。	3ヵ月
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。