

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28年 9月 24日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470101829		
法人名	社会福祉法人 あと会		
事業所名	グループホーム くにくさの家		
所在地	広島市安芸区阿戸町2941-1 (電話) 082-820-8088		
自己評価作成日	平成	28年	9月 7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 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 9月 21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）】

家庭的な雰囲気、一人ひとりの生活空間を大切に、こころ穏やかに暮らす事ができる阿戸の自然環境のなかで、9名という少人数の認知症を持つご利用者と職員と一緒に家庭に近い環境のなか、笑顔で共同生活を送っています。2ヶ月毎に運営推進会議を行い、地域の方・民生委員の方に参加して頂き情報交換を行ったり、地域の行事に参加させて頂く等地域密着としての役割を果たせるよう努めています。また、敷地内の菜園を地域の方に協力・手伝って頂き、その時期の旬の野菜をご利用者と一緒に収穫し、日頃のメニューに1品加えてお出しするなど、美味しく頂いています。大雨等災害発生時には地域の方が気に掛け駆けつけてくれたり、防災訓練に参加して下さい等、深く関わり支えて下さいます。ご利用者が最期の時までその人らしく生活できるよう、ターミナルケアを法人のバックアップのもと、ご家族と話し合い行っています。3Yのこころの理念を常に胸におき、安心・安全の提供、ご利用者一人ひとりの満足と誇りを保ち、穏やかにその人らしい生活が出来るよう取り組んでいます。

### 【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）】

- 医療・介護ともに安心な事業所である。
  - ・地元の社会福祉法人(医療法人も併設)が設立した事業所である。
  - ・グループホームとして17年の経験を持ち、地元にもよく認知されている。
  - ・法人の医療・看護のバックアップがあり、連携された運営がされている。
  - ・法人による職員の育成・研修体制があり、職員の向上心が高い。
  - ・看取りに至るまで利用者及び家族本位に支援してきた経験がある。
- 家庭的なサービスを提供している事業所である。
  - ・事業所で調理した食事を利用者と職員と一緒にいただいている。
  - ・地域の人達とともに育てた野菜やいただき物を料理に取り入れている。
  - ・地域行事への参加や防災避難体制に地域の人々の協力が得られている。
  - ・家族への手紙や家族会開催など、家族との絆を大切にしている。

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
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。	社会福祉法人あとの会の共通理念3Yのころ(やすらぎ、よろこび、ゆたかさ)のもと、グループホームくにくさの家のスローガン「一人ひとりの思いを大切に、安心した生活を提供します」を掲げている。また、ミーティングや勉強会で話し合い、意識を統一しケアに意識している。	法人理念の下に、職員が話し合っ決めてスローガンがあり事業所内に掲示している。また法人理念は、ホームページや重要事項説明書、法人紹介パンフレットなどに記載して、職員はじめ関係者に周知し、共有している。職員は配属とともに理念教育を受け、また会議でも話し合っ共有し、サービスに取り組んでいる。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の活動(町内清掃・総会等)に積極的に参加している。また、敷地内の畑を近所の方々に協力して頂き、季節ごとに旬の野菜を収穫している。	自治会に加入しており、自治会の会合や清掃活動に参加したり、祭りなどの行事に参加している。法人主催の夏祭りでは家族や地域の方々にも参加していただいて交流している。事業所隣の畑では近所の人々の協力で旬の野菜を収穫して楽しむなど、地域の人々と触れ合い交流している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症の方の理解や支援を取り上げ、2ヶ月毎の運営推進会議や家族会で話し合いをしている。また、ボランティアの方々との交流の場を設けている。		
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。	2ヶ月に1度に会議を行い、民生委員・ご家族・地域の方・地域包括、訪問看護が集まり、意見交換・情報共有を行い、サービスの向上に活かしている。	2ヶ月に1回の頻度で開催し、家族・地域住人・自治会役員・地域包括支援センター職員・民生委員・訪問看護師・市役所職員(参加少)・消防署員(防災避難訓練時)等に参加いただいている。案内文書に予定議題を掲載したり、防災避難訓練と同日開催して会議メンバーとともに避難状況を確認し、消防署員から指導を受けるなど、内容を工夫して、会議を活用している。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	運営推進会議へ参加して頂いたり、地域包括支援センターと交流を持ち、協力関係を築いている。また、運営推進会議の前と後には市の担当者へ報告を行っている。	区役所には手続きや相談などで常々協力いただいている。市職員に運営推進会議に参加いただくこともあり、また、市主催の研修に職員を参加させている。	
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。	法人内の勉強会に参加している。そして、グループホーム内でも身体拘束をしない、その人らしく生活が出来るよう周知徹底し、ケアを提供している。	法人が複数回開催する研修に職員が交代で参加し、毎年全職員が教育を受けている。法人の事故対策委員会では事例報告等の情報交換が行われており、当事業所内にも情報共有と実践が行われている。身体拘束をしない具体的なケアの方法等について事業所職員は「なんでもノート」で情報共有したり臨時会議で話し合ったりしながら実践している。玄関は日中鍵をかけず、見守りと寄り添いのケアを実践している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	法人内の勉強会に参加している。そして、グループホーム内でも虐待のない、その人らしく生活が出来るよう周知徹底し、ケアを提供している。		

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に支援している。	法人内の勉強会に参加している。そして、グループホーム内でその人らしい生活が出来るよう、周知徹底しケアを提供している。また、今後対象となる方がいれば活用していく。		
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。	事前面談を行い、ご利用者・ご家族へ1つ1つ十分に話し合い、納得のうえで契約を行っている。また、改定等の際にも丁寧に説明し、納得・理解して頂ける様話し合いをしている。		
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。	法人全体で苦情要望委員会を設置し、苦情が出た場合は迅速に対応出来るようにしている。また、ポスターやご意見箱の設置、ご家族へアンケートを送付し、意見や要望をまとめ、職員で話し合い、改善に努めている。	面会や電話、年2回の家族会で直接話しを聞いているほか、毎年法人全体で家族アンケートも実施している。家族とは毎月「くにくさの家便り」と手書き文章送付し、コミュニケーションに努めている。利用者・家族からいただいた要望等やその対応方法は家族会の際に報告している。	
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。	毎月のミーティングで話し合いが出来る場を設けている。また、日頃から職員同士で話し合い、意見や提案を運営に活かしている。	管理者は毎月のミーティングで全職員と話し合いを行っている。管理者は毎週、法人の主任会議に参加し、また、頻りに法人上司ともコミュニケーションを行っている。法人代表者は往診を兼ねて2週間に1回は訪れている。	
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。	能力主義・加点を考慮し、各自が向上心を持って働けるよう、人事考課制度(上半期・下半期でチャレンジカードへも目標を記入・モニタリング・評価)を取り入れている。		
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。	法人内で研修制度があり、職員全員対象。経験年数、等級に合わせた各研修に参加している。また、外部研修に参加する事もある。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	グループホーム協会主催の研修会に参加し講義を受けたり、他の事業所の方との交流を図り情報交換を行っている。		

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
<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。	サービス利用開始前に生活歴・人生歴の情報をご家族から得たり、ご本人の意向も十分に聞き入れ、生活の継続が出来るよう努めている。また、あと会で作成した人生歴「老いても輝いて」を記入・活用したり、しっかりと関わり、顔なじみの関係をつくりご本人が安心できるよう努めている。		
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。	サービス利用開始前にご家族の心に寄り添い、傾聴し、しっかりと要望を伺い安心感を持って頂ける様努めている。そして、ご家族とこまめに情報交換を行い、協力して頂き共に支え合う関係づくりに努めている。		
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。	サービスの利用を開始する段階で、他のサービス事業者とも連携をとり、ご本人・ご家族が必要なサービスを見極め、安心してサービスを利用できるよう支援している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ご利用者と同じ目線にたち、お互いに共感できる関係であるよう努めている。また、その方の家庭環境に少しでも近付けるよう情報収集をし、より良いケア・安心した楽しい生活の提供が出来るように努め、一緒に行動する事によってより良い関係の構築が出来るよう努めている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご本人とご家族の関係・絆を大切にし、こまめに日々の生活の様子を、お伝えし情報共有をしている。また、職員を含めた三位一体で手を取り喜び合える関係が構築できるよう、家族会等を開催し努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、支援に努めている。	自宅へ帰られたり、受診やドライブ、外食等ご家族に協力して頂きながら、支援している。また、ご家族だけではなく、仲の良い友人・知人の方が面会に来やすい様、接遇に気を付け、家庭的な雰囲気を作るよう配慮している。	面会時間に制限を設けず、家族・親族・友人の面会を歓迎している。家族会を年2回開いたり、「くにくさの家便り」や家族向けの手紙を送付して家族とのつながりを支援している。一時帰宅や受診・ドライブなど家族に協力いただいている。	
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。	日々の共同生活の中で一人ひとりの様子をしっかりと観察・把握し、個々の性格や認知症のレベル等を配慮しながら、ご利用者同士が良い関係を保てるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用を終了した方のご家族とこれまでに築いた関係を大切にしながら、相談ごとに応じたり、継続してボランティアとして協力支援をして頂いている。また、入院継続の場合も、再びこちらで受け入れられるようこまめに情報交換をし、関わっている。		

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
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	ご利用者の希望・要望を把握し、一人ひとりに合ったその人らしい生活を大切にしている。また、ケアプランを定期的に見直し、ご本人の希望・要望を取り入れ、ケアに活かしている。	「老いても輝いて」という名の冊子に写真を貼ったり、利用者の思い出を書いていただいて、利用者の思いの把握と家族との情報共有に努めている。アセスメントシートにも生活歴や希望をはじめ所定の項目について収集・分析して、介護計画に反映したり、日々のケアに活かしている。	
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。	事前面談時や契約時にご本人・ご家族から情報提供して頂き、人生歴『老いても輝いて』等に記録し、全職員が把握し、ケアや生活に活かしていく。また、ケアをし関わっていくなかで追記していく。		
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。	日々関わっていくなかで一人ひとりをよく観察し、その人の持っている可能性を見出し、その人に合った出来る事をして頂いている。また、定期的にあセスメント・モニタリングを行い一日の過ごし方や心身状態等の現状把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご利用者の状態に合わせてカンファレンスを行い、ご本人・ご家族の希望・思いを伺い、話し合い実現出来るよう定期的にモニタリングを行いながら、ケアプランの作成をしている。また、ご利用者の現状に即したサービスの提供が出来るよう見直しをしている。	最初の介護計画も更新時も作成時には、アセスメント情報の取り直しからはじめ、フローチャートを利用した介護計画を立案し、家族を含めたサービス担当者会議を開いて決定している。介護計画の実施状況は毎日記録し、定期的にモニタリングを行って評価し、変更の必要があれば作成し直している。	
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。	毎日の生活のなかで、個々の記録をこまめに行い、ケアプランの見直しに活かしている。帰宅願望の強い方等は申し送りや、連携ノート等を活用し、職員間の情報共有し話し合い、統一したケアを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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。	ご利用者・ご家族のニーズに対応し、外出やその他のサービス等に柔軟に対応・支援している。また、法人内の各事業所や協力医院と連携を取りながら、サービスの多機能化に取り組んでいる。		
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。	散歩途中に近所の方と交流し、馴染みの関係を築いたり、地域の方々に運営推進会議の構成メンバーになって頂いたり、地域のボランティアの方に毎月来て頂き豊かな暮らしへの支援に繋げている。(散歩は天気・ご利用者の状態に合わせて対応)		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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。	ご利用者・ご家族の希望を大切に、法人Drの定期回診の他、協力医療機関への受診・往診等、適切な治療が受けられる様体制を整えている。また、ご本人・ご家族の希望があれば、入所前のかかりつけ医を継続している。	契約時にかかりつけ医について説明し、利用者・家族の希望に沿って支援している。毎週看護師による健康チェックと月2回の法人代表でもある医師の往診を全利用者を受けていただいている。通院は家族に協力していただいたり、必要に応じて職員が同行やお連れすることもある。歯科や皮膚科の往診も希望により利用していただいている。	

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。	法人内の訪問看護と契約しており、健康管理をおこなっている。また、状態の変化がある時には直ちに連絡・相談をし適切な受診や看護が受けられる様支援している。		
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。	ご利用者が入院された際、医療機関と連携を取りながら、ご利用者・ご家族が安心して過ごせるように、早期に退院できるように情報交換・相談を行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	看取り介護に関する指針を定め、早い段階から想いや希望をが家族と話している。重度化した場合には、ご家族・医師・看護師・関係者と話し合い、その方針を共有し最善のケアを提供できるようチームで取り組んでいる。	契約時に「グループホームでの医療の考え方」を提示して説明している。また、早い段階から「看取り介護に関する指針」に基いて関係者と話し合いを行い、看取りの方針を固めた場合は承諾書を交わし、介護計画を作成し、関係者が情報を共有して支援に取り組んでいる。	
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。	法人内の研修や事業所内でマニュアルを作成し、初期対応が出来るよう勉強会を行い(急変時・事故時・ノロウイルス対策等)全職員が把握・対応できるよう、実践力を身に付けている。また、職員は救命講習をうけるようにしている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	消防立ち合いのもと、火災避難訓練を行っている。運営推進会議で民生委員を通し、近隣住民の方へ協力を依頼している。また、水害時の場合には特養・老健へ避難できるよう、体制を整えている。防火無線も設置している。	年2回、消防署指導の下、運営推進会議のメンバーや地域の人々にも参加いただいて防災避難訓練を行い、運営推進会議で反省と消防署員から指導を受けている。近隣住民の人々との万が一の場合の協力方法も決められている。今回の外部評価の前日までの3日間は、台風と水害に備えて法人本部の建物へ実際に避難を実施しており、避難体制が整っている。	
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 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。	ご利用者一人ひとりの人格・思いを尊重し、自尊心を傷つけないようケアをしている。また、法人内研修にも参加し、職員の意識向上に努めている。	法人の実施する研修を全職員が受講し指導を受けている。事業所内でもミーティングで話し合ったり、管理者から個別に指導することがある。個人情報ファイルは事務室の書庫に保管して管理している。	
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。	日々の生活をしていくなかで、ご利用者一人ひとりに合わせた声掛けや、ゆっくりと過ごして頂くように努めている。また、その中で聞かれた思い等をくみ取り、自主性を大切にし、自己決定が出来るようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	ご利用者一人ひとりのペースを大切にし、買い物・ドライブ・散歩・受診等の支援を行っている。また、ゆっくりとした時間の流れを作り、ご利用者の希望に沿った趣味・生活が出来るよう、支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	その人らしく、いつまでも身だしなみを整えおしゃれが出来るよう、買い物へ同行する等している。また、定期的に訪問美容へ依頼・カットしたり、ご家族に外出への協力をいただいている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	管理栄養士が栄養バランス・カロリーを計算したメニューの提供を行っている。ご利用者と育てた野菜を使用したり、ご近所の方から頂いた野菜・食べたいものを取り入れるなど食事を楽しく頂けるよう工夫している。また、ご利用者と一緒に準備・片付けもしている。	法人本部から供給される献立と食材に、事業所で取れた旬の野菜やいただきものを加えて調理し、食生活を楽しんでいただいている。下ごしらえや後片付けなど利用者にも手伝っていただき、食事も職員と利用者が一緒にいただいている。家族のような食事を楽しんでいただいている。	
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。	管理栄養士が栄養管理をし、指導して貰っている。ご利用者の体調・習慣に応じ、調理・食器・盛り付けに工夫している。水分は1日1500mlを目標とし、ご利用者に負担なく飲んで頂けるよう、量や嗜好を伺いながら色々な飲み物を提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔内の清潔が保てるよう、ご本人の能力・状態にあったケアを行っている。ご自分での口腔ケアが困難な方には職員が介助に入っている。また、訪問歯科や受診をし、アドバイス等を頂いている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	ご利用者一人ひとりに合わせたオムツ・パット等を使用している。また、記録をとり排泄パターンを把握し、トイレ誘導やオムツ交換をし排泄機能の維持・自立に向けた支援をしている。	利用者毎の排泄を記録して排泄パターンを把握し、できるだけトイレで排泄していただいで、気持ちよく過ごしていただけるように支援している。利用者一人ひとりの状況や就寝時などの時間帯に配慮しておむつやパットも利用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	ご利用者一人ひとりの排便サイクルを記録に残している。また、水分を1500ml/日を目安に、牛乳や毎朝食事バナナヨーグルトの提供等を行っている。また、腹部マッサージを行ったり、看護師からアドバイスを頂く等対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人の体調や希望に合わせて対応している。時間や曜日を決めず、ゆったりとした気持ちで入浴して頂けるよう、一人ひとりに合わせて対応している。	利用者の殆どが入浴の意思表示ができるので、その希望と身体状況など考慮しながら入浴支援を行っている。2～3日に1回程度の頻度となっている。冬はゆっくり、夏は短めといったように希望や状況に合わせて入浴を楽しんでいただいている。	
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。	一人ひとりの生活習慣や状態に応じ、その時々体調を伺い、休息を取りながら日中の散歩・体操等の活動をし、生活にリズムをつけるよう支援している。また、夕方からはゆっくりと過ごして頂ける時間をもち、個々に合った睡眠が取れるよう、配慮している。		
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。	職員全員が日々様子観察を行い、症状の変化等情報の共有が出来るよう、細目に記録(申し送り・連絡ノート等)を取り、伝達・把握に努めている。また、少しでも気になる事があれば訪問看護と連携を図り、必要時受診を行っている。		

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	
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	日々の生活の中で、一人ひとりに合った役割や興味を持たれたこと等を見つけ、実際にやっていると。また、散歩やドライブ・趣味等、生活に楽しみや喜びを感じて頂けるよう支援している。			
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	一人ひとりの希望や要望に応じて、外出や散歩。買い物等支援している。また、ご家族に相談・協力して頂きながら一緒に外出できるよう支援している。	気候の良い日は地域周辺の散歩に出たり、玄関先のベンチや畑に出たり、ウッドデッキでの作業や日光浴など、日常的に戸外へ出る機会を持っていただいている。車でも毎日の食材運搬の便を利用した外出や通院、希望による買い物、家族と一緒にの外出など外出機会が多い。		
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。	職員は御利用者がお金を持つことの大切さを理解しており、ご本人の希望に添いつつ、ご家族とも話し合い、ご本人が管理されている方もいる。希望時には外出し、お買いもの等の支援もしている。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	いつでもご利用者がご家族や、友人・知人と連絡ができるようにしている。郵便物も、手紙を書かれたら随時投函し、電話をかける事が困難な方へは支援も行っている。			
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	天井も高く、木のぬくもりが感じられ、広くゆったりとした吹き抜けになっており、自然の光や風も入り、外の季節も感じられ温かみのある共有スペースとなっている。畳コーナー等、自由にどこでもゆったりとくつろげる設計になっており、オープンになっている応接間等、居場所作りもしている。冬は寒い為、床暖房を設置・使用している。	地元の木材を活かした平屋の建物で、田園風景に溶け込む自然な外観となっている。屋内も自然の木のぬくもりと家庭的な雰囲気を感じる間取りと空間が広がる。リビングの高い天井と天窓は開放感と自然の明るさをもたしている。リビングには複数のテーブル、ソファ、畳の間などがゆったり配置され、集まったり、それぞれに過ごしたりできる。外にウッドデッキが備わり、気軽に外気に触れながら作業や日光浴もできる。リビングや廊下には季節の花や作品などがさり気なく飾られている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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。	ソファや椅子等の配置を考えたり、畳コーナーの活用等、ご利用者がゆったりと自由にくつろげるよう工夫している。(一人でゆったり過ごしたり、仲の良い方と一緒に過ごしたり…)			
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。	ご利用者の使い慣れた物、大切な思い出のある物、あると安心できるもの等を持ち込んで頂き、ご本人だけでなく、ご家族も一緒に心地よく落ち着いて過ごして頂けるよう、ご家族に協力して頂きながら工夫している。	ベッド・タンス・椅子などが備え付けられており、そこへ利用者の馴染みの家具や生活用品が持ち込まれ、思い出の品々や写真などが飾られている。利用者によっては床にカーペットを敷くなど安全にも気が配られている。全室1階で窓からは落ち着いた田園風景を見ることができる。		
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。	グループホームとして設計・建設しており、利用される方への身体機能への配慮をしている。ご利用者の状態に合わせ、手すりやベッド(木製のスウェーデンベッド使用)を設置。ご利用者と一緒に料理できるキッチンや、ゆったりくつろげるウッドデッキ・畳コーナーがある。			



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

64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	○	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	○	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、生き活きと働けている	○	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	○	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	○	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="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 くにくさの家

作成日 平成 28 年 10 月 15 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		ご家族によって、グループホームでの生活が分かりにくいと声がある。	日々の生活の様子を、面会時や手紙等を活用し、お伝えしていく。	①面会時のこまめな情報提供 ②写真だけでなく、行事予定も含めた手紙の工夫 ③家族の思いや希望が言いやすい関係づくりに努める	・10月のミーティングで職員間の意識統一をしていく ・数か月おきに手紙の内容を見直し・検討を継続して行っていく
2					
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。