

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 4 月 9 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27年3月10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27年4月8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）】

少人数の良さを生かし利用者一人一人の気持ちを尊重し、安心して安全な生活を送っていただけるようスタッフ全員が利用者様としっかりと関わりを持ち、「利用者様の行動が待てる」を心掛け、「やさしさ」と「ほほえみ」を大切にしています。
そして、陽射しがいっぱいリビングでゆったり落ち着いて利用者様が楽しくその人らしい生活が送られるよう支援いたします。

【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）】

○利用者には「出来ることは、出来るだけ自分でやってもらう」の考え方が徹底され、日常ケアで実践されている。利用者毎に「個人分担表」をつくり、居室などに貼ってもらい、毎日実行し、楽しみや機能維持に努め、効果を挙げている。
○ケアプランの課題を職員が毎日チェックフォローしている。
モニタリングは職員による毎日のチェックと、3ヶ月毎職員・ケアマネによる評価で行われており、職員は利用者の課題を常に意識しながら、質の高いケアに取り組んでいる。
○団地の中、恵まれた環境にあり、利用者職員が支え合い、「笑い」を大切に、安心・安全なケアが実践されている。

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
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、スタッフルーム・申し送りノートにつづり、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。 1日1回は笑ってもらえるような声かけを行っている。	開設10年、法人理念のもと、変わらぬ独自理念「利用者の気持ちを尊重し、優しい声かけで接し、安心で、安全な生活を送ってもらいます」が掲げられている。事務所内掲示や申し送りノートに挟み込むなど、全員が常に意識し続けるよう、配慮されている。「笑い」を大切に、理念を実現するケアが目指されている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	参加できる利用者が少なくなり、来ていない。	自治会に加入しており、お祭りなどの地域行事や地域サロンに参加するようにしているが、参加できる利用者が減り、残念ながら交流が薄れている。	ホーム行事にご近所を招いたり、ボランティアの方に来てもらう等、地域交流を続け、地域で支え合う関係づくりを目指した継続的な取り組みを期待したい。
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。	面会時、2ヶ月に1度の推進会議にて話している。		
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。	2ヶ月に1度行い、出来ることから取り組んでいる。	2ヶ月に1回開かれている。参加者は民生委員、地域包括支援センター職員、家族代表などで、事業所の近況、行事内容や予定の説明の他、その都度必要な課題を取り上げサービス向上に活かしている。	参加者対象(自治会代表、消防署職員など)を広げると共に、議題や話題を工夫し、より有意義な会議運営になる事を期待したい。 また、市担当職員などへは、毎回案内状を発信されるよう望みたい。
5	4	○市町との連携 市町担当者とは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。	生活保護の方もおられ、何かあればすぐ連絡している。地域包括支援センターの方には多方面に渡りアドバイスを受けている。	通常の届け出や日常的な連絡、疑問点の相談の他、特別なことがあればすぐ連絡しており、よい連携関係にある。地域包括センターには、情報提供やアドバイスを受け、助けられている。	
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。	見守り・安全確保の為、玄関は施錠している(線路や川や車も多く危険)。この事に関しては利用前に家族へ説明し理解してもらったうえで入居して頂いている。帰宅願望、徘徊などが始まる前に、早めに軽作業(食材切り、貼り絵、箱作りなど)を提供する工夫を行っている。	取扱要綱に従い、時に勉強会も行いながら、拘束しないケアの正しい理解に努め、「拘束のないケア」を実践している。必要になった時は、手順書に沿って家族に事前説明し、了解を得て行っている。 玄関は、危険防止ため、家族の事前了解を得て施錠している。徘徊や帰宅願望のある利用者は、可能な限り事前に察知し、寄り添うケアに努めている。	
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。	言葉遣いや対応に配慮し、お互いに良い関係を築けるよう努めている。 申し送りノートに防止マニュアルあり。		

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。	勉強会はできていない。		
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時に口頭や文書にて説明し、理解・納得をして頂いた上、同意を得て同意書にサインをもらっている。		
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。	玄関ホールに意見箱を設置している。利用者の意見は申し送りノートに記入し、家族へは面会や支払いに来られた時にも、こちらから声をかけ聞くようにしている。入居者・家族の要望等を見聞きした時は管理者へ報告し、迅速な対応を行っている。	家族とのコミュニケーションを大切に、面会時や運営推進会議などの機会に、意見や要望を聞くようにしている。毎月、利用者の様子を知らせるお便りと写真も郵送している。意見箱の設置、第三者苦情連絡先も明示している。意見などが出れば申し送りノートに記入、管理者に報告して適切に対応している。	
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。	何かあれば申し送りノートに記したり管理者に相談するようにしている。他のスタッフとも意見交換するよう努めている。	会議や日頃の話し合いを通じて、意見や提案が収集されている。内容は申し送りノートに記録・伝達することもある。出た意見等は、管理者とも話し合い、可能な限り運営に反映させている。管理者の出席するグループ幹部会議は月1回開かれている。	
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。	昇給については裁量できないが、有給の取得はできるだけ善処している。時間外の手当も必要であれば付けている。		
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。	毎月の行事担当スタッフを決めており、企画を立てるようになっている。その他の役割もあり本部研修や、その他の勉強会にも自由に参加できている。H25.8月より外部の講師を招いて法人主催の研修会に職員が出席している。		
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。	研修会等に参加した際に、情報交換している。		

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
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 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。	基本情報を元に、本人が答えやすい声かけをしている。本人の話をしっかり傾聴し、本人の求めている言葉かけ・態度に気をつけ信頼してもらえるよう心掛けている。		
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。	面会時に状態の報告をしたり、今までの生活習慣等を質問する。月に一回、手紙と写真を送り、所内での様子を伝えている。		
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。	基本情報や話をもとに、家族には一番必要としている事を聞き出し支援に努めている。本人には話を傾聴し表情やサインをよく観察し、何を求めているか言葉を選び、その人の立場に添えるようにアプローチしている。一週間の体験入居あり。		
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。	できることできないことを見極めて役割を提供していく。「ありがとう」「助かります」と感謝の言葉を伝える事も忘れない。		
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。	本人の状態の変化を報告し、困った事、気になる事は都度相談してもらえるよう対応している。		
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よう、支援に努めている。	面会があった時は、共に喜び、話題にしていく。外出や外泊も細かい決まり事はない。	家族、縁のあった知り合いなどに、出来るだけ面会に来てもらえるよう、電話・手紙の手助けや接遇支援を行っている。また、行きたい場所の希望が出れば、家族とも相談しながら実現するよう努めている。	
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。	話が合う方を同じテーブルにしたり、トラブルになる前にさりげなくスタッフが中に入り、コミュニケーションをとりやすいように工夫している。状態の変化により席替えも行っている。		
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。	退所の際に、何かあればいつでも連絡・相談してもらえるよう家族へ伝えている。		

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
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。	無理強いしない。まず気持ちを優先する。その時の状況によって都度考えて行動する。会話の中からも、くみとっていくようにしている。	入居前、利用者や家族から聞き取った、暮らし方に対する思いや意向、生活歴は、基本情報シートに記載されている。その後も意向把握に努め、聞き取った内容は、個人記録や申し送りノートに記載している。困難な場合も表情やサインから読み取り、日常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。	基本情報より把握すると共に、本人との会話の中で、さりげなくたずねている。		
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。	毎朝のバイタルチェック、排泄表を元に様子観察し、変化を逃さないよう心がけ、出来る事を見極めていく。		
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。	状態が変化するたびケアプランの見直しを行う。	当初の介護計画は、基本情報をベースに、利用開始約1か月の様子を見た上で、関係者の意見を聞きながらケアマネが策定、家族の了解を得て確定されている。モニタリングは、毎日の「ケアプランチェック」と職員の意見をもとに、3ヶ月毎に行われ、「実施モニタリング表」が作成されている。この結果をもとに計画見直しが行われ、家族の了解がとられている。(体調が急変した時も同様な見直しが行われる。)	
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。	一日の記録としてケアプランの実施をチェックしている。変化があれば必ず個人記録へ記入して目を通すようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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。	できる限り、本人や家族の希望に添えるようにしている。		
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。	避難訓練や救急講習を行っている。		
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。	4週間に一度の往診、必要に応じて家族に通院を、お願いしている。 往診以外にも、歯科・整形外科など専門医の受診もを行っている。	入居時、協力医の対応状況を説明した上で、かかりつけ医を選択してもらっているが、現在殆どの利用者は協力医をかかりつけ医としている。協力医による月1回の往診、同看護師による継続治療、緊急時の対応など、適正な医療が受けれるよう支援されている。	

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
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、かかりつけ医になっているので往診時や電話にて相談し、必要があればすぐ受診している。		
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。	家族と頻りに連絡をとり、状況と今後について話し合う。家族、病院の希望に沿う対応に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所ですることが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。	当ホームは医療体制に限界がある為、重度化した場合は他の施設へ紹介しているが、主治医と同法人内の施設と連携し家族の希望に沿う対応に努めている。	重度化した場合の対応については、限界があることを説明し、納得して入居してもらっている。その後は、必要な時期、主治医を含めて話し合い、方針(他施設に移るか、利用をつづけるか)を決めて共有し、対応している。可能な限り家族の希望に沿う対応になるよう努めている。	
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。			
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。	避難訓練のみ。	運営規定に沿って、利用者も参加し、昼夜を想定した避難訓練を、年2回実施している。うち1回は消防署の指導のもとで実施している。	災害発生時、地域の救出支援などが受けられるよう、「地域協力関係づくり」(連絡網、合同避難訓練など)の早期具体化を期待したい。また、本件は、運営推進会議で話されるよう望みたい。
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。	個々に合った声かけ、対応をしている。介助されるのが「自分だったら」と置き換えるようにしている。	尊厳やプライバシーを傷つけない、自分や大切な人に置き換えても納得できる、声かけや対応を心掛けている。気づいた時は管理者が注意することもある。個人情報、施錠可能なキャビネットに保管されている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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。	決められる方には、まかせて見守りのみ。困難な方には本人が答えやすいように、こちらが配慮している。		
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、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。	自発的な行動を待ち、出来ないようであれば、本人に合った役割を提供していく。どんな行動にも意味はあると考える。生活リズムをつける為、大まかな1日のスケジュールは決めている以外は、自由に過してもらっている。		

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
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。	本人のこだわりは変えない。季節に合わない物を着ている場合は声をかけ更衣を促している。季節の衣替えは担当スタッフが行っている。		
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。	個人の能力に応じて役割を提供。食事は共にテーブルにつき、食材や献立などの話題をするように心がけている。	食材宅配サービスで、調理は職員が行っており、利用者にあったアレンジ食も提供されている。職員と一緒に食事しながら介助も行っており、ゆったりとした食事時間になっている。できる利用者には、準備や片付けと一緒にやってもらっている。おやつや行事食の希望を聞いたり、外食をすることもある。	
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・飲水の摂取量を記入して確認している。飲食の必要性を説明している。食事制限のある人は考慮している。食事形態表を作成している。		
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。	起床時、毎食後の口腔ケアを促し、夕食後はポリドントを使用し除菌も行っている。歯ブラシ・歯磨き粉も、その方に合った物を提供し歯ブラシ・コップは毎日消毒している。ドクタープラスの使用と、指示、声掛けをしている。		
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。	排泄管理表でトイレの間隔があいていれば声かけや誘導を行うよう徹底している。リハビリパンツやパットに頼らない支援を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを掴み、排泄管理表をついている。その日の体調や状況を見ながら、トイレ、ポータブルトイレに誘導している。できるだけ、リハビリパンツなどに頼らない支援を心掛けており、失禁が減った利用者もいる。	
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。	朝食後は必ずトイレに座ってもらう。便通がよくなる食材を献立、おやつに工夫している。水分摂取の声かけを徹底。状態に応じて下剤を使用している方もいる。		
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。	最低一週間に二回の入浴を実施。入浴拒否にならないように、自分が入る日だとわかってもらえるように入浴ボードに名札を貼っている。ほぼ毎日入浴は行っているが、時間は午後からとなっている。	週2回入浴を目途にしている。ゆっくり楽しく入浴してもらえるよう、1日3名入浴を目安にしている。嫌がる利用者にも、無理強いせず、時間をずらしたり、職員を変えて対応している。	
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。	昼寝や休憩は個人差がある為、自由にしてもらっている。個々に合った睡眠時間を把握し就寝の声かけを行っていると共に室温・布団の調整もしている。昼夜逆転にならないよう声掛けをしている。		
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。	個人ファイルに綴じてあり、いつでも確認できる。薬の目的に関しては、臨機応変に声かけを変えている。		

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
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p>	各自、能力に応じた分担表があり、毎日実施している。趣味に合わせた、貼り絵・裁縫なども行っている。		
49	18	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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。</p>	目的のある外出には家族にも協力して頂き行っている。行事として外出を企画している。外への洗濯物干し、ゴミすて等で気分転換をしている。現在は散歩ができる、歩行状態の入居者がほとんどいない。	歩行能力の低下した利用者が殆どで、日常的な散歩は少なくなっている。庭先での洗濯物干しや取り入れ、ゴミ出し、花壇への水やりなど、できるだけ外気に触れる機会を増すようにしている。室内でも楽しく歩いてもらえるよう、模擬神社周回コースを設けている。	散歩など、日常的な外出を増やすことは、家族の希望でもあり、更に増やすための工夫と対策を期待したい。
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p>	トラブル防止の為、個人での金銭所持はしていない。預かり金を金庫で管理している。本人も金庫管理を安心している。希望に応じて買い物は行っている。		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p>	電話・通信は自由に行っている。電話の取り次ぎ、手紙の投函などはスタッフが行っている。		
52	19	<p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p>	毎月壁画作成に取り組んでいる。季節感のある飾りつけを心がけている。風呂場に、のれん。トイレは大きく表示している。	2ユニットが玄関をはさみ左右にある。リビング兼食堂はキッチン一体型、窓も大きく、広く明るい。浴室、トイレ、通路もゆったり。ユニットを結ぶ通路にはベンチなどが置かれ歓談もできるようになっている。温・湿度（加湿器は除菌、消臭機能付き）は適切に維持されている。ユニット毎、飾りつけは異なるが、季節感や時意識を大切に、利用者の作品や手づくりカレンダーが貼られている。ゆったりとしたソファ、マッサージチェアもあり、利用者がゆったりと過ごせるような配慮がなされている。	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>	廊下・リビング・ホールにベンチを設け、いつでも座れるスペースがある。自ら席移動できない方は誘導している。食卓には各自名前を貼り、自席がわかるようにしている。廊下のマッサージチェアは人気がある。		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p>	居室への荷物持込みに制限はない。各入居者ごとに担当者を決めており、衣替え、室内整備を出来る方と一緒にしている。レベルの変化により模様替えが必要な時は随時職員が行っている。	エアコン、カーテンが備えられている。利用者は、使い慣れた生活用品、テレビ等を持ち込み、懐かしい写真や作品が飾られた部屋もある。掃除も行き届き、気持ちよく過ごせる居室となっている。	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p>	観察し、見極めを行っている。過剰介護にならないように必要以上に手を出さない。入居者の目線に合わせた貼り絵、掲示をしている。		

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 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させている	○	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 <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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
		<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 ほほえみ呉安浦

作成日 平成27年7月14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	2	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	地域の方と、関わりを持つ。	サロンへの参加、地域ボランティアに慰問をお願いする。散歩に出る。	3か月
2	3	運営推進会議を開催しているが、出席メンバーは包括支援センター職員・家族・職員で、市や地域の関係者の出席はなかなか実現出来ていない。	市や地域の関係者に出席して頂く。	案内状を、積極的に送る。自治会の会合に参加する。	3か月
3	13	事業所内で避難訓練を2回実施したが、消防署の指導、地域住民の方の参加がない。	消防署の指導を得る。地域住民にも参加をお願いする。	消防署の方に来て頂き避難・消防訓練を実施する。	3か月
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。