

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30 年 2 月 26日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200684		
法人名	株式会社 エポカケアサービス		
事業所名	グループホーム千田・みどりの家		
所在地	広島市中区南千田東町4番32号 (電話) 082-236-7270		
自己評価作成日	平成30 年 2月5日	評価結果市町受理日	

※ 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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=3490200684-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目 6 - 2 9
訪問調査日	平成30年2月22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）】

理念である「ゆっくり いっしょに たのしく」を念頭に置き、楽しく笑顔で過ごして頂けるよう好きな事、やりたい事が出来る様日々関わりを持っています。建物の場所が郊外にあるため屋上に庭園を設け季節の花や野菜作りを行い、育てる喜びと収穫の楽しみを職員と一緒に楽しめるよう工夫しています。また気候が良い時は屋上での食事やおやつも楽しみの一つとなっています。日常では、毎日散歩に出かけることで季節を感じていただき、地域の方との交流も大切にしています。また、ご本人・ご家族の希望があれば看取りをさせていただきます。最期までその人らしく人生を終えられるよう支援しています。

【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）】

街なかの交通至便な環境の中、近隣の幼稚園・小学校・地域関連機関と親密な交流を重ね、様々な企画を催し地域に根付いた施設として関わりを深めている。地域交流室では健康体操や認知症サポーター養成講座を催し、地域ぐるみでの啓発活動に取り組んでいる。眺めの良い屋上には菜園を設け、職員と共に植物を育てるなど日光浴を兼ねた楽しみ方を工夫したり、宇品の花火大会を利用者・家族と観ながら寛ぐ時を設けるなどコミュニケーションの場として活用している。一人ひとりの生きがいや喜びに共感し、思いに寄り添いながらその人らしく暮らし続けられるよう、職員のスキルアップやケアサービスの質の向上を目指し尽力している事業所である。

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。	事業所理念の「ゆっくり、いっしょに、たのしく」はフロアの目につく場所に掲示しておりいつでも職員が振り返れるようになっている。また、個人目標として設定している職員も多い。	事業所理念をもとに、目標を定め重点ポイントとして、職員間の円滑な交流やスキルアップを図り、アイデンティティーの擁立やケアサービスの質の向上へ向けた取り組みに努めている。折りにふれ振り返りを行い実践につなげている。	
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。	地域のスーパーへ利用者と一緒買い物に出かけたり、とんどに参加している。また、地域の清掃活動にも可能な範囲で参加している。	近隣の幼稚園との定期的な交流をはじめ、多彩なイベントを催し、小学生によるパンフルート演奏会や様々なボランティア来訪など幅広いつながりを継続している。普段の散歩や買い物でのふれあいに加え、町内の季節行事に参加し絆を深めている。	
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。	地域の方々へ認知症についての理解、またグループホームを知っていただくために地域包括主催で認知症サポーター養成講座を地域交流室で開催し職員が講師を行い認知症を地域住民の方に知っていただく機会を作ることができた。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実績、評価への取り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。	参加者にはご家族や町内会長、老人会長、民生委員はもとより、消防署、警察署、千田小学校校長、セブンイレブン店長にも委員になっていただき参加をしてもらい専門的な立場からも助言をもらっている。	当会議は隔月開催され、家族・地域代表者・行政関係者など多方面からの参加を得て、状況報告及び意見交換がなされている。今後の展望や反省点など細やかな議題を設け、更なるサービスの質の向上に活かせるよう取り組んでいる。	
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り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。	分からないことがあれば連絡して聞くようにしている。また広島市事業者指導係の担当者へも運営推進会議の案内を送り、意見交換が出来る場を作っている。	日頃から相談・手続きなど密に連携し、研修や勉強会・職員による認知症サポーター養成講座・オレンジカフェ開催などで積極的に協力し地域との交流の輪を広めている。交換研修を通じ、同業者間交流を図り相互のレベルアップに努めている。	

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
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。	身体拘束について年に1回勉強会を開催し理解に努めている。フロアの扉も施錠しない支援を行い、その上で安全なケアの方法を職員間で話し合い実施している。	法人内外の研修はもとより、日々の流れの中でも検討し、身体拘束をしないケアについて職員間で意識を深めている。ケアミーティングでケース検討も含め話し合い、意識統一を図っている。	
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。	虐待防止について年に1回勉強会を開催し職員が学ぶ機会を設けている。また入浴時には身体状況を確認、職員間で共有し変化に早く気付く体制作りをしている。		
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。	権利擁護について年に1回勉強会を開催し、職員が学ぶ機会を設けている。利用者の周辺状況が変わった際に、家族へ向け成年後見制度やかけはしの情報を提供し選択肢の一つにしてもらっている。		
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。	契約書や重要事項説明書を読み合わせながら説明を行っている。不安がないよう、疑問点はその場で返答するようにしている。		
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。	玄関に意見ボックスを設置しいつでも書いてもらえるようにしている。また、利用者、家族と密に連絡を取り合い職員に意見を言ってもらえる関係を築けるよう努めている。頂いた意見はミーティングの場で共有し、運営に反映している。	面会時やイベント時に意見・要望を伺い集約検討しサービスの向上へ反映させている。「みどり通信」やブログで利用者の暮らしの様子を伝え、年二回開催の家族会で食事やレクを交えながらコミュニケーションを図っている。	

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
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。	年に1回以上は代表者、管理者との面談の場を設け職員の意見を聞いている。またフロアミーティングや全体ミーティングの場でも意見や提案を聞いている。	毎月の全体会議では研修や勉強会を組み込み、職員のスキルアップと共に意見交換がなされている。フロアミーティングでも気づきや変化について提言したり、各委員会所属の職員による報告など、より良い運営に活かせるよう取り組んでいる。	
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。	年に2回自己評価シートを記入し代表者が職員一人一人の状況を把握している。それを基に面談を行い話を聞き、向上心を持って働ける環境作りをしている。		
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。	月に1回テーマを設け職員間で勉強会を開催している。また外部研修の案内は職員にアナウンスし希望者は受講できるよう勤務調整している。		
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。	近隣のグループホームと交換研修を行うことでお互いの施設のスキルアップに繋げている。また、運営推進会議にもお互い参加することでグループホームのみでなく地域の消防署、警察署などとも情報交換が一緒に出来ている。		
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。	何でも情報シートを活用し、普段の何気ない会話の中からも不安や要望を汲み取るよう努めている。家族からも情報収集し職員間で共有、本人の安心確保の材料となっている。		

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
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。	契約時に家族からも要望や不安を聞いている。また、ホームでの本人の様子を電話報告し、家族の話を聞いて信頼関係構築に努めている。		
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。	ホーム入居までに何度か本人や家族、関係者と面談し状況把握している。その中で必要があれば他サービスの情報提供している。		
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。	施設理念を基に、利用者が常に主役であることを忘れず支援している。職員は常に共に生活をさせていただいているという気持ちを忘れずに支援するよう指導している。		
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。	面会に来られた際、また電話等で利用者の生活状況を報告している。家族からも要望を聞きご本人にとって必要な支援を共に考えている。		
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。	いつまでも希望される場所に外出出来るよう、普段より筋力低下防止に努めている。また地域やご家族で行事がある時にはご希望があれば参加できるよう支援している。	演芸や音楽演奏などの各種ボランティア来訪や面会など、外部の人達とふれあう機会が多く馴染みの関係が継続されている。旧知の友人との再会や懐かしい場所に出向くなど関係性が途切れないよう個別ケアに組み込んでいる。	

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
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。	入居者同士の人間関係を把握し、居心地の良い時間が過ごせるよう職員が見守っている。馴染みの関係が構築できるようレクや創作活動等を提供し支援している。		
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。	退去されてからも家族から連絡があれば必要に応じて相談に乗ったり訪問することがある。退去された家族の方が定期的にボランティア訪問して下さっている。		
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。	日々の関わりの中で一人一人の意向や思いを把握するよう努め、ミーティングで話し合いケアプランに繋げている。家族とも話せる機会を作り意向や思いを聞き出している。	普段のさりげない会話やボディメッセージなどから意向や思いを汲み取り、個別記録ほかに記入しアセスメントにつなげている。家族からの聞き取りやライフスタイルを考慮し、その人らしく暮らし続けられるようケアプランに反映させている。	
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。	入居前は、本人や家族の面談や利用していた事業所や医療機関からの情報収集により生活歴や暮らし方等を把握するよう努めている。本人との関わりの中でも常に情報収集を行っており、職員間でそれを共有している。		
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。	生活日誌や申し送り日誌で日々の心身の状態等を把握できるよう努めている。状態の変化が生じた時は正確な状態把握ができるようカンファレンスを開催し、状態に合わせた支援の統一ができるように情報や支援の方針を共有している。		

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
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。	フロアミーティングでモニタリングを行い利用者の現状を把握、それと共に本人の思いや家族の意向、提携医の意見を参考に介護計画の作成にあたっている。	毎月のフロアミーティングでモニタリングし、利用者・家族・医療関係者の意見を加味しながらニーズに沿った介護計画の立案に努めている。	客観的な意見や個々のニーズに沿いつつ、目的を明確にし、具体的なプランづくりとなるよう更なる努力に期待します。
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。	フロアミーティングの際、一人一人のモニタリングを行い職員間で情報共有している。朝夕の申し送りや伝達ノートを作成し、日々様子や状態の把握に努めている。それを基に状態の変化がある際は関係者に伝え介護計画の変更を行っている。		
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、その時々に対応す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。	本人の思いや家族の意向、状態を常に把握し他ユニットや、本社、他ホームや他施設の協力を仰ぎ、必要に応じて公の機関にも連絡や相談をし、新しいニーズに対応できるようにしている。		
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。	地域の行事への参加や地域の商店を利用することで地域の方々との交流が図れるように配慮している。また、地域のボランティアを活用し、楽しい手作業や体操への参加様々な芸事の披露により入居者の楽しみや豊かな暮らしを作っている。		
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。	入居者や家族に入居前に提携医の選択をしてもらっている。入居後も必要に応じ提携医と連携し適切な専門医の紹介をしている。月～土曜日に提携医の往診、看護師による24時間対応、医療の支援が受けられるようにしている。また、提携医とも常に連絡が取れる体制ができている。	内科は隔週毎、歯科は月一回の訪問診療がある。訪問看護ステーションが同施設内にあり、24時間体制で利用者の健康管理を図っている。必要であれば通院同行支援も職員が担い、受診結果などの情報は家族と共有している。服薬管理・感染症予防対策にも努めている。	

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 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。	看護師と常に連絡が取れる体制があり、入居者について気になることや変化があれば看護師に伝え、必要があれば指示を仰いでいる。		
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。	入院先へお見舞いを定期的に行い利用者の現状を把握、職員間で共有している。退院時もカンファレンスに参加し、情報提供書を貰い、ホーム提携医とも相談し安心してホームに戻ってきてもらえる環境作り、体制を整えている。		
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。	終末期に入ると看取りの同意書及び看取りについての指針をご家族に提示し、ホームでの看取りの方針を伝えている。事業所で出来ることを提示しケアの方針を主治医や専門職も交えて話し合いの場を作り、ご本人・ご家族の希望に添ったケアを行う。	重度化した場合は、家族ほかとよく話し合い方向性を確認しながら、各々の意向に沿った支援に努めている。医療関係者との連携やバックアップ体制を整え、最期までその人らしく過ごせるようチームケアの充実に取り組んでいる。	
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。	緊急連絡網を作成し、緊急の際には連絡を徹底している。またスタッフは定期的に救命救急の研修に参加したり、看護師による慌てないための実践力を身に付ける勉強会を開催している。また、月一回の全体会議の前には勉強会の開催を行っている。		
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。	年に2回消防署立会いの下、避難訓練、消防訓練を行っている。また防火管理者による定期的な消防点検、非常用の水も用意している。地域マップ等も周知している。運営推進会議の際、避難訓練を実施し、実際に見て頂き意見を頂戴した。	運営推進会議に合わせて防災避難訓練を実施し、地域関係者や家族からも提言を受け防災意識の向上に取り組んでいる。地域の協力体制を含め、備蓄や防災備品の点検・避難経路の確認など災害時対策を整えている。	

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
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。	個別情報については鍵付きの書棚に保管し、情報破棄にはシュレッダーを使用している。職員は利用者に対し尊厳に配慮した話し方や、排せつの介助時羞恥心に配慮した声掛けを行っている。	日常的に利用者を人生の先輩として敬い、節度ある接遇や言葉掛けに留意し、尊厳を護り人格を尊重するよう心がけている。トイレ介助の際は必ずドアを閉めるなどプライバシー確保にも配慮している。	
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。	利用者個別の生活歴やケアプラン等を基に、本人の思いを汲み取れるよう働きかけを行っている。普段しっかりと寄り添い何気ない普段の会話からも聞けるよう心掛けている。		
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。	起床から着床まで何かする時は本人の体調や気分を伺いながら、無理のないよう活動できるよう支援している。		
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。	自力での整容が難しい方に職員が介助している。起床時には当時着ていただく服や化粧品の準備を一緒に行っている。		
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。	利用者一人一人に合った食事形態で提供、また量も調整している。また野菜の下ごしらえやコップ洗い、おかずの盛り付け等できることはして頂き、生活の中での役割を見つけて頂けるよう支援している。	利用者と共に、下ごしらえ・盛りつけ・後片付けなどを行い、役割分担を楽しみながら、個々の出来ることを自然に取り入れている。昼食のみ配食サービスだが、手作りならではの温かみや味わいを大切にしつつ、和やかな食卓を一緒に囲んでいる。	

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
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。	個別に食事の盛り付ける量を調整している。誤嚥の危険性がある方には、とろみをつけたり、固形のゼリーに変え水分補給をして頂いている。また、水分摂取が少ない方にはこまめに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、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後入居者様全員必ず口腔ケアを実施している。出来るところはご自分でしていただき出来ないところを手伝うようにしている。一週間に一度ポリデントで義歯消毒を行っている。		
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。	排泄表に記入することで時間把握をし、定期的に声掛けにてトイレで排泄ができるよう誘導している。パットを汚されることなくトイレで排泄できることを目標にしている。	トイレでの自然な排泄を促し、タイミングやパターンを見計らいトイレ誘導を行っている。日中の活動量を増やし筋力維持に努め、ほとんどリハビリパンツにパッド対応や布パンツ使用で自立に向けた支援に取り組んでいる。水分補給を心がけ整腸作用のある食品を取り入れる工夫もしている。	
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。	排便間隔を把握し、牛乳やオリゴ糖の入った飲み物を提供したり、散歩や室内での体操を通し、身体をしっかりと動かして頂いている。便秘気味の方には腹部のマッサージを実施している。		
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。	無理強いすることなく入居者様の希望に沿って時間を気にせず、一人一人のペースで個別に対応を行っている。	毎日でも入浴可能で、概ね週2～3回を目安に支援している。体調やその日の気分にも柔軟に対応し、なるべく個々のペースに合わせゆっくり楽しく入浴できるよう配慮している。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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。	日中の散歩や外気浴、体操を日 々取り入れ安眠できるよう支援 している。ご本人様の意向を尊 重しまた必要に応じて午睡して 頂き無理のないよう過ごして 頂いている。不眠気味だったり その日の状況に応じて休んで いただいている。		
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。	個別のお薬情報ファイルを作成 しいつでもスタッフが確認でき るようにしている。頓服薬等定 期薬以外のお薬についてはいつ まで服用するのか申し送りノ ートに記載し周知している。い つでも医師、看護師、薬剤師 と連携し報告、相談できる体 制である。		
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。	一人一人の生活歴を把握し、出 来ること、好きなことを取り 入れ日々の生活の中で楽しんで 頂けるよう支援している。歌が 好きな方へはDVDを見たり、 仕事好きな方へは手伝いをして いただいたり無理のない範囲 で行っている。		
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。	日常的に散歩やスーパーでの 買い物、外食等に出掛けている 。初詣、花見、菊花展にも毎 年行っている。屋上も活用し 外の空気を吸っていただい ている。	天気の良い日には散歩に出 かけたり、屋上でリラックスタ イムを設けるなど日常的に外 気に触れ気分転換を図ってい る。比治山神社への初詣・縮 景園への梅見・ドリミネーシ ョン見物など四季折々の外出 支援にも取り組んでいる。	
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。	所持金のホーム管理はしてい ないが希望の物を購入できる ように立替支払いを行っている 。所持することにより安心感 がある方についてはご家族様 と相談し、自己管理してもら 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
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。	手紙は年賀状、暑中お見舞いをはじめなるべく本人直筆の物を出すようにしている。電話は職員が取り次ぎ家族と本人が話出来るよう支援している。		
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。	常に季節感を感じれるよう毎月壁画等をご利用者で作成している。共用スペースのテーブルの高さや椅子の高さを個人別に調整している。	玄関には共同作品である月毎の壁画を飾り、季節感のある雰囲気づくりを心掛け、リビングにも手作り作品を並べ温かみのあるスペースとなっている。屋上では布団や洗濯物を干したり、菜園を楽しむなど、職員と共に寛げる場所として活用している。	
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。	気の合うご利用者同士で座っていただきたい話ができるようリビングでの席の配慮を行い、場合によっては席の変更をしたりとその日その日で細やかに配慮を行っている。		
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。	家で使用していたものを持ってきて頂き居心地よく落ち着いて生活できるような環境を整えている。家族の写真や利用者の作品を飾り、それぞれの方の特色が出るよう工夫している。	一人ひとりの居心地の良さを優先し、お気に入りの品々や写真などに囲まれ、ゆっくり落ち着けるようなレイアウトに配慮している。換気や掃除を心掛け清潔保持に努めている。	
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。	利用者の手作りの壁画を玄関に飾る等している。屋上に花や野菜を植え、成長や収穫を喜び、楽しみを支援している。		

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者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

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム千田・みどりの家

作成日 平成30年3月20日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1		介護計画書支援内容がニーズに沿った介護計画書になっていない。	介護計画書が本人、家族に沿った内容となりそれに沿った支援内容が作成できる。	介護計画書について勉強会の開催を行なう。	1年以内
2					
3					
4					
5					
6					
7					

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。