

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 6 月 16 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470203583
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 己斐・みどりの家
所在地	広島市西区己斐上4丁目29-16 (電話) 082-275-0010
自己評価作成日	平成 28 年 5 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 28 年 6 月 13 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）】

入居者本位でのゆっくりとした生活を大切にして頂く。
ホームでのボランティア行事、地域の行事に参加する。
食事は家庭的な手作りが多く、入居者様の状態に合わせて柔軟に食事の形態を変えて食べていただくことを大切にしている。
看取りを自然の流れととらえ、全職員が受け入れている。

【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）】

平成14年11月、認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム)として開設。
経験と実績を積み重ね、地域との良好な関係を築き上げ地域貢献に励みながら15年目を迎えている。
キャリアを積んだベテラン職員と将来を担う若い職員は、それぞれの役割を上手に活かしながら日々の介護に取り組んでいる。
毎月“折り紙教室”や“音楽の会”などを行ない、利用者の気分転換や残存機能の維持・向上にも繋げている。又、全て手作りのあたたかく美味しい食事が毎日提供され、家庭菜園で利用者と職員が一緒に育てた旬の野菜も食卓にのせるなど、利用者・家族にも好評である。
今年の3月より新しい管理者が着任し、新たな風が吹き込まれ、地域の方々と協力しながら、更に地域に根付いた介護施設として期待されるグループホームである。

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。	法人の基本理念である、「ゆつくり、いっしょに、たのしく」を誰の目にもとるように、リビングの中央に掲示し、日々実践に努めている。	"みどりの家" 介護事業グループの法人理念「ゆつくり・いっしょに・たのしく」をベースに、毎年全職員で話し合い打ち立てている事業所目標がある。今期の目標は「自分だったら家族だったらどうして欲しいかを常に考え、良いと思った事は直ぐに実行しスタッフ間で共有する」と「入居者様もスタッフも気軽に過ごし居心地の良いホーム作りに努める」となっており、ミーティング等を通じて理念や目標の振り返り・確認を行い全職員の意識向上に努め実践に活かされている。		
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。	地域ボランティアの方が、毎月多数来訪してくださっている。また、地域の行事にも参加し、外出の際にも近所の方に挨拶を行っている。	地域行事（餅つき・とんど・敬老会など）恒例行事への参加、夏祭りでは職員が率先してタコ焼きや焼そばの露店を出すなど地域とのふれあい・交流に力を入れている。町内会に加入し持ち回りの当番を引き受け地域住民の一員としての役割・繋がりを大切にしている。又、中学校の職場体験を2校も受け入れるなど地域貢献に積極的である。		
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。	入居者様との外出機会の確保に日々努めている。また、要請に応じて認知症サポーター養成講座も実施し、認知症の理解に努めている。			
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。	運営推進会議は2ヶ月に一度ホームで開催し、町内会長・民生委員など地域の方々に参加していただきホームでの課題、問題を提議し、意見をいただいている。また地域の行事のお誘いなどして下さる。	年6回奇数月に、運営推進会議を開催している。会議の参加メンバーは、町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・中学校教頭、消防署職員・協力医療機関の薬剤師・近隣住民・利用者と家族・職員となっている。又、薬剤師の方に講師を依頼し勉強会を会議に取り入れるなど、職員の工夫やアイデアが見られ、参加者にも喜ばれる充実した運営推進会議となっている。		
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。	認知症サポーター養成講座の依頼をいただくことがある。また、生活保護、介護保険に関する不明点、また、対応に苦慮していることは相談し、助言をいただいている。	相談や質問、書類提出などの他、認知症サポーター養成講座の講師を引き受けるなど、市担当窓口との良好な協力関係を継続している。		
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。	虐待、身体拘束防止に関する外部研修に参加し、その内容を職員へ伝える場を設けて実践している。	ケア向上委員会に選出された職員が中心となって行われる「人権擁護（高齢者虐待・身体拘束）」については、年間の研修スケジュールに必須項目として取り組まれており、職員教育を徹底し正しい知識・理解に努めている。事故防止の為、玄関は施錠されているが、契約時には必ず説明を行い納得した上で家族からの了承を得ている。		
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。	ケア向上委員を各フロアから選出し、毎月1回の全体ミーティングの時間に意見を出し合っている。			

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
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。	福祉サービス「かけはし」を利用されている入居者様がいらっしゃるため、日頃より意見、助言していただく機会がある。また、補佐人をつけておられる方がいる。		
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。	契約時には、ご家族様に十分納得していただけるように十分に時間をかけて説明を行っている。		
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。	年2回、ホームで家族会を開催し、運営報告を行っている。意見や要望をお聞きし、職員全員で共有している。	玄関に意見カゴの設置、重要事項説明書に苦情連絡先を明記し、クレーム等の受け入れ体制が整えられている。毎月発行されている「己斐・みどりの家通信」には、利用者の日頃の様子や素敵な笑顔の写真が多く載せられ毎月の利用請求書に同封し家族に送付している。又、毎年4月と11月に「家族会」を開催し、利用者・家族・職員と一緒に食事を楽しみながら和気あいあいと意見交換や情報交換が行われる恒例行事となっている。	
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。	毎月行われる全職員が参加する全体ミーティング、各フロアでのフロアミーティング、事例検討会を開催している。	全体ミーティングやフロアミーティング、個人面談等で意見や提案を聞く機会を設けている。日頃から職員間のコミュニケーションが充分に図られ、異なるユニット同士でも隔たりが無く気軽に話し合える職場環境が整えられている。	
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。	職員一人一人の環境を考慮し、業務体制、キャリアパスを構築し、職員の要望にできる限り応えられるよう配慮している。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	外部、法人内部の研修案内、参加の呼びかけは日々常に行っている。毎月テーマを決めて勉強会を開催し、全職員で共有している。		
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り組みをしている。	グループホームの交流会に機会があれば参加している。同法人内の他事業所との情報・意見交換は、日頃から行っている。		

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
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。	入居前にはホーム長・職員が何度も面会し、ご本人、ご家族様からの要望をお聞きし、その要望を実現に努めている。聞き取った要望は全職員が共有している。		
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。	ご本人、ご家族様にホームの生活を安心して過ごしていただけるように、良い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。	全職員が様々な情報を共有し、困っていることに対して臨機応変な対応ができるように努めている。		
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。	職員は「介護している」を思うのではなく、「一緒にの時を過ごし、同じ場所で一緒に生活している」ことを念頭に置いている。		
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。	気軽にホームに来ていただける環境づくりに努めている。月に一度ホームで通信を作成したり、手紙を書いたり、電話したりして近況を伝えている。		
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。	気軽にホームに来ていただけるよう環境づくりに努めている。手紙や電話での連絡をとっている。	家族や知人には、出来る限り来所をしてもらえるように、環境等を整えている。又、家族と共に外出をしてもらうなど、馴染みの場所や関係が継続出来るよう支援している。	
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。	居室にこもって一人きりにならないように声掛けし、リビングで一緒に過ごして生活することを心掛けている。		
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。	退去された後も、ホームで開催する行事にご案内させていただき、足を運んでいただけるよう努めている。実際、定期的にホームでのお茶会を開いて下さっている。		

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。	何気ない言葉、ご様子から希望を推測し、話ができる方とは希望をお聞きすることもある。	利用者と家族の面談、家庭訪問などで十分に話し合い、思いや意向、生活歴等の聞き取りを行い、フェイスシートに細かく書き留められている。日常の様子から汲み取った情報等も気付いた時に書き留め記録に残し、職員間で共有しながらケア活動に活かしている。	
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。	入居前の情報シート、生活歴が把握の一步だが、入居されてからご本人と関わっていく中で出てくる話の内容を書き留め、職員間で共有、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。	変化したこと、最近のご様子を振り返りの時間に話し合い、個人ノートに書き皆で共有している。		
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。	振り返りでの気づきからニーズを探り介護計画に生かしている。	本人・家族との話し合い、収集したアセスメント情報をもとに、まずは暫定的な介護計画を作成しケアを開始している。利用者の様子を見ながら約3ヶ月経過した頃にサービス担当者会議を行い正規の介護計画とすべく確認している。通常のモニタリングは、毎月3回の振り返り会議で行い、十分な話し合いや検討を重ね、その後は半年毎に介護計画の評価・見直しを行い現状に即した介護計画となっている。	暫定介護計画を出来る限り早い時期に、正規の介護計画として切り替えられることを期待したい。
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。	情報を一人のものにせず、ケアの統一に生かすため職員で共有している。それに合わせて柔軟にケアの変更を検討している。		
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。	その方にとって一番何が大切なのかを考え、事業所、ご家族と話し合いながら柔軟に取り組んでいる。		
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。	地域からのボランティアの方が多い。地域の行事にもできるだけ参加させていただいているが、高齢・重変化に伴い、十分でないことも多い。		
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。	医療との連携は取れており、迅速に対応していただいている。ご本人、ご家族の希望も伝え一緒に考えて下さっている。	これまでの、かかりつけ医の継続受診が可能となっている。当事業所の協力医療機関による内科の定期健診・定期観察の他、眼科や歯科の往診が行われており、利用者は協力医療機関をかかりつけ医として受診しているのが現状である。又、看護師資格を有する職員もサポートしており利用者・家族の安心へと繋がりが強い。	

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
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。	密に看護師とは話し合える環境にあり、相談に関しては電話でし受けてくれており、個々に不利な状況になることなくスムーズである。		
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。	主治医から紹介の時点から連携ができており、職員、看護師は頻繁に病院へ行き、病院関係者と情報交換できている。大きな治療がない以外早期退院を勧め、主治医へバトンタッチし、生活の中での回復を支援している。		
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。	段階に応じてご家族には状態を説明している。ご家族の意向を確認し、主治医、看護師、介護者が同席し、ご家族に十分説明できる場を作り、終末に向けた方針を決めプランを作っている。	契約時での本人・家族との話し合い、又、状態に応じて必要な時期には関係者で充分話し合い、対応方針を決めて共有している。ターミナルケアにも全職員で取り組んでおり、今までの看取り経験を活かした的確なプランを作成し、家族の承諾を得て取り組んでいる。	
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。	普通救命講習の研修は定期的に行っている他、看護師により急変時対応についてミーティング等で指導、勉強会をお願いしている。		
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。	年2回の避難訓練の実施、災害時の安全場所等の指導を運営推進会議の際に地域の方にアドバイスをいただき、協力をお願いしている。	年2回消防署立ち合いのもと、夜間想定を含めた避難訓練を実施している。運営推進会議や日頃から近隣住民の方々との交流を大切にしており、緊急時にはお互い協力し合える良好な関係を築いている。	
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。	ケア向上委員会を定め、問題となるような点はミーティングで話し合い、改善に努めている。	毎年実施する、ケア向上委員会による研修や勉強会を通じて利用者に対する言葉かけや対応の仕方を改めて確認し、振り返りを行なう機会を設けている。個人情報のファイル等は施錠可能なキャビネットで集中管理されている。又、広報誌等で載せる利用者の写真などは、家族と事前に関覧同意書を交わしている。	
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。	信頼関係を築くことに努め、「この人なら話してもいい」と思ってもらえるような雰囲気作りをしている。		
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。	個人の個性を大切にし、制止せず自由に動ける暮らしが普通にな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。	今までの生活の中で大切にされていた嗜好を大切に支援している。		
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。	下ごしらえがいる物は職員と楽しみながら行き、「片づけなら任せて」と言われる入居者様を中心とし、職員はフォローに回っているという役につき、満足感を得ていただいている。	職員による全て手作りの美味しい食事が提供されている。利用者の状態を考慮しながら、出来る事は無理をせず手伝ってもえるように取り組んでいる。家庭菜園で採れた旬の野菜(トマト・なす・キュウリ・シソなど)もメニューに取り入れられ季節感を味わいながら利用者と職員が一緒に同じテーブルを囲む楽しい食事タイムとなっている。	
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。	手作りの物をお出しすることが多く、バランスは良いです。水分量もチェックし応じた量を把握できている。		
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。	毎食後自立でできる方には声掛けをし、お手伝いが必要な方には介助を行っている。		
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。	その方とよく関わることで上手くトイレへ誘っている。その方の状況や時間帯でもパットの種類を検討し、柔軟に変更している。	各フロアーに1箇所ずつ車椅子でも対応出来るトイレを設置している。利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、無理強いをせず穏やかなトイレ誘導を心掛けている。夜間は、睡眠を妨げない様に臨機応変に対応している。	
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。	排便チェック表をつけて把握している。その方のリズムに合わせ便秘と判断する期間も違い、薬の使用期間も個々に違う。薬だけでなくヨーグルトやファイバー等も使用している。		
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。	入浴表をつけ定期的間隔で入っていただくよう支援しているが、決め事はなく柔軟に対応し、午後から入られる方にも対応できている。	3日に1回のペースで入浴支援を行なっている。利用者の体調や状態に応じて、出来る限り利用者の希望に沿った入浴となるようにタイミングを図り、心地良く入浴出来るように取り組んでいる。	
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。	明るい方がいい方、暗い方がいい方、それぞれに合わせて支援している。淋しさをなく安心できるように添い寝をすることもある。		
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。	処方された時点で看護師から説明を受け、内容を理解する。届けられた時に担当薬剤師から更に詳しく説明を聞くことができる環境にある。		

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
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。	何でもいいではなく、その方を知った上で役割、楽しめることができ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。	個別に花を見に出かけたり、散歩等すぐかなえられる事は間をおかず実施している。外食はホームからは別に、ご家族様と出かけられることも増えてきた。	外出行事(お餅つき・夏祭り・とんど)の他、個別に外食やお花見などの外出支援を行なっている。徐々にはあるが、年を重ねた利用者のADL低下は避けられず介護度も上がることで、日常の外出が困難になっているのが現状である。	利用者の身体への負担を考慮しながら、ホームにこもらず気分転換に繋がるアイデアや工夫を期待したい。
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。	お金はお預かりしていないが、ご家族様了解の上でお小遣い程度を持たせ、買い物同行の際支払される場面があり、お手伝いしている。		
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。	希望に沿っているが間違い電話をされることもあるので傍らでフォローしている。手紙を書く支援もしている。		
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。	手作り感の暖かみ、季節を大切に空間を大切に落ち着いた雰囲気でも過ごせる工夫を行っている。	季節感のある花や作品が飾られた玄関、利用者が集うリビング・ダイニングは工夫を凝らした手作りの作品などが綺麗にレイアウトされ、大型テレビやソファも置かれている。ゆったりとした廊下の先に、トイレや浴室、利用者の居室へと繋がる造りとなっている。職員は、家庭的な温もりや雰囲気作りを心掛け、安全面・衛生面に配慮し穏やかに寛げる共用スペースとなっている。	
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。	ソファで過ごす、テラスでゆったりする等狭いながらも気の抜ける工夫をしている。		
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。	好きなもの、馴染みのものが傍らにある大切さをご家族にはお伝えしているが、新しく入居される方は新しく購入されることが多い。	介護用ベッド・クローゼット・エアコン・照明器具が全ての居室に備わっている。利用者は、使い慣れた品などを自由に持ち込み、使い勝手の良い個性豊かな居室となっている。	
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。	制止することなく、自由に動いていただけることを目指し、環境を整えている。安全に注意を払うとともに考えられるリスクもご家族に伝えている。		

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くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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	☐	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
			② 利用者へのサービス評価について説明した
		☐	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		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
		☐	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
		☐	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	☐	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）
		☐	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 グループホーム己斐みどりの家

作成日 平成 28 年 6 月 25 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	10	収集したアセスメント情報を基に暫定プランを作成しているが3カ月の期間を定め、モニタリングや振り返りを通して実支援は変更しているがプラン変更していない。暫定プランを早期に正規プランに変更する	暫定介護計画の期間は1ヵ月とし、サービス担当者会議を行った上で期間半年の正規プランを作成する	収集したアセスメント情報を基に暫定プランを1ヵ月を期間とし作成、気付きシート、振り返りを基に担当者会議を行い、期間半年の正規プランを作成しプランに沿って支援する	随時取りかかる
2	18	個別での外出はしているが利用者のADLは低下、日常的な外出は困難になり気分転換の場が減っている	ホームにこもらず外の空気を吸える機会を増やし、ストレスを軽減する	沢山の花や家庭菜園のある当ホーム庭にイスを置きゆっくりお茶を飲める空間を作る	1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。