

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 12月 5日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470104955
法人名	株式会社ウェルネット
事業所名	グループホームふかわの家
所在地	広島市安佐北区深川5丁目7-32 電話082-84-0066
自己評価作成日	平成 23年 10月 20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 23年 11月 25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）】

入居様が安心して生活を営むことができるように[あたたかく寄り添う安心と笑顔の家]の理念のもとに笑顔のあ生活の支援に努めている。又利用者様の時代背景を考えた年間行事を行っている。花見や紅葉狩りなどは貸し切りバスを利用し家族様と、ともに外出レクを行っている。ホーム内レク時にはボランティアの参加やクリスマス会には地域のピアノ教室の子供たちの訪問がある。その他いつまでも食事をおいしく食べていただけるように毎食後の口腔ケア、週1回の歯医者による口腔ケア指導を受けている。週2回の訪問看護による健康観察、訪問マッサージにより体のコリの軽減を行っている。利用者様は人生の先輩として尊敬することを心がけ支援している。

【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）】

8月に6周年を迎えた当事業所は、公共施設が立ち並ぶ深川通りに面した一角にあり、地域に開かれた施設となるよう、日々運営している。職員は、利用者とはもちろん、家族とのコミュニケーションを大切にし面会時の会話から家族の思いを引き出す工夫をしている。家族の求めている事と利用者の現状を突き合わせて、利用者のできることを考え日々のケアに活かしている。また、年2回の家族との外出(花見、紅葉狩り)では、家族の方が軽トラックを用意して車イスや歩行器の運搬をしてくださったり、事業所のウッドデッキや落ち葉を堆肥にする箱を製作したり、畑の世話も積極的に手伝ってくださるなど、家族と良好な関係を築いている。利用者と職員は家族のような関係(時には親子、時には兄弟、時には友人、時には人生の先輩)にあり、職員は利用者のことばにならない思いまでもくみ取り、介護にあたっている。

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	
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。	玄関・ホール・に掲示し、朝の申し送り時には唱和をし職員で共有し常にも実践に努めている。	開設当初からの理念「あたたかく 寄り添う 安心と笑顔の家」を掲げ、ホール内・会議室に掲示している。また、職員で考えた年間目標と介護目標もあり、理念や目標に沿った介護を実践している。		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の行事や毎月の「みつ葉会」に出席をしている。利用者さんが散歩に出かけると近所から「野菜が出来とるけん取りにきんさい」と声をかけいただける	事業所のすぐそばに、小学校・保育所・公民館・集会所・区役所の出張所・包括支援センターがある。運動会等の行事訪問、地域高齢者の会への定期的な参加、地域行事(秋祭り・とんど)への参加等、積極的に地域の方々と交流している。特に近所づきあいを大切にして、こちらから挨拶をするように心がけ、年二回のお彼岸には利用者手作りのおはぎを持って伺うようにしている。近所の方から畑でできた野菜をおすそわけしてもらうこともある。		
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。	地域包括センターより認知症アドバイザーの要請があり講師をさせていただいている。民生委員の集まりに出席しGHの説明や認知症との関わりについて説明させていたけた。			
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か月に1実施している。自治会長・民生委員・近隣住民・市担当者・地域包括センター職員家族代表の参加があり、お互いに顔なじみになり遠慮なく意見の交換ができてきている	2か月に1回定期的に開催している。行事や日々の写真を多く掲載した資料をもとに現状報告を行ったり、その時々介護に関する話題から話が発展したり、様々な分野の出席者から活発な意見や助言をもらったりしている。家族の相談事を区役所へつなげるパイプ役を務めるなど、有意義な会となっている。(メンバーは家族代表、利用者代表、自治会長、民生委員、地元代表、区介護保健課職員、包括職員、消防署職員など)		
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。	市担当職員には可能な限り運営推進会議に出席してもらい意見をもらっている。生活課や市職員が来所や電話があり連携に努めている。研修会にも出席している	区介護保健課職員とは、運営推進会議やそれ以外でも相談や話をして連絡を密に取っている。包括とも相談や連絡・連携が取れており、ショートステイを受け入れることもある。今年度初めて実施した家族アンケートについては、区職員にアドバイスもらって実施し、運営に反映させている。		
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。	身体拘束マニュアルはあるが拘束しないケアを実践している	身体拘束をしないケアについてはマニュアルを使って毎年研修を行っている。日々の介護の中で気になることがあれば、朝の申し送り時に管理者が話をしたり、勉強会を開いて話し合ったりしている。また気づいた時に職員どうしで注意しあっている。日中は玄関は開錠し、フロアの出入り口には番犬のチャイムを取り付けて見守りを行っている。		
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。	虐待には言葉使いも含まれることを業務を通じ意識し朝の送り・勉強会で虐待のないケアに努めている。			

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
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。	制度・主旨や内容を理解しケアの中で活用している		
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。	契約内容・運営規定・重要事故説明書での通り一編の説明だけでなく日々の生活・将来的な対応ご家族の抱えている不安・意向をお聞きし一緒にケアの方向を考えるようにしている。		
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。	「声の箱」を設置しているが家族様面会時には直接苦情や意見を聞くようにし運営に反映できるように毎月部屋担当者は家族にお手紙と金銭管理報告を送っている。苦情における外部機関については重要事項説明書に記載している。	面会時には家族の意見や要望を引き出しやすいような雰囲気作りをし、コミュニケーションをとっている。さりげない会話の中から意見や要望を聞き出し、職員間で共有し、運営に反映させている。	
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。	管理者会議・朝の送り時に意見を交換し運営の参考になっている。必要時には職員に直接管理者が聞くことも行っている。	代表者・管理者は職員からの意見をいつでも聞ける関係づくりに努めている。若い経験の浅い職員の代弁者として、ベテラン職員が管理者に話をする事もある。職員からの意見は必要ならば職員会議で取り上げ、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。	社員・フルタイムパートは週休2日を基本とした勤務体制をとっている。「資格取得制度」が設定されている。労働条件や評価については社内規定による介護労働交付金は全額職員に配分され意欲向上を高める職場環境作りも行っている。		
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。	職員のスキルアップのため毎月勉強会を行っている。管理者リーダーは研修参加後HG内部の勉強会の講師を行っている。今年度は介護福祉士3名介護支援専門員2名挑戦する。		
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。	「グループホーム事業者交流会」に参加してネットワークを広げ空き室の情報へ交換をしている。事業者交流会の研修会には職員を参加させている。地域のGHの勉強会や他市のGHの講師の依頼も受けている。地域包括センターの応援を得て地域ネットワークづくりを継続している。		

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。	部屋担当者が決まっているので初期の段階から本人の困っていること不安なことをしっかりと傾聴することができる。担当職員では困難な時は直属の上司も関わりるようにしている。		
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。	入居時に家族様にご本人の生活歴・性格等聞き家族の要望に応じ状況に合ったケアお提供に努めている。		
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。	家族様と意見の交換をし利用者様に合ったサービスを取り入れ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。	利用者様を顔後される立場に置かず、人生の先輩として尊み、学びの心を持ち感謝の気持ちで接している。		
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。	家族様の面会時には利用者様と職員も一緒に話す時間を作っている。お花見・紅葉狩り等は家族様も一緒に参加してもらい家族との絆を持てるようにしている。		
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。	入居者様の御縁のある方が気軽に訪問していたできるように家族様話している。外出・通院など家族様の協力もある。	在宅時、行きつけだった洋品店の店主が服の販売に来て、家族と一緒に服を選んだり、昔馴染みの友人が面会に来られる。 電話をかけたり取り次いだりする支援も行っている。	
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。	日々の生活の中で気の合う方との食事の席を同じにしたり体操やレクの時間は孤立しないように皆様で楽しめるように努めている。		
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。	時に触れ退所された家族様にその後の様子を尋ねたり病院にお見舞いにいたりして御縁をつなぎ相談事や困ったときには支援できるように努めている。		

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
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。	本人様の思いや希望は日常生活の中から聞き取り以降の把握に努めている。困難な時は医療連携やマッサージの方からの情報交換を行い、家族様の意向も確認している	利用者との会話から聞き取った内容や面会時の家族の話は、サービス記録・職員連絡ノートに記入し、職員間で共有している。職員は声かけやコミュニケーションを取る中で、利用者の今日の状態や感じ、ことばにならない思いなどを察知し、それにどう応えていくか考えながら介護している。	
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。	生活歴をしっかりと理解するために担当ケアマネをされていた方からの情報をいただいたりして暮らしの把握に努めている。		
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。	毎日の心身の状態を送りで確認している。排泄表・食事表		
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。	医療連携やマッサージより情報をもらい家族との話し合いお行い事件を聞き現状に合った介護計画を作成するように努めている。	利用者や家族、職員の情報、サービス記録をもとに担当者会議を開き、介護計画を作成している。家族にも送付し、経過を見てもらい、前回と比較しての意見をもらっている。長期・短期目標を設定し、毎日評価を行い、次の作成時に活かしている。状態の変化があればその都度現状にあった介護計画に作り直している。	
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。	日々利用者様のサービス記録に記入しており常に情報の共有をして介護計画の見直しに努めている。		
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。	㈱ウェルネットのデサービスが十日市に在り施設の機能を生かし利用している。		
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。	町内会・子供会・地域包括センター各種ボランティア等の連携努め暮らしに楽しみが持てるように努めている。		
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。	協力病院があるが、利用者様家族様の希望によりかかりつけ病院受診の場合は、家族様対応でお願いし、適切ないりよが受けられるように支援している。	利用者・家族の希望するかかりつけ医の受診もできるように支援している。家族が付き添えない時は職員が同行している。協力医による定期的な往診など、適切な医療連携体制が取られている。	

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。	看護職員はいないが、訪問看護師に週2回健康管理をしてもらいドクター往診時には訪看と一緒に立会状況の説明をしている。夜間・緊急時は職員が直接相談を行っている。		
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。	入院退院時には提供医や家族様と相談したり情報の交換を行って本人のために最善の対策を検討している。		
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。	重度化した場合や終末期についての指針を定め同意をもらっている。本人・家族様の希望で看取りまで行えるようにしている。外部の受け入れ先の紹介等の支援も行っている。	入居時に利用者・家族と、重度化・終末期についての方針を確認し、同意書をもらっている。利用者・家族の希望を尊重し、かかりつけ医・訪問看護師と連携して、重度化・終末期を支援できるようにしている。	
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。	急変時や事故対策のための勉強会や訓練を行っている。		
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。	毎月1回はスプレインクラーが作動したとか仮定し特に夜間帯を利用者様にも参加してもらい避難誘導訓練を行っている。年2回消防署立会、指導の下訓練を実施している。	4月、10月に消防署立会のもと消防避難訓練を行っている。さらにほぼ毎月、夜間を想定した避難訓練を実施している。実際に利用者にも歩いて避難してもらったり、シーツを利用した避難では、職員が利用者役をしてシーツに乗ってみたり、タオルを使って煙を吸わないようにしたり、いつ災害が起きても職員が対応できるよう訓練している。緊急連絡網に地域の方も入ってもらい、協力をお願いしている。	
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。	勉強会、研修等でプライバシーを損ねない支援し言葉使いや行動については職員同士で注意合っている。	グループホームを「家＝生活の場」ととらえ、利用者への呼びかけは、希望される呼び方で呼んでいる。そのほうがその人が呼ばれた時、自分だと認識されるからである。（家族にも希望を聞き、了承を得ている。）個人ファイル等の書類は、書庫で適切に管理されている。	
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している。	利用者の思いや声を聞き日常のサービスに取り入れ自己決定できるように働きかけようとしている。		
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。	個々の利用者様の生活リズムに配慮しながらも共同生活に支障がないように日々希望を取り入れるように努めている。		

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
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。	衣服は本人が選び着ていただき、押しつくはしないようにしながら季節に合った服が選べるように支援している。髭剃り整容声は掛けを行い最後は今日はとても素敵ですねと褒め言葉を添えるように努めている。		
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。	刻み食や一口大のお結びの提供をしてお箸を使える機能を低下させないように努めている。調理・食事・食器洗い等も利用者様と職員が共に行っている。	利用者のリクエストも取り入れた献立作り・買い物は職員が行い、職員手作りの食事を、皆で一緒においしく楽しんでいる。1Fと2Fが日替わりで調理を担当し、職員が利用者と接する時間を確保する工夫をしている。できる人は下ごしらえや準備・食器片付け等、職員と一緒にやっている。	
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。	食事表・水分摂取量を詳細に記録して栄養バランス水分量の確認を行っている。又月2回お寿司の日カレーの日と決めている。木・日は朝はパン食とし習慣に即した支援に努めている。		
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。	毎食後は必ず歯磨きを行っている。総義歯・義歯の状態に応じ口腔ケアをしている。義歯がなく歯茎にて咀嚼している方がいるが口腔ケアは毎回行っている。		
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。	排泄パターンを把握しトイレサインを見落とさないようにしトイレ誘導に努めている。	排泄チェック表に細かく記入し、利用者の状態に合わせて声掛け・誘導・見守り・確認を行っている。寝たきり、車イスの利用者にもトイレでの排泄が行えるよう支援している。チェック表を確認して定期的な排便がない時には、看護師と連携して適切な対応を行っている。居室3つに対してトイレを1つ設置し、1フロアに職員用も含めトイレが4か所設置されている。	
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。	必要においてはDrの指示で服薬支援も行っているが、水分量や運動は基よりマッサージ師による腹部のマッサージの施術を行い予防に取り組んでいる。		
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。	2日に1回の入浴ではあるが希望時は毎日でも体調が良ければ可能である。季節に合った菖蒲湯・ゆず湯又は入浴剤を使いバロのかおりで気分転換をするなど変化をつけている。	風呂好きの利用者が多く、節句や冬至には菖蒲湯・柚子湯で季節感を味わってもらったり、香りのよい入浴剤を使ったりして、気持ちよく入浴してもらえるよう支援している。入浴を嫌がる方には、「みさき温泉の準備ができましたよ」と声かけの工夫をしている。	
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。	寝具類は家で使っていたものを持ってきてもらい違和感のない眠りが取れるようにしている。布団干しや寝具の清潔に努めている。		
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。	外部薬剤師からの説明を聞いたりお薬表に書かれている内容を理解するようにしている。服薬時には利用者様の前で、日にち・名前・朝・昼・夜薬の数などを声を出して確認し服薬間違いのないように努めている。		

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
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。	洗濯干し・食事の手伝い等に日常家事作業を行う事で役に立っている、まだできると喜びが持てるようにしている。タバコはウッドデッキにて喫煙し気分転換できるように支援している。		
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。	GHの庭や近隣の散歩買い物等支援に努めている。墓参り、病院受診、外食等家族の協力をお願いすることもある。	天候や利用者の状態が良ければ、目の前にある河川敷や近所にあるお宮に散歩に行ったり、スーパーへの買物、公民館や集会所の催しに定期的に参加したりしている。1Fにあるウッドデッキで過ごしたり、庭の畑や花壇の世話もすることができる。一人だけの散歩に職員が付き添う事もある。	
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。	外出時には利用者様が買い物時は支払うように支援している。日常自分でお金を持ちたいと希望され利用者様には自己管理していただいている。		
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。	電話はかけたい時かかってきたときは常に対応している。手紙は預かりポストに投函し手紙のやり取りできるように支援している。		
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。	玄関には生花を活け椅子も設置しホール内には長椅子・ソファを配置し居場所づくりをしている。窓や居室からは季節が感じられる自然の風景が見える。	一面が全てガラス窓の広く明るいリビングには、大きなテーブルが2か所置かれ、利用者がゆったりと座れるようにイスが配置されている。テレビの前にもソファが置かれ、くつろげるようになっている。リビングを取り囲むように居室が配置され、壁には行事の写真や季節の飾りがほどこされている。加湿器が数か所置かれ、温度・湿度が適切に保たれている。	
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。	ホール内に椅子や長椅子を置いたり、食卓席は気の合う方と座れるように配慮している。ゆっくりと過ごしたい時は長椅子やソファに思い思いに座り過ごせるようにしている。		
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。	以前使っていたタンスや仏壇を持ってきて配置も希望を聞いて設置している。タンスの上やテレビの台に写真を飾ってある。	医療用ベッド、クローゼット、エアコンが備え付けてある。布団は使い慣れた物を持ってきてもらっている。仏壇・テレビ等、思い思いの物を持ち込んだり家族の写真や長寿の賞状を飾ったり、フラワーセラピーで利用者が自分で活けた花を飾ったりしている。	
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。	カレンダーを数か所に貼り日めくりは利用者様にめくってもらっている。ホール内はバリアフリーで壁面には握り棒が設置してあり自立歩行が安全委できるようにしている。		

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合った
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐	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 グループホームふかわの家

作成日 平成23 年 11 月 12 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
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		下肢筋力の低下・体幹バランス の低下	転倒予防	体操の時間に下肢の運動を楽しくできるように声をだし（1・2・3・・・）2分程度行う。歩行時には手にもものを持っていないか確認し手には何も持たないで歩行する支援する。靴が正しくはけているか確認かかとを折らない様に声掛けする。シルバーカーの整備不良がないか点検を行う	11月～4月
2	13	全職員のスキルアップ	勉強会には全員参加	月2回の勉強会を3回にして全員参加できるようにする	12月～5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。