１　自己評価及び外部評価結果

作成日　　　平成 23 年 11 月 20　日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490　200254
法人名	株式会社エポカケアサービス
事業所名	グループホーム井口台みどりの家
所在地	広島市西区井口台1丁目23-11 （電話）
自己評価作成日	平成　23　年　11　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ＵＲ	

【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　１８　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）】

・入居者ご自身の思いや、希望を第一に考え、ご家族とも相談しながら、毎日のケアにあたる。
・「生きる力」を大切にした、生活支援をすすめていく。
・地域とのお付き合いをする中で、開かれたホーム作りをするよう努力している。地域の行事に参加させていただいたり、ホーム内での行事にもお誘いしている。

【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）】

＊『生きる力を最大限に』をモットーに職員は、利用者を常に主役として、さりげないサポートを行っている。

＊穏やかな環境で、利用者と共に過ごし、共に生きていけるよう、日々のケアを全職員で取り組んでいる。

＊あえて一日のスケジュールは決めず、あくまでも自然に『自宅』で過ごしている様な環境を心がけている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価 実施状況	外部評価 実施状況	外部評価 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。	ゆっくり、いっしょに、たのしく、の理念を基に、全職員が地域に密着したサービスを提供出切るように取り組んでいる。	法人理念の下、更に日々の目標を掲げ職員は、毎日モニタリングを行い、話し合いを持ち理念を共有している。又、毎月２回のホーム長会議でも日々の振り返りとして話し合われ、職員の意識付けが徹底されている。「ゆっくり、いっしょに、たのしく」の法人理念は、目の付き易い所に掲示されている。	
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。	団地の中に施設があり町内会に加入。小学校も近く、運動会、夏祭りに敬老会等に参加している。	町内会に加入しており、地域行事（ふれあいサロン・敬老会・夏祭りなど）への参加する機会が多くある。近くの幼稚園や小学校からは毎年行事への参加依頼があり利用者の楽しみの一つでもある。又、地域の草抜きや清掃活動にも積極的に参加し、地域との繋がりを大切にしている。	
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。	面会、見学等、いつでもオープンにし、状況取り組みを説明しています。		
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。	町内会長、民生委員、地域包括支援センター、家族代表、職員で会議を行い外部の意見を参考にしている。	年6回、運営推進会議を開催している。意見交換や現状報告の他、避難訓練やホームの食事紹介などを取り入れ充実した会議となるよう職員の工夫がみられる。会議の参加メンバーは、井口台地区社会福祉協議会会長、消防署職員、町内会会長、民生委員、地域包括支援センター職員、利用者、家族代表、ホーム職員となっている。	
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。	運営推進会議等で、地域包括支援センターとの関係を深め、サービスの質の向上に取り組んでいる。	行政主催の研修や勉強会への参加、運営推進会議の報告書の提出などを行っている。日頃から地域包括支援センターの協力、アドバイスなどを利用者へのサービスの質の向上に役立てている。	
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。	玄関に鍵をかけないケアをしたいのですが、安全面を優先する上において、今は鍵をかけている。 身体拘束は行わない事を前提に介護実践している。	身体拘束について職員は、必須研修や全体ミーティングを行い理解をし、身体拘束を行わないケアを実践している。ただし、1階玄関のみ車道に面して危険な為、事故防止策として止むを得ず施錠している。家族には契約時に説明をして了承を得ている。	
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注意を払い，防止に努めている。	事業所内外で研修、スタッフ同士の悩み情報の共有、利用者さんの変化にいち早く気付くように努めている。		

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
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。	研修に参加後、研修報告書の提出、ミーティング等で学んだ事のフィードバック。		
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。	契約の締結までにご家族様、ご本人様との直接またホームの見学と、納得行くまで、時間をかけて説明している。		
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。	年2回の家族会はもとより、同会でのコミュニケーションを密にし、要望をミーティングで共有し改善に努めている。	ホーム便りと利用者の日頃の様子の手紙を毎月送付している。家族会は年2回行われ、今年度は初の試みで家族が参加し易い休日の夜に、利用者の家族同士の交流（悩み相談や体験談、意見交換等）を食事を兼ねて行い家族にはとても好評であった。要望があれば内部で話し合い、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。	月一回のミーティングまたその他にもフロアーミーティングでの意見交換を行っている。	毎日のミーティングの他、月１回のミーティングを行い職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。又、11月と3月には個人面談を行い業務に対する「振り返りシート」で目標の確認や改善点を話し合うなど、職員のモチベーションアップに繋げている。	
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。	会社全体でのパーティーの参加。その場での永年勤続者の表彰。全員に誕生日プレゼントが届きます。		
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。	年間研修ファイルに基づいての研修。新入社員には認知症の基礎知識が必須となっている。		
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。	他ホームの見学、意見交換。参考になるべき点等は、積極的に取り入れる。 交流のネットワークにも参加。		

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。	初回面談は、ご本人が生活されている場所で行い、ご本人の希望を第一に、ケアプランに反映させている。		
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。	ご家族との数度の面談において、ご本人の生活の様子を充分にお聞きし、ご家族の思いや願いも生かせるよう支援している。		
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。	何を必要とされているのか、何に困っておられるのかを見極め、真のニーズをつかみ、その人らしい個別ケアを優先している。		
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。	ご本人が主人公であることを絶えず念頭におき、ご本人が望まれる暮らしを全職員と共に築いている。		
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。	ご家族の思いや悩みを、その都度真摯に受け止め、ホームとご家族が協力し、ご本人を支えている。		
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。	自宅に帰りたい希望のある方には、職員が同行したり、馴染みの方との面会や電話支援を行っている。	友人や知人、家族の来所が多くある。職員は利用者の願いを汲み取り、一時帰宅や家族への電話、通院など、家族の協力を得ながら支援を行っている。	
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。	利用者同士の関係は、合うあわないもある為、合う方同士外出したり、一緒に台所仕事していただいたり、楽しい関係作りに努めている。		
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。	退去されても、仲良くされていた方と面会に行ったりと、途切れない関係に努めている。		

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	○思いやりや意向の把握 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。	お一人お一人の希望や、意向を最大限尊重している。困難な場合は、全職員でセンター方式等取り入れ、情報の共有に努めている。	家族や利用者からの聞き取り、毎日の会話の中で希望や意向の把握に努めている。又、センター方の活用と伝達ノートに書きとめる事で職員の共有化も図られている。	
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。	それまでの生活歴を把握し、以前の他サービス利用等も把握し、入居時には愛用の品々を持参されるようお願いしている。		
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。	それぞれのそれまでの暮らし方を重視し、無理強いしないよう努め、有する力は遺憾なく発揮していただけるよう、個々の力を大事にしている。		
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。	ご本人、ご家族、職員が協働して、ケアプランを作成し、その後も定期的にモニタリングを行い、情報の共有に努めている。	利用者と家族、職員が充分に話し合いを持ちケアプランが作成されている。ケアプランには長期目標と短期目標を定め、毎日モニタリングを実施しフォローと確認を行っている。定期的な見直しは半年に1回行われ、急な変化がある時には、その都度関係者が話し合いを持ち現状に即したケアプランを作成している。	
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。	生活日誌、伝達ノートは毎日記録、チェックし、個々のモニタリングも定期的に行い、朝の申し送り、日勤者から夜勤者へにお伝達を行い、情報共有している。		
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，その時々に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。	面会時間の制限はなく、ご家族のお泊り支援も行っている。寝具も貸し出し可能。		
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。	地域活動の多くに参加させてもらっている。町内の幼稚園、小学校の行事にはいつも招待状が届き、地域の温かい支援を受けている。		
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。	希望される方には、ホームかかりつけのあおぞら診療所、小川歯科による、2週間に一度の往診、訪問看護、ご本人、家族が希望される他医療機関の受診支援も行っている。	利用者や家族の希望があれば、提携医以外の病院も家族の協力を得て、利用できる支援を行っている。2週間に一度の提携医による健康チェックの他、訪問看護が週2回、マッサージや爪切りなどの色々なサポートを行い、何かあった場合は医療機関とのスムーズな連携がとれるようになっている。	

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
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。	週2回の訪問看護以外にも連携を取り、利用者様の健康状態を共有し、適切な受診、看護を受けられるよう支援している。		
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。	主治医の紹介状、訪問看護師のサマリーの他、ホームスタッフの面会時、病院スタッフとの情報交換を行い、安心しての治療や早期退院できるよう努めている。		
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。	終末期ケアについて、ご家族、主治医、スタッフ間で相談連携している。	契約時に本人、家族と話し合い、方針を決めて共有している。又、ターミナルケアを家族が希望することがあれば、医師や訪問看護師と話し合いを持ち、利用者と家族にとって最善の終末ケア支援に取り組む考えである。	
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。	救命講習を定期的に行っている。 急変時や事故発生時のマニュアルを作成している。		
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。	定期的に災害訓練を行い、利用者様が安全に避難できる方法を身につけている。地域の運営会議で、協力要請している。	消防署立会いのもと、年2回避難訓練を実施している。自動通報装置やスプリンクラーの設置、災害時に必要となる、カセットコンロや飲料水、非常食（カップラーメンなど）の備蓄もしている。又、地域の方々との緊急連絡網が近々完成する予定となっている。	
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。	ミーティングや研修を通じて、利用者様のプライバシーや誇りを損なわないよう、意識向上に努めている。	毎年、ホーム内研修を行っている。ミーティングで話し合ったりプライバシーに関する大切な事はスタッフルームを利用し話し合うなど、職員はメリハリを持った応対を心がけている。個人ファイルの管理はカーテンで目隠しされ、スタッフルームで集中管理されている。	
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ている。	利用者様との関わりの中で、スタッフはできるだけ希望を聞き取り、自己決定が困難な方には思いを汲むよう努めている。		
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。	利用者様の希望を大切にし、職員優先ではなく、生き生きとした生活が送れるよう、その人に合った働きかけを心掛けている。		

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。	ご本人の希望に沿うよう、支援している。希望を表せない方には、ご家族と相談しながら、その人に合うよう支援している。		
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。	好みや、季節を取り入れた内容を心掛けている。準備や片付けも利用者様と一緒に行っている。	食事の準備や片付けが出来る利用者は、自ら率先して行っている。ホーム内の菜園で収穫した季節の野菜や利用者の好物を取り入れるなど、職員が手作りしたメニューとなっている。新聞広告を見て「これが食べたい」と利用者からリクエストがあれば急遽メニュー変更したり、気分転換の外食（回転寿司など）臨機応変に対応している。	
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。	多種類の食材を使い、栄養バランスに配慮している。 各人にあった食糧にも気配りしている。 各食事時、おやつ字、入浴後、外出後、希望時、水分補給の支援をしている。		
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。	自力で行える方には声かけ。 出来ない方には介助で清潔保持している。		
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。	一人一人の排泄パターンや、表情等観察しながら、ご本人の意思も尊重し、失敗のないよう支援している。	生活日誌のチェックを行い、無理強いはせず一人ひとりに適したトイレ介助を心がけている。	
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。	水分補給を心がけ、しっかり飲んでいただくよう、声かけしている。便秘気味の方には、朝一番で牛乳を飲んでいただいている。 必要な方には、主治医等と相談し、緩下剤等の調整、対応を行っている。		
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。	基本的には、週2回程度入浴であるが、利用者様の希望があれば、毎日でも、いつでもというように、希望に沿うよう支援している。	利用者の希望に応じて、いつでも入浴可能となっている。わざわざ入浴に向かうことえを嫌がる利用者には「ついでに入浴しましょう」と、トイレに立ったり廊下を歩いている時に誘導するなど職員のユニークな工夫がみられる。	
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。	ベットか畳か、その人の希望で眠ってもらっている。日夜逆転の人も適宜声かけはさせていただくが、無理はせず、ご本人のペースで過ごしていただいたいる。		
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。	薬ファイル、往診ファイルで確認し、症状の変化に注意している。また、与薬ミスのないよう、様々なチェック体制をとっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価 実施状況	外部評価 実施状況	外部評価 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。	食事作り、掃除、洗濯の家事仕事全般的に、それぞれ役割を持ってもらっている。 地域行事への参加やレクリエーション等で、気分転換もしていただいている。		
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。	散歩、ドライブ、買い物はもちろん、日帰りや一泊旅行も体調や様子を見ながら支援している。	ホーム行事のお花見や旅行、地域行事への参加、日常的な散歩や買い物、ホームの菜園の草抜きや手入れなど外出する機会が多くある。全職員でホームにこもらない生活の支援を行っている。	
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。	管理出来る方には所持していただいている。買い物の際は、ご自分で支払い出来るよう支援している。		
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。	荷物が届いた時、お友達やご家族の声を聞きたい時、電話をしていただいている。		
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。	心地よい温度管理の中、日中には窓を開け、風や空気で季節を感じてもらったり、季節の飾り物や生花を活けたり、花を植えたりしている。 南向きのリビングからは海も見ることができ、気持ちよく過ごしていただいている。	瀬戸内海を臨むことができる明るいリビングダイニングをはじめ、浴室やトイレ、居室へとバリアフリーで繋がっている。面白い工夫で、利用者がいつでも座れるように要所要所にソファーが置かれている。2週間に一度のペースで生花店から季節の花が届けられ、美しい花が絶えない清潔感のあ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。	お好きな場所で、思い思いに過ごせるよう、ソファーの配置を工夫している。		
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。	使い慣れたなじみの鏡台や机等を置き、写真や花、ご自分の作品を飾ってもらっている。	介護用ベッド、クローゼット、冷暖房設備が全室備わっている。利用者の使い慣れた物や思い出の品は自由に持ち込む事が出来る。全室フローリングとなっているが、畳を敷く事も可能となっており、利用者や家族の希望で洋室を和室に変えることも出来るようになっている。	
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。	居室入口に表札、個人の持ち物には名前、雑誌や本、ホームでの写真等、いつでも出し入れできる所へ配置している。 階段等、付添い、声かけしている。		

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，その時々の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る	○	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，活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〇印）	
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　井口台みどりの家

作成日 平成 23年　12月　9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組み内容	目標達成に要する期間
1		災害時における、近隣の方々の協力を得るための関係作り。	災害時に町内会や近隣の協力をいただく。	運営推進会議等で、検討事項にあげ、連絡網の整備等を依頼。	6ヶ月
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。　　NPOインタッチサービス広島