

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 2 月 28 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3474200304
法人名	有限会社 トツ
事業所名	グループホーム ふぁみりい
所在地	広島県世羅郡世羅町本郷 965-1 (電話) 0847-25-5027
自己評価作成日	平成 25年 2月 16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 25年 2月 27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）】

「共に感じ、共に生きる」を事業所理念とし、グループホームでの生活の主体は利用者であることを念頭に日々の生活を送っていただいています。町の中心部にあり、利便性も良く地域との関係を維持しながらホームで生活が送れること、普段の生活の中で利用者の出来ることに目を向けています。

【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）】

○利用者一人ひとりとのコミュニケーションを大切に、ホーム都合を優先させず、自分で出来る喜びを感じてもらうケアを目指し、管理者以下強い意思で取り組んでいる。
○介護計画策定／モニタリング／計画見直しの仕組みが充実している。入居前、本人・ご家族の意思確認や情報把握に時間をかけ、綿密な計画が策定されている。モニタリングは、「毎日の項目チェック」、「6ヶ月毎の計画評価表」の作成とカンファレンスでおこない、その結果で計画見直しが行なわれている。この仕組みがほぼ定着し、高質なケア活動の支柱になっている。
○環境に恵まれ、地域とのつながりも深まりつつあり、利用者は本人本意で、居心地よく過ごせるホームである。

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。	管理者やリーダーに指導を受けながら実践に取り組んでいる。 日々のケアの中で、理念のもとにより良いケアが出来るように努めている。	独自理念「共に感じ、共に生きる」が設定されている。管理者による日常的な意識付などで徹底がはかられ、共有化されている。利用者が家庭的な環境下で、ゆったり、のびのびと喜びを感じてもらえ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。	施設内行事だけでなく、地域で行われている行事等への参加を通し、昔から親しんできたことや楽しさを感じて暮らしていけるように支援している。年々交流が深まっているように感じる。日々、買い出し等に出かけている。	祭り、盆踊り、運動会や清掃活動など地域行事には積極的に参加し、利用者を楽しんでもらながら交流している。また、ボランティアの方に来てもらったり、日常の買い物や散歩時の触れ合いを大切に、近隣との交流を更に深めるよう努力している。近隣高校の実習生受け入れも毎年行っている。	地域の方々にも参加してもらえる「ホームイベント（祭り、感謝祭）」の実施など、交流関係を更に強める努力を期待したい。	
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。	面会者やご家族と話をする時に、心がけて理解していただくように話している。 家族会で認知症のお話をしたことがあるがその程度に留まっている。			
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。	隔月に開催している。町職員や包括支援センターの職員、民生委員、利用者の家族の方が参加して下さっており、状況確認やサービス向上に繋がる話し合いが出来たと感じる。	2ヶ月に1回開催している。参加者は町職員、地域包括センター職員、民生委員、ご家族等で、ホームの近況、行事内容の説明の他、消防訓練や地域行事などについても話し合っており、結果はサービス向上に活かしている。		
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り組んでいる。	事業所の管理者が主に地域ネットワーク会議への参加や保険者との調整をしている。	届出や疑問点の確認など連絡を密にしている。町の担当職員には毎回運営推進会議に出席してもらい、アドバイスや相談にのってもらっている。また地域ネットワーク会議や研修会には積極的に参加し、良好な協力関係を築くよう努めている。		
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。	事業所内の研修にて、身体拘束について学んでいる。 日中は玄関の施錠はしていない。 防犯上の関係で夜間のみ施錠している。 身体拘束を行わない方法をまず考え、相談しながら日々のケアを行っている。	身体拘束をしないケアのための研修会などを行ない、具体的な行為の正しい理解に努め、日々のケアに取り組んでいる。また、日中玄関の施錠はなされておらず、見守り重視のケアを実践している。		
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。	事業所内研修にて、虐待について学んでいる。各職員が入浴や更衣時など日頃から利用者の皮膚状態の確認を行うなど、虐待の防止に努めている。			

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に支援している。	「成年後見制度」については、外部研修、社内研修で講習しているため学んでいる職員が多い。必要があれば、担当窓口に相談や紹介ができる。		
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。	相談受付時より、サービスの内容・料金などの説明を行い、申し込みの受付や契約を行っている。現在、相談受付や申し込み、契約については殆ど管理者が行っている。		
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。	日頃から利用者の意見や要望を傾聴し、職員同士が共有している。 運営推進会議や家族会へ家族・利用者様に参加を呼びかけ出来る限り参加してもらい、意見や要望などを運営に活かせるように努めている。	ご家族の意見や要望は、出来るだけ機会をつくり直接聴くよう心掛けている。運営推進会議や家族会にも出席してもらい、積極的に発言してもらうようお願いしている。ホーム便り「ひだまり」も、2ヶ月毎に配布している。意見などが出れば、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。	代表者に対しては、会議の内容や職員の状況など必要に応じて報告されている。職員全員の意見や提案を聞く機会はなかなか取れないが、リーダーや管理者が出来るだけ聞き、反映できるよう努めている。	ミーティングなどでの意見聴取のほか、管理者やリーダーは日頃のケア活動や話し合いを通じ、収集に努めている。提案や意見が出れば、みんなで話し合い、必要なことは代表者に報告し、可能な限り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。	スタッフ個人個人の資力度などの状況は管理者を通して代表者に報告がされている。 昨年と変わらず職員数が少なく、向上心があっても技術や知識の研鑽に対する時間が取れないのが実際である。また、その状況も運営者に報告をしている。 スタッフの意識の差が明確になっている(目標を持たずに働いているスタッフもいる)。各自が向上心を持っていない。		
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。	運営者は法人及び事業所内外への研修参加へは理解がある。研修会は事業所の年度計画に基づき行なっている。 現場での指導や、事業所での研修会等の実施は行なっているが、担当者が限られてくる。 段階に応じた指導や指導者に対するスーパービジョンが不足していると感じる。 働きながら資格の習得が出来るようにしている。 法人では、レベル別の研修体制作りをしている。 事業所内においては、新人指導ノートにて、育成状況の確認や課題検討がされている。		
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。	講演会や勉強会などの案内を通知し、参加を促されている。 地域内で行なわれている研修会・勉強会・交流会などへの参加啓発を行っているが、時間帯や勤務状況によりケアにあたるスタッフの参加が困難な場合もある。 敷地内にデイサービスなどもあり、事業所外の同業者の来訪があり、意見交換など行なっている。		

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
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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している。事前面談にはユニットの主任が同行して関係を作れるよう努めている。 ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。 相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。		
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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している。事前面談にはユニットの主任が同行して関係を作れるよう努めている。 ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。 相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。		
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。	相談を受けたときの現在の状況、ご家族、ご本人の主訴を確認しながら、必要な支援、他のサービスの紹介などを行なっている。ケアスタッフでは応えられないこともあるので、相談は管理者が受け付けているが、相談があった場合には必要事項を報告・対応している。		
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。	スタッフが会話の中などから学ぶことが多くある。本人の出来ることを活かし、生活の中で共に楽しめるような関係を築けるように努めている。本人の出来ること出来そうな事をみつけて、出来る喜びを感じてもらえるよう努めている。日常生活においてスタッフと利用者が一緒に過ごすうち相手を分かり合い学んだり支え合う関係ができています。忙しさから職員からの一方的な介護になることがある。		
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。	ご家族と話す機会をもってご家族の思っていることの理解を深めて、利用者を一緒に支えていける関係を築くよう努めている。また、受診結果など報告して遠方の方でも定期的に連絡を取るようになっている。受診対応を家族様に可能な限りお願いしている。		
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。	馴染みの方との往来があり、関係が途切れないようにしている。訪問美容を活用しているが、行きつけの店や要望がある方は利用を続けてもらっている。面会時にゆっくり過ごしていただけるよう努めている。	出来るだけ、これまでの生活が途切れぬよう、親戚、知人、友人などに来てもらい易くなるよう配慮している。また、帰宅、お墓参り、行き着けの美容院など、ご家族の協力も得ながら支援している。	
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。	利用者同士の関係の把握に努めている。 利用者の主張がぶつかり合い、難しい時もあるがスタッフが間に入る等トラブル防止に気をつけている。		
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。	必要に応じては、契約終了後も関係を維持するように努めている。 ケアスタッフがサービス終了後に会うことは少ない。		

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
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。	本人との会話から、本人の思っていること、やりたいことの把握に努めている。利用者の希望が叶わないときも納得できる話しかけをしていきたい。	入居時、ご家族・利用者の思いや意向、生活歴を可能な限り把握しアセスメントシートに記載している。その後も、日頃のコミュニケーションを大切に、把握に努め、個人記録と「暮らし情報シート」に追加記載している。把握した内容は可能な限り、日常ケアや計画見直しに活かしている。	
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。	普段の本人との会話やフェイスシートや家族に聞くなど、把握に努めている。これまで暮らして来られた環境と大きな変化が生じないよう趣味・リハビリ等引き続き行なっていく。コミュニケーションを大切にしていける。話や仕事の話からも把握するようにしている。		
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。	記録などから生活パターンや心身状態の変化の兆候などを把握し、必要に応じて要注意者にあげるなど見落としが無いよう努めている。また、日々の申し送りで、状態・状況の情報を共有できるようにしている。		
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。	定期的にケースカンファレンスを行い、スタッフ同士で本人に合った介護・支援が何か話し合い、介護計画を作成している。出来上がった介護計画を家族にみていただき、意見を求めている。	入居前、情報把握と話し合いに時間をかけ、その後カンファレンスを開き、関係者で充分話し合い介護計画が策定されている。その後のモニタリングは「毎日のケア項目チェック」と「6ヶ月毎計画評価」をもとに行なわれ、この結果を踏まえて計画見直し(6ヶ月毎、緊急時その都度)が行なっている。ご家族にも説明し了解を得ている。	
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。	毎日個別の介護記録へ、気付き等細かい所までしっかり書くようにしている。 1日3回(日勤・遅出・夜勤)の申し送りを行い、変わった事、数日間の出来事・様子等報告しあい情報を共有している。		
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。	当事業所は、グループホーム・デイサービス・小規模多機能ホームと施設が充実しているので、要望に応じて支援ができる。余暇活動には隣接するデイサービスを利用させてもらったりしている。		
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。	民生委員の来訪がある。 避難訓練を実地する時には、利用者も一緒に避難・消火訓練を行っている。		
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、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。	入居以前のかかりつけ医との関係(受診)を無理に断ち切らないようにしている。家族とも相談しながら、かかりつけ医の指示に従っている。利用者の状態の変化に留意し、かかりつけ医へ電話などで指示を仰ぐなど適切な医療が受けられるように支援している。	かかりつけ医の継続希望があれば、引き続き受診できるよう支援している。当ホームの場合、かかりつけ医＝協力医の利用者が殆どであり、入居後の治療や通院継続はスムーズに行なわれている。	

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。	併設事業所の看護士に相談したり診てもらうこともある。 協力医療機関などでは日常的な健康管理など相談はしやすく、受診時には話をしている。		
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。	入院治療が必要になった場合は、入院準備をして必要な情報を提供している。 入院中は電話や訪問にて本人の状態の確認と医療スタッフとの情報交換をするようにしている。 協力医療機関とは、地域医療連携室を通して連携が取れている。着替えを持っていく等して、スタッフの顔を見て安心してもらう。		
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。	契約の際に、常時医療が必要になったり重度化した場合には対応が難しいことを、ご家族には説明している。 常時医療が必要になったり重度化が予想される利用者の家族には、あらかじめ対応できる施設への申し込みをするようにお話ししている。	重度化し常時治療が必要になったときは、入院か他施設に移ってもらうことを説明し、納得して入居してもらっている。	
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。	事業所内研修の計画に位置づけている。消防署へ依頼し、救急法を学ぶ機会を設けている。		
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。	避難訓練を実施している。 地域の方への働きかけが出来ておらず、今後は避難訓練などに近所の方も参加していただく等協力体制を築いていきたい。	「ホーム消防計画」に沿って夜間想定も含め、年2回避難訓練を実施している。スプリンクラーや通報設備も整っている。	災害発生時の地域との協力関係づくり(合同避難訓練、自動通報装置への近隣組み込み等)の具体化を期待したい。
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。	日々、一個人として考えながら声掛けや対応するように努めているができていないこともある。気付いた時は指導をしている。社内研修で見つめなおす機会をもった。	一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを傷つけぬ対応や言葉遣いに気をつけている。プライバシーポリシーも設定・公開されており、気づいたときには指導している。個人情報、施設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。	行動の前には言葉をかけて意思の確認をしたり、一方的に話す・行うのではなく本人のしたい事を聞きだすなど、出来ることは相談のうえ実行している。難しい方には2択にするなどの工夫を行っている。		
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。	食事などの大まかな時間は決まっているが、それ以外は各利用者のペースで過ごせるように支援している。外出・買い物などへの支援をしているが、時には予め日にちを決めるなど、本人に相談するようにしている。		

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。	衣服の選択が出来るように声かけを行っている。理美容院へはなじみの所へ行けるように対応している。訪問美容も活用している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	炊事や準備など出来る方にはなるべく一緒にしている。一緒に食事を摂りながら利用者の好みを伺い、できるだけ残さず食べていただけるように盛り付けなど工夫するようにしている。月に一度利用者に食べたいものを聞き献立を立てている。	職員は食事を一緒に取りながら、適切な介助が行なわれており、ゆったりと楽しい食事になっている。できる利用者には、簡単な調理や準備、片付けと一緒にやっている。月に1度は、利用者の希望を聞いた献立の日、手づくりおやつの日など、食べることの楽しみづくりを心掛けている。	
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。	水分の確保が難しい方は、1日の摂取目標を定めて取り組んでいる。食事量・水分量共に記録に残し、必要量摂られているか確認出来るようにしている。腎臓病などの方へは、外注も利用している。歯の悪い方は、副食をキザミやミキサーなどにして工夫している。		
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。	声掛け、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。	排泄のパターンを把握し、トイレでの排泄が出来るよう排泄チェック表で時間を確認して、声かけや誘導をしている。外出や作業などの前にはトイレの声かけをしている。トイレ誘導の拒否がある場合は声掛けやタイミングなど工夫している。	排泄パターンを把握し、適時声かけや行動前声かけをおこない、トイレでの排泄が出来るよう心掛けている。拒否される場合もタイミングや呼びかけ方など工夫している。	
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。	1日の水分摂取量を記録し、水分不足を予防している。内服薬がある方については確実に服用してもらうと共に水分量の低下・運動不足予防に努めている。		
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。	本人の状況や職員の都合で入浴してもらっているところもあるがなるべく希望に添えるよう調整している。曜日を決めている方もおられるが、なるべく一人ひとりの希望に合わせて入浴できるように努めている。	週3回を目途にしている。午後を中心に、出来るだけ希望を聞きながら入浴してもらっている。時には、ディサービスの広い岩風呂入浴を楽しむこともある。	
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。	安心して休息できるように努めている。昼夜逆転のないよう努めている。必要があれば日中でも短い臥床時間を設ける。		
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。	職員は利用者の使用している薬をいつでも確認できるように診療録を設置し、理解や正確な服用に努めている。処方の変更があった際など、申し送り時に用途や副作用など確認して、状態の変化に注意している。服薬後の袋を取っておき、申し送り時に再度確認し、服薬漏れが無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。	手伝いをしていたり、気分転換にドライブに出かけるなど閉じこもりにならないように支援をしている。 一人ひとりの趣味活動に十分に対応出来ていない。		
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。	買い物の希望があれば、一緒に出かけている。 毎日の食材の買出しに同行していただき、外出の機会を作っている。 天気のよい日は散歩やドライブに出掛ける。 家族の方より利用者との外出の要望があれば対応している。	環境にも恵まれており、天気のよい日には周辺散歩やドライブに出かけている。毎日の食材買出しに同行してもらったり、外出行事を増やしたり、余暇活動に隣接のディサービスを利用するなど、出来るだけ外出機会を増やすよう取り組んでいる。	
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。	お金を持っておられることを、スタッフ一人ひとりが把握しており、買い物等で使えるように声掛けをしている。使用後はお小遣い帳を付け、本人も確認できるようにしている。		
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。	遠方の家族の方より手紙が送られてくる方もおられ、その都度一緒に返事を書いている方もおられる。 電話は、自ら電話をかけられる方はおられないが、本人の訴え時や必要時にスタッフと一緒にやっている。		
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。	カレンダーを月ごとに書き換えている。 花など季節のものを取り入れている。 日の光の強いときはカーテンを引いたり、照明の調整を行っている。	リビングは広く、明るく、適切な温湿度調整もなされており快適である。寛げる和室もあり、浴室、トイレや廊下部分もゆったりしている。通路など、あちこちにソファや椅子が置かれ利用者同士気兼ねな触れ合いに使われている。手づくりの作品、カレンダーや写真、観葉植物なども飾られており、利用者が居心地よくゆったり過ごせる共有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。	利用者一人ひとりが思い思いに過ごされている。 ソファで利用者同士でよく話をされている。 リビングで新聞やテレビをゆっくりとみられるように支援している。		
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。	利用者が居心地よく過ごせる様、使い慣れた家具などを持参してもらっている。	使い慣れた家具や生活用品が持ち込まれている。思い出の写真、作品や花など、きれいに飾られた部屋から殆ど何もない部屋までいろいろだが、いずれも清潔で、夫々居心地よく過ごせる居室となっている。	
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。	建物内部は全面バリアフリーである。トイレや浴室へ張り紙をしてわかるようにしている。居室には表札をしている。 椅子の高さが合わない方には、足置きを使用して高さを調整している。		

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 ふぁみりい

作成日 平成 25年 4月 1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	地域の方々にも参加してもらえ る「ホームイベント（祭り、感 謝祭）」の実施など、交流関係 を更に強める努力を期待した い。	地域の方々を招いての交流会を 行い「ふぁみりい」を知ってい ただいて気軽に来てもらえる交 流関係を作る。	年に1回「ふぁみりい」3事業 所主催で地域の方々に参加しや すい「お祭り」を開催する。	平成25年4月1日から1年間
2	13	災害発生時の地域との協力関係 づくり（合同避難訓練、自動通 報装置への近隣組み込み等）の 具体化を期待したい。	1年に1回は近隣参加の避難訓練 を実施する。	運営推進会議などに地域の方を 招いて災害時に地域の協力が必要 なこと、災害時の協力内容を 具体的に話し、避難訓練を行 う。	平成25年4月1日から1年間
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。