

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 4 月 4 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200197
法人名	(株)エポカケアサービス
事業所名	グループホーム五日市・みどりの家
所在地	広島市佐伯区五日市中央三丁目16-15 (電話) 082-922-7454
自己評価作成日	平成 28 年 3 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 27 年 3 月 30 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）】

「ゆっくり・いっしょに・たのしく」という、みどりの家の共通理念の実践により、ご入居者の方に対し「共感する心・思いやりの心」を高めています。
家庭的な関わりを行ない、私たちが入居者様の家族の一員として、同じ時を過ごしています。

【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）】

- 家庭的な暮らしを支え、家族のように接する職員がいる。
 - ・3食とも職員による献立づくりから調理、そして一緒にとる楽しい食事風景がある。
 - ・職員とともに地域行事への参加やドライブなどの外出が行われている。
 - ・面会や家族参加の茶話会も2ヶ月ごとに開かれ、家族と馴染の関係が保たれている。
- 終の棲家としての役割を果たせる職員と協力体制がある。
 - ・24時間の医療的な対応可能な体制を整えている。
 - ・開設から13年めを迎え、経験豊富な職員の存在と職員教育の仕組みが活かされている。
 - ・長年、多数のグループホームを運営する法人の1事業所であり、ノウハウの蓄積・展開と職員の育成・交流が運営に活かされている。

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	
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」という理念をフロアの良く見える場所に掲示し常に意識できる環境づくりと、面談や考課表記入の際にも理念の実践について協議する時間を設けている。	みどりの家の理念「ゆっくり・いっしょに・たのしく」をいつも目に付くところへ掲示し、職員の目標としている。毎月開いている全体会議とフロア会議で話し合うとともに、半年毎または必要時に行っている個人面談でも話し合って、理念の共有と実践に努めている。		
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。	町内会へ加入し、地域行事(町内清掃・運動会等の季節行事)に積極的に参加している。回覧板なども入居者の方と一緒にお届けしている。	町内会に加入し、盆踊り・秋祭り・とんど・運動会・町内清掃などに参加したり、幼稚園児の慰問訪問を受けるなど、地域の人々と交流している。		
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。	ホーム内への見学等は随時受け入れている。又時にはホーム解放日をつくり、地域の方に来ていただいてソフト食の試食やマッサージ等様々なおもてなしを体験していただく。近隣中学校の「職場体験学習」の生徒を受入れている。			
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。	会議でいただいた意見をホームの全体ミーティング、茶話会(家族会)に反映させている。	2ヶ月に1回のペースで開催し、利用者・家族・町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・他のグループホーム管理者に参加していただいている。事業所の現状報告を行い、要望を聞いたり意見交換などを行っている。結果は家族会の回数を増やすなど、運営に反映させている。		
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。	区の介護保険課との具体的な連携はない。但し、運営推進会議の際には地域包括支援センターの方が出席して下さり意見交換や地域の情報を共有している。	区役所とは手続きや相談で滞り無く協力していただいている。運営推進会議の報告は欠かさず行っている。		
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。	共通理念として、ホーム運営目標に盛り込んでいる。又、身体拘束についての研修も必ず行ない、職員の意識向上に努めている。	事業所の運営方針の中に「自分の大切な人を入れたい」と思う施設にする目標を設定し、全職員で取り組んでいる。身体拘束をしないケアについての研修は新人研修で必ず実施し、毎年全職員が事業所内研修を受けて、理解している。ホームの出入り口であるエレベータは日中、施錠せず、職員の見守りと付き添いによるケアが行われている。		
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逃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。	ケア向上委員会を組織し、不適切なケアの検討(ヒヤリ・ハット／事故報告)など教育と防止を行なっている。又、虐待についての研修も行なっている。			

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
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。	年間研修スケジュールに盛り込み、理解を深める機会をもっている。成年後見の活用について数名の方を対象に検討し「かけはし」の協力を得ている。		
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。	重要事項／契約など説明と同意を丁寧に行なっている。理解を深めるため入居のしおりも提示説明している。		
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。	二カ月に一度の茶話会(家族会)、運営推進会議やケアプラン変更時の面談などで意見・アドバイスをいただいている。	毎月のべ100回ほど、少ない利用者でも月1回の面会があり、要望等を聞いている。また、2ヶ月に1回家族の集まる茶話会や運営推進会議でも意見・要望を聞き、ケア向上委員会や勉強会に報告し対策を協議し、職員が共有して運営に反映させている。利用者の様子は毎月手紙でお知らせしている。	以前実施していた事業所全体のことを定期的にお知らせする事業所便りを再開されることを期待したい。
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。	毎月の全体ミーティング、及びフロアミーティングで意見・提案を聴く他、育成面談に於いても聴きとっている。	毎月開いている全体会議とユニット会議では一般職員からの懸案事項を議題とし、話し合っ運営に反映している。半年毎あるいは必要時に行っている個人面談で意見を聞いている。ホーム長は毎月本社の運営会議に出席している。	
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。	キャリアアップ制度を整え、給与水準・労働条件などの職場環境を整備している。又、資格取得のための勉強会も実施している。		
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。	研修担当の職員を充実させたり、システムを整えることで現場へ外向き必要な研修を行なっている。又、管理者は運営会議の都度、研修を受けている。		
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。	運営推進会議への参加や、地域(包括、ケアマネ会)主催の勉強会には参加しており、地域集合研修などの企画を提案・実施している。		

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。	入居前にケアマネジャー、家族、医師、相談員等、関係者から情報提供を受け、訪問面談を実施している。事前の入居体験機会を設けるなど関係づくりに努めている。		
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。	暫定ケアプランを基に話し合いを重ねている。当初はメールや電話により日々の様子を報告・相談させていただいている。		
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。	ご本人・ご家族の思いを丁寧に聴きとり、ケアプランを作成。具体的なサービス内容を明記することで支援の統一を図っている。		
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。	ホームの運営理念を常に念頭に置いたケアに努め、おひとりおひとりの『その人らしい暮らし』を支えていく風土づくりに取り組んでいる。		
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。	ケアプランの中にご家族の方による支援内容を盛り込み、ホームとご家族の双方で支え合う仕組みを構築している。又、毎月のご様子を送付し、気付きや相談を日々させていただいている。		
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。	友人・知人の来訪にはホームをあげて歓待している。手紙や電話の取次、家庭訪問や、馴染みの場所への外出を支援している。	毎月のべ100人の家族・友人・教え子などの面会があり、歓迎している。買い物・散歩・ドライブなどで馴染みの場所へもお連れしている。家族の協力で一時帰宅などもしていただけている。	
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。	日々の生活の中で入居者同士のコミュニケーションを大切にし、皆さんが主役となるようスタッフは関わり良好な関係づくりを支援している。		
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。	長期入院による退居後もご逝去まで本人、ご家族の相談支援に努めるようにしている。		

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
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。	日頃の関わりの中で、表情・言葉・エピソードなどを日誌や伝達ノートに記録。日々の振り返りやフロアミーティングで思いや意向を把握しケアプランに反映している。	入居前から面談やアセスメント情報の収集により、思いや意向の把握に努めている。日頃の関わりの中で把握できたことを日誌や伝達ノートに記録し、職員会議でも話し合っ	
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。	入居前にご家族からこれまでの生活や性格、本人の思い、家族関係など無理のない範囲で聞かせてもらっている。入居後ご家族とも良好な関係ができてから、あらためて聞かせていただいた貴重なお話は、職員とも共有しこれからの関わりに生かしている。		
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。	ケアプランに基づき、日々の振り返りで変化・気付きをまとめている。必要に応じ、詳細記録用生活日誌等、帳票を使い分けている。		
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。	担当者会議に家族の参加を得て、主治医等関係者の意見を参考に話し合い、介護計画を作成している。毎月モニタリングを実施し、6ヶ月毎に見直すほか、状態に変化が生じた場合はその都度話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	最初の介護計画は利用者・家族・関係者からの情報やアセスメント情報を元に仮作成し、サービス担当者会議に家族にも参加していただいて入居時までに完成・了解を得ている。介護計画の最長期限は6ヶ月とし、毎月モニタリングを実施して経過をA3用紙にまとめ、介護計画の継続判定を行っている。介護計画見直し時はアセスメント情報からまとめ直しから手順を踏んで再作成し同意を得ている。	
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。	直ぐにケアプランを参照、変化を生活日誌に記録できるよう配慮している。イベントでは個別対応を心掛け、写真などでの記録を大切にしている。		
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。	職員の友人・知人・ボランティア、ご家族などに運営に関わってもらっており、個別化・多様性への対応に取り組んでいる。		
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。	地域行事やお店、施設などに入居者さんと出向き、顔の見える関係を広げることで、地域での暮らしを楽しんでいる。		
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。	内科／歯科の先生に訪問診療をお願いしている(2回／月)。疾患などの早期の発見対応体制を築いている。	契約時にかかりつけ医と医療支援について説明している。現在、全利用者が事業所協力医をかかりつけ医としており、月2回の往診にて全利用者が受診している。医療機関と提携により24時間の医療対応が可能な体制をとっている。希望で訪問歯科も利用いただいている。	

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。	常勤の正看護師を配置し、日々の健康管理や緊急対応にあたっており、災害時の医療情報提供書も作成・更新されている。		
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。	主治医のドクターと看護職員により、入退院先の病院／SWとの連携相談など良好な関係づくりを行なっている。		
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。	入居契約の際、重度化／終末期に向けた方針についての確認書をお渡しし、意向などをお聞きしている。その上で、主治医・看護師・ご家族・ホームで連携・共有し、支援させていただいている。	契約時に「医療的な対応等に関する指針」「看取りに関する指針」の書類を提示して説明し、希望をお聞きするなどして同意いただいている。重度化するなどの状況に応じて、家族をはじめ関係者で話し合い、方針を共有し、看取りの場合は看取り介護計画を作成して支援にあたっている。	
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。	緊急連絡に基づき、連絡網を整備している。ヒヤリハット・事故報告はフロア全員で分析と共有を実践している。		
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、消防署の協力を得て、昼夜間想定避難訓練を実施している。又、防災委員を選任して全社を挙げて減災に取り組んでいる。今後、地域との協力体制を築いて行きたい。	年2回、消防署指導の下に昼夜間想定消防避難訓練を実施している。災害備蓄品を準備して緊急時の備えとしている。地域の協力体制を整えていく方針であるがまだ具体的な形はない。	運営推進会議と同日開催したり、近所へのお知らせや町内会への働きかけを継続するなど、少しずつ協力関係を拡充していくことを期待したい。
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。	ケア向上委員の選任と役割をホームで設定し、ヒヤリハット・事故報告の分析や尊厳の保持のための研修活動等を実施している。	事業所内で毎年研修を実施して、理解と実践に努めている。ケア向上委員会を設置して、選任の職員が自主的に問題に取り組み、会議等を通じて全職員へ展開する活動を行っている。個人情報ファイルは事務室の鍵付きロッカーに保管し、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。	認知症の理解とケア・傾聴による尊厳の保持など、ホーム内研修に取り組んでいる。		
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。	一日のスケジュールは、おおまかなもののみ目安としての時間を決めているが、それ以外は皆さんの思いに添って過ごしていただいている。急なご希望にも対応できるチーム力を向上させている。		

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。	季節の衣替えを一緒に行ない、足りないものをご家族にお願いしている。理美容は訪問してもらい、本人の希望に添っている。		
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。	入居者の希望を聴いて三食とも事業所で食事づくりをしている。買い物・下ごしらえ・味付け・盛り付け・配膳などできる事を職員と一緒にしない、同じものを食べ、会話や食事を楽しんでいる。おやつづくりや季節に合わせた行事食、外食にも出かけるなど、様々な側面で楽しんでいただけるよう支援している。	三食とも職員が献立づくりから調理まで行って、家庭的な食事を提供している。日々の献立は偏らないように配慮し、利用者毎に食べやすいように工夫している。陶器のお茶碗を利用者自身で選んでいただいたり、目でも料理を楽しんでいただけるような工夫をしながら、職員も一緒に同じ料理を食べ、楽しい食生活を支援している。	
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。	テーブルや椅子を整え、美味しく、楽しく食べれる工夫をしている。水分についても、こまめにお出しし水分量を記録することで各人の摂取状況による個別対応を行なっている。		
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に、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。	予防的訪問歯科による指導に基づき、毎食後の清潔保持に努めている。		
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。	おひとりおひとりの仕草や排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して、さりげない声掛けや誘導で、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。	利用者一人ひとりのサインや排泄チェック表を利用してトイレ誘導を行っている。夜間は利用者それぞれの事情に応じて定時声掛けや睡眠優先の支援などを行っている。職員は排便コントロール等の勉強会を行って排泄自立支援に向けた学習を行っている。	
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。	水分量の把握、排便の記録に努め、できるだけ食事により便秘の予防に心がけている。困難な方には医師に相談して薬の処方をしてもらっている。薬は調整できるように分包としている。		
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。	入居者の希望に添って、隔日を基本に、午前でも午後でも、ゆっくり入浴できるように支援している。入浴したくない場合には、声掛けの工夫や日をずらすなどして対応している。入浴に附帯して、マッサージや肌の保清など、心地良く楽しんでいただけるような工夫をしている。	2日に1回のペースで声掛けを工夫しながら入浴のご案内をし、希望によっても入浴していただいている。午前でも午後でも希望に応じて入浴いただき、入浴中は歌や職員との会話を楽しんでいただいている。長年の習慣から夜入浴したい要望があるが実現は難しい。	
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。	朝日を浴びる起床の声掛けに始まり、夜の安眠へ導く流れを支援している。		
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。	内服のチェック表を活用し、確実な与薬を実施している。変化を記録し、減薬につながるようケアの見直しを同時に検討・実施している。		

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
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。	毎日の家事仕事、季節の飾り物の作成、音楽の会などを通じて、出来ることの継続や、各々役割を持つことなど、楽しみごとを広げてゆけ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。	買い物や近くの散歩、外出などの機会が確保できるよう、家族や地域の方の協力をお願いしている。	家族の協力もいただきながら、近くの公園への散歩やコンビニでの買い物に出かけていただいている。また、利用者2人と職員2人の4人で週一回以上のドライブを実施している。屋上では気候の良い時にティータイムを過ごしたり、野菜や花を育てたり、洗濯物干しなどを行って外気に触れていただいている。	
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。	ホーム規則では所持金は認められていないが（ホーム立替）、個別対応で少額を管理、支払などを支援している。		
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。	各フロアに電話があり、希望時家族に電話をかけてもらっている。ゆっくり話せるようプライバシーに配慮している。手紙を書かれた時は一緒に投函するなどして家族に送るようにしている。		
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。	清潔・整理整頓に努め、季節の花や飾り物などを設けたり、壁にカレンダーや行事の写真を貼り季節を感じられるようにしている。天候の良い日には屋上でのお茶の時間をつくるなど非日常の楽しみ方にも工夫している。	対面キッチンを中心にリビングと浴室・トイレ・居室への通路が配置され、広く見守りができる。照明や気温・湿度も程よく調整されている。照明の色、BGM、香りにも気配りがされている。リビングの空間を2箇所に分け、利用者それぞれに過ごせる場所も設けている。さらに3Fは最近模様替えを行い、利用者のリビングで過ごす時間が伸びている。壁などには利用者と職員が一緒に作った作品などが飾られ、和やかな雰囲気をつくっている。	
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。	キッチンを挟んで食堂と居間があり、会話など気兼ねなく行なえるレイアウトになっている。ソファもその時々位置を変えて居心地良く過ごせる空間づくりを心がけている。		
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。	使い慣れたタンス、テレビ、鏡台、仏壇、小物などを持ち込み、壁面に家族写真を飾るなど、居心地良く安心して過ごせるよう工夫をしている。	介護用ベッドとエアコンが備え付けてあり、他の生活用品（タンス・テレビ・仏壇等）は利用者それぞれに持ち込まれて部屋づくりがされている。家族の写真や手作りの作品などが飾られ、居心地良く過ごせる工夫がされている。部屋は清潔で整頓もされている。	
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。	シルバーカーや歩行器、車椅子の方も自由に行き来できるよう、狭い中でも動線を工夫している。キッチンには皆が見渡せる所にあり、会話を楽しみながら、下ごしらえや調理・配膳も一緒にするようにしている。屋上や居室のベランダで野菜やお花を育てて水やりや手入れをしてもらっている。		

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 グループホーム五日市みどりの家

作成日 平成 28 年 7 月 27 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	事業所全体のことを定期的にお知らせする事業所便りを再開ができていない。	毎月通信を作成して外部者に表し意見をお聞きして運営に反映する。	毎月通信を作成し、毎月家族に郵送をする。また運営推進会議で地域の方に見て頂きご意見・ご感想をお聞きして運営に反省する。	6 か月
2	35	年2回、消防署指導の下に昼夜間想定 の消防避難訓練を実施している。災害 備蓄品を準備して緊急時の備えとして いる。 地域の協力体制を整えていく方針であ るがまだ具体的な形はない。	近所へのお知らせや町内会への働き かけを継続するなど、少しずつ協力関 係を拡充していく。	運営推進会議、地域のイベント等 で町内会長、地域の方に声掛けを して協力関係を得る。	1 年
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。