

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 10 月 17 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490100330		
法人名	株式会社 シーフォークエイツ		
事業所名	グループホーム 山ぼうし		
所在地	広島市安佐北区白木町大字秋山890-1 (電話) 082 (828) 7636		
自己評価作成日	平成25年10月5日		
評価結果市町受理日	平成	年	月 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）】

当事業所が力を入れている点は、開設以来変わりはないが、職員1人1人が入居者の要望を否定することなく、可能な限り要望を実現させていこうとする姿勢を取っている事です。また「入居者の方々が当施設で安心・穏やかに生活を送って頂くにはどうしたらいいのか」という事を職員1人1人が考えて、その人に合った生活が支援できるように努めている事です。

地域密着型を目指して、様々な催しを行っている点です。開設以来様々な行事を行い、地域の方々にも参加をお願いして出席してもらってきたが、その甲斐があつて地域の方々にも当施設が認知されるようになってきている事が力を入れている、もしくはアピールしたい点です。

※ 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 25 年 10 月 16 日

### 【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）】

○地域に積極的に働きかけることで、強い地域との連携、強い絆づくりが進んでいる。神楽、コンサート、カラオケ教室、住職の講和・など事業所行事には、地域の方々に参加を呼びかけ、多くの方に参加してもらっている。また、災害発生時、地域で相互協力するための地域協定を結ぶなど、積極的に働きかける事で、支え合う地域関係が深まっている。

○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。本人、ご家族の意見確認や情報把握に時間をかけ、関係者で充分話し合い、綿密な計画が策定されている。3ヶ月毎のモニタリングは工夫されたケア記録と職員からの聞き取りでおこない、これをベースに、6ヶ月毎の計画見直しが行なわれている。この仕組みが定着し、適確な計画設定に繋がっている。

○自然環境に恵まれている。利用者は、自然の中で、地域に支えられ、明るいベテラン職員と共に、ゆったりと安心して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。	毎朝の申し送り時に施設の理念を復唱することで、実践できるようにしている。	事業所独自理念「常に利用者さんと、ご家族の立場に立って…地域と連携を図り…」が設定されている。事業所内に掲示すると共に毎日の申し送り時での唱和など、機会あるごとに徹底がはかられ、日常のケア活動で実践されている。	
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。	施設での行事に参加して頂いたり、町内会行事、防災活動、認知症サポーター養成講座等を通して、地域とのつながりをつくっている。	自治会に加入し、清掃活動など地域行事に参加している。事業所行事(神楽、コンサート、カラオケ教室、講和会…)には、地域の方に積極的な参加呼びかけを行い、多くの方々に参加頂いている。また、災害発生時、相互協力体制をとるための地域協定を結ぶなど、地域に積極的に働きかけることで地域との連携・絆づくりが進められている。	
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。	地域包括支援センターからの要請で、認知症サポーター養成講座を開催している。		
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。	2か月に1度運営推進会議を開き、そこで当施設の現状と今後の展望の説明している。また出席者の方々からの意見を傾聴し実践していく事で、施設サービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回開催されている。参加者は町内会長、民生委員、市職員、地域包括センター職員、ご家族などで、事業所の近況、行事内容・予定のほか、必要に応じて防災問題、認知症問題などを話し合い、貴重な意見やアドバイスをいただき、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組んでいる。	運営推進会議、生活課・介護保険課との電話連絡、月1度の介護支援専門員連絡協議会の参加をする事で協力関係を築いていけるようにしている。	日常的には届出や相談・問い合わせの連絡、運営推進会議での話し合い、定期的ケアマネ連絡会議への参加などを通じ、相互の協力関係が築けるよう努力している。	
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。	フロア会議、定期勉強会において研修をおこなうことで各職員が身体拘束をしないという事の重要性を再認識している。	身体拘束をしないケアのための勉強会や研修を行ない、具体的な行動の正しい理解に努め、日頃のケア活動に取り組んでいる。出入り口は、時間限定(朝夕)ながら施錠せず、見守り重視ケア実践への努力がなされている。	
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。	フロア会議、定期勉強会、外部研修に参加する事で虐待をしないようにするには職員1人1人がどうすればよいのかという事を考え、話し合うようにしている。		

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
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。	後見人制度については、地域包括支援センター、司法書士から教授される事で勉強し、当施設で対象となる入居者に対しては必要があるかどうか話し合いをしている。		
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。	契約時、解約時、変更時には家族に説明をおこなう事で理解は得ている。また家族から質問・疑問があれば、その都度説明をするようにしている。		
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。	面会時、電話連絡時サービス担当者会議時、運営推進会議において家族からの意見・要望があれば反映するようにしている。 また当施設の玄関先にも意見箱を設置しており、要望があれば反映するようにしている。	ご家族の意見や要望は、面会時やケアプラン見直し時など出来るだけ機会をつくり直接聞くように心掛けている。隔月ホーム便りをつくり、利用者の生活状況などもお知らせしている。これまで苦情は殆どないが、出れば記録に残し、手順に従って話し合い、解決し、運営に反映させることにしている。	
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。	常に管理者は職員とコミュニケーションを取る事に気を配り、話し合う機会をつくっている。 また会議においても話をする機会を設けている。	ミーティングなどでの意見聴取のほか、管理者は日頃のケア活動や話し合いを通じても収集に努めている。提案・意見が出れば、話し合い、可能な限り運営に活かしている。	
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。	年2回の賞与、親睦会、リフレッシュ休暇勤、勤務希望を取り入れる事で、働きやすい職場環境をつくるようにしている。		
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。	施設内・外の研修に参加する事で、介護に関する知識・技術の向上に努めている。		
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。	介護支援専門員連絡協議会の参加、グループホーム間の施設実習、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に訪問する事で、介護に関する情報を交換・共有する事でサービスの質の向上に努めている。		

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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	サービス開始前に事前訪問し、本人から話を傾聴する事で安心を確保するための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。	サービス開始前に事前訪問し、家族から話を傾聴する事で安心を確保するための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。	サービス開始前に事前訪問し、本人、家族から話を傾聴する事で、必要としているサービスを検討し、提供できるようにしている。		
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。	各職員は施設を家だと思い、入居者の方々を自分の身内であると思う事で、一緒に生活をしているという関係を築いている。		
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。	面会時、家族に電話連絡をする際に、家族の意向を聞き、また本人からも話を聞き両者の思いを反映する事で共に支えていく関係づくりをしている。		
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。	面会や電話連絡に制限を設けることをしないようにする事で馴染みの人との関係が途切れない様になっている。	これまでの生活が、出来るだけ途切れぬよう、親戚、知人、友人など誰でも気楽に来てもらえるよう配慮している。また、利用者の希望する「行きたいところ」があれば、ご家族の協力も頂きながら希望をかなえ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。	職員一人一人が入居者同士との関係が上手くとれるように会話やレクリエーションを通じて、関わりが持てるように支援している。		
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。	退所後も、施設の行事がある時には連絡をし、参加の呼びかけをしている。またその際に、困ったことがないか等、話を傾聴している。		

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。	入居者の方々が「何を要望されているか。」という事を常に考えてケアに従事している。また本人からの要望があれば、可能な限り実践できるようにしている。	入居時、ご家族や利用者の思いや意向、生活歴を聞き取りアセスメントシートに記載し、初期介護計画に反映させている。その後も、日頃のケア活動を通じ、把握に努め、6ヶ月毎に新・アセスメントシートに記録し、介護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。	入所前に訪問し、本人もしくは家族から話を聞いたり、かかりつけ医、福祉利用施設の職員に情報提供を受ける事で、利用しようとしている方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。	入居者一人ひとりの生活を記録していく事で、各入居者の暮らしの現状の把握に努めている。		
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。	家族・担当職員・介護支援専門員・(協力医)が集まって定期的にサービス担当者会議を開いて、その場において意見やアイデアを出し合い、それを反映する事で現状に合った介護計画を作成している。	当初の介護計画は一人ひとりの課題、ケアのあり方について、利用者、ご家族、関係職員、協力医などで充分話し合い、意見を出し合って策定されている。その後は3ヶ月毎にケア記録と職員からの聞き取りでモニタリングシートを作成し課題評価を行なう。この結果を元に、6ヶ月毎サービス担当者会議で話し合い、計画見直しが行なわれる。計画策定、評価、見直しのサイクルが巧く定着している。	
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。	1日の中で入居者の変った様子を業務日誌に記載したり、朝・夕に職員間で申し送りをする事により、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しを活かしている。		
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。	ご本人に関しては、生活する中で生まれるニーズはその時々で対応するようにし、ご家族からの要望があればその都度対応していくようにすることで、既存に捉われないケアを実践している。		
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。	地域包括支援センターと連携を取り、社会資源の情報を受ける事で把握するようにしている。		
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支援している。	事業所と提携している協力医の元に受診しているが、ご本人・家族からの要望があれば、入居する前に通院していたかかりつけ医にも受診するようにしている。	協力医受診を原則にしているが、希望があれば、これまでのかかりつけ医の受診も可能であり、通院支援も行なっている。協力医による月2回の往診、毎週の訪問看護、月1～2回の歯科医往診など適切な医療が受けられるよう支援されている。毎月「医療記録」を作成し、ご家族に送付することで安心を与えている。	

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1回の訪問看護時に、入居者の状態を報告する事で適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院先の病院とは入居者の情報・状態を細目に連絡を取り合う事で把握しようとしている。また定期的に訪問する事により、共同関係を築くようにしている。		
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。	契約時に当施設でケアできる範囲を説明し、納得してもらっている。また入居者の状態が悪くなった時点で説明をして納得してもらっている。	終末期の対応については、常時医療行為が必要になったときの医療対応はできないことをはっきりさせ、納得して入居してもらっている。その後、体調など悪化した時は、移行先をさがすなど、可能な限り納得してもらえよう取り組みを心掛けている。	
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。	定期的に勉強会をする事で、急変や事故等に備えている。		
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。	地域住民・消防団員と連携を取り、年に1回は訓練を共同で行うことで協力体制を築いている。また1～2か月置きに施設での消防訓練を実施する事で避難方法を身につけようとしている。	年2回消防署の指導の下での避難訓練を実施している。その内1回は地域の方や消防団員と共同で実施している。災害発生時、地域相互協力体制をとるための地域協定も結んでいる。また、2ヶ月に1回程度、事業所単体の訓練も行い、職員全員が避難方法を習得できるようにしている。	
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。	職員1人1人が入居者の尊厳に注意しながら、気分を害さない声掛けを行っている。また定期的に勉強会をし、プライバシー保護に関しての意識づけを行っている。	誇りやプライバシーを損なわぬよう、一人ひとりに配慮した言葉遣いや対応に努めている。定期的な勉強会も行なっている。個人情報取り扱いに注意し、スタッフルームの棚で一括管理されている。	
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。	ご本人からの要望があった時には、傾聴し、施設で対応できる範囲内であれば実践するようにしている。		
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。	施設での業務は確立しているが、入居者の方々が自分本位で生活できるように気配りをして、ケアに従事している。		

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。	起床時に整容することで、身だしなみに気を付けるようにしている。		
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。	職員と入居者が一緒になって食事が作れるように配慮するようにしている。	食材は外部委託だが、調理は職員が行い、必要な利用者にはアレンジした食事が提供されている。カウンター型キッチンからは調理の音や匂いが漂い、五感を刺激する。職員と一緒に食事し、家庭的で和やかな食事時間となっている。	
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。	記録に入居者の状況を明記する事で1日の食事・水分摂取量等が解るようにしている。		
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。	食後に歯磨きをすることで口腔の清潔に努めている。また歯科医に往診に来てもらう事で歯周病等の疾患予防にも努めている。		
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。	なるべくトイレでの排泄をしてもらうために、入居者一人一人の排泄の間に沿ったトイレ介助を行うようにしている。	時間や習慣など一人ひとりのパターンを把握し、タイミングを見ながら誘導し、出来るだけトイレで気持ちよく排泄してもらうようにしている。	
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。	十分に水分を取ってもらうようにしたり、適度な運動しっかりした睡眠をとってもらう事で、便秘の予防に努めている。また便がない時には協力医と相談して下剤を服薬してもらっている。		
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。	なるべくご本人の要望には応えるように検討はしているが、業務上の都合により、毎日の入浴、入浴時間には応える事ができていない。	週2～3回程度を目途にしている。利用者の体調を見ながら、希望の時間に入浴してもらえよう柔軟な対応に努めている。ゆず湯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。	入居者一人一人の就寝時間に合わせて、寝てもらえるようにしている。また入居者が自分のペースで生活できるように支援している。		
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。	各入居者の個人ファイルに処方されている薬やその効用を添付していることにより、服薬の支援と症状の変化の確認ができるようにしている。		

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
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。	事前訪問時にご本人の生活歴を聞いたり、施設生活において要望があれば実践していくようにする事で、張り合いや喜びのある生活が提供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。	日課として散歩や日光浴を取り入れているが、天候上できていない時がある。またご本人・家族から希望があれば戸外に外出できるように努めている。	ホーム内に引きこもった生活にならぬよう、近場の散歩、買い物、ベランダなどでの日光浴など日常外出や外気に触れる機会を増やすよう心掛けている。	外出機会が少なくなっており、現在、「散歩を日課」にする取り組みがはじめられている。この取り組みの実行と早期定着を期待したい。
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。	基本、金銭管理はご家族か施設で管理しているがご本人からの要望があれば、購入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。	連絡が取りたいとの要望があれば、電話や手紙等でやり取りができるようにしている。		
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。	共用の空間は不快な空間にならないように、清掃をする事で清潔感を保つようにしている。また職員と入居者が一緒に創作物をつくり、飾る事で居心地の良い空間をつくれるように努めている。	2階建て、ユニットは夫々1階と2階にある。いずれのリビングも広く明るくおしゃべり、通路、トイレ(4箇所/ユニット)、風呂もゆったりとし、バルコニーやテラスに出ると開放感が味わえる。ユーティリティスペースも広い。温度や湿度も適切に管理され、混乱を招くようなところもない。部屋には手づくりの作品や花が飾られており、利用者が居心地よくゆったりと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。	共有スペースにソファや食卓机を設置しており、入居者は思い思いに時間を過ごす事ができるように配慮している。		
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。	今まで使用していた家具や生活用品を持ってきてもらうことで、本人が心地よく生活を送ってもらえるようにしている。	やや広めで二重窓、使い慣れた家具や生活用品が持ち込まれている。飾りつけには個人差があるが、いずれも清潔で明るく、居心地よいスペースとなっている。夫婦用の部屋もある。	
		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり			



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
55		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。	建物内部はバリアフリーの設計なので、安全に自立した生活が送れるように工夫している。		

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 ③利用者の3分の1くらい 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と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	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	⑤ その他（ ）
2	自己評価の実施	<input type="radio"/>	① 自己評価を職員全員が実施した
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	⑤ その他（ ）
3	外部評価（訪問調査当日）	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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）
		<input type="radio"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="radio"/>	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）
		<input type="radio"/>	⑤ その他（ ）

## 2 目標達成計画

事業所 グループホーム 山ぼうし

作成日 平成25年10月29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。

### 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	18	施設内での活動（レク）はできているが、施設外での活動はあまりできていない。	外出する機会を増やす。	<ul style="list-style-type: none"><li>・散歩を毎日の日課とする。</li><li>・テラスに出て日光浴をする。</li><li>・個別を含めた外出の機会を作る。</li></ul>	6ヶ月
2	9	職員間の情報の共有が上手くできていない。	職員間で情報を共有できるようになる。	<ul style="list-style-type: none"><li>・毎朝・夕に各入居者のケア情報を申し送りするようにする。</li><li>・新しい情報・更新された情報に関しては、職員連携ノートに記載し、読むようにする。</li></ul>	3か月
3					
4					
5					

評価項目の番号を記入すること。  
場合は、行を追加すること。