

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 10 月 23 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470103726
法人名	有限会社 あけぼの会
事業所名	グループホーム あけぼの
所在地	広島市南区皆実町1丁目13-2 (電話) 082-250-6923
自己評価作成日	平成 28 年 10 月 10 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）】

家庭的な雰囲気を出すことで、利用者に自分の家にいるような安心感を持ってもらいながら、医療機関と随時連絡、連携、往診して頂き心身ともに健康的に過ごしてもらっている。

※ 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 28 年 10 月 21 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）】

平成15年12月、1ユニットでの開設、平成25年には2ユニット体制となったキャリアを積んだグループホームである。
事業所の理念『家庭的な雰囲気で楽しむ いきいきと豊かな毎日を支援します』を常に意識をして利用者一人ひとりのスタイルを尊重し、家庭的でゆったりとした雰囲気を心がけた介護を実践している。
町内会に加入し地域行事や事業所行事を通じての相互交流、地域ボランティアとの交流機会を大切にしている。又、協力医療機関や訪問看護師との医療連携により重度化した場合の対応などは明確な指針を共有しながら、利用者・家族の希望に沿ったターミナルケアが行えるよう支援体制を整えている。
職員は、いつも利用者の思いに寄り添いながら穏やかに一緒に楽しく過ごせるよう共通の認識を持って支援している。

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
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。	理念「家庭的な雰囲気を楽しむいきいきと豊かな毎日を支援します」と毎朝ミーティングで唱和し職員にも浸透し、実践している。	開設当初からの事業所理念を今も大切に掲げている。目の付きやすい所に掲示し、毎朝必ず唱和を行う時間を設け、この理念を念頭に職員は利用者と共に楽しみながら、利用者にとって一番良いケアに繋がるよう全職員で取り組んでいる。	
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。	地域行事(盆踊り、花植え、とんど等)に参加するとともに、地域ボランティアの方々に来て頂き交流を行っている。散歩の際に気軽に挨拶を交わすなど常に地域との関わりを持っている。	町内会に加入し、年間を通して地域の行事には積極的に参加し良好な関係を築いている。地域のボランティア団体による紙芝居・読み聞かせ・演奏会なども行なわれ、地域の方々との楽しい交流の場となっている。又、地域の公民館で認知症アドバイザーとして講演を行うなど、地域貢献にも力を入れている。	
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。	以前、認知症アドバイザーの資格所有者が公民館等で講演を行っている。最近では運営推進会議で地域の方との話しの中で活かしている。		
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ヶ月に1回開催し、議事録をまとめ市へ報告している。地元老人会、近隣の方、地域包括センター、民生委員、家族から参加頂き現状報告や課題について話し合いサービス向上に活かしている。	年6回、運営推進会議を開催している。参加メンバーは、地域包括支援センター職員・老人会メンバー・町内会の方々・利用者家族・職員となっている。前回の外部評価で町内会の方にも会議の参加を促す働きかけを期待していた経緯もあり、社長自らが町内会の方々に直接声をかけ、運営推進会議の参加メンバーへ加わって頂き、更に充実した会議となるよう努めている。	
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。	サービスに関する相談や空室、利用希望者の情報交換について市区担当者と連携を図っている。	市の担当窓口や生活保護課、実践者研修への参加など、日頃から各々の担当者と良好な連携・協力関係を築いている。	
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。	増築工事の際、玄関のみ電子キーでのロックがかかっている。しかしそれ以外での身体拘束は行っておらず、代替案にてケアを行っている。やむおえない場合に限り本人、家族了承のもと一時的なケアを行っている。	全職員で「身体拘束をしないケア」について正しく理解をし、日々のケアに取り組んでいる。事業所の構造上、各ユニットの出入り口には事故防止の為、電子キーロックがかかっている。しかし、見た目にも特に閉鎖感はなく、利用者は自然体で過ごせる様になっている。又、契約時には、電子キーロックの必要性を本人・家族に必ず説明を行ない、理解と了承を得ている。	
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に注意を払い、防止に努めている。	外部への研修に行き研修報告を行い、事業内部でも研修を行うことで職員一人ひとりが理解し防止に努めている。		

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。	内部の認知症ケア研修で法制度について学んだり、現在利用している利用者への支援を行っている。必要と思われる利用者には区に相談に行っている。		
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、解約の際は十分な説明を行い、疑問点、不安点については早期解決を目指し理解、納得して頂けるようにしている。		
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。	2ヶ月に1回運営会議にご家族をお呼びし、民生委員、地域包括等と話し合いの機会を設け今後の運営に活かしている。また2年に1度家族会を開催し家族より意見を頂く機会を設けている。	運営推進会議への参加の他、利用者家族には出来る限り来所して頂き、直接顔を合わせて会話をするように努めている。家族会では、食事会や演奏会などを行ない、リラックスした雰囲気の中で貴重な意見や要望が聞ける機会が設けられている。又、意見ポストの設置、苦情窓口も適正に明記されている。	
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。	1ヶ月に1回ケア会議を開き職員からの意見や提案を聞き職員全体で話し合い運営に反映させている。	ケア会議や日頃の会話・話し合いの中で、職員の意見や提案が、遠慮なく言いやすい職場環境が整えられている。各ユニットの会議で議題になり話し合った内容は、議事録として「ケア会議ノート」にまとめられ、そのノートはそれぞれのユニットの職員が必ず目を通し全職員で共有出来る仕組みが作られている。	
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。	出来るだけ職員一人ひとりと話し、解決策がある場合は策に努めている。又年に1度昇給等もやっている。各人の得意不得意、担当を決め責任をもって努めて頂くようにしている。		
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。	職員の力量、経験年数にともなった法人外の研修を受ける機会を設け介護ケアの向上に努めている。働きながらの資格取得を協力、優先している。		
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。	研修会等に参加し、同業種との意見交換し互いに問題解決提案策を出し合い自事業所に持ち帰り検討し取り組んでいる。		

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。	出来るだけサービス開始前より本人とアセスメントすることで本人の訴えを聞き、信頼関係の構築に努めている。その後も一日も早く施設に慣れて頂くための関係づくりを行っている。		
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。	サービス開始前より家族の不安点、困っていることを傾聴することで信頼関係の構築に努めている。入所後も家族に1月ごとの手紙等で本人のご様子やお話をお伝えしている。		
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。	アセスメント後情報をもとに職員を交えて利用者に何が必要であるか見極めてサービス提供にあたっている。1月の様子見をご本人に合ったプランを計画している。		
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。	利用者に対し尊敬の念を念頭におき、喜怒哀楽を共に感じることで関係を築いている。また出来るものは職員と一緒にいる等している。		
19		○本人と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。	利用者の状況を電話や毎月の手紙、季節新聞又面会時でお知らせすることで情報を共有し、共に利用者を支えあっている関係を築いている。		
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。	家族の了承を得た上で本人と面会したり馴染みの人との縁を絶やさないよう支援に努めている。	行きつけの美容院や理髪店、お墓参りなど利用者がこれまで築いてきた馴染みの関係・場所が途切れないように支援している。担当職員による自筆の手紙で利用者の日頃の様子を伝えたり、3～4か月に1回発行している職員手作りの「あけぼの便り」を郵送するなど家族との関係も疎遠にならないように努めている。	
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。	利用者同士で雑談をしたり、レクの参加や散歩へ行くようにしており、利用者同士が関わり合う機会を設けている。		
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。	必要に応じ本人家族からの相談にのっている。		

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
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。	一人ひとりの思いや希望については傾聴し意向に沿うよう努めているが、困難な場合は話しを傾聴し、気を紛らわすよう他の提案を行ったり、家族を交えて解決するように努めている。	契約時に、本人・家族と十分に話し合い、聞き取った思いや意向、生活歴は基本情報としてアセスメントシートにまとめられている。その後、日常ケアで把握した情報等は、個人記録や日誌に細かく書き留め、介護計画の作成・見直しに活かされている。	
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。	前任のケアマネや家族から本人の様子を聞きサービス利用への向上に努めている。		
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。	ご自分で出来ることは行って頂き、個々の生活、能力に合った1日の過し方を提案している。		
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。	本人のニーズを基に家族からの要望をお聞きし、医師やナースに相談、ケアプランを作成し、話し合い意見を反映させている。	本人・家族と話し合い、関係者で意見を出し合い検討された暫定介護計画からスタートする。約1か月経過した段階でモニタリング評価を行ない正規の介護計画としてが確定させている。介護計画の進捗状況等の確認は「ケアチェック表」を用いて毎日行なわれ、3ヶ月毎に実施するモニタリングと評価に反映され、現状に即した介護計画となっている。	入居前からの、利用者とのやり取りや経過を書き留めている書類を、誰にでもわかりやすい形に整えられることを期待したい。
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。	利用者の様子、状態を常に観察し、記録し申し送り等で職員間での情報を共有し、定期的にモニタリングを行いその結果を見直すことで次のプランニングに活かしている。		
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。	様々なニーズに対応できるよう職員間の連絡、相談、報告を行いその時々その人にあつたサービスの対応にあたっている。		
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。	地域行事に参加することで心身ともに地域と一体化してもらい、暮らしに楽しみを持ってもらうようにしている。		
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。	入所前に事前に本人がかかりつけ医を確認し、本人及び家族の希望のもと納得が得られた場合は事業所協力医の指示のもと適切な医療が受けられるよう支援している。	これまでの、かかりつけ医の継続受診も可能となっているが、本人・家族の希望により全ての利用者が事業所の協力医療機関を受診しているのが現状である。2週間に一度の往診、毎週木曜日の訪問看護師による健康チェックなど、適切な医療対応がなされている。	

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
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。	訪問看護は1/w来所し全員と面接し健康管理を行っている。その際、個々の利用者とは会話、訴えを聞き、職員より現状を聞き適切な診療や看護にあたってもらう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。	施設を入院等する際は、利用者の情報を記した「退所要約」「現状時要約」を文章で渡し、その後も質問や相談を行うことで病院関係者や家族との関係作りを行っている。		
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、事業所です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。	「入所時に重度化に関する指針」をもとに説明、理解して頂き、その後のケアについては綿密な話し合いを行っている。協力医や訪問看護、本人、家族と連携し終末期に向けた取り組みを行っている。	書面による「重度化した場合の対応に係る指針」をもとに、入居時には本人・家族へ十分な説明を行ない同意を得ている。協力医療機関をはじめ関係者が必要な時期に話し合い、対応方針を共有し、本人・家族の希望を尊重しながら取り組んでいる。	
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。	急変時や事故発生時のマニュアルは常に事業所に掲示している。又ノロウィルスの対応については発生前に事前学習を職員全員で行っている。		
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。	防災訓練を年2回以上行っている。その際、夜間の対応、地域への協力体制の確認を行っている。避難経路、避難用具、食料品の確保も行っている。	年2回、夜間想定を含めた消防避難訓練を実施し、新人職員が入ってきた時には、更に訓練の回数を増やすなど徹底した災害時の対応に取り組んでいる。又、近隣住民の方々との協力関係も築いている。	
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。	人格を尊重し、年長者として敬い又プライバシーに配慮した声掛けを行っている。	利用者一人ひとりの尊厳を重視し、誇りやプライバシーを何よりも気を配ることを心がけている。個人情報のファイル等は、詰所の施錠可能な書類棚で管理されている。	
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。	本人の希望や思いは常に聞いている。しかし、常に希望に沿うことは難しいため話し合いを行っている。		
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、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。	本人のペースや希望に沿い柔軟な対応にあたるように心がけている。		

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。	ご本人様の愛用している化粧品をご家族に持ってきて頂き、身だしなみに気を遣っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	ご自分でできることはやって頂くよう、簡単な作業等を見守り、介助のもと一緒に行っている。しかし、食中毒の懸念、又作業が困難な利用者も増えているため職員が行っている場合が多い。	外部委託の食材を利用して、高齢者向けの美味しい食事が提供されている。毎月の「行事レクリエーション」では、スイカ割りやそうめん流しを取り入れたり、利用者の希望で回転寿司やケーキを食べに出掛けるなど、利用者にといつまでも食の楽しみを味わってもらえるよう取り組んでいる。	
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。	食事摂取量を把握し、一人ひとりの健康状態を観察し、それに見合った支援を行っている。		
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。	毎食、声掛け、見守り、誘導にて口腔ケアを行っている。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、失禁がないよう定時トイレ誘導行い自尊心やプライバシーに気を遣った声掛けを行っている。	各ユニットにそれぞれ車椅子対応型を含め、3箇所トイレを設置している。出来る限り身体を動かしてトイレで気持ちよく排泄してもらえよう、自立に向けた支援が行われている。又、就寝時などは、ポータブルトイレを使用するなど状況に適した対応を行なっている。	
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。	食事摂取量や水分量を把握した上で、体操や散歩、マッサージ等の個々に応じた対応を行っている。		
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。	現在施設では曜日や時間帯の決まっているときに入浴して頂いている。	利用者には、敢えて自分が入浴する順番をお知らせボードで発表し、準備やスケジュールを本人に意識して頂き、メリハリのある生活支援を心がけている。夏場は、週3回(月・水・金)冬場は、週2回(月・金)を目安に入浴支援が行われている。	
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。	個々の生活習慣や状況に応じたリズムを支援している。		
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。	協力している薬局より薬剤師に薬の説明を受け、用途、使用についてその都度理解、確認を行っている。その後についても本人の様子を観察し記録し医師や看護師、薬剤師に相談している。		

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。	個人のペースに沿いデイケア利用や気分転換の行事、家族との外出を支援している。近隣への散歩や外出等での気分転換も行っている。		
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。	常にご本人の希望が通ることは難しい場合もあるが出来る限りの希望や近隣での援助は行っている。遠方への外出は家族様への提案をさせて頂いている。	気候の良い時には、太田川河川の遊歩道やスーパーなど、ほぼ毎日散歩へ出掛けている。職員がプランターで育てた季節野菜の収穫や地域行事で近所の花植えなどへも参加している。又、外出レクリエーションで、銭湯やカラオケへ行ったりするなど利用者が気分転換出来るよう職員の工夫が見られる。	
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。	金銭管理はお金を置いた場所を忘れる等のトラブルの原因ともなるため所持はしていない。外出時に渡し、職員見守りのもと買い物を行っている。		
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。	自ら電話をかけることはできないが、外よりかかってきた場合はその都度対応している。家族等から本人へ届いた手紙はその都度渡している。		
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。	利用者にとって居心地良く、安心感が持てるよう配慮した配置を行っている。	建物の構造上、全体的に細長い造りとなっている。利用者全員が集うリビング・ダイニングは、キッチンと一体化しており家庭的である。壁には大型テレビ、季節感漂う作品などが綺麗に飾られ、可能な限りシンプルにレイアウトされた無駄の無い、合理的な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。	食堂、廊下の2ヶ所にて対応している。又、気の合う利用者同士が近い席になるように工夫している。		
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。	本人が以前家で使っていた小タンスや家族との写真を持ってきて頂くことで本人が馴染みのある居室を作りだしている。	介護用ベッド・収納ダンス・エアコン・照明器具が全ての居室に備わっている。利用者は、使い慣れた物や思い出の品などを自由に持ち込み、自分好みでゆったりと過ごせる居室が作られている。	
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。	安全面に配慮した上で個々の能力、生活にあったできる事をして頂き、された際は感謝の声掛けを行い自信に繋がるような支援を行っている。		

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させている	○	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
1	サービス評価の事前準備	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤ その他（ ）
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ① 自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤ その他（ ）
3	外部評価（訪問調査当日）	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤ その他（ ）

2 目標達成計画

事業所 グループホームあけぼの

作成日 平成 28 年 11 月 14 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	1	書類の整理整頓が出来ていない箇所がある。書類が取り出しにくい。	必要な書類、不必要な書類の整理、見易さ取り出し易さを整える。	利用者の個人ファイルについては各担当者がチェックし整理する。	半年
2	2	最近の法律改正や最新の介護ケア、権利擁護等の研修不足。	研修への積極的参加を行い、全職員の認識不足、知識不足を解消していく。	外部研修への積極的な参加、又それら資料を使った内部研修を行い全職員へ浸透させる。	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。