

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24 年 10 月 1 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492700079
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 阿品 みどりの家
所在地	広島県廿日市市阿品4丁目 50-33 0829-36-4388
自己評価作成日	平成24年 9月12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	epocaclub@hop.ne.jp
------------	--

【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 24 年 9 月 24 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、楽しく』をモットーに毎日を心地良く過ごしている。認知症の対応や健康管理に気を配りながら、外出・外食・行事への参加も積極的に行っている。グループホームの階のみならず、小規模多機能の方々とは自由に行き来している。外部の方との繋がりも大切にし、皆さんが訪問しやすい雰囲気作り、馴染みの関係を深めて行く為、地域・町内会の行事へも積極的に参加している。交流出来るイベントも計画・実行している。

【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）】

理念に沿ったケアを実践している。利用者のペースで、決して強制はせず、家事全般や食事、レクなどを利用者と職員が一緒に楽しく行っている。職員はいつも「今日一日利用者を楽しみ過ごしてもらいたい」と考えながら、あたたかくケアしている。地域とのつながりも大切にしている。地域のサロンや行事に積極的に参加し、交流している。また、事業所に家族はもちろん、民生委員やボランティアの方々が頻繁に来られている。今年度初の試みで「みどり祭り」を開催する予定である。地域の方どなたでも来てもらい、バザーや手作り品、抹茶やコーヒー、手作りケーキ等を用意し、家族会も一緒に、楽しい催しとなるよう計画している。職員は向上心が強く、積極的に外部研修に参加し、スキルアップを目指している。

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。	人権を尊重し、『ゆっくり、いっしょに、楽しく』のホームの理念を意識しながら、家庭的な雰囲気作りや、御家族との関係作りを大切にしている。	法人の理念「ゆっくり・いっしょに・楽しく」を全職員で実践している。ことばかけや何かをする時は、いつでも理念どおりに利用者のペースで行うようにしている。気になった時にはその都度、またミーティングでも管理者から理念に沿ったケアについて話している。	
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。	地域行事や、サロン等の活動に参加している。又、ボランティアを行事に招いたり、定期的に演奏会をしてもらい、継続した関係が作れるよう努力している。	地域の民生委員と連携して、地域のコンビニやスーパーに、徘徊する人の見守りと保護の協力依頼がなされている(事業所の利用者のみならず、地域全体の老人対象)。また、敬老会には小学生の「よさこい踊り」と白蛇王ショー(岩国のご当地ヒーロー)、地域の吹奏楽団の演奏が行われ、交流があった。今年度初の試みで10月7日に「みどり祭り」を開催予定である。	
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。	御家族の方々にも、職員の為の講演会を紹介している。また、他事業所と連携した研修会も開催している。		
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。	会議では事業所からの報告を行い、助言や御意見を頂き、その意見を参考によりよいサービスが提供出来る様になっている。地域の問題や情報もしっかり頂いている。	2か月に1回開催している。メンバーは家族、自治会長、民生委員6名、廿日市市福祉課職員、地域包括支援センター職員(大野町・廿日市市それぞれ)、消防署職員(年2回の避難訓練時)である。現状報告や利用状況、行事報告、避難訓練、音楽療法の実演等行い、メンバーからは様々な意見が出されたり情報交換を行ったりしている。	
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。	担当者から、最新の情報を頂いたり、困難な事例等について、相談も出来る関係にある。	地域包括支援センターとは利用紹介等で連携をとっている。廿日市市の呼びかけで「五士会」(医師・看護師・栄養士・・・)の交流会に管理者が参加し、様々な職種の方々と交流を持つようになった。近所にある日赤看護大学の協力でで口腔ケア研修をしてもらうことになったり、24H訪問看護事業所と提携医との連携がより密になったりした。男性職員を中心に消防団を結成し、地元消防団との協力体制作りを検討中である。	
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。	現在も、玄関の有人化が実現しておらず、全開放には至っていない。今後の課題である。また、身体拘束については、一定の書式もあり、生命に関わる場合・御家族が希望される場合は、説明をし同意書を取り交わしている。その際も拘束ゼロへの努力・工夫をする。	身体拘束をしないケアについて、新人研修・事業所内研修・外部研修等でよく学び、全職員が理解している。エレベーター・玄関を施錠しているが、利用者の安全を考えたいうえであり、家族にも了解を得ている。今後は時間帯によっては開錠し、見守り・付き添いのケアをする体制づくりを検討中である。	
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。	虐待防止についての研修を行っている。また、ケア向上委員会を作り、何でも言い合えるホームを目指している。		

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。	社会福祉協議会の『かけはし』を利用出来る環境にある。御家族が遠方な為、利用されている方もおられ連携が取れている。		
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。	御家族・あるいは御本人とともに、契約書を読み合わせ確認をしている		
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。	契約書には、苦情申し立て方法を明記している。又玄関には、意見箱を設置している。苦情のあった場合には、早急に対応している。また、家族会にて意見・要望をお聞きしている。	年2回家族会を行い、意見交換を行っている。家族の面会もよくあり、職員はその都度家族と話している。請求書送付時にホーム便りと利用者一人ずつのひと月の様子を書いた手紙を添えている。また、定期的に電話やメールで様子や状況を伝え、家族から意見があった時は全職員で共有し、必要なら話し合いを行っている。	
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。	フロアミーティングにて、職員の意見や提案を聞き情報やケアの統一に役立てている。他にも社員M・全体Mと意見交換の場がある。	職員は管理者に個人それぞれ、意見を言える関係にある。また、月1回のフロアミーティング、3～5階の全体ミーティングで職員間の意識の統一を図っている。毎回本部職員の出席があり、意見を吸い上げる仕組みになっている。一対一の個人面談もあり、勤務の事、職場環境の事など個別に意見を表せるようになっていく。	
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回の考課、面接を行っている。又、条件等の要望には、その都度話し合うようにしている。今年度より、資格手当が整備された。		
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。	内外の研修については、案内を掲示している。毎月のミニケアや、講演会・研修等にてレベルアップを行っている。新人スタッフは、毎月1回、6カ月間の研修を実施している。		
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。	ケアマネ会・五師士会等、交流の場が多くある。		

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
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。	御本人の思い・生活習慣を尊重しながら、家族共十分話し合い、相談しあえ安心出来る関係作りに努めている。		
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。	御本人や御家族の意向・希望の把握、不安な事等に対して、話し合う時間を持ちコミュニケーションの取れる関係作りに努めている。		
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。	生活歴や得意なこと・こだわっている事等、御本人や御家族と話し合い、しっかりアセスメントをする。職員もその情報を共有出来るよう、ミーティングにて報告しアイデア・関わり方を話し合う。		
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。	出来る事を一緒にする。満足感・存在感を持って頂き信頼を深めていける様関わる。		
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。	御家族には、電話や手紙にて様子、細かな事も含め毎月お知らせする。共に支え合える関係作りをしている。		
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。	自由に面会に来てもらったり、外出・外泊も自由にしてください。面会も御兄弟・親戚・お弟子さん・聖書の勉強等 多岐にわたっている。	地元の盆踊りや地域のサロンに参加して、馴染みの人と会えるよう支援している。また車で外出や買物の際、利用者の馴染みの場へ立ち寄るようにしている。今後は利用者の誕生日に合わせて、馴染みの場所や行ってみたい場所へお連れしたいと考えている。	
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。	レクリエーションや話題、各々が活躍出来る場を提供し、共に楽しむ。お互い支え合いながら、共に暮らす仲間として認めている。職員をそれを支えている。		
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。	御家族と出会った時に、声を掛け御挨拶する。		

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。	本人の思いに添う事が出来る様、日頃よりコミュニケーションをとり、御家族には面会時にお話を聞く様にしている。	職員は利用者に話しかける時、必ず静かにそっと話しかけるよう気をつけている。声かけは意識的に行うようにしている。日々の様々な会話の中で利用者の思いが出された時は、生活日誌に書き留め、フロアミーティングでも話題にし、職員で共有している。利用者の思いに沿ったケアとなるよう努めている。	
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。	御家族・あるいは御本人からの聞き取りや、アセスメントから把握するようにしている。情報提供があった場合も職員にミーティングで伝達している。		
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。	日誌・連絡帳を活用し、入居者の生活ペースや心身の変化をスタッフ全員が共有出来るようにしている。		
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。	モニタリングや振り返りをし、職員間でも意見交換を行い、介護計画に反映させている。	最初のケアプランは、利用者・家族の意向を聞き、アセスメントをとり、作成している。その後サービス担当者会議で仮ケアプランの実施状況を見ながら、皆で話し合っ本ケアプランを作成している。振り返りは毎日行い、日替わりで毎日一人ずつモニタリングを行っている。職員どうし、気づきや情報交換を行い、現状に即したケアプランとなるよう配慮している。	
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。	個別に毎日の記録をつけ、フロアで共有している。気づきやケアの工夫は連絡ノートに記入し申し送っている。		
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。	常に、GH2ユニットと小規模合同で行事やレクリエーションを行っている。日常の生活においても交流しており、他の階へ行く事で気分転換にもなっている。		
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。	運営推進会議にて、地域の民生委員の方々の提案や助言を頂き、交流している。		
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。	月2回の定期往診の他、必要に応じて緊急の往診も受けられる。日常は、訪問看護との連携にて24時間の医療体制が出来ている。御家族の希望で専門科への受診もしている。その際は、御家族が付き添って受診する。	契約時に利用者・家族の同意を得たうえで、全利用者が提携医による月2回の往診と、24時間訪問看護ステーションの看護師による週2回の健康チェックを受けている。提携医と訪問看護ステーションとは連携がとれており、緊急時も迅速な対応がなされる。利用者・家族の希望するかかりつけ医への受診は、原則として家族に同伴してもらっている。	

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。	訪問看護ステーションを利用している。週2回の訪問他、24Hの電話対応にて指示をもらう。必要であれば駆け付け対応してもらえる。職員と掛かりつけ医に状況をその都度提供している。		
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。	入院時にも病院に訪問し、状況の把握など情報交換をしている。病院の相談員と連絡を取り合う。		
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、事業所の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。	御家族や御本人の考え、方針を汲み取りながら何度も話し合いによって確認し、カンファレンスを開催する。又、掛かりつけ医とは連携を十分取る。	重要事項説明書に「医療的な対応等に関する指針」を記載している。利用者・家族の意向に沿ったケアとなるよう、かかりつけ医・提携医・訪問看護師とよく話し合いをして、事業所のできる限りの支援を行っている。	
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。	急変時の職員の連携はよく取れている。繰り返し研修する必要はある。		
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回の避難訓練を実施している。今後は、地域の消防団との連携・協力について話し合えればと思っている。	年2回の消防避難訓練は、2回とも消防署立会いのもと運営推進会議と同時開催されている。家族や民生委員にも参加のお願いをしているが、参加者は少ない。今後は非常時のマニュアル整備といざという時のシミュレーションを徹底したいと考えている。また、事業所の男性職員を中心に消防団を結成し、地域の消防団とも活動・連携をとりたいと考えている。	
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。	研修にて職員に徹底出来るようにしている。御本人を傷つけない言葉掛けに注意している。	利用者がいるところで、ほかの利用者の名前を出しての業務上の話はしないように配慮している。個人ファイルは目立たない場所にある鍵付の書庫に保管している。	
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。	積極的に働きかけている。毎朝、通いで集まった利用者の方々と、テーマを決めお話しをし御自分の思いや意見を皆さんに発表してもらっている。		
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。	御本人が何をしたいかを大切にしている。食事・入浴・家事等、御本人のペースで支援出来る事を考えている。		

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
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。	月1回訪問理・美容師による、カット・パーマ・毛染め等、希望を聞いて行っている。コーディネートや季節感のある服装を支援している。		
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。	野菜の皮むき・カット・配膳・食器洗い・味見等 その方に合った作業を、職員と共にやりがいを持って行っている。	三食ともユニット毎に職員が献立を考え、できる利用者は一緒に買物、調理、片付けを行っている。食事介助の必要な方もおられるが、皆で一緒に楽しい会話を弾ませながら、おいしくいただいている。料理ができあがるまでの音やにおいも大切にしている。誕生日にはリクエストメニューや手づくりケーキでお祝っている。	
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。	食事・水分摂取量を毎日の記録表に記入している。嚥下状態の悪い方には、トロミをつけたり刻んで提供する。必要な栄養確保に気を付けている。好みの飲み物を選んで、ティータイムに飲む。		
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。	朝・昼・夕食後、本人用のハブラシで口腔ケアをしている。御自分で出来ない方は援助する。		
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。	声を掛け、トイレを促す、又は誘導する。無理強いはいしない。各々の排泄パターンを把握する。	トイレ介助の必要な方でも、日中はリハビリパンツを使用し、排泄チェック表で個々に合った声かけ・トイレ誘導をしている。水分摂取にも気を配っているが、排便のない日が続いた時は、必要に応じて医師の指示により薬を使用している。入居時や退院後はオムツだった方も、リビングで皆と一緒におしゃべりや活動をして過ごすうちに、徐々に元気になるれ、リハビリパンツに変える事ができ、良い状態に向かう事が多いようである。	
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。	身体を動かす。水分補給に心掛ける。		
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。	2日に1回の入浴としているが、無理強いせず、嫌な時は日を変えたりしている。また、毎日入ったりされる方もいて、本人の思いに添った支援をしている。	2日に1回のペースで午前中に入浴してもらっている。決して無理強いせず、声かけや誘導の仕方に工夫をし、タイミングを見計らったり職員を変えたりして、気持ち良く入浴していただき、清潔に保てるよう支援している。「入浴介助は女性職員がいい」と言われる女性利用者の希望にも沿っている。	
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。	各々のペースに合わせ、休んでもらっている。空調管理にも気をつけ、快適に休んで頂けるよう支援する。また、なかなか眠れない方には、お茶を勧めたり一緒に過ごす等している。		
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。	日々の状態においては、細かく観察し伝達し合っている。症状に変化のある時は、訪問看護師に連絡し指示を仰ぐ。薬剤師による研修も行った		

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。	好きな事・得意な事を、日々の会話の中で把握し、その日の気分や体調に合わせ積極的にしてもらえよう、場を作っている。		
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。	季節の良い時は、庭へ出たり近所の公園を散歩したりする。車を使用して、外食やドライブを楽しむ。	季節を感じてもらう事を大切にし、日々の散歩や庭での花や野菜づくり、ベランダや屋上での洗濯物干し等行い、季節の風やにおい、花や景色が楽しめるよう支援している。少し遠くへドライブにも出かけ、現地で歩いて景色を見たりおいしい物を食べたりして、利用者と職員が一緒に楽しんでいる。また、外出の写真は家族にも大変喜んでもらっている。	
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。	ホームでは、所持金を預からない事としている。本人の買い物等は、一旦立て替え、まとめて家族に請求する形を取っている。所持する事で安心感のある方には、御家族了承のうえ自己管理していただく。		
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。	電話は自由に使用できる。御自分で操作出来ない方は、お手伝いする。年賀状のやり取りをされている方もいる。		
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。	常に清潔であるよう、心地よいフロアであるよう心掛けている。入居者の状態により使いやすいように、家具の配置を工夫したりする。外出時・行事等の写真を掲示したり、季節感のある物を飾ったりしている。	季節感を大切にしている。食堂兼居間は、季節の花や利用者と職員で手作りした季節の飾りつけで、あたたかい雰囲気が感じられる。決して広くないが、家族が集まって食事をしたりお茶を飲んで話をしたりするのに、ちょうど良い広さと思われる。廊下は広めで、途中にソファやイスを置いて利用者どうしが話をするスペースとなっている。浴室もトイレも清潔に保たれ、居心地良く過ごせるよう配慮されている。	
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。	廊下に椅子やソファを置き、ゆっくりすごせる場所を作っている。		
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。	御本人や御家族と相談しながら、入居者各々にとって居心地のよい空間作りを心掛けている。タンス・ぬいぐるみ等を置いて、落ち着けるようにしている方もいる。	ベッドや布団・たんすは、使い慣れた物・利用者と家族が用意した物を持ち込んでもらい、明るく清潔に保たれている。好きな物や花、家族の写真や作品等、思い思いの飾り付けがなされ、居心地良く休んだり、過ごしたりできるよう配慮している。利用者が安全に過ごせるよう、家具の配置や整理整頓に気をつけている。	
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。	歩行や車いすを使用する際、安全な家具位置であるよう考慮している。また、4点歩行器やベッドセンサーを使用し安全に過ごせるようにしている。		

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 阿品 みどりの家

作成日 平成 24 年 10 月 25 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	33	重度化した場合や週末期の在り方について、ご家族と早期の段階で話し合う必要がある。	御家族との情報の共有・確認	御本人・御家族の思いを聞きながら、かかりつけ医や訪看との連携にて何度も話し合いの場を持つ	随時
2	29	運営推進会議のご案内はしているものの、ご家族の参加が少なく、御意見を頂く事が出来ない	御家族や、様々な立場からの御意見をいただく	開催の曜日にこだわらず、参加を呼び掛ける。	通年
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。