

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24 年 8 月 28 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3471503007
法人名	株式会社ココリネケア
事業所名	グループホームぬくもりの家
所在地	〒729-0103広島県福山市高西町南100-1 (電話) 084-939-6336
自己評価作成日	平成24年8月11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）】

○職員の笑顔。
○来客されたみなさまに笑顔であいさつ。
○入居者やご家族様の笑顔を支えに全職員が一体になり、居心地の良いグループホームを提供していきたい。

※ 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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip
------------	---

【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 8 月 24 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）】

現経営母体で丸4年、前経営母体から丸9年になるグループホームである。新興住宅地の一角にあり、周囲には空地や畑もある。事業所の外観は施設というより、大きめの家という感じで、玄関にはガーデニングが施され季節の花や緑で彩られている。玄関ポーチにはベンチやテーブル・イスが置かれ、外気浴や近所の方とのおしゃべりができるようになっている。家庭的な雰囲気を大切にしており、手づくりの食事や職員のあたたかい声かけで、利用者は穏やかに日々を過ごしている。毎日の体操を欠かさず、トイレは自立している利用者が多い。また、ターミナルケアの実施により、終のすみかとして利用者・家族に安心してもらっている。

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
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。	職員と話し合い、事業所としての独自の理念を作りあげている。 玄関の見えやすい位置に掲示し、全職員で実践に向けて努力している。	事業所開設時からの理念を全職員で共有し、理念に基づいたケアを実践している。 現在、管理者が新しい理念をあたためており、職員と話し合いながら新理念へと移行する計画がある。	
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。	玄関をオープンにし、気軽に立ち寄ってもらえるようしている。外気浴時に庭に出たり、散歩などで積極的に挨拶等を行なっている。地域の行事等には参加し、地元の方々と交流を深めている。	自治会に加入し、毎月の回覧板にホーム便り「ぬくもり通信」と一緒に挟んでもらっている。地域清掃活動や廃品回収、夏祭りに参加している。事業所へ踊りのボランティアの慰問もある。公園への散歩では老人会と交流したり、老人会の方にホームに来てもらい交流している。	公民館や集会所、小中学校・幼稚園・保育所等が事業所から遠く、交流は難しいが、事業所へ地域の方々に来てもらう試みを、継続実施されるよう期待したい。
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。	地域に高齢者がいないためできていない。		
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。	老人会の方々にも参加していただき、会議の場を持ち、ホームで取り組んでいる状況などについて報告、話し合い、意見を聞かせてもらっている。	年6回開催している。主なメンバーは、家族・老人会・ケアマネ・訪問看護師・地域包括支援センター職員(毎回の参加はできない)である。主に事業所の現状報告や行事報告を行っている。 福山市介護保険課へは案内を出していない。	市介護保険課へ開催案内を出し参加要請すると共に、自治会長や近所の方にも参加の呼びかけよう望みたい。 運営推進会議と災害避難訓練を同時開催する等、地域の方に参加してもらえよう工夫されたい。
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。	2ヶ月に一回推進会議を行ない、情報交換を行っている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員が出席した時には意見や助言をもらったり、話し合ったりしている。 市からは様々な研修や交流会の案内が来るが、管理者・職員とも参加できていないのが現状である。	
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。	玄関のドアはオープン、フロア等の施錠はしていない。居室には施錠はついていない。	職員は事業所内研修や会議で身体拘束をしないケアについて勉強し、よく理解している。日々の介護の中で、管理者や職員どうし気づいた時には、その都度注意しあっている。 玄関やフロア出入り口は施錠せず、ドアに鈴を付けて対応している。また、台所から階段や玄関がよく見えるように改築し、見守り重視のケアを行っている。	
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている。	日常時の様子観察。ケア会議等で話しあっている。		

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。	現在成年後見制度を利用している方がおられる。		
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。	契約書などに分かりやすく示している。入居時、契約内容を説明し、署名していただき、契約をしていただいている。		
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。	利用者の意見、不満、苦情はその都度聞き入れ、管理者・職員で話し合い、対応策を考えている。月に一回は面会していただくよう、振り込みではなく、現金でのお支払いをお願いしている。その折お話を聞きいれている。	毎月の支払い時には、家族に事業所へ来てもらい、家族・管理者・職員で話をするようにしている。家族から出された意見や要望は全職員で共有し必要なら会議で話し合いケアに活かしている。 外部への苦情窓口は、重要事項説明書に記載してある。	
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。	年に何回か職員の意見などを聞く機会を設けている。それ以外でも話しができるよう声をかける。	管理者は日頃から職員と話しやすい関係を保つように努め、職員が意見を出しやすい雰囲気を作っている。職員は代表者や管理者に意見を直接言い、必要があれば会議で話し合っている。 年に1～2回は食事会を開き、意見を出し合う場になっている。	
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。	個々の勤務状況を把握し、給与などに反映している。		
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。	毎月のケア会議や、必要な研修会への参加、職員の質の向上を目指している。		
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。	現在のところできていない。		

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
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。	家族、ケアマネの方に事前に意向を聞く機会を設けている。		
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。	家族から事前に話を聞く機会を設け、受け止めるようにしている。		
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。	必要ならば他のサービスも利用するようにしている。		
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。	入居者の意思を尊重した対応をしている。食事を同じテーブルで摂ったり、一緒に過ごすという事が自然にできている。		
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。	ケアプランの方向性も含め、家族の方の意見を尊重した対応を行うようにしている。		
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。	面会などは随時行なえるようにしている。	親戚の面会があれば部屋へ案内し、ゆっくり話したり一緒に食事をしてもらって支援をしている。利用者が馴染みの場へ行きたい時は、家族の協力を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。	負担にならない程度で話をしてもらったり、協力をお願いしている。フロアで、朝の体操、ゲーム、お茶等しながらコミュニケーションを取っている		
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。	退所時に、困った事等何かありましたら相談を受けたまわる旨声かけをしている。		

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。	利用者が自由にゆったり本人のペースで暮せるよう支援している。家族様に利用者様の様子をお話し、外出、本人様の意向を伝えていきます。	職員は利用者の思いを少しでも多く引き出せるよう声かけに工夫をし、言い方やタイミングを変えて接している。利用者の思いや新たに知り得たことは、口頭で全職員に伝え、共有している。	全職員で共有すべき内容や、介護計画に反映できそうな内容は、介護日誌に書き加える等、記録される事を期待する。
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。	利用者一人一人の生活歴・資料などに目を通し、把握した上で対応している。		
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。	職員は一日を通して利用者と共に過ごしているため、個々の状態を把握している。		
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。	定期的にケア会議で話し合い、家族の意見を反映したプランを作成している。	利用者・家族の意見を聞き、担当職員・ケアマネでケア会議を持ち、介護計画を作成している。作った介護計画は家族に確認してもらっている。6か月ごとに職員が評価し、見直し・継続等、次の介護計画を作成している。毎月ADL評価を行い、介護計画作成時の参考にしている。	
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、職員間で情報共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	介護記録、管理日誌などに記入し、職員が情報を共有できている。		
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。	本人や家族の要望には職員で話し合い、できる限り応じるようにしている。		
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。	警察・消防以外の働きかけは不十分		
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。	月に1～2回往診に来てもらっている。何かあれば随時連絡を摂っている。医療・治療で分からないときは直接Drから家族様に連絡していただいている。	利用者・家族の希望するかかりつけ医への受診を支援している。かかりつけ医へは家族の付き添いをお願いしているが、職員が付き添いをすることもある。協力医による月2回の往診、訪問看護師による毎週のバイタルチェックや相談等、適切な医療を受けられるよう支援している。	

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
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。	かかりつけ医の看護師と連携を取り、また定期的に看護師の方が来られ、個々の利用者の状態を把握してもらっている。		
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。	入退院時の情報交換、入院中の経過などの情報を知らせてもらい、連携を取っている。		
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。	本人は参加できて理解ができない。家族・主治医とは連携を取り話し合っている。地域関係者との支援の取り組みはできてない。	契約書に「重度化した場合における対応に係る指針」を添付し、「看取りについての同意書」を交わしている。利用者・家族の意向に沿って、協力医・訪問看護師と連携をとりながら、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。	応急手当や初期対応についての勉強会をもち、すべての職員は対応できる。		
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。	火災、災害に備え、通報・消火・避難訓練を定期的に行っている。8月末に実施し、11月にも実施予定。	年2回消防避難訓練を行っている。うち1回は消防署立会いのもとに行っている。利用者を布団にのせて避難させたり、火災が起きた時のシミュレーションを行ったりしている。地域の方との協力体制はまだできていない。	災害発生時、利用者救出のための、地域との協力関係づくり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。	個々の人格を尊重し、誇りやプライバシーを守っている。さりげない介助で否定的な発言をしない。	職員はことば遣いに配慮し、否定的なことばを使わないように心がけている。また、利用者が嫌だと思ふことや見てほしくないと思ふことはしないようにしている。個人ファイルは事務所の鍵付ロッカーに保管している。また、日々の記録類は、利用者や外部の人の目に付かない所に置くようにしている。	
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。	利用者の思いが引きだせるよう、十分話を聞き、個々の思いを尊重した生活が送れるよう支援している。		
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。	できるだけ希望に添えるよう、買物、散歩にでかけたり、ゆっくり休んでもらったり、手伝いをしてもらうなど自由になっている。		
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。	定期的に訪問美容が来られ、本人の希望を取りいれて、カット、カラー、パーマなどをしてもらっている。家族様、本人様の希望を取り入れていきつけの美容室があれば訪問していただいている。		

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
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。	食事の準備や片付けは無理であるが、食事は一緒に摂り、好みの物も摂り入れるようにしている。	食事は全て職員による手づくりである。家族や職員からの野菜の差し入れがあり、旬の野菜中心のメニューとなっている。利用者と職員と一緒に同じ食事をいただき、楽しい時間となるようBGMを流し、さりげない介助をしている。刻み食、おかゆなど、対応している。	
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。	個々の状態を把握した上で、必要な量や摂取能力に応じた支援をしている。糖尿病などがある方のために、かかりつけ医の栄養指導を月に一回受けている。		
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。	できる人は声かけをして自立で、できない人は介助で入れ歯洗浄。うがいに洗口液を用い、口腔清潔を心がけている。利用者様の歯の様子を伝え、歯科に受診していただけるようにしている。		
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。	個々の排泄パターンを把握し、定期的にトイレ誘導を行い、失敗が少ないよう心がけている。	昼夜を問わず、ほとんどの利用者が自力でトイレに行き、排泄している。紙パンツの利用者にもタイミングや声かけを適切に行い、トイレで排泄できるよう支援している。夜間は布団に鈴を付け、音がしたら職員が様子を見に行き、必要ならトイレ誘導している。	
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。	適度な水分補給と毎日の体操で体を動かし、便秘予防につなげている。また、便秘の及ぼす影響についても理解できている。往診時にDrに利用者様の様子を伝え、指示をいただいている。		
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。	介助が必要なため、好きな時というわけにはいかないが、ゆっくり入浴時間をとり、夏場は汗をかくので回数を増やしている。	希望があれば毎日、そうでなければ週3回位入浴支援をしている。車イスに座ったまま浴室に入り、シャワーできる器具もある。入浴を拒む方にはタイミングや声かけに工夫を凝らして、気持ちよく入浴してもらえるよう支援している。	
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。	散歩や外気浴で気分転換をはかり、昼食後はお昼寝の時間を設けている。夏場は特にお昼寝していただける様心がけている。		
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。	服薬中の薬と薬の内容の説明は服薬ノートに記されているので、職員一人一人が目を通し、理解している。		
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。	個々の力に応じてできる事の手伝い、レクなどで楽しんでもらっている。本が好きな方には家族様に協力いただき、図書館で借りて、週何回か届けていただいている。		

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
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。	交替ではあるが、日常的に散歩にでかけている。できるだけ個々の希望を聞き入れ、ドライブ、買物などにもでかけている。家族様にも協力をお願いしている。	近くに公園があるので、天気・気候のよい日は散歩に出かけている。公園には地域の老人会の方々もおられ交流している。 玄関のポーチにはベンチやテーブル・イスを設置し、外気浴も楽しめるようにしている。また、ペランダに洗濯物を干すなど、閉じこもらないケアを心がけている。	
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。	自分でできる方には買物時、支払ってもらっている。できない方には職員が支援している。		
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。	電話や手紙については自由である。		
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。	家族的な雰囲気が出せるような飾り物や季節の花を飾り、居心地よく過ごせるようにしている。	内装は木が多く使われており、庭で咲いた季節の花を活け、利用者が作った季節の飾りが品よく飾ってある。 広いリビングは危ない物を置かないように気をつけ、車イスや手押し車が通るのに十分な広さを保っている。 リビング・トイレ・浴室など清潔に保たれ、ゆっくりくつろげ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。	フロアではレクや体操、畳コーナーではくつろいでもらったり、洗濯物をたたむなどの作業をしてもらっている。		
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。	本人が今まで使っていた使い慣れた生活用品や好みの物を持ってきもらい、できるだけ家と同様の生活感が味わえるようにしている。	居室はエアコン・カーテンが備え付けてあり、利用者の使い慣れた物や使いやすい物を家族と相談しながら持ち込んでもらっている。ベッドやたんすなどの配置は、利用者の使いやすさや動きやすさに合わせて配置されている。 家族の写真や仏壇などを持ち込む方もおられ、居心地よく過ごせる居室となるよう支援している。	
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。	フロア、浴室、トイレには手すりを設置。浴槽内もすべり止めを使い、安全で自立した生活が送れるようにしている。		

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="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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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ぬくもりの家

作成日平成 24 年 10 月 12 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	23	一人ひとりの状態の記録が不十分な為、入居者の希望や意向に添えない事もある	入居者様の思いがスタッフ全員把握できる様に話し合い記録に残す	・アセスメントを見直す ・介護記録に話した言葉や様子を記録する	6ヶ月～1年
2					
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。