

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26 年 10 月 19 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3473200503
法人名	社会福祉法人FIG福祉会
事業所名	グループホームチェリーゴード
所在地	広島県安芸郡府中町柳ヶ丘40番12号 (電話) 082-508-0265
自己評価作成日	平成 26 年 10 月 2 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 26年 10月 16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）】

理念に掲げているよう、入居者が自分らしく、またそれぞれの力が発揮できるようアセスメントやケアプランを充実させ、そこからケアに繋がられるようしている。カンファレンスには本人のみならず、なるべくご家族にも同席していただき、本人の意思を尊重できるよう努めている。また年間で行事計画を立て、季節に合った行事を実施したり、ホーム外に外出し、庭園の手入れや散歩も充実させ、季節を五感で感じていただけるよう支援している。外出行事ではご家族とも一緒に出掛け、地域との繋がりや人との繋がりも大切にしている。

【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）】

- 家庭のような生活のある事業所である。
 - ・職員も一緒に食卓を囲み、食事をしている。
 - ・週1回の手作り昼食、毎月の外食行事、季節を味わう行事など食の楽しみがある。
- 運営・介護とも経験豊富な事業所である。
 - ・家族とのコミュニケーションが大切にされ、会議や行事への家族の参加も多い。
 - ・多数の事業を運営する社会福祉法人で、当事業所も9年以上の実績がある。
- 地域と密着したサービス、地域との良好な関係を築いている。
 - ・地域の行事、清掃等で協力しあっている。
 - ・昨年、町内会と災害時の応援協定を結び、訓練にも地域から参加いただいている。

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
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。	理念が共有できるような理念に基づいたVISION(事業所がどうあるべきか理念を明文化したもの)を作成し、職員全員が同じ方向性に向けてケアの実践ができるよう、各ユニットに掲示し、意識づけをおこなっている。	事業所開設時に掲げた理念を元に、昨年、職員が話し合せてVISIONとして文章化し、理念とともに掲示して共有している。また、年度初めには職員全員が理念・VISIONの下に個々の目標を設定し、半年後と1年後に個人面談で話し合せて、実践につなげている。	
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。	地域とのつながりが途絶えないよう、月に一回の認知症カフェに参加したり、各利用者が馴染みの場所に出掛けられるよう、外出の援助を行っている。	地域の盆踊りを法人の敷地で開催していただいたり、お祭り行事で協力しあったり、建物周辺の清掃を行うなどして、近隣と交流している。また、地域のボランティア団体が開催する認知症カフェに毎月参加したり、馴染みの美容院や喫茶店へも通って交流を深めている。	
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。	町内のグループホームと連携をとり、地域の福祉祭りに参加したり、認知症に対する相談コーナーや福祉用具体験の場を設けている。		
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。	運営推進会議では日頃の活動写真をスライドショーとして流しながら説明を行っている。また、家族からの意見などはユニット会議にてフィードバックし、現在の実施状況を見直し改善するようしている。	2ヶ月毎に土曜日の夜に開催し、町内会長・町役場職員・地域包括支援センター職員・家族多数に参加いただいて、事業所の運営状況を伝え、意見をいただいたり話し合っている。特に家族からは多数参加していただいて、運営推進会議の後は家族会も開いている(年3回)。	
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。	法人全体で連携をとっており、日頃のケアサービス内容は運営推進会議にて報告をおこない、会議では意見を求めている。	町職員には日頃から相談や手続きで協力して頂いており、運営推進会議にも毎回参加していただいている。認知症サポーター養成講座では職員が相談コーナーを担当して協力している。高校・中学校の体験学習を受け入れて協力している。	
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。	法人全体で年に2回身体拘束についての研修会を行っており、身体拘束のみならず、言葉や薬での拘束にもつながらないよう、ユニット会議にて検討している。玄関は施錠することなく、冷暖房使用の季節以外はほとんど開放されている。	法人が開催する研修に毎年全職員が参加して、身体拘束をしないケアについて学習している。事業所内のユニット会議でも毎月勉強会を行っている。事業所の内庭等には玄関から自由に出入りできるようになっている。外に通じる出入口は施設受付カウンターから受付担当者が見守っており、事業所職員と連携して見守りと付き添うケアを行っている。	
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。	高齢者虐待防止法について虐待の種類や虐待が行われる背景についてユニットの会議で勉強会を行い、虐待防止につとめている。		

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。	日常生活自立支援事業と成年後見制度の違いについてなどユニットの勉強会にて行い、援助が必要とされる方は入居者や家族と話し合い、成年後見制度の利用などにつなげている。		
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。	契約の締結、解約の際は契約書・重要事項説明書の内容説明を入居者や家族に行い、同時に不安や疑問点を尋ねている。改定の際は案内文、同意書などを郵送したり、運営推進会議や面会時に説明を行っている。		
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。	運営推進会議には沢山の家族に参加していただき、意見を求めるよう努めている。また、苦情相談窓口のほか、意見箱の設置や顧客満足度調査を実施し意見や要望を求め、リーダー会議やユニット会議で振り返っている。	運営推進会議と家族会に多数の家族に参加いただいて意見を聞いている。また、玄関にご意見箱を設置し、毎年アンケートも実施して意見要望をいただいている。寄せられた意見要望はユニットリーダー以上が出席するリーダー会議とユニットごとに全職員が参加するユニット会議にて話し合い、結果を家族に報告し、運営に反映している。	
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。	ユニット会議には館長、管理者、リーダーとも参加し、意見や提案を聞く会を設けている。また最低、年に2回は職員との個別の面談を実施するなど意見交換の場を設け、反映させている。	一般職員と管理者・館長・リーダーが参加するユニット会議、リーダー以上が参加するリーダー会議、年2回の個別面談にて、職員の意見を聞き、運営に反映させている。	
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。	毎年、年度の初めに各職員の年間目標をたて、それに対する評価を中間と年度末と一緒に実施し、達成状況や今後に向けての課題を明確にし向上心をもって働けるよう努めている。		
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。	職員へ法人内外の研修へ参加の機会を設け、法人内では年間スケジュールの基、参加を促している。またパソコンやスマートホンを通じて、法人独自の知識向上研修を今年度より新たに実施している。		
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。	町内のグループホームで連絡会を立ち上げており、合同のイベントや職員の勉強会、交換研修など取り入れ、互いの質向上へ取り組んでいる。		

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。	入居になる前には自宅などに訪問し、不安なことや要望を聞き、家族も一緒に入ってもらい事前のアセスメントをおこなっている。入居後にもカンファレンスに参加していただいたり、日々の話を聞き本人の安心の確保に努めている。		
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。	相談から利用までに施設を見学していただいたり、自宅へ訪問し不安なことや要望等を何度か聞く機会を設け、サービス開始後は面会時や月に一度の状況報告書にて近況報告を行っている。カンファレンス時も家族の要望も聞くよう努めている。		
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。	サービスを開始する段階で本人と家族、管理者、リーダー、計画作成担当者と支援の内容を検討し、一緒にケアプランを立てサービスにあたっている。また環境面にも気をつけ、本人の安心に努めている。		
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。	理念に「利用者と共にある私たち」とあるよう入居者と一緒に話しあい、アセスメントやケアプランを充実させ、本人をより深く理解してケアに繋げるよう努めており、共に力が発揮できるよ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。	本人を共に支えていけるよう、面会時やケアプラン立案時には家族の要望なども聞き、外出行事にも一緒に参加して頂き、本人や職員と会話できる機会を設け、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。	馴染みの場所へ出掛けられるよう、ケアプランに外出援助を取り入れたり、自宅への外出や行きつけの喫茶店や美容院へ出掛け馴染みの人との関係も継続できるよう支援している。	家族・親類・友人等の訪問があり、歓迎・支援している。馴染みの喫茶店や美容院などとの関係が継続するように支援している。家族にも通院やお墓参り、法事への参加等で支援していただいている。	
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。	利用者同士での関係が築けるよう、生活行為(洗濯干しやたみ、食事作りなど)を複数の人数で一緒に行い、共に支え合えるよう支援し、外出行事も一緒に出掛けコーヒーなど飲みながら会話を楽しめるよう努めている。		
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。	利用が終了してもその後の様子を電話連絡等で伺ったり、本人や家族へ面会に訪ねたりし関係性を大切にしている。		

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。	思いや希望、意向に沿えるようカンファレンスには参加していただき把握に努めている。また日々の生活の中での会話や言動をアセスメントシートに記入していき要望の把握につとめている。また、意思表示が困難な方も家族との関係を密にし、一緒に本人本位に検討している。	入居時にアセスメント情報を取りまとめ、その後も新たにわかったことを書類に記載し、介護活動や介護計画に反映している。また、毎月1～5人の利用者を対象にそれぞれのカンファレンスを行なって利用者ごとの思いや意向の把握に努めている。	
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。	入居前から生活歴や馴染みのある暮らし方を本人や家族から情報収集し、環境の変化にも最小限で抑えられるよう、家具や写真、大切な物との関わりを無くさないよう事前の把握に努め、ケアに繋げている。		
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。	入居者一人一人に対しホーム独自の24時間シートを作成しており、一日の過ごし方や本人の要望、出来る事、よりよく過ごせるような工夫点をそれぞれ記入し把握に努めている。		
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。	家族には面会時などに要望を聞き、3ヶ月毎に本人を中心に各関係スタッフとモニタリングを行い、介護計画を見直している。必要時には看護師、福祉用具スタッフ、家族を交え介護計画作成に繋げている。	利用開始前にアセスメント情報をまとめ、カンファレンスを開き、介護計画を決定し、サービスを開始している。介護計画は24時間シートでも表現され、わかりやすい。介護計画の実施状況は毎日記録に残し、3ヶ月毎にカンファレンスを開いて評価を行っている。この評価内容と要望等を考慮して、次の介護計画を策定している。入退院等で状況が変わった場合も状況に即した介護計画を策定している。	
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。	日々の個別日誌やサービス内容チェックシート記入し職員同士で情報の共有をし介護計画の見直しに活かしている。詳しい情報が必要な際は24時間シートを活用し、情報共有している。		
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。	本人の要望(家に帰りたい・近所の人に会いたい・馴染みの場所に行きたい)があった場合、家族へ協力してもらいながら行っている。書道教室、フラワーアレンジなど外部の講師へ依頼もおこなっている。		
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。	消防署協力にて避難訓練を地域を交えて行っている。また認知症カフェへ外出するなど地域住民と交流し、季節の飾りを作ったり、お茶を飲みながら話しをする場所へ出掛けている。		
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に支援している。	契約時に、かかりつけ医の継続をするか提携医へ移行するかを確認している。常勤の看護師を通じて主治医と医療情報を共有し適切な医療が受けられるようにしている。提携医は週に2回往診に来ている。	契約時にかかりつけ医について説明している。通院の場合は緊急時を除き、基本的に家族にお連れいただいている。協力医には週2回往診していただき、その他は希望に沿って、歯科や眼科の往診を利用していただいている。医師との連絡や医療情報の把握は事業所の看護師が行って、適切な医療を受けられるように支援を行っている。	

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。	毎朝、バイタル測定し日々の状態を確認し異変がないか確認をとっている。その他体調不良など必要時には看護師が主治医と連絡をとり、指示を仰ぐ体制となっている。		
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。	入院時に利用者の生活状態などを用紙に書いて病院へ提出し、早期に退院できるように努めてもらっている。入院中は病院への面会やご家族への電話連絡等で情報収集している。また医師と家族とのカンファレンスに参加し、状況把握し退院の準備に備えている。		
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。	契約時に重度化した場合の希望や事業所の対応、事業所の今後の取り組みなどについて説明している。重度化した際には、医師・看護師・本人・家族・職員と話し合いの場を持ち、今後の支援の仕方について話し合う場を設けている。家族の希望があれば会議などを開いて希望により近い方針を職員の中で話し合うこととしている。	契約時に重度化した場合の対応について、書類を使って説明し了解を得ている。入居後、必要になった際は医師・看護師・家族等の関係者と話し合いを重ねるなどして方針を関係者で共有し、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。	職員は会議の時などに看護師から応急手当のやり方などを勉強会を開いて学んでいる。また、ユニットの電話の近くには急変時の緊急マニュアルを設置し、すぐに対応できるようにしてある。		
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。	消防署指導の下、避難訓練を昼夜想定し、年2回行っている。地域住民を交え同施設内の他部署と一緒にを行い、連携をとりながら確認している。	年2回、同一館内の他事業所とともに消防署指導の下、昼と夜を想定した防災避難訓練を実施している。昨年4月23日、町内会と災害時応援協定書を交わして協定を結び、訓練にも参加していただいている。	
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。	理念に「尊敬・感謝の心を育む」とあるように職員が意識して対応できるよう、理念とVISIONをユニットに掲示したり、ユニット会議で振り返る時間を設けている。また、虐待に対する勉強会などもおこなっている。	毎年、法人が開催する研修に全職員が参加して学習している。ユニット会議でも理念&VISIONを振り返り、学習している。職員個別に指導を行うこともある。	個人情報ファイルは事務室の専用棚に保管し管理されているが、第三者が容易に見たり、持ち出しすることができぬよう工夫を望みたい。
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。	指示・命令的な声掛けでなく、自分で決めて頂けるような選択の仕方や環境作り、声掛けを行っている。また態度や表情からも読み取るよう努めている。		
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。	業務にとらわれることの無いよう利用者の生活リズムを尊重しながら共に生活を送っている。業務優先になればリーダー職員を中心に会議にて検討をおこなっている。		

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	
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。	女性は化粧や髪を結い、男性は髭剃り等を行い身だしなみを整えている。入浴時等は衣服を利用者と一緒に選び、理美容の際は髪を染めるなどし本人の要望を聞き対応している。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	盛り付けや片付けは利用者と職員で共に行う他、皆が参加できるようキッチンのみならず、普段食事を行うテーブルと一緒に食材を切る等している。また利用者と一緒に職員はご飯を食べ、好みを聞いたり会話を楽しむようしている。	食事は法人施設内の厨房で調理され、事業所で利用者に応じた盛り付けを行っている。菜園で採れた野菜などで独自に一品追加するなどの工夫もしている。週1回は各ユニットで手作り昼食を実施している。職員は一緒に食卓を囲み、食事をしている。毎月、外食行事を企画したり、要望により個別に外食にお連れすることもある。		
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。	食事量や水分量、体重、義歯の状態を配慮した上で、必要があれば刻んだり個々の食べられる食事形態を設けている。栄養の偏りが見られれば栄養士と連携を取り、栄養の高い物を食べて頂いている。好みの食べ物を購入して頂き、食べて頂くこともしている。			
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。	各居室にて毎食後に口腔ケアを行い、口腔内の清潔保持に努めている。必要時には歯科衛生士に相談したり、義歯の調整など必要があれば歯科医師に依頼している。			
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。	排泄状況を把握する為排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンを見たりしている。また、声掛けや本人の訴えにてトイレに誘導を行い、おむつやパットの使用を減らすよう支援している。	必要な利用者について排泄記録を取り、傾向の把握に努め、トイレ誘導を行ったり、パット・リハバン・布パンツなどを適時利用している。夜間も基本的にトイレ誘導を行っている。		
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。	便秘気味の方には牛乳を飲んでもらったり、食物繊維の多い料理を提供したりしている。体操や歩行訓練を行う他、腹部を温めるようさすすることもしている。薬を使用する際は看護師と連携し、量を調整してもらっている。			
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。	本人の希望に沿い毎日入浴したり、午前と午後と入浴時間を設け、希望に応じ対応している。入浴拒否のある方等には入浴剤を使用するなど環境面にも配慮し、支援している。	2日に1回以上の入浴を基準に、希望にそって支援を行っている。利用者毎にお気に入りの石鹸を準備し、必要に応じて職員も交代して気持ちよく入浴いただけるように支援している。入浴剤やゆず湯も利用している。		
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。	いつでも居室に帰り休んで頂けるようにしている。馴染みの寝具などを持って来て頂き安心できる環境づくりをし、共同生活室ではソファを設け、いつでも休んで頂けるようにしている。			
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。	個人毎に服薬ファイルを保管しており、主作用、副作用など理解できるようしている。副作用など見られる際は看護師に報告し調整を行っている。			

自己評価	外部評価	項目	外部評価	
			自己評価 実施状況	外部評価 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。	外出行事を設け、時には全員で外出に出かけたり、買い物をしたりと気分転換して頂いている。また、日中に体操を行い体を動かしていただいたり、洗濯物量みや食器拭きなど役割をもって各々が力の発揮でき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。	ご本人の日々の希望に添い、屋上散歩や屋上菜園に行き水やりや収穫をしている。また、近くのスーパーにて屋食の買い出しや本人様の欲しい物を買出しに出かけている。急な希望にも出来る限り添って外出している。	希望にそって、毎日のように屋上の散歩や菜園の手入れにお連れしている。また、通路や内庭には自由に往来していただき、見守っている。手作り屋食の買い出しや利用者の買い物に時々車で出かけている。事業所建屋周辺の清掃活動を行うこともある。
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。	家族と協力し本人に出来る限りお金を持って頂き、外出の際や館内の自動販売機などで嗜好品等を購入して頂いている。支払の際なども自分でいただき、出来ないところのみ協力し支援している。	
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。	希望があれば居室に電話を設置でき、それ以外にも固定電話や公衆電話があるため、本人より希望があればいつでも電話できるように支援している。また、年賀状なども送れるよう支援している。	
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。	館内に入ってすぐに中庭があり、開放的な空間がある。椅子などを設置し、天気の良い日にはお茶や食事ができるスペースを設けている。そこから各ユニットの玄関、食堂、居間へとつながり、各食堂には季節に合わせた飾りを利用者と一緒に作り飾っている。お風呂や廊下、居間には空調を設置し、時期に合わせて温度調整している。	施設入り口では受付があり、受付担当者が出迎えてくれる。両ユニットの玄関前には共用の内庭があり、ゆっくり屋外の空気を楽しむことができる。リビングには掃出窓があり、十分な明るさがあり、風通しも良い。外の芝生＆菜園スペースにもすぐに出ることができる。リビングや廊下の壁には手作りの作品や写真が飾られている。
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。	ソファや椅子を共同空間に置き、居室以外にも1人になれる空間を作っている。食堂のテーブルは1人から4人が座れるようになっており、テレビを見たり新聞、雑誌を見る空間などを設けている。	
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。	居室の空間にあったベッドや家具洗面台などが設置してある。利用開始時や生活をしていく中で、普段の家での生活と変わらぬよう使い慣れた家具や物を持参していただくことで居心地の良い部屋になっている。窓と障子があることで部屋の明るさを調整でき、開放的な作りになっている。	ベッド・収納家具・洗面台が備え付けられ、利用者の馴染みの家具や仏壇、写真、生活用品などが持ち込まれて、部屋づくりがされている。整頓・清掃が行き届き、清潔に維持されている。窓には障子を取り付けられており、趣きのある明るさ調整ができる。
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。	利用者へのアセスメントを充実させ、食事作りや食器拭き、洗濯たたみなど本人の出来る所は力を発揮して頂き、出来ない部分などは職員と一緒に行うなど自立支援へ繋げら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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	○	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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 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 グループホームチェリーゴード

作成日 平成 26年 11月 7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		個人情報ファイルは事務室の専用棚に保管し管理しているが、第三者が容易に見たり、持ち出しすることができる状態にある。	個人情報を適切に保管し管理できるようにする。	個人情報を適切に保管、管理できるように専用の書庫を購入すると同時に整理整頓にも努める	平成26年12月～平成26年6月
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。