

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25年 7月 31日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200197		
法人名	(株)エポカケアサービス		
事業所名	グループホーム五日市・みどりの家		
所在地	広島市佐伯区五日市中央三丁目16番15号 (電話) 082-922-7454		
自己評価作成日	平成	25年	7月 15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）】

日々の振り返りに職員全員が取り組み、ご入居者様と関わりを深く持って、良好なコミュニケーションが保たれています。事業所の「ゆっくり いっしょに たのしく」の理念は職員の温かな思いにより、ご入居者様の暮らしを支えています。かかりつけの先生をはじめ訪問看護ステーションの看護師さんや薬剤師さんは、どんな小さなことでも心良く対応して下さい、医療面でも安心した暮らしが保障されています。

※ 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25年7月26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）】

9人の共同生活の中で、認知症の程度も介護度も異なる個々の利用者がその人らしく暮らせるように、支援を行なっている。
事業所での食生活を大切に、事業所で献立を考え、調理も行ない、新しい料理や健康に配慮した料理も工夫している。利用者にも手伝っていただき、利用者の活躍の場を提供している。職員と利用者は協力しあって食事の準備をし、一緒に食事をし、利用者に食生活を楽しんでいただいている。
事業所開設から9年の経験豊富なグループホームで、今年6月に管理者が交代して新しい体制となった。新しい管理と職員の豊富な経験を活かして、さらに充実したグループホームへの進化を期待したい。

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
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。	みどりの家では「ゆっくり 一緒に 楽しく」と、暮らしを支える理念を掲げ日常生活で実践している。また毎年ホームの目標を掲げ、認知症の理解と豊かな人間関係を作ることに努めている。	みどりの家の理念の下、毎年、個人目標と事業所の目標を設定して、実践につなげている。管理者は年2回、職員と育成面談を行い、目標の設定等について話し合いを行なっている。法人の各事業所管理者が集まるホーム長会議では当年度の事業所の目標を紹介し、事業所間で理念の実践状況を共有している。	
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。	自治会に加入し清掃活動や地域の行事に参加している。	自治会に加入して、清掃活動や行事に参加している。6月に管理者が交代してから、地域との交流状況の把握ができていない。現在、運営推進会議へ参加をお願いするなどの取り組みを行なっている。	地域との交流が途切れないよう、人的交流の再開に努められるよう望みたい。
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。	地域のボランティアの方との交流や・地域行事への参加で認知症の理解に勤めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り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。	運営推進会議で頂いた意見・情報をホームの運営、サービス向上に役立てている。	2ヶ月に1回の頻度で開催し、自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員・家族・他GH職員等に声掛けを行なって開催している。会議ではヒヤリハット事例・今後の目標・予定・新しい取り組み(職員へのメンタルヘルス)等を紹介し、ご意見をいただいたり、意見交換を行なっている。直近の会議では自治会長・民生委員に参加をいただいていない。	自治会・民生委員等の地域の方々には、可能な限り毎回参加をいただけるよう、働きかけを期待したい。
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組んでいる。	運営推進会議へ参加いただく折に、ホームの取り組みや現状を伝えている。	運営推進会議の議事録を提出し、毎回ではないが会議にも参加していただいている。6月の管理者交代以後は市との連絡がとれていない。	市役所担当者との連絡・連携の再開に努めていただくよう期待したい。
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。	エレベーターは施錠せず(夜間は施錠)、1F デイサービス 屋上菜園(整備中)には自由に移動できるようになっている。ホーム内勉強会で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	エレベーターがユニットの出入り口になっており、これには施錠しないケアを行なっている。身体拘束をしないケアについては常に実践している。全体ミーティングの中で勉強会も行なっている。「ケア向上委員会」を事業所内に設置し、職員による自発的な話し合いや活動を始めようとしている。	
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。	昨年ケア向上委員会を発足、ひやり・はっと、事故対策、不適切なケアの検討・虐待防止研修などの活動を行っている。		

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
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。	成年後見(任意後見)制度の活用が適切と思われる入居者さまも居り、話し合いを設けている。		
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。	契約は文書で読み合わせを行い、丁寧に説明している。あわせて入居のしおりフロアリーダーが説明を行い、ご家族の疑問や不安の解消に努めている。		
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。	苦情・相談受付体制・外部機関を明示し説明している。また苦情ボックスをホームに設けている。運営推進会議・家族会などで意見をお聞きし、介護計画の変更時の面談時など、運営に関するアドバイスを頂いている。	苦情受付ボックスを設置し、苦情受入体制を重要事項説明書に記載し周知している。季節毎に事業所便りを作成すること、毎月家族へお手紙を出すことで、家族とのコミュニケーションに役立てている。運営推進会議、家族会、面談時には、意見・要望をいただいている。	
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。	月一回の全体ミーティングで職員の意見や提案を聴いている。全職員に年2回の考課育成面談実施時にも、個別に意見や提案を聴いている。	毎月の全体ミーティングで職員と話し合い、意見・要望などを聞いている。また、年2回、管理者は個別に育成面談を行い、意見要望を聞いている。管理者は毎月法人の管理者会議に参加し、法人側と意見・情報交換を行なっている。	
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。	朝礼・振り返り等には随時参加し、就業状況など確認しながら、職員の思いを聴いている。働きやすい職場になるようフロアのリーダーとともに環境整備に努めている。		
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。	入社時のオリエンテーションに始まり、本社・関連施設での「ケアケアアップ研修」「計画作成担当者会議」「看護師会」「ケアを語る会」等の職種別対象者研修や資格取得勉強会、外部研修への参加案内など、働きながら学べるよう支援している。		
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。	ホーム見学会・事業者連絡会での見学/研修などでの交流機会を大切にしている。		

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
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。	入居前に担当ケアマネジャー・ご家族・医師・相談員等関係者からの情報収集や面談を行い、不安の解消に努めている。情報は職員全員で周知し、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。	入居前に情報収集や話し合いを行い、不安の解消に努めている。話し合いの内容はケアプランに反映させ、毎月のご様子を手紙や写真でお伝えしている。面会時も家族を交え本人の気持ちを聴くようにしている。		
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。	本人や家族の思いを尊重し、安心して生活できるよう支援している。これまで利用していたサービスやご家族の協力も得るようにしている。		
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。	介護する側される側ではなく、共に生活し支えあう関係を常に念頭に、全員で話し合うことで良い関係づくりができるように努めている。		
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。	面会時には近況を伝え、家族の思いを聴くようにしている。日々気づいたことは連絡し、毎月のご様子をお伝えするお手紙や写真付きの通信を送り、遠方の方にも様子が分かって頂けるようにしている。運営推進会議には出席のお願いをしている。		
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。	親戚や昔からの友人・知人の来訪がある。ご家族の協力を得て、外泊・法事などへの出席、一泊旅行、外食など馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。	家族や職員の協力を得ながら、利用者毎に外出や来訪の支援を行なっている。利用者の心情を押し図り、どうあるべきかを考えながら、利用者情報の蓄積、職員教育、人間関係の構築を進めている。	
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ご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。	毎朝、皆でお茶を飲みながら、一人一人が自分の思いを話せる時間を持つようにしている。		
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。	入院退去ではなく在宅に帰られた方が1名、現在同法人の居宅介護支援事業所でサポートを受け、在宅生活を継続されている。		

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
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。	日頃の関わりの中での利用者の表情や言葉などを生活日誌や伝達ノートに記録し、思いや意向の把握に努めている。	利用者や家族から思いをよく聞き、記録し、職員が共有し話し合いをしている。排泄や食事が自分でできるようになったことなどの喜びを職員と共感・共有しながら、支援に努めている。	
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。	入居前にご家族からこれまでの生活や性格、本人の思い、家族関係など無理のない範囲で聞かせてもらっている。入居後ご家族とも良好な関係が出来てから、あらためて聞かせて頂いた貴重なお話は、職員とも共有しこれからの関わりに生かしている。		
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。	本人、ご家族ほか関係者と作成したケアプランの支援内容をもとに、その日に関わる職員が現状の把握に努め、生活日誌に書き留めている。		
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。	担当者会議に家族の参加を得て、主治医等関係者の意見を参考に話し合い、介護計画を作成している。毎月モニタリングを実施し、6ヶ月毎に見直すほか、状態に変化が生じた場合はその都度話し合い、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画は、アセスメント情報の収集や実際の病院など実際の生活状況や食事の様子などを拝見した上で、家族や医療関係者を交えてカンファレンスを行い、作成している。モニタリングは毎月実施し、6ヶ月毎の見直しを原則にしている。状況が変化した場合は、その都度見直しも行なっている。	
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。	個々の生活日誌にケアプランに沿った支援を記入し、その中で必要と思われることは伝達ノートに記入、また申し送り時に伝え周知してもらっている。変更が必要と思われることは職員と話し合った後、家族に伝え了承の後、計画の変更・追加を行っている。		
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、その時々にも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。	ホームの日常生活の中から見えてきた本人の思いを明確にし、ケアの内容によっては家族の協力、運営推進会議での意見を求め、地域や本社の協力もお願いしている。		
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。	認知症への理解を深めていただく為、地域行事などに参加している。互いの理解があれば、馴染みの関係の継続や再構築を支援することで、安全で豊かな暮らしが実現できる。		
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。	入居前のかかりつけ医については本人・ご家族の希望を聴いている。現在全員がホームのかかりつけ医の2週間に一度の訪問診療や訪問看護・訪問歯科等のサポートを受けている。緊急時や早朝・夜間の対応もあり、他科受診は、家族の協力とホームの支援により、適切な医療が受けられるようになっている。	契約時にかかりつけ医の選択の自由と支援について説明している。現在、全利用者が事業所の協力医の往診を定期的に受けている。又、協力医から大病院への医療連携体制が確立されているので安心である。眼科などの専門医への通院は基本的に家族にお願いするが緊急時などは職員がお連れしている。	

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。	日頃の様子や体調の変化は、その都度、提携先の訪問看護事業所へ連絡指示を仰いでいる。毎週2回の定期訪問を受けており連携記録は生活日誌に記入されるほか、訪問記録としてその都度文書化して記録保存しており、月末には個別に一月の訪問記録をまとめている。		
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。	入院された時は、早急に入院先に対し必要な情報を伝え、病院の相談員を通じ病状を確認、退院後の留意点、も担当医から情報を聴き家族・かかりつけ医・訪問看護事業所等に伝え、本人が安心して生活が続けられるようにしている。		
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。	契約時に重度化した場合や終末期について、事業所で出来る対応を本人、ご家族に説明している。実際に重度化した場合は、ご家族、主治医、関係者と話し合い方針を共有化して、チームで支援に取り組んでいる。	契約時に事業所での支援について説明している。入退院時などの差し迫った際に 医師から説明をいただき、家族・利用者のご意向を確認し、話し合いを持って方針を決め共有し、支援を行なっている。	
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。	ヒヤリハット・事故報告書に記録し、全員で一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。初期対応マニュアルは目に付くところに下げており、救急救命講習は定期的に受講している。		
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。	年2回、消防署の協力を得て、昼夜間想定した避難訓練を実施している。今年より防災委員を選任して全社を挙げて減災に取り組んでいる。地域との協力体制を築いていきたい。	年2回、消防署の指導の下に昼と夜間を想定した避難訓練を行なっている。消防署への連絡、職員への緊急連絡も最新の体制に整備している。災害時に相互援助できる遠隔地の法人との協力関係構築も検討している。	
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。	今期ケア向上委員3名の選任と役割をホームで設定し、ヒヤリハット・事故報告の分析や尊厳の保持のための研修活動等を実施して行く。	毎年、法人で行われる研修に全員参加している。職員個別に指導したり、ミーティングで良い事例を紹介するなど、日頃から指導している。個人情報の書類は事務室の専用書棚に保管しているが、さらに管理しやすくなるよう改善するところである。	
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。	一人ひとりに合わせて会話を大切に、本人の言葉や仕草の中から、言葉の裏にある本人の思いを感じることが出来るよう職員に伝えている。		
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。	朝のお茶の時間を大切にしている。その日の入居者の状態を把握し、一人ひとりの思いを聴いて、一日を楽しく過ごすことが出来、業務優先にならないようにしている。		

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
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。	季節の衣替えを一緒におこない、足りないものをご家族にお願いしている。理美容は訪問してもらい、本人の希望に添っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	入居者の希望を聞いて三食とも事業所で食事づくりをしている。買い物、下ごしらえ、味付け、盛り付け、配膳など出来る事を職員と一緒に、同じものを食べ、会話や食事を楽しんでいる。おやつ作りや季節に合わせた行事食、外食にも出かけるなど、食事を楽しむことができるように支援している。	利用者と職員が協力して、事業所での料理や食事を楽しんでいる。健康のための献立を考えたり、新しい料理を創作したり、利用者の能力を引き出し、やりがいの場を作り出している。職員は利用者とともに一緒に調理した食事をいただき、和気あいあいとした雰囲気である。	
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。	訪問看護師に体調の変化時の助言をもらったり、予防的歯科治療も行っている。その人に合った食物形態や食事時間にも配慮している。		
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。	毎食後うがい、歯磨き、口腔清拭を行っている。		
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。	一人ひとりの仕草や排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して、さりげない声掛けや誘導で、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。	間に合わない人、尿意のない人など、個別の状況に合わせて声掛けや誘導、支援を行なっている。食事や飲み物にも気を遣い、水分摂取にゼリーや寒天を利用するなど工夫している。	
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。	水分量の把握、排便の記録に努め、出来るだけ食事により便秘の予防に心がけている。困難な方には医師に相談して薬の処方をしてもらっている。		
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。	利用者の希望に添って、隔日を基本に、午前でも午後でも、ゆっくり入浴できるように支援している。入浴したくない場合には、声掛けの工夫や日をずらすなどして対応している。	希望すれば 予定外でも入浴していただいている。入浴が楽しみになるように、耳掃除・爪切り・マッサージなどの喜んでいただけることをするなど、工夫している。	
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。	一人ひとりのリズムを大切に、夜間はゆっくり休んでもらっている。身体状況によっては、日中も居室で休息してもらっている。		
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。	定期的に薬剤師に来てもらって、個々の薬について説明を受けたり相談している。本人にも薬の説明を行い、納得して飲んでもらっている。症状の変化に気づいたことは、訪問看護師や医師に伝えている。		

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	
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。	過去の仕事の内容や趣味を考慮し、得意・不得意を把握して出来る事を継続して行ってもらうように心がけている。施設ではなく家であることをいつも念頭に置き支援するように伝えている。			
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。	買物に行きたいという希望は出来るだけ叶えるように支援している。近くの公園などの散歩や外食、家族会での日帰り旅行など戸外に出かけられるように支援している。	この2ヶ月で 19回の外食にお連れし、また、スーパーマーケットや植物公園などへも出かけ、暑い時期でも涼しく過ごせるように工夫して日常的な外出の機会が減らないようにしている。 お花見などの行事での外出機会も家族や職員の協力を得て計画し、実施している。		
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。	多くの方はお金を持たれていないが、買い物を楽しみにしている人には、ご家族にも協力いただき買い物に行ってもらっている。			
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。	事務所に電話があり、希望時家族に電話をかけてもらっている。ゆっくり話せるようプライバシーに配慮している。手紙を書かれた時は一緒に投函するなど家族に送るようにしている。			
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。	食堂からも居間からもベランダの緑を楽しめるように配慮している。壁にはカレンダーや行事の写真を貼り季節を感じられるようにしている。屋上にはエレベーターで上がることができ、整備中の菜園作りと景色をゆっくり眺める事もできる。	食堂と居間には南向きの窓があり、程よい光が差し込み、ベランダのプランターの花なども見ることができる。食堂のテーブルはキッチンとも近く、利用者と職員が協力しながら食事の下ごしらえをしたり、配膳・下膳にも便利である。壁や棚には 行事の写真や職員の写真などが飾られ、親しみの持てる飾り付けがされている。屋上ではプランターで野菜などを育てており、また景色を眺めるにも良い場所となっている。		
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。	キッチンを挟んで食堂と居間があり、会話など気兼ねなくおこなえるレイアウトになっている。ソファもその時々位置を変えて居心地良く過ごせる空間作りを心がけている。			
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。	使い慣れたタンス、テレビ、鏡台、仏壇、小物などを持ち込み、壁面に家族写真を飾るなど、居心地良く安心して過ごせるよう工夫をしている。	利用者の馴染みの家具や仏壇、テレビなどが利用者それぞれに自由に持ち込まれている。持ち込み品が多いが床スペースも十分あり、部屋はスッキリ整理され、綺麗に保たれている。		
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。	シルバーカーや歩行器、車椅子の方も自由に行き来できるよう、狭い中でも動線を工夫している。キッチンには皆が見渡せる所にあり、会話を楽しみながら、下ごしらえや調理・配膳も一緒にするようにしている。共用や居室のベランダで野菜やお花を育てて水やりや手入れをしてもらっている。			

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 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 グループホーム五日市みどりの家

作成日 平成 25 年 10月 6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	2	○事業所と地域とのつきあい～年に数回の行事参加に一部の入居者が参加している程度。訪問頂ける機会も少なく、運営推進会議への地域住民の参加率は低い。	入居者ご家族と共に、地域への買い物等や行事参加など活動機会の確保	①外出機会の確保のため～ホームのサポーターを増やす取組み～ホームでの食事会・茶話会等の実施 ②地域相互理解のため、職員による自治会活動への参加協力	①②平成25年10月～平成26年7月までの10ヶ月
2	4	○運営推進会議を活かした取組み～一年近く地域住民の方の参加は頂いていない。地域包括支援センターとの繋がりも少ない。	入居者ご家族と共に、運営推進会議参加者の増加と多様化	①欠席された推進会議のメンバーの方へは会議録と資料の手渡しと説明を実施 ②従来の家族さまへの通信とは別に、地域に向けた「ホーム便り」の発刊配布	①平成25年9月～平成26年2月までの6ヶ月 ②平成25年10月～平成26年7月までの10ヶ月
3	5	○市町との連携～保険者・地域包括、消防・警察等の行政機関やライフライン各公共企業、病院との関わりが薄い	地域の認知症グループホームとしての運営・活動状況を発信、知っていただく事に努める	入居者ご家族と共に、イベント参加など積極的に出かけ、併せて情報交換を行う	平成25年10月～平成26年7月までの10ヶ月
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。