

1 自己評価及び外部評価結果

作成日

平成27年12月23日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470204128
法人名	有限会社 福井病癒センター
事業所名	グループホーム すこやかすこやか
所在地	広島市安佐南区長楽寺二丁目13-26 (電話) 082-832-6116
自己評価作成日	平成27年12月6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27年 12月 18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）】

運営理念である「いつどんな時でもやさしい手でケアを行います。」を心がけ、ご利用者一人ひとりの生活スタイル、生活のペースを重視し個別ケアを行っています。従来のように寝ながらケアを待つのではなく、「自分らしく暮らす」ために自立し、家庭的な空間のなかでよい居場所として生活することができるように、私たちがあたたかくサポートいたします。

また、当グループホームは医療法人生仁会 福井内科医院に併設されており、定期診療をはじめとし、検査、急変時の対応などの健康管理を行いご利用者様やご家族の方に安心して生活をしていただいています。

【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）】

○利用者一人ひとりの思いを把握し、尊重し、家庭的で自由な生活を送っていただけるように支援を行っている事業所である。

○利用者・家族の要望を組み入れた介護計画作成し、計画の実施状況を毎日確認。3ヶ月毎に評価して、現状に即した介護を実践している。

○建物1Fには事業所母体の内科医院があり、通院と往診による医療支援、訪問看護も利用した毎週の健康チェックなど安心な医療提供がなされている。

○職員は介護経験が豊富で、明るく、職員同士のコミュニケーションもよく取れ、連携・協調して介護に取り組んでいる。今後も家族・地域と協力・協調しながら、活躍を期待したい事業所である。

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
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。	「いつでもどこでもやさしい手でケアを行います」という事業所独自の理念があり、朝礼時に皆で唱和し、共有して実践につなげている。	開設から12年、一貫した事業所独自理念を掲げている。朝礼時に職員が唱和して日々共有と実践に努めている。	
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。	民生委員や町内会長、副町内会長にも運営推進会議に参加していただき地域とのつながり、交流を図っている。	町内会に加入しており、敬老会などの地域行事に参加したり、町内会長には運営推進会議に参加していただいている。地域のボランティアの慰問訪問をいただいたり、中学生の体験学習の受け入れも行っている。	
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。	運営推進会議や地域の中学生の体験学習において認知症の理解や支援方法を発信している。		
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。	運営推進会議においてホームの状況等 包み隠さずに報告している。意見や提案は真摯に受け止めサービス向上に活かせるように努めている。	2ヶ月に1回開催し、利用者家族・町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・消防署員(訓練時)に参加していただいている。家族の参加は少ないが毎回全家族へ案内を送り、議事録を必ず送付している。	参加者を増やす工夫を期待したい。最近の議事録を誰でもすぐ閲覧できるよう適切にファイルすることを望みたい。
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。	市町の担当者と連絡をとり、疑問な点や相談を受けられている。	市の担当部署とは介護認定や生活保護等について、手続き・相談等を通じていろいろ協力いただいている。中学生の体験学習の受け入れ協力を行っている。	
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。	身体拘束に関しては玄関の施錠を交通事故等の危険防止、不審者の進入防止対策として 介護者に説明し同意書を取り交わしている。但し、解錠し外出の機会を多く設けるように努めている。	身体拘束をしないケアについて管理者から職員へ指導を行っている。止むを得ず身体拘束に該当する処置が必要な場合は職員会議と家族の許可を得て行う規則となっている。 1階の建物出入り口については家族に説明の上、同意を得て施錠しているが、各階のグループホームの出入り口は開放する時間帯を設け、見守りによるケアを行っている。	
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。	高齢者虐待防止の勉強会や、個々の職員の面談を行い防止に努めている。		

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。	利用者の中に成年後見人制度を利用されている方がおられ、実際に学ぶ機会となっている。市の担当者や後見人と話し合う機会を持ち、必要な時には活用できるように支援している。		
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、改定などの際は、利用者や家族に文面で説明を行い十分な理解や納得が得られるようにしている。		
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。	運営推進会議に参加した外部の方や利用者、家族は自由に意見や要望を発言でき、申し送り時に職員に伝わるように運営に反映させている。ご家族が議題提示することもある。	家族来訪時に個別に意見・要望を聴くほか、運営推進会議でも発言をいただいている。家族へは毎月、利用者の様子を手紙に書いてコミュニケーションをとっている。玄関には御意見箱を設置し、重要事項説明書に連絡先を明記して、苦情・意見等の受入れ体制を周知させている。	家族が集まれる食事会や誕生日会など、家族や職員を含めた関係者が集まって話し合う機会を増やすことを期待したい。
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている。	朝夕の申し送り時に意見交換、提案を行うことができる。決定されたことは、申し送りノートに記入し全員が目を通して確認のサインをすることになっている。	施設長と管理者は常々一般職員とともに介護業務を行い、また申し送り会議やノートなども通じて職員の見解を聞き、話し合い、運営に反映させている。	両ユニットの合同会議やユニット会議の開かれる頻度が少なくなっている。一定の頻度で定期的に職員会議や研修会を開くことを望みたい。
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。	代表者、母体の福井内科院長に諸状況を報告しそれにより、職場の環境や条件の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	職員一人ひとりのスキルアップを図るため、不定期ではあるが法人内の研修を行っている。法人外の研修に関しては受ける機会の確保までは出来てはいない。		
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り組みをしている。	地域の同業者の研修に管理者自らが参加したり、空室がある場合は空室情報をお伝えしたり、見学等の依頼があれば対応している。		

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。	サービスの利用を開始する前に、説明や見学に来てもらい、ご家族の思いを聞き取り、安心していただける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。	本人、ご家族と話し合う機会を設け必要とされる支援、グループホームでの生活についての説明等、納得していただけるように努めている。		
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。	本人、ご家族と話し合う機会を設け必要とされる支援を見極め柔軟に対応している。		
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。	一つ屋根の下、一緒に暮らしていくというなじみの関係を築き、足りない箇所を補うように努めている。生活でのちょっとした変化と一緒に感動したり、作業を一緒に行うことでお互いに支えあ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。	面会時など、日々の生活や精神面、身体の状態を伝えたり、毎月のご様子を書いたお手紙を書くなど、一緒に本人を支えていく関係を築いている。		
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。	自由に介護者以外の馴染みの人との面会や電話ができ、外出や外泊ができるように支援している。	多い利用者の場合は週数回、少ない利用者の場合は2カ月に1回程度、家族・親類・友人の面会があり、支援している。行きたいところや一時帰宅希望など、普段の想いを家族に伝えて、家族の協力で外出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。	ひとりひとりの特性や生活歴、相性を考えながら孤立しないよう関わり合える場をもてるように支援している。		
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。	サービスの利用が終了しても、必要に応じて連絡をとり本人や家族を支援している。		

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
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。	利用者と家族の来所時に本人と家族の意見、思い、希望を聞きながら その都度、把握するように努めている。	契約時より家族や利用者からの聞き取りや引き継ぎ書類によりアセスメント情報をまとめている。入居後も生活の中から分かってきたことを支援経過等に記録し、職員同士で話し合い・共有し、利用者本位のケアに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。	入所時やその後の本人や家族との関わりや話し合いをもとに生活歴や生活習慣、サービス利用の経過を把握している。		
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。	日々の申し送りや生活記録を読み把握に努めている。		
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。	利用者本人や家族の意見を聞き、それを取り入れながらホームでの生活状況、様子、課題を職員で意見を出し介護計画を作成している。	利用者・家族からの要望やアセスメント情報を元にサービス担当者会議で話し合い、介護計画を作成し、家族の了解を得ている。その後、毎日介護計画の実施状況を記録し、3か月ごとに評価を行い、計画の継続が見直しかを判定している。入退院等変化のある場合も介護計画の変更を行っている。	
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。	日々の生活を記録した生活記録をもとに、実践や介護計画の見直しに生かしている。		
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。	本人と向き合い、家族とも話し合い、そのニーズに対応できるよう柔軟な姿勢でサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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。	地域資源を把握し、本人にとって必要な地域資源があれば利用できるように支援している。具体的には外部ヘルパーによる買物外出などを利用している。		
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。	母体の内科医院で月に一度の定期受診、往診を受けられている。内科とは常に連携をとり適切な即応した医療が受けられるように支援している。また、ご家族の希望で他院へ通院されることも支援している。	契約時に説明し、かかりつけ医を選んでいただいている。現在、全利用者が協力医をかかりつけ医としている。月1回の通院(1Fの協力医)と往診、訪問看護による毎週の健康チェック、その他、希望者には訪問歯科も利用頂いて適切な医療を受けられるように支援している。	

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。	看護職員はいないが、福井内科の看護師や訪問看護師と常に連携をとり変化や心配な症状があれば早期に連絡や相談をし即応、適切な医療が受けられる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。	入院時には、内科医師やGH職員、訪問看護師と入院先の医師や看護師と連絡をとり必要な情報を提供、交換し早期退院ができるように関係作りを心掛けている。		
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。	「重度化、終末期の指針」を整備し必要がある場合、本人や家族と話し合いを重ね、様々な状況に対して最善の納得できる対処ができるように日頃から地域の関係者とともに取り組んでいる。	契約時に、重度化・終末期の対応について説明している。必要な時期にはかかりつけ医と訪問看護師を含めた話し合いを重ねながら方針を共有して支援に取り組んでいる。	
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。	緊急時の訪問看護、薬局への連絡相談、事前の対策など、迅速に対応ができるように実践力を身に付けている。		
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。	職員の緊急連絡網の整備。消防避難訓練の実施や消防署の方に来ていただき災害時の初期対応や避難についてのお話を伺う機会を設けている。	年2回の夜間を想定した防災避難訓練を実施している。そのうち1回は消防署指導の下に行い、運営推進会議の中でも消防署指導をいただいている。	
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。	排泄や入浴等はプライバシーに配慮して対応。ニーズに関しては自己決定していただけるように努めている。	管理者から人格の尊重とプライバシー確保について、日頃から指導を行っている。個人情報ファイルは専用書庫に保管し管理されている。	
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。	利用者の思いや希望を表現しやすいようによく話を聞き、なじみの関係作りに努めている。また、発語のない方にも表情やしぐさから思いをくみ取り自己決定ができるように働きかけている。		
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。	できる限り、利用者の希望や生活のペースに添えるように努力している。		

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。	その人らし、いおしゃれを楽しんでいただけるように支援している。前、後ろ反対などおかしな着こなしに対してはアドバイス等の援助をしている。		
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。	利用者の能力に応じてできることを一緒にしてもらっている。また、四季折々を感じさせる食事、食材の利用や食べたい物のリクエストに答えるようにしている。箸、コップなど個人別になっている。	食材配達業者とそのメニューを利用して、利用者の希望にも応えるように事業所職員が調理している。家族からの差し入れや旬の食材も利用している。職員が介助もしながら一緒に食事をし、楽しい時間となっている。	
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。	本人の状態、好みに合わせて量やバランス、水分量の確保に努めている。食事や水分の形態、食器などにも気を配り適したものを使ってもらっている。		
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。	食後の口腔ケアは職員の見守り、または介助のもとに行い異常の早期発見に努めている。		
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つかみ、時間を見て声かけ、誘導をし、失敗等のない快適な排泄を目指している。	一人ひとりの排泄の記録を取り、トイレへ誘導している。夜間は一人ひとりの状況に応じて、パットやリハパン、オムツを利用して、睡眠と両立させている。	
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。	水分をしっかり摂る工夫、日々の排泄量、回数チェック。繊維の多いものは、小さく刻むなどして摂取していただけるようにしている。運動面では、朝の体操や廊下歩行に参加していただけるように誘導している。また、必要に応じて下剤などで対応する。		
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。	お風呂は毎日準備し、ローテーションに応じて入浴している。入浴が嫌いな方に対しては、気分を損なわない声かけ等、工夫をして誘導している。	毎日、お風呂の準備をし、1日～2日おきに希望を聞きながら入浴していただいている。身体状況も見ながら入浴していただき、快適に過ごしていただけるように配慮している。利用者によっては職員2人で介助し、安心な入浴となるよう配慮している。	
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。	居室の照明や寝具、室温などに配慮し安心して休息したり、くつろいで眠れるように支援している。		
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。	薬局より処方された薬の薬剤情報に目を通し、その薬の作用、副作用に注意している。薬が変わったときや臨時に処方された時は症状に変化がないか、申し送りを通して職員全員が確認するように努めている。		

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
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。	一人ひとりの能力に合わせて洗濯干し、掃除など役割を日課として生活をしてもらっている。本人の好きなものや食べたいものの希望があれば支援している。		
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。	買物に行きたいという希望があれば可能なかぎり、一緒に外出支援するように努めている。ご家族様の同意、希望のもと外部ヘルパーを利用される方もいる。	日常的には南向きのベランダと広い掃き出し窓が備わる広い共用スペースにて、窓を開けて風にあたりたり、日光浴をしたり、プランターの世話や体操を行っていただいている。また、毎月数回、個別に外出に付き添ったり、家族や外部ヘルパーの協力を得て外出していただいている。	
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。	認知症により金銭管理が難しいため、基本的には物品の購入、買物は事業所が立替え、希望されるものを購入できるように支援している。少数ではあるがわずかな金銭を所持されている方もいる。		
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。	本人の希望により、電話は受けたりかけたりできるように支援している。また、手紙のやりとりもできるように支援している。また、ご自身で携帯電話を所有も認めている。		
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。	清潔を保ち、快適な空間作りを心掛けている。毎日の掃除、清掃、換気を実施して居心地よく過ごせるようにしている。	リビングは対面式キッチンが備わり、広くはない分、家庭的な雰囲気職員と利用者が食事や団楽の時間を過ごせる空間となっている。また、リビングより広い共有スペースがあり、幅広くとられた掃き出し窓とベランダも備わり、天気の良い日は戸外で過ごす気分が味わえ、天気の悪い日も広い室内で伸び伸びと過ごせる。明るさ・室温ともに適度に調整され、快適に過ごせる共用空間を備えている。	
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。	共用空間のリビングには、テーブルが2台とソファがあり席の配置にも気のあったもの同士の会話が弾むような気を配っている。		
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。	居室には入居時に説明して、使い慣れた家具や好みのもを自由に持ち込んでもらってもよいと説明。利用者の居心地のいい空間作りと同様に安全かつ生活しやすい居室づくりに努めている。	馴染みの家具や生活用品が持ち込まれ、思い出の写真や手作りの作品などが飾られ、利用者それぞれに部屋づくりがなされている。清掃も行き届いて清潔に維持されている。	
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。	職員全員が利用者に関わり、利用者一人ひとりの能力を把握し、安全に過ごせるように床のバリアフリー化、手摺りが設置されたホームの中で安全にかつ介護づけではない自立した生活が送れるように声かけや見守りを実施している。		

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	<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 グループホームすこやかすこやか

作成日 平成 27 年 12 月 23 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	3	運営推進会議の記録、議事録がパソコンに保存されたままになっている。ファイルを作成し閲覧できるようにする。 また、運営推進会議の参加者を増やす工夫が成されていない。	運営推進会議のファイルの作成。参加者を増やす。新たな参加者の発掘。	運営推進会議の記録等は作成後、すぐに書面におとしファイリングする。運営推進会議の日時の変更や、参加行事等を行い、同日に会議を行う。	ファイルは早急。 会議等の予定は半年。
2	7	ホーム内での職員会議が以前と比べておろそかになっており、最近は行われていない。	職員会議の復活、定例化。最低でも月に一回は職員会議を行う。	会議の重要性を理解し、毎月の予定に組み込む。	1ヵ月
3	6	利用者や家族等が意見、要望を表せる機会が運営推進会議だけでは不十分。	家族の個別対応ばかりではなく、家族間の交流を図れる場を設ける。	誕生日会などを家族参加とし、また、イベント行事もご家族が参加できるもの、参加を促せるものを行う。	半年
4		サービス計画書（ケアプラン）作成のモニタリングシートにサービス計画書を継続、変更のどちらかにするかのレ点の記入が漏れている。	書類に関して、記入漏れのないようにする。	モニタリングの実施者は必ず、記入をする。	1ヵ月
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。