

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24年 10月 30日

【事業所概要（事業所記入）】

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| 事業所番号 | 3471900187 |
| 法人名 | 社会福祉法人慈照会 |
| 事業所名 | グループホーム ゆうばえ |
| 所在地 | 広島県三次市山家町607-12 (電話) 0824-62-8801 |
| 自己評価作成日 | 平成24年10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）】

当施設は、医療機関及び介護施設に隣接している利点を生かし、病気による認知症の進行を予防するため、専門医の定期的な受診及び健康管理に努め、安心して暮らしてもらえる事業所を目指しています。また関連施設の協力を得ながら外出、行事を多く実施して、利用者の皆様に、四季を感じていただいたり、地域の方との交流を多く行っている。

※ 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 | |
|------------|--|

【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 10 月 29 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）】

- 山里の広大な敷地に社会福祉法人慈照会の経営する医療・福祉施設が並び、その一角に当事業所がある。日常の健康管理や重度化した場合の支援体制が整い、医療面で安心する事ができる。
- 「笑顔・親切・優しさ」を共通理念として、家庭的な環境を作り、利用者一人ひとりの思いや希望を大切にした支援が行われている。日課として午後4時(夕暮れ時)に仏壇の前に集い、おつとめを行っている。
- 利用者は敷地内の散歩やドライブ、事業所内のお楽しみ行事や他の施設と合同で行われる季節行事に、それぞれのペースで参加し、ゆったりと過ごしている。

| 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。 | 慈悲につつまれた安らかな日々を過ごすことを理念とした法人の下、笑顔・親切・やさしさという事業所独自の理念をかかげている。 | 仏典より引用した法人理念の他に「笑顔・親切・優しさ」と言う事業所独自の理念を掲げ、職員間で共有し、日々のケア活動に取り組んでいる。事務所内にも掲示してある。 | |
| 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。 | 地元コミュニティや自治活動に参加、法人主催の夏祭り・菖蒲まつりへ参加し、地元の人との交流を行っている。 | 法人全体で自治会に加入している。自治会行事の秋祭り、文化祭、ふれあい祭などに参加すると共に、法人主催の夏祭りや菖蒲祭りに地元の方々を招待して相互交流を図っている。道路清掃などにも参加している。 | |
| 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。 | 法人として認知症講演会を実施している。 | | |
| 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。 | 2ヶ月に1回、奇数月の第3水曜日に行い、行事時の手伝い等、声掛けしている。 | 2ヶ月毎、奇数月の第3水曜日に開催されている。参加メンバーはご家族、地域代表者(2名)、民生委員、市又は地域包括職員、施設職員である。事業所の現状報告や行事報告、意見交換等が行われている。 | |
| 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。 | 運営推進会議時、担当者だけでなく地域包括支援センターの方も参加される事もある。 | 法人として、市や市職員との協力関係が築かれている。事業所独自では運営推進会議に参加してもらったり、ゆうばえ便りを届けたり、報告ごとを通じて連携に努めている。 | |
| 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。 | 「身体拘束はしないこと」を前提に、外へ出たい利用者には職員が付き添っている。 | 身体拘束に関する研修が法人内で行われ、職員間で知識を共有し、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。基本的には玄関は施錠されておらず、チャイムを取り付けている。外に出たい利用者には職員が付き添って対応しているが、止むを得ない時、ご家族の了解を得て施錠する事もある。 | |
| 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。 | アザ、傷等あれば話し合って原因究明する。 | | |

| 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 |
| 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。 | 研修会への参加はしているが、現在支援はしていない。 | | |
| 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。 | わからない点は、いつでも連絡してもらう様にしている。 | | |
| 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。 | 利用者の意見には、都度対応し、家族は面会時には必ず要望を聞くようにしている。 | 日頃より、利用者やご家族が意見を言い易い関係を築いている。ご家族の訪問時には、利用者の様子を伝え、意見や要望の聞き取りに努めている。家族会もあり、ゆうばえ便りも発行されている。意見箱の設置や苦情相談窓口も明記されている。意見や要望は検討して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。 | 月に1度の職員会議、個人の意見は常に問いかけ、聞くようにしている。 | 職員間のコミュニケーションはよく、意見を直接言い易い関係を築いている。また月1回の職員会議で意見や要望を聞く機会を設けている。管理者は月1回の主任者会議で代表者に意見を伝えている。 | |
| 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。 | 6ヶ月に1度個人面談・人事評価を行っている。 | | |
| 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。 | 研修会案内は随時報告、参加を促している。 | | |
| 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。 | 三次地区地域密着型事業所のネットワークへ参加し、意見交換している。 | | |

| 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。 | 事前面接を行い、本人の意見を聞いて、顔なじみになる様にしている。 | | |
| 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。 | 事前面接を行い家族の意見を聞き、いつでも連絡をとれる様にしている。 | | |
| 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。 | 入居してからの生活について説明し、他のサービスの紹介もしている。 | | |
| 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。 | 個々の能力に合わせて、できる事を一緒にしている。 | | |
| 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。 | 面会時や月1回の便りにて、本人の状況を報告している。面会の少ない家族には電話する事もあるが、話す機会が少なくなりがち。 | | |
| 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。 | 面会に来られ一緒に外出されたりしている。個人的に買い物・散髪を行なっている。 | 面会にこられた人にはお茶を出して、くつろいで過ごしてもらえるように配慮している。個人的に希望される馴染みの店での買い物や散髪、美容院には職員が同伴支援を行っている。 | |
| 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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。 | 洗濯物を渡してもらったり車椅子を押してもらったり、できる人が手伝っている。 | | |
| 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。 | 入院時はお見舞いに行ったり同法人内であれば、職員より状況を聞いたりする。 | | |

| 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。 | 日頃の会話から本人の希望・意向を把握するようにしている。 | 入居時に入居アンケート、センター方式(一部改良)を用いて、利用者、ご家族からの聞き取りを行っている。入居後のケア活動で得た利用者の思いや希望は個人記録に残し職員間で共有している。 | |
| 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。 | 入居前に生活歴を記入してもらい、これまでのサービス利用についても聞きとりしている。 | | |
| 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。 | 毎朝の申し送りや、各ユニットのミーティングで一人一人の把握に努めている。 | | |
| 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。 | 半年に一度の見直しを行なっている。担当者がアセスメント・介護計画を作成、カンファレンスにて決定し、家族へ説明している。 | 担当制になっていて6ヶ月ごとに見直しを行っている。担当者が入居時情報、個人記録、予め本人やご家族から聞き取った思いや希望をもとにアセスメントを行ない、介護計画を立てて、ケア会議にて決定しご家族の了解を得ている。6ヵ月後のケア会議でモニタリング、評価し、計画見直しが行なわれている。状態の変化時には即見直しを行っている。 | |
| 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。 | 個別に記録し申し送りが毎日行っている。休みの職員は必ずケア記録に目を通している。 | | |
| 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。 | 日常の外出等、本人家族の要望は聞き入れている。 | | |
| 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。 | 地域の行事には参加している。個人の地域への参加は、家族が連れて行ければ参加(敬老会) | | |
| 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。 | 入居時、同法人の関連病院に主治医にする事で了解を得ている。月1回の定期受診、2週間に1度の健康チェックを行っている。 | 入居時に健康状態の把握や緊急対応に備えて法人内(敷地内)の病院を主治医にすることで了解を得ている。月1回の定期受診、2週間に1度の看護師による健康チェックが行われている。協力医療機関として総合病院もあり適切な医療が受けられるように支援されている。 | |

| 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 |
| 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。 | 2週間に1度の健康チェックに、担当の看護師に来てもらっている。いつでも相談し、健康管理につとめている。 | | |
| 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。 | 出来る限りの面会に行き、看護師や相談員に状況確認し、退院がスムーズに行くようにしている。 | | |
| 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、事業所です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。 | 重度化した場合の指針の説明をし、同意を得ているが、担当医から早い段階で家族に話をしてもらう。 | 事業所として重度化した場合の指針を作り、入居時に説明し同意を得ている。早い段階より本人、ご家族、医師と話し合いを重ねている。法人施設が充実しており、最も適切な支援が行われるように配慮されている。 | |
| 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。 | 初期対応・事故発生時の研修等している。 | | |
| 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。 | 同一法人敷地内で訓練し、相互的に協力している。 | 災害訓練は法人合同で本年度5回実施している。防災体制については、隣接するナーシングホーム沙羅と協力して対応する事となっている。事業所独自では、利用者も一緒に避難する訓練を年1回することになっている。消防署の行う訓練にも職員が交代で参加している。スプリンクラー、非常ボタン、火災報知機、消火器など設置されている。災害時連絡網の一覧表が事務所内に掲示されていない。 | わかり易い、災害時連絡網の一覧表を作り事務所内に掲示される事が望まれる。 |
| 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。 | 笑顔での声掛け、常に尊厳の念をもって対応している。 | 接遇マナーについて法人で研修を行っている。職員は利用者一人一人のプライドやプライバシーに配慮しながら笑顔で尊敬の念を持って対応するように心掛けている。個人記録は施錠できるロッカーに保管されている。 | |
| 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。 | 嗜好品など預かってはいるが、欲しいと言われれば出している。 | | |
| 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。 | 食事時間はだいたい決まっているが、個人の食べれる時間に提供している。 | | |

| 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。 | 基本的には本人好みではあるが、外出時にふさわしくない場合着がえてもらう。 | | |
| 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。 | 誕生日に希望のメニューをとり入れたり、外食して楽しんでいる。盛り付け、洗い物をしてもらっている。 | 職員が献立を考え手作りされている。左右対称の建物で台所兼食堂が繋がっていて、2ユニット合同で調理が行われている。料理の盛り付けや洗い物など利用者も一緒に行っている。誕生日には希望のメニューを取り入れたり、時には外食する事もある。職員も同じ食事を一緒にとり、見守りやサポートもさり気なく行われている。栄養士の資格を有する職員がいて、カロリーや栄養バランスのチェックも行われている。 | |
| 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・水分量は毎回記録し、水分1日1300cc以上を目安としている。 | | |
| 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。 | 出来る人は毎食後、昼食後は必ず全員行う。週2回の義歯消毒をしている。 | | |
| 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。 | 個々の動作や話によって、介助をしている。失敗してもできるだけトイレに自ら行くようにしている。 | 一人ひとりの動作や会話でトイレへの声かけや誘導、介助を行なっている。なるべくトイレを利用し布パンツやパットで過ごしてもらえよう支援している。 | |
| 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。 | 排便チェックし、便秘の方には牛乳や薬で対応している。 | | |
| 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。 | 入浴は毎日行っているが、拒否される方に声掛けの工夫を行っている。夜間入浴はしていない。 | 毎日入浴できるようになっている。入浴を拒否される利用者への声かけに、人を替えたり、時間を変えたり、タイミングをはからって入浴をうながしている。夜間の入浴は行われていない。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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。 | 個々のその日の状態に合わせて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。 | 薬の説明書を個々の記録に入れてあり、症状の変化は看護師のい報告するようにしている。 | | |

| 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 | |
| 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。 | 入居前の趣味・家事等把握し、本人の力に合わせた役割をしてもらっている。 | | | |
| 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。 | 個々の散歩は都度行っている。又月に1回は全員で車での外出も行っている。 | 天気の良い日には敷地内を散歩している。敷地内に職員の託児所があり幼児と楽しいひと時を過ごす人もいる。法人所有のバスで気軽にドライブ(月3~4回)を楽しんだりベランダでお茶を飲んだり、日光浴をしたりと戸外で過ごせるように支援されている。 | | |
| 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。 | 少数だが本人が持っていて、買い物をしたりしている。 | | | |
| 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。 | 自らかけられる事もあるが、「かけて」と言われた時はかけている。 | | | |
| 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。 | 季節の物を掲示したり、花を植えたりしている。 | 季節の花や植物の植えられた中庭を一周する廊下、その周りに食堂や大きな掘りごたつ、仏壇のある日本間、浴室、トイレ、居室が配置されている。廊下には利用者の手作りの作品、習字、行事の写真、季節の飾り物などがあり、沢山の椅子も配置されて、利用者同士くつろいで過ごす事のできる空間となっている。2つのユニットは左右対称で、廊下で一周できる開放感のある造りとなっている。 | | |
| 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。 | 各コーナーへ椅子・テーブルがあるが、ほとんどの人が食堂にて休んでいる。 | | | |
| 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。 | 在宅から入居の場合、できるだけ変化のない様にしてもらっている。新しい物の購入はさけてもらう。 | 各居室は洋間と和室が用意されており、ベット、整理ダンス、押入れが備え付けてある。布団やそれぞれ使い慣れた馴染みの品物が持ち込まれ、思い思い飾り付けをしてくつろいで過ごせるように工夫されている。 | | |
| 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。 | 手すりや椅子を置き、安全に自分でできる様にしている。 | | | |

| 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 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 グループホームゆうばえ

作成日 平成 24 年 11 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組み内容 | 目標達成に要する期間 |
|------|------|----------------------|------------------------------------|--------------------|------------------|
| 1 | 13 | 災害時の連絡網が職員のみ記載になっている | 第一発見者よりどこに連絡し、どうするのか詳細を明記したものを掲示する | 掲示書式の変更 11月職員会議で検討 | 書式作成後、平成24年12月予定 |
| 2 | 4 | 運営推進会議がマンネリ化している | 利用者と共に過ごせる行事の参加してもらう | 11月の運営推進会議にて検討 | 来年度の運営推進会議より開始 |
| 3 | 17 | 浴槽が高く、深いために自由な入浴が困難 | お風呂場の改装、浴槽の検討 | 介護機器の購入、リフォーム | 1年～2年ぐらい |
| 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。