

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26年 12月 16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 26年 12月 8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 12月 10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）】

良好なコミュニケーションによる信頼関係をテーマに日々、業務研鑽、研修に取り組んでいます。家庭的関わりと地域交流の下、「ゆっくり・いっしょに・たのしく」のみどりの家共通理念の実践により、職員、入居者、家族、地域の方の幸せを追求してゆきたいと考えています。

【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）】

利用者は職員に見守られながら明るく毎日を過ごしている。自分達で作った野菜を使った手づくりの食事を皆でいただき、地域行事・外出行事に積極的に出かけ、様々なレクリエーション活動で五感を刺激する生活を維持している。職員は利用者一人ひとりに合った話し方・接し方を心がけ、時には人生の先輩である利用者に教わりながらチームワークよくケアにあたっている。開設10年を迎えた「グループホーム五日市・みどりの家」は利用者はもちろん職員にとっても家であり、地域からも施設ではなく「家」として広く受け入れられる存在となっている。

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	
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。	毎年ホーム運営目標を掲げ、ミーティングとホーム内研修によりコミュニケーションに基づく信頼関係構築を実践している。	法人理念のもと、毎年ホームの目指すべき姿を定めている。毎月1回の全体ミーティング、ユニット毎のミーティング、必要に応じて管理者との個別面談を行うことで、職員の意識や方向性を確認し合い、理念を共有し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。	年間の地域行事カレンダーの作成、配布。翌月シフト作成時には地域行事への参加を盛り込んでいる。	町内会に加入し、地域行事(夏・秋祭り、餅つき・とんど)等には準備段階から職員が参加し、利用者も一緒に地域と交流している。ハロウィンには幼稚園児の仮装訪問、事業所での音楽会(オカリナ)へのお誘い、外出ボランティアの協力等、地域との交流を広めている。		
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。	認知症実践リーダー研修の受講者による、認知症サポーター養成講座の実施			
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。	会議で頂いた意見をホームの全体ミーティング、茶話会(家族会)に反映させている	奇数月第三木曜日に開催している。事業所の利用状況・行事報告・事故報告等行い、出席者から質問や意見を出してもらい、運営に反映させている。メンバーは家族・町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・他グループホーム管理者・消防・警察等である。		
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り組んでいる。	区の介護保険課との具体的な連携はない。生活保護対応施設であるので、受入れ、相談など生活課との連携は密にとっている	運営推進会議の案内・議事録のFAX提出を行っているが、区介護保険課職員の運営推進会議への出席は今年度はまだない。提出書類は直接窓口提出している。区生活保護課とは、生活保護の受給者についての相談を行っている。地域包括支援センター開催の認知症勉強会への参加や、認知症サポーター養成講座の講師を務めている。	定期的な報告や、些細なことでも相談を行い、区介護保険課と、さらに強い協力関係を築かれることを期待したい。	
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。	共通理念として、今年のホーム運営目標にも盛り込んでおり、日常業務での判断基準として実践している	年間の事業所内研修に組まれており、全職員はよく理解している。また、外部研修に参加した職員による報告研修がなされ、より理解を深めている。グループホームは2・3Fにあり、エレベーターが出入口となっている。日中は施錠せず、1Fデイサービス・屋上へは自由に行き来できる。夜間は安全のため施錠しているが、家族の了解を得ている。		
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。	ケア向上委員会を組織し、不適切なケアの検討(ヒヤリ・ハット／事故報告)など教育と防止を行っている			

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。	年間研修スケジュールに盛り込み、理解を深める機会をもっている。成年後見の活用について数名の方を対象に検討、準備している		
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。	重要事項／契約など説明と同意を丁寧に行っている。理解を深めるため入居のしおりも提示説明している。		
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。	二カ月に一度の茶話会(家族会)、運営推進会議やケアプラン変更時の面談などに意見・アドバイスを頂いている	職員は家族が面会に来やすい雰囲気づくりを心がけている。また、家族の面会は多い。毎月の手紙で利用者の様子を伝え、毎月の外出行事(家族も自由参加できる)・2か月毎の家族会等で、家族から意見や要望を出してもらい運営に反映させている。	
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。	毎月の全体ミーティング、及びフロアミーティングで意見・提案を聴く他、育成面談に於いても聴きとっている	年2回の職員面談・本社顧問による年1回の面談が設けられ、職員は直接意見や提案を出す機会がある。また、月2回のミーティングでは職員から意見や提案が活発に出され、運営に活かされている。 日頃から管理者と職員は信頼関係ができていて、職員は伸び伸びと仕事ができている。	
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、振り返り等随時参加。シフト表のチェックなどから勤務状況を把握し、フロアリーダーとの協議の上、職場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。	シフトに於いてOJTリーダーを定め日常業務において円滑なコミュニケーションを図ったうえで業務トレーニングを進めている		
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。	運営推進会議への参加や、地域(包括、ケアマネ会)主催の勉強会には参加しており、地域集合研修などの企画を提案・実施している。		

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。	入居前にケアマネジャー、家族、医師、相談員等、関係者から情報提供を受け、訪問面談を実施している。事前の入居体験機会を設けるなど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。	暫定ケアプランを基に話し合いを重ねている。当初はメール、電話により日々の様子を報告、相談させて頂いている		
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・家族の思いを丁寧に聴くことで安心と信頼を得て支援を行っている		
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。	ホームの運営理念として、家族的あることを協議、実践している		
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。	毎月のご様子発信に併せ、気付きや相談は日々させて頂いている。イベントや行事の参加、運営をお願いしている		
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。	友人・知人の来訪にはホームをあげて歓待している。手紙や電話の取次、家庭訪問や、馴染みの場所への外出を支援している	家族・親戚・知人の面会は多く、居室でお茶をお出ししたり、食堂で他の利用者と一緒に過ごしてもらうこともある。馴染みの場へは個別支援で外出したり、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。	朝の会(体操や歌会)、フロアでのグループ活動(調理や行事飾り・洗濯物・花木の手入れ)や趣味活動を通じて、スタッフの関わりにより良好な関係維持を支援している		
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。	長期入院による退居後もご逝去まで本人、ご家族の相談支援に努めた		

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、表情・言葉・エピソードなどを日誌や伝達ノートに記録。日々の振り返りやフロアミーティングで思いや意向を把握しケアプランに反映している	入浴時・外出時・夜間帯の1対1で接する時に、何気ない会話から普段は話せない内容を聞き出せることが多い。思いや意向は申し送りや業務日誌・生活日誌に記録し、全職員で共有している。今期は認知症の勉強会を複数回行っており、職員は利用者の意向把握のスキルアップを図っている。		
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立っている。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。	ケアプランに基づき、日々の振り返りで変化・気付きをまとめている。必要に応じ、詳細記録用生活日誌等、帳票を使い分けている			
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	利用者・家族の意向に沿った介護計画を作成している。計画実施のための具体的な目標が複数項目(多い人は15項目)作成されている。その項目一つ一つについて、実施状況とコメントを毎日記録している。月末のフロアミーティングで職員から意見や改善点を聞き、計画作成担当者がモニタリングを行っている。		
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。	直ぐにケアプランを参照、変化を生活日誌に記録できるよう配慮している。イベントでは個別対応を心掛け、写真などでの記録を大切にしている			
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。	職員の友人・知人・ボランティア(退職スタッフ)、ご家族などに運営に関わってもらっており、個別化・多様性への対応に取り組んでいる			
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。	地域行事やお店、施設などに入居者さんと出向き、顔の見える関係を広げることで、地域での暮らしを楽しんでいる			
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。	内科／歯科の先生に訪問診療をお願いしている(2回／月)。疾患などの早期の発見対応体制を築いている	入居時の説明で家族の同意のもと、現在全利用者が提携医をかかりつけ医に変更している。提携医は月2回の往診と夜間もオンコール体制にある。また、希望者は訪問歯科医を利用することができる。常勤職員に看護師の有資格者がいる。		

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。	常勤の正看護師を配置し、日々の健康管理や緊急対応にあたり、災害時の医療情報提供書も作成・更新されている		
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。	主治医のドクターと看護職員により、入退院先の病院／SWとの連携相談など良好な関係作りを行っている		
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。	入居頂いた時より、重度化／終末期に向けた方針をドクター・ご家族と共有するように努めている	入居時に「医療的な対応等に関する指針」の説明を行い、同意を頂いている。重度化が進むと、家族の気もちも揺れ、最初の意向と変わることもあるので、家族・医師・職員で何度も話し合い、連携して支援している。出来る限り、利用者・家族の意向に沿い、終のすみかとなるよう支援する職員体制にある。	
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。	緊急連絡に基づき、連絡網を整備している。ヒヤリ・ハット、事故報告はフロア全員で分析と共有を実践している。		
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む予定。地域との協力体制を築いて行きたい	年2回、消防署立会いのもと、昼夜を想定した消防避難訓練を実施している。2ユニットの職員が、「通報・誘導・消火・避難」を分担している。訓練の際はあらかじめ詳細な実施手順を作成しシナリオ通りに訓練を行い、終了後消防署職員からアドバイスがある。ご近所には訓練参加のお願いをしているが参加はまだない。 職員に応急指導員の有資格者がいる。 当事業所は浸水ハザードマップに記載された地区にあるので、いざという時には災害備蓄品を提供する等、地域と協力体制を築いていく予定である。	ご近所には今後も訓練参加をお願いし、いざという時の互助関係を築かれるよう期待したい。また、町内会に緊急連絡網に入ってもらって頂く等、地域との連携体制づくりをさらに進められるよう望みたい。
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。	今期ケア向上委員4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いる	法人として事業所にケア向上委員会を設置し、事業所内研修に「尊厳の保持のための研修」が組まれている。毎月の会議ではヒヤリハット・事故報告を行い、ケア向上に活かしている。個人ファイルは事務室の鍵付きキャビネットに保管されている。	
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。	認知症の理解とケア、傾聴による尊厳の保持など、ホーム内研修に取り組んでいる		
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。	まず互いに認め合える関係作りを前提とし、支援はそれから入居者さんと一緒に、ゆっくり、楽しくすることになっている		

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。	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 食事がしみななものになるよう、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。	入居者の希望を聴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いき、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、水曜日は料理教室、屋上でのランチなど食事を楽しむことができるように支援している	三食とも全て職員が献立づくり・調理している。調理の音やにおいを体感し、屋上菜園の野菜を使ったメニューを全員で食卓を囲んで頂いている。利用者中心でお好み焼や手毬ずしを作ったり、回転ずし屋のデリバリー、マグロの解体ショー、屋上でのランチやお茶、誕生日の外食など、「食＝楽しみ」を実践している。	
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。	テーブルや椅子を整え、美味しく、楽しく食べれる工夫をしている。各人の摂取状況による個別対応を行っている		
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、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。	予防的訪問歯科による指導に基づき、毎食後の清潔保持に努めている		
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	全利用者がトイレで排泄できるよう、職員の意識が高く保たれている。昼夜を問わず要望があれば1時間おきでもトイレに付き添う支援を行っている。現在全利用者が自立もしくはリハビリパンツで過ごしている。誘導する時はさりげない声かけで、周囲に気づかれないよう配慮している。	
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。薬は調整の出来るように分包としている		
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。	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。入浴に付帯して、マッサージや肌の保清など、心地よく楽しんで頂けるような工夫をしている	家庭用の浴室・浴槽に手すりを複数配置し、安全に入浴できるよう支援している。午前・午後に分けて1日おきに入浴している。1対1での入浴で、普段人前では話せないようなことでも、心身ともにリラックスして話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。	朝日を浴びる起床の声掛けに始まり、夜の安眠へ導く流れを支援している。		
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。	内服のチェック表を活用し、確実な与薬を実施している。変化を記録し、減薬につながるようケアの見直しを同時に検討実施している		

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。	毎日の調理やお品書き、季節の飾り物の作成、音楽の会などを通じて、出来ることの継続や、各々役割を持つことなど、楽しみごとを広げてゆけ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。	買い物や近くの散歩や外出などの機会が確保できるよう、家族や地域の方の協力をお願いしている	日々の散歩は要望があれば積極的に行くよう支援している。毎月ドライブを複数回企画し、家族・外出ボランティアの協力を得ながら様々な場所に出かけ、リフレッシュしている。屋上スペースを活用して、野菜づくり・花の世話・洗濯干し・ランチ・お茶・ひなたぼっこもできるようにしている。	
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。	ホーム規則では所持金は認められていないが(ホーム立替)、個別対応で少額を管理、支払などを支援している		
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。	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。屋上では花壇・菜園を入居者と作っており、天気によってはランチやおやつを楽しんでいる。	季節感あふれる大きな壁飾りは利用者と職員のアイデアいっぱいの共同制作作品である。他にも手芸や工作作品・毎月の書道作品等の季節の飾りが楽しい雰囲気をつくっている。広いスペースの中央に台所、左右に食堂と居間が配置され、移動することが自然と運動になっている。ソファやイスを配置し休めるよう工夫している。共有スペースは明るく、温度・湿度が適度に保たれている。廊下・トイレは広く、車イスの移動も楽にできる。	
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。	キッチンを含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。	医療用ベッド・エアコンが備えてある。布団やタンス・収納ボックス・冷蔵庫・洋服かけ・仏壇・鉢植え等、使い慣れた物や必要な物を家族と相談しながら持ち込んでもらっている。ベッドは利用者が使いやすい位置に配置している。若い頃の写真や家族の写真・手芸や工作が飾られ、その人らしい部屋となっている。利用者と職員で掃除をし、車イスでも動きやすいようスペースが確保され、居心地よく過ごせる居室となっている。	
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。屋上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くらいが ③利用者の3分の1くらいが 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	☐	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
		☐	② 利用者へのサービス評価について説明した
		☐	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
		☐	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
			⑤ その他（ ）
2	自己評価の実施	☐	① 自己評価を職員全員が実施した
		☐	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
		☐	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
		☐	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
			⑤ その他（ ）
3	外部評価（訪問調査当日）	☐	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
		☐	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
		☐	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
			④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	☐	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
			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
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		☐	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
			⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用	☐	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
		☐	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）
			③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		☐	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）
			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 27 年 3 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	4	運営推進会議を盛り上げ、有効に作用出来ていない。地域社会との間に更なるコミュニケーションを図り、相互理解を必要としている。	地域社会との関係深化を含めた運営推進会議の活性化	ホームの様子を伝える広報紙を作成し、配布すること。 欠席のメンバーの方へも会議録、資料の配布を実施する事。	平成27年4月～7月
2	35	消防避難訓練等は規定通り開催しているが、防災に対する職員の意識、知識の部分で個人差が見られる。	全職員が災害時等に適切な判断・対応できる体制とすること	出来る限り多くの職員が訓練に参加し、その内容を他の職員にも伝達すること。 ミーティング等において防災に関する勉強会を開催すること。	平成27年4月～10月
3	54	建築物の老朽化に伴い、居室の壁紙に剥がれ等が見られる。	居室の破損部分を点検し、補修を計画的に実施する。	ホームにて対応できる補修は可及的速やかに実施すること。対応できない場合は必要に応じて外部に依頼すること。	平成27年4月～7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。