

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 3 年 3 月 22 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	34725000895
法人名	医療法人社団親心会小西脳外科内科
事業所名	グループホーム湯舟の里
所在地	東広島市高屋町造賀 2 9 6 1 (電話) 082-430-2210
自己評価作成日	平成 2 5 年 1 月 2 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 2 5 年 3 月 2 2 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）】

・週1回の往診や24時間医療連携で主治医との連携がとれて、ターミナルケアまで行える。 ・個別ケア介護によって全体が穏やかに生活されている。 ・地域との交流が来ている。 ・清掃作業、文化祭、温泉旅行などの行事でご家族の参加率が良い。 ・畑、花壇があり季節の花、野菜を植え、収穫を楽しんでいる。

【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）】

○母体医療機関との連携により、安心のケアが提供されている。院長による週1回の往診を始め、予防を含む医療面のバックアップは万全で、ターミナルケアまで「安心のケア」が実践され、喜ばれている。 ○ご家族との信頼関係が強い。介護計画策定やモニタリング実施時、ご家族の意向確認を最優先させたり、一大イベント・温泉旅行を家族会の意向で決めるなど、ご家族とは何でも言い合える信頼関係が出来上がっている。家族アンケートの満足度も高い。また、入居後これまでより「家族の絆が深まった」と喜ばれるご家族も出ている。 ○元気で多才な利用者が多い。文化祭での演奏を目指してキーボードを練習中の方、料理や囲碁、文筆が得意な方など、多士済々。恵まれた環境の中、地域に支えられ、安心して、自分らしく暮らせるホームづくりが進んでいる。

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
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。	理念を作成して、ホーム内に掲げている。	ホームの独自理念「住民の一人として、地域に溶け込み、地域の一員の役割をはたす」が設定され、事業所内に掲示されている。機会あるごとに意識付け、徹底がはかられており、地域に支えられ、ゆったりと暮らせるケアが目指されている。	
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。	ホームの行事、地区の行事に積極的に交流し、推進会議で話し合い報告できている。	祭り、とんどや運動会など、地域行事や清掃活動には積極的に参加している。また、年間行事として小学校や保育所との交流も行なっている。日常もご近所との付き合いを大切にしており、ホーム行事や消防訓練にも沢山の方に参加してもらっている。	
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。	勉強会やホームの行事等の交流を行っており、推進会議でも話し合っている。		
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回の運営推進会議を行い、意見交換を参考にしてサービスの向上に活かしている。	2ヶ月に1回開催している。参加者は自治会長、民生委員、地域住民、地域包括センター職員、ご家族代表などで、近況報告、行事内容や予定の他、避難訓練や災害時の協力的体制づくりなども話し合い、貴重な意見をいただき、サービス向上に活かしている。	市担当窓口には毎回開催案内を発信し、出席頻度を上げていただくべく、要請を続けるよう望みたい。
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組んでいる。	行政機関に運営推進会議の議事録、ホーム便りを届けて連携に努めている。	日常的には、届出や問い合わせのほか、定期的にホーム便りを届けるなど連携に努めている。また、母体病院院長は「認知症勉強会」の講師なども務めている。	
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。	日中すべての出入り口は施錠しない。自由に出入りできる環境を整えている。また、研修の参加、報告をうけている。随時全体ミーティングで話し合っている。	研修会に参加したり、身体拘束廃止委員会を設置し発表研究会や勉強会を行なって徹底を計っている。言葉による拘束も含め、職員はみな正しく理解し、日常ケアに取り組んでいる。日中、全ての出入り口は施錠されておらず、見守りを重視したケアが実践されている。	
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。	常に職員同士で話し合いの場を持ち、見過ごさないよう注意を続けている。年に1回勉強会をしている。		

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
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。	地域推進会議の時、包括支援センターの方に成年後見制度などについて説明して頂いている。		
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。	ご家族様と面談を重ね、ホーム内の見学説明をしている。パンフレット、重要事項のしおりを見ていただき、不安、質問を聞き入居の運びとなる。		
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。	入居者様の不満、苦情を聞き受容、共有する事も介護の一貫であることを職員にも指導している。意見箱の用意もしている。家族会の会長様より、ご家族への意見、ご要望などを聞いて頂いている。	ご家族の意見や要望を聞くことも介護の一環であることを徹底し、できるだけ機会をつくって聞くよう心掛けている。一大イベントの温泉旅行も家族会で充分話あってもらい実行しており、何でも包み隠しなく話せる関係にある。意見などが出れば、記録に残し、みなで話し合って、誠実に対応している。	
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。	1カ月1回の全体ミーティングを実施。行事・ADLの変化など職員1人1人の意見に対応している。	全体ミーティングでは、いつも活発な意見や提案が出ている。また、管理者は日頃のケアや雑談を通じて、把握に努めている。ケアのやり方をめぐって意見違いの生ずる事もあるが、時間をかけて話し合っている。その他の意見や提案は、みんなで話し合い、可能な限り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。	ADLの変化の伴うことで、職員の配置、労働時間、勤務状況など柔軟に対応できるようにしている。		
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。	研修後の報告は、全体ミーティング時に行っている。管理者、職員教育マニュアルがあり、それにのっとり教育を行っている。施設内での勉強会、外部研修も積極的に参加を勧めている。		
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り組みをしている。	グループホーム協会の研修、総会の参加に努めている。		

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
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。	入所に際し、本人・ご家族に要望や情報を拝聴している。その後のコミュニケーションをとっていく中で聞いたことや生活してみてからの本人の希望などをきいてスタッフ間で情報の共有をしている。		
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。	入所までの生活状況、不安に思っていることなど事前にお聞きしている。そのほかにも面会時やイベント事に場を設けている。		
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。	とにかくお話を聞いて本人・ご家族双方の意見や要望をまとめて全体的にとらえ、納得のいくサービスが提供できるよう努めている。		
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。	料理・洗濯・掃除等、生活に必要な仕事に関してはスタッフと共に手伝って頂いている。教えてもらったりして共に生活する家族のような関係を作っている。		
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。	イベントには出来るだけ参加して頂いて、本人も含めご家族の方とお話しをする機会を設けている。		
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。	家族以外の面会もできる限り受け付けている。昔話をしたり、近況報告し合ったりして関係が継続するよう努めている。	利用者は近所の人が多く面会頻度は高い。ご家族の他、知人や敷地内ディサービス仲間などとも交流が続けられるよう配慮している。懐かしい地域行事への参加や馴染みの店に行くなど、ご家族の協力も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。	テーブルを囲んでのおしゃべりやレクリエーション等で皆が関われるように努めている。難しい場合はスタッフが間にはいたり、少し距離をあけるなどして孤立する方がいないように気を配っている。		
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。	死亡にて契約終了が多いため相談支援はほとんどない。ご家族との関係では推進会議やホーム行事・文化祭などお誘いし参加下さっている。		

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
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。	出来るがぎり本人の希望に耳を傾け意向にそえるように努めている。困難な場合には、家族を含め担当スタッフを中心に検討している。	入居時、本人、ご家族から思いや意向、生活歴を聞き取り基本情報シートに記載している。その後も日頃のコミュニケーションを通じ把握に努め、申し送り簿に記載し、共有している。可能な限り、思いや意向に沿えるよう、日常ケアや計画見直しに活かしている。	
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。	ご家族・ケアマネから情報や本人の日々の会話の中からこれまでの生活歴をみつけ、利用者のサービスの向上に努めている。		
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。	1日の生活状態を利用者さんごとに細かく記録に残し、少しでも変わっている様子があれば申し送り等で全スタッフが把握し対応できるようにしている。		
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。	よりよいサービスを提供出来るよう本人・ご家族と話し合いを持ち、気づき・アイデア等を出し合い生きた介護計画を作成している。また、更新時にはご家族にご要望をお聞きしている。	初期の介護計画は、本人・ご家族、関係職員で充分話しあって、仮計画を策定し、1ヶ月経過を見て本計画に切り替えている。その後3ヶ月毎のモニタリングは、「アセスメントシート」、「モニタリングシート」とご家族の意見をベースに、全体会議で行なわれている。この結果で計画見直しを行なっている。	
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。	個別記録を十分に活用出来るよう日々の様子・ケアの実践・結果・気づき等を事細かく記入し共有している。それを基にミーティング時に意見交換しケアの見直しに活かしている。		
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。	その時々本人・ご家族の状況に応じて買い物・外出・受診など柔軟な対応に努めている。		
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。	年間行事として保育所との交流、地域行事(とんど・運動会・草刈り)などへ参加し、消防訓練は地域の方に参加して頂いている。		
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。	本人・ご家族の意向に添ったかかりつけ医と密に連携し、安心して適切な医療を受けていただけるよう支援している。	かかりつけ医継続の希望があれば、引き続き継続できるよう支援している。 母体病院院長による、週1回の往診を始め、医療面のバックアップ体制は万全で、いつでも適切な医療を受けることができる。	

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。	ご利用者さまの体調に変化がある場合はすぐに看護師に連絡し、指示をあおき、毎日夕方にはその日の様子をリーダーが報告している。		
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。	職員が見舞いに出向き、本人の好み、習慣、楽しみなど情報提供に努めている。本人にも馴染みの物、知っている顔がいると安心されるので、会話を努めている。入院時は必ずサマリーにて情報提供している。ADLや認知症の悪化の危険がある場合、主治医を通して早期の退院を促してもらっている。		
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。	ご家族との面談を重ね、ご家族の意向を元にご家族、職員共々良い見取りが出来るように蜜に連絡を取って支援に努めている。	「看取り介護に関する指針」を説明し、納得して入居してもらっている。必要な時期、ご家族、主治医、職員で話し合い、よりよい看取りが出来るよう方針を決め、全職員で共有し支援している。看取りを希望されるご家族が多い。昨日も、お一人見送った。	
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。	新人の研修はもちろん、定期的に対応の訓練など勉強している。		
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回の法人内にて訓練を行っている。地域との協力体制を築けるよう努めている。	年2回(3月実施済み、10月予定)、母体病院と一緒に、消防署立会いの消防・避難訓練(夜間想定)を実施している。緊急連絡網には近所の方も加え、訓練にも参加してもらっている。	
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。	個人情報に注意し、言葉使いを丁寧にしてプライバシーにも気を使っている。人生の先輩として尊敬の気持ち忘れぬ。	一人ひとりに配慮した言葉遣いや対応に心掛けている。特に、排泄介助や日常的な意思確認などの言葉がけに注意を払い、気づいたときは注意し合っている。個人情報は施錠可能な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。	スタッフ本位にならないよう、自己決定出来るよう働きかけている。		
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。	長く生活されている方の生活スタイルは決まっていますが、新しい方に対しては情報収集を基に声かけをさせていただき、希望にそって支援出来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
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。	朝の起床時には髪を整えたり洗顔をしたり気持ちよく1日を過ごせるようにしている。服に関しては一緒に選んだりしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	それぞれの好みが反映されるよう味付け盛りつけ等を手伝って頂いている。	食事は3食とも職員の手づくり、夫々の能力に合った調理もなされている。職員は食事を一緒にとりながら、適切な介助も行っており、にぎやかで楽しい食事になっている。出来る利用者には、料理、味付け、準備や片付けなどを一緒にやってもらっている。(利用者にご飯をついでもらい恐縮した。)	
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。	1日の水分摂取量を1000ccとし、脱水にならないよう気を配っている。食事に関しては各人に必要な量・栄養に留意しバランスのとれたものにするよう心がけている。		
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。	毎食後の歯磨きは必ずして頂いている。困難な入居者さんにはスタッフが一緒に行っている。		
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。	各人の排泄パターンを把握し、声かけ等をして習慣づけるよう支援している。これにより失敗やオムツの使用の軽減につなげている。	時間や習慣など一人ひとりの排泄パターンを把握し、昼間はオムツを使わず、トイレ誘導をしながら、気持ちよく排泄してもらい、失敗やオムツ使用を軽減してもらうよう支援し、効果をあげている。	
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。	1日1回の排便を心がけは習慣づけるようにしている。予防として適度な運動・センナ茶等の水分補給、食物繊維の摂取等を実施している。		
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。	多少の制限はあるが、できる限り本人の希望日・希望時間にゆつくりと楽しんで入っていただけるように努めている。	出来るだけ希望日、希望時間を聞きながら週3回を目途に、希望する人には毎日でも入浴してもらっている。檜づくりの浴槽が使用されており、手入れも行き届き、利用者は檜の香りを楽しみながら、ゆったりと入浴できる。	
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。	各人の身体や気持ちの状況に応じて随時休息出来るように心を配っている。夜間に安眠できないような方にはお茶などを飲んで世間話をしたり、出来るだけリラックスして安眠して頂けるよう支援している。		
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1つ1つの目的・副作用等は勉強会を設け薬剤師から直接指導を受けている。誤薬や飲み忘れのないよう管理を徹底している。		

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。	洗濯たたみや草むしりなど日々のかかせない仕事をして頂くことで生活に張りを持たせ充実感を持って頂く。さらに家人の趣味を取り入れ気分転換に役立っている。		
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。	散歩・病院受診・地域のイベント等の他、本人が希望があれば家族や地域の方にご協力を頂いて、出来るだけ出かけられるよう支援している。	環境に恵まれ、毎日散歩を希望される方もあり、天気の良い日には多くの利用者が周辺や敷地内の散歩を楽しんでいる。敷地内での野菜づくりや草取り、週2回、隣接病院リハビリ室での体操、地域行事への参加など出来るだけ外出機会を増やすよう取り組んでいる。	
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に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	お金の管理は徹底しつつ、本人が希望したときには使えるようにしている。		
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。	ホームで孤立しないように家族や友人等外部との接触を持って頂くため自由に電話をかけられるようにしたり、手紙・葉書のやり取りに協力したりしている。		
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。	館内の温度、湿度は常に気を配っている。不快になるような色や音は出来るかぎり排除し、季節のお花を飾ったり利用者の作品を飾ったりして変化をつけている。	ユニット毎別棟で、広い敷地内にあり、芝生や畑に囲まれている。リビングは明るく程よい広さ、テラスとベランダから広い庭に続いており開放的である。寛げる和室もあり、浴室（檜の浴槽）、トイレ、廊下もゆったりとしている。換気もよく適温が保たれている、混乱を招くようなところもない。季節感を大切に、利用者手づくりの作品や花も飾られており、利用者がゆったりと、気持ちよく過ごせるよう配慮されている。	
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。	リビングの円テーブルでは、皆が顔をあわせながらおやつを食べお話し出来るようにしている。気分や体調によって独りになりたい方は、和室や廊下イスなど誰でも使えるようにしている。		
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。	本人の希望により安全を確認した上で持ち込みをして頂いている。	使い慣れた家具や生活用品が沢山持ち込まれている。思い出の写真や作品などの他、演奏練習中のキーボードから人気歌手のポスターまで、利用者の個性が感ぜられる部屋が多かった。いずれも清潔が維持され、適度の雑ばく感もあり、居心地よく過ごせる居室になっている。	
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。	各人が自分の能力を発揮できるよう館内は、安全かつ動きやすいよう整備している。		

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	☐	① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		☐	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出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合った
		☐	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐	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 グループホーム湯舟の里

作成日 平成 25年 3月28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	41	業務優先となり食事作りに時間をかけず、早くできる揚げ物などが多くなり入居者様の血糖値が上がっている	揚げ物、砂糖の使用量を控え、野菜中心のバランスのとれた食事を提供する。	業務の見直し 管理栄養士による勉強会 しばらく献立表に基づいて作る	3ヶ月
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。