

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 22 年 12 月 18 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470205885
法人名	有限会社 エーケン企画
事業所名	グループホームヴィーヴル祇園
所在地	広島市安佐南区祇園4丁目8-5 電話 082-874-2707
自己評価作成日	平成 22年 12月 4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）】

広島市郊外の山並みを背景とした静かな住宅地に位置し、今年で6年目を迎えている。3階建てのビル1階は、協力医療機関の小島クリニックがあり、2・3階は当ホームとなっている。24時間の医療連携体制、週1回の定期診療、一人ひとりの状態に応じたリハビリ受診、看護師の資格を有する職員など充実した医療支援が特徴の一つである。ホームの理念①「利用者様が家庭的な雰囲気の中で笑顔で過ごして頂けるように支援します。」②「人生の大先輩として尊敬し、入居者様一人ひとりの気持ちに寄り添ったケアを心がけます。」③「地域の皆様との関わりを大切にします。」を掲げ、全職員が理念を共有し、理念に沿ったケアをめざしている。

※ 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 22 年 12 月 17 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）】

特に医療面で充実したサービスを行なっているグループホームである。ビルの1階にリハビリ施設を持つ協力医療機関があり、毎週の定期診療を行っており、利用者は機能訓練にも通える。また看護師の資格を有する職員が各ユニットに配置されており、利用者の状況が毎日医師に報告され、利用者の健康状態が医療関係者によって把握されている。食事の調理をすべて事業所で行っているのも特徴の一つである。利用者の希望を取り入れたメニューや職員の工夫による調理など喜ばれているようだ。簡単な下ごしらえや準備なども希望する利用者は職員と一緒にしている。食事を摂るのも利用者職員と一緒に食卓を囲み、利用者が会話しながら食事を楽しんでいる姿がある。

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。	ホーム内の目につく所に理念を掲示している。また、理念の一つに「地域の皆様との関わりを大切にすること」を掲げ、毎朝朝礼で唱和し、日々の介護に活かせるよう再認識をしている。	事業所開設時に全職員で決定した理念を、玄関・事務所などに掲示し、職員は毎朝ミーティングで唱和している。理念はわかり易い簡潔な文章で表現されており、職員のサービスへの拠り所となっている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	日常的には行っていないが、行事やレクリエーションに地域の方をお誘いし交流している。	自治会に参加し、お祭りなどの行事で地域と交流している。運営推進会議にも参加していただいている。地元保育園の園児や大学のボランティアを受け入れて交流を持っている。	
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。	外出、外食などを行いながら、地域の方々に理解、支援をお願いしている。また、広報誌を近隣の施設や町内会に配布したり、運営推進会議の場で認知症の理解や介護について話し合っている。		
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。	ホームの近況報告を行い、毎回決めたテーマで意見交換を行い、出された意見、要望を参考にサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回の頻度で開催されている。構成メンバーは家族・自治会会長・民生委員・地域包括支援センター職員・市職員と事業所の事務長・管理者・職員で構成されている。近況報告を行い、またテーマを提示して意見交換を行い、サービスの質の向上と関係者間の交流に役立っている。	
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。	ホームの広報誌を持参し読んでいただいている。また、ご家族からの質問や公的サービスについて市町に相談・助言を頂いたり、地域包括支援センターにホームの取り組みなどの相談等で協力をいただいている。	事業所の広報誌を作成しており、市の介護保険課へ持参して読んでいただいたり、相談・助言をいただいている。地域包括支援センターへも相談などで協力をいただいている。	
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。	身体拘束について勉強会を行い全職員が拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は決まった時間以外は開け、センサーを設置するなど見守りを重視した対応を行っている。	問題があればその都度ミーティングを行っている。また年に1度職員全員で学習の場を設け、身体拘束をしないケアへ意識向上を図っている。玄関の施錠はしないケアを行っており、センサーや見守りによる安全対策を行っている。	
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。	高齢者虐待防止法について勉強会を行い、人権の大切さを理解し虐待防止に努めている。		

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支援している。	勉強会で学ぶ機会を設けている。今までに家族の方に話をしたこともあるが、活用された方はおられない。		
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。	契約の際に、契約書・重要事項説明書の十分な説明を行い、また、入院が長引き解約される時も連絡を取り、不安・疑問がないよう理解・納得を図っている。		
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。	玄関に意見箱を設置しているが意見書が入ったことはない。また、外部評価のアンケート集計表・記述は運営推進会議の議題に挙げ家族の方に報告し、職員には回覧して共有化している。	ご意見箱を玄関に設置し、苦情等連絡先も書類で明記している。第三者機関への相談窓口はパンフレットを配布して周知している。実際に意見要望をいただくのは家族の面会時や運営推進会議である。職員で共有して、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。	週1回代表者・事務長・管理者のミーティングを行い、職員からの意見・要望を取り上げ、朝礼で職員に報告している。	毎週月曜日に、法人代表者・事務長・管理者が集まってミーティングを行い、職員からの意見を取り上げて検討し、朝のミーティングで職員へ報告・共有して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。	考課表(自己評価・他己評価)を元に職員個々に面接を行い、各自が向上心を持って働けるよう努めている。		
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。	年に1度、職員は外部の研修に交代で参加している。また、勉強会を月1～2回行い、知識を得ながら各自が少しでも成長できるように進めている。		
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。	同業者の交流会に参加したり、研修で知り合った同業者同志の交流を図り情報を得ながら、サービスの質の向上に繋げている。		

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
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	環境が変わることでの不安に配慮し、話をしっかり聞き、なじみの関係が早くでき安心して過ごしていただけるように、十分な関わりを持つよう努めている。		
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。	入所までの話や入所された後の話など聞きながら、困り事、不安、要望などを理解しよりよい関係づくりに努めている。		
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。	利用者と家族の求められている支援について十分話し合い、他のサービスが適切だと判断されるような状況であれば、そのサービスの紹介を行っている。		
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。	料理方法、昔の知恵、ことわざなど分からないことがあれば、利用者と職員が一緒に考えたり、教えていただきながら生活を共にしている。		
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。	行事やレクリエーションに参加していただけるよう毎回連絡し、行事の時や面会時にコミュニケーションをとっていただき、より良い関係を築けるように支援している。また、「日々の様子」の報告書を月1回ご家族に送付している。		
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。	家族の方や親戚の方が気軽に来ていただけるような雰囲気作り、言葉かけに努めている。	家族の他に 親戚や近所の方が来られたり、友人と手紙を交換する利用者もいる。気軽に訪問していただけるように心配りと支援を行なっている。	
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。	食事、行事、外出時など職員が気を配り、見守ったり会話を取り持ったりしながら、利用者同士が話したり、関わりあえ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。	退所された後、電話でご家族に様子を聞くようにしている。要望があれば相談や支援に努めている。転所された場合は訪問することもある。		

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
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	○思いやりや意向の把握 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。	理解できる方には本人の意向や希望をよく聞いて把握し、理解が困難な方には日ごろの会話や行動の中から推測し本人本位に検討している。	入所前に利用者・家族から聞き取ったことをアセスメント情報としてまとめ、日々の会話や介護の中で把握したことも記録して、介護支援の中や介護計画に反映している。	
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。	入所前の面接時に本人・家族に聞き基本情報に記入、入所後はセンター方式(一部)の書式に添って情報を得、把握に努めている。		
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。	毎日の記録を読んだり、日勤⇄夜勤の申し送りなどで状態やできる事できない事などを把握するように努めている。		
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。	本人や家族からの思いや意向を聞き、必要な関係者で話し合い介護計画を作成している。状態の変化があった時にはその都度見直しを行っている。	アセスメント情報、介護計画の実施評価などから介護計画の原案を作成し、利用者・家族も含めたサービス担当者会議を開いて調整・決定し、家族の了解を得ている。介護計画の実施状況は毎日記録して週単位の評価し、3～6ヶ月毎に介護計画を見直ししている。状態の変化したときはその都度計画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。	日々の生活記録や申し送り表を活用し、職員全員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。		
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。	ご希望があれば外出付き添い・他科受診送迎など、その都度臨機応変に対応している。		
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。	運営推進会議で自治会長、民生委員の方から行事予定をお聞きし、参加可能な行事には参加していただいている。		
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、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。	入所時に利用者・家族の希望を確認し、納得していたかかりつけ医に診療をお願いしている。協力医療機関が同じ建物にあり、迅速に適切な医療が受けられるように支援している。	入所時に馴染みのかかりつけ医の受診支援も行えることを説明している。現在、利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医としている。協力医には利用者の状況が毎日報告され、迅速・適切な医療が受けられるように支援されている。協力医以外の診療を受ける場合は家族が付き添うことを基本としているが、困難な場合は職員が付き添う支援も行なっている。	

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
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。	かかりつけ医に毎日健康管理表を提出し、適切な受診を受けられるように支援している。職員に看護師の有資格者がおり、より専門的に関わりあっている。		
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。	入院時はグループホームでの生活の情報を提供し、入院生活に役立つようにしている。また、必要に応じて訪問を行い、病院関係者、かかりつけ医と情報交換をして早期退院ができるように努めている。		
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、事業所ですることが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。	利用者・家族に入所時に希望を聞いているが、悪くなされた時に再度、家族・かかりつけ医・職員で話し合い、方針を共有しながら、終末期に向けた支援を行っている。	重度化・終末期の在り方について入所時に説明を行い、希望も聞いている。入所後、状況によって再度、家族・医師・職員で話し合いを持ち方針を共有しながら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。	救急マニュアルを作成している。重度化した時は随時、急変時の対処方法を職員全員で周知するようにしている。		
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。	避難訓練を実施している。また、運営推進会議で地域との協力体制ができるようお願いしている。	年2～3回、避難訓練を実施している。訓練では利用者も可能な範囲で移動していただいて体制の確認を行なっている。夜間を想定した訓練も行っている。今夏、スプリンクラーを設置し、火災への対策を強化した。また、地元自治会との連絡網も整えつつあり、地域との協力体制を築きつつある。	
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。	勉強会を行い、職員は個人個人の人格を大切にする必要性を理解し、尊重した言葉かけや対応に努めている。「人生の大先輩として尊敬する」ことを理念に挙げている。	この項目は理念の一つに掲げており、毎日の唱和で意識も高い。また、外部研修やその伝達研修によって学習の機会も設けており、職員は重要性を理解している。普段も必要に応じて指導や話し合いを持ちたり、注意を行っている。	
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。	個々の利用者が理解しやすいように説明を行い、本人が言いやすい雰囲気作りに努めながら、本人の自己決定を促している。		
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。	団体生活での大まかな決まりはあるが、一人一人のペースを大切に気持ち尊重した支援を行っている。		

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	
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。	更衣時、入浴時など利用者の方と一緒に着たい洋服を選んでいる。また、訪問理美容を利用しカットやパーマをされている。			
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。	食事作りは利用者個人の状態、状況に合わせ、無理のないよう少しずつお願いしている(皮むき、殻むき、テーブル拭きなど)。	今年、食事作りは外注をやめて、事業所で調理するように変更した。利用者の希望や状況に応じたメニューや調理が可能となって喜ばれている。また利用者にも下準備などで調理に参加していただいている。食事は職員も同じ料理を同じ食卓で、楽しそうな会話をしながら行われている。		
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。	食事摂取量と水分摂取量を毎回記録し、粥食、一口大のおにぎり、持ちやすいカップや食器の使用など状態に合わせ食事内容や形態、食器類を変え栄養・水分確保に努めている。			
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。	毎食後自室に誘導し、口腔ケアを行っている。本人の力に合わせ、不十分な方には仕上げをしたり、歯間ブラシを使って介助している。必要な方は訪問診療を受けていただいている。			
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。	尿意や便意がはっきりしない方は排泄時間をチェックし、排泄パターン、習慣を活かしてトイレの声をかけている。	排泄パターンを利用者毎に把握して、声かけや介助を行ない、現状維持か自立に向けた支援を行なっている。		
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。	便秘の方は排便表に記入し、朝食後トイレで座っていただいたり、便秘時は冷たい飲み物を飲んでいただいたり、腹部の温マッサージなどで予防に取り組んでいる。			
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。	職員の勤務体制から夜間の入浴は行っていない。週に2~4回入浴していただいている。曜日は大体決まっているが、その日の体調や状況・希望に合わせて納得して入浴していただいている。	およそ週2~4回、希望を取り入れながら入浴していただいている。いやがる利用者には声かけの方法やタイミングを工夫して納得して入浴していただき、喜んでいただいている。希望により入浴剤を使ったり、ゆず湯にすることもある。入浴中の歌や会話を楽しみとしている利用者もいる。		
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。	午睡の習慣やその時の状況に合わせ、自分の部屋やリビングで安心して過ごしていただ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。	利用者一人ひとりの薬効のファイルを作成し、職員全員がいつでも見れるようにしている。症状の変化の確認に努め、変化があればその都度かかりつけ医に相談している。内服薬の変更があれば申し送り表に記載し職員全員が周知できるようにしている。			

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。	生活歴、趣味などを知り、機会ごとに声をかけ本人の力が発揮できるように、習字が得意な方にはメニュー書きをお願いしたり、歌の好きな方には歌で楽しんだり気分転換ができるように支援している。		
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。	事業所の屋上や敷地内の散歩は日々行っていただけるよう支援しているが、その他の外出は家族にお願いしている。地域の方々と協力体制はできていない。	菜園のある事業所の屋上、敷地、敷地の一角にある葡萄・いちじく・桃・洋梨などの果樹園については 日々散歩ができるよう支援している。また、1階のリハビリ施設へも出かけていただいている。その他、外食・お花見・動物園といった事業所のイベントでも外出を楽しんでいただいている。家族による協力もいただきながら、帰宅・墓参・食事などの外出も行なっている。	
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。	家族の考えもありお金を所持し管理している利用者は数人に限られている。		
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。	状況を判断しながら、希望があれば電話をかけたり年賀状を書くなどの支援を行っている。		
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。	毎日温度・湿度を測り、エアコン・加湿機での空調管理を行い、テレビやBGMの音量調整、カーテンの利用で、不快な音や光がないように注意している。また、楽しんでいただけるように利用者の方々で作成された作品や季節の花などを飾っている。	リビング兼食堂は建物の日当たりの良い部分にある。南と西に向けて窓が多くとっており、カーテンで調整しながら明るく開放的な場所である。キッチンと事務所が隣接しており、職員の目が全体に届きやすい。食事の下ごしらえなどを利用者と職員が一緒に行うにも適している。利用者の作成した作品や職員・家族からの贈り物が飾られて、生活感や愛情が感じられる。	
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。	利用者はリビングの食卓やソファで、気の合った人たちが話したり、一人になったりして、自由にくつろいでいただけるようにしている。		
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。	入所時に使い慣れた食器や写真、家具など馴染みの物を持参していただくようお願いしている。	洗面台が備わっており、大きくて使いやすい。身だしなみを整えたり、口腔ケアを行うなどのプライバシーに関わる事が個室内でできる。使い慣れた家具や馴染みの写真、作品などが飾られて、利用者毎に個性的な部屋となっている。	
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。	リビングや廊下などに手すりや椅子の設置、風呂場には介助用の椅子や滑り止めの使用など、利用者が安全に生活できるように、また、居室入り口の表札やトイレ、浴室の場所が分かりやすいように工夫している。		

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 グループホームヴィーヴル祇園

作成日 平成 23 年 2 月 3 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	35	避難訓練の回数が年2回ではスタッフ全員が訓練できないため不安がある（特に夜間帯）。	定期的に訓練を行い、スタッフ全員が対応できるようにする。	年1回は消防署職員による防災訓練を行い、年3回は入居者・スタッフによる避難訓練を実施する。また、緊急連絡網（スタッフ・地域）を整える。	1年
2	3	地域との交流が少なくながりの拡がりや深まりがない。	地域や関連機関の方に運営推進会議に関わっていただき、グループホームや認知症について理解を深めていただけるようにする。	運営推進会議への参加を呼びかけていく。（広報誌を配布している警察・消防署、また、協力医療機関など）	1年
3					
4					

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。