

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 27 年 6 月 26 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490500232
法人名	サンキ・ウエルビィ（株）
事業所名	サンキ・ウエルビィ グループホーム呉
所在地	広島県呉市広古新開8丁目2番40号 電話（0823）36-2182
自己評価作成日	平成 27 年 6 月 10 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U R	
-------------	--

### 【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 6 月 24 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）】

一、いつも笑顔  
一、いつも元気いっぱい  
一、いつもあふれる愛情  
一、いつも出会いに感謝  
上記を事業所の理念に掲げ「ここに入所して本当によかったです」と利用者・家族に思って頂けるよう、職員一同、日々明るく元気に取り組んでいます。行事・レクリエーションも利用者を中心に、家族・近隣の方々も気軽に楽しめるよう工夫しています。主治医と連携を図り、ターミナル期まで、安心してその人らしく過ごせるよう学びケアをしています。

### 【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）】

平成23年5月に開設され今年で5年目を迎えたグループホームである。  
当事業所の他に「小規模多機能センター」「介護センター」がまとめられている併設型の施設となっている。  
地域への情報発信や相互協力関係を上手に築き上げ、地域のニーズに対応出来る地域に根付いたグループホームとして常に思案・模索をしながら全職員で熱心に取り組んでいる。  
職員のレベルアップ・スキルアップにも力を入れており、1年に1回は職員一人ひとりが自分自身の評価・見直しを行い、質の高いケアサービスに繋がる努力をし、利用者・家族からの評価も良い。全ての職員が有資格者であるのも心強い。  
毎年恒例の事業所イベント”祭り”では、職員による模擬店（カレーライス・焼き鳥・ヨーヨー釣り）や目玉企画の”そうめん流し”などが盛大に行われ、利用者は家族や親戚の方々と一緒に楽しい時間を過ごしている。

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	施設開設時、スタッフ全員で作った理念 一、いつも笑顔 一、いつも元気いっぱい 一、いつもあふれる愛情 一、いつも出会いに感謝 を毎日朝礼で唱和し、実践しています。	開設当初から掲げている事業所独自の理念と、法人のモットーとして”6S”(整理・整頓・清掃・清潔・しつけ・作法)この6項目にそれぞれ解かりやすく詳細な表現を加え、事業所の理念と共に毎日唱和を行い、全職員で共有・意識付けがされており実践に繋がるよう努めている。	
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。	自治会に加入し、地域の清掃活動や行事に参加したり、施設行事に地域に声かけをし参加していただいています。また、運営推進会議にも自治会長をはじめ地域の方がたに参加いただいている。	近隣の方々や自治会との友好な関係を築き上げている。地域ボランティア団体(フラダンス・ギター演奏・オカリナ演奏など)が事業所で行事を行う時は、案内状を自治会の協力で回覧してもらい多くのの方々を事業所へ招待するなど地域との交流・ふれあいを大切にし積極的に取り組んでいる。	
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。	認知症ケア専門士・オレンジアドバイザーがおり認知症についての相談に随時対応しています。		
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、そこで意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回定期的に運営推進会を開催しています。利用者の状況報告や行事の写真を観てもらいうながら、利用者の様子を伝えています。自治会長にも、毎回参加いただき、地域との連携に力を入れています。家族、地域からの意見は大切にしサービス向上に活かしています。	年6回、運営推進会議を開催している。参加メンバーは、自治会長・呉市介護保健課職員(不定期)・地域包括支援センター職員・地域の方々・利用者家族・職員となっており、事業所の現状報告や様々な意見交換が行われ地域への情報発信及び告知の場となっている。前年度の目標達成計画として掲げた「近隣住民の方々にも参加しやすい会議の実現」は期待していた以上の成果をあげている。	
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。	相談・報告は常に市担当者に行っています。	担当窓口(呉市介護保健課職員)とは、相談や質問、書類提出などで情報交換や意見交換が気軽に出来る良好な関係を築いている。又、毎回ではないが運営推進会議にも参加してもらっている。	
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。	身体拘束禁止について1年に1回内部研修を行っており、職員全員が身体拘束禁止について理解しています。動きを感じるセンサーを利用したり、杖の先に鈴をつけるなど、身体拘束のないケアに努めています。又玄関には身体拘束禁止の基本方針を掲示しています。	毎年1回の法人内研修が定められており、職員教育を徹底し正しく理解し、身体拘束をしないケアに、全職員で取り組んでいる。日中の玄関の施錠はされておらず、職員は常に利用者を見守りながら、拘束にならない自然な生活環境となるように気を配っている。	
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注意を払い、防止に努めている。	1年に1回、定期的に内部研修を行っています。		

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。	1年に1回、定期的に研修を行っています。		
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。	契約時は利用者・家族に事前に施設見学をさせていただき、グループホームについての説明を行い納得後に契約を行っています。契約・改定・解約時は個別に十分な説明が行える様、時間・場所を確保し、理解・納得いただいている。		
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。	利用者や家族からいつでも意見・要望・苦情がいただけるような関係作りに努めています。また、玄関にも意見箱を設置いつでも意見・要望が言えるよう努めています。利用者・家族から頂いた意見・要望はミーティングにて話し合い運営に反映させています。	利用者・家族の来所が頻繁にあり、気軽に直接何でも話しあえる関係が築かれている。毎月一回職員手作りの広報誌(ホーム便り“くれび”)も発行され情報提供に繋がっている。1階の玄関に意見箱、苦情連絡先を重要事項説明書に明記されている。	
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。	毎月ミーティングを行い意見交換をしている。また、半期に一度個人面談を行っている。	日頃から職員間のコミュニケーションが充分に図られており、ミーティング等を含め、話しやすい環境・機会作りに努めている。又、半期に一度の管理者による個人面談の実施、更に年1回、職員一人ひとりが自分自身の評価・見直しを行い、日頃のケアに活かす取り組みがなされている。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている。	自己評価や個人面談で個人の頑張りや意見を聞き、職場環境の整備に努めています。		
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。	毎月1回以上内部研修を行っています。又、介護技術研修も定期的に行っています。外部研修の情報もスタッフに提供し、参加の声かけを行っています。		
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。	他事業所の研修に参加したり、自施設の研修に他事業所の方に参加を呼びかけています。また、開業医、調剤薬局、訪問看護と一緒に研修を行い連携を図っています。		

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。	利用前に本人・家族に施設の見学に来ていただき納得していただいてから自宅へ事前訪問するようにしています。現在困っていることや不安に傾聴し、利用者・家族の気持ちに添えるよう努めています。		
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。	利用開始前に利用者・家族が困っていること、不安、要望を聞き、安心していただけるよう努めています。		
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・家族の状況を把握し、必要なサービスを提案し利用して頂いています、また、サービス開始後も状況に応じて臨機応変に対応しています。		
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く。	出来ることは職員と一緒に行ったり、これまでの経験を活かして、いろいろなことを教えていただけるような関係作りに努めています。		
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。	施設行事には、家族の参加を積極的に呼びかけ、利用者・家族・職員の交流が少しうまく出来るよう努めています。利用者の体調の変化も家族に報告し連携を図っています。		
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・友人の面会を大切にして、誰でも来やすい施設を心がけています。施設内で遠慮なく対話をしていただけるよう配慮しています。	家族の協力を得ながら入居前からの、かかりつけ医の受診や行きつけの美容院など馴染みの場所や関係が継続出来るよう支援している。又、頻繁に家族や知人の来所があり、ゆったりと楽しい面会時間を過ごしてもらえるよう職員は柔軟な対応・配慮を心掛けている。	
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。	利用者の能力や性格、利用者間の相性を考慮しながら対応し、良好な関係作りに努めています。利用者間の愚痴にもスタッフが耳を傾け、状況に応じてテーブルの配置を換えるなど対応しています。		
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。	サービスが修了しても、利用者・家族からの相談に応じ、アドバイスを行い対応しています。長期入院の方にも、定期的に病院に伺い、情報交換を行っています。		

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>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</b>					
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。	利用者の言葉に耳を傾け、暮らし方の希望や意向の把握に努めている。家族の意向も考慮しながら、本人の思いに出来るだけ添えるようスタッフ間で検討を行っている。	これまでの生活歴・思いや意向の把握に努め、アセスメント情報の収集を行なっている。日頃の様子などから汲み取った希望などは、個別の日誌等に細かく書き留め介護計画の作成・見直しにも反映させている。	
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。	利用者・家族・前ケアマネから生活状況を聞き、今までの生活を崩さないようにしています。		
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。	毎日の申し送り、連絡ノートで利用者の状態をスタッフ間で共有すると共に、週2回の訪問看護、週1回の連携医訪問時に状況を報告し、改善につなげている。		
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。	モニタリング・カンファレンスにて利用者・家族・職員の思いを聞き、訪問看護・担当医の意見を反映させながら現状に合う介護計画を作成しています。	収集したアセスメント情報をもとに利用者と家族、医療機関と職員が充分に話し合い検討された介護計画となってい。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、半年に1回は介護計画の見直しを行ない、業務日誌や個人記録からの情報を反映させ現状に即した新たな介護計画にし、家族の了承を得ている。	
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、職員間で情報共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	すべてのケアに關し、記録を残しています。連絡ノート・毎日の申し送り・定期カンファレンス等で情報共有を行い、ケアやプランを見直しています。		
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、その時に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。	本人の状態・家族の状況を把握し、柔軟な対応をしています。		
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、本人が心身の力を發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。	民生委員の方や近隣の方、家族と連携をとりながら、利用者が安全に地域で楽しく暮らせるよう支援しています。散歩時は出会った人との会話を大切にしています。		
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。	利用者様のかかりつけ医を重視しています。週2回利用者の健康管理を行う訪問看護と主治医・職員が連携を図り、支援しています。	基本的に、かかりつけ医の継続受診となっている。協力医療機関は24時間対応となっており職員との連携も密に図られ適切な医療が受けられる体制が整えられ利用者・家族の安心へと繋がっている。又、通院は基本的に家族が同行しているが、メンタルクリニック受診の場合は日頃の様子を充分に把握している職員が、本人と家族に連れ添い受診に立ち合うこともある。	

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
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。	週2回訪問看護によりバイタルチェック・状況観察を行っています。職員は日々の状況を訪問看護師に報告したり、利用者の急な変化も訪問看護師に連絡しています。必要時には訪問看護師から担当医に状況報告しています。		
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。	入院時には必要な情報を提供しています。また、入院中も病院に足を運び、状態の確認を行っています。退院時には病院の看護師や相談員から情報をいただき、退院後の生活が問題なく送れるよう連携を図っています。		
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。	契約時に重度化したときの対応について説明を行っているが、再度ご利用者さまの状態を見ながら対応について説明を行っています。	契約時に、重度化した場合や終末期のあり方について本人や家族の希望・状況に応じて充分な話し合いと説明が行われ、医療関係との連携・相談をしながら可能な限り本人・家族が望む対応となるよう取り組んでいる。	
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ます。	救命救急、緊急時の対応について定期的に研修を行っています。		
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。	日中・夜間想定の避難訓練を定期的に実施しています。	年2回消防署の指導のもと、併設事業所(小規模多機能センター・介護センター・居宅介護支援センター)合同の夜間想定を含めた消防避難訓練を実施している。又、自治会の協力を得て近隣住民の方々と一緒に水消火器による消火訓練を昨年10月に実施されるなど相互協力関係を築いている。	

#### 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。	接遇・マナーの研修を行い、利用者様本位のサービスが行えるよう心がけています。	身体拘束と同様に毎年1回の研修が定められている。研修やミーティング等で理解を深め、日頃から細かい配慮を心掛けている。個人情報ファイル等の管理は施錠可能な専用キャビネットで厳重に保管されている。又、Pマーク(プライバシーマーク制度)を取得している。	
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。	利用者様とコミュニケーションをしっかりとり、自分の思いが伝えられる環境作りに努めています。		
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し、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。	利用者の選択を重視し、思いに添ったケアに努めています。		

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。	利用者・家族と相談しながら支援しています。希望者には訪問美容を利用しています。		
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。	調理の音や匂いを楽しむため、料理はすべて手作りで対応している。お好み焼きやたこ焼き、ホットケーキなどは利用者と一緒に作っている。	外部委託業者により栄養士が作成した献立の食材が定期的に届けられ、調理専用スタッフが調理を行なっている。メニューはカロリー計算された高齢者向け福祉用食事が提供されており、品数も多く楽しい食事タイムとなっている。又、利用者の状態に合わせて刻み食なども柔軟に対応している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通して確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	一人ひとりの食事の摂取量や食べ方、形態の状況を把握し、一人ひとりの状態に合わせて対応している。食の細い方には、高カロリー食品を使いながらバランスの調整を行っている。		
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。	毎食後、口腔ケア(見守り・声かけ・介助)をおこなっています。		
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。	排泄記録を行うと共に必要時、トイレ誘導・一部介助を行い自立を支援しています。	ゆったりと使用出来るトイレが3ヶ所に設置してある。その内1ヶ所のトイレは浴室の脱衣所に設けられ便利である。利用者の状態に合わせてポータブルトイレを使用するなど臨機応変に対応しながらトイレ誘導を行なっている。	
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。	便秘予防のために定期的な水分摂取や体操を行っています。担当医と相談しながら個々に対応しています。		
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はずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人・ご家族と曜日は決めています。入浴の順番は体調が安定している方から入っていただいている。体調により清拭や足浴対応のときもあります。	基本的に2日に1回の入浴支援を行なっている。見た目には一般的な浴室ではあるが、浴槽と手すりがスライドして設置位置が移動出来る実用的なつくりになっている。又、併設の小規模多機能センターにはリフト付きの特殊浴槽が備わっており、利用者の状態に合わせて利用することが出来る。	
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。	入眠剤利用者は定時服薬を決めています。状況に応じての安眠や休息を支援しています。		
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。	処方箋は常に全職員が確認できるように定位置に置き勉強会も実施しています。服薬・症状の変化は連絡ノートで共有しています。		

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。	利用者・家族からのアセスメントにて個々の力を活かし、楽しく過ごせるよう支援しています。		
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、戸外に岡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。	近所への散歩を行っています。また買い物に同行したり、外出レクも家族に協力いただきながら行っています。	開設から5年目を迎えて、年齢を重ねた利用者のADL低下に伴い日常的な散歩等の外出が難しくなっているのが現状である。利用者の身体への負担を考慮しながらメリハリのある生活・気分転換に繋がるように玄関先にはテーブルと椅子を準備して、いつでもお茶を楽しみながら日光浴が出来るよう職員の細やかな工夫がみられる。	職員の思い・理想もある「今出来ること」から「もっと出来ること」へと繋がる工夫やアイデアを更に期待したい。
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。	利用者・家族と話し合い、事前にお預かりし支払っています。いくらかもっておきたいと希望される方に対しては話し合いで金額を決め支援しています。		
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。	電話は希望時に支援しています		
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ぬくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節感を感じる空間作りに努めています。	天窓から降り注ぐ光が、利用者が集うリビング・ダイニングをより明るくしてくれている。リビングを中心に行ランダ・浴室・トイレ・居室へと全てがバリアフリーとなっており充分な広さと安全が確保されている。季節毎に掛け替えられる大きな壁飾りは、利用者と職員が楽しみながら作り上げた作品で見応えもある。又、毎日の食事やレクリエーション等で常に使用しているテーブルの席順は、利用者同士の関係・相性なども考慮されトラブル防止の配慮がされている。	
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。	個室・ソファーでゆっくりしていただいたり、テーブルの配置など工夫しています。		
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。	入居時まで使っていた物など本人や家族の希望を取り入れ、本人が心地よく過ごせるようにしています。	居室には、介護用ベッド・クローゼット・エアコン・照明器具が備わっている。利用者は使い慣れた物や希望する品などを自由に持ち込むことが出来、利用者一人ひとりの個性あふれる居室づくりがされている。	
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。	本人の能力に応じて肘つきの椅子を使用したり、座つていただく場所など安全に過ごしていただけるようにしています。		

V アウトカム項目

		<input type="radio"/>	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
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。	<input type="radio"/>	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
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	<input type="radio"/>	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ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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ほとんどない
62	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている	<input type="radio"/>	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る	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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全くない
66	職員は、活き活きと働いている	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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 サンキウエルビィ グループホーム呉

作成日 平成 27 年 7 月 20

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		職員の思い・理想である「いまできること」から「もっとできること」へつながる工夫やアイデアが必要。	利用者の得意な部分を伸ばし、充実した生活を送っていただく。	利用者の状況を把握し、できるところを伸ばす為に個人に合ったスケジュールを立て、対応していく。	平成27年8月末までにスケジュールを作成し、9月から開始する。
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。