

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873300939		
法人名	ウエルフェア株式会社		
事業所名	ウエルフェア伊丹 グループホーム		
所在地	兵庫県 伊丹市野間北5丁目7番20号		
自己評価作成日	平成30年1月8日	評価結果市町村受理日	平成30年4月11日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成30年1月29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)】

「たとえ小さな一歩でも、昨日より確実に前と進んでいる事。」を法人としてのモットーとし、事業所としては「地域」「信頼」「人づくり」を基本理念とし「あきらめないケア」を大切に事業運営に努めています。信頼から生まれるケア 地域に根付いた施設運営 ウエルフェア伊丹サービスとも協力し、地域に開かれた行事の企画や実地を心懸け努力している。また、ご利用者の生活に関してはご自身のペースを尊重し役割を持って頂きながら規則正しい生活の中で柔軟な対応をする様努めています。

【第三者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)】

介護現場での経験豊富な職員が中核となり、管理職とともにお互いの役目を思いやり協力しあう関係が見える。人材不足が、慢性化している業界であるが、職務に真摯に取り組めるよう相互に見守りあい、支え合うメンバーシップが職場環境を明るくしている。利用者も加齢とともに身体的な不自由が進む中にも日々の暮らしを楽しめるよう、共用空間に置かれた本棚にも可愛い猫の写真集などもあり、壁の装飾も利用者の目線を意識したイラストや、トイレへの誘導表示などの工夫がある。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 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	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 (参考項目:2,20)	○ 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
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 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
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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 利用者の1/3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 (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および第三者評価結果(2階)

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	基本理念をよく見える所に掲示し社員一同日々支援に努めている。	基本理念をよく見えるところに掲げ職員一同確認しあっている。定期的実践目標として、「にこっと笑顔」で、など具体的な表示にするひと工夫があると、より職員により受け止めてもらえる。	
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	毎年近くの会社の餅つき大会に参加している。季節ごとに和みカフェを開催している。	毎年近隣の会社の餅つきに参加されている。この行事を通して社員さんとの交流をし、地域に施設の存在をアピールする一助になればよい。	
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	地域の認知症介護の相談窓口になっている。伊丹市高齢者地域見守り協定に登録している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り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回開催し、民生委員、地域包括の職員、家族、ご利用者。スタッフが参加し施設の状況やサービスの取り組み等報告し意見交換をしている。	2か月に1回開催している。民生委員、地域包括の職員、利用者とその家族が出席している。事業所の現状報告の後意見交換をしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り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	地域密着型サービス事業所連絡会に参加している。市の相談員が来られ色々意見交換を行っている。	地域密着型サービス事業所連絡会は2か月に1回、グループホーム連絡会は月1回開催され情報交換をしている。市の相談員も参加されていて、意見交換をしている。	地域密着型事業所連絡会・GH連絡会等で連携し、地域の理解と人材発掘の強化に向け、伊丹市介護サポーターポイント事業活用を検討されてはどうか
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	現在2人自室で臥床時ベッド柵を使用されている。歩行出来ない事を忘れて立ち上がるとうとする為転倒による骨折のリスクやその後のQOLの低下等の理由とご家族の希望もある。	現在2名の方が、寝ているときベット柵を使用している。転倒による骨折のリスク予防のため家族さんの希望もある。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	毎年研修を行い意識向上に努めている。またスタッフ間で注意出来るような関係づくりに努めている。	虐待防止マニュアルを作成し、月1回職員が講師になり研修会を行っている。職員同士見守りあい、支えあえる関係になってほしい。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8	(7)	○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	権利擁護について研修している。以前市民後見人の実習生を受け入れた実績がある。	権利擁護の研修を行っている。市民後見人の研修を5月27日に予定している。	
9	(8)	○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	年に1回必ず家族参加型カンファレンスを行っており、ケアプランについても更新事にご家族に説明している。	契約の前には施設の見学をされて説明を受けてもらってから本契約になる。運営規定に基づいて説明をしている。規約改正の際には事前に家族に説明をしている。	
10	(9)	○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なら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	スタッフから管理者へその都度報告し、管理者からも決定事項等報告している。	運営推進会議に出席されたときや面会にいられた時に担当者より生活面や往診、通院時の状況等報告をして、意見や要望などを聞くようにしている。面会でしないときは報告書を送付している。	
11	(10)	○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	2ヶ月に1回各担当者より生活面や往診、通院時等の状況報告書にして送付している。面会時にはスタッフから状況等報告する様に努めている。	年に1回管理者は職員と個人面接を行っている。職員の意見も取り入れて、職員の勤務時間を変更して職員不足に対応している。	職員不足の現状のもと、職員同士が創意工夫をして日常の業務を行っている。今後とも法人、業界や社会全体でとりくまれることを望みます。
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	年に1回管理者とスタッフで個人面談を行っている。		
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	担当制により毎月1回研修を行っている。		
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作り、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	同業者との連絡会を定期的に行っており交流の機会を設けている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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	スタッフ間での情報交換を行いカンファレンスを行っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居生活の様子を細かく報告し関わっていく事で信頼関係を築いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	入居時面談の情報以外でも情報交換に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一緒に出来る範囲の家事をお願いしている。		
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おかず、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	面会に来られた際には、なるべく時間を共にしてもらい、又2ヶ月毎に生活状況を書面にて送付している。		
20	(11)	○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	ご家族以外に傾聴ボランティアの方が不定期ではあるが来られている。	入所期間が長い利用者さんも多くなり、友人やなじみの人の交流は少なくなっている。定期ではないが、傾聴ボランティアさんは、同じ人が来てくれている。	
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	テーブルの位置や座席の位置等を状態を観ながら変え、誰とでも会話したり、顔を見合わせられるように努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	近くの方なら 偶然道で出会う事があり近況等聞く事があります。		
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	(12)	○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	ご家族、本人の希望や要望を聞きながら意向に近いサービスを提供する様に努めている。	本人の日常生活の会話からどんなことをしたいか、してほしいか聞きとり、本人からの聞き取りが難しいときは家族も交えて聞き取り対応している。	
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	日頃よりコミュニケーションを図りながら把握する様努めている。		
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	毎朝バイタル測定し食事の摂取量や表情等観察しドクターに報告している。		
26	(13)	○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	カンファレンスを実地している。	ユニットごとに本人、家族の意見や希望に沿った計画書を作成している。	
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	申し送り時以外にも変化に気付いた時は日誌、記録に詳しく記述を残しDrやご家族へも報告している。		
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	出来る限り対応出来る様努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ホームでの生活が中心となり地域との交流は殆どないが行事には参加して頂き楽しんで頂けるように支援している。		
30	(14)	○かかりつけ医の受診支援 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	月2回の訪問診療を受診してもらっている。他の専門医療機関へも主治医経由で紹介が出来る。	月2回内科医の訪問診療がある。歯科の訪問診療もある。かかりつけ医の受診もあり、家族の希望があれば事業所の協力医を紹介して受診してもらっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	状態の変化に気付いた時点で主治医に連絡指示を受けている。併設サービスの看護師に相談する事もある。		
32	(15)	○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、又、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。あるいは、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。	入院時は介護サマリを送り共有し、退院時もサマリだけでは分からない事はTELにて確認している。	入院時には介護サマリを入院先病院と共有し、管理者や担当者が見舞いに行き、本人の不安などをとり除くように支援している。	
33	(16)	○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	主治医からの指示で訪問看護を利用し処置や点滴を受けたり本人も立ち会いのもと年1回家族カンファレンスを行いグループホームで可能な対応も繰り返し説明している。看取り介護が可能になった事も説明している。	主治医の訪問看護を利用して、看取り介護が可能になったことを利用者に説明している。実際に看取りを行うときの、職員に向けた看取りの具体的な指導書の作成を望みます。	施設での看取りが可能になったことを説明されているが、職員に対して看取りが共有できるようにマニュアルの作成を望みます。
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	勤務等の都合もあり全員が救急訓練に「参加できずスタッフの経験も様々な為全員が実践力を見につけている」とは言えない。		
35	(17)	○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	利用者も含め避難訓練を実地しているが地域との協力体制の構築が必要であるが自治会もなく困難な状況にある。	年2回実施している。1回は夜間を想定した避難訓練を行っている。地域の協力を得るために施設の存在をピーアールする情報紙の作成を提案した。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○一人ひとり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	年々介助を要する事が多くなり一方的な声掛けやきつい言葉使いも出る事があるが、スタッフ同士注意しあい意識する様に努めている。	耳が遠い方もあり、きつい言葉の声掛けや大声になったときは、他のスタッフがお互いに声を掛け合って、自分の行動を意識つける取り組みを期待したい。	
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	自らの意思表示をあまりされない方も多くコミュニケーションをしっかりと摂る様にし本人の思いを知ろうとしている。		
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	体力低下により物事に対する意欲がなくなりつつあるので出来る事何かを考えて支援している。		
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	出来る限り本人の行こうを聞き選んでもらう様にしている。		
40	(19)	○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	声掛けにて具材の混ぜや食器拭き、もやしのひげ取り等して頂いてます。嗜好等も確認しながら献立作りをする事もある。	昼食は宅配で弁当となっている。朝、夕食は事業所で調理している。手伝いができる人は材料を切ったり、配膳、片付けなど手伝っている。月に1度は希望の献立を聞き取り調理している。	
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	毎月遅重測定を行い食事量の加減をしたり、水分量も毎日チェックをし足りない分はその都度提供している。		
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、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	起床時や夕食後は口腔ケアを声掛けにてして頂いている。義歯の洗浄も行っている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(20)	○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むけた支援を行っている	解除が必要な方へは2回以上はトイレに座って頂いている。頻尿の方時間を見て声掛けを行っている。	トイレでの排泄ができるように排泄パターンに応じて誘導している。夜間は一部の利用者は紙パンツを利用している。	
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	軽い運動や水分補給を細目に行い医師と相談しながら下剤の調整も行っている。		
45	(21)	○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ず、個々にそった支援をしている	入浴拒否のある方へは言葉かけを工夫しながら入って頂いている。体調不良で入れない方にはドライシャンプー、清拭等をしている。	入浴は週3回で、利用者の体調に合わせた入浴介助をされている。	
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	体調に応じて臥床して頂いている。ここに合わせた就寝時間を取っている。		
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	異変に気付いたら直ぐにDrに連絡を取り指示を仰いでいる。		
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	行事の企画をし参加して頂いたり、家事手伝いも細目にして頂いている。		
49	(22)	○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。又、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	時間がある時には施設周りを散歩したり家族が面会に来られた時一緒に外に出られたりする事もある。	日常的な外出の支援はほとんどなく、施設の周辺を日光浴を兼ねて散歩されている程度である。家族さんの面会時には一緒に出かけられることもある。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	殆ど管理者が金庫にて管理しているが持っていないと不安な方はご家族と相談し少額のみ持っておられます。		
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	頻繁に電話をしたいと訴えがある方に関しては携帯電話をお預かりし希望がある度に電話をしてもらっている。		
52	(23)	○居心地のよい共用空間づくり 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	月ごとに飾りを一緒に作りりびんぐ、廊下玄関を飾っています。行事事に写真を撮り廊下に張りだしたりしています。	食堂を兼ねたリビングでゆったりとくつろいでおられる。明るく、広々とした空間となっている。廊下の壁には行事の写真や利用者の作った作品が飾られている。	
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	リビングに置いているソファで一人ゆっくりされたりテーブルの配置を考えて交流しやすい様に努めている。		
54	(24)	○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	本人や家族の写真を飾ったりと依心地よく暮らせる場となっています。本人の動作状況に合わせてベッドや家具の配置を考えています。	居室はゆったりとした広さで、清潔感のある明るい部屋となっている。それぞれ使い慣れたベットや家具を待ち込み、好みの配置となっている。	
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」「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	迷って不安にならない様 自室やトイレ等の場所がわかる様に張り紙をしています。		

基本情報

事業所番号	2873300939
法人名	ウエルフェア株式会社
事業所名	ウエルフェア伊丹グループホーム
所在地	伊丹市野間北5丁目7-20

【情報提供票より】平成30年1月31日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成15年12月1日		
ユニット数	2	利用定員数計	18人
職員数	15人	常勤14人	非常勤1人 常勤換算 11.1人

(2) 建物概要

建物構造	鉄筋コンクリート造り
	3階建の2・3階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	73,500円	その他の経費(日額)	1,000円	
敷金	無			
保証金の有無 (入居一時金含む)		有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	250円	昼食	500円
	夕食	450円	おやつ	100円
	または1日当たり円			

(4) 利用者の概要(月 日現在)

利用者人数	18名	男性	3名	女性	15名
要介護1	3名	要介護2	7名		
要介護3	5名	要介護4	2名		
要介護5	1名	要支援2	0名		
年齢	平均 84.2歳	最低 69歳	最高 98歳		

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	北村クリニック 伊丹恒生脳神経外科病院 大林歯科 Kデンタルクリニ
---------	-----------------------------------

目標達成計画

作成日：平成30年3月29日

目標達成計画は、自己評価及び第三者評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む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て課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	2	市町村との協力体制が十分にとれていない	市町村との協力体制の構築	地域密着型事業所連絡会やGH連絡会とも情報交換等を行い伊丹市介護サポーターポイントの活動内容等検討し活用していくことで地域の理解を得る様にして行く。	3年
2	10	職員不足の為勤務時間を変更し2人体制で対応しているが十分ではない	職員の充足	地域の介護事業所等とも情報を共有しネットでの介護求人やハローワーク等提携していく。	6ヶ月
3	16	施設での看取りが可能にはなったが看取りを経験した事がない職員の不安があり負担になっている。	マニュアルの作成	家族様や主治医、薬剤師の方とも話し合い職員とも相談しながら対応の仕方を模索、検討しマニュアルを作成していく。	2年
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

(様式2(2))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方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の説明とともに、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ふまえて、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、事業所の努力・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市区町村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目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()