

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 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㈱                                   |      |         |
| 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<br>(電話) 0823-36-2183 |      |         |
| 自己評価作成日   | 平成   | 25 年 | 6 月 5 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）】

- 「ここに入所して本当によかった」と利用者・ご家族に信頼して頂けるよう、職員一同日々明るく、元気に取り組んでいます。
- 月1回行う《笑いヨガ》や、行事・レクリエーション等、利用者を中心に、ご家族や近隣の人々も気軽に楽しめる様、工夫しています。
- 主治医・訪問看護との密な連携にて、ターミナル期迄、安心してその人らしく過ごせるよう学びケアしています。

※ 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UR |  |
|------------|--|

### 【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<br>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 25 年 6 月 20 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）】

開設3年目を迎えたグループホームで、1階が小規模多機能センター、2階がグループホームと居宅介護支援センター・介護センターとなっている。利用者・家族・職員のいい関係が築かれている事業所である。利用者どうしの楽しそうな会話や気遣いが見られ、利用者は穏やかにのびのびと生活している。笑いヨガやレクリエーションにも積極的に参加して楽しい時間を過ごしている。また、面会に来られた家族が全ての利用者に挨拶したり話かけたりしてくださるので、利用者・職員は嬉しく感じている。さらに職員は皆明るく元気で、よく目配り気配りを行い、見守り重視の必要に応じたケアを実践している。家族からの信頼も厚い。規則正しい生活の中での会話や活動がリハビリとなっているが、決して無理強いせず、利用者の思いを大切にケアをしているホームである。

| 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<br>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。  | ●会社全体の理念がある。<br>●GH呉の理念がある。<br>一、いつも笑顔<br>一、いつも元気いっぱい<br>一、いつもあふれる愛情<br>一、いつも出会いに感謝      | 法人理念とGH呉の理念が、リビング一角の事務スペースに掲示しており、職員は毎朝唱和している。<br>GHの理念は、開設時に全職員で作上げたもので、皆気に入っており、浸透している。毎朝唱和することで、気持ちを切り替えたり仕事に対する気合入れにしている。  |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。  | ●祭り・清掃等地域イベントに参加し、散歩時出会った人々との会話を大切にしている<br>●笑いヨガ、ボランティアの訪問行事、施設行事と地域の人々に参加頂ける様、声かけ案内している | 自治会に加入している。地域の清掃活動に参加したり、秋祭りの子どもこしや青年太鼓に寄ってもらったりしている。事業所主催の夏祭りでは、隣接の駐車場でそうめん流し等を行った。散歩途中の公園で出会った小学生が遊びに来てくれることもある。   |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。  | ●現任研修の内容に合わせて、認知症の理解、支援等を地域の人々に向けて活かしている<br>●オレンジ施設として窓口を広げている                           |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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SSMと合同で開催。事業所、利用者の現状・今後の予定取り組みを報告。地域・ご家族・行政等よりの意見をサービス向上に反映できる様努めている。              | 偶数月に開催し、年6回実施している。日程は、毎回自治会長と相談し決めている。メンバーは、自治会長、民生委員、家族、地域包括支援センター職員、市介護保険課職員（毎回ではない）である。事業所の現状・行事報告を行い、出席者からは様々な意見や質問が出され、情報交換の場となっている。  |                   |
| 5          | 4    | ○市町との連携<br>市町担当者とは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。  | 事業所の実績・取組みを伝え、質問・連絡にはきちんと答え、不明な点等はその都度質問・相談している。   | 市の介護保険課や介護福祉課の窓口へは、書類提出等での向いたり、質問や相談があれば連絡を取っている。市が主催する、年1回の地域密着サービス講習会に参加し、他事業所の職員やケアマネと交流している。地域包括支援センターとも相談・連絡を取り合い、行き来する関係にある。   |                   |
| 6          | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | 身体拘束は行っていない。   | 法人の年間研修計画の一つに組み込まれており、全職員が研修に参加し、勉強している。職員の意識は高く、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。<br>事業所1階の玄関の鍵は、日中は常時オープンにされている。2階にあるGHでは、リビングからエレベーター・階段に通じるドアを、原則的にはオープンにしている。徘徊者があるため、職員の手が足りない時(入浴・排泄介助中)のみ施錠している。このことは家族の事前同意を得ている。 |                   |
| 7          |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。                                      | 定期的に研修を行っている。  |  |                   |

| 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<br>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。    | ●定期的に研修を行っている<br>●利用者が必要時は家族・関係者と話し合って活用支援している   |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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・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<br>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。                      | 運営推進会議にご家族が出席され意見・質問等されている。又、面会時に意見・要望・苦情等を聞き随時カンファレンスを開催し、朝礼・ミーティングにて徹底・反映している。相談苦情窓口のフローチャートを作成している。 | 運営推進会議への家族の参加が毎回あり、意見があれば出されている。ほとんどの家族の面会が頻繁にあり、家族と職員は何でも言いあえる関係づくりがなされている。家族から出された意見や要望は、全職員で共有し、必要に応じてミーティングで話し合い、運営に反映されている。   |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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。                                      | ●職員ミーティングや状況に応じて聴取を行い、話し合せて決めている<br>●月報にてGH内の状況や希望等を報告している   | 毎月のミーティング、毎日の申し送りで職員は意見や提案を出し、全職員で話し合っている。管理者は個人的にも意見を聞く態勢をとっており、職員は何かあれば個人的に相談している。毎月の月報にひと月の報告と希望・要望を記し、法人に提出している。必要に応じて反映されている。 |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 職員は2期にわたり自己評価及び上司評価の下、人事評価を行っている。  |  |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 管理者・介護支援専門員は内外の研修を定期的に受講して職員にも落とし込みを行っている。毎月1回内部研修を行い、外部の研修も随時情報提供を行い積極的に参加している。                       |  |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 自センターが企画した研修に他事業者の方にも声かけ参加を呼びかけている。又、事業者連携事業に参加し、他事業者と一緒に研修等に参加している。                                   |  |                   |

| 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>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<br>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。 | 利用前にご本人・ご家族に施設見学して頂き、その後自宅・入所施設等で面談しアセスメントを行っている。他事業所を利用されている場合は情報提供を依頼している。           |  |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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。            | 利用前にご本人・ご家族の意向を聞き、入所後も自由に自分の思いを言ってもらえる様な関係作りに努めている。                                    |  |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。        | ご本人・ご家族の状況を把握し、ケアプランに基づき臨機応変に対応できるように努めている。  |  |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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。                           | できることは自身で行っていただき見守っている。今迄の経験を諸々教えていただいたり、共に行う事により、信頼関係を築いている。                          |  |                   |
| 19                          |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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。            | 施設での様子を見ていただける様に行事には家族参加を積極的に呼びかけている。家族との外出・外泊機会を大切に内外での状況連絡報告を細かく行い、共に情報共有して連携を図っている。 |  |                   |
| 20                          | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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、施設内で遠慮なく対話をしていただいている。又、再訪される人や面会の家族も増えている。                              | 家族・親戚・知人の面会がよくある。その時々状況に応じて、居室へ案内しお茶を出してゆっくり過ごしてもらったり、リビングで他の利用者と一緒に歓談してもらったりしている。馴染みの場へは家族の協力により対応してもらっている。 |                   |
| 21                          |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                    | 利用者の性格・能力・相性を考慮しながら対応し、良好な関係作りに努めている。  |  |                   |
| 22                          |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。     | サービスが終了しても、ご家族・転居先施設から相談があった場合、相談にのりアドバイスを行っている。                                       |  |                   |

| 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 |
| 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<br>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。   | ご本人・ご家族の意向を常に聞くようにしている。  | 入居前の利用者・家族の面談で、フェイスシートやアセスメントシートを作成している。さらに、医師やケアマネ・老健等から聞き取った内容も加筆している。入居後は日々の生活の会話から得られた情報を、業務日誌や個人記録に記入し、全職員で共有している。また、介護計画作成時や日常のケア活動に活かしている。              |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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。                                       | ご本人・ご家族・前ケアマネ等から今迄の生活状況を聞き、今迄の生活を崩さない様に努めている。                        |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。   | 日々の関わりの中で常に現状の把握に努めている。  |  |                   |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ご本人・ご家族・職員の思いを聞き、訪看・担当医等の意見を反映して現状に合う様に作成している。       | サービス担当者会議には、利用者・家族・職員が出席し、医師やケアマネ等の意見やアドバイスを参考にして計画を作成している。利用者・家族の思いを反映させた目標は、毎日のふり返り、毎月の評価・見直しを経て、6か月毎のカンファレンスを行い、現状に即したものとなるようにしている。                         |                   |
| 27                         |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | すべてのケアに関し、記録を残している。連絡ノート・毎日の申し送りや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る。   |  |                   |
| 28                         |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 本人の状況・家族の状況を把握し柔軟な対応をしている。   |  |                   |
| 29                         |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | 民生委員や自治会・老人会と連携を取りながら、安全に地域で楽しく暮らせる様支援している。散歩時は出会った人との会話を大切にしている。    |  |                   |
| 30                         | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | 今迄のかかりつけ医を重視している。希望者は連携医により月1回往診を受け、必要時は職員が同行受診している。(連携医は交互に月3回往診あり) | かかりつけ医への受診支援を行っている。原則は家族の対応をお願いしているが、職員による受診支援も行っている。現在はほとんどの利用者が連携医を主治医とし、月3回の往診や急変時にはいつでも電話相談でサポートしてもらっている。週2回の訪問看護師との連携もとれている。訪問歯科医の月2回の往診もあり、希望者は診てもらっている。 |                   |

| 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<br>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・状況観察を行い記録し、必要時は担当医と連携を行っている。職員は状況伝達し、訪看や施設内看護師にその都度相談している。 |   |   |
| 32                       |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 地域連携室との連携を図っている。入院時は必要な情報を提供し、見舞時、声掛けを行い、退院時は今後の生活の注意点等相談に努めている。              |   |   |
| 33                       | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所の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時の対応について説明を行い、承認を得ている。重度化した時は再度ご本人・ご家族と話し合いながらチームケアを行っている。           | 入居時に、利用者・家族には重度化・終末期の対応について説明し、理解を得ている。重度化した時は必要に応じて、家族・医師・訪問看護師・職員と話し合い、対応している。重度化・終末期における指針・同意書を交わしている。   |   |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 救命救急・緊急時の対応について定期的に研修を行っている。  |   |   |
| 35                       | 13   | ○災害対策<br>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・夜間想定避難訓練を定期的実施している。  | 年2回、避難訓練を実施している。夜間を想定した訓練では、職員が一人で利用者を安全な部屋(2階のため、はしご車による救助可能な部屋)まで誘導を行った。建物が新しいため(築2年)、スプリンクラー・救急通報装置等、ハード面での防災設備は整っている。しかし、近隣住民の避難訓練の参加はまだない。消防署で行われる救急蘇生法講習会に参加している。 | 近隣住民に、災害発生時には手伝ってもらったり助けてもらえたりする協力関係づくりを期待したい。避難訓練にも、近隣住民や町内会長に参加してもらえよう、働きかけを望みたい。 |
| 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<br>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定期的に行い、利用者本位のサービスが行われる様努めている。  | 法人の年間研修計画に基づき、全職員は接遇マナーの研修を受けている。職員は利用者を人生の先輩として接するように心がけている。日々のケアの中で気になる事があれば、職員どうし注意し合っている。   |   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。   | 利用者話し合いながら、自分の思いが伝えられる様、自己決定できる様な環境作りを努めている。                                  |   |   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。                                   | 利用者の選択を重視し、思いに添ったケアに努めている。  |   |   |

| 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<br>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。   | ご本人・ご家族と相談しながら支援している。訪問美容により、カット・パーマ・毛染めを利用している。                 |  |                   |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。            | 料理はすべて手作りで対応。季節の食材を取り入れ、好みや形態に合わせ、一緒に準備・片付けを行っている。おやつは共に作ることもある。 | メニューは利用者の好みや希望を取り入れて、季節の食材を使い、職員が手づくりした料理をいただいている。準備や片付けも、できる人ややりたい人と一緒に行っている。台所とリビングがつながっているため、調理中の音やいい匂いも食欲を引き出す一つとなっている。職員は食事のサポートと会話の盛り上げ役になり、その事がきっかけで、利用者どうしの会話も弾んでいる。おやつを一緒に作ったり、時には外食も楽しんだりしている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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・水分の摂取量を記録し、一人ひとりの状態に合わせて捕食も利用している。                            |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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・一部介助)を行っている。全員訪問歯科利用にて口腔ケア・指導を受けている。            |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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・一部介助を実施、自立継続を支援している。                         | 排泄の記録をとり、声かけ・誘導・介助等を行い、夜間も利用者がトイレやポータブルトイレで排泄できるよう支援している。必要な方はパットやリハビリパンツを利用している。トイレには手すりが複数か所と可動式テーブルが設置され、排泄の自立支援が出来易くなっている。   |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                          | 水分摂取に努め、担当医と相談しながら個々に対応している。                                     |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことのできる支援<br>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。 | ご本人の体調・希望に合わせて入浴している。清拭・足浴対応の時もある。                               | ほとんどの利用者が入浴好きで、毎日入りたい人もおられる。だいたい2日に1回のペースで入浴支援を行っている。午後のお茶の時間が終わってから入浴時間にあて、バイタルチェックをしてから入浴してもらっている。シャンプー・リンス・石鹸は、一人ひとり好みの物を使用している。  |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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。                           | 入眠剤利用者は定時服薬を決めている。状況に応じた安眠や休息を支援している。                            |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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様に定位置に置き、勉強会も実施、服薬・症状の変化は連絡ノートにて共有している。           |  |                   |

| 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<br>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。  | ご本人・ご家族からのアセスメントにて個々の力を活かして、楽しく過ごせる様支援している。                 |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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るように支援している。                       | ご本人決定にて近所を散歩している。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る。          | 気候のよい時期は近所の公園に散歩に出かけている。公園ではグラウンドゴルフを楽しむ老人会と会話したり、親子連れと交流したりすることもある。公園で知り合った親子サークルや小学生が、事業所に遊びに来ることもある。ベランダでの洗濯物干し・取り入れ、庭の花の水やり等、とじこもらないケアを心がけている。家族と一緒に花見や紅葉狩りなどのドライブにも出かけている。         |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。  | ご本人・ご家族と話し合い日常の支払いはできる程、預かり支払っている。本人所持者も居られるが使用時は同行、支援している。 |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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。   | 暑中見舞・年賀状は手作りして書いて家族に発送。電話は希望時に支援している。                       |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地の良い共用空間づくり<br>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。 | 利用者・職員と一緒に話し合っって季節感を感じられる空間作りに努めている。                        | 天窓の付いた吹き抜けのリビングは明るく開放感があり、気分まで明るくなるようである。（実際に利用者の顔つきは穏やかで落ち着いている。介護度がよくなった方もおられる。）皆で手づくりする毎月の壁面装飾は、季節感あふれる大作である。家族からの花が活けられたり、利用者の作品や行事の写真が飾ってある。トイレ・浴室・脱衣場も適度な広さがあり、空調に配慮して、清潔に保たれている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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。  | テーブルの配置や座場所を状況に応じて変えたり工夫している。                               |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 入居時今迄使っていた物や好みの物を持参いただき、ご本人・ご家族希望に合わせている。状態変化時は話合っって対応している。 | 電動ベッド、収納、エアコン、カーテンが備え付けてある。利用者・家族に任せて、好みの部屋づくりをしてもらっている。（家族の写真・テレビ・仏壇・ソファ等。）利用者や職員で作ったカレンダーも飾っている。掃除は利用者と職員で行っている。今後は、利用者一人ひとりの希望をききながら、自室で好きなこと（絵を描いたり書道をしたり・・・）ができる支援をしていきたいと考えている。   |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | できることはご本人にさせていただき、施設では自由に過ごしていただけるようにしている。                  |   |                   |

| 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<br>②利用者の3分の2くらい<br>③利用者の3分の1くらい<br>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<br>②数日に1回程度ある<br>③たまにある<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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とした表情や姿がみられている                | ○ | ①ほぼ全ての利用者が<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②家族の3分の2くらいと<br>③家族の3分の1くらいと<br>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<br>②数日に1回程度<br>③たまに<br>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<br>②少しずつ増えている<br>③あまり増えていない<br>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<br>②職員の3分の2くらいが<br>③職員の3分の1くらいが<br>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<br>②利用者の3分の2くらいが<br>③利用者の3分の1くらいが<br>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<br>②家族等の3分の2くらいが<br>③家族等の3分の1くらいが<br>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<br>(↓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 利用者への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            | <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         |
|      |                    |                            | 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踏まえて、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 | <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 市町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                      |
|      |                    |                            | 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・ウェルビーグループホーム呉

作成日 平成 25年 7月 10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    | 35   | 非難訓練に近隣住民の参加はまだない。 | 地域と連携して災害対策を行う。 | 運営推進委員会で日程を話し合い、近隣の方に参加頂く。 | H25. 12月迄  |
| 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。