

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成26年6月2日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200601		
法人名	サンキ・ウエルビィ株式会社		
事業所名	サンキ・ウエルビィ グループホーム江波		
所在地	広島市中区江波二本松一丁目10番3号		
自己評価作成日	平成	26年	5月 15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 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26年5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）】

サービス付き高齢者向き賃貸住宅等が併設した複合型施設の中にあるため、建物外観は都市型マンションのような印象ですが、グループホーム内は、明るい色調にして、温かい雰囲気です。

居室で一人過ごす時間、併設する小規模多機能や、賃貸住宅の利用者などと賑やかに過ごす時間、施設内にある「足湯コーナー」でリラックスする時間など、本人のペースで心地良い居場所を利用することができます。地域の季節行事へも積極的に参加を促し、普通に楽しめることを諦めないように支援しています。

【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）】

●施設について
・平成24年6月に新築オープンした新しい事業所である。
・サービス付き高齢者向け住宅、小規模多機能ホーム等、5事業所の複合施設である。
・施設共通の受付・ラウンジ・足湯のできるコミュニティホール・レストランを備えている。

●職員について
・利用者が地域の一員として暮らせるよう地域交流に熱心に取り組んでいる。
・地元町内会と災害時の相互協力関係を築いている。
・事業所理念の下、職員一人ひとりが目的意識を持って業務に取り組んでいる。

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。	「福祉事業を通じて地域社会に貢献する」を会社理念とし、施設理念は「心地良い居場所を提供します」「笑顔あふれる瞬間を創造します」「支えあえる仲間をふやします」を目標に毎朝朝礼にて唱和している。	事業所開設時に、会社理念の下、職員が話し合って独自の理念を作成した。事務室に掲示して、毎朝、職員が唱和を行っている。職員採用時の研修でも理念教育を行っている。また、半期ごとに各職員はチャレンジ目標を設定して実行し、管理者は個人面談を実施して指導と評価を行っている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に加入し、入居者は祭りなどのイベントに積極的に参加している。職員は準備や片付け、地域行事の担い手としても参加している。	町内会に加入し、町内行事の準備に職員が協力したり、利用者がイベントに出演させていただくなど、地域の一員として交流している。また、毎週土曜日は事業所の足湯施設を開放し、近隣住民の方々が集まってきて事業所が交流の場所となっている。	
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。	認知症サポーター養成講座を年1回開催し認知症になっても、「できる事」や「わかる事」があることを伝えている。毎週土曜日に「足湯コーナー」をご近所の方に開放しているため、日常的に認知症の相談を受けている。		
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。	会議の内容や議事録は常時閲覧できるよう掲示し、全職員に回覧して意識付けしている。	2ヶ月に1回の頻度で開催し、町内会・社会福祉協議会・地域包括支援センター・老人会・女性会の各代表者、民生委員・中学校校長、利用者家族等に参加していただき、状況報告や相談・意見交換を行っている。必要時には警察や消防・市役所からも参加をいただき、ご指導いただいている。	
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。	市介護保険課へ「空き情報」を毎月配信している。運営の問題点や不明な点なども随時、相談・指導を受けている。	事業所の空き情報を毎月、市役所へ報告している。運営推進会議の議事録は市役所と区役所へ毎回届けている。また、随時、相談や指導をお願いし、協力を頂いている。認知症サポーター養成講座の会場提供や講師派遣の協力も行っている。	
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。	法人全体でのコンプライアンスでもあり、「身体拘束なし」を基本理念としている。現任研修にて年1回は必ず実施し、職員に周知している。玄関は日中施錠せずに見守りを行っている。	毎年、職員全員に研修を受けさせている。研修では外部講師を招いて、グループ学習を行い、身体拘束をしないケアについて学習をさせている。また、併設事業所共通の身体拘束委員会を立ち上げており、全体で事例を共有し、身体拘束をしないケアの実践に役立っている。玄関は施錠しないケアを実践しており、見守りと付き添いを行っている。	
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。	虐待防止マニュアルを整備し、現任研修にて年1回は必ず職員に周知している。		

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支援している。	外部の研修等への参加を促し、学ぶ機会を持っている。実際に制度を利用されている方の事例を通してセンター会議等で話し合っている。		
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。	契約時に事前説明、署名捺印を頂き契約入居の手順となる。社内重要項目でもあり、入居者家族に説明し同意を頂いている。		
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。	苦情、ヒヤリハット報告など、センター会議にて周知している。年1回お客さま満足度アンケート調査を行っている。週1回開催するリーダー会議においても検討する機会を設けている。	家族の訪問や電話、クリスマスやお花見といった行事以外に、家族だけが集って話し合う機会を設けて、意見・要望を聞いている。いただいた意見・要望はグループホームの会議で話し合っ共有する他、併設事業所を含めたリーダー会議でも話し合っ、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。	毎月のセンター会議で苦情、意見を報告し、全員で共有している。週1回施設内で開催されるリーダー会議にて報告し、早期解決、改善に努めている。	毎月開いているグループホームの職員会議や併設事業所を含めたリーダー会議にて、管理者は意見を聞いている。また、年2回の個人面談も行っている。管理者は毎月報告書を法人上司へ提出し、毎月法人のブロック会議に出席して情報交換を行っている。	
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。	適宜、ヒヤリング(個人面談も含む)を行い、現状を把握し周辺環境、職場環境の整備に努めている。		
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。	本社より、職種別研修、キャリア別研修等が実施されている。個人のスキルアップ向上のため、認知症実践者研修受講についても推進している(4名受講済み1名予定)		
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。	今年度、「江波圏域グループホーム情報交換会」を設置し、4事業所が定期的な交流の機会を設けた。その他のネットワークにも積極的に参加し、サービス見直しの機会をつくっている。		

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
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。	契約前に何度か面会し、本人の現状、ご意見ご要望をお伺いします。本人の安心できる環境を注意深く探り、信頼関係を築くように努めている。		
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。	家族の困り事をしっかり傾聴し、「できる事」への対応など、職員と家族の価値観を共有し、不安の解決に努めるようコミュニケーションを図っている。		
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。	本人に対する支援と、家族への支援、グループホームとして出来ることを理解していただき、本当にグループホームのサービスが適しているのかを一緒にご検討いただく。		
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。	暮らしの場であることの認識、職員との生活が自然な感覚でいられる場であること。施設理念のとおり、「支えあえる仲間」であることを目標としている。		
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。	家族への連絡は積極的に行い、本人と家族の関係を再構築するためにも、面会時には物品の請求だけではなく、本人の良い面も含めて報告するように心がけている。		
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。	面会は自由(時間もできる限り柔軟)に対応している。家族や友人との外出も積極的に支援し、外出困難な方はホームへの訪問をお願いしている。	来訪しやすくするため、夜まで来客対応しており、家族・友人・近所の人の来訪がある。家族には通院や一時帰宅などの協力をいただいている。また、職員が馴染みの店へお連れすることもある。	
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。	利用者個人の性格を把握し、良い関係が構築できる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。	利用が終了しても家族からの連絡・相談等には対応している。		

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
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。	本人家族の意向を大切に、ユニット会議やケアカンファレンスを開催し意見交換を行い本人本位のサービスについて検討している。	利用開始前から、関係者の情報を書類にまとめている。利用開始後も日常のケアの中で、会話などから思いの把握に努めている。ユニット会議・ケアカンファレンスで話し合って共有し、利用者本位の支援や介護計画の作成に努めている。	アセスメント情報を職員がわかり易く閲覧できるように改善を望みたい。
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。	事前の情報を基本に、生活環境、服薬状況などを参考に把握に努めている。		
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。	事前の情報を基本に日々の変化を職員と共有し把握に努めている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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。	日ごろの生活を参考に入居者の担当者を決めている。そのスタッフを中心に課題解決に向けてカンファレンスを開き、随時、モニタリングを実施している。	利用開始時はアセスメント情報を元に暫定介護計画を作成し、家族を含めたカンファレンスを開いて介護計画を決定し了解を得ている。毎日介護計画の実行状況をモニターし、3ヶ月毎に評価して、継続か見直しかを決定している。状況変化の場合は医師・看護師・家族ともにカンファレンスを開き、新たにケアプランを作成するなど、状況に即応した介護を行っている。	モニタリングの記入方法を実効性がある、かつわかりやすい形へ改善を望みたい。
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。	日々の生活を客観的に個別に記録し、職員間で共有し、その後の支援に活かせるよう努めている。		
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。	利用者の散歩、行事の参加等出来る限り柔軟に対応している。季節の行事などを大切に取り組んでいる。		
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。	地域包括支援センター主催の勉強会で「地域資源の発掘」をテーマに、介護サービス以外の情報交換を行う機会がある。		
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。	以前からの、かかりつけ医との関わりを断ち切ることなく、通院や往診などは、本人・家族の希望により決めている。本人の主治医とは、情報交換を行い積極的に連携を図るよう努めている。	契約時に事業所できる医療に関する支援を説明し、今後のかかりつけ医を選択していただいている。通院は基本的に家族で行っていただくが、緊急時等は職員が行っている。必要な場合は往診も利用している。看護師職員が2名おり、交代で医療面の支援にあたっている。	

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。	バイタルチェック等、体調管理上問題がある場合に対応できるように連携している。医師への連絡や相談は専門的な立場で対応をしている。		
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。	入院時には本人の生活状況を報告し、退院まで情報交換を行う。また、退院時にはカンファレンスを開催し医師、看護師、PT等からの情報をいただいている。		
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「重度化した場合の対応に関する指針」で説明し、同意をいただいている。その後も、度々、家族、担当医、看護師と話し合いを繰り返し、本人にとって良い最期を迎えられるように支援している。	契約時に書類を提示して、事業所のできる支援を説明している。入居後の状況に応じて関係者と話し合い、家族および関係者と方針を共有している。看取りの場合は、家族・医師・看護師を含めてカンファレンスを行い、看取り介護計画書を作成して方針を共有し、支援を行っている。	
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。	個々の緊急連絡先や既往歴、救急搬送先、服薬等をまとめて記録し緊急時の対応を整備している。「ヒヤリハット」「事故報告書」を参考に会議で共有し、事故防止対策に努めている。年1回以上研修もやっている。		
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。	防災対策は、緊急連絡網の電話連絡実施など年1回以上訓練している。夜間を想定した訓練を1回実施し課題の抽出をした。「災害時相互応援協力協定」を江波二本松町内会と締結している。	年2回(昨年度は9月と3月)の訓練を行っている。9月は消防署指導の下に全館夜間想定で訓練を行い、運営推進会議のメンバーにも参加をいただいた。3月は連絡や設備操作・設備点検の訓練を行った。昨年度の反省を踏まえて今年度も行っていく予定である。	
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。	「接遇」と同時に「人権の尊重及びプライバシーの保護について」年1回の現任研修や、採用時の研修の機会に職員全員に周知している。	毎年、外部講師や社内講師を立てて研修会を開き、全職員に受講させている。普段も問題があった際は注意している。「見張る」という意識があったならば「見守る」という意識に変わるよう指導している。	
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。	職員の一方的な表現にならないように、自己決定を促せるように努めている。		
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。	本人の気持ちを尊重し、レクリエーションや外出なども、その方のペースに応じて決定、支援している。		

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
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。	身だしなみは意欲との関連が大きいととらえ、本人らしい衣服の選択おしゃれの支援に努めている。		
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。	毎日の食事の調理は行っていないが、メニューは本人好みのものを選択していただき提供している。また、食事の準備や後片付けは、出来る方と職員が一緒に行っている。	食事は専用の厨房で調理されて運ばれてくる。メニューは給食委員会で利用者の希望も取り入れながら話し合いで決めている。当日の昼食は魚か肉かを選択できる。職員は状況次第ではあるが利用者と一緒に介助もしながら食事をしている。調理レクリエーションでは職員ともにクッキーやお好み焼きを焼いたり、バーベキューをするなど、食を楽しんでいる。	
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。	食事は管理栄養士の献立によりバランスのとれた食事を提供している。食事量や、水分量は個々に対応し注意及び記録をしている。		
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。	食後の口腔ケアは個々に見守り、介助、支援している。義歯の方の消毒等定期的な対応も行っている。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを考慮し、尊厳に配慮している。夜間帯も個別の睡眠状態に応じて排泄の支援を行っている。	一人ひとりの排泄状況を記録して把握し、できるだけトイレ誘導を行っている。リハバン・パット・ポータブルトイレも適時利用して支援している。	
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。	適度な運動、水分補給、乳製品の提供などの取り組みを行い、改善がみられない場合は医療機関との連携により服薬調整をして解消に努めている。毎日の排便のチェックは実施している。		
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。	基本的な入浴日は決めているが、本人の意思を尊重し、日程時間も変更し、実施している。心地良く入浴していただく工夫をしている。	週3回をめぐりに入浴をしていただいている。入浴が楽しみとなるよう、1番風呂、朝風呂等の希望に応えたり、お風呂セットを整えたり、入浴剤を使うなどの工夫を行っている。	
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。	適時な休息、体調に合わせて好みの場所で実施、夜間帯も適時に声かけするが、眠れない時は強制することなく介助支援している。		
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。	医療機関からの処方による。本人の体調変化が見られるときは、医師に連絡し指示を得て対応している。薬の勉強会も適時、開催している。		

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。	以前からの趣味は継続できるように支援している。家庭内での役割として、食器拭き、玄関清掃、洗濯物を干す、たたむなどの仕事づくりもしている。		
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。	ホームから出ても施設内は自由に散歩できる環境にある。気候や天候の良い日は、ドライブに出掛けたり、四季の花を見学に出掛けたりしている。年間行事として家族との外食の機会を設けている。	4階建ての建物は自由に散歩でき、一日に何度もユニットを出てフロアを歩いていただいたり、1階の足湯設備までお連れしている。買い物やドライブへ出かける支援も行っている。	
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。	金銭トラブル防止のため基本的には本人が所持しないようお願いしているが、家族が遠方にお住まいの方は同意を得て、職員で金銭管理を行い収支を記録している。買い物の要望があれば個別に対応している。		
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。	本人の希望やご家族の希望により、電話を取り次ぐことはしているが、手紙のやりとりも喜ばれることを伝えている。		
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。	個々の部屋から、ドアを開けると共有リビングがあり、南向きのリビングにはアイランドキッチンが中心に配置され、開放的で明るく過ごしやすい空間になっている。花や、飾り物で季節感を出すように努めている。	1階エントランスには受付係の職員が迎えてくれ、また出入りの見守りも兼ねている。ストレッチャーがそのまま入るエレベーターで2階へ上がると両ユニットの入り口がある。入り口を入ると、広い掃出窓とベランダを備えるリビングが広がり、思い思いに過ごしたり、風にあたりながら景色を見るにも良い。一角にアイランドキッチンがある。花や写真などが自然に飾られている。浴室は浴槽の3方から介助できるレイアウトとなっている。	
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。	六角テーブルの他、一人用ソファ、二人用ソファを配置し自由に過ごしていただいている。		
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。	居室には、備え付けのクローゼットもあるが、出来るだけ本人の使い慣れたチェストなどを持ちこんでいただくよう促し、過ごしやすく工夫している。	利用者それぞれに家具や身の回りの生活用品が持ち込まれて部屋づくりがされ、装飾品や写真で思い思いに飾り付けがされている。	
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。	入居者個々に応じて、色や文字など表示の仕方を工夫し、自分でできる事を支援するように努めている。		

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と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 サンキ・ウエルビィグループホーム江波

作成日 平成 26 年 6 月 12 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	23	本人の生活暦などアセスメント情報の記載が不足しており全職員にわかりやすく記録が出来ていない。	アセスメント情報がわかりやすくなるよう様式の統一を図り、本人の意向を全職員が把握することができる。	生活暦や本人の意向などがわかりやすいアセスメント様式に統一し、全スタッフが把握しやすい様式に統一する。	6ヶ月
2	26	実施しているモニタリングの内容や形式がわかりにくい。	モニタリングの実施状況を実効性があり、わかりやすい形に改善する。	具体的に実行可能な計画を作成し、ケアの統一を図り、モニタリングを実施する流れをつくる。	3ヶ月
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。