

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 25 年 12 月 10 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3493100063		
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 グループホーム坂		
所在地	広島県安芸郡坂町坂東二丁目23番8号 (電話) 082-824-7966		
自己評価作成日	平成25年11月24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）】

当事業所は入居者と家族の関係が、途切れないように支援を行っています。気軽に面会に来てもらえるよう、職員を家族がゆっくり話をし連携を図るようにしています。また、家族と連携を図ることで入居者と一緒に外出や外泊をしていただいたり、施設外へ出られるように努めています。散歩も可能な限り行い、適度な運動確保及び気分転換を行っています。外部に出ることにより馴染みの方や近所の方と会話をするようにしています。入居者に家事やできることをお願いし、やりがいや生きがいを大切にできるよう努めている。

※ 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UR	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php
------------	---

【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 25 年 12 月 9 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）】

○利用者に「出来ることは、出来るだけ自分でやってもらう」の考え方が徹底されており、日常ケアで実践されている。介助なし、自分で食べてもらうための「食べやすい食事」づくりへのこだわり。食事準備や片付けへの参加、掃除、排便など、できる利用者には自分でやってもらう。そんなケアが実践されており、元気で生き生きとした利用者が多い。職員と見間違える元気な利用者にコーヒーを出して頂き、感動。
○日常的な外出機会を増やす工夫と努力がなされている。職員体制を調整し、希望する利用者にはほぼ毎日散歩してもらうよう支援すると共に、ご家族の協力も受けながら、外出機会を増やすことを優先させている。
○利用者の殆どは、町内出身者で馴染みの知り合いが多く、買い物や散歩、地域行事に参加しても馴染みの人に会う機会が多い。利用者は地域にしっかり支えられ、元気に過ごすことのできるホームである。

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 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。	「お互いを認め合う」「思いやりの心」「いつも笑顔で」と施設理念を職員でつくり、リビング、玄関に掲示している。職員が毎日唱和をすると共に、入居者と一緒に唱和をする事で施設全体で取り組んでいる。日々の業務でも常に念頭に置き、支援を行っている。	職員みんなで話し合っにつくった独自理念が設定されている。玄関やリビングに掲示、毎日利用者と一緒に唱和するなど、事業所全体の「あるべき姿」が目指されており、あらゆる機会をとらえ、意識付けがなされている。	
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。	事業所まわりのスーパーに買い物に行き、店員ともコミュニケーションを図っている。地域行事へは可能な限り参加し散歩へも出かけることで、地域の方や顔馴染みとのつながりを大切にしている。	祭り、運動会など地域や小学校・子供の行事には出来るだけ参加し楽しみながら交流している。町内出身の利用者が殆どで顔見知りが多く、買い物、散歩、行事参加の時などに、ご近所や馴染みの方々と触れ合うことも多く、この機会を大切に、親交を深めている。ボランティアの来所も多い。	
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。	地域行事への参加、小学校での行事参加等で交流を行っている。近隣の小学生が遊びにきたりしている。今後は老人会での話し合いに参加し、認知症への理解を深める予定である。		
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。	役場職員・民生委員・地域包括・入居者家族・消防団・女性会の方々を対象に行っている。現状の報告と今後の課題を抽出し、次回までの改善を目標にし取り組んでいる。	2ヶ月に1回開催している。参加者は町担当職員、地域包括センター職員、民生委員、地域の方、消防署職員、女性会メンバー、ご家族などで、ホームの近況、行事内容や予定のほか消防訓練など幅広く話し合っており、結果はサービス向上に活かされている。	
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り組んでいる。	月1回以上の役場訪問と、運営推進会議での報告・相談を行っている。また、疑問点等あれば適宜問合せを行っている。	通常の届出や疑問点の確認の他、月1回以上は町担当窓口を訪問し、報告や相談を行ないながら、良好な関係づくりに努めている。運営推進会議には毎回出席してもらいアドバイスも頂いている。	
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。	研修を開催し、職員の理解を深めている。入院中に拘束を実施している方においても、カンファレンスを開催し、拘束にあたらぬ対応方法を検討している。玄関の鍵は、日中施錠する事は無く、夜間に防犯の為に施錠を行っている。	拘束をしないケアのための研修会や勉強会を開き、具体的な行為の正しい理解に努めている。入院中一部拘束することになった利用者についても、帰所後正しい対応になるよう配慮している。日中玄関やユニット出入口は施錠されておられない。外出希望の利用者には職員が付き添うなど、見守り重視のケアが行なわれている。	
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。	研修の開催により虐待に当たる行為を学び、自分の行為が虐待にあたらないか確認を行っている。羞恥心に配慮した言葉遣いや対応職員同士でチェックし、日々努めている。		

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。	高齢者虐待の研修と合わせて行う事で、理解を深めるよう行っている。成年後見制度を利用されている方もおられるため、継続して利用できるよう支援を行っている。		
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。	不明な点が少なくなるよう時間を十分に設け、家族等が納得して契約をできるように努めている。入居後も不明な点があれば、適宜行っている。		
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。	日々聞き取りと行い、改善に努めている。アンケートを匿名で実施することで、意向をくみ取れるよう支援を行っている。家族の意向を外部者へ伝えられるよう、運営推進会議へも参加して頂いている。	ご家族とのコミュニケーションを大切に、日頃の面会や運営推進会議などを通じて意見や要望を聞くように努めている。苦情は殆どないが、あれば予め決められた手順に従って、適正な対応ができるようになっている。毎月、利用者一人ひとりの暮らしぶりを伝える「お便り」も郵送している。	
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。	ミーティングの際に運営状況を職員へ報告し、職員の意向を確認している。次のミーティングまでの改善を目標に取り組んでいる。	管理者はミーティングや日頃の話し合いを通じ、言いやすい職場づくりに努めており、意見・相談、提案はどんどん出されている。要望・提案は可能な限り取りあげ運営に反映させている。半期ごと目標フォローのための個人面談も行っている。	
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。	半期に1回、チャレンジ目標と実績考課表を各自が記入することで公平に評価を行っている。		
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。	研修の受講資格等を照らし合わせ、スキルアップできるよう受講の促進を行っている。認知症実践者研修や認知症リーダー研修を今後予定している。		
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。	現在は情報交換を行う事が少ないが、不定期ではあるが訪問を行って交流を図っている。		

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。	入居にあたり不安な点や要望を聞き取り、カンファレンスを行ったうえで安心して入居できるよう取り組んでいる。不明な点は家族に聞き取りを行って支援に努めている。		
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。	入居以前より時間を掛け意向や不安を聞き取りを行っている。入居直後に家族と密に連絡を図ることで、安心して頂き、協力してもらえるように取り組んでいる。		
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。	日々の会話において、要望や困ったことがないか確認を行っている。適切な対応方法を職員同士連携を図り実施をしている。社内運動により福祉用具と訪問歯科の提案及び連携を図っている。		
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。	食事作りに関して、下ごしらえや調理、味の確認等を行っている。生活のなかで、入居者様が行えることを把握し、一緒に行えるように努めている。		
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。	毎月の様子を報告すると共に、家族と外出や外泊する機会をもてるようお願いを行っている。家族様に無理のない範囲で受診して頂く機会を設け、必要であれば職員も同席し今後の話を行っている。		
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う、支援に努めている。	地域行事へ参加をし、馴染みの方がいたら遊びに寄ってもらえるよう声掛けを行っている。時には職員と家に帰ったり等の支援を行っている。	地域に知り合いが多く、外出機会や地域行事に参加し馴染みの人に会うことが多い。馴染みの人に会ったら、出来るだけ来てもらうようお願いしている。また、行きたい場所や帰宅希望があれば、ご家族の協力も得ながら実現させるよう支援している。	
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。	他入居者の洗濯や居室の掃除、身の回りのお世話をしあうことで、感謝の言葉が言い合えるよう職員が介入を行っている。		
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。	退居後も入居中の写真をアルバムにし届ける。亡くなられた方に関しては、後日時間を設け生前の話をを行うように努めている。		

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
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。	入居者の意向にそえるよう、日課を日々決めている。様々な環境を提供し、本人が行いたいことを行えるように努めている。強制はしないように業務を行っている。	入居時、ご家族・利用者から意向や希望、生活歴などを聞きフェイスシートに記入、ケアプラン作成の参考にしている。その後も思いや意向の把握に努め、介護支援経過や業務日誌に記録し、可能な限り思いに沿ったケアになるよう心掛けている。	
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。	入居時に聞き取りを行うが、不明な点は家族に生活歴を確認を行っている。日々の会話にも耳を傾けるように努めている。		
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。	本人が現在出来る事の把握を、アセスメントにより実施している。提案を行い、本人の意向にそった生活ができるようにしている。		
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。	会話の中から意向を抽出し、家族の意向を聞き取りを行っている。家族の協力を得られるよう作成し、現在出来る事を継続できるような内容に努めている。	当初のケアプランはアセスメント情報をベースに、利用者、ご家族の意見も入れながら、関係職員で充分話し合っで策定されている。計画のモニタリングは計画期限(6ヶ月or介護度期限)毎に「モニタリング記録表」を作成することで行い、この結果にもとづき、必要な計画見直しを行なっている。	モニタリングは最長でも3ヶ月、出来れば1ヶ月単位で実施すると共に、全職員が参加して、「計画策定・評価・計画見直し」が行なえる「仕組み」づくりを期待したい。
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。	日々の業務で問題提議を行い、対応方法を検討している。連絡ノートを活用し周知徹底を行っている。ミーティング時に、再確認と評価を行っている。		
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。	入居後も在宅復帰や他施設へ変われることを、契約時に行っている。ニーズにより訪問歯科や福祉用具の提案も行うよう支援をしている。		
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。	地域の婦人会やボランティアを活用し、個々にあった支援を心掛けている。		
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。	入居以前より状況を把握し、通いながれた病院の受診を継続して行えるように支援を行っている。入居中の様子を伝える為に、文書を職員が作成しかかりつけ医に手渡している。	入居後もかかりつけ医による継続診療を原則にしており、その為に必要な支援を行なっている。かかりつけ医に対する利用者の生活情報の提供、緊急時職員による帯同、必要時の連絡など、適切な医療が出来るよう支援している。日常の健康管理は主治医と相談しながら看護師職員2名が行っている。	

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
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。	ユニット関係なく情報共有を行い処置を行っている。薬や症状に関して相談し、主治医との連携を図っている。		
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。	状況の把握の為に、病院等を訪問し、相談員や医師との連携を行っている。入居者や家族の意向も確認し、退院に努めている。		
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。	医療機関との連携を密に行い、本人と家族の意向を確認し、グループホームで行えること支援を都度検討している。必要な医療行為に関して、出来る事とできないこと契約時に話を行っている。	終末医療については、入居時、事業所として出来ること出来ないことをはっきりさせ納得いただいている。ターミナルケアが必要になったときは、本人・ご家族の意向を大切に、主治医と充分話し合い、納得の対応になるよう取り組むことにしている。	
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。	研修やミーティングを通じ個別の緊急時対応を検討している。必要な情報も整理し対応方法をいつでも見れるよう1冊のファイルを作っている。		
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。	消防訓練を実施し、避難経路の確認と対応方法を身につけている。火災時対応方法のDVDを作成し、いつでも確認を行えるようにしている。地域住民との協力体制に関しては、現在検討中である。	昨年度は2回実施した。本年度も消防署の指導のもと2回実施する予定である。訓練実施時のDVDを作成し、これを教材にした勉強会も行なっている。	災害発生時、被災者救出のための地域協力関係づくりの具体化(Ex合同訓練、緊急連絡網への組み込み等)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 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。	1人1人に合った声掛けを日々できるよう、職員間で検討を行っている。プライバシーに関しては研修を行い、羞恥心を傷付けないような声掛け、個人情報の取扱いへの配慮を行っている。	プライバシーに関しては、グループとして「プライバシーマーク」を取得しており、全事業所に徹底されている。尊厳を傷つけない、一人ひとりのペース合わせた言葉遣いや対応に努めている。個人情報は施錠可能なキャビネットに保管されている。	
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。	居室内等でゆっくりと話を行う時間を設け、意向を聞き取るように支援している。提案を行う事で、自己決定が行いやすいように支援している。		
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。	日常生活の基本的な流れはあるが、日々何を行うかは入居者に確認を行っている。レクリエーションの参加に関しても、強制せず本人の意思で決めている。		

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 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。	整容を鏡の前で行う事により、本人が行えなくても確認してもらえるよう支援を行っている。服も本人に確認している。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	怪我等無いよう職員が付き添い、下ごしらえや簡単な調理をお願いするようにしている。後片付けも入居者同士で行えるように支援している。	食べ易い食事を意識し、介助なしの食事が目指されている。実際、殆ど介助なしで、ゆったりとした楽しい食事になっている。台所にも入りやすく、利用者には簡単な調理、配膳、後片付けも一緒にやってもらっている。時に、リクエストメニューにしたり、おやつと一緒につくったり、変化をつけ、楽しい食になるよう工夫もしている。		
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。	好みに合わせた飲み物を提供している。主食量を測り、個別に管理を行っている。食事形態を変化させ提供し、自分の力で食べてもらえるように支援を行っている。			
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。	毎食後の口腔ケアの実施を心掛けている。歯科へ行ってない入居者に関しては、口腔内の状況把握の為、社内訪問歯科にて定期確認を行っている。			
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。	記録の確認と職員同士の連携により、トイレで排泄が行えるよう支援をしている。排泄リズムによる声掛けと誘導・介助により、パット等が濡れる回数を減らせるよう努めている。	排便実績など、一人ひとりのパターンを把握し、職員同士連携し、時に水分補給もしながら、声かけとトイレ誘導することで、失敗の少ない排泄になるよう支援している。		
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。	好きで飲みやすい飲み物を把握し水分補給に努め、適度な運動を行う事で腸の運動を促進し、自然排便を促している。排便の有無により、看護師により服薬、洗腸によりリズムをコントロールしている。			
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。	入居者間のトラブル防止や希望により、入浴日を決めているユニットもあるが、その日の気分や予定により入浴日を変更している。	2日に1回入浴を目標にしている。入浴順番などのトラブル防止のため予め入浴日を決めているが、日々の気分や体調に合わせて利用者の希望を聞き柔軟に対応し、気持ちよく入浴してもらうよう支援している。嫌う利用者には、気分を損ねぬよう配慮しながら誘導している。		
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。	特に就寝時間を設けてはならず、体調や気分によって就寝をしている。昼の静養も個々で判断し、自由に行ってもらっている。室温や照明の管理を個別で行い、入眠しやすいよう支援している。			
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。	看護師により目的や副作用について説明を行っている。薬の変更時には注意点を書面により周知している。状況で主治医及び薬剤師に飲み方等の相談を行っている。			

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
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。	生活歴に視点を置き、今まで行ってきたことを継続できるよう支援している。畑仕事や近隣への買い物、散歩を行って気分転換を図っている。		
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。	気候や天候に注意し、希望者に対し可能な日にはほぼ外出を行っている。社内で連携を図り、大人数乗れる車を手配し遠方への外出も行った。家族との外出が可能になるよう様に、希望等伝え外出を相談している。	天候など外出可能な日、希望する利用者にはほぼ毎日、散歩、公園行き、買い物など日常的な外出支援を行なっている。また、ドライブ外出の他、催しや外食など場所によっては、ご家族の協力も得ながら外出機会が増えるよう努めている。	
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。	事業所でお金を預かったりすることは無く、必要な方は本人管理でお願いしている。残金の確認は職員と共に行っている。		
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。	希望により事業所の電話を使用していただいたり、携帯電話を持ち込み連絡をされている。年賀状の作成や、郵便物発送時に手紙を同封するか確認している。		
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。	温度と湿度に注意し、調節を行っている。夜間の照明は必要以上に使用していない。トイレも快適に使用できるように、使用後の確認を行っている。季節感のあるカレンダーの作成を行うよう努めている。	2階建て、ユニットは1、2階に分かれている。玄関は広く、入り口には花の鉢が並び、心を和ませる。リビングは広く、明るい、温度や湿度も適切に管理されている。トイレ、浴室、通路も広く、使い勝手よく配置されている。季節感を大切に、手づくりの作品が飾られており、全体に清潔で、利用者がゆったり、のびのび過ごせる共有空間となっている。	
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。	気の合った方の席を近くにしたり、ユニット間で遊びに移動したりして。混乱を予防する為に席を決めているが、ソファは好きに使用してもらっている。		
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。	入居前に家族と相談し、可能な限り家で使用していたものを持ち込みしていただいている。居室内での飾りつけに関しては基本、本人と家族の自由にしてもらっている。	電動ベッド、収納家具、エアコンが常備されている。使い慣れた生活用品が持ち込まれ、部屋一杯の手作り作品や、懐かしの写真も飾られている。掃除も行き届き清潔。利用者が一人でゆっくりと寛げる部屋になっている。	
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。	家事等入居以前にできていた事を続けることを大切に考えている為、入居者と職員が一緒にいけるように支援している。		

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 ③利用者の3分の1くらい 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="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
			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
		<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
		<input type="radio"/>	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）
		<input type="radio"/>	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 グループホーム坂

作成日 平成 25年 12月 21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	26	モニタリングは最長でも3ヶ月、出来れば1ヶ月単位で実施すると共に、全職員が参加して、「計画策定・評価・計画見直し」が行なえる「仕組み」づくりを期待したい。	モニタリングを3ヶ月に1度はミーティング時に「計画策定・評価・計画見直し」を行うようにする。	・毎月開催している全職員出席のミーティングにて、各ユニット毎月3名ずつ実施する。 ・人員確保をし、計画作成担当者の時間を確保する。	・平成25年12月17日開催のミーティングにて全職員へ周知した。 ・平成26年1月度ミーティングより実施する予定としている。
2	35	災害発生時、被災者救出のための地域協力関係づくりの具体化 (Ex合同訓練、緊急連絡網への組み込み等) を望みたい。	・地域住民が参加できる消防訓練を実施する。 ・防災の為への連絡網を確立する。	・運営推進会議にて地域の方へ相談をする。 ・マニュアルに沿って、必要な情報が揃っているか確認する。	・平成25年12月20日開催の運営推進会議にて、相談を行った。消防団団長も参加して下さり、坂町での役割を話した。 ・民生委員も参加して下さり、連絡網へ電話番号を記入しても良いと話を頂く。
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。