

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	2894900055		
法人名	但南建設株式会社		
事業所名	グループホームたんなん		
所在地	朝来市山東町柿坪1-1		
自己評価作成日	平成31年2月14日	評価結果市町村受理日	令和1年6月25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	http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/idx.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福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年2月25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)】

開設以来、利用者が日常的に外に出る事や食事に関わる取り組みを実践しています。また、なじみの事だけでなく今までしていない事にも挑戦する意欲を持てるように働きかけています。開設10年が経過し、グループホームでの看取りの要望も増えてきています。職員はすべての利用者に対して入居前から看取りを見据えており利用者、家族と良好な人間関係を作る事を心掛けています。共用のデイサービスも行い地域の認知症の方の支援を少しずつ増やしています。施設の課題は人材育成であり法人全体で取り組んでいるところです。

【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)】

事業所は、自然豊かな環境で周りの山や田畑から季節が感じられる。訪問者が来ると、利用者は我が家のように迎え入れてくれる。事業所の理念と共に、職員が日々の目標を立て、それに向かって実践し振り返りながら、また次のケアに繋げている。利用者は調理や洗濯干し、掃除や花の水やり等出来る事を自分の役割として担い、自らの生活を送る事が出来ている。地元小中学生の交流を始め、地域との関係を良好に保ち、利用者は地域住民の一員として、行事参加や日々の触れ合いにより地域に溶け込んでいる。共用デイも軌道に乗り、地域の信頼度も高まっている今、事業所の理念で有る、利用者が「安心」「安全」に生活できるグループホーム、その人らしく喜怒哀楽の表現が出来る環境を、管理者は目指している。今後とも利用者が持っている能力を最大限に発揮出来る様に、毎日工夫を重ねながらの支援を続けられることを期待している。

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している (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 (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	項目	自己評価	外部評価	
			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	職員はその日ごとの目標を立て、共有しながら実践する事に取り組んでいる。それは事業所の理念と結びついているが具体的にどのように結びついているのか確認していない。	「安全・安心に、地域から信頼されるグループホームを目指す」「その人らしさ あるがままの自分を大切にします」「地域の中で共に生活していく事を支援します」という理念を掲げ、職員は会議の度に唱和し理解している。職員は毎日の目標を掲げて理念と共に実践に活かしている。	
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人として日常的に交流している	小、中学生ボランティアを継続して受け入れている。クリーン作戦、地蔵盆、とんどなどの地区の行事に参加しなじみの関係を継続している。利用者で構成される施設のボランティア部の活動を少しずつ始めている。法人の全体会議で他業種の社員に毎月情報を発信している。	自治会に加入しており、定期的な習字のボランティアや小、中学生の来所も定着している。利用者が地域行事に参加して、交流の機会を多く取り入れている。地域に共同の新聞配置場所があり、利用者は職員と一緒に取りに行く事が、地域住民とのコミュニケーションの場になっている。	
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	市内で行われた地域医療シンポジウムで「地域包括ケアの現場からの活動報告」について事業所の取り組みを発表する機会があった。		
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	高齢者虐待防止に向けて事業所の取り組み事例の話をしている。会議メンバーから地域で起こっていることや今後どうしていくかといった話をしてもらおう等、充実した会議に向けて一歩前進した感じがする。今年度の目標達成計画の結果については報告できていない。	運営推進会議には、利用者や家族、自治会の代表や医療関係者、民生委員や市職員等多くの参加があり、活発な情報交換の場となっている。会議はマンネリ化を防ぐ取り組みとして、パワーポイントを活用し、より分かりやすい伝え方をしている。自治会よりバス停の見直しをしているとの事で、事業所近くに新設の要望を検討中である。	
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取り組んでいる	事業所の情報を伝える努力をしている。また、市からは情報提供を積極的に行ってもらっている。職員は市介護保険運営協議会に参加するなど良好な関係作りを心掛けている。	市からの連絡はメールで届き、運営推進会議の案内や議事録等は直接窓口に向けて、市との関係性を密にしている。運営推進会議や市の介護保険運営協議会、地域のグループホーム連絡会やスタッフ向上委員会に参加し意見交換や交流を深めている。	

自己	者三	項目	自己評価	外部評価	
			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
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	事業所は身体拘束を行わない方針を示している。家族等から安全の為の拘束の要請はないがあった場合は本人を含め話し合いの場を持つ体制は整えている。施錠は防犯の為、夜間のみである。センサーマット等は使用が適正化どうか話し合いをしている。	日中、玄関は施錠せず利用者は自由に入出りできる状況である。身体拘束適正化委員会は運営推進会議のなかで行っており、「虐待をしません宣言」を唱和している。身体拘束適正化に関する指針や議事録は整備されている。	以前から用意されていた身体拘束適正化に関する指針や議事録、研修の記録等を、平成30年度の改定に沿った形式で残すように整理されてはいかかが。
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	事業所内外で虐待防止について学ぶ機会を設けている。 職員が自分自身の不適切なケアに気づけるように毎月のユニット目標を職員が作成したり、毎日のミーティングで職員同士の関係作りをする機会を設けている。	外部研修に参加し、伝達研修によって職員に周知している。管理者は職員の言葉が気になる時はその場で注意し、職員同士でも注意し合える関係性を目指している。管理者は年に数回個人面談を行い話しを聴く機会を設けており、法人開催の忘年会や職員旅行により親睦を深め、話しやすい雰囲気を作る努力をしている。	
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	新規入居者に対しては成年後見制度についての情報提供はしているが活用はされていない。職員には権利擁護についての資料を配布して啓発している。	かつて成年後見制度を活用していた利用者が有ったが、最近是对象者がいない事も有り関心が薄れている。リーフレットを準備し説明をしているが、職員の研修はしていない。	対象者のあるなしに関わらず、リーフレットを使って職員の知識習得の勉強会をされてはいかかが。
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	契約を結ぶ前段階から本人、家族から入居後の不安や疑問点を解消できるように話を聴き説明する期間を設ける事を心掛けている。	契約時は時間をかけて丁寧に説明し、事業所で出来る事と出来ない事を伝えて了承を得ている。質問の多くは、入所後のかかりつけ医の事であり、自由に選べる事や他科受診、受診時の対応方法や契約前の泊り体験利用も可能である事も伝えられている。	
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	利用者、家族が意見を言いにくい立場である事は理解しており要望を言いやすくするために出来るだけ要望に対して情報共有をして取り組んでいき関係を作っていく事を心掛けている。苦情も前向きに受け止めてサービス向上につなげる努力をしている。	家族から、利用者の転倒予防のため対策の要望が有り、居室に手すりやタッチアップの設置を行った。利用者の希望によって浴室内の手すりの設置や、全利用者の居室に手すりを取り付け付けた。	
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	職員は利用者と良好な人間関係の重要性を理解し実践につなげる努力をしている。利用者の個別の対応の方向性やチーム内を円滑にするための取り組みなど前向きな意見も出てきている。	利用者に対するケアの方法は、職員が意見を出し合って実践している内容が多い。別棟のユニットの繋がりを深めたいとの意見があり方法を模索中である。1番ユニットから、感染症対策として「汚い処を見つけよう」と、キャッチフレーズが提案され、毎日気付いた職員が実践し記録している。	

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				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
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	代表者は人事考課を通じて管理者をはじめ各職員の把握に努め、法人全体を上げて事業所を支援する体勢を進めている。		
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	代表者は人材育成の重要性を掲げており、研修の機会の確保には協力をしている。		
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	市内グループホーム連絡会が主催の研修会や行事を通して交流する機会を毎年設けている。各行事の担当は持ち回りでやっている。		
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	まずは家族を交えて話をする姿勢を見せている。ケアマネージャーや主治医と情報を共有している事を伝え、つながりが途切れないうちに心掛けている。		
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	サービスの導入時の生活全般に関する不安、医療面、金銭面に関しては疑問が残らないように話をしている。入所後も本人に関する事を相談し本人と家族が疎遠にならないように話をする機会を意識して設けている。		
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	サービス導入時にはまず職員は本人さんの事に興味を持っている姿勢を示すところから始めている		
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	職員は長期に渡って入居されている利用者でも新たな発見があったり、そのまま変わらない面を再認識している。それが長期に渡る生活を支える原動力となっている。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				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
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	職員が家族を同じチームの一員として意識出来るように看取りのケアを通じ感じてもらうようにしている。職員の資質向上として年2回職員から家族への手紙を書いたりしている。利用者の病院受診なども必要に応じて主治医の説明と一緒に聞くなど情報の共有に努めている。		
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	地域社会との関わりを継続するために、今までの生活の把握に努めていて出来るだけなじみのある場所、人間関係が途絶えないようにしている。地区の方の訪問、日常の買い物や外出先での知り合いと出会う事を重視している。	利用者は、スーパーへ食材購入に職員と一緒に掛掛け、知人と出会う事もある。馴染みの理容室に電車で行きかけたり、来所される美容院との馴染みの関係が継続出来る様支援している。民生委員や、区長、友人の面会もあり、女学校の古い校舎を見たいとの要望に応じ、職員が同行し校歌のCDを借りて来た事例もある。	
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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	普段の生活では家事などを通して利用者同士が協力できるように意識して支援している。元気でターミナルでも関係なくその時の状況に応じて利用者同士が関れるようにしている。		
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	退所に際しては移動先の関係者に情報提供をしている。看取り等で退所になられた方の家族が事業所と継続的に関係を持っている事例もある。		
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	職員全員が継続して一人ひとりの思いを把握しサービスに生かせるように心掛けている。意向などを言葉で明確に伝えられない利用者に対しても本人視点に立てているか振り返りながら把握に努めるように職場内研修を行っている。	一定のコミュニケーションが可能な利用者には、家族と相談したり、しっかり向き合い確認している。発語がない利用者には職員はじっくりと対応したり、長い時間かけてしっかりと向き合う姿勢を大切にし、意向が確認できる様配慮している。	
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	これまでの暮らしの把握は初期段階だけでなく利用者の普段の生活の様々な場面で発見する事を継続する事や、家族へも状況に応じて聞かせて頂くが聞く内容によってはなじみの関係になってから聞くこともある。		

自己 者 第三	項目	自己評価	外部評価	
		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
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	日常生活の中の共同作業を通じて本人の状態を把握する事に努めている。センター方式や認知症介護研究・研修東京センターの「BPSD+Q」などを使用し心身状態の変化に早く気付けるように心掛けている。会議では本人の状態に合わせ必要以上に手を出していないかを振り返っている。		
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	今年度の目標達成計画である。ケアプランは本人らしさをチームで共有できるように本人、家族、関係者で話し合った計画を作成している。今年はモニタリングの担当を介護職員まで広げて、より良い介護計画になるように取り組みを始めた。	利用者をより良く知るために、1職員が利用者1人を主担当にして、2か月に1回モニタリングをしている。利用者や家族の要望を聴き取り、モニタリングを基に再アセスメントし、サービス担当者会議開催を経て基本6か月毎に介護計画を作成している。	
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	個別記録を記入するにあたって、次の介護計画に活かせるように会議等で着眼点をまとめたり、本人特有の出来事や本人の発する言葉に注目するように心掛けている。		
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	集団、個別を問わず常に外へ出かける機会を作る事を検討、実施している。本人しか知らないような地域のことや、本人が忘れていたことをふとした時にクローズアップし事業所内で広めたりしている。本人が今までしたことのないことも、本人がしてみようかと思えるように関わっている。		
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	ボランティアや地域の小、中学生との関わりを継続している。地域包括支援センターを通じ個別の利用者の事例でリハビリ職に来て頂いたり、医療関係者から職員がアドバイスをもらったりしている。なじみの店や美容院には行く機会を作っている。		
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	入居以前のかかりつけ医を継続していく事を基本としている。事業所近くの病院に主治医を変更する場合は情報が途切れないように支援している。ターミナルの場合は家族への支援も協力してもらえるように働きかけている。	利用者は、それぞれ希望する主治医を選択して受診している。協力医は月3回訪問診療するが、協力医以外の内科と他科は、基本、家族が付き添って受診している。但馬長寿の郷の地域ケア課より理学療法士が来訪し、医療機関でのリハビリ終了後の生活リハビリについて相談できる体制である。	

自己 者 第三	項目	自己評価	外部評価	
		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
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	週1回の訪問看護を通して普段のケアの相談や医療機関との連携が円滑に進むようにしている。また、利用者と看護師、職員と看護師のなじみの関係作りをしている。		
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。	入院時には医療機関に普段の生活の情報提供をしている。また、職員が面会に行くなど本人との関係が切れないようにしている。家族を通じ医療機関からの情報を得て退院に向けて前向きに取り組んでいる。	直近1年の入院例は1件である。かかりつけ医の指示で検査入院となり、管理者が見舞い家族や病院と情報交換に努め、2週間ほどで退院できた。入院中の居室確保期間は3か月となっているが、柔軟に対応する方向であり、ほとんどの利用者が2～3週間での退院している。	
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	入所時に事業所の重度化の指針を説明している。本人、家族、医療、事業所が連携を取る事により事業所で看取りも可能と説明をしている。医療関係者と職員との話し合いを行い、対応できる体制を整えている。看取りを行なった際にはチームで振り返りを行っている。終末期には家族と主治医が話す機会を持てるように調整している。	直近1年で数名の看取りを行った。契約時に重度化に関する指針について詳しく説明している。看取りと心肺蘇生を試みない意向(DNAR)については、必要に応じて主治医から家族に説明をしたうえで同意書ももらっている。看取りの後、家族とは思い出話をし、看取りに立ち会った職員の精神的なケアにも、管理者は配慮している。	
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	急変時の連絡先の周知徹底を行なっている。 職員は本社で行われた心肺蘇生の訓練に参加するなど定期的に取り組んでいる。		
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	火災想定避難訓練は定期的実施している。地域の消防団にも協力していただけるように働きかけている。 地震等については避難場所の確認などを行っている。	火災想定避難訓練が今年は1回しか出来ておらず、地域にも協力の要請が出来なかった。職員の緊急連絡体制は整っており、消防署の通報装置とも連動している。備蓄は水と食料を約1日分用意しており、母体である建設会社から大型の発電機を借りる算段も出来ている。緊急持ち出しファイルや利用者の避難済みかどうかを確認する申し合わせは、今後の課題となっている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(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	日々の業務の中で利用者のプライバシーに配慮しなければならないことは職員同士で声を掛けている。 一部の職員は認知症の人への偏見について自分自身を振り返る取り組みを少しずつしている。	利用者には名字に「さん」をつけて、敬意を払った態度で呼び掛けるよう指導している。声掛けをしてもすぐに返事がない場合等、適確に利用者へ伝わるような声かけの方法を指導している。特別支援学校の実習生をパート職員として受け入れ予定であり、職員には新しい刺激になると、管理者は考えている。	

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				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	
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	利用者が職員に対して気を遣っていると思われる事もあるので、普段の生活の中のちょっとした場面で気付くようにしている。認知症が高度な利用者に対しては本人に無理強いにならないように心がけている。			
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	職員側の決まり事を作ってしまいう傾向にあるが、その時その時の利用者のペースは乱さないように心掛けている。			
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	その人の好みは尊重している。職員は化粧をされる方が今後も継続出来るように関心を持つようにしている。本人の希望で美容院に継続的に行かれている方もある。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	開設以来、利用者に献立作り、買い物、調理、片付けのどこかの場面で多くの利用者が少しでも関わられるように工夫し継続している。施設の畑で栽培し収穫した食材を使う事もある。	食事は、献立作成、食材購入、調理までそれぞれのシーンで利用者が手伝えるようにしている。利用者は赤飯、刺身、茶碗蒸し等が食卓に上るのを楽しみにしている。食材は旬の野菜や事業所の菜園から収穫される野菜を活用し、鰯等骨のある魚を副食とする場合もある。		
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	必要に応じて食事・水分のチェック表を使うなど摂取状況の把握に努めている。ターミナルの方に関しては食べやすい形状、本人の好みを観察しながら摂取してもらうように心掛けている。			
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	毎食後は出来ていないが起床時と就寝前に声をかけたり必要に応じて介助するなど口腔ケアへの取り組みをしている。			
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	トイレ誘導や排泄チェック表などを基にその人に合った排泄スタイルを検討し、安易に紙パンツは使用していない。現在は全員がトイレを使用し失禁にならないように心掛けている。	ほとんどの利用者が日中は布パンツで過ごしており、誘導や見守りによって排泄はトイレで行うようにしている。立位や座位を保つ工夫としては、座りっぱなしにならないよう、家事の役割を持ってもらい、利用者がこまめに動けるように職員が働き掛けている。		

自己	者	第三	項目	自己評価	外部評価	
				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
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	水分摂取やトイレに座ってもらう働きかけは行っているが、それ以外、便秘の解消のための取り組みは行っていないのが現状。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	夕方以降に入浴し、日中は活動してもらうような職員の勤務体制をとっている。利用者の状態に応じて準備段階からゆっくり関わったり、無理強いや本人が混乱しない声掛けを心掛けている。	ほぼ2日に1回、16時から20時半の間に、利用者の希望に合わせて入浴している。入浴を好まない利用者も、誘う職員や時間を変えて入浴してもらっている。入浴剤を入れたり、好みの石鹸を使う等、利用者本位の入浴を支援している。	
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	昼間生活に関わる家事を中心に活動してもらうように心がけている。入浴は夕方から寝る前にかけて入ってもらうようにしている。夜なかなか寝付けない方に対しては話を聞いたりしている。状態に応じて昼寝をする方もある。		
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	服薬情報をファイルで整理して服薬内容を閲覧できるようにして共有している。処方変更の指示があった場合には状態観察し申し送りや報告で情報共有し主治医へ相談できるようにしている。		
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	本人の得意なことや好きな事を行かして役割や楽しみが持てるよう支援したり、買い物外出など適宜気分転換が出来るようにしている。		
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	利用者の状態に関わらず日常の買い物、散歩、行事などで外出する機会を多く設けている。誕生日などで本人の特別な外出を支援したり、自宅や墓参りなどの支援も行っている。	天候に関わらず、毎日必ず事業所から200m程の所に新聞を取りに行ったり、食材の買い出しに職員と共に出掛けている。行事の外出も多く、海や公園、初詣、花見、演奏会等、機会を見つけて出かけている。協力医が主催しているノルディックウォーキングクラブに参加している利用者もある。職員と一緒に卒業した女学校を訪問した利用者もいる。	

自己	者三	項目	自己評価	外部評価	
			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	基本的には個人での所持はなく施設が立て替える形で家族と相談しながら個人の好きなものを買ってもらっている。		
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	個人の携帯電話やタブレット、施設の電話を部屋で自由に使ってもらっている。その他、年賀状など手紙のやり取りもしてもらいプライバシーに配慮しながら外部とのつながりが持てるようにしている。		
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	共用のスペースからは外の景色が良く見えるように作られている。建物は家に比べ大きい設備、備品は特別な物は使っていない。共用スペースでは生活に関する事を中心に、多くの時間は生活音以外はない。	別棟である2つのユニットは、それぞれ形もレイアウトも違っている。母体法人が建設会社のためか、テーブルやベッドなど木材を足して高さを調節している部分があり、細かい配慮を感じる。1番ユニットにある玄関の上がり框や吹き抜けの天井、2番ユニットのロフトや天窓、飾り気のない梁など、ユニークな作りとなっている。小上がりや椅子などに、利用者が思い思いに過ごせるような工夫が見られる。	
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	テーブルを複数配置したり小上がり、マッサージチェアを置いている。少人数や1人で過ごす調整を職員がすることもある。		
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	部屋の使い方は特に制限はしていない。自宅で使っていた物などは大歓迎であると家族に伝えている。	事業所からはエアコン、ベッド、作り付けの小型収納庫が用意され、利用者はそれぞれのなじみの家具を持ち込み、整理整頓して暮らしている。自分で掃除をする利用者も多く、それぞれ編み物をしたり、日記を書いたり、好みの野球チームのグッズを飾ったりして落ち着ける空間を作っている。	
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	利用者の居室はADLの状態に応じて移動しやすいようにベッドやトイレに手すりなどをつけて工夫している。トイレの水栓のリモコンは使いやすいような表示をしている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部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	26	平成30年度の目標は「職員全員がモニタリングの担当を持つ」であった。定期的にモニタリングをするようになったが日々のケアの質の向上につながっている実感を持っていない。	介護職員がモニタリングを続ける事により、利用者の生活から実践したケアを振り返る習慣を身に付け、自分自身の言動に根拠を持つ事ができるようにする。	介護職員がモニタリングを行った後に管理者が担当の利用者、職員自身について気づいた事やその理由を確認する。	12ヶ月
2					月
3					月
4					月
5					月

(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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓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()