

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	2893300190		
法人名	(株)ケアマインド		
事業所名	グループホームそら森本		
所在地	兵庫県伊丹市森本8-66-1		
自己評価作成日	平成 30 年 12月 10 日	評価結果市町村受理日	平成31年3月28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://kai.go.homes.co.jp
----------	---

【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1月26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)】

地域密着の介護事業所として、誰でも親しみを感じて頂ける精一杯のサービスを介護サービスに努め、笑顔でありがとうと仰って下さるよう職員一同取り組んでおります。職員同士が気軽に何でも言い合えるアットホームな職場環境作りがご利用者様の笑顔や幸せとなる。そんなシーンが介護現場で溢れておりチームワークを大切に、全員で支えあいながら仕事に取り組んでおります。当事業は工場に囲まれており決していい環境とは言えませんが近所にスカイパークがあり、よく散歩に行っており、施設内でもゆったり過ごせるように、脳トレーニングや、DVD鑑賞、利用者様同士のコミュニケーションを充実させております。毎月の施設行事や、月に2回の外部委託の普段使用しない脳を使ったレクリエーションは、施設全体の交流の場にもなり喜ばれております。今年ガーデニングで収穫したねぎで皆様とねぎ焼きを作り食べて楽しみました。来年度も畑で野菜作りし継続していこうと思います。

【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)】

平成25年に開設した、小規模多機能型居宅介護事業所と併設のグループホームである。周辺は工場や店が多く住居が少ないため、地域との交流は盛んとは言えないが、自治会長の計らいで、市の花火大会の準備に参加したり、ボランティアの支援を受け、少しずつ地域デビューをしつつある。また事業所から歩ける距離のスカイパークや途中にある神社は最適な散歩コースになっている。自社のフード部門ができたことで、食の楽しみが増えたこと、脳トレを活かしたレクリエーションが好評であること、家族会が盛況で行事を楽しみにしていることなど、職員の取り組みが実を結んでいる。今後も、法人の事業拡大に伴い、訪問看護やリハビリデイ、福祉用具などの部門と連携し、地域密着型サービスの家庭的な良さが活かされる環境作りを期待する。

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広がったり深まり、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	理念は職員が中心となり運営理念に7つの支援方法を表現した。理念に職員の思いを込めてそれを実現に続けている。	「一人一人の尊厳を大事にし、その人らしい生活を送って頂く、笑顔あふれるアットホームな森本」は、職員が意見を出し合い、大事だと言う言葉を選びながら思いをこめて作った理念である。フロアの目につきやすい場所に掲げ、介護に行き詰った際に立ち戻るなど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	日常的には交流できていない。夏祭り、クリスマス会、敬老会、イベントにはボランティア来苑していただき、月に一度の理美容も依頼し交流を図っている。	意識はしているが、地域との交流の機会は少ない。花火大会の準備に事業所のポロシャツを来て参加したり、社協に手品やフラダンス、弾き語りなどのボランティアを依頼したことはある。敬老会やクリスマス会などの行事に家族の参加は多い。	運営推進会議等で、地域との交流の機会を検討されてはどうか。
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	地域密着会議や運営推進会議を通じて地域との交流や自治会に参加している。今年は近所の小学校でお祭りの櫓建てに参加させていただきました。		
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	2か月に一度、地域の方々に報告や相談の会議を開催している。会議で出た意見は課題にしている。	2か月に1回、併設の事業所と一緒に。地域包括や社協、自治会長の参加はあるが、利用者や家族の出席はない。内容は運営状況や事故・ヒヤリ報告、行事報告が主である。議事録は家族や参加者に送付している。	運営推進会議が平日開催のため、家族の参加が少ない事情を地域包括や市に相談すればどうか。
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	3か月に一度地域密着型サービス事業所連絡会に参加している。報告、相談をし助言、指導を受けている。	市との連携は、事務手続きなども含め、法人が行うことが多い。3か月毎に地域密着型サービス事業所連絡会に参加し、市の担当や地域包括と相談、報告をする機会となっている。	
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	基本的に身体拘束をしないケアをとりくんでいる。ケアマインド全体で身体拘束委員を立ち上げ取り組んでいる。	非常口と玄関は開錠しており、出入りが可能であるが、エレベーターの開閉は工夫を要するしくみになっている。現在、身体拘束の該当者はいないが、会議で議題に挙げれば、その都度検討している。身体拘束委員会を法人全体で立ち上げる取り組みをしている。	

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
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	施設内で虐待への意識を高めるために研修を行っており、毎月の会議でも取り組んでいる。ケアマインド全体でも虐待委員を立ち上げ取り組んでいる。	3か月に一度、研修を行っている。研修内容が全職員に周知できるよう、普段の声かけや関わり方など社内研修と個別対応で接遇から指導することもある。	
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	施設内での研修項目に取り入れているが、現段階では活用者はいない状態である。	以前に成年後見制度を活用していた利用者がいた。毎月、社内で認知症や虐待、権利擁護などの研修を、担当を決めて行っている。全体会議を行い、参加していない職員には資料を配布している。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約前から質問があれば随時対応している。重要事項説明書にて確認しながら進めている。	契約時に「延命措置に関する意見確認届」に同意書を得ている。小規模多機能型居宅介護事業所から入所する人には違いを説明したり、看取りについては医療行為ができないことを伝えている。入所者の年齢層や、皆と仲良くやっていけるか不安に思っていることが伺える質問が多い。	
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	玄関を入ってすぐの事務所に意見箱を設置している。直接、職員、管理者に話して下さることもある。家族会議を定期的に行っている。	家族会が定期的であり、参加家族は比較的多い。意見箱を設置しているが、直接話してもらえることもある。家族の意見を参考に、「そら森本通信」を毎月家族に送付したり、緊急時にはメールを活用している。	
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	全体会議、各フロア会議を利用し意見、提案を聞く機会を設けている。	全体会議やリーダー会議で職員の意見を聴いている。夏休みや冬休みには連休がとれるよう、可能な限りシフトを調整して対応している。実践者研修などの必要な資格取得のためには、法人が費用を負担している。	
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	定期的な研修や目的に対する評価を行い向上心を持って働けるようにしている。職員の悩みの相談も行い、モチベーションの向上や維持が出来る様に努めている。		
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	年間の研修計画を立て、業務に必要な研修や役立つと思われる内容の研修への参加を推奨している。記録が苦手な職員に対しての個別の勉強会も実施予定。		

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
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	地域密着サービス事業所連絡会をい 通じ相互に情報交換や勉強会、見学 を行い質の向上に努めている。		
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	環境の変化も考慮し、はじめはコミュニケーションを大事にし、他者との関係性を築き上げるために配慮している。		
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	家族の要望は電話、面会時、家族会を通じ随時行っている。		
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	家族様や利用者様や職員で話せる機会を作っている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食器洗い、洗濯干し、おしぼり丸目、部屋の掃除等、できることはして頂いている。		
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	家族もチームケアの一員として協力を仰いでいる。		
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	入所前からの関係性を大切にしながら面会も気兼ねなく来ていただけるようにしている。	面会に毎週来る家族や、元教え子、元ケアマネなど知人の訪問もある。定期的に家族会があり、できるだけ参加してもらえるよう工夫している。一緒に食事ができる貴重な日として、年に1回の外食デーや夏祭りやクリスマス行事を楽しみにしている家族もある。	
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	仲の良い利用者と席を近くにしたり、うまく交流できない利用者にも和に入れるようにしている。		

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
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	サービス終了後の相談はないが相談があれば積極的に取り組みたい。		
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	個別に聞き取りをし、他職員と相談し意向に添えるように検討している。	利用者が、排泄や入浴、服薬介助など身体介護の場面で特定の職員を希望することがある。できない場合もあるが、できる範囲で対応するようにしている。言葉で表出できない場合に、思いが組み取れるようフロア会議などで情報共有している。	
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	今までの暮らし方を尊重し経過の把握に努め家族様の意向もうかがっている。		
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	日々の記録や申し送り等で情報を共有し現状把握に努めている。		
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	居室担当者が中心に毎月モニタリングをし職員間の意見を集約し利用者の状況把握、共有を図っている。基本は半年に一度の見直しとしているが入退院等、状況変化があった場合は随時見直しをしている。担当者会議の開催は更新月に行っている。	居室担当が一人で2~3人の利用者を見ており、モニタリングを毎月行ったり、半年毎の介護計画の見直しの際には都合がつけば家族とともに担当者会議に参加している。特に医療処置の必要性がある利用者の介護計画は、訪問看護師に相談し、意見を反映している。	
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	ケース記録に記入し申し送りノートやカンファレンスを活用し情報伝達に努めている。さらに朝礼時に全職員がわかるように申し送り用紙を作り状況把握に努めている。		
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	ご本人や家族からのニーズを把握し柔軟な対応を心掛けているが様々な要因として取り組めていない方もいる。		

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
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	自治会の方から地域の活動を聞き、参加希望者や、参加できそうな行事、取り組みに支援していこうと努めている。		
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	全利用者が協力医の訪問診療を月に2回受けている。心療内科の必要がある場合専門医の往診はあるが受診は家族が付き添っている。	かかりつけ医の選択は自由であるが、全員が協力医の訪問診療で健康管理を受けている。心療内科、皮膚科等の他科受診は家族が付き添っている。法人の訪問看護師が医師と連携し、24時間オンコールで安心の医療体制が整っている。歯科衛生士が月1回来訪し、受診の判断や嚙下のアドバイスをしている。	
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	バイタルチェックを毎日行い記録に残し日常の変化個々に気づいた問題等を往診医に伝え日々の健康管理を行っている。腹部のゲル音等、健康管理を務めている。		
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。	医師との連携、情報交換はスムーズに行われている。退院時のカンファレンスには出席をし退院後の生活について家族とも相談し支援している。	今年は2件の入院事例があったが、職員が見舞いに行き地域連携室と情報交換して安心して入院治療が受けられるよう支援を行った。入院を回避するためには、毎日体操したり歩いたり、下肢筋力を鍛える生活リハビリにつとめている。	
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	契約時、重度化の場合の意向の確認や事業所の方針を伝えている。状態変化に応じて家族と方向性について話し合い意向に沿えるよう支援している。今のところ看取りのケースはないが終末期ケアは今後も積極的に取り組んでいく方針。	看取りは本人、家族の意向に沿って受け入れる方針であるが、今のところ経験はない。主治医が看取り期に入ったと判断した段階で、看取りの支援体制に入る事としている。職員は定期的な研修で学んでいる。	
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	事故対策対応について研修を取り入れた。模擬の実践で少しでも対応が身に付くよう2、3か月に1度のペースで行う予定。		

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
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	夜間想定訓練も含め、年に2回消防署立ち合いのもと、利用者も参加している。備蓄は土嚢、水、ランタン、懐中電灯、食材の準備が整った。	避難訓練は、夜間想定で行い歩行の可能な利用者が参加したが地域住民の参加はない。福祉避難所として指定されており20～30人の対象者があり、備蓄も利用者対象者の数を用意している。自家発電は緊急用のみ、緊急持ち出しファイルは倉庫に保管しており、都度更新は行っている。	
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	利用者の自由な時間を尊重し見守り、利用者個々の特性や状況に合わせた対応をしている。接遇面は、スキルアップ出来てきたが、まだ不足な面がある為繰り返し研修を続けている。	呼びかけはケースバイケースであり、家族の了解のうえ「お父さん」と呼び掛けていたり、目線を合わせて敬語で対応するよう指導している。オムツ交換や往診は居室で行い、換気にも気を配っている。接遇面で職員のスキルアップには力を入れており、研修を続けていく予定である。	
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	日常の会話から、やりたいことや思いを拾い何かするときは、ご本人様に決めていただくようにしている。		
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	入浴は施設のペースになっておりご利用者様のペースになっていない。利用者様がなにをしたおかを尊重している。		
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	その人らしく生活していただくように洋服は、ある程度選択してもらっている。今年の夏祭りには、施設が用意した浴衣を選んでもらい着ていただき季節感も感じていただきました。		
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	フード部門で調理した食事が届く。味や形態、治療食などの要望に柔軟に対応している。	フード部門が出来、食材もすべて業者から届き1階の厨房で調理員が作っている。各ユニットのキッチンでは盛り付けと一口大に切る等までの対応をしている。希望メニューは難しいが、時々おにぎりやお寿司をバイキング形式で提供し、食事を楽しんでもらっている。毎月1日は赤飯の提供と決まっている。	
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	フード部門の栄養士によりカロリー計算や刻み食等の対応をしている。調理した食事が届く。食事量や水分量は記録し管理している。		

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
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	毎食後の口腔ケアの声かけや誘導しており就寝前には義歯をお預かりし洗浄剤につけ翌朝お返しし清潔保持を心掛けている。毎週歯科衛生士による口腔ケアも実施している。		
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	排泄表に記録し排泄パターンや習慣を作り自立に向けて支援している。	トイレでの排泄は3分の1の利用者が自立している。排泄誘導時は小声で呼び掛け、羞恥心に配慮している。もともと布パンツで自立していた利用者が、入院を機にリハビリパンツになっていたが、排泄誘導を続け布パンツに復活した事例もある。水分摂取に努め、苦手な利用者にはお茶やスポーツドリンクのゼリーで対応している。	
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	医師からの水分制限がない限り、水分摂取を働きかけ水分が苦手な方は、家族と相談し好きな飲み物を購入してもらっている。お茶、ポカリなどゼリー状にし提供している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の状態により、機械浴と個浴を利用し負担なく入浴できるように支援している。週に2回は入浴できるように奨め、自立度や要望に沿い見守り、安全に気持ちよく入浴できるように努めている。職員は利用者とコミュニケーションを深め情報を得る時間ともなっている	入浴は週に2回で、同性介助の希望にも沿っている。2階にあるのが介護浴槽のため、3階の車椅子利用者は2階で入浴している。入浴を好まない利用者には、薬の塗布を理由にしたり、気分を変える話をする等工夫して誘い、入浴してもらっている。	
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	21時を消灯時間としテレビ等の音等には注意している。1人1人就寝時間が違うので個別対応している。		
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	各フロア薬表を作成し、薬の数や種類を管理している。		

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
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	趣味や好きなこと、利用者様個々の今したい事をしてもらうようにしている。		
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	外出を好まない利用者が多く積極的な外出支援は出来ていないがスカイパークや神社などの散歩は日常の中で行っている。	天候や気温によるが、出来るだけ事業所の周辺を歩くようにしている。事業所の周りを1周で30分、もっと歩きたい利用者は八幡神社やスカイパークまで散歩している。季節によっては観桜や紅葉狩りのドライブに出かけ、外食したりする。1階にあるウッドデッキで外気浴をすることもある。	
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	希望のある方に対してはおおざかい程度のお金を持っていただき、自動販売機でジュースを購入していただいている。		
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	電話をかけてほしいと要望があれば電話をかける支援をしている。		
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	リビングは安全に過ごすことが出来る様に家具の配置に工夫されている。玄関前に季節ごとに壁紙や飾り、季節感も感じて頂いている。	壁やリビングは飾りすぎないよう、全体に控えめな季節の飾りつけを心掛けている。正月には玄関ロビーに職員手作りの「そら神社」が設置され、利用者それぞれの願いを書いた絵馬が飾られた。エレベーターを降りると、利用者の書いた書初めが出迎えてくれる。	
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	できるだけ仲の良い利用者同士で過ごしていただけるように工夫をしている。		

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
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	利用者はお好みの家具を持ち込み、過ごしやすくしている。	事業所からはエアコン、防災カーテン、クローゼットが用意され、利用者は好みのベッドと仏壇やタンス等を持ち込んでいる。部屋の入り口には、職員の作った表札が掛けられ、それぞれ違った切り紙の花が飾られ、個々の部屋の目印となっている。	
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	通路などに物を置かずに利用者の者は居室に直し、つまずきやすいものや邪魔なものは出来る限り排除している。		

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	2	事業所と地域との付き合い 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。	近隣は工場ばかりだが、お店、催しに参加して頂けるようになる	運営推進会議で地域との交流の機会を検討する。 。再度近隣に交流の場がないか検索してみる。	1年
2	4	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ない、そこで意見をサービス向上に活かしている。	家族様の参加を増やす。	郵送物でお知らせをしているが、平日に開催している為参加人数が少ない。都合が合えば参加して下さることもあり少し増えた。包括に相談をしてみる。	4月
3		家族様が以前と比べ家族様の面会時に職員の笑顔が無い。	ご本人、家族様が安心してそら森本で生活できるようになる。	施設で接遇研修を行う。事業所の理念を再度話し共感し支援に繋げていく。	4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】	
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()