

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2590200123		
法人名	特定非営利活動法人ホームスイートホーム		
事業所名	湖の辺の道		
所在地	彦根市新海町2237		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	

※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	未記入でお願いします
----------	----------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 滋賀県介護福祉士会
所在地	滋賀県草津市駒井沢町302番地
訪問調査日	平成25年5月20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)】

彦根のはずれにあり、夕日の美しい琵琶湖湖畔に位置し自然に囲まれ、羊・ウサギ・犬などが共存する楽しみあふれる環境に恵まれたホームです。地域の方が常に訪問され、道行く人なども何時でも立ち寄り、常にイベントを行い他事業所の方も参加されていつも賑わいのある開かれたホームでもあります。

9人の方が心身の状況にあった日常をいとなみ、笑い・怒り・驚き・喜び・そして普通の大きな家族が日々生活しています。食事の用意、配膳 洗濯干し、洗濯たみ 朝は全員で音楽と共に掃除、必ずラジオ体操 散歩、買物、食事、お寺参り 町の文化祭 大衆劇鑑賞、バス旅行、入院もありました。風邪ひき(受診)家族と一緒に食事を職員男女合わせて21人と9人の方の家族です、そんな「湖の辺の道」グループホームです。

新聞に羊と一緒に載りました。ラジオのオニギリ隊も訪問してくれました。平凡な面白いホームです

【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)】

湖の辺の道は、「生きる喜び・生きる活力・生涯現役」を三大理念として、日々穏やかで楽しく暮らしていただくことを大切にして支援しています・・・と職員から聞きとった。このような方針の実践は、利用者の生活全般に現われていることが感じ取れた。とにかく開放的で、「行きたい時」に、「行きたい所」に出かけ、入浴や食事においても自分流であり、したいことをする。かつ、「生涯現役」で前向きな生活をされている。施設の周りは、自然の緑が清々しく、目の前の浜辺は施設の職員による清掃できれいな環境を保っており、湖からは、シジミが採れる。施設内は木のぬくもりがある平屋で、ゆったりとした造りとなっており窓や出入り口も多く開放的である。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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拡がったり深まり、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、活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 (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				

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己 外部	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	地域とともに毎日それぞれの方が喜びを持って日常を送る、今までの暮らし方に近い生活と事業所の理念に基づいた「日々穏やかに楽しく過ごしていただく」の関わりを職員一同、理解の上で関わっています	「自宅での生活に近い自由な生活・ここで暮らして楽しいと感じることが出来る」支援に努め、笑顔・ゆったりした気持ちで接することを大切にしている。毎日「ケアのあり方」を話し合い振り返りを行っている。	
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	ホームでのイベントなどは地域の方へお知らせし参加して頂いている、地域での行事など案内があり参加している。地域の方の畑が近くにあり、声をかけて挨拶が飛び交う。近所のお茶の会には定期的に参加しています	集落とは離れているが、自治会に入り、運動会や公民館のイベントへの参加。施設へは老人会の訪問や行事への参加等交流をしている。保育園・小学校へは羊の毛刈にお誘いしている。お茶会は施設にも来て頂いている。	
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	地域の方の訪問も頻繁で、その中で認知症に関する関わり方などを相談に応じている。年に1回は認知症指導の方のお話を聞く時間を地域の方にも開放している		
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	運営推進会議は彦根市福祉課及び家族さんや地域の方10名で構成され、2カ月に1回の会議には前回に討議された問題や、ホームの運営又お住いの方に対する取組などを話し合いホームの活性につながっている	会議で災害対策が協議され、地域住民の協力と会議メンバーが緊急時連絡網に加わった。外部評価結果の報告と課題検討により、夜間の避難訓練を2回実施している。	
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に取り組んでいる	彦根市の福祉課とは情報の確保や相談など綿密に行っている。また福祉課からの依頼で、介護相談員に「認知症の方とのコミュニケーション」についての講師として職員5名、出向いた。	市からの要請で、彦根市の介護相談員に対して、日頃の実践を通して「認知症の方とのコミュニケーション」の講義の協力をし、市には介護保険制度上の情報を聞くなど、双方の連携はとれている。	
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	ほとんどの方の在宅では日中鍵はかけてなく、夜はほぼ10時に鍵をかけ、朝には6時に鍵を開けるとのことで、自宅での普通の生活状態に近い環境で日常生活をすごして頂いています。職員全員人としての心身の拘束はどのような状態でも全く考えておりません	帰宅願望の瞬間(不安・表情など)を察知して、見守りや言葉かけ、外出の付き添いで不安や混乱が起きないようにしている。職員は個々のリスクを把握しており、心身の拘束をしない方針で一丸となって取り組んでいる。	リスクのアセスメントから対応(計画)への繋ぎが大切である。計画に沿った支援はされていますが、アセスメント記録の検討を。
7		○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	研修、職員の話し合いの中で虐待については認知症という病気の方々のホームであり、心から人権という観点で援助を行っているため、まったく虐待はしないという管理者及び職員の信念である。		

自己	外部	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
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	権利擁護に関する制度は管理者、職員は理解している。今後必要になった場合個々に合わせて活用したい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	ご家族、本人の不安になる問題、疑問に思う要点、費用、加算、退去など充分時間をかけ説明を行う、他のホームの例を挙げて分かりやすく伝え、本人、家族が納得された事を確認して契約を行う		
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	家族の訪問時に直接思いを聞く事や、又電話手紙などでコミュニケーションが行われている。家族会の中では本人と家族、職員との意見交換が行われ要望や提案又は苦情などを聞く機会を作っている。多様な意見は運営に活かされている	年1回開催の家族会は、全員参加(利用者・家族・職員)のもとに食事を兼ねて開催され、職員は各テーブルを回って意見を交換している。動物嫌いな方は触れ合いを避けるなど、意見を大事にしている。	
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	月1回の定例会議で運営について管理者が職員の意見を聞く時間をもうけている。又日々の申し送り、昼のミーティングで職員と管理者の意見交換が頻繁に行われている。	毎月の会議の他、年2回は、「勤務体制・満足度向上の観点から改めること」のアンケートを実施して運営への反映に努めている。職員は開設以来定着しており、管理者には言い易いと聞きとった。	
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	努力、実績など評価して年収に反映するよう努めている。また毎月管理者との会議で現場の報告があり事細かく職員の現状を把握し、働きやすい環境の継続に努めている。		
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	職員の職種や立場、経験において、研修に参加することを勧め、積極的に参加している。また他事業所から研修を受入れており、研修に対応することで職員本来の介護の質の向上につながっている。		
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	グループホーム協議会、協会、部会など加入し交流に努めている。またホームでの催事に招待し他事業者との交流も職員同士も含め頻繁に行っている。		

自己 評価	外部 評価	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
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	環境が全く違う日常の中、不安、混乱、拒否があっても当然であり、本人の気持ちを考え本人が心穏やかになるまで傍に寄りそい、話を聞くことで信頼関係を構築するよう心掛けている。		
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	家族とは契約前に何度も何が問題なのか何が不安なのか、どうしたらいいのかを話してもらい対応について、こちらの受け入れ態勢を理解していただく様に面談を行った。		
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	他のサービスを利用していることを踏まえてどの時点で必要となるか、家族、本人、サービス提供者と連携をつなぎ、より良い形で本人の状態を優先してホームの入所を決める。		
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	お住まいの方はみなさん職員の家族、親戚と思ってお互いに共鳴し、助け合いながら日常生活と一緒に過ごしていくとの管理者の方針で良い関係が築かれている。		
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	家族に月の報告を行っている、健康面、生活面、行事計画、行事報告と本人の行動すべて報告している。家族の訪問も頻回で、行事、催しものの招待など行い、その都度本人を交えてご家族と懇談が馴染みになっている。		
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よう、支援に努めている	親戚、友達の訪問は多く、野菜、漬物 季節の食べ物のお土産には事欠かない、食事、お茶等は一緒に頂き穏やかな時を過ごす。果実や花などの収穫の要求で自宅に戻る支援も行っている又馴染みのお店に買い物も常習的に行っている。	全利用者には、家族・親戚・友人などの面会が多い。利用者の馴染みの神社や墓参りに行かれる方も多く、それらの関係を継続するための支援を行っている。	
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	お住まいの方同士の関係がうまくいくように状態に合わせて食卓の配置換えをしている。会話の受け渡しを行ったり、訴えのない方に積極的に話しかけている。また共通の趣味を持つ方が同じ空間にいる事が出来るよう努めている。		

自己	外部	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	今のところ終了した方はない。		
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	(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	日々の関わりの中で会話、表情や言動からそれぞれの思いを感じ把握し行動表及び経過表に希望、意向等記入し、気が付いた事など職員の共有ノートで、担当が集約行い全職員で検討し、その方の気持ちの表れを把握している。	日々の関わりの中で、言葉や態度から希望や思いを「気づきノート」に書き込み職員間で共有している。計画書1表・2表の記録には本人や家族の意向やニーズが把握されている。	
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	利用されるときの情報、家族からの情報、本人からの情報を把握している。		
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	経過支援以外に時系列で本人の一日の過ごし方心身の状態、動きを記載している。何日かさかのぼって開示すると、現在の状態の把握ができる。		
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	みんなで作る介護計画になるように、個別の気づきノート、時系列の一日の過ごし方の記載、受診時の医師の意見、指示、家族との関わり等を総合して計画書を作っている。常に振り返りとしてモニタリングに繋げている。	「問題・課題」を抽出し、項目毎に職員が気づきを記入(職員の書き込みは多い)してケア計画に繋げている。モニタリングは、毎月実施され記録されている。	開設以来、利用者も職員も殆ど同じで、気心が解る関係にあります。利用者が家族の評価や満足度を加えたモニタリング記録で更に充実を。
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	日々の様子、ケアの実践結果、気づきなどは連絡ノートや、経過記録、モニタリング記録などで情報の共有を行いその都度、改善点についても話し合っている。		
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	身体の急変時には救急車を呼ぶ。薬や体制について医師に相談を行う。受診時家族と一緒に医師の指示を聞く。お住いされている方のニーズには検討して、即対応を行う。		

自己	外部	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	在宅での生活の中で、いつも地域の文化祭に参加し作品を出していた。入所後は作品は出していないが、文化祭に行き友達の作品を見て楽しんでおられる。また傾聴ボランティアや訪問理容など来ていただいている。		
30	(11)	○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し、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	当初からのかかりつけ医にホームでの様子を定期受診に同席して詳細に伝え相談を行い指示を仰いでいる。専門外の場合の受診は家族と相談し希望する医療機関に通院できるように支援している。	定期受診は施設側で実施、定期外や専門科への受診は家族と一緒に職員も同行し普段の様子や変化を伝えるようにしている。受診回数は様々で受診先も15カ所程ある。家族へ受診前・受診後の報告も行なっている。	
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	看護婦が職員として配置されており、介護職と看護職が協働することで、お住いされている方の受診状況等を把握しお互いに情報交換、話し合いを行い個々につながる適切な関わりを行っている。		
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、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。	入院時に心身の変化、又生活状態等をサマリーに記入し情報を詳しく伝えている。病院からの情報は常に医療連携室と定期的に連携を取り合い情報を把握しながら相談している。退院時は病院と主治医との連携を密に行っている。		
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	重度化や終末期については家族の面会、家族会等で話す機会を作り。その中で、ホームで出来る事出来ないことを伝え、心身の状態が重度化した場合 医療機関との連携を取りながら出来る限り支援していく事の方針を、個別に家族の意向を聞きそのうえで現在 理解を得ている	できる限り対応する方針であり、家族には対応指針で説明し意向を聞いている。現在元気に過ごされているが、入院時には訪問し施設とのつながりを大切にしている。看とりについては職員の教育体制を整えて今後に備えたいと考えている。	
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	応急手当や初期対応については、マニュアルを作成しスタッフに指導して。また殆どの職員は救急救命の講習を受けている。		
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	年に2回以上、消火訓練、通報訓練、避難訓練を消防署の協力を得て行っている。また夜間を想定した避難訓練を年2回、お住いの方で行った。	地域と体制作りはできている。避難訓練は利用者と共に地域住民の参加も得られ実施している。月1回の設備点検の他、毎日点検(夜間10時を含め)も実施している。備蓄の確保もできている。スプリンクラーも設置している	

自己 外部	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	
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	それぞれの方の人生において人としての人格、経験を踏まえて失礼のない対応が出来る。入浴、トイレ介助においてはプライバシーが守られており、個人の部屋も、断りを言って出入を行っている。	一人ひとりの個性の把握に努め、さりげないケアを心がけ、アイコンタクトで意思疎通が図れる関係性ができている。援助の時にはプライバシーを大切に、失礼のない言葉かけで対応している。	
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	お住いの方達とのコミュニケーションを密にしているので何か決める時はしっかりと本人の希望を聞き支援している。		
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し、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	自宅で過ごされていた様に起床の時間、朝食の時間など決まりはなく、自室の掃除、休憩、体の体操、趣味とその日の具合で変化しているが、おおむね皆さんそれぞれ好むことをされている日常である。		
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	定期的に美容院からカットと染めに来てもらい本人の希望で好みの髪型をされている。季節が変わった時の衣類については家族と相談しながら本人の好みの服などを購入している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	月に5回程度本職の料理人が食事を提供している。また、その日に食べたいものの希望があればメニュー変更を行い、出来る人が下ごしらえ、調理を行い後片付けも行う。	調理の準備から後片付けまで一緒に行なわれている。湖魚の煮方など教わることも多くメニューに取り入れている。料理人來訪時のメニューは新鮮で食事処に出かけた気分を味わう機会でもある。	
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	栄養士と調理師の専門職が常に栄養、食事制限水分摂取など等を管理している。また一人一人の状態に応じ、とろみの加減、食事形態の工夫、嗜好を考慮して提供している。		
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、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	自立出来ての方は自室で口腔内をコップと歯磨きで行い清潔保持している。援助する方は朝夕支援を行っている。		

自己	外部	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
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むけた支援を行っている	全員の排泄表がありそれぞれの排便、排尿の回数、時間、昼夜の変化が解り表に基づいて支援を行う。介助の必要な方には時間的な誘導を行う。季節により布の下着から紙パンツ、パットと個別に対応を行っている	排泄パターンを把握し、さりげない声かけでトイレ誘導を行っている。パット使用について見直しを行い失敗の回数も減少している。身長の高い人に考慮した高さのトイレを設置し、排泄しやすい環境を整え支援している。	
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	便秘で気分のイライラの状態にきずき、食事の内容、水分の多めの摂取、入浴時腹部への刺激、医師に相談、服薬、と個々に応じた支援を行っている。		
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、個々にそった支援をしている	入浴はそれぞれの希望と、その日の行事で変わってくる。夏場は、夕食を食べてから、寝る前に、冬になると夕食前との希望があり日中に入浴される。又自宅で習慣になっていた入浴の時間帯を聞き参考にしている	毎日の入浴が可能であり、一人ひとりの希望の時間帯に入浴できる支援を行っている。浴室の前、脱衣室にトイレがあり安心感につながっている。別にシャワー室も備わっていて散歩の後など足を洗うのに役立っている。	
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	起床、休憩、入眠のなど特に決まりはなく個々に休まれている。自室の温度、湿度は温湿計を目安にして調整を行い、照明は本人が安眠できる明るさを選ぶように援助している。		
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	服薬説明書をファイルにして確認を行っている。また服薬による影響について職員間で共有し経過の記載を密に行い、主治医につなげる。服役変更時は特に連携を密にする。		
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	生活歴での役割を見出し食事、清掃、洗濯など活躍できる場所を作っている。また全員で行った温泉への一泊旅行はみなさん喜んでおられた。		
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。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	個別の希望に沿って、可能な限りの外出支援を行っている。散歩、買物、ドライブ、社寺など外出を頻繁に行っている。また月1回は外食し気分転換をはかっている。	毎日行きたいところに誰かが付き添う支援を行っている。一人ひとりの希望に合わせて、県外に出かける支援もしている。月に1回は外食に出かけている。チラシを一緒に見て気に入ったものがあれば買い物に付き添って出かけている。	

自己	外部	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	使うことが出来る希望能力のある方は自己管理にて支援している。また個人の希望による買い物は一緒に行き選んでもらう。		
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	本人の希望があれば、電話の使用の援助は行っている。暑中見舞い、年賀状の支援を行い、他随時手紙を出される時は支援している。		
52	(19)	○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	お住いの方が書かれた掛け軸や作品を飾り、季節の花が活けられホームは窓から四季の風景が見え廊下には日々の催しや暮らしの写真、地域の方の絵や写真が飾られている。テレビの前は集いやすい椅子が置かれ居心地の良い空間にもなっている。	「生涯勉強」というテーマで創作・風景の写真が展示されていたり、利用者自筆の書(掛け軸)が飾られている。静かで窓からの風景が清々しい環境にあり、個別でくつろげるスペースが設けられていて共用空間の調和が保たれている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ホールと談話室にはソファやテーブルを置き自由に過ごして頂ける場を設けている。和室はそれぞれが朝、新聞を読んで過ごされている。気候が良くなるとデッキで食事したりお茶を飲んだり、夏になると夕涼みを行っている。		
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	居室には家族が本人と相談の上、使い慣れた馴染みの物や、ご家族の写真など置いておられ居心地のよい自室になっている。朝夕 拝まれる為のご本尊が置かれている部屋もある。		
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	居室の入口やトイレには分かりやすいように表示している。キッチン職員がホールの動きを見渡せる位置にあり安全には充分配慮している。		

事業所名 湖の辺の道

作成日： 平成25年 7月10日

2 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	6	リスクに対するアセスメントの実施は出来ているが記録に残っていない。	リスクアセスメントの記録の実施	職員全員でリスクアセスメントについて検討し記録に残し計画に繋げる	1ヶ月
2	33	重度化や終末期におけるチームでのケア	全職員がケアの統一を図りチームでの支援を行う	社内研修において、かかりつけ医や看護師、外部の講師などの指導の基に勉強会を実施。外部研修でも終末期におけるチームケアについて学ぶ。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

3 サービス評価の実施と活用状況

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	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ 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市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		☐ 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	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()