

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 7 月 19 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3491100099		
法人名	社会福祉法人尾道さつき会		
事業所名	グループホーム 星の里・にしぎこの家		
所在地	広島県尾道市吉和町5116-1 (電話) 0848-21-3072		
自己評価作成日	平成29年6月15日	評価結果市町受理日	

※ 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URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=3491100099-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成29年7月13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）】

<ul style="list-style-type: none">・個別のニーズに合わせたプランを作成し、計画的に実施している。・地域の行事に積極的に参加し、にしぎこの家と地域との関係作りを実施している。
--

【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）】

<p>基本理念を基に日々の暮らしの中で、利用者・家族・地域住民・ボランティア・職員等、関わる人すべてとのつながりを大切にし、笑顔で協力し合える良好な関係を築かれています。仕事や家庭の事情で、頻繁な来訪が困難な家族に対しても、個別の手紙・電話による報告・ブログ等を活用し情報を共有されています。</p> <p>過ごしやすい共有空間づくりにも尽力しており、職員だけではなく利用者の方も一緒になって、清潔で家庭的な環境が維持できるよう努力されています。</p> <p>ヒヤリハット等を活用し、ケアプランにリスクマネジメントの概念を取り入れることにより、より利用者及び家族の意向に沿った生活が営めるよう努力されています。</p>
--

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	職員全員で考えた理念を提示し、朝礼で唱和をしている。理念に基づいて毎年事業目標を作り、職員間で共有している。	玄関や共用フロアに掲示されている理念を基に、教育及び指導を行っている。基本理念に掲げてある「その方の生きてきた歴史を知り、生活につなげます！」を実践するため、利用者の歴史や生活習慣等を尊重した介護計画の作成に取り組まれています。	
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。	施設の秋祭りに地域の方が楽しんで参加できる内容を考え、地域の方から、にしごこの三大祭の一つとして親しまれている。また、町内の方から野菜をもらったり、シティブレーニングに参加し交流を深めている。	町内会の行事やサロンに参加したり、ボランティアや行事等で支援してもらったりしながら、相互に協力し合える関係の構築に尽力されています。運営推進会議を活用し、地域の方とも活発な意見交換を行い地域サロン等からの要望や依頼を受けることにより、地域の一員としての役割を担っている。	
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。	ふれあい支援事業として緊急通報装置の連絡先として登録してもらっている。また、にしごこの家が主催するサロンを年3回行い、施設で口腔ケアの勉強会実施や公民館で認知症の寸劇をする等、地域に理解を深めている。		
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。	運営推進会議を積極的に活用するため、毎回運営に関する資料を提出して自由に意見を述べてもらっている。また、防災訓練など地域からの意見を活かしてマニュアルや連絡網を作成している。	家族代表・民生委員・町内会長・地域包括支援センター職員等だけではなく、他法人のグループホーム職員も運営推進会議に参加して頂き、そこでの意見をサービス向上に生かしている。	
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。	職員の状況等変更があった場合はすぐに事業所変更申請を行い、相談を行っている。また、介護支援専門員連絡協議会に参加し市町の職員との意見交換を行っている。	法人の中に、市町担当者との交渉担当を配置し、効率的に協力関係の構築ができるような仕組みを構築している。介護支援専門員連絡協議会等の地域組織の活動にも参加し、積極的に意見交換を行っている。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	身体拘束が禁止されていることを制度から説明し、職員会議で勉強会を行い、理解を深めている。身体のみならず普段のケアの中で言葉も拘束である事を理解して、言動には注意をしている。	勉強会や研修等で学んだことを、日々のケアのなかで実践及び指導することで、効果的にOJTを実施することができている。 また、職員だけではなく家族に対しても、契約時に禁止の対象となる具体的な行為について説明し、理解してもらえるように努力している。	
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。	管理者は職員のストレスから虐待が起きないように普段から職員の行動の変化や話しができる雰囲気づくりに努めている。また、職員会議で勉強会を行い、虐待防止に努めている。職員も高齢者虐待防止研修会に参加したことにより意識の変化があった。		
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。	職員が主体となって制度を勉強し、職員会議で講師となって研修会を実施している。成年後見制度を活用し後見人と連絡を取り合い、利用者が安心して生活ができるようサポートしている。		
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。	契約時点で管理者またはリーダーが契約内容を十分に説明しており、改定についても文書で説明し同意を得ている。		
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。	家族会を行うことにより、気軽に意見を述べる機会を設けたり、各担当職員が家族に連絡を取ることで意見を確認している。	年に1回の頻度で開催している家族会では、会議の前に参加者で調理等を一緒に行うことにより、リラックスした形で会議に臨めるように配慮している。 月に1回の頻度で、にしごこ運営会議を開催し、利用者から直接意見や要望を聞き、反映させることができる仕組みを作っている。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	リーダー会議や各委員会の会議での意見を集約して職員会議やミーティングで協議し運営に反映している。必要時にはその都度相談できる時間を作っている。	職員の意見や提案を聞くために、話しやすく笑顔があふれる職場環境の構築に尽力している。 職員会議やミーティングの前に、職員に対してアンケートを実施し、事前に意見や提案を集約することで、会議の効率化を図っている。	
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。	人事考課結果を給与や賞与に反映するシステムを導入している。また、年3回は職員と面接を行い、目標を明確化してやりがいに繋げるように助言をしている。		
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。	法人、施設双方の研修に参加して情報を収集するとともに、現場に即した介護技術向上に向け、専門研修に参加し技術を習得した職員が講師となり、毎月、職員会議で勉強会を実施している。		
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。	市内の同業者との意見交換会、支援連絡協議会等に参加し、情報収集を行っている。近隣の同業者と情報交換と交流を兼ねて双方の運営推進会議に参加したり、合同の避難訓練を実施している。		
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。	利用前に管理者とフロアリーダーが直接面接を行い、不安な点や要望などを聞くようにしている。また、それを暫定ケアプランや今後のプランに反映するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	利用前に十分に時間をかけた面接を行ない、家族が介護で苦労した点や不安な点、要望等を聞く。又、入所後はできるだけ面会をお願いし、本人の様子をしっかりと伝えている。		
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。	入所前のアセスメントにより暫定プランを作成し、1ヵ月後に再アセスメントを行い、馴染みの関係作りができるように支援に繋げている。		
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。	職員は本人と他の利用者との関係作りを第一に考え仲介する立場を大事に日々のサービスの展開やケアプランを考えている。具体的には、ケアプランに個別での外出を位置づけ、数人で外出する等、関係づくりのきっかけを作っている。		
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。	本人と家族との関係が継続できるよう、いつでも訪問可能であることを伝え、一緒に外出や一時帰宅などを呼びかけている。また、行事や本人の誕生日会などには家族の積極的な参加を呼びかけている。本人の体調面等の変化は随時電話連絡を行って情報を共有している。		
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。	昔、本人が住んでいた家や通っていた病院に通院するほか、家族や知人に会い行ったりすることをサービスの中に組み込みむことで、馴染みの関係が途切れないように努めている。	その方の歩んでこられた歴史を知ること、馴染みの人や場所を把握し、ドライブ・買い物・地域サロン等への外出支援の時に活用している。また、利用者と一緒に出出を希望される家族が、安心して外出できるように、事前に準備をしたり、必要に応じて職員が付き添ったりしている。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	相性の合いそうな利用者同士の席を考えて、関わりを持てるように支援している。また、合同レクリエーション等でのユニット間の交流行事を行い、ホーム全体で利用者同士の関係作りができるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	GHを退所して特養や病院に行った場合も、必要に応じて情報を提供したり、ご家族を行事に招待する声かけ等の交流を行っている。		
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	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。	ケアプラン更新時のアセスメント等、今の状態に合った利用者ニーズを基本に考え、日常生活からも推測しながらケアプランを作成している。また、本人からの意向確認が難しい時には、家族からの意見や生活歴を参考にしながら作成している。	日頃から利用者の言動を注視し、職員会議やミーティング等を活用しながら情報共有し、環境・支援方法・介護計画等を見直すことで、把握した思いや意向が実現できるように努力している。	
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。	入所時に家族や本人からの聞き取りにより、個人史を調査して情報として残している。また、それをケアプランに反映するようにしている。		
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。	「援助内容情報シート」を作成して利用者一人ひとりの残存能力を把握することで、個別ケアの実施に努めている。		

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	モニタリング用紙に主治医や職員すべての意見を記入してもらい、それに基づいて介護計画を立案している。また、家族にも日頃より意向等を確認し必要時には家族参加のカンファレンスを行うなど、いろいろな立場の意見が反映する介護計画の立案に努めている。	業務の合間の隙間時間を活用し、専用の用紙に医師及び職員全員が意見を記載することで、不規則な勤務体系の中でも、課題・意見・情報を反映しやすい仕組みを構築している。その情報を基に、本人・家族・必要な関係者と話し合い、現状に即した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。	勤務前の連絡指示の確認を徹底しているほか、朝と夕の引継ぎの場での情報交換を行い、結果や気づきをケース記録に記入している。また、ケース記録は1週間単位で見ることができ、体調の変化や、気持の変化に気づきやすくなっている。		
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、その時々にも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。	個別のニーズに対して、対応できるように個別援助プランに位置付けている。また、併設の小規模多機能型施設と協力し、合同でレクリエーションを毎月行い、非日常的な活動範囲を広げるよう努めている。		
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。	地域のふれあいサロンに毎月参加したり、地区の民生委員と連携し地域活動の情報交換や施設の困りごとを気軽に相談してアドバイスをもらっている。また、運営推進会議を活用して近隣の情報も収集している。		
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。	本人の意向を確認し、希望があれば以前から通っていた病院へ継続して通院している。それ以外の利用者は事業所の協力医の内科や歯科、その他を紹介している。また、職員が通院した場合は家族に通院状況を説明している。	利用者及び家族の意向を確認し、協力医だけではなく、以前から通っていた病院への通院も支援している。迅速に医師と情報を共有するために、電話・書面・メール等を活用し、適切な医療を受けることができるように支援している。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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。	GHの看護師が不在時にも対応できるよう、日常的に併設の小規模多機能の看護師と連携しているほか、また、看護師は介護業務にも入っているため、日常の変化を医療的な視点で観察できている。		
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。	入院時には入院先の病院の地域連携室と緊密に連絡を取り、情報交換を行っているほか、必要時には退院前のカンファレンスに参加している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	終末期において家族の希望を確認し、事業所として何ができるか明確にし看取りを希望する場合は説明の上、同意書をもっている。退去した後も、家族の支援を行っている。	契約時に、終末期においての利用者及び家族の希望を確認している。その後も、定期的に終末期における希望を確認することで、時と共に変化する希望に対応している。	
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。	年に1回は勉強会を開催し、緊急時や急変時の対応方法を学んでいる。緊急時の連絡は医療職、管理者に迅速に繋げる体制を作っている。対応方法についてはフローチャートを作成しており、職員が分かりやすい場所に掲示している		
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。	避難訓練は年2回を予定し1回は既に実施している。一昨年から地震により火災を想定した訓練と炊き出し訓練の同時訓練を、地域住民と近隣の施設と合同で行っている。また、火災時に町内会長に連絡し地域住民の応援を要請できる仕組みがある。	避難訓練を年2回の頻度で実施し、消防署にも協力を依頼している。一昨年から実施している、地震による火災を想定した避難訓練では、地域住民と一緒に災害時の炊き出し訓練も行っており、地域との協力体制の構築に尽力している。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	利用者の人格を尊重し、接遇について職員会議で話し合ったり勉強会を行っている。また、言葉遣いなど、日常の対応について課題があれば個別に指導している。毎日の理念の復唱で意識を高めている。	利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応ができるよう、話し合いや勉強会を継続して行っている。 日常業務の中で対応等に課題がある場合は、理念を基に早い段階で個別指導を行っている。	
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。	毎月利用者と職員の運営会議を開催し希望を聞き取っている。会議で聞き取った行きたい場所への外出やたべたい物の献立を昼食づくりに取り入れ提供している。		
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。	起床や就寝などは職員が目線ではなく、なるべく本人の希望に合わせ、ゆっくり起きて朝食をとってもらうように支援している。お酒を飲みたい利用者には晩酌ができるように楽しみを持った生活づくりを心がけている。		
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。	毎日必ず更衣し、パジャマで過ごすことはない。また、美容室の定期訪問でカットをしている。そのほか、外出時は気に入った服やお化粧品などおしゃれに気を配っている。		
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。	昼食作りには職員と一緒に食材を切ったり、食器洗い・拭きを行っている。必要に応じて利用者と買い物に出かけ、食べたい物や本人の好きなお菓子など購入している。ケアプランにも反映している。	外注のサービスを利用しているが、炊飯や汁物の等の調理は利用者と共に行っている。 テーブル拭きや簡単な調理等、利用者の役割を残しながら支援することで、他者と協力することの大切さを、日々の暮らしの中で共に学んでいる。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	食事量・水分摂取量は毎日記録して一人 ひとりの状態を確認している。食事形態 (カット・ミキサー等)など個々に把握 し対応している。水分補給もいろいろな 種類を用意して好きなものを飲んでもら うようにしている。		
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。	毎食後、特に就寝前には必ず口腔ケアを 実施している。また、かかりつけ歯科医 と歯科衛生士の指導の下、利用者本人に 応じた用具などを選定し、ケアを実施し 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。	トイレでの排泄を主に実施している。ま た、個々の利用者に応じた排泄パター ンを把握し、状態の変化に対応・検討し パットやパンツ等を使用している。	1週間単位の確認しやすい排泄表を活用 し本人の排泄パターンを把握し、職員が 対応している。 職員の腰痛対策に対しては、ファンレス トテーブルや手すり等を活用したり、利 用者の残存機能を活かした支援が行える ように、定期的に介護技術研修を実施し 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。	看護師と相談し、下剤に頼るだけでなく ヨーグルトやヤクルト、バナナ等を購 入して自然排便に心がけている。また、 体操への参加の呼びかけと、目標水分 量の摂取に努めている。利用者一人 ひとりの排便状況を把握している。		
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。	職員の都合や日課ではなく、出来るだけ 本人希望や状況に応じて入浴するよう にしている。ただ、利用者の重度化に伴 い職員の負担が増えている。短い時間 でも会話をしながら楽しい雰囲気作り に努めている。	生活習慣等を勘案し、個々の状態に応 じた入浴支援及び頻度を検討し実行し ている。 利用者の重度化に伴い、職員の介護負 担が増加してきているが、定期的に介 護技術研修を実施することで、職員 の技術の向上を図り、利用者の負担 が軽減できるよう研鑽を重ねている。	

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	以前からの習慣やGHでの生活の中で出来た習慣を大切にすることなどにより、本人中心の支援をしている。部屋にこだわらず、本人が気に入ったソファでの休息も支援している。		
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。	服薬している薬の目的や副作用、用法・用量が理解できるよう、薬局で受け取る説明書を保存し、いつでも見て確認することができるようにしている。また、服薬による変化があれば、看護師に相談し速やかにかかりつけ医に報告してもらっている。		
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。	事前に本人の生活歴や嗜好などを聞き取って、ケアプラン立案時にはご本人の役割や楽しみ事を反映し、利用者のさまざまなニーズに対応することが可能となっている。		
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。	運営会議や日常会話で聞いた本人の行きたい場所や家族の外出希望があれば調整し、実現するよう支援している。また、外出実施が決定した際ご家族に連絡し事情が許せば同行してもらっている。	にしごこ運営会議や日常会話の中で聞いた利用者の希望に沿って、可能な限り支援している。ドライブ・買い物・地域サロン等への定期的な外出を、週に3回～4回程度の頻度で実施している。外出の際は家族にも連絡し、花見等の行事に積極的に参加してもらえるよう尽力している。	
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。	自分で支払う事が出来る利用者には買い物時に自分で支払うような場面を設定している。また、通院時や寿司の訪問販売なども自分で支払ってもらい、のちほど職員と一緒に出納帳をつけてもらっている。		

自己評価	外部評価	項目(1階ユニット)	自己評価	外部評価	
		上記項目欄の()内へユニット名を記入願います	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
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。	遠方におられる家族からの電話があれば気軽に話してもらうよう配慮している。ご本人から要望があればこちらからもかけている。また、施設から絵手紙や年賀状を出す際、可能な利用者にはコメントを書いてもらうよう支援している。		
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。	日々、整理整頓には気をつけて職員全体に徹底している。環境整備カレンダーを作成し、毎日の掃除・整理整頓を振り分けている。また、壁飾りには写真を飾ったり、季節を感じられるよう工夫している。そのほか、建物設計時に十分協議し、部屋以外に寛げる空間を用意している。	季節を感じるができるように、写真や飾り等を活用している。介護計画に利用者個人の役割を明記し、居心地の良い共有空間を、共につくることができるように配慮しながら支援している。	
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。	季節の花を活けてもらったり整理整頓を心がけている。朝は空気の入替えとできるだけ光を浴びてもらいようにし、自室以外にも食堂や複数のリビングを設け、テレビを見たり、くつろいだり、花札をしたりと利用者が自分の気に入った場所で過ごすことができるようにしている。		
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。	ご家族に、入所時本人の馴染みの家具や思い出の物などを持ってきてもらうようお願いしている。また、利用者・担当職員が一緒になって、居室の整理をしたり、足りないものはご家族にお願いして自宅から持ってきてもらったりしている。	使い慣れた家具及び冷蔵庫等の電化製品の持ち込みが可能。ミシン・アイロン・仏壇等の大切にしていたものを活かしながら、利用者にとって居心地の良い居室になるように努力している。年を重ねるごとに、写真や思い出の品物等が増え、利用者が居心地よく過ごせるように工夫している。	
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。	建物内部はバリアフリーであり、家で出来なかった事も施設では少しの援助や援助なしでも出来る環境となっている。(トイレ、お風呂など)また、必要な福祉用具も選定するなどの支援をしている。		

V アウトカム項目(1階ユニット) ← 左記()内へユニット名を記入願います			
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

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 星の里・にしぎこの家

作成日 平成29年8月15日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	12	置き場所の統一がで おらず、必要な物を探 すのに時間を要し、職場 環境の整備が十分でな い。	決まった物が決まった 場所であり、探すため の無駄な時間を削減 し、利用者対応に繋げ る。	・月に1回、整理する場 所を決め置き場所を可視 化する。 ・担当職員を決め、出来 ていることを称賛する。	1年間
2	31	利用者の重度化に伴い 介護技術や身体状況の 観察力が職員によって ばらつきがある。	誰もが同じケアができ て本人・家族が安心し て生活できる。	・生活向上委員会を活用 して事例検討を行い、ケ アの方針を決める。 ・介護が苦手な職員を中 心に個別の指導をする。	1年間
3					
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。