

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	2875001204		
法人名	有限会社 健幸会		
事業所名	グループホーム さくらの家		
所在地	神戸市北区八多町中1367番地		
自己評価作成日	平成30年8月7日	評価結果市町村受理日	平成30年10月22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	
----------	--

【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30年8月17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)】

さくらの家は名前の通り、中庭にシンボルの桜の木と川沿いに桜並木があり、自然に恵まれています。施設内は2ユニットでどちらからでも自由に行き来出来、入居者様同士の交流もあります。また、理念である「その人らしく生きる」を念頭に一人一人その人に合った支援、対応に力を入れています。健康面では、安心して頂けるよう、看護職の協力も得ながら主治医による健康管理に努めております。さらに、重度化、終末期を見据えて協力医療機関との関係を深め、医療連携、看取りを行っております。

【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)】

「自分たちが過ごしたくなるような家を造ろう」とのスタッフの想いを込めて、2004年の春にオープンした。広い中庭を囲んでリビングと居室、廊下が回廊のように並び、事業所全体に中庭から光が差し込んで開放感を味わうことが出来る。利用者の高齢化と重度化が進みつつある中、主治医による定期的な往診や24時間対応の医療連携と、併設されている事業所の常勤看護師による日々の協力と指導が、利用者や家族、そして職員に安全と安心感をもたらしている。「質の高い介護の基本」として、利用者への接遇、尊敬、ユーモアのある会話など15項目を貼りだし、利用者の今の気持ちに寄り添うことの大切さを職員に周知している。毎週開催される音楽療法では、音楽療法士と一緒に職員が利用者の笑顔を引き出しながら共に楽しんでいる。今後とも、利用者へ寄り添った温かいケアを目指して研鑽を積まれるよう期待したい。

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	毎月の定例会では、全員で理念を唱和し、確認と共有ができています。また、理念に基づいた全体の介護目標と個人目標を立て、定例会で振り返りを行っている。	・人権を守る ・公平公正 ・地域交流 の3つの理念を掲げ、毎月開催する職員定例会のレジメにもプリントして周知に努めている。今年度の事業所目標は「相手の気持ちを考えて対応する」であり、全職員が策定した具体的なケアに関する個人目標の一覧とともに事務所に貼りだしており、半年ごとに振り返ることとしている。	
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員として日常的に交流している	ADL低下により、行事にお連れする人数が限られている。さくらの家まつりには地域の方をお招きしてともに楽しんで頂いている。	近隣の小学校の音楽会など地域のイベントに出掛けることが出来る利用者が少なくなりつつある。事業所内で開催するイベントに地域の住民を招いたり、届けられた畑の作物を購入したり、トライやる・ウィークで訪問してくる中学生などと交流する中で、ふれあう機会を増やしてゆく方向である。	
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	地域の認知症カフェに職員が行き、地域の方々の相談等の支援を行っている。		
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	市の担当者や地域の方を含め、同業者、家族の参加もある。議事録は、誰でも閲覧できるように事務所入り口に設置している。	隔月に開催しており、数組の家族、地区代表者、民生委員、地域包括などが参加し、家族や民生委員が毎回交代しながら司会を務めている。家族への職員名の周知方法や施設者への対応方法など、活発な意見交換を行っている。市へは所定の書式によって年度分をまとめた議事録を送っているが、家族には送っていない。	議事録を家族向けに編集して毎回送られたら、事業所の運営状況を周知するのに役立つのではないだろうか。
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	地域包括支援センターによる地域ケア会議に出席をし、市町村担当者に相談できる機会を作っている。	地域包括センターの担当者を軸にして市と連携している。市の現地指導で指摘された項目に関しては改善と検討を行い、運営推進会議でも報告した。管理者が地域ケア会議と事業所連絡会に出席して、情報交換と事業所間交流を行っている。	
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	定例会にて年に1回内部研修を行い、職員全員が理解し周知徹底に努めている。玄関の施錠は行わない事を定期的に伝達することで職員の意識づけになっている。	毎月の職員定例会の中で、身体拘束排除について話し合っている。センサーマットを使用している利用者が数名あるが、職員はナースコールで呼ばれた際と同じように見守る対応をしている。使用に当たっては、必要性和継続の是非を定期的に検討して記録に残すとともに、文書で家族に説明して同意を得ている。	

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
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	年に1回定例会にて研修を行っている。事例を取り上げ話し合うことで意識を高め防止に努めている。資料は全員に配布し、欠席者も含め感想文を書いてもらっている。	介護専門誌から引いた虐待事例を使って研修しており、全職員が感想文を書いている。管理者は言葉遣いなど接遇の改善に腐心しており、継続的な課題であると考えている。管理者は、職員と定期的に面談する他、必要と感じる都度面談して相談に乗るようにしている。	
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	パンフレットは常備しているが、成年後見人制度についての研修は行っていない。現在4名の方が利用されている。	成年後見制度を活用している利用者が数名あり、後見人が訪問してきた際に話を聴く機会があるので、職員は制度に関して一定の知識を持っている。制度の概要資料は準備しているが、契約時に説明したことはない。	地域包括に依頼し、運営推進会議メンバーと職員向けに研修をされたらどうだろうか。
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	契約の締結時には十分な時間を持ち、ご家族からの不安や疑問に答えるようにしている。改定時には、家族会を開催しよりたくさんの方の質疑応答に答え不安を解消するように努めている。	契約前の体験宿泊も可能であり、対応した例がある。契約説明時に質問が多いのは、通院時の職員の付き添い対応や家族の負担、入院時の部屋のキーブ期間などであるが、丁寧に説明している。緊急時の心肺蘇生法の諸否などについて説明しているが、利用者や家族の意向の確認が出来ていない。	緊急時の意向については文書による確認が必要です。早急な対応をお願いします。
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	ご家族からの意見や要望はできるだけ聞き取る様に努めている。	運営推進会議、家族会や家族懇親会の場、個別の来訪時など、家族から要望を聴く機会は多い。利用者の離設予防策として、玄関の施錠を希望する意見が多い。施錠は身体拘束に該当することを説明しており、ユニットから玄関ホールへ出る引き戸に、やさしい音色のチャイムを付けることも含めて検討中である。	
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	普段から職員の意見や提案に耳を傾け、すぐ取り組めることをはじめ緊急に対応が必要な場合はカンファレンスを行っている。	毎月の職員定例会やユニットごとのカンファレンスの際に意見を聴く機会が多い。利用者ごとの内服薬・点眼薬の与薬状況、バイタルサイン、血中酸素濃度を日々記録する表の他に、排泄と水分摂取量が24時間に渡って記録できる書式を採用したり、入浴の際に浴槽に腰かけて安全に入れるバスボードを購入した。	
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	人事考課・個人面談を行い、職員からの生の声を聞き、職場環境や条件の整備に努めている。		
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	内部研修の年間計画表を立て、定例会で研修を行っている。予定以外にも外部研修の参加を働きかけている。新人研修も実践している。		

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
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	北神戸地区の施設部会、グループホーム連絡会へ参加し意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。相互訪問は、今後積極的に行っていきたい。		
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	本人や家族との面談や聞き取りが不十分で戸惑うことがあった。今後聞き取り内容を見直し、職員が戸惑うことの無いように対応していきたい。		
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	初回面談時にご家族の困っている事、不安に思っている事をしっかりと聞くように努めている。		
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	ご本人よりご家族の希望が強い場合があり、必要としている支援を見極めるためにしっかりアセスメントを行い対応に努めている。		
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	ご本人の得意分野を生かし、裁縫をしてもらったり、中庭の掃き掃除、食器洗いをして下さっている。また、両ユニットが自由に行き来できるため、ご入居者同士談話したりして真剣に話を聞いている場面も見られる。		
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	面会に来ていただいたご家族には必ず挨拶をして近況を報告し、なかなか来ることができないご家族にも時折電話をしたり、毎月の通信にて近況を報告したりもして、ともに支え合う関係を築いている。		

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
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	馴染みの方が訪問されたときには、ゆっくりと歓談して頂ける場所を提供したり、最近の様子をお話し関係が途切れないよう行っている。	利用者の主担当職員が利用者の近況報告を毎月家族に送り、利用者と家族との関係性の継続を支援している。近隣の神社にお参りしたり、スーパーで買い物をしてレジを通ったりして、昔の日常生活を思い出してもらっている。毎週1度来訪する音楽療法士と一緒にする歌と体操の90分間のセッションが、利用者にとって継続した楽しみとなっている。	
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	入居者同士の関係性の調整を図りながら、食席位置の配慮やリビングの配置なども考慮している。		
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	退居後、偶然会った折には、近況をお聞きして相談に乗るように努めている。		
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	(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	職員が生活の中で得た情報は小まめに報告を聞き、申し送りノートを活用して情報の共有に努めている。	利用者の経歴や生活歴を参考にし、コミュニケーションが難しい利用者には傾聴しながら言葉を引き出す会話を、コミュニケーションが可能な利用者には話の輪が広がる工夫を心掛けている。家事手伝いが出来る利用者は少なくなっているが、食後の食器洗いなど出来る範囲で役割を持ってもらっている。	
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	入居時にアセスメントした情報をもとに生活史を作り、その後得た情報も書き加えて職員間で共有している。		
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	必要時には24時間シートを活用したり、日々の様子観察から情報を申し送りノートを使用し職員間で共有している。		

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
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	ご本人やご家族の思いを面会時などから聞き取ったり、現場職員からの情報や各リーダーからのモニタリングを元に主治医や看護師からのアドバイスをもらい作成している。	1人の職員が2人の利用者の居室担当をしているが、ケアは全員が担当している。利用者ごとのニーズに対するサービスの結果を各ユニットのリーダーが中心となって半年ごとにモニタリングしている。担当者会議は家族の来訪時に開くことが多い。職員が日々記録するケース記録と介護計画とが別々のファイルになっており、利用者の具体的なニーズや実施すべきサービス内容を効率的に参照できない。	ケース記録のファイルに介護計画書を綴じておけば、利用者のニーズや必要なサービス内容を参照しながら日々のケアが出来、実情に即したモニタリングにもつながるのではないだろうか。
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	日々の様子はケース記録に記入し、特別な変化・緊急を要することがあればカンファレンスを行い記録に残している。また定例会にて検討し、情報を共有して介護計画の見直しに活用している。		
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	施設見学、相談面接時には併設のデイサービスを案内したり、別棟のサービス付き高齢者向け住宅の情報提供も行っている。		
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	地域の小学生や中学生と触れ合う機会や地域の行事に参加したり、地域の文化祭に作品を出品することで満足感を得てもらう等豊かな暮らしを楽しんでもらえるように支援している。		
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	週1回主治医の往診、週1回歯科往診、3ヶ月に1回眼科往診がある。主治医と常に連携を取りながら、適切な医療を受けられるように取り組んでいる。他科受診の送迎や付きそを行う等の支援もしている。	全利用者が協力医院をかかりつけ医としており、また、併設事業所の常勤看護師が、常にグループホームの状態も把握しているなど、安心の医療体制が整っている。他科受診については、基本的には家族の協力を得ているが、諸般の事情で職員が同行する事が多い。	
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	併設のデイサービス看護職員にはご入居者の情報を伝え、体調管理の相談や指導を受けている。緊急時の指示や看取り介護への取り組みの中で医療との関係を密に図っている。		

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
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。	入院時には介護サマリーを作成し、情報提供を行っている。入院中は家族との連絡を密にとり、退院が決定しそうになったら、退院後の意向を確認している。職員がご本人の面会に行き様子を確認したり、病院関係者と情報の交換や相談に努めている。	入院中は地域連携室と情報交換を図っている。今年度は熱中症による入院があり、主治医や施設長が見舞いに行き、利用者の退院意欲の増進を図った。居室キープは原則2週間と契約書に記載しているが、ほとんどの利用者が退院後も事業所に戻っている。近年、骨折等の入院例はない。	
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、事業所の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	入居時には、入居者・ご家族に看取りについての指針や重度化への対応について説明し理解を得ている。実際に終末期に近づいた際には、医師。看護師を交えてご家族とカンファレンスを持ち、意向を再確認し同意書を取り交わしている。	おおむね年に2～3回の看取りの経験がある。終末期のあり方については、契約時より、何回か利用者・家族との意向確認を重ね、十分な説明をし理解を得ている。心肺蘇生処置に関する同意書について、不十分な点が見られる。	心肺蘇生処置について、利用者・家族が理解しやすく、また確実な意向確認がとれるような工夫を期待している。
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	急変時や事故発生時の対応の勉強会を定期的に看護師にしてもらっている。夜間の救急搬送に備えて、本人の情報をファイルのはじめに入れて、誰もが対応できるようにしている。		
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	年2回の防災訓練を夜間帯を想定し行っているが、主に消防訓練となっている。地震や水害などの災害に関しても近隣の避難場所の把握と運営推進会議にて地域との協力体制を築くよう努めている。	ハザードマップにより土砂災害が懸念されると運営推進会議で議題に上がり、先日の豪雨時には2階事業所への垂直避難を実施した。自家発電は完備しているが、備蓄や非常持ち出しファイルの準備が十分ではない。	今後とも災害は予想されるので、食料の備蓄や利用者の非常持ち出しファイルについての検討をお願いしたい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(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	共有スペースでの言葉遣いや対応には特に注意を払い、研修やカンファレンスで振り返る機会を持つようにしている。	自室のトイレに誘導し、使用時には換気にも気を配っている。往診や理美容は空いている家族室を利用している。ソファや長椅子、椅子の配置を工夫し、利用者が、好きな時に一人になれる時間を尊重している。言葉遣いについては、外部研修等の必要性を、管理者は感じている。	
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	日々の生活の中で、話しやすい関係づくりを心掛けている。訴えている内容に関してしっかりと傾聴し、思いを汲み取り自己決定のもと暮らせる場面を増やしていけるように支援している。		

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
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	ご入居者それぞれに沿った声掛けを心掛けている。臨機応変に対応できるように努めている。新聞や本を読んでいる方や、部屋でご自分の時間を楽しんでいる方、共有スペースでテレビを見るなど個々の生活スタイルを楽しめるよう支援している。		
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	毎月1回ご本人やご家族の希望により訪問カットを利用してもらっている。希望する店へ行くご入居者もいる。衣替えの時期にはご家族へ交換を依頼している。服装や化粧など賛美し内面的支援も心掛けている。		
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	基本的に朝食以外、食事は厨房で作ってもらっている。ご入居者のできることを生かしながら、配膳や片付けを職員と一緒にしている。月2回の食事作りを企画し、調理の中でできることも手伝って頂いている。	メニューやおやつ希望を聴き、食事レクに反映させており、高齢化のためか喉越しの良いものの希望が挙がる。率先して洗い物をする利用者やメニューをホワイトボードに書き写す利用者、それぞれが出来る事で、食事に参加している。また、夕飯は検食を兼ねて、職員が共に食している。	
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	食事量・水分量を記入し、1日1500mlを目標にしている。食事量の少ないご入居者には、補食として補助食品を提供したりもしている。また、ご本人のお好みのゼリーやヨーグルトなど状況に応じた支援を行っている。		
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、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	訪問しかによる定期的な口腔ケアを受け、本人に合った口腔ケアの方法の指導を受け実践している。内部・外部研修に参加し、統一したケアができるように努めている。個々に合った口腔ケアをしている。		
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	自立に向けた支援のため、日中はできるだけトイレでの排泄に努めている。個々の排泄パターンを知る意味でも記録表に記入している。	楽に立位をとるために、トイレにツツパリ式の手すりを利用するなど工夫が見られる。布パンツの利用者が数名あり、ほとんどの利用者がトイレで排泄できている。牛乳やヨーグルトの摂取、腹部マッサージなど出来るだけ投薬に頼らない排便を目指している。排泄記録表を改良し、一目で24時間の様子が分かるようになった。	

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	1日1リットル以上の水分を促し、歩行可能な方は職員付き添いの散歩に努めている。また、牛乳やヨーグルトなどを提供したり、腹部マッサージを行い予防に取り組んでいる。投薬による排便コントロールも主治医に相談し行っている。		
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	バイタル測定し、問題がなければできるだけ希望に沿った時間帯の入浴を楽しんでもらえるよう支援している。	夜以外の時間帯で、好みの時間におおむね週2回の入浴となっている。バスボードの利用や複数介助により、ほとんどの利用者が浴槽に浸かっている。脱衣場の温度管理には気を配り、シャンプーと石鹸は各自の物を用意して、気持ちの良い入浴ができるように支援している。	
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	本人の希望や体調を考慮しながら、医師、看護師とも相談し、昼寝の時間を取り入れたり、就寝時間や起床時間を一人一人に合わせて支援している。		
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	服薬は勤務者と担当を決め、薬棚から出す際は、呼称しダブルチェックを行っている。処方変更時は申し送りをし、情報を共有している。		
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	役割を持っていただき、楽しみごとや喜びのある生活を支援している。書道、俳句や音楽療法を楽しみにされている。		
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	一人一人の希望に合わせ、外出支援している。買い物や外食、美容院、散歩など本人の希望を把握し家族や地域と協力が得られている。	全利用者参加の外出は減ってきているが、事業所の周囲を散歩したり、中庭を利用した外気浴に努めている。散歩中には地域の住民が挨拶してくれ、利用者の楽しみの一つとなっている。季節ごとの外出やドライブなども、体調や天候を見ながら実施している。	

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
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	金銭管理については、管理ができない入居者は事務所の金庫にて預かりを行っている。管理が可能な方は本人が所持するなど、家族と相談しながら支援している。		
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	居室に固定電話を引いているかたや家族や友人との連絡方法として携帯電話を持っている方もいる。手紙を書いた方には、職員が付き添い、ポストへの投函を支援している。		
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	中庭には野菜や花のプランターを置き、役割として水やりや掃除をしてもらっている。食卓には季節の花を飾り、玄関の置物もその時々で代え変化を味わって頂いている。	2つのユニットに「北町」「南町」の表札があり、からからと格子戸を開けると壁の下半分はガラス張りです。採光も良く、足元が明るく安全である。壁には大きな額絵が飾られ、廊下のアンティークなタンスやマシン、中庭の八重桜などが利用者の自慢の一つとなっている。	
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	ソファーやマッサージチェアを設置し、好きな場所で思い思いに過ごしてもらっている。窓際の椅子で読書をしながら、ゆっくりと一人の時間を楽しんでいる方もおられる。		
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	使い慣れた家具や道具をもって来て頂き、入居前と変わらない居心地の良い環境を整えるよう工夫している。	居室のドアには塗り絵などの作品が貼られ、自室の目印となっている。事業所からはベッド、防災カーテン、エアコン、和風の照明器具が準備され、トイレや洗面台も各居室内にある。利用者は思い思いの家具を持ち込んでおり、それぞれの生活の様子が窺える。	
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	リビングや廊下は動線を考慮し、安全に移動出来る歩きやすいように工夫している。		

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	介護計画をチームで十分共有出来ていない。	職員全員が周知できる工夫とケアが実行できるようにする。	評価員の方にアドバイスを頂き、それをヒントにケース記録に介護計画書を綴じ、いつでも職員が見る事ができるようにする。実践内容に関してはポイントを箇条書きで表示し、ケース記録にはその内容に対する記録を記入してもらう。	12か月
2	9	契約時に急変時の心肺蘇生など家族様の意向の確認や同意と説明が明確に出来ていない。	「延命措置に関する指示・同意書」作成したので入居者家族様全員に説明と同意を行うようにする。	面会時又は来所の日を確認し来所して頂き「延命措置に関する指示・同意書」を説明し意向の確認を行う。	6か月
3	33	看取りについての研修が出来ていない。心肺蘇生処置について家族様に十分な意向確認がとれていない。	看取りの内部研修を定期的に行うようにする。急変時や心肺蘇生処置について家族様に意向の確認をとるようにする。	新職員を中心に定例会で行う。業務等で参加出来ない職員には別の日を設けて実施する。	6か月
4	8	成年後見人制度について契約時に説明が出来ていない。職員向けの研修も行えていない。	今後、契約時には説明を行う。また、面会に来られた家族様にパンフレットをお渡しする。職員への研修は定例会で行う。	契約時には説明ができるよう自ら制度について学ぶ。家族様には面会時に資料やパンフレットを手渡し興味のある家族様には説明を行う。職員向けの研修を定例会で行う。	12か月
5	35	災害時の食料の備蓄品、入居者非常時用の持ち出しファイルがない。	備蓄品を増やす。非常時用の個人ファイルを用意する。	備蓄品は施設長、事務長と相談し行う。個人ファイルは全員分を1冊にまとめ準備しておく。	12か月
6	4	運営推進会議での話し合いや意見をサービスの向上に活かしたい。	運営推進会議での内容の充実・家族様の参加を増やしていく。	評価員のアドバイスにより家族様へは議事録を家族様用に作り送る。家族様の会議への参加を声かけする。	12か月

(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
			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
			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
		<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
			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)	<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
			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
			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
			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)
		<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)
			⑤その他()