

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	2872200809		
法人名	社会法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホームまどか		
所在地	加古川市野口町長砂1076		
自己評価作成日	平成31年3月7日	評価結果市町村受理日	令和 元年 5月 30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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/?action=kouhyou_pref_top_index=true
----------	---

【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3月30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)】

平成13年の開設以来、医療・看護・介護が常に情報を共有し利用者の健康を第一に考え、安心して日常生活を送っていただけるよう支援している。認知症があっても一人の社会人として地域の一員として住み慣れた場所で暮らし続けていただいている。日中は玄関は施錠していないので外出は自由である。後方でそっと見守りもしている。
平成18年より看取り加算制度も導入し、最期まで暮らし続けていただくことも可能である。

【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)】

事業所は国連が示す高齢者介護に関する5原則「自立・尊厳・参加・自己実現・ケア」を基本に「自由な行動とその人らしい暮らし」の実現を目指している。職員は利用者すぐに手を貸すのではなく、見守り待姿勢でケアに臨んでいる。リビングでは、利用者同士がお喋りを楽しみ、時に口論になりかかったり、歌を歌ったり自由にふるまっており、その表情は明るい。食事後には自分の食器を持ち、キッチンの職員まで届ける。食後、利用者は過ごしたい場所で過ごし、独りでエレベーターに乗り、部屋まで戻るその周りに職員の姿はない。職員はオープンキッチンで仕事をしながら、利用者それぞれの様子を把握し、見えないところの気配を感じて見守っている。そのような「普通の家」にありそうな様子がこのグループホームでは毎日見られる。利用者が持っている危険に対処する能力を信じるという法人の想いが、職員全員に浸透している。今後とも法人の理念を貫き、利用者の終の棲家づくりを目指さ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、活き活きと働いている (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 1~2名	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	法人の理念に基づき、利用者を一人の社会人として、また、地域の一員として捉え、それぞれの持っている力を十分に発揮していただけるよう支援している。そのための環境づくりにも配慮している。	法人理念の一つである「自由な行動とその人らしい暮らし」の実現を目指す等の介護理念を掲示して、職員全員で共有して実践している。法人の施設長は毎月の機関紙や新聞記事の回覧、会議での発言等を通じて、職員が理念について理解を深めることが出来るよう努めている。	
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	自治会に加入しており、毎月広報や回覧を届けていただいている。夏祭り・秋祭り・年末の餅つき等、折々の行事にも声をかけていただいている。地域の清掃にも職員が参加することもある。	地域の祭りでは神輿が施設前まで来ることを、利用者は楽しみにしている。今年度念願の認知症カフェを開催して、地域からも参加が多かった。事業所が企画した「語ろう会」には多くの地域住民の参加があり好評であった。ボランティアも年数回、来訪している。	
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	法人全体の催しであるが、月に一回「介護について語ろう会」というテーマで会をしている。その月により認知症カフェをしたり、日々の介護に対しての疑問等を話し合いの題材にしている。	/	/
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	2か月に一度実施している。地域の方、ご家族、市の職員、嘱託医の方々が参加してくださっている。事業報告や地域の情報、家族からの日々の介護に対しての意見を聞き、業務の改善につなげている。	家族委員、市担当者、市議員、地域包括支援センター、協力医、民生委員等の参加があり、地域密着事業所合同で開催している。行事やヒヤリハット、身体拘束、実習生受け入れについての報告をしている。開催の案内は全家族に送っているが、議事録は配布しておらず、閲覧用にも準備していない。	議事録の書式を事業所別に記載できるように改め、家族に送ったり、来訪時に閲覧できるように準備されてはどうか。
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	運営推進会議の案内は毎回送付している。最近は毎回参加してくれている。また、議事録は必ず介護保険課に提出している。介護保険更新の調査はほとんど市の調査員が来訪してくれている。主治医の意見書交付依頼に出向いて行くこともある。	市担当者とは運営推進会議や介護保険更新申請の際に、関係性を築き情報提供等を受けている。二市二町グループホーム協会では勉強会が開かれ、管理者が出席している。	

自己	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
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	日中は玄関に施錠はしていないので、出入りは自由である。歩行が不安定で転倒のリスクが大きい方もおられるが、まずは行動を抑制するのではなく見守りを十分にしていけるケアをしたいと思っている。	身体拘束適正化についての指針を準備して、運営推進会議で身体拘束適正化検討委員会を開催している。研修は法人の年間計画に沿って定期的に行っている。向精神薬の処方については、かかりつけ医と相談し減らす方向で検討している。出入り口を開放しているため、家族にリスクを説明し納得を得ている。	
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	法人全体で年に一度勉強会をしている。どんな行為が虐待に該当するのか、職員全体で周知し介護にあたっている。個室で個別のケアが大半であるため、常に利用者の状態を深く観察するようにしている。	管理者は職員が利用者をケアすることからくる精神的疲労にも配慮して、どのようにすれば気分転換を図れるか等を事例を挙げて研修している。職員各自の気になる言葉遣いや態度については、管理者自らがやって見せることで職員に気づきを求めている。職員の人数が少ないときは、より時間をかけて丁寧にケアを行うよう指導している。	
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	利用者の中で現在3名の方が制度を利用している。事例を通して基本的なことは理解している。最近では語ろう会・勉強会で学ぶ機会もあり、制度に関しての相談があれば支援につなげたい。	制度利用者があり、定期的に研修も行っているため職員は一定の理解を持っている。後見人の経験がある家族に講師をしてもらったこともある。資料の用意はあるが、契約時に家族への説明や紹介は行っていない。	制度について、どのような場合に利用出来るのか等を家族に紹介し、説明をしてはどうか。
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	契約前に十分な聞き取り、情報交換に努め、施設の雰囲気を見ていただいている。施設の理念で生活の中で起きるリスク、拘束しないことによるリスク等を説明し、納得していただいた上で契約している。又看取りもする事、費用についても説明し納得していただいた上で契約している。	家族には事前に法人の理念や方針について説明し理解を得ており、起こりうるリスク等にも納得した上での契約となっている。急変時には救急搬送することは契約書に明示しているが、心肺蘇生を試みない意向(DNAR)についての説明は行っていない。	今後はDNARについても説明し、同意書の用意をされてはどうか。
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	どなたにでも意見を頂けるように玄関にご意見箱を設置している。月に一度サービス改善委員会を開催しサービスの改善につなげている。また、家族が来訪された際は日頃の利用者の状況を報告している。	家族の来訪時に日ごろの利用者の様子を報告する等、話しやすいように努めている。意見箱は第三者委員を含むサービス改善委員会で内容を確認している。家族には気軽に訪問してもらえるよう、雰囲気作りに配慮している。	
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎日朝・夕のミーティングの際に職員の見解や提案を話し合っている。また、月に一度まどか会議の中でも意見交換をしている。	職員からは利用者のケア方法についての自分なりの工夫等の提案が挙がり、職員間で検討し共有している。車椅子利用の利用者の立位保持の可能性を見つけて、歩行練習に繋がったこともある。法人内異動によって着任した職員から、新しい気づきをもたらされることも多い。	

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	本人の経験年数をふまえ、外部研修の機会もある。資格取得した際には報酬にも反映されている。年に2回自己評価と人事考課があり、評価の結果は賞与昇給につながっている。		
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	法人全体の会議、研修会を月に1~2回開催しており、全員参加を義務としている。委員会にも代表として参加してもらい、学ぶ機会を持ってもらっている。また、現場では抱えない介護としてノーリフトを勧めている。		
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	外部施設の交流は2ヶ月に1回勉強会を行っており、お互い交流を深めている。また、年に1回(12月)忘年会をして親睦の機会もある。 実習生・ボランティアの受け入れの要請があればいつでも対応できる。		
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	入居契約時に本人や家族・関係者から情報を入手し、全職員が共有している。入居後も、本人・家族と話し合いをしながら、出来る限り本人の意向に添った生活をしていただけるよう配慮している。		
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	入居時に本人や家族から不安・疑問・要望等を聞き取り、安心して生活していただくための支援に役立っている。 入居後もいろんな問題が発生した場合は、その都度話し合いをし、より良いサービスを提供させていただけるよう信頼関係を築いている。		
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	入居時に得た情報を元にしたたり、本人に再度意向を確認した上で、ご家族の思いも聞きながらサービス計画を作成してる。本人の現存能力を十分に発揮できるよう支援している。		

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
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	認知症があっても自身でできることは沢山ある。できること、できないことを全職員が十分把握し、過剰な手出しは控えている。また、無理のない程度で施設内の掃除や洗濯物をたたむ等の手伝いをさせていただいている。		
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	ご家族と連絡を密にしながら情報を共有している。不足分の日用品の購入をお願いしたり、受診の付き添いも依頼している。ケアプラン作成時には話し合いをし、日々のケアに対しての希望も聞いている。		
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	知人・友人の訪問は自由にさせていただいている。利用者とともに自室やホールで過ごされている。また、希望があれば馴染みの方への連絡ができるような配慮もしている。親戚関係の方とは外食をされる方もある。	家族には消耗品の購入を依頼しているので、少なくとも月に1回は来訪している。知人や友人が時々来訪する利用者もある。利用者の希望により、手紙や電話の利用も支援している。お正月には帰宅して家族や親戚との時間を過ごす利用者もある。	
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	日中過ごしていただいているテーブル席は特に決めておらず、それぞれ気の合う人同士が同席し、関係性を作っている。時々トラブルもあるが、できるだけ深く介入しないで見守りをしている。時間がたてば何事もなかったように過ごしておられる。ご自身で居場所が決められない人は、職員が介入している。		
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	契約が終了しても、いつでも気軽に訪ねてくださるよう、行事の案内や毎月機関紙を送っている。時々近隣のスーパーマーケット等でお会いすることもあり、気軽に挨拶もしている。また、相談があれば介護相談室につなげている。		

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
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	出来る限り本人の意向に添ったケアをさせていただきたいと努力している。重度の方でご自身の想いを表出出来難い方には細かく様子観察をし、思いに添ったケアをしたいと思っている。	重度の利用者から反応が無い場合でも、いきなり動いたりせずに、まず声をかけることを指導している。表情等で利用者の想いを推し量ることもある。気づきがあればその都度、口頭やケース記録に記録して情報共有に努めている。	
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	入居前にはできるだけ自宅を訪問したり、ご家族や利用されているサービス機関に情報をいただいたりしている。入居後も、ご本人やそれぞれの関係者から情報をいただいてより良い生活ができるような工夫をしている。		
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	昼・夕食の時間を除いては、一日のスケジュールはなく、自由に過ごしていただいている。好きな場所で思いのまま過ごしていただいている中で、各々の言動を十分に観察し、記録に残している。		
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	それぞれの利用者に担当者を決めて6ヶ月～1年に一度ケアプランの見直しをしている。月に一度の割合でモニタリングを行い、本人の現状を報告し、介護に対する希望を聞き計画に反映させている。	職員は1人が2～3人の利用者を担当して、家族の月1回の来訪時にモニタリングを行い、年に1回はケアマネが介護計画を見直している管理者はモニタリング等を記録する際は、分かりやすく読みやすく、専門用語を使わないように指導している。	
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	一人一人の利用者のケース記録に日々の状態を詳しく記録し、全職員が共有している。また、朝・夕のミーティングや連絡ノート、健康ノート等を活用して、日々の状態を把握しながら、キメの細かいケアを行っている。		
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	週に一回法人内の訪看ステーションから訪問があり健康チェックしている。また、週1回造形教室や自彊術体操等を行っており日常生活の活性化につなげている。ユニットⅡは同居者も可能な広さである。		

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
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	玄関に施錠はしていないので、本人の意思で外出も自由にさせていただいている。後方でそと職員が見守りはしている。地域の行事にも出来れば参加していただくようにしている。		
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	それぞれ主治医を決め、定期的に往診・受診をしている。受診は家族付き添いで行っている。特変時は日中・夜間にかかわらず、主治医、訪問看護師と連携対応している。	かかりつけ医は利用者や家族が自由に選べるが、協力医療機関の往診医に変更する利用者は多い。毎月2回訪問診療と適時往診があり、歯科医や訪問看護師とも連携して、速やかで適切な医療が受けられるよう支援している。眼科等の通院は家族が付き添うが、職員が代わりに対応することもある。	
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	週に1回、訪問看護師により健康チェックを受けている。日頃の様子を伝え、気になることが有れば相談し、アドバイスを受けることもある。特変時にも状態報告をし、常に連携を取っている。		
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。	家族・医療機関・職員と連絡を取り、情報交換や相談をしている。退院時にはそれぞれの関係者・家族が出席し、カンファレンスを行い、内容は全職員で共有し、安心して生活ができるような支援をしている。	この1年は骨折による入院があり、有用な情報を提供したり、早期退院をめざし家族・医療関係者が連絡をとりあっている。退院後は、事業所で生活リハビリを行い、再発の防止に努めている。	
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	契約時には必ず終末期のことは説明している。状態に変化があればその都度家族・主治医と話し合い、方針を決めている。本人・ご家族の意向に添いながら、主治医・訪問看護師と密に連携し支援している。	入居時からすでにターミナルは始まっていると捉え、契約時から、利用者の重度化に備え、利用者や家族の意向を確認すると共に、事業所に対応できるケアについて家族に十分説明している。看取り経験のある職員は、利用者が穏やかに終末期を迎えられるようなケアに努めている。	
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	急変時にすぐに対応できるように、全職員が利用者の状態を把握している。毎日のミーティングの中でも再確認している。応急手当は看護師の支持を受け、行っている。		

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
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、日勤帯・夜間帯を想定し火災に対して避難誘導訓練を行っている。 昨年10月にはじめて自然災害に対しての避難訓練を実施した。今後も年1回実施の予定をしている。非常食は3日分程度備蓄している。	年に2回、日中と夜間の両方の火災想定避難訓練を行っている。ハザードマップを参考に、今回は地震災害を想定した訓練を行った。消防署の立会いはないが、利用者と避難経路を確認したり、設備点検を行った。水や食料の備蓄はできており、地域住民の協力に関しては今後の課題である。	
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	1人1人の想いや生き方を尊重し、人としての誇りや尊厳を損ねることがないように気をつけているが、ややもすると親しみの気持ちが過ぎて、馴れ馴れしい言葉使いや、上から目線で話しかけたりすることがあり、反省すべきこともある。	入室をする際必ずノックすること、居室内の物を動かす時は声をかける、あるいは一緒に掃除をするなど、プライバシーに配慮した支援を行っている。職員は、親しすぎる言葉や大きな声は慎み、なるべく方言を使わないなどして、ほど良い距離感を保つよう心掛けている。	
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	認知症の進行に伴い、自身の想いや希望が表現出来なくなっている方もおられる。それぞれの方の表情や行動等を深く観察しながら、思いをくみ取りケアに当たっている。		
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	昼・夕食の時間以外には特にスケジュールはきまっていないので、それぞれのペースでホールや居室で自由に過ごしている。入浴の声掛けをしても拒否された場合は時間をおいて勧めている。起床時間もまちまちである。		
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	基本的には自身の好みの服を着ていただいている。認知症の進行に伴い不可能な方には季節に合った物を職員が選んで着てもらっている。ご家族に購入依頼もしている。		
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	1人1人の嚥下や咀嚼の能力に合わせて食材の形態を変えて摂取していただいている。ホールに対面した場所にキッチンがあり、調理の音や匂いを直に感じていただいている。食事前後のテーブル拭き、食器の片づけ等も手伝ってもらっている。	栄養士が考えた献立に基づき、届いた食材を職員が調理している。食後には食器を重ねて自力で下膳したり、食器拭きを手伝う利用者もいる。イベント委員が企画した行事食を、家族も一緒になって手作りするなど楽しい時間となっている。	

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
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	毎食の摂取量、水分量はこまめに記録し、職員間で共有している。摂取量が少ない方には代替品(ヨーグルト・プリン)を食していただいている。水分も一度に多く摂れない方は、頻回に介助している。出来るだけ経口摂取ができるよう配慮している。		
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	能力に応じて歯磨き・うがい・スポンジブラシでケアをしている。義歯は就寝前に洗浄剤に浸ける介助をしている。歯科医・衛生師の訪問もあり、ケアを受けている方もある。職員もケアについて学んでいる。		
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	利用者1人1人の排泄パターンを把握し、できるだけトイレで済ませていただくよう介助している。紙パンツ・パットを併用し、パットのみでの交換で大丈夫な方もおられる。トイレ使用時、立位が不安定な方は職員2名で介助している。	利用者一人ひとりの排泄パターンに合わせて、失敗を少なくして、なるべくトイレで排泄できるよう声かけをしたり一部介助をしている。自立に向けた結果、リハビリパンツから失禁パンツに自立度が上がる人や、夜間のみベッドサイドにポータブルトイレを使用する人もいる。	
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	排便状態を詳細に記録し、水分摂取を促したり、出来るだけ自然排便があるように配慮しているが、常時臥床されている方は便秘傾向にあるので、看護師と連携し、服薬でのコントロールもしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	各々の生活リズムに合わせて入浴していただいている。入浴が元々好まない方もおられるが、声掛けの方法を工夫しながら実施している。週に2~3回を目安に入っている。	2~3日間隔を目安に、基本は午前入浴であるが、利用者の希望に合せ柔軟に対応している。浴槽をまたぎにくい利用者に関しては、職員の負担も考慮して手動のリフトを活用している。入浴を嫌がる利用者については、利用者ごとに声かけを工夫している。	
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	日中はホールでTVを観たり、居室で休息したり自由に過ごされている。夜間は安全と安眠を重視し、ベッドの位置や照明等に配慮している。		

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
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	処方箋や健康ノートを整理して全職員が把握できるようにしている。日々の状態を観察し記録に残し、主治医と看護師と相談しながら、症状にあった薬剤を処方してもらうような支援をしている。		
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	毎週外部の講師による自彊術や造形教室への参加を援助している。歌の好きな方もおられ、歌集を見ながらみんなで歌うことも再三ある。		
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	日常的に外出はできていないが、法事や誕生日、お正月等のそれぞれの行事の際には、自宅に帰られたり外食をされたりする方もおられる。 法人の行事でお花見・夏祭り等は家族に來訪していただき、地域の方々とも交流していただいている。	出来るだけ、散歩や買物に行くようにしている。家族の協力を得て、通院や馴染みの理美容、外食などに出かけている。見守りが必要な利用者の外出には職員が必ず付き添い、利用者の自由を妨げない範囲での支援に力を入れている。	
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	お金に関心を持っている方もおられるが、その価値等は認識できない方が大半である。認知症の進行につれて保管場所がわからなくなったりするので、ご家族ともよく話し合いをしながら持っていていただいている。 近くに店はあるが、買い物に出かける方は現在はいない。		
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	1Fホールに公衆電話を設置しているが、現在使用できる方はいない。事務所にかかってきた電話は取り次いでいる。はがきや手紙の宛名の代筆、投函の支援は可能であるが、最近希望者がいない。		

自己	者 第	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
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	各々希望のテーブル席で飲食・雑談等をして過ごされる。歌集を用意し歌を楽しまれることもある。玄関・ホール・トイレにはできるだけ季節の花を置くようにしている。ホールの硝子越しには広い庭があり、木々や草花を見ながら季節の移ろいを感じていただけるような環境である。	1階のリビングから見渡せる庭は趣があり、大きな窓からは光がさしこみ季節を感じる事ができる。テーブルに集う利用者は、思い思いにくつろぎ、談笑している。新聞や雑誌の切り抜きが掲示され、壁には職員が描いた利用者の似顔絵が飾られて落ち着いた雰囲気が漂っている。	
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	1F・2Fのホールにはテーブル・テレビ等が設置されており、一人でも家族と一緒にゆっくりと過ごしていただけるような場所は設けている。		
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	家具や身の廻りの物は、馴染みの物を持ち込んでいただいている。必要なものが有ればその都度ご家族に連絡し持参して頂いている。常に穏やかに生活をしていただけるよう心配りをしている。	1、2階共に各室トイレ、洗面台、ベッド、クローゼット、エアコン、カーテンが備え付けられ、2階は加えてミニキッチンと浴室があり夫婦部屋としても十分な広さがある。床はカーペットが敷き詰められ、使い慣れた家具や家族の写真、仏壇など思い出の品を持参し、居心地良く暮らしている。	
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」「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	建物内はバリアフリーである。必要な場所には手すりも設置している。1F～2Fの移動はエレベーターを使用。車いす・老人車使用の方、また、脚力の弱った方も自立した行動ができるよう支援している。		

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	49	認知症の進行と機能の低下が顕著に見られる現在、外出する機会がかなり減少している。そのため地域の方とのふれあひもないのが現状である。	法人全体のイベントに積極的に参加すること、日常的に近隣の公園等に散歩に出かけ季節の移ろいを肌で感じていただくこと、地域の方々と触れ合うことで認知症の理解が得られればと思っている。	ご家族が来訪された際には、無理のない程度に近隣の散歩をお願いしたり、スタッフも業務の優先順位を考えながら、外出に適した日には、一緒に出掛ける機会を作っていきたい。	12か月
2	37	認知症状が重度になるにつれてご自身の想いや希望の表出が難しくなり、介護者の一方的な考えでケアを提供していることが大半である。	出来るだけご本人の希望に添ったケアを提供する。	認知症の方の特性を充分理解することと、これまでの生活歴、性格等ケアに必要な情報を得たうえで、丁寧に対応していく。	12か月
3					か月
4					か月
5					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(一部のご家族には説明したが、15名中8名のみの返信だった)
			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	<input type="radio"/>	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)	<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 結果を全職員に目を通すように指示をした。
		<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 評価結果は自由に読んで頂ける場所に設置している。
		<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
			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。
			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()