

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 26 年 9 月 26 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470103122		
法人名	社会福祉法人 あと会		
事業所名	グループホーム ダーラナやの・くにくさ		
所在地	広島市安芸区矢野東6丁目9番28号 (電話) 082-889-6668		
自己評価作成日	平成	26年	9月 1日
評価結果市町受理日	平成	年	月 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	
-------------	--

【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 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成26年 9月25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）】

ダーラナやの・くにくさでは、家庭的な雰囲気の中、ご利用者お一人おひとりの思いや習慣、生活リズムを大切に安心して生活していただけるよう努めています。また、ご本人の残存機能を引き出し、生活に活かせるようゆったりと関わり、ゆとりあるケアを心がけています。お一人おひとりの状態に合わせて家事、季節ごとの行事やドライブ、ボランティアによる訪問活動を実施し、生活に楽しみややりがいを感じていただけるよう取り組んでおり、ご家族や地域の方を交えた活動を行い、グループホームに気軽に出入りできる雰囲気作りや、共にご利用者を支援していくことに努めています。

【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）】

○研修制度が充実しており、スエーデンの同業者との相互研修交流や、全職員を対象に階層別研修を計画的に実施し、介護知識や介護技術のレベルアップを図り、より質の高い介護サービスが提供できるように努力されている。
○ケア面では担当制が取り入れられており、記録類の徹底を図り、日々のミーティングやケア会議で話し合い情報の共有や、課題の把握が良くできており、職員が共通の認識を持って介護に取り組んでいる。
○地域社会との交流や特別行事、役割なども支援され、利用者が生活に楽しみや張り合いが持てるように工夫されている。職員は明るく笑顔で対応し、ご家族が訪問しやすい環境を築いている。又、ご家族と共にゆったりと寄り添い利用者はそれぞれのペースで出来ることをしながら穏やかに過ごしている。
○現在、利用者は重度化の傾向にあるが、支援体制も整い、可能な限り希望に沿った看取り介護が行われている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			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。	法人の理念「3Yのころ」よろこび、やすらぎ、豊かさ、また事業所スローガン「お一人おひとりの思い、生活リズムを大切に安心した生活を提供します。」を明確にし、ミーティング等で職員の意識統一を図り、理念を共有して日常のケアを行っている。	法人理念の「3Yのころ」よろこび、やすらぎ、豊かさ、また事業所のスローガンとして「お一人おひとりの思い、生活リズムを大切に安心した生活を提供します」を掲げて、日々のミーティング等で話し合い、職員の意識統一を図りケア活動に取り組んでいる。		
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。	自治会に入り地域活動に参加している。また定期的に地域交流会を行い、ご利用者、地域の方、職員で折り紙や絵手紙の創作活動を実施し交流を図っている。	自治会に加入し、地域活動に参加したり、事業所二階のリビングで定期的に、地域交流会(折り紙や絵手紙)を行うほか、幼稚園、ボランティア等との交流も図られている。		
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。	運営推進会議において認知症の方の理解や支援の方法を取りあげている。また、近隣の保育園や地域の方々、ボランティアとの交流を持ち、認知症の方たちとふれ合う機会を作っている。			
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。	二か月に一回運営推進会議を行い、グループホームの取組みやご利用者の状況を報告している。また構成員から頂いたご意見をミーティング等で話し合い、サービス向上に活かすよう努めている。	2か月ごとに開催されて、事業所の取組み内容、現況報告、行事予定などを中心に幅広く話し合い、出席者の意見を活かしサービスの向上に努めている。毎回十数名の方が参加されている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者より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。	市の担当者や地域包括支援センター職員に運営推進会議に参加していただいたり、地域包括センターの活動にグループホーム職員が参加し、協力関係を築いている。また行政が実施する研修を受け入れている。	市の担当者、地域包括支援センター職員には、積極的に働き掛け協力関係を築いている。運営推進会議に参加してもらったり、市や包括支援センターが主催する勉強会や、行事にも参加している。行政の実施する研修会の受け入れも行われている。		
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。	法人内の職員研修を通し全職員が学んでいる。また事業所内のミーティングで身体拘束について職員で話し合い、理解、意識統一を図り身体拘束のないケアを実施している。	法人の研修会で、全職員が身体拘束について学んでいる。又、事業所内ミーティングで身体拘束について話し合い、職員の意識統一を図り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は夜間のみ施錠されている。		
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。	法人内での職員研修を実施し虐待について学んでいる。また事業所内でのミーティングにおいて話し合いの場を持ち、職員への意識づけを行い、意識の向上、ケアの質の向上に努めている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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
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に支援している。	法人内での職員研修で権利擁護に関する制度について学ぶ機会をもっている。現在成年後見制度を利用されているご利用者もいる。		
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。	ご入居前に事前面接を行い、ご本人、ご家族と十分に話し合い納得のうえ契約をしている。また、解約時や制度の改正時などには丁寧に説明し、理解、納得していただけるよう努めている。		
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。	法人内に苦情・要望検討委員会を設置しており、ご家族に満足度アンケートを実施し、結果を運営に活かしている。また、事業所に意見箱を設置し、ご意見が言えるよう声かけしている。	日頃より、利用者、ご家族が意見を言い易い関係を築いている。ご家族面会時には、利用者の様子を伝え、意見や要望の引き出しに努めている。又、法人内に苦情・要望検討委員会も設置されている。ご家族に満足度アンケートを実施したり、意見箱の設置、第三者窓口を明記し、意見や要望の引き出しに努め、運営に反映させている。	
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。	毎月1、2階合同のミーティングを実施し職員の意見交換や提案を話し合う機会を設け、運営やケアに活かしている。	職員間のコミュニケーションはよく、意見が直接言い易い関係を築いている。毎月の合同ミーティングで、意見や要望、提案の引き出しに努め運営に反映させている。	
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。	人事考課制度を取り入れ職員一人ひとりが目標、役割を持ち、やりがいを感じて働けるよう環境作りに努めている。また、目標面接を行い、職員個々の勤務状況の把握に努めている。		
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。	法人内に研修制度があり、全職員対象のものや等級や経験年数に合わせた研修を受ける機会を設けている。また、法人外の研修を受ける機会も設け、経験に合わせて受講をすすめるなどしている。		
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り組みをしている。	職員研修の場などを活用して、他事業所との情報交換を行い、サービスの向上に努めている。また、同業者が参加する研修会に参加し情報交換をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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
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。	サービス利用開始前に事前面談を実施し、ご本人の意向、不安等をお聞きし、個人に合わせたプランを作成して安心感を持っていただけるよう努めている。また、生活暦や生活習慣等をお聞きし、ケアに反映しその方らしい生活が継続できるよう努めている。		
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。	サービス利用開始前に事前面談を実施し、ご家族の不安や要望をお聞きし、安心していただけるよう努めている。また、こまめに情報交換を行い、ご利用者を共に支えていく関係作りに努めている。		
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。	サービス利用を開始する段階で、十分に話し合い、状況に応じてサービスが受けられるよう他事業所とも連携をとり、安心して必要なサービスが受けられるよう努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	日々ご利用者と同じ目線に立つよう心がけ、共感できるケアに努めている。また、生活の中でいろいろな活動を行ない、職員とご利用者のより良い関係作りに努めている。		
19		○本人と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。	ご本人とご家族の関係が継続できるよう働きかけ、サポートしている。また、ご家族と密に情報交換を行い、共に支援できるよう努め、家族交流会などの活動を実施し、三者の信頼関係の構築を図っている。		
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。	ご本人が大切にしてきたものや馴染みのものの情報収集を行い、かかりつけ医や自宅などとの関係を継続し、知人やご家族が面会に来やすいよう声かけや雰囲気作りに努めている。	明るく笑顔で対応し、ご家族や親戚、友人などが訪問しやすい環境づくりに努めている。かかりつけ医との継続や里帰り、希望に応じてご家族や友人への電話なども支援されている。	
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ご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。	個々の性格や認知症のレベルなどを配慮して、より良い関係が築けるよう努めている。また、時に職員がご利用者の間に入り、関係の構築や継続のサポートを行っている。		
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。	サービス利用が終了された方や途中退所された方に対し適切なサービス情報を提供するなどの相談に応じている。また契約終了後も運営推進会議や交流会等の行事に参加され、地域住民、ボランティアとして関係を継続しているご家族もいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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
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。	ご利用者お一人おひとりの思い、意向に添うようコミュニケーションを図り、ケアに繋げている。また、会話が困難な方の表情やしぐさ、様子を読み取ったり、ご家族に意向を伺うなどしてケアに活かしている。	入居時のアセスメント情報や利用者ご家族との話し合いなどで思いや意向を把握するとともに、入居後のケア活動を通じて得た思いや意向は、アセスメント表に追記して職員で共有している。	
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。	事前面談時や契約時に生活習慣や生活歴を情報提供していただいている。また、関係サービス事業者から情報収集を行い、入居後もご本人やご家族との会話から、その方らしい生活の把握に努めている。		
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。	定期的にモニタリング、アセスメントを実施し、課題分析表や24時間シートを利用し、生活リズム、心身状態、残存機能の把握に努めケアに活かしている。		
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。	介護計画作成時やモニタリング時に関係職員やご本人ご家族と話し合いを行い、課題、意向を検討している。そこで得た情報を介護計画に反映させている。また、ご利用者の状態に合わせて随時カンファレンスを実施し、現状に合わせてプランの見直しを行っている。	介護計画作成時に、関係職員や利用者、ご家族と話し合いを行い、意見を取り入れて介護計画がたてられ、ご家族の了解を得ている。モニタリングは3カ月ごとに実施され、状態の変化時や介護保険更新時に、同様の手順で見直しが行われている。介護計画は合同ミーティングで話し合われ、全職員で内容を共有している。	
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。	日勤帯、夜勤帯の職員が個別の記録を記入し、職員がその情報を共有できるようにしている。また、気づきや状態変化などを連絡ノートや申し送りを通じて職員間で伝達、共有し日々のケアや介護計画の作成、見直しに活かしている。		
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。	ご利用者、ご家族のニーズに合わせて外出や野外活動、その他のサービス等柔軟に対応している。また、法人内の他事業所や協力医院と連携をとり、可能なかぎりニーズに合わせた対応ができるよう努めている。		
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。	近所を散歩したり、地域のスーパーや美容院を利用し馴染みの関係、環境を作っていくよう努めている。また、地域のボランティアや保育園との交流を図っている。		
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。	ご利用者、ご家族の希望に合わせて定期的にかかりつけ医の受診、往診を行っている。症状によってはかかりつけ医の紹介で適切な医療機関へ受診できるよう連携をとっている。また、法人ドクターの定期回診、訪問看護による定期訪問を行い協力関係を築いている。	利用者ご家族が希望されるかかりつけ医への受診、往診が行われている。法人ドクターの定期回診、看護師の定期訪問、協力医療機関との連携もあり、適切な医療支援が行われている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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。	法人内の訪問看護と契約をして健康管理をうけている。また、状態の変化時や急変時など随時ご利用者の情報伝達、相談を行い、適切な助言や受診、看護が受けられるよう連携をとっている。		
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、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。	入院の際にご利用者、ご家族が安心して入院治療が受けられるよう医療機関に情報提供をしている。また、早期退院ができるよう情報交換や相談を行い連携をとるよう努めている。		
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。	看取り介護指針を定め、重度化してこられた際には、早い段階で医療職員を交え終末期に向けた話し合いを行っている。また、終末期にはご本人、ご家族の希望に添ったターミナルケアが行えるよう、訪問看護、かかりつけ医との連携を密にして取り組み、ご家族との連絡も密にとっている。	重度化や終末期に対する指針が定められている。重度化した場合には、早い段階より、本人、ご家族、医療関係者、職員で繰り返し話し合い方針を共有している。看取り支援も行われており、かかりつけ医、訪問看護師、職員と連携を密にとり、出来るだけご家族の希望に沿った支援が行われるよう取り組んでいる。	
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。	法人内での研修や事業所内での勉強会を行い、急変時に対応できる実践力を身につけるよう努めている。また緊急時連絡マニュアルを備え、全職員が把握している。		
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。	デイサービスとの合同火災訓練や近隣住民をまじえて消防署立会いの火災訓練を行っている。また運営推進会議を通じご利用者の状況をご理解していただき、火災時等の協力をお願いしている。	年3回(デイサービスと合同2回)の火災訓練が行われている。夜間を想定した訓練や消防署立会いのもと、利用者や近隣の住民も参加する、本格的な訓練も実施されている。レスキューキャリアーマットや非常食なども用意されている。運営推進会議を通じて、近隣住民の協力をお願いし協力体制を築いている。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	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。	ご利用者個々の人格を尊重し、その方に合った声かけ、対応を行い、プライバシーを傷つけないよう尊敬をもってケアにあたっている。また、勉強会やミーティングにおいて話し合い職員の意識統一、向上を図っている。	研修やミーティングで職員の意識統一を図り、プライドやプライバシーに配慮した声かけや支援を行っている。記録類は施錠できる戸棚に保管されている。	
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。	ご利用者が日々の生活、会話の中で思いや希望が表せるような声かけ、対応をしている。また、職員はご利用者の言葉や仕草、表情から思いをくみ取るようつとめている。		
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。	ご利用者お一人おひとりの生活歴や習慣、性格を把握し、その方のペースを大切に支援している。また、その日、その時の体調や状態、ニーズに合わせた対応を行うよう心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			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	
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。	その方の好みや思いを尊重し、おしゃれやその方らしい身だしなみができるよう配慮している。また会話が難しい方の好み、思いを把握した上で、状態、季節に合わせてその方らしく過ごしていただけるよう努めている。			
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。	個々の能力に合わせて職員と一緒に準備や片づけを行っている。職員もご利用者と同じものを一緒に食べ、和やかな時間が過ごせるよう配慮している。時に収穫した野菜をご利用者の要望に合わせて提供するなど、楽しく食事ができるよう支援している。	法人の管理栄養士による献立の美味しい食事が提供されている。汁物など事業所内で調理されるものもあり、盛り付けやかたづけなど利用者もできる人は一緒にやってもらっている。職員も一緒にテーブルを囲み同じ食事をし、見守りやサポートもさりげなく行われ和やかな食事となっている。		
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。	個々の状態、好みに合わせて食事形態や量、飲み物など工夫して提供している。嚥下困難な方には高カロリーやわかさ食を提供している。また、栄養管理を法人の管理栄養士が行っている。			
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に、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。	食後に各居室の洗面台にて、個々の能力、状態に合わせた口腔ケアを行っている。また、定期的に歯科往診による口腔ケアを受けておられる方もいる。			
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。	個々の状態に合わせた下着、オムツを使用しながら排泄リズムを把握して、それぞれの状態、能力に合わせてトイレ誘導、見守りを行い、可能な限りトイレでの排泄を促している。また、オムツの必要な方には状態に適した物を使用し、過度な使用とならないよう配慮している。	排泄の記録をとり、一人ひとりの排泄リズムを把握し、プライドやプライバシーに配慮しながら声かけや、トイレ誘導を行っている。可能な限りトイレで排泄出来るように支援している。パットやおむつも個々に適したものを使用している。		
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。	個々の排便周期を把握し、ヨーグルトや果物などその方に合う飲食物を提供したり、腹部マッサージや体操、レクリエーションを行っている。また、オムツ使用の方であってもトイレに座っていただき、マッサージなどして排便を促すようにしている。			
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。	毎日随時入浴できるようにしており、ご利用者のその日の状態や希望、気分に合わせて対応している。また、お一人ずつゆったりと楽しく入浴していただき、個々の状態に合わせて援助している。	毎日でも希望に沿って入浴出来るようになっている。その日の体調や状態を見極め、一人ずつゆったりと入浴出来るように支援されている。入浴を嫌がる利用者にはタイミングを変えて声かけている。		
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。	個々の状態や習慣、その日の調子に合わせた声かけなどを行い、不安、混乱がある場合はゆっくりお話を伺ったり、温かい飲み物を提供するなどして良眠できるように支援している。また、一日を通し個々の体力や状態に合わせて休息を提供している。			
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。	職員は各ご利用者の服薬状況を把握しており、薬の変更や状態変化等があった場合はケース記録や連絡ノート、申し送りにて情報共有している。また、症状や体調の変化を随時訪問看護やかかりつけ医に連絡し連携をとっている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			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	
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。	ご利用者お一人おひとりの能力やニーズ、状態に合わせて役割を持っていただき、家事活動など行っている。また、それぞれのニーズや状態に合わせて行う園芸やレクリエーション、行事、ドライブ等を通して気分転換していただき、生活に楽しみが持てるよう支援している。			
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。	お一人おひとりの希望にそって随時外出していただけるようにしており、個々の状態、ニーズに合わせて散歩やドライブの支援を行っている。また、計画を立てての外出やその日の希望に合わせて職員との買い物などを実施している。ご家族の協力を得て、ご家族との外出も実施している。	一人ひとりの希望に沿って、散歩や買い物、ドライブなど随時外出支援が行われている。計画的行事での外出やご家族との外出なども行われている。重度化が進み日常的な外出は少なくなっているが、外気浴、日光浴など状態に合わせて支援されている。		
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。	職員はご利用者がお金を持つことの大切さや安心感を理解しており、ご本人の希望に応じてご家族と相談の上、所持していただいている。買い物などの希望があれば随時出かけられるよう支援している。			
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。	ご本人の希望があればいつでも自由にご家族や知人へ電話がかけられるようにしており、使用方法が分からない時は必要な援助を行っている。また、ニーズがあれば手紙のやり取りにおいても必要な援助を行っている。			
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。	リビング、廊下、台所など共有スペースはゆとりある空間となっており、自然光や風が入る大きな窓などご利用者が快適に過ごせるよう環境に配慮している。リビングの窓際には室内花壇があり、植物を育て、楽しむスペースがある。また、季節感を感じられるような作品を掲示するなどの工夫を行い、ソファを設置してご利用者同士がくつろぎやすい居場所作りをするなど配慮している。	自然光の入るリビングやキッチン、廊下などの共用空間はゆったりとしており木目調で家庭的な雰囲気がある。リビングには食卓セット、ソファ、畳の部分もあり、掘炬燵も用意されている。窓際には土間があり、花や食物が植えられ和みの空間となっている。季節の飾り物や利用者手作りの作品が程よく飾られて、くつろいで過ごすことができる。		
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。	リビングにソファや畳間を設置し、ご利用者同士が自由にゆったりと過ごしていただけるような空間を作っている。また、ご利用者がお一人で過ごしたい時には職員が配慮して思い思いに過ごせるよう援助したり、時に職員とゆったり過ごすなどしている。			
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。	居室にご家族の写真や作成した作品を飾り、ご利用者が居心地良く過ごせるようにしている。また、家具やテレビ、必要な使い慣れた物を持ち込むことも可能としており、ご本人やご家族と相談しながらその都度過ごしやすい環境作りを行い、安心して生活できるような工夫している。。	各居室は、和室、洋室があり、カーテン、ベット、タンス、洗面所、トイレ押し入れなどが備え付けられている。利用者はなじみの日用品や思い出の品物を持ち込み思い思いに飾り付けをして、その人らしく、くつろいで過ごせるよう工夫されている。		
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。	廊下やトイレの手すりなど高齢者の状態に合わせ、台所もご利用者が家事をしやすい作りとなっており、安全で自立した生活が送れるよう支援している。また、居室においても個々の状態に応じて相談の上、タンスやベッド等の位置を変えたりと、ご利用者が過ごしやすい環境作りを行っている。			

V アウトカム項目			
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

3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活用状況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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、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="checkbox"/>	⑤ その他 ()
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	① 自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ()
3	外部評価（訪問調査当日）	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	② 評価項目のねらいを踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="checkbox"/>	③ 対話から、事業所が努力・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="checkbox"/>	④ その他 ()
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤ その他 ()
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		<input type="checkbox"/>	② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		<input type="checkbox"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="checkbox"/>	④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）
		<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ()

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム ダーラナヤの・くにくさ

作成日 平成 26年 10月 9日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み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にならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

【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	特定のご利用者は外出の機会があるが、重度化にともない全体的に戸外へ出る機会が少なくなっている。	個々の状態に合った外出、戸外での活動の機会を増やす。	個々の状態、ニーズを把握した上で、それぞれに合った活動を計画、実施する。	平成26年10月1日～平成27年9月30日
2					
3					
4					
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。