

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	2872700444		
法人名	社会福祉法人 那珂の郷		
事業所名	グループホーム グリーンヴィラ那珂		
所在地	兵庫県多可郡多可町中区牧野166-9-1		
自己評価作成日	平成29年6月10日	評価結果市町村受理日	平成29年7月21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	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成29年7月4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)】

周りを自然に囲まれて四季の移り変わりを感じながらゆったりと生活されています。
 施設内も広く各コーナーで二人で話されたりまた、みんなで一緒にレクレーションや作業などされます
 地域行事の参加やボランティア受け入れも積極的に行い、地域と交流できるようにしています。
 旬の食材も利用者様に教えていただきながら一緒に調理しています
 家庭的な雰囲気の中、利用者様の持てる力が発揮でき尊厳のある生活ができるように支援しています

【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)】

当ホームは平成16年に開設され、グループ(特養・デイサービス・小規模多機能型施設)の中核施設として運営されている。又本年9月にも小規模多機能が新設される予定である。廻りは木々に囲まれ、緑が多く、自然豊かで、季節感を味わえる環境である。地域との交流も特養を中心に積極的で双方向の形が出来上がっている。理念も家庭的で、利用者の気持ちに寄り添い、地域との交流の輪を大切に運営され、利用者の顔も大変穏やかで、楽しく過ごされている。

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	理念は介護の基本であると理解し、目のつくとこに掲げている。ミーティング時に唱和し介護の原点に戻り共有し実践につなげている。	利用者が、個人の尊厳を保ち、自分らしい生活を楽しむことができるように支援することを理念としている。職員全員がこの理念を共有するために玄関に掲示したり、ミーティング時に唱和したりしている。	
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	地区の祭り、小学校の運動会に参加、高校のボランティア受け入れ、事業所の夏祭りに地域住民を招待している。近所のカーデニングを見せてもらったりしている	地域住民に花や野菜作りに協力していただいている。植え付けから収穫まで住民と触れ合う機会も多い。地域のお祭りや小学校の運動会に参加したり、事業所の夏祭りに地域住民を招待したりしている。	
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	認知症サポーター講座を職員に対して行い地域での支援方法を学んだ。地域包括ケアネット高齢者部会にも参加し地域の見守りに協力できるようにしている。	/	/
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か月に一回、民生員、家族代表、行政が参加して開催している。事業報告・状況報告を行い、意見をもらいサービス向上に活かしている	2か月に1回開催している。民生委員、家族代表、健康福祉課職員に出席いただいている。事業所の現状を報告するとともに出席者から要望や意見を聞いて運営やサービスに活かしている。	
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取り組んでいる	困難事例は相談している。独居で自宅生活困難者を包括と相談し受け入れ連絡調整しながらサービスを行っている。また運営推進会議には参加いただき状況報告をしている。	市の担当者には運営推進会議に出席していただいている。相談ごとのある時はもちろん他の用事で市を訪れた時にも担当課に顔を出すようにしている。	
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	勉強会を定期的に行っている。またマニュアルもすぐにみられるようにしている。玄関の施錠は一部幻視幻聴のある利用者が不穏の時は安全対策上一時行っているが徐々に落ち着かれてきている	身体拘束に関するマニュアルを作成し、共通認識を持って取り組むために勉強会を定期的に行っている。言葉遣いや行動で相手を傷つけたことがなかったか、その日のケアを振り返っている。	
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	勉強会を定期的に行っている。またマニュアルもすぐにみられるようにしている。また疑問に思うことは職員間で何でも話し合えるようにしている。チェックリスト、ストレスチェックも行い虐待防止に努めている	マニュアルを作成し、虐待防止関連法や虐待防止のケアについて勉強会を定期的に行っている。何気なく使う言葉が相手を傷つけることもあるため、職員同士が互いに気楽に注意しあうことができる雰囲気づくりに努めている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(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	勉強会を行い制度は理解している。成年後見制度は現在1名利用されている。	現在成年後見制度を利用している方は1人いる。相談にはいつでも対応できるように成年後見制度や日常生活自立支援事業について勉強会を定期的に行っている。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入所前に入所者、家族に見学してもらい十分な説明を行い納得してから入所してもらっている。改定時は口頭と文章で説明し確認印をもらっている。退所時も十分な話し合いのうえ進めている。	入所前に、利用者とその家族に重要事項を丁寧に説明し納得をいただいている。要望があれば体験入所も可能である。入所後、利用料金等の改定をする場合には、事前に口頭と文書で説明している。	
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	毎月のお便りや来所時、電話時など利用者の様子を伝え意見や要望をお聞きしている。利用者には会話の中から要望をくみ取るようにしている。	家族が来所された折に意見や要望も聞くようにしている。また、電話やお便りで要望を聞くこともある。日常の何気ない会話の中から利用者の希望を聞き取りサービス向上に活かしている。	
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意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ミーティング時や勉強会時に職員の要望や意見を聞き代表者に伝えている。また代表者は頻繁に来所し職員に困ることはないか改善するところはないか尋ねている。	ミーティング時や勉強会、職員会議の折に職員の意見を聞き取り代表者に伝えている。代表者自身、頻繁に来所され職員の意見を聞き運営に反映されている。	
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	代表者は職員の家庭環境や個人の健康状態努力、勤務状況を把握し声掛け職場環境、条件の整備に努めまたレクや誕生会、勤続年数表彰などを行い向上心を持って働けるように努めている。		
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	法人内外での勉強会や研修を積極的に行っている。救急救命講習、感染症予防講習は全員が受講しAEDも使用できるようにしている。また資格取得の援助も行っている。		
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	グループホーム連絡会を3か月に1回行い、管理者、ケアマネ、介護職員が相互訪問し、勉強会、情報交換、お互いの工夫点などを話し合いサービス向上に努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	傾聴を基本に話を聞くことから始め会話の中から不安なこと、困っていること、要望などを聞き出しどうするのが良いか共に考えて、安心できるようにしている。		
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	これまでの生活歴から困っていること、不安なこと、要望を聞き出し解決に向けて、施設で出来ること、他のサービスも説明し一番良いと思う方法を選んでもらっている。		
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	本人と家族の話を十分に聞き支援を受けてどんな生活をしたいか、どんな支援が必要かフォーマル、インフォーマルなサービスも説明し良いと思う方法を選んでもらっている。		
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	人生の先輩、目上として、敬の心で教えてもらう、相談するという気持ちで接している。その結果～しましょうかと尋ねてくれ職員と一緒に家事などをしてくださる。		
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	利用者にとって家族との関りが一番大切であることを説明し外出、通院、行事の参加、電話対応等お願いしている。来所時やお便りなどで日常生活の様子、話されたことなどを伝え共に支えていく関係を築いている。		
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	利用者が希望される場所に外出したり家族に伝えている。家族、親戚、知人、友人が気軽に訪問できるよう面接時間も決めていない、面接場所もホール、居室、屋外など利用者の希望する場所に配慮している。	本人やその家族から、これまでの友人、知人、行きつけの場所等を聞き取り、これからも継続できるよう支援している。	
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	利用者同士で誘い合ったり、訪室しあったり、また廊下のソファで話し合っておられる。職員はその場に応じて中に入ったり見守りし孤立しないで利用者同士が支え合えるような支援に努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	サービス終了後も機会を見つけ訪問したり家族様に状況を尋ね不安なことや困ったことがあれば相談に乗っている。		
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	(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	日常会話の中から利用者の思いやどんな暮らしがしたいか、何をしたいか誰に会いたいか等を聞き出し家族と相談しながら、利用者様の思いに沿えるよう努めている。	利用者がどんな暮らしをしたいか、何をしたいか等を把握するために家族から以前の生活や習慣を聞き取ったり、日常会話の中から本人の意向を推し量ったりしている。	
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	日頃の会話の中からどんな仕事をしていたか、どんなところで暮らしていたかなど話がでたら詳しく聞き、またヒントを出しこれまでの生活歴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	利用者の一日の様子や性格、健康状態などから生活スタイルを把握するようにしている。得意なこと出来そうなことを依頼し新たな可能性に向け支援している。		
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	利用者様やご家族様から思い、意見、希望を聞き取り必要に応じて医療関係者ともカンファレンスしケアプランを作成している。計画は随時見直し その人らしい性格の継続に努めている。	利用者や家族に加えて訪問看護師やかかりつけ医からも意見を聞き取り、計画作成担当者を中心に職員で話し合い、その人に合った介護計画を作成している。3か月ごとに計画の見直しを行っている。	
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	日々の様子やケアの実践その時の状況などは詳しく記録し気付きノートも活用しカンファレンスし実践やケアプランの見直しをしている。		
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	医療連携、家族の代わりに通院や特養の各専門と連携を取り支援相談している。デイの行事、マッサージ、カラオケ、足湯、将棋、ドライヴなど個別に対応している。夏祭り等大きな行事も家族に参加してもらうなど多機能化している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	小学校の運動会見物、地元高校生の交流、地域行事の参加(文化祭、絵の作品出品)祭りの太鼓見物、神社参拝、買い物等楽しんでもらえる支援をしている。		
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し、納得が得られたか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	入所前のかかりつけ医に受診されている方がほとんどで家族様対応が無理な時は職員が同行している。新たな医療ニーズには家族様に医療情報を提供し適切な医療が受けられるよう支援している	利用者のほとんどが、本人や家族の希望するかかりつけ医となっている。通院や受診は、原則家族同伴となっているが、不可能な時には職員が同行している。	
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	利用者様の気になることや異常に思うことは訪問看護師に伝え、確認やアドバイスしてもらい受診の必要時は受診している。毎回訪問時には利用者様と話をし本人の気になることも聞いてもらっている。		
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。	入院時は状態提供を迅速に行っている。見舞いに行き状態の把握に努めている。家族とも今後の変化など話し合い入院先の連携室とも情報を取りながら早期退院に努めている。	入院時は、事業での情報を医療機関に提供し、入院中は、1週間に1回は見舞いに訪れ回復状況の説明を受け、家族や医療機関と連携を取りながら早期退院に向けて支援している。	
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	入所時、重度化や終末期において施設で対応できることについて説明している。また状況の変化に応じて家族様、医療機関と連携を密にして必要に応じて施設や医療機関を紹介している	重度化や終末期に向けた方針については、入所時に施設で対応できることを説明している、看取りは行っていない。重度化した場合には、家族と相談し特養や医療機関を紹介している。	
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	緊急時のマニュアル作成、定期的に勉強会や実施訓練を行いADEも全員使えるようにしている。併設の特養とも連携しすぐに対応してもらえるようにしている。		
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	災害時のマニュアル作成。年2回消防署、地元消防団、隣接の特養、立会いの下、初期消火、避難訓練、消火器の使用方法を学んでいる。設備点検も年2回行っている。	マニュアルを作成し、地域の消防団と協力しながら年2回避難訓練を実施している。1回は夜間を想定した訓練となっている。緊急時に職員を招集する体制も整っている。設備点検も年2回実施している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(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	常に目上として接している。利用者に見かねてから行ったり、～させてくださいと断ってから行っている。入室もノックをしている、トイレ誘導時他の人にわからないような声かけを行っている。	年長者として常に敬意を払って接するように心がけている。日頃言葉遣いに注意するとともに、トイレ等の誘導時には目立たず、さりげない言葉かけや対応に配慮している。	
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	本人の希望や思いを言ってもらえるようにコミュニケーションをとり、またヒントを出し、会話の中からくみ取るようにし、自己決定してもらっている。		
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	天気が良く外に出たいと言われたら散歩に出かけたり、ドライブに出かけている。入浴も午前午後入りたい時間に決めている。居室で過ごしたりベランダに出られたり職員は見守りしている。		
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	化粧品を買いに行かれお化粧をしておられる方、服装も好みのもを選んでおられる。爪切り、整容、髭剃りなどもできる人にはお願いしている。		
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	買い出し、献立、調理、盛り付け、片付けまで利用者様と行っている。食事も職員と同じテーブルを囲み話ながらされている。旬の食材を取り入れ利用者に合わせた量、大きさ、柔らかさなどにしている	その日の献立を利用者とともに考え、買い出し、調理、盛り付けから後片付けまで利用者と一緒にしている。裏庭でとれた旬の食材も取り入れている。職員も利用者と同じものを一緒に食べ、会話も弾んでいる。	
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	献立は特養の栄養士と相談している。食事量、水分量は記録し確認している。摂取量が少ないときは代替品を用意している。個人の好みのもも取り寄せ利用者に合わせ対応している。		
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	声掛け、洗面所まで誘導見守りする人、義歯を預かる人など利用者に合わせた口腔ケアを行っている。訪問歯科にも随時口腔ケアや治療をもらっている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(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	排泄パターンや習慣を把握してさりげない誘導を心がけている。手元にパンツやポータブルトイレを置いておく人、紙パンツやパッドも本人に合わせて用意している。	自力でトイレに行ける方がほとんどである。自力では不可能な方は本人に合わせた紙パンツ、パット、ポータブルトイレ等を使用することもあるが、自力で排泄できるように排泄パターンや習慣を把握し、さりげなくトイレに誘導している。	
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	野菜摂取を多くし、水分量もチェックし少ない人は好みの飲み物も用意している。体操も行っている。排泄状態を本人に確認し必要に応じてマッサージやあんほうで自然排便を心がけている。		
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	週3回の入浴でその日の希望に応じて午前、午後と決めてもらっている。気の合う人同士で入られたり好みのボディソープやシャンプーを使用され出来ない所だけ介助し、入浴を楽しむ支援をしている。	週3回、入浴日を決めている。利用者はその日の体調や希望により午前か午後を選択している。職員が1対1で対応している。入浴剤を使用したり、菖蒲湯やゆず湯にしたりして入浴を楽しんでもらっている。	
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	昼間は活動を基本にしていが必要に応じて休息してもらっている。夜は安眠できるよう、明るさ、騒音、室温、喚起に気を付け寝具も清潔にし眠れないときは声掛けし気持ち良く休んでもらうよに心がけている		
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	服薬管理表により目的、副作用、用法、用量、について理解している。準備は2回チェックし手渡し服薬まで確認して押印して間違いのないようにしている。症状の変化に応じてバイタル、申し送りし看護師に連絡している		
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	利用者に合わせて体調を見ながら女性は家事の手伝い、好きなレク、男性は力仕事など得意分野でお願いしている。また花を育てたり育てたり、散歩や外出デイでの喫茶やマッサージなど楽しまれて気分転換されている。		
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支援している	天気が良ければ散歩やドライブ、外食、買い物など希望を聞いて出掛けている。また普段いけない場所は家族に伝え墓参りや実家や兄弟などに出会いに行かれている。	事業所の周りを散歩したり、近くの神社へ出かけたたりしている。利用者の希望を聞き、外食や買い物に出かけたり、こいのぼりやアジサイ、モミジ等の見物に出かけたりしている。	外出は認知症進行を遅らせる重要な項目である。日常の外出や・遠出は家族の協力を得ながら出来ているが、ただやるだけでなく、外出の目標を明確にし、1日のスケジュールに入れ回数増を期待することで、家族も安心されるのではと考えます。

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	お金を持つことは大切と理解している。自分で管理し外出先で買い物される人や、少し持っていた方が安心と話され職員と買い物される人や立替で日用品を購入される利用者もある。		
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	利用者が電話したいと言われたらいつでも使用してもらっている。自分でかけたり職員がかけて変わって話をされるかたもある。現在手紙は書かれる方はない。		
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	リビング、台所、廊下の窓が広く明るく眺めも良く開放感が感じられる。玄関や廊下には季節の草花や写真や作品が飾られ生活感、季節感を取り入れ居心地良く過ごせるように工夫している。	居間、台所、廊下、浴室等の共用部分は広く、ゆったりできるようになっている。台所では、利用者と一緒に調理したり、盛り付けしたりできるようになっている。居間の一部には日本間が設けられ昔の生活を懐かしんでいる。	
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	各コーナーや玄関、ベランダに椅子やソファを置き一人でまた気の合った人同士で話されている。ソファで休んでテレビを見られたり思い思いに過ごされている。職員は表情、様子を見ながら話の輪に入ったり見守りしている。		
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	本人や家族と相談しながら、使い慣れた家具や寝具、写真や思い出の品々を持ち込んでいただき居心地良く過ごせるようにしている。職員はそれに触れ話を膨らますようにしている。	広さは十分確保されている。ベッド、エアコン、クローゼットは常備。利用者一人一人の思い出がこもった作品や家族の写真を飾っている。使い慣れた小物入れやテレビを持ち込んでいる方もいる。	
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	ベランダには目田に出入りでき布団や洗濯物を干されたり植物を育てておらたり掃除などしてくださる。室内の整理、掃除、気分に合わせて洋服を選ばれたりされる。トイレや居室が分からない利用者には分かりやすいように目印をしている。		

基本情報

事業所番号	2872700444
法人名	社会福祉法人那珂の郷
事業所名	グリーンヴィラ那珂
所在地	兵庫県多可郡多可町中区牧野166-9-1 電話0795-32-5165

【情報提供票より】平成 27 年 10 月 1日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成16年6月1日		
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	9 人	常勤7人 非常勤2 人	常勤換算6.8人

(2) 建物概要

建物構造	鉄筋平屋造り 1階建て1階部分
------	--------------------

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	21,000 円	その他の経費(日額)	5,700 円
敷 金	無し 共益費1,700円/日		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有り(200,000)円	有りの場合 償却の有無	有(期間3年間)
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
	1日当たり 1380円		

(4) 利用者の概要(7 月 1 日現在)

利用者人数	9 名	男性	4 名	女性	5名
要介護1	2 名	要介護2	4 名		
要介護3	2 名	要介護4	1 名		
要介護5	名		要支援2	名	
年齢	平均 81 歳	最低	73 歳	最高	88 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	多可赤十字病院 近藤内科消化器科医院 永谷歯科医院
---------	---------------------------

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び第三者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	22	外出は認知症進行を遅らせる重要な項目である。日常の外出や遠出は家族の協力を得ながら出来ているが、ただやるだけでなく、外出の目標を明確にし、1日のスケジュールに入れ回数の増を期待することで家族も安心されるのではと考えます。	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に支援し、認知症の進行を遅らせる工夫を行う。	その日の体調や希望を尋ね、季節、時間を考慮し戸外に出かけられるよう声掛けをし、生活にメリハリをつける。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。

(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】	
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="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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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(7/27実施予定)
	<input type="radio"/> 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
	<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
	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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(8月上旬実施予定)
	<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(7/27実施予定)
	<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(7/27実施予定)
	<input type="radio"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)(7/27実施予定)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)(7/31実施予定)
	<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)(8月～実施予定)
	<input type="radio"/> ⑤その他()