

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	2895000327		
法人名	一般社団法人 大空		
事業所名	グループホーム ありがとう		
所在地	兵庫県神戸市北区鈴蘭台西町1-16-15		
自己評価作成日	平成30年11月15日	評価結果市町村受理日	平成31年3月5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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/i.ndex.php
----------	---

【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1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)】

個々の入居者が自然体でかつ自分らしく生活を継続できるように、スタッフ一同が本人・家族様と話し合い、信頼関係を築く努力をしている。入居者が笑いながら生活でき、地域の方々にも「我々も入れてほしい」と言っていただけのグループホームを目指している。

【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)】

私鉄沿線から徒歩数分の住宅地の中にあり、はじめは社員寮として建てられた建物をリノベーションした事業所である。職員の「こんなに“ありがとう”と言ってもらえるのは介護職員だけだ」と言う呟きから「ありがとう」と名づけられ、職員全員の想いを込めた新たな理念のもと、船出して2年目となる。地域住民から花壇や菜園づくりの貴重なアドバイスがあり、今年の夏はゴーヤやトマト等の夏野菜が食べきれないほどの収穫となった。また、植木を剪定したり私道や階段の補修、避難訓練での見守りにも、地域住民は進んで参加してくれる。寒い日でも窓を全開にして、近所に挨拶をし気軽に話しかける利用者たちと地域住民との交流を通じて、事業所は地域の貴重な福祉資源になりつつある。これからも利用者の笑顔を守り続け、変わらず切磋琢磨されるよう期待している。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	<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、生き活きと働けている (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、安心して暮らせている (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

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	全員で理念を再考し、最終的に多数決で決定。各階および会議室に理念を掲示し、常時確認できる体制にしている。	職員全員の想いから抽出した理念「笑顔と安らぎを 出会えた喜びを「ありがとう」と心をこめて」を掲げ、すぐ目につくところに掲示し、職員に周知している。各ユニットのリーダーを決めて、業務をマニュアル化して理念を実践に繋げている。	
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	ふれあい喫茶や自治会の一員として赤い羽根の募金活動にも参加。年末の餅つきへの呼びかけ、近隣の方のボランティア(利用者の見守り、庭の手入れ)の受け入れも実施している。	利用者は自治会主催の「歌う会」に参加して童謡、唱歌を歌ったり、ふれまち協議会主催のふれあい喫茶で月(第3金曜日)に一回の手作り昼食を楽しみにしている。地域は協力的で、いつも気にかけてくれ花壇に肥料を撒く時期などを教えてくれる。	
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	近隣の方々の相談に応じたり、運営推進会議・民生委員等を通じて、認知症の方々の症状等を説明し、理解いただいている。		
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	日々の運営状況や入居者の状態を伝え、地域包括や識者から助言を受け、利用者に対するサービスの向上に努めている。	家族、自治会、婦人会、地域包括、民生委員、知見者の出席がある。入居状況や入居者の様子、ボランティアの来訪、勉強会等について報告している。出席者に資料を渡し緊急時対応で心肺蘇生法についての意向確認(DNAR)や褥瘡についての研修を行った。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	日頃から必要に応じて相談・連絡を行っており協力関係を築くよう努めている。	市には、介護保険の事務手続き等について相談している。市の主催で地域ケア会議や事業所連絡会、地域包括ケア推進会議があり、認知症や薬についての研修に出席し有意義な情報共有の場となっている。	
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	年2回身体拘束に関する全職員必修の職場内研修を行い、認識していただいている。施錠については、夜間・早朝などの時間帯以外、人員配置を考慮し、極力しないようにしている。	門扉、玄関、階段とも日中は施錠していない。以前、精神症状の激しい入居者があり、利用者を見守る動体検知式機器(赤ちゃんモニター)を使ったことがある。使用に当たっては市に問い合わせ、家族の同意を得て記録を残した。身体拘束適正化の指針を整備し、委員会も立ち上がった。	

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
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2回全職員必修の虐待防止研修を開催し、虐待につながる不適切なケアの段階から無くすホームを目指している。	年に2回、虐待研修を行っており、理解度のテストをすることもある。職員のストレスには気を付けており、食事会に誘ったりして風通しのよい職場を心掛けている。職員の給料体系を見直し、改善できた。	
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	現在利用者の内1名の方が、後見制度を利用されている。今後も必要に応じ利用していく。	現在、制度を利用している利用者があるので、参考にしている。今後は契約時に、家族にも情報提供をしていく考えである。身内が少なく、終末期の判断等を依頼できない利用者もあり、今後の課題だと管理者は感じている。	
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	家族および利用者に十分説明し、疑問点には真摯に答えている。	入居案内や運営方針等について丁寧に時間をかけて説明し、利用者や家族には納得の上での契約となるように努めている。DNAR(心肺蘇生についての意向確認)については口頭での説明に留まっている。	DNARについては、事業所の出来る事出来ない事を明確にし、文書化して確認をとるようにされてはいいか。
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	家族の訪問時に現在の運営状況を説明し、意見を求めている。いただいた意見については、カンファレンスを通じて職員に説明し、39つうしんなどの独自の家族向け広報紙で伝えている。	家族からは、広報誌にうちの家族が写っていない等の声があり、写真を選ぶときに配慮して要望に沿っている。また、褥瘡の出来ていた利用者は隔週通院(現在は月1回)を支援し、栄養状態や食事形態に配慮して回復に努め、ほぼ治ってきたため家族から感謝された。	
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	職員には積極的に外部の研修に参加してもらおうとともに、毎月職員の能力向上のための勉強会を開催し、そういった機会を通じて意見や提案を聞いている。	外出先や外食先の提案を聴き、反映している。壁の飾りは各フロアが雑誌等を参考にし、思い通りに利用者や制作している。職員の提案でカメラボランティアを導入し、普段の見守りや外出に参加してもらっている。	
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	理事会にて決算状況を検討し、H30.9月給与規定を見直し、給与水準をアップ。研修費用の会社負担なども含めて労働条件の整備を行った。		
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	認知症実践者研修やリーダー研修への参加を順次行っている。		

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
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	ブロック会議などの地域のネットワークに参加している。		
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	入居者の不安を汲み取るために個別対応する時間を多くとり、その上で要望等を傾聴し、カンファレンス等で全職員の周知を図っている。		
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	家族には入居時に本人の状態等について詳しく聞き取りを行い、併せて不安な点や要望などを伺うようにしている。入居後も連絡を随時行っている。		
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	本人との信頼関係の構築に努めるとともに、家族からの情報や本人の訴えを勘案し、人的・物的環境を整えていくよう努力していく。		
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	「役割」をお願いし、「感謝」を伝えることで、「参加」するという意識を持っていただけるよう努めていく。		
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	本人が過ごしやすい環境を整える努力をしながら、共同生活におけるストレスを軽減させるためにも現在の身体・精神状態を詳しく伝え、家族の支援をお願いしていく。		
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	旧知の人々との人間関係を維持存続できるように訪問等を歓迎している。	家族が交代しながら頻回に来訪する。地域のイベント時に知人と再会したり、茶道の弟子が来訪する利用者もある。管理者が、利用者の似顔絵を入れた年賀状を作り、毎年利用者の家族に送っている。	

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	
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	利用者同士の意思疎通の支障により生じる軋轢や葛藤などに対し、きちんと傾聴し誤解等を解消していくよう努めている。			
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	死亡または退去された入居者の家族の方にも関係ある事項は連絡しており、家族との相談窓口は継続している。			
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	個人ケース記録や業務日誌などをきちんと記入し、問題点などがあればその都度話し合いの場を持つたり、カンファレンスで話し合ったりしている。	食事の進まない利用者には、声掛けしながら食べてもらえるよう工夫している。コミュニケーションの困難な利用者があり、言葉も少ないがひよっとした拍子に、「おいしい」と声が出たと職員から嬉しい報告を聞いた。利用者ごとに対応方法が分かるように、「その人シート」を作り情報共有して支援につなげている。		
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	家族や入居されるまで利用されていた事業所やケアマネなどに、詳しく伺って記録し、カンファレンスなどで全員に周知してもらっている。			
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	単純な動作の記録だけでなく、BPSD症状が出た場合の際に、どういう対応や状況だったのかを詳しく記録するよう努めている。また、退院時のADL低下についても、その把握・対応を行っている。			
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	毎日の個人ケース記録をもとに定期的にミーティングを行い、問題点等があれば家族等に打診し、確認を行っている。その上で介護計画を作成するように努めている。	定期的にケアカンファレンスを行い、毎月モニタリングして3か月に1回、または状態変化時に、介護計画を見直している。サービス担当者会議で家族に伝え、説明して同意を得ている。		

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
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	介護計画は、日々の変化に対応できるように随時見直しを行うよう努めている。日々のケアの問題点や気づきについては、フロアごとにある連絡帳に記録し、情報共有に努めている。		
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	入居当時から比べると介護度が全体的にかなり上がってきているため、日々サービスの対応方法やレクリエーションなどを見直している。		
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	自治会・ふれあいのまちづくり協議会・民生委員などから「ふれあい喫茶」・ボランティア・見守り等の協力を得ている。		
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	本人の信頼するかかりつけ医がある場合は、情報を共有しながら医療を受けられるようにしているが、現状はホームの提携医療機関での対応で了承いただいている。	かかりつけ医は自由に選べるが、医科・歯科ともに協力医療機関による定期的な訪問診療があり、全利用者がかかりつけ医としている。皮膚科、整形外科などの他科受診についても、基本、職員が付き添い、特殊外来は家族が付き添う。事業所の看護職員が健康チェックを行っており、医療面でのケアにも力を入れている。	
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	ホームに看護師がおり、常時介護職と情報交換ができる体制となっている。したがって、随時相談し、受診や看護に活かせるよう支援している。		
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。	入院後の治療内容については、きちんと医療機関と情報交換を行い、早期に退院できるよう当方でできることの情報も併せていただくことにしている。	今年度、数件の入院事例があった。入院先は協力医療機関であり、看護師、地域連携室ともに関係性が築けている。職員は衣類交換を兼ねて毎週見舞い、退院の目途が立った時点のミニカンファレンスによって得た情報を基に、退院後の受入れ体制を準備した。	

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
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、事業所ですることが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	入居時に重度化した場合の指針を説明し、本人や家族の希望に極力沿えるように、ホームで対応できる限界も含め、きちんと話し合うようにしている。	「重度化に伴う看取り指針」を文書化し、契約時点で看取り介護の実施内容を説明している。緊急時対応で、心肺蘇生法を試みない(DNAR)かどうかに関しては、運営推進会議でDNARの主旨について説明しているが、家族への説明と意向の確認には至っていない。	DNARIに関する意向を文書で確認されることをお薦めします。介護計画の更新時など、定期的に確認内容を更新することも必要です。
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を周知徹底するとともに、看護師の指示のもとに対応できるようにしている。応急処置の対応訓練は定期的に行うよう計画している。		
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	火災時の避難訓練は年に2度消防署の指導の下に行っている。地域との連携においては、運営推進会議などで話し合っている。	避難訓練は常に夜間を想定している。消防署員の立ち合いと講評もあり、1階、2階それぞれの利用者の避難経路、誘導方法について学んでいる。避難後の利用者の見守りについては、近隣住民の協力を仰ぐ方向である。今後、防災備蓄食料品の充実化を図る予定である。	
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	ホームでの勉強会などで、人間の尊厳について何度も教えており、職員同士も言動が不適切でないかチェックし、気を付けている。	節度を守った言葉遣いを心掛けているが、過度な丁寧語も相応しくないと考えており、若い頃の愛称で呼ばれることを好む利用者には、ちゃん付けで呼んでいる。入浴時間の利用者が脱衣所で脱衣・更衣中かどうかは、脱衣所のドア下部の隙間からの脱衣所の灯りの漏れの有無で判断している。	
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	職員は、本人の思いや希望がきちんと話せるよう日常的に笑顔での対応を心掛け、傾聴し、本人の要望を素直に受け止めるよう努力している。		
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	職員のペースや都合ではなく、あくまで個人個人のペースを尊重するよう努めている。		

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
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	勝手に服を出すのではなく、これでどうかと声掛けを行い、あくまで本人に決めていただくことにしている。		
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	食事の準備や片付けがやりがいから生きがいとなるように協働を基本とし、そこから生じる気持ちを共有できるよう努めている。	食材は定期的に保存状況を調べて買い足し、基本、専任の職員が調理を担当している。献立には利用者の希望も反映し、事業所の菜園で採れるプチトマト、ナスビ、いんげん、かぼちゃ、ゴーヤなども色を添える。職員は、食事介助が終わってから、同じ献立を利用者に交じって摂っている。誕生日の特別献立は、すし、てんぷら、すき焼きなどが人気である。	
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	日々の体調の変化や咀嚼力・嚥下力を考慮し、普通食～ミキサー食に対応している。食事や水分の摂取量を記録し、適量を確保できるよう支援している。		
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	毎食後全員が口腔ケアできるように、声かけや介助等の支援をしている。		
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	個々の排泄パターンを毎日の記録表から把握し、失敗の少ない排泄とさりげない声かけや見守りで自立を促すように努力している。	排泄チェック表を見ながら、職員が排泄の状況を見守っている。おむつを着用している数名の利用者以外は、全員がトイレで排泄しており、布パンツを着用している利用者もいる。夜間のみ居室内のポータブルトイレを使用している利用者が数名あるが、殆どが自立してトイレで排泄している。	
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	食物繊維の豊富な献立や、水分摂取量・下剤の服薬などの記録し、どういう状態かをきちんと申し送り、注意を払うようにしている。		

自己	者三	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
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	現状の職員の配置では、入浴日と時間帯は決めざるを得ない。ただ、その体制でも喜んで入っていただけるよう入浴の雰囲気づくりを心掛けている。	基本、週の内の2日を入浴日にしており、その日に全利用者が入浴する。入浴を望まない利用者には、担当職員を変えたり、着替えに脱衣所へと誘った延長で入浴を促している。自分の好きな歌を歌うなど、利用者が入浴を楽しめるように職員は支援している。	
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	日々の状態の応じて、休息や安眠がいつでもとれるように支援している。		
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	処方時にいただく説明書などをきちんと読んで目的や副作用を理解するとともに、職員同士で情報を共有し、服薬後の変化なども記録に残すようにしている。		
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	個々の生活歴などを考慮したうえで、役割や喜びを見出し支援している。		
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	日常的に外出支援できるよう人員配置を考慮している。個々の心理状態を把握し、家族の協力も得て、外出の希望に沿えるように努力している。	外出の機会が増えるよう、職員で外出先などを案内している。多くの利用者が乗れる車や運転に慣れた職員を動員し、人出が少ない曜日を選んで、近隣のふれあい喫茶、ショッピングセンター、市営の広い公園などへ出掛けている。	
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	本人の希望により金銭の所持や買物支援をしているが、現状では金銭の所持を希望されている方はいない。		
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	いつでも支援できるように対応している。		

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
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	居心地よく過ごせるように、空間の整備に配慮し、季節ごとの飾り付けを入居者とともに考えたり、作ったりしている。	建物には老朽気味の部分も散見されるが、厚いコンクリート壁に囲まれて堅牢である。2階のリビングは日が差して明るく、掘りごたつ式の広い畳の間でくつろげる。1階の窓の外には事業所の庭が広がり、花壇の花々が季節の移り変わりを告げてくれる。それぞれ、利用者がゆったりとした気分になれる空間である。	
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	居間やダイニングがあって、それぞれが思い思いに過ごせるように工夫している。		
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	馴染みの家具や品物などを家族と相談しながら、より快適な居住空間を作るように努めている。	12有る居室は広さが異なるが、それぞれが綺麗に整頓されている。事業所からは、ベッド、収納能力があるクローゼット、空調機、防災カーテン、掛け時計などが準備されている。利用者は、使い慣れた整理ダンス、衣装ケース、加湿器、職員から贈られた誕生祝いの寄せ書き、家族の遺影、テレビ、小型ラジオなどを並べ、それぞれが過ごし易い空間を作っている。	
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	居室の入口の表札はもちろんのこと、トイレ、脱衣室など分かりやすい表示を行っている。また、個々の状態に応じ、居室にも手すりの設置などを行い、安全面にも注意している。		

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	9	DNARについては、事業所の出来ること出来ないことを明確にし、文章化して確認をとるようにされてはいかがか。	DNARについては文章化しているが、契約時・介護計画の更新時に確認することはしていない。 今後は、定期的に確認を行うように進めていく。	まずは、4月分請求時に、同書類を家族様等に送付し、確認を行うようにする。その後は、介護計画の更新時等に併せて行う予定。	2ヶ月
	33	DNARに関する意向を文書で確認されることをお勧めします。介護計画の更新時など、定期的に確認内容を更新する事も必要です。			
2					月
3					月
4					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】	
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
	<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
	<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
	<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
	<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)
	<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)
	<input type="radio"/> ⑤その他()