

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	2871500332		
法人名	医療法人 いちえ会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホームいちごの家・加茂		
所在地	兵庫県 洲本市桑間字松ヶ本492		(電話) 0799-26-1001
自己評価作成日	令和 1年 6月 9日	評価結果市町村受理日	令和 1年 7月 31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/index.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	令和 1年 7月 10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)】

認知症になっても
「自分らしく いつまでも・・・」個性を知り個性に合わせる。をモットーに支援しています。
一人ひとり違った生活スタイル、歩いてきた人生を知り、その人に添った対応・受容を行っています。

地域の中で暮らしてゆく、地域住民との交流を深め
地域のためのホーム・場所作りに取り掛かっています。

【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)】

事業所の母体は、徳島と洲本で病院や複数の福祉事業所を展開している法人である。車椅子利用者は入所不可とする方針ではあるが、淡路島の豊かな自然から得られる海山の恵みのためか、それ以上に利用者たちの笑顔が印象的である。お互いの部屋を行ったり来たりする友達関係が出来ており、訪問先のユニットで入浴したりおやつを食べたり、職員も臨機応変に支援している。男性の利用者も多く協力してカラオケの準備をしたり、一緒にテレビを観たり、皆が生活を楽しんでいる。来年は100歳になる利用者は、食後には新聞を広げて情報収集をし、届いた週刊誌を見ながら自室でくつろいでいる。職員の「自分らしく」いて欲しい、出来ることを奪わない「待つ姿勢」が利用者の笑顔の源となっている。今後も、淡路島の恵みを楽しませ、生き生きと過ごしていただきたい。

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)	○	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、生き生きと働けている (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、安心して暮らせている (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	法人理念「一期一会の心をもって」を基本に、地域密着型サービスの役割を反映させた「安心と尊厳・自己啓発と研鑽・地域との協働」を目標に、ホーム独自では、認知症になっても「自分らしくいつまでも・・・」個性を知り個性に合わせる。をモットーに掲げ職員の意識付けを行っている。	29年度の第三者評価の後、作成した目標達成計画に挙げた通り、毎年事業所独自のモットーを掲げている。個別のケアを重視して、出来るだけ利用者の想いに沿った支援が出来るよう努めている。入所して日の浅い利用者もあり、職員は各人の想いを把握して、ケアプランに繋げることを目指している。		
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	併設施設主催行事、納涼祭への参加を通し、住民や子供達と交流を図り、地域の祭りや町内会一斉清掃に参加、馴染みの関係を築いている。近隣から田畑の野菜を頂いたり、日々の食材は近くの商店を利用依頼し配達などホームに出入りしてもらっている。	開設17年を迎え、ようやく地域に認められるようになった。利用者や職員が町内の一斉清掃やお祭りへの参加も欠かさず行うという諦めない努力の結果と言える。併設事業所と共に「いちごサロン」を6月より開催し、地域住民の意見も反映して様々な活動を予定している。「子ども110番」の指定を受けたこともあり、児童館のような活動にも発展して行ければと管理者は期待している。	地域の介護分野での「よろず相談窓口」を目指し、地域住民が気軽に相談に訪れやすいよう、「窓口」を示す表札や看板の設置をさせてはいかかがか。	
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	運営推進会議を利用し、認知症の方への支援方法や地域での様子など話し合いをしている。推進会議案内・ホームの見学や介護保険・認知症についての相談を受ける事を住民に向け公表・発信している。			
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	定期的開催。運営状況・行事・取組んでいる事柄を報告。町内会から地域の情報がある。毎回、民生委員も参加してくれる事により更に地域との繋がりが出来ている。本人や家族の参加もあり、要望・意見を聞きサービスの向上に努めている。介護サロンの開催に向け活動を始めている。	毎回複数の利用者・家族、地域包括支援センター、市介護福祉課の出席があり、活発な意見交換の場となっている。議事録は家族に送付している。年に1回は家族の協力も得て、バイキング形式や鍋料理、手作り弁当等の昼食会も開催する等趣向を凝らしており、利用者、家族、職員の交流を深める機会となっている。		
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	市担当課へ定期的訪問。広報誌・推進会議案内・議事録を手渡しサービス実施内容を報告している。ホーム内の課題解決のために質問・相談等協力依頼し協働関係を築きつつサービスの質の向上に取り組んでいる。	介護保険の改定の際や利用者について福祉事務所に相談に行くことが多く、市担当者とは顔なじみとなっている。県の事業所連絡会に出席して、情報を収集している。		

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
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	居室は、入居者が望まない限り鍵はかけない。フロア内玄関は、24時間開放しエレベーターも利用し1・2階自由に行き来できる。外玄関も、定期的また入居者の希望により開放している。	身体拘束の指針を新たに作成して、法人と事業所独自の研修を開催している。外部研修にも積極的に参加するように職員には勧めている。身体拘束適正化委員会は法人内で開催しており、各事業所の状況を学んでいる。国道が渋滞時に事業所前の道が抜け道となって交通量が増えるので、安全のために職員の配置によっては玄関を施錠している。	玄関を開錠できる時間が少しでも多く出来るように、努めていただきたい。玄関を施錠することによる利用者への影響等について考える機会を、家族と共に持てることを期待している。
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	併設施設の勉強会や法人の研修に参加し、虐待関連法に関し理解している。カンファレンスで話し合い、管理者は職員個々に面接を行い、業務・ケアについて悩みの吸い上げを行いアドバイスしている。	職員の声掛けについては、口調や声の大きさについて管理者と職員が話し合える機会を持っている。今は管理者が主に注意しているが、いずれは職員同士でも気づいて注意し合える職場環境を目指している。職員のプライベートのストレスの蓄積も考慮し、業務の変更をすることもある。	ネット配信される神戸市の虐待研修映像を活用して、虐待研修に役立てて頂きたい。
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	外部研修や併設施設の勉強会に参加している。必要に応じて制度を活用できる様、在宅支援センターや市などと連携している。	成年後見制度を利用している利用者はいない。法人の研修で学ぶ機会があり、パンフレットを用意し契約時に家族に紹介をしている。今後も、学ぶ機会を設け、制度利用者が現れた時に備えたいと管理者は考えている。	
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	契約時、入居者や家族の疑問・相談に丁寧にわかりやすく納得が得られるまで説明している。改定の際には、家族と面談を行い説明・押印している。終末期の考え・気持ちの確認もしている。	契約の前には、見学、料金・持ち物等の説明をしたうえ申込みを受けている。待機順が来るとADLを確認するために本人面談をしている。契約時には契約書等を読み上げて説明し、家族からは退去要件についての質問が多く、開設以来続けて入所している利用者の事例を話す。看取りについての意向の確認書の提出を受けている。	
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	運営推進会議は、全家族に出席を呼びかけ、家族から意見交換しやすい雰囲気づくりに努めている。意見については職員内で検討、事例によっては運営者と相談し、改善に向け取り組む。無記名アンケートは毎年実施している。	契約時より家族の協力が必要であることに理解を求めており、家族もそれに応じて運営推進会議にも出席し、懇親会の回数を増やして欲しい等の要望が出る。イベント等の外出時に行き先で待ち合わせする等、家族は協力的である。	
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	職員のアイデアは全員で話し合い試し、工夫を重ねてサービス向上に結びつけている。些細な気づきを週に一度のケアカンファレンスに上げ、家族に相談後実践へと繋げている。運営に関する事は法人会議にかけ実現に向け働きかけている。	管理者と職員は普段から「ちょこっとミーティング」と称して1対1で話し合う機会を持っている。資格取得は積極的に勧めており、シフト調整も可能である。毎年のペースアップや、契約更新時の個人面談等職員それぞれが目標をもって勤務に当たれるように配慮している。	

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
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	資格取得に伴い手当等の支給や昇給を実施している。管理者が個々の勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働ける様にアドバイスや目標設定している。分野別に仕事を任せるなど、日々やりがいある職場環境に努めている。		
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	法人主催の研修に随時参加し、外部研修にも積極的に参加している。受講後は、報告書を作成し勉強会で発表を義務付け、職員全体のレベルアップに繋げている。		
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	関連施設との交流、市内グループホームでの実習や研修の受け入れを行っている。県グループホーム連絡会の参加・全国グループホーム大会や島内グループホーム見学会に参加し、質の向上に努力している。		
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	見学・申込み・契約時に丁寧に本人・家族へ聞き取りを行い、本人の生活背景を収集し、どうありがたい方が、ケアプランに取り入れている。今後の考えも聞くことで本人・家族の望みを深く理解している。家族的な関係づくりを意識している。		
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	見学・申込み時点より、家族の何が一番困っているのかを聞き取っている。家族の、本人への思いを把握しサービスに繋げている。本人の変化など電話報告し、本人の状況を知ってもらうと同時に家族間の出来事にも耳を傾けている。		
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	アセスメントや本人の意向・状況を見極めて、提案している。家族の困りごとを伺った上で対応に努めている。		
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	会話、日々の調理、野菜づくりなど入居者から教わっている。人生の先輩とし、敬う気持ちを持って接し、時には、作業をお任せし、終了後一緒にお茶を共にしている。		

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
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	計画作成者と家族で相談しながら情報交換を繰り返し行い、本人の代弁者となり、共に支えられる様ケアプランを作成し、家族が担当という場面も作りながら実施している。またアンケートや面会時に要望を収集し検討・改善に取り組んでいる。		
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	馴染みの商店へ買い物、馴染みの弁当を購入し屋外での食事を実施したり、自宅近くの寺へ外出支援し、墓参りや花見を実施している。グループ内でのデイサービス利用者・知り合いとの交流を図っている。町内清掃では自宅へ行き地域の方と活動。定期的に面会にも来て下さっている。	利用者それぞれの馴染みを尊重して、知人と会う、理容室に通う、商店街に買い物に行く等いろいろな機会を設けて支援している。昔からの手芸教室に最近まで通っていた利用者もある。入所まで続けていた習慣は家族の協力も得て、なるべく続けられるように支援している。	
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	入居者同士の人間関係を見極めて、気持ちよく共同生活が送れるよう努めている。軽度の方が重度の方を見守りされたりと支え合っている。個々に役割を持ってもらい生活に張りを感じられるよう支援している。		
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	退所後の行き先を把握している。入院された方は、面会に行くなど、家族の今後の意向を聞き取りアドバイスしている。その結果、退所後の本人の状態等 家族が報告に来られたり、手紙・葉書など便りを寄せて下さる。		
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	入居者との日々の会話・関わりから意向を引き出し、意思表示が難しい方は傾聴に始まり表情や仕草で想いを察している。選択する場面をつくるなど発語にも着目し、入居者の発語に隠された真意を職員全員で受け止め、情報共有しながら生活背景を確認し把握に努めている。	契約時に「好きなもの・嫌いなものシート」で家族から聞き取り、利用者の嗜好等の新しい情報も更新している。食事に関する詳細な情報は各ユニットのキッチンに掲示して職員が共有している。十分に広いリビングの窓に近い所がソファスペースとなっており、飾り棚等を置いて職員の視線から少しだけ逃れる場所も作っている。	
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	利用開始前に、本人・家族・ケアマネ・相談員より情報を得たり、サービス利用先の担当者から詳しい情報・こだわり等 情報収集に努め、その人らしい生活を送れるよう準備し、入所を迎えている。		

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				実践状況	実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居者担当が本人の有する力の把握に努めている。随時ケアカンファレンスを行い、変化に応じプランの見直しに繋げている。暮らしの現状は、介護記録、日誌には分かりやすく要約記入し申し送りで共有している。			
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	介護計画の評価を家族に報告し、満足度・新たな意向や困り事、今後の考えを伺い入居者との会話から想いの汲み上げ、ケアカンファレンスで検討している。変化時には、随時見直しに努めその人らしく過ごせる様 支援している。	職員はそれぞれ1~2人の利用者を担当しており、モニタリング時の家族からの意向や満足度の聴き取りをしている。毎週のケアカンファレンスで基本的に6か月毎のモニタリングを当日の出勤者で行い、施設長と計画作成担当者がケアプランの更新に繋げている。		
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、実施・結果・気づき・工夫を個々に記録し、業務日誌には要約記録している。毎週金曜日には、ケアカンファレンスで気づき・課題を話し合い、即実施・評価へ繋げている。成功例は、申し送りで共有し継続対応している。			
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、その時々にも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	医療との連携体制の強化に努めると共に、通所介護 及び短期利用の指定を受け、入居者が地域で、その人らしく生活出来るための支援を行う体制を築いている。			
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	自宅や商業施設・飲食店・思い出の地など一人ひとり好みの場所へ出かけたり、行事では外食を楽しんでもらっている。近隣住民もホームに出入りする機会が増し、日中だけでなく夜間も交流続いている。			
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・家族の希望によるかかりつけ医を前提とし受診付き添いが家族の場合、細かな変化を家族に伝え生活記録と主治医への相談連絡事項を書面にし渡している。必要に応じ、職員も受診支援し、家族へ診断・指示結果を報告している。	多くの利用者は、入所前からのかかりつけ医に家族の付き添いで定期受診している。かかりつけ医の訪問診療を受けている利用者や、契約時に法人の病院に変更している利用者もある。法人の訪問看護ステーションとは24時間連絡可能な体制を整えている。		

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
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	法人内の訪問看護と契約しており、24時間連絡可能な体制をとっている。併設している老健内看護師へも相談するなど連携し支えている。		
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。	病院へ出向き、主治医・看護師・リハビリ関係者・地域連携室からの情報の収集をし、本人・家族と相談を重ね、安心して治療に専念出来る様努めている。頻りに訪ね、自立歩行を目安に、リハビリと調整を行い、リハビリの同行 連携を図っている。	入院時は医療機関に情報提供し、毎週見舞いに行き状態把握に努めている。利用者の退院が見込まれると、事業所の生活に必要な情報を医療機関から得て、受け入れ準備をしている。医療中心の利用者や事業所の生活が困難な場合は、家族の意向を確認しながら、次期施設の紹介をする等の情報提供をしている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期については、契約時や状態変化の時に伺っている。看取り・重度化した時の考えを聞き書面で受けている。認知症の進行状況もふまえ、家族や医療関係者とは情報を共有し連携を図っている。自身の最後の時の想いに添い、家族と連携し協力を得ながら お見送りができる様 信頼関係を築いている。	契約時に重度化や看取り、救急搬送やDNAR(心肺蘇生を試みない意向)等医療連携に関する指針を説明し、家族より事前確認書をもっている。これまで事業所での看取りはないが、職員全体で研修をしたり、看取りの体制と心構えはできている。	
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	併設施設内で勉強会をしている。ホーム内でも、マニュアルに基づき急変時の初期対応・夜間緊急対応の訓練・振り返りを行っている。職員は上級救命講習を受講し、ホーム内で訓練を重ねている。		
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	法人内合同訓練は定期的に行っている。火災・地震・津波・水害等の訓練をホーム内で月1回訓練、不審者対策については、刺股を設置し、訓練強化。近隣へも協力を依頼し応援要請連絡網を準備、マニュアルを基本に訓練、災害・防犯に備えている。	法人全体で年2回の合同避難訓練と、事業所独自で毎月内容を変え実施している。地域住民参加の訓練や以前の行動記録表を参考にした避難訓練、刺股の使用方法等も実施した。水や食料等は少量を備蓄しているが、法人内の備蓄の支援を予定している。	水や食料の備蓄は、事業所独自で整備されてはいかがか。
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	広報誌写真は契約時に同意を得る。個人情報に記載されている記録類は詰所に保管。名前が入った寝具・衣類は名前を内側にし洗濯物を干している。共有スペースでの声かけは、個別な対応をし周りへの配慮に注意している。	利用者が自己決定出来る様、日常的に配慮し確認している。意思表示困難者や意思が曖昧な場合は、二者選択で確認している。利用者の呼称は名字にさん付けであるが、本人の希望や同姓の場合は下の名前呼びかけることもある。	

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
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	馴染みの関係を築くことに徹し、コミュニケーションを密にとり、日常の中での自己決定が出来るよう返事を待つ姿勢をとっている。表出しが日により困難な方には、表情・行動・声のトーン・発語をヒントに見極め、支援している。		
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	一日の流れの基本はあるものの、お茶の時間・食事時間・入浴時間・おやつも入居者と相談し、一人ひとりのペースに応じ柔軟に対応している。その方の性格を把握し、希望があった時には、手を止め傾聴・受け止めている。		
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	衣類など入居者に選択してもらったり整容を見守り支援している。理容・美容で希望を聞いた際には馴染みの店へ行ける様 支えている。化粧を日課にされている方には、美容関連の話題を豊富に、購入に付き添い活性化に繋げている。		
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	入居者の好みを参考に旬の物を入れる。入居者と共に買出し・調理・片付けを行い、一緒に休憩をとる。それぞれの好みを大事に、食事が楽しく、摂取量が増す様、個別に調理方法を工夫し、調味料は自己決定してもらっている。お誕生日には、リクエストに応え、お祝いしている。	利用者の意見を参考にメニューを作り、3食利用者と一緒に手作りし、職員も一緒に食している。近隣住民から届く野菜と畑で採れた野菜を多く取り入れ、地域の特産品や旬の食材から季節感を出している。下膳と食器洗いは利用者中心で行っている。	
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	本人・家族と日々の会話により、好み・嗜好を把握する。好みの物で補給・摂取量を上げている。食事が低下気味の方には、好物を用意。食材の量等 入居者の状態に合わせ、本人・家族と相談しながら調整をしている。		
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	見守り・声かけ・一部介助・介助と能力に応じた支援を毎食後 行っている。拒否がある場合は、時間を少しおき、職員の声かけ・大きさや表情を変える等 工夫し実践している。		

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
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	オムツに頼らない支援。個々のサインを見逃さず誘導のタイミングは職員間 申し送りで共有。重度の方は、チェック表を活用しパターンを把握・共有、トイレでの排泄を支援している。場合により、夜間のみ尿器・ポータブルを活用し、一人ひとりに応じた排泄方法で清潔保持し尊厳を守る。	多くの利用者が排泄は自立しており、自由にトイレに行っている。介助を要する利用者や一部の利用者については、チェック表によりプライバシーに配慮して対応をしている。夜間、不安がある利用者は、ポータブルトイレや尿器で排泄している。	
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	食物繊維の多い食材の使用。食事前に体操や発声運動・軽度の運動も重要であると声かけ、取組んでいる。便の状態に変化ある時には、カルテに残し職員間で共有・把握。主治医の指示のもとで薬の調整を行っている。		
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	入浴について希望を聞き、身体の状態により補助具を利用したり、入浴時間も(午前・午後)要望に応じている。湯の温度・量・脱衣所の室温など変え、一人ひとり湯を入れ替える。それぞれに合わせて、リラックスできる様 支えている。	利用者は、基本週2~3回入浴しているが、体調や気分に応じて柔軟に対応している。浴槽の湯は一人ひとり入れ替えている。リラックス効果を得るため、足をマッサージしたりおしゃべりする等、利用者と職員が1対1で関わっている。	
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	日中、歩行練習や外気浴・散歩・レクを取り入れ余暇活動を行い、夜間 質の良い睡眠がとれる様 支えている。一人ひとりの習慣やその日の状態により、日中ベットで休息してもらうなど状況に応じ支援している。		
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	薬剤情報提供表にて職員は理解している。内服薬の量や種類が変更した時には、日誌に分かりやすく記録し、その後 観察記録をつけている。変化・経過は介護記録に残し、家族に報告・かかりつけ医に提供。誤りがなく様 服薬チェックシートで確認している。		
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	ホームに畑がある。野菜・花の水やり・手入れ・収穫など一緒に行い食材に取り入れる事で日々の楽しみとなっている。将棋対決・書道教室・買い物に参加・人との交流。生活歴を聴き取り、日々の関わりから楽しみ事を見出している。		
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	日常の会話で希望が聞けた時には、職員や家族・外出ボランティアの付き添いで外出支援している。普段行けない場所には、月行事で計画 実施している。日々の中で、何気ない言葉や想いを知り、実現させる様に取り組んでいる。食べたい今日のおやつを買いに行こう・と職員 付き添う事もある。	利用者全員で花見や秋の遠足に出かけたり、数人でドライブに行く等している。職員と一緒に市役所やおやつ等の買い物に行く機会を作っている。家族とカラオケや行きつけの美容室、理髪店に行く利用者もある。希望時は職員付き添いで自宅訪問もしている。	

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				実践状況	実践状況	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	自己管理されている方は、家族の了解のもと外出時に自由に買い物されている。預かり金での買い物は、できるだけ支払いは見守りでもらっている。外出時 楽しみを持たれている方には、約束をし、買い物出来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	自己にて電話をかけられる方は、自由に使用される。希望ある方へは、その都度 連絡をとり、きちんと内容が伝わる様に受話器を耳に当てる、難聴の方には、音量の調整を行い、要望によって代弁するなどし、個々に対応している。			
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	入居者がそれぞれに、思い思い落ち着ける場所を作っている。ソファをゆったり配置し、共に過ごせる空間・一人になれる空間を大事に。季節の移ろいある装飾・入居者の作品を飾っている。居間には、床暖房・空気清浄機・加湿器を設置し、感染症対策も講じている。	リビングは、東西の大きな窓からの光で明るく、移動しやすい広い空間である。温湿度計や空気清浄機を設置し健康への配慮をしている。リビング窓側のソファスペースでは、利用者がカラオケやテレビを楽しんでいる。		
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	共有空間に、ほっと一息でき落ち着けるスペースを意識している。ダンス・マシン・人形を用い、施設でなく家庭的な雰囲気が出る様 工夫している。玄関・廊下など入居者の行動に添い、ちょっとした休憩がとれる様 椅子を配置している。			
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	本人の意向を優先し、家族の協力を得ながら、その人らしい部屋となる様 働きかけている。使い慣れた家具や布団・家族の写真・仏壇・趣味の作品・身近に触れていた物に囲まれ、その人らしく暮らせる様 本人・家族に提案している。	洗面所やエアコン、ベッドは事業所で準備し、利用者は、自宅で使っていた筆筒や椅子、テーブル、テレビや冷蔵庫等を自由に置いている。趣味で作ったパッチワークや習った習字を飾っている利用者や、カラオケを持参し居室で歌っている利用者もいる。居室の清掃は行き届いている。		
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	ホール内・エレベーター・階段など、手すりを活用し独歩で移動できる様、又スリッパも状態に合わせて危険回避できる様にしている。トイレ・浴室など目印をし、分かりやすくしている。			

(様式2)

事業所名: いちごの家・加茂

目標達成計画

作成日: 令和 1年 7月 31日

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	2(2)	地域での介護分野に関して、ホームが窓口になるには訪れやすい環境とは言えない。	相談しやすい場所となり、地域住民を支えられるホーム・職員となる。	・分かりやすい目印の設置を行い、地域住民に向け周知してもらう。 ・毎月開催する介護サロンの発展。	12か月
2					月
3					月
4					月
5					月

(様式3)

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
		<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()