

# 1 自己評価及び外部評価票

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2090600012		
法人名	社会福祉法人諏訪福祉会		
事業所名	かりんの里複合福祉施設認知症対応型高齢者グループホームかりん		
所在地	長野県諏訪市高島1-1-11		
自己評価作成日	平成29年6月27日	評価結果市町村受理日	平成30年3月2日

※事業所の基本情報は、公表センター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	<a href="http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2090600012">http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2090600012</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成29年11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)】

当施設は上諏訪駅に近い立地で、御面会の方が来訪しやすい環境である。諏訪湖や高島城など地域に馴染みのある場所が近くにある。住み慣れた環境を生活の中で感じられる複合施設内に事業所があるため、併設ユニット型特養、および認知症対応型通所介護事業所との交流も盛んである。ボランティア活動によるマジックショーやよみきかせ、芸術療法、福祉大学や高校生実習の受け入れ、中学生体験学習など、施設外からの来訪もあり、地域との関わりも多い。併設している事業所の専門職には管理栄養士や歯科衛生士がおり、指導を受け栄養管理や口腔ケアに力を入れている。

## 【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)】

諏訪市高島島崎一区の自治会の一員として2ユニット(定員18名)が運営されている。同一建物内(3階建)には、地域密着型ユニット型特別養護老人ホームと認知症対応型デイサービスきずな等が設置、運営されている。さらに、社会福祉法人諏訪福祉会は、近隣に介護老人保健施設の他、居宅介護支援、訪問介護及び複数の通所介護事業の運営を行い、それぞれ独自の特性を有効に活用して、地域で暮らす利用者の様々なニーズに応えるべく介護・福祉サービスの充実と連携強化に取り組んでいる、かりんの里複合福祉施設の運営は「心のふれ合いと笑顔を大切に！」の理念を基本として、地域密着型サービスの意義を踏まえ、理念の具体化に取り組んでいる。安心して暮らすことのできる場を提供したいという思いで質の高いサービス提供に努めている。利用者の居るところには必ず職員がいて、常に寄添いながら温かい視線や声かけ、語らいがされている。

## 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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(かりん)		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (参考項目: 23, 24, 25)	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが 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ます。 (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広がったり深まり、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と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、生き活きと働けている。 (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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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				

**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**

ユニット名( あやめ )			
項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
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)	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。 (参考項目：9, 10, 19)
	○ 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		○ 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)	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		○ 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)	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広がったり深まり、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)	66	職員は、生き活きと働いている。 (11, 12)
	○ 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)	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		○ 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させている。 (参考項目：30, 31)	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		

## 自己評価及び外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己	外部	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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。	「心の触れ合いと笑顔を大切に」という施設理念を各ユニット・正面玄関に掲示するとともに、新入職員にはオリエンテーションの中で施設理念に関する講義に盛り込むとともに、業務中も利用者やご家族が来訪された際、意識して対応するように心掛けている。	法人の基本理念と共に事業独自の理念と品質方針を掲げて各ユニット及び正面玄関に明示されている。管理者と職員間でその理念について話し合いの機会を持ち、理解を深めている。日々のサービスの提供場面で心のふれ合いと笑顔を大切に利用者のその人らしい生活と施設と地域の関係性を重視した理念を大切にしている。	
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人として日常的に交流している。	自治会運営の避難訓練に参加させていただいている。暮れの餅つき大会、冬場の雪かきなど例年行事は地域の方々と共に行っている。昨年は御柱の行事を行い本祭に行かれなくても参加できるようご家族や近隣の方々にも御協力頂いた。	島崎一区の自治会に加入している。年に1回、公民館を中心とした避難訓練に参加している。かりんの里複合福祉施設恒例の暮れの餅つき大会には日頃の感謝も込めて地域の方にお餅を振る舞いなど交流を大切にしている。日常的に散歩や買物に出掛けて近隣の方と挨拶を交わしたり会話をされている。	
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。	民生委員や各自治区の見学等受け入れている。また、施設長自らが、実習担当として福祉大学の講師や実習指導を勤め、地域貢献の一助としている。今年度から併設通所介護事業所のきずなカフェの運営を開始し、地域に向けた勉強会や家族交流を行っている。		
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。	年4回開催している。会議ではご利用者状況や職員構成、職員研修報告や事故・苦情・行事等の報告をさせていただき、委員の皆様よりいただいた意見を介護サービスの運営に活かしている。	事業所の運営内容や利用者、職員の状況など見やすく解りやすい基本資料を基に事業運営改善に向けて会議が開催されている。保険者、行政、区福祉会長、民生委員、ボランティア、家族等の各分野から出席を得て、それぞれの立場からの意見や提言はサービス向上に向けた取組に活かされている。	事業所が地域密着型サービスとしての役割を果たすために適切にこの会議が機能していますが、より地域の理解と支援を得るために警察、消防署や実習生受入機関など新しいメンバーの人々が積極的に関わられるような働きかけや会議の内容や方法などの工夫を期待したい。
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に取り組んでいる。	運営推進会議はもちろん、行政主催の学習会や広域連合との連携を図っている。またなんでも相談員の受け入れを行い、実情をお伝えする事が出来ている。	諏訪市役所高齢者福祉課及び保険者である諏訪広域連合介護保険課の担当者とは、日頃から事業者の実情や利用者の暮らしの様子やニーズなど伝え、連携を深めている。会議や研修会にも積極的に参加して行政、地域の情報を得ている。法人では、毎年、諏訪市役所から新規採用職員介護体験研修の受入れ施設として行政との協力関係は極めて良好である。	
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。	運営規定や重要事項説明書に明文化している。また、入職時のオリエンテーションや施設内研修で「身体拘束廃止」の講座を取り入れ勉強会を実施している。拘束廃止委員会も設置し、法人全体として取り組んでいる。	法人内に「拘束廃止委員会」が設けられ、毎月1回開催して身体拘束、虐待及び不適切ケアの法人内研修が行われ、職員の拘束しない介護への認識が共有化されている。職員による見守りや連携を徹底し、利用者の心身状態を正確に把握することで安全面に配慮された自由な暮らしを支援している。	
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。	常に高齢者虐待関連の情報を収集し、他施設で起きてしまった虐待例を職員掲示板に掲示、回覧し職員に周知している。また、日々の業務の中でも虐待が見過ごされることが無いようスタッフへ周知し、虐待予防に努めている。		

自己	外部	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
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支援している。	スタッフは成年後見制度を利用している方が居ることは理解している。地域で開催される成年後見制度の勉強会にもスタッフが参加している。		
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。	その都度十分な時間を確保し、キーパーソンになられている方はもとより、出来る限り介護に参加されている方に対して説明が行えるように努めている。		
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。	施設玄関窓口にて苦情・要望受付箱を設置し、苦情があった場合にはユニットおよび幹部会で話し合い、改善策や回答を掲示している。また、1年に1回ご利用者様満足度調査アンケートを実施し、アンケートより頂いた内容についての回答も掲示している。苦情・要望受付簿の内容やアンケート結果については運営推進会議においても報告している。ユニット入り口にも意見箱を設置し要望の把握に努めている。	年1回、利用者及び家族全員に「ご利用満足度調査アンケート」の実施や玄関に意見箱を設けて意見や要望を出せるよう工夫されている。施設全職員が家族の面会時には、意図的に働きかけて情報交換を密に取り、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりを心掛けて、家族と話す機会を大切にしている。	
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。	ユニット会や各種委員会には出来るだけ施設長が参加し、職員の意見や要望を聞き、施設運営に活用している。また、必要であれば個人面談も行い職員の率直な思いも聞いている。	グループホーム会議や2ヵ月1回開催の各ユニット会議など業務に関して話し合う機会がある。また、管理者は日々の業務の中から職員の運営に対する意見や要望を聞くよう声がけしたり、全職員の個別面談を実施している。	
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。	月に1回、幹部会議を開き運営実績の報告や業績について労いの言葉をかけている。また、人事考課も取り入れて実施している。やりがいや向上心が持てるよう有休を適宜取り入れた業務改善を適宜行っている。		
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。	法人全体で実施している施設内研修や、複合施設で勉強会を企画、立案し職員の教育に力を入れている。また、外部研修にも積極的に参加し、伝達講習を行っている。		
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。	同一法人内での交流は行っている。他施設で運営されている事業所との交わりは少ない。外部研修や施設内での研修に参加し、同業者との交流や自己研鑽に努めている。		

自己	外部	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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	1対1の対応を心掛け居室でゆっくり話をして本人の思いを傾聴するようにしているスタッフと入居者の信頼関係が構築できるように日々努力している。		
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。	来居された際に、ご家族からの意向を聞き入れ、希望に沿うようにしている。		
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。	他のサービス利用の意向がある時には希望に沿うように支援し対応している。		
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。	本人のできる能力が継続できるように、職員はサポートし、入居者と職員が共同で行うことで、出来ること、出来ないことの把握に努め支援している。		
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。	来居の際には普段の生活の様子をお伝えしている。ご家族との対話を大切に本人、家族から希望を聞いている。遠方の方には定期的に電話連絡をして情報の共有をしている。		
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。	ご近所や親せきの方の来訪を快く受け入れ、本人とゆっくり過ごす時間が持てるように時間の確保、環境配慮を行っている。	友人、知人からの電話の取次ぎ、便りや年賀状を出したいなどの要望に対応して、これまでのつながりを継続できる支援をしている。昔からの思い出の場所(花火大会や美容院等)の外出計画を立て、実施している。また、利用者本人からの外出希望時は、家族と連絡を取り合い実施できるよう配慮している。	
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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	入居者様同士がスムーズに関われるようにスタッフが間に入りコミュニケーションの橋渡しになったり入居者同士の関係が保てるように配慮している。		

自己	外部	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
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。	他施設に行かれたり、入院した場合においても家族からの問い合わせ相談に応じている。		
<b>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</b>					
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。	入居者一人ひとりに担当制をとっている。定期的カンファレンスを開きニーズについて情報の共有、共通認識が持てるようにしている。又申し送りの中で、常にカンファレンス形式をとり検討するようにしている。	日々の関わりの中で利用者個々との会話や表情などを専門職として、特に傾聴などコミュニケーションの基本姿勢を大切に本人の意向の把握に努めている。日々の申し送り用ワークシートや個別介護記録より個々から得られた情報を具体的に会話した言葉なども記録して共有している。家族から得られた情報も大切に思いや意向の把握に努めている。	
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。	入居前の面談で聞き取りを行ったり、在宅ケアマネージャー、在宅介護サービスの関係者より情報収集をしている。家族から昔話を聞いたり、本人からも話を聞くようにしている。		
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。	大まかな1日のスケジュールはあるが、本人の1日の過ごし方、生活リズムを尊重し対応している。それぞれの身体状況に合わせて生活に無理がないように本人のペースに合わせるよう配慮している。		
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。	担当者を中心に定期的カンファレンスを開催し本人の意向、ケアの方向性、ニーズについて確認し修正を行っている。カンファレンスの前にはご家族、本人に意向を確認し、プランに反映させている。	施設ケアマネ及び担当職員が中心となり本人や家族から生活に対する意向や関係者からの意見を活かして介護計画に反映している。職員はケアプランの流れとチームケアの重要性を理解している。特に自立支援と評価改善が可能な介護計画づくりを目指している。また、利用者の状態に変化が生じた場合には、随時見直しして現状に即した介護計画が作成されている。	
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	支援経過記録を通し、その日の状態を職員が把握し情報を共有し申し送りで伝達できている。状態に変化があればカンファレンスを開いたり、日々の申し送りの中で対応を検討している。		
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。	職員が対応できることは行っている。家族が遠方で対応困難なケースでは受診通院介助、市の健康診断を受けるための付き添い等、柔軟に対応している。		

自己	外部	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。	施設周囲のスーパーやドラッグストアに出かけたり、日赤のコンサート、催し物、地域のお祭りなどに参加し楽しんで頂いている。		
30	(11)	○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。	在宅の主治医を継続し医療介護の連携表を活用して主治医との連携を図っている。家族の都合や身体状況の変化で往診に切り替える方も主治医と往診医との連携の下スムーズに移行できるよう支援している。	利用者や家族の希望を大切にしながらかかりつけ医を決めている。事業所では、諏訪赤十字病院が協力医としての受診体制がある。家族と連携して受診しているが都合がつかない時には職員が対応している。毎回受診時は、事業所より利用者的一般バイタルや介護状況などを記載した情報提供書を作成して適切な医療が受けられるよう支援がされている。	
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。	日々の健康管理、日常生活の様子が掴めるように介護と看護の連携を図っている。少しの体調の変化や不安に思うことも看護師に連絡をして相談している。看護師は情報を基に状況を把握し主治医に報告し受診に繋げたり医師からの指示を仰いでいる。		
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、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。	入院後早い段階で入院先の医療相談室に連絡を取り病状や経過の把握に努めている。またご家族様と連絡を取り本人の体調についてお聞きしている。退院時は入院先のソーシャルワーカーと連携しスムーズな退院支援の連携を図っている。退院前のカンファレンスに参加し情報共有、退院後の生活について話し合いの場をもうけている		
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。	入居時に終末期の在り方について家族に意向確認をしている。その後は1年に1回家族に意向確認をしている。本人・家族の意向に沿えるようグループホームでできる限りの支援に心掛けている	入所時に事業所の重度化や終末期への対応指針について説明して方針を共有している。利用者の変化が見られた時には、本人・家族の意向を確認しながら地域の医療、介護・福祉関係機関と連携を取り支援している。今後は、更に利用者や家族の意向や思いに添った終末期支援の体制を検討している。	
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。	入居時に終末期の在り方について家族に意向確認をしている。その後は1年に1回家族に意向確認をしている。本人・家族の意向に沿えるようグループホームでできる限りの支援に心掛けている		
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。	入職時のオリエンテーションや、年2回の避難訓練と水防訓練を地域の方の協力を得て行なっている。今年度は夜間想定での訓練を行った。	年2回、消防署の立会いを得て利用者の安全な避難方法を全職員が身につけるように、同一建物内の3事業所合同で総合防災訓練を実施している。緊急連絡網による伝達訓練実施やメール連絡網も導入している。施設内には、食料品や介護用品など災害に備えた備品等が準備されている。	

自己	外部	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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○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。	人生の先輩であることを理解し言葉遣いに注意して対応している。	法人による研修会や接遇委員会にて利用者への尊厳保持やプライバシーについて話われている。職員は、利用者への日々の介護の中で言葉かけや対応に配慮して取り組んでいる。居室への入室時にはドアをノックして声がけするなど対応している。	
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	生活の様々な場面において利用者が自己決定できる様支援している。迷わないようにいくつか選択肢を提示し自己決定を支援している		
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。	日々のレクリエーションの中で何がしたいか？どこに出かけたいかなどお聞きし希望に添えるようにしている。		
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。	朝の整容、整髪に配慮。リビングに出向く前は身だしなみの確認をしている。日常着の選択ができるように本人に選んでもらっている。		
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。	厨房からの食事提供でメニューを決定している。ユニットでは入居者の嗜好をお聞きしお寿司を注文したり、月に1回手作り昼食、手作りおやつを計画し、入居者と共に準備から片付けまで共に行っている	利用者は、日常的に盛り付けや配膳、下膳など食事など一連の作業に関わっている。また、職員と利用者と一緒に食卓を囲み、視線を同じにして会話を楽しむなど食事全体が楽しくなる工夫をされている。利用者の意向を聞きながら、季節行事食や希望メニューなどを多く取り入れている。	
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。	食事・おやつの摂取量水分量を把握している。水分摂取の苦手な方にはサポートゼリーを提供したり、食事摂取が少ない時には管理栄養士に相談して補食を検討している		
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。	一人ひとりの口腔ケアに関わり必要な支援をしている。歯科衛生士と連携しアドバイスを受けたり必要時には歯科往診へ繋げている		



自己	外部	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	(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むけた支援を行っている。	ワークシートを活用しながらトイレ誘導を行いトイレでの排泄を心掛けている。一人ひとりの排泄時間を確認しながら、出来るだけ汚染が少なくなる様支援している。	利用者全員の日勤・夜勤用ワークシートから排せつ状況を把握する。職員は個々の排せつの自立を意識して声かけやトイレ誘導が積極的に実施されている。利用者の排せつの自覚や訴えを尊重して、可能な限りトイレでの排せつ支援を取り組んでいる。	
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。	必要時は看護師、医師に相談しながら下剤の内服を行っている。そのほか、食事形態の工夫や適度な運動・飲水等に心がけている。		
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、個々にそった支援をしている。	早朝や夜間の入浴はできていないが入浴日や時間は決めずに、出来る限りご本人の希望に沿える様日々努力している。	毎日、3名程度の入浴を実施している。職員マンツーマンで関わる時間を大切にしている。浴室には大型の遠赤外線暖房機が完備されていて、利用者に優しい浴室内の快適な温度管理が出来るよう配慮されている。リフト付きの個浴が設備されて、利用者の身体状況に対応している。入浴後のノンアルコールビールなど個別でユニークな試みも実施されていた。	
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。	午睡などご本人の生活習慣に合わせて休める様支援している。安心して眠れるよう声掛けをしたり、眠れない時はお茶を提供したり話を聞くなど工夫している。		
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。	内服の目的や副作用などについてファイルにまとめスタッフの目の届く場所に置き、時間のある時目を通せる様配置している。食前食後薬・点眼など区別し間違えないよう工夫している。		
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。	一人ひとりの生活歴や趣向に合わせて役割が持てるよう作業などの提供をしている。また、得意なことや趣味を生かせるような余暇時間が過ごせるよう工夫をしている。		
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。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。	散歩の機会を持つよう心掛けている。ご本人の希望を聞いたり、時には外食や日赤のロビーコンサートに出かけている。また、ご家族やボランティアの方に協力して頂き外出の機会を設けている。	日常的に施設付近の散策やドライブを取り入れて気分転換やストレスを溜めないよう外出を活用している。季節ごとに利用者の希望に沿った高島城でのお花見やいちご狩りなど外出計画を家族の協力を得ながら立てて、戸外に出る機会を多くとるように取り組んでいる。	

自己	外部	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
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。	少額を入居者の希望により自己管理している方もいる。普段は事業所で管理している方も買い物の際自分で支払が行え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。	希望時には電話がかけられるよう支援している。年賀状などはご本人の希望を聞いて書けるよう支援している。		
52	(19)	○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。	温度調節・遮光など心地よい環境が作れるよう配慮している。季節感を味わって頂けるようにユニット内に装飾品を飾り、見て楽しんで頂けるよう工夫している。	リビングとキッチンが一体化して職員と利用者が常に関わりやすい環境下にある。リビングの窓からの採光は良好で、明るく十分な自然光を取り入れている。温かみある木目調の床や壁は、落ち着きとやすらぎを漂わせている。手作りの日めくりカレンダーや行事の写真や利用者の作品が丁寧に見やすく飾り付けられるなど生活感があり、居心地の良い環境となっている。	
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。	共用スペースで一人で過ごせる場所は少ないが、居室でゆっくり過ごして頂けるよう支援している。また、ゆっくりくつろいでいただけるようお茶・コーヒーなども提供している。		
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。	ご本人やご家族と相談しながら家電やカーペットを持参して頂き、ご本人の過ごしやすい環境を整えられるよう配慮している。	居室には、洗面台、ベッド一式、エアコン、チェスト、テーブルに専用椅子などが施設で用意されている。持ち込みに制限はなく広い居室には、利用者や家族の意向で家族写真、思い出の品々や施設で作った作品などが飾られている。また、冷蔵庫やテレビ、仏壇などの持ち込みの希望にも柔軟に対応して一人ひとりが居心地よく過ごせる居室作りがされている。	
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」「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。	一人ひとりの入居者が安全に自立した生活ができるよう環境整備を行っている。また、表札などを作り場所の確認ができるよう工夫している。		

### 目標達成計画

作成日：平成 30年 3月 2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	3	現在の運推推進会議は会議報告であり、毎回同じメンバーでの開催になっている。	会議メンバー以外の地域の方にも参加いただけるような会議の開催を目指す。	会議メンバー以外の地域の方にもご参加いただけるような施設イベントやきずなカフェなどの機会を活用し、会議を開催する。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。