

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	2894800073		
法人名	社会福祉法人かるべの郷福祉会		
事業所名	かるべの郷認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地	兵庫県養父市十二所906番1		
自己評価作成日	平成31年2月1日	評価結果市町村受理日	平成31年3月25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31年3月8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)】

入居者、家族、地域の方に快適に過ごしていただけるよう、ハード面については“施設っぽくない地域に溶け込んだ建物”を目指した。建物内は木造の温かみのある明るい空間で、建物の東側は庭があり解放的を感じられる。入居者だけでなく家族からも「居心地が良い」と好評をいただいている。そのため、家族も足を運んでいただきやすい様子。「家族との時間」「家に帰りたい」という入居者の希望を実現し続け、入居者に安心した生活を送っていただけるよう、家族の訪問や帰省を推奨している。毎日、どなたかの家族等の訪問があり、帰省も毎月のようにあり日常的なものとなっている。地域との繋がりを大切にしており、祭りなどの地域の行事には毎回参加し、外出の機会も毎月設けている。リビングからは子どもの通学の様子等を見ることもでき、地域の中での生活を自然に感じることができる。夏には地域のラジオ体操を庭で行う等し、地域住民と当施設との関係が更に近くなることを目指している。

【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)】

事業所は静かな山あい位置しているが周辺には住宅が多く建っている。この立地状況を活かして事業所と地域とが近い存在となるようハード・ソフト両面で色々工夫されている。事業所建設のコンセプトは「施設っぽくない地域に溶け込んだ建物」を目指したということで木造の温かみのある明るい空間が確保されており、利用者はもとよりご家族の方にも好評とのことである。家族の来所も頻繁にある一方利用者の一時帰宅についても推奨している。また、ホーム名の“かるべガーデンリビング”を具現化すべく、事業所と公園が一体的になるように配置されている。公園内には井戸ポンプがあり緊急時には使用可能とのこと。また敷地内には地域の“神輿”の保管倉庫がある。

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)	○	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、活き活きと働いている (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)	○	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	理念に基づいた事業計画を作成し、それに添って管理者、職員ともにサービスを提供している。	法人の「経営理念」等はあるが、朝礼やミーティング・研修時には持ち出して職員に話しているが施設内に掲示していない。またホーム独自の理念は作っていない。ホームページについても当初のまままで更新していない。	
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	地域の夏祭りや秋祭り、近隣の小学校の運動会など入居者が地域の行事に参加し、そこで地域の方との交流が持っている。また、地域の消防団と合同で火災による避難訓練を実施し、地域の方にも施設を知ってもらうように交流している。	法人は町会に加入している。地域の行事に積極的に参加しており、逆に建屋小学校の取組の「高齢者との交流」をはじめ、「赤ちゃん先生」の訪問等地域の人の来訪も多い。ホームの部屋(交流スペース)を地域に開放することも考えている。	
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	認知症の人を含めた高齢者の理解、関わり方等を地域の方へ伝えていくため、現場の職員が中心になり、介護教室(地域の方対象)、中学校の出前授業などを行っている。		
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	入居者から直接サービスの評価を受け、また希望等をきけるよう、毎回、4~8名の入居者に参加してもらい、入居者の意見をきくことを中心とした運営推進会議を目指している。出た希望についてはすぐにサービスに繋げている。	地域代表、行政、職員以外に入居者にも呼びかけ、毎回何人かの方が出席している。議事録を作成し欠席者にも配布している今後は固定されたメンバーだけでなく、消防・警察等適宜参加を要請することも検討している。	
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に取り組んでいる	最低月1回は養父市役所社会福祉課に訪問し、入居者の状況だけでなく入居者家族の情報についても報告し情報交換を行っている。定期的に顔をあわせ信頼関係の構築に努めている。	市とは運営会議に出席している他頻りに連携をとっており、良好な関係を持っている。消防関連の職員約60人が見学に来たこともあるが、市職員の研修の場として施設を提供することも考えている。	
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	今現在、身体拘束の行為(ベッドから降りられないように柵をする。玄関の施錠)を行っている。ただ、定期的にケアの見直しと供に、身体拘束廃止の重要性について職員の勉強会を行っている。	外部からの侵入を含め事故の可能性を排除するという観点から玄関には常時施錠している。「身体拘束廃止マニュアル」に基づき勉強会をしている。1人にベッド転落防止柵を設けているが家族の同意は文書で得ている。	
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逃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	高齢者虐待防止関連法案について、書籍や勉強会で学ぶ機会を持っている。入居者の中に配偶者から虐待を受けていた方もあり、職員同士の情報共有はもちろん、市役所とも行っている。	これまで虐待の事例はない。「虐待防止対応マニュアル」を用い職員で勉強会を持っている。また「苦情処理対応マニュアル」でご本人やご家族からの苦情に備えるよう体制を整えている。	

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	制度については書籍や研修会に参加するなどし学ぶ機会を持っている。ただ、現在の入居者は、皆家族が判断される方ばかりであり、活用を勧める支援は行っていない。	基本的な対応は管理者と五十嵐マネージャーであるが、行政のマニュアルを活用して家族からの紹介にも対応できるように職員の研修を深めている。場合によっては司法書士も活用する。	
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	契約時は時間をかけ説明だけでなく、家族等に質問などが無いかどうか必ず確認を行っている。また、契約後以降も「気になることなどあればいつでも尋ねてください」と説明を加えている。	入所時に「重要事項説明書」で質疑応答を交えながらご家族に説明している。特に加算関係については丁寧に説明している。職員にも契約内容を周知するよう機会あるごとに説明している。	
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	これまで入居者や家族から伺った希望で多いものは、地域の祭りの時に帰省したいという希望であった。普段から帰省していただく機会を持ち、希望に応じて車椅子の貸出をおこなっている。	家族会はない。運営会議に家族代表が入っているので一般的な家族の要望はお聞きできる。ご本人とは日常の接触の中で要望を聞いている。一事帰宅時にご家族とご本人は良く話し合われている。	
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	職員会議、面接など定期的に職員からの意見をきく機会を持っている。意見や提案については改善、サービス内容の変更等すぐに対応するよう努めている。	月1回の職員会議と、年2回の管理者との面談を実施している。職員会議では入居者の対応表のシンプル化等の希望があった。管理者との面談では職員の待遇面での要望もでてくる。	
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、年に2回の自己評価、上司評価、面談を実施。面談において、希望や目標、困っていることなどをきく機会を設けている。		
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	職員が希望する外部の勉強会への参加や、力量に見合った法人内外の勉強会や研修会への参加を積極的に進めている。		
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	他の認知症対応型共同生活介護事業所との交流は実施できていない。養父市内の施設の代表者同士、県老協での他施設との代表者との交流は実施している。		

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
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	初回面接時等、職員が話しをするよりも、まず相手の話を伺うことを基本の姿勢としている。入居当初は、職員が頻繁に入居者の部屋に訪問したり、普段から困り事は無いかなどこまめに声をかけ、言ってもらいやすいように努めている。		
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	可能であれば申込時から時間をとって話を伺うようにしており、初回面接時においても、職員が話しをするよりも、まず家族の話を伺うようにしている。入居後は、訪問時に各職員が家族に声をかけ希望を伺っている。		
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	入居前時には、本人・家族の状況を再度把握し、必要に応じて担当CMIに相談するなどし、グループホーム入居の見極めを行っている。		
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	「入居者が自分の力で生活できるように職員はサポートする役割」というスタンスで、職員は毎日のケアに携わっている。掃除、食事の用意、職員の子供のもうり等)で全入居者、少しでも何かしらできることに取り組まれている。		
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	「入居者が何よりも一番安心され楽しみにされるのは家族との時間」と考え、家族には気軽に訪問や外出を依頼している。そのため、訪問については全入居者、毎日～3ヶ月程度に1回と定期的にある。		
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	勤めておられた飲食店で食事をしたり、散髪は馴染みの美容院に行っていたりなど、これまでの生活のつながりが途切れないように支援している。	入所時にこれまでの馴染みの人や場所についての情報を得ており、散髪・美容院・蕎麦屋・買い物等できるだけ馴染みの場所へ出向くようにしている。施設のイベントに馴染みの人に案内をすることはしない。	
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	食事の準備や片付けを手伝っていただくメンバー、席の配置、外出時のメンバーなど、入居者の関係性を配慮しながら対応している。		

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
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	平成30年12月に退居された方(現在入院中)について、家族と相談しながら次の入所先を決定。入所日までは病院のMSWと定期的に情報交換を行い状態を把握している。		
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	入居時はもちろん、普段の会話や運営推進会議などで希望等の把握に努めている。本人から確認が困難な場合、家族に伺うなどし、可能な限り本人の思いを尊重できるように努めている。	平素のお付き合いの中でからご本人やご家族の思いや意向を把握するように努めており、内容は介護計画にも反映するようにしている。場合によっては職員が自宅を訪問することもある。	
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	本人・家族からの聞き取り、在宅時の担当CMから情報をもらうなどし、グループホーム入居までの生活について情報の収集を行っている。		
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	毎日の生活の中で可能な限り、できることは入居者自身で行っていただくよう努めている。体調のため月に数える程度しかできない方でも、入居者の体調の良い時を見極め、テーブル拭きや掃除をしていただく方もある。		
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	本人・家族からの意見や希望を確認し、またケアプラン検討会において各職種の職員から入居者一人ひとりの状況を確認し介護計画を作成している。	介護計画は本人・家族からの要望・希望とドクターの情報をケアプラン検討委員会にて、ケアマネジャー・看護師・職員・マネジャーのチームにて検討し決定し、家族の了解をえている。見直しは6ヶ月毎、モニタリングも同期間で、利用者に体調変化があれば即変更している。	
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	本人の希望、ケア内容の変更、体調面、ヒヤリハット、事故、その他気づきなどは毎日、各職員がケースに記録し申し送り情報共有している。		
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	どのような内容でも柔軟に対応できるように、1日2回ミーティングを実施し、情報共有だけでなく、できることはその日の内に検討し、又ケア内容の見直しを行っている。		

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
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	地域行事などに参加し、地区の民生委員、区長、警察、消防団、消防本部と普段から顔を合わせコミュニケーションを図っており、困ったとき等すぐに協力が得られる関係性を築くようにしている。		
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、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	主治医は本人・家族と相談し決定している。現在定期的な病状確認は月1回の往診にて対応。その他状態が悪い時は、電話で主治医と相談している。	かかりつけ医は入所時に本人・家族・ホーム間にてよく相談し決めている。現在は従来のかかりつけ医が6名、協力医が12名、ドクターにより違いが月1回と週1回の往診の利用者がいる。歯科は月2回の利用者が1名いる。職員に看護師がおり常時健康管理に注意している。	
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	体調の変化のある場合はすぐに看護師に報告し体調確認、適切な処置が受けられるようにしている。配属の看護師不在時は特養の看護師が応援にくる体制を整えている。		
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。	入院時、計画作成担当者が入院先のMSWとすぐに会い、情報の交換を行う(会うことが難しい場合は電話にて行う)。入院中は1～3日に1回はMSWと連絡を取り合い情報交換を行う。	入院時にはホームのサマリーをソーシャルワーカーに提供し、入院中は医療連携室と連絡を取り合い早期退院へとつなげている。退院時には医療連携室より情報を頂きホームでの介護に活かしている。	
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	まず、契約時に終末期の対応について確認すると共に、事業所内のできる対応を説明する。その後、状態に応じて家族や主治医と話し合う機会を設けるようにしている。	重度化に関しては入所時に「重度化した場合の対応に関する指針書に基づき、ホームとして出来る事、出来ない事を詳しく説明し了解を得ている。看取りに関しても同文書の中に定義されており、かかりつけ医・家族・マネジャー・看護師と相談し、方針を共有している。方針の中にはグループの特養・協力病院の選択肢もある。指針書は1年毎に更新されている。	
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	緊急時対応等、研修を定期的(半年に1回程度)に行っている。		
35	(17)	○災害対策	年2回避難訓練を実施。地域の方(平成30		

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
		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	年度は地域の消防団)と合同で訓練を実施。	年2回の避難訓練を消防署指導と自主訓練(夜間想定)を実地し又地域の消防団(約50人)と合同にて訓練を実地している。火災発生時には全域に有線にて連絡するシステムが整っている。又本部が地域の福祉避難場所に指定されており、備蓄も本部に米・水・他の食料品が1週間分されている。	

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	認知症の方への人権に配慮した対応方法等定期的に研修を実施していると併に、個別にも言葉かけ等の対応方法の検討会を実施している。	研修は接遇中心に行い、利用者を人生の先輩と考え、尊厳とプライドを損なわなきように、特に声えかけを注意している。自分が出来ているかどうか職務基準書に基づいて自己評価し見つめ直しをしている。個人情報関係の書類はキーのかかるロッカーに保管している。	
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	施設側が決定権を持たないように入居者の希望を最優先にしている。職員主体とならないよう自己決定の重要性について勉強会を実施している。		
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	毎日の生活の中で都度、本人に確認を行いながら入居者個々のペースに合わせた生活に配慮している。職員優先になっていないかどうか、日常のケアの確認を職員会議の場などを通して実施している。		
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	おしゃれな方でも、服の選択が難しい方、その都度、職員と一緒に服を選ぶ手伝いを行っている。		
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、片付けは入居者が中心になって行っていたり、職員はサポートを行っている。	食事はグループの特養にて作られホームに配達され、盛りつけている。ご飯はホームにて炊かれみそ汁は夕食時のみホームにて作られている。利用者は盛りつけや下膳後の洗い等を手伝っている。外食も月1回全員を小グループにて寿司等に出かけている。希望食も月1回要望によりお鍋等をして喜ばれている。職員は弁当持参で利用者と一緒に和気あいあいと食している。	
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	栄養面については、日々の食事を管理栄養士が管理している。水分は日々こまめにお茶などを提供する取り組みはもちろん、脱水傾向になりやすい方には水分補給用ゼリーを活用するなどし確実に水分の摂取ができるようにしている。		
42		○口腔内の清潔保持	入居者一人ひとりのADL、認知機能を定期		

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
		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	的に確認し(1回/6ヶ月)、必要に応じて口腔ケアの介助を行っている。確実に口腔ケアができるよう義歯洗浄剤など必要物品もこまめに交換購入している。		

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
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	入居者一人ひとりのADLを定期的に確認し(1回/6ヶ月)、必要に応じて排泄介助方法の確認、見直しを行っている。	排泄チェック表より個々のパターンを把握し時間少し前にそれとなく自立に向けて、トイレへと誘導している。現在自立者は9人で布パンツで過ごしている。又ホームの好意により衛生品の負担は利用者にはゼロである。	
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	入居者一人ひとりに排便確認を行っており、薬の調整を行っている。腸の働きを整えるために毎日ヤクルトを飲んでいただいたり、水分をこまめに取っていただけるような配慮を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	〇〇様は〇曜日の午前中、と基本の入浴日を設定しており、入居者の希望に合わせることはできていない。但し、入浴のタイミングは本人に確認しながら調整している。	入浴は週基本2回で本人の希望・体調に合わせて柔軟に対応している。入浴時間は午前・午後に分けて対応している。拒否の方は現在殆どない。浴室は3カ所有り機械浴対応2カ所、一般型1カ所で職員対策にもなっている。	
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	日中では休息の時間や活動的な時間は入居者それぞれに大体決まっている。夜なかなか眠れない方には温かい飲み物を提供したり、職員と一緒に洗濯たたみをするなど安心して過ごせるように関わっている。		
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	入居者の薬については、全職員が一通り把握している。特に安定剤については、服薬状況に努め必要に応じて主治医に報告相談している。		
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	入居者の一番の楽しみである家族の訪問、家族との外出・帰省、家族との時間を推奨している。その他、地域の方との交流会、外出、クッキング等の行事を希望を聞きながら計画実施している。		
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	買い物希望時、本人になるべく買い物に行ってもらえるよう職員が対応できる時間を調整している。外出については、家族と自宅に帰ったり、外出される方が多い。それ以外にも、入居者数名ずつ外食等外出の機会を月1回設けている。	日常の外出はホームの前の庭・ホームの周辺・桜時には本部の桜見物へ・買い物等に出かけている。その他家族と自宅への帰省や外出される方も多。遠出は紅葉狩り(養父神社)等に全員を少人数に分けて、季節感と外気浴を味わっている。	

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
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	小額のお金を常に持っている方が数名あり、外出、買い物、病院受診等、自分で支払いをされている。		
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	携帯電話を持たれている方が5人おられ、自分で電話をされている。電話の使い方が分からない場合、職員が手伝っている。手紙を書かれた場合はポストへの投函を職員が行っている。		
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	家庭的な雰囲気の空間作りは設計段階で設計士に依頼した。室温の調整は毎日こまめに行うと併に入居者に直接確認しながら対応している。季節感の演出については子どもっぽくならないようにしながら飾りつけなどを行っている。	グループホームをかるべガーデン・リビングと称し、ホームぽくない施設で、リビング兼食堂は大変広く・明るく・清潔で眼前が広い樹木の庭となっており、四季が感じられる。建物自体も木造作りで木の温もり、居室よりも庭が見られ素晴らしい空間となっている。	
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	いつの時間帯も入居者それぞれが居室やリビングで自由に過ごされている。入居者同士が居室を行き来もされ、本人の過ごしたい場所で過ごしていただくことを第一としている。		
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	居室への持込制限は特に行っておらず、安心した気持ちで過ごせるような空間作りを家族に協力依頼している。ただ、居室の心地よい雰囲気づくりについては個人差がある。	居室はホームより照明・空調・カーテン・タンスが提供され、家庭よりはテレビ・イス・ソファ・家族の写真等が持ち込まれ、大変過ごしやすい空間となっている。	
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	毎日の生活の中で、できることは何でも入居者にさせていただくことを基本の考え方としている。安全に自分でできるように、洗濯場のを置く位置を変更したり、おむつ類の管理の方法を見直す等入居者に応じて対応している。		

基本情報

事業所番号	2894800073		
法人名	社会福祉法人かるべの郷福祉会		
事業所名	軽部の郷認知症対応型共同生活介護事業所		
所在地			

【情報提供票より】平成 31 年 2 月 13 日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成30年4月1日		
ユニット数	2ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	16 人	常勤12名 非常勤4名 常勤換算13.5名	

(2) 建物概要

建物構造	木造 2階建ての2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)	円	その他の経費(月額)	円	
敷金	無			
保証金の有無 (入居一時金含む)		有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	円	昼食	円
	夕食	円	おやつ	円
	または1日当たり 1,050円			

(4) 利用者の概要(2月13日現在)

利用者人数	18名	男性	2名	女性	16名
要介護1	4名	要介護2	5名		
要介護3	4名	要介護4	4名		
要介護5	名	要支援2	1名		
年齢	平均 87歳	最低	80歳	最高	97歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	公立八鹿病院
---------	--------

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	25 26	職員が入居者一人ひとりの心身状態に応じたケアの統一を目指し、よりサービスの質の向上を目指している。	基本となるケアマニュアルを作成し直し、入居者一人ひとりの具体的なケア方法を作成する。	まず、ケアの細かい配慮までを全職員が統一できるように、排泄介助、入浴介助等の基本のケアマニュアルを作成する。そして、入居者一人ひとりのケアを全職員で相談・作成し、ケアプランに反映させる。	6ヶ月
2	19	家族と供に入居者を支えていく関係をより深めていくことを目指しており、「家族から職員の名前が分かればもっと話がしやすい」と意見をいただいた。	ご家族に、全職員の顔と名前を知っていただく。	年度初め、職員の異動時など、職員が変わる時は、その都度、職員紹介(顔写真と名前を入れたもの)を通信を通して行う。また、入居時にも職員の紹介を行う。	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、行を挿入してください。

(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。

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()