（別紙2）　　平成　25　年度

# 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 2570101473 | | |
| 法人名 | 株式会社　ランガ・グード社 | | |
| 事業所名 | 認知症高齢者グループホーム　楽日荘　ユニット陽 | | |
| 所在地 | 滋賀県大津市長等2丁目1－19 | | |
| 自己評価作成日 | 平成26年1月31日 | 評価結果市町村受理日 | 平成26年3月26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 | 公益社団法人　滋賀県社会福祉士会 |
| 所在地 | 滋賀県野洲市冨波乙681-55 |
| 訪問調査日 | 平成26年2月26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）】

理念である「楽日荘で楽しい日々を」職員全員で実現を目指し、ご利用者・ご家族と共に協力し、日々を暮している。

【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）】

殷賑の往時を偲ばせる商店街の中にあるグループホームである。 かつて店舗（薬局）付き住宅であって、また修景に配慮した玄関の設えから、周囲に自然と溶け込み、利用者・職員と知人・近所の方々との交流機会も多い。「楽しい日々」を、いつまでも自分らしく過ごしてほしい、との思いを、全職員が共有している。 昨年、運営会議のメンバー（施設長・管理者・リーダー・サブリーダー）で他県の施設を訪問した。 そこで得た記録の仕方に触発され、様式類全般の大幅な見直しを行った。 これにより、職員負担の軽減化が図られ、利用者への関わり具合が充実してきている。 アンケートでは、好意的な感想が多く寄せられている反面、職員数の不足を心配され、家族にとって率直に意見が言える事業所であることがうかがわれる。 様々な願いに寄り添いながら、日々理念を具体化しようと努めてい

## Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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 | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 62 | 利用者は、その時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 |

| | 項　目 | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 66 | 職員は、活き活きと働けている（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 |
| 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 |
| 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 |

# 自己評価および外部評価結果

〔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 |
| **Ⅰ.理念に基づく運営** | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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 | 「楽日荘で楽しい日々を」を職員全員が意識し、支援している。社内研修において実践を再確認している。 | 「楽しい日々」を過ごし、その人らしく生活してもらえる家庭的な雰囲気づくりを心がけている。ミーティングや昨年から始めた運営会議などを通じて、管理者・職員が理念を再確認しながら、日常の支援につなげている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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 | 商店街のイベント（夜市・100円商店街など）に参加している。地域の祭りなどにも出掛けている。 | 伝統ある商店街の中にあり、常に地域の一員であることを意識しながら、100円商店街などの定期的イベントや氏神の祭礼等への参加支援を行っている。日頃から、食材や日用品の購入も職員とともに利用している。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | 運営推進会議で情報交換しているが、施設からの情報発信はできていない。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 日々の様子などを報告、楽日荘への意見・提案をいただき、サービス向上に努めている。 | 2ヶ月に1回、平日の夜間1時間程度、運営推進会議を開催している。以前、家族会委員からの提案により、「（競争が主の）運動会」から「（気軽な運動を全員が楽しめる）レクリェーション大会」に変更したことがあった。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携<br>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 | 管理者が必要に応じて連絡を取り、相談や助言で協力関係を築いている。 | 運営推進会議には、地域包括支援センターから毎回参加され、助言を得ている。市の介護保険課とは、気軽に相互に連絡をとり合える関係にある。県主催の「認知症リーダー研修」外部研修の受入れを行っている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 社内研修や会議、外部の研修なども活用し、身体拘束をしない援助を周知し、心がけている。 | 社内研修などで全職員への周知徹底に努めている。新たに事業所内に「虐待防止委員会」を設置し、また身体拘束排除の手引きを配布し、日々の実践に当たっている。玄関は、午後8時か翌午前7時までの間、施錠している。 | 室外への出入り口が玄関1ヵ所であることから、好天時には、たまに外気や陽光に触れ合えるよう、ベランダへ出入りが自由にできる配慮や工夫に心がけられたい。 |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている | 社内研修では虐待についての勉強会を実施している。また、虐待防止委員会を設置し、事例検討などを行い、虐待をしない援助を周知している。 | | |

| 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 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 社内研修で権利擁護の勉強会をしている。今後は外部研修などに参加を予定している。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 管理者、ユニットリーダーが、説明し理解を得ている。来荘が困難な家族には文書・電話により説明、理解に努めている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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 | 利用者には日常の会話の中で、家族には面会時などに聞いている。意見箱を設置し活用している。内容は会議などで全職員に周知できるようにしている。 | 玄関にある意見箱は、現在のところでは利用は進んでいない。利用者には普段の会話や様子から、家族にはアンケートや面会時の話し合い、またケアプランの説明時などの際、その要望や思いの把握に努めている。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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 | 社内研修で必要に応じて意見交換の場を設けている。昨年より運営会議を開催している。 | 運営会議は年5・6回開催し、メンバーは、管理者・リーダー・サブリーダー、時には施設長も加わる。昨年、運営会議が中心となって、記録・様式類全般の見直しを行い、業務改善と職員負担の軽減化につながった。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備<br>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 | 毎月の会議や、必要に応じて職員からの意見を反映し職場の改善に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み<br>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 | それぞれの職員に適正な研修、勉強会に参加する機会を設けケアのレベルアップに努めている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | グループホーム協議会や協会の集まりに参加したり、他県のグループホームを見学し、同業者と交流している。 | | |

| 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 |
| **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<br>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 | 本人と会話し困っていること、不安なことがないか気にかけ周りの利用者との関係が築けるようにコミュニケーションを行っている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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 | 困ったことや要望があれば何でも言ってもらえるように伝えている。施設からの連絡・相談をしている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 入居されてからすぐに初回プランの原案を作成している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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 | 本人に出来ることはしていただき、出来ないことを支援している。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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 | 本人にとって家族が心のより所になり、安心して暮らせるように家族と共に支援している。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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 | 家族にも協力を得ながら支援している。 | 利用者が習慣とされている「お参り」をはじめ、親戚訪問などの折に、家族から送迎協力を得ている。日頃から、行事参加や面会を積極的に呼びかけている。ご近所の方や仲良しの方の訪問や面会は絶えずある。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援<br>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 | 利用者同士の交流の場を作り、職員も一緒に利用者同士の関わりを支援している。 | | |

| 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<br>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 | 必要に応じて相談や支援に努めている。 | | |
| **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 | (9) | ○思いや意向の把握<br>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 | 本人の希望を会話の中で聞くようにし、全職員が把握に努めている。聞き取りが困難な場合は本人の立場で考えて支援している。 | 直接の聞き取りが困難な場合には、今までの仕事や趣味などに思いをめぐらしている。「フェイスシート」から得られる情報をもとに話しかけ、それに対する頷きや表情を参考にしながら、意向の把握に努めている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握<br>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、家族に聞き情報収集に努め、職員間で共有している。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握<br>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 | 一人ひとりの心身状態や変化は、申し送りやカンファレンスで職員間の情報共有に努めている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 現状に即した介護計画をたて、見直しも行っているが、全利用者家族の意向は把握できていない。 | 居室担当（2人）と計画作成担当が話し合い、介護計画を作成している。計画書の「家族の意向」を、直接記入してもらい、思いなどの意向把握に努めいる。また、ユニット会議でのモニタリングにより、随時見直している。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映<br>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 | 日々の暮らしの様子やケアの実践・結果を個別記録に記入し、職員間で情報の共有をし、実践・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<br>本人や家族の状況、その時々に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 | 臨機応変に対応し、サービスを充実できるように努めている。 | | |

| 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 |
| 29 | | ○地域資源との協働<br>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 | 出来る限り本人の希望に添えるように支援している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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 | 医師、看護師、家族と連携しながら支援している。 | 2週間に1回、連携医の往診がある。利用者・家族からの希望があれば、入居前の主治医の受診もできる。専門医受診が必要な際は、連携医の紹介状により、看護師・スタッフ・家族が同行し、受診支援を行っている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働<br>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 | 体調の変化などすぐに連絡し支持を受けて対応している。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 看護師を中心に退院後の対応など、申し送りで残職員が把握できるようにしている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 医療関係者や家族と連携をとり、緊急時の対応に備えている。対応の変更などあれば申し送りで報告・連絡している。 | 契約の際に、重要事項説明書の記載事項に沿って、事業所でできる支援の内容を家族に説明・理解してもらっている。また、「重度化」等に至ったときには、そのつど医師から家族に説明し、家族の意向を確認している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え<br>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 | 社内研修や外部研修で指導を受けている。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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 | 消防署の指導のもと訓練を実施している。<br>災害時の避難場所も掲示している。 | 3ヵ月に1回、消防署や近隣の協力のもと、消防訓練を実施している。その際、移動可能な利用者も参加している。また、「命のバトン」の持出しや「指定避難場所」など、マニュアルを作成し日頃から職員に徹底している。 | 災害発生時のライフ・ライン途絶に備え、従来から常備されている防災用品（飲料水・避難用バッグ）に加えて、今後とも非常時の対応について留意されたい。 |

| 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 |
| **Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援** | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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 | その方に合わせた言葉かけを行い対応している。 | 一人ひとりに尊敬の念を持ち、つど言葉かけを工夫している。万一、利用者間トラブルで「ヒート・アップ」しそうな時には、職員が別の話題に振り替えたり誘導したりして、利用者の心を損ねないよう対応を行っている。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | 希望を聞いたり、会話の中から要望を聞きだし、支援している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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 | 本人の希望とペースに合わせて支援している。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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 | 本人が選んで決めるように支援している。洗面所には自由に入り身だしなみができるようにしている。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 下ごしらえ、配膳準備など職員と一緒に行っている。 | 茶碗・湯のみ・箸は、個人準備品を使用されていた。献立は、季節や好みによるものを提供している。時には、出前や仕出しをとったり外食を楽しむ機会もある。誕生日には、食べたいものを聞いて対応している。食材の買出しや配下膳を職員とともに一緒にしている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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 | 一人ひとりに合わせた量や形状で食事提供している。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持<br>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 | 毎食後に口腔ケアを実施している。2週間おきに歯科往診も受けている。 | | |

| 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<br>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 | トイレの声かけをしている。一人ひとりに合わせて支援している。 | 尿意が不明な方や失禁のある方には、定時に声かけ、トイレ誘導を行っている。排便チェック表により個々に合った排泄支援をしている。また整腸剤などの内服薬のある方には、情報共有や申し送りで励行している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応<br>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 | 医師と相談し利用者に応じた食事提供をしている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 入浴の声かけで利用者自身で決定し支援している。拒む利用者に対しては、清拭などして支援している。 | 利用者一人当たりで週2回、午後から2･3人ずつの入浴を支援している。チェック表により、いつも入浴日時を把握している。夜間入浴を希望される場合や特に必要な場合には、夜勤帯前までの対応は可能である。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 利用者の生活時間に合わせて昼寝や就寝を支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援<br>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 | 服薬内容は個人ファイルに綴じいつでも確認できる。往診などで服薬内容が変わった時は、申し送りにて情報共有している。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 一人ひとりにあわせ、買い物･散歩･生け花･歌･テレビ･レクリエーションなどで支援している。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 出来る限り日常での外出を声掛けしている。本人の希望された外出を支援している。 | 商店街などへの外出は、いつも職員と一緒に行っている。買い物などで近くを一人で出かけられる時には、少し距離をおきながら後方での見守り支援をしている。動作から外出したい様子がわかるが、時には声かけして時間をずらしてもらうこともある。 | |

| 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<br>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 | 所持されている利用者の要望に寄り添い、買い物や外出の支援をしている。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援<br>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 | 利用者の要望により、電話や手紙の支援をしている。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共用の空間に、季節の飾りや花などを飾っている。 | 台所は、対面式で広くデイルームがよく見通せる。デイルームは、隣の光庭（吹抜け）や両側のベランダからの採光で明るい。季節を彩る雛人形や生花が飾られていた。和室は、掘りごたつ仕様で寛ぎの場が提供されている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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 | ゆったりと座れるソファー席と、余裕のある食席にしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 利用者や家族の選んだ物や馴染みのある物を置いて、居心地良く過ごせるよう配慮している。 | 入口には、自宅で使用されていた表札や手作りのものが掲げられていた。個人のタンス・家具の持ち込みをはじめ、仏壇・遺影を供える所もあった。畳敷の部屋も希望でき、身体に応じた手すりの取り付けもされていた。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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 | 共用部は掲示などのより、わかりやすくしている。居室は、手すり・家具・ベッドなどを一人ひとりに合わせた配置を実施している。 | | |

事業所名　認知症高齢者グループホーム楽日荘　ユニット陽

作成日：　平成　26　年　2　月　3　日

## 2　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 | 49 | 個別支援での外出支援又は集団での外出支援 | 春・秋外出しやすい季節は、少し遠出をする。夏・冬など温度差のある時季は近場へ出かける。 | 個々の行きたいところや全体で行きたいところなど事前に計画しておく。日頃外出する機会の少ない方への言葉かけの工夫など職員同士で情報を共有する。 | 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、行を挿入してください。

## ３ サービス評価の実施と活用状況

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<br>（↓該当するものすべてに〇印） | |
|---|---|---|---|
| 1 | サービス評価の事前準備 | 〇 | 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 |
| | | 〇 | ②利用者へサービス評価について説明した |
| | | 〇 | 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 |
| | | | 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 |
| | | | ⑤その他（　　） |
| 2 | 自己評価の実施 | 〇 | ①自己評価を職員全員が実施した |
| | | 〇 | 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 |
| | | 〇 | 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 |
| | | 〇 | 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 |
| | | | ⑤その他（　　） |
| 3 | 外部評価（訪問調査当日） | | 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 |
| | | | 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 |
| | | | 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 |
| | | | ④その他（　　） |
| 4 | 評価結果（自己評価、外部評価）の公開 | | 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 |
| | | | 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 |
| | | | 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 |
| | | | 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 |
| | | | ⑤その他（　　） |
| 5 | サービス評価の活用 | | 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 |
| | | | 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） |
| | | | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した（する） |
| | | | 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） |
| | | | ⑤その他（　　） |