

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	2891500163		
法人名	社会福祉法人 弘道福祉会		
事業所名	洲本中川原グループホームラガール		
所在地	兵庫県洲本市中川原安坂988番地		
自己評価作成日	平成29年8月7日	評価結果市町村受理日	平成29年12月6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29年9月27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)】

認知症があってもその方がその人らしく過ごさせるよう日常生活のあり方を日々真剣に取り組んでいる。
 入居者が出来る事・したい事を職員が支援し、本人の気持ちやペースを大切にしている。
 又、家庭的な雰囲気の中で生活を楽しく送って頂けるよう、四季の応じた行事・おやつ作り・外出等計画し実施
 するよう努めている。地域の行事や100歳体操・カフェ等に積極的に参加し、地域の関わりを大切にしている。
 車いすの方でも可能な限り対応出来るようにしている。

【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)】

高齢化率が全国平均を上回る洲本市の山間部に、先に開設(平成13年)された特養(70床)の隣接地に、平成27年4月に4階建て<1階が地域支援室・会議室等、2階が小規模多機能施設(登録定員25名)、3・4階がグループホーム>の施設として、開設された。地域では福祉施設『ラガール』として定着しており、地域行事への積極的な参加や災害対策の共同実施・食事も共通の献立にするなどグループのメリットを最大限生かしている。1階にある広い地域支援室は、ボランティアの受け入れ等多目的に利用されており、文字通り事業所と地域をつなぐ重要な役割を果たしている。

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)	○	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
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	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	法人の理念・基本方針を玄関に掲示する。また、朝礼で復唱したり、新入職員に説明したり、年度初めには、施設長から職員全体に話す機会を持っている。	“安心・信頼・貢献できる施設”の理念を掲げ全職員で共有するために、この理念を毎日、目にすることができる玄関に掲示。朝礼時に唱和している。年度初めには施設長自ら講話し職員の意識を高めている。	
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	地域の行事がある際は出来る限り参加している。週1回開催されている100歳体操に参加し老人会の方々との交流を深めている。地域の夏祭りや運動会にも参加させて頂き交流を図っている。	地域の小学校や保育所の行事に、毎週開かれる100歳体操に、特養と合同で行われる敬老会等に参加したり、事業所で行う行事に地域住民を招待したりして交流の機会をできるだけ多く作るように努めている。	
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	家族や地域の方より認知症についての相談がある際は認知症の理解やケアの方法をアドバイスしている。初任者研修も実施している。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催している。行事等の活動状況を報告し意見交換や質疑応答を行い日々の生活の生かしていけるよう取り組んでいる。	2カ月に1回、併設の小規模多機能と合同で開催している。市担当課職員、包括支援センター職員、家族代表、民生委員、地域住民代表の12～3名が出席している。事業所の活動を説明し、出席者から意見や要望を聞いている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議への参加をして頂き、情報交換により事業所との連携を図っている。	市職員に運営推進会議に出席していただき、活動報告、相談、情報交換等を行っている。事故など急を要するときにはその都度市担当課を訪れている。	
	(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	法人での研修会や当施設での勉強会で学ぶ機会を作っている。身体拘束とは何かを知り、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	マニュアルを作成している。管外研修への参加、管内研修の実施を通して職員の啓発に努めている。拘束廃止委員会がアンケートを実施し、具体的事例を通して身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	虐待防止についても勉強会を開催し学ぶ機会を作っている。入浴時・着脱介助の際、身体の観察や確認をしている。スピーチロックについても職員間で話し合いをしている。	身体拘束の防止と同様、研修会に参加したり勉強会を開いたりしている。入浴時や着脱時にはさりげなく身体観察を行い虐待の見逃しがないよう注意している。言葉による虐待についても勉強会で話し合っている。	

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
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	成年後見制度を利用している入居者が居ない。 施設内研修会等で、学習しており、必要な時は活用できるよう準備している。	ご家族に成年後見制度について知っていたくために玄関にパンフレットを置いている。今後、この制度を利用したい利用者が出てきたときにはいつでも対応できるように研修に努めている。	
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	契約時サービスの説明・料金・解約・苦情・入院時の説明をしている。質問や疑問点がないか聞いている。加算や制度改正時には変更資料を作成し説明し理解を頂いている。	事業所の理念、運営方針、利用料金、重度化した時の対応等の重要事項について、契約前に、詳細に説明し納得を得たうえで契約を締結している。途中で変更するときは文書にて丁寧に説明し理解を得るようにしている。	
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	来所時には日頃の様子等を積極的に報告したり不満や要望等を聞くように心掛けている。利用者アンケートを実施し参考にしている。運営推進会議家族の代表の方に参加いただいている。	運営委員会の折や面会時に家族の意見や要望を聞いている。利用者との日常会話の中から希望を聞き取ることもある。これらの意見要望を施設長に上申し、運営・サービス向上に反映させている。	
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	グループホーム会議で現場の状況や提案等を聞き意見交換している。参加出来ない職員には会議録や申し送りノートで情報の共有をしている。 随時、個人面談の機会を設けて話を聞いている。	職員が出席する事業所内のグループホーム会議で意見交換を行っている。管理者が職員との個人面談を定期的に行い、その意見を運営に反映させている。裏庭の畑の活用もその一つである。	
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	人事考課で目標を設定し、自己評価し面談で職員の意見等を聞き評価するようにしている。		
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	施設内研修会、法人内研修会を開催している。また、掲示板には、法人外の研修案内も掲示し、案内している。認知症実践者研修への申し込みもやっている。研修参加目的での休み希望があれば優遇している。		
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	他事業者のテイクサービスとの交流がある。行事があれば参加させて頂いている。夏祭り・クリスマス会・オレンジカフェ等に参加し情報交換している。また認知症家族会の方や他事業所からの見学の受け入れもやっている。		

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
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	基本入居前に、本人・ご家族とともに来所いただき、見学、当事業所の説明を行う。その際、本人の趣味や生活歴を伺う中で、共に楽しみとなる生活が送れるような提案や、言葉がけをおこない安心・信頼に繋げている。		
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	初回面談時には、家族の困り事や不安等を聞き何を求めているのか正しく知る。面会に来られた家族様のは普段の様子を伝えながら信頼関係作りに努めている。		
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・家族の要望等を傾聴しながら生活歴・趣味等情報収集し、能力を引き出し継続出来るよう支援するように努めている。		
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	本人の意欲や能力に応じて出来る事はして頂いている。お互い助け合う関係を大切に考え、入居者間でも支え合う関係作りに努めている。		
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	訪問時には、普段様子や状態を伝えさせて頂いている。島外に住んでいる家族については、電話連絡等で普段の様子や状態と本人の思いを伝えるようにしている。		
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	地域の行事や100歳体操等に参加し、馴染みの方と交流が出来るよう支援している。	地域のイベントや行事には積極的に参加している。地域に出かけることにより昔の知人や友人と出会い、久しぶりの再会を喜んでいる方もいる。ドライブに出かけた時にはなじみの場所に立ち寄っている。	
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	入居者同士の関係性を把握し、食席やデイルームで過ごされる時にも入居者の気分や様子を観察しながら、他者と支え合えるように支援に努めている。他者との交流が困難な方は職員が間に入り交流が図れるよう支援している。		

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	入院等で退居された際は、病院へ面会に行き経過を伺ったり、家族に連絡し話をさせて頂き、困っている事等相談にのっている。		
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	一人一人の希望を伺い、意向の把握に努めている。本人より希望等を伺えない場合は家人に伺ったり職員間で話し合い検討している。	面会時に本人や家族から意向や希望を聞き取っている。また、年1回のアンケート調査を実施している。日常の会話やつぶやきの中から本人が望んでいることをくみ取るように努めている。	
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	情報や生活歴等はコミュニケーションをと図り、趣味や得意な事の把握に努めている。		
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	毎日の生活で身体的・精神的に困っている事を把握し、様子や1日の様子を日誌や申し送りノートに記載し職員が周知出来るように努めている。		
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	健康面やADLの状態を本人・家族・主治医と話し合い今より改善されるように介護計画を作成し毎月1回モニタリングを行っている。	本人や家族の意見を聞き、介護計画作成者を中心に担当職員で話し合い、個々の介護計画を作成している。随時アセスメントとモニタリングを繰り返しながら定期的に6か月に1回見直しを行っている。	
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	日々の生活の様子や状態の変化を個別に記録し、問題のが出来れば職員間で話し合い介護計画の見直しに活かしている。内服薬の変更や訪問看護の指示等は申し送りノートや口頭で情報を伝え職員全員が周知出来るようにしている。		
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	一人一人家族の関わりも異なり、それぞれの状況に応じて対応出来るように取り組んでいる。		

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	地域資源であるカフェや100歳体操・ボランティアによる演奏会等に参加し楽しんで頂いている。		
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	受信や往診時の際は、適切に受診が受けられるよう入居者の体調の把握に努めている。体調の変化があれば主治医に連絡し緊急要請し受け入れて頂いている。	かかりつけ医の受診は本人や家族の希望を大切にしている。多くの方が入居前からのかかりつけ医である。緊急時以外の受診は原則として家族に同行してもらっている。受信結果は個人記録に残している。	
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	週1回訪問看護師に来て頂き、入居者の状態を報告し指示して頂いたり相談に乗って頂いている。適切な助言を受けている。		
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。	入院中は面会に行き地域連携室と情報交換している。退院日が決まると退院前のカンファレンスに参加し、現在の状態や今後の対応について指示やアドバイスを頂いている。	入院時に医療機関に対して本人の情報を提供し、入院中も情報交換を密にしている。入院中は職員が見舞っている。家族や医療機関と協働しながら早期退院に向けて支援している。	
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	契約時、入居者・家族と重度化・終末期時の話をしている。重度化した場合は、主治医・家族と相談し今後の対応と当施設で出来る事を伝えるようにしている。	契約時に「重度化した場合における対応について」本人・家族に説明している。重度化した場合には、本人や家族、医療機関等と連携を図りながら本人にとって今何が大切かを検討し支援している。本人や家族の希望により見取りを行える体制をとっている。	
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・離設マニュアルを作成している。急変時対応については勉強会を開催し知識を深めている。職員は緊急救命の講習会を受け訓練を受けている。		
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	防災訓練・火災訓練・津波訓練等を計画し、特養とケアセンター合同で実施している。	火災・地震・津波等の災害のほかにも不審者対策にも力を入れている。訓練は消防署の協力を得ながら、特養とケアセンター合同で年1回実施している。今年度は、地域住民にも防災意識を高めていただくため防災・防犯教室を計画している。	10月20日に左記の防災教室が計画されているが、これに留まらず認知症対策・介護教育などを開催するなど、地域支援室を活用しての地域とのつながりを強化する取り組みを期待したい。

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	入居者の気持ちや立場になり、言葉掛けする際は言葉使いに気を付けている。訪室する際はドアをノックし言葉掛けし入室するようにしている。入浴やトイレの際は、特に注意して行っている。	利用者一人一人の誇りを尊重し、プライバシーの確保を徹底するよう職員全員で取り組んでいる。居室に入るときはノックをし、言葉かけをしてから入室している。入浴・排泄等の介助時には相手を傷つけないよう目立たずさりげない言葉かけや行動をするよう心掛けている。	
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	日々のコミュニケーションから思いや希望を伺えるように言葉掛けしている。思いを表す事が難しい方は行動や表情の変化に気づき配慮しこと		
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	一人一人の希望や要望等を聞き出来る限り希望に沿った生活を送って頂けるよう支援している。又、一人一人の日課を把握し支援するようにしている。		
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	男性の方は毎朝言葉掛けし髭剃りをして頂いたり、自己にて出来ない方は介助して行っている。起床時の洗面後、鏡をみてもらいながら顔の手入れをしたり髪の毛をセットして頂いている。着替えの際は、同じ服にならないように配慮している。		
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	毎月1回おやつ作りを実施し入居者に楽しんで頂いている。昼食・夕食については小鉢を盛り付けて頂き味見をして頂いている。野菜の皮むきもして頂いている。食器拭きやテーブル拭きをして頂いている。	法人施設で調理し、事業所に運ばれてくる。炊飯は事業所で行っている。利用者と一緒に小鉢の盛り付け、食器の片づけ等を行っている。弁当持参の職員もいるが弁当の話題で会話が盛り上がることも多い。	
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・水分量チェック表を作成し、個別に1日分の摂取量を管理し把握出来るようにしている。水分・食事摂取量が少ない方は主治医や家族に相談し好みの物を購入し提供している。カロリー制限のある方は低カロリーのおやつ等を提供している。		
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、口腔ケアの言葉掛けを行い義歯洗浄や歯磨きを実施している。個々に応じて介助や見守りを行っている。		

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
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	排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握している。表情や素振り・時間をみて言葉掛けしトイレ誘導を行っている。汚染の状況等把握し状況に応じて紙パンツ・パット・布パンツ等の変更等の検討を行うようにしている。	居室にトイレが常備されている。清潔できれいで使いやすくなっている。トイレでの排泄を促すため、排泄チェック表により一人一人の習慣やパターンを把握しトイレへ誘導している。	
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	排便チェック表・本人の訴え・トイレ後の言葉掛けにより排便状況の把握に努めている。便秘気味の方は水分を多めに摂って頂いたり主治医と相談し便秘薬処方して頂いている。また、個々の状態に応じ乳製品やバナナ等排便を良くする食品の摂取などを勧めている。		
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	体調に合わせ無理のない入浴と本人の希望を取り入れた入浴を実施している。ADLに合わせ安全な入浴支援を行っている。季節に応じて菖蒲湯・ゆず湯を楽しんで頂いている。	入浴は週3日を基本とし、希望があれば決められた曜日以外でも入浴できる。夜間入浴も本人の希望があればできるようになっている。ゆず湯や菖蒲湯等季節に合わせて入浴を楽しむ工夫もしている。	
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	室温は個々に応じた適切な温度設定し対応している。下肢に浮腫が見られ際は昼間臥床して頂いている。就寝時間・起床時間が個々に違うので、その方の時間に合わせている。		
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	受診・往診時に処方された薬の説明書を頂き個人カルテに管理している。目的や用法・用量を把握するようにしている。服薬確認しチェック表で管理している。薬の飲みにくい方に対しては主治医と相談の上、個々に対応している。		
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	個々の生活歴や現存能力に応じ、食器拭き・洗濯物をたたむ等の家事をしていただいたり、100歳体操・オレンジカフェ等に参加し地域の方との交流を図っている。また、ドライブや外食・外出・買い物等楽しみづくりの支援も積極的に行っている。		
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	その日の天気や気候に応じ、散歩をおこなったり入居者にアンケートを実施したり、希望を聞き取り入れながら行事計画を立てている。地域での催し物や祭り等参加している。季節に応じた外出支援も行っている。	事業所の近くを散歩したり、椅子を出して外気欲を楽しんだりしている。地域のイベントや行事に積極的に参加して外出する機会をできるだけ多く作っている。アンケートで利用者の希望を把握し、季節に合わせてドライブを楽しんだり、外食を楽しんだりしている。	

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
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	家族よりお金を預かり、収支がある際は出納帳に記入し管理している。		
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	本人より家人に電話したい等希望があれば電話連絡し都度対応している。季節に応じ暑中見舞い等書いて頂き家族との関わりを大切にしている。		
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	共用スペースの掃除は毎日職員が行っている。居室掃除を出来る入居者は職員と一緒にし整理整頓を行っている。ベランダは日当たり・風通しがよいので季節の応じた花や野菜を育てている。又、共用スペースは季節の壁画を入居者と作成し飾っている。	居間兼食堂は、窓が大きく、明るく、外の眺めも良い。広々としてゆっくりくつろげる。廊下・浴室・トイレ等の共用空間も整理整頓が行き届き清潔感が感じられる。壁面には利用者と一緒に作った季節の感じられる作品が飾られている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	座席は個々に状態に合わせてたり、仲の良い入居者と話しやすいように配置している。		
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	テレビやラジオを持参されている方や家族・孫の写真を飾ったりしている。自己にて塗られたカレンダー等飾ったりしている。	広々とした居室には洗面台とトイレが備えられている。ベッド・整理ダンス・クローゼットは常備されている。これまで使っていた馴染みのテレビや家族の写真、思い出の作品等で部屋を飾っている方もいる。	
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	自身のお部屋がわかりやすいようにのれんをつけたり、花飾りをおいたりしている。		

基本情報

事業所番号	2891500163
法人名	社会福祉法人 弘道福祉会
事業所名	洲本中川原グループホームラガール
所在地	洲本市中川原安坂988 電話 0799-25-8587

【情報提供票より】平成 29年 8月 7日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日							
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人				
職員数	15 人	常勤	14人	非常勤	1人	常勤換算	14.1人

(2)建物概要

建物構造	併設型
	RC構造 4階建ての3・4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)	37,200 円	その他の経費(月額)	23,150 円	
敷金	無し			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	300 円	昼食	500 円
	夕食	500 円	おやつ	100 円
	または1日当たり円			

(4)利用者の概要(8月 7日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	13 名
要介護1	3 名	要介護2	8 名		
要介護3	4 名	要介護4	1 名		
要介護5	2 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 82.2 歳	最低	79 歳	最高	95 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	伊月病院
---------	------

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	21	○利用者同士の関係の支援 認知症の症状により、不穏な言動や行動・大声等があり、他利用者より不満な声が聞かれる事がある。利用者間のトラブルに繋がる事がある。	入居者が一人一人その人らしく、安心出来る生活を送る。	・どういう状況で不穏な言動や行動・大声等起こすのか原因を探り、都度マンツーマン対応し、安心に繋げる。 ・認知症の研修会を行い、専門知識の向上に努める。	12ヶ月
2	34	○急変や事故に発生時の備え 夜間に入居者の急変や事故発生時、職員が1人であるため、適切に対応できるよう学習する必要がある。	夜間入居者の緊急時の対応が、適切にできる	・入居者の病気や状態を把握し、急変時の対応を周知する。 ・主治医より指示や助言を頂いたり訪問看護師との連携により、緊急時に備える。	12ヶ月
3	3	○事業所の力を活かした地域貢献 35第三者委員の期待したい内容にもあるように認知症対策・介護教室等開催し、地域に貢献したい。	地域の方に認知症予防について知っていただく。	・家族・地域の方に認知症予防教室を企画し、案内する。	12ヶ月
4					12ヶ月
5					12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。

【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 次回の運営推進会議で報告する。
	<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()