

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	2570101606		
法人名	ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム雅荘		
所在地	滋賀県大津市坂本6丁目32番49号		
自己評価作成日	令和 2 年 2 月 17 日	評価結果市町村受理日	令和 2 年 3 月 3 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 ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和 2 年 2 月 21 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)】

その人らしく、安心に・快適に・健康にをモットーに、集団的ケアにならないよう、お一人おひとりの個性や希望、願いに合わせた対応を行う様、努めております。健康状態の変化が大きい方も多く、日々の体調管理をかかりつけ医と連携を取りながら行い、またその変化のきっかけにも気付き事が出るように、日々情報共有を行っています。
介護職員の離退職からご利用者に迷惑がかからないように、既存職員が力を合わせ、また業務見直し・業務改善を行いながら日々の生活を保たせて頂いております。

【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)】

利用者の高齢化と共に重度化が進み、慢性的な人不足の中で、職員2名の就労が昨秋実現し、利用者の日頃の生活にプラス要因となっている。協力医療機関の定期診療と24時間オンコール体制に支えられて利用者の健康維持に努めている。利用者家族の訪問記録を残し、そこに残された家族のコメントを全員が共有し、家族との絆を強めるよう努力している。地域の障がい者就労支援事業に協力し、朝食後と昼食後の2回の食器洗い、トイレ掃除、通路拭きなど、介護以外の作業就労機会を提供している。介護職員の業務負担を軽減し、利用者対応向上に向けようとする努力が伺える。利用者は、それぞれの個性を失わないように支援されながら、穏やかな毎日を送っている。

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 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	『その人らしく健康に・快適に・安心に』をモットーに玄関先への掲示を行い、会議内で理念から問題を検討していく事を都度行い、個々の利用者に対応できる様、実践につなげている。	理念を玄関に掲げ、新任職員には「就業マニュアル」冊子を配布して、利用者の個性を尊重する理念の実践を目指している。隔月開催のユニット会議でも話し合い、共有と実践に努めている。	
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	自治会加入はもちろんのこと、近隣介護施設と連携し共同で子ども食堂を運営している。(3)参照。また近隣障害者施設の施設外就労受け入れも行っている	自治会に加入し、「おむすびネット・子ども食堂」の運営に参加することや、障がい者就労支援事業所に協力して就労を受け入れている事を通じて、地域社会の福祉活動を行っている。近隣の情報は、自治会回覧板により得ている。	
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	地域の医療・教育・介護系施設の管理者が集まる会合(比叡ブロック施設連絡会&おむすびネット比叡合同会議)に参加し情報提供・共有等を行っている。		
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	運営推進会議を有効に活用していきたいと考えているが、事業所自体の職員不足に伴う開催の困難さから、改めて見直していきたい	民生委員以外の地域住民や家族代表など構成員決定に難渋し、開催日の調整が難しいという事も重なって、運営推進会議を年6回開催できていない。	地域住民や家族代表も含めた構成で、法で定める年間6回の定期的な運営推進会議の早期開催を実現してほしい。
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取り組んでいる	事故発生時等に、市の介護保険課に適宜報告し指導を仰いでいる。行政担当課に出向く際は日頃の状況などをお話ししながら、施設の状況を知って頂く事に努めている。	市介護保険課とは、行政手続きや法解釈など相談し、課題解決に向けた指導を受けている。包括支援センターとは、難事例の相談や入居照会等の情報提供や意見交換しケアサービスに繋げている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	夜間の防犯上必要な時以外は玄関も不要な施錠は行っておらず、ベッド柵も利用者の意向を確認し不要であれば使用していない。また法人全体での虐待研修も毎年実施している	法人独自に製作した研修資料を使って、身体拘束の禁止や、虐待防止に関する研修を行っている。身体拘束の適正化委員会は、ユニット会議で検討し話し合っている。玄関の施錠は、夜勤勤務時間帯のみである。	
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	身体拘束等に当てはまる恐れがあるものはユニット会議内で管理者を交えて協議している。また虐待については社内の別事業所で発生した事案の再確認を実施、虐待につながる行為を会議などで再確認し日頃からの注意喚起を図っている。		

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	成年後見制度・生活保護制度を活用されている利用者が事業所内に居られ、その後見人や行政担当者とのコミュニケーションを図り学ぶ機会を持っている。		
9		○契約に関する説明と納得 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	利用開始前から説明を行い、利用開始時に重要事項説明書や契約書により説明し、質問があれば入居後も随時返答を行い理解して頂く事に努めている。		
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	意見箱と面会記録を設け利用者や家族から意見を集めると共に、重要事項説明書と玄関に苦情相談窓口を掲載している。また家族から出た意見は対話記録に残し職員間で共有している。	面会記録票に意見や要望欄を設け記録することで職員間で共有し支援に反映している。利用者のうち7名は成年後見人制度を利用しており、家族の支援情報は得にくい点がある。家族会は、今年度開いていない。	
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	ユニット毎の会議に管理者が参加し意見交換を行い、法人内の管理者会議やGH会議、スカイプMTGにおいて事業所の問題や困りごとを報告・相談する機会を設けている。また法人有責者の事業所巡回による意見の吸い上げも出来ている	隔月に開催するユニット会議で職員の意見の吸い上げに努めている。法人から役職者が傘下事業所を巡回し全般的な吸い上げに努めている。職員の中から希望職務を募り、専科通院利用者の支援を行うなど、職務の分担共有を計っている。	
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	年に1回、自己評価表・管理者評価表を作表し、それぞれに自身のケアを振り返ってもらい、個人面談を行いそれぞれの悩みを捉える様にしている。また定期昇給の改善や研修規定、退職金制度の導入等の整備にも努めている。		
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	法人内・事業所内の研修はなんとか実施できているが、現在のところスタッフ状況などから外部研修への積極的な参加は出来ておらず、今後の課題である		
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	法人のスケールメリットを活かし、系列事業所間での職員交流・1日体験などを設け、実際に他職の業務を経験する事で自事業所に持ち帰りサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	利用前の面接で困っている事柄や解決したい事等をしっかりと確認し、また見学や体験も取り入れている。その中で雅荘で出来る事、してみたい事等を確認している。		
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	利用を考えておられる段階、また利用中もどういった部分に不安・疲労感を感じておられるのかを十分に受け止め、ご助言出来る部分は行い、意見を受け止めていく様にしている。		
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	その段階で必要な、または合致しそうなサービスについてはご提案をさせて頂いている。またグループホームに関しては知りえる限りの市内の状況をお伝えし、雅荘以外の選択肢も持てるようにしている		
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	一人ひとりの出来る事や難しくなってしまった事を見極めながら、洗濯や掃除、炊事など生活全般の中で出来る事は行って頂き、楽しみのある暮らしを送れる関係性を築いている		
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	面会時の報告や必要時の電話連絡、また通院に同行頂いたり、BPSDで支援が困難な時に一緒に気持ちを支えながら、共に支えていく事を心がけている。		
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	馴染みの喫茶店や美容室に行く支援、ご自宅への一時帰宅など、関係性・社会性の保持に努めている。必要であればスタッフも同行可能である事もお伝えする	家族同伴での同窓会参加、古い友人の訪問、以前使っていた美容院の利用、墓参りなど、馴染みの関係が途切れない支援を行っている。	
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	その時々表情や言動をみながら、その時を楽しんで頂ける様、時には間に入り、仲の良いグループに新しい人に入って頂いたりしている。一人が好きの方も、皆で同卓できるように時間をかけて自然にできるようにしている		

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	退去の可能性のある利用者・関係者と、その段階で出来る事や出来ない事をしっかりと協議し、双方納得のいく様に努めている。		
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 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	日々の暮らしの中で、日常的な会話をしながらお気持ちや心情をお聴きできるように努めています。またそれが困難な場合にはご家族や後見人さまに意見を確認し、本人の意向に沿えるように配慮しています。	事業所独自のフェースシートに随時追記しながら職員間で共有している。自分で意思表示できる利用者は2名である。他の利用者は、日頃の生活状況から「申し送り」「連絡ノート」により本人本位よなるよう努めている。	
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	入居前面談で得た情報を職員間で共有し、それまでの生活に近くなるよう散髪はなじみの店に行くなど、これまでの暮らしを意識し支援しながら、実際の生活の様子も日々アセスメントを行っています		
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	各種記録で状況や状態、職員の感じたことを記録に残しながら、職員間で朝夕申し送りをを行い、それまでの生活の情報を共有している。		
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	入居時や面会時に得たご家族からの情報やその人の暮らしぶりをもとに、計画作成担当者が素案を出し、チーム内で協議検討しながら作成するようにしている。	毎月の個人別のモニタリング結果は隔月開催のユニット会議で検討し、6ヶ月毎に介護計画書を更新している。更新時の家族又は後見人の承認・同意・署名・押印が確実に実行されず、保管も不十分である。	介護計画書は、3か月毎に更新し、その都度、家族の同意と承認の署名、押印を得て保管するとともに、家族との情報交換の場として活用してほしい。
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	利用者それぞれに個別記録、排泄記録、体調不良時の専用シートなどを用意し記録を行い共有とアセスメントがしやすいように心がけています		
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	今年度はなかったが、終末期を迎えたご利用者さまの支援のため緊急の訪問看護対応を行う手続きをとらせて頂いたり、可能な範囲でDrに指示を頂きながらストマ対応するなど、柔軟な支援を心がけている		

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
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	事業所近隣の障害者施設が開催するカフェや医療機関が常設しているカフェの利用、警察や消防との連携、地域スーパーの普段からの活用など、資源の活用に努めている		
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	利用者又は家族の意見を聴き主治医を決定、定期的な訪問診療で身体の様子を診て頂き、都度指示を仰ぎながら適切な医療支援を受ける事が出来る様配慮している。また通院希望もご希望の医院にお連れするなど、可能な限り対応している	多くの利用者は、入居時に希望して、隔週毎に週間2回訪問する協力医療機関である開業医の診察を受け、24時間Drコールが可能となっている。専科受診は事業所が代行した場合には、家族、かかりつけ医と共有している。	
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	送りや記録等で体調等の情報を職員間で共有し、利用者がかかっている医療機関の医師や看護師と状態等を報告相談しながら健康管理の支援を行っている。		
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。	入院時はMSWや相談員の方と、また家族の方と逐次情報交換を行い、面会をこまめに行い馴染みの関係が途切れないようにすると共に、退院時には病院関係者を含めたカンファレンスを必要時に設け、スムーズな退院ができるよう心掛けている		
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	重度化した場合、当施設が出来る範囲や、かかりつけ医が対応可能な範囲を家族や関係者と確認、話し合いを行い、記録に残している。結果可能な範囲で訪問看護を活用し看取り支援を行ったケースもある	終末期における対応について、事業所の可能な範囲の支援で看取った例については、家族との間に経過記録を作成し保管している。医療連携体制は、検討するもまだ採り入れていない。	利用者の高齢化、重度化に応じて、医療連携体制、終末期の対応の合意文書の作成、訪問看護支援体制の早期実現を希望する。
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	かかりつけ医の指導を得ながら、応急対応や初期対応を学び、またそのルーティンをマニュアル化しスタッフが確認出来る様にしている。また24時間体制で管理者/リーダーへの連絡を受ける様にしている		
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	訓練は夜間想定、都度消防隊員の方々に問題提起をして頂きながら精度を上げていっている。またいざという時に地域の方にも協力頂けるようなボードや書式も用意している。実際に近隣の火災時はご近所の方がお手伝いを申し出て下さった。地震水害対策がまだできておらず早急に対策したい	法令の定める避難訓練を行っているが、訓練報告書の保管が出来ていない。避難時の人員確認・点呼に資する顔写真付き確認ボードを使っている。緊急時備蓄は飲料水のみ確保し、備蓄食糧は準備していない。	避難訓練実施届の整理保管と、緊急時対策マニュアル、災害発生時対策マニュアル等の災害対策体制を充実して欲しい。食糧の備蓄を望みたい。

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 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	気に障ってしまいそうな事柄はそっと耳元でお話しをしたり、自尊心からレクに参加できない方に対してもお言葉かけの順序に配慮するなど、入りやすい雰囲気作りに務めたりしている	人権研修を毎年1回開催している。新任職員には、一人ひとりへの言葉かけについて指導している。見守り時の言葉かけには、利用者の個性、尊厳を損なわない言葉使いに配慮している。	
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	入浴や食事、お着換えの際など、ご意向をお聴きすることに努めている。ふとした時に何か言いたいことがある様子の時などにも立ち止まりどうされたか、ということをお聴きするようにしている		
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	消灯時間、起床時間は特に設けず、その方の生活リズムで過ごして頂けるよう努めている。またそのリズムがずれてしまっている場合は、極力元の状態に戻れるよう、睡眠時間や食事時間をずらさせていただく事もしている		
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	自分で選べるような働きかけはもちろん、一緒に衣類を選んだりしている。一緒に髪を整え分け目はどっちが良いかお聞きしたり、ご家族が来られる際は特にきれいにおきましようね、とお言葉かけしながら準備をしている		
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	職員数の兼ね合いで配食サービスを活用している。その中でも頑張って下さる利用者や座ってならできる利用者とともに盛付や汁物の味見、食器洗いなど出来る事は協同している。また飲食店を営んでいた方に行事でその腕を振っていただいたりもしている	昼・夕食は配食サービスを利用し、美味しく見える盛り付けとなるよう工夫している。個別の嚥下能力に対応する刻み、ペースト加工を行っている。朝食は、利用者の好みを優先し、職員が調理提供している。敬老日、節分、正月、クリスマス等、季節ごとの献立がある。誕生日には利用者の希望を入れた外食で祝っている。	
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	食事や水分量を都度チェック表に残しながら、不足がちな方には好みのものを提供・お勧めしたり、なお不足と思われる方はかかりつけ医と相談し栄養補助飲料などの提供を行っている		
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	利用者に応じて言葉かけや支援を行いながら清潔保持に努めている。うがいなどが出来ない場合は取り除く支援も行い、また週に一度希望者に対し歯科の訪問診療を受けている。		

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 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	排泄チェック表を用い個々の排泄パターンの把握に努めている。どうしても失敗されてしまう方についても、支援タイミングの見直しなどを行い、極力トイレで排泄して頂けるよう心掛けている	全利用者17名のうち15名が、各人の排泄パターンに応じた適切な誘導により、トイレ排泄を行い、不快感を与えない努力をしている。現在6名の利用者が布パンツで生活している。	
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	食事以外では水分や乳製品などを適宜提供しながら、その他歩行練習や腹部や臀部のマッサージなども実施している。かかりつけ医との連携で内服薬によるコントロールも実施している。		
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	その時の体調や気分などを考慮にいれながらお言葉かけをする様に努めている。基本、同性介助を意識しながら、異性介助の拒否や特定職員の拒否なども職員が交代しながら、入浴の間隔をチェック表で確認しながらご負担の無い言葉かけを行っている。	3日に1回を基本に、回避者には工夫を凝らした誘導により両ユニット共入浴回数を維持している。身体機能に応じて、補助具を併用して、無理のない入浴を楽しんでいる。1階浴室に機械浴装置があり、2ユニットで共有し、希望により入浴剤を使用している。	
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	夕食後から入床までをゆったりと過ごしていただける様にし、その時の状況に合わせて休息できるように心がけている。1人で落ち着いて安心できない方には話し相手になったり室温や排泄状況を確認し、何かイライラの原因はないかを確認することに努めている		
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	生活面で配慮すべき薬を日々の伝達で確認、また施設独自のシートも活用している。理解が難しい場合は薬剤師に確認をしている。また服薬時は誤嚥や漏れがないか、二人で行うなどして慎重に見守りをしている。		
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	それぞれの趣味嗜好を意識し、色塗り、貼り絵、ボール遊びなど多彩な個別の支援が出来る様に意識している。また本人の希望より、時代劇専門チャンネルを導入して頂いている方もいる。		
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	個別の外出支援はひとり、週に1~2回と減少しているが、誕生日の個別外食などで意思確認をしながら個別で計画を立てて外出支援を行っている。	高齢化と重度化により、多くの利用者が外出の頻度は低下している。その中で順番に隔日毎に車椅子介助を受けながら近隣スーパーへの買い物に出かけている。花見、紅葉狩り、初詣、バラ園鑑賞など、季節ドライブを楽しんでいる。	

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	希望者には小遣いを持って頂いており、ご使用時は記録に残しスタッフ間で共有している。使いすぎってしまう方もコミュニケーションを取りながら過度な買い物にならないよう配慮している		
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	ご希望があれば電話を掛ける支援をしている。年賀状や夏のお便りなどは1人ひとりの書ける範囲で書いて頂き、お出しする様になっている。		
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	毎日の掃除を欠かさずするとともに、四季折々の花をテーブルや玄関に飾ったりして季節を感じて頂こうと努めている。天候によってはカーテンで調光したり、室内温度の変更、ドアの開閉音の留意に努めています	坪庭を備えた落ち着いた雰囲気、居間や食堂、廊下は広く、照明は落ち着いた明るさにしている。壁面には利用者が書いたぬり絵、ちぎり絵などを飾っている。車椅子が使えるトイレや広い浴室は温度管理が行き届き清潔にしている。	
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	状況や状態に応じて、家具(ソファやテーブル)の場所を変更したりして、気兼ねなく過ごせる様配慮している		
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	入居時、また入居後もご家族と相談し馴染みの家具や置物を持ってきて頂いたり、好みの写真や雑誌を見て頂けるようにしている。また外出時の写真なども飾り楽しめるようにしている。部屋のゴミがたまらない様にも配慮している。	居室はすべてフローリングであるが、ベッドからの転落事故を予防するため床に畳マットを敷き、布団で起居する利用者もいる。空調機、ベッド、クローゼットの他は、使い慣れた家具類を持ち込み、配置に工夫しながら自分好みの居室にしている。掃除も行き届いている。	
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	利用者にとって危険なものは導線や目に入らない様に配慮しながら、居室やトイレが解りやすい様に表札をつけたり、リビングが広いので移動時は手すりまで誘導させて頂くなどしている		

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		地域住民や家族代表も含めた構成で、法で定める年間6回の定期的な運営推進会議の早期開催を実現してほしい。	定期的に安定して運営推進会議を実施することができる	日時をある程度固定し、事前通知を行いお越し頂く方を定着させる。	3か月
2		介護計画書は、3か月毎に更新し、その都度、家族の同意と承認の署名、押印を得て保管するとともに、家族との情報交換の場として活用してほしい。	ケアプランを通じたご家族と施設との対話が利用者を支える下地になる	ご家族の真の想いを受け止めていくことができるよう、ご面会時には進捗状況(モニタリング状況)をお伝えし、更新月に意見交換を行い再作成していくモデルをつくる	6か月
3		利用者の高齢化、重度化に応じて、医療連携体制、終末期の対応の合意文書の作成、訪問看護支援体制の早期実現を希望する。	その人の意向をしっかりと確認し、柔軟な対応ができる体制を構築していく	看取る、のではなく看取りの場をご家族に提供し、そこにスタッフ・施設が関わらせて頂くことが前提としたうえで、ご希望されたときに多様な選択肢をもてるよう、訪問看護支援体制はまず構築を行う	12か月
4		避難訓練実施届の整理保管と、緊急時対策マニュアル、災害発生時対策マニュアル等の災害対策体制を充実して欲しい。食糧の備蓄を望みたい。	書類整理を行い、緊急時に事業所が慌てることのない体制づくりを構築する。また可能な範囲で備蓄を推し進めていく	災害時マニュアルの常時確認・更新は当然の事として、ご家族も含めた緊急時の体制づくりを模索構築していく。食料については長期スパンで少量づつ購入し、回していく形を構築する	12か月
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。