

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	1290700069		
法人名	医療法人社団 聡誠会		
事業所名	グループホーム ふくろう		
所在地	千葉県銚子市春日町 1169番地		
自己評価作成日	平成24年1月31日	評価結果市町村受理日	

※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	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク千葉福祉調査センター		
所在地	千葉県茂原市茂原480		
訪問調査日	平成24年2月9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)】

<p>事業所を医療法人が経営していることで、医療との連携が迅速に図れること、常時、医療関係者と連絡が取れることです。</p> <p>入居前の主治医とのつながりも尊重し、入居後の医療に不安を抱くような心配はありません。</p> <p>職員は入居者一人ひとりの気持ちに寄り添い、心身ともに安心して過ごせる居場所作りを大切に、支援に努めています。</p>
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> 全職員が利用者の尊厳を常に意識して、日々の介護に当たっている。また、利用者・家族の意向をよく把握し、サービスの改善・向上に活かしている。その結果として、利用者・家族から満足度が高い評価を得ている。 本事業所には、気兼ねなくものが言える職場風土があり、全職員が今の職場に生き甲斐を感じている(本事業所が開設して3年になるが、辞める人が殆んどいない)。 当事業所の理事長は医師(院長)でありながら、週1回来訪し、利用者一人ひとりに言葉をかけているが、これが利用者には計り知れない信頼感と安堵感を与えている。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	会議や申し送り等で理念を振り返る場を設けたり、掲示し周知徹底を図っている。職員は利用者のその人らしさを大切に穏やかに過ごせるよう努力している。	運営理念は分かり易い文言で書かれ、大広間に掲示して周知徹底を図っている。この理念の実現を目指して、日々のサービスの実践に当たっている。	
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	町内会の敬老会や近隣の施設の夏祭りに参加し、地域の方との交流の機会を設けている。ボランティアを受け入れ黒潮よさこい舞踊、和太鼓、オカリナ、クラリネットの演奏やフラダンスを披露して頂き、利用者も一緒に、演奏や踊りに参加し楽しんでます。	地域との密な交流を図るため、様々なボランティア団体に協力を仰ぎ、音楽演奏や舞踊等を披露して貰っている。また、地域の行事(敬老会、夏祭り等)にも参加している。また、近隣の介護施設との交流も密にしている。庭の一角に在る野菜畑の作業を農家がボランティア支援に来てている。	
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	ボランティアや見学は積極的に受け入れている。認知症ケアに関する相談にも対応しています。		
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	評価結果の報告、現状報告や意見交換、質疑応答など行い、後のサービスに反映できるようにしています。他の施設や地域の情報等も得て、実際の取り組みに活かしている。	運営推進会議は地域の理解と協力を得るために、重視しており、3ヶ月に1回開催している。会議では、主に運営状況の報告、外部評価結果の報告、運営上の課題等について意見交換を行っている。	運営推進会議にオブザーバーとして、評価調査委員の参加を検討されたい。
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取り組んでいる	地域ケア実務者会議や認知症ケア検討会を通じて、情報交換し連携を図っている。運営に関することも報告・相談を行って、協力体制を築いている。	地域包括支援センターとは特に連携を密にし、運営に関する相談をしている。他に、高齢者福祉課(地域ケア実務者会議、認知症ケア検討会)、社会福祉課と情報交換を図っている。	
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	夜間以外は施錠などせず、拘束をしないケアに努めている。身体拘束廃止研修に参加し、職員全体で勉強会をひらき理解を深めている。	マニュアルを作成し、共通認識を図るための職員研修を行うなど身体拘束排除のための実践的取り組みを行っている。日中は施錠せず、徘徊する入居者に同行するなどして、臨機応変に対応している。	
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	職員は高齢者権利擁護の研修に参加し、高齢者虐待防止法を意識し、理解を図り、早期発見を心掛けている。全職員にも高齢者虐待防止法を提示し周知している。		

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 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	職員は「権利擁護事業」「成年後見人制度」の研修及び認知症介護実践者研修で、日常生活自立支援事業や成年後見人制度を学び理解している。		
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	契約・解約をする際は、十分な説明をおこない、ご家族の疑問や不安が解消されるよう丁寧な説明を心がけている。		
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	家族の来訪時に意見や要望を聞き、出された意見は職員で話し合いサービスに反映させている。 また、「ふくろう通信」というホーム内新聞を毎月作成し、利用者の家族にも呼びかけている。今年度より「一行日記」を毎日記入し、日々の様子を家族に報告、ホーム内の様子がよくわかると大変好評である。	利用者や家族の意見・要望は職員の合同会議で話し合い、サービス内容の改善に反映させている。利用者の様子及びホーム内の様子は「ふくろう通信」、「一行日記」で家族に報告している。	
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	代表者・管理者は職員が気軽にあらゆる意見、要望を言える雰囲気を作り、聞くように心掛けている。また、申し送りやカンファレンスで、意見交換した内容を代表者とともに協議し、生かせるよう取り組んでいる。	当事業所には、運営に関して職員が気兼ねなくものが言える職場風土がある。提案は月1回の職員カンファレンスで協議して運営に反映させている。	自己評価票の作成に、管理者以外の職員との協議を検討されたい。
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	福利厚生活動を積極的に行い、働きやすい職場環境の整備に努めている。昨年度より、介護職員処遇改善交付金を申請し、介護職員の収入増を図った。		
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	活力ある施設を維持するため、全職員を対象に認知症介護実践者研修及びリーダー研修、その他外部研修に参加できる体制を取っている。カンファレンスで、研修報告を行い情報の共有に努めている。		
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	千葉県地域密着小規模ケア推進協議会に加入、勉強会に参加し、困難事例の問題等を共有し、アドバイスを受けたたり、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	何度か本人と会う機会を作り、本人が抱えている不安なこと、困っていること、希望している生活などを時間を掛けて聞くようにしている。 入居時、センター方式を活用し、要望等を含め話を聞き、個々に応じた対応に努めている。		
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	入居前にご家族から出来る限り多くの生活歴等の情報を頂き、ご家族の要望、不安等を理解し受け止めることで、家族の心の負担を軽減できるよう努めている。		
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・家族との話し合いの中で、ご本人が今現在第一に必要としているのは何か見極め、そのサービスの内容と利用までの流れを丁寧に納得できるまで説明している。本人・家族の道が開けるように支援を心掛けている。		
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	共に生活することを意識し、利用者の心情を常に察するように努め、その上で本人の思いを共感し、理解し、声かけするようにしている。 また、人生の先輩として、職員が利用者に人生相談をしたり、調理の技などを教えてもらいながら共に支えあいながら過ごせるようにしている。		
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	利用者の思いを家族・職員が聞き、或いは心情を察し、家族と職員の間でその情報を共有し、その利用者の思いが実現できるように家族と職員で考え、必要があれば家族に協力を得て共に支援できるように心掛けている。		
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	面会時間や外出時間の緩和し柔軟性をもって対応し、いつでも訪問しやすい雰囲気作りをしている。外出・外泊は家族に相談し、機会を作っていただくよう努めている。	利用者の馴染みの人との関係をセンター方式等で把握し、関係継続の支援に努めている。また、要望があれば、外出・外泊にも応じている。	

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
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	利用者同士の関係を全職員で把握してい る。その上で利用者同士の関係がうまくい くように職員が間に入り、円滑にいくように努 めている。また、一人ひとりの利用者の性格 を把握し、利用者間で助け合いながら過ご せるように声かけしている。		
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	入院された方には見舞いに行くよう努めてい る。契約が終了しても、本人・家族にとって知 りたい情報がある時や悩み事がある時は、 いつでも相談に乗り、提供できる情報などを 伝えている。		

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
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	本人と接する中で思いを把握し、また家族からの情報を収集出来るがぎり希望や意向のに添えるよう努めている。困難な場合は本人の言葉や表情、しぐさなどから多角的に読み取り、職員同士で意見を出しあい、家族からも意見を聞き検討している。	本人がどのような暮らし方を望んでいるかを様々な角度から把握し、その意向を介護に活かすように努力をしている。	
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	家族から生活歴や生活習慣、生活環境、趣味、これまでのサービス利用の経過などを聞き、本人からも日常の会話の中でそれらを聞き取れるように努め、把握できるように努めている。		
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	職員が共に生活をする中で、できること、できないこと、わかること、わからないことなど細かく分類し、常に状態の変化を把握するよう努めている。そしてその内容をケアカンファレンス等で話し合い職員間で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	家族からの情報収集と意見、或いは生活を共にした中で、職員が少しずつ聞いたり察した本人が希望する生活のあり方や課題をカンファレンス等で話し合い、モニタリングし、介護計画を作成している。その後家族に提示し、意見をもらっている。	利用者本意の介護を目指し、本人や家族の意向や意見を踏まえ、カンファレンスで協議して介護計画を作成している。その後、モニタリングし、必要に応じて計画の見直しをしている。	
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	利用者個別のファイルを作成し、食事量、飲水量、排泄情報、バイタルや職員が共に生活した中で、気づいたことや本人の言葉、行動、表情、生活の様子、状態の変化などを、介護記録に記録し、職員間で共有している。介護計画の見直しの際は、情報の一つとして活かしている。		
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	本人・家族の状況に応じた柔軟な対応に努めている。 通院の支援を職員が行っている。		
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	近隣の散歩により地域の方と交流、花や野菜を戴くこともある。地域の方による庭の手入れなどの支援がある。地域のサークル活動の方にも定期的に訪問してもらい、踊りや音楽を披露して頂いている。		

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
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	入居前からのかかりつけ医に受診している。職員の同行もあり、必要に応じてバイタルチェック表など提示している。必要に応じて、協力医療機関より専門医を紹介してもらえる。協力医とは24時間連絡が取れる体制をとっている。	入居前からのかかりつけ医に受診し、必要に応じて職員が通院介助をしている。受診結果は家族に報告されている。協力医とは24時間連絡が取れる体制になっている。本年度から歯科医の訪問診療を開始した。	
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	介護職員は利用者の状態の変化や気づき、疑問を日常的に相談して看護師からアドバイスを受けて介護にあたっている。看護師は、介護職員への指導とフォローアップを行い必要時、かかりつけ医に相談し早めの対応をとっている		
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。	入居者が入院した場合には、ADLや経過を書類にして入院先に提出している。入院中の経過報告をもらい、退院後も順調に回復できるよう支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、日常の健康管理や急変時の対応、入院先との連携について家族に説明し、家族の意向にそうよう努めている。	当事業所では、利用者を最期まで預かることになっているが、重度化の場合、終末期や急変時の対応は、家族の意向、判断を尊重している。急変に備えて、早い段階で家族と協議して、確認書を作成するようにしている。	
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	急変時、事故発生時の対応は、職員の入職時オリエンテーション時に確認すると共に電話の側に提示してある。急変の前触れとなる健康状態の把握についても、シグナルを読み取ることに努めて予防的対応を心掛けている。		
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	火災や地震を想定した避難訓練を年2回行っている。昨年度、運営推進会議のメンバーに協力してもらい消防署の職員を招き、消火訓練を全職員で体験した。	避難訓練は年2回実施している。訓練には、消防署の職員、運営推進委員会のメンバー、町内会長に協力して貰っている。緊急通報装置、火災報知機が完備されている。本年度、スプリンクラーを設置した。	

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	利用者の誇りやプライバシーを傷つけないように、職員が利用者に対して常に「尊厳」を守って、接するように心掛けている。カンファレンスでは声かけや話し方、接し方について話し合い、反省することが無いか振り返っている。また、個人情報保護法を抜粋し職員に提示している。	全職員は利用者の尊厳を守ることをモットーに、利用者のプライドを傷つけないように、日々の介護に当たっている。特に、言葉使いには細心の注意を払っている(命令、大声、怒鳴は禁句)。	
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	利用者が自己決定できる場面を作っている。利用者の能力により複数の中から選択してもらったり、二択にし自己決定を容易にする工夫をしている。本人の心を大切に受け止め、寄り添うケアに努めている。		
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	一人ひとりのペースを尊重して暮らしを支援している。季節毎の自然の恵みやその日の天候などを考慮して、散歩や、買い物など、その時の本人の意向を引き出し、それに沿って過ごせるよう努めている。		
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	一人ひとりのオシャレ(化粧など)、身だしなみ(好きな服)などの生活習慣の情報を本人・家族から聞き取り、判断能力が低下しても継続して楽しむことができるよう支援している。理容・美容も本人が望む店へ行けるようにしている。		
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	おかずは3食栄養のバランスを考慮し、配食サービス(食材)を頼んでいるが、朝食はご飯・パンを選択できるようにしている。食事の準備・片付けは、一人ひとりの「できる能力」を把握し、職員と共に行っている。食事は信頼関係の構築という意味も踏まえ、利用者と職員と一緒に食べている。	利用者の好みを配慮したメニューの提供に心を砕いている。月1回、利用者が希望する自由食は、食材の購入、調理を利用者に一任している。食事の時、利用者同士の会話が少なく、楽しい雰囲気が出ない。	・食事の時、会話が弾む楽しい雰囲気作りの工夫を検討されたい。
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	毎日の食事摂取量は概算を記録している。利用者のその方に応じた量・大きさ・食べるペースなどを把握し、声かけを行う。水分も声かけや介助にてなるべく1日800ml以上は摂取できるよう支援している。		
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	口腔内の清潔保持のため、毎食後の歯磨きを促している。自分で出来る方は見守り、出来ない部分を手助けしたり、義歯は預かり消毒する。口腔内や歯に不具合がある場合は、歯科医の往診が受けられ、治療及び、口腔清掃、歯磨き指導を実施している。		

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
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	排尿チェック表をつけることにより、排泄のパターンを把握し、トイレ誘導をさりげなく促している。夜間は自分で起きてトイレに行く人の見守り、定時に誘導する。その人の力に応じて自立に向けた支援をしている。	利用者個々の排泄パターンを把握し、自立に向けた支援をしている。	
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	野菜の多い、バランスのとれた食事を作り、食事摂取と適切な水分量が確保されるように注意している。また、室内の体操や天気の良い日の散歩など楽しみながら運動も行っている。便秘傾向のある人には、適切な量の下剤の使用も工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は週に3回、時間帯は午後と大まかに決まっている。利用者のその日の意向を聞き、声かけている。入浴を拒む人に対してはその人のタイミングに合わせて、声かけや対応の工夫をしている。湯の温度や洗い方など個人の要望を聞きながら入浴を楽しんで頂けるよう支援している。	入浴は週3回、午後に行っている。入浴を楽しんで頂けるように、入浴の時間帯、湯の温度等、利用者の意向、要望に沿うように務めている。入浴には、必要に応じて職員が介助している。	
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	職員が利用者の体調、表情、しぐさ、行動などを見ながら、状況に応じて休息を取るよう促している。安眠につながる為に、長年の生活パターンを本人・家族から聞き把握し、その人なりの生活リズムが維持できるように努めている。不眠の方は、医師と相談し、助言を受けたり場合により睡眠剤を服用していただき、安眠へとつなげている。		
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	服薬の確認は必ず職員が行う。個々のケース記録に処方内容をファイルしてあり、すぐに目を通せるようにしてある。薬の作用と副作用については看護師より説明され、毎日のケアの中で観察し、申し送りや記録で引き継ぎがなされ、体調管理されている。全ての薬は薬局で分包を依頼しており、名前・飲む時間などを袋に記載してもらい、飲み間違えないようにしている。		
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	利用者個々にあった役割を探し、掃除・食器洗い・黒板のメニュー書き等、日々の暮らしの場面で活躍の場を提供している。体調を見ながらドライブ・散歩等も行い、本人の喜びにつながるよう、力を発揮してもらえ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
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	その日のご本人からの希望による外出と、職員が買い物・散歩・ドライブに誘うことがある。。 ご本人の体調と天候を考慮しながら、希望に沿って外出できるよう支援している。	外出は気分転換、五感刺激に効用があるので、散歩、買い物、ドライブ等、利用者の要望に応じて外出支援をしている。	
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	お金に対しての思いは、個人によってその時の状況によって、様々な形で表現される。その思いの違いをくみ取り、支援する。希望する人は、職員同行にて買い物へ行き、できる方は職員見守りにて支払いもしていただきます。		
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	利用者が電話をかけたいと希望する時は、本人の願いに応じて電話かけることもある。家族からの手紙が届けば本人が読めるよう支援している。また、暮れには家族宛に年賀状を書いているが、個々の力に応じて職員が支援している。		
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	季節に合った花や装飾を行っている。また、利用者と共に季節の飾りつけをして、季節を感じてもらえるようにしている。また、音量に注意をはらいながら利用者の好きな音楽を流し、リラックスできる空間を演出している。	共用空間は居心地よく整備されている。居間(兼食堂)には、季節の草花、行事のスナック写真、利用者の作品(書道、手芸等)が飾ってある。	
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	食事するテーブルは3ヶ所あり、仲良しで一緒に過ごしたい利用者が並んで座れるようにしている。ソファや室内の家具を移動して、その時の利用者同士の関係性に合せた配置としている。		
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	入居時ご家族にお願いし、長年使い慣れた家具や好きな写真、使い慣れたラジオなどを持ち込んで頂き、安心して居心地が良く暮らして頂けるよう工夫している。	利用者が居心地よく暮らせるように、馴染みの家具、家電、写真等の持ち込みと部屋の使い方は自由になっている。	
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	手すりの設置やテーブルや椅子の使い易さは適切か、利用者の状態にあっているかを職員間で話し合うことにしている。 状況により見守りや声かけをしながら、自立が継続できるよう支援している。		

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		ホームの理念が「絵に画いた餅」にならないよう共通理解ができ、理念に基づいた行動や判断ができるようになる。	理念が介護の土台であることを踏まえ理念を日々の介護現場で活用できる。	ケアプランや個々の利用者への対応が理念に基づいているか検証する。 職員が日々の業務の中で、どのように理念に基づいた行動や判断ができたかを振り返る。	6ヶ月
2		事故防止の取り組みについて、ヒヤリハット報告書の内容が事故報告書になっている。	事故以前における原因、要因、背景の段階において、事故の可能性を認識し、事故防止を図る。	どんな小さな事でも、一つでも多くのリスクに気づくことで、気づきを報告書により職員で再確認し、全員で共有し対策をねる。	6ヶ月
3					ヶ月
4					
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。

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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓ 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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()