

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	2572300073		
法人名	特定非営利活動法人 NPOワイワイあぼしクラブ		
事業所名	グループホームわいわい		
所在地	滋賀県湖南市石部東七丁目5番25号		
自己評価作成日	平成30年12月1日	評価結果市町村受理日	平成31年3月19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	一般社団法人 滋賀県介護福祉士会
所在地	滋賀県草津市笠山七丁目8番138号 滋賀県立長寿社会福祉センター内
訪問調査日	平成31年2月22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)】

「街かどのふつうの家でふつうの暮らし」を理念に、決まった日課はなく、お年寄りには毎日ゆったりと過ごしていただいています。決まった日課はない中でも、今まで生きてこられた暮らしを尊重し、裁縫や歌、大正琴、家事といった好きなことや得意なことを、スタッフと一緒に和気藹々としています。介護度が重くなられても、その方らしい暮らしを大切にするために、スタッフの体制に配慮したり、また、ボランティアの方にも携わっていただいています。終末期を迎えられても、わいわいで過ごせてよかったと思っただけのよう、心温まるケアを目指しています。

【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)】

街かどになじんだ家にこだわった木造の住宅が地域の中にあり、近隣の方との交流も根づいてきている。ほど良い広さのリビングでは、一人ひとりのペースに合わせた暮らしのスタイルがあり、普通の暮らし、その方らしい暮らしを心がけた支援がされている。地域の方のボランティアの来訪もあり楽しみと共に社会的な繋がりを断ち切らない支援がされている。手薄な夜間帯にお泊りボランティアが見守り補助をされる等の協力者もあり理解が深まっている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	理念をリビングに掲示している。 会議の場でも理念を読み上げ、再認識する事で実践につなげているスタッフも多い。理念を踏まえ“できることはしていただきたい”、“一緒にするように”、“普通の暮らしを”を心掛けている。	月2回のあんばい委員会や全体会議で自分達の生活支援を振り返り、「普通の生活」その理念に沿っているか確認・共有し実践に繋がっている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	自治会に入っており、ゴミステーションの清掃や、地域の祭り、お神輿の見学を行った。近隣の方が花や野菜を届けて下さったり、地元農家のお米を購入する等のつながりを持っている。地域のボランティア(グループ)の訪問も受けている。今年度はAEDを玄関に設置したことを地域にお知らせした。	自治会との付き合いも長く、回覧板のやり取りや、地域の活動、催しものに参加している。普段の暮らしの中でも近隣の方と挨拶を交わしたり話をしたり、差し入れを頂く等の関係性が出来ている。	
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	ボランティア等で出入りして下さっている方に認知症の人の理解や支援の方法を伝える機会があった。地域のサロン等に参加し発信できる機会が複数回あった。		
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ヶ月に一度、会議を開催している。開催時には必ず出席者全員から一言いただくようにしている。医療的なケアが必要になられたり、お亡くなりになられた入居者のご家族から、思いや心情をお聴きする事ができた貴重な場でもあった。	入居者家族、ボランティアセンター、民生委員、市役所職員等の参加がある。事業所の状況報告や意見交換等の内容は明細に記録されスタッフ間で共有サービス向上に活かせるよう努めている。	
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	事業所内で解決できない事や分からない事に関しては、市の担当窓口と相談をし、連携を取っている。また、前年度より、湖南市介護保険事業者協議会の役員を務めており、役員業務も含め、研修には出席をしている。	市担当者に事業所の状況や取り組みを伝えたり、相談できる関係が出来ている。市からの研修案内には、努めて参加し連携を深めている。	
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	身体拘束に関する研修に参加し、理解を深めている。 玄関の施錠は、保安上、夜間時間帯(22時～6時)のみ行っているが、それ以外は開錠している。センサーマットについても、随時必要性を検討し安全面を配慮した上でマットを外せる事を目指している。	「身体拘束ゼロセミナー」に参加、法人内では、年1回、虐待防止についてのミーティングを行い、身体拘束をしないケアの確認をしている。外へ出た際の思いがある時は、無理に止めるではなくスタッフが携帯電話を持って一緒に出掛け、寄り添うケアに努めている。	
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	身体拘束ゼロセミナーや、研修、会議の場で学ぶ機会があった。常に入居者の身体状況を通して、虐待にあたるようなことがないか注意を払っている。言葉遣いやケアについて不適切ではないか会議の場で話し合いを行っている。		

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	個々に研修等で学んでいる職員もいる。今年度は制度の利用を考えておられるご家族がおられたため、ご家族から依頼をいただいた件のみ、支援を行った。		
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	契約時には、事前に見学や説明といった話し合いの場を持ち、入居者やご家族との関係を築いている。契約に関しては、質問を受け、事務担当者とともに確認しながら進めている。入居後、改定があった場合も、その都度説明を行い、確認・同意をいただいている。		
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	月に1度、市より介護相談員が来所し、事業所内の様子や入居者とのやり取りを持ち帰ってもらっている。ご家族との面会時に、各担当職員が中心となり、要望等を聞きだすようにしている。入居者のお一人に「理事長と話をしたい」という方がおられ、機会を設けた。	運営推進会議や介護相談員に意見や思いを伝えてもらえる機会がある。家族の面会時には、担当のスタッフが最近の様子を伝えたり、要望や意見を聞き運営に反映できるよう努めている。	
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	2ヶ月に一度運営会議を行い、意見や提案を出し、協議している。現在は常勤スタッフのみの参加のため、今後は非常勤スタッフの参加や個別面談等を通して、意見や提案を聞く機会を設けていきたい。	年1回、自己申告書(目標や希望を書く)を提出する機会がある。スタッフの家族状況によって、勤務時間帯の考慮があり助かっている。常勤、非常勤に関わらず意見、要望は伝えやすくケアに活かされているとスタッフより聞き取った。	
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	勤務形態や労働時間に関しては、個々の状況や希望をできる限り取り入れ、働きやすい職場づくりに努めている。個人の役割もあり、達成感を持ったスタッフもいる。		
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	一人ひとりの力量を把握した上で、研修の計画を立て、組み込んでいる。法人内研修だけではなく、外部研修の積極的な受講を勧めた。今年度は、医療的ケアの研修や看護師の研修参加に重点を置いた。		
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	管理者は、湖南省介護保険事業者協議会の運営メンバーとして携わり、同業者と交流する機会を持つことができた。また、ケアマネージャーの勉強会に参加しているスタッフもいる。		

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	ご本人と話す事で、思いや情報を得るようにしている。 情報シートや入居時ケアプラン等で情報を共有し、関係づくりに努めている。		
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	ご本人と同様に、ご家族ともゆっくり話す機会を設けており、関係づくりに努めている。		
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	担当のケアマネージャーとの意見を交わした上で、ご本人、ご家族との話し合いを重ねることで、入居時ケアプランを作成し、対応している。		
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	介護する側、される側ではなく、“いっしょに”を念頭に、日々生活を送っている。 何事も、ご本人と一緒にする事から学ばせてもらう事も多く、気遣ってくださったり、相談に乗ってくださる等の人生の先輩としての関係にもなっている。		
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	ご家族の面会、ご家族との外出、外泊される時間を大切にし、その時にご家族の感じられたことなどを聞き、同じように支えられるようにしている。 ご家族との面会時には、ご家族との時間・空間を過ごしていただけるように配慮している。ご家族からだけでなく、スタッフからも相談をさせていただく事があり、共に支え合う関係を目指している。		
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	なじみの場所や自宅に足を運んでいただけるように支援しているが、全員ではない。 古くからの知り合いやボランティアとしてもなじみの方が当事業所に足を運んで下さっている。	本人や家族、親せき、知人等より聞いた馴染みの人や場所を記録してスタッフ間で共有、今までの関係性を大切にしたい支援、事業所に訪問しやすい雰囲気づくりに努めている。	
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	入居者同士が関わりやすく不快な思いをされても、その思いをひきずられない様な支援に努めている。 様々なイベントを通じて、入居者同士が関心を持ち合えるよう、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 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	サービスが終了した後でも、野菜を差し入れて下さる等の交流がある。 退居をされてからの誕生日にフォトブックを届けたところ、ご家族からお礼の手紙をいただいた。		
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	入居者との普段の会話や言動等から思いを汲み取るように心がけている。会話が難しい場合は、表情や仕草、体調等から汲み取るようにしている。	日々の暮らしの中で、何気ない言葉、表情、しぐさ、体調等から察した思いや意向を「暮らしの日誌」に書きとめスタッフ間で共有、検討してケアに活かしている。	
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	ご本人やご家族、また、担当のケアマネージャーから話を伺い、これまでの生活の様子把握に努めている。新たに知る情報は、細かく記録に残し、共有するように努めている。お一人おひとりの生活歴や背景を知る事の重要性を感じている。思い出の写真や映像から話題を持つ事もあり、良い表情をされる方もおられる。		
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	”暮らしの様子”に心身の状態や、ご本人が話される事をそのまま記入することで、その人らしさが分かる現状をを情報として共有している。日々の連絡事項には連絡帳も活用している。		
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	月に1回のモニタリング、3ヶ月に1回のカンファレンスで現状の把握、課題点等を話し合い、介護計画に反映させている。 状態に急な変化が見られた時には、緊急カンファレンスも行っている。必要に応じて、医師・薬剤師にも相談し、意見を交換している。	定期的に現状シート(生活、身体、情緒面等)を見直し介護計画を作成している。家族等には、面会時や電話で要望や意見を聞いて、スタッフ間でカンファレンスを行い介護計画に反映させている。	モニタリング等のカンファレンスに本人、家族の参加が増えるといいですね。
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	日々の様子は些細な事でも記録に残すようにしている。時系列や内容を書く事で、ご本人のペースやパターンが見えてくる事もある。ケアを見直す場合には、更に詳細を記録するノートを活用した。課題だけでなく、魅力についての気づきもカンファレンスや会議で情報を共有し、実践や介護計画の見直しにつなげている。		
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	入居者の状態によって、眼科、皮膚科、整形外科等のかかりつけ医以外の病院を受診した。介護保険以外の支援の要請にも対応している。また、ホームの居室にて定期的に法要をされる入居者とそのご家族もおられ、対応させてもらっている。		

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
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	祭りでのお神輿見物や地域のボランティアによる活動、サロンでの催し物等に出かけた。スーパーや理髪店を利用し、暮らしを楽しめるように支援できた。湖南省に在住住民の一員として、新エネルギーとして期待される“イモ発電”に使用するサツマイモの空中栽培の取り組みに参加した。		
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	入居者全員が近隣の小川診療所をかかりつけ医としている。 冬場は訪問診療を選択される方もおられる。歯科の訪問診療を受けている方もおられる。	事業所の協力医をかかりつけ医とされている方が殆どであるが、本人、家族の希望の病院に通院される方もある。必要に応じて、家族、スタッフが同行して受診支援をしている。	
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	看護師が2名おり、健康チェック、薬の管理、吸引、血糖値管理、受診の付添等をしている。また、吸引のみを担当する看護師もいる。看護師不在時は連携している訪問看護ステーションに電話し、いつでも連絡を取れる体制となっている。医療面のケアの重要度が高い方は、個人契約もされている。また、連絡帳と暮らしの様子も活用し、入居者の些細な変化も報告をしている。		
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。	かかりつけ医との連携を取っており、往診にて治療が出来る場合は、可能な限り事業所内で行っている。 入院の判断は、ご家族の思いを聞き取り、かかりつけ医と相談している。医療度の高くなった入居者の退院に向けては、関係各所との連携に努めた。		
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	入居時に終末期ケアに関する説明をご家族に行い、事前意向確認書を取り交わしている。 実際に終末期に入った場合、かかりつけ医より説明を受け、ご家族と連携を取りながら方針を共有し、支援している。	入居時に看取り介護に関する事業所の考え方を説明し、「事前意向確認書」を取り交わしている。実際に重度化した場合、家族、医療、事業所スタッフが体制を整え不安の少ない支援が提供できるよう努めている。	本人、家族と話し合い「事前意向確認書」の更新を定期的に行えないでしょうか。
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	普通救命講習や会議等で学ぶ機会はあるが、全てのスタッフに実践力が付いているとは言い難い。AEDを設置したが取扱いを含め、訓練を定期的に行う必要がある。		
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	年に2度の訓練を計画し実施している。今年度は火災を想定した避難訓練と水消火器を使用した消火器訓練を一度行った。繰り返し訓練をする事で、全スタッフが方法を身につけるようにしていきたい。	年2回避難訓練が繰り返し行われている。事業所が福祉避難所である。災害に備えた物品等の準備、設備等の点検が定期的に行われている。運営推進会議でも協力を呼びかけている。	

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
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	丁寧な言葉遣いと対応をするように心がけている。尊厳の中にも、暮らしの目線がかしまり過ぎないように言葉かけをしている。	馴染みの関係を大切に親しみの持てる対応を心掛け、特に最初の一言目に注意を払い、伝わりにくい場合は表現を変えて対応する等のコミュニケーションに努めている。守秘義務の徹底について研修が行われている。記録類は事務所管理となっている。	
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	次の行動に移る前に、本人の意向を伺い、希望に添った支援ができるように努めている。こちらの気持ちを押し付けないように心がけている。言葉で思いを表す事が難しい方は、表情や仕草で読み取るように努めている。		
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	これまでの生活リズムを大切にし、その日の体調や気分に合わせて過ごし方が出来るように支援している。 細かな動作も入居者の希望をきいてから支援するよう心がけている。		
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	着替えの際、その日着る服を選んでもらっている。意思の表現が難しい方には、その人らしさを感じさせる身だしなみをしていただけるように配慮している。 お化粧をされる方へのお手伝い、髭剃りのお手伝いもさせていただいている。お出かけ前には、一緒に確認できる時間を設ける等の配慮をしている。爪は看護スタッフが切らせてもらっている。		
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	一緒に下準備や味見、盛り付け、食器拭き等をしている。 ホームで育てたゴーヤやさつまいもと一緒に収穫し、食べる機会も持た。好みや状態に応じて形態を変える等の工夫をしている。	食事作りの場面への参加(見る、見ながらも含め)を大切に生活されている。平日の夜のみ配色サービス利用、他は手作りで提供。朝食はパンとご飯の選択、月一回は外食にも行かれている。	
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	食事がすすまない時は、ゼリーやプリン、果物等の食べやすいものを勧めている。一日の記録やトイレの記録表から、水分が摂れているかの確認をしている。食事量や水分量は一回あたりの摂取量より、一日を通しての量に着目する事を心がけている。		
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	起床後、昼食後、夕食後に口腔ケアをしている。歯みがきや入れ歯の手入れの他に、うがいの難しい方には口腔ケア用スポンジの活用をしている。かかりつけの歯科の訪問で、口腔ケアを受けておられる方もいる。		

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	「トイレに行きたい」という訴えにはすぐに対応している。 一人ひとりの排泄パターンに応じて、トイレにお誘いしている。おむつやパッドの種類は随時検討をしている。トイレに座っていただく事の大切さを学び実践している。ご自分でトイレへ行けない方もトイレでの排泄を支援している。	パット使用から布パンツに、オムツから紙パンツに変更し自分で上げ下げできる等自立支援に努めている。トイレ誘導は静かに、さり気なく周りへの配慮をしながら声掛けをしている。車イスで入れる広めのトイレも設置されている。	
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	天気の良い日には、散歩にお誘いしている。乳製品や水分を多く摂っていただいたり、トイレでお腹のマッサージをさせていただいている。様子を見ながら整腸剤や下剤を使っておられる方もいる。		
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	一人ひとりの希望や体調に合わせて入浴していただいている。排便をされた際には不快な思いをされないように、シャワーや入浴にお誘いしている。入浴リフトを導入し、介護度が高くなっても、ご本人の苦痛を軽減しながら入浴していただいている。入浴されない日は、清拭や下半身のシャワーをしていただいている。	午前・午後を問わず入浴できる。時には夜間に入浴も可能。拒否のある場合は無理に誘わないで数時間おいて声掛け、数日空く場合は清拭・足浴・ドライシャンプー等清潔保持に努めている。スキントラブルに配慮したご家族持参の洗剤や洗面器使用もある。	
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	リビングでは、リクライニングチェアで休まれる方がおられる。冬場は加湿目的で、居室に濡れタオルや洗濯物を干している。		
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	一人ひとりの服薬状況は、一つのファイルにまとめてあり、いつでも確認ができる。 また、用法や症状に変化のある時は、看護師が連絡帳に記録し、全職員に周知できるようにしている。状態に応じて、飲み続けるべき薬なのか、かかりつけ医や薬剤師に相談や報告をしている。		
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	家事を役割としてされている方や、(絵)本を読んだり、歌やパズル、DVDでの映画鑑賞等を楽しまれている。 一人ひとりの嗜好品に関しては、本人やご家族から伺い、提供させていただいている。		
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支援している	春にはお花見、秋には芋掘り、また、2グループに分かれての外出も行った。個々でのお出かけの計画を立てて外出を楽しまれたり、ご家族とのお出かけを楽しまれている方もおられる。	天気の良い日は散歩に出かけ、ベランダでおやつタイムをすることがある。役職をされていた経験から「会議に行く」と言われ、ご家族が同行されることがある。希望で馴染みの理髪店に、知人の店へ肉を買いに、買った肉を使い調理することもある。	

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 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	普段、ご自分でお金を持たれている方もあり、買い物に出かけられた際にはご自分のお財布から支払をされた。持っておられない方も、会計の際にはご自分の手で支払っていただけるように努めている。		
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	スタッフが毎日のお便りを書く際には、ご本人の言葉を反映させている事がある。暑中見舞や年賀状等の葉書でやり取りされる方や携帯電話で話をされたり、メールをされる事もあり、支援をしている。		
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	花を生けて下さる方がおられ、リビングに飾っている。夏場にはボランティアさんに設置していただいたゴーヤカーテンを栽培し、目でも楽しんでもらった。七夕の笹やクリスマスツリーの飾りつけと一緒に、季節感を取り入れている。	リビングから見える花壇は入居者目線に合わせた眺めとなっており、職員と一緒に草むしりもしている。懐かしいミン・家具が置かれ、ソファで寛げる。テーブルは多方向に配置され、テレビ・作業・光の刺激への配慮等入居者に合わせた個別の支援が伺える。	
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	お気に入りの席が決まっている方もおられるが、どこで過ごしたいか希望を伺い対応をしている。 和室にはソファもあり、寛ぎの空間となっている。一方、思いを口に出せない方への配慮が足りなかったと感じる事もある。		
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	慣れ親しんだ物や、ご家族の写真、趣味の物等のなじみのある物に囲まれた空間を作っており、居室ごとに雰囲気が違うものになっている。	全室畳の部屋でベッド・家具等が置かれ、布団を敷いて寝る人もいる。テレビや仏壇がある部屋、お盆や命日に僧侶の訪問もある。入居者の思いに合わせた居室となっている。室温に合わせて衣類交換している。	
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	暮らしの場という考えを持ち、すぐにお手伝いするのではなく、まずご自身でしていただく等、「できること」は、なくさないように心がけている。「わかること」は、一人ひとりに応じきれているとは言い難く、課題にしていきたい。		

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	26	定期的にモニタリング、カンファレンスを実施しているが、ご本人・ご家族の参加は出来ていない。	ご本人・ご家族との話し合いの場を設け、思いを介護計画に反映させたい。	モニタリング時には、ご本人の発せられた言葉や思いを伺いながら、シートの作成を行う。カンファレンスに、ご本人やご家族への参加を呼びかける。	12 ヶ月
2	33	入居される際に、終末期ケアに関する事前意向確認書を取り交わしているが、更新をしていないため、入居期間の長い方はその当時のままのものである。	事前意向確認書に関して、内容や支援のあり方についての情報を共有する。	ケアプランの説明時に、終末期ケアに関して話し合いを行う。状態が変わられた時は、口頭で確認をし、内容の変更があれば再度取り交わす。	12 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】		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="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(話し合う)
		<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(話し合う)
		<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(話し合う)
		<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(話し合う)
		<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(依頼する)
		<input type="radio"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(提出する)
		<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()