

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	2590300162		
法人名	社会福祉法人 近江幸楽会		
事業所名	グループホーム 花みずき		
所在地	滋賀県長浜市下坂中町200番地1		
自己評価作成日	平成30年9月3日	評価結果市町村受理日	平成30年11月27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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成30年10月2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)】

・平均要介護度が2.3と比較的、要介護度が低めです。各ご利用者様が有していられる力を活用し、入所される前の生活と環境をそのままに暮らしていけるような時間と空間で生活が営めるようにお手伝いさせて頂いています。
 ・個々の関りを大切にして笑顔が溢れ、穏やかに生活して頂ける『もう一つの家』でありたいと思います。
 ・加齢に伴って認知機能と身体機能が低下し、体調を崩しやすくなりますが、看護師を通じて主治医と密に連携を図り、情報を共有し健康管理に努めています。
 ・ご家族様が気楽に立ち寄れるような雰囲気作りにも努めます。
 ・敷地内の庭園では四季折々の花が咲き、また伊吹山を見ることができ、季節の移り変わりや風景を感じて頂けます。天気の良い日は外気浴や、外出をしています。

【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)】

伊吹山を望む地に、デイサービス、小規模多機能、訪問看護ステーション、特養と2箇所グループホームが併設されており、そのグループホームの一つの事業所である。共用デイサービス、ショートステイを採り入れて地域の要望に添っている。これらの併設事業所が互いに助け合い、連携しており、夜勤時に多数の職員が側に従事しているなど、職員に安心感を与え、ひいては利用者やその家族の安心感につながっている。利用者の現有能力を活かす支援に努め、利用者は出来ること、食事、掃除、洗濯などをして、のんびりと日常生活を過ごしている。初詣、節分、梅・桜・菖蒲・紫陽花・向日葵などの見物、花火、流しそうめん、焼き芋、月見、クリスマス、餅つきと季節に応じた行事を楽しみ、保育園に庭を提供し、園児の事業所の庭での活動を見て楽しみながら暮らしている。

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広がったり深まり、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	毎朝の朝礼時に、唱和している。人と人とのつながりを大切に、人や地域とのかかわりや繋がりの中で、職員は自分らしく生き生きと仕事をしている。また、事業所が利用者にとってゆったりと寛げる「もう一つ家」となる目標を掲げ、利用者個々との関わりを大切に介護に努めている。	法人の理念「・・・地域との輪を大切に」などを基に、「・・・そっと寄り添い・・・」、「・・・そっと涙をぬぐい・・・」、「・・・みんな笑顔で暮らしましょう」と具体的な事業所理念を共用空間などに掲げ、共有に努め日ごろの介護に活かしている。	
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	自治会に入町し、町内の清掃や年間行事に参加している。下坂中町、高橋町のお祭りに出店し参加している。保育園児の訪問や音楽療法、ハンドマッサージ等地域のボランティアも受入れ交流を深めている。市の行方不明者情報を送迎車に掲載し発見に協力もしている。	市の登録データベースからも探索するなどして、琴演奏や音楽療法、仏教講話、ハンドマッサージのボランティアを受け入れている。中学生の福祉体験実習、地域の文化祭への出展や祭りに参加するなど地域との交流に努めている。認知症出前講座にも参加している。	
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	市からの認知症高齢者行方不明情報を法人全体で共有し、送迎車に情報を掲載することにより発見に努めた。中学生の福祉体験実習を受け入れを行い、若い世代の方に認知症と介護福祉の啓蒙を実施している		
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回自事業書単体で、6か月に1回は併設事業所と合同という形で、定期的開催している。近隣の自治会長や民生委員、市職員、利用者家族、駐在所の警察官の方々に出席をお願いしている。地域や家族の思いや願いなども含め話し合いをしている。	地域包括支援センター、家族、老人会長などの参加を得て、事業所の行事、利用者の暮らしぶりなどを報告し、意見交換している。会議内容の職員や家族への周知が明確になっていない。	会議内容は、個人情報に留意して詳細に記録し、職員の回覧では確認を得ること、家族への周知も実現させてほしい。
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	入所相談に応じたり、空所情報を提供している。日頃より相談、助言を受けている。	市の高齢者事業所の空き室情報システムに参加し、地域利用希望者の期待に応えるようにしている。認知症高齢者行方不明情報を法人全体で共有し、送迎車に情報を掲載して協力している。	
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	玄関に「身体拘束排除宣言」を掲示し実践に努めている。内外の研修に参加し内容は職員会議で全員に周知徹底を図っている。玄関や入口の施錠はしていない。プライベートスペースではナースコールで職員に知らせる事が出来ないご利用者様には、動きに反応するセンサーを設置しているが、行動の制限はしていない。	「身体拘束排除宣言」を掲げ、内外研修に参加し報告して、職員全員の認識が深まるように努めている。他事業所の拘束事例を収集して、研修材料に用いて、「他山の石」にしている。	
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	事業所会議において虐待防止をテーマにした研修を実施した。研修において高齢者虐待防止関連法について学び、事業所内の意識を高め、虐待行為、言動が見過ごされることが無いように注意を払い防止に努めている。		

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
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	成年後見制度に関する研修に参加し、成年後見制度について学び、今後そのようなことが考えられる場合は関係者と話し合い、対応している		
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	入居時に事業の概要、ケアの方針、リスク管理、あるいは家族の支援協同について説明をし、理解を求めている。随時不明な点については応じている。また、介護保険における居宅療養管理指導の導入においても説明し同意を得ている		
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	足繫く面会に来てくださるご家族様もあり、面会時にお話しする時間を持ち直接ご意見、ご要望等を頂いている。また、ご利用者様の心身の状態に変化があれば直ちに電話でお伝えし、受診先の希望やご家族様の同行の可否なども確認している。運営推進会議にはご家族様の代表も参加されている。	家族ならではの感触、面会時の情報交換、毎月発行の健康記録での応答などで家族の意向を聞き取っている。利用者の使用する用品のサイズ変更要望を受けて実現し、コスト削減にもなっている例がある。	
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	管理者は年2回個人面談を行い職員の思いを聞く機会を設けている。日頃は毎月の職員会議で意見や提案を聞き、日常業務における効率的な人の配置の提案など運営に関する意見も得て介護に活かしている。	併設事業所の管理者間連絡会を課題発生時に開催し、そこでの議論を参考にし、管理者は職員のより良い介護従事と資質向上に活用している。管理者と職員間は職責を超えた良い関係が伺え、職員の提案が細かいことであっても、より良い介護になるように採り入れている。	
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	業務に差支えないように各自の希望を取り入れ、負担にならないような勤務の調整をしている。 処遇改善交付金も活用している。 職員の処遇に関しては共通の評価シートを用いて、客観的かつ能力に応じて平等に評価している。		
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	新入職員には指導担当職員を指名して、指導スケジュールに合わせて、一対一で指導している。また、指導の理解度を確認する為の、勤務日誌を記入している。日々の業務の中でケアの方法や考え方などの指導に努めている。内部・外部研修など出来る限り参加し、研修報告を会議にて行い職員が共有できる機会を設けている。		
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	湖北のグループホーム部会に属し、施設見学や研修等へ参加し意見や情報の交換をしている。		

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 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	入居される前には本人との面談を行い、困りごとや不安なことを聞きとりながらに具体的なケア方法や内容について説明している。		
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	初期の情報収集の段階でご家族様のお困りごとや、希望などを聞き取り、サービス計画書に取り入れている。また定期的に連絡を取り困っている事、不安に思うことをお聞きしながら、ケアの方法や内容について説明している。一緒になって考えていけるように努めている。		
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	入所前の入居判定会議においては、グループホームに適しているか、評価し優先順位の高い方に入居して頂いている。 本人にとって必要なこと、大切なことを一緒に探して安心して頂けるように努めている。家族様と相談のうえ穏やかに過ごされるようにしている。		
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	利用者様の高齢化・心身の機能低下により不安や苦しみ等も感じておられ、その思いに寄り添えるように一緒に参加できる日課を作るように努めている。個々の能力に応じた役割や日課を担っていただいている		
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	毎月、ご本人様のご様子や、施設内での日々の健康記録をお知らせする手紙で近況を報告している。また来所されることが多く、その都度お話しさせて頂いている。		
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	家族には毎月手紙で利用者の近況を報告して本人と家族の絆を大切に介護に努めている。また、知人等が気軽に面会できるようにしている。家族と外泊や外出の機会もあり家族、知人の面会は頻繁である	家族との外出、里帰りには、薬、用具などと共に日頃の状況を伝えるなど支援している。思い出した馴染みのひっそりと桜咲く場所、多くの利用者が馴染んだ長浜びわこ大仏や相川のこいのぼり見学へ出かけている。友達、知人の訪問には家族と連絡したのちに了解を取って受け入れられている。	
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	利用者の相性や性格などを把握し、お互いに会話や助け合いができるように食事の席やフロアでの席等配慮している。		

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	サービス終了後にお亡くなりになられたり、遠方の施設に入所された為、お会いする機会も余りないが何かご相談があれば支援していく。		
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	言語でのご要望は職員全体で内容を共有している。また、些細な表情の変化や、体の動きを見逃さず、思いを付度して介護に努めている。日常の気づきを記録した「気づきノート」を作成し職員間で活用している。	フェイスシートを基に、入居後落ち着いてからの、思いや意向を聴き取るように心掛けている。寿司を食べたいなどの思いを実現するなど、気づきノートに記し、共有して介護に活かしている。困難な場合もうなづきや拒絶で汲み取るようにしている。	
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	入居時に生活歴をご本人、ご家族様、担当ケアマネジャーから聞き取りを行い、馴染みの活動や習慣が継続できるように支援しています。ご本人との日ごろの会話や面会時のご家族様とお話しの中からも情報を把握するようにしている。		
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	日々の記録や体調管理等にて状態の把握に努めている。職員間の連絡ノートを活用し、日々の気づきを記録し情報を共有している。また、毎月職員会議を行い、ケア内容や心身の状態における情報を職員皆で共有し、毎日の暮らしの中で取り組みをしている。		
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	日々の生活の中からご本人や家族様の思いや意向、介護・看護職員の意見を合わせモニタリングとしている。3か月ごとに見直し、作成している。また、心身の状態が変化したときはアセスメントをしケア内容の再検討をしている。	家族の感触や要望と利用者の毎月の健康記録を基に、6ヶ月毎に見直し作成したモニタリングと長期計画と毎日の介護記録を基本にして、変化が無くても3ヶ月毎、急変時には即応して介護計画を見直し、家族の同意を得ている。	
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	小さな気づきや状態の変化を気づきシートに記録し、情報を共有、日々のケアの中で常に見直し実践につなげていくようにしている。 日々の経過支援記録はiPadに入力し社内ネットワークを通して職員が閲覧し情報共有できるようにしている。		
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	1日3名以下で共同デイサービス通所の受け入れを行っている。空室を利用した短期入所を実施している。		

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
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	当施設や近隣の事業所に定期的に訪問されるボランティアの方々と一緒に参加し楽しんでいる。希望される方には有料の訪問散髪を来て頂いている。独居、老々介護世帯の入所受付や相談も受けている。		
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	月に2回の協力医の往診により適切な医療の受診を支援している。必要な場合には専門医療機関への受診も行っている。専門医療機関の受診支援は家族が行うが必要な場合は職員が同行支援し、医療情報は共有している。	家族の希望で協力医をかかりつけ医とし、月2回の往診を受けている。24時間連携体制の看護師が毎日、薬の状況や健康を点検している。専門医は家族が同行し結果は共有している。毎月健康記録を家族に発信している。	
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	日々のバイタル測定時の異常値や身体の異変時は速やかに看護師に連絡をし対応している。また、看護師を通じて協力医に対応方法の確認と指示を得ている。必要時は受診をしている。基本的に日中は必ず看護師がいる。夜間対応の仕組みも作ってある。		
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。	入退院時の情報提供は相互に行なっている。入院中はこちらからも様子をお伺いしたり、相談があれば対応している。退院前カンファレンスに参加して入院時の詳細や、退院後のケアや継続した治療の必要性、処方薬の情報を得ている。		
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	入居時に現段階での取りの意向をご家族からお聞きしている。終末期にはご本人の状態に合わせ、家族、主治医と話し合い、相談しながら方向性を定めている。今後も終末期のあり方については本人様、家族様と常に話し合い主治医と相談しながら支援していきたい。	入居時に、重度化や終末期に向けた事業所方針を文書化し、家族に説明し承認を得ている。併設事業所との連携があり体制は整備されている。終末期に家族、主治医と話し合い、相談しているが記録はない。	文書は、重要事項説明書に記載して、終末期の家族、主治医との話し合い、相談の記録を残して欲しい。
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	マニュアル確認を定期的に行い、すべての職員が的確に対応できるように身に付けている。また、状態変化が予想されるご利用者様は事前にどの様な症状で救急搬送をするか定め対応している。ご利用者様に関しては夜間の急変時の連絡方法も都度確認している。		
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	避難訓練は年2回実施し、内1回は夜間想定で行っている。コンセント周辺の掃除や調理場のコンロ等からの火災が発生しないように環境を整えている。	火災には日ごろから予防を心がけている。防災倉庫を備え、備蓄、自家発電装置の配置を実行している。訓練に地域住民の参加が得られていない。	見学からでも始めて、地域住民への協力依頼を働き掛け、参加を得るようにして欲しい。

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	人生の先輩として言葉掛けに配慮し、プライバシーを損ねないよう対応している。職員間の会話でも利用者に配慮し注意し合って話している。内外の接遇研修に参加し内容は全員が共有し介護に反映している。	運営推進会議での記録の拡散を防止するなど、個人情報への守秘には気を付けている。人権研修を受け、職員の意識向上に努めている。声かけにはお互いに注意し合って気を付け、機会を捉えて認識を共有している。	
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	ご利用者様の希望や要望をケア内容や生活支援に取り入れている。受容と共感の姿勢で対応している。		
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	職員の決めつけではなくご本人の思いに沿った支援となるように心がけている。 ご利用者様の気分や心身状態変化で生じる要望に可能な限り応じて、ケアをしている。		
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	ご自分の意向を伝える事ができる方は、ご本人が選んだ衣類を着て頂いている。洗濯、着衣の直しなど適宜職員が補い満足して頂けるように支援している。訪問のヘアーカットにも定期的に来て頂いている。		
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	個々の嚥下能力に応じて食形態を変更している。食事介助を有する方は職員が対応し支援する。食事作りは外部の医療食品業者に委託しているが、ご利用者様のご要望や季節の行事に応じて、定期的に食事作りを行い、作る楽しみとそれを食べる楽しみを感じて頂ける様に支援している。	特養の調理所からの配食で、盛り付けや配膳、後片付けを利用者も手伝っている。職員は介助、見守りに徹し、その後で思い思いの食事を摂っている。毎日の喫食具合を点検し調理所にフィードバックし、毎月の給食会議でその後の食事内容改善に活かしている。調理リクレーションを月2回実施し、外食、行事食も楽しんでる。	
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	糖尿食や心疾患等の持病による食事制限に応じた食事を提供している。嚥下状態にあった食事形態や、必要な水分量の確保のため味の違う飲み物を用意する等、工夫している。		
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	毎食後の声かけ、誘導にてご利用者様に応じた口腔ケアや義歯洗浄等行なっている。ご自分では作業・動作が困難な方には職員が介助している。		

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	昼夜ともにトイレでの排泄ができる様に、定期的に声かけや誘導を行っている。自尊心に配慮して可能な限り自立した排泄ができる様子を見守りをしている。	2人は完全自立排泄であり、ほぼ3年はこの状態を維持している。他の利用者はリハビリパンツとパッドの併用で過ごしている。チェック表に記録し、場合により、看護師と相談して排泄促進薬の使用もしている。4個所のトイレは清潔で広く、センサーを付けヒートショックを防いでいる。	
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	水分をしっかり摂って頂き、牛乳やヨーグルト、果物などの整腸作用のある食品も食べて頂くようにしている。排便チェック表にて排便の有無を把握し、必要に応じて看護師と相談し医師から処方されている便薬でコントロールもしている。		
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	基本的には週2、3回の入浴である。ご本人の皮膚状態、体力、体調や、失禁等により随時入浴して頂くなど細かく対応している。 足の清潔が必要な方には、個別に足浴を行った。	平均週3回の入浴を実施している。浴室は広く、リフト入浴もできるようにしている。夏季はシャワーを、場合によって足浴や清拭を併用して清潔維持に努めている。嫌がる利用者には、衣服替えなどのきっかけを作ることや、時間を変えるなどして誘導している。	
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	個々のご様子や状況に応じて休息の時間を設けている。お部屋の温度・湿度などに注意し、寝具などでも気持ちよく休んで頂けるように調整している。就寝までの間、テレビを見て過ごされる方もある為、個別の希望時間に応じて休んで頂いている		
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	居宅療養管理指導による、提携薬局による薬の飲み合わせや副作用などの確認を行っている。新たに処方された薬については、服用についての注意点を共有している。看護師の管理のもと確実な服薬に努めている。薬情報をケースファイルに綴じ職員が把握できるようにしている。		
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	ご利用者様のご要望に応じた食事をレクリエーションの一環で作成したり、定期的に外出支援をして、気分転換が図れるようにしている。また、日常生活においても、ご自宅でされていた活動を継続して頂けるように支援している。		
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に支援している	テラスでの日光浴、敷地内での散歩など外に出る機会を作っている。また、天気の良い日にはテラスで食事をする事もある。他事業所での催しごとにも参加している。 ご家族様と外食などの外出や外泊される方もあり必要な情報提供や準備、支援をしている。	広い事業所の庭に出て、園児たちの遊びや活動を眺め、プランターでの野菜作りの水やりなど、外気に触れる機会を作っている。大相撲巡業稽古場、醒ヶ井の梅花藻、余呉湖の紫陽花などへ、併設事業所の連携や助けてドライブを兼ねて外出している。	

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
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	おやつ等の買い物には職員の同行で出かけ、欲しいもの、好きなものを選んで頂くようにしている。また、ご本人にとって必要な物は家族の許可を得てご要望に応じて購入している。		
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	携帯電話を持参されている方もいて、電池が切れないように充電できる様に支援している。入居される前におひとり暮らしだった方で、郵便物が事業所に届くように変更している方もいて、郵便物が届いたらお渡ししている。		
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	リビングは吹き抜けで開放感を感じる事ができる。居間は床暖房で通路部には畳風の敷物を敷き歩行時の感触が優くなるよう工夫している。利用者と職員の手作りでちぎり絵の季節感のあるカレンダーを飾り、また3台の加湿器を設置して乾燥に配慮し快適に過ごせるよう工夫している。トイレ、浴室は清潔に保っている	共用空間は、伊吹山を眺められ、広く清潔で静かな空間であり、その周りに調理室と居室、4箇所のトイレが配されている。大型テレビとソファ、共用デイサービス利用者の休憩所も配設されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共有スペースは真ん中で空間を分けて、ご利用者様の状況に合わせ、落ち着いて過ごせる場所でサービス提供しています。座席は気の合うご利用者様がお話できるように配置しています。		
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	居室の床は畳仕様で事業所提供の介護ベッドを使用している。寝具は好みの物を持ち込み、壁には家族の写真も多く飾って本人が安心して過ごせるよう工夫している。冬季は各居室に加湿器を置いて健康に配慮している。	温調、加湿機、押し入れ、ベッドが設けられ、利用者の愛読書、家族写真、手芸品など思い思いの品が持ち込まれている。空間が広く採られて動きやすく居心地の良い部屋になる工夫が見られる。	
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	食事の盛り付けや、洗濯物干し、洗濯物たたみ、掃除、居室の環境整備など、ご利用者様ができる活動には参加して頂くようにしている。		

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	33	終末期における家族や主治医との話し合いや相談の内容を記録し、看取りケアを行う際の役割を明確にする。	ターミナル期における、ケア内容や対応方法、連絡方法などの整理を行い、各関連職種やご家族様の役割を明確化する。	ターミナル期における各関連職種やご家族様への連絡方法や役割を明確にした文章を作成する。緊急時の連絡先や場面や状況に応じた対応方法などを、担当者会議やご家族様との話し合いの場において決めて記録に残す。	6ヶ月
2	35	年2回の防災訓練は併設している事業所と合同で行っているが地域住民の参加は得られていない。	まずは地域住民の方に災害時における当法人の避難の状況を把握していただく為に、見学から参加していただき、有事における地域住民の方の共助が必要である事を理解していただく。	運営推進会議には地域の自治会長や老人会長、民生委員が参加している。運営推進会議において地域住民の協力を呼びかけたり、当法人の地域担当理事にも協力を呼びかける。	6ヶ月
3	4	運営推進会議の内容を事業所職員や、ご利用者様家族、地域に向けて広く開示と周知し開かれた事業所運営を行っていく。	運営推進会議の報告書や会議録の内容を、個人情報取り扱いに十分配慮した形式に変更し、職員とご利用者様家族に向けての周知方法を確立する。	運営推進会議の報告書と議事録のひな型を作成。個人情報の内容範囲と記載方法を定める。事業所内での周知と確認方法を定める。	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、行を挿入して下さい。