

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	2591300054		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター野洲 (1階 向日葵)		
所在地	滋賀県野洲市比江966-4		
自己評価作成日	2018/11/27	評価結果市町村受理日	平成30年12月11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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/25/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JivvosyoCd=2591300054-00&PrefCd=25&VersionCd=022
----------	---

【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
訪問調査日	2018/12/17

【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)】

比江地区に開所してから、もう4年の月日が経ちました。地域の皆様には、ここにグループホームがあり、高齢者の方々が住んで居ると認識して頂けるようになり、散歩時の挨拶や地域行事の開催予定などを知らせて頂いています。又、今年から比江地区の災害時一時避難所に指定され、ホーム前の駐車場を使用して頂く事になりました。入居者の皆様も月毎のレクリエーションで季節を感じられるように、春には花見、夏には江州音頭総踊り、秋には地域の皆様をご招待しての秋まつり、冬にはクリスマス会や新年会と次々に行事を企画して、入居者様も職員も一緒に楽しめるようになりました。ホーム理念の「1日三笑」(地域と共に・家族とともに・仲間とともに)を目標に、地域に根ざした施設、入居者様も職員も笑顔ある毎日が暮らせるように支援を継続させて頂いています。

【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)】

守山市から野洲川を越え向かうと、田園風景が多く残る自然豊かな比江地域の中にグループホームがある。駐車場も広く子供や地域住民が立ち寄れる環境にあり、4年の経過と共に地域の拠点の一つとなっている。バンド演奏やギター演奏等ボランティアの訪問もあり、外出レク(琵琶湖博物館&水生植物園)も実施されている。納涼祭には入居者全員浴衣姿で盆踊りに参加、江州音頭を楽しまれている。誕生会は入居者一人一人の誕生日に実施され、月によってはPart1~4までである。今年度は、ご家族も一緒に温泉旅行を予定されている。楽しみの持てる生活支援・主体性の尊重、ホーム長の一貫した方針が伺える。ホームの理念を具体化したユニットの理念(ゆったりと、生き生きと、のびのびと)があり、介護の振返りの指針となっている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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	1階事務所に会社の経営理念を掲示し、職員は社是・経営理念が記載されているコンプライアンスカードを持ち把握している。又、ホーム独自の理念とユニット毎の理念があり各ユニット入り口に掲示し、スタッフミーティング等で、共有し支援への指針としている。	ユニット毎の理念、1階「ゆったりと・いきいきと・のびのびと」2階「助け愛(合)・分かち愛(合)・学び愛(合)」とし全職員が共有し支援の統一と振返る原点である。目標の一つは、スタッフ目線で動かない。バタバタしない。ゆったりと聞取る。	
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	開所時より地域自治会に加入し、ホームでの行事も知らせ交流の機会作りを行っている。ホーム駐車場は、小学生の集団登校集合場所にもなっており、朝から元気な子供達の声が聞こえる環境にある。本年度より、災害時一時避難所にも指定されている。	散歩時に挨拶を交わし、イベント案内を回覧すると子供を含め20名の参加が得られ、野菜や花を届けて頂く関係性もできている。駐車場が広く来やすい環境にあり、災害時一時避難所は地域3ヶ所の一つである。	
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	いつでも誰でもホーム内の見学が出来る様、玄関は開錠されている。ホーム行事への参加呼びかけもしている。又、管理者は認知症キャラバンメイトとして、地域の認知症理解に取り組んでいる。		
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か月ごとに開催し、野洲市高齢福祉課・民生委員・自治会役員・入居者ご家族の参加にて、ホームの状況や行事報告を行い、意見交換を行っている。	民生委員が自治会役員を兼務され、自治会の情報を得ることができる。家族も推進委員として2名参加。評価結果はそのまま家族に伝えている。市職員・民生委員を通しての繋がりも増え、困りごと相談を受けることもある。	
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	市担当者は運営推進会議に参加頂き、ホームの状況や取り組みに理解を得ている。又、災害時避難のマニュアル作り等にアドバイスも受けている。	地域包括とも連携を図り、入居や緊急事例の相談を受けることもある。市から月1回介護相談員が派遣され、入居者とは顔なじみである。管理者も認知症キャラバンメイトとして参加し、市や地域との協力関係もできている。	
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	現在、身体拘束の状態にある入居者は居ないが、毎月「身体拘束廃止委員会」を開催し、都度の情報共有を行い、職員1人1人が意識を持ち、常に防止に努めている。玄関の施錠は日暮れから防犯上行っているが、日中は開放している。	現在行動制限対象者は無し、自由な暮らしの支援を実践している。身体拘束廃止委員長を決め、外部研修に参加し伝達研修もしている。過去の教訓から、その都度情報共有し対応策を考え、家族にも情報開示し、身体拘束をしないことを徹底している。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	「高齢者虐待防止マニュアル」を使用し、定期的な研修を行い、事例検討やチェックリストでケアの振り返りを行っている。		

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	現在「成年後見制度」を利用されている入居者がおり、制度理解は出来ている。職員に向けての権利擁護等の研修の機会を設け制度の理解を促している。		
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	契約時は重要事項説明書の読み合わせを行い、十分に時間をかけた説明を行っている。又、改定や契約内容等の変更がある際には、家族会開催にて、説明・同意を頂いている。		
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	来訪時やケアプラン変更時等にご家族様の希望等意見を聞く機会を設けている。年1回顧客満足度調査を行い日ごろ思っている事を無記名で提出して頂く機会がある。又、日々の入居者との会話の中で要望等があれば伺い、実現可能な事から、実施している。	顧客満足度調査では、運営・ホームに対しての意見多い。意見・要望はスタッフミーティングで検討している。ニチケアセンター野洲便りに手書き欄を設け、毎月スタッフを変えて手紙を記入、違った目線で新たな発見(生の声)があり、家族とのコミュニケーションツールとなっている。	
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	毎月1回のスタッフミーティングにて、職員意見を聞き提案・要望等を反映させている。又、定期的に管理者との個別面談を行い個々の意見を聞く機会も設けている。	職員より「意見が言いやすく職員同士仲が良い」と聞く。提案が実践に繋がった事例もある。ユニット合同で行事実施。6ヶ月毎の職員異動で入居者全員の把握と馴染みの関係ができています。職員に施設運営の状況を伝え、データを理解することで意識改革に繋がっている。	
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	管理者との個別面談を実施し個々の思いや状況を把握し、働きやすい職場作りをおこなっている。非常勤勤務者には「キャリアアップ」制度により、定期的な昇給制度がある。又勤務継続期間により給与への反映も出来ている		
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	入社時には「採用時研修」、その後も法人内外の研修情報を伝え、参加希望者のシフト調整などで、スキルアップの機会を作っている。		
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	企業内での他職種や他地域との交流の機会は有るが、同業他社との交流の機会は外部研修参加時などになる。		

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	入居相談時よりご本人の状況把握を行い、必ずご本人と直接会話の機会を作り思いを聞き、安心して入居が出来るよう関係作りを行っている。
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	ご家族とは、入居に向けての話し合いを行い、お困りの事やご希望、ご質問等を伺い不安感の軽減が出来、安心して入居頂けるよう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	相談の内容により、ホーム入居とは別の必要な支援があれば、その都度ご案内を行っている。
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	一人一人の状態に合わせて共同生活が出来るよう自立支援を行っている。又、若い職員は料理の味付けや洗濯物の畳み方等を聞き、一緒に行い助け合いの関係が出来ている。
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	ご家族のホーム来訪時には、日々の記録を見て頂き、情報共有している。又、ご家族のご協力にて外食・外出・外泊の機会が持てるよう支援を行っている。
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	以前の住まいの近隣の方やご親戚、昔からのお知り合いがホームを訪問している。海外在住の娘様と手紙のやり取りをしたり、東京の娘様との電話での会話等、ご本人の思いを大切に関係作りの継続を支援している。
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	ゆっくりと過ごせるコーナーを設け、気の合う入居者同士が過ごせる空間作りを行っている。季節のイベントでは1F、2F合同で行い、入居者交流も行っている。

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	退去後もご家族様との関係を保ち、何か有れば相談に乗っている。今後も必要に応じての支援を行う。		
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	ケアプラン作成時や日々の生活の中からご本人の思いや希望を聞いている。思いを言い出しにくい入居者の方には、ご家族から聞いて頂いたり、日々の発言等から思いを知るようにしている	日頃の観察やふと呟いた言葉(生の声)を記録に残す等、把握に努めている。ケアプラン1表・2票にも記載されている。ケアプラン番号を介護記録に落とし、プランと実践が連動している。職員のケアプラン把握と意識統一が図られている。	
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	入居時にご家族様のご協力にて生活歴やこれまでの経過をセンター方式書式へ記入して頂き、それを見て職員は把握に努め、その後の変化も都度の記入にてスタッフ間での共有を行なっている。		
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	ホームでの過ごし方や日々の心身状態、変化していく現状の把握にて、今出来る事出来ない事を共有し、個別対応にて支援を継続している。		
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	定期的なモニタリングとケアカンファレンスを行い現状把握にて、ご本人にとって寄り良い支援が出来るよう、ご家族の希望も伺い、ケアプラン変更時に反映している。	ケアプランに即した介護計画(日常生活支援シート)を作成。ケアプランは半年目標としているが、状態や変化に応じて見直している。職員の意見から再アセスメントし、家族とは訪問時に話し合う時間を作りモニタリングの機会としている。	
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	個別記録内容は各職員が把握している。管理日誌にて変化を共有し現状に即した支援を行い、カンファレンス時の意見交換で介護計画見直しの参考にしている。		
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	ご本人、ご家族が今何を望まれているかを知り、必要な支援を提供できる体制を作っている。希望があれば、外出支援やレクリエーションに生かし、既存のサービス以外の支援が必要な場合は対応出来るよう柔軟な体制を作っている。		

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	散歩時の挨拶から始まり、買い物希望があれば、近くのスーパーに行き、読みたい本があれば、市の図書館に行くなど、それぞれが必要とされている地域資源を生かしての支援を行っている。		
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	提携医の定期訪問での受診を行っている。入居前よりかかりつけ医には、ホームより状況報告を行い、医療の継続性を支援している。	提携医は内科医である。他科受診は家族付添で手紙・血圧表・水分量を渡している。認知症専門医受診は職員が付添い状態を伝えるようにしている。眼科、皮膚科受診もあり、歯科は天津より訪問を受けている。	
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	訪問看護師の定期訪問を行い、提携医との医療連携にて健康維持を支援し、体調変化時や気になる症状は相談を行い、受診につなげ、適切な対応を行っている。		
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。	入院時には、ホームよりサマリーの提供を行い、現在の状況を共有している。入院中は元より退院決定後の医療カンファレンスに参加し、退院後の支援方法を把握し職員への周知を行っている。		
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	「重度化した場合における対応に係る指針」の書類を取り交わし、終末期を迎えた時には協力医・ご家族・ホームとの話し合いにて、ご家族の希望を伺いホームとしての支援や変化時の対応等、具体的に決めを行い、ご家族の理解を得る体制を整えている	入居時に方針を伝え、書面を交わしている。変化に応じた話し合いもしている。過去に体調崩され話し合いの途中、治療中に悪化し結果的に看取りになったケースもある。看取りについて研修も実施。対応方法も話し合っている。と聞取る。	
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	職員には救命講習受講を促し、急変時対応の把握に努めるようホーム内での研修参加と緊急時対応マニュアルもあり日々学べるよう備えている		
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	防災委員会にて1年間の訓練予定を立て、年2回は消防署の協力にて避難訓練を行い、全職員が災害に対する避難・誘導方法の把握を行う。又地域住民の協力を得ての避難訓練の要望も自治会に提出しているが実現には至っていない。	自治会からは、市の避難訓練には参加があるが地域での訓練は実施されていない。消防署を通じて依頼しているが要請は難しい。駐車場を使って地域の人を交え煙体験を検討している。非常食・簡易トイレも完備。	煙体験の実施が実現に結びつくといいですね。

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	個々の状態を把握し、尊敬できる年長者との思いを持ち言葉かけ等の対応を行っている。又、プライバシーに関する事には、周りの状況を見て、言葉かけの工夫を行っている。	職員に「自分がされて嫌な介護」についてアンケートを実施し、人格や誇り、プライバシーの尊重を我が身に置き換える意識を促している。記録や職員間の連携においても共通の隠し言葉を用いて、あからさまな表現をしないように心掛けている。
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	1日の始まりから、衣服の選択等を一緒に行い、食事もご本人のペースで、ゆっくりと召し上がられるように支援している。入浴時間等もご本人の希望や思いの確認を行い、自己決定出来る支援を行っている。	
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	ホーム独自の決まりごとは何も無く、毎日の過ごし方もそれぞれのペースで過ごされている。希望があれば、個々の対応を行なっている。	
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	季節毎の衣替えや毎日同じ服装にならないよう配慮行い、2ヶ月毎の訪問理美容、男性の髭剃り等、身だしなみやおしゃれへの関心が薄れないように支援行っている。	
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	毎日の献立は職員が一方的に決めるのではなく、今食べたい食材を聞き、生協注文時に取り入れ、準備や片付け等、それぞれの出来る事をお願いしている。又、季節感を取り入れ楽しみながら食べられるよう、行事食も工夫している。	食事摂取動作を観察し、状態に合わせた食事形態で提供。調理は利用者の出来る範囲での参加（食材選び、座位での作業等）をして貰っている。流しそうめんやビアガーデン、お雛様寿司等季節を感じてもらうメニューもある。箸・湯呑・ご飯茶碗は個人のものを使用。
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	個人記録に食事量・水分量の記載があり個々の状態を把握し、個別に対応を行っている。嚥下状態にも注意行い、必要な方にはミキサー食や粗きざみでの提供、食欲低下の方には好みの食材提供も行なっている。	
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	訪問歯科の受診にて口腔内の清潔を保つ支援を行い、歯科受診されていない方には、うがいや歯磨きの促しや義歯の清潔に留意している。	

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	個人記録の排泄部分で排泄パターンを把握し、排泄での失敗が無いよう、個々に誘導対応行っている。ホーム入居後にリハビリパンツ使用を中止した入居者も居る。	退院直後はオムツ対応が殆どであるが、リハビリパンツに移し快適性の支援に努めている。間に合わず失禁に至る場合の心の負担を考慮し、布パンツに尿取りパットで対応している。男性用の小便器が設えてあり、立位保持可能な男性は排尿できる	
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	毎朝、乳酸菌飲料の摂取行い、水分や食物繊維の摂取にて便秘予防を行っている。又、医師の指示にて服薬調節を行っている方には、服薬管理、毎食前の運動等で、良い影響があるよう働きかけを行っている。		
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	入浴時間の決め事は無く、ご本人の希望を伺い入浴を楽しめるよう、毎回違う入浴剤を使い「今日は〇〇温泉です」と伝えゆっくりと温泉気分になれる工夫もしている	入浴準備を整え、バイタルの状態を伝え、入るタイミングは入居者の意向に添うようにしている。同性介助が基本であるが、異性介助を希望する人もある。拒否の場合は、清拭、足・手浴、陰部洗浄を実施している。	
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	今までの生活習慣を壊さず、休息の為の昼寝やゆっくり居室内で過ごせる時間を大切に支援している。夜間も音や光に注意行い、安眠出きるような環境作りへの支援を行っている。		
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	職員は個々の服薬内容を理解し、服薬時には声出し確認と複数人での確認を行い支援行っている。又、服薬変更は確実に申し送りを行い、職員全員が把握出来ている。		
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	今までの趣味や嗜好品を把握し、継続出来る事は支援行い、楽しみごととしての物作りや室内飾り作りを継続して行っている。ご家族様との定期外出等で気分転換も図っている。		
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	気温や天気・体調把握にて、玄関先でおやつを食べたり、近所を散策したり等戸外に出られる機会を作っている。ご家族との外出や、定期的にご自宅に戻られて、昼食を食べながらホームに戻る方も居る。現在、ご家族様との温泉宿泊の計画もある。	散歩は行くと喜ばれるが、行くまでの声掛けを工夫している。「花に水を」など、助け愛(合)・分かち愛(合)・学び愛(合)を実践。安心・安全を第一に考えている。びわこ温泉や回転寿司にも出かけ、大衆演劇はとても喜ばれた。と聞取る。	家族参加の温泉旅行が実現できるといいですね。

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	お小遣い預かりの対応で金銭管理行なっている。買い物や外食の機会には、個々に応じて支払いを任せ、金銭感覚を失わないよう支援を行っている。		
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	ご家族への電話や知り合いとの手紙のやり取りでの交流を支援し、継続出来るよう配慮行なっている。携帯電話使用している入居者も居る。		
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	共用部分は清掃での清潔を保持し、採光や温度の調節行なっている。壁面の飾りつけを入居者と共に作成する事で、季節感を感じられる工夫をしている。	ジアノック消毒を徹底しトイレは1日3回掃除を実施。居室窓からも竹藪が望め懐かしい風景である。キッチンがフローアと対面式であり、調理時の匂いを嗅ぎつけキッチンを覗きに来る入居者もある。当たり前の日常的な時間が流れている。飾り付けも季節感に溢れていた。照明は昼白色で落ち着く雰囲気である。	
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	リビングにソファコーナーを設け、ゆっくり寛げる場所を作っている。又、気の合う者同士がお互いの居室(1階2階)を行き来する事もある		
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	入居時に今までお使いの馴染みの家具をお持ち下さいとお伝えしている。入り口には表札を掛け、ドアを開けたら、馴染みの家具や匂いがある事で居心地良く過ごせる配慮をしている。	ドアを開けると『ホッとするスペース』を目指す。夫の仏壇が置かれた部屋がある。色々な物を残し物で溢れている部屋もあるが、本人にとっては「宝物」で、夜間の巡室時に眺めている。見かねた家族が処分することはあるが、ホーム側が処分することはない。	
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	ホーム内は全てバリアフリーで手すりの配置も多い、トイレ3ヶ所は緑マークとドアに表示、お風呂もドアへの表示があり、各居室は表札や飾りつけで区別出来ている。玄関はスロープもあり、安全に出入りが出来る配慮がなされている。		

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	13	防災対策として、地域との協力体制が出来ていない。	地域住民協力の下、年2回の防災訓練が出来る	①早めに1年の計画を作成し、自治会への参加要請を行う ②ホーム駐車場を使用して、具体的に「煙体験」「救急アイデア教室」などを企画し、自治会との連携を図る	12ヶ月
2	18	車イス使用や食事がミキサー食対応の入居者様の外出支援の方法を考慮し、ご本人・ご家族様の希望に添えるような支援を計画する	①家族と共に温泉旅行 ②パチンコ体験 ③ミシガン乗船	①気候や気温を確認しつつ、近くの温泉に行きご家族様と宿泊を行う(車イス+ミキサー食対応可能な宿) ②ゲームセンターには昔のパチンコ台が設置されているので、ゲーム大会を企画し、ゲームセンターで行う ③外出支援の行き先として、ミシガン乗船を企画する	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】

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(平成30年12月28日のスタッフ会議にて実施)
		<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(市町村提出とともに送付予定)
		<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(1月上旬提出予定)
		<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(H31年1月24日開催予定)
		<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()