

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24 年 2 月 24 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3474200304		
法人名	有限会社トツツ		
事業所名	グループホームふぁみりい		
所在地	広島県世羅郡世羅町本郷9 6 5 番地 1 (電話) (0 8 4 7) 2 5 - 5 0 2 7		
自己評価作成日	平成 2 4 年	2 月	1 1 日
評価結果市町受理日	平成	年	月 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）】

「共に感じ、共に生きる」を事業所理念とし、グループホームでの生活の主体は利用者であることを念頭に日々の生活を送っていただいています。町の中心部にあり、利便性も良く地域との関係を維持しながらホームで生活が送れること、普段の生活の中で利用者の出来ることに目を向けています。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.hksjks.jp/kaigosip/
-------------	---

【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 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成 24年 2月 23日

【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）】

食生活を普通の家庭のように楽しみ、生活の基盤としている事業所である。1日3食を各ユニットで自炊することを基本とし、希望する利用者には準備から片付けまで手伝っていただき、また、職員と利用者は一緒に食卓を囲んで会話を楽しみながら食事をいただいている。食材の買い出しも利用者の外出機会として毎日実施し、楽しみの一つとしている。外食やお好み焼きの配達を利用するなどの多様な楽しみ方も実施している。だんらんの中で食べたい物を利用者から希望を聞くことも毎月行われている。地域や家族とのつながりも深まっている。行事への参加、近所の散歩、家族会などを通じて地域から認知されている。小規模多機能ホーム・有料老人施設を併せ持つ施設であり、地域の介護を担う主要施設として今後も期待したい。

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	基本理念を毎日の申し送り時に復唱して意識付けが行われている。 管理者やリーダーに指導を受けながら、より良いケアが出来るように努めている。	法人理念の下、事業所の理念を3年前に作成した。職員は毎朝の申し送り時に理念を唱和して、意識を共にし、活動の基本としている。		
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。	隣近所の方と会った際は、挨拶を心がけている。地域の行事などには、出来るだけ利用者と参加させていただいており、年々交流が深まっているように感じる。	地域の盆踊りや運動会に参加したり、花火大会やだんじり祭りを見物に行ったり、地域行事に積極的に参加して地域の人々と交流している。近所でも散歩の際には挨拶を交わし、お互いに顔見知りの間柄になっている。		
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。	認知症サポーターの研修へ参加した職員もいる。家族会で、認知症についてのお話をさせていただきに留まっている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	今年度は5・7・10・1月に開催している。町職員や消防隊員、地域の方の参加で、状況確認やサービス向上に繋がる話し合いが出来たと感じる。	民生委員・町役場職員・地域包括支援センター職員をコアメンバーとして参加をいただき、家族会同日開催時には多くの利用者家族、防災訓練の直後には消防署職員にも参加をして頂いている。事業所からの報告の他、要望・アドバイス、改善への話し合いが行われている。ただし開催は年5回に留まっている。	地元自治会や近所などからも参加頂くための働きかけと、年6回開催とするよう期待したい。また、運営推進会議をさらに有効活用されることもあわせて望みたい。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	事業所の管理者が主に、地域ネットワーク会議への参加や保険者との調整をしている。	町役場職員には運営推進会議に毎回参加いただき、また、サービス内容の相談や確認に協力をいただいている。町役場主催の会議に出席し、研修を受けたり、意見交換などを行っている。		
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。	社内研修で、虐待の種類についての指導や助言がなされている。 日中は玄関の施錠はしていない。	身体拘束をしないケアについて昨年7月に社内研修を行い、職員は理解しており、身体拘束をしないケアを実践している。玄関は施錠しないケアを実践しており、職員は利用者の行動の把握と見守りをしっかり行っている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	社内研修で虐待について学ぶ機会を持った。日々、利用者の皮膚状態や職員の言葉遣いに注意している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	「日常生活自立支援事業所」は馴染みが薄い。「成年後見制度」は、以前学んだことの有る職員が多い。		
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。	相談受付時より、サービスの内容や料金などの説明を行い、申込の受付をしている。現在、相談受付や申込、契約については管理者が行っている。		
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並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。	日頃から利用者の意見など、気付いた時は聞いて職員間で共有している。家族から意見や不満があれば、その都度聞いている。	苦情等連絡先を事業所・外部機関ともに書類に明記して周知している。通常、要望や意見は家族の訪問時や家族会の際にいただく。また、利用者からの要望を察し、くみ取ることもある。意見・要望は申し送りや会議によって共有し、運営に反映している。	
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。	運営者に対しては、会議の内容や職員の状況など必要に応じて報告されている。職員全員の意見や提案を聞く機会はなかなか取れないが、リーダーや管理者が出来るだけ聞き、反映できるように努めている。	毎月行う全体会議とユニット会議において職員は意見を表す機会がある。また、管理者やユニットリーダーは職員とともに介護職を兼務しており、職員と話し合う機会が多い。また、経営者を含む会議は年数回開かれ、管理者が出席している。	
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。	スタッフ個人個人の習熟度などの状況は管理者を通して代表者に報告がされている。非常勤職員からの正職員の登用や研修への参加を積極的に行い、やりがいや目標を持ち、長く努められるように取り組んでいる。職員数が少なく、向上心があっても技術や知識の研鑽に対する時間が取れないのが実際である。また、その状況も運営者に報告をしている。スタッフの意識の差が明確になっている(目標を持たずに働いているスタッフもいる)。各自が向上心を持ってするしかない。		
13		○職員を育てる取組み 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。	代表者は、法人及び事業所内外への研修参加へは理解がある。働きながら資格の取得が出来るようにしている。事業所内においては、新人指導ノートにて、育成状況の確認や課題検討がされている。		
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つくり、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組みをしている。	講演会や勉強会などの案内を通知し、参加を促されている。地域内で行われている研修会・勉強会・交流会などへの参加啓発を行っているが、時間帯や勤務状況により職員の参加が困難な時もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している為、ケアにあたる職員が関わりを持つのは入居されてからとなる。相談から利用までにご本人及びご家族と面談を行い、主訴の把握や身体状況の確認などを通して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 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している為、ケアにあたる職員が関わりを持つのは入居されてからとなる。相談から利用までにご本人及びご家族と面談を行い、主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談を受けた時現在の状況、家族、本人の主訴を確認しながら、必要な支援、他のサービスの紹介などを行なっている。ケア職員では応えられないこともあり、相談は管理者が受け付けている。相談のあった際には必要事項を報告・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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者の方とゆっくり話しをする時間を作り知らないことを教えて頂いたり、気付きなどから本人の出来ることを活かし、生活の中で共に楽しむ・支えあえるような関係を築けるように努めている。		
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置かず、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。	来所時など家族とのコミュニケーションも大切に要望がないかなど聞いている。また、受診結果など報告して遠方の方でも定期的に連絡を取るようになっている。受診対応をしてくださるご家族には、していただいている。		
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。	出来るだけ馴染みの方との往来がある、関係が途切れないようにしている。	希望により送迎して美容院やお寺などへ出かけることがある。家族の協力でお盆や正月の際に帰宅することもある。家族の他に兄弟・友人などが面会にくることもある。家族への電話やハガキを書く支援も行っている。	
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。	関係の把握に努めている。利用者の主張がぶつかり合い、難しい時もある。孤立しがちな方もおられる為、企画を立て行事やレクリエーション等皆で一緒に何かをする・楽しめる場を設けるようにしている。月に一度おやつ作りをしている。		
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。	必要に応じては、契約終了後も関係を維持するように努めている。ケアスタッフがサービス終了後に会うことは少ない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○思いやりや意向の把握 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。	日々の会話の中から本人の希望や意向に気付く・把握に努めている。 カンファレンスで検討をしている。	普段の介護活動の中で希望や思いの把握に努めている。 把握したことは職員が共有して出来ることは実施し、また介護記録とアセスメントシートに記録している。すぐに実施できないことは職員会議で検討している。	
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。	フェイスシートや本人・家族の話から、出来るだけ把握するようにしている。大まかな所のみで、把握できていない所もある。コミュニケーションを大切にしてい若い頃の話や仕事の話からも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。	記録などから生活パターンや心身状態の変化の兆候などを把握し、必要に応じて要注者にあげるなど見落としが無いよう努めている。また、日々の申し送りで、状態・状況の情報を共有している。本人や職員で検討し、対応するようにしている。		
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。	定期的カンファレンスを行い、検討している。家族や関係者を集めてのカンファレンスは実施出来ない。 本人に合った介護・支援が何かを話し合いながら計画を作成している。	入所前訪問・家族への聞き取り・医療情報等からアセスメント情報をまとめ、職員カンファレンスを開いて介護計画を作成、家族に説明して了解を得ている。介護計画の実施状況は毎日記録して見直し時に反映させている。見直しは半年毎、または必要時にカンファレンスを開いて行い、家族への報告と了承を得ている。	
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。	毎日個別の介護記録をつけ気付き等細かい所までしっかり書くようにしている。 自分の勤務でない日の記録にも目を通す様にしている。1日3回(日勤・退勤・夜勤)の申し送りを行い、変わった事、数日間の出来事・様子等報告しあい情報を共有している。		
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。	当事業所はGH・DS・小規模多機能ホームと施設が充実しているので、要望に応じて支援ができる。余暇活動には隣接するDSを利用させてもらったりしている。		
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。	民生委員の来訪がある。 定期的に避難訓練などを行い、利用者も一緒に非難・消火訓練を行なっている。 幼稚園との交流会がある。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	入居以前のかかりつけ医との関係(受診)を無理に断ち切らないようにしている。家族とも相談しながら、かかりつけ医の指示に従っている。利用者の状態の変化に留意し、かかりつけ医へ電話などで指示を仰ぐなど適切な医療が受けられるように支援している。	入居時に、かかりつけ医の選択肢の自由や事業所としてできることを説明し、かかりつけ医を選択していただいている。近くの医療機関へは事業所職員が送迎し、遠方は家族の協力で医療支援を行っている。利用者のかかりつけ医とは相談しやすい関係を構築している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	GHには看護師はいないが、事業所内の看護師に連絡・相談し指示を仰ぐなどすることがある。		
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、また、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。又は、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。	入院治療が必要になった場合は、入院準備をして必要な情報を提供している。入院中は電話や訪問にて本人の状態の確認と医療スタッフとの情報交換をするようにしている。協力医療機関とは、地域医療連携室を通して連携が取れている。		
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。	事業所の方針を管理者やリーダーと決め、スタッフ間や家族への説明や話し合いは持っていない。スタッフ間で共有し取り組むことが出来ていない。	重度化＝入院という形になることが多く、個別に検討や話し合いを行って対応を決めてきた。今年度、幹部職員の間で事業所としての方針をまとめたが、まだ、職員や家族・関係者と共有はできていない。	時期を見て、職員や関係者・家族とも方針を共有して、地域や関係者で支え合う体制へ改善を進められたい。
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。	事業所内研修の計画に位置づけている。消防署へ依頼し、救急法を学ぶ機会を持った。		
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。	事業所内での避難訓練に留まっている。	6月・10月に総合訓練(通報・避難・消火、消防署指導下)、7月・12月に避難訓練を行い、訓練回数を増やすことで職員の意識と対応能力を向上させる取り組みを行っている。夜間を想定した訓練も行った。スプリンクラーや通報設備も整っている。	夜間の避難体制には近隣住民や自治会等からの協力も得られるように、避難訓練や運営推進会議などの機会を利用して具体的な協力関係を築くことを期待したい。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	言葉使いや態度に気をつけるよう心掛けている。気が付いた時は指導をしている。	言動や個人情報の取り扱いには 管理者からミーティングや個別指導を通じて重要性を説き、指導している。個人情報ファイルは専用のキャビネットに管理・保管している。	
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。	行動の前には言葉をかけて意思の確認をしたり、一方的に話す・行うのではなく本人のしたい事を聞きだすなど、出来ることは相談のうえ実行している。分りにくい方には、2択にするなど工夫している。		
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。	食事などの大まかな時間は決まっているが、利用者の状態にも合わせて対応するようにしている。利用者の希望に添った生活を送っていただけるように外出・買い物などへの支援をしているが、時には予め日にちを決めるなど、本人に相談するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問美容を利用してもらっている。行きつけの理美容院があれば、そこへ続けて行けるよう支援している。常にではないが起床時や入浴時に着る服を選んでもらえるよう声かけしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	キッチンに入って炊事を手伝っていただいたり、下ごしらえなどをリビングでしていただくこともある。盛り付け・配膳・片付けなど出来ることはしていただくようにしている。月に一度利用者に希望を取り、一緒に献立を決めている。	事業所で自炊をしており、希望する利用者には下ごしらえ・盛り付け・配膳・片づけなどを手伝っていただいている。職員は利用者と一緒に同じ食事をいただいている。毎日買い出しを行い、利用者を伴ってクルマで出かけ、利用者の楽しみとしている。その他、食べたい物を話し合ったり、外食に出かけたり、食生活を楽しみなものにしている。	
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。	利用者の状態に応じて、量など加減している。1日の水分摂取量がわかるよう記録し、確認している。申し送り時に水分量を確認するようにしているが、出来ていない時もある。		
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に、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。	毎食後歯磨きの声かけ・誘導している。ほぼ習慣付いてきている。		
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向けた支援を行っている。	排泄のパターンを把握し、トイレでの排泄が出来るよう排泄チェック表で時間を確認して、声かけや誘導をしている。外出や作業などの前にはトイレの声かけをしている。	排泄パターンを把握しながら、利用者毎の状況や希望に応じて、細かく配慮しながら声かけや誘導を行っている。	
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。	内服薬がある方については確実に服用してもらうと共に水分量の低下・運動不足予防に努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の状況や職員の都合で入浴してもらっているところもあるがなるべく希望に添えるよう調整している。難しい時は本人と相談している。午前午後・夜と希望にあわせて入浴時間を取っている。	毎日入りたい、曜日を決めると入りやすい、午前、午後など、それぞれ希望に応じて入浴支援を行っている。自分で入浴できる利用者は夜も希望に添えるように支援している。入浴をしたがらない利用者には声のかけ方やタイミングを工夫して入浴していただいている。入浴中は職員との会話などで楽しんでいただいている。	
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。	1日のリズム付けをしながら、なるべく休みたいときには休んでもらったり、必要に応じて日中でも臥床時間を作るようにしている。昼夜逆転しないように努めている。		
		○服薬支援	職員は利用者の使用している薬をいつでも確認できる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
47		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。	<p>ように診療録を設置し、理解や正確な服用に努めている。処方の変更があった際など、申し送り時に用途や副作用など確認して、状態の変化に注意している。服薬後の袋を取っておき、申し送り時に再度確認し、服薬漏れが無いように努めている。</p>			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	役割を持って毎朝のカレンダー更新や家事、散歩などされる方もいるが、十分には個々の趣味活動に対応できていない。 どこにもならないようドライブなど外出する機会をできる限りつくるようにしている。		
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。また、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。	なるべく希望に添えるようにしているが、難しい時は本人と相談している。日々の買出しの際に声をかけし誘うようにしているが、外出される方にかたよりのある。家族の方より外出希望があれば対応している。	気候の良い日は連れだって散歩に出かけ、散歩コースで出会う近所の人たちとは良く知った間柄となっており、挨拶もする。毎日の買出しの便はユニットごとにそれぞれクルマを出し、利用者と一緒に出かけている。家族が外出に連れ出していただけのこともある。	
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。	お金を所持されている方もいる。おこづかい帳をつけ、本人も確認できるようにしている。		
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。	希望に応じて、リビングの電話の利用や手紙のやり取りの支援をしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	室内の温度調整や日差しが眩しい際カーテンの開閉など、利用者に確認しながら行っている。 季節感が味わえるものをもっと取り入れて行きたい。	2ユニットとも1階に設けられており、玄関からリビング・居室まで車椅子でも移動が楽にできる。トイレや浴室まで室内温度が一定に保たれ、配慮されている。壁などには行事の写真や事業所便りが掲示され、季節感のある飾りもおかれ、居心地に工夫されている。	
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。	掘り炬燵や窓際のソファを備え、一人ひとりが思い思いの過ごし方をしてもらえるように努めている。リビングのテーブルで話をしたりされることはあるが、掘りこたつの空間はあまり活かされていない。		
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。	なるべく馴染みのものを持参してもらっている。 各居室の家具の配置などは、安全を考慮した上で自分好みの配置にしている。	利用者の事情に配慮しつつ、室内のベッドや家具などはすべて希望のものや馴染みの物を置いていただき、また好みの飾り付けをしていただいている。	
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」や「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。	トイレや風呂の入り口には、わかり易いように張り紙をしたり、居室には表札があり確認してもらえるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	管理者やリーダーに指導を受けながら実践に取り組んでいる。 日々のケアの中で、理念のもとにより良いケアが出来るように努めている。		
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。	「共に感じ、共に生きる」を基本理念として、施設内行事だけでなく、地域で行われている行事等への参加を通し、昔から親しんできたことや楽しさを感じて暮らしていけるように支援している。		
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。	認知症サポーター研修に参加したスタッフもいる。 過去には、家族会で認知症のお話をしたことがあるがその程度に留まっている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	今年度は、5・7・10・1月に開催している。町職員や包括支援センターの職員、民生委員、利用者の家族の方が参加して下さっており、意見を活かせるように努めている。		
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取組んでいる。	事業所の管理者が主に地域ネットワーク会議への参加や保険者との調整をしている。		
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。	事業所内の研修にて、身体拘束について学んでいる。 日中は玄関の施錠はしていない。 身体拘束を行わない方法をまず考え、日々のケアを行っている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	事業所内研修にて、虐待について学んでいる。各職員が日頃から利用者の皮膚状態の確認を行うなど虐待の防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	事業所内研修にて、権利擁護について学んでいる。しかし、個々の必要性を話し合う機会はもてていない。必要があれば、担当窓口で相談や紹介が出来る。		
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。	相談受付時より、サービスの内容・料金などの説明を行い、申し込みの受付や契約を行っている。現在、相談受付や申し込み、契約については管理者が行っている。		
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並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。	日頃から利用者の意見や要望を傾聴し、職員同士が共有している。 家族会で家族の方の意見や要望を聞き、運営に活かせるように努めている。		
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。	代表者に対しては、会議の内容や職員の状況など必要に応じて報告されている。職員全員の意見や提案を聞く機会はなかなか取れないが、リーダーや管理者が出来るだけ聞き、反映できるよう努めている。		
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。	スタッフ個人個人の習熟度などの状況は管理者を通して代表者に報告がされている。 非常勤職員からの正職員の登用や研修への参加を積極的に行い、やりがいや目標を持ち、長く努められるよう取り組んでいる。 職員数が少なく、向上心があっても技術や知識の研鑽に対する時間が取れないのが実際である。また、その状況も運営者に報告をしている。 スタッフの意識の差が明確になっている(目標を持たずに働いているスタッフもいる)。 各自が向上心を持ってすしかない。		
13		○職員を育てる取組み 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。	運営者は法人及び事業所内外への研修参加へは理解がある。研修会は事業所の年度計画に基づき行なっている。 現場での指導や、事業所での研修会等の実施は行なっているが、担当者が限られてくる。 段階に応じた指導や指導者に対するスーパービジョンが不足していると感じる。 働きながら資格の習得が出来るようにしている。 法人では、レベル別の研修体制作りをしている。 事業所内においては、新人指導ノートにて、育成状況の確認や課題検討がされている。		
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つくり、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組みをしている。	講演会や勉強会などの案内を通知し、参加を促されている。 地域内で行なわれている研修会・勉強会・交流会などへの参加啓発を行っているが、時間帯や勤務状況によりケアにあたるスタッフの参加が困難な場合もある。 敷地内にデイサービスなどもあり、事業所外の同業者の来訪があり、意見交換など行なっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している為、ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。 相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談から利用に至るまでは管理者が対応している為、ケアにあたるスタッフが関わりを持つのは入居されてからとなる。 相談から利用までに、ご本人及びご家族と面談を行い主訴の把握や身体状況の確認などを通して関係作りを行なっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談を受けたときの現在の状況、ご家族、ご本人の主訴を確認しながら、必要な支援、他のサービスの紹介などを行なっている。 ケアスタッフでは応えられないこともあるので、相談は管理者が受け付けているが、相談があった場合には必要事項を報告・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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	スタッフが会話の中などから学ぶことが多い。 本人の出来ることを活かし、生活の中で共に楽しめるような関係を築けるように努めている。 本人の出来ること出来そうな事を見つけてもらい、出来る喜びしてもらえる喜びを感じてもらえるよう努めている。 日常生活においてスタッフと利用者が一緒に過ごすうち相手を分かり合い学んだり支え合う関係ができていく。		
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置かず、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。	家族の方と話す機会をもち、家族の方の思っていること理解しようと努め、利用者と一緒に支えていける関係を築くよう努めている。 職員では対応が難しい場合は家族の方をお願いするなど協力していただいている。		
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。	美容院やお寺など、馴染みの場所に行けるように努めている。		
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。	利用者同士の関係の把握に努めている。 関係の良くない利用者同士へは、スタッフが間に入る等トラブル防止に気をつけている。		
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。	必要に応じては、契約終了後も関係を維持するように努めている。 ケアスタッフがサービス終了後に会うことは少ない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○思いやりや意向の把握 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。	本人との会話から、本人の思っていること、やりたいことを把握しようと努めている。 本人から希望を聞いたときは、一人で判断せず必ず相談し出来るだけ希望を叶えられるように努めている。 利用者の希望が叶わないことも話し納得できる話しかけをしていきたい。		
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。	普段の本人との会話やフェイスシートや家族に聞くなど、把握に努めている。 これまで暮らして来られた環境と大きな変化が生じないよう趣味・リハビリ等引き続き行なっていく。		
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。	把握に努めているが、スタッフが出来ることも介助してしまうこともあり、利用者の力を活かせていないことがある。 特定の方が仕事と思いつままれており、口出し出来ない部分があり全員が発揮出来ていない。		
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回ケースカンファレンスを行い、スタッフ同士で本人に合った介護・支援が何か話し合い、介護計画を作成している。 出来上がった介護計画を家族にみていただき、意見を求めている。家族を呼んでのカンファレンスの開催は出来ていない。		
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。	毎日個別の介護記録をつけ気付き等細かい所までしっかり書くようにしている。 自分の勤務でない日の記録にも目を通す様にしている。 1日3回(日勤・遅出・夜勤)の申し送りを行い、変わった事、数日間の出来事・様子等報告しあい情報を共有している。		
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。	当事業所は、グループホーム・デイサービス・小規模多機能ホームと施設が充実しているので、要望に応じて支援ができる。余暇活動には隣接するデイサービスを利用してもらったりする。		
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。	民生委員の方が、面会に来られる方もおられる。 避難訓練を実地する時には、利用者も消火訓練に参加する。 図書館の活用。 幼稚園との交流会がある。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	入居前からのかかりつけ医での受診を無理に断ち切らないようにしている。 家族とも相談しながら、かかりつけ医の指示に従っている。 受診は家族の方に対応していただいたり、スタッフが同行している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	併設事業所の看護職に診てもらうこともある。協力医療機関ではGHへ入居されていることを知っておられるので日常的な健康管理など相談はしやすく、受診時には話をしている。		
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、また、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。又は、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。	入院治療が必要になった場合は、入院準備をして必要な情報を提供している。入院中は電話や訪問にて本人の状態の確認と医療スタッフとの情報交換をするようにしている。協力医療機関とは、地域医療連携室を通して連携が取れている。着替えを持っていく等している。スタッフの顔を見せ安心してもらう。		
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。	事業所の方針を管理者やリーダーと決めたと、スタッフ間や家族への説明や話し合いは持っていない。スタッフ間で共有し取り組むことが出来ていない。		
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。	事業所内研修の計画に位置づけている。(年1回)		
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。	避難訓練を実施している。地域の方への働きかけが出来ておらず、今後は避難訓練などに近所の方も参加していただく等協力体制を築いていきたい。		
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	一人ひとりを考えながらいつも声掛けをするように努めているができていないこともある。個人情報も注意し取り扱っている。		
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。	思いや希望を聞きだし、出来ることは相談の上行っている。難しい方には2択にするなどの工夫を行っている。		
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、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。	食事などの大まかな時間は決まっているが、それ以外は各利用者のペースで過ごせるように支援している。希望を伝えるのが難しい方に対しては、スタッフの都合になりやすい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	衣服の選択が出来るように声かけを行っている。理美容院へはなじみの所へ行けるように対応している。訪問美容も利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	炊事や準備など出来る方にはなるべく一緒にしている。一緒に食事を摂りながら利用者の好みを伺い、できるだけ残さず食べていただけるように盛り付けも工夫するようにしている。		
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。	水分の確保が難しい方は、1日の摂取目標を定め取り組んでいる。食事量・水分量共に記録に残し、必要量取られているか確認出来るようにしている。腎臓病などの既往のある方へは、外注にしている。歯の悪い方は、副食をキザミやミキサーなどにして少しでも食べてもらえるように工夫している。		
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。	声掛け、介助を行っている。		
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向けた支援を行っている。	排泄表をみて時間を確認し、トイレ誘導を行なっているが全員ではない。トイレ誘導の拒否がある方には、食事前に行くなど工夫をしている。		
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。	1日の水分摂取量を記録し、水分不足を予防している。下剤を服用されている方は確実に服用していただき、ない方にはセンナ茶を飲用してもらっている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日を決めている方もおられるが、なるべく一人ひとりの希望に合わせて入浴できるように努めている。。		
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。	安心して休息できるように努めている。昼夜逆転のないよう努めている。必要があれば日中でも短い臥床時間を設ける。		
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。	職員は利用者の使用している薬をいつでも確認できるように診療録を設置し、理解や正確な服用に努めている。処方の変更があった際など、申し送り時に用途や副作用など確認して、状態の変化に注意している。服薬後の袋を取っておき、申し送り時に再度確認し、服薬漏れが無いように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	手伝いをしていたり、気分転換にドライブに出かけるなどの支援をしている。 一人ひとりの趣味活動に十分に対応出来ていない。		
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。また、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。	買い物の希望があれば、一緒に出かけている。 毎日の食材の買出しに同行していただき、外出の機会を作っている。 天気のよい日は散歩やドライブに出掛ける。 家族の方より利用者との外出の要望があれば対応している。		
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。	お金を持っておられることを、スタッフ一人ひとりが把握しており、買い物等で使えるように声掛けをしている。		
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。	遠方の家族の方より手紙が送られてくる方がおられ、その都度一緒に返事を書いている方もおられる。 電話は、自ら電話をかけられる方はおられないが、本人の訴え時や必要時にスタッフと一緒にやっている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	カレンダーを月ごとに書き換えている。 花など季節のものを取り入れている。 日の光の強いときはカーテンを引いたり、照明の調整を行っている。		
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。	利用者一人ひとりが思い思いに過ごされている。 ソファで利用者同士でよく話をされている。 リビングで新聞やテレビをゆっくりとみられるように支援している。		
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。	利用者が居心地よく過ごせる様、使い慣れた家具などを持参してもらっている。		
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」や「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。	建物内部は前面バリアフリーである。 トイレや浴室へ張り紙をしてわかるようにしている。居室には表札をしている。 椅子の高さが合わない方には、足置きを使用し椅子の高さを調整している。 椅子より転落の危険がある方には、肘掛けの付いた椅子を使用してもらう等工夫している。		

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1くらいの ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

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	3	運営推進会議を2ヶ月に1回の年6回を目指していたが、昨年度は5回に留まっている。出席者に、町福祉課職員や民生委員、家族代表の方々に出席いただいているが、地域の代表(自治会)などに参加の声を掛けれていない。	年6回の運営推進会議の開催を目指す。自治会や地域住民の方など広範囲に参加の呼びかけを行い、施設の運営や取り組みを知っていただき、より地域に根差した施設作りを目指す。	・偶数月の開催とし、年6回の開催とする。 ・自治会や地域住民の方に参加を呼びかける。	12ヶ月
2	12	重度化した場合や終末期のあり方について、事業所の方針を管理者やリーダーで決めたが、職員間や家族への説明や話し合いは持てていない。職員間で共有し取り組むことが出来ない。	事業所の方針(重度化した場合と終末期対応について)を明確にし、職員間で共有し取り組む。重度化した場合を想定し、本人・家族の意向の把握を行い、利用者及び家族が安心して終末期を迎えられるような体制作り。	・事業所の方針を明確にし、職員研修で方針の共有を図る。 ・本人や家族の方への事業所の方針を説明し、重度化や終末期への意向を確認をしていく。	12ヶ月
3	13	年2回グループホームと合同で消防署立会いで消防避難訓練を行っている。その翌月には自主避難訓練を行っている。施設関係者だけの訓練になっており、地域への働きかけまでに行っていない。	地域との協力体制作り。	・総合訓練時に地域の方へ呼びかけを行う。 ・自治会や地域住民、近隣にある町の施設などに消防訓練への参加を働きかける。	12ヶ月
4					
5					

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

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活用状況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 利用者への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
			④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した
			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
			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
			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
			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
			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踏まえて、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、事業所が努力・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
			④ その他（ ）
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開		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
			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
			③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
			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
			⑤ その他（ ）
5	サービス評価の活用		① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		<input type="radio"/>	② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		<input type="radio"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="radio"/>	④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）
			⑤ その他（ ）