

### 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	2290700059		
法人名	社会福祉法人 信愛会		
事業所名	グループホーム菜の花ホーム		
所在地	静岡県伊豆市小土肥787番地の2		
自己評価作成日	令和元年11月3日	評価結果市町村受理日	令和2年1月10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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2290700059-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2290700059-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	令和 元年 12月 4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)】

入居者の生活歴、生活スタイルを大切に、その方に合った生活が出来るように支援しています。地域とのつながりを大切に、地域の防災訓練に参加したりイベントに参加したり、なじみの商店への買い物や行きつけの床屋などの利用を継続できるように支援しています。特養と隣接している利点を活かし、防災訓練等、他部署のスタッフと協力し、すぐに駆けつけられる建物構造となっており、協力体制をとっています。入浴も半機械浴を導入しており、身体状態に合わせた入浴が可能です。小高い丘陵に位置し、日当たりが良く、食堂や居室から見える海岸美や夕日は類を見ない美しさです。

#### 【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)】

グループホームから故郷の山や海、川、田畑が望め、ウッドデッキに出ると潮風が感じられ時間を忘れて景色を楽しめる環境である。隣接の建物には温泉もある。もともと地域の要望で立ち上げられた施設なので、近隣住民の協力が得られ、地域の行事には職員とともに出向き、また施設の行事にも地域の人達がきてくれるので、関係が継続している。職員も勤続年数の長い人が多く、利用者とも長く関わっているので、利用者の様子を理解していて、その人のペースで暮らしてもらえるように食事の時間や居場所などを自由にできるように支援をしている。個別ケアで欠かせない職員間のコミュニケーションが取れていて、事業所内で職員の声が利用者に配慮して飛び交っていた。利用者のいる場所、様子、体調等の情報を共有している。事業所では研修も頻繁に行われていて、グループホームの長を活かしたより良い介護をしようという姿勢が伺える。

### 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、生き活きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「自分らしく暮らせる家庭的な生活の実現」を理念とし、毎日の生活が心穏やかに過ごせるように努め、毎日必ず見る場所に掲示している。内部の研修会で扱い、共有認識に努めている。	理念と達成目標があり、職員は毎日目にしてしている。言葉よりもそこにこめられた意味を利用者本人にとってどうなのか職員が考えるように会議ではうながしている。	
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	地域の行事のお祭りに参加したり、小学校の運動会に参加したり、地域学生と交流の機会を持っている。地域のボランティアを招いてお茶会を開催したり、地域の防災訓練に参加したり、積極的に出向くようにしている。	今年度の土肥ホーム全体で開催している「ふれあい祭」は天候の関係で見送られてしまったが、土肥のお祭り等地域の方々との交流の機会はある。お誘いもある。職業体験を受け入れたり積極的に地域貢献している。	
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	学生の福祉体験などを受け入れている。また、地域ケア会議へ参加し、認知症の方との関わり方などを地域の方と話をしている。		
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	開所当初から必ず2ヶ月に1回開催している。利用者本人・利用者ご家族・地域の民生委員・行政の方に参加していただき、イベントなどを同時開催し話しやすい雰囲気を作るように努力している。いただいたご意見を業務に反映している。	日程は計画的に決め、イベントと同時開催する等、家族にも配慮しているので家族の参加がある。いつも参加してくれる以外の家族にも声かけをして参加を促している。出された意見は職員で検討しサービス向上に活かしている。	
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	運営推進会議に行政の方や地域包括支援センターの職員に参加していただき、取り組みの様子や入居者の状況、苦情・事故などを報告しご意見を頂いている。	運営推進会議の他、地域の行事にも行政の人が参加するので顔見知りの関係で何でも相談している。研修の案内があるので、日程を調整して職員が参加し、職員に内容を伝え共有している。	
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	法人の職員研修や新入職員研修、会議において周知徹底している。マニュアルや外部の資料などを用いて勉強会を念2回開き、意識付けしている。	身体拘束をしないケアについては法人でも力を入れていることの一つで、委員会は毎月行われていて、勉強会には職員全員が参加しマニュアルを確認する等の研修を行っている。議事録も取られていて職員の確認印もある。	

静岡県( )

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
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逃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	法人の職員研修や新入職員研修、施設内の研修や会議において学び機会を定期的に持ち、周知徹底している。必要があったらすぐに地域包括支援センターに相談するように連携を行っている。		
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	申し込みの窓口である介護支援専門員は理解している。対象者がいないので実践にいたっていないが、制度の概要は周知している。		
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	必ず席を設け、個々の不安や疑問点にしっかりと回答できるように配慮しながら説明を行っている。		
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	運営推進会議に利用者本人・家族に参加していただき、希望や困りごとなどを気楽に話し合える雰囲気を作り、意見をいただき業務に反映させている。会議に参加できないご家族には、事前にご意見等がないか電話で確認するようにしている。	運営推進会議では毎回複数の家族が参加してくれているので、意見を聞くことができる。また、参加できない家族には意見を聞いている。家族が訪問してくれた際には、日常の様子を伝え、積極的に話や要望を聞くように心がけている。	
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	月2回サービス向上会議を開催し、日常の困りごとなど業務に関する事を話し合う機会にしている。勤務都合で参加できないスタッフも事前にシートへ記入して意見を述べる事ができ、会議後には参加したスタッフからのフィードバック、不参加のスタッフは自ら情報収集をする取り決めとなっている。	月に2回の会議では1回はカンファレンスを含め、欠席の職員は自分の担当の利用者の様子をシートに細かく記入し、もう1回の会議では研修を含めて行っている。職員は積極的に意見を出し、また職員全員で会議の内容を共有している。	
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	必要時に個別の面談を行い、職場環境・条件の整備に努めている。目標シートを用い、本人の目標を明らかにし、それに沿った助言をしている。		
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	そのスタッフに合った施設内外・法人の研修に参加してもらい、知識・技術の向上に努めている。外部研修で学んだ事を研修会の中で報告する機会を設け、他のスタッフと共有することで学びを定着させるようにしている。		

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
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る取り組みをしている	同市内のグループホーム事業所の職員と3～4ヶ月に1度程度交流し、勉強会や、情報交換などを行い、共に質の向上に努めている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	介護支援専門員が家庭へ訪問し、本人の不安や要望を聞き、不安な点が少しでも軽減されるように努めている。		
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	介護支援専門員が家庭へ訪問し、家族の不安や要望を聞き、不安な点が少しでも軽減されるように努め、要望を取り入れたプラン作成をしている。		
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	入居相談時、現在の状況を聞き、その方にとってグループホームの入居が望ましいのかを検討している。又、必要に応じてサービスを紹介したり、相談窓口を紹介している。		
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	利用者を中心としたサービスの提供に努め、個別の能力に合った家事を自然に自分でできるように共に活動し、関係を築いている。		
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	日常的な出来事を面会時などに報告したり、電話で連絡し、情報を共有している。利用者を支える同じ立場として捉え、共に支援している。		
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	家族だけでなく、親戚や友人の面会がある。日用品は地域の商店で購入するようになっている。以前通っていた床屋へ行かなくなり、相談して来所してもらっている。遠方の家族と毎日電話話が出来るように支援している。	神社に初詣に出かけたり、買い物に出かけたり今まで継続してきたことを支援して行っている。また、定期的に訪れてくれるボランティアや訪問美容師も馴染みの関係になっている。	

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
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	仲の良い入居者同士で外出したり、家事の役割を分担して協力しあったり、相互の助け合いが自然にできるように支援している		
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	入院中であれば見舞いへ行き、家族からの相談などを傾聴している。		
<b>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</b>					
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	現場のスタッフは本人との対話の中から希望を聞き取るよう努め記録に残している。担当スタッフやサービス計画担当者等はそれをアセスメントシート等に取り入れている。会議では日常的に本人本位で考え、どうしたら本人にとって快適であるかを検討する事を意識している。	職員のペースや都合でケアをするのではなく、利用者本人が何を望み、どのようなケアを心地よく感じるのかを職員が考え、情報を共有して支援している。職員の気づき、日常の職員同士の意見交換と記録が大切であると考えている。	
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	面接時やアセスメント時にこれまでの生活歴や暮らし方を聞き、日常生活に反映している。		
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	日々の介護記録や申し送りノートを読み、全スタッフが現状を把握できる体制になっている。又、ユニット会議において入居者それぞれの現状について話し合っている。		
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	担当のスタッフを中心に、毎月モニタリングをしている。現場のスタッフは本人の意向を反映させる為に、相談や報告を随時行う雰囲気があり、必要時にはプランの見直しを行っている。作成前には身元引受人と電話などで相談し、プランに反映している。	利用者の体調の変化や日常の暮らしぶりを担当職員を中心に会議でモニタリングしていて、その記録に基づいて介護計画を作成している。医師や訪問看護師の意見も参考にしている。変化の少ない利用者の介護計画書は内容が同じようになってしまっている所がある。	変化のあまりない利用者であっても、歳は積み上げていっているため、観察の視点を変えてみたり、経過を細かくチェックして、より実情にあったマンネリ化していない計画書の作成を期待します。
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	入居者の個別のケース記録に記載し、情報を共有し、介護計画の見直し等の参考にしている。		

静岡県( )

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
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	スタッフによる受診の対応や、本人や家族の希望に合わせた外出の支援をしている。		
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	地域の民生委員や住民などから、地域の行事や新しい店などの情報を聞き、楽しむ事ができるように支援している。		
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、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	入居時に、入居者本人又は家族にこれまでの主治医を継続したいのか、それとも協力医療機関の主治医(月2回の在宅時医学総合管理事業の利用)に変更するのかを決めていただいている。	現在は1家族が継続で以前からの医療機関にかかり、それ以外の利用者は協力医療機関の医師に往診してもらっている。健康診断は年に1回、血液検査は半年に1度行い健康チェックをしている。歯科の往診もある。	
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	毎朝バイタルをチェックし、様子を観察して変化に気付くようにしている。訪問看護に24時間オンコールを活かして電話で相談したり、毎週定期的な巡回時に医療記録を提示して相談して指示を仰いでいる。受診前、受診後など密に連絡を取り合っている。		
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	入院時には病院の相談員と連絡を取り合い、状態の確認をしている。主治医・家族との話の場に同席させていただき、より正確な情報の把握に努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に重度化対応・終末ケア対応指針の説明と同意を取り、その時が来たら再度説明をし、家族の希望を確認している。、医師や看護師を交えた担当者会議を開き、チームで取り組んでいる。	入居時に確認をし、状態変化などがあれば、医師から説明を受け、家族、職員で話し合っ て方針を共有し、意見交換をし、チームで支援している。職員は経験が豊富で研修も行われている。	
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	緊急対応のマニュアルを配布・掲示して周知を図っている。又、入居者で新たな病気が出た時など必要時にはその病気について研修し対応を検討し共有している。訪問看護に緊急時の処置等について講師をもらったり、積極的に学ぶ機会を設けている。		

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
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	月に1回、特養と合同で防災訓練を実施している。隣接した母体である土肥ホームは地域の避難所となっており、協力体制が整っている。地域の訓練に参加したり、地域の住民に施設の訓練に参加してもらったりしている。	毎月、火災、地震、津波、土砂くずれ等、また日中夜間と想定も変え、訓練を行っている。地域の訓練にも出向き、運営推進会議等で意見をもらい改善点を話し合う。法人訓練に地域の人に参加してもらおう等、地域との連携もできている。備蓄も整備されている。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入社時の研修や、施設内の勉強会などで周知職員一人一人が自覚し対応している。本人の訴えに対して否定をせずに受け入れるようにするなど、日々の言葉かけについて注意し、互いに指摘しあうようにしている。	理念の中に「入居者の生活歴、生活スタイル、思いを大切にします。」があり、職員は気をつけてケアしている。研修でユマニチュードを取り入れたり、また、声のトーンにも気を使っている。	
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	可能な限り自己決定ができるように支援している。言葉遣いや声のトーンなどに配慮して本人の答えやすい聞き方をしたり、表情やしぐさなどから希望を確認している。		
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	食事や入浴等、本人のペースで対応している。又、日光浴や散歩を希望に沿って実現できるように努めている。		
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	起床時に寝巻きから日常着に着替え、鏡の前で髪を梳かしたり、ひげを剃ったりしている。イベントや外出時にはお化粧したりおしゃれ着に着替えて出かけるように支援している。		
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	今年度からクックチルを採用し、調理そのものはしなくなったが、配膳・下膳・片付けなど、できるだけは利用者との協働するようにしている。	利用者の身体状況によって食材の調達方法や調理等柔軟に対応している。今は食事介助の利用者が多いのでケアに時間をかけている。食事の場所や時間も個別対応で行っている。イベント食やおやつレク等の楽しみの機会も作っている。	
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	毎食の食事摂取量や水分摂取量を確認し記録している。摂取量全体を把握して、好きな飲み物などを提供したり、夏はかき氷等を提供するなど工夫している。		

静岡県( )

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
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、口腔ケアを実施している。自力での洗浄が困難な入居者にはスタッフと共に洗浄を実施している。		
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	個々に合わせたトイレ誘導や介助を行っている。排泄チェック表を使用し本人の排泄時間を把握し、訴えのできない入居者でもトイレでの排泄をしてもらえよう努めている。寝たきりの利用者以外は全員トイレで排泄している。	排泄チェック表を参考に、利用者の動きや表情を見てトイレ誘導を行っている。できるだけトイレでの排泄を目指していて、失敗しても羞恥心に気遣いアフターケアをしている。	
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	個人の排泄チェック表を使用し、日々の排便チェックを行い、状態を把握している。便秘がちな入居者には運動を促したり、オリゴ糖やファイバーなどの食品を食べていただいたり、運動を促したり、個々に合わせた対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっていない。希望に応じて実施している。期間があてしまった入居者に対してはスタッフ側から誘いかけている。	なかなか入浴してもらえない利用者に対しては人や時間を変えて、タイミングを見て入ってもらうようにしている。隣の設備に温泉があり、希望があれば利用することもできる。	
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	前夜の睡眠状況や日中の様子などを把握し、状況に応じて声かけ・促しをする。		
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	一人一人の薬の説明書を全スタッフが確認できるようにしている。又、医師や訪問看護師に確認したい内容をノートにまとめ、都度、医師や訪問看護師に確認できる体制をとっている。		
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	生活歴や本人の心身の状態をヒントに、一人ひとりに合った生活や活動を支援している。		

静岡県( )

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	のど自慢を観覧、イチゴ狩りなどの遠出をしたり、近隣の商業施設へ買い物に出掛けたりしている。天気の良い日は施設周辺の散歩に出掛けている。	利用者の希望があれば買い物に出かけたり、地域の行事には職員と利用者が出かけている。日常的に敷地を散策したり、ウッドデッキで日光浴をしたりして、風光明媚な景色を楽しんでいる。	
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	現在、所持している入居者はなし。希望があれば支援している。		
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	電話をしたい、手紙を出したいという希望があった際には支援している。敷地内にポストがある。遠方の家族からの手紙について、本人が読む事ができない場合は読んでさしあげ、メッセージカードや絵手紙は本人の希望通りに飾るお手伝いをしている。		
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	木目調の造りで、日当たりが良く、温かみがある。掃除や洗濯は入居者と共に実施し、外気の丁度良い時間に換気して、不快なく過ごせるように支援している。要所に温湿度計を置き、施設全体の温度と湿度の管理に努めている。又、季節を感じられるような花や置物などを飾っている。	リビングは広く、食事を取るスペースの他にテレビを見るスペースにはソファがおかれ、ゆったりと過ごしている。リビングは日当たりがよく、隣のウッドデッキにすぐに出られるようになっている。季節を感じられる作品や装飾がほどよいボリュームで飾られている。	
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	共有スペースは入居者が自分の居場所としてくつろげるよう椅子や机を配置している。食事スペース以外に洗濯物をたたんだりTVを見たりするスペースを確保している。		
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	使い慣れた家具などを可能な限り持ち込んでいただいている。自宅での配置などを考慮し、家族・本人とともに配置を工夫している。本人の身体状態の変化に合わせ、寝具などの変更を提案し、より快適に過ごせるよう配慮している。	個人の希望でベッドの位置や家具などの配置を変えており、それぞれの個性が出ている。写真が飾られたり本人が興味のあるものが置かれていて、部屋の中でも快適に暮らせるようにしている。廊下の広さにゆとりがあるので、圧迫感がない。	
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	希望により、居室の前に表札代わりに本人の写真を掲示している。出入りに困らないように、玄関にはわかりやすい位置に案内を表示している。食事のメニューを利用者に書いていただき、見やすい場所に掲示している。		

### 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	2290700059		
法人名	社会福祉法人 信愛会		
事業所名	グループホーム菜の花ホーム		
所在地	静岡県伊豆市小土肥787番地の2		
自己評価作成日	令和元年11月3日	評価結果市町村受理日	令和2年1月10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.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=2290700059-00&ServiceCd=320&Type=search](http://www.kai.gokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2290700059-00&ServiceCd=320&Type=search)

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	令和 元年 12月 4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)】

入居者の生活歴、生活スタイルを大切に、その方に合った生活が出来るように支援しています。地域とのつながりを大切に、地域の防災訓練に参加したりイベントに参加したり、なじみの商店への買い物や行きつけの床屋などの利用を継続できるように支援しています。特養と隣接している利点を活かし、防災訓練等、他部署のスタッフと協力し、すぐに駆けつけられる建物構造となっており、協力体制をとっています。入浴も半機械浴を導入しており、身体状態に合わせた入浴が可能です。小高い丘陵に位置し、日当たりが良く、食堂や居室から見える海岸美や夕日は類を見ない美しさです。

#### 【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)】

### 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)	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「自分らしく暮らせる家庭的な生活の実現」を理念とし、毎日の生活が心穏やかに過ごせるように努め、毎日必ず見る場所に掲示している。内部の研修会で扱い、共有認識に努めている。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事のお祭りに参加したり、小学校の運動会に参加したり、地域学生と交流の機会を持っている。地域のボランティアを招いてお茶会を開催したり、地域の防災訓練に参加したり、積極的に向き合っている。		
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	学生の福祉体験などを受け入れている。また、地域ケア会議へ参加し、認知症の方との関わり方などを地域の方と話をしている。		
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	開所当初から必ず2ヶ月に1回開催している。利用者本人・利用者ご家族・地域の民生委員・行政の方に参加していただき、イベントなどを同時開催し話しやすい雰囲気を作るように努力している。いただいたご意見を業務に反映している。		
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取り組んでいる	運営推進会議に行政の方や地域包括支援センターの職員に参加していただき、取り組みの様子や入居者の状況、苦情・事故などを報告しご意見を頂いている。		
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	法人の職員研修や新入職員研修、会議において周知徹底している。マニュアルや外部の資料などを用いて勉強会を念2回開き、意識付けしている。		

静岡県( )

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
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逃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	法人の職員研修や新入職員研修、施設内の研修や会議において学び機会を定期的に持ち、周知徹底している。必要があったらすぐに地域包括支援センターに相談するように連携を行っている。		
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	申し込みの窓口である介護支援専門員は理解している。対象者がいないので実践にいたっていないが、制度の概要は周知している。		
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	必ず席を設け、個々の不安や疑問点にしっかりと回答できるように配慮しながら説明を行っている。		
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	運営推進会議に利用者本人・家族に参加していただき、希望や困りごとなどを気楽に話し合える雰囲気を作り、意見をいただき業務に反映させている。会議に参加できないご家族には、事前にご意見等がないか電話で確認するようにしている。		
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	月2回サービス向上会議を開催し、日常の困りごとなど業務に関する事を話し合う機会にしている。勤務都合で参加できないスタッフも事前にシートへ記入して意見を述べる事ができ、会議後には参加したスタッフからのフィードバック、不参加のスタッフは自ら情報収集をする取り決めとなっている。		
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	必要時に個別の面談を行い、職場環境・条件の整備に努めている。目標シートを用い、本人の目標を明らかにし、それに沿った助言をしている。		
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	そのスタッフに合った施設内外・法人の研修に参加してもらい、知識・技術の向上に努めている。外部研修で学んだ事を研修会の中で報告する機会を設け、他のスタッフと共有することで学びを定着させるようにしている。		

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
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る取り組みをしている	同市内のグループホーム事業所の職員と3～4ヶ月に1度程度交流し、勉強会や、情報交換などを行い、共に質の向上に努めている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	介護支援専門員が家庭へ訪問し、本人の不安や要望を聞き、不安な点が少しでも軽減されるように努めている。		
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	介護支援専門員が家庭へ訪問し、家族の不安や要望を聞き、不安な点が少しでも軽減されるように努め、要望を取り入れたプラン作成をしている。		
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	入居相談時、現在の状況を聞き、その方にとってグループホームの入居が望ましいのかを検討している。又、必要に応じてサービスを紹介したり、相談窓口を紹介している。		
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	利用者を中心としたサービスの提供に努め、個別の能力に合った家事を自然に自分でできるように共に活動し、関係を築いている。		
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	日常的な出来事を面会時などに報告したり、電話で連絡し、情報を共有している。利用者を支える同じ立場として捉え、共に支援している。		
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	家族だけでなく、親戚や友人の面会がある。日用品は地域の商店で購入するようにしている。以前通っていた床屋へ行かれなくなり、相談して来所してもらっている。遠方の家族と毎日電話話が出来るように支援している。		

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
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	仲の良い入居者同士で外出したり、家事の役割を分担して協力しあったり、相互の助け合いが自然にできるように支援している		
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	入院中であれば見舞いへ行き、家族からの相談などを傾聴している。		
<b>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</b>					
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	現場のスタッフは本人との対話の中から希望を聞き取るよう努め記録に残している。担当スタッフやサービス計画担当者等はそれをアセスメントシート等に取り入れている。会議では日常的に本人本位で考え、どうしたら本人にとって快適であるかを検討する事を意識している。		
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	面接時やアセスメント時にこれまでの生活歴や暮らし方を聞き、日常生活に反映している。		
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	日々の介護記録や申し送りノートを読み、全スタッフが現状を把握できる体制になっている。又、ユニット会議において入居者それぞれの現状について話し合っている。		
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	担当のスタッフを中心に、毎月モニタリングをしている。現場のスタッフは本人の意向を反映させる為に、相談や報告を随時行う雰囲気があり、必要時にはプランの見直しを行っている。作成前には身元引受人と電話などで相談し、プランに反映している。		
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	入居者の個別のケース記録に記載し、情報を共有し、介護計画の見直し等の参考にしている。		

静岡県( )

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
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	スタッフによる受診の対応や、本人や家族の希望に合わせた外出の支援をしている。		
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	地域の民生委員や住民などから、地域の行事や新しい店などの情報を聞き、楽しむ事ができるように支援している。		
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、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	入居時に、入居者本人又は家族にこれまでの主治医を継続したいのか、それとも協力医療機関の主治医(月2回の在宅時医学総合管理事業の利用)に変更するのかを決めていただいている。		
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	毎朝バイタルをチェックし、様子を観察して変化に気付くようにしている。訪問看護に24時間オンコールを活かして電話で相談したり、毎週定期的な巡回時に医療記録を提示して相談して指示を仰いでいる。受診前、受診後など密に連絡を取り合っている。		
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	入院時には病院の相談員と連絡を取り合い、状態の確認をしている。主治医・家族との話の場に同席させていただき、より正確な情報の把握に努めている。		
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	入居時に重度化対応・終末ケア対応指針の説明と同意を取り、その時が来たら再度説明をし、家族の希望を確認している。、医師や看護師を交えた担当者会議を開き、チームで取り組んでいる。		
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	緊急対応のマニュアルを配布・掲示して周知を図っている。又、入居者で新たな病気が出た時など必要時にはその病気について研修し対応を検討し共有している。訪問看護に緊急時の処置等について講師をもらったり、積極的に学ぶ機会を設けている。		

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
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	月に1回、特養と合同で防災訓練を実施している。隣接した母体である土肥ホームは地域の避難所となっており、協力体制が整っている。地域の訓練に参加したり、地域の住民に施設の訓練に参加してもらったりしている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入社時の研修や、施設内の勉強会などで周知し職員一人一人が自覚し対応している。本人の訴えに対して否定をせずに受け入れるようにするなど、日々の言葉かけについて注意し、互いに指摘しあうようにしている。		
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	可能な限り自己決定ができるように支援している。言葉遣いや声のトーンなどに配慮して本人の答えやすい聞き方をしたり、表情やしぐさなどから希望を確認している。		
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	食事や入浴等、本人のペースで対応している。又、日光浴や散歩を希望に沿って実現できるように努めている。		
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	起床時に寝巻きから日常着に着替え、鏡の前で髪を梳かしたり、ひげを剃ったりしている。イベントや外出時にはお化粧したりおしゃれ着に着替えて出かけるように支援している。		
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	今年度からクックチルを採用し、調理そのものはしなくなったが、配膳・下膳・片付けなど、できるだけ利用者と協働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	毎食の食事摂取量や水分摂取量を確認し記録している。摂取量全体を把握して、好きな飲み物などを提供したり、夏はかき氷等を提供するなど工夫している。		

静岡県( )

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
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、口腔ケアを実施している。自力での洗浄が困難な入居者にはスタッフと共に洗浄を実施している。		
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	個々に合わせたトイレ誘導や介助を行っている。排泄チェック表を使用し本人の排泄時間を把握し、訴えのできない入居者でもトイレでの排泄をしてもらえよう努めている。寝たきりの利用者以外は全員トイレで排泄している。		
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	個人の排泄チェック表を使用し、日々の排便チェックを行い、状態を把握している。便秘がちな入居者には運動を促したり、オリゴ糖やファイバーなどの食品を食べていただいたり、運動を促したり、個々に合わせた対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっていない。希望に応じて実施している。期間があいてしまった入居者に対してはスタッフ側から誘いかけている。		
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	前夜の睡眠状況や日中の様子などを把握し、状況に応じて声かけ・促しをする。		
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	一人一人の薬の説明書を全スタッフが確認できるようにしている。又、医師や訪問看護師に確認したい内容をノートにまとめ、都度、医師や訪問看護師に確認できる体制をとっている。		
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	生活歴や本人の心身の状態をヒントに、一人ひとりに合った生活や活動を支援している。		

静岡県( )

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	のど自慢を観覧、イチゴ狩りなどの遠出をしたり、近隣の商業施設へ買い物に出掛けたりしている。天気の良い日は施設周辺の散歩に出掛けている。		
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	現在、所持している入居者はなし。希望があれば支援している。		
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	電話をしたい、手紙を出したいという希望があった際には支援している。敷地内にポストがある。遠方の家族からの手紙について、本人が読む事ができない場合は読んでさしあげ、メッセージカードや絵手紙は本人の希望通りに飾るお手伝いをしている。		
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	木目調の造りで、日当たりが良く、温かみがある。掃除や洗濯は入居者と共に実施し、外気の丁度良い時間に換気して、不快なく過ごせるように支援している。要所に温湿度計を置き、施設全体の温度と湿度の管理に努めている。又、季節を感じられるような花や置物などを飾っている。		
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	共有スペースは入居者が自分の居場所としてくつろげるよう椅子や机を配置している。食事スペース以外に洗濯物をたたんだりTVを見たりするスペースを確保している。		
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	使い慣れた家具などを可能な限り持ち込んでいただいている。自宅での配置などを考慮し、家族・本人とともに配置を工夫している。本人の身体状態の変化に合わせ、寝具などの変更を提案し、より快適に過ごせるよう配慮している。		
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	希望により、居室の前に表札代わりに本人の写真を掲示している。出入りに困らないように、玄関にはわかりやすい位置に案内を表示している。食事のメニューを利用者に書いていただき、見やすい場所に掲示している。		

### 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	26	現状に合わせたサービス計画の変更が適切にできていないものがある	サービス計画を適切に更新する	①全てのプラン内容をチェックして見直しする ②ケアプラン実施表にプランの有効期限を記載し、スタッフ全体で内容を管理する ③会議シートを活用し現状のアセスメントを充実させプランに反映する	3ヶ月
2					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。