

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	2570500369		
法人名	株式会社 ナガオカ		
事業所名	グループホーム悠愛		
所在地	滋賀県東近江市五個荘竜田町528-4		
自己評価作成日	令和2年3月7日	評価結果市町村受理日	令和2年4月23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	令和2年3月19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)】

『気兼ねなく暮らせる第二の我が家』の理念を基に、自立と尊厳を基本とし利用者様が安心して生活できるように支援を行っています。今までの生活歴や趣味、嗜好等をや大切にし一人一人の潜在能力を発揮できるよう一人一人に合った様々なレクリエーションを行い生き生きとした毎日を送っていただける様に支援していきます。利用者様が毎日笑顔で暮らせる様に日々より良い支援ができるよう職員一同努めさせていただきます。

【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)】

歴史ある近江商人の町並みと新しい住宅が混在する静かな住宅街の中にグループホーム悠愛はある。ホームの前には広い庭があり、利用者の好みに合わせ四季を通じた花や野菜を育てている。ホーム中央に位置するリビングからも眺めることができ、楽しみの一つになっている。昨年管理者が替わり、皆が新たな気持ちで運営に取り組んでいる。毎日でもお風呂に入りたいという希望に合わせ、午前でも午後でも好きな時にお風呂に入れる取り組みも、職員からの提案から始まった。医療連携体制の整いで重度化・終末期においてもチーム一丸となって終末期ケアに取り組み、また実績も積んでいることから、利用者や家族の信頼や安心につながっている。皆活き活きと働いており、それが利用者に対しても良き支援につながりっている。

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 3. 家族の1/3くらい 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、活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	認知症であっても安心して生活できる様に地域の方の理解を深めると共に「元気に自分らしく」生活していただけるように日々、支援に取り組んでいる。	会議では理念を掘り下げ職員全体で話し合い、家に居る時と変わらない生活になっているか、利用者の自己決定を尊重しているか等、その為にどうするべきか、具体的な支援について意見の統一を図り実践されている。	
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	可能な限り地域の行事に参加・見学していただける様に取り組んでいる。	職員は地域の認知症の保護訓練に実行委員として毎年参加だが、利用者と地域のつながりは無い。近くの小学校の行事には車いすを押して見に行く。地域の方に気軽に来てもらえるようチラシを配布したりされている。	地域の方が参加される運営推進会議を活用し情報収集や関係性を深め、今以上に地域との交流が増える事を期待します。
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	運営推進会議にて当ホームが協力できることは行わせて頂く様にしている。地域の認知症徘徊高齢者早期発見保護訓練に参加・協力している。		
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か月に1度、実施している。利用者様の現状報告、施設状況を報告し、ご意見をいただいている。	利用者家族・自治会・民生委員・市職員・包括職員が参加。運営状況・取り組み・地域行事等の情報交換を実施。そこで得た行事に利用者の参加を検討中。現在取り組んでいる入浴時間や花畑の件も高評価を得ている。	
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	利用者様の認定調査等で関わりを持っている。運営推進会議において協力体制を整えている。また、疑問な点等があれば連絡し相談している。	管理者が変わったことで、不明な点はすぐ市や支所に行ったり電話で確認している。運営推進会議に暮らしぶりを直接見てもらい連携を深めている。それ以外にもこまめに意見交換をされ、市との関係性ができている。	
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	利用者個人に対して身体拘束に繋がる衣類・器具は一切使用していません。テラスや居室の窓に関しては常時開放している。	月1回のスタッフ会議で毎回話し合い、一人一人思い当たることはないか職員にケアを振り返ってもらっている。センサーマット等どうしても必要時には何度も話し合い、家族に了解を得たり、他に方法はないかケアの方法を検討している。	
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注意を払い、防止に努めている	日常のケアの中で身体的・精神的虐待がないかを各職員が常に気をつけて支援させていただいている。発生時に早急にスタッフ会議をし協議するようにしている。		

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
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、成人後見人制度を利用されている利用者がおられる。今後も必要に応じて、勉強会を実施していきます。		
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	契約時には解り易く説明し、疑問等には速やかに説明し理解及び納得していただける様に努めている。		
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	面会時等を利用し相談や苦情がないか、話が出来る時間を設けている。当ホーム以外にも相談窓口がある事も情報提供させていただいている。	面会時や家族交流会、電話で話をしたりと施設での暮らしぶりを報告し、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに努めているが、意見は未だ無い。市役所・支所・包括支援センターにも相談窓口があることは紹介している。	管理者や職員側からも意見等を積極的に聞きましょう。利用者が写っている施設だより等を復活させ、笑顔を見せることで安心や親しみをもち、話やすくなると思います。
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	日常のケアに関しては、スタッフ会議で日常的に話し合っている。個人的な相談については、個別に時間を設け、必要であれば本社に相談している。	管理者は頻繁に職場に来ており、職員に問いかけたり聞き出したりと、日頃から要望や意見が言いやすい関係ができています。職員の提案で利用者に合わせた食事の形態を変えたりオムツ用品の変更につながっている。	
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	管理者より勤務状況等に関しては、上司に報告している。職員からの質問・疑問には上司に報告後、回答を職員に伝えている。		
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	内部研修についてはスタッフ会議にて適時行っている。外部の研修については、研修案内などを回覧し個人に任せている。新入社員については管理者や職員が指導にあたらせていただいている。		
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	グループホーム部会に参加する事により、同業者の方々と情報交換などを行っている。		

自己 評価	外部 評価	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	入居苗の面接の段階で本人からの聞き取りで環境が変わることへの不安を少しでも取り除けるように話を聞かせてもらっている。本人が話せない場合は家族から話を聞かせてもらっている。		
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	入居前に困っていた事や入居後に苑に臨むことなどを時間をかけて話を聞かせてもらっている。入居後も家族に協力してもらえるような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	入居前の生活様式を出来るだけ継続してほしいので出来るだけ多くの情報を得るように心がけている。家族の他にも老健やディサービス・在宅のケアマネなどから情報を提供してもらっている。		
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	残存能力を見極め本人が自力で出来る所はしてもらっている。また手伝ってもらえる事はお願している。		
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	家族に協力してもらえるところはお願いしている。緊急時のぞき受診は家族にお願いしている。外出を好まれる入居者は外食や時には外泊などの時間を共に過ごしてもらっている。		
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	入居後に家族や親せき以外の面会は殆どないが入居前に利用していたディサービスの職員とケアマネが尋ねてきた事があった。	お嫁さんや幼馴染の方が頻繁に来てくれており、居室でゆっくり話ができるよう配慮している。墓参り等に出かける入居者もある。話が出来ない方が懐かしい方に会い笑顔になる事が職員の喜びにもなっている。	
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	利用者同士のトラブルが起きない様に食事席を配慮したりしている。入居者皆で昔の話をしたり歌を唄ったり回想の場面をもうけるようにしている。		

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
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	他施設などに移られた場合、情報提供など協力し相談があれば支援に努める。		
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	意思疎通困難な利用者様に対しては表情や食事量・活気などを目安に分析し、意思疎通できる利用者様に関しては態度や言葉で把握し課題があれば職員間で情報共有し原因を探っている。	把握が困難な方には、本人をよく知る家族や幼馴染の方に、どんな暮らしをしていたか、何が好きだったか楽しみだったか等、本人の思いや意向について聞き取ったり、どう支援すべきかを常に職員間で話し合っている。	
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	入居前に生活歴やライフスタイルなど把握しているが、情報が全てなので、入居後もご家族様から機会を得て情報収集させて頂き、利用者様が不安なく過ごして頂けるよう努めている。		
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	個人記録により1日の流れはある程度把握出来ているが利用者様によっては全く違う生活リズムの方がおられるので職員間の情報共有は必須であり健康面・精神面において係る職員の気づきが重要となる。		
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	健康面では主治医・訪問看護・薬剤師等と連携して介護計画に反映している。生活面では職員の気づきを共有して本人様にあった介護計画になっているか話し合いの場をもち来設させた家族様にもお話をさせていただいている	介護計画は利用者がよりよく暮らせるよう職員や関係者の意見も踏まえ作成し、家族に説明し承認を得ている。今後は担当制を導入し、モニタリングに反映できる予定と聞き取る。	事前に本人・家族の思いや意向を聞き、利用者主体の介護計画書を作成しましょう。また定期的なモニタリングで見直しを行い、現状に合っているか全職員で検討・確認しましょう。
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	日々の様子は介護記録や日報で情報を共有している。排便・尿・食事量やバイタル表にて健康管理を行う。職員の気づきがケアプランに反映できるよう努める。		
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	訪問看護・歯科・往診・薬局との連携、外出支援等1人1人利用者様のニーズに対応できるような体制を整えている。必要に応じて行政などの窓口を利用したく思う。		

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	利用者の高齢化もあり心身の力を発揮していただくのが難しくなっており、地域資源の活用には至っていない。現在はボランティアの方に月1回来ていただいている。		
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	基本的にはご本人様・家族様の希望される病院に「ご家族様の付き添いにて受診される事になっている。病院への通院が困難な場合は往診を依頼したり職員が介助して通院する場合もある。	2ヶ所の提携医から往診してもらう他、入所前からのかかりつけ医を受けている方もある。家族が付き添う場合はホームでの様子を書面で渡し、受診結果も書面で受け連携を図っている。緊急時は職員が連れて行っている。	
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	当施設では看護師は不在であるが、24時間体制で訪問看護と医療連携体制を整えている。日常の中の職員の気づきが最も大切である。		
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。	入院時にはご家族様了解のもと病院へ情報提供を行う。入院中のご様子や退院の目途等を伺い、来設が可能な場合は退院前にカンファレンス等で情報収集を行い退院後にむけ体制を整える。		
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	看取りについてご本人様の意向を第1に家族様・主治医・訪問看護職員が話し合いチームとなり終末期ケアを行う連携ができています。	入居時に看取りの説明をし書面を交わしている。迷っている方には繰り返し話し合い、思いを共有している。皆で連携し、安心して最後が迎えられるよう取り組んでいる。職員の2/3は病院の看護助手の経験があることと医療連携も整いここ1年で2名の方を看取った。	
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	定期的な訓練は実施していないが、適時、初期対応については説明して実践に繋がっている。		
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・通報・消火の総合訓練は年2回実施しているが、夜間を想定した訓練は行っていない。利用者様1人1人に個別の誘導方法お考えている。運営推進会で民生委員や自治会長の方々の協力をえたい。	消防署の協力を得て年2回避難訓練をしている。運営推進会議で関係性ができたことで、地域の方から避難場所やリアカー利用の提携がある。3日分の水・非常食・紙類・オムツ等の衛生用品等の備蓄もされている。	災害対応マニュアルが必要。夜間を想定して職員1人の時の対応も検討してみてください。避難訓練に地域住民の協力が得られるよう、引き続き運営推進会議で協力を呼びかけましょう。

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	利用者様が大切に思っている人や物の把握に努め傷つけない様、喪失感や劣等感を感じない様な対応に心がけている。価値観はそれぞれ違うので職員同士の情報共有は大切である。	スタッフ会議で研修、また気づいた場面で注意している。例えばお茶を進めて飲んでもらえない時「飲んで」と無理強いせず、他の方法で水分補給をする等方法を変えたりと日常的な場面で確認、取り組みを行っている。	
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	利用者様が着たい服の色を選んだり、飲みたい物を聞き提供したり、少しでも希望が叶うよう支援している。		
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	利用者様には、ご自身の生活リズムで無理なく過ごしていただいている。また、利用者様の状態に応じての見守りや支援も行わせていただいている。		
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	移動散髪を利用している。また、拒否が強くみられる利用者様には無理強いせず見守らせて頂く。		
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	食事前のテーブル拭きやお盆拭きは利用者様に行っている。利用者様の様子を見て食器を洗って頂くこともある。毎日ではないがおやつのかき作りを手伝って頂くこともある。	食事は業者委託であるが、月に1・2回利用者の好みでメニューを考え一緒に作っており、今後その回数を増やしていきたいと考えている。職員と利用者が同じテーブルで一緒に食事をとり、楽しい雰囲気づくりがされていた。	
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	個人により摂取量は異なる為、食事量が少ない時はその方の好み食べ物を提供できるよう努めている。食事形態も一人一人に合った形態で提供している。水分量が少ない方には、好みの飲み物を提供している。		
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	ご本人に義歯は洗浄していただいている。また、出来ない方には職員が洗浄させていただいている。ポリデント使用時には職員が洗浄している。歯受診が必要な方には、訪問歯科を利用していただいている。		

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	利用者様の排泄パターンを記録し把握するようにし、個々にトイレの声かけや誘導をさせていただいているが高齢化の為に失禁は減らせていない。	ほとんどの方が入居当初からテープ式おむつや紙パンツを使用されているが、排泄記録をつけパットの使用を随時見直し、尿量にあったパットの使用により、失禁更衣を減らすことができています。	
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	排便チェック表をもとに便秘を把握している。便秘時は軽い運動を行っているが排便が見られない場合は訪問看護や主治医と連携し調整している。		
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	1人1人のタイミングに合わせられる様、午前と午後に入浴時間を設け毎日入りたいと希望される利用者様には毎日入浴可能。拒否された場合は無理強いしない。	利用者の希望に沿って柔軟に入浴時間や回数などを変更され、無理強いすることなく職員もゆとりをもって入浴の支援ができています。拒否される方の理由を考え対応を検討し、拒否的な方も気持ちよく入浴ができています。	
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	朝、目が覚めない利用者様には無理に起床していただく様子を見て声掛けをさせていただき、日中も本人様の様子をみながら臥床時間を設け利用者様にあった生活サイクルを送って頂けるようにしている。		
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	服薬内容については職員は把握しているが副作用については予め職員に注意をするように伝達している。誤飲がないようしっかりと名前を呼び最後まで見届けるようにしている。		
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	個々の能力に合わせて、家事等のお手伝いをさせていただいている。レクリエーション等を行う中で個々の能力に合わせて楽しんでいただける様に支援している。		
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	遠方への外出は送迎や職員数の関係で出ていない。桜の時期や近隣の小学校の運動会などの見学への散歩に関しては行っている。家族様が本人の希望を聞いて外出される事はある。	近隣の散歩は随時行い、地域の人とあいさつを交わす機会にもなっている。家族との外出で遠出をされる際には、体調を整え気持ちよく行けるよう支援を行っている。施設の庭には花壇を作り、水やりなどをしながら外気に触れる機会も作っている。	全員そろっての外出は困難でも、まずは地域のふれあいカフェや、個人的な外出などに、家族やボランティアの力の活用や、職員配置の工夫などで一人からでも行けることを期待します。

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
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	ご自身でお金を所持されることはない。ご家族様の理解と協力が必要。		
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	現在、ご家族様に電話や手紙を希望される方はおられないが、希望があれば家族様に連絡を取らせて頂ける様な支援を行う事は可能。		
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	天窓があり室内は明るく居室の室温や明るさ調整はその都度行っている。季節に合った飾りつけなど職員と利用者様で作っている。	午後からリビングや個室の窓を開放し換気を行う。日当たりの良いリビングの窓の外では利用者と一緒に干した洗濯物が風に揺らぎ、その向こうの花壇には季節の花が見える。ほとんどの方が長い時間を過ごすため、お互いの相性を考えて席の配置に気を配っている。	
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	利用者の性格を理解し、気の合う方が隣の席に座れるように配慮している。また、ホールにあったソファを取り除き車椅子で窓際まで行き来できる空間を作った。		
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	利用者様の身体の状態に合わせた家具等をご家族様と相談の上、使用していただいている。また、利用者様が使いやすいように考えて、家具を設置している。	馴染みの家具やテレビ写真などを持ってこられ、自宅の部屋のようにゆったりと過ごされている方もいる。本人にあったベッドや、好みの寝具を持ってきていただいております、安心して休める居室環境を作っている。	
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」「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	居室入り口に名札を設置し、出来るだけ足元に物がないように配慮している。歯ブラシやコップには名前を書きわかり易い様に設置し間接的に自立支援を行っている。		

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		夜間を想定した避難訓練が出来ていない。	職員全員参加で、緊急連絡網を使いかかる時間や寝ている利用者様も移動方法を実施する。	まず、利用者様全員臥床していただき、職員の配置や分担を明確にしケガのないよう実践を行う。	6ヶ月
2		地域との交流が少ない。	地域で開催されている「ふれあいカフェ」の参加	地域の近隣の方々の協力を得て、移動時の見守り等依頼し、職員と連携で1人でも多くの利用者様に外出する楽しみを味わっていただきたい。	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	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ 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)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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市区町村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(コロナウィルスの為、運営推進会議等、話し合いの場がもてず書類提出のみ)
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目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)4月23日
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()