

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872300419		
法人名	有限会社 豊地質		
事業所名	グループホームゆたかの郷		
所在地	兵庫県三木市宿原1263-86		
自己評価作成日	評価結果市町村受理日	令和6年4月30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.wam.go.jp">http://www.wam.go.jp</a>
----------	---

#### 【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和6年4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)】

【特に力を入れている点】
・換気の徹底による建物内部の臭い、感染症予防
・利用者の保清(着衣・整髪・皮膚の状態・体臭・口臭など)
【アピールしたい点】
・職員の勤続年数が長い。
・二階ベランダからの見晴らしが良い。
・庭には四季折々の花が咲いている。

#### 【第三者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)】

閑静な住宅街に位置しており高台にあるため事業所からの眺望は見ごたえがある。敷地には手入れの行き届いた花々が咲きそろう丹精の跡が見られる。職員は長年にわたり勤務しており、利用者にとっては家族のような位置付けで支援が出来る。2階部分に拡張されたデッキスペースがティータイムや気分転換のために活用されている。デッキ近くを通る近隣の方との距離が近く、気軽に挨拶が交わされている。ワンユニットの特性を生かし利用者個々への行き届いた支援が実践されている。利用者が地域の一員として暮らし続けられるような実践につなげていただきたい。地域密着型施設の役割として近隣住民への施設開放や交流を目的とした取り組みへの実践が望まれる。
--

#### 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)	<input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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している (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	入居者が安心して、自分らしく暮らせる場所となるために、他事業所と比べ、同じ職員が関われる時間が多いという特性を生かしたケアを日々実践している。	利用者一人ひとりが、その人らしくゆったりと、そして自然に過ごすことを、開設以来職員が一貫して実践している。管理者も含め、一つの家族のような環境の中で一人ひとりに寄り添い見守っている。	
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	代表者や管理者が地域の催しへの参加や地域花壇の手入れを行っている。	管理者等が長年居住している地元として地域との関係性は深い。徐々に地域の行事や交流が再開されつつあり、慎重にはあるが利用者を変えた参加交流をすすめていく予定である。	
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	運営推進会議において、参加された地域の方に実情をおたずねしたり、当事業所での事例を報告している。	/	/
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	ご家族や地域住民、地域包括支援センターの方々の意見を参考に、職員全員で話し合い実践に活かしている。事故について発生要因、再発防止の助言を介護保険課、地域包括支援センターより頂いている。	昨年の夏以降、対面で開催している。地域代表者、地域包括、職員の参加のみで利用者・家族の参加はない。ホームの動向、日常生活での利用者の様子、事故・ヒヤリハット、医療関係等の報告、地域からの情報提供をもとに、意見交換を行っている。	家族の関心のあるテーマや知りたいことなどを取り上げるなど、家族が参加しやすく、家族間の交流にもつながるよう工夫されてはいかかがか。
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	疑問な点や不可解な点など、常に市の担当者に相談を行っている。	運営推進会議を通じて、情報共有を図っている。必要に応じ、不明点や疑問点などをその都度相談するなど、協力関係を築く努力をしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体的拘束等の適正化のための指針を定め、運営推進会議において身体拘束適正化委員会を開催している。	身体拘束等適正化委員会及び研修の定期開催を通じ、職員への周知徹底を図っている。定めた指針等のマニュアルの中から抜粋して職員間の意識統一を図ったり、動画を活用し意見交換することで定着に努めている。	
7	(6)	○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	虐待防止の研修を実施しており、日々のカンファレンス等でも啓蒙を行っている。	上記と併せ、研修と日々の会議の中で支援内容を検証している。職員からの意見や疑問等を出し合い、適切なケアとなっているか検討、確認している。管理者等は職員が働きやすい環境への意識が高く、コミュニケーションを大事にしている。	

自己	者 第 三	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	(7)	○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	職員は研修を通じ制度を学び、日々のカンファレンス等でも啓蒙を行っている。	定期的に学ぶ機会は設けていない。利用者・家族の状況によっては身近な制度と理解しており、研修計画の中に盛り込む予定である。	資料及びパンフレットの整備と併せ、必要に応じ契約時等での情報提供も必要と思われる。
9	(8)	○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	必ず利用者、家族に対し十分に説明を行い理解・納得を図っている。	基本、利用者本人への説明、理解、締結をお願いしている。そのために、利用者本人の気持ちを尊重し、不安を無くすよう時間をかけて丁寧に説明している。家族の協力が不可欠であることもお願いしている。	
10	(9)	○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	入居者とは常に、コミュニケーションを図り、家族等とは、花便りや手紙、電話等で密に連絡をとり、意見を運営に反映するようにしている。	家族との接触は困難であったが、管理者の「花便り」や電話等で利用者の状態変化や様子を伝えている。現在はメールによるリアルタイムのやりとりが増えている。運営に関する意見等はないが、個々の要望や意見は反映している。	
11	(10)	○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	事業所に代表宅が隣接しており、管理者が常駐し職員と意見交換を行いやすい環境になっており、意見交換の中で良い案があったら速やかに実践するよう努めている。	開設から職員間でのコミュニケーションを重ねてきた経緯があり、業務だけでなく日常的に話し合う環境となっている。気が付いたことや疑問点は、その場で確認、解決できるよう柔軟に取り組んでいる。	
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	代表者は職員個々の状態を把握できている。家庭の事情に合わせて勤務調整を行うなど職場環境の向上に努めており、社会保険労務士に相談している。		
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	年間の研修計画に沿って社内研修を行い、必要に応じOJTやオンラインでのトレーニングを行っている。		

自己	者	第三	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く取り組みをしている	新型コロナウイルス感染防止の為、相互訪問等は中止しているが、オンラインでの勉強会等の活動を通じて、サービスの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	家族等周囲の支援者だけでなく必ず本人から直接困りごとや不安を探るよう努めている。		
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	ホームの生活等を説明し、信頼関係づくりをし、入居後は頻りに電話連絡をして安心していただけるよう努めている。月1回管理者が手紙をしたため家族に近況を発信している。		
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	自立支援を念頭にサービス導入前にアセスメントを経て本人、家族のセルフケアを優先し、インフォーマルサービスの導入も積極的に行っている。		
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	清掃やリース作りなどの作業を行うときは、必ず職員が入居者と一緒に行く、食事は同席するなど関係性の向上に努めている。また、一人ひとりのアルバムを作り、職員と共に過ごしている。ことで共有できるようにしている。		
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	電話や家族意見書で家族の意見を取り入れるように努め、本人と家族の絆を大切にしながら、支えていける関係を築いている。		
20	(11)		○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	新型コロナウイルス感染防止の為直接対面はご遠慮いただいており電話やガラス越しで本人、家族の意向を踏まえ望まれた場合快く応じている。不定期ではあるが本人の馴染みの場所にお連れして関係継続を支援している。	家族も含め、対面での接触はまだ控えている。電話や窓越しでの会話はできるだけ機会を設けている。今後は、地域の状況も踏まえ、慎重に再会していく考えである。	

自己	者	第三	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	職員が入居者同士の関係をよく観察して食堂やリビングの席順を考慮し、孤立せずに入居者全員が家族のように過ごせるよう支援している。		
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	電話や手紙など関係性を大切にしている。退所された方への心配りも行っている。		
<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	(12)		○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	本人の希望や意向を全職員が言葉だけでなく非言語コミュニケーションでも把握するように努めている。困難な場合は本人の日頃の様子を慎重に観察し本人本位で検討を行っている。	契約前後での聞き取りを行うようにしているが、本人の意向の把握はやや困難である。家族の意向が優先しがちではあるが、入居後の生活が慣れて落ち着いてきて関係性が深まるうちに、本人の希望や意向の汲み取りができていく。	
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	入居前に必ず支援者から情報提供を求め入居後は本人との会話や家族の面会などの思い出話を傾聴し、新たな情報が得られたら記録、職員間で共有するなどこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	職員全員で、ささいな情報でも共有して把握に努めている。		
26	(13)		○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	本人、家族の意向を尊重し、医療従事者、職員全員で話し合ってから介護計画を作成している。計画作成担当者が本人、家族に対し説明を行っている。課題に対し細やかにモニタリングを行っている。	モニタリングは3か月に1回、短期目標6か月、長期目標1年を目安に介護計画を見直し作成している。緊急でアセスメントができない状況で入居した事例もある。利用者の希望や意向は日々のかかわりの中で、馴染みの職員が聞き取り共有する仕組みがある。	職員がモニタリングにより深くかかわる仕組み作りに取り組みまれてはいいかがか。
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	日々の様子などや気づきを個別の介護日誌に随時記録し情報共有に努めている。毎朝ミーティングを行いケアの実践や計画の見直しに活かしている。		

自己	者 第 三	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	自立支援の理念に基づき、ニーズに対し介護ありきではなくセルフケア、インフォーマルサービスを検討するなど柔軟な支援、サービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	地域の方々や他の事業所と情報交換し、地域資源の把握に努めている。また、本人の豊かな暮らしにつながる地域資源があれば、利用できるかを検討している。		
30	(14)	○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	本人・ご家族が選ばれたかかりつけ医と事業所が協力して適切な医療が受けられるよう支援している。	事業所の協力医がかかりつけ医として月に2回、訪問診療で訪れている。また訪問看護については週に1回の訪問で健康管理を主として行っている。体調不良時や急変時には速やかに適切な指示を受け対応出来る体制がある。初診受診時には家族が同行している。	
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	介護職員が気付いたことや変化を訪問看護師に伝え適切な看護を受けられるように支援している。		
32	(15)	○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に情報提供をし、入院後は定期的に面会に行き情報交換、相談を行っている。また管理者が定期的に訪問し病院関係者との関係づくりを行っている。	昨年、骨折で1か月半の入院事例があり病院都合で面会は出来なかったが地域連携室とは連絡を取りながら利用者の身体状況を確認していた。退院時には相談員からの連絡を受けて退院調整を行った。退院の際は管理者・家族の付き添いで帰所している。	
33	(16)	○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、事業所の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、終末期の方針について本人、家族と話し合いの場を設け主治医との話し合いにも積極的に同席している。本人、家族の意向を尊重し事業所としてできる事、対応を丁寧に説明し同意を得よう努めている。職員や協力機関と方針を共有しチームとしての支援づくりに努めている。	重度化・看取りについての指針はある。契約時に説明を行い、家族が安心し納得ができるまで、丁寧に説明をしたうえで同意書に署名している。主治医からはいつでも説明を受けることができるようになってきている。同意書については利用者の状態に応じていつでも変更が可能である。	

自己	者	第三	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
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5名が応急手当普及員の資格を取得しており、急変時、緊急時対応マニュアルを整備している。また、AEDを設置している。		
35	(17)		○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	事業所に代表宅が隣接しており、管理者が常駐し職員と意見交換を行いやすい環境になっており、意見交換の中で良い案があったら速やかに実践するよう努めている。	土砂災害の指定災害場所に位置しているが防災工事済である。それによる指定防災訓練を年1回実施している。非常災害対策計画・及び避難確保計画書を策定した。消防訓練は年2回実施し、水消火器訓練も行っている。	運営推進会議にて、自治会を通じ近隣住民の災害訓練協力への呼びかけを行っているがいかか。
<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	(18)		○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	職員間で利用者のお話をする時はイニシャルで話し排泄介助の際、他の利用者に悟られないように席を離れてから声かけをするなどプライバシーを尊重した対応を心がけている。	利用者には丁寧な話かけを行っている。食事の際には一人一人に気を配りながらお皿の移動や食べこぼしにはさりげなくふき取るなどの対応ができています。トイレ誘導は最小限の声掛けで寄り添い誘導できている。	
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	本人が思いや希望を表したり自己決定できるようにその方の言動を否定的に捉えないように心がけている。		
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	清掃等の作業を行う時参加に消極的な場合は、無理に参加を促さず本人が自発的に参加してくるまで見守りをする等、一人ひとりのペースを大切に支援に努めている。		
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	緊急時を考え機能性を優先しつつその人らしい身だしなみやおしゃれを大切にしつつ職員は入居者全員との調和が保たれるよう気配りをしている。		
40	(19)		○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	食事が楽しみなものになるように、食材について説明を行い、入居者と職員が共同でお茶入れ、台拭き、お箸配り、配膳などの出来ることを役割分担して、食事を行っている。	食事は冷凍食を利用している。食事作りは家事のできる利用者は盛りつけ等出来ることに参加している。米飯・味噌汁は台所でつくったものを提供している。頻度は高くないが、手作りで食事レクの日もある。	台所での調理の日を少し増やし、利用者が買い物楽しみから参加出来る計画等を立案されてはいかか。

自己	者 第 三	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
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	日頃の観察から得た情報、体重、主治医に相談したことなどを考慮して、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた、食事内容、水分摂取量を提供している。		
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	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行っている。		
43	(20)	○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	排泄パターンを把握して、失禁する前に、トイレ誘導する等、排泄の失敗やおむつの使用を減らすよう支援している。また、入居され始めのとき、表示板を使用してトイレの場所を覚えていただくようにしている。	入居時に布パンツ+パッド使用で汚染頻度の高い利用者がリハビリパンツ着用になった。排泄パターンを把握・記録するとともに頻尿治療の服薬効果もあり、2か月後には布パンツ着用に戻り、以前より小さい尿漏れパッドの使用が可能になり現在に至る事例がある。	
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	日々の排便の状況を観察し、主治医と連携して便秘の予防に取り組んでいる。		
45	(21)	○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	曜日や時間は出来る限り本人の意思を尊重している。	冬季は週2回、夏季は週3回の入浴支援を実施している。主に午後から4名の入浴を実施している。気の向かない利用者には順番を変えるなど柔軟に対応している。毎週木曜日は訪問看護の来訪があるので入浴予備日としている。	入浴予備日を利用者にとって充実した時間活用の一環として捉え、少人数での買物や散歩などを計画されてはいいか。
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	夜間安眠していただくように、日中リース作りや生活リハをしていただくようにしている。休憩は、入居者のその日の状態、気候などを考慮して適宜していただくようにしている。		

自己	者	第三	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
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	入居者には服薬時説明を行い、各自の服薬表をファイルして、職員がいつでも確認できる場所に保管している。また、薬の変更があり状態の変化がみられる場合は、主治医に相談し、バイタルチェックをこまめに行うなどしている。		
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	生活リハビリを行うときは、できることできないことを把握して、一人ひとりができることを役割分担任している。また、日頃の観察から、入居者の状態に合った、楽しみごとを提供できるように支援している。		
49	(22)		○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	新型コロナウイルス感染防止の為外出は控えている。	外出を控える期間が長かったため戸外に敢えて出向く機会はほぼなかった。日常的に外気浴は事業所敷地内で十分に行えている。閑静な住宅街に位置しており高台にあるため、拡張されたベランダや物干し場からの眺望は素晴らしい。道を通る近隣の方との挨拶も自然に交わしている。	
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	地域のイベントに参加した際はたこ焼きなどの好みの物を買って頂くよう支援している。		
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	入居者全員が、直接ご家族と話せるよう電話をしている。		
52	(23)		○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	共用の空間は、入居者が不快や混乱をまねかないように備品の配置を考慮し、また、気分転換に外気浴ができるようにベランダを活用し、夏場は、すだれで快適に利用できるようにするなど季節を感じられる工夫をして、居心地よく過ごせるようにしている。	共用空間は季節感を取り入れた飾りつけになっている。長ソファはテレビ前にあり利用者が見やすい配置になっている。リビングから延長され拡張されたデッキ部分にはテーブルセットが配置され気分転換やティータイムに活用されている。至る所に手入れの行き届いた草花が配置されている。	

自己	者	第三	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
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	リビングと食堂にそれぞれ、ソファやイスがあるので、1人ひとりが思い思いに過ごせるようになっている。また、仲の良い入居者同士がくつろげるように居室にテーブルとイスを設置している。		
54	(24)		○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	観葉植物を置いたり、リースの壁飾りをする、窓から野菜、果物の成長を楽しめるようにするなど、居心地よく過ごせるような工夫をし、一人一人の状態に合わせて居室レイアウトを行っている。	居室入り口には手作りの表札がかけられ、扉周辺には折り紙で作られた季節感のある花やリース・苑長自作の写真など賑やかに飾られている。利用者自身の手作り作品なども飾られ温かく感じられる。各居室の窓からはそれぞれの景色が見られ開放感のある設えであり、日の出が見られる居室もある。	
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	手すりの設置や家具の配置など、安全な動線の確保を心がけ、なるべく見守りで自立歩行をしていただいている。他にも、トイレに大きな標識をして、トイレの場所を覚えていただくようにしている。		

### 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	4 35	コロナ渦で中止していた運営推進会議を昨年度より再開しているが利用者・ご家族の参加が無い。	利用者、家族の参加を促し運営推進会議を活かす取り組みを行う。	家族の関心のあるテーマや知りたいことなどを取り上げるなど、家族が参加しやすい会議にする。 消防訓練の同時開催で近隣住民の参加も促す。	6ヶ月
2	8	権利擁護について日々の申し送り等で話し合っており「人権擁護」の研修としていたが記録がなかった。	権利擁護に関する制度の理解を深め日々の業務に活用する。	権利擁護に関する研修を定期的に行う。入居者向け資料の整備、必要に応じ契約時等での情報提供を行う。	6ヶ月
3	26	モニタリングについては支援経過、職員からの報告に基づき計画作成担当者が行っており職員はほとんどかかわっていない。	職員もモニタリングに参画し質の高いサービス提供を目指す。	ケアプランの課題に沿って支援経過に記録する。 定期的に職員がモニタリング(評価)を行う。	6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。