

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	3490200502		
法人名	特定非営利活動法人 悠々自在		
事業所名	グループホーム悠		
所在地	広島県広島市佐伯区美鈴が丘東3丁目6番10号		
自己評価作成日	平成31年2月1日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成31年3月25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)】

利用者とスタッフが協力し合いながら生活しています。洗濯物干しや取り込み、たたみものなど自分の仕事として自発的に日課としてくださる利用者が、逆にスタッフを引っ張っていただく場面も多く、一方的に利用者を支援するのではなく、ともに生活しているという実感が持っています。

【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)】

事業所は住宅団地の一角に既存の住宅を改造し、階段には昇降機が設置してある。利用者は住み慣れた地域で家庭に近い環境で生活している。事業所を運営する法人が地域のボランティアと共にコミュニティスペース「ら・ふいっとHOUSE」を設立し、カフェ・食堂・祭りなど様々な活動をしており、そのため事業所は地域に密着し、緊急時等の協体制度も築けている。利用者は外出機会が多く出来る範囲で家事に参加し、朝食は利用者の自由な時間でメニューは選択制にするなど利用者の個々の思いや意向を尊重している。また、利用者の行動を制止するのではなく何故そのような行動になるのか利用者の思いを組み取りながら見守り支援している。毎年恒例の行事においても利用者にとって本当に良い事なのか利用者本位に検討している。事業所では具体的な介護計画を作成し実践につなげ、各種委員会を立ちあげる等工夫をしている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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				

特定非営利活動法人 あしすと

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	職員の採用時には理事長や管理者が理念について説明している。今までの理念を大切にしつつも、自分たちのホームとして誇りや自信をもってもらうために、職員ひとりひとりの言葉が盛り込まれた新たな理念を作成、注意喚起できるよう掲示している。	理念を職員が手書きし利用者と装飾を施し玄関や共有空間に掲示している。時に利用者と一緒に唱和している。月間めあてを設定し理念の実践につなげ介護状況やケアを振り返り、理念の見直しをしている。管理者は職員がケアに取り組めるよう声をかけている。	
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	長年町内会に入り、日常的に町内会活動に理事長が参加し、利用者がサロンや夏祭りに参加しているの自然に交流が生まれている。また「ら・ふいとHOUSE」の祭りには利用者と職員が一緒になって出店して楽しんでいる。	利用者は認知症カフェ・おしゃべり食堂・サロンなどに参加し、職員はサロンの代表を務め、祭りで屋台を出店するなど地域とのつながりは多い。理事長は地域ケア会議のメンバーであり、地域住民の見守りも兼ねて弁当を配達し、管理者は認知症アドバイザーとして活躍している。	
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	認知症アドバイザーがいる事業所ということで、地域の中学校や公民館などで認知症サポーター養成講座の講師を引き受けている。		
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	ほぼ2か月ごとに開催。ホームの改善にとどまらず、地域のホームとしてできることはないかなどを積極的に協議している。	町内会長・民生委員・包括支援センター・家族などが参加し年6回開催している。会議では事業所の交流・行事等の報告や町内の話題など意見交換が活発である。町内会長が地域住民と一緒に事業所へ相談に来られるなど、町内において事業所で出来る事案があれば引き受けたりもしている。	
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	ケア会議、高齢者部会に参加し、認知症の啓蒙活動に取り組んでいる。	地域ケア会議・意見交換会・区の多職種勉強会に参加する等様々な担当者や連携し、協力関係を築くよう取り組んでいる。管理者は認知症アドバイザーとしてサポーター養成・講演会等で講師を務め活躍している。	
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	民家改造型なので見通しの悪い箇所はたくさんあり、家庭用のセンサーは設置しているが、開設当初から玄関は夜間以外鍵をかけることはない。外出したがる利用者を拒むことはせず、見守りや同行する。外出したくなる原因がどこにあるかを考えることの大切さを共通認識している。	管理者はスピーチロックに気付けばその場で声をかけることもあり、何故そのような対応になったのか一緒に振り返り、解決策を探している。待つと言わず駆けつける、利用者が玄関を出たら付き添うなど自由な暮らしを支えている。	
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に注意を払い、防止に努めている	身体拘束に関する研修を行い、意識の共有を図っている。職員のストレスを溜め虐待につながることをないよう、職場の雰囲気づくりや声をかけるなどの配慮をしている。		

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	権利擁護の研修の実施。		
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	契約書や重要事項説明書の項目を示しながら、口頭で説明している。		
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	来訪時気軽に話しやすい雰囲気を作るように努め、苦情や意見などを聞くようにしている。玄関には意見箱を設置している。	家族の面会時に、利用者の様子を伝え、一緒に考えるようにしている。リハビリを取り入れて欲しいと家族から要望あり、事業所の特性を伝えた上で訪問リハビリを開始したところ、利用者は外部の人と関わる事で満足に繋がっている。	
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回のミーティングでは、自由に意見交換できる雰囲気ができている。毎朝の引き継ぎ時にも職員の意見や気づきから細やかな事項に関して直ぐに改善を図るようにしている。	ミーティングや普段の会話の中から要望を聴き、反映させている。理念の見直しに「笑顔」の言葉を入れたいと要望が出たり、「今月の目標」でなく家庭的な「今月のめあて」にしてはどうか等の提案があった。	
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	代表者と管理者はスタッフの努力や貢献において感謝しており、給与などの配慮がなかなか出来ないことに申し訳なく思っている。一方、スタッフの意見に耳を傾け、実践につなげることでやりがいを持ってもらえるようにしている。		
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	研修に参加した個人のスキルアップにとどまらず、全職員のレベルアップにつながるよう、研修報告してもらっている。自分から研修に参加したその個人に対する評価もあがり、本人の自信にもつながっている。		
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	同区のグループホームのネットワーク会議にスタッフが参加し、他のホームのスタッフの意見などを聞くことで自己評価ができるチャンスを得ている。		

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
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	ご家族や本人にホームに来てもらい、実際のホームの様子や雰囲気を感じてもらいながら、ホームの理念とご家族が大切に思っている価値観にへだたりにないかや、ご本人の尊厳を大切にしていけるかなどについて十分に検討いただけるよう、話や気持ちを引き出すようにしている。		
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	ご本人の生活歴や生活状態、心身状況を聞き取り、ご本人やご家族が困っていること、問題だともっていることなどについて丁寧に話を聞くが、言い忘れたことや気にかかる事はいつでも言ってもらってかまわない、その都度一緒に考えていきたいと思いますと伝える事で安心感をもってもらっている。		
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	ご相談を受けつけた際に「ホームに入居する」という選択肢がご本人やご家族にとって最善かどうか検討する。必要に応じて他の選択肢の提案もさせてもらう。		
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	職員は利用者とともに生活することで、優しい心遣いや思わぬ一面をみることができ、喜びややりがいを感じている。喜怒哀楽を必要以上に抑えないことで、自然な関わり合いが出来ている。		
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	大半のご家族が頻繁に面会に来られ、利用者やゆっくりした時間を過ごされるが、さらにスタッフのいる所に顔を出し、世間話をされるので小さな気づきをお互いにお話しすることが出来る。		
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	ご利用者の元同僚が気軽に立ちよられていたが、寝たきりになっても変わらずきてくださっていた。毎月のサロンにはスタッフが同行して参加している。	事業所は家族に馴染みの関係を継続するよう伝えている。家族からの要望により、利用者が家族と生家へ帰って弟と再会したり、利用者が地域の交流の場へ出かけ顔なじみの人と交流したりと関係継続の支援に努めている。	
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	相性を重視し、席を配慮することはあるが、未然にトラブルを回避したり、画一的な関係にならないようにしている。少々のトラブルがあるのは当然として、利用者同士のゆるやかな関係性を絶たないようにしている。		

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	死亡により退去された方のご家族が時々立ち寄って、思い出話をされたり、近況報告や相談をされることもある。		
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	生活の中のあらゆる場面で希望や意向が聞けるチャンスはあると考えている。出来るだけ、日常的に自分で選択できるように意識して言葉かけしている。	入浴やトイレのケア時など1対1でゆっくり話をして思いや意向の把握に努め、職員間で情報共有している。困難な場合は家族に問いかけたり、本人本位に検討している。会話の中で、利用者本人が選択できるように声掛けの工夫をしている。	
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	ご家族からの生活歴を参考にし、直近の情報や必要なことに関してケアマネジャーや病院施設などからいただくようにしている。それ以外に入居後ご利用者から聞くことが出来たことについて職員間で共有し活用する。		
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	出来る事や出来ない事が常に一定ではないという前提にたって、その時々々の状況を的確に把握し、対応出来るように、利用者の細やかな変化に気づくように努めている。		
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	状況に変化があった場合は随時、定時には3～6か月ごとに見直しを行っている。	家族に要望を聞いたり連絡ノートを活用し、個別性のある介護計画を作成している。援助目標が具体的で援助しやすい表現となっている。カンファレンスは状況変化時や2か月毎に、モニタリングは3か月毎に行なっている。	
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	個人ごとの生活日誌には、利用者の言葉や行動を記録し、その場になかったスタッフにも伝わるような表現になるように心掛けている。それにも基づいて日々の引き継ぎで個人の変化や留意点などが随時共有され、ケアに反映されるとともに、ケアプランにも生かされている。		
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、その時々々に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	入院を希望せず、終末もホームで暮らしたいと希望するご家族、ご本人の各々の状況に応じて、かかりつけ医と綿密な連携を図りながら細やかなニーズに応じている。		

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
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	地域のボランティアさんが頻繁にホームに来て話し相手や散歩などに付きあって下さる。年1回のサロン合同餅つき会は地域の高齢者やボランティアさんも楽しみにされ、「ら・ふいっとHOUSE」でにぎやかに行う事が出来ている。		
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	内科、歯科ともに訪問診療ができる医療機関があり、入居時希望されたご利用者が内科は月2回、歯科もそれぞれの状況に応じて往診を受けている。体調変化などに応じて随時往診を受ける事が出来ている。	入居時に協力医について説明しており、様子を見ながら家族の意向で事業所の協力医に変更となる場合もある。夜間や緊急時は、協力医に連絡し指示を仰いだり往診を受けることができ、協力医と連携している。歯科の訪問診療もあり、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	かかりつけ医には休日や診療時間外でも連絡がとれ、医師の指示をあおぐ事が出来ている。		
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。	入院中は出来るだけ面会にうかがい、認知症状の緩和に努める。ご家族や医師と相談しながら、早期に退院出来るように働きかけている。		
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	ご家族の意向に沿いながら、ご本人に最適な形になるよう、医師、看護師、ホームがご家族と話し合いを重ね、価値観や方針の共有をはかるようにしている。状況変化に応じて何度でも話し合いを持ち修正が可能であることもご家族によく理解してもらうようにしている。	入居時に事業所の方針を説明し、家族の意向を随時確認している。入院中の利用者が事業所への帰宅を希望され、吸痰処置が必要だった為、全職員が研修を受講し体制を整えて利用者を受け入れた所、利用者の表情が良くなり家族が喜ばれた。職員は研修を前向きに捉え、実践し振り返りもできた。事業所は本人・家族の意向を踏まえチームで支援に取り組んでいる。	
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	急変・事故のマニュアルを備えて、発生時に備えている。個々の急変時の対応に関してご家族、医師、ホームで話し合いをもっている。		
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	年2回、夜間想定総合消防訓練を実施している。運営推進会議の議題としてとりあげ、実際に訓練に参加してもらいメンバーや消防署などからご意見やアドバイスなども頂いている。	年2回夜間想定も含めた避難訓練を利用者と一緒に行っている(水消火器を使用した消火訓練も実施)。事業所には防災無線が設置され、災害発生時は区を超えて近くの小学校に避難することになっている。運営推進会議を通じて災害時の地域との協力体制を築いている。	

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
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	入職時にスタッフには個人情報取り扱いに関する雇用契約書を取り交わしている。引き継ぎ時には個人名ではなくイニシャルを使用している。特に排泄に関する場面では気を配っている。	共有空間で引き継ぎをしているのでイニシャルを使用し、また聞かれたくない事項は日誌を読んで引き継ぎとしている。利用者に徘徊・混乱などあれば何故その様な行動になるのかを考え、解決策を探して支援している。トイレ誘導時は小声で声かけし、誇りやプライバシーを損ねない対応をしている。	プライバシー確保のため排泄内容を声に出さず書面で確認し合うなど、職員の意識づけを引き続き行うよう期待する。
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	意思や感情をうまく表現出来なくなっている方にも、一方的な関係にならないように「～してもいいかね？」などと声をかけながら支援するようにしている。		
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	スケジュールを決めていないので、その日の天気やご利用者の心身の状態にあわせて柔軟に対応する事が出来ている。		
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	買い物の希望が出た場合は個別に洋服などの買い物に同行するよう支援している。誕生日やクリスマスにはホームからのプレゼントすることがあるが、機能性よりご本人が素敵に見えるものを選んでる。		
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	食事作りや片づけなどはしたいと思う方が活躍できている。「ら・ふいっとHOUSE」の食堂には月1回出かけている。	利用者が畑で作った旬の野菜などを使用した家庭的なメニューである。利用者は盛り付け・下膳・皿洗いを積極的に行っている。利用者が作った干柿を祭りで販売し売上金で外食したり、おやつホットケーキと一緒に作ったり、誕生日やクリスマス会等の料理も楽しむ事ができるよう支援している。	
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	毎食の食事量・排泄の状況とともに記録、変化に早く気付くようにしている。飲み物は好みに合わせる事で、偏りがあってもしっかり水分をとってもらえるようになっている。		
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	訪問歯科に口腔内のチェックをしてもらっている。嚥下障害のある方にはガーゼなどを使って丁寧に汚れを取るようになっている。		

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
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	各々の排泄パターンに応じて、トイレにお連れしたり、パッドなどを交換して、蒸れや漏れを予防している。	排泄記録をもとに個々のパターンに応じて食事前後にトイレ誘導している。トイレ介助時は自尊心を大切に声かけをし自立にむけた排泄支援をしている。日中は布パンツとパットを使用し夜間はそれぞれの状況に合わせた援助に努めている。	
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	野菜や乾物中心の食事に加えて、果物やヨーグルトなども積極的に食べてもらうようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	隔日に入浴してもらっているが、時間帯はご利用者の体調や気分で柔軟に対応している。必要以上に手をかけず、能力に応じて出来るだけ自分で着脱衣や洗身してもらうようにしている。	週3日全員が浴槽につかることを基本とし、浴槽から上がる時はブザーを押して援助要請するなど安全面に配慮している。入浴剤を使用したり職員との会話をしたりと入浴を楽しめるよう配慮している。入浴を嫌がられる利用者には無理強いせず声かけの工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	昼寝、夜の就寝ともに時間を決めることはせず、各々に合わせて対応している。夜間は最低2時間ごとに巡回して安全を確認している。		
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	薬は毎食前に食事担当者が準備し、専用の器に保管し、ご利用者に手渡す時は複数のスタッフが声をかけて確認して渡すようにしている。服薬介助も同様になっている。薬の変更や内容が誰にでもいつでも、分かるように「薬の説明書」をご利用者の個人ファイルに保管していつでも確認出来るようにしている。		
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	畑仕事や調理、洗濯物干し、たたみもの等、各々の希望と能力に応じて「自分の仕事」として張り切ってやってもらえるようにしている。		
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。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	社交的な方にはスタッフが同行して地域のサロンに参加してもらっている。買い物、食事会など家族やスタッフが同行して外出することが出来ている。	日常的な散歩・認知症カフェやサロンへの参加のほか音楽会・美術館・公民館での催し物などにも積極的に参加している。年1回の花見やお茶を持参して近隣の公園に出かけたり、神社へ初詣に出かけたりと日常的に外出支援をしている。家族や地域住民の協力を得て出掛ける事もある。	

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
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	化粧品を買いに行ったり、カタログでの買い物をスタッフが手伝えることでできている。		
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	ご家族がホームに問い合わせなどで電話をしてこられた時などにはご本人にも電話口に出てもらうようにしている。誰に手紙を書きたいか？から始めて時間がかかっても自筆で近況報告をしてもらうようにしている。		
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	家庭的で落ち着いた雰囲気になるように、多少雑然とした配置になっても、ご利用者がそれぞれ気に入った場所や相性のよい人の隣に座ることが出来ている。トイレは夜間すぐ分かるように常に照明をつけたり、ドアを開けたまましている。	既存の一軒家を利用した共同生活住居のため浴室・トイレなどは家庭的で階段には昇降機が設置してある。利用者は日中リビングに集い、思い思いの場所に座り職員と会話したり食事の準備をしている。玄関フロアにはイベント時の写真や利用者と職員が手作りした大きな理念の書が飾ってある。	
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	居室はソファーに寝そべったり、きちんと座って作業したりと様々なスタイルで過ごせるように、タイプの違う椅子を置くなどの工夫をしている。		
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	入居前の生活状況と大きくかけ離れないように、馴染みの家具や身の回りの物を持ちこんで貰うようにしている。身体状況が変わっても、機能やケアの都合だけで一方的に生活スタイルを変えてもらうことはしないようにしている。	入居前の生活とかけ離れぬようこれまでの生活状況を具体的に聞き対応している。ベッド以外の寝具・タンス・机など利用者の馴染みの物が持ち込まれ、壁には自筆の書や夏祭りで作成したお品書きの作品が飾られその人らしい居心地の良い居室となっている。換気も十分行われている。	
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	車椅子でも良い姿勢で楽しく食事が出来るように、それぞれに合うようにDIYで改造を加えている。		

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	42	口腔ケアは起床時と夕食後のみしかできていない。	毎食後に口腔ケアする。嚥下困難な方には食前に嚥下体操をしてもらう。	自立してケアできる方には声かけを行い、介助させてもらう方には記録表をつけるなどして習慣づけるようにする。	1年間
2					
3					
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。

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

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】		取 り 組 ん だ 内 容	
実施段階		(↓ 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
			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
			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
		<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
			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
			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
			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()
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)
		<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)
			⑤その他()