

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	2572200240		
法人名	特定非営利活動法人びわの音・西近江		
事業所名	グループホームねねの家		
所在地	滋賀県高島市今津町名小路1-3-1		
自己評価作成日	令和3年9月13日	評価結果市町村受理日	令和3年10月28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事務局		
所在地	滋賀県草津市笠山7丁目8番138号		
訪問調査日	令和3年10月8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)】

住み親しんだ町で暮らしている実感をつまんでも感じ続けてもらえるよう、事業所周辺の自然や景色に触れることを大切にしている。今まで大切にされてきた馴染みの品々に囲まれ、身にまとい、自宅での生活と変わらない暮らしを送っていただけるよう環境を整えている。本人のできることに目し、それを発揮できるような選択肢や働きかけを行うことで、自尊心や自己肯定感を大切にできるよう支援している。事業所では5つの会議を設置し、職員のケアや気づきを深められる場として有効的に活用し、より良いケアにつなげられるよう取り組んでいる。事業所内で暮らしが完結してしまわないよう、地域の子どもからお年寄りとの出逢いやコミュニケーションを図ることができるコミュニティスペースを利用し、暮らしが膨らむ取り組みをすすめている。

【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)】

ねねの家の開設は本館が平成16年、2号館は平成25年で合わせて18名が利用されている。経験の積み重ねと努力により取り組みが向上している。また、高齢化率の高い地域にとって重要な役割を担っている。職員は何よりも利用者の思い(つづやき)を重視した支援を一丸となって実践に努めている。訪問時の利用者の生活場面は、穏やかに過ごされていた。また、地域との交流も自然に行われている。本館内にあるコミュニティスペース(FLAT)は、誰でも気軽に利用でき親子づれの利用もある。コロナの終息後は多世代交流を通じた認知症ケアや元保育士による活動も計画されておりコミュニティの場として期待される。しっかりしたガバナンスとコロナ禍で多忙な中であって納得できる支援を模索する職員の姿勢に、まだまだ向上があると感じた。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	事業所の理念を掲げ、常に意識できるよう掲示している。理念を具現化し、実践と結びつけながら意識化している。	朝夕の申し送り時に利用者の状態と支援内容の課題を見出して検討している。例えば理念に掲げている「自立支援」では、リスク場面と安全確保の面を検討し、できる能力を活かす改善策に努めている。	
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	毎日使う食材は地域の商店から直接調達している。近所の畑で採れた野菜や花をいただく機会も多くある。地域の文化祭に参加することも恒例になっており、日常的・継続的に地域との関係性を築けている。	区とは回覧板や行事への参加を通して住民として当たり前につきあっている。文化祭には利用者が作品を出展し飾りつけにも参加している。会場では地域の参加者とお茶を飲みながら和やかな交流が行われている。	
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	自宅での介護や認知症のある人との生活について相談を受けることがあり、それに対して介護サービスに関する情報提供や地域の社会資源につなげている。		
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	当事業所の状況を数字や写真を用いて分かりやすく資料にしている。多様な議論をきっかけに、新たな実践が生まれたり、課題に対するヒントが得られる等、事業所運営に有効的に機能している。	プロジェクターでの暮らしの様子報告やヒヤリハット事例報告等、活発な意見交換が行われている。その中で「認知症ケア研修に地域住民も参加できないか」提案があり地域の認知症理解のために取り組む予定である。	
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	市の担当者には運営推進会議の出席だけでなく、事業所の状況や課題等について意見交換をする等、協力関係を築けている。協力関係の中で課題の解決やサービスの利用につながるケースも多々ある。	運営推進会議では長寿介護課や地域包括から運営に関する質問や助言を受け、ヒヤリハットの分析結果を今年度の職員研修に組み込んでいる。会議以外でも包括からの相談で困難事例の検討を行うなど双方向の関係にある。	
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	「身体拘束適正化委員会」を設置し、定期的に制約や拘束に関する理解を深めている。カンファレンスにおいても介助方法や見守り・声の掛け方、生活環境(ベッド環境、鈴の使用、センサーの使用)について議論し、拘束のない支援に努めている。	「身体拘束0」の研修は年に2~3回実施し、原則行わない方針である。しかし安全確保の面でやむを得ない場合は、夜間のベッド柵設置について家族の了解を得るとともに定期的なモニタリング記録と継続について検討している。	
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に注意を払い、防止に努めている	「サービス向上委員会」を設置し、職員同士の気づきを共有している。また不適切ケアの具体的な例を示し、自分の対応やケアについて、振り返ることができるようにし、虐待の防止に取り組んでいる。		

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	権利擁護に関する研修を通して制度を理解し、個々に利用の必要性がある方やその家庭には情報提供しながら関係機関・専門職と連携し、制度利用がすすめられるよう支援している。		
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	契約時は、十分に時間をかけて説明を行うよう努めている。契約者の質問や疑問に対しても分かりやすく答え、グループホームの暮らしが想像できるように配慮している。		
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	ケアプランの同意の機会のみならず、面会時の同席や自宅まで書類を届ける等積極的に会話場面をつくり、意見が反映できるようにしている。また事業所に意見箱を設置し自由に記入できるようにしている。	コロナ禍において、自宅訪問や事務所での面会の機会を設けて意見を聴く努力をしている。家族の要望に多い「面会」について、ワクチン接種2回終了者に別スペースで感染対策をとりながら15分間の配慮を開始している。	
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	「サービス向上委員会」や「管理者・計画作成者会議」にて、事業所の運営に関する提案や意見を出せる機会をつくっている。	利用者への支援方法について同僚間や管理者と意見交換を行っている。睡眠を妨げないパット交換の改善に繋がった例もある。昼休憩確保の体制づくりが互いの思いやりに繋がっていると職員から聞き取った。	
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	職員個々の勤務状況や努力を把握し、就業時間の最適化や処遇改善を図り、職場環境をより良く維持・向上できるようにし、個々の職員の力が発揮できるように努めている。		
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	事業所内では今年度よりネット配信による研修を受けられる環境を整え研修を受けている。事業所外では初任者研修や地域密着型の指定・運営基準に規定される各種研修等を受講している。		
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	介護サービス事業者協議会が開催する研修会や交流会に参加している。コロナ禍で十分に参加することができていない。		

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	契約前に、職員が出向き、本人と面談し現在の生活状況や不安、要望等を聞き取っている。感染症対策等により本人と面接が出来ない場合は関係者から情報を把握している。		
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	契約前に、家族の困りごとや不安に思うことを丁寧に聞き取り、話しやすい関係づくりに努めている。質問や疑問に対しても分かりやすく答え、グループホームの暮らしが想像できるように配慮している。		
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	本人や家族が必要としている支援を見極め、他のサービスにつなげる支援も行っている。本人や家族のニーズ・利益を最優先に考えた対応に努めている。		
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	これまでの本人の暮らしで大切にされてきたこと(生活習慣や趣味等)やできることを継続してもらっている。できにくいことは、職員がフォローし、今までの生活を続けてもらえるよう努めている。		
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	「ねねの家便り」を定期的に発行し、暮らしの様子を文面や写真で伝えている。また本人の生活状況や表情・言葉等を直接家族に伝え、身近に関係が続いていけるよう努めている。		
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	知人や友人との面会や自宅への外泊、外出にも自由にしていただいている。馴染みの美容院や商店に買い物に行くこと等も支援している。	馴染みの人や場所は家族に聞き取った上で、本人の思いを確認して支援している。共通の馴染みの場所である白鬚神社への参拝と帰りの食事会は楽しみとなっている。家族の協力のもとで墓参りや法事にも行かれる。	
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	利用者同士お互いが見守り合い、助け合う場面や利用者同士が関わり合いをもてるよう介入して支援している。少人数での生活の特性を活かした支援ができるよう努めている。		

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	必要に応じて退所後に連絡を取り、経過の確認や家族の相談に応じている。		
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	入居時のアセスメント情報、施設での生活状況や関わりから得られた表情、言葉を頼りに、本人の希望、意向を把握している。気づきをカンファレンスで共有しつつ、本人の最善を考えた支援を行っている。	1日の各生活場面の支援の中で本人の本音(つぶやき)を大切に介護記録に記載している。食事・排泄等各場面毎のニーズを叶えるための目標を作成し職員で共有して支援している。	
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	入居時に家族や関係機関からこれまでの生活について情報収集を行い把握する。入居後は本人との関わりの中で、把握した情報をもとに、これまでの暮らしに近づけるようケアや生活環境を整えている。		
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	施設の1日に合わせるのではなく、一人ひとり、その時々々の体調や気持ちに合わせて対応している。職員がケアの中で気づいたことは記録や申し送り事項として、職員全員が共有する。		
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	職員が日々の関わりやケアで気づいたこと、家族の意向、医師の助言等をもとにカンファレンスを実施し、ケアの内容が本人のより良い暮らしのために適切であるかモニタリングを行っている。	個々の生活各場面毎のニーズを基本に利用者の言葉でケアの実施評価を行っている。ケアマネジャーとしてケアに入りコミュニケーションの中で本人の本音や支援の実施状況を把握している。また、家族の意見を聞くように努めている。	
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	介護日誌や介護記録に気づいたことや行ったケアの内容を記録している。特記事項等は申し送り表へ記入している。カンファレンスや各会議では事前に意見収集表を作成し気づきをまとめている。		
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	本人や家族の意向に合わせて、通院支援や処方薬の受け取り、美容院への同行、日用品の購入等を行っている。		

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
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	事業所にコミュニティスペースを併設し、学校や保育園、家以外に過ごせる地域の居場所として機能している。また、お年寄りともたちの出逢いの場ともなり、多世代が共生する学びの場となっている。		
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	入居以前からのかかりつけ医を継続される場合は通院支援を行う中で情報共有を図っている。事業所の協力医にかかりつけ医を変更される場合であっても日頃から緊密に情報共有を図り、指導・助言を受けている。	協力医による月1回の定期訪問と病状変化時の随時の往診を受けている。血液検査・心電図・レントゲン撮影も行われている。医師からの情報は記録で受け取って支援に活かしている。歯科医師の往診もある。	
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	地域の訪問看護ステーションとの連携により月4回訪問看護を受け、利用者お一人おひとりの健康管理や医療的ニーズに対応している。		
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、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、本人の情報を速やかに病院関係者と共有し、入院までの連携が円滑にすめられるよう努めている。入院中、直接面会や電話で状態把握等を行い、退院後の生活支援の内容について検討し、早期退院を目指すことができるよう努めている。		
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、本人や家族の意向を踏まえ、重度化や終末期の対応について事業所のできる範囲を説明し、承諾していただく。入居後も本人の状態を家族と共有しながら、今後の生活やケアの方向性を確認している。	事前に重度化や終末期の方針を家族に説明して了承を受けている。ぎりぎりまで支援し、栄養剤も摂れなくなった場合、医師の見解のもと家族の意向をふまえて紹介状で病院等に繋いでいる。	
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	急変や事故に対応できるようマニュアルを作成し、マニュアルに基づき対応できるよう努めている。文書だけの理解ではなく、動画等も活用して、より実践的な学びを深める努力を試みたい。		
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	災害に対応できるようマニュアルを作成し、訓練を重ね、マニュアルに基づき対応できるよう努めている。複合災害の想定や災害時・緊急時の業務継続を強化し、マニュアルの更新を試みたい。	市の防災マップ(風水害・地震・原子力)災害による避難場所の周知と事業所の対策が図られているが、新たな事業継続(感染症含む)対策と地域住民参加のもとで行う訓練が努力義務となっている。	運営推進会議で、避難場所への訓練と地域住民の協力体制の構築に向けた課題を検討されたい。自家発電の準備や委員の訓練参加を含め検討中のものが実施され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
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	本人の思いやできることを大切にする。職員との都合ではなく、本人の「今」を捉え、その時、その気持ちに合わせた言葉かけやタイミングを考慮することで、尊厳やプライバシーが守られるよう努めている。	日々のケアの中で、言葉を変えて接することでその方の表情、気分が変わるという経験を通し、不適切であった言葉かけなどについて職員同士が気づきを共有し、尊厳を損ねない言葉かけを実践している。	
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	本人との会話機会やコミュニケーションから得られる表情や言葉を頼りに、思いの表現ができるよう努めている。決まった生活を押しつけず、あらゆる選択を準備し自己決定の機会がつかれるよう支援に努めている。		
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	その日の状況や体調、気持ちに配慮し、「今」やりたいこと、思っていることを尊重できるよう努めている。生活を当てはめず、お一人おひとりのペースを大切にしている。		
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	入居前から大切にされていた服や装飾品を身に付けていただいている。事業所では定期的に理容店の訪問や入居前の美容院へ同行し、身だしなみやおしゃれが入居前と変わらず楽しめるよう支援している。		
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	地元の商店から食材を仕入れたり、事業所の畑で育てた野菜を使い、食事の準備や調理、後片付け等、お一人おひとりの得意なことやできることを担っていただき手作りの食事を楽しんでいる。	夏に琵琶ますの塩焼きなど、季節感と地元の馴染みの食材を大切に、誕生日には本人のリクエストを聞き、日常的には体調や疾病に留意した個別の対応を行う。コロナ禍で制限のある中、一人ひとりを大切に支援が行われている。	
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	食事や水分の摂取量を記録し、十分な食事量や栄養が摂取できているか把握している。お一人おひとりに馴染みのある食器を使うことや嚥下の状態に合わせて食事の形態を工夫する等の支援を行っている。		
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	毎食後、歯磨きや緑茶でのうがい、義歯の洗浄を行っている。本人の力で口腔内の清潔が保てるよう声掛けの内容やタイミングを工夫した支援を行っている。		

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	お一人おひとりの排泄状況に合わせて、トイレで排泄ができるよう支援している。排泄パターンを共有し、声掛けの内容、タイミング等を工夫することにより、プライバシーや不快感に配慮した支援を行っている。	入院中おむつ使用であった方も退院して戻られてからは、トイレに誘導を試み、おむつの見直しを行っている。日々接する中で表情やしぐさから排泄のサインを読み取り、トイレでの排泄を支援している。	
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	献立の工夫や水分の種類を準備する等等して便秘予防に努めている。個人に合わせて乳製品の摂取や散歩や体操等の活動量を増やす等して排泄状況にアプローチしている。		
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	入浴する曜日は固定せず、体調や気持ちに配慮して入浴を支援している。午前の活動でかいた汗を午後に入浴でゆっくり流せるよう、お好みの湯温や入浴方法を工夫して安心して入浴できるように支援している。	シャンプーやソープは、入居以前に使っていたものを継続して使っている。一対一で接することができるゆったりとした時間を楽しみながら、普段聞けないつぶやきが聞けることもあり、ケアに生かしている。	
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	入居前の生活習慣やその日の体調、気持ちに配慮し、居室で休息していただいている。就寝時間や起床時間も、その日の気持ちに合わせて対応している。		
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	処方箋をいつでも確認できるようファイルにまとめ、薬の内容や効果、リスク等について職員が理解する。服薬管理表を用いて誤薬がないよう注意し、薬の変更は申し送り等で共有し、状態の観察を行っている。		
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	入居前の生活習慣や生活歴から、本人がやりたいと思う活動に取り組んでいただいている。これまで続けてこられた生活を続けることで役割を感じていただいたり、自己肯定感が育まれるよう支援している。		
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	日常的には、住み親しんだ町や季節を感じてもらえるよう散歩に出掛けている。コロナ禍で十分な外出支援はできていないが、気分転換や食欲の増進、睡眠につながるよう事業所近くの身近なところで外の風に当たる等をしている。	お天気のいい日は、出かけたかった気持ちに応じ、散歩に出かける。地域の馴染みのお店に行きたいという希望があると、一緒について出かけることもある。食材の買い出しにいつも一緒に行く利用者の方もあり、荷物の運び込みを手伝おうとしてくれるなど自発的な行動も生じている。	

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
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	本人の希望や家族の理解がある範囲においてお金を所持、使用する場合もある。		
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	本人の希望があれば、手紙のやりとりが行えるよう支援する。オンラインでの面会体制等も行えるよう検討している。		
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	季節を感じられる生花を絶やさず飾ったり、観葉植物を置く等して、居心地よい空間をつくっている。利用者がつくる創作品等も掲示し、賑やかな空間になっている。居心地の良さとして、1日3回清掃・消毒を実施し、環境面で清潔を保てるよう取り組んでいる。	全体的に明るく、すっきりとした空間。利用者とともに作った季節の壁飾りが印象的であった。コーナーにはソファが置かれ、電車や季節の花など景色を眺めることもでき、それぞれが自分の居場所で気持ちよく過ごせる空間となっている。	
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	ソファや畳のスペースで、お一人おひとり思い思いにくつろげたり、気の合う方とも交流できるよう環境を整えている。		
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	自宅で使用されていたベットや椅子、タンス等、できるだけ馴染みの家具を持ち込んでいただいている。また創作品や家族写真を飾る等して利用者が安心できる居室にしている。	クローゼットの整備があり、部屋のカーテンや、ベッドなどは好みの物を持ち込まれている。家族の写真や、自身の創作物を飾り、その人らしい生活空間となっている。夕食後就寝前の時間をゆったりテレビを見て過ごす方もいる。	
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	居室がわかるよう手作りの表札を掲げたり、トイレ等に案内表示をして分かりやすくしている。椅子やテーブル等も生活導線に配慮したところに置く等、車椅子利用者にも安全なレイアウトを心掛けている。		

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	35	自然災害や防災が目的の「防災計画」と感染症蔓延等の災害時中であっても業務を中断せずサービスの提供を継続する「業務継続計画(BCP)」について具現化していく必要がある。	防災計画および業務継続計画(BCP)について、災害に対する備えの充実と災害に直面した場合に対応できるよう計画の更新を図る。さらに、地域住民との協力体制等についても具体的な方策を検討する。	業務継続委員会を設置し、マニュアルの点検や見直し、訓練の実施を行う。地域の社会資源としても機能する観点から、運営推進会議等の場で地域からの支援体制や地域への支援体制について検討をすすめる。	6ヶ月
2					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】		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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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)
		<input type="radio"/>	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)
		<input type="radio"/>	⑤その他()