

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	2570500146		
法人名	特定非営利活動法人 しみんふくしの家八日市		
事業所名	しみんふくしの家八日市 グループホーム		
所在地	滋賀県東近江市東沖野2-5-5		
自己評価作成日	令和6年1月6日	評価結果市町村受理日	令和6年3月29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	公益社団法人 滋賀県社会福祉士会
所在地	滋賀県草津市笠山7丁目8-138
訪問調査日	令和6年2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)】

小さな子供から高齢者まで住み慣れた家、地域の中で共に助け合い暮らし、その人らしく最後まで人として尊厳をもって暮らしていける生活を支援している。

【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)】

”住み慣れたわが家で、自分らしい生活がいつまでも続けられること”を理念に介護保険制度発足時に設立された。利用者と職員は家族であるとの認識のもと、家の雰囲気大切に、利用者は今までの生活の延長線上に毎日があり、一日一日の時間を大切に、地域で最後まで暮らせるように支援している。住宅街に位置し、自治会の一員として、自然な形で地域の人の日々の交流が図られている。建物内は和風で腰板、障子、畳で、台所も居間と一体化している。入浴は利用者の意向を尊重し、毎日可能としている。終末期、看取りの意向確認は入所時から随時行っており、今までに看取りの経験が多数ある。利用者が尊厳をもって最期まで暮らせるよう、在宅療養診療所の医師の往診、訪問歯科、訪問看護と家族、職員とで互いに支える体制を築いている。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の	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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	<input type="radio"/>	1. 毎日ある	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			<input type="radio"/>	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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)	<input type="radio"/>	1. 大いに増えている
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
		<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	4. ほとんどいない				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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者が	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (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	理念を掲示し、共有しているが、コロナ禍等で実践にまで至っていないのが現状である。	理念を目につきやすいところに掲示し、職員全員は行動指針を携帯し、意識づけて日々の業務にあたっている。施設はわが家であり、利用者職員は全員が家族であるとの認識で利用者を主役に日々さりげなく支える介護を実践している。	
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	自治会に加入し情報は入るが、大勢の集まる行事への参加は危険も伴うことからあまり出来ていない。	コロナ禍以前は地域行事等に参加し盛んに交流していたが、現在は利用者の心身状況に伴う外出リスクを考えて少しずつ行事に参加している。自治会に加入し、地域の回覧版やチラシで情報を得ている。	
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	実習生の受け入れは行っているものの、運営推進委員に向けてのみになっている。		
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践、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	入居者の状況を報告、家族代表者も参加して頂き地域の方々や行政からの意見を取り入れ、協力体制が構築されている。	2か月に一度、家族代表や地域代表、民生委員、市担当職員等をメンバーに夜間開催している。会議では活発な意見交換がなされており、出された意見は、職員で話し合い、改善に向けて前向きに対応しており、協力体制ができています。	
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	行政主催の事例検討会に参加、管理者やケアマネより会議時に報告し、協力関係が築けるよう取り組んでいる。	市担当者は運営推進会議のメンバーで、参加時にアドバイスをもらっている。市主催のグループホーム事例検討会に出席し、困難事例や好事例を職員に伝え、ケアの向上につなげている。市との連携、関係がつくられている。	
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	身体拘束への理解をより深めるために、研修の機会があれば参加し理解を深めている。施錠に関しては、時間や環境のルールを決めて行っている。	身体拘束については毎年職員研修を受けて全員が理解しており、セルフチェックシートを活用して振り返りを行っている。身体拘束防止に関する委員会を設置し、利用者の安全性の確保と自由な暮らしの支援を職員同士で話し合っ工夫しながら実践している。夜間以外は玄関の施錠をしていないため外出される人があればそっと一緒に付き添っている。	
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	委員会を設置し、外部や内部での研修出来る機会を作っている。利用者への不安等を日々の申し送りや会議で話し合い防止に努めている。		

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
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	研修に参加するも活用・支援までには至っていない。又、対象者がなし。		
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	見学時より、当施設の特徴等も説明を行っており、契約時には十分な説明を行い、理解・納得を得た上で同意書に押印をお願いしている。		
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	ご意見箱の設置。ご家族とはラインで情報提供している。しかし、利用者やご家族との意見を交換出来る機会がほとんど持っていない。コロナ5類後も法人としては、家族会の再開は見送っている。	家族とはラインでのやり取りやビデオを撮って送るなどで様子を伝え、毎月の面会時に要望や意見を聞いている。日常から家族との連絡を密にし、意見を出しやすい関係構築を図っている。利用者一人ひとりに担当職員がつき、さりげない会話から何でも話してもらえる関係づくりに努めている。	
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	スタッフ会議や申し送り時に話し合う機会があるものの限られた職員の発言となっている。発言しやすい環境作りが必要と思われる。	職員は毎月スタッフ会議で思いや意見を話し合い、工夫してやってみて、結果を話し合っ提案の実現につなげている。ほとんどの職員が長く勤務しており、職員間では何でも気軽に話せる関係がつくられている。	
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	出来る限り個々が働きやすい労働条件を受け入れ出来ている。 研修の機会を作り、各自が向上心を持って働けるよう努めている。		
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	希望の研修や必要と思われる研修を受講し、働きながらトレーニングしていくことが出来ている。		
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(二か月に一回)や事例検討会(三か月に一回)参加し、情報を共有してサービスの質の向上に繋げている。		

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	ご家族様と共にご本人の望まれる生活・支援を行っている。ご本人が不安や困っている事を会話の中から見出せるよう関係づくりに努めている。		
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	お試し期間を設け、良き関係作りが出来るよう、ラインや写真・動画などを活用し努めている。		
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	ご本人やご家族が必要とされている支援をグループホームとして対応しており、他のサービスの紹介もし本当に必要としている支援かを見極めている。		
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	職員もこのホームに住人であると言う事を忘れず、共に生活している気持ちで関わっている。しかし、重度化等により難しさがある。		
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	ご家族とはラインで動画や写真等で普段の様子がよくわかるよう連絡を取っている。面会時は許す限り会話を楽しんで頂いている。		
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	利用者の親族からの手紙は電話や葉書等でお礼の返事をされていることがある。重度化により出来る利用者も少なくなっている。ご家族の話より情報を得て支援出来るように努めている。	馴染みの美容室など行きたいところに家族と出かける機会をつくっている。車いす使用の人の散歩や花見、神社、喫茶店などに行けるよう元職員等がボランティアとして協力してもらえる体制を作り支援している。	
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	各利用者の気持ちに配慮し、家事の役割り分担をさりげなく出来るよう支援している。利用者が互いに支え合えるよう職員が間に入ることで出来ている。		

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	コロナ禍前は退所家族がボランティアに来てくださったりと交流があったが、コロナ禍で途切れてしまった。また、退所は転移や死亡による事が多いことから、他の支援を受ける事がある。		
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	ご本人の思いも考え、ご家族に確認し、どのような支援をすれば心が満たされるかをスタッフ会議等で検討している。	利用者とは普段の会話から、さりげなく思いや意向を聴き取り、日々の生活の中で把握に努めている。利用者の声や気になる点は記録し、一人ひとりの思いや意向にこたえていく支援を職員間で話しあって実践している。	
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	アセスメントや経過記録を活用、家族からの情報を得ている。新しく得た情報は職員間で共有している。		
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	生活の中での言動・表情・声の大きさ等から状態を観察、記録している。申し送り時には状態が伝わるように努めている。		
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	職員間の気づきや意見等を会議や申し送り等で出し合い、主治医や訪問看護・家族などにも相談して介護計画を作成している。	一人ひとりに担当職員が決まっており、職員間で課題や支援内容など話し合っって介護計画を作成している。家族には1か月の様子を伝え、要望や意見を聞いている。家族からは積極的な意見が多く出されている。	
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	経過記録や日課表にその都度記入し、様子の変化を確認、情報の共有により介護計画の見直しに活かしている。		
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	家族の状況により、柔軟に対応出来ている。入院時の対応や他施設への転移にも支援している。家族やご本人が安心して利用出来るよう取り組んでいる。		

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
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	外出する機会を増やし、地域行事に参加出来るよう支援しているが限られた利用者になっている。		
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	入居者全員が地域の在宅療養支援診療所の医師を主治医として月2回の往診と緊急時の対応も受けている。	主治医の往診が月2回あり、前日までに診てほしい点を伝えている。日々の様子は訪問看護師が連携をとって伝えている。緊急時の往診も可能になっている。専門医等へは家族に付き添って受診支援をして情報を伝えている。	
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	訪問介護事業所と契約し、週2回の訪問時には状態への相談や夜間急変時の相談にも対応して頂き、より良いケアが出来るよう支援をお願いしている。		
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。	入院時情報票を病院側に提出、定期的に面会や電話にて状態の把握をし、情報交換に努めている。		
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	地域の在宅療養支援診療所の医師を主治医に迎え、訪問看護ステーションとも契約し、家族の要望に応じた看取りが出来る体制を整えている。	入所時に重度化及び終末期の意向を確認し、その後の変更にも柔軟に対応している。今まで多数の看取りを経験している。看取り期になると主治医から家族と職員に話しがあり、家族のが最期まで付き添えるよう、宿泊等意向に沿う体制をとっている。	
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	AEDを設置し、講習会の参加を推進している。		
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	日中の避難訓練と夜間想定総合避難訓練をし実施。総合避難訓練時には地域の協力体制の見直しを行っている。	年2回日中と夜間を想定した総合避難訓練を行っており、食品の備蓄もしている。災害非常時トイレを購入して職員が使用練習を行っている。また風水害地震等災害対処計画策定に向けて委員会を立ち上げ、職員で話し合いを進めている。	利用者を守るため、地域関係者及び近隣住民と一緒に協力しあえる体制づくりを進めていけるよう、発災時に即応できる具体的な支援体制を構築していただけることを期待する。

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	その人にあった言葉でさりげなく声かけをしているが、馴染みの関係からか尊重が感じられない声かけ等も見受けられる。誇りやプライバシーを損ねない対応が必要。	職員は利用者を人生の先輩として常に敬う気持ちを持っている。一人ひとりの呼び方に気をつけるなど、さりげない見守りとその人に応じた言葉かけを心がけて日々のケアを実践している。	
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	利用者の表情や言葉からご本人の思いを尊重出来るよう支援を行っているが、気分の変化により自己決定が難しい時は職員のペースになってしまっている。		
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	出来るだけ利用者のペースを崩さないようにしているが、介護度により大きな差が生じている。介護度の高い利用者に対しては、希望にそっての支援が難しく、職員間でも意見が異なる。		
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	選べる利用者には選んでいただく支援を行っているが、常に介助が必要な利用者に対しては、出来ていない。		
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	一人ひとりに合わせた食事を提供し安全に配慮しながら声かけをし介助を行っているが、食事準備や片付けは限られた利用者になっている。	自宅と同様に台所と居間が一体化しており、食事の準備から後片付けなど、できることを利用者と職員と一緒にしている。食材は週1回生協で宅配を注文し、職員が手づくりで一人ひとりに合わせた形態で提供している。誕生日にはその人の希望するものを準備したり、弁当や出前を取ることもある。	
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	一日の食事量や水分量を記録し、職員全員が把握でき、状態にあった食事が提供出来るよう支援している。傾眠状態が多い利用者に対しては栄養摂取が出来るよう栄養剤を飲用している。		
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	声掛けにより見守り介助や介助の必要な利用者には全介助にて口腔ケアを行っているが、食事時間が長くなる利用者に対しては徹底出来ていない。		

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
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	日中は出来るかぎりトイレで排泄出来るよう支援している。夜間は2人介助の利用者に対してはリスク回避の為行っていない。また、医師からの指示により行っていない利用者もいる。	個々の排泄リズムやしぐさ、特徴を把握している。日中は誘導でトイレに座ることを習慣づけて、トイレで排泄ができる支援をしている。重度の人でもその人の表情や様子を見て二人介助でトイレに誘導している。	
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	日々の献立にはバランスの良い食事メニュー、柔らかさ、食べやすさ、野菜を多く使用した汁物を提供。排便パターンを把握し、水分摂取量が増すように努めている。腹部マッサージ等も行っているが運動量の減少が著名である。		
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	食事ペースに合わせて、午前・午後と変更している。拒否がある場合は無理に勧めないようにしているが、衛生面での必要性を考え、出来る限り気持ちよく入浴して頂けるように努めている。入浴日を前もって決めていない為、抵抗を感じている利用者もいる。	入浴の回数や順番は決めていない。毎日でも可能。本人にどうするか希望を聞いている。重度の人はリフト浴で入浴している。嫌がる人には無理強いをせず、日や時間、職員を変えて声かけを入っている。排泄の失敗等清潔保持が必要な場合には、申し送りで当日のスタッフに伝え、入浴してもらっている。	
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	前夜の様子も考慮し、状態に応じて支援している。自室を自由に行き来出来る環境を作っている。		
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	お薬の説明書を身近に保管し、常に確認出来るようにしている。変更等がある場合は申し送りやメモにて全職員に情報提供出来るようにしている。また、服薬の状態や症状の変化を観察し記録を行っている。		
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	家事が得意な利用者には家事のお手伝いをしているが、一人ひとりの力を活かしてきていない。職員からの提供がほとんどであり、ストレスになっていないかが不明。家での生活に近い生活が出来るように支援したいが介護度の高い利用者には支援出来ない。		
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	外出希望があれば、出来る限り実行出来るよう努めている。車椅子の利用者が多く、限られた人数の外出になっており、家族の状況から協力を得るのは難しい。また、地域からの協力体制が整っていない。	個々の希望で花見、神社、外食、散歩など行きたいところへ外出支援をしている。重度の人も車いすを押したり、対応の車に乗って行っている。	

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
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	自己管理されている方がなく、必要時は立替をしている。		
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	家族等から届いた手紙はご本人が読んだり、出来ない方には支援を行っている。家族とラインで連絡を取り合っていることから、ラインを活用して話ができるよう支援している。		
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	花壇に季節の花を利用者と植え、玄関には季節の花を飾り、共用空間には季節ごとに壁紙の飾りつけを行っている。不快を感じる音には配慮し声かけを行い、その人にあった明るさで過ごして頂けるよう工夫している。	居間と一体的に台所があり、食事時には全体に匂いが漂う。居間から居室に行く廊下の一角に古い木製の家具やソファが置かれ、廊下の両側は腰板と障子になっている。全体的に自宅を思わせる工夫がされている。季節を感じる作品の展示や花が飾ってある。	
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	各自に落ち着く席があり、その席で利用者同士会話が弾むよう職員が間に入る事もある。また、自室へ自由に出入りできる環境を提供している。		
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	使い慣れた家具を持ち込み、家族の写真や自ら作られたカレンダー等を貼ったりされている。日々の会話の中で必要な物を尋ねたりしては、その人らしく居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室は畳と障子で落ち着いた雰囲気であり、それぞれ使い慣れた物を持ち込んでいる。自分で色塗りをしたカレンダーや家族の写真、思い出深い作品を飾っている。家族と一緒に片付けや配置をしている。	
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	判りやすく明記し、必要な部分には手すりを設置。廊下等は動きやすいスペースを確保し、出来るだけ自立した生活が送れるよう配慮している。		

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	38	職員側の決まり事、都合が優先に偏った考えでのケアで一人一人がどのように過ごしたいか等その人の気持ちになってケアすることが出来ていない。	もっとスタッフと話し合いより良い一人一人のケアが支援できるようにする。	毎月のスタッフ会議時に、3名の利用者に対しケアプラン内容を再確認し、日常のケアでの取り組みを振り返り、今後のケアを文章化していく。	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、行を挿入して下さい。

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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	②利用者へサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	⑤その他()