

### 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	2891300168		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホームあゆみの郷		
所在地	兵庫県丹波市春日町野村1350-1		
自己評価作成日	令和元年11月18日	評価結果市町村受理日	令和2年3月26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.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/i.ndex.php">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/i.ndex.php</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	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	令和2年1月14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)】

家庭的な環境でその人らしさを尊重し、潜在的に持っているひとり、ひとりの想いや力が発揮できる心地良い暮らしを目指しています。その日の気持ちや体調に合わせて洗濯物のたため、野菜の皮むき、買い物等できる事を役割を持って参加して生活感を実感してもらっています。行事のおやつ作りも一緒にしています。年間行事計画を立て月毎に外食、買い物、季節の花の観賞、紅葉狩り等に法人のバスで小旅行を企画して季節感を実感できるよう外出の機会を持っています。地域行事にもできるだけ参加しました。今年の納涼祭はご家族の参加もあり、より家庭的な雰囲気作りができました。行事や外出時の写真を居室に貼って思い出してもらい、広報にも載せて家族に伝えています。法人の音楽療法は毎週1回実施され職員も一緒に参加して歌や楽器演奏で感情の開放がなされとても豊かになります。時として感極まり涙を流されることもあります。貴重な感情表現の場になっています。ご利用者の些細な変化も見逃さず、こころ良い暮らしを支援します。

#### 【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)】

事業所は豊かに広がる農村地帯の中、たつぷりと余裕のある敷地に建つ平屋のグループホームである。長年地域医療に貢献している母体医療機関との連携により、音楽療法等のリハビリ、口腔ケア等の健康管理が充実している。間取りはウッドデッキの中庭を挟んで廊下を巡ることが出来、利用者は「ワンツーパーチ！」と歌いながら歩いたり、下ごしらえや洗い物をして職員を手伝い、笑顔の多い明るく家庭的な雰囲気の中で暮らしている。職員は利用者の行きたい場所等の要望を大切に、機会を見つけては外食やドライブに全員で出かけている。隔月発行の通信を彩る季節の風景と利用者の笑顔からは、泣いたり笑ったり感情表現満点の日々の暮らしが垣間見える。今後も変わらず、『利用者の想いを形に、笑顔の輝く、こころ良い暮らし』を目指して欲しい。

### 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)	<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. 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)	<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、生き活きと働けている (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せている (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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者 第	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	事務所内の見えるところに理念を掲示するとともに、認知症ケアについて継続的に勉強するようにしている。具体的な取り組みを実践出来るようケースカンファレンスの開催に努めている。	法人と事業所の理念を掲示して、支援方法を考えるときに常に立ち帰ることができるように意識付けている。出来なくなった事に目を向けるのではなく、自分でやってもらうことで利用者の持つ現存能力の発揮の場を増やそうと心掛けている。家事の中の一部分でも、参加してもらえるように働きかけている。	
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	近くに中学校があり、登下校中の生徒と挨拶したり、散歩途中にクラブ活動を見学し交流している。また、小学校の音楽祭や運動会の見学を通し地域とのふれあいの機会作っている。	自治会長が運営推進会議に出席しており、地域の情報提供を受けている。高校生が介護実習に來たり、利用者全員で地域の祭りに参加している。コーラスや和太鼓のボランティアグループが來訪して、演奏を披露してくれている。地域のふれあいサロンには法人の音楽療法士と一緒に利用者が参加している。	
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	6月14日地域のふれあいサロンへの参加を企画し、実施した。参加を通して地域住民との交流を図り、認知症の方への理解や支援の方法を深める機会を設けている。		
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	毎回違う家族が参加され運営内容の報告や課題と取り組み結果を説明している。家族、自治会長、民生委員、行政から地域行事・防災についてアドバイスをもらう。現在拘束は行っていない。、毎回身体拘束適正化委員会を開催している。	会議には家族・自治会長・民生委員・市職員・地域包括の出席があり、3か月毎の開催となっている。年度末の会議では、災害訓練を行う予定である。出席していない家族には、通信とともに特記事項のみを報告しているが、議事録は送っていない。利用者は参加していない。	家族にも事業所の運営について興味を持ってもらうために、個人情報に配慮した議事録を送ってはいかがか。利用者の参加方法についても工夫されたい。
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	運営推進会議で介護保険課職員に活動を伝えている。災害時対応についてはアドバイスをもらった。3月に市からの実地指導を受け、適正な運営ができていることを確認してもらった。	近年、災害の発生が懸念されるので、事業所では防災無線より情報が早く届く防災メールの配信で情報を得ている。気象警報等発令時には、中学校のグラウンドに防災無線の大きなスピーカーを臨時に設置するので、そこから情報共有するようにと、市から教えてもらっている。市の事業所連絡会では、利用者のケアについての具体的な方法等の情報共有を図っている。	
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	年間2回研修を計画、知識、意識の確認をし、12月に研修を予定し、理解を深めていく。運営推進会議に「身体拘束に関する委員会」を設置、運営している。現状身体拘束はしていない。	運営推進会議にて身体拘束等適正化委員会を設置し、記録を残し定期的に研修を行っている。玄関の施錠はしておらず利用者は自由に建物前の駐車場への出入りが可能である。数名の利用者の部屋に見守りセンサーを置き、動きがあればチャイムが鳴っている。帰宅願望の強い人には気が済むまで話を聴き散歩に出ることで対処している。	

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
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	年間計画で12月に研修を予定し理解を深めていく。日々の業務で心身の変化の観察や月次運営会議で問題意識をもって話しあっている。無意識に虐待に類する行為が無いかが気を付けている。	日中の職員の言葉遣いについて、管理者は気を付けており、気になることがあれば会議等で注意している。ネット動画の高齢者虐待防止研修用映像を活用して、事例を挙げて検討する研修を予定している。管理者が外部研修に参加したときは、伝達研修に努めている。職員とは面談をしてストレスの有無や資格取得の計画等を把握して、シフトに反映することがある。	
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	年間計画の中で1月に研修を予定し理解を深め必要性が発生した時点で対応できるよう準備している。またグループホーム運営会議で権利擁護の理解を深めるために読み合せを実施。	地域包括が講師となり、権利擁護についての研修予定がある。毎年研修があるので職員は制度の概略を理解している。契約時に家族へ後見制度の説明はしていないが、資料の準備はあり必要とする家族には説明をするつもりである。	権利擁護の研修時には、利用者・家族に声をかけ、参加を促してはいかかが。
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	申込時にできる限り見学に来てもらい現地にて概略の説明と質問を受け対応している。入居前に書類を元に説明し質問に答えて理解してもらっている。	申し込み前に面談や見学を行っており、家族からの質問事項には丁寧に説明をしている。面会時間についてや費用面、退去要件についての質問があがる。契約時点での重度化や看取りについての意向確認書を残している。	
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	面会時にその都度直近の入居者の様子を伝え、感想や意見を伺い記録している。管理者が不在の時は当日のリーダーが対応をしている。また発熱などの突発事項がある時は都度、電話連絡し状況の報告を行っている。	家族会はないが、運営推進会議に出席してもらったり面会時に丁寧に話を聴きとる等、家族の気持ちに沿うように努めている。冬の加湿対策として、利用者のベッド下に水を入れた洗面器を置くように提案があり、全利用者の部屋に設置している。	
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	毎月の運営会議で事前に職員毎、業務担当毎に聴き取りし課題があれば議事項目に取り込んでいる。日々の問題や提案は申し送りや連絡ノートを活用し、できる限り職員全員で課題について考えケアの統一を図っている。	職員からは、支援方法や業務内容の調整についての意見があがる。聴き取りをした項目は、運営会議の中で議題として取り上げ検討している。シフトに合わせて、必要時には業務の担当を変更する等の対応をしている。	
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	個々の職員のそれぞれの意見や思いをできるだけ直接聴き取り、特性を活かし業務に結び付け働き甲斐を持てるよう心掛けている。管理者では解決できない事項については法人の上司に報告し相談している。		
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	法人内で段階毎の研修が受けられるようになっている。またキャリアパス制度に基づく各取り組みがなされている。必要に応じ外部研修の案内をし個々の向上心に答えるようになっている。		

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	介護保険課、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護事業者連絡協議会からの案内にできるだけ管理者または職員が参加できるように調整している。参加結果について回覧し情報の共有化を図っている。3か月に一度、市内の地域密着型宿泊施設ネットワーク会議に参加し、交流している。		
<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	受容と傾聴を基本に会話や関わりの中で人間関係を作っていくながら本人が本音を話せる環境を心掛けている。入居者と職員のマッチング(相性)も考慮し情報の共有化を図るようにしている。		
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	入居前の生活歴や対応について家族から具体的に聞いたことを参考に、新しい環境にスムーズに適應できるようにしている。生活習慣や趣向については面会時に都度確認し日々のケアに活用している。		
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、家族、担当ケアマネージャー、入居者別担当職員と具体的に相談、確認し、共通認識をもって適切なサービスに繋げるようにしている。		
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	出来ることは時間がかかってもご自分のやり方で見守る、支援する場合も相談や確認しながら自尊心や自立心を考慮し進める。生活に役立つヒントをもらった時は具体的に言葉に出してお礼を言うようにしている。		
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	常に連絡を取りあい、家族の意向や本人の意向に配慮しながら、支援の方向性を決定している。今年度は納涼祭に家族の参加を呼びかけ、8割程度参加があった。		
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	兄弟や知人の来訪は家族の了解を得て、積極的に受けいれている。再来訪しやすいおもてなしを心掛けている。馴染みの場所や地域へのドライブをしながら懐かしい話を聴かせてもらっている。	家族はおおむね1か月に1回の訪問があるが、2か月に1回はお小遣いの精算のために来所するように依頼している。理美容については訪問美容師が来訪して、新たな馴染みの関係となっている。職員と一緒に食材の買い出しに出かける利用者もいる。親戚からの荷物が届いた際には、本人がお礼の電話を掛けられるように支援している。	

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	
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	基本的な人間関係とその時々状況に応じた影響力を考慮して双方がプラスに作用する関係の設定に配慮している。状態の変化や相性に対応した変更もしている。全員が共同生活し一人ではないと思える雰囲気を作っている。			
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	入院の長期化で退居し、入院している方は家族から近況を聴いたり、了解を得て面会している。			
<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	日常の何気ない会話や言葉にはならない仕草や反応を良く観察し、本人の想いの気付きができるように留意している。都度気付いたことは療養記録や申し送り、連絡ノートで共有化する。	普段から利用者の想いを把握するよう努めている。発語ではなくジェスチャーで意向を伝えることが多くなった利用者には、言葉を使う能力を大事にするための対応をしたいとの職員意見があり、会議で支援方法を検討し共有した。		
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	「ひもときシート」を作成し、その作成過程を大切に、活用し本人のニーズの把握に努めている。また、家族からも面会時に教えてもらい、情報を共有化し、日々の支援に役立てている。			
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	いつもと違う状態や今までと少しずつ違う変化を観察し気付けるように心掛けている。微細な変化も記録し、申し送ることで継続的に把握できるようにしている。変化の潜在的な原因を考えて支援内容に結び付けている。			
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	計画作成時及び変更時は本人、家族とカンファレンスを行い状態と想いを共有化できるように努めている。職員毎に個別担当を決め情報収集し面会時に必要に応じて現状の確認をしている。	職員は1人につき1～2人の居室担当を持ち、ケアチェックや室内の模様替えや掃除等を担っている。介護計画に則ったケアチェック表がパソコン内にあり、毎日〇をつけて1か月後にモニタリングし、1～6か月後に介護計画を変更している。本人と家族の要望を聴きとり、計画に反映している。		
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	日々の様子やケアの実践、結果、気付きは療養記録に具体的に記入し、日々の申し送り、連絡ノート、毎月の運営会議でケアの統一を心掛けている。8月から申し送りシートを作成し申し送りの正確化及び簡素化に取り組んでいる。			

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	本人の希望や心身の変化にはケアの統一を前提に臨機応変に対応している。支援方法の選択は複数試みてより良い方法を本人や家族に確認し、法人内の他職種(理学療法士、管理栄養士)の意見を参考にしている。		
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	行政(広報含む)、社会福祉協議会、自治会長から公的施設(図書館等)、地域行事、ボランティア、講演会等の地域資源の情報を得て入居者の日々のレクリエーション、アクティビティや個別ケアに活用している。		
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	月に2回往診があり、受診結果、薬の変更等は家族に報告している。必要に応じて医師と家族が往診時に説明を受ける機会を設けている。	法人の内科医師がかかりつけ医であり、整形外科や歯科医、歯科衛生士が定期的に訪問している。併設事業所の訪問看護師が毎週1回訪問し、健康管理を行い利用者及び家族の安心に繋がっている。	
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	同一建物内の事業所から看護師が月4回訪問。日々の様子、相談内容や当日のバイタルについて書面にて報告し、指導を受けている。24時間365日必要に応じ相談し、夜間も電話で連絡が取れる体制になっている。		
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	入院された際は定期的に様子の確認の為に面会に行くようにしており、家族や医療関係者と関係づくりを行っている。退院後の生活がスムーズに行くように退院時に情報を得ている。	入院先は法人の医療機関と成っている。入院中は毎週面会に行き利用者の情報を得て、主治医から状態説明が有り早期の退院に向け、家族と話し合いスムーズな受け入れができています。	
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りの事例はないが、終末期の法人の基本的方針と具体的な現場での進め方を理解し、昨年の勉強会後のアンケートで意見があったスタッフの不安点を補うための勉強会を実施した。	終末期ケア(看取り)や急変時(変更時も含め)指針や意向確認書を説明しいずれも同意書ももらっている。重度化と看取り緊急時の対応、タッピング方法等の職員研修を定期的に行い、職員の知識を深めている。	
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	法人のマニュアルが有り、現場の手順書(連絡網、救急搬送時必要情報)に基づいてどの職員でも対応できるようにしている。年2回の消防訓練時心肺蘇生、応急手当等の指導をいただき、緊急時の連絡方法の訓練を実施している。		

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
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	年に二回の消防訓練を実施するとともに、運営推進会議で具体的な避難の状況を相談し、いざという時に備えている。	消防署協力の下、年2回の避難訓練を実施している。災害時の避難場所が中学校や公民館に成っているが、立地条件やハザードマップにより事業所に留まる方が安全であると確認している。非常時の連絡網、水や食料品及びガス等も備え対策している。	夜間想定避難訓練実施時に、運営推進会議メンバーに参加のお願いをされてはいいかがか。
<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	入居者個々人で異なる基準に合わせ衣食住の生活全般にわたって確認しながら支援している。特に入浴時や排泄時は注意している。職員の声かけ方法や言葉使いについても互いに注意しあっている。	利用者が、家で過ごして来たその人らしい暮らしを尊重し出来る事はしてもらい、待つ姿勢や言葉の先取りをしないケアに努めている。トイレ、浴室はドアで仕切られ、使用中は使用カードを下げ、職員の出入りに留意した対応に心掛けている。不適切な言葉かけに気付いた時は、会議等でさり気なく伝え注意を促している。	
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	入居者の希望をもとに外出ツアー、動物園見学を立案し、実施した。選択肢を複数準備できるだけ思いや希望に沿うようにしている。難聴の方にはミニホワイトボードに書いて選択してもらっている。		
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	集団でのレクリエーションやアクティビティだけではなく一人一人にあった個別ケアの項目に添って個別に対応できるようにしている。事前の予定に固執せずその日の心身の状態に応じた希望に対応している。		
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	毎朝の起床時は、頭髪を整える等の支援を行い。外出時は外行きの服を選んでもらい着替えられるように支援している。また、マニキュアや口紅を好みに合わせて行えるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日には好きなメニューを提供できるように、聞き取りを行い好みのものをできるだけ提供している。また外出時はレストランで注文票を見ながら本人の選択で食事を選んでもらっている。調理に関して、野菜の皮むきや盛り付けを職員と一緒に実施している。	食事は職員が手作りし、食事の下ごしらえや盛り付け、後片付けを手伝う利用者がある。夏にはソーメン流しの準備から参加して竹筒の傾斜角度に意見を言ったり、利用者の誕生日に個別に希望を聞き外食する事も有る。今年は事業所で米作り収穫の喜びを味わい、夏野菜作りにも取り組む予定である。	
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	水分摂取量の少ない方に関しては、無理のない水分摂取を行っていくとともに、飽きがないように、お茶ゼリーや氷蜜ゼリー、麩を利用して水分摂取量が確保できるよう工夫している。		

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
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	毎食後口腔ケアを義歯洗浄、歯磨き、舌苔ブラシ、うがいの内容で実施している。月1回の口腔外科医往診、月2回の歯科衛生士による口腔ケアを実施している。		
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	尿意、便意の表出が可能になるように保清に留意している。尿意、便意に応じオムツやパッドを使用してもトイレや尿器にて自然排泄できるように支援している。ポータブルトイレは1名以外安全上問題なければ夜間だけにしている。	排泄自立の利用者が多く、夜間はポータブルトイレ利用者もいるが、ほとんどがトイレで排泄している。排泄の訴えが無い利用者は、職員が表情や仕草から感じ取り、誘導している。紙パンツにパッドを使用していた利用者が、紙パンツのみにレベルアップした事例がある。	
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	排便間隔の記録管理を行い水分摂取量の確認、ミルクやコーヒー等の排便を促進する飲料やサツマイモ料理等の食物繊維の多い食材の活用や腹部運動を心がけている。緩下剤は医師の指導でマイナス3日目から頓用している。		
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	基本的には曜日毎に入浴は決めているが、時間はその日によって午前、午後または2回実施している。排泄による場合は入浴日に限らず対応している。菖蒲湯とゆず湯で季節感のある入浴に関わる行事をしている。	日曜日以外は毎日入浴日とし、1人の利用者は週に2回入浴している。個浴型介護浴槽で入浴し一人毎に湯の入れ替えが出来ている。医師の診察時や外出時等は日時を調整し柔軟な対応をしている。浴室入り口に「春日の湯」の効能を表示し入浴を促している。	
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	就寝、起床、昼寝、休息は時間を一律にせずその日によって心身の状況や意志に任せている。車椅子での時間が長い方、浮腫のひどい方は午前、午後の短時間のベッドでの休息を促している。居室照明、空調を好みに応じている。		
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	誤薬の発生がないように3段階で確認している。頓用についても連絡帳及び確認表にて管理している。調剤表を所定の場所に保管しており、内容の確認が可能、薬剤変更時は連絡帳で伝え、理由と様子確認を徹底している。		
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	個々人のお気に入りの趣味、場所、話、人、食べ物を把握し職員が共有化し、生き活きた生活をしていただく手段としている。本人の持つ力が表出され張り合いや喜びを感じてもらえる様に支援している。		

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
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	その日その時の心身の状態、気分、天気等に応じて散歩、ドライブなどに個別対応も含め外出をしている。月に一度は法人のバスで普段行けない市外も含め小旅行を実施し、昼食を外食にしている。地区の花火、祭りに行った。	事業所全体の外出は、法人のバスで季節ごとに全員で出かけている。近隣への花見や藤の花見学、夕食やドライブ等は数人で天気等を見ながら随時出掛けている。散歩は、近くにある中学校を一周りし中学生から声を掛けられる等、良い散歩コースに成っている。お墓参りに行きたいとの希望者の対応も検討中である。	
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	預かり金を買物の時に使用していただいている。レジでの支払いが可能な方は手渡しにて行ってレシートやおつりの受けとりをしてもらっている。ショッピングへ同行してもらい、ご自身で支払いをしてもらった。		
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必要に応じ家族に電話し直接話してもらっているが、執拗な帰宅願望や妄想時は遠慮させてもらっている。郵便受けを玄関に設置しており時々家族から手紙が届く。		
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	適切で心地良い環境の整備に配慮している。作品等の掲示物は毎月季節毎に変えており幼稚化しないように気をつけている。浴室は「春日の湯」の通称で、トイレとともに目印の貼り紙をしている。歩行器、シルバーカーで安全に自乗できる動線の確保を心がけている。	明るく広いリビングは、職員が工夫した掲示物により利用者は安らいでいる。床は弾力がある材質で暖かく、居室やトイレ、浴室に移動しやすい環境である。リビングや居室には温湿度計を設置し温度管理している。トイレ場所の表示は利用者に分かりやすく、「入ってます」「どうぞ」の掛け札にも心配りが見受けられる。	
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	食堂の食事時の座る場所を決めているが、リビングの共有スペースはその方のお気に入りの場所やADL(車椅子、シルバーカー、歩行器、独歩)、その時の状況、人間関係の相性に応じて固定せず座ってもらっている。		
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	自宅で使用していた家具や小物を置いている。その日の気分や天気に応じて簡単に選べるよう衣服はハンガーラックを各自活用している。部屋に若い時の本人の写真や家族来訪時の写真を置き、孤独にならない様配慮している。	エアコン、ベット、換気扇、カーテンは事業所で準備し、利用者は筆筒やテレビ、家族写真や外出時等の写真を飾り、利用者と担当職員で居室の設えをしている。居室入り口は名前と共に、職員手作りの切り絵を飾り、利用者の好みの花で利用者に分かりやすい工夫をしている。	
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	浴室の雰囲気作りに「春日の湯」、トイレの位置がわかる様に貼り紙をしている。居室に表札を目線の高さに貼っている。必要に応じて「ベッドサイド」に小物を置けるサイドテーブルを配置したり、転倒防止に床に滑り止めシートを敷いている。		

## 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	23	個別ケアの充実を図るとともに個々の思いに寄り添ったケアを実施する。	一人一人の思いに寄り添いその人らしい心地よい暮らしの実現に向けての支援ができる。	入居者ひとりひとりの思いをくみとりその方のしたいことや食べたいもの、出かけたいところなど誕生日に実現していく。	12ヶ月
2	4	運営推進会議に利用者が参加できていない。	利用者が運営推進会議で発言できる機会をつくり、運営推進会議の充実を図る。	運営推進会議開催時、冒頭だけでも利用者に参加してもらい、開催の挨拶や言いたいことがあれば発言してもらおう。	12ヶ月
3	8	権利擁護について。研修の充実により理解を深め、ご利用者の権利擁護につとめたい。	地域住民へ権利擁護研修の参加・協力を依頼し、地域住民への理解を深める。	運営推進会議の開催前に権利擁護に関する研修を行う。	12ヶ月
4	13	より良いケアの充実の為に絶えず研修等に参加し、知識や技術の習得に努める。	職員が研修に参加し、知識や技術の習得することで、ケアの充実を図る。	職員に研修の参加を促し、年3回は参加できるように支援する。参加できない職員へは伝達研修を実施する。	12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。

(様式3)

### 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="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="radio"/>	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="radio"/>	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="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="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="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="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="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="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="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="checkbox"/>	⑤その他( )