

### 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	3471502595		
法人名	社会福祉法人サンフェニックス		
事業所名	グループホーム サンフェニックス		
所在地	広島県福山市瀬戸町大字地頭分2721番地		
自己評価作成日	令和 2年2月6日	評価結果市町村受理日	令和2年3月31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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.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 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	令和 2年 2月 27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)】

事業所内では毎月、誕生日会や外食行事・季節を感じる行事を行い楽しみのある生活ができ、認知症状に応じたレクリエーションを行い趣味や嗜好を持ち余暇を過ごせるように支援している。複合施設の中の事業所である利点を活かし敬老会や秋祭り等の全体行事の参加、慰問行事等の交流の場に参加したり広い敷地内の散歩を行い日々の生活にストレスが溜まらないようにしている。各委員会を設置し他職種や他部署との連携を図ることができ予防や早期の対策をとることができる又毎月の職員研修や外部研修が充実しており職員のレベルの向上を行っている。

【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)】

広い敷地で、周りに山が見え季節の変化を感じることができる事業所で、利用者はゆったりと生活している。優れている点は、①複合施設の中の事業所であり、法人全体の行事・慰問など交流の場でのふれあいが多く事。加えて、散歩・外出・外食など出かけることも多く、利用者のストレス軽減に努めていること。②アイバットを使用してケア計画に基づいたケア記録がなされていること。③運営推進会議で、参加者の情報共有が進み、活発な意見交換がなされて運営に活かされていること。④研修・会議録・防災訓練の振り返りなど記録が明確になされ、職員のレベル向上に繋げていることなどが挙げられる。工夫点としては、ウインケアシステムを導入して、確実なケア記録と職員の負担軽減に繋げていることがあげられる。

**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)	○	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くらいの 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、活き活きと働いている (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
<b>I. 理念</b> 3471502559					
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	次年度のユニットの目標を年度末に検討し設定している。又、法人の理念・事業所の理念と共にユニット目標を各階のフロアに掲示し共有して実践ができるようにしている。	各階のフロアに法人の理念・事業所の理念と共にユニット目標を掲示して共有している。日頃はユニット会議等で話し合い、年度末には目標達成度を振り返り、次年度の目標を掲げて取り組んでいる。	
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	地域の運動会や敬老会に出向き参加をしている。こども園等が参加する慰問行事を定期的に行いふれあいの場をつくっている。中学生や地域住民が参加できる祭りを開催している。	職員が地域の清掃、防災訓練、認知症カフェなどへ参加し、交流や発信をしている。地域の運動会や敬老会に利用者と共に参加し、子ども園等の定期的な慰問や中学生の職場体験等により、ふれあいをしている。施設の秋祭りには地域の人や関係者が多く参加し、利用者も楽しんでいる。	
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	認知症カフェに参加し認知症の予防や理解ができるように発信している。又、参加者が認知症状や介護保険の仕組み等不明な点や困っていることが相談できる。		
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	自治会長・地域住民の代表・利用者の家族・乳児院の院長・民生委員・包括支援センター・介護保険課が参加し2月に1回開催している。運営状況を報告し助言をもらいサービスの向上に活かしている。又防災関連等地域で協力して行えるように意見を聴き防災訓練に反映ができています。	運営推進会議は2カ月に1回開催している。自治会長・地域住民の代表・利用者の家族・乳児院の院長・民生委員・包括支援センター・介護保険課が参加している。合同の防災訓練の振り返りをして、今後の備蓄や避難の仕方など、有意義な意見交換を行うなどしている。	
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に取り組んでいる	事業所で判断が難しい場合は訪問や電話で相談し助言を受け解決ができるように日常的に連携を行っている。	制度の変更時など、管理者が窓口となり、介護保険課へ訪問や電話で相談し、助言を受けるなどしている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し問題があった場合は他職種と連携し身体拘束に当該しない取り組みができる体制をとっている。又、定期的に研修を行い身体拘束の正しい知識を習得し身体拘束をしないケアを行っている。	法人の身体拘束廃止委員会が3カ月に1回開催され、事業所の委員が参加している。委員は事業所内で伝達研修を行い、職員が話し合っって身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	年に2～3回高齢者虐待についての研修を行いどのような行為が虐待に当該するのか虐待を防ぐにはどのようにすればいいのかを話し合う機会をつくっている。又、不審な点がある場合は施設長や管理者に報告をするように促している。		

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	権利擁護に関する制度の研修に参加し知識が向上できるようにしている。対象者の制度の導入が必要か他職種や関係者から意見が聴け支援ができる。		
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	介護保険の改定があった場合は書面で郵送し不明な点があれば面会時や電話で詳しい説明をし理解や納得した上で署名をもらっている。		
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	面会時に要望や意見を聞くようにしている。又、意見、要望を記入できる用紙を郵送し面会に来れない家族も意見や要望ができるようにしている。意見や要望があった場合は話し合いの場をつくり反映できるか否かを検討し結果を家族に報告している。	家族からは面会時に要望や意見を聴いている。面会に来られない家族には、意見・要望を記入出来る用紙を郵送して書いてもらうようにしている。利用者の生活に関する要望についてなど、職員が検討し、反映できるようにしている。	
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	毎月開催するフロア会議やカンファレンスで職員の意見や要望を提案できるようにしている。個人的な相談はいつでも管理者に相談でき解決が図れるようにしている。	フロア会議やカンファレンスは9時から15時の間に開催する事や、夜勤者は3ユニットで情報共有して協力体制をとっているなど、職員が参加しやすく働きやすい環境としている。研修など教育環境も整っている。また職員がいつでも管理者に相談できるようにしており、意見を反映させている。	
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	定期的に理事長が事業所に訪れ事業所内の状況の確認を行っている。		
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、法人内で毎月研修を行い知識や技術の向上に繋がるようにしている。又、職員の代表者が外部の研修に行き研修内容を持ち帰り復命研修を行っている。		
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	認知症カフェに参加し地域包括支援センターの職員や同業者と交流をしネットワークが広がるようにしている。		

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
<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	訪問や契約時に本人や家族の要望・悩みを聞く機会を設け事業所で安心できる生活を送れるように状態にあった制度やサービスを提案している。		
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	訪問や契約時に家族が不安に思っていることや困っていることを聞き取り解消や解決ができる提案をしている。		
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	サービスを導入する前に本人や家族のニーズを確認し解決に向けた課題を設定し支援内容・サービス内容を検討後提案している。		
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	本人の生活歴や生活習慣を把握し共有できるものを見出し暮らしにおいて話しができる関係づくりを行っている。		
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	日々の様子を知らせる月間報告を毎月、郵送し関心を持ってもらうようにしている。又、必要物品等があれば持参を促し家族と顔を合わせる機会をつくれるようにしている。		
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	外食や法事・葬儀等、家族同行での外出の希望があれば外出ができるように送迎等の協力を行っている。	家族面会時には歓待している。墓参や葬儀・法事や外食など家族と共に行う外出時、希望があれば送迎をするなどの支援をしている。日々の生活の様子を、毎月家族に知らせ、携帯電話の所持や年賀状の返信を行うなど、関係継続の支援をしている。	
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	利用者一人ひとりの個性や相性等を日常の関わりの中で把握しトラブルがなく関係性が保てるように席の配置等を工夫し配慮している。		

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	サービス終了後も家族から相談があった場合は解約や手続き等が迅速に行えるように助言をしている。		
<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	(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	一人ひとりの思いや希望・意向を聴ける機会、伝えられる機会をつくっている。又、意思表示が困難な方は家族の情報や生活歴を基に本人の本位に近づけるようにしている。	レクリエーションや入浴介助時、リビングにいる時など、食べたいものや外出などについて、希望や意向を聴いている。また困難な人は家族の情報や生活歴を基に本人本位に検討している。	
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	利用者や家族の話の中で仕事や趣味・嗜好、家族関係等を聞き取り、日々の生活でのサービス提供に活かしている。		
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	利用者の健康面、心身の状況、レクリエーションの参加の様子等をタブレットに入力し把握ができるようにしている。又、申し送りを事業所全体で行い情報が共有を行っている。		
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	サービス担当者会議を開催し担当者の意見を基にニーズ・目標、サービス内容の見直しを行っている。又、面会時や手紙でサービス内容についての意見を家族から聴き介護計画に反映している。	家族や居室担当職員からの情報を基に、ケア計画はチームで検討している。モニタリングは3カ月毎に、計画見直しは6カ月毎、状況変化時にはその都度行っている。家族の面会時に説明するか、書面で承認を受けている。アイパットを使用したケア記録は、ケア計画に基づいた記録となっている。	ケア計画の説明について、対面で説明できない家族へは、送付後に電話するなど、工夫されることを期待します。
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	日々の様子やサービス内容の実践、結果、気づき等を個別でタブレットに入力している。実践内容を基に3月毎にサービス内容を見直ししている。又、緊急性がある場合は即時、見直しを行っている。		
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	利用者からのニーズがあった場合は、実行ができるかを検討している。又、家族にニーズを伝え連携して行っている。		

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
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	地域の運動会や敬老会等の行事に積極的に参加をし地域の住民との交流ができるよう支援している。		
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	2週間毎に往診でかかりつけ医が健康状態の確認を行っている。又、歯科、眼科の往診もあり利用者や家族の負担にならない体制をつくっている。	入居時に説明し、希望のかかりつけ医としている。事業所のかかりつけ医の往診は2週間に1回あり、夜間・緊急時は職員看護師に連絡して対応できるようにしている。歯科は週1回、眼科も必要時往診があり、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	日常生活の把握をし様子の変化があった場合は看護職員に報告や相談をしている。又、看護職員が定期的に健康状態の確認を行っている。		
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。	入院後の状態を家族に連絡や面会し確認を都度している。看護師や地域連携室等の病院関係者と情報を交換・相談し退院調整を行っている。		
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	重度化した場合は家族の意向を確認し医師・看護師と話し合い事業所でできることを説明しカンファレンスを基にチームで支援をしている。	入居時に、重度化した場合の指針を示して確認している。実際に重度化した場合には、家族の意向を確認し、医師・看護師と話し合い、事業所で出来ることを説明し、カンファレンスを基にチームで支援をしている。	
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	外部のリスクマネジメント研修に担当者が参加し法人内で復命研修をしている。又、事業所内で研修を行い対応方法が身に付くように取り組んでいる。		
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回法人全体で防災訓練を実施している。又、地域住民と合同の防災訓練を毎年、行っている。事業所内で避難経路や消火設備・初期消火等の確認の研修を行っている。	年2回法人全体で防災訓練を実施し、うち1回は消防署の指導の下に行っている。事業所内で避難経路や消火設備・初期消火等の確認の研修を行っている。地域住民と合同の防災訓練では、今年度は施設内のホールで、備蓄食の試食や段ボールベッドの組み立てなど実施している。	

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
<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	(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	一人ひとりの性格や身心状態を把握し、一人ひとりに合わせた口調・声の大きさ・身振り手振りで言葉かけをしている。トイレや入浴時はプライバシーの確保に努めている。	一人ひとりの生活歴・性格・心身状態など把握して言葉かけや対応をしている。トイレや入浴時には羞恥心に考慮し、居室入室時の声掛けなど、プライバシーを損ねない対応をしている。	
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	一人ひとりと話しをする機会をつくり本人の希望を聴いている。レクリエーション等の活動をする場合は、本人に説明をし自己決定を促している。		
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し、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	一人ひとりの希望やその日の体調に合わせて居室やフロアで過ごす等自由に選択できる。又、趣味や嗜好・役割ができるように支援をしている。		
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	選択できる利用者は自由に選択できるようにしている。選択ができない利用者には、季節や気温に合わせた衣類を準備し清潔な身だしなみができるように支援している。		
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	好物や食べたい物を聴き食事のメニューに取り入れている。温かい食べ物や生ものが食べたい利用者と外食に行ったり食事を楽しめる工夫をしている。	利用者の希望をメニューに取り入れ、週4日キッチンで調理して提供している。食材の下ごしらえなど利用者と共に行っている。希望により外食に行ったり、行事食は厨房に依頼して提供、誕生日はケーキでお祝いなど食事を楽しむ支援をしている。	
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	食事の提供量や形態を工夫し提供している。摂取量が少ない場合は小まめに摂取を促したり代替品や嗜好品を提供し摂取量の確保ができるように努めている。		
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、口腔ケアを促し確認を行っている。嗽や義歯洗浄ができない利用者には支援を行い口腔内の清潔が保持できるように努めている。又、異常があった場合は歯科医に相談をしている。		

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
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	日中はトイレでの排泄ができるように移乗動作が難しい利用者は2人介助で安全に使用できるように努めている。夜間は、ポータブルトイレ使用等一人ひとりの状態に合わせて対応している。	排泄パターンを把握し、声掛けしながら、日中はできるだけトイレでの排泄を支援している。移乗動作が難しい人には2人介助で安全に行っている。夜間は個々の状況に応じた対応としている。毎日ラジオ体操など行い、身体機能維持に努めている。	
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	水分摂取量の確保や牛乳等の乳酸菌の提供を行い予防に取り組んでいる。ラジオ体操を毎日行い参加を促す働きかけを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回以上基本、午後より入浴を行っている。入浴の順番は本人の希望を聴いている。又浴槽に浸かる・シャワー浴の選択ができ、移乗動作の困難な利用者にはシャワーキャリーを使用し負担を少なくしている。	週2回以上を基本に午後に入浴している。浴槽につかるかシャワーにするか本人の希望を聞いて行っている。1対1の会話を大切にし、時には好みの入浴剤やゆず湯などを楽しんでいる。	
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	一人ひとりのその日の体調を確認し静養を取り入れている。又、居室内の換気や室温調整を定期的に行っている。		
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	処方箋で効能や効果を把握し注意事項や副作用の確認をしている。服薬の管理を行い適正に服薬ができるように支援している。又、様子の変化があった場合は看護職員に報告をしている。		
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	一人ひとりに合わせ趣味や嗜好を見出せるように努めている。洗濯物を畳む等の日課、塗り絵や編み物等の趣味が継続し行えるように提案や支援を行っている。		
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支援している	その日の希望に合わせて施設内・外の散歩を行っている。初詣や花見・バラ公園・ドライブ等季節を感じる外出の予定をたて外出を行っている。又、家族と協力し動物園等家族と一緒に出かけられる計画をつくり実行をしている。	利用者の希望に合わせて、広い敷地内の散歩を行っている。初詣・季節の花見・ドライブなど計画的に外出している。家族会では、家族と共に動物園に出かけるなどしている。希望に沿って外食にも出かけている。	



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	お金の所持や管理はしていないが家族の同意あれば週1回移動販売で好きなものを掛けて購入ができるように支援している。		
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	管理ができる利用者は携帯電話を所持し本人の自由に使用ができる。年賀状の返信を出したい等の依頼があれば返信が出せるように支援を行っている。		
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	共用フロアでは換気や室温管理を行い快適な室温に設定している。。ソファや個別の椅子を設置し混乱がないようにしている。季節に合わせた作品を飾り、季節感を感じるようにしている。	リビングや廊下に制作した作品や、誕生会・外出などの写真を掲示し、季節感が味わえ、生活の様子が見えるようにしている。リビングには椅子とソファがあり、洗濯物たたみやゲームをしたり、TVを見たりと、利用者が好みの場所で過ごすことができるようになっている。	
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	一人ひとりの性格を把握し気の合う利用者同士が同じテーブルになるように工夫している。又、対人関係が難しい利用者には個別のテーブルを準備し設置している。		
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	本人や家族と相談し居室内のテレビや仏壇等の設置、写真やカレンダー・作成品等を飾って居心地がいい空間になるように努めている。	各居室のカーテンは異なる柄で雰囲気を違えている。室内には、ベッドやTV・仏壇など持ち込み、写真・カレンダー・制作品などを飾って、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	行きたい場所に行けるように付き添いや助言を行っている。又目印や張り紙をつくり場所がわかりやすくなるように工夫を行っている。		

### 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	26	介護計画書は3か月毎・状況の変化時に介護計画の見直しを行い作成を行っている。ご家族の面会時に説明を行い同意を得ているが、面会の頻度が少ないご家族には介護計画書を郵送し同意を得るようにしているが説明不足になっている。	ご家族に、介護計画書・サービス内容についての説明を口頭で行い、ご家族の要望や意見を聞き取り、介護計画・サービス内容に取り入れることができる。	①介護計画の見直し時は、ご家族の要望や意見を事前に確認をする。 ②介護計画書作成後はサービス内容について口頭でご家族に説明をする。 ③面会の頻度が少ないご家族には、郵送後、電話で確認や説明を行う。	6か月
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。

(別紙4(3))

## サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

特定非営利活動法人 あしすと

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】	
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( )