

### 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	2592200238		
法人名	湖西ホームズ株式会社		
事業所名	グループホーム沖の白石		
所在地	〒520-1232滋賀県高島市安曇川町北船木1729-1		
自己評価作成日	平成30年3月17日	評価結果市町村受理日	平成30年4月19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		
所在地	滋賀県草津市笠山七丁目8番138号 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	平成30年3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)】**

びわ湖に近く、施設の周りは田んぼと畑に囲まれ、天気の良い日は近所に散歩にと、自然を感じながら過ごしていただいています。「みんなが安心して暮らせる家」の理念のもとに、利用者様の体調管理については、近隣の主治医、訪問看護さんとの連携をとり、365日24時間の相談や必要時の往診にきていただき、利用者様が安心して暮らせるようにしています。食事については3食手作りで、地元の米、野菜、魚、肉を中心に栄養バランスや四季を感じられるメニューをスタッフが考え提供させていただいております。

**【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)】**

沖の白石は、安曇川河口で琵琶湖に扇状に拡がった地域にある。グループホームは平屋建てで、どの居室からも、田畑の作物の成長や収穫を観ることができる。湖岸には桜並木が続いており、利用者の散歩には適した環境である。利用者は、ゆったりと落ち着いた暮らしをされており、ケア場面も個々に合わせた支援が行われている。昨年の5月に開設されたばかりで、利用者が安心して暮らせる事業所の構築に向けて努力している。入居者の重度化への対策など、今後の課題は認識されており、更なる事業所の運営が充実されていくことを期待する。

**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
<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	「みんなが安心して暮らせる家」を理念に掲げ、それに基づいて目標を立て取り組んでいる。ホールに掲示し、職員の意識統一を図っている。	利用者が安心して暮らせる事業所として、中心は利用者であることを念頭に、1つ1つのケア場面における言動の気づきがあった都度、また、定期的な会議において振り返りを行っている。	
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	町内会に加入し、運営推進会議を通して連携、犬の散歩等で挨拶を交わしているが、もっと日常的に交流していけるよう今後も地域との付き合い方を工夫していきたい。	地域の方が立ち寄られたり、野菜が届く、芋掘りに誘いを受けるなど少しずつ交流が増えている。	事業所は、地域の住民であることを意識されている。今後は自治会行事へ参加等により交流が深まることを期待する。
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	相談にみえた方や近所の方など認知症やグループホームについて説明をさせて頂いたり、経験談などから、認知症の方の理解を深めていただけるよう努めている。		
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	運営推進会議では、日々の現状、活動を報告し、検討事項、勘案事項について経過報告や取り組んでる内容について意見、要望もいただきサービスの向上を図っている。	区の代表を通して回覧板が届くようになった。老人福祉施設の代表者からは、経験を踏まえた防災時の備えについて助言を受け、備蓄品を追加する等に繋げている。	
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	市の担当者は、運営推進会議に出席して頂き、日頃から相談など適切なアドバイスを頂いている。認定調査時も実情を報告し、情報も頂いている。	1年足らずの事業所であることから、制度上の相談を行い助言を受けている。その中で、介護相談員の訪問事業に繋げている。	
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	毎月の職員会議で身体拘束になるようなことはないか、話し合っている。事例をあげて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の鍵は、夜間のみ施錠、日中は、いつでも外出できるようにしている。	原則、身体拘束はしない方針で、利用者への拘束場面は見られなかった。ケア場面でも、筋力が低下した方の深いソファへの誘導やスピーチロックを行わないように気を配っている。外に出られる場合は付き添って見守るようにしている。	
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	勉強会で知識を学ぶ機会を設け虐待の意味や種類を理解し、入居者の尊厳を第一に考えケアに取り組んでいる。		

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	権利擁護や成年後見制度についての研修会には、まだ参加出来ていない。今後は、勉強会や研修に取り組んでいく予定。		
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	契約時には、時間をかけ契約書、重要事項説明書の内容を詳しく説明し、理解、納得して頂き同意を得ている。		
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	二か月に一回運営推進会議実施し、家族の方から意見や要望を聞いている。また、普段から入居者、家族とのコミュニケーションを図り、要望や意見を聞くようにしている。	家族が来られた時に、思いを聴く努力をしている。利用者には、関わりの中で外出や食べ物、嫌なこと等の把握に努めて意向に沿うように努めている。	今後も、家族から忌憚のない意見や思いを聴く工夫をして活かすことを期待する。
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	月一回、職員会議を行い職員の意見や提案、取り組みについて話し合う場がある。日頃から、コミュニケーションを取り、問いかけたり聞いたりしている。	ケアの統一や排泄チェック表等の記録の方法を検討して活かしている。職員からは、排泄の支援について提案したことで自立支援に繋がられ、やり甲斐を感じていると聞き取った。	
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	スタッフの希望する休日や、資格取得のための勤務変更には柔軟に対応し、必要な資格を取得した場合には給与に反映しています。		
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	外部研修については、情報収集し職員のレベルに応じてなるべく参加できるようにしている。職員一人ひとりのスキルアップを目指している。		
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	市内の地域密着型サービス事業所において、情報交換等を行う機会があり、お互いのサービスの質の向上に努めている。		

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
<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	契約時は、本人、家族の困っていること、不安要望等を聞かせていただきフェースシート、家族シート、生活史をもとに本人の心身の状態を把握し、本人の思いに耳を傾け、安心できる言葉かけと態度で信頼関係が築けるよう努めている。		
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	家族の不安や心配事、要望などできるだけ詳しく聞き取るようにし、面会時には、様子を伝え些細な事でも相談していただけるよう、信頼していただけるよう努めている。		
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	本人に必要なと思われる支援については、利用の有無に関係なく提案するようにしている。インフォーマルなサービスも視野に入れながら、色々な角度から支援の方向性を確認している。		
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	本人の今まで生活を大切にその人らしい生活ができるよう、常に職員と考え、生きていくための支援としている。		
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	様々な場面での家族との交流が本人の精神的な安定につながることを伝え、生活状況、身体状況を報告し、支援の方向性について話し合い一緒に考えるようにしている。		
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	家族に記入していただいた「暮らしの生活史シート」や「暮らし方シート」を参考に本人が大切にしてきたことを把握し、馴染みのある場所に出向いたり、つながりが継続できる支援に努めている。	入所時に、家族に「暮らしのノート」を記載して頂いて活用するようにしている。自宅訪問や、慣れ親しんだ地域をドライブする。友人の訪問を歓迎する。馴染みの美容院に出かける支援を行っている。	
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	利用者の認知症の症状、能力、性格など一人ひとりを把握し、座席の配置も考えている。利用者同士がかかわれるよう職員が間に入って力が発揮出来るように努めている。		

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
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	契約終了の方は、まだないが今後、契約終了の場合は、転所先を訪問したり 電話を入れたり様子を伺っていきたい。		
<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	日々の行動、言動、表情を観察し、その中で思いや希望の把握に努めている。暮らしの生活歴シートを活用、家族からの情報も聞きながら、本人の思いに寄り添えるようにしている。	本人の意向「寺や墓に行きたい」といった意向の把握に努めている。意思表示が困難な場合は、日頃の関わりから利用者の思いをくみ取るように努めている。	
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	暮らしの情報シートをもとに本人、家族から暮らしの様子を聞き把握に努めている。日々の生活においても職員間で観察し、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	経過記録用紙、バイタル管理などを通じて客観的に把握している。職員間でも情報交換を行い問題を的確に共有でき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	日常生活の中の本人の思い、職員会議などで出た意見等を検討し、現状にあった介護計画を作成している。	ケア場面の把握を通して職員で検討して計画書を作成している。精神面も計画して支援するように努めている。モニタリングは職員・家族から評価をうけて記録されている。	生活場面1つ1つの課題(ニーズ)を、本人の思いで捉えることで、更に利用者本位の介護計画になると考える。
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	個別の記録は、項目別に介護計画も記載し、現状を把握し、見直しやすいように工夫している。細かい日々の実践は、連絡ノートを活用し、共有するようにしている。		
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	個々のニーズに合わせて対応している。状況変化があるときは、通院介助、通院同行もしている。本人、家族と話し合い協力を得ながらできるだけ意向に添えるような支援を目指している。		

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
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	地域の住民や関係機関とのつながりを深め支え合う関係が築けるようしていきたい。		
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	入居時に希望があればかかりつけ医の受診が継続できることを伝えている。先生の意向が地域に根ざした考え方である為連携もとれている。症状がに合わせて必要時には、専門医との連携も図れている。	近くのクリニックから定期的に往診を受けて健康管理している。以前からの、かかりつけ病院に受診を継続している方もある。家族と通院される場合は、家族から情報を把握している。	
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	週一回訪問看護を受けている。日常の変化や気になることの助言、皮膚のトラブル、排便コントロール、頻脈など、その都度具体的な助言や指導を受けている。		
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。	入院された方については、地域医療連携と連携を図っている。入院中は、病院に出向き病棟看護師や理学療法士、医師から病状を確認したり助言を受けている		
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	重度、終末期に対しては、入居時に出来ること、出来ないことを説明し、利用者家族の理解を得ている。重度化が認められた場合は、本人、家族、主治医と協議、医療機関と連携を図り希望に添えるようにする。	現時点では、重度化した場合は医療機関に繋いでいる。医療機関との連携では、地域連携室に相談して対処している。	重度化や終末期への対応方法(方針)は、今後、検討されることを期待する。
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	全職員は、救命救急の講習を受けて急変時の初期対応が迅速に出来るように努める。		
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	避難訓練を行い防災管理者が中心となり緊急連絡網作成、災害での避難訓練対策は、職員間で周知されている。地域との協力体制は、徐々に築かれており、今後は、協力体制を深めていく予定である。	消防署の指導のもとに火災訓練を行っている。備蓄はあるが、更に運営推進会議の提案により追加を行っている。	災害時(火災・風水害・地震等)は地域住民の協力体制が重要である。訓練時の住民参加や協力体制の構築を期待する。また、それらの元にマニュアルの整備が望まれる。

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	「ひとりの人として」向き合うことを大切に本人の気持ちを尊重し、さりげない声掛けを心掛ける。	その人に合わせた言葉かけを心掛けてい る。興奮に繋がることを避け、気分を損ねない工夫と他者への配慮に努めている、と聞き取る。記録類は見えない工夫を行い、取扱いと管理に注意を払っている。	
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	日頃の会話の中で本人の思い希望を聞きとり、自己決定出来るように努めている。また、本人が自分の思いを言いやすい雰囲気作りに努めている。		
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	できる限り本人のペースや思いで過ごせるよう声掛けしながら話を聞き支援している。日中通してゆっくり過ごせるよう一緒に歌を歌ったりお茶の時間を持つようにしている。		
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	定期的に理美容を利用して頂き本人の希望も聞いている。家族に協力して頂き季節に合わせた服装が出来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	旬の食材を取り入れたり、一人ひとりの力や関心に合わせ卓上やキッチンで職員と一緒に調理や盛り付け、後片付けを行っている。	三食手作りである。朝は一緒に米とぎ、希望を取入れた献立と栄養バランスを考えるようにしている。道の駅に出かけて買物、生協のチラシを見てメニューを選択する等、食事への関心を持つ機会を大切にしている。	
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	食事量、水分摂取量を記録チェックするようにしている。彩りよくバランスの良い食事提供、本人の状態に合わせて食事形態にも配慮している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施。義歯は、ナイトケア後、洗浄液につけ管理している。毎食後の口腔ケアは、個々の能力に合わせて声掛け、見守り、介助を行っている。		

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	排泄チェック表を使用し、一人ひとりの排泄リズムに合わせて声掛けをしている。全員がトイレで気持ちよく排泄出来るように支援している。	トイレでの排泄を基本としている。排泄リズムを把握し早目に対応することで清潔保持に繋がっている。排泄用品についても、個別対応の見直しを行っている。	
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	食物繊維の多い食事の工夫、ヨーグルト、牛乳などの乳製品、適度な運動、水分摂取量など自然排便を促す取り組みを行っている。また、状況により医師に相談して便秘薬を処方していただいている。		
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	入浴は、概ね午後に行っているが本人のタイミングに合わせて臨機応変に対応している。声掛けから入浴後までゆっくりひとりの職員がかかわるようにしている。	一日2～3名をマンツーマン対応で実施している。拒否された場合は、時間をずらす、人を変えて声掛け、翌日の朝から入浴してもらう等毎日入浴できる環境を整えている。独自の石鹸を使用される人もある。	
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	就寝時間は、それぞれのペースに合わせて休んでいただいている。日中も自由に居室を歩きし身体状況に応じて臥床、休息していただいている。		
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	薬の内容は、職員が把握し、いつでも確認できるようにファイルに保管している。変更時は、管理日誌、お薬状況表で管理している。服薬時は、二人確認にしている。		
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	本人の好きなこと、得意なことなどを生活歴で把握し、その人らしく過ごせるように役割を持って頂いている。外出や行事に参加することで気分転換となるように支援している。		
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	天候の良い日には、ドライブや散歩等 日常的に近くスーパーに買物に出掛けている。	道の駅への外出、近隣への散歩など自然豊かな環境にあり四季の移り変わりが感じ取れる。ご家族と墓参りをされたり、施設から自宅に訪問することもあり生活歴の再確認の機会としている。	

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
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	現在は、お小遣いとしての金銭管理は、していない。職員と一緒に外出、買物に出掛けた時に希望聞き、本人の要望、希望に出来るだけ添えるようにしている。		
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	希望があった時は、自由に電話が出来るように支援している。家族からの電話も取り次いでいる。手紙は、今後やりとり出来る支援をしていきたい。		
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	入居者と季節を感じる事が出来るよう壁飾りを作ったり月ごとにディスプレイを変えて対応している。室温や採光は、居心地の良いように配慮している。場所がわかりやすいようトイレ、お風呂、居室の入り口には、マークや表札をつけている。	陽当たりの良い環境にあり、テラスに出て日向ぼっこ、花壇では農作業の生活歴を活かした取組もできる。地域の仏教会の標語が複数枚掲示しており「ありがたい言葉」と理解されている。好みの音楽を聴く人、かるた・パズル等レクリエーションの機会もある。	
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	座席を工夫したりソファコーナーを設けたりして、気の合った利用者同士話が出来よう、食事ができるよう、普段から、思い思いに過ごせるよう配慮している。認知症の方にとって居心地の良い居場所づくりを目指している。		
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	出来るだけ使い慣れた家具や好みのものを持って来ていただき居心地の良く過ごせるようにしている。また、声掛けしながら、職員と一緒に居室の掃除も行うようにしている。	ベット・エアコンは設置済み。ラジオ・時計・棚・布団など持込されている。安心感を持ってもらえる関わり・コミュニケーションを心掛けている。自分の部屋を自覚されていて間違えることはない、と聞き取る。	
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	立位の取りやすいようにベットの高さを確認。安全に移乗、移動が出来るように配慮している。また、状況に応じてあらたに手摺を付けたり表札を付けたりスムーズに生活が送れる工夫をしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 30 年 4 月 2 日

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	2	地域で日々の散歩の際に挨拶したり、少しずつ関わりの機会は、あるが地域との連携が取りにくい状態である	地域との交流が持てるように 施設側から発信を試みるようにする。	様々な地域の行事に参加できるように 積極的に近隣との関わりの機会を増やしていく。幼稚園や小中学校への交流や職業体験の参加のお願いをする。	12ヶ月
2	35	地域住民を交えた防災訓練が実施出来ない。風水害、地震についてのマニュアル化が不十分。	地域住民が気兼ねなく防災訓練に参加できる様な環境づくりをする。実情に応じたマニュアルを作成する。	行政及び近隣、関係機関の意見を聞く機会を持ち知識を高める。防災訓練実施前には、地域に知らせ参加していただけるように周知していく。マニュアルを整備する。	12ヶ月
3	10	家族から忌憚のない意見や思いを聴く工夫	玄関に意見箱を設置する。	直接言いにくい事や難しい意見や要望等を投函する形をとり、運営に反映していく。	6ヶ月
4	26	生活場面の課題を一人ひとりの思いを大切に具体的にとらえていく工夫	本人の言葉を大切に「その人らしさ」を失わせないで生きていけるように支援する。	現状について確認したり、昔のこと(経験)も含めて生き生きと意欲的にできることを相談して継続する。	12ヶ月
5	33	看取りの介護について家族には、来訪時に今後の過ごし方など相談し、医療機関との連携だけである。	看取りに対する職員の意識向上を図る。	職員間で看取りについて意識の確認を行い終末期ケアに向けた指針を明確にする。	12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。

(別紙4(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】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 ( ↓ 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
	* 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(書面で報告する予定)
	<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
	* 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(次回運営推進会議で報告する予定)
	<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( )