

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	2570101002		
法人名	有限会社ミキ		
事業所名	グループホーム三亀 (ユニット名: もみじ)		
所在地	滋賀県大津市別保3丁目1-24		
自己評価作成日	令和 3年 9月 2日	評価結果市町村受理日	令和 3年 11月 1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	滋賀県草津市上笠7丁目8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	令和 3年 10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)】

「住み慣れた地域で互いに支え合い、ゆっくり暮らす。楽しく暮らす。元気に暮らす。」の理念で、のんびりゆったり、元気で日々が送れるよう心がけている。地域の行事へ参加や見学することも多く、開かれた施設を目指している。目的に応じ施設の開放や地域の清掃活動にも職員が参加するなど、近隣住民との交流も深い。一方、施設の防火・防災訓練には地域住人、防災士も参加があり、協力体制ができています。

【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)】

コロナ禍は、町内行事が中止され密な交流は出来なかったが、従来は、自治会のサロンに参加したり、花火大会の夜は、ホームの屋上を地域住民に開放して一緒に楽しむ等の交流が続いていた。定期的に行われるホームの避難訓練に地域の住民の参加があり、避難誘導にも協力体制が築かれている。スタッフは、理念に基づいて一人ひとりの特性に応じた支援に努めている。

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)	○ 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		

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	2570101002		
法人名	有限会社ミキ		
事業所名	グループホーム三亀	(ユニット名: さくら)	
所在地	滋賀県大津市別保3丁目1-24		
自己評価作成日	令和 3年 9月 2日	評価結果市町村受理日	令和 3年 11月 1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	滋賀県草津市上笠7丁目8-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	令和 3年 10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)】

「住み慣れた地域で互いに支え合い、ゆっくり暮らす。楽しく暮らす。元気に暮らす。」の理念で、のんびりゆったり、元気で日々が送れるよう心がけている。地域の行事へ参加や見学することも多く、開かれた施設を目指している。目的に応じ施設の開放や地域の清掃活動にも職員が参加するなど、近隣住民との交流も深い。一方、施設の防火・防災訓練には地域住人、防災士も参加があり、協力体制ができています。

【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)】

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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名: さくら

[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	住み慣れた地域で互いに支え合い、「ゆっくり暮らす」「楽しく暮らす」「元気に暮らす」の理念で、地域の中でその人らしい暮らしの支援を行っている。		
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	ユニットさくらは1Fのため、三亀の玄関の役割をしており、地域の来訪者があればいち早く対応している。運動会や祭り、サロン、などに参加し、散歩時などはお互いに声を掛け合える関係を保っている。		
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	地域清掃活動にも毎月参加し、認知症や介護の相談があれば対応している。		
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	推進会議では毎回地域住人の参加がある。施設の年間行事報告や参加者との情報交換により、利用者の地域参加、インフォーマルサービスにつなげている。		
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に取り組んでいる	市担当者、地域包括支援センター等との連携により、利用者状況や事業所の活動を報告している。また、地域ケア会議等の参加により、情報交換も行っている。		
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	玄関は解放されており、天候・体調により外出、散歩を取り入れ気分転換に努めている。身体拘束の研修を行い、職員が正しい認識のもとケアに取り組んでいる。身体拘束適正化委員会を設置し、2～3か月に1度話し合いの場を設けている。		
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	虐待防止の研修受講、TVなどでの報道の際、職員同士で問題提起し、話し合いを行っている。各ユニットでの会議で確認も出来ている。		

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
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	権利擁護マニュアルを作成し定期的に施設内研修を行っている。運営推進会議に成年後見人の参加もある。また、厚生労働省から通達のあった「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」をマニュアルに追加し、会議にも取り上げている。		
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	入居時、退所時、疑問や不明と感じられた際には直ぐにご連絡いただけるように声掛けを行っている。		
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	意見箱を設置すると共に、来所時に声掛けを行っている。家族へのお便りも毎月2ユニットとも送付している。		
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	ユニット会議などで意見、意向を聞いたり、業務改善提案書を準備し自由に意見を述べるようにしている。また、定期的に個別面談をはかり、意向を伝えやすい環境にしている。		
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	意見箱の設置により思いが言いやすい環境にしている。勤務希望日や時間など職員の意向に添うようにしている。努力が見られたり、功績があった場合は、給与明細袋に感謝のメッセージ等一言コメントを入れている。		
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	施設内研修、随時、外部の研修にも声掛けを行っている。目標設定や聞き取りのため、個人面談にも積極的に取り組んでいる。		
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	淡海グループホーム協議会などを中心に交流や、勉強会を行っていたが、現在活動休止中。今後、活動再開となったときには、積極的に参加し、共通認識や、事例検討、問題解決などに活用したいと考えている。		

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	入所前の聞き取り調査、入所後ケアプランにて慣れていただける取り組みをし、できるだけ声かけを行うようにしている。		
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	入所前の聞き取り調査から、家族の意向に沿えるよう努めている。面会時の連絡や、変化のあった時は、電話などでも連絡を取るなど、気軽に話せる関係を作っている。		
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	「その人らしさ」を反映したサービスにするため、アセスメントを充実させている。状況の変化に応じ、介護計画の変更も行っている。		
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	入居者の状態にもよるが出来ることは手伝ってもらい、洗濯や調理・掃除など、日常生活の役割を担ってもらい、良好な関係作りに努めている。		
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	面会時にはグループホームでの様子を報告し、職員と家族がコミュニケーションをとっている。月に1度、写真をはったお便りで状況報告している。		
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	今まで使用されていた物や、思い出のある品などを持参してもらい、自宅の雰囲気近づけるようにしている。		
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	リビングで歌を歌ったり、体操などをしたり利用者同士のコミュニケーションを取れる環境作りをしている。また、共通の趣味や話題で利用者同志の交流のきっかけを作っている。		

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
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	サービス利用の間に培われた関係を大切にし、退所後も相談、支援させて頂いている。		
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	アセスメントに基づいて本人の意見や希望を聞き、入居者主体の目標を立て個々の特性をふまえ、個別ケアを作成している。		
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	入所前の調査により出生から入所に至るまでの情報をまとめ、生活状況の把握とケアの参考につなげている。また、入所後も情報収集に努め、ケアプランに繋げている。		
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	チームケアを行う上で、全ての職員が本人の状態を把握して活発に意見交換を行って合意を図っている。また、ケース記録や申し送りノート等で情報を共有している。		
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	毎日、入居者とコミュニケーションをとりながら、思いをくみ取っている。また、家族の希望、意見も介護計画に活かせるよう定期的会議により、モニタリングを行っている。		
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	入居者一人ひとりの特徴や変化を個別に記録している。日内変化や天候や面会など環境による変化なども記録し、職員間で共有しケアに活かしている。		
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	状況、環境等の変化が本人や家族に発生した場合、その都度会議や申し送りノートの活用などにより、迅速な取り組みが出来るよう工夫している。		

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	地域行事、サロンへの参加や見学等、インフォーマルサービスの活用をしている。また、町内散歩により、顔の見える関係を築いている。		
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	提携医療機関を確保している。常にかかりつけ医と連携をとり定期的な回診を受けている。入居者の状態に応じて変化が生じた場合は連絡、相談を行っている。		
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	定期回診や、看護師訪問時、利用者の身体において気になることがあれば、相談したり医師への連絡をお願いしている。		
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。	入院時は病院関係者へ情報提供を行い、必要に応じかかりつけ医からの連携をお願いしている。出来るだけ早く退院し帰所できるよう病院関係者へ状況確認や、退院に備えた環境作りに努めている。		
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	「看取りについての事前確認書」を作成し入所時記載してもらっている。看取り、重度化した場合の研修を行い、医師、看護師、家族、職員が協議、連絡できる体制を作っている。		
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	緊急時の対応についてはマニュアル化しており職員への周知徹底を図っている。緊急時対応の研修も行っている。		
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	防火・防災に関する事項についてはマニュアル化しており、職員への周知徹底を図っている。年2回地域住民を交えた防火(災)訓練を実施している。水、食糧の備蓄もしている。		

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
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	個人情報記載の書面の取り扱いや、ケース記録の記入について配慮している。入居者一人ひとりの人格を尊重した対応を心がけている。人生の大先輩であるという意識を常に持ち支援している。		
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	入居者の思いや希望を、日常的に言いやすい環境を作っている。意思表示が難しい入居者には、イエス・ノーで答えられるような会話も心がけている。		
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	本人のペースを守りながら、入居者の希望を受け止め、職員からは十分に話を聞き顔を見ながらの対話、短くわかりやすくハッキリした言葉で、自由に自分のペースで生活出来る様、支援している。		
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	季節に合った衣替え、外出時・入浴時前の準備に本人の意向を聞き準備したり、美容師の訪問にて髪型などにも気を配っている。		
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	メニュー作成の際に好みを聞き、調理やおやつ作りなどを一緒に行っている。。また、行事食には、器の選択や、弁当箱の活用で目先を変え、楽しく食事が出来るようにしている。		
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	栄養バランスなどを考慮した献立を、利用者と共に考えている。摂取量の確認・記録や、1日の水分摂取量記録も出来ている。食事制限のある利用者には、かかりつけ医の指示やアドバイスを参考に工夫し、減塩は常に心掛けている。		
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	一人ひとりに声かけし、見守り・介助しながら口腔ケアを行っている。口腔内の状態把握にも努め、ケア方法の工夫もしている。自分でできない利用者には、一部介助でケアしている。		

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	ケース記録を参照し、個々の排泄パターンの把握に努めている。 自立に向け、本人を尊重した声かけや支援を行っている。		
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	毎食、野菜や果物、乳製品・牛乳をメニューに入れる事を配慮し、毎食後や10時おやつ時の水分補給。体操などを行っている。緩下剤の使用は最終手段とし出来るだけ自然排便を目標にしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週に2～3回の入浴日をもうけ、好みの温度でゆっくり湯船につかっていただけるようにしている。状況によりシャワーキャリーを使ったり安全に配慮している。体調不良などで入浴が出来ない際は、清拭や足浴、更衣等の対応を行っている。		
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	夜間に影響のない範囲で休息していただいている。日中の行動、室温管理や環境整備を行い、安眠できるよう支援している。		
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	薬剤師・医師と情報を共有し薬事情報の確認をしている。変薬や中止薬のあった場合は申し送りノートで連絡し、誤薬のないようダブルチェックに努めている。		
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	入居者には洗濯物干し、たたみ、清掃、調理補助等、日常生活上での役割を担ってもらい自信が高めら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	自治会行事への参加、近隣への散歩、ドライブなど、積極的に外出の機会を増やすようにしている。また、家族と外食や喫茶などの支援もしている。		

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	基本的には利用者に金銭の持ち込みは遠慮して頂いているが、お買い物同行していたく機会を持つようにしている。		
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	本人の希望に応じて、手紙を書く準備や、投函の協力をしている。希望があれば、電話が利用できるように配慮している。		
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	キッチンから食事の匂い、リビングのカレンダー、季節の飾りつけ、庭の花を飾るなど心地よく、家庭的な雰囲気が出せるように心がけている。玄関出てすぐのウッドデッキは誰もが行き来出来るよう、動線がつくられ、日差しの強い時はテントも設置できる。		
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	食卓のほかに、テレビが見やすい位置にソファを置いたり、くつろげるスペースを作っている。、利用者同士が自由に交流、活動出来るよう座席を工夫している。		
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	居室には使い込まれた家具や、生活用品。写真なども配置し、採光や室温管理を行い過ごしやすい空間を作っている。毎朝、居室掃除や換気により、清潔な環境を維持している。		
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	トイレの場所が分かりやすいように、手作りの表示を配置したり、居室入り口に表札を出したりして、分かりやすい場所であるようにしている。手作りの日めくりカレンダーも生活になじんでいる。		

自己評価および外部評価結果

ユニット名: もみじ

[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	住み慣れた地域で互いに支え合い、「ゆっくり暮らし」「楽しく暮らす」「元気に暮らす」の理念で、地域の中でその人らしい暮らしの支援を行っている。	新スタッフ入職時には、事業所の理念を具体的に説明し意識して暮らしの支援が出来るよう意識づけをしている。年1回は、職員研修で理念に沿った支援が出来ているか振り返り、再確認をしている。	
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	運営推進会議だけでなく、運動会や祭りなどの行事見学、施設の開放、地域の清掃活動にも定期的に参加している。	近隣のサロンに参加したり、地域の祭り、清掃活動など積極的に参加している。大津の花火の夜は、事業所の屋上を近隣の方に開放して楽しんでいる。また事業所のトイレを子供たちが借りに来る等地域の中に根付いている。	
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	運営推進会議や、行事による地域交流時、認知症の理解を深める為、相談があれば対応している。		
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	グループホームの行事報告や問題点、取り組みなど報告。地域の行事や交流の機会に繋げている。行政からの連絡書類で地域住人に必要な内容であれば、必要枚数コピーし配布している。	取り組みやヒヤリハット等も含む現状報告を行い意見を交換しアドバイスを受けることもある。地域自治会の関係者からは、地域の情報提供があり、交流に繋げている。会議の記録は、閲覧できる様にして職員間で共有している。	面会に来にくい、家族、関係者に対しても公報できないか検討されてはいかがでしょうか。
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	市担当者、地域包括支援センター等との連携により、利用者状況や事業所の活動を報告している。また、地域ケア会議等の参加により、情報交換も行っている。	市担当者とは、運営推進会議や地域ケア会議で情報交換ができ連携を深めている。相談があればすぐに対応してもらえる関係である。	
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	玄関は解放されており、天候・体調により外出、散歩を取り入れ気分転換に努めている。身体拘束の研修を行い、職員が正しい認識のもとケアに取り組んでいる。身体拘束適正化委員会を設置し、2~3ヶ月に1度話し合いの場を設けている。	身体拘束ゼロセミナーを受講した職員が、報告を兼ねた研修会を開催し拘束のないケアについて確認、振り返りをしている。一人で外出される方には、職員がついて歩いたり、敷地内のウッドデッキで話をしたり、草引きをしてもらったりして気分転換をしてもらっている。	
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	虐待防止の研修受講し、施設内研修で全員に周知を図っている。また、問題の報道があった場合、職員同士で問題提起し、話し合いを行っている。		

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
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	権利擁護についてマニュアル化し、入社時オリエンテーションで説明している。また、職員1人1人が意思決定支援チームとなり、日常生活自立支援に努めている。		
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	入居時、退所時や不明と感じられた際には直ぐにご連絡いただけるように声掛けを行っている。		
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	意見箱を設置すると共に、来所時に声掛けを行っている。家族へのお便りも毎月2ユニットとも送付している。	家族等の来訪時やお便りで意見や要望が出しやすいよう心がけている。出された意見、要望は、ミーティングで話し合い可能な限り反映に努めている。	
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	ユニット会議などで意見を聞き、上申できるようにしている。職員用意見箱の設置や業務改善提案書用紙の準備など、職員の意向を伝え易い環境にしている。	日々のミーティングでも意見や提案は出しやすいと職員より聞き取った。利用者の暮らしに関することや、洗面所やトイレの目隠し等、設備面での改善も職員の提案で反映出来た例もある。	
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	個別面談の機会をつくり、個々の目標、悩み、実績など把握するとともに、勤務希望に添えるよう調整している。努力や、功績があった場合等は給与明細袋に感謝のメッセージ等一言コメントを入れている。		
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	施設内研修、随時、外部の研修にも声掛けを行っている。目標設定や聞き取りのため、個人面談にも積極的に取り組んでいる。研修案内は休憩室に掲示し、常に申し込みできるようにしている。		
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	淡海グループホーム協議会などを中心に交流や、勉強会を行っていたが、現在活動休止中。今後、活動再開となったときには、積極的に参加し、共通認識や、事例検討、問題解決などに活用したいと考えている。		

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	入所前の聞き取り調査や、入所後の様子から、本人にとって最適で安心できる環境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	入所前の聞き取り調査により、在宅時の困りごとや、家族の今後の希望を伺い、出来るだけ添うことが出来るよう支援している。また、気軽に話せる関係を築くよう努めている。		
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	「その人らしさ」を反映したサービスにするため、アセスメントを充実させている。状況の変化に応じ介護計画の変更も行っている。		
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	共同生活を送る仲間であるため、みな平等で同じ接し方をし、利用者同士もそうできるように支援している。 家事手伝い、園芸、作業手伝いなど役に立っていることを実感してもらっている。		
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	月に一度個人ごとに手紙を写真つきで送付し、近況報告をしたり、面会時に報告・相談などを行っている。体調変化や、急ぎの報告などは、速やかに電話連絡している。		
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	友人の面会やなじみの場所、人の思い出を話すことで心の充実を図っている。馴染みの場所がテレビや雑誌、新聞などで紹介された場合、それに関する会話が繋がるよう支援している。	コロナ禍で直接会うことが難しかったが、馴染みの友人や親戚と手紙でつながりが継続できるよう支援している。またツアーのチラシ等を見て回想してもらったり、通院の帰り道、懐かしい場所を通ったりしている。	
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	無理のない程度にレクリエーションへの参加を呼びかけたり、気の合う仲間と話す機会を設けている。		

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
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	サービス利用中の記録は介護サマリーや情報提供書などにより、次のサービスにつなげている。		
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	趣味や特技を把握し、継続できるよう環境を整えるようにしている。	日々の暮らしの支援の中で、特に入浴時などの個別のかかわりが出来るとき本音が出やすく、言いにくそうな方には、イエス、ノーで答えられるよう配慮して意向の把握に努めている。思いは、朝の申し送りで共有し検討している。	
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	本人や家族、前担当者との情報収集とアセスメントに努めている。会話中の表現や、単語、しぐさ等から得られた情報も記録しサービスに繋げている。		
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	1日の活動状況や意欲の観察により、潜在能力の把握に努めている。また、生活歴を知ることにより、実施できる作業や、家事手伝いなどの活動を試みるようにしている。		
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	趣味や得意分野を生かすためチームアプローチを充実させている。 各職員の情報収集はケア会議で取り上げ定期的にモニタリング、アセスメントを行い、計画作成の基盤としている。	本人、家族には、面会時や電話で希望や意見を聞いて反映している。介護計画と連動した介護記録を参考に職員間で意見交換して、アセスメント、モニタリングを行っている。	可能な限り、本人、家族等も会議場に参加が出来ないか検討されてはどうか。
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	記録用紙はいつでも見たり、記入したりできる状態で毎日モニタリング可能である。 申し送りノートにて職員の情報共有を行っている。		
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	ニーズの変化や、それぞれのニーズに応じるため、1:1対応によるケアを行ったり、役割分担や利用者担当を決めている。		

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
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	地域行事、サロンへの参加や見学等、インフォーマルサービスの活用をしている。また、町内散歩により、顔の見える関係を築いている。		
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	医療連携体制を確保し、月2回の定期回診があり、必要時は受診している。24時間電話対応を受けられる環境にある。	事業所の協力医を受診されている方が多いが、認知症の専門医や他の必要な診療科についても、職員が同行受診し、家族や協力医と情報共有している。	
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	定期回診や、看護師訪問時、入居者の身体において気になることがあれば相談したり、医師への連絡をお願いしている。		
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。	入院となった時、入院時情報提供書を作成し、情報提供している。退院許可が出た時点で、状態確認し必要があればリハビリ依頼等の連絡をしている。		
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	「看取りについての事前確認書」を作成し入所時記載してもらっている。看取り、重度化した場合の研修を行い、医師、看護師、家族、職員が協議、連絡できる体制を作っている。	重度化しても頻繁な医療行為が必要ではない方には、本人、家族の意向をふまえ協力医や訪問看護師などの関係者と連携を図り支援している。コロナ禍であったが感染対策を取りながら家族が付き添いホームで看取った経緯がある。	
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	緊急時の対応についてはマニュアル化しており職員への周知徹底を図っている。緊急時対応の研修も行っている。		
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	防火・防災についてマニュアル化し職員へ周知徹底を図っている。年2回地域住民を交えた防火(災)訓練を実施している。水、食糧の備蓄もしている。	地域住民が参加しての災害訓練が定期的に行われている。避難場所までの誘導についても地域の協力体制が出来ている。	

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
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	職員のオリエンテーションでマニュアルに沿って説明している。利用者台帳等の個人情報の取り扱いには注意している。会話時には個々に利用者に合わせて声の大きさ、距離、言葉使いに注意をしている。	入所前に利用者の生活歴を把握し、入所後も利用者が誇りを持って生活出来るよう支援している。人権を守るや身体拘束をしないケアの実践は、当たり前のこととして捉えている。	
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	意思決定ガイドラインをマニュアルとして、研修でも定期的に取り上げている。意思決定が難しい利用者には答えやすい尋ね方に行っている。		
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	一日の中で達成感を感じていただけるように散歩、塗り絵、書道など、無理の無い程度に自由に選択できるように支援している。		
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	更衣時、好みの服を一緒に選んだり、季節に応じたの衣替、入浴後の着替えはこれでよいか確認、毎回の整容も支援している、また定期的な整容も行っている。		
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	季節感や行事食に配慮し、利用者と一緒に献立を立てている。食材の下処理など出来ることや、食器やテーブル拭きも職員と利用者でしている。郷土料理や食の話題に触れることで、回想につなげている。	利用者には、野菜の皮むきやキノコをばらして貰ったり、盛り付けをして貰ったり、利用者の出来ることを手伝ってもらっている。毎食、ユニットで手作りしている。	
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	1週間分の献立提示により栄養バランスを考えている。摂取量確認により日々のモニタリングに繋げている。食事時以外にも定期的に飲み物提供し、1日の水分摂取量を確保している。水分制限、塩分制限者の献立や調理工夫もしている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。自立の方には、声掛け、介助が必要な方には、出来ないところだけ介助している。義歯使用者は就寝前に洗浄液にて保管している。歯ブラシ、コップ等も消毒を行っている。		

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	プライバシーや尊厳を考えながらの声かけ、誘導。報告を受ける。 ケース記録に記入することで、個人のパターンを把握、モニタリングにも生かしている。	出来る限りトイレでの排泄支援にこだわっているが、利用者によっては、夜間のみポータブルトイレを使用し、安全に排泄出来る支援を実施している。トイレの場所を認識してもらう為に張り紙などで工夫している。	
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	乳製品、果物、根菜などをメニューに取り入れ、食物繊維の調理法の工夫をしている。 歩行やリハビリ体操を日課に取り入れる一方摂取状態に合わせた調理提供に取り組んでいる。		
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	週3回本人の健康状態を配慮し、その日に意向に沿った時間帯に入浴をおこなっている。出来ることはやっていたりながら、コミュニケーションの充実に努めている。	入浴時間を大切なコミュニケーションの場と捉え利用者の日々の思いや願いや困りごとなどを聞いている。入浴準備や洗濯は、職員がおこなっている。	
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	就寝時間は本人に任せ、入眠出来ないときは職員との会話や飲み物提供などで安心感を与えるようにしている。体調に合わせて安眠・休息できる環境を提供している。		
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	薬事情報はいつでも見れるようにしてある。 変更時は申し送りノートに記入し情報を共有し、体調管理に努めている。 新薬や変薬で理解不足のときは薬剤師に聞いたりする対応を行っている。		
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	やりたいこと、好きなことを日常の会話から見出し、役に立つ喜びを感じてもらえるよう、家事・作業手伝いをしていただき、感謝の気持ちを必ず伝えるようにしている。		
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	近くの公園や庭に散歩に出かけたり、外食や行事の計画を定期的な立て実行している。また、ご家族の協力による外出、外食などインフォーマルサービスも取り入れている。地域の行事の見学や地域住民との交流をはかっている。	日常的な外出支援としては、近隣への散歩が中心となっているが、事業所の屋上へ上がり日光浴を行ったりもしている。今後は、時期を見ながら、ドライブなども検討している。	

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	基本的には、利用者に金銭の持ち込みは遠慮して頂いているが、お買い物の同行をしていただく機会を持つようにしている。		
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	本人の希望に応じて、手紙を書く準備や、投函の協力をしている。希望があれば、電話が利用できるように配慮している。		
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	毎日定刻、清掃・消毒・換気を行っている。温度調節は利用者の声を優先している。手が届くところに本や雑誌、新聞等を配置し、季節の花や植木を配置することで和みの空間を演出している。	ユニット内は、とても明るく太陽光の光や小学生の登下校の様子が見れたりと開放感溢れる造りとなっている。代表手作りのウッドデッキがあり、そこでおやつなどを食べることも出来るように工夫されている。	
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	リビングにソファを置き、ゆったりした空間を作っている。共同空間は利用者個々がお喋りしたり、好きなこと、家事ができる空間づくりを工夫している。屋上は、360度地域が見渡せ、気分転換をはかることができる。		
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	家具などは本人の使いやすい場所に配置し飾りつけも相談しながら行っている。収納品が分かりやすいように、内容を表示するシールなどを貼って分かりやすくしている。	居室内には、馴染みの物を持参頂けるよう入所前に伝えている。仏壇や手芸の道具を持ち込まれている方や携帯電話を持参し、自ら家族に電話を掛けている方もおられる。	
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	トイレの場所がわかりやすいように手作りの標識を数箇所に設置している。居室には手作り表札をかけている。利用者一人一人にとって何が危険であるかを職員全員で把握し、共有している。		

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	4	運営推進会議録は、家族等が面会時、いつでも閲覧できるよう、設置出来ているが、面会に来にくい家族、関係者には公報ができていない。	面会に来れない家族や関係者にも、運営推進会議録を閲覧してもらう。	面会の有無にかかわらず、運営推進会議録は、家族や関係者に郵送等の方法により届ける。	6 ヶ月
2	26	職員間の定期的ケア会議で、アセスメント、モニタリング、意見交換等を行い、介護計画に繋がっているが、本人、家族等も会議に参加できないか。	介護計画には、本人、家族の意向を反映させる事が重要なため、出来るだけ会議には本人、家族も参加してもらう。	利用者の状態が変化した時や、介護保険更新、区分変更が行われた時は、本人、家族、関係者等にも、担当者会議に参加してもらう。	12 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()