

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	2570500369		
法人名	株式会社 ナガオカ		
事業所名	グループホーム悠愛		
所在地	滋賀県東近江市五個荘竜田町528-4		
自己評価作成日	平成30年12月25日	評価結果市町村受理日	平成31年3月7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	滋賀県草津市笹山七丁目8番138号 滋賀県長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	平成31年2月7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)】

『気兼ねなく暮らせる第二の我が家』の理念を基に、自立と尊厳を基本とし「自分らしく」過ごして頂ける様に支援を行っております。今までの生活歴や趣味、ライフサイクル等を大切にし、今までの生活の延長線として当施設での生活を送って頂ける様に支援しています。また、料理や洗濯等の家事、前庭にある畑作業、縫い物等ご本人様の特技や潜在能力を生かして頂き、生き生きとした毎日を送って頂ける様に支援しています。認知症に関しては、日々変わりゆくご本人様の状況に応じて、一人一人に合ったケアの方法を検討し実践を行っております。一方で長期入所等により重度化されておられるご利用者様に対しては、ご本人様、ご家族様のご要望に応じて馴染のある所で最期を迎えて頂ける様に医療連携体制や看取りに対応する事が出来るような体制も整えております。ご利用者様が、いつまでも安心して自分らしく「第二の我が家」と感じて頂ける様に…職員一同努めさせて頂いております。

【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)】

歴史ある近江商人の町並みと新しい住宅が混在する静かな住宅街の中にグループホーム悠愛はある。ホームの前には広い庭があり、利用者や職員が四季を通じて花や野菜を育てている。ホーム中央に位置するリビングからも眺めることができ、楽しみの一つになっている。職員は生き生きと働いており、それが利用者に対しても良き支援につながりっている。身体拘束ゼロへの積極的な取り組みや、入所前からのかかりつけ医が継続できていること、それぞれの往診のため毎週のように医師がホームを訪れていること、さらには医療連携体制の整えて重度化・終末期においてもチーム一丸となって終末期ケアに取り組み、また実績も積んでいることから、利用者や家族の信頼や安心につながっている。

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	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. 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)	○	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)	○	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				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)	○	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)	○	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
			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	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. 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)	○	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	○	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
			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)	○	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	○	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	
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	ご利用者様が理念である『気兼ねなく暮らせる第二の我が家』と感じて頂ける様な支援の方法を話し合い検討しケアに取り組んでいる。ご利用者様の状態は日々変化するものであり、その状況に合ったケアが出来る様に職員一丸となって取り組んでいる	毎月のスタッフ会議で理念に沿ってケアの方法や内容等を話し合っている。利用者の希望する食事の形態やどのように提供するのが良いか等も話し合う。決まったことは他の職員にも日報等で周知するようにしている。	
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	地域の民生委員様や自治会長様に協力を得ながら、8月に実施した夏祭りの際に近所の方々を招待した。また、11月に地元行政により実施された認知症行方不明者早期発見保護訓練にも参加させて頂いた。	一般の方に認知症を理解してもらうため五箇荘で行われる早期発見保護訓練には実行委員の一員として毎年参加。施設での夏祭りには地域の方も参加してもらい交流をしている。自治会の運動会に招待もされている。	地域住民とのつながりを更に持つためにも自治会への加入を検討してほしい。
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	運営推進会議にて高齢者介護及び認知症介護について悩み相談があれば、相談に応じる姿勢を示している。入居を申込みをされる方は、介護に関して不安を抱えておられる方が多い為、入居申込みの他、介護に関する相談にも応じている。		
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	2ヶ月に1回施設内で実施している。会議内容は、利用状況、施設運営状況、身体拘束廃止への取組み、地域行事の情報の共有、施設行事の協力の依頼及び報告等様々な報告や話し合いを行っている。	利用者家族、自治会、民生委員、市職員が毎回参加されている。ホームの運営状況や取り組みの説明、地域行事等の情報交換がなされている。話し合った結果は冊子として玄関に設置し誰でも読めるようにしている。	できれば利用者の参加も検討してください。
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	適切な施設運営を行う為に、不明な点などは、市担当部署に問い合わせを行い、確認しながら行っている。直近では、身体拘束等適正化のための指針について市長寿福祉課担当者と協力を得ながら作成した。	市の担当者が2ヶ月毎の運営推進会議に参加していることで、利用者の暮らしぶりを直接見てもらっている。それ以外でもこまめに市に確認・報告・相談・意見交換ができており、市との関係性ができている。	
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	身体拘束適正化の為の研修は、年3回、身体拘束適正化委員会は3か月毎に実施している。 本年度実施された、身体拘束ゼロセミナーにも参加し、職員全体で共有を図った。	夜間は玄関を施錠している。3か月毎に委員会を開催し介護行為に対して身体拘束になっていないか検討、職員に徹底している。まだ無いが点滴等一時的に拘束しなければならない時でも家族に了解を得たり、他に方法はないかケアの方法を検討している。	
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	日常の介護の場面において、知らず知らずの間に虐待を行っていないか、高齢者虐待防止学習テキスト等を用いて、高齢者虐待について学習している。		

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	権利擁護制度及び成年後見制度を利用しておられるご利用者様も入居中である。ご本人様、ご家族様、後見人様等と連絡を取り合い状況の報告や今後の見通し等について相談支援を行っている。		
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	入居申込み時に利用料金やサービス内容について説明を行い、更に入居決定前に詳細な説明を行った後本契約を行っている。制度改正による契約の改定や契約の終了時には分かりやすく説明し疑問等には返答出来るよう体制を整えている。		
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	ご利用者様から具体的要望が出されることは少ない。家族様からの希望や要望は受診付添時や家族交流会等の際に伺い出来る限り反映できるよう努めている	玄関に意見箱を設置しているが意見は入っていない。家族の面会時や用事で電話をした時、受診の付き添い時、家族交流会の時にできるだけ問いかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに努めている。	家族等が意見や要望等を表せる機会をもつためにもアンケートの実施も検討してみてください。
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	毎月行っているスタッフ会議にて、前月の利用状況について報告している。全体で話し合いをしたい事があれば毎月行うスタッフ会議で話し合えるよう時間を設けている。また、個人的に話がしたい場合は、適時、面談を行っている。	管理者は職員の要望や意見を聞くよう日頃から心がけており、職員も自由に意見が言える関係性ができていると聞き取る。利用者の安全面から職員の提案で当日も浴室に手すり設置されていた。	
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	施設稼働率、勤務実績、勤務態度等は、管理者より代表者に報告を行っている。代表者は、管理者からの報告を受け各職員の賞与等の査定を行っている。また、出来る限り残業がないように労働環境を整えている。		
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	代表者は、ケアに関するスキルアップを常日頃から口になされている。外部研修として本年度は、認知症介護基礎研修や社会福祉士養成講座など外部研修への参加している。定期的に施設内研修も行っている。		
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	市が開催している事例検討会では他グループホームとの意見交換を行うことができています。また、各種研修会で知り合った介護関係者は研修会だけに留まらずネットワークづくりに繋がっている。		

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	
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	インテークの段階でご利用者様の話は優しく穏やかに伺い適度なあいづちを打つなど傾聴や共感の姿勢を示し受容出来る様に努めている。その後にアセスメントを行いサービス内容の検討と導入へと進めている。		
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	インテークの場面からサービス開始に至る段階では、ご家族様からの困りごと、不安について伺う様に努めている。在宅における介護に対する心情を理解し共感できるように努めている。		
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	まず、インテークの場面で、ご本人様ご家族様が必要としているサービスがグループホームのサービスが合っているか見極め、必要に応じ他サービスの利用を提案している。また、施設サービス利用に当たってメリット、デメリットも伝えている。		
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	ご利用者様に「第二の我が家」と感じて頂ける様に共に笑い共に悲しむことが出来るような関係づくりに努めている。家事動作を共に行ったり、時にご利用者様から職員にアドバイスや手助けをされたりする姿も見られる		
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	ご利用者様のケアを検討する際にご家族様からの要望をできるだけ取り入れている。家族交流会など、ご利用者様、ご家族様、施設職員が交流を持ち意見を伺えるような機会を設けている。		
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	ご家族様との外出や親戚の方との外出等において、できる限り協力できることは協力する姿勢を示している。外出前の準備や体調確認などを行っている。	情報は家族から聞くことが多い。馴染みの場所に家族と外出される時には、混乱を避けるため伝えるタイミングを考えたり、必要な方には車いすを用意したり、排便のコントロールで安心して外出できるように支援している。	
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	気の合うご利用者様同士、話が好きなご利用者様同士など普段の様子から食事席を配慮している。孤立しがちなご利用者様には、職員が関わり他ご利用者様との関係づくりに繋げている。		

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
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	退所時に、ご家族様からの了解を得て退所先の施設等に情報提供を行っている。また、退所後、施設やご家族様からの相談または問い合わせがあれば対応している。		
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	ご利用者様の発せられる言葉の他、態度、表情、食事量、活力、普段の何気ない一言等からご本人様の思いを分析し、職員間で共有してケアプランを作成している。	本人が話してくれる内容や日々の暮らしの中での表情や態度等からも意向をくみ取るようにしている。3ヶ月毎のケアプラン見直し会議でより良い内容になるよう話し合い、新しいプランにつなげている。	
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	入居前に生活歴やライフスタイルなどの把握を行っているが、入所後に改めて知る事も多い。ご本人様、ご家族様に確認を行いながら必要に応じてサービス内容の変更を行っている。		
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日の流れが記録できる個人記録があり、例え、異常等がなくとも、一日のご様子が分かるような記録を行っている。特に、細かいことであったとしても職員の「気づき」の部分は大切である		
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では、モニタリングの最終チェックと予後予測し目標の再設定を行い、サービス内容の検討を行っている。ご本人様ご家族様の意向、訪問看護からの意見等も取り入れている	家族からは来られた時等に希望等の意向を確認している。3ヶ月毎のサービス担当者会議には職員だけでなく訪問看護の意見も取り入れケアに反映させるようにしている。	
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	個人記録、各種チェック表等を用いて健康管理を行っている。また、主だったことや職員気づき等、全職員の周知が特に重要と思われる事項は日報に記録し、職員間で共有、対応の検討を行っている。		
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	必要に応じ、医療保険による訪問看護、訪問歯科、医師の往診、薬局との連携、徘徊時の行政サービスの利用等の他、外出支援、高齢者介護に関する相談、受診付添、看取り時の個別の相談等を行っている。		

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
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	近隣に存在する医療機関との連携を図っている。また、ボランティアセンター等を通してボランティアの受け入れを勧めている。地元自治会からの要望があれば出来る限り取り入れ、また、協力を依頼することもある。		
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	基本的には、ご本人様、ご家族様の希望される病院にご家族様の付添にて受診されることになっている。病院への通院が困難な場合は、往診を依頼したり、ご家族様と共に悠愛職員が通院の際に介助している場合もある。	毎週往診してもらうホームの協力医の他、入所前からのかかりつけ医を受けておられる方が3名ある。家族が付き添う場合はホームでの様子を書面で渡し、受診結果も書面で受け連携を図っている。	
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	当施設では看護師は不在であるが、24時間体制で訪問看護ステーションとの医療連携体制を整えている。体調の異変時や介護職員では判断に迷う内容については随時、訪問看護に連絡を取り指示を受けている。		
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。	入院時には、ご家族様の了解の元、病院に情報提供を行う。入院中に病院の地域連携室と連携を図り、入院中のご様子や退院の目途等を伺い、帰設が可能な場合は、退院前カンファレンス等にて入院中の経緯や退院後の注意点等の情報収集を行う。		
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	看取りを行うに当たってはご本人様の意向を第一に、ご家族様、主治医、訪問看護、施設職員が揃う話し合いの場を設け、方針と役割を取り決めを行い、チーム一丸となって終末期ケアを行う。終末期ケアについては、運営推進会議にて報告を行っている。	本人・家族の意向を含め職員皆も連携し、安心して最後を迎えられるよう取り組んでいる。職員に病院の看護助手をされていた方も多く、また平成29年から医療連携が整い、訪問看護のアドバイスや協力もあることですでに2名の方を看取っている。	
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	利用者の急変や事故発生時に備えた、マニュアルを用いて、新人職員には説明を行っている。特に新人職員には、救急救命研修を受講する予定がある。		
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	昨年度は火災に関する避難訓練を年2回、水害時の避難訓練を年1回実施している。非常食品、衛生用品は常備している。停電が起こった際は、施設本社に応援を要請し協力を得た。	消防署の協力を得て定期的に避難訓練・避難経路の確認をし、手続き訓練や水まきの練習もされている。水・非常食・オムツ等の衛生用品等の備蓄もされ、古くならないように順番に使用し入れ替えている。	

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	
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	ご本人様の言葉や想いを否定せず、受け止めることができるような対応に努めている。また、言葉の奥にあるご本人様の思いについて職員間で模索しケアに生かしている。	訴えに対して、体調や様子を見ながら思いを探る。親しみの中にも馴れ馴れしさに注意し、その人の不安を取り除く話題(例息子さん)でコミュニケーションを図り安心につながる工夫をしている。記録類は事務所保管。		
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	食べ物などは、ご利用者様の希望を出来るだけ取り入れている。普段の会話等から、ご本人様の思いや趣味などのやりたい事、嗜好などを聞き取り、レクリエーションや家事の場面で取り入れている。			
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	ご利用者様の生活サイクルは其々違う。その日によっても違う。起床時間や就寝時間、レクリエーションなどは、其々個別ご本人様の意向を伺いご様子を見ながら対応している。			
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	気温室温に合った衣類の選択や身だしなみを整うことができるように一緒に衣服を選んだり声掛けを行うことがある。但し無理強い行わず、時間や場所を変えて支援している。			
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	テーブル拭きや野菜の皮むきなど協力して頂けるところはご利用者様が行っている。食事の内容もご利用者様の意向を出来るだけ取り入れ、食事中の会話を楽しみながら召し上がっておられる。	利用者も一緒に下準備、職員も同じ食事を摂る。好みを主張する人や、自分の地域の話等で会話が弾む。利用者にチラシ等を見てもらい意向を確認しメニューを決めている。現在朝・昼食は施設で手作り。夕食は宅配食利用。		
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	水分や食事が適切に摂取できるように、食事や水分の形態、提供時間等について職員間で検討をしている。また、ご利用者様の嗜好にあった食事の提供に努めている。			
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	定期的に口腔ケアの方法を見直しご本人様に合った口腔ケアを行う事が出来る様に支援している。口腔内トラブルが起こった時は、訪問歯科と連携を取り解決できるように支援している。			

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	排泄チェック表にて排泄の状況を把握し、パット漏れがない時間を目安にトイレ誘導を行っている。また、トイレ誘導を拒否される場合には声掛けの仕方や時間やタイミングを見測る等工夫して対応している。	排泄チェック表を活用し、まわりの方に気づかれない様な声かけを心がけている。トイレでの排泄を大切にし、必要な方にはその人に合わせたパットを検討している。	
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	排便チェック表に排便状況を把握し、軽体操を行ったり、乳製品や野菜を多く取り入れた食材の提供、入浴時の腹部マッサージ等を行っている。それでも排便がない場合は主治医や訪問看護師と連携し医療的な対応を行っている。		
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	入浴の時間や回数は出来る限りご利用者様の希望に添った入浴が出来る様にしている。入浴拒否がある場合は、職員間で対応を検討しながら、ご利用者様が少しでも気分よく入浴して頂ける様に支援している。	午前・午後を問わず、希望時に入浴できる体制が整っている。時には拒否の後、夕方に入る人もある。肌の弱い人には、弱酸性の物やガーゼを使用するなどしている。不安なく安心して入浴できるように努めている。	
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	ご本人様のご様子を見ながら、日中でも臥床時間を設ける等し、ご利用者様の意向や身体への負担が軽減できるような対応を行っている。就寝時間、起床時間もご利用者様の意向を第一にしている。		
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	服薬の内容については、医師、看護師、薬剤師と連携し、薬の目的と副作用、服薬方法等について確認している。全職員がすべての薬の内容を把握できてはいないが、特に副作用の出やすい薬については、注意するように伝達している。		
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	折り紙が得意な方、裁縫の得意な方、家事が好きな方等其々に違った潜在能力を生かして頂き、楽しみや施設の中での役割を持って過ごしていただけ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	夏は猛暑があり冬は感染症の心配もあり遠方への外出はできていない。日常的に戸外への散歩は行い季節の移り変わりを感じて頂いている。外出ではないが家族の方や近隣住民の方を施設に招待して施設の中で交流を図って頂ける様な機会を設けた。	週3回は散歩に出かけ近隣の人とあいさつを交わし、交流の機会も増えつつある。家族送迎で、住んでいた地域の老人会の集会に参加されることもある。男性入居者の自宅の畑に桜の木があるとのことで、春には花見に出かけたい。と聞き取る。	地域住民の交流が深まり、花見外出が実現できると良いですね。

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	ご自身で現金を所持され、職員と共に買い物に行かれ好きな物を購入されるご利用者様もおられた。現在、現金を所持されているご利用者様はおられないが、本人の希望や能力に応じて現金所持に関する支援を行う準備がある。		
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	ご本人様の希望があれば、ご家族様やご友人等に連絡を取らせて頂くことは可能である。電話をかけることが困難であれば電話を繋げてご家族様と話をさせて頂くこともある。ご入居後もご家族様、ご友人との繋がりは大切にしている。		
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	日中過ごされる事の多いホールは、日当たりも良く外には庭と畑が面している為、四季の移ろいを感じて頂くことができる。介護用品・介護記録などは、出来る限り整理している。また、ご利用者様の作品等を掲示したり季節に合った飾りをご利用者様と共に作り飾っている。	あちこちにソファが置かれていて、ちょっと一休み、静かに一人で過ごしたい時等に休める環境が整っている。畑は入居者、経験のある職員も加わり、苗を植え、草むしり、収穫の喜びを味わっている。昨年は夏野菜が多く収穫できた。と聞き取る。	
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	広い廊下の片隅や玄関にソファを設置し、一人で過ごすことができるスペースがある。また、食事席については、日常のご様子から気の合ったご利用者様同士気兼ねなく過ごして頂ける様に配慮している。		
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	自宅で使用されていた茶碗や湯呑、寝具等を持参して頂き、引き続き使用して頂ける様にしている。ご自身で整理しやすいようタンスの引き出しに入れる物を明記しておられる方もおられる。	全室畳の部屋でエアコンとカーテンは備付である。ベッドは持込、転倒のリスクを考慮し布団を敷き寝る人もある。お仏壇や夫の遺影がある部屋、ご家族の協力でタンス引出の明記など、その人らしい居室となっている。	
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	トイレや居室の場所の掲示、歩行時の障害物の排除、施設内の整理整頓、使いやすい物の配置、足元灯の設置等を行っている。環境づくりは、身体介護等直接行う介護同様に重要であると考え環境を整えている		

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	2	昨年度は、夏祭りの際地域住民の方を招待するなど以前よりは地域交流を図ることができたが、更に地域交流を進め、地域包括ケアシステムの一部、地域密着型介護施設としてグループホームが機能していく必要があると思われる。	地域の方々との交流の機会を行事を通して多く設けられるようにしていく。	地元主催の運動会を見学させて頂ける機会があれば見学に伺う。 悠愛夏祭りに地域住民の方を招待する。 悠愛の畑にサツマイモを植えて収穫の際に地域の方々と交流ができる機会を設ける。	12ヶ月
2	18 20	施設入居になり、これまでご利用者様それぞれが大切にされてきた人や場所との関係が途切れていってしまうことがある。	ご利用者様がこれまで大切にされてきた馴染の人や場所との関係が途切れないような支援を行っていく。	ご利用者様が今まで大切にされてこられた桜や畑を見にいく。行きつけの美容院があれば、その美容院にいけるように対応していく。趣味や買い物等ご利用者様の希望があれば出来る限りご利用者様の希望に添うことができるように対応していく。	12ヶ月
3	10	施設内に意見箱は設置しているが、家族等が意見や要望等を表せる機会をもつことができていない。	ご家族様の意見や要望を伺うことができる機会を設けていく。	年間約3回実施を予定している家族交流会を利用しご家族様にアンケートを行う。 ご家族様からの意見や要望を言いやすいように無記名で送付して頂けるようにする等などの配慮を行う。	12ヶ月
4	4	運営推進会議に参加についてご利用者様の参加ができていない。	運営推進会議にもご利用者様が参加して頂ける機会を設けていく。	ご利用者様のご様子を見ながら、運営推進会議に参加して頂き、例え一言でも発言して頂けるような機会を設けていく。	6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】		
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	☐ 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
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ 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
		☐ 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
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ 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
		☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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)
		☐ ⑤その他()