

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	H29/12/1	評価結果市町村受理日	平成30年2月22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2月1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、嗜好、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、施設内での行事や日々のレクリエーション活動等を通してご本人様の潜在能力を生かして頂ける様に支援を行っています。一方で長期入所者様等重度化されておられる方等もおられます。そういった場合ご本人様、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。利用者様が「いつでもいつまでも安心して自分らしく」過ごして頂ける様に…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)】

歴史ある五個荘の落ち着いた町並みと新しい住宅が混在する中にグループホーム悠愛はある。ホームのリビングから眺められる広い庭は、四季を通じて、花や野菜を育て、眺める楽しみがあると聞く。冬は雪が積もることもあるが、その眺めも懐かしい昔を思い出し会話が弾むキッカケとなっている。また外に出る日が少ない季節には、ぼたもち作りやかきもち作りを職員が利用者に聞きながら行っている。平成29年11月から「重度化した場合および看取りに関する指針」が整備され出来るだけ本人や家族の意向を踏まえた医療連携体制が整えられた。

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、活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				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

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	「気兼ねなく暮らせる第二の我が家」の理念を目標に、利用者様が“自分らしく”日々、過ごして頂ける様に管理者、職員が話し合いを行ない一丸となってケアに取り組んでいる。	全員参加による毎月のスタッフ会議で理念を念頭に入れた支援が出来るか振り返り確認している。利用者の趣味や習慣を大切に自己決定が出来る支援に努めている。	
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地域行事や催し、地元行政主催の認知症徘徊発見訓練などにも参加させて頂いている。また、現在地元自治会等の協力を得ながら地域ボランティアの受け入れが出来る様に努めている。	日常の散歩時には、近隣の人との挨拶は交わっているが普段の暮らしの中での交流は少ない。職員は、出来るだけ地元行事に参加して地域と関わりを持つよう努めている。	地域とのつながりを広げるためには、自治会に入会の検討も視野に検討されることを期待します。
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	運営推進会議にて当ホームが協力できることは行わせて頂く様にしている。自治会町や民生委員の方に対して、在宅で認知症の対応について困っている方や悩み相談があれば、いつでもご相談に応じる姿勢を示している。		
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践、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か月に1回、開催。場所は施設内で実施。会議内容は主に利用者様に関しての報告や施設運営状況の報告など。また、この機会に参加できる地域の行事や催し物の情報の共有を図っている。	利用者家族代表、地域住民代表(民生委員、自治会長)市職員の参加で定期的開催され、ホームの運営状況や取組、情報交換がされている。出された意見等は家族や職員に報告し共有を図っている。	
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	適正な施設運営を行う為に、各種申請方法、運営基準等分からない事は市長寿福祉課に問い合わせ確認しながら行っている。直近では洪水時の避難確保計画等も東近江市の災害危機管理課と長寿福祉課に確認しながら作成を行っている。	市担当者が運営推進会議に参加しており事業所の運営状況や、取組みについて報告し意見をもらっている。相談必要時は、すぐに対応してくれる関係性が出来ている。	
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	身体拘束に関して施設研修を行い、職員全員で周知を行った。身体的な拘束の具体例やスピーチロック等についても研修を行った。玄関はオートロックであるが玄関前に階段がある為に転倒防止の意味もある。	年2回、外部研修報告を基に事業所内で研修を持ち、身体拘束をしないケアについて理解を深めている。一人で外出をされようとする方に対しては、無理に止めるのではなく、職員と散歩やさりげない声かけをして対応している。	
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	高齢者虐待防止学習テキストを用いて高齢者虐待に関する施設内研修を実施している。各職員が自覚を持って取り組む事を学んだ。特に言葉による虐待が知らず知らずの内に話している事の怖さを実感した。心算にも取り組んでいる。		

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	現在、権利擁護事業、成年後見制度を利用されている利用者様がおられる。また、新たに成年後見制度を利用しようとされている利用者様もおられ制度利用に当たり家族様、各種関係者様と連携を図っている。		
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	入所前に利用料金やサービス内容等について大まかに説明を行っている。更に入所時に細かい説明を行い契約を行っている。解りやすく説明し疑問点には速やかに返答している。制度改正時にも再度、契約を行っている。		
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	面会時や受診時に家族様からの希望や要望はお聞きし出来る事から実施している。利用者様や家族様からの意見や要望も施設の質の向上の為に参考にさせて頂いている。	家族の面会時に意識的に意見や要望を聞くようにしている。利用者との日々の暮らしの中で言葉や表情からくみ取り職員間で共有し反映できるよう検討している。	
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	月/1回のスタッフ会議にて業務内容や施設行事、ケア内容について意見交換を行う場を設けている。緊急を要する問題発生時は随時、話し合いの場を設けている。現場で対処できない問題は本社に相談している。	スタッフ会議で意見や提案は言いやすく、検討後運営に反映できている。必要時は、管理者が個人的にも話を聞いてくれると職員より聞き取った。	
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	施設稼働率や勤務実績、勤務態度等、管理者より代表者に報告を行っている。代表者は管理者より報告を受け給料水準の査定を行っている。また、各職員の勤務時間等は出来る限り各職員の希望に添う事が出来る様に調整している。		
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践と力量を把握し、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は常日頃から口になされている。外部研修としては認知症介護実践リーダー研修等に参加し、定期的に施設内研修も行いスキルアップを図っている。		
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	グループホーム部会に参加しお互いの情報共有を行い参考になる事柄は取り入れている。また、市が開催している事例検討会に参加し、ケアマネの質の向上、プランを立てる際の視点の勉強に役立っている。		

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	事前に情報を把握し面談の際は本人様の維持能力を考慮しながら本人様の話す言葉に視点を置きじっくりと聞いている。本人様の思いを最優先に考える。家族様の思いや希望も考慮している。		
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	入所時には家族様が施設での生活をどのように送って欲しいかとお聞きし、出来る限りケアプランに反映出来るように努めている。また、受診の付添や施設の面会時間等出来る限り家族様のご要望に添って出来る様に努めておりました。		
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	本人様の潜在能力を把握し本人様の出来る事は出来る限り本人様に行って頂ける様な支援を行っている。但し、無理強いはいしない。また、市福祉課、訪問看護、訪問歯科、薬局との連携が図れる体制も整えている。		
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	利用者様から学ぶ点は非常に大きい。特に自立支援においては出来た時の喜びは利用者様より職員の方が嬉しい。自立出来た時、一緒に喜べる事は私達、職員のやりがいに繋がっている。		
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	利用者様に行うケアを検討する際に家族様の意見を取り入れたり、また、本人様のご様子について家族様との連絡を行っている。受診の付添が可能ご家族様には付添いをご家族様にお願いしている。		
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	過去にお盆には墓参りの為に外出する事があった。また、本人様より叔母や従妹に合いたいと言う希望があれば家族様に連絡しその場所へ外出する機会があった。その後、従妹が面会に来られた。	馴染みの人や場所は、本人や家族から聞いて把握し共有している。一人ひとりに対応した外出はできていないが近場のなじみの公園で弁当持参で花見をした。家族と共に出かけられる時には、体調調整や着替え等の支援を行っている。	
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	気の合う利用者様同士、話が出来る利用者など、普段の様子を観察しホールでの席の移動を試みている。		

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	退所した利用者様に対して他の入所先に赴く事は行っていない。退所時に家族様の了解を得て退所先の施設等に情報提供は行っている。退所後家族様に電話にてお話を伺っている。また、退所後の施設からの問い合わせにも対応している。		
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	意思疎通な利用者に関しては発する言葉や態度で把握し、言葉が出ない疎通の不可能な利用者には表情や食事量、活力などを目安に分析し職員間で情報共有を行い原因を探っている。	日々の暮らしの中で言葉や表情から意識的に思いや意向をくみ取るように努め、毎日の引き継ぎ時に話し合い、共有している。個人記録にして介護計画に反映するようにしている。	
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	入所前に生活歴やライフスタイルなどは把握しているが、入所後に改めて解る事もある。解決の為に家族様より情報収集を行う。本人様らしく過ごせる事が大切。情報は必須。		
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日誌があり、出来る限り記入漏れがないように務め、1日の過ごし方の把握を行っている。健康管理や精神面な部分も含め、関わる職員の気付きや視点が重要。		
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にてモニタリングの最終チェックを行いケアプラン作成に繋げている。また、具体的なケア内容は家族様の意向や職員の意見の他、医療関係者等のアドバイスも取り入れている。	本人、家族には、日頃の関わりの中で想いや希望を聞いて介護計画に反映している。日頃のケア記録を基にケアスタッフと共にモニタリングを行い介護計画の見直しを行っている。	サービス担当者会議に本人、家族の参加も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	個人記録の他、各種チェック表にて健康管理を行い体調の異変の早期発見、早期対応に努めている。また、普段と違った様子が見られた時は記録に残している。また、サービス担当者会議の際に振り返りを行いケアプラン作成に活かしている。		
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	必要に応じ行政などの相談窓口を利用している。また、訪問看護、訪問歯科、医師の往診、薬局との連携、外出支援、買い物支援等、一人一人利用者様のニーズに対応出来る様な体制を整えている。		

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
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	人員不足の問題もあ地域との関わりは薄い。現在地元自治会等の協力を得ながら地域ボランティアの受け入れが出来る様に進めている。		
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	本人様の疾患や状態(移動の状況)等を勘案し、家族様、訪問看護師と相談しながら受診先を決めている。受診時は受診記録にて(施設内の様子や体調、疾患)情報を提供し連携を図る。疾患に関して主治医から指導を受ける。	ホームの協力医の他、本人、家族が希望する病院に受診している。基本的には、家族同行の受診となっているが必要時は、職員が同行することもある。ホームでの様子や受診後の結果については情報の共有が出来ている。	
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。	入院中に地域連携室と連携を取り退院にむけての調整を行う。帰設が可能であれば退院カンファレンスにて経緯や注意点など主治医を交えて情報収集を行い退院に備える。		
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	H29年11月「重度化した場合および看取りに関する指針」を施設で取り決めを行った。今後、看取りを希望される方がおられれば対応する事が出来る様に体制を整えている。	平成29年11月「重度化した場合および看取りに関する指針」を作成し、今後、本人や家族の意向を踏まえ、医療、ケア職員等が連携して対応できるよう随時意思確認しながら取り組める体制を整えた。	
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	緊急時対応についての研修を行っている。また、消防署が実施されている救急救命研修をすでに受けている職員も含めて改めて全職員が受ける事が出来る様にしていく計画がある。		
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	毎年、年2回以上避難訓練や誘導訓練を行っている。また、近年多発している洪水について来年度より水害時の避難訓練も実施していく予定である。	定期的に避難訓練が行われている。非常食や、衛生用品など物品の備蓄がある。水害時の避難訓練の実施を計画している。	

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	過去の生活歴、価値観は人それぞれ違う、利用者様が大切に思っている人、物の把握に努め、傷つけない、喪失感を味合わせない、劣等感を感じない対応を心がけている。話を聞く姿勢は利用者目線で・・。	関わりの中で本人の言葉を否定しないで、そのまま受け止めて対応している。スタッフ会議で対応方法を検討し情報を共有している。と聞き取る。記録は入居者に見えない工夫をし、責任ある取扱いと管理に努めている。	
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	飲み物やお菓子は好みに合わせて提供している。日常会話の中で、本人様の思いを希望を聞き出し、出来る限り希望に添う事が出来る様に家族様を交えて支援を行っている。		
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	利用者様のペースやその日の様子に合わせて職員が動いている。また、業務を行う際は、バタバタと動いたり大きな音を出さない様に気を配っている。		
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	おしゃれが好きな方はご自身で服装を選び着て頂いている。似合う服、色など職員の声掛けコミュニケーションが大切だと感じる。話し方で嬉しい気分になって頂ける。		
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	食事前のテーブル拭きは利用者様に行って頂く事もある。食べられない物に関しては別の食材に代える。話しながら楽しく召し上がっている。遅くまで食している方の為に下膳はテーブル毎にしている。	宅配サービスと手作りを織り交ぜながら栄養バランスを重視し、状況に応じて好みのものを追加する等の対応を心掛けている。生協のチラシと一緒に見て選ぶことは食への関心を持つ機会となっている。	
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	個人により摂取量は異なる。食べる量が少ない時はその方の好み食べ物を提供し補っている。食事形態についても、刻み、一口大、普通、トロミ等、一人一人に合った形態で提供している。水分の摂取量が少ない方は個別に好みの飲み物等を提供している。		
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	定期的に口腔ケアの方法を見直し本人様にあった口腔ケアを行う事が出来る様に支援している。義歯の破損や歯のぐらつき等口腔内トラブルが起こった時には訪問歯科に連携を取り解決出来る様にしている。		

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
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	チェック表にて誘導時や訴え時、分数を記録しパット濡れが無くトイレにて排尿があれば、その時間を目標に声掛けし失禁を無くしている。排尿パターンは個人によって違う為に此处に誘導している。	トイレでの排泄を大切に声掛けの工夫と誘導を心掛けている。排泄チェック表を活用し早目の対応を行うことで失禁を無くすことに繋がっている。状態に応じて手すりを活用し安全面の配慮と自立支援に努めている。	
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	排便チェック表を基に便秘を把握している。便秘時は排便を促す食べ物の提供、腹部マッサージ、入浴、軽い運動等、利用者様其々に見合った対応を行いそれでも排便が見られない場合は訪問看護師や主治医と連携して調整している。		
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	希望される利用者は毎日でも実施。拒否者にはタイミングを見計らい再度、促している。希望しない場合は無理に勧めない。医師からの入浴範囲での決まりを守り微熱者や体調不良時は中止している。	午前中に全介助者を2人介助で。午後は1人介助で、ゆっくりと入浴できる体制で実施している。皮膚の状態に応じて弱酸性の石鹸等を使用し個別対応をしている。順番の工夫も行い快適性の支援に努めている。	
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	本人様の様子を見ながら日中でも短時間の臥床時間を設けるなどし、あくまで利用者様にあった生活サイクルを送って頂ける様にしている。夜間の就寝時間も一人一人違う為其々に違う時間に就寝されている。夜間排泄時の希望時策にも配慮を行っている。		
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	服薬内容の大まかな内容については職員は理解しているが、詳細な点については薬の説明書を見ながら確認している。副作用の出やすい薬については、予め職員に注意する様に伝達している。		
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	出来る事への挑戦を念頭に出来ないとは決めつけるのではなく、まず出来るかやって頂いている。意外な一面が見えてくることも多い。洗濯量みや新聞折り等の手作業を手伝って頂いたり、散歩に出かけたり身近な事に取り組んで頂いている。		
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	遠方への外出は送迎や職員数の関係もあり出来ていない。近距離の散歩は関しては行っている。気分転換を兼ねて晴天時は日光浴を行っている。	戸外への外出が実現に結びつかない現状にある。暖かくなれば外出の機会を作る様にしたい、と聞き取る。	ボランティアやご家族の協力が得られ、外出の機会が確保できることを期待したい。

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	ご自身でお金を所持され、職員と買い物に行かれご自身の好きなお菓子などを購入される方もおられた。ご家族様の理解と協力が必要。		
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	現在、ご家族様に電話や手紙を希望される方はおられないが、希望があれば家族様に連絡を取らせて頂ける様な支援を行う事は可能。過去にもご家族様に何度か連絡を取っていた事もあった。		
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	玄関は広く入口に癒しのスペースを設置している。居間の室温や明るさは都度、細かく調整を行っている。また、季節にあった飾り等を利用者様と職員が作り飾っている。	リビングの眺めは、庭があり、松の木があり、花壇には花や野菜が植えてあり、四季の移り変わりが感じ取れる環境にある。食後は椅子からソファに座り替えてくつろぐ人もおられる。ゆったりと落ち着いて過ごされている。	
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	ホールに大きなソファを置き、晴天時は利用者同士で日向ぼっこが出来る様にしている。廊下の角にも小さな椅子を設置し、外出時やトイレ移動時に少し休めるスペースを作っている。		
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	在宅で使用していた馴染みのタンスや茶碗、湯のみなど持ってきて頂き使用されている。部屋の家具等配置にも入所前と出来る限り近い環境になるように配慮している。	居室は全室畳敷きである。お仏壇が置いてある部屋もある。入居者に合わせた家具の配置がされていて、落ち着いて過ごしてもらった工夫が感じられた。	
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	トイレの場所を解りやすくするために標識を掲示したり、歯ブラシやコップは使いやすい位置に配置し間違えない様に解かりやすく名前を書く等間接的に自立支援を行っている。また、夜間は足元が見えやすい様に間接照明を利用している。		

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	26	サービス担当者会議の日程とご家族様や訪問看護とのスケジュール調整が難しく現状は施設職員のみで行っている。意見や考え方に偏りが出る恐れがある。	サービス担当者会議に全ご入居者様のご家族様の参加は難しいと思うが出来る限りご家族様も参加して頂ける様な体制に改めると同時に訪問看護からの意見も取り入れていく。	サービス担当者会議にはご面会時等を利用しご家族様にも参加して頂く。会議への参加が難しい場合には面会時や電話で連絡し要望を聞く。また、会議前に訪問看護より意見を聞き、検討した内容や結果についても報告と共有を行う。	6ヶ月
2	49	気候の問題や職員の人員の問題により外出の機会が十分に設けられていなかった。外出はご利用者様の楽しみや生きがいを持った生活を送って頂く上で重要であると思われる。	気候の良い時期には、ご利用者様が外出できる機会を企画し実施していく。 1回/月以上を目標とする。	近隣にあるてんびんの里や観峰館、公園などに外出する機会を設けて行く。職員が不足している時にはボランティアセンターに問い合わせてみる。 行事企画の担当職員制を導入していく。	9ヶ月
3	2	職員の人員確保上の問題もあり、自治会の奉仕作業の参加や役員の選出といった事がある為、自治会の参加は難しいが、地域との繋がりが交流は重要であると考えます。 まずは、できる所から地域との交流を進めていく。	夏祭り等の施設行事を催し地域の方にもグループホームに来て頂ける機会を設ける。 散歩の機会の挨拶や地元行事の参加は今後も継続していく。 職員の人員確保が進めば自治会の加入も検討したい。	施設行事について運営推進会議や近隣に居住している職員を通して施設行事の参加を呼びかけていく。行事企画や準備には職員全員で行う。ご家族様にも参加して頂ける企画にする。 また、近隣の小学校の運動会の見学も小学校に問い合わせ可能であれば見学に行く。	9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】		
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 ⇒ <u>問い合わせのあったご家族様に</u>
		☐ 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()