

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	2592400085		
法人名	社会福祉法人 ひだまり		
事業所名	グループホーム縁ひだまり		
所在地	滋賀県米原市一色494番地		
自己評価作成日	平成28年03月01日	評価結果市町村受理日	平成28年05月27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	公益社団法人 滋賀県社会福祉士会		
所在地	滋賀県草津市笠山7丁目-138 滋賀県立長寿社会福祉センター内		
訪問調査日	平成28年03月30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)】

地元との交流を大切に行事などへの参加をして地域との繋がりを大切にしている。楽しみを持って日々の暮らしが出来るように外出や行事企画をたてて職員も一緒に楽しんでいる。ご家族さまはもちろん、地域の方にも気軽にいつでも来て頂けるような雰囲気づくりに努めている。又、ご利用者さまがご自宅に一時帰宅をする時に、利用者さまの状態がわかり、ご家族さまだけでは困難、不安になってきた時には、その部分を介助させていただき、ご家族や友人との時間や繋がりが切れない様に努めている。そして最後まで看取りまで支援する中で、普段から医療との連携にも力を入れ、ご利用者様が亡くなられた後も職員は振り返りの場を持ち、又ご家族様には、行事等のお誘いで、繋がりがきれないようにしている。

【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)】

グループホーム縁ひだまりは、自然豊かな農村部の一角にあり、隣接する宅児所から子供たちの声が聞こえる暖かい日常的な空間である。平成23年7月よりNPO法人として運営してきたが、平成27年8月より社会福祉法人に変更し、それまでの地域や担当行政とのつながりを継続し運営している。「認知症カフェ」や「ちょっと相談所」を開催することにより地域の人にむけて気軽に相談できる場を提供している。利用開始時は家族の支援だけで外出できていた利用者が年数を重ねることで外出が困難になった場合、職員の支援により、今までと変わらない外出および家族との交流が楽しめる時間を持つよう努めている。重度化した場合や終末期についても、利用者、家族、医療従事者、事業者が話し合いながら連携を取り、穏やかな看取りができるように支援している。

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

[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	法人理念を掲げ、毎朝の朝礼で理念を唱和し、日々意識づけをしている。又、全体朝礼後、事業所での朝礼も行いケアを実践していく中でも理念に沿ったものになるよう日頃から意識している。	法人理念とともにホーム独自の理念「ゆっくりと、おだやかに、たおやかに見つめ合うケア」をつくり、日々のケアに活かしている。	朝礼では法人理念を唱和しているが、日々の当たり前前生活を大切にすホームの理念を管理者と職員でさらに共有を深め、実践につなげていくことを期待したい。
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	地元主催の行事に参加や見学に行ったりしている。又、事業所内の様子がわかっもらえるよう回覧板「おいでやす」を配布。近隣の中学校の職場体験の受け入れも行なっている。	自治会には未加入であるが、地域の文化祭や秋祭りに、作品を出品したり、見学に行っている。また、ホームの様子を知らせるために広報誌「おいでやす」を自治会を通して回覧してもらっている。	
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	認知症キャラバンメイトや事業所として「RUN伴」にも参加し、認知症の啓発活動に努めている。又、地域の方が気軽に集い相談出来る場として「認知症カフェ」や「ちょっと相談所」を開催している。		
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	地域サロンの困り事を聞かせて頂いたり、見学にいった。又、認知症カフェへの意見を頂いた。社協さんの取り組みにリンクして、地域に出張する出前講座の登録をして、新たに取組むこととなった。	ヒヤリハットを含めホームの状況を報告し、委員より意見をもらい、サービス向上に活かしている。市より委託された認知症カフェ開催にあたり、委員より意見をもらい、運営に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の方に利用者入居者状況報告を月一で行なっている。又利用者様、利用者家族からの声をすいあげて市の方に伝えた事で、オムツ券が使用できるようになった。	市担当者との連携は日頃から密にしている。市から利用者に支給されるおむつ券は、ホーム利用者については支給されていなかったが、家族からの希望を粘り強く市に伝えたことで支給されることになった。	
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	研修に参加し、身体拘束することなく事故なく安全に過ごすことが出来るようにしている。又、転倒の繰り返し事例でやむなく同意を得てセンサー等を導入している方についても定期的に見直しを行なっている。玄関の施錠は夜間のみである。	身体拘束についての研修は外部および内部研修で全職員が正しく理解している。やむを得ず拘束が必要な場合は、本人の状態に合わせたことを家族に提案し同意を得て導入している。定期的に見直し、拘束のないケアの実現に取り組んでいる。	
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逃されることがないよう注意を払い、防止に努めている	研修に参加し、自宅や事業所で虐待が起こっていないか些細な変化も見逃さないようにしている。又、スピーカー等、言葉による拘束にも職員間で気づいたら注意しあうようにしている。		

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
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	入居者1名が成年後見制度を利用されており、成年後見の方には、毎月利用者様のご様子を報告したり、都度相談をしている。尚権利擁護の学習会を法人研修内として行う予定である。		
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	サービス開始前に利用者及び家族への説明を行ない同意を得ている。又家族様に協力して頂きたい事なども説明している。見学については随時対応し、体験(泊まり)してもらっている。		
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	苦情受付担当者、解決担当者を置いている。又、各事業所玄関にご意見BOXを設置。ご家族からは電話や面会時に意見を頂き、歯科健診を実施する予定である。	利用者や家族が直接意見や要望を言いにくい場合を想定し、玄関に意見箱を設置している。利用者の意見や要望は日々の生活の中で聞き取るように、家族からは面会時や電話で報告した時に聞き取りように努めている。	
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	ほぼ毎日のミーティングへの出席。月一のミーティングには代表者、管理者が参加し意見を聞く機会を設け、介護職が普段いちばん不安に思っている利用者さまの急変や体調のことについて学ぶ機会を設けた。	毎日の朝礼と月に一回ホームのミーティングを開催し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。	
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	振り返りシートや自己評価シートを書き、反省したり目標を掲げる事で、自己研磨に努めている。又キャリアパス制度を導入し、年2回の面談をして人事評価を実施している。		
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	外部研修への積極的な参加。又施設内研修だけでも17回行った。資格習得にも力を入れる中で、外部講師に来て頂き、自施設だけでなく他施設にも研修案内をして一緒に学ぶ機会を設けている。		
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	湖北のグループホームを通じてのネットワーク作りで、県内複数事業所での各種勉強会、視察に参加し。又、MTR40、IPE、等多職種、他事業所との勉強会でもサービスの向上に取り組んでいる。		

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
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	入居されてからどのように暮らしたいか、して欲しいこと等、本人、家族に話を伺っている。又、入居までに泊まりも含めた体験を取り入れて、本人はもちろんのこと家族も不安が軽減出来るよう、関係作りに努めている。		
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	管理者やもちろん、介護職員で利用者様の担当を決めて、電話連絡や面会時に様子を報告したり、話を聞くようにしている。又、月一の「モニタリング」や「縁便り」でも気軽に相談して頂きたい事をうたっている。		
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	本人や家庭の状態を把握する為に体験利用してもらっている。又、家族が入居を悩んでおられる時には、小規模多機能サービスの説明をさせてもらい在宅での生活を続けられているケースもある。		
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	普段の生活や、季節の行事ごとの時に昔の暮らしの話を学ばせてもらっている。又、一緒に何かをする時にこちらが一方的に決めてしまうのではなく、利用者様と一緒に物事を決めるようにしている。		
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	利用者様に変化があった時には、こちらが一方的に決めるのではなく、まずは家族にも相談して意向を聞きながらどうしていくかを考えている。又家族との交流が少なくならないように努めている。		
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	面会時間は設定せずに家族や友人等がいつでも会いに来ていただけるようにしている。又、自宅や行きたい馴染の場所に来るだけ行けるように支援している。	帰宅したい利用者や叶えてやりたいが不安がある家族の希望に対して安心して外出できるように職員が付き添う支援をしている。面会時間を設定していないので近隣の友人が好きな時間に訪問することもある。	
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	利用者同士の性格や関係を把握し、又、その時の状況を把握しながら活動してもらおう場所や過ごし方を工夫している。必要に応じて家具等のレイアウトも変更している。		

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	現在2名が利用終了。亡くなられた方の思い出としてアルバム作成してご家族に渡したりしている。又ボランティアとして今後行事などにも参加してもらう予定である。		
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	希望や意向については、普段の何気ない会話の中で話しやすい雰囲気作りを心がけている。又、ご本人で困難な場合は月1回のカンファにて検討している。	利用者の思いや意向は、日々の何気ない会話の中から把握するように努めている。聞き取った意向や思いは月一回のカンファレンスで検討している。	
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	入居前の聞き取りはもとより、入居後もご家族様と面会時などにお話しをさせて頂き、情報の把握に努めている。又同法人内の他部署をご利用だった方についても他部署から情報提供してもらっている。		
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	時間経過に添った記録を行ない、その時の行動にあわせ発語も細かく記載し、状態、気持ちの変化に気付けるようにしている。又、日報や伝達ノートを勤務前に読む事で職員皆が把握している。		
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	最初に家族、本人の意見をきいてケアマネが計画を作成。その後縁としての介護計画を作成。初回はミーティングにて意見交換し、月末にはモニタリング作成と長期目標期間が切れる月にはニーズに対する振り返りを行っている。	月一回、担当職員によってモニタリングを作成し、介護計画を見直している。また、短期目標は3か月、長期目標は6か月で、振り返りを行っている。	
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	個々の記録をバイタルサイン中心の1号用紙と生活状況中心の2号用紙とに分けて情報を把握しやすくしている。又、日々の記録から共有すべきことを伝達ノート等に落とし職員皆が情報共有に務めている。		
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	自宅やお墓参り等に行きたいが、利用者様の状態が変わり家族だけでは対応が困難になってきた時には、送迎や現地での付き添いをさせて頂き、家族の不安な部分をお手伝いしている。		

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	米原市ボランティア協議会との連携による各種ボランティアの受け入れをしている。又、地域の方向けに回覧板を通じてボランティア活動参加を募ったり、家族の協力も得ている。		
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	今までのかかりつけ医をそのままご利用出来るようになってきている。又、受診が難しくなってきた場合は、往診対応としている。急な受診の時には職員が受診同行し、可能ならばご家族様にも同席して頂いている。	元々の主治医またはホームの連携医を利用者と家族の希望で受診し、共に往診もしてくれている。緊急時は職員が受診に同行するが、可能ならば、家族も同行してもらっている。	
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	日中看護師と介護職が共にケアをしており、情報共有及び相談が出来ている。ご利用者様の状態で必要なことがあれば、Drに上申したりご家族への説明をその都度行なっている。		
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。	入院された場合は時間を作り職員が病院に顔を出すようにし、ご利用者様の不安軽減と状況把握を行なった。又早期退院にむけて担当科との相談にも努めた。		
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	終末期の場合、Drからご家族へ説明して頂き方向性を確認、事業所からも状態を密に連絡を行ない看取りを行なった。自然の流れで、苦痛が出来るだけないように、又、最後まできれいな体でケア統一を行なった(看取り2名)。	重度化した場合や終末期のあり方について、利用開始時に話し合い、確認している。その後は利用者の状態に応じて、家族の思いを聞きながら、主治医、家族、事業者が話し合っている。終末期には、共有の和室でそれまでと同じように過ごしてもらっている。	
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	医療研修を外部から講師に来てもらい定期的に施設内研修を実施した。又、感染マニュアルの見直し作成を行なった		
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回消防士の指導を頂き、日中及び夜間想定避難訓練を実施。実施後には必ず振り返りをし、改善点を話し合い次回の訓練にいかすようにしている。又、近隣の方にも非常時の見守り依頼をしている。	避難訓練の年1回は、夜間想定で午後5時より実施している。実施後は、必ず振り返りをし改善点を話し合い、災害時に活かせるように努めている。利用者と顔見知りの近隣の職員に非常時の見守りを依頼している。	

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	お通じの確認等、人に聞かれて恥ずかしい事等は大きな声でなく耳元でこっそり確認するようにしている。利用者の話されている事や行動を否定せず、じっくり話を傾聴している。	利用者一人ひとりに合わせた声掛けをしていた。身だしなみについても、排泄後、自然な声掛けで衣類を整えていた。	
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	おやつや飲み物は選択出来るようにしている。食事時間なども基本の時間はあるものの本人の食べたい時に食べてもらえるようにしている。		
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、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	入浴の日や時間は出来るだけ本人の希望に添えるようにしている。又、日中過ごしたい場所や食事場所も本人の希望に添えるように努めている。		
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	男性の方は毎朝髭剃りをしてもらっている。又普段から介護ボランティアされている美容師さんに来て頂き、カットだけでなく染めも希望者にしてもらっている。衣類選びもなるべく利用者様と一緒にしている。		
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	食事準備や後片付け等個々に出来る事で参加してもらっている。食事中は音楽をかけ、会話しながら職員も一緒に食べている。又、外食にも行き、好みのメニューを選んでもらうようにしている。	食材は宅配業者から購入し、調理については専任職員を配置している。利用者の誕生日は個別に外食を企画し、外出先では好きなメニューを選ぶことができる。	食事形態がミキサー食の利用者があるが、当日のメニュー掲示はない。利用者が今は、何を食べているのか分かり、食事を楽しめるように工夫されることを期待したい。
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、飲水量及び体重の増減の把握に心がけている。又、義歯の不具合や嚥下状況を確認し、その人に応じた食事形態への変更をその都度行なっている。		
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	毎食後その方に応じた道具を使用して口腔ケアを実施。又、就寝時には義歯洗浄剤を使用している。必要時には歯科受診に同行している。来月には提携歯科のDrに歯科往診に来てもらう予定。		

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	排泄表を使用し排泄状況の確認をしている。オムツをしている方もトイレへ誘導し、失禁しない事を目標として関わっている。	排泄に関して自立している利用者より誘導の必要な利用者が多い。個別の排泄表から、排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた排泄誘導をして、失禁しないことを目標としている。	夜間は時間によって定期的に排泄介助をしているが、個人に合わせた排泄誘導をし、昼夜ともに自立に向けた支援を期待したい。
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	毎朝ヨーグルトや乳製品を提供している。又砂糖からオリゴ糖に変更し、なるべく自然排便になるよう心がけている。毎朝排便確認行ない、必要時にはその方にあつた下剤で調整を行なっている。		
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ず、個々にそつた支援をしている	個々のその日の体調や気分に合わせて、無理強いせず好みの時間でなるべく入浴して頂けるようにしている。気が進まない時には、曜日を変更したり、体調によっては清拭対応としている。	利用者一人ひとりの体調や気分に合わせて入浴できるように支援している。利用者の強い希望により、夜間に入浴したこともある。	利用者の気分に合わせて、夜間の入浴が支援できるような体制の整備を期待したい。
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	リラックス出来る空間や居室で休まれる時には快適に休息出来るように室温調整等に気を付けている。又他の利用者が間違つて部屋に入つて来られ困る方はご自分で夜間居室の施錠をされている。		
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	管理者、看護師管理。薬ケースやカルテに薬の情報はさみ、職員全員で情報を共有している。血圧変動や認知症の症状の変化についてもその都度Drに上申しながらお薬調整に努めている。		
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	暮らしの中でもイベント等も企画して楽しみが持てるようにしている。又、個々にその人の出来る事で役割をもってもらっている。日々の食事は勿論、外食でも好物なものが食べられるよう気にかけている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	日々、ちょっとそこまで外に出かけたい人にも一緒に外に付き添い行けるようにしている。また、普段なかなか行けないような場所へは、事前に計画をたててご家族様等の協力も得ながら出かけられるように支援している。	散歩、日常的な買い物等の外出については、利用者一人ひとりの希望に沿うような支援に努めている。利用者の状態により、事前に計画を立て家族の協力を得て希望の場所に外出できるよう、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
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	ご家族様の理解を得て、ご利用者様全員が個々の財布を持っている。そして外出の時には、自由に好きな物が購入出来るよう支援している。		
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	ご家族様が来訪されて帰られた後でも、話忘れたことや心配事が残った時には、ご家族様の協力を得て、ご自宅に電話をかけて話をすることで安心出来るような支援をしている。		
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	天気の良い日には、照明を消して自然な外の採光を利用し、明るくなりすぎないように配慮している。室内で心地よく過ごせるように室温調節を細目に行っている。又、季節感を感じられるように室内の装飾作りをしたものを飾っている。	共有空間は、ダイニングからオープンキッチンで調理をしている姿や調理の匂いから普通の生活感を感じられる空間である。和室には仏壇があり、希望する利用者たちが毎日、読経している。	
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	リビングと和室のソファに、自由に座れるように配慮している。又、一応リビングでのお席は決まってはいるが、その時に座りたい場所で過ごせるよう臨機応変に対応している。		
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家具を持参されている。また自宅で寝ていた枕位置にしている。歩行器使用の方が居室ベッドからの起き上がりに安全に立てるよう、歩行器を置く位置をテープにて印をつけている。	使い慣れた家具も持ち込んでいる利用者もある。居室の家具の配置は利用者や家族と相談し、慣れ親しんだ空間になるように心がけている。	
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	建物内部はご自分で行きたい場所がわかるように表示をしている。又、衣類などを整理整頓しやすいように棚の高さや表示を工夫し、必要に応じて言葉かけや見守りをしている。		

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	43	夜間の排泄誘導	夜間の個別排泄支援	夜間帯の個人の排泄パターンを把握して、個人に合わせた排泄誘導表を作成する。又、定期的に見直す機会を設ける。	12ヶ月
2					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()