

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891200053		
法人名	株式会社光栄		
事業所名	グループホームひだまりの家		
所在地	兵庫県三田市三輪2丁目1番10号		
自己評価作成日	令和 1年 5月 31日	評価結果市町村受理日	令和 1年 8月 23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	<a href="http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/i.ndex.php">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/i.ndex.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	令和 1年 6月 21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)】

当施設は平成30年7月1日に開設した新しい施設です。利用者への誠意の気持ちのある人、自ら考えて行動できる人の意味の「誠意」「創意」を込めた『二意得心』を法人理念として掲げ事業運営しています。ハード面では施設を感じさせない家庭的な雰囲気の内装と見守りをしやすい設計になっています。また、夜間帯の眠りを計測できる介護ロボットを導入し、日々の利用者の状態把握や健康管理に役立っています。ソフト面では個々の利用者のできる事に着目し、できない事への自立支援を行う関りをモットーに日々の生活における掃除・洗濯・食事の盛り付け、配膳、下膳、洗い物など日常家事を日常生活リハビリとして主体的に取り組んでいます。また、施設は市の中心地で駅から徒歩5分以内のアクセスの良い好立地にあり、毎日全員で散歩に朝夕出かけたり、近所のホールでの催しに出かけたり雨が降らない限り外出の機会を設け利用者の身体機能の維持に職員一丸で取り組んでいます。

#### 【第三者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)】

開設1年が経ち、事業所の運営が軌道に乗ってきている。木の階段や採光を取り入れた明るい室内は清潔に保たれ、利用者の心をなごませている。共有スペースには、食卓のほかに、ソファや畳スペース、縁側風の椅子など、利用者が自由に選択して、くつろげるスペースがある。ICT(非装着型の睡眠管理計/見守り支援システムの導入)を活用し、タブレットを使って利用者状況を随時入力し、データ管理を一元化している。そのため、職員の記録に関する負担が軽減されている。また、職員の雰囲気が明るく活発である。今のところ、介護度の低い利用者が多いので、毎日の外出散歩、配膳や食器洗いなど、利用者の現有能力を発揮できる機会が多い。市役所が道向かいにあり、レストランも近くにあり、駅近で交通が至便であるので、比較的安全に外出できる環境にある。新設の事業所なので、近隣住民との交流はまだ密ではないが、今後地域に受け入れられる事業所となっ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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	誠意と創意のふたつを心を持つという「二意得心」を掲げ、利用者への誠意の気持ちと自立支援のための職員の創意を心持ち生活に寄り添うことを法人の理念としています。また、研修や各ユニット会議にて共有している。今後は理念に対する実践目標（認知症ケア指針）を各ユニットで考えていく。	理念は、事業開始にあたり、代表者が決定し、事務所に掲示されている。「創意」においては、職員が自発的に工夫してよりよいサービスを創造できることを目指している。	理念の掲示は、玄関スペースにあると利用者・来訪者全員に周知できるので、掲示に工夫されたい。
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	施設行事に地域のボランティアを活用したり、毎日の散歩にて地域の方とあいさつやお話をする機会がある。また、交代で毎日の買い物にも積極的に参加していただき機会の確保に努めている。	地域の併設事業所との管理者の長年のつながりにより、地域のボランティアが頻繁に訪れている。中学生のトライやるウィークも受け入れている。自治会には加入していないが、加入する用意はある。	自治会との良好な関係を維持し、地域内交流を図れることを望む。
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	1年目でまだ挙げられるような地域貢献には至っていないがこれから施設が成熟していく過程で地域の児童との交流や高齢者施設同士の交流機会を模索していきたい。また、市と災害等における支援協力に関する協定書を交わし災害時の地域の要介護者の受け入れ等地域貢献の形を作っていく予定です。		
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	現状のサービスや活動内容を報告し、その時々をテーマを準備し（災害時や非常時の取り組みなど）そのうえでご家族や有識者、行政のご意見やご希望を求め、今後のサービスに活かせるよう取り組んでいる。	2か月毎の運営推進会議には、利用者・家族には輪番で声掛けし参加を依頼し、出席している。市保険課、地域包括支援センター、民生委員、婦人会などの参加もある。議事録は閲覧用として玄関スペースに掲示している。	議事録を全家族に送付する形で、日々の報告や行事予定を周知することを期待する。
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	行政や地域包括支援センターより運営推進会議に出席していただき、ホームの現状を伝えたり情報の共有をしている。定期定期に消防署と連携し防火、防災訓練、消防広報の協力を行っている。	市とは、災害時要援護者受入協定を締結している。地域ケア会議への出席は頻繁ではないが、地域密着連絡会に出席して同業者との情報交換に努めている。連絡会の開催場所は持ち回りであり、当該事業所でも開催予定がある。市庁舎に毎日散歩に行き、庁内コンサート等はほぼ全利用者が必ず鑑賞している。	

自己	者三	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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	玄関には身体拘束廃止宣言文を掲示し、実際に行った際には、事前に家族に身体拘束同意書をいただき、骨折後の安静療養期間のみ4点柵対応を短期間(夜間帯のみ)行う。その後個別カンファレンスにて解除を行う。	職員へは、開設前研修で、身体拘束廃止に関する指針の確認、法制度を学習し、その後は3か月ごとに研修会を開催している。ユニットは施錠されているが、玄関は昼間は開錠している。玄関にはビデオカメラを設置し、万一の時には録画の確認が可能である。	
7	(6)	○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	荒い言葉遣いなど虐待に至る傾向が見えた時には個別注意を行う。また、全体に研修を実施し防止に努めている。	利用者への呼称は、姓にさん付けとし、親しさのあまりの慣れ慣れしい言葉かけには特に注意し周知している。職員は、月1回のユニット会議の場で、職場マニュアルの接遇の項目を読み合わせし、確認している。	
8	(7)	○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	現在後見制度を利用されている方はいないが、制度については開設時研修で学んでいる。	現在、制度の利用者はいないので、現場での実践はない。家族への情報提供も現在は行っていない。	今後、制度利用の可能性はあるので、家族向けの情報提供パンフレットの設置や、講演会などを開催されてはいいが。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、契約書や重要事項説明書をもとに説明を行う。又、別紙入居案内文や入居までのフローチャートを用いて不安や疑問に答え、納得していただいている。	契約時の説明には1時間くらいを要し、家族には詳細を説明し、金額、緊急時対応等については丁寧に答えている。	
10	(9)	○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	直近に利用者、ご家族、職員との親睦会を開催し家族会の立ち上げや意見交換の場を設け、今後の運営に反映することが出来る仕組みづくりを計画している。	家族会は、6月の運営推進会議で、立ち上げを呼び掛けることにしている。以前に、親睦会としてバーベキュー大会を開催し、約半数の家族の参加があり、好評であった。	
11	(10)	○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回のフロア会議や運営会議、各種委員会に於いて逐次聴収する。また、代表者も参加し協議する仕組みがある。	6つの委員会組織を職員内で構成し、それぞれの委員会での創意工夫を促し、サービス向上に努めているが、職員への周知は十分ではない。	職員には、運営推進会議や各委員会の議事録の周知回覧のシステム化を求めている。
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	年度末に人事考課を実施し、自己評価、所属長の評価、代表者の評価項目ごとの評価と目標に対する評価を行い、フィードバックすることで向上心を持ち働けるような環境づくりに努めている。		

自己	者	第三	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
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	開設後施設の仕組みづくりの面に注力してきた半面定期的な研修が行えてきていない。様々な規程や事業所マニュアルはあるので今後は事業所内研修機会の確保と外部研修で認知症実践者研修受講者を増やしていきたい。		
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	市内には地域密着型サービス連絡会がありますが、開設後は施設内の仕組みづくりを中心に取り組みを進めており、今後参加と交流やネットワーク作りに取り組みたいと考えている。		
<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	入居前後に適宜カンファレンスを実施し本人からも話を伺う機会を設け、本人主体のサービス提供を心掛けている。		
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	日頃から家族の立場になって関わる事を心掛け、面会時等にも積極的に関わりを持ち、必要時は内容を記録し施設内で情報を共有している。		
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	必要とされている支援が当施設で提供できるかサービス開始前に施設内で話し合いの機会を設けている。他のサービスが適当な場合は他事業所と連携をとり、利用者と家族が困ることがないように繋げている。		
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	日常生活リハビリを重要視しており、できることはできるだけ本人に行っていただくようにして、職員と共にお互いが支え合った生活をしている環境づくりに努めている。		
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	日々、細やかに情報交換を行い、通院や買い物等、家族で支援できる事はできる範囲で協力してもらっている。		

自己	者三	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
20	(11)	○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	入居前に参加していたサロンに参加できるよう家族と連携をとっている。馴染みの人が面会に来られた際にはできる範囲で再来所して頂けるよう声掛けを行っている。	入居前に地域の高齢者サロンに参加していた利用者は、入居後も継続して参加できている。できるだけ家族に協力いただき、利用者の関係性継続に努めている。地域の夏祭りがあるため、踊りの練習をし、これからの馴染みの関係性に努力している。	
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	利用者同士が円滑にコミュニケーションが取れるよう、状況に応じて配席を検討している。トラブルになる前に職員が介入しトラブルを未然に防ぐよう努力している。		
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	現状、退去後に相談や支援した実績はないが、入院や転居される場合には他事業所と連携をとり本人、家族が困らないように努めている。		
<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	(12)	○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	利用者が話しやすい雰囲気づくりを大切に、個々の希望や意向の把握に努めている。言葉による意思疎通が難しい利用者に対しても、身振り手振りを駆使してコミュニケーションを図り、思いを伺おうと努めている。	発語困難な利用者が2名いるが、身振り手振りでコミュニケーションを取ることができるので、要望を聞き取ることができている。想いを把握する為に、家族と相談することもある。	
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	入居時に本人の生活史や趣味、嗜好などを生活シートに記入いただき、支援に活用している。また、日常生活の中で本人の興味や生きがいを見出すよう努めている。		
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	利用者の「持てる力」に着目した、脳トレや生活リハビリを勧めている。また、変化のあるレクリエーションや外出支援に力を入れて、利用者の「持てる力」の発見⇒活用につなげている。		
26	(13)	○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	本人、家族、多職種(施設長、管理者、リporter、介護職、看護職)によるカンファレンスを実施し、チーム全体の意見を集約した介護計画を作成している。モニタリング作業は日々の介護記録をベースにケアマネが月ごとに総括している。	複数の居宅担当が、複数の利用者を担当し、意見を集約している。居室担当者とユニットリーダーで、カンファレンスを3か月ごとに行い、モニタリングを通して6か月ごとのケアプランの見直しを行っている。	

自己	者	第三	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
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	タブレットで日常の記録をしている。項目の一つに「アセスメント」があり、職員が気づきや関わりを都度記入し、申し送りにより職員間で情報を共有している。		
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	受診は基本的には家族に依頼しているが、緊急時等には通院を支援している。長年畑仕事をしてきた方のためにいちごの苗を植栽したり、元通信士の方のためにモルス信号表を作成したりと個別のニーズに応える取り組みをしている。		
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	散歩コース内に市庁舎、コンサートホールがあり、催事には積極的に参加している。また、地域のボランティアによる様々な余暇支援を受け、利用者が地域住民として豊かに過ごせるような環境づくりに努めている。		
30	(14)		○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し、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	月2回、主治医(内科医)による定期診察を受けている。必要に応じて、臨時往診や電話による相談ができるシステムをとっている。	利用者は月2回、かかりつけ医の訪問診療により診察を受け、健康診断も年1回行なっている。歯科や眼科、皮膚科等は家族の付き添いで受診しているが、状況に応じ職員が代行する事もある。	
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	看護師の配置があり、利用者の健康チェックとかかりつけ医との連携を図っている。介護と看護は口頭引継ぎと記録により、情報を共有している。また、看護職の視点で介護職がアドバイスを受けることにより、より適切な対応が適っている。		
32	(15)		○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。	ケガによる数日入院が一例あった。家族とともに、医療関係者と面談し情報を共有するとともに、退院後のケアについて、医療職から詳細な助言を得た。	入院時は医療者に情報提供し、入院後は医師や看護師より回復状況を聴き取り、早期の退院に向け働きかけている。現在骨折で入院中の利用者があるが、家族と共に医療関係者と早期退院に向け話し合う予定である。	
33	(16)		○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、事業所ですることが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	看取り介護指針、ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアル、看取り介護についての同意書は整備している。現在、対象となる利用者はいないが、今後、重度化が予想される利用者の家族と適宜、終末期の在り方について話し合いしたい。	重度化や看取りについて指針等の整備はしているが、契約時に利用者や家族に十分な説明が出来ていない状況である。今後に備え、家族の意向を伺いながら、重度化や終末期に向けての体制作りを検討しているところである。緊急時の対応方法の指針は有るが、同意書はもっていない。	緊急時の対応方法の指針と共に、同意書を整備し家族に同意をとられてはいいかがか。

自己	者第三	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
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	看護師が主導して、食事中に利用者が誤嚥した場合のタッピングの方法など不定期に講習を受けている。すべての応急手当については訓練できていない。		
35	(17)	○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	消防計画に基づき、年2回の避難訓練を実施している。利用者の避難訓練はR1/6月に計画中。運営推進会議にて、行政、地域、家族等と夜間の災害対応について協議を重ねている。	年に2回、避難訓練を実施している。今年6月に利用者参加で、夜間想定の上訓練を実施した。土砂災害や浸水の恐れは殆どないが、建物の構造上垂直避難が妥当と判断している。訓練に地域住民や運営推進委員に参加依頼はしておらず、災害時の食料や水等の備蓄がない。	今後は、地域住民や運営推進委員への参加の呼び掛けや、市に相談しながら災害時の食料や水の備蓄に努めて頂きたい。
<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	(18)	○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	個人の尊重やプライバシーの保護には職員全員が十分に認識・共有した上で利用者に合わせて声かけ、見守り、支援を行っている。	利用者の呼称は名字にさんを付け呼んでいる。医師の診察はリビングで行っているが、服の上からの聴診器を使用する等、他者の視線への配慮がされている。浴室もドアの内側にカーテンを使用し、プライバシー保護に努めている。	
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	日頃から信頼関係の構築に努め、意思表示や意思決定が出来るように支援している。意思表示が困難な方には、声掛けを行い表情や傾聴などで意思確認を心がけている。		
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	基本的なスケジュールはありますが散歩や買い物やレクリエーションの参加意思を行い積極的に参加していただいています。地域でのイベントを積極的に出かけています。体調不良、気分が優れない方は、ゆっくりと過ごしていただいている。		
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	利用者の今までの生活を大切に、気に入った服装で過ごしていただいています。施設での2ヶ月に1回訪問理容師による整髪を行っています。		
40	(19)	○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	施設厨房からの食事ですが、一緒に盛り付けや配膳や片づけや皿洗いに関わっていただき、食べる事の楽しみになるよう配慮しています。個々の嚥下状態に合わせて食事の提供をしています。	食事は厨房で作っているが、鍋ごと各ユニットに送られ利用者が主菜副菜、みそ汁などを器によそっている。ランチョンマットを敷く利用者や、後片付けの食器洗いをする利用者など、それぞれが自分の役割として行っている。職員と一緒に、朝食の買い物に利用者は交代で行っている。	

自己	者第三	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
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	バランスのとれた食事、とろみ、キザミ食などを含め一人ひとりの状態に合った支援を行い、食事量、水分量の記録を取っている。		
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	毎食後に洗面台に声掛けし誘導している。個々の能力や長年の習慣に配慮して支援している。		
43	(20)	○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	排泄チェック表で排尿便の間隔を把握しトイレでの排泄が叶うように努めている。	半数以上の利用者が排泄は自立しており、自由にトイレに行っているが、それ以外の利用者は必要時適切な方法で対応をしている。入所時リハビリパンツ使用の利用者が、排泄記録に従った細やかなトイレ誘導により、現在布パンツ使用になった事例がある。	
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	便秘気味の方には、毎日の運動と常温の飲み物を提供し腹部マッサージをするなどをして自然排便を促している。便秘が続いている時は、看護師指示のもと緩下剤を服用していただいている。		
45	(21)	○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	入浴の曜日は設定しているが個々の状態に合わせて柔軟に変更している。個浴でゆっくりと入浴を楽しめるように心がけている。	利用者は週に2回入浴しているが、同性介助も含め状況に応じ柔軟な対応をしている。1階は機械浴を設置しているが該当者は少ない。利用者が個浴を楽しむ事を心掛け、肺や心臓への負担を考慮した少なめの水量で対応している。	
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	眠りスキャンを導入し個々の睡眠状態を把握している。浅眠や不眠の時には日中の活動を増やす対応をしている。また心配事などないかを都度傾聴している。		
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	利用者ごとに薬の内容を記した表を作成し、職員がいつでも観覧できるように保管をしている。薬の誤薬がないように2人体勢で日付、名前を読み上げて確認してから利用者に服用してもらっている。		

自己	者	第三	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
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	利用者同士がコミュニケーションの話題で、得意な事を活かせるよう日々に取り入れ張り合いや自信につなげるよう努めている。また、トラブルになる前に職員が介入しトラブルを未然に防ぐよう努力している。		
49	(22)		○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	毎回、利用者の希望に沿っての外出は難しいが地域の行事等に計画的な外出支援を行っている。家族の協力で外出や外食を楽しんでいただけるようにしている。	朝、夕の散歩や市役所に訪問する等日常的に外出している。市の公共ホールへは催しの度に行き、出かける機会を多く取り入れている。家族と出かける利用者も多く、毎月外食会を実施し、必要物品の買い物にも利用者交代で行っている。同法人の事業所と合同のバス旅行を実施し、全員の利用者が参加した。	
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	基本的には現金を所持しないようにしている。家族が個人の買物を支援してもらっている。一緒に買い物に行かれるケースは殆どない。		
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	個人持ち携帯電話を持っている利用者には、いつでも家族と連絡を取れるように充電確認や着信履歴の確認の支援している。手紙の支援は行えていない。		
52	(23)		○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	室内は木の温もりを感じられるつくりとなっており、日差しも十分に確保できており明るい空間になっている。玄関周りには、ベンチやお香やBGMでくつろげるようにしておりガラス張りの玄関からは季節の草花がみれるようになっている。	建物内は、木造の暖かさと冬場は床暖房が入り、陽の光で暖かく明るいリビングで有る。低い小上がりの和室があり、壁面には立ち上がりやすい工夫もされている。居室入り口は名前と個別の花が描かれ、リビング内の大きなホワイトボードに、個別の花が書かれ家族と職員が伝言板として使い、連絡が取りあえる手段にしている。	
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	共有スペースには、テーブル席やソファ席や畳スペースなどがあり、それぞれ好きな場所で気の合った同士で過ごしていただいたり、気分によっては一人でゆっくりできるようにしている。		

自己	者第三	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
54	(24)	○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	家族の協力の下、馴染みの家具や品物などを居室に置いている。季節ごとに家族が衣替えをされている。週2回の環境整備で居室の清潔保持に努めている。	事業所は、エアコンとレースカーテン、ベッドを備え付けており、タンス等の家具を各自持ち込んでいる。家族写真や馴染みの飾り物を置いたり、趣味で書いた習字を飾ったりカセットテープ等を置くことで落ち着いている利用者もある。居室は掃除が行き届き清潔である。	
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	各居室には、一人一人の名前を掲示し、名前だけではなく、各部屋に親しみを感じてもらうための名前を付けている。		

## 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	16	ご家族へ施設からご入居者様の日々の暮らしぶりや健康状態、行事等の取り組み状況が十分に伝えきれていない。	ご家族と施設との信頼関係の構築	① 施設内に日常活動の写真を掲示する。 ② 近況がわかるお便り等の作成 ③ 運営推進会議の参加を全家族に案内し、定期的に報告する機会を設定する。	3か月
2	2・3	地域住民主体で行う行事の参加機会が少ない。	○地域住民の方との協働により、地域に開けた施設を目指す。 ○認知症に対する社会的理解を深める。	① 納涼祭やクリーンディに参加する。 ② 地域自治会に利用者様が参加する。	6か月
3	1・13	職員によって認知症への理解にばらつきがある。	○認知症ケアの基礎を全職員が理解する。 ○不安な方に寄り添うケアができるようになる。	① リーダー、ケアマネージャーの認知症介護実践者研修の受講 ② 管理者の認知症介護実践リーダー研修受講 ③ 各受講者による認知症OJT研修の実施 ④ 法人理念の理解と実践・周知	12か月
4	33	医療的ケアや重度者介護の取り組みについて検討していく必要がある。	緊急時や終末期における対応について、共通認識を確立する。	①医療・介護スタッフとの連携強化 ②重度化指針に基づき、個別の利用者・家族と話し合いの機会をもつ。 ③ターミナルケアについての研修の実施	12か月
5	35	非常・災害時の対応について	初動時にすべての職員が確実に対応できるようにする。	①震災等災害時の必要物品の備蓄 ②マニュアルの確認と周知徹底 ③防災訓練による消防設備等の操作確認 ④緊急連絡網(家族様等)の作成	3か月

(様式2(2))

**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】		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( )