

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	2570500286		
法人名	社会福祉法人美輪湖の家		
事業所名	認知症高齢者グループホーム檀那木		
所在地	滋賀県東近江市上山町883-6		
自己評価作成日	令和2年1月2日	評価結果市町村受理日	令和2年2月14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 http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/25/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=rue&JigyosyoCd=2570500286-00&ServiceCd=320&Type=search

【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8-138		
訪問調査日	令和2年1月23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)】

①利用者と職員が地域の行事に参加し、地域との交流を図っている。(資源ゴミの立ち当番、消防訓練、懇親会など)
 ②訪問看護ステーションと連携し、毎週木曜日にバイタルチェックや健康管理をおこなっている。緊急時対応もおこなっている。看取り介護を実施しており、主治医や訪問看護と連携し、安楽に最期を過ごしてもらえるように心がけている。

【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)】

緑に囲まれた静かな環境の中に、平成15年に開設された1ユニットのグループホームである。地元自治会にも加入し、運営推進会議のメンバーとして地元関係者が3人参加している。地元の行事に参加したり地元のサークルに来てもらったり地元との交流が継続している。家族会も三か月に1回定期的に開催され、ほとんどの家族が参加され、家族の意見や意向の把握に活用されている。食事については、調理担当の職員が献立を考え調理している。メニューも手書きで作成され、「今日は〇〇やでー」と利用者との会話が広がっている。利用者の表情も生き生きとしており、自由な空間で生活していることが感じられた。今までに2名の看取りを経験し、現在1名が看取りに入っている。協力医とは常に連絡が取れる体制になっており、訪問看護とも医療連携が図られている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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	地域に根差したグループホームを目指して、職員会議やお伝えノートを使って周知している。	人生の先輩を尊重し、自己決定や利用者主体の理念のもと、利用者の手が伸ばせない所を手伝うことで自分の望む生活ができるよう支援している。	
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	地元自治会の行事に参加したり、地元サークルの方をよんで演芸ショーをおこなっている。そのおかげで地元の方にも少しずつホームの存在を知ってもらえたり、偶然演芸ショーに来てくれた方が利用者の昔からの知り合いだったと再会することもあった。	自治会に加入し、ごみ当番等の地域活動や地蔵盆・懇親会などの地域行事に参加している。地域との交流からGHのことを知ってもらっている。また、ハンドベルや笑い袋(プチ漫才・手品・歌)等の地元サークルに来てもらい交流を図っている。	
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	地元自治会の行事に参加したり、地元サークルの方をよんで演芸ショーをおこなっている。その折にホームの説明やどんな利用者がおられて、どんなケアをしているか話している。		
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	会議の中で、利用者の様子や日頃の過ごし方、行事の報告等をおこなっている。運営推進会議の会議録をファイリングし、職員が自由に閲覧できるようにしており、実践できそうな意見は話し合って実践している。	2か月に1回、第二土曜日に開催している。家族代表、協力医、市役所、地元代表、管理者等がメンバーで、写真資料で行事の報告をしている。前回はインフルエンザについて協力医から助言を受けた。	事業所からの行事報告が主な内容となっており、参加者からの意見があまり出されていない。今後はメンバーからの関連行事を紹介してもらおう等会議の活性化を図って欲しい。
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	運営推進会議の場で伝えている。また、施設で変わったことや分からないことがあれば市町村担当者に連絡し、相談している。市でおこなわれている事例検討会やグループホーム部会にも参加している。	運営推進会議のメンバーとして、市職員や地域包括支援センターの職員が参加し、運営状況等について情報交換している。市主催の行事にも参加したり、困ったことがあれば相談している。	
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	裏口は段差があり、手すりがないために転倒の危険があるので施錠しているが、玄関は基本的に開放している。敷地内は車の通りがあるため、外へ出るときは必ず職員が付き添っている。	現在、身体拘束をしている利用者はいない。研修参加者からの伝達研修を行っている。身体拘束等適正化委員会は運営推進会議の中で開催している。裏口は施錠しているが玄関は開放している。夜間は職員が一人になる時に施錠している。	
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	外部の研修に参加している。利用者に対する言動に失礼のないように注意している。		

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	実際に成年後見制度を利用している利用者があり、定期的に家族や後見人と連絡をとっている。		
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	入所契約時に説明をおこない、口頭で補足説明をしている。介護報酬の改定等があった場合、各家族に口頭と書面にて説明をおこなっている。また退所手続き時にも再度説明をおこなっている。		
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	家族会の案内や介護の中で、また日々の面会時に意見を聞いている。また、入所契約書に苦情受付について記載している。	お伝えノートなどで利用者の状況を把握している。また、三か月ごとに家族会を開催して意見や要望を聞いている。参加できない場合は受診時の送迎時を活用して意見の反映に努めている。	
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	日々のケアの中で出てきた意見を職員間で共有し、話し合いをしている。その内容を課長クラスにあげて相談している。(平成31年夏ごろに法人の組織図がつけられた為)	お伝えノートは職員が家族から聞いたこと、注意すべきこと、気づいたこと等を時系列に書いたものであり、情報共有のツールとなっている。またメールやLINE等でリアルタイムに情報交換されている。	
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	努めている。		
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	法人内外の研修に参加できるように勤務シフトを調整している。		
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	市の事例検討会やグループホーム部会に参加し、他の施設とも交流する機会がある。		

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	スタッフから声かけをおこない、ゆっくり時間をかけて話をしている。		
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(相談時)や入所時に家族と話し合いをおこなっている。入所後も家族会や面会時、電話連絡などで話し合いをしている。		
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	面談や入所時に何に困っているかを聞き取り、私たちができる支援や「もしかしたら」と他のサービス利用についても話し合うようにしている。		
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	「本人主体」という理念のもと、利用者の自主性を重んじるようにしている。何でも職員がするのではなく、利用者ができることは手伝っていただき、共に生活活動をおこなっている。		
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	家族会や施設行事への参加を呼び掛けている。お正月やお盆など、利用者が「家に帰りたい」と思っていることを家族にも相談し、短時間でも時期はずれでも、家族と過ごす時間や仏壇を拝むことができるように頼んでいる。		
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	入所後も住んでいた地域の老人会や行事(祭り等)に参加している。利用者の知り合いが面会に来られるように、家族等にも協力していただいている。	利用者の高齢化で面会が減っている。事業所や家族の送迎で地域行事に参加したり、墓参りや正月に帰省したり馴染みの関係が途切れないよう支援している。	
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	静かな環境が好きな利用者には無理のない程度に一緒に活動の時間を過ごしていただいている。利用者同士で仲良く昔話をされていたり、ある利用者が他の利用者の面倒を見ていたり、時々衝突することもあるが、お互いに支え合っておられる。		

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	近い病院や施設、家にもどられた場合、家族の了解を得てから、職員が面会に行くことがある。		
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	日々の関わりの中で、何をしたい、どこに行きたいなどを話している。それが実現可能かどうか、職員で話し合っている。意思表示が困難な方には、その利用者が好きなものや昔していたことを踏まえて、何ができるか職員で話し合っている。	お伝えノートの活用や日々生活を共にする中で、利用者の思いや暮らしの希望、意向の把握に努めている。意思表示が困難な人については、過去の思考等を把握して職員間で話し合っている。	
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	家族からの聞き取り、利用者との会話、また利用者同士の会話から聞き取っている。		
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	毎日の申し送りで1日をどう過ごしておられたか話している。心身状態に変化があった場合は、ケース記録に記入し、その都度申し送りをおこなっている。		
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	本人は日々の関わりの中で、家族は面会や家族会で話し合いをおこない、職員課同士で本人ができること・できそうなことを話し合い、介護計画作成の参考になっている。	担当制を導入していないため、職員全体で支援に当たっており、本人ができること、できないこと等を話し合っている。家族の意向については家族会の場を利用して話し合っ介護計画につなげている。	
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	個別に介護記録やケース記録を記入し、出勤したらまず業務日報や介護記録に目を通すようにしている。会議の時に個別に事例検討をしている。		
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、その時々にも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	本人や家族の状況の変化にともなって出てくるニーズを職員間で話し合い、ケアにつなぐようにしている。		

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
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	地域の行事や季節のイベントへ、利用者と一緒に参加している。地元サークルの方をよんで演芸ショーをおこない、利用者に楽しんでもらえるようにしている。		
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	入所前から通院していた医療機関をひきつづき通院している。病状によっては専門医へ紹介してもらっている。	基本は入居前の主治医に継続受診している。現在2名の方は協力医の往診を受けている。協力医には緊急時の対応も依頼している。1名の方は受診していない。	
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	得られた情報は申し送りや介護記録で職員全員が共有している。訪問看護やかかりつけ医に伝えて相談し、受診や訪問看護を受けている。		
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。	入院された場合、職員がお見舞いに行っている。入院・退院時に治療方針や回復状況について連絡を取り合っている。地域連携室や担当看護師と連絡をとるようにしている。		
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	入所時かつ実際に重度化している場合、主治医から終末期がうかがえるようになった場合に、再度説明をしている。訪問看護や訪問診療と協力して支援をおこなっている。	入居時と終末期になった時に意向確認を行い、看取りについて本人、家族、主治医、看護師、事業所が話し合う。今までに2名の看取りを経験し、現在1名が看取りに入っている。協力医とは常に連絡を取り、訪問看護とも医療連携を図っている。	
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	急変時対応の研修に参加したり、訪問看護への連絡方法を見えるところに貼っている。		
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	地元の消防避難訓練に参加しているほか、作業所と合同で消防訓練をおこなったり、施設で避難訓練をおこなっている。運営推進会議で災害時に地元の協力が得られるか話し合ってみたが、下の町から施設まで来ることが難しいとされ、話し合いは続いている。	地元自治会の消防訓練に参加するとともに、同一法人である隣地の作業所と合同で消防署と連携した消防訓練と事業所独自で避難訓練を実施している。なお、運営推進会議では地元の自治会長、民生委員、地域住民も参加されて地域の協力について話し合いは行われている。	地域から少し離れた場所にあり、夜間に災害が発生した場合の対応が懸念されていることから、今後も地元関係者と協議するとともに、隣地施設との協議や夜間想定訓練の実施なども検討してほしい。

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
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	丁寧な言葉遣いや、目線を合わせた対応を心掛けている。	事業所の理念でもある人生の先輩を尊重している意識が、丁寧な言葉遣いや、目線を合わせた対応につながっており、利用者も生き生きとした表情であった。	
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	日々の会話の中で、したい事や今何を思っているか聞くようにしている。自分で選べるように選択肢を提示している。		
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	基本的な施設の生活パターンの中で、自分たちのペースで過ごしてもらっている(昼寝など)。職員の多い日は買い物や喫茶店に行くこともあるが、少ない日が多いため応えられないことが多い。		
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	自分で服選びや化粧ができる人もいるが、できない人には職員がこれはどうか、こうしてはどうかと手助けをしている。		
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	主に女性利用者が手伝ってくれるため、一緒に献立を考えたり、調理等をおこなっている。季節に応じたメニューを考えている。	調理担当の職員が献立を考え調理している。メニューも手書きで作成され、「今日は○○やでー」と会話が広がっている。利用者は自分からテーブルを拭いたり、下膳したり、食器洗いをしたりしていた。	
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人1人に合わせて量を調節している。あまり水分をとらない人には、小出しに少量ずつ飲んでもらったり、ジュースや葛湯などを出している。嚥下に支障のある人にはトロミ剤を使っている。		
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に、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	自分から歯磨きをする利用者、声かけが必要な利用者、介助が必要な利用者がおられる。声かけが必要な利用者には食後に声かけを、介助が必要な利用者には職員が歯磨きの用意から手伝っている。入れ歯にはポリデント使用。		

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	排泄チェック表をつけ、個々の排泄パターンを把握するようにしている。定期的にトイレ誘導をおこなっている。家族や主治医と相談し、内服の調整や失禁パンツ・尿取りパッドを利用してトイレでの排泄ができるようにしている。	排泄パターンチェック表で個々の状況を把握し、個々に合わせたトイレ誘導を行っている。声掛けについては、こそっと「トイレ大丈夫ですか？」とプライバシーに配慮して促している。	
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	運動不足解消のために毎日ラジオ体操をしている。ホットミルクやココア、ヤクルトなどを用意している。		
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	月・水・金曜日の午後を入浴日にしている。入浴するかどうかは利用者に決めてもらっている。車いす使用者には職員2人で入浴介助をおこなっている。利用者の中で「お風呂の順番」ができています。	週3回午後に入浴日を定めている。入浴する順番は利用者同士で決めている。新しく入居された方は職員も入って順番を変更している。最後に入浴する人や拒否する人もいるが無理強いしない。3日以上開けないように促している。	車椅子や看取りの利用者については、足湯をしながらのシャワー浴や職員の複数対応で入浴介助を行っている。今後は利用者や職員の安心安全を図るためにもリフト浴等の検討を期待したい。
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	日課の活動以外は、基本的に1人1人のペースで過ごしてもらっている。部屋で休む人、ソファでくつろぐ人と様々である。季節に応じてエアコンを使って快適に過ごせるようにしている。寒い日は足湯をおこなうこともある。		
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	飲み薬、塗り薬に関わらず、薬の変更があった場合は、申し送り薬の名前・内容・用量・服用時間を報告している。また、日報や受診記録、お伝えノートに記録している。服薬は手渡しで、飲む様子を見ている。		
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	本人や家族から聞き取りをし、それぞれの嗜好品や楽しみを把握するようにしている。得られた情報は、日報やお伝えノートで全職員が共有できるようにしている。職員に余裕がある時は、気分転換にドライブや買い物に行くこともある。		
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	できるだけ希望に沿えるようにしているが、できないこともある(例えば、利用者宅の近所の祭りなど)。個別に外出したり、2~3人ずつ出ることもある。家族会でも協力を頼んでいるが、なかなか協力してもらおうのは難しい。	毎年正月に「寄席・漫談」がアピアホールであり、希望者三名程度が参加している。外食のファミレスには予約を入れて、希望者に行ってもらっている。その他地域行事への参加や季節ごとに桜や紅葉などの見学等にも出かけている。	

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
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	家族の意向や利用者の状態によって、自分で持っている人と施設で管理している人がいる。個別にお小遣い帳をつけている。自分で支払いができる人には、施設で管理している人でも、買い物先で財布を渡し、支払いをしてもらっている		
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	早朝や夜間にならない限り、利用者が電話をしたいと言われた時はしてもらっている。ただ、家族側から「あまり頻繁にかけてもらうと困るので、そちらでうまく言って回数を減らしてほしい」と言われている人もいる。		
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	共有空間は毎日掃除をしている。その日によってカーテンを引いたり、エアコンを使って室内温度を調節している。空気清浄機を常備している。雛人形や五月人形、七夕飾りなど、季節に応じた飾り物をしている。	午前中は畳の居間で全員が、ソファーに座ってテレビを見たり、体操や早口言葉等で過ごしている。奥には仏壇と隣には掛軸もあり生活感が感じられた。午後は自室で昼寝をしたり、居間で休んだり自由に過ごしている。廊下にはフットライトがあり誘導灯となっていた。	
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	居間にソファがあるが、廊下や居間から少し離れた場所にもソファを置いてあり、そこで昼寝をしている人もいる。自由に飲めるお茶のポットを置いてあり、利用者同士で仲良く飲んでいることもある。		
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	入所時あるいは面会時に、なるべく家で使っていた小物や家具を持ってきてもらっている。居室のレイアウトは利用者と家族に任せている。基本的に全室フローリングだが、畳を敷くこともできる(その場合、畳のわずかな段差ができる)。	居室は基本的にフローリングとなっているが、畳の部屋にも変更可能となっている。現に畳部屋もあり、利用者や家族の意向に任せている。使い慣れた家具や家から持ってきた写真なども飾っており、入居者の個性が表れていた。	
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	屋内は段差のないバリアフリーになっており、廊下やトイレ、浴室には手すりが付いている。トイレや浴室の表札が高い位置にあるため、利用者に見えるように低い位置に張り紙をしている。食堂には自由に飲めるお茶ポットがあり、居間には新聞や雑誌が置いてある。		

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	12	重度化・終末期の状態は個々に違いがあり、症状によっては看取りができない場合も出てくる。事業所で看取りができる条件と、看取り時に家族に求める条件が明確化されていない。	どんな身体・精神状態までなら事業所で看取りができるか、看取り時に家族にどんな協力を求めるか、指針に明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間で、どんな身体状態までなら看取りをすることが出来るか話し合う。 ・看取りになった時、訪問看護とどのように連携していくのか、主治医の往診は出来るのか確認する。 ・利用者家族に、事業所でできる看取り介護について説明する。 	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、行を挿入して下さい。

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
			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
			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)	<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
			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
		<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
			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)
			⑤その他()