

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	2894000286		
法人名	株式会社あゆみ		
事業所名	あゆみ愛グループホーム		
所在地	姫路市網干区浜田95-1		
自己評価作成日	平成31年2月2日	評価結果市町村受理日	令和元年5月10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	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	平成31年4月5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)】

・利用者様が、生き活きと笑顔で過ごせている。
・職員全員優しく、笑顔で生き活きと業務でき、向上心が芽生えつつある。
・利用者様、職員の笑い声が絶えない。
・利用者への個別対応が来ている。
・アットホームな生活が来ている。(明るく、ほのぼのと、楽しい)

「いつもニコニコ歩み合い」という理念は職員に浸透している。歩み合うことの実践が事業所の根本にあり、利用者に寄りそう姿勢がある。現在職員は、数質ともに充足しているので、管理者との信頼関係も定まっている。職員は、事業所が利用者の暮らせる家であるとの意識が定着してきており、一人一人に応じた個別の対応がより丁寧にできるようになっている。利用者は散歩や買い物など外出の機会も多く、変化のある日常を送れている。今回、医療ニーズの高い看取りができたことで、職員には次につながる学びの機会となった。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
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	・「いつもニコニコ歩み合い」の理念への意識は高められた。全員が言えて目指していることは間違いない。	全職員で決定した理念は毎月の全体会議で確認している。今後も職員全員で目標を高めていく心構えである。管理者は職員の自己評価の際、理念の実践が含まれている事を確認している。	
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	・施設、地域の行事へのご案内と参加をお互いに行い交流に繋げている。朝、夕の近隣の方への挨拶は徹底している。自治会、学校との交流あり。ボランティア訪問も多い。定期的清掃参加をしている。	市の「ふれあいサロン」には職員がダンスのパフォーマンスで参加したり、小学校の運動会、中学生のトライやるウィーク受け入れ、幼稚園の敬老会の招待など、地域との繋がりがあり、ボランティアとの交流も深まってきている。	
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	・特に運営推進会議では、認知症への対応に関してはよく話が出て討議している。地域住民、包括、民生員、家族の出席が必ずあり認知症の理解を求めている。「あっちゅん愛」チームは地域の行事参加依頼を頂いている。		
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	・利用者様の生活をパワーポイントで紹介しつつ説明している。利用者サービスとの現状報告、質疑応答で話し合い、報告事項としてサービス向上委員会に持ち込み勉強会としている。また、委員会からの報告も検討材料にしている。	運営推進会議では、利用者の様子を映像で報告している。知見者、地域包括支援センター、家族の参加もあり、利用者の認知症ケアに関する相談等にも応じている。	
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	・市町村での行事参加を心掛けている。運営推進会議で取り組みを伝えている。姫路市には、毎月末、待機者情報を伝えている。姫路市認定調査員の訪問が月1回程度はある。回覧板も届き回している。	利用者の認定調査の更新時期には市の調査員が月に1回程度来所するが、定期的なグループホーム連絡会が行えていない。	グループホーム連絡会の再開を期待する。
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「介護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	・夜間8時より、翌朝6時のみ施錠。以外は施錠なく自由に入出りできる。拘束を廃止しなければならない理解も出来ている。実際には、床センサーマット利用者あり。委員会発足にて毎月検討。家族の同意書作成。稼働時間短縮実施。	身体拘束廃止委員会を月1回持ち、勉強会の場としている。センサーマット利用者はいるが、利用者毎に稼働状況を考慮した上で、チームで検討している。	センサーマット利用状況表を見直し、利用者の動向を書き込むなど記録様式の検討をされてはいかかがか。
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	・虐待の可能性がある言動、行為については、拘束廃止委員会で検討している。虐待防止委員会は発足していないが見過ごさないよう努めている。H30、高齢者虐待防止を議題で研修実施。	地域包括支援センターで年1回研修に参加し、伝達研修を通じて、研鑽を高めている。利用者に対す整っている。管理者は職員の話聴く事でメンタルケアに配慮している。	

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
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	・権利擁護を議題での研修参加も適っている。家族様がおられるため、成年後見人制度を活用することがないのが現状である。活用者なし。	制度を活用する利用者がいないため、今年度は研修を行わなかったが、昨年に行った。職員の知識は十分とは言えないと管理者は感じている。	権利擁護に関するパンフレット等を家族向けに常備し、家族等への情報提供の活用に検討していただきたい。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	・改正の度の説明と納得は得られている。契約時の説明も、納得を得ている。ゆっくり時間をかけての説明で納得を心掛けている。契約時に、ターミナル同意書も頂いている。まずは見学からスタートする。	重要事項説明書や終末期に関する事項は時間を取って丁寧にわかりやすく説明している。見学に来た家族からの質問にも納得してもらえるように伝えている。	
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	・家族会では、意見、要望を聞かせて頂き検討に入っている。意見、要望への回答を後日行っている。家族様訪問時は、情報提供を心掛け、とにかくお話をしよう心得ている。	年に1回、家族会があり、利用者の状況を報告している。家族会の意見で事業所をより良くし、育ててもらおうという姿勢を事業所が持っている。	
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	・職員の意見、提案、その他いつでも聞ける状態にある。職員の意見、提案は、代表者、管理者に届き反映できる流れはできている。言いやすい環境づくりが出来ている。	月1回の全体会議、ユニットごとの会議から、職員の提案や意見を反映し、記録様式の改善に取り組んでいる。管理者は年1回職員の面談を通じて意見を聴きとっている職員の種々の記録は、勤務時間内の行えるよう効率化も進め、業務改善も進めている。	
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	・いつでも学べる書物は十分にある。代表者自ら得た知識を伝達して頂いている。勉強する機会も十分にある。代表者と職員は、いつでも話が出来向上心を持ち励めている状態にある。		
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	・施設外研修の依頼は全て受け入れ、希望者を優先し、参加している。サービス向上委員会では、研修、勉強会を行いスキルアップを目指している。職員間での学びが大きい。年間研修計画作成、実行に繋げている。		
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	・同業者との交流は少ないが、地域包括の講師で毎年研修を実施している。医療機関の訪問、カンファレンス参加で勉強させてもらっている。担当者会議は、沢山の事業所参加実施でサービスの質の検討が出来る。		

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
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	・面接、契約時は、ゆっくり時間をかけ、出来る限りの情報収集と、思いを受容し全員が周知して対応できる準備を行っている。特に会話で引き出せる様心掛けています。本人の話に耳を傾け受容から始める。		
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	・大きな環境の変化が加わり、家族様の気持ちも複雑であろうと察し、利用者、家族様との会話には特に耳を傾ける事から始めている。何が心配なのか、意向等の確認で出来る事できない事を明確にする。相談できる環境を整える。		
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	・住まいが変わると必要な支援にも変化が出る。必要、不必要を考慮し、特に本人、家族と共に考えていけるよう話し合っている。ケアプラン作成にて説明で納得を得る。		
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	・介護されている方ではなく、生活者の認識で、日常を共に過ごしている。生活リハビリとし、出来る事を無理のない程度に続けることを重視している。		
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	・家族様にまさる者はなく、家族様が足を運びやすい施設が一番で、多くの協力を得ている。家族様との信頼関係が築ける事を目指している。家族様を引き込んで関係を築きたい。		
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	・友達、知人の訪問が多い。外出希望者には、毎月外出を実施している。地域ボランティア訪問が多い。家族の訪問が大変多い。散歩で地域に向くことが多い。	管理者は、利用者・家族の希望に応じて個別に外出している。お稽古や趣味の集まりなど近隣の訪問はほぼ毎日のようにある。家族の訪問は、週1回のケースが多い。	
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	・利用者同士口論したり、一緒に取り組んだり、大声で怒鳴ったり、関わり合いながら過ごさせている。利用者様同士で、出来ない事、分からない事への協力も多い。助け合いが多い。		

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
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	・契約が終了すると、家族様との関係も自然消滅することが多い。相談が出来る施設でありたい。契約終了後も訪問下さる施設でありたい。地域の方が多く退所後も家族様に会うことがある。		
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	・意向や希望、願いは、ケアプラン作成にも優先1位で取り上げている。利用者の声に耳を傾けている。個別ケアの充実を目指している。個別ケアは今後の目指す方向である。	利用者の想いは、介護計画に記録され、アセスメント票、モニタリング、サービス提供記録でも把握し、全体会議で職員が共有している。発語が困難な利用者には、コミュニケーションを工夫して、身振り手振り顔つきなどから判断し、家族に確認もとっている。	
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	・生活する場所と捉えることはできている。細かく、多くの状報を得て、共有できるようにしている。家族様からの情報を活かして生活に取り込んだ生活ができるようにする。		
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	・選択出来る提案、考えて自ら決定出来る質問(開かれた質問)を極力行う。利用者の有する力を見抜く力で実践に繋げている。どうだろうと考えられることは実践あるのみ。		
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	・利用者、家族からは、事前に意向、希望等の確認を済ませカンファレンスを実施。計画書は本人、家族の同意を頂き、3ヶ月おきにモニタリングしている。短期(3ヶ月)長期(6ヶ月)。27年度より家族様参加でのカンファレンス実施。まだまだ参加が少ない。	担当職員が、チームで細かく次の課題に向けて検討している。利用者の状態把握や記録方法について学びの機会を持っている。	
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	・申し送り(朝、夕)、ノート、提供記録、日誌が活用されている。記録や実践の必要性は全員心掛けている。ユニット会議実施で共有、実践、見直しに力を入れている。		
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	・受診時、家族の協力が得られない時の受診、緊急対応等状態により対応。往診、訪問歯科診療、訪問看護、訪問美容、ボランティアの受け入れ実施。		

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
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	・本人の力の発揮は、発揮できる空間、時間、材料がどれだけ提供できるかである。地域行事参加、近隣店舗買物、保育園、幼稚園、小学校、中学校との交流を通じて楽しめている。		
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、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	・在宅からの主治医は、往診と家族の協力で受診が適っている。施設の主治医は、月1回の往診と全員、月に1回の受薬を受けている。随時、状態に応じ、受診している。	以前からのかかりつけ医の受診の際は、家族が付添えない場合は職員が同行している。夜間や休日には事前に主治医から投薬や指導をもらっている。家族の納得の上で、協力医の訪問診療を受けている。希望に応じ、訪問歯科診療も利用できる。	
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	・以前は、介護職員が薬を振り分けていたが、現在は、全て看護師が携わる。夜間帯の急変は管理者が電話での指示を行う。訪問看護、訪問診療、往診の度に情報提供を行っている。		
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。	・利用者の入院時は、週に1度は訪問するようにしている。退院前はカンファレンスの実施を願ひ、介護主任、管理者参加で情報を持ち帰り周知する。施設対応が困難時は、病院との相談できるようコミュニケーションを図っている。情報交換は良好。(入院前、退院時、通院時)	緊急入院の際は毎日職員が見舞いに行き、状況を確認している。居室の確保は、契約書には30日と記載があるが、退院のめどがつく状態の場合は柔軟に対応している。認知症状の悪化予防のため、早期の退院について病院と調整している。	
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	・契約時に、終末期同意は得られている。ターミナル研修参加で、内部研修実施。30年度、3名のターミナル介護させて頂く。加算も取ることができた。家族とはもっと話し合い「どうしたいのか」を前もって決定づけておく必要あり。	今年度は、異なるケースの看取りがあり、医療的なニーズの高い看取りは、職員の貴重な経験になった。看取りに際しては、主治医、看護師、家族、職員の連携が取れていた。	
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	・心肺蘇生訓練(AED)は3ヶ月おきに繰り返している。看護師指導で身に付く事も多い。毎年、普通救命講習に数名ずつ参加している。		
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	・夜間想定訓練も行えた。不足は、地域住民参加である。地震、水害の訓練の充実が出来ていない。備蓄の確保は出来ている。(かんづめ、カレー、米、水)	定期的な訓練の他に、日常的に災害避難場所に指定されている小学校や公民館へ散歩に行き、災害時に対応できるようにしている。法人からは夜間の応援体制も出来ている。	運営推進会議で、1回消防署の立会時に家族に参加を呼びかけ、災害対策についての助言を求めているかがか。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
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	・どうしても慣れからくる言葉で気になる時もあり、職員間でその場で注意し合っている。居室訪問時は、必ずノックのうえ入室している。言葉かけに関しては拘束廃止委員会での検討が多い。	排泄時の声の大きさに配慮している。利用者の入浴時の移動にバスタオルを巻くことをルール化し、全職員が共通の介護を心掛けている。	
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	・自己決定出来る、言葉かけ、場所、開かれた質問に留意して対応している。意思の伝達、意思決定が困難な利用者が多い現状である。材料を沢山提供することを心掛けている。		
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	・私だったら、家族だったらと考え対応できるように職員の意識づけをしている。職員の都合ほど利用者様に悪影響を与えることを認識している。		
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	・その日着る服を自ら選んで頂ける機会を作っている。おしゃれに興味を持って頂けるはたらきかけが不足しているが、「今日はどれ着ましょ」を伝えられるようにしている。褒める言葉かけをどんどん伝える。		
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	・出来る能力を持たれている方には、台所仕事や買物にも出掛けている。食事は一番の楽しみで、食べたい物を聞いて選択する事も多い。食事準備から後片付けも数名は一緒に行っている。楽しみな食事、おやつの話は欠かさない。希望でメニューを決定することも多い。	昼食の副菜は法人の厨房で作られ配食される。敷地内の畑から季節の野菜を収穫し、食卓を彩ることもある。職員は利用者と同じくスーパーに旬の食材の買出しに行くことがある。誕生日には利用者の希望のメニューを提供したり、お弁当の宅配を利用することもあり、利用者にとって変化のある楽しみを提供している。	
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	・1日の水分量、1000mlを目指している。毎食、摂取量、水分量の記録を行い把握している。食事を健康のバロメーターと考えている。		
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	・利用者により、ハブラシでは対応できない口腔内は、舌苔ブラシ、口腔内ブラシ、歯間ブラシ、ガーゼを使用している。食後はすべて口腔ケアを行っている。訪問歯科診療も受けている。		

自己	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
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	・完全おむつ使用は1名のみ。他利用者は、自立と立位が可能な限りトイレでの排泄介助。排泄チェックを行い、本人の排泄パターンを把握している。トイレでの排泄習慣あり、夜間もトイレ誘導している。	夜間は、利用者の習慣に合わせ、定時に声かえして排泄を促したり、排泄パターンを把握したり、職員の申し送り等、失敗の解消をに努め、オムツ精算の減額に努力している。	
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	・排泄パターンを把握した上、内服、飲食物、腹部マッサージ等で工夫している。水分摂取は、日頃から重視している。内服便調整、整腸剤で管理。		
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ず、個々にそった支援をしている	・週間で決めているが、入りたくない日は勧めない。入浴日でなくても、入りたい日は入っていただいている。夜間入浴までは計画していない。入浴が嫌いな利用者様も多い。	昨年、特浴が完成し、長年の懸案事項だった重度の利用者の入浴が安心して行えるようになり、職員の負担軽減に繋がった。入浴剤の使用、利用者の好みのシャンプーや化粧品の使用など、利用者の好みに合わせている。	
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	・午前、午後ともに休息時間を提供している。夜間、眠る時間も個々違って当然の意識づけはできている。日内変動を重視する。		
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	・看護師が服薬セットし介護職員が管理している。目的、副作用、用法、用量は、いつでも確認できるように薬説がある。内服による変化や現状の連携は図れている。		
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	・個別ケアが実施出来る様ケアプランで明確にしている。コミュニケーションで楽しみ事や嗜好品を見極めている。気分転換、季節を感じるため季節関係なく散歩に出ている。		
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	・近隣散歩に力を入れている。気分転換につながり、帰園頃には落ち着ける利用者様が多い。帰宅願望、不機嫌等で外に出たい気分になられる方が数名いる。平均すると、月に1度程度の外出者が多い。近隣散歩は毎日数名実施している。	日常的な散歩外出の機会が多い。習字など、併設の事業所との交流の機会も多い。花見、初詣、買い物などイベントでの外出の機会も年中行事として行っている。	

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
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	・全員預り金(上限3万円)を施設で管理している。預り金がある事で安心は得られている。あまりお金に欲は見受けられない。数名は、各自で持っておられるため、使える支援も必要である。必要物品は預り金で購入している。		
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	・電話発信、受診希望者がない。精神面で家族の協力が必要な時は使用している。手紙のやりとりはしていない。年賀状は、個人に言葉かけし一筆願っている。		
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	・共有空間(ホール)でテレビ鑑賞されてる方が多く、職員の言葉かけで次の動作に繋がる。共有空間は慣れ親しみ生活出来ている。仲間意識が芽生えている。協力しあえている。自分の居場所として捉えている。	玄関前は綺麗な鉢植えで満たされており、四季の花が咲いている。庭にはテーブルとベンチがあり、外でカフェを楽しむこともできる。共有空間は明るく、また利用者の作品が数多く飾られ、楽しい雰囲気を出している。	
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	・ホールは、会話で楽しめる利用者が自由に語れる場としてにぎわっている。ホールと居室を自由に使われている。自己決定出来ない利用者は、職員が時間の配分を考え移動している。		
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	・居室かホールがくつろげる空間である。居場所を自己決定できる方は自由に移動している。家族様の協力により、CDラジカセで好きな音楽鑑賞、テレビで過ごされる時間が多い。	ベッドは事業所から提供され、洗面台が部屋内に設置されている。居室は、好みの家具を持ちこみ、家族の写真や花などを飾り、落ち着いた生活感がうかがえる。	
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	・一人一人の出来る事を見極め、出来るよう支援している。出来る事をさせてほしいという希望は、本人、家族共に多く、色々な事が出来る楽しみを提供していきたい。職員の言葉かけの必要性。		

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		災害・水害マニュアル作成と訓練の充実を図る。	マニュアル完成と訓練実施。	話し合いを重ねる。 マニュアル把握と共有。 訓練を重ねる。 防災備品に備蓄品の確保。 地域住民の協力体制の確立。	12ヶ月
2		職員のレベルや理解力にむらがある、	職員のレベルアップを目指す。	研修参加で勉強し実技に繋げる。 利用者様を知る。 認知症を知る。 自らの学びと職員間での学びを自分のものにする。 向上心、指導力を発揮する。	12ヶ月
3					12ヶ月
4					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()