（別紙2）　　平成　30　年度

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	2590100190		
法人名	ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター大津仰木の里		
所在地	滋賀県大津市仰木の里3丁目5番20号		
自己評価作成日	平成30年10月24日	評価結果市町村受理日	平成31年1月17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	2018年11月13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）】

自然に恵まれた環境の中で気軽に訪問していただけるよう日中は常に玄関を開放している。
敷地内で野菜作りをしたり、季節感のある材料を使っての手作り料理の提供を心がけている。
月に1度「仰木の里便り」を発行しホームの様子などを知らせている。

【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）】

季節感が感じられる自然と閑静な住宅街の中での散歩では、近隣の方との挨拶や言葉を交わす関係性が出来ている。採光の良いリビングでは、新聞や本を読む人、テレビを楽しんでいる人など、それぞれのスタイルで穏やかに過ごされている。ウッドデッキには、職員と共同で洗濯物が干され、季節の野菜が育てられている。食事は、個人の好みや体調を考慮しての量や盛り付けで提供、時には、収穫した野菜が食卓を飾る。職員の気配り、笑顔など雰囲気が心地よく一人ひとりの個性、出来る力を引き出す支援がされていると感じる。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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. 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
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
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

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	ホーム独自の理念とユニット毎の理念があり各ユニットの入り口に掲示し、日々理念の共有と実践に取り組んでいる。	事業所の理念を基にサービスの提供、実践をしているが、個々の職員の意識に任せていて最近は、振り返りが出来ていない。	理念を掘り下げて、職員全体で話し合う機会を持たれることを期待します。
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	自治会にも入り地域の行事（運動会、文化祭など）参加している。散歩時には積極的に挨拶をするように努めている。	開所当時より地域の自治会に加入（今年度は、役員）積極的に行事等に参加して繋がりを大切にしている。散歩時には、挨拶や、言葉を交わす関係が出来ている。	
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	認知症相談窓口として相談や問い合わせを受け付けている。		
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	2ヶ月ごとに開催し、地域包括センター・民生委員・入居者ご家族の参加でホームの状況や行事報告を行い、意見交換を行っている。	2か月毎に定期的に開催され意見交換がされている。家族へは、ほほえみ通信で開催日を案内している。会議での意見は、検討しサービスに活かせるように努めている。	
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	市担当者には相談・報告等を行っている。又、市からの連絡や問い合わせもあり、協力関係は保たれている。	市担当者には、事業所の実情報告を行っている。相談にも実直に対応してもらえる関係が出来ている。	
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	身体拘束については内部研修を実施している。身体の危険もあり1件センサーマットを利用しているが毎月身体拘束廃止に向け話し合いをおこなっている。	身体拘束しないケアについて、具体的な事例を参考に勉強会を行い身体拘束廃止に向けた、職員の共通認識を図っている。	
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注意を払い、防止に努めている	「高齢者虐待防止」マニュアルを使用し内部研修をし、日々のケアの中で振り返りや話し合いを行っている。		

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
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「成年後見制度」を利用している入居者はいない。今後利用される入居者がいれば支援が行える体制を作りたい。		
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	契約時は重要事項説明者の読み合わせを行い、十分に時間をかけ説明を行っている。また、改定等の場合には家族会など説明の場を作り理解・納得を図っている。		
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	家族様来訪時やケアプラン変更時、運営推進会議などで意見、要望を聞く機会を設けている。	年1回の家族会、2か月毎の運営推進会議、来訪時に意見や要望を聞くようにして運営に反映できるよう努めている。ほほえみ通信で生活の様子や報告をして話やすい雰囲気づくりをしている。	
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	月に1回のスタッフ会議や申し送り時スタッフの意見や思いを聞く機会設けている。また、定期的に個別での面談も行うようにしている。	会議の中で意見や提案はしやすく、検討してもらえる。管理者との個別面談も定期的にあり相談でき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	個別面談等で勤務状況や実績を把握し、働きやすい職場作りを行っている。非常勤務者には「キャリアアップ」制度があり定期的な昇給制度がある。		
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	月に1回研修を行っている。新卒職員にはOJT担当者をつけ1年間に渡りフォローを行いながら、知識や技能の習得を行う等の人材育成を行っている。		
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	会社内では他業種他地域との交流はあるが、同業他社との交流は研修参加時のみとなっている。		

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	サマリー等で入居者の生活歴やADLを把握した上、本人が困っていること、不安なこと、要望など話をゆっくり聞くようにし、信頼関係が築けるよう努めている。		
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（ケアマネジャー）、ユニットリーダーが中心となり家族様と連絡を取り合い本人、家族様とも安心していただけるよう関係作りに努めている。		
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	相談の内容でホーム入居とは別の必要な支援があれば、その都度ご案内を行なっている。		
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	日々の会話を大切にし、信頼関係が築けるようにしている。また、本人の状態に合わせ興味のあることや出来ることを見つけ、してもらうようにしている。		
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	ほほえみ通信で本人の状態やホームの出来事を報告している。家族様が来訪される時には介護記録をチェックしてもらい、状態の変化が分かるようにしている。		
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	電話の取次ぎや手紙の支援を行い、昔からの友人や馴染みのある方との関係が途切れないよう努めている。	昔からの友人や以前勤めていた会社の知人の訪問がある。継続して訪問していただけるようた雰囲気づくりに努めている。	
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	利用者様同士の関係が良好に保てるよう状況に合わせて座席を変更したり、孤立しないようスタッフが間に入り関わるようにしている。定期的に行事などを行い、他の利用者同士が関われるようにしている。		

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
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	退去後も家族様と何かあれば相談に乗るようにしている。近隣のご家族は定期的にホームを訪れ、ボランティアで演奏会などを開催してもらっている。		
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	利用者様同士の会話やスタッフとの会話を大切にし、共同生活の中のできる範囲ではあるが思いや希望にそえられるよう、話し合う機会を作っている。	日々の暮らしの関わり中で、表情や行動、散歩や入浴支援時に話された言葉から希望や、意向の把握に努めている。ホーム会議で検討、家族の協力を得ながら希望に添えるよう努めている。	
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	サマリー等で入居者の生活歴やADLを把握したり、本人や家族様への聞き取りを行った内容を職員同士で共有するように努めている。		
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	朝のバイタルチェック、入浴時の身体チェック等、気付いた事があれば記録への記載を行い、職員間の情報共有に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプランの更新・見直しを行う場合は職員間での話し合いを行い、情報交換し介護計画に反映させている。家族様や本人様から事前に要望を聞いている。	ケアプランの更新時には、業務管理日誌や個人記録を参考にしながら、職員間で話し合い、モニタリング、介護計画に反映させている。本人、家族へは、電話や面会時に要望や意見を聞いている。	話し合いの場に本人、家族の参加が増えるといいですね。
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	介護記録・管理日誌・連絡ノートにて変化を共有し現状に即した支援を行っている。また、カンファレンス時の意見交換で介護計画見直しの参考にしている。		
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	付き添いが難しい家族様に代わっての受診の付き添いや必要に応じ訪問マッサージ・歯科・理美容等ホーム内で可能な範囲でのサービスに取り組んでいる。		

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
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	運営推進会議に地域の方々にも参加いただき、現状報告を行いアドバイスをいただいている。また、ボランティアの来訪もある。		
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	協力医療機関の月２回の往診を行っている。必要に応じて協力医療機関へ電話連絡し対応の指示を仰いでいる。専門医への受診ではホームより状況報告を行うようにしている。	内科、外科は、事業所の協力医を利用している方が多く、受診結果を家族に報告している。認知症専門医については、入居前からのかかりつけ病院へ家族同行で受診、日々の生活の様子は、医師との手紙交換にて連絡を取っている。	
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	週１回の訪問看護による健康チェックを行い、入居者様の状態を往診医へ報告し医療連携を取っており、体調変化時には適切な対応を行っている。		
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。	入院時は協力医療機関より医療情報、ホームからは介護サマリーで情報の共有している。入院時はこまめな状態確認を行い、退院前にはカンファレンスの依頼をしている。		
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	状態の変化があれば家族様へ報告を行い、必要に応じ主治医、家族様、ホームとの話し合いの場を設けるようにしている。家族の希望を伺い、ホームとしての支援・対応等の取り決めを行い、家族様の理解を得ている。	状態の変化があった場合、事業所が対応しうるケアについて説明を行い、本人、家族の意向に出来るだけ添えるよう、家族、主治医、事業所等の関係者と話し合い対応を検討している。	
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	緊急対応マニュアルがあり、施設内研修も行っている。緊急時対応の手順が電話近くに掲示してある。		
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	年２回は消防署の協力にて避難訓練を行い、全職員が災害に対しての避難・誘導方法が把握できるようにしている。	避難訓練、消火器の使い方などが定期的に行われている。実際の台風で停電になり困ったことを教訓に、非常食や備品の見直しを行った。	

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	入居者様を人生の先輩として人格を尊重した言葉かけや介助が出来るよう対応をしている。排泄・更衣については特に気をつけるよう指示している。	排便を「コード」という表現方法で統一し、人前での確認はしない、職員間の気になることがあれば報告しあうなど、プライバシー保持に努めている。記録類は事務所管理となっている。	
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	本人の思いが言いやすいよう心がけ傾聴し、できる範囲での支援を行っている。		
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	個人のペースに合わせている。リビングで過ごす利用者様にはぬり絵や歌を唄ってもらったり、風船バレーや散歩など身体を動かしたりと好きに過ごされている。		
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	訪問理美容でのカットや季節に応じ本人の好みの服装が着れるよう支援をしているが、化粧といったおしゃれがほとんど出来ていない。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様の希望する料理や季節を感じる料理を作るよう心がけている。個々の能力に応じ、調理の手伝いや片づけをしてもらうよう努めている。	食前の口腔体操に始まり静かに落ち着いた雰囲気の食事風景であった。好みや日頃の食事量の把握が生かされ完食と満足感に繋がっている。一緒にﾁﾗｼをみて献立を考え、三食手作りで提供、と聞き取る。	
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	介護記録に毎日の食事量・水分量を記入している。また、個々に合った食事が提供できるように介護計画を更新し、実行するようにしている。		
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	訪問歯科の診察・技術的助言及び指導にて口腔内の清潔が保てるよう、うがい、歯磨きの促し介助を行い、義歯は毎日夜間に洗浄剤により清潔を保っている。		

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
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	記録により排泄パターンを把握し定期的にトイレへと誘導するようにしている。排泄の失敗やおむつの使用量が減らせるよう本人に合ったパットの使用やなるべく自分で排泄ができるよう夜間にポータブルトイレの設置支援している。	自宅ではｵﾑﾂ、入居後に布ﾊﾟﾝﾂに変更した事例もある。研修実施、個別対応の見直しやﾒｰｶｰの指導も受けるている。夜間のﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ設置はﾄｲﾚまでの距離と環境に配慮し、自立と快適性の支援となっている。	
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	毎朝、乳酸菌飲料の提供、水分補給やバランスの良い食事提供に努めている。また、訪問看護や訪問診療では排泄について報告し場合によっては薬で排便コントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ご希望によって入浴剤を使用している。入浴表でバラツキがないよう入浴者を管理しているが希望があれば優先的に入浴が出来るよう配慮を行っている。	午前午後を問わず自由な時間に入浴可能となっている。浴後のﾉﾝｱﾙｺｰﾙﾋﾞｰﾙを楽しむ人もある。状態の変化に合わせて2人介助で実施。汚染があった場合は、その都度シャワー浴も実施している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	定期的に布団を干したり、寝具を洗ったり・室温を調節したりと工夫をしている。日中は本人のペースや体調に合わせ休息して貰っている。		
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	マニュアルに添った支援を行い、二重でチェックをするようにしている。また、薬剤師に協力を頂き、薬の変更や注意すべき点があれば、スタッフ間で共有できるようにしている。		
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	本人の思いを大切にしつつも個々のできる範囲で役割や楽しみごとができる支援をしている。		
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	家族様の協力のもと外出を行っている。可能な時はスタッフと散歩に出かけるようにしている。	ご家族の希望もあり、ﾏﾝﾂｰﾏﾝ対応の散歩を心掛けている。ご家族と一緒に墓参りや外泊・外食をされる入居者もある。過去には馴染みの美容院にご家族と一緒に行かれたこともある。と聞き取る。	

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	おこずかい預かりの対応で金銭管理を行っている。本人の欲しいものがあれば家族様と相談しながら購入できるように支援をしている。		
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	本人の希望があれば電話や手紙を出来るようにしているが、最近は本人からの希望はない。家族様から連絡があれば取り次ぐように支援している。		
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	座席を変えたり、室温に注意をしたりと居心地がよくなるよう配慮をしている。季節感が感じられるようなるべく利用者様と一緒に作った季節の物で壁面を飾るようにしている。	運動会の笑顔の写真や共同制作の紅葉等季節を感じる飾り付けがされている。訴えがなくても表情を読み取り席を工夫、一人で過ごしたい人には個別のｲｽを準備する等感想も聞きながら見直しをしている。趣味のﾋﾟｱﾉや編み物ができ、ｳｯﾄﾞﾃﾞｯｷで洗濯物を干すなど自立支援の環境にある。	
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	気の合う者同士はお互いの居室を行き来している。共用空間で一人になれるよう離れて席を置いている。		
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	入居前と大きく環境が変わらないよう馴染みのものがあれば持って来て頂けるよう話をしている。	ｴｱｺﾝとベッドは設置済。馴染みの家具・小物等は持込である。仏壇が置かれた部屋、化粧品が収納されているケースが置かれ、クローゼットには洋服が並ぶ部屋などその人らしい個別性が感じ取れる。	
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	希望者には表札をかけ居室が分かるようにしている。ホーム内は全てバリアフリーであり、動線を考え安全に移動が出来るよう配慮している。		

事業所名　ニチイケアセンター大津仰木の里

作成日：　平成　　30年　　12月　　10日

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	1	管理者が交代している事や職員も多く入れ替わっている事から、ホーム理念とユニット理念を掘り下げ職員全体で話し合う機会を持つようにする	職員一人一人が理念を理解した上での介護を行い、ホーム全体で方向性を統一する	11月27日ホーム内会議で理念についての話し合いを行った。急な事もあり意見も出なかったため今後のホーム内会議で話し合い決めていく予定	3ヶ月
2	26	ケアプラン作成時には利用者・家族様に事前に要望を聞いてはいるが会議への直接な参加に来て頂いていない	より利用者様の為になるケアプランの作成を行うようにする	事前での連絡を行い、会議予定日を事前に決めておくようにする	6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№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〇印）	
1	サービス評価の事前準備	〇	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
		〇	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
		〇	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	〇	①自己評価を職員全員が実施した
		〇	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
		〇	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
		〇	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）	〇	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
		〇	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
		〇	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	〇	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
		〇	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	〇	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）
		〇	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した（する）
		〇	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（　　）