

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	2591400060		
法人名	社会福祉法人 信楽福祉会		
事業所名	グループホーム笑楽		
所在地	滋賀県甲賀市信楽町牧字小屋カイト1159番地		
自己評価作成日	平成26年05月31日	評価結果市町村受理日	平成26年8月8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	滋賀県豊洲市富波乙681-55		
訪問調査日	平成26年6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)】

入居者同士の自然な交流・個人個人での交流を見守っている。ユニット内も然ることながら、ユニットを超えて交流をされている。自分のユニットでトラブルが合った時に違うユニットに自ら移動されることで、気分転換されている方も多くおられる。あくまで人と関わることを自然なことと考え、そして、そのような力を持っておられるので大切にしていきたいと思っている。自分から関わりの難しい方は仲介に職員が入ることで、無関心ではなく、同じ共同生活をしている者同士、気にしあう関係ができています。

【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)】

グループホーム笑楽は特別養護老人ホーム信楽荘の一角にあり、居室や食堂の大きな窓から見える景色は緑が多く、自然豊かな環境の中にある。管理者と職員によって作られた「みんな 笑顔で 楽しく 地域の一員で 一人一人のために」という理念のもとで運営されている。管理者と職員は「グループホームは生活の場である」と考え、利用者一人ひとりの声を丁寧に受け止め、対応していきたいという思いで、日々支援している。自己評価は職員全員で取り組み、現状に満足することなく更なるケアの質の向上を目指している。ユニットとユニットの間に扉はあるが、いつも自由に往来でき、利用者はユニット内だけでなく、ホーム全体で居心地のよい場所を求め、気の合った人との会話を楽しみ、過ごしている。家族の訪問は多く、日常的なこととして、利用者や職員が受け止め、対応している。
--

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 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	「みんな 笑顔で 楽しく 地域の一員で 一人一人のために」を理念に介護している。今後地域の役割を作っていく地域の施設として施設外への隔たりなく接していきたいと思っている。	管理者と職員で作り上げた「みんな 笑顔で 楽しく 地域の一員で 一人一人のために」という理念の基に、利用者一人ひとりを大切にする対応を心掛け、日々のケアに努めている。	利用者一人ひとりを大切にするという理念の趣旨が、職員や利用者、家族だけでなくホームを訪れる地域の人にも、読めば伝わるようなわかりやすい表現になるよう工夫をしてほしい。
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	日常的に交流はないが、天気の良い日は施設を出て散歩に出ている。交流は挨拶程度しか無い。	地域に住む併設のデイサービスの利用者がグループホームに友人を訪ねて来ることがある。天候が良ければ、散歩に出かけ、近隣の人と挨拶をすることもある。	グループホームが自治会に入会し、自治会の行事への参加、回覧板の回覧など、積極的に地域と交流する機会を作ることを期待したい。
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	行えていない。		
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	畑の作り方や今後の展開、認知症のBPSDについての対応方法の検討等役立てるようにかんがえているが、職員の体制が整っておらず、十分ではない。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、ホームや利用者の状況を報告している。委員より、運営の仕方、利用者への対応について意見をもらっている。	
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	運営推進会議で会うのみで協力体制はとれていない。	利用者の困難事例や、地域の独居高齢者の相談を市町担当者と話し合いながら、協力関係を築いている。	
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	身体拘束委員会が発足しており、拘束になる項目を検討、見直しを2ヶ月に一度行っている。マニュアルも作成中である。玄関の出入りは可能であるが、操作を理解されていない方には施錠と同等である。居室の窓は二重ロックはしていない。	法人の身体拘束委員会にホームの職員が委員として1ヶ月に1回参加し、身体拘束について検討している。玄関は施錠はされておらず出入りは自由だが、玄関の開閉は操作が必要である。	何が身体拘束になるのか職員で確認し、現状を再度検討することが求められている。例えば、居室のベッド柵について、利用者、家族との話し合いを持ち、本当に必要かどうか再確認し、家族の了承を得ることを期待したい。
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	既存施設の施設内研修が多くあり、学ぶ機会は多い。また、マニュアルも作成中である。入浴時の身体の観察はできている。		

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	研修等で学んでいる。できる事・出来ないことを利用者の状況を見ながら判断している。今のところ話し合いを持ってはいないが、必要があれば支援していく。		
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	代表者より事前に家族様に説明、契約時、再度重要事項説明書・契約書の説明を行う。改定・変更に対しても文章と共に説明している。不明点や疑問点について納得されるまで説明している。		
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	意見箱を設置、また口頭での要望、モニタリング・ケアプランで意見の返信を頂いている。早急なことは業務日誌で職員に通知している。地域運営推進会議などで報告し、反映できるようにしている。	意見箱は設置されているが、家族の訪問時に意見、要望を伝えられることが多い。得られた意見、要望は業務日誌に記載し職員間で共有している。必要なことは会議で検討し、運営に反映している。	
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	日々、意見や提案は口頭であったり、業務日誌の記入に寄って全職員に周知・検討している。また、月1度の定例会議で話し合いの場を設けている。	職員からの意見、要望は口頭で伝えられたり、業務日誌への記載であげられる。それらを職員は共有しており、意見、要望は1ヶ月に1回の定例会議で話し合い、運営に反映している。	
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	キャリアパス導入により職員全体の自己評価と面談を行っている。面談記録から勤務状況や悩みを把握し、必要に応じ代表者の面談を行っている。毎日の巡回で職員の健康状態等の把握を行っている。		
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	ケアの質の向上、接遇など外部研修、内部研修において職員一人ひとりの意識改革に努めている。新人研修の充実により働きながら学習できる仕組みを作っている。		
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	同業者との交流を深め、日々の悩み事などを話し合えるネットワーク作りのため、滋賀県淡海グループホーム協議会に入会し、サービスの質の向上に努めている。		

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	一緒に家を見に行っても行けることを伝えたり、家族に泊まってもらい話を十分してもらい安心してもらうようにした。毎日顔を合わせ安心してもらい、興奮されている時も耳を傾けるように努めている。		
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	入所前に家族の要望などを聞き、生活シートを渡して記入。本人と面接をし、どのような方であるか把握する。入所時に再度心配事などを伺った。入所後も家族来所時には近況を説明したり電話連絡をした。		
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	サービス導入する段階での支援は関わりの中で見つけることが多かった。介護用品の購入には福祉用具貸与販売業者に依頼した。		
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	配膳など自分でされることもあるが、個人個人で動かれる方が多いので、自分のものは自分でと共同生活の場であると思われる方が多い。気の合う方気の合わない方食事や散歩など配慮している。		
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	家族が「あんま」に連れて行く、外食に行く、誕生日や話をしたいときに電話をする・掛かってくる、本人が家に居た時にしていたことをしてもらっている。娘・息子・嫁・孫・ひ孫・妹・弟等来所も多い。		
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	独居の方は家の周囲を見に行ったり、ドライブで家族様に会いに行ったりしているが、十分にしているわけではない。娘・息子・嫁・孫・ひ孫・妹・弟等来所も多くこられている。	日常的に家族、親族の訪問は多い。調査時にも複数の家族が訪問していた。利用者は家族や職員と元の職場を訪ねたり、外出、外泊をしたり、以前から利用していた美容院に行くこともある。	
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	気の合う方を部屋に呼んだり、見当たらないと「〇〇さんは？」と気にされたり、お互い支えあっておられる関係を見守っている。関係の悪い方も昔の話をすることで認められるところもあるが・・・できていない状況。		

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	開所して7ヶ月であり、実績はないが、必要に応じて本人・家族のフォロー、相談、支援は大切だと考える。		
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	生活シートや家族からの聞き取りを行い、希望や意向の把握に努めている。本人には会話の中や入居者同士の団欒の中での言葉に耳を傾け、希望や意向を把握し介護計画に反映している。	職員は利用者、家族からの聞き取りにより希望や意向の把握をしている。さらに、日々の会話、行動の中から、本人の思いや希望、意向の把握に努め、業務日誌に記録して共有している。	
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	生活シートの活用や入居前の本人様との面接の際にデイサービスやショートサービス、入所施設に赴き、施設職員やケアマネジャーへの聴きこみを行った。		
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	一緒に職員が関わって動作・行動を行うことによりご本人の現在の状態の把握に努めている。また、できにくくなっている所をみつけている。		
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	家族に意向を確認したり、支援部分はケアプランに盛り込む。担当職員を決め、特に深く関わったり、情報を収集を行い、ケアプランに反映しているが不十分。モニタリングを3ヶ月毎に家族に郵送し、意見を記入してもらっている。	担当職員を決めて本人と関わり情報を収集し、3ヶ月毎にモニタリングを実施している。作成したモニタリングを口頭や郵送で家族に伝え、意見を聞いて介護計画に反映させ、現状に則した介護計画になるように努めている。	
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	個別記録は勤務前に読むようにし、共有するようにしている。またケアプランにてケアの統一を行っている。急変であったり、連絡事項は勤務日誌に記入し皆が目を通すようにしている。		
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	現在のところ取り組みがされていませんが、柔軟な視点を持ち、支援・サービスに活かしていきたい。		

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
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	地域の慰問が来られる際は参加したり、保育園児・小学生生徒と一緒に過ごしたりしているが、こちらから地域への関わりはできていない。散歩に行ったときの挨拶程度しかできていない。		
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	家族が付き添いたい方には声をかけているが、十分ではないと思われる方もおられ、医師に相談し、診療結果などをより詳しく家族様に伝えていただくようお願いしている。	家族が受診に付き添う場合は口頭で日頃の状況を伝えている。家族には医師より診察情報を詳しく伝えてもらえるよう、依頼している。	
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	毎日既存施設看護師が訪問し情報を伝えることができる。処置が必要な方には処置を行い、介護士の判断が難しい場合は相談、受診の判断などをしてもらっている。		
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。	ケアマネタイムを利用し、病院医師と連携を図り情報収集をしたり、病院内の地域連携室と情報共有、退院時の調整を行っている。		
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	経口より食事がとれなくなった場合や特養への申請変更など家族とカンファレンスを開く予定。延命や緊急時の処置対応を文章にして記入してもらっている。看取り介護についても選択可能であることを説明している。更新していく予定である。	重度化した場合や終末期のあり方についてのグループホームの対応を利用者、家族に説明している。医療連携加算ができるようになり、看取り介護について体制を整えていくように努めている。	
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	施設看護師より研修を月一度行っている。また、施設内研修にも参加しているが、実践として身につけているかは不十分である。		
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	スタッフルームに避難経路図や対応表を貼り、年3回の消防訓練を実施予定。3月末に1回目を行った。雨のために屋外への避難は実施しなかったが、避難経路を確認、職員の連絡網で連絡を行った。	法人全体で、1年に3回、避難訓練を実施する。スタッフルームに避難経路図、対応表や連絡網を掲示している。	困難になるであろう夜間帯の災害時の対応について、夜間の訓練を実施されることを期待したい。また、災害時における地域との協力も話し合うことを期待したい。

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	関係性ができている方には親しみやすく話しかけることもある。傷つける言葉・不快感を与える言葉を使わないように心掛けているがたまに乱暴な言葉になっている者もいる。苗字、名前を「さん」付で呼んでいる。	利用者の居室を見せていただいたが、管理者はその居室の住人に声をかけ、丁寧に断って案内して下さった。一人ひとりの誇りやプライバシーを尊重する言葉かけや対応が行われている。	
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	排泄・入浴・食事などで入居者様が「NO」と言えるような声かけに努めているが、どうしてもという時はできていない。服の好みは自分で選ばれている方が多い。		
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	食事は出来るだけ食べたいときに提供している。また「天気の良い日は外に行きたい」気持ちを出来るだけ可能にするために散歩や畑に誘うようにしているが十分ではない。横になったり本人の意志も尊重している。		
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	自分で身だしなみを整えられる方が多い。化粧水等必要があれば一緒に買いに行ったり、買い物ついでに服を見たりしている方もいる。食事をこぼされる方については着替えができていないことがある。		
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	既存施設の厨房で味噌汁以外の食事を作っているため、米とぎ・味噌汁作り・厨房に取りに行く・盛り付け・洗い物など一緒にやっている。	食事は併設施設から届けられる。味噌汁作り、盛り付け、洗い物など、職員と利用者が一緒に行っている。漬物を利用者と一緒につけることもある。	職員は持参の昼食を利用者と一緒に食べているが、職員も利用者と同じ献立と一緒に食べ、味わうことを期待したい。
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	栄養バランスについては既存施設の栄養士が管理している。食事・水分量については記録に残しているが、一日を通じての必要量が確保できているか、集計・管理のフォローアクションはできていない。		
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	食後のケアは生活習慣の中でしていない方が多く、声かけができていない。就寝前のケアの支援が必要な方には関るが十分とはいえない。契約の方のみ居宅療養管理指導にて歯科医・歯科衛生士より指導がある。		

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
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	自分で行かれている方が多い。行えていないのも現状であるが、定時でトイレ誘導をしていた方が排尿の訴えで排尿が出たことから、尿意があることに気づけた。パット交換時もあるか出ていないか尋ねて意識してもらっている。	排泄は自立している人、誘導が必要な人と様々である。おむつ使用からリハビリパンツになった人もあり、現在昼間にオムツを使用している利用者はいない。	
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	便秘の方は薬での対応になっている。他に牛乳やお茶などの水分補給。ヤクルト・センナ茶を飲水されている方もいる。歩くなど運動はできていない。		
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、個々にそった支援をしている	曜日が決まっているが、入る・入らないは本人が選択されるので、どうしても入っていたきたいときは昼・夕等声をかけている。家族に相談し、誘い方等アドバイスをもらっている。タイミングは本人に合わせていない。	入浴は原則として週3回実施している。入浴拒否のある利用者については自宅での入浴の仕方について聞き取りをして、入浴ができるように努めている。利用者同士が誘い合わせて、2・3人で一緒に入浴することもある。	
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	空調の整備。眠前を入所前から内服されている方もいる。眠くなったら、居室に入れている。		
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	少しずつ、覚えられるようになってきているが、十分ではない。		
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	厨房に食事を取りに行く、盛り付け、料理、洗い物等役割はある。畑作り等最近始め、水やり・残飯(肥)やり等役割が新たに出来た方もいる。まだ十分ではない。10時・15時のお茶はお好きなモノを選んでもらっている。		
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	主に日曜日に外出ができるようにしているが、不十分である。買い物は個人の必要・全体の必要に合わせて買い足しに一緒にいく時もある。希望があれば可能な限りは要望に答えるようにしている。家族による外出(あんま・外食など)はある。	必要に合わせて、個人的に買い物、外出に出かけている。家族に依頼をして本人の行きたいところに出かけられるように、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	小銭を持っておられる方もおられ、本人様の欲しい物を買ったり、外食などで使っておられる。		
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	電話はいつでも掛けて頂いているが、手紙のやり取りは送られてくるばかりで送ることができていない。年賀状は一部の方に宛名・文章を書いていただいた。		
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	季節の飾り付けを壁に貼ったりしている。また、味噌汁・ご飯を炊くなど生活感を持って頂けるようにしている。窓を開け、外気を取り入れるようにしている。しかし、トイレ掃除が不十分で、訴えられる時がある。	季節感を感じられるような飾り付けを工夫している。台所で作る味噌汁や炊飯によって、生活感を感じられるよう工夫している。	
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	何処に座ってもいいのだが、利用者の中で席が決まっている様子で、お互い言い合いながら座られている。団欒されたり、一人ソファに座られたり、工夫はされていないが、利用者達で過ごされている。		
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	家族が主に居室のレイアウトは考えておられる。その他は利用者の様子をみながら使い勝手の良いように職員が変更している。	本人と家族が相談して居室のレイアウトを決めているが、相談の上、職員が日常生活の中で使いやすいように変更することもある。	
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	トイレの表示・鍵の代わりに「使用中」「空いてます」のボード、居室の扉の色が違ったり工夫しているが、トイレの内部構造では職員の使い勝手に作られているので利用者には不便なところがある。		

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	42	食後の口腔ケアの声掛けが今までの生活習慣の流れで朝・夕の声掛けができておらず、夜の声掛けだけになっている。また、夜の声掛け準備、あるいは義歯の洗浄の手伝いもできていないこともある。	口腔ケアの声掛けを毎食後行っていく。準備・手助けが必要な方はお手伝いをする。	・毎食後の声掛けを行う。・口腔ケアの大切さを説明する。・AM11:00頃、口腔体操を行う。・歯科医からの口腔ケア指導表を各居室に置く。	3ヶ月
2	52	掃除は週2回、シーツ交換は週1回行っているが、徹底できていなかったり、汚れているときにすぐに掃除をするなど気が付いていないことがある。	利用者が居心地の良い居室空間を作る。	・担当CWIによる徹底した居室掃除・シーツ交換を確実に行う。・朝はカーテンを開け、夕方にカーテンを閉める。・脱いだものは畳み、汚れたものは洗濯に回す等放置の無いようにする。洗濯物を返すときはタンスの中を整頓する。・洗面所の衛生を保つ。	3ヶ月
3	27	個別記録・業務日誌の記入確認により、職員間の情報共有のルールは意識付けできているが、利用者のケアが徹底できていない。個々の認知症ケアを行う必要があるができていないことが多い。職員によって、声掛け、介助の違いがある。	ケア方法の統一による利用者の満足度と認知症の進行抑制。	・利用者一人一人のケア方法や声掛けの統計を出し、利用者に適した方法を統一する。(期間1ヶ月)・個別カンファレンスを行い、定期的に実践方法を見直す。・職員の意識向上を図る。・記録を確実にとるようにし、ADLの向上できそうなところを見つける。	12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】		
実施段階		取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		初 ☐ 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
		☐ 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)	☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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
		☐ 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	☐ 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)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ 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()