

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	1670400082		
法人名	社会福祉法人 新川老人福祉会		
事業所名	グループホーム しんきろうハウス		
所在地	富山県魚津市東町12-1		
自己評価作成日	令和5年9月1日	評価結果市町村受理日	令和5年11月9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	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	令和5年10月18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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・のどかな風景の中、近所に漁港があり施設からは山も見え四季の移り変わりを感じられる場所である。建物はリビングを中心に個室を配置している為、利用者さんは自然にリビングに集まり和やかな時間を過ごしている。施設では毎月誕生会やお茶会等行事を行ない、ボランティアさんの訪問があったり、地域の活動に参加したり、定期的に地域との交流に参加している。 ・職員教育に力を入れ、年間を通して様々な内部研修を行ない、テーマを決めて活発な議論を通してモチベーションアップを図ると共に、質の高いケアを提供できるように取り組んでいる。 ・施設は行政や民生委員、家族の構成で2ヶ月に1回運営推進委員会を開催し、多岐にわたり意見や提案が出され、運営状況の報告と外部の評価を受けながらサービスの向上に活かすように努めている。
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・管理者を中心に、利用者の今までの生活を大切に「自分らしさ」を継続できるように努め、思いや意向、希望を傾聴し、実践できるよう工夫している。 ・常に家族と連絡や情報共有、2ヶ月毎のお便りの提供を行い、利用者と家族のふれあいを大切にしている。 ・事業所を地域のコミュニティの場所として活用することも考えており、事業所の畑で収穫したサツマイモを配ったり、回覧板を利用者と一緒届けたりなどしている。 ・事業所独自の理念は、毎月職員全員で振り返り、指針とともに見直しを行うなどの工夫をして共有・周知を図っている。 ・職員教育にも力を入れ、年間予定に基づき実施し、状況に合わせてタイムリーな研修も行っている。
--

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	
umai	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)	○	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、活き活きと働いている (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、安心して暮らしている (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	理念はリビング内の目の届く所に掲げてあり、職員は毎月必ず振り返り、自分たちの役割を共有し再認識し理念と方向性を決定している。何より家庭的な環境の中で、日常生活支援を行い認知症の進行を緩やかにする事を目指す事業所であると言える。	定期的に振り返り、カンファレンスや研修会の開催時に、指針とともに見直しを行うことで、職員全体で共有を図る工夫をし、それに沿ったサービス実践が行われている。	
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	近隣住民とは挨拶を交わし、回覧板を持って行ったり、祭りや清掃活動等地域行事に参加し交流を深めている。歯科往診や訪問理美容など定期的な訪問を受けており顔馴染みの人々との交流が続いている。	地域の方とは、朝のごみ捨て時の挨拶、回覧板の配達など普段から生活の一部として自然に会話が行われている。事業所の庭で収穫したサツマイモを配るなど地域との関わりの時間をもつように努めている。	
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	入所希望や訪問者の相談窓口となり、高齢者の生活支援や認知症の理解などについて本人やそのご家族の気持ちに寄り添いながら話をしている。利用者は職員や家族と近くのコンビニやスーパー等へ行き、地元の人々と交流している。地域ボランティアを受け入れ、利用者家族にも参加してもらう事で触れ合いの場になっている。		
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	5名の各委員より活発な会議の中で出た新たな意見など実践できる事から改善に取り組んでいる。また、管理者は会議の内容を記録し職員や利用者家族へも書面にて報告をしており、利用者家族の意見や要望を汲み上げるようにしている。	現任だけでなく退任した民生委員も地域の代表として参加している。また、家族会の代表は2年任期で、多様な家族意見を聞くことができる工夫がされているが、町内会の役員などの参加は得られていない。	事業所のことを地域により深く理解してもらうためにも、地元自治会(町内会)の役員の参加を得たり、行政ともさらに相談体制を築いたりすることに期待したい。

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
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	行政担当者は運営推進委員会にも参加し運営状況やサービス向上に活かす為に連携を図っている。また、防災訓練や必要時にお互いに連絡・報告する事で良好な関係を作るよう心掛けている。	管理者は行政担当者が運営推進会議に出席してもらうことで連携はされていると思っているが、もっと積極的な協力関係をとることができないかと考えている。	
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	会議や職員研修などで身体拘束についての正しい理解を学ぶ機会を作っている。玄関のオートロックは拘束にあたる事は理解はしているが、帰宅願望が強い利用者に対しての対策になっている。身体拘束を出来るだけしないように話し合い対応し、職員の話す言葉や行動で利用者が落ち着ける対策を取るよう関係を維持するよう実践している。	玄関のオートロックによる施錠は常態化している。また、車椅子でベルトをしている利用者もいる。管理者はそれらを改善できないか思い悩んでいる。	身体拘束の基準についての研修なども含めてスタッフと話し合い、見直しを行えないかを検討することに期待したい。
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	虐待の防止についての研修を通して虐待の種類、また虐待が起こりうる場面についてを実体験や想像を含め話し合い、虐待が起こるような環境を作らない事も重視し注意を払っている。		
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	制度についての研修は積極的には行っており十分とは言えない。運営推進会議や市の相談窓口などで意見を聞き、学ぶ機会を設けたい。		
9		○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	入所者本人・家族の不安に対し事前の面談は必要な都度繰り返し、本人の希望を重点に多職種全体で会議し確認している。また本人・家族の意向を十分に聞きわかりやすいように説明をしている。		
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	運営推進会議に利用者家族代表者が出席し意見交換している。またその内容については議事録を通し利用者家族全員へ配付し、訪問時など後日家族と話せる環境を整え意見を頂き反映させている。	家族会は年に1回の定期開催が行われている。ほとんどの方が市内在住のため、少ない方でも月に1回は訪れている。その際には様々な希望を聞いたり、情報提供を行ったりしている。	

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
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	法人内でのアイデア提案にて反映されている。管理者は日頃から職員との関係性を構築し、一人ひとりの意見や悩みを一緒に話しアドバイスをしている。職員は毎月自己チェック表を管理者へ提出し反省点を踏まえ、次のエネルギー源になるようフィードバックしている。	毎月の自己チェック表で、それぞれの職員が支援方法や心身の健康状態確認を行い、結果は管理者が運営に活かしている。状況によっては、法人本部にも伝えている。管理者は、理事長などの面談により、法人に意思や希望を伝えることができている。	
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	労働条件の中でも勤務が続き疲労がたまらないようなシフト作りを意識している。毎月の業務カンファレンスにて各職員と意見を話し合っている。また、年度替わりには職員の異動もある為、職員への引継ぎ等で意見を表せる機会を作っている。職員は資格取得や自己啓発などモチベーションを高める為、事業所内外の研修会などに参加する機会がある。		
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	事業所にて法人研修を行っている。時々、他の事業所への応援に行ったり外部研修に参加し、全体会議で伝達講習をする等職員全体で職員の質の向上に向けて取り組んでいる。		
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	法人内の3グループホーム合同会議は2か月ごとに管理者同士が集まり情報交換をしている。また、法人内外のケアマネジャーや相談員との交流や連携を図り、利用者のスムーズな入所連絡など互いに情報提供している。一部ケアワーカーは感染予防対応の為交流の機会が少なかった。		

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
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	入所前には施設見学や説明を行い、施設の雰囲気を感じてもらっている。本人や家族のこだわりや要望を聞き、出来る限り添えるように施設からも提案している。入所後も本人との信頼関係が築けるよう声掛けや傾聴、様子観察を行いながら本人が安心して生活でき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	本人のADL(日常生活動作)を把握し意向を確認必要なサービスを提供している。困り事に対し利用者の立場に立つとの視点で本人や家族の意向の把握に努め、共同生活の中で共に信頼関係が築けるように努めている。		
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	本人の意思確認や家族・関係者からの情報により、適したサービスを提供出来るように本人・家族とのコミュニケーションを図り状態の把握に努めている。本人の状態が大きく変化した場合相談に乗れるように努めている。		
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	利用者からの話に耳を傾け、本人の思いや希望から学ぶ事が多い。家事や軽作業、畑仕事等を一緒にやりながら良好な関係を保っている。		
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	家族カンファレンス(担当者会議)や「お便り」などで利用者の日頃の様子を報告しているが、一方的にならないよう面会時には家族と本人と会話をしたり、外出したりして家族との交流を持って過ごしている。そこから家族の要望を受けたり、本人や家族のペースも尊重しながら対応している。		

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
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	コロナ禍もあり遠方の知人や家族との面会が実現できない事もあったが、職員・家族と一緒に本人の生活歴や趣味やこだわりを大切に、しんきろうハウスでの生活においても活かすように取り組んでいる。本人の気分やペースに合わせ、安心できる環境を整えるよう努めている。	長期間入居の利用者が多く、職員との馴染みの関係や、利用者同士の間人間関係ができている。共同生活の場として、それぞれの人生経験から得た知識や技法を、職員や他の利用者と共にアドバイスをしあうことで「ありがとう」の言葉が飛び交っている。	
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	入所の利用者同士の関係性や顔馴染みの利用者との交流に配慮している。利用者同士のトラブルになっても職員が仲介に入り関係性が悪化しないようにや、一人で孤立させないように支援している。		
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	地域とのつながりとして、利用者や家族との関係を損ねる事なく、状況に応じ柔軟に対応するよう努めている。		
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	本人の会話のペースに寄り添ったり、本人の好きな事や嫌いな事を理解し職員で共有し、一人ひとりの思いを実現できるように取り組んでいる。	利用者や家族から、事業所に畑があるから入居を決めたとの声があり、畑作業を継続している。また、毎朝、挨拶と「今日やりたいこと」を聞き、利用者の日々の思いを確認し、支援・実践している。常時、傾聴を心がけている。	
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	本人が納得し安心できるような言葉や雰囲気気を大切にして接している。時には方言で話したりスキンシップを図っている。		
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	施設の日課を強制せず、本人が自由に参加できるような雰囲気になっている。本人のその日の気分や体調を職員が確認し申し送りを行いながら状態に応じて残存能力を発揮できるように努めている。		

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
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	毎月カンファレンスを行い、個別ケアについて検討している。日頃の利用者の様子から体調の変化に早めに気づくように努めている。食事や排泄など身体状況に合わせてケア内容を見直し、最終的に家族に確認してもらっている。	毎月のカンファレンスで利用者の状態、ケア内容を話し合い、利用者の担当職員の意見を参考に、6か月毎に介護計画を見直している。かかりつけ医、家族の意見を確認し、管理者（計画作成者）が作成している。	
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	日頃から本人の要望に応じ柔軟に対応している。職員は日々の記録（毎日）から支援経過（1ヶ月）、モニタリング（6ヶ月）と情報を共有しながら多職種で介護計画を作成している。		
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	年に1回家族会を開催し、家族の希望をアンケートし、改善に取り組んでいる。		
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	通院や地域のボランティアを積極的に受け入れ地域に溶け込んでいる。		
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	利用者の中には受診へ行ったり、月1回の往診を受け必要な医療を受けている。また必要な場合は家族に付き添ってもらい医療機関を受診し健康の維持に努めている。	入居前からのかかりつけ医を継続したり、月1回の訪問診療や家族の協力で受診したりしている。受診時には、家族に日々の状態を手帳に記録して渡している。他科の受診は主治医の紹介状にて基本的に家族が同行し、不可能な時は職員が代行している。	
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	異常時やちょっとした体の変化や気になる事は主治医に相談し指示をもらう等医療との連携を図っている。		
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。	家族の協力であったり多職種と連携している。入院時本人のADLの情報提供をしたり、退院時は本人の状況を聞く等施設と病院とスピーディーに情報提供を行いネットワークを作っている。		

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
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	家族には出来るだけ状態の変化・経過をこまめに連絡し、万が一の対応に備えてもらうよう伝えている。介護認定を受けた有効期間内であっても、状態が変化した場合は家族に説明し方向性を話し合っている。看取りに関しては実践はないが、今後のニーズとして対応できるよう職員研修や医療体制の方でサポートが受けられるよう対策を整える必要がある。	入居契約時に利用者、家族には重度化や終末期の指針を基に説明している。重度化した場合は主治医が家族に説明し、方針について話し合っている。事業所では可能な限り支援ができるように努め、他施設や病院へ移行ができるようにしている。看取りについては検討しているが実践していない。	
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	「緊急時対応について」の職員研修を行っている。緊急対応や連絡についての手順はマニュアルが出来ており、定期的に職員で確認している。		
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	年間を通して避難訓練を実践し、利用者・職員は緊張感を持ち本番ながら役割分担し任務を意識している。日頃から防災について意識するようにし、迅速な行動、避難時に持ち出す物などを確認している。また、台風や大雨の予報がある時は事前の点検対応や、災害時の食料品や必需品の備蓄を確認している。	年2回、火災を想定した避難訓練を行っている。また9月に開催された地域防災避難訓練に職員が参加し、避難場所の小学校まで移動している。BCP(事業継続計画)を作成し、防災グッズ(ヘルメット、持ち出し袋)や食品、備蓄品の準備(2か所に分割)をしている。	事業所は海岸や河川が近く、津波、洪水等の避難地域になっているため、利用者の避難移動についての実施や地域住民の協力体制の検討を期待したい。
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	居室は個室になっている為、入室時は声掛けやノックをする等してから入るようにしプライバシーは守られている。個人の趣味やこだわりを尊重し、本人らしく生活してもらるようにし、職員本位にならないように利用者の意向を傾聴している。	親しみやすい馴染みの言葉を使いながらも利用者の尊厳を重視し、対応している。利用者の意思や希望を大切に、実践できる支援を心掛けている。	

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
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	水分補給では本人にお茶や牛乳、スポーツ飲料など好きなものを選んでもらったり、入浴の衣類の準備は本人に衣類の選択をしてもらっている。レクリエーション活動や日課にしている体操も、声掛けはするが本人が拒否する時は無理強いはしない。		
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、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	起床時間や就寝までの時間は個室で自由に過ごしてもらってる。日中は本人の得意な事や興味のある事に参加してもらっている。また、利用者のその時の気分や体調に合わせて、入浴の順番を変えるなどしている。		
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	居室に個人の私物を持ち込み、鏡台を置き髪の毛を整えやすいようにしている。毎日使う洗顔フォームにこだわったり、ご家族に協力してもらいシーズン毎の衣替えをし季節ごとのオシャレを楽しめるようにしている。		
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	食事の準備、盛り付け、片付けなど利用者同士協力している。また利用者が皆で集まって一緒に食事を楽しんでいる。毎月麺の日やカレー、ちらし寿司、手作りおやつなど色々なものを提供している。	朝、昼食は法人全体で給食センター、夕食は業者のおかずを利用し、ご飯とみそ汁は事業所で作り提供している。月1回程度、利用者の希望で麺類やカレー、炊き込みご飯を手作りし、季節を味わっている。おやつは畑で収穫した物(サツマイモ等)を利用し、また近くの店で職員と一緒に買い物をして楽しむ工夫をしている。利用者はテーブルやお盆拭きを行い準備や後片付け手伝っている。	

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
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	水分補給はしっかり行い摂取量を確認している。汗をかいたり入浴後も適時補給を行っている。食事の献立は業者に委託している部分もあるが、施設でカレーやそうめん、ホットケーキなど食事やおやつは季節や行事ごとに楽しめるような献立を考えている。1時間以内の延食対応(食事の延期)は可能。食事は普通食や刻み食など本人が食べやすいような形態にして提供している。		
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	自立での口腔ケアを見守り声掛けにて確実に行っている。磨き残しがある方は職員が介助したり義歯洗浄を行っている。		
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	トイレに行く際に声掛けし、汚物などの回収や交換を行っている。一人ひとりの排泄パターンを把握し昼夜と声掛けも行き、本人の状況に合った下着やおむつを使用している。	自立にてトイレで排泄している利用者が多く、トイレには紙パンツやパット等を利用者の手の届くところに設置し、利用者が自分で交換できるように工夫している。車椅子でおむつを使用している方もトイレで排泄できるように支援している。	
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	出来るだけ水分摂取の確保に努めたり、日頃から体操を実施して腸の活動改善に取り組んでいる。主治医から処方された薬を管理し確実に飲んでもらっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時はその方の入り方で楽しんでもらっている。季節ごとに入浴剤を替えたりゆず風呂を楽しんでいる。24時間の希望には対応出来ないが、入浴日以外でも要望に応じて入浴が可能。	浴室は2人が同時に入れる大きさと、浴槽にはリフトや高さを調節する台を設置し、安全に入れるよう工夫している。基本、週2回(月・木)全員が入浴し、利用者同士で会話をしたり、音楽を流したり、入浴剤の変化や個別のシャンプーを使用したりして楽しめるよう支援している。	
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	夜間の睡眠や昼寝が心地よく出来るように、室温調整をしている。一人ひとりの体力に合わせて声掛けし、こまめに休息をとってもらっている。リビングにソファを置き、いつでも休めるようにしている。		

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
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	医師の指示に従い服薬介助を行っている。また、薬の効果と副作用も理解しながら観察し、症状に変化が見られたり必要時は主治医に相談をしている。		
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	本人の日課にしている事が継続出来るよう声掛けしている。共同生活の中で食事の盛り付けやコップ洗い、草むしり等協力して行っている。各自の趣味を把握し好きな事に取り組めるようにしている。		
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	本人一人では外出できない為、職員と近所を散歩したり近くに買い物に出掛けたりしている。また、ご家族とドライブやカフェ等に出掛けたりしている。	敷地内の畑仕事をしたり、地域内を散歩をしたり、近くのコンビニまで買い物に出かけたりしている。また、季節ごとのドライブや、受診時に家族と外出している。	
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	家族から小遣い程度を職員が預かり、職員と一緒に買い物に行くなど日用品の購入やおやつなどの準備をしている。		
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	携帯電話等個人持ちで使用している方もいるが、家族への取り次ぎや電話を使用できる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	フロアは明かりや温度などその時間帯で快適に過ごしてもらうようにしている。季節ごとの手作りの作品を掲示したり、近所の方から頂いた花を飾ったりしている。	居室から出ると共有空間があり、大きな画面のTVが置かれ、希望のビデオや番組を見ることができる。テーブルやソファが置かれ、利用者が日中くつろげるよう工夫している。壁には季節が感じられるよう利用者と職員が作った作品が飾られている。	

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
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	リビングが中心にある為、自然にフロアに人が集まれるようになっている。リビングテーブルは座席の配置を1ヶ月毎に変え他者との交流を図り、顔馴染みの関係になれるようにしている。共有スペースでは気の合った者同士トランプやゲームなどして楽しく過ごせるよう支援している。		
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	居室は本人のプライベートな空間として落ち着けるようにTVや私物など使い慣れた物を持ち込んでいる。	居室は和風で、窓には障子戸、居室内には押し入れがある。ベッド(布団は持参)が設置され、家具や椅子、TV、仏壇等利用者大切なものを持ち込まれているが、押し入れを使い整理整頓されている。掃除は職員と一緒にいき、清潔で居心地の良い部屋になっている。	
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	洗面台やトイレは居室から出た所にある為、見守りや様子確認がしやすい環境になっている。また、風呂やトイレの場所が分かるように目印をしている。普段から一人ひとりが出来る事を見つけ、洗濯物干しや洗濯物畳み、掃除など職員と一緒に取り組んでいる。		

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	6 (5)	当事業所において、認知症の方や帰宅願望の強い方が利用しているとの理由で、正面玄関は常にロックしている状態であるが、他の対策で日中の施錠は解除できないか。また身体拘束適正化委員会を行っているが車椅子キーパーは外せない結論ありきの話し合いになってはいないか。	施設の中で利用者さんが落ち着ける雰囲気にし、いつでも出られるという安心感を持ってもらう。もし、一人で玄関から出て行っても、施設職員だけではなく地域住民で見守りが出来れば良い。	・利用者ご家族へ了解を得、身体拘束廃止へ向けての対応策をしっかりと検討していく。 ・地域との交流を通して施設の事を理解してもらい、協力体制を図れるようなネットワークの構築をしていく。	24ヶ月
2	36 (14)	一人ひとりの尊厳を重視し、職員本位にならないよう、利用者の意思決定や残存機能を活用するケアを実践し、より良いサービス改善に取り組む。	一人ひとりの意向・要望を聞き入れ、スタッフ全員が「誰のためのケア」か「何のためのケア」か根拠をしっかりとおさえておく。	・一人ひとりの思いに寄り添ったケアプランを作成する。 ・利用者との信頼関係を深め、利用者本人が自分の思いを話せるようにする。またご家族にも本人の思いを理解してもらい協力してもらえようようにする。	12ヶ月
3	4 (3)	2か月に1回開催している運営推進委員会ではあるが、委員会の構成メンバーが固定化されている為、報告内容や意見等もなかなか活かされない。	ボランティアさんや地域住民、町内会長や向いの会社員など様々な方を呼んで多岐にわたる意見交換をし、地域との連携、ネットワークを構築する。	・運営推進委員会で次回の議題を提案し、家族の方や委員の方の意見をもらう。 ・委員会で出た意見や要望を積極的に取り入れる。 ・委員会のメンバーを増やす。	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。

(別紙4(3))

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】	
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	<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(各利用者家族様へ評価結果の資料を後日配布予定している)
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()