

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	2572300024		
法人名	社会福祉法人 近江ちいろば会		
事業所名	グループホームぼだいじ		
所在地	滋賀県湖南市菩提寺327-16		
自己評価作成日	2024 年 6 月 18 日	評価結果市町村受理日	2024 年 8 月 26 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 [滋賀県湖南市の高齢者福祉施設「近江ちいろば会」\(chiiroba.jp\)](http://chiiroba.jp)

【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	2024年7月10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)】

・毎日の日課の1つとして、朝・夕に近隣への散歩を行っておりますが、地域の方との交流の機会にもなっており、毎日の良い運動・生活習慣に力を入れています。
・重介護の方やほぼ自立されている方、それぞれの能力に合った支援をさせていただいています。
・自立支援に取り組み、入居者様が自然と心と身体を動かして下さるように努めています。
・ご家族と共に終末期・看取り期について相談しながらすすめています。
・入居者様の楽しみや生きがい生まれるように心がけ、最後までその人らしく過ごしていただけるように努めています。
・抱え上げない介護推進事業所として、入居者様・職員共にやさしい介護の実践に努めています。

【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)】

四季折々に自然な景色が楽しめる環境に「グループホームぼだいじ」はある。2ユニットで運営されている建物は、木の温もりや和風の設えが落ち着きや懐かしさを感じさせる。開放的な玄関には、利用者、1人ひとりの帽子が掛けてあり、近くの遊歩道や公園等へ散歩することが日課となっている。散歩時には、近隣の方と挨拶や言葉を交わし、馴染みの関係となっている。感染の状況を鑑みながらではあるが、地域のボランティアの来訪も多く利用者とのふれあいや事業所周りの作業等協力関係が継続している。数年前より、抱えない介護の実践や眠りスキャンを導入し利用者にとっても職員にもやさしい運営に取り組んでいる。職員は、利用者一人ひとりの心身の状況を把握し日々の暮らし中で自然と何らかの役割を持ってもらい生活のリズムづくりを支援している。たとえ重度化された場合は、本人・家族

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての家族等が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	法人共有の理念を根幹に、事業所独自の目標を計画し、利用者・家族・地域住民・職員にとっても良いホームを目指し、日々のミーティングや毎月の会議で振り返り確認し実践に努めている。	法人及び事業所独自の理念を全職員が共有し、その人らしい暮らしの実践に努めている。ユニット会議やミーティングで理念に沿った実践になっているかを振り返り確認をしている。	
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	ほぼ毎月、地域の個人ボラ、ボランティアグループと交流の機会を設けている。日々の散歩時には、近隣の方から挨拶や声かけがある関係が継続している。	地域のボランティア(個人・グループ)と継続して交流がある。毎日の散歩時には、近隣の方との挨拶や会話を交わす関係である。	
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	菩提寺地区で行なわれている「認知症の人の徘徊発見保護訓練」に参加し認知症の方の行動や思いを地域の方に認知症の方への理解を深めていただいている。但し近年は新型コロナ感染拡大予防の為行われていません。		
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	地域の区長、民生員、介護相談員、包括、市関係者、警察官など幅広い知見を有した方々と事業所の現状報告、地域や市からの情報交換を行っている。議事録は職員間で、共有しサービス向上に活かしている。	定期的に地域・家族・行政等の代表者が参集して開催。事業所の現況・取り組み・情報や意見交換が活発に行われている。議事録は職員間で共有。本人・家族等には、月1回発行しているグループホーム便りにて伝えていく。	
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	介護認定更新時の協力関係や研修等を通じて意見交換する機会がある。必要時はいづでも相談できる関係が築かれている。	市町の職員と共に研修の機会があり、意見交換も出来ている。市町からの依頼で小・中学校へ講師として出向くこともあり協力関係にある。	
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	年2回は自己チェックを行い不適切ケア(スピーチロックも含め)がないか振り返り、確認している。日中は、玄関を開放し庭先で花をながめたり、職員と散歩をして出来るだけ制限のない生活の支援に取り組んでいる。	年2回「ラインワークス」で全職員が自己チェックを行い、不適切ケアになっていないかを振り返り確認し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者一人ひとりの言動や思いを職員間で検討、共有し抑圧感のない暮らしの支援に努めている。	
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	全体会議・ユニット会議の場で、虐待が行われないよう職員同士の連携をとっている。		

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	職員全員が活用出来るまでは理解できていないが、必要時には本部・関係機関と連携に努めている。		
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	契約時は管理者が対応し、互いに契約書を見ながら説明をさせていただいている。疑問点については随時お答えさせていただいている。		
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	ケアプラン説明時は、直接、意見や要望を伺うように努めている。また家族の来訪時やオンラインでも聞く機会を設けている。出された意見等は職員間で検討し運営に反映させるように努めている。	年1回は家族会があり(オンラインでも参加できる)意見や要望等を聞く機会がある。日頃の面会時やケアプラン説明時にも意識的に聴くようにして職員間で共有し反映に努めている。	
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	週材適所を活かした役割分担でやりがいと業務の効率化を図るとともに、日々のミーティングや会議で意見や提案が出せる仕組みを作っている。年2回は、個人面談が設けられ職員の意見が反映できるように努めている。	先輩、後輩に関わらず意見や提案は言いやすい雰囲気である。管理者との面談では、研修のことや職場環境について等話することが出来てい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	眠りスキャン・ケアパレットなどDX化が導入され業務の効率化が少しづつされている。また、それと合わせて、本部との連携による事務的な効率化も図られている。		
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	研修計画を立てて学ぶ機会、自己啓発の機会を設けている。また、ノーリフトケアの実践に向けて取り組んでおり、職員全員が継続的に学ぶ機会を設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	法人内での委員会活動など横の繋がりや連携が図りやすいように取り組んでいる。また、交流の機会として外部研修の機会を積極的に設けて取り組んでいる。		

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
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	入居前には、本人と面接を行い入居の説明をしている。また本人の要望を聞き、安心して暮らして頂けるよう、本人の意向に添うように努めている。また入居希望者には共用型デイを利用いただき入居後のリロケーションダメージの軽減に努めている。		
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	入居前時には家族の要望を聞き、不安なことなどを解消できるように努めている。本人に細かな変化があった場合にすぐさま連絡できる関係づくりに努めている。今後家族会開催など、より顔の見える関係づくりを行っていきたいと考えている。		
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	ケアマネとの連携により必要な情報を全ていただき、本人・家族としっかりと話し合い必要な対応に努めている。		
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	自律した生活が送れるよう、出来る事は自身でしていただく事を基本とし、暮らしの中で自分らしい生活を送っていただけるよう工夫をしている。		
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	iPadなども活用して、ご本人の写真やご様子などをお伝えし、支援の方法を相談している。また、オンライン面会や必要な面会など、ご家族と共有できる時間を作れるように心がけています。		
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	馴染みの方やボランティアの方との交流が継続している。また近隣のスーパーに買い物に行ったり以前行ったことのある場所へのドライブ支援を行っている。	知人・友人と居室で面会される利用者もおられる。外出時は馴染みの店や場所へ意識的に行くように努めている。散歩時に会う地域の方や定期的に来訪のボランティアとの馴染みの関係が出来てきている。	
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	食事席などは気の合う方での席を設け、また入居者同士が支えあえるよう配慮している。不仲な関係であったとしても孤独感を抱く事がないように職員が関わる事に行っている。		

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
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	サービスが終了しても、必要に応じて本人・家族の相談・支援に努められるようにしている。		
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	散歩時や台所の仕事中、また入浴時等に会話が広がることが多く本人の希望や意向を把握する機会と捉えて支援している。聴き取った内容は職員間で都度カンファレンスして出来るだけ思いに沿えるよう努めている。	入所時に生活歴を聴き取り、得意な事や趣味を活かすようにしている。日々の暮らしの中で把握した一人ひとりの思いを強制でなく自然と何らかの役割を持ってもら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	ケアマネやご家族から多くの情報をいただくように努めている。また入居時には、ご家族に依頼をし生活歴の聞き取りを行なっている。		
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	日々のケース記録を共有し把握するようにしている。		
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	日々の様子を写真やアルバムにして伝え家族等の希望や意見を聞き介護計画を作成している。モニタリングは介護計画と連動した介護記録を参考に家族に説明しながら行っている。	本人・家族と直接、話し合い希望や意見を反映して介護計画を作成している。介護計画と連動した記録を参照してモニタリングし本人・家族に説明、見直しをしている。	
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	iPadを使ったケース記録に細かく記録し介護計画につなげている。		
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	ニーズの把握に努め、必要や要望に柔軟に対応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
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	近隣への散策や公園への散歩など地域との交流が図れるように努めている。		
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	内科・歯科・眼科は事業所の協力病院に往診や通院を行っている。他科の受診が必要な場合は、紹介状が出されている。基本、通院は家族同行で診療情報は関係機関で共有し健康管理を行っている。	内科・眼科・歯科は、事業所の協力病院で往診や、通院を利用。専門医や他の診療が必要な場合は紹介状や希望の病院へ、基本家族同行（必要に応じて職員）で通院。診療情報は関係機関で共有・健康管理されている。	
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	常勤看護師が毎日体調管理をおこなっている。また、体調変化があった場合は医師、ご家族と連携を図り、在宅での暮らしが続けられるように必要な対応に努めている。		
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。	入院時は医療との連携を細目に行い、管理者と看護師が主治医や関係者に状況の確認を行い、家族と相談の上、早期に退院できるよう努めている。		
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	入居時に、身体変化時のあり方について意向確認書を作成し、毎年1回は、意向の再確認を行っている。重度化の兆候が見えた場合は、家族の意向を確認しながら、看取りの計画書を作成、主治医・看護師・事業所職員等で連携して支援している。	要介護3以上で入浴時、浴槽に入るの出来にくくなった時点で特養への申し込みを提案している。実際に重度化した場合は、本人・家族の意向を都度確認しながら事業所で出来る最大の支援をチームで取り組んでいる。	
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	普段の様子と違う急変時や事故があった場合は、直ぐにマニュアルに沿って対応ができるようにしている。そして、その都度振り返りを行って全員で周知徹底に努めている。		
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	定期的に避難訓練が行っており、運営推進会議で地域の方にも訓練実施の報告や意見交換をさせてもらっている。災害に備えた食料・物品は、法人共有の倉庫で管理され見直されている。	同法人の小規模多機能居宅介護事業所と共同で定期的に避難訓練が行われている。災害に備えた食料や非常物品は、法人共有の倉庫で管理し見直している。	様々な災害を想定した避難訓練や地域との協力体制・家族等への連絡方法等今後とも継続的に話合われることを期待します。

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
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	人権やプライバシーを意識した接遇研修を行っている。担当者が毎月の接遇目標を設け全職員で共有している。配慮を欠いた言葉かけや不適切ケアにならないよう確認して支援に努めている。	不穏時の対応について話し合い統一した声掛けを行うことで納得を得ながら不安軽減が図れている。親しみと馴れ合いを見直し馴染みの関係性に努めている。ホーム内を一緒に歩くことも落ち着かれていくと聞く。	
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	入居者が主人公となれるように職員は黒子のように努めている。また、ご本人の思いや声を可能な限り形にできるように心がけている。		
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	業務を優先するのではなく、ご本人の出来る事・心を動かされることを理解して、そっと出来るような支援を心がけている。		
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	個々の服装や身だしなみのこだわりを理解し、大切にしている。		
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	テーブル拭きや後片付け、食器洗いなどさりげない声かけをして一緒に行っている。季節の食材で楽しんだり、裏庭で協同で育てた野菜が食卓にそえられ味あうのも楽しみとなっている。	主食はホームで炊き副菜・汁物は厨房で調理した物を一緒に盛付ている。体調に合わせたメニュー変更も可能である。当日は土用の丑の日鰻丼であった。汁物の他に育てたキュリで一品、酢の物が添えられていた。	
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	食事量は全員記録しており、水分については必要に応じて記録している。栄養バランスが不足してしまう方においては家族と相談し本人の摂れる形を取り入れている。		
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	必要に応じて訪問歯科を利用している。また歯磨きの声掛け、歯ブラシ渡し、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ等個々に応じて支援している。		

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
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	基本トイレでの排泄を支援している。布のパンツからリハビリパンツに移行が必要になった場合も本人のプライドを傷つけないよう、小さいシートからパットの段階を経て様子見ながらトイレ誘導、支援をしている。	トイレは二部屋に一つ、部屋の隣にあり夜間は行きやすい距離にある。「眠リスクキャン」が導入され夜間はパソコン上で呼吸数やセンサー音も確認できる。覚醒時にトイレ誘導することで安眠重視と自然な生活支援となる。	
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	散歩等による腸活、水分摂取、飲み物、食物繊維、便秘薬、腹部マッサージ等、主治医や看護師、家族と相談し個々にあった支援をしている。		
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	毎日、入浴したい方には、そのように、同性介助希望の方や2人介助が必要な方等一人ひとりに合わせた支援をしている。	夕食後に入浴する人が2名、一番風呂を好む人、温好きの人等個別支援に努めている。入浴後は化粧水で肌を整える人もあり、気持ちよく入ってもらう工夫と自立支援が伺える。檜ぶろでゆったりくつろげる。	
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	夜間出来るだけ良い睡眠がとれるように、毎日の日課の1つとして散歩に出掛けている。また日中帯の中で、体調や状態に合わせて休んでもらったり、メリハリのあるお過ごしができるように努めている。		
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	個々の薬を理解できるよう、いつでも処方箋などで確認できるように備えてある。また、症状等気になる事は記録に留めている。また、日付、名前等を読み上げ確認してから手渡しで服用していただいている。		
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	掃除・食事盛り付けなどの役割を持ってもらっている。また、日課として地域への散歩を行っている。ラジオ体操、脳トレ体操等、毎日心身を動かす習慣を心がけている。		
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	入居者は日課として近隣の散策や散歩に出かけている。また、欲しいものや必要なものなどの把握に努め、ご家族様と相談しながら買い物支援も行っている。	季節・気温に配慮しながら毎日の散歩を継続している。車いすの人と一緒に近くの公園を通り橋を渡りホームに戻るのが毎日の散歩コースである。玄関には帽子等暑さ対策も備えてある。冬場も季節を肌で感じる機会となる。お盆・正月の外出、墓参り等個別の外出は家族と行かれている。	

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
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	・買い物支援時など、ご自身で買い物をされる機会を設けている。また、施設の買い物などに一緒に行った際は、買い物を楽しんでいただけるように支援している。		
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	電話は自由にしていただけるよう設置している。また支援が必要な方にはできるようサポートしている。個人で携帯電話を持っておられる方もいる。手紙などを家族宛てに書く支援をしている。		
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	常に美しく、清潔に心を掛けている。季節が感じられるよう、居室はもとより共有部分においても外が見える部分が多い。季節に応じた飾り付けも行っている。	リビングからは外庭を眺め、周囲の山々に囲まれ自然の風景が感じ取れる。日差しも入り明るい環境にある。提灯の飾りが並び夏祭り間近の雰囲気を感じ、季節感・生活感等見当識への配慮が伺える。和風の設えが落ち着いた雰囲気を醸し出している。	
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	リビング、居室以外にも共有スペースがあり、独りになりたい場合に使用できる。廊下の途中には椅子を設置している。		
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	新しいものではなく、本人の使っておられたものを持ち込まれるようにしている。また、配置も出来るだけ従来の生活に近い形に出来るよう、配慮している。	お位牌・写真等が置かれ毎日手を合わされている。ハンガーラックには服が並び、今日の服、明日の服を自己選択できる。テレビがあり部屋で寛ぐ人もある。布団干しや掃除等できる力を得ながら清潔に努めている。	
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	必要に応じて、トイレや居室の明示をしている。また、朝から玄関掃除やトイレ掃除を自発的にしていただけるよう物の置き場には「見てわかる化」をしている。		

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	26	○チームでつくる介護計画とモニタリング ご入居者様一人ひとりの生活の質、ケアの質の 向上のために、その基となる計画書、またモニ タリングについて、職員が共有して実施できるよ うに取組んでいく。	・ご入居者様一人ひとりの尊厳を大切に、生 きがいとやりがい、居場所をつくる。 ・そして、ここでの暮らしに前向きに捉えて過 ごすことができる。	◎担当者だけでなくチームで介護計画とモニタ リングをつくる。 1)一人ひとりの目標と計画にについて、毎月の チーム会議でモニタリングについて検討し計画 書に反映する。 2)目標と計画を見える化にして、チームで共有 する。 3)周知徹底を図る	3ヶ月
2	35 (13)	○災害対策 小規模と合同に、火災を想定した避難訓練を年 2回行っていますが、地震を想定した訓練はまだ 未実施でありましたので実施していきたい。	・様々な災害を想定した避難訓練や地域と の協力体制・家族等への連絡方法等につい て確認を行う	◎地震災害を想定した訓練を行う ・緊急時の連絡方法について、ご家族様と取り 決めを行い共有する。 ・また職員とも連絡方法について共有を図る。 ・周知徹底を図る	3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
		☐ 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()