

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	0270301385	
法人名	有限会社 ゆき	
事業所名	グループホーム そら	
所在地	八戸市大字大久保字西ノ平25-207	
自己評価作成日	令和4年12月1日	評価結果市町村受理日

※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 青森県社会福祉協議会
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号
訪問調査日	令和5年2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)】

・利用者様と職員と一緒に楽しめるよう、ドライブや誕生会、ミニ運動会、節分の豆まき、クリスマス会等の行事がある。
 ・季節を感じながら楽しい時間を持てるよう、利用者様と一緒に活動を行ったり、散歩や運動する時間を持っている。
 ・コロナ禍において、窓越しではあったが折に触れてご家族様と面会され、近況を報告している。
 ・感染症、事故防止検討、身体拘束虐待防止委員会があり、年間計画を作成して研修をオンライン等で開催したり、現場でのケアについて振り返りになるよう、職員で話し合いの場を設けてケアの質の向上に努めている。

【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)】

開設時からの働きかけにより、地域住民との関わりが深く、コロナ禍前は町内会の花見やいきいきサロン、日帰り旅行に参加したり、向かいの病院の夏祭りに出かけている他、ホームの収穫祭や家族会に地域住民を招待する等、たくさんの交流があった。
 また、地域には「そら協力隊」も作られ、いざという時に協力が得られる体制を整えている。
 管理者及び職員は、利用者にとって住み慣れた地域との関わりや馴染みの人達とのつながりが大切であると考え、常に日々のケアを振り返りながら、理念に沿ったケアの実現に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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拡がりや深まりがあり、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	独自の理念をホーム内に掲示したり、会議や研修、ケアプランに盛り込み、全職員で理念の共有に努めている。定期的な研修も行き、振り返っている。	利用者が地域との関わりを持ちながら、その人らしく生活していけるようにという思いを含め、ホーム独自の理念を作成している。理念は各ユニットのスタッフルームに掲示している他、会議や研修の中でも振り返る機会を設け、共有している。	
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	住み慣れた地域で生活できるよう、町内会に加入し、回覧板を通して連絡事項を確認している。いきいきサロンや夏祭り等の地域行事への参加やホームの収穫祭、餅つき、小旅行、ミニ運動会等への地域の参加は、コロナ禍で行えていない。	開設時から町内会を通して積極的に働きかけており、地域住民にはホームを理解していただき、良好な関係を構築している。コロナ禍前は、町内の花見やいきいきサロン、日帰り旅行に参加したり、ホームの収穫祭や家族会に地域住民を招待する等、たくさんの交流を行っていた。	
3		○事業所の方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	年に1度の家族会では地域の方にも参加していただき、認知症についての寸劇を行う等していたが、コロナ禍で行えていない。認知症に関する相談をケアマネジャーが対応している。	/	/
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	会議では、日々の生活やサービス内容、各委員会の活動を報告し、介護とは別の視点での改善策についても意見交換を行っている。外部評価の結果も報告し、出された意見を持ち帰り、会議をして日々のサービス向上に活かしている。	コロナ禍のため、運営推進会議は書面開催となっているものの、メンバーからはFAXで意見や情報をいただいております。ホームのより良い運営やサービス向上に反映させるように取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	家族の集い開催時や運営推進会議に参加していただけるよう、案内をしている。自己評価及び外部評価結果、目標達成計画を報告している。	制度等に関する質問や相談がある時は電話をする等、市の担当課とは日頃から連絡を密に取り合っている。また、運営推進会議の議事録や自己評価及び外部評価結果も提出している他、市からは様々な情報やアドバイスをいただいている。	

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
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	玄関の施錠はもとより、身体拘束をしないケアを行っている。また、虐待・身体拘束防止委員会を設けており、定期的に会議をし、会議録は全職員に回覧している。ホーム内研修を行い、正しく理解したケアに取り組んでいる。	虐待・身体拘束防止委員会を設置し、法人全体で定期的に会議を開催している。議事録回覧により職員間で内容を共有すると共に、ホーム内研修も行き、全職員が理解を深められるように取り組んでいる。管理者及び職員は身体拘束は行わない姿勢で日々のケアに取り組み、やむを得ない場合に備えて、同意書や記録を残す体制を整えている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	委員会を設置し、普段のケアを振り返り、改善していけるよう、プロセスレコードや不同意メッセージ、スピーチロック等、年度毎に目標を定めて取り組んでいる。取り決めや対応方法は業務マニュアルに入れている。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度については、ホーム内研修を実施し、周知することで、家族への情報提供や利用につながる支援を行っている。		
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	契約時はホームの理念やケアの方針、取り組みについて説明している。不安や疑問点を確認して、理解につながるように努めている。		
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並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	意見箱をホーム玄関へ設置したり、運営推進会議で出された意見等に対して、話し合いを行っている。家族から意見が出やすいよう、毎月利用者のホームでの様子や体調等について、来所時や電話、ホーム便りにて報告している。	利用者からは日々の会話を通して、意見や希望を聞けるように働きかけている他、家族からは面会時や電話連絡の際に、利用者の生活状況等をお知らせしながら意見を聞いている。また、コロナ禍前は年1回家族会を開催し、地域住民や市の職員も参加して意見交換を行っている。	
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	全体会議やユニット会議を毎月1回開催し、代表者や管理者は職員と話し合い、意見提案があった際は迅速に対応している。代表者は利用者や職員が良好な関係を保てるよう、勤務体制や異動を行っている。	職員は申し送りやユニット会議で意見交換を行っており、ホーム内で解決が難しい事案は全体会議で話し合われ、職員からの意見をできるだけ早く業務に反映できるように取り組んでいる。	

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
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	代表者は職員の日々の努力や勤務状況等を把握している。職員健康診断を実施し、心身の健康を保つための体制を整えている。職員各自が向上心を持てるように、資格取得支援やキャリアアップにつながるような目標を決め、面談をしている。また、希望する休日に休めるようにしたり、異動する機会を設けている。		
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	年間の研修計画を作成し、勤務に配慮して2回に分けて行っている。研修内容については職員の意向を参考にし、より実践に活かされるよう、グループワークやロールプレイを取り入れている。また、研修後はレポートや報告書を提出している。		
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	地区や全国の協会に加入している。交流を通して関係作りを行い、電話等で情報交換を行っている。訪問についてはコロナ感染症流行のため、中断している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族の要望を聞き取り、入居前の施設や病院等からの情報を職員間で共有している。また、受け入れ体制を整えて、入居後は安心していただくよう、関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族と面談する等、直接話を聞く機会を設けており、介護保険制度・グループホームの特徴を説明し、相談を受ける際には家族との信頼関係を築くことを意識しながら対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族の要望を聞きながら、「できる事」「できない事」を見極め、本人が求めている事に気づき、自己決定を尊重した対応に努めている。		

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
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活歴や職業、趣味、現在の本人の気持ちや体調に留意し、できる事を行っていただきながら、共同生活する者同士が支え合う関係に努めている。		
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置かず、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	本人と家族の関係性を理解し、面会時や電話で情報交換して、共に支えていく関係を作るように努めている。		
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	利用者がこれまで関わってきた人や馴染みの場所等の把握に努め、継続して交流できるように努めている。	利用者の馴染みの人や場所を把握し、電話のやり取りをお手伝いする等して、これまで大切にしてきた関わりを継続できるように支援している。	
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	コロナウイルス感染症の影響で、他ユニットの交流はできていないが、解消後は以前のように交流を予定している。利用者が気の合う方と関わり合えるよう、席の配置を行っている。		
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	退居後にも相談に応じたり、家族から近況報告をいただいている。コロナウイルス流行前は、事業所行事に参加していただいていた。		
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	担当者会議やユニット会議で、利用者一人ひとりの思いや暮らし方について話し合っている。意向が十分に把握できない場合は、職員が利用者の視点に立って話し合ったり、利用者のことをよく知る家族や関係者から情報をいただいている。	会話を通して利用者の思いや意向の把握に努めており、周囲を気にして話せないような時等は居室でゆっくり話を聞いたり、1対1での入浴介助時等に聞いている。また、家族からも面会時や電話連絡時等に情報収集し、申し送りや連絡ノートを利用して職員間で共有している。	
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	アセスメントシートにまとめ、全員が把握できるようにしている。生活歴や環境等を情報収集し、本人にとって居心地の良い暮らしができるよう、把握に努めている。また、サービス利用の経過等について、家族や利用施設から情報収集をしている。		

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	
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	介護サービス記録を使い、利用者の1日の生活リズムや食事量、排泄パターン、睡眠状況を把握し、体調変化や認知症による生活リズムの変化にも対応できるように努めている。			
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	一人ひとりの言動や表情からニーズを導き出し、職員の受け取り方や関わり方を話し合い、統一した上でケアプランを作成し、家族にも意見や要望等を相談している。受診時には主治医や看護師より、日常生活等で注意する点や必要な事のアドバイスも受けている。	利用者や家族の意見を把握し、職員の気づきを申し送りや連絡ノートで共有しながら、利用者一人ひとりの希望や状態に合った個別の介護計画を作成している。また、状態の変化等で必要な時は随時話し合いを行い、計画を見直している。		
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	利用者の1日の生活の暮らし方や食事量、睡眠、排泄パターン、体調変化や認知症による行動変化、有する能力の変化等を記録し、PDCAのサイクルに沿って行っている。カードックスや申し送りノートを活用し、情報共有をしている。			
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	家族や友人、知人の送迎を行ったり、お試し利用ができる等、柔軟な支援をしていたが、コロナ禍で行えていない。			
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	感染症防止のため、以前のように行えていない。			
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、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	コロナの感染状況により、電話による受診対応となることもあった。主治医の訪問診療を受けたり、スタッフが状態報告をLINEを介して行う等、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回の訪問診療がある他、できる範囲で家族にも協力をお願いし、希望に沿った受診ができるように支援している。また、訪問看護師の助言や指導を得ながら日々の健康管理を行い、定期外受診や専門医受診が必要になった時は、適切な受診につなげるように取り組んでいる。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護を利用し、24時間いつでも対応できる体制を取っている。異常時はすぐに状況を報告し、指示を受け、適切な受診や看護を受けられるように連携して対応している。		
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、また、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。	入院時には情報提供を行い、入院中の情報交換等を病院や家族と行っている。退院後にホームへ戻られる際は、介護計画を見直している。		
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、事業所の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	重度化した場合や終末期の在り方について、事業所として明確な方針を立てている。契約時、事前調書を本人や家族に記入していただいている。折に触れて事前調書を再確認し、意向を確認して支援につなげている。職員はターミナルの研修に参加している。	重度化や終末期の対応について、ホームの方針を入居時に家族に説明し、緊急時の対応や看取りの意向等について事前調書をいただいている。状態変化に応じて随時主治医や家族と話し合い、意思統一を図った上で、主治医や24時間対応可能な訪問看護師との連携を図り、支援する体制を整えている。	
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	夜間も含め、応急手当や連絡方法に関する緊急時対応マニュアルを作成している。また、緊急時における対応の研修に参加している。		
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	定期的に避難訓練を行っているが、コロナ感染症発生により、地域の方が参加しての訓練は実施できなかった。地域との連携で連絡網を作成し、協力体制を築いている。	日中・夜間を想定し、2ヶ月に1回避難訓練を行っていたが、コロナ禍のため、去年は3回の実施となった。地域には「そら協力隊」があり、いざという時の協力が得られる体制を整えている。また、災害発生時に備えて、水や缶詰、レトルト食料、発電機や石油ストーブ、カセットコンロ等を準備している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	自尊心や羞恥心に配慮し、心理的虐待にならないように努め、その人らしさを大切にされた声かけを行っている。利用者の言動を否定したり、拒否しない対応について、職員が日々の確認や改善に取り組んでいる。個人情報には保管場所を決めている。	羞恥心やプライバシーに配慮しながら、個々に合った声かけを行い、理念に沿って、利用者一人ひとりの尊厳を大切にされた支援に取り組んでいる。また、毎月ユニット毎にケア目標を作成すると共に、職員が自身の言葉遣いを振り返る機会を設け、ホーム全体でより良いサービス提供に努めている。	

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
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	一方的に職員が決めるのではなく、日常生活の中での会話を通して、本人の思いや要望を表せるように働きかけ、自己決定できるようにしている。意思表示が困難な利用者でも、表情やしぐさ等から読み取るように努力している。		
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	生活を共にしている中で、その人らしい暮らしができるよう、休息等、一人ひとりのペースを大切に過ごし方や希望に沿えるように支援している。		
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	定期的に訪問理容を利用している。感染症の発生状況やワクチン接種、体調観察をしながら、感染対策を行い、実施している。服は季節に合った物や本人の好みに配慮している。外出時はおしゃれが楽しめるように支援している。		
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	郷土料理や旬の物等、季節感を味わえるようにしている。特別な日には食べたい物を用意し、楽しみとなるようにしている。会話を楽しみながら、食事や調理、後片づけ等を一緒に行っている。感染防止のため外食はしていないが、テイクアウトで寿司やハンバーグ等を食べている。	各ユニット毎に職員が交代で食事作りを担当し、冷蔵庫にある食材を利用して、季節感や行事等に配慮した献立を作成している。利用者の嫌いな物や服薬等の関係で食べられない物には代替食を用意し、身体状況に合った食事形態で提供している。	
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	制限がない限り、一人ひとりの状況に合わせて栄養バランスの良い献立を考え、必要に応じて食事や水分量の記録を残しており、適切な摂取量を確保できるようにしている。歯が欠損したり、嚥下の良くない利用者には、食事形態の工夫をしている。		
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	食後は一人ひとりの能力に応じた声かけをし、歯磨きや義歯の手入れを行っている。義歯や口腔内に異常があった時には、訪問歯科を利用している。		

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向けた支援を行っている	ほぼ自立されている方が主だが、羞恥心やプライバシーに配慮しながら、リハビリパンツやパットの交換の声かけをしている。おむつ使用者は一人ひとりの間隔に合わせて交換し、不快感の軽減、皮膚の清潔保持の支援をしている。	個々の排泄状況を記録し、パターンやサインに応じた誘導を行っている。また、利用者の体調や状態変化に応じて、随時排泄用品の変更やケアの方法等を話し合っている。	
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	こまめに水分提供を行い、便秘予防に努めている。バランスのとれた食事の工夫やレクリエーション、体操、歩行等で運動につながるよう働きかけている。		
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、個々に応じた支援をしている	利用者の習慣やタイミングに配慮しながら、安全に留意した上で入浴できるようにしている。浴室には珍しい海の生き物の写真を貼り、楽しく会話しながら入浴している。拒否のある場合は、入りたいと思える時間に合わせている。	入浴習慣や好みについては入居時のアセスメントやケアを通して把握し、一人週3回は入浴できるように支援している。身体状況によりシャワー浴となっている利用者もいるが、可能な時は法人内の施設に行き、機械浴を利用してゆっくり入浴できるようにしている。	
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	生活習慣や状況に応じて、ソファや居家で休息している。また、就寝時間は決めずに、眠くなるまで自由にホールでテレビを見る等している。		
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	診察時、薬について説明があり、職員が共有できるように記録している。わからない事は医師や薬剤師に相談し、服薬後の作用や副作用等を観察して報告をしている。服薬時はダブルチェックをして、ミスのないように対策をとっている。		
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	喜びが感じられるよう、利用者の生活歴や力量を把握し、家事等を働きかけている。また、馴染みの物を持ち込んでいただいている。ドライブや散歩等で気分転換を図ったり、好みの物が食べられるように聞き取りをしている。また、移動スーパーを活用し、利用者本人に選んでいただいている。		

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
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。また、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	コロナウイルス感染症の影響の中で、人との接触を避けながらも、季節の移り変わりを体感できるよう、感染対策をしてドライブや周辺散策等の外出を支援している。	天気の良い日は周辺を散歩したり、プランターに植えた野菜の手入れや収穫をして、気分転換を図っている。また、コロナ禍のため、人混みを避けると共に感染対策を行い、季節を感じられるような外出支援を行っている。	
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	金銭管理が困難な場合はお小遣いとして預り、本人の希望に応じて嗜好品や生活用品の購入を支援している。また、移動販売利用時には一緒に行き、欲しい物を購入でき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	利用者の希望を伺って電話をかけたり、家族とのやり取りが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	共有空間には窓を多く設け、換気したり、景色から生活感・季節感を感じられるようにしている他、カーテンで光を調節している。行事毎に共用空間へ関連の物品を飾っている(春や秋の花、七夕飾り、お盆用品)。神棚もある。	ホールは窓からの日射しと照明で適度な明るさが保たれており、季節に合わせた装飾や利用者の塗り絵・ちぎり絵等の作品が飾られている。食卓テーブルは二人掛けの物を用意し、利用者同士の関係や用途・状況により、組み合わせを工夫している。	
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	気の合った利用者同士、ソファで寛いだり、居室で一人になったりと、思い思いに過ごしている。		
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	希望に合わせて、本人の使い慣れた馴染みの物や家具(仏壇)等を持って来ていただき、居心地良く過ごせるように家族と相談している。	馴染みのある物の持ち込みを願ひし、居室にはテーブルや椅子、仏壇等、様々な持ち込みがあり、畳の居室では座布団やマットを敷いている利用者もいる。	
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」や「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	トイレや部屋には名前を掲示してわかるようにしている。手すりを付け、安全に歩行できるようにしている。福祉用具(車イス・シャワーチェア・滑り止めマット)等、定期的に危険がないか確認している。夜間はトイレの場所がわかるように戸を開けておき、光が廊下にもれるようにしている。		

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	33	人生の最後をどのようにしたいか、早い段階から本人・家族と話し合いを行う必要がある。	人生の最終段階における意思決定支援について理解して支援できるようになる。	①研修を実施する。 ②日々のケアを通して機会があるごとに本人の意思を確認する。	12か月
2	35	災害時の備蓄について、種類ごとに数量・賞味期限・保管場所等を記載したリストを作成し、誰でも一目でわかるようにしておく必要がある。	災害時に利用者様の安全を確保する。	①備蓄品の種類、数量、賞味期限の管理、保管場所を見直しをする。 ②職員に周知。	6か月
3					
4					か月
5					か月

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。