

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	2592200154		
法人名	社会福祉法人 高島市社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム はあとふる朽木		
所在地	滋賀県高島市朽木市場593-1		
自己評価作成日	平成29年2月24日	評価結果市町村受理日	平成29年4月10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	平成29年3月23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)】

家庭的な雰囲気の中で、入居者様の人となりを大切にしたい考え方で、持っておられる力をできる限り引出し、その人らしい生活ができるように努めています。また、入居者様の体調管理については朽木診療所との連携を図り、いつでも相談できる関係性ができています。必要時には往診に来ていただくなど、入居者様が安心して生活が送れるように努めています。また、市場区のサロンへの参加や特別養護老人ホームや学童保育所との交流、行事への参加などを通じ、地域との関わりが徐々に深まりつつあります。
職員は「笑顔」「元気」「暖かい心」を合言葉に、入居者様やご家族、地域の方々と接することができるよう努めています。

【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)】

はあとふる朽木は、鯖街道の旧商家が隣接した落ち着いた雰囲気の場所にある。ホームのリビングの大きな窓は、気軽に近隣の人や、子供達との会話が楽しめる縁側的な役割であると聞く。運営推進会議での情報交換も活発で徐々に地域の中に根差してきていると感じる。認知症であっても一人ひとりの個性を大切に活かした居場所づくりと支援に努めている。職員と利用者との距離は近いいきいきとした雰囲気である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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				

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	社会福祉協議会の理念に基づき、入居者様への対応、地域との関わりなどについて、毎朝の朝礼時やミーティング時に職員と一緒に確認し、実践につなげていけるよう努めている。	法人の理念を毎日確認してケアにあたっている。日々の暮らしの中で気になる言動があった場合は、その都度、話し合い、振り返る機会を持っている。	はあとふる朽木独自の理念も検討される事を期待します。
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	地域のサロンや夏祭り、学童保育との交流などに参加し、気軽に声をかけあえる関係づくりに努めている。また、地域の見守り会議、避難訓練、防災会議などに参加し、地域の一員として交流できるよう努めている。	集会所やサロン会場が近くにあり、行き帰りにリビングの窓越しに気軽に会話ができる関係になっている。さまざまな地域の行事に参加するなど交流が深まってきている。	
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	地域の見守り会議に出席し、認知症の理解や考え方、対応について情報発信や助言をする場を持っている。また、地域のサロン等に出向き認知症の理解や関わり、予防について話す機会をもらい啓発を行っている。		
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	ボランティアの受け入れ等、具体的な提案をもらい活かせるようにしている。施設の中に、足を運んでもらうことで、事業所の理解をもらえる人を増やせるような取り組みも検討している。	利用者家族、地域住民代表、他施設代表、市職員等の参加で事業所の報告、情報、意見交換が活発に行われている。運営推進会議を通じて地域との繋がりが深まってきている。	全家族等へ何らかの形で報告出来るよう検討を期待します。
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	担当者以外の保健師やケースワーカー、朽木支所の職員とも気軽に相談ができる関係づくりに努め、協力関係を築いている。	市の職員も運営推進会議に参加しており、事業所の実情や取組は伝えている。市関係者にも、ホームに意識的に立ち寄ってもらい、利用者や、職員と交流ができるよう努めている。	
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	身体拘束についてミーティングを開き、具体的な項目にそって認識を深め、身体拘束をしないケアを目指している。玄関の鍵は夜間のみ施錠し、日中はいつでも外出できるようにしている。	虐待防止や身体拘束をしないケアについて、常に確認している。一人で外出される方には、本人の気持ちが納得するまで職員が付き添い歩くようにしている。リビングが空にならないよう安全、安心に努めている。	
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逃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	法人内、外の研修への参加、ミーティングにおいて虐待防止について学ぶ機会を持っている。虐待の意味や種類を理解し、入居者の尊厳を第一に考え、ケアに取り組んでいる。		

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
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	権利擁護や成年後見制度についての研修に参加できていない。来年度の課題として取り組む予定。		
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	契約時は自宅に訪問し、重要事項の説明を一目ごとに行い、利用者や家族にその都度、確認をしながら契約の締結を行っている。また、契約の終了等についても契約書の締結時に説明をおこなっている。		
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	2か月に1回、運営推進会議を実施し、家族代表の委員の方から、意見や要望を聞いている。また、常日頃から入居者、家族とのコミュニケーションを図り、要望や意見を聞くようにしている。	家族の面会時に、気軽に要望や意見を聞くように努めている。本人には、日々の暮らしの中で、ゆっくり過ごす時間を設け、様子や気持ちを察して支援に反映できるように努めている。	
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	1か月に1回、ミーティングを行い、職員の意見や提案、取り組みについて話し合う場や、主任ミーティングにおいて事業所からの意見を話し合う場がある。	毎月のミーティングの中や個別でも意見や提案は言いやすく検討してもらえている、チームワークも良く楽しく支援出来る環境であ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	正規職員を対象に人事考課制度を取り入れ実践している。また、嘱託職員に対しては、正規職員の内部登用を行い、向上心が高まるようにしている。		
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	個々の職員にあった法人内外の研修会に参加し、職員一人一人のスキルアップを目指している。		
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	市内の地域密着サービス事業所において情報交換等行う機会がある。職員については、市内の研修や交流会に参加し交流する機会を持っている。		

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	自宅にてアセスメントを行い、フェースシート、家族シート、生活史をもとに本人の心身状態を把握し、本人の思いに耳を傾け、安心できる言葉がけと態度で、信頼関係が築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	家族の困りごとや不安なこと、要望などをできるだけ詳しく聞き取るようにし、いつでも話が聞けるよう、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	両者の思いを丁寧に聞き取り、インフォーマルなサービスも視野に入れながら、色々な角度から支援の方向性を確認している。		
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	本人の今までの生活に着目して、本人中心の生活ができるよう、常に職員と考え支援している。		
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	話しやすい雰囲気作りに努め、本人の生活状況、身体状況を報告し、支援の方向性について話し合い、一緒に考えるようにしている。		
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	家族に記入していただいた「暮らしの生活史シート」や「暮らし方シート」を参考にし、本人がこれまで大切にしてきたことを把握し、つながりが継続できる支援に努めている。	本人、家族から聞き取った「暮らしの生活史ノート」に日々の暮らしの中での情報を積み重ね関係性の継続の支援に努めている。	
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	利用者の認知症の症状、能力などから入居者の関係性を観察し、座席の配置を考えている。入居者同士が関われるよう、職員が仲立ちを行い関わりが深められるよう努めている。		

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
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	契約終了になった後も経過が心配なケースは電話を入れ、話を聞くようにしている。		
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	日常的な言葉の中から思いや希望の把握に努めている。また、ひもときシートを活用しケース検討を行い、本人の立場にたったケアができるよう取り組んでいる。	日々の暮らしの中で意識的に言葉や表情などから、思いや希望の把握に努め、職員間で検討、共有し支援に繋げている。	
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	暮らしの情報シートをもとに、本人、家族から暮らしの様子を聞き把握に努めている。また、日ごろの生活の中で、本人の暮らしてきた様子を観察し職員間で共有している。		
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	一人一人の認知症の症状と能力、身体状況を把握し職員間で共有を図っている。		
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	会話や日常生活の中から本人の思いをアセスメントし、随時検討し計画を作成するようにしている。また、3か月に一回担当者会議を行い、計画者と職員が一緒に介護計画を作成している。	本人、家族とは、面会時に希望や意見を聞き、担当者会議でモニタリング、再アセスメントを行い介護計画を作成している。	
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	介護記録の記入と申し送りにより、職員間で情報共有できるシステムを持っている。変化等を見逃さないように計画書などを検討している。		
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	家族が通院介助が出来ない時は対応したり、状態変化がある時は通院に同行している。また、誕生日には外出にかけお祝いをしている。		

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
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	できる限り地域の集会の場に参加し地域資源の把握に努めている。地域のサロンや、行事、文化祭などに参加するとともに、学童保育所、小学校、同地域内にある他事業所(特養)との交流を図っている。		
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、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	診療所の先生の意向が地域に根ざした考え方でおられるため、事業所連携も密に取れている。病状に合わせて必要時には専門医との連携も図って頂いている。	殆どの方が、地元の診療所(協力医)を希望され通院、状態によっては、往診をされている。認知症専門医等も職員、家族同行で受診している。	
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	週1回看護師の訪問を受けている。日常の変化、気になることなどを伝え、助言を受けている。処置の仕方や皮膚のトラブル、排便コントロールなど、その都度具体的な助言や指導を受けている。		
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。	入院された方については地域医療連携室との連携を図っている。入院中は病院に出向き、病棟看護師や医師から、病状を確認したり助言を頂いている。		
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	職員に対して「生ききるための看取り」の研修を行った。同時に朽木診療所との連携を深めながら、終末期の在り方について検討し、職員の思いを聞きながら、支援の在り方についても検討した。主治医との連携のもとに、看取り介護の取り組みを実施した。	家族、医療、ケア職員と話し合いを重ねながら、開所して、初めての看取りを経験した。そこから見えてきた課題をふまえ、今後も重度化した場合の体制や支援について検討をしていく。	
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	年に1回、救急救命研修を実施し、実践力が身につくよう取り組んでいる。		
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	市場区の避難訓練に参加した。その中で見えてきた課題として、避難方法を全職員が身につけられることと、水害を想定しての避難訓練を来年度は実施できるよう努めた。	運営推進会議の中でも、災害対策について意見交換している。市場地区の避難訓練に参加する等、地域との協力体制が築かれてきている。非常食や備品の備えもある。	

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
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	接遇研修を受け、職員一人一人が日々の言動を振り返り尊厳について考える場を持った。毎日の申し送り時には具体的な場面での言葉かけや関わり方について、入居者の人格を尊重した関わりを検討している。	日々の支援の実践中、言葉の語尾やトーンを振り返っている。個人情報や施設庫保管、日々の記録は定位置に保管、職員のみ扱う。外部連携で個人情報を提供する場合は、守秘義務遵守を確認している。	
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	会話を多く持ち、話の中から本人の思い、希望を聞きとり自己決定できるように努めている。自分の思いが表現できにくい方に対しては、表情やしぐさなどから気持ちや感情を読み取るよう努めている。		
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	できる限り本人のペースや思いで過ごして頂けるよう、話を聞き支援している。夕食後は特にゆったり過ごして頂けるよう、職員と一緒に歌番組やお茶の時間を持つようにしている。		
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	ご本人と一緒に着る服を選んでいく。また、一緒に買い物に出かけ、服や化粧品など本人の気に入ったものを購入できるように支援している。本人の希望を聞き、美容院でのカットの支援を行っている。		
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	一人ひとりの力や関心に合わせ、卓上やキッチンで職員と一緒に調理や盛り付け、後片付けを行っている。また、男性でも参加できるよう、ホットプレートを使った調理を工夫している。	副食は配食であるが、主食は施設内調理、必ず一品は手造りを提供。陶器の食器に盛り付け提供。シンクはアイランドキッチンで、利用者と職員が対面作業ができ、調理や盛り付けを共に行っている。郷土食の提供も行っている。	
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	他業者からの栄養管理ができた食材を提供している。体調の悪い時は捕食を考え、一日の栄養摂取量に配慮している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施。義歯は夜寝る前に洗浄液につけて管理している。歯科の居宅療養管理指導を受けている入居者もあり、口腔ケアの方法や助言を受け実践している。		

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	排泄のパターンをつかみ、全員がトイレで気持ちよく排泄できるよう支援している。また、トイレトーパーだけでなく、『落とし紙』を設置し、排泄行為の自立を促すよう努めている。	リハビリハンツやパットは家族持参。家族に利用者の排泄現状情報を提供、適切な品選択に繋がる支援を行っている。「落とし紙」は、握力の弱い利用者の手指の汚染リスクと予防も兼ねている。動作や表情でタイミングを把握し、誘導等に対応している。	
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	食べるものや運動量を気遣いながら便秘予防に努めている。		
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	本人の入浴希望やタイミングに合わせて臨機応変に対応できるよう、一日中お湯を張っている。個人の希望に沿い好きな入浴剤を使用したり、足浴を実施している。	入浴拒否のある利用者にも、最低週2回は入浴してもらうよう取り組み、1日中お湯を張ってタイミングをみて誘っている。どうしても入浴出来ない時は、足浴・清拭・陰部洗浄を実施している。	
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	入床時間を決めていない。本人のリズムにあわせた入眠、起床時間に気を付けている。		
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	個々の薬の説明書をクリアファイルに保管し、職員がいつでも確認できるようにしている。薬の変更時は連絡ノートを活用し職員に伝えている。薬のセッティングは二人の職員が確認し、服薬介助を行っている。		
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	個々の残存能力や関心ごと、生活歴をもとに簡単なレクリエーションや活動ができるよう努め、気分転換を図っている。		
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	カフェやレストラン、蕎麦屋など、日ごろの会話から希望を把握し、個々の誕生日の外出につなげている。日常的に近くのスーパーや隣町のスーパーに出かけている。	近隣の散歩は日常的に行っている。心身状況から、個別外出支援が多くなっている。歩行困難な利用者は車椅子を介助して外出する。近隣・少し距離のあるスーパーへの外出機会も確保されている。墓参りや自宅帰省は家族が対応するケースが多い。	

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
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	家族から少額の小遣を預かっている。その中から自分の財布にお金を入れ管理している入居者様もいる。支払い能力のある方には、できる限り本人が支払えるよう支援している。		
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	特定の入居者様については職員から電話をかけ家族と話ができるよう支援している。手紙のやり取りは認知症が進み困難な入居者様が多いが、3名の方が年賀状のやり取りを行っている。		
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	リビングの電気の明るさや室温調節に配慮している。また、季節感が感じられるよう、四季の花を机上に飾るように工夫している。畑には季節の野菜や花を植え、リビングから見えるようにカーテンを開けている。日差しが強くなるように気を付けている。	リビングを主に採光・温度・雰囲気とも適切であった。特に、リビングは、一つの空間に緑をあしらいつけ、利用者間のトラブルを防止する居場所づくりの工夫がある。必要以上の飾りつけが無く、落ち着く雰囲気である。窓はカーテンを開け、通り掛かりの人との交流の場となっている。	
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	テレビを見る場所と談話できる場所を仕切り、思い思いに過ごされている。認知症の人にとって居心地の良い居場所作りをしている。		
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	できるだけ本人が家にいた居室環境と同じような準備を家族に依頼している。	1室を除いて、馴染みの調度品の持ち込みは見られなかった。施設側は家族に働きかけているが、壊したりした過去の経緯から、中々家族が持参に踏み切れないのが現状である。居室の整理・整頓・掃除は行き届いてい	家族に対して、気長に働きかけ、例えば枕一つでも、家で使用されていた馴染みの品が、居室にある様になる事を期待します。
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	個々の立ち上がりやすいベッドの高さを図り、ベッドの高さを固定し、安全に立ち座りができるように配慮している。また、トイレ移乗が自力でできるよう手すり以外に体重をかけられる椅子を設置している。		

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	4	運営推進会議で検討した内容や提案内容を家族に報告することができていなかった。運営推進会議の目的も含めて、家族の理解を深め関心を持ってもらえるような働きかけが必要である。	・運営推進会議が開催されていることを家族に知ってもらう。 ・運営推進会議で検討された内容を家族に共有してもらう。	・面会時に運営推進会議について説明を行い理解を得る。 ・グループホームの便りで随時、運営推進会議の内容を報告する。	12ヶ月
2	54	入居の際には本人のなじみのある家具や好みの物を持ち込んでもらえるようお願いをしているが、どうしても殺風景な居室になっている。本人にとって居心地の良い居室づくりを家族とともに考えていく必要がある。	・居心地良く過ごせる居室について、本人の立場に立って考える。	・家族側の立場からではなく、本人の立場から考えて持ち込み物を検討してもらう。 ・家族に対して、一品からでもなじみの物を持参してもらえるよう根気よく働きかける。	12ヶ月
3	8	今年度は日常生活自立支援事業や成年後見制度の研修に参加できていない。自立支援事業や成年後見制度について関心を持つ必要がある。	・日常生活自立支援事業や成年後見制度の必要性を知る。	・グループホーム内で身近な話題を基に研修会を持ち理解を深める。 ・法人内の研修会に職員が交代で参加する機会をもつ。	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】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓ 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
		※	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 ⇒ (書面で報告する予定。)
		<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
		※	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 ⇒ (次回運営推進会議で報告する予定。)
		<input type="radio"/>	⑤その他()
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()