

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	2590500035		
法人名	社会福祉法人日野友愛会		
事業所名	沖野原グループホーム		
所在地	滋賀県東近江市沖野3丁目10番18号		
自己評価作成日	令和6年2月23日	評価結果市町村受理日	令6年4月24日(水)

※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	滋賀県草津市笠山7丁目8-138		
訪問調査日	令6年3月25日(月)		

【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)】

<p>グループホームに畑があり、利用者と職員で野菜を植えたり、畑の世話をして野菜の生育を楽しんでいる。野菜や花に詳しい職員が主になって利用者の意見や助言を受けて作業している。収穫した野菜は食事やおやつに1品に添えるなど全員で味わってもらっている。季節の行事では、行きたい場所の聞き取りをしてドライブや外食をしている。また、夏は夏祭り、花火大会が恒例となっている。利用者の様子を写真に収め、玄関や居室に展示していることで、利用者の活動の様子や表情を面会に訪れた家族に見て貰うことができている。毎日の家事仕事や、体操や運動、脳トレプリントなど、個々の「毎日していること」「できること」の維持をめざす取り組みをしている。</p>

【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)】

<p>グループホームは、法人の運営理念に留まらず「その人らしさの追求」、「人生の終末までに願望成就」、「地域、家族、知人とチームケア」をケアの方針に掲げ、利用者が望む生活を追求し、また、実現に向け、本人、家族、地域、職員が連携できるような運営を工夫している。そのため、本人以外に、家族や運営推進会議に出席する地域住民等から積極的に意見をもらい寄り良い運営に努めている。そして、グループホームは、同一敷地内に運営法人が経営する特別養護老人ホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護施設事業所があり、ボランティア受入れ等での相互交流や防災等で連携できる体制を整えている。なお、グループホームは、地域の防災の受け入れ拠点のひとつになっており、地域にとって重要な拠点になっている。</p>

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)
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)
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)
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)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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	「心通いあう」「愛情あふれる」「夢ある暮らし」の理念を共有し、日々のケアのケアで直面する課題を理念に照らして職員間で話し合い、実践している。	運営理念やケアの方針は常に職員の目に入るようワーカールームに掲示し、職員個々が、利用者が自らできること、手伝えれば利用者ができることを見極めながら、その人らしい暮らしを追求している。また、利用者の希望を聞き、暮らしの中で利用者の夢ある暮らしが実現できるよう尽力している。	
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	地域のボランティアや小学校の児童の訪問による交流会を行っている。	自治会に加入し、普段から、散歩等で近隣の方と挨拶し、運営推進会議に地域の代表者に出席してもらっている。また、地域住民から紹介を受けた江州音頭普及活動のボランティアの受け入れや、同一敷地内にある他事業所と共同で小学生の歌やダンスの出し物を鑑賞する機会を持つ等、積極的に地域と関わるように努めている。	感染症の流行状況と相談しながら感染対策を取りボランティアの受け入れ等を徐々に再開されている。今後、現状の感染対策を踏まえながら、地域行事の参加やボランティアの受け入れ等の回数が増え、今まで以上に利用者の暮らしが充実す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	運営推進会議において、利用者の生活の様子、認知症がもたらす生活への影響、コロナ禍で中止していた面会が解除されたあとの様子などを伝えた。		
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	アクシデントやヒヤリハットを含めた利用者の状況報告や、活動報告を行っている。委員の方からの意見をもらい職員間で検討し実践している。前回の外部評価の内容も報告。	運営推進会議は二ヶ月に1回、グループホームと小規模多機能居宅介護施設と共同で利用者家族代表、地域住民代表、行政機関等を招き開催している。会議の参加者から、利用者の生活の質の向上に向けた意見を積極的に頂き運営に生かしている。また、会議出席者からボランティアの紹介を受けることもある。	
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取り組んでいる	地域包括支援センター主催の事例検討研修会に参加し、他事業所の事例について建設的な意見交換をしている。担当職員から助言ももらい協力関係を築いている。運営推進会議にも、市職員は毎回出席し、意見をもらっている。	市の担当課に運営推進会議に参加してもらうだけでなく、日々の運営報告や情報提供以外に、より良い施設運営に対する相談ができる関係性を構築している。また、地域包括支援センター主催の研修会に参加することで、より良い運営に留まらず、より良い地域との連携体制が構築できるよう努めている。	

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
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	グループホームの廊下に続く入口は開放（寒冷期は換気のと時のみ）、居室の施錠はしていない。玄関については、過去の事案対応で施錠している。	身体拘束廃止に関わる指針を作り、職員主体で勉強会を開催し身体拘束をしないケアを実践している。特に、言葉かけが、スピーチロックにならないよう職員間で意識している。なお、利用者の安全に配慮し、玄関は、夜間施錠している。	
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	施設内で全職員対象の研修会に参加して学習した。また、日々の介助において虐待につながる事案はないか、職員間で連携している。利用者の尊厳を保ち冷静に判断して対応することで防止に努めている。		
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	権利擁護について学ぶ機会はない。成年後見制度利用の手続きを希望する利用者の家族から依頼を受けたので、書類を作成し関係機関に連携した。		
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	入居時に重要事項説明書に沿って口頭で懇切、丁寧に説明し、都度、質問に応じている。契約内容に同意を頂き締結している。解約時にも、必要な説明を行い解約手続きを行っている。		
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	面会、電話連絡、ケアプラン更新時の説明の時に家族の意見や要望をもらう機会を設けている。会議やミーティングにおいて職員が共有し運営に反映させている。	日常の生活のなかで本人の意向や希望を聞き取り運営に反映している。また、家族には面会時や連絡をとる際に、本人の支援に必要な情報を得たり意向を聞き運営に反映している。なお、現在は感染症対策を踏まえ休止しているが、コロナ禍前は、バーベキューやいちご狩り等、家族参加の行事を開催していた。	感染症の流行状況と相談しながら感染対策を講じ、「地域、家族、知人とチームケア」のケアの方針が推進できるよう、休止している、利用者と家族の交流行事の再開を期待した。
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	いつの場面においても、職員から出た意見はその場で具体的に聞き取り、直近のミーティングや会議で検討し運営に反映させている。	職員会議を月1回定例で開催し、利用者個々の支援方針や、行事計画の立案、ヒヤリハットやアクシデントの再発防止や改善に向けた検証等を行うことで職員の意向を運営に反映している。また、会議の場以外でも、職員の運営に対する意見を踏まえながら、利用者の運営にとってより良い支援をおこなっている。	

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
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	希望休が取得できるように勤務表を作成している。代表者は日頃より、職員の働きやすい環境作りに努めていて、職員の意見や希望について話し合う機会を設けている。		
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	1月ないし2月のペースで施設内の研修会を行っている。資料はいつでも閲覧できるようにしておき、振り返って学習することができる。外部研修は都度希望を募って参加できるようにしている。		
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	東近江介護サービス事業協議会のグループ部会においては、各事業所の課題や取組内容などについて、地域包括支援センター主催の事例検討研修会では困難事例について検討し意見交換をしている。顔の見える関係が出来ている。		
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	初回面接の際には、本人、家族から今後の生活の意向を聴き取る。基本情報、面接表を作成しサービス開始までに生活歴、趣味などを含めた情報を職員に周知している。その上で本人を迎え入れる準備を行い、安心して入居してもらうことが出来ている。		
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	入居に向けた面談や連絡の中で、家族の思いを傾聴している。いつでも連絡をもらえるように伝え、事業所からも本人の様子を伝えている。		
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	状況を見極めて、「その時」に応じた支援を、本人、家族と相談して対応している。		

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
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	人生の先輩として敬い、経験してこられた生活の知恵や食事作り、野菜作りなどの活動や、子育て、教育に至るまで貴重な意見やアドバイスをもらっている。		
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	日常生活の様子は施設発行のお便りにて伝えている。介助やサービス内容に変更が生じるときには電話で連絡し相談している。必要物品の要望や受診の依頼をして共に本人を支援している。		
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	コロナ禍が過ぎ、自宅に集まる親戚との面会や、知人宅への訪問のため、一時帰宅をしている。市内の馴染の神社までドライブしたりその帰りに自宅の前を通過して「家」を思って貰う時間を設けた。施設内併設のサービスを利用している家族に会いに同行している。	感染症対策を取りながら、利用者個々の部屋で家族や知人が面会でき、また、家族の協力を得て、外出や一時帰宅できることで、利用者と馴染みの人や場所の関係性が途切れないよう工夫している。そして、同一敷地内のサービスを利用する知人と交流が続けられるよう法人の強みを活かしながら馴染みの関係の継続に努めている。	
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	個性や関係性を見極め「できていること」「少し苦手なこと」を互いに補い合えるような関わりをもつことができる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	退居後のサービス利用事業所などとの連携をしている。		
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	生活歴や趣味を理解して、暮らし方への希望や意向を本人から聞き取る。困難であれば家族から聞き取りをして、日々の生活の様子などとすり合わせる等して把握に努めている。	入居前から本人、家族、ケアマネジャー等から本人の生活歴等の情報を収集し、入所時から本人の意向に沿ったケアが提供できるよう職員間で共有している。また、日々の生活の中でも、職員が本人と積極的に関わることで思いや意向の把握に努めている。	

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
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、家族との面談、居宅のケアマネジャーから情報収集をして、基本情報、アセスメントシートにまとめている。		
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	介護記録や職員間の申し送りで日々の様子や心身の状態の把握をしている。利用者の発した言葉やその前後の状況も記録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	ケアプランはいつでも職員が共有できるようにファイルして閲覧できる。グループ会議でカンファレンスを行い、モニタリングをしている。必要時、ケアマネジャーが再アセスメントをして計画立案している。	日々の利用者の生活の状況や支援内容、家族とのやり取りを踏まえ、介護計画をケアマネジャーが作成し、職員間で共有している。また、職員会議でモニタリングやカンファレンスを行い再アセスメントし介護計画の修正も行っている。そして、必要に応じ、適宜、介護計画を見直し、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	利用者の言動や気づきを介護記録に記入している。その記録や申し送りにおいて職員間で共有しカンファレンスで話し合い、必要であれば計画の見直しを行っている。		
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	家族の同行が困難な時は、受診や入退院の同行の支援をしている。また、医療機関から得た情報を家族に報告している。		
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	地域のボランティアに訪問を依頼するといつでも応じてもらえる。利用者は交流を楽しんでいる。		
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、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	入居時に居宅療養管理指導における訪問診療について家族に説明。納得を得て現在のかかりつけ医となる。外来受診を要する時には家族に連絡をして受診している。	現在、全ての利用者が協力医院をかかりつけ医とし、月2回往診を受けている。また、外来受診が必要な場合、家族の協力を得るが、受診先の医師と施設で情報共有できるよう連携している。なお、法人施設内の看護職員に医療相談が出来る連携体制もある。	

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
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	施設内併設の他自事業所に配置された看護職員には、利用者の健康状態、服薬情報などを入居時に情報提供している。体調の変化、発熱、感染、皮膚の状態など都度相談して協働している。		
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、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。	入院当日か翌日には医療機関に入院時連携を持参し書類と口頭で情報提供をしている。入院中もMSwと連携し、可能な限り退院カンファレンスの開催を依頼し、退院後の生活に備えている。		
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	重度化や終末期については、入居時に事業所の方針とできる介護を説明している。重度化の現状は段階的に家族に伝えている。食事摂取量が減少し嚥下困難になりつつある段階で終末期の過ごし方について家族に意向を確認し、終末期を過ごす場について一緒に考え支援している。	重度化や終末期の支援に対応できないことは入所時に説明し理解を得ている。入所後、利用者の身体状況に合わせ、段階的に、家族と支援方針を相談し、今後の生活の場への移行支援がスムーズに行えるよう努めている。	
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	急変時の対応、事故発生時対応マニュアルを作成し職員事務室に掲示。定期的ではないが、消防署員によるAED訓練実施を受けた。		
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	ハザードマップ、地域で起こりうる地震のマップを職員が共有できるようにしている。避難訓練は消防署の指導のもと、火災について座学を含め2回実施している。	消防署立ち合いのもと、年2回訓練を実施し、訓練以外に消防設備の機器操作等の指導も受けている。また、有事を踏まえ、食料等の備蓄は、法人全体で管理している。なお、有事の際、地域の被災者を受け入れ拠点として登録もしている。	
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。排泄介助や入浴介助、更衣時の対応、居室へ入室する際の挨拶などに注意を払っている。	利用者の尊厳を尊重し丁寧な声かけを意識している。また、居室に入室する際、本人が不在であれば本人の許可を得てから入室している。そして、入浴もプライバシーに配慮し個々に入浴できるよう工夫している。なお、法人研修で認知症のある利用者の関わり方を改めて学び直し実践している。	
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	わかりやすい言葉と返答しやすい質問の方法で自己決定できるように支援している。意思表出が困難な利用者については、表情を観察し可能な限り読み取る努力をしている。		

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
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	できる範囲で、個人の意向や希望が反映されるように努めている。やりたいことや趣味を活かせる活動を支援している。		
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	起床時の身支度や整容において、洗面台の鏡の前に誘導している。定期的に美容師が訪問し本人の要望に沿ったヘアスタイルで散髪している。		
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	通常は厨房で準備された食材を利用者と職員が盛り付けている。一緒に台所に立ち、食器洗いや洗米をしてもらう。季節の行事などで利用者の好みの特別メニューの日を設けている。	利用者に、食材の盛り付けや、食器洗い等を手伝ってもらうことで日々の食事を楽しむ支援をしている。また、敷地内のに畑があり、利用者が育てた野菜を収穫し、食事やおやつに活用している。秋にはさつまいもを収穫しスイートポテトを利用者と一緒に作り味わった。	
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、水分摂取量の観察と記録をしている。低栄養、脱水の予防をしている。「食べる」様子の観察を行い、食事形態を変更している。好き嫌いも把握し栄養が偏らないように管理栄養士と相談している。		
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に、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	個々に必要な介助や見守りを行い、毎食後の口腔ケアを行っている。義歯も洗浄剤を使用して清潔に保っている。		
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	介護記録に排泄の状態を都度記録して、排泄、の状態を把握している。尿意便意で誘導することとを心がけ、様子を伺いながらの促しをしている。現在布パンツは1名。	利用者の排泄パターンを把握することで、トイレ誘導し、利用者自身で排泄が出来るよう支援している。また、排便の有無等についても利用者のプライバシーに配慮しながら聞くように努めている。	
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	体操や運動を取り入れたレクリエーション活動の提供と水分摂取の促しをしている。毎日介護記録に水分摂取量を記録。排便間隔の観察を行い排便コントロールをしている。適宜、看護職員に相談し観察や処置をしてもらうことがある。		

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
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	1週間ごとに、だいたいの入浴の予定を立てているが、利用者の気分が向かない時は他日に実施している。利用者の好みの入浴方法や習慣に合わせるように努めている。	入浴日は固定せず、利用者の希望を聞き週2～3回入浴を支援している。また、個々の入浴できることでプライバシーにも配慮している。なお、ホームの浴室は手すり等を設置しているが、ホームの浴室で入浴が難しくなった場合、法人の強みを活かし、隣にあるデイサービスの浴室設備を利用し入浴を支援している。	
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	季節に適した寝具を使用している。1週間に1回はシーツ交換し汚染した場合は洗濯して清潔にしている。就寝中の適度な室温、加湿に配慮している。湯たんぽの準備をしている。日中も適宜休息してもらっている。		
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。	職員全員が入居者の服薬状況について、用量や用法を把握している。夜勤者が1人ひとりの翌日の薬を所定のケースに準備している。毎回誤薬のないように本人の確認と薬の氏名に相違がないか職員がダブルチェックしている。		
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	生活歴、趣味などについて家族や本人から情報得て職員で共有しレクリエーションや行事に反映している。個々の力を活かした役割として、洗濯物の整理、盛り付け、洗い物、畑の手入れなどをして頂いている。		
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	寒冷期は出来ていないが、それ以外の気候のよい時期には予め希望を聞きとり、牧場までドライブしてアイスクリームを食べたり、誕生日の夕食をした。近隣に散歩して花見などを行った。	日常的に、田園風景の広がる近隣を散歩したり外気良くしたりしている。事業所の外のベンチに腰掛けてレクリエーションを行う事もある。公用車に乗って花見や紅葉狩り等ドライブに出かけ、気分転換している。	
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	外出時に、好きな種類のアイスクリームを小遣いから購入して頂いた。小遣いは通常より事務所の金庫に管理している。希望される物品については家族に了承を得て職員が代行して購入している。		
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	携帯電話を持参しておられた時には、操作方法を見守り支援していたが、現在は持参しておられない。		

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
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	木造の建物内で土壁で落ち着いた雰囲気を出している。玄関や居間、廊下には行事の時の思い出写真や季節の装飾をしている。台所、食堂は整理し清潔を心がけている。浴室、共同トイレはプライバシーの保護をしている。共有の空間は適度な室温湿度を保つように調整している。安全で使いやすい空間となっている。	フロア内は天窗からの採光により、明るく、広々としている。日中はフロアで過ごす人が多い。和室スペースがあり、横になり休憩する人もいる。天井にはエアコンの風が直接当たらないよう、布が設置されている。壁には利用者の作った作品や行事の写真が掲示され居心地よい共用空間が提供されている。	
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	食堂のテーブルやソファ、和室で利用者が自由に過ごしている。利用者同士の関係性に配慮した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	居室は冷暖房、トイレ、洗面台を完備している。毎日、職員が居室掃除し掃き出しを開放して換気をしている。使用していた馴染の家具を置き、家族の写真や贈り物の飾りなどを置いて居心地よく過ごすことができるようにしている。	各居室に、ベッド、トイレ、洗面台が配置されている。また、自身の居室と認識できるよう、入口に表札がかけられている。そして、自宅から持ってきた馴染みの家具や荷物、家族の写真や、レクリエーション時に作った作品を飾る等、個々の利用者が居心地よく過ごせる居室になっている。	
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	和室、浴室、トイレに手すりを設置して動作時の自立支援を促す環境である。浴室は一般浴槽であり、浴槽への移動が困難な利用者様には回転盤と浴槽台を使用して介助をしている。浴室、共用トイレ、居室は札や絵で場所の認識ができています。		

事業所名： 沖野原グループホーム

2 目標達成計画

作成日： 令和 6 年 4 月 24 日

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	2	地域の方のボランティア活動の受け入れはコロナ禍で中止していた。令和5年度は徐々に受け入れを再開したが、頻度は多くはない。コロナ禍前のボランティアは高齢の方が多く顔ぶれが代わってきている。	近隣住民の方に定期的に来てもらって交流し、以前のように地域とのつながりを持ち続けることができるようにする。	1～2ヶ月の頻度で歌、お話し相手、お茶やおやつを持つ時間を持つ、季節の行事などの参加の声をかける。利用者様の心身のリフレッシュ、地域との関係を深める。	12ヶ月
2	10	家族からは、面会や電話連絡等で利用者の支援に必要な情報や意見をもらうようにしている。コロナ禍前には、家族の行事の参加により交流の機会があったが現在ではできてない。遠方に住んでいたり、利用者との関係性が良くない家族の参加が困難。参加のない利用者への配慮が必要である。	家族とのつながりを大切にして、利用者本人が家族の一員であることに喜びを持っていただく。	母の日や誕生日に家族に依頼して、メッセージをもらう。行事の告知をして可能であれば参加して頂く。	12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、行を挿入して下さい。

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
		<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(②③④については、今後実施の予定。)
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()