

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	2571800107		
法人名	社会福祉法人 達真会		
事業所名	認知症対応型共同生活介助 ささゆりの家		
所在地	滋賀県犬上郡多賀町大字佐目675番地		
自己評価作成日	平成29年11月6日	評価結果市町村受理日	平成29年12月28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11月6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)】

ささゆりの家の理念『相手を思いやる支援』をもとに、利用者や一緒に働く職員のことを考えている。常に相手の立場になって物事を考える力を養い、利用者の想いや希望を感じ、汲み取り、実現に近づけるように努めている。職員同士が思いやりを持って仕事をするにより、業務を円滑に行うことができ、互いのコミュニケーションが増え、情報の共有にも役立っている。想いが通じることにより、利用者や職員、職員同士の信頼関係が構築され、このことでグループホーム全体の雰囲気良くなるように、日々努力している。

【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)】

山と犬上川の渓流に囲まれ自然豊かな環境にある「ささゆりの家」は、山間の集落のなかにありながら地域にとけこみ、なくてはならない大きな存在へと成長している。夏祭りや餅つき等の施設での行事には地域住民が沢山来られ、また地域のサロンや運動会には準備段階から参加し双方向に活発な交流がある。災害対策においては地域との協力体制を築き、地域と共に避難訓練が実施されている。また備蓄も準備されている。研修も定期的に行われ、グループホームの理念である「相手を思いやる支援」に向け職員は常に利用者にとってこれで良いのか、不適切ケアになっていないかを考えながらケアに努めている。利用者はそんな職員たちに見守られ、毎日の食事作り等で生き甲斐を感じ、安心して普段通りに過ごさせている。

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	
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	66	職員は、生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. 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している (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				
			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	年に一度、法人で全体集会を行い、法人理念、事業所理念について周知、共有を図っている。今年度も人材育成を目標に、認知症に関する勉強会を月に1回実施している。	事業所理念の「相手を思いやる支援」を掲げ具体化するため、年間研修計画を立て、毎月勉強会を実施。特に人材育成に力を入れており、職員自ら教える側に立ち職員全体で理念を共有し実践しようと日々取り組んでいる。	
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	地域のサロンや運動会等の行事に参加している。施設での夏祭や餅つき等の行事を、地域の方と一緒にやっている。	地域の行事も積極的に参加、地元役員らと打ち合せから・準備・運営・後片付けまで関わっている。施設内の行事も地域住民が気軽に参加し交流も盛んである。地域の防災活動にも参加し、地域の一員として活動している。	
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	運営推進会議で、地元の役員と話をしたり、地域行事に参加することで、認知症の方への理解や認知症の方への支援について発信している。		
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	開催場所を畳の和室から食卓のテーブルに変更し、利用者にも会議に参加して頂いている。運営推進会議では、運営・実地状況報告や地域の方や家族代表との協議を通じ、意見を反映できるように努めている。	行政・地区代表・家族代表に加え利用者も参加し活発な意見交換がある。場所を移したことで、利用者の日常生活や職員の対応も確認できている。会議で出た防災等の提案が事業所として見直すよい機会となっている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に地域包括支援センターの職員も参加しており、事業所の実情やケアサービスに関する報告に対して意見を頂いている。事故報告も規定に乗っ取り報告を行っている。	会議では積極的に意見を交換し、利用者の暮らしぶりや取組みを伝えている。出た意見に対し見直しにも取り組んでいる。また事故報告も見直し、受診でも報告している。行政との情報収集にも努め連携を深めている。	
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	法人の身体拘束廃止委員会に出席し、委員会の活動や決定事項を現場に周知している。法人全体の身体拘束廃止に関する研修会にも参加し、ケアの実践に活かしている。玄関は夜間以外は施錠していない。	人権研修で事例を通し、利用者の気持ちになって考えている。何が不適切ケアなのかをグループワークを通し自分たちで根拠を持って考え、学び、気付いてもらっている。玄関は施錠せず、出ていく利用者は施設全体で見守りながら安全を確保している。	
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	法人の身体拘束廃止委員会に出席し、委員会の活動や決定事項を現場に周知している。法人全体の研修会にも参加し、ケアの実践の活かしている。		

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
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	成年後見人制度を利用されている利用者もおられ、定期的に来訪がある。常に連絡も取りあっている。		
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	重要事項説明書で法人や事業所の特色、及び具体的なサービス内容、金額を説明した後に契約書にサインを頂いている。改定事項に関しては、家族が参加される行事の際に説明する時間を設けている。		
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	アンケートに関して、直近の行事に参加された家族には周知を図ったが、参加家族が少なく十分ではなかった。	玄関に意見箱を設置したり行事の時に尋ねたり電話で確認したりと、利用者や家族の意見をサービス向上に活かしたいと望んでいるが意見が出ないことで悩んでいる。面会時には何でも言ってもらえるよう努めている。	家族を含め、多様な意見を求める方法を検討し、運営に活かしてほしい。
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	職員と施設長及び上司との面談は定期的で開催されている。また、希望者には随時面談の機会が設けられている。施設運営に関するアンケート調査も適宜行われている。	職員の要望や意見が言えるよう随時面談ができる体制がある。毎月のリーダー会議ではフットワークで話ができるように配慮し、異動に関して意見を聞いたり、職員満足度調査も実施、職員から意見が言いやすいとの声がある。	
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	人事考課制度を取り入れ、半年ごとに職員の自己評価を基に上司、施設長との面談が行われ評価が決定されている。安全衛生委員会を中心に職場の環境整備、安全対策を行っている。		
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	施設内研修では、職格や分野に応じた内部研修が行われている。外部研修に関しては、提示及び上司からの推薦で参加を推奨している。現場では職員のレベルに応じたOJTが上司から行われている。		
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	彦愛犬のグループホーム部会に参加している。研修会や行事を通じて、意見交換や交流を図っている。		

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	ケアマネージャ間の連携を密にし情報の引き継ぎを確実にしている。また、事前見学の希望があれば受け入れ、利用に対する説明を行っている。できるだけ不安を解消して利用を開始していただけるように心掛けている。		
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	本人や家族との面談を通じ、必要な支援をアセスメントし利用者の不安の払しょくに関係性の構築に力を入れている。		
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	本人や家族との面談、関係機関との連携を通じ必要なサービスを見極めている。当グループホームの説明だけにとどまらず、他のサービスの紹介も行っている。		
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	出来る事への継続支援、出来る可能性があることへの支援、本人の希望を叶えるための支援を通じて、日常では利用者主体を実践し職員と共に暮らす関係性を築いている。		
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	毎月1ヶ月の生活の様子を家族に送付している。面会時や電話連絡の際には、本人の状態を伝えと共に、家族の意見や希望を聴きケアに反映させている。		
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	家族の支援により自宅へ帰られる方もおられる。月～土まで行われるおつとめに参加し、他部署利用の顔馴染みの方との関係を継続させている。地域の行事に参加できる方は積極的に参加している。	総合施設であることで併設のデイやショートステイに行き来でき、顔馴染みの方と交流できるよう支援している。外出できる元気な方には地元のサロンにも積極的に参加してもらい継続的な交流ができるように努めている。	
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	事業所全体で利用者同士の横のつながりを大切にしている。利用者同士が互いを気遣い関わりあえる環境が整っている。家事も複数の利用者で行い、お互いの助け合いが見られる。		

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	退所者の所へ面会に行っている。また、ケアマネージャーとも連絡を取り、適宜情報交換を行っている。		
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	日々、本人の思いや話された内容を記録に残すよう努力している。本人からの意思確認が困難な場合には、生活歴や性格等を家族から聞き、本人の為のケアプランを作成するように心掛けている。	入居時に本人の希望・意向を家族から確認。他の職員とも連携し日々の関わりの中で声をかけ、思いや様子・言葉等で把握するよう努めている。発語が困難になっても表情や素振りや真意を測ったり家族に確認している。	
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	入所前に事前訪問を行い、本人・家族・ケアマネージャーから話を聞いている。本人に関するフェイスシートも事前に預かり、職員間で情報共有を行っている。		
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	日々の暮らしの観察や記録、アセスメント、カンファレンスを通じて現状及び本人の有している可能性について把握するように心掛けている。これらは、ケアプランや日常のケアに反映されている。		
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	定期的、必要時にカンファレンスを行い、本人・家族・介護職員・他職種職員の意見を総合したケアプランの策定に努めている。他職種間での情報共有、意見交換、評価も行っている。	カンファレンスは担当職員や看護師・栄養士・作業療法士も含め職員全体で意見交換している。参加できないご家族には、日頃の関わりの中で施設に來られた時に思いや意見を聞き取り、ケアプランに反映するよう努めている。	
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	パソコンにて記録の管理を行い、情報の共有を行っている。カンファレンス前にはグループホーム全職員からの意見の聞き取りも行っている。		
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	状況に応じて相談や面会等を実施し臨機応変に対応している。併設の施設相談員や地域包括支援センターの職員にも意見を求め、話し合いの場を持っている。		

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
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	地域行事やサロンに積極的に参加し、地域の方とのつながりを大切にしている。施設行事や防災訓練の際には、地域の方やボランティアの受け入れを行っている。		
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	入所する前から、委託医の患者であった利用者がおられる。週2回主治医の訪問があり、その際に利用者や職員から主治医に対して相談や状況報告を行っている。常時の連絡も可能である。	往診や連携の利便性から、全利用者が委託医を希望。週2回の訪問時には職員も普段の様子や体調変化を伝え、健康管理の共有に努めている。施設看護師と連携しており夜間でもオンコールで連絡が取れる状態にある。	
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	複合施設である為、他部署に看護師が出勤しており、常に連絡相談が行える体制が確立されている。夜間においても常時看護師と連絡が取れる体制が整っている。感染対策の内部研修も行っている。		
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。	入院中は主治医、担当看護師、相談員、家族と連携を取っている。退院間近には、退院前カンファレンスに参加し、情報共有に努めている。		
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	重要事項説明書説明の際にマーカー等で線を引き、説明を行うように心掛けている。ADLの低下が確認された場合は、その都度家族に説明と相談を行っている。併設の特養入所を希望される場合には、特養のケアマネと連携を取っている。	安心して納得した最後が迎えられるように、入所時には事業所でできることを丁寧に説明し同意を得ている。重度化した場合は家族と連絡を取りながら併設特養での看取りを行っている。職員も実践報告等で心構えの習得に努めている。	
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	外部で行われている救急救命講習に積極的に参加している。応急手当普及員（Ⅰ）を施設全体で3名取得しており、内部研修も実施されている。		
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	グループホームの夜間避難マニュアルに基づき、月に1回日中にグループホームの全利用者が参加した夜間想定避難訓練を実施している。水や食料品の備蓄は法人全体で行われている。	施設全体と事業所とで年4回避難訓練あり。地域や自警団等住民の参加・協力あり。台風の多い夏は2ヶ月続けて実施、夜間・昼間を想定し避難経路も変え実施。職員は地域の自警団に参加、良好な協力関係が築けている。	災害に備え、福祉避難所としてグループホームで何ができるかを検討され、更に頼れる施設としての活躍を期待したい。

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	
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	施設全体で「不適切ケアの改善」を目標に 接遇面、言葉遣い、介助方法等の向上に取り 組んでいる。人権研修も実施している。	主に言葉使いに重点を置きコミュニケーションスキル 向上に努めている。なれ合いの関係を振り返 り、親しみのもてる関係の維持を図るためにもOJT研修等でグループ討議を実施。新人研 修でも挨拶の徹底を図っている。	
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	自己決定が困難な利用者にも、動作毎に次 に行う動作の声掛けを行い意思の確認を 行っている。また、表情からも気持ちを読み 取るように心掛け、本人の希望や自己決定 を引き出すように努めている。		
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	1日のおおまかな流れは決まっているが、1 人ひとりの生活スタイルやその時の気持ち を優先し、本人が自由に過ごせる個別ケア を実践している。		
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	2ヶ月に1回訪問散髪を導入し、カット、毛染 め、顔そりを利用者個々の希望に応じて実 施している。衣類の買い物にも出かけてい 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	調理の準備、盛り付け等は利用者と職員が 一緒に行っている。誕生日にはその方の好 物を聞き、献立に入れている。行事食も行 事を楽しむ一環として取り入れている。	日頃の関わりから好みを把握、栄養士と共に 献立作成、三食手作りである。職員と一緒に 野菜を切る、味見する、味の評価を次回に活 かす等できる力を発揮し楽しみの持てる生活 となっている。	
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	食事、水分摂取量を毎日記録している。利 用者の体調や症状に応じ、医師の指示の下 水分制限や、減塩を行っている。医師、看護 師、栄養士のアドバイスを得ながら、日々の 食事における栄養バランスを決定している。		
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、グループホームの全利用者に歯磨 き又は義歯洗浄、うがいの口腔ケアを行っ ている。口腔内の治療や義歯の作成が必要 な方には、訪問歯科を利用し、治療、義歯 作成等を行っている。		

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
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	排泄が自立の方は自立の状態が継続するように不要な介護は行っていない。トイレ介助が必要な方には排泄パターンを考慮し最低限のトイレ介助を行っている。	必要以上に手を出さずトイレでの排泄を支援している。排泄チェック表の確認、パターンの把握、個別に応じた排泄用品の見直し等も行い、清潔面に配慮した対応を心掛けている。	
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	献立は繊維質の物が多く摂れるように心掛けている。トイレ誘導が必要な方には、朝食後トイレに座って頂き排便を促している。体操や散歩等、身体を動かす機会を毎日設けて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てしまわずに、個々にそった支援をしている	各日に入浴して頂いている。入浴の際は必ず本人の意思を確認してから入浴して頂いている。気乗りのしない方や入浴を拒否される方には無理強いせず、入浴日を変更する等の臨機応変な対応を行っている。	1回/2日午前浴を実施、昼食時間と重なる事を避け、数名午後入浴となる場合もある。拒否のある場合は理由を探る努力をし足浴から試みることもある。やむを得ない場合を除き同性介助を基本としている。	
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	就寝時間は利用者の自発性に任せている。日中も必要に応じて昼寝の時間を設けている。量で就寝されていた方は、和室をしつらえ今まで通りの生活が継続出来るように支援を行っている。		
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	利用者個々の状況について主治医や看護師と相談しながら、薬の見直しや頓服の服用を行っている。最新の薬情報をファイリングし、効能や副作用等を職員が必要な時に確認できるようにしている。		
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	役割が持てる能力のある利用者には役割を持って頂き、他者に貢献する喜びを感じて頂いている。日々のレクリエーションや別棟で毎日行われる「お勤め」への参加でメリハリのある生活を送って頂いている。		
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	利用者個々人のその日の希望に応じての外出には対応出来ないが、個人の買い物、受診、地域のサロンや行事への参加、事業所の外出行事で外出の機会は確保されている。また、家族の支援で外出する方もおられる。	入居時に比べ体力低下もあり施設内の生活になりがちである。3か教室など他部署のレクに参加することが歩行の機会でもある。寒い時期を除きデイサービスのドアを開放し自由に行き来でき交流もある。受診に合わせて家族と外食される機会もある。	加齢と共に外出できる状態の方が少なくなっているが、遠出でなくとも近所の散策や車でのドライブ等で外に出て、目や肌で季節を感じる工夫や支援を期待したい。

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
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	現金は一部の利用者を除き、職員が管理している。利用者個々の希望に応じて現金を所持したり使ったりできる支援は行えていない。		
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	利用者が希望される場合には、職員が電話をかけ利用者に代わっている。家族に手紙を書かれる際には、自筆で書いて頂け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	季節に応じた空調管理を行い快適に過ごして頂けるように心掛けている。夏は強い日差しが室内に入ることから、ボランティアの方が朝顔やゴーヤのカーテンを栽培して下さっている。ホーム内の清潔を保つように心掛けている。	夏場の気温上昇に対する工夫を心掛け、5S活動推進にも力を入れている。畳コーナーに腰かけ洗濯たみができ、昔の食器棚(水屋)の設置は懐かしさを醸し出している。台所では食前食後の行動がスムーズにでき、調理の匂いを感じる環境にある。	
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	各場所にソファを置き、1人になれる場所を作っている。リビングでは気の合った利用者がイスの隣同士に座り、雑談しておられる姿が日々見られる。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者の生活に関わりのある物や、家族の写真、馴染みの家具、使用されていた湯呑や茶碗等を持ってきて頂いている。居室内は本人の身体能力を考慮し安全面を配慮したレイアウトとなっている。	ご家族には慣れ親しんだ家具等の持込を依頼し、入居時にはご家族と相談しながら家具の設置を決めている。居室は健康状態に合わせて畳・洋室に変更できる造りになっている。	
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	居室を解りやすくする為に居室前に表札を掲げ、本人の写真を貼っている。居室内は手の届く範囲に収納物を置くようにしている。共同トイレには「便所」と大きな張り紙をすることで、トイレの目印となっている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム

目標達成計画

作成日: 平成 29年 12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		家族を含め、多様な意見を求める方法を検討し、運営に活かして欲しい。	多様な意見を求められるように、事業所からの外部への関わりを増やしていく。	従来からの運営推進会議や家族参加型の行事の実施、日常的な家族との電話連絡に加え、ケアマネージャーがケアプラン更新時(3ヶ月毎)に自宅訪問を実施し、家族が事業所に意見を伝えやすい環境を整備する。	6ヶ月
2		災害に備え福祉避難所として、グループホームで何が出来るかを検討され、更に頼れる施設としての活躍を期待したい。	外部への情報発信と月1回の自主避難訓練を徹底する。	運営推進会議等で災害避難に対するグループホーム及び法人の考え方を明確に伝える。毎月1回、グループホームにおける避難訓練の実施を徹底する。	3ヶ月
3		加齢とともに外出できる状態の方が少なくなっているが、遠出でなくとも近所の散策やドライブ等で外へ出て、目や肌で季節を感じる工夫や支援を期待したい。	利用者の外出機会を増やす。	外出の年間計画を作成する。その他、気候の良い時は随時散歩等に出掛ける。個別の外出も実施していく。	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】		
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()