

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	2591400060		
法人名	社会福祉法人 信楽福祉会		
事業所名	グループホーム 笑楽		
所在地	滋賀県甲賀市信楽町牧1159		
自己評価作成日	令和6年5月21日	評価結果市町村受理日	令和6年7月18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	草津市笠山7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	令和6年6月27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)】

地区の高台にあるため、ユニットからは地域や国道を見渡すことができ、また、テラスからは登り窯も見え、生まれ育った街で今も生活をしていることを感じられるような環境となっている。
普段はユニット間の仕切りは開放していて、車椅子の方も多いが、好きなときに互いのユニットを行き来することができる。
また、玄関前の廊下からも外を見渡すことができ、法人内を移動する車や人に手を振っていることも多い。
併設されている特養の体操などにも定期的に参加して、同じ地域の知り合いの方との交流の機会にもなっている。
YouTubeを使いながらユニット内での体操やテラスでの日向ぼっこ、散歩に行ったり、ドライブの機会を多く作って、活動や気分転換ができるようにしている。

【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)】

四季折々に美しい自然な景色が楽しめる環境にある。同敷地内には、特別養護老人ホームやデイサービスが隣接しており防災対策や各種委員会・職員研修など、お互いに高め合うことが出来る。季節の行事にちなんだ「こいのぼり」や「イルミネーション」など大掛かりな飾りつけをして利用者を笑顔にすることも共有している。コロナ禍は、地域交流や面会の自粛もあったが、現在は感染対策に留意しながら地域や小学校の行事に参加したり、同法人のサービスを利用する懐かしい友人と出会って話をするを再開している。職員は、利用者一人ひとりの心身の状態や特性に合わせて出来る力を引き出し自立(律)の支援に努めている。たとえ重度化した場合、医療関係者と連携しながらチームで本人・家族の意向に添えるよう取り組んでいる。

taisaku

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. 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、活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				
			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	事業所の理念をGH内に掲示して、いつでも見えて、振り返られるようにしている。	「みんな笑顔で楽しく地域の一員で1人ひとりのために」を理念とし共有して実践に取り組んでいる。職員会議やリーダー会議でどんなホームにしていきたいかを話し合い振り返っている。		
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	法人が古く、地域で開催している行事に参加して交流をしている。 (まつり、文化祭、音楽会、運動会等) コロナが5類になり、再開しはじめている。	感染対策に留意しながら地域活動への参加を再開している。月1回、利用者と共に小学校に出向き行事の情報を頂き、可能な行事への参加をしている。地域のラベンダー畑の草引きを依頼され職員と共に行った。		
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	運営推進会議にて認知症の勉強会を開催したり、随時、質問等への返答を行っている。			
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	利用者状況の報告、行事内容の報告を行っている。課題があるときには、解決できるように一緒に考え、話し合いをしている。 運営推進介護の記録は家族向けにも報告している。	事業所の現況や取り組み等と共にテーマを決めて勉強会を行い意見交換している。施設運営のみだけでなく地域全体を視野に入れた意見交換がされている。		
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	運営推進会議にて地域包括等との情報交換や情報共有を行っている。	市町の担当者には、事業所の現状や取り組みを伝え意見交換している。事業所職員がキャラバンメイトとして出向く等、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	実施している。やむを得ず必要な場合は、施設の委員会での話し合い、家族への説明と同意を得ている。施錠が必要な場合についても、常時行うのではなく、会議で話し合いながら、施錠の時間を減らしている。	法人内で動画をみて研修、全職員がレポートを提出し法人全体の委員会で取りまとめ、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックに関しても定期的にチェックして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	施設設置の委員会で研修会を開催し、自身のケアの振り返りも行いながら理解を深め、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	必要な方については、制度や事業の案内をおこなうこともある。 専門的知識は不足しているため、法人内の相談員などに相談することもある。		
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	実行している。 説明後に不明点などがある場合も、その都度、管理者やケアマネより説明を行っている。		
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	常時、SNSや電話での家族からの意見等を共有している。家族への手紙等も、紙での報告ではなくSNSでの報告を希望される方には以降に沿って対応している。	6月から利用者の居室での面会を再開し意識的に意見や要望を聞く機会としている。 SNSや電話で伺うこともある。伺った意見・要望は可能な所から反映に努めている。	
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	必要時は、その都度職員との面談を行っている。また、月に1回の定例会議や連絡ノートを活用し、意見や提案を反映できるようにしている。	年1回は上司との面談があり就業環境等についても話すことが出来る。職員、個々の提案や意見を利用者の笑顔ある暮らしに向けて反映できるよう努めている。	
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	職員個々の生活環境に配慮し、聞き取りを行いながら働きやすさに努めている。 また、職員個々の強みを活かし、仕事のやりがいに繋がるように努めている。		
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	外部研修に積極的に参加して、質の向上に努めている。受講料もすべて法人が持ち、興味のある研修も受講できるなど、職員の負担が少なく、意欲向上にも繋がっている。		
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	研修や他のネットワークをきっかけにして、施設見学等を行い、交流、情報交換を行っている。		

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	
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	契約前に事前面談を行い、御本人の困りごとや不安、要望などを把握するよう努めている。また、入居前から顔見知りの関係を作り、安心できる関係作りに努めている。		
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	申込時には、家族の困り事や不安の聞き取りをしている。また、契約前の事前面談にて、要望等の把握に努めているが、申込時と面談時の対応者が違うため、インテーク時の改善点はある。		
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	事前面談時に得た情報と在宅時のCMからの情報により、必要な支援の把握に努めている。 入所後はCWの気付いた情報の共有を行い、支援につなげている。		
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	利用者の生活歴を踏まえ、本人の好き嫌いや性格を知りつつ、その都度そのときに利用者がどうしたいのか、意向を聞きながら、利用者の思いを尊重している。		
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	利用者が望むときには、家族と直接電話で話をしてもらっている。家族への手紙も写真付きで1ヶ月に一度送り、SNSを使いながら、定期的に様子を伝えている。		
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	法人内の特養等に馴染みの方がいる利用者も多く、会いたいときに会いに行けるようにしている。	以前からの馴染みの美容院へ出かけたり、誕生日のお祝いを自宅でされたり家族の協力を得て行われている。。出来るだけ住んでいた近くにドライブしている。希望があれば馴染みの関係が途切れによう支援していく意向である	
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	耳が遠いことや、認知症によって起こるトラブルを未然に防ぐために、職員が仲介に入ったり、一緒に空間で過ごすことによって、利用者同士の関係性が築けるように努めている。		
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	努めていはいるが、期間が空いてくると関係が希薄になっている。		

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	
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	本人の生活歴や家族からの情報、日常の会話の中から、本人の希望や意向の把握を行っている。困難になってきた場合であっても、以前の状況や情報から本人本位に努めている。	日々の暮らしの中で共に作業をしながら会話をし思いや意向の把握に努めている。たとえば、言葉で表現が困難になっても出来るだけ多くの情報を把握し活かせるよう努めている。		
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	契約時に、「わたしの暮らしシート」の記入を依頼し、支援の参考にしている。また、シートから御本人との会話を深めている。状況によっては、以前のケアマネより情報収集をしている。			
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	日々の生活の中で、能力の変化に気づき、変化に応じた対応ができるように職員連絡ノートや、月に1回のモニタリングを活用して、現状の把握、共有に努めている。			
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	介護計画作成時には、担当も入り、意見を反映している。CWが月に一度のモニタリングを行い、介護計画が適正か判断している。	ケアマネもケアの現場に入り、リアルタイムで利用者の思いを聴いたり、家族等とカンファレンスして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	実行している。 また、即座に変更や工夫が必要な場合は、連絡ノートを活用している。			
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	受診については、家族が基本であるが、即座の対応が必要であることも多く、家族への連絡後に代行で行っていることが多い。			

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
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	暮らしていた地域の理髪店に行ったり、文化際に参加することで、馴染の方との交流を楽しんでもらっている。		
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	かかりつけ医は、本人と家族の希望に沿っている。家族での受診の場合は、毎日の血圧データと日頃の様子を医師に文章で渡している。また、受診は概ね職員が支援している。	本人・家族の希望する、かかりつけ医で往診や通院をされている。定期受診は、基本家族同行、必要時は職員が同行している。診療情報は、関係機関で共有し健康管理している。	
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	週に4日程度、終日看護師がいるため、健康観察、処置やかかりつけ医との連携などの対応をしている。		
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。	入退院時は、家族にも同席してもらい、病状把握と、本人・家族の意向の確認、地域連携室と連携して、入退院が速やかに行えるように努めている。入院時は、情報提供書を作成し、連携できるようにしている。		
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	看取りの指針を、契約時に家族に説明している。事前指定書についても、状況の変化時、または1年位1回を目安に確認を取っている。重度化した際の特養への入所など、選択肢を提示しながら共有している。	ケアプラン更新時に重度化や看取りに関して再確認を行っている。実際に重度化の傾向にある場合は、かかりつけ医からの説明・本人・家族の意向に添って、事業所の看護・介護職員がチームで方針を共有し支援に取り組んでいる。	
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	緊急時の動き方、連絡方法を掲示して誰でも動けるようにしている。救急対応や感染症等の対応方法など、定期的に研修を受けている。		
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	年3回、避難訓練を利用者とともにやっている。夜間想定はしているが、実際の夜間の避難訓練はできていない。法人施設が福祉避難所であるため、運営推進会議で地域の避難について話し合う機会を設けている。	法人合同で避難訓練を実施している。災害時の水・食料・物品等法人全体で準備があり見直している。	今後も、様々な災害を想定した避難方法や、減災・家族等への連絡方法等継続的に話し合えればいいですね。

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	思いやりのある、優しい声掛けに努めている。 指示的な言葉にならないように、チームで話し合ったり、研修を行い、振り返りの機会を作っている。	地域性を大切に親近感のある接し方を心掛けている。また人生経験を尊重し一人ひとりに合わせた接し方も工夫している。年長者に対しての言葉遣いが馴れ合いにならないよう職員間で確認合っている。	
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	利用者さんとの会話の中から、本人の思いや希望を引き出したり、選択できる声掛けに努めている。自分の意思表示が難しい方についても、生活歴等から提案して選択できるように努めている。		
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	一日の流れはおおよそで決まっているが、起床や就寝時間、可能な範囲での食事の時間など、本人の意向を聞きながら支援している。		
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	コロナ以降、買い物等に行く機会も少ないが、靴などの購入や日常の衣類については、自分で選ばれたり、選べるような声掛けに努めている。		
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	コロナによって食事の準備等をする機会がなくなったが、一緒に食材を分けるなどを再開している。食事を一緒に食べることは現在も自粛している。	定期的に行事食を取入れ、おでん・焼肉等も楽しまれている。ベランダでおやつタイムをしたり楽しみの持てる食事支援に努めている。畑にはさつまいもが青々と成長している。収穫後の焼き芋づくりが楽しみである。	
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	食事や水分の量をチェックして、その方にとっての必要量を摂取していただけるように、特に摂取が確保できていない方などは、介護計画で目標をあげ、形態等をチームでその都度話し合っている。		
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	食後には声掛けを行いながら、支援している。訪問歯科衛生士からの助言を受けながら、一人ひとりに合ったケアに努めている。		

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
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	一人ひとりに合ったパットを使用することで、自分で行ける方は失敗が減らせるようにしたり、尿意等が曖昧な方はその方の排泄パターンやサインを読み取り、早めに関わることで不快感を少なくするよう努めている。	わかりやすいトイレの工夫がある。利用者にとっては自立的な側面もあるが、さり気なく寄り添うようにしている。排泄用品については自立支援と共に、家族負担も心に留め置き清潔保持に努めている。と聞取る。	
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	日中の生活やレクリエーションの中で、身体を動かす機会を作ったり、飲み物の工夫をしている。また、薬調整が必要な方は、日頃の排便状況を参考にして、看護師と相談しながら調整している。		
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	入浴を好まれない方が多いが、嫌がる背景、タイミングなどをチームで共有し、声をかける時間や声のかけ方などを工夫している。入浴のお断りがあった際は、時間や日をずらして入っていただけるよう努めている。	なぜという視点を持ち職員間で話し合うことを大切に自由に入れる工夫をしている。同性介助が基本であるが、その日の職員配置から異性介助になる場合もある。リフト浴もあり身体状態に応じて個別対応できる。	
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	その時の体調や気分に合わせて、フロアで過ごされる時間、居室で休まれる時間を本人に確認、選んでもらうよう努めている。入眠剤等調整が必要な方は、その都度医師に相談している。		
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	服薬情報ファイルから、すぐに確認できるようにしている。便通の薬は、その時の排便状況を確認しながら減薬する等、本人への負担軽減に努め、精神的な薬については、服薬状況を含めて記録に残し、医師に伝えている。		
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	契約時の情報シートを参考にして、好きなこと、嫌いなことを把握して、嗜好品のビールやおやつなど、日常の役割や楽しみにつなげ、介護計画書にもあげている。		
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	日中は、玄関の鍵も開け、行きたいときに外へ行き、横の自販機でジュースを買う方もいる。利用者の希望の聞きながら、散歩をしたり、季節に合ったドライブや外出を行っている。	散歩は高台のホームから坂道を下り地元に出かけ、帰りは送迎車で戻る。地域の文化祭・音楽祭・職員のピアノ発表会等に出かけることがある。受診後に家族と外食されることもある。多賀大社、秋桜畑等思い入れのある場所に、お出かけドライブしている。	ボランティア受入を再開されとのこと。地域住民・ボランティアの協力を得ながらの外出支援ができると良いですね。

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	施設の横の自販機で、好きなときにジュースを買う方もいる。また、外出の際には、預かっているお金を自分で持ち、お土産などを買われる方もいる。		
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	携帯電話を持たれている方は、充電のチェックを行い、好きなときに話ができるように支援している。また、年賀状を出したり、本人が希望されるときは手紙を書いてもらうなどの支援をしている。		
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	利用者にとって不快や不安のないように、空調、照明を調整する際は利用者に確認をしながら行っている。 机のレイアウトも、利用者同士の関係性や感染対策によって、その都度変更している。	明るくて窓からは自然の風景と共に地元が一望できる環境にある。様子を観ながら窓を全開にして空気の入替えをしている。毎朝日めくりをめくる人、掲示物から季節の確認・日付の確認ができ見当識への配慮がある。落ち着いた雰囲気を感じる。	
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	本人のその時の気持ちのを聞きながら、みんなでいたいとき、1人でいたいとき、それぞれに対応している。定位置はあるが、その時の状況によっては、譲り合える声掛けを行っている。		
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	コロナ禍より、家族が居室に入る機会がほとんどない状態が続いているが、本人と相談しながらレイアウトを決めている。馴染のタンスや写真なども持ってきて頂き、居室が居心地の良い空間になるようにしている。	仏壇があり中には位牌と自身が彫られた仏像がある。テレビ・時計等もあり自室に戻り過ごす人もある。家族は部屋で面会ができることを喜ばれている。できる力を得ながら一緒に掃除をし清潔保持に努めている。	
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	居室前に、表札を本人の同意のもと置き、自分の部屋がわかりやすいようにしたり、表示もわかりやすい工夫をしている。車椅子やシルバーカーで移動される方も多いため、移動の邪魔にならない物の配置に努めている。		

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	29	グループホームと地域との関わりが、コロナ禍以降、あまりできていない。	利用者さんに地域の人と一緒に生活をしているということを感じてもらい、地域の人にもグループホーム笑楽のことを知ってもらう。	・運営推進会議等で地域で行っている行事や取り組みなどを聞き、参加できる機会を増やしていく。 ・GH内で普段使用できるものを作成し、小学校等を持っていく。	12ヶ月
2	18	居室での面会が再開されたばかりで、家族と一緒に過ごす機会や活動する機会がまだまだ少ない。	日常の面会の場面以外でも、ご家族と利用者さんが一緒に楽しめる機会を増やしていく。	・利用者さんの誕生日やグループホームで行う行事などに、ご家族も招いていく。	12ヶ月
3	48	利用者さんができることも、職員がしてしまっていることが多い。	利用者さんの出来ることや楽しみを増やし、QOLの向上を目指す。	・一人ひとりの利用者さんの出来ること、したいことを改めてアセスメントする。 ・職員が行っていることでも利用者さんが出来ることを整理しながら、月に1度の会議の場で取組等を決めていく。	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()