

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	2591400128		
法人名	株式会社メディカル甲賀		
事業所名	グループホームそまがわ 1階		
所在地	滋賀県甲賀市甲南町野尻418番地		
自己評価作成日	令和3年7月25日	評価結果市町村受理日	令和3年10月20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	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	令和3年9月17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)】

昨年度4名、新卒を採用したり、無資格の方や高齢の方の採用も積極的に行っている。そのため、介護や認知症に対する経験が少ない職員が多いのが現状であるが、年齢層が幅広く、職員同士の良い刺激になっている。新人教育に関しては、内部研修を行ったり、既存の職員に対しては、開設より認知症介護実践者研修や認知症介護基礎研修、リーダー研修などに参加し学ぶ機会を作っている。実務者研修などの、働きながらの資格取得も推奨している。法人の理念である「一緒に笑顔のある暮らし」を基本に、日々のケアに努めている。
平成30年度より認知症カフェを2ヶ月に1度開催し、利用者が活躍できる場、地域に出る機会を作っている。

【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5年目を迎えた施設であり、県道に隣接しており、近くにスーパーや商店などがあって住みやすい環境にある。施設は、いこい村福祉モールの中にあり、隣接する保育園や学童保育所、高齢者のデイサービス、パン屋とイベント等で交流し、保育園児とは敷地内にある畑の作付けや敬老の日の手紙を持ってくると交流がある。基本理念として、「一緒に楽しく、笑顔のある暮らし」「一人ひとりの普通の暮らし」「ゆくりした暮らし」「地域とのつながりのある暮らし」を掲げ、利用者一人ひとりと信頼関係をつくることに努めている。また、利用者の望む暮らしを支援するために、買い物や散歩の付き添い等だけでなく、利用者の思い出の品を居室に持ち込む等の工夫をしている。そして、地域の公民館で開かれる教室への参加や、2か月に1回認知症カフェを地域の公民館で開催することで、利用者の外出機会や地域の人との交流の機会をつくっている。

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				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

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	外部評価		
			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	「ひとりひとりの普通の暮らし」「一緒に楽しく笑顔のある暮らし」「ゆったりとした暮らし」「地域とつながりのある暮らし」の理念を管理者と職員で共有し、実践につなげていけるよう努めている。	毎月のユニット会議で基本理念を再確認することで、職員は日々意識を持ってケアの中で基本理念の実践につなげている。	
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	昨年度から2ヶ月に1回認知症カフェを行い、利用者もカフェのスタッフとしてやお客様として、参加してもらい、地域との交流を図っている。地域の百歳体操にも時折ではあるが参加し、少しずつ交流ができるように努めている。	自治会に加入しており、地域の公民館で開かれている100歳体操(今はコロナの関係で休止)に参加している。また、認知症カフェをそこで開催し、利用者地域住民の交流を図っている。	利用者の行動が規制され、人との交流が減少している。コロナの収束するのを待つのではなく、withコロナでできることを考えていただきたい。
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	認知症カフェを通じて、介護相談窓口としての役割を担っている。		
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	コロナ禍において、施設内の見学が難しい状況であるが、今年度より認知症カフェと同日開催することで、事業所の取り組みや利用者の様子を知ってもらうことができた。運営推進会議では、事故報告に対するメンバーの意見等をいただくことで、業務の改善・サービス向上に活かしている。	2か月に一度地域の公民館で認知症カフェと合わせて会議を開催している。メンバーは自治会区長や地域の民生委員、家族、地区社会福祉協議会、地域包括支援センターの職員が入っている。施設の取り組み内容、事故報告とその対応など報告し、質問や意見をもらってサービスの向上に活かしている。	
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取り組んでいる	市町村担当者と連絡をとり協力してサービスの向上に努めている。	市の長寿福祉課や生活支援課、措置担当者、地域包括支援センターの職員とは日常的に連携しており、新規相談や助言を受けている。また、常に相談ができる関係性にある。	
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	日中は玄関の施錠はしない(9:00~18:00)。自由に外出、面会が出来るよう配慮している。スピーチロックにならないよう、言葉かけには意識して取り組んでいる。	自由に外出する人や敷地内を散歩する人を止めることなく職員がそっと見守り、付き添うなど必要な支援をしている。身体拘束研修の伝達等で職員全員に意識づけを行い、職員間でも言葉かけや気づきを話し合い拘束しないケアに取り組んでいる。	
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	甲賀市で開催されている虐待防止研修には、参加できる職員はなるべく多く行ってもらっている。参加者から情報を聞き、共有することで虐待防止につとめている。アザやケガがあった際は、記録に残し、共有している。言葉遣いや態度を意識することで、虐待防止に努めている。		

自己	外部	項目		外部評価	
				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	成年後見人制度については、1階は1名の利用者が活用しており、保佐人や生活支援課、地域包括支援センターなどと連携を行っている。主に管理者が行っているため、全ての職員が理解できていない可能性がある。		
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	契約、解除時には担当者が書面をより説明するほか、解除時には家族と面接を重ね納得の上、解除を行っている。		
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	家族面会時や電話時に職員が対応して要望・意見などを聞き取りし、管理者に報告し反映している。	利用者とは日頃の会話の中から意見や希望を聞くことに努めている。家族とは、コロナ禍でも玄関や外にベンチを置いて面会できるよう配慮し、その機会に意見や要望を聞いている。それらの話を個別から全体の課題としてとらえ、検討し改善に努めている。	
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	日々の申し送り、リーダー会議、スタッフ会議、ユニット会議にて、職員の意見や提案を聞き、反映している。	管理者と職員間は普段からオープンに提案したり、話すことができる関係ができており、内容を検討し運営に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	働き方改革に率先して取り組み勤務時間や勤務体制、各自が向上できる社内、社外研修に参加できる環境づくりに努めている。管理者は、職員が安心して勤められる職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の経験年数、今後の業務に必要な資格取得のための研修への参加の案内、必要な支援を行っている。その他の研修においても、希望者には受講してもらえよう配慮している。		
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	他グループホーム職員と交流し学ぶ機会を設けている。甲賀市サービス事業者協議会を通じて、研修会等の参加を行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			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	入居された際、本人に安心していただくため、本人と会話しながら、要望や困ったことはないかなど、その都度聞き取りをしながら、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	家族の思い、本人の現状を聞き取り、要望等があれば相談し、安心していただけるよう努めている。	
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	本人の意思を尊重し、対応しているが、家族の支援が必要な場合には相談し、対応するようにしている。	
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	介護する側、される側という立場に分かれるのではなく、本人に寄り添いながら、できることを見極め、一緒に生活を共にする者同士の良好な関係を築けるように努めている。	
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	電話や面会で家族に現状の報告は密にしている。コロナウィルス感染防止対策のため、面会を制限することもあるので、オンライン面会や屋外での面会・電話・家族通信等を行っている。	
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	馴染みのある場所に、個別で外出したり、馴染みのある方が面会に来られた時などは、居室に案内し、ゆっくりと過ごせる時間を送れるよう配慮しているが、コロナ禍でできないこともある。	家族と出かける機会をつくったり、家族との外出が難しい人は馴染みの地元商店に行く等の支援をしている。他事業所の協力を得て友人と交流できる工夫もしている。
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	一人ひとりが孤立しないように、職員が言葉かけを行い、全員で体操をしたり、利用者同士の関係性を把握し、配慮している。	

自己	外部	項目	外部評価	
			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	契約が終了しても、同意を得たうえで訪問したり、本人・家族からの相談があれば、受けるようにしている。	
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	利用者ひとりひとりの信頼関係の構築をはかり、本人の希望や意向の把握に努めている。会議においても情報共有し、意向に添えるよう検討している。	職員は利用者との信頼関係が大切だと思っている。生活歴や本人との日々の関りの中で関心を払い、思いや意向の把握に努めている。言葉にしづらい人には行動や表情で思いを汲み取るようにしている。
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	家族に生活歴を確認し支援を行っている。本人にも聞き取りをし、家族にも再度確認をしている。	
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	規則正しい生活を送っていただけるように努めている。一人ひとりの言動や心身状態を観察しながら対応している。	
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	計画作成担当者と担当職員が中心となり、会議等でケアの内容を検討し、介護計画の作成・モニタリングを行っている。	3か月に一度介護計画を見直している。利用者一人ひとりに担当がついており、関係者の話し合いで作成している。計画には主治医や訪問看護師の関りも含めている。計画見直しの度に家族と話ができて、課題の共有ができています。
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	個別記録に記入し、日々の様子やケアの実践、結果を職員同士で共有できるように努め、介護計画の見直しにも活かしている。	
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	本人の要望に沿えるよう対応している。内容によっては、家族にお願いすることもある。	

自己	外部	項目	外部評価	
			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	一人ひとりの地域資源の把握はできていないが、保育園や学童との交流や認知症カフェへの参加を通じて、楽しく活動できるように支援している。	
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	月2回の訪問診療と週1回の訪問看護があり、身体の状態を詳細に情報の提供を行っている。専門的な受診に関しては、その都度、かかりつけ医に相談し、適切な医療を受けられるように対応している。	主治医と訪問看護とは同法人で、相談しやすく、緊急時の24時間対応をしており、必要な医療が受けられる。歯科医院はすぐ近所にあり、訪問診療もしている。家族で受診介助ができない場合は事業所で通院介助を行っている。
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回の訪問看護の際に、身体の状態を伝え、相談している。利用者に体調の変化がある時は連絡し、指示または訪問し対応してもらっている。	
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。	入院時には、管理者、ユニットリーダー、関係医療機関の看護師が状態の報告等を行う。また退院時には病院と情報の交換を行い、今後の方向性を相談し、スムーズな退院に結びつけている。	
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	基本的に、看取り介護は行っていない。施設見学時や入所時に家族に説明を行っている。体調の変化があれば都度、家族や関係者と連絡調整している。	入所時に施設で策定した「重度化した場合の対応に係る指針」に基づいて、施設での生活が困難になった場合の対応、支援について説明し同意をもらっている。その中で、次の居場所につなげる等、事業所としてできる必要な支援を行っている。
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	看護師との連絡体制、マニュアル等は目につく場所に貼ってあり、24時間の連絡体制をとっている。応急手当等の実践力はまだ身についていない。	
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2回の避難訓練を通して対策を行なっているが、夜間での想定は実施できていない。運営推進会議にて地域との避難訓練や協力体制の話し合いを設けていきたいと考えている。消防署からの意見を受け、情報提供カードの作成を予定している。	災害に対する不安や危機感、対応について職員や運営推進会議メンバー、地域住民の人たちと話し合うことから始めていただくことを期待する。

自己	外部	項目	外部評価		
			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	一人ひとりの生活歴を聞き取り、一人ひとりの思いや価値観を尊重し、言葉かけや対応をしている。	一人ひとりの利用者に対する関わりの方法を会議の中で確認し、本人の尊厳を損なわないよう、さりげない言葉かけや本人の了解を得た上での対応に配慮している。	
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	本人の思いや希望を会話の中で表現できるように時間をかけ、信頼関係を築いている。介護計画に沿って、本人の思い願いを達成できるように支援している。		
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	本人の希望を聞きとりし、ひとりひとりにあった過ごし方を提案している。本人が楽しみながら、持っている力を維持できるように、家事やレクリエーションなどを行っている。		
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	本人が選別して身だしなみを整える方もおられるが、できない方もおられるので、職員と一緒にその人らしいおしゃれができ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	行事等の際は、何が食べたいか聞き取りし、利用者と一緒に企画として食事を作ったり、外食を頼んだりしている。日々の食事においては、盛り付けや片付けは、職員が見守りながら一緒にしてもらっている。	利用者は職員と一緒に行事等の企画や準備、後片付けなどできることを役割として行っている。使い慣れた箸や茶碗を持参し使用することで、食事を楽しんでもらう工夫もしている。	
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	個別に水分・食事量は記録している。栄養バランスに関しては、業者からバランスのとれた献立による食事を提供している。		
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	食後、起床時、就寝前等、本人の能力に応じて、口腔ケア、義歯洗浄を行っている。ひとりひとりに合った口腔ケアができるように努めている。		

自己	外部	項目	外部評価		
			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	一人ひとりの状態に応じて、介入、誘導、見守り、介助を行っている。排泄のパターンを把握し、トイレで排泄していただけるように誘導等の支援を行っているが、トイレ介助が必要な利用者が増えてきている。	ほとんどの利用者がトイレで排泄ができる。一人ひとりの排泄シートをつけ、タイミングよく声掛けを行っている。希望者には夜間ポータブルトイレを使用し、自宅と変わらないよう安心できる排泄の環境づくりに対応している。	
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	食事量・水分量の記録をとり、毎日の体操等で体を動かしている。排便の有無を記録に残し、便秘が改善されない方については、医師や看護師に相談している。		
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	週2回以上、利用者の体調に応じて、入浴していただいている。個々に言葉かけし、その方のタイミングで入浴してもらっている。拒否のある利用者については、清拭で対応することもある。	個浴で、希望に合わせ本人の気持ちを大切に入浴ができるよう配慮している。拒否のある人にはタイミングを見計らって声掛けするなど工夫している。	
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	昼食後フロアの掃除を行っているため、利用者には部屋に入ってもらって休むように声かけをしているが、基本的には本人のタイミングで休息していただく支援をしている。部屋の室温・服装を確認している。		
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	薬局が薬剤管理に入り、管理を行っている。副作用や用法の説明を受け、注意点等を把握し、症状の変化の確認に努めている。		
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	一人ひとり楽しみ事が違うので、歌、折り紙、編み物、運動等、様子をみながら、その人に合った楽しみを見つけられるよう支援している。		
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	買い物、外出、散歩等、日常的な場所へは、職員と一緒に付き添って行っているが、普段行けないような場所への外出は、家族に協力していただいている。	一人ひとりの希望を聞いて、近くの店での買い物や散歩など、できるだけ外に出掛けられるように支援している。家族の協力を得て外出する人や自宅で滞在する人もいる。	

自己	外部	項目		外部評価	
				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	お金を所持している利用者はいるが、本人がお金を使うという認識はあまりなく、買い物に行った際にそれを使っていたらいい。		
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	携帯電話を持っている方は、メールや電話のやり取りをされているが、耳が聞こえにくくなっておられるので、職員が手伝う時がある。家族と相談して、電話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	利用者の状況に合わせて、生活しやすいように家具の配置を変えたりして、工夫を行っている。掃除・整理整頓をし、居心地良く過ごしやすい空間を作れるように努めている。	日中長時間過ごす居間の消毒を午前午後と行い感染症対策をしている。また、音楽を流してゆったりして過ごせるように配慮している。利用者と一緒に季節感のある月見の飾り付けをしたり、廊下にはボードで一人ひとり何をするか、一週間の予定を書いて、誰でも一目でわかるようにしている。	
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	利用者が、ひとりでゆっくり過ごすことができる空間を作ったり、フロアでは席替えを行ったりしながら、日々利用者の状況に合わせた過ごし方ができるように支援している。		
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	本人が使用していた家具や写真などを家族が持ち込んでくださっている。必要な物は家族に連絡し、持ってきていただいている。	今までの暮らしを継続する形で、自宅から持ってきた家具や布団を使用している。家族や友人の写真、自分で作った作品を並べて自分なりの部屋をつくっている。自室の掃除を職員と一緒にしている。以前住んでいたアパートと同様に不在時には部屋に鍵をかけている人もいる。	
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」「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	建物内部は広くないが、家具の配置などを工夫し、安全に生活できるように都度改善しながら、対策を行っている。トイレや居室など、わかりやすいように場所を示す物を表示している。		

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	2	利用者の行動が規制され、人との交流が減少している。コロナの収束を待つのではなく、withコロナでできることを考えていくこと。	広報誌等の発行、運営推進会議での事業所の活動報告等を通じて、地域住民に周知・理解をしてもらい、コロナ禍ではあるが、開催される地元自治会行事には参加したり、交流ができる。	事業所の取り組みや活動内容等を運営推進会議で報告し、地域の方々にも知っていただけるように定期的な広報誌の発行等を通じて発信していく。コロナ禍ではあるが、感染対策をしたうえで交流または施設見学等の受け入れをしていく。	12ヶ月
2	35	災害に対する不安や危機感、対応について職員や運営推進会議のメンバー、地域住民の人たちと話し合うこと。	災害が発生した場合の体制を構築するために職員間で話し合い、計画を作成し、運営推進会議で事業所としての計画を報告し、地域と協力できる話し合いをもつことができる。	災害が発生した場合の体制を構築するための会議を設け、職員間で話し合い、計画を作成することから始める。運営推進会議にても事業所としての計画を報告し、地域と協力できることの話し合いをしていく。	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()
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()