

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番地1		
自己評価作成日	令和元年12月10日	評価結果市町村受理日	令和2年3月23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2年2月21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)】

地域の中のグループホームを目指して、入居者様も職員もできる限り地域に出向き、地域の方との交流を図り、グループホームへの理解を深めていただけるよう努めている。他事業所や診療所、駐在所、朽木住民福祉協議会と共同し、より良い地域づくりを目指している。

グループホームでは家庭的な雰囲気の中で、入居者様の人となりを大切に考えた考え方で、持つておられる力をできる限り引き出し、その人らしい生活ができるように努めている。家族や本人の意向に添い、慣れたグループホームでの生活がいつまでも可能になるよう支援している。

事業所は若狭から京都に至る鯖街道の小さな宿場町にある。入居者は地域住民として受け入れられ自然な交流ができています。特に敷地続きにある学童保育とは日頃から交流があり、事業所のイベントでは子供達も楽しんで参加している。入居者は落ち着いた雰囲気の中で表情も明るい。

職員は「してあげるケアから一緒に過ごすケア」を目指して利用者の思いを大切に一丸となって支援していることが伺える。

看取り支援では、近くの診療所の医師の理解と協力で「その人らしい最期」が迎えられている。

過疎の地域ではあるが、診療所医師や隣町の歯科医師や衛生士、訪問看護の連携で充実した健康管理が行なわれている。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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. 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、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	社会福祉協議会の理念に基づき、入居者や家族の思いに寄り添えるよう、朝礼時やミーティング時に職員と共に共有し、実践につなげていけるよう努めている。	長い生活史の中で忘れかけている繋がりを大切にすする支援と今の生活に喜びと自信が持てるよう潜在能力を活かす支援に努めている。個々の利用者の望む暮らしが実践できているか、ミーティングで振り返りを行なっている。	
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	地域のサロン、学童保育所、他事業所施設との交流図るとともに、地域の行事の協力、参加など、入居者と共に交流を深めている。また、地域の見守り会議に出席し情報共有を行っている。	今までの努力で地域とのつながりは揺るぎないものになっている。事業所のイベントでは学童と一緒に手造りし、地域住民も参加して楽しんでいる。地域の独居者や孤立者の受け入れや見守り支援も行なっている。	
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	地域の見守り会議や診療所でのケア会議の場では、随時、認知症の理解や考え方、対応について情報発信し、共に考える場を持っている。		
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	入居者の健康状態、事業所の取り組み、ヒヤリハット、事故報告を行い、委員からの意見をもらい課題を検討している。火災訓練は運営推進委員の協力を得て実施している。	会議記録から詳細な報告と外出時の交通事故防止対策の協議など活発な意見交換が行なわれている。委員の中には、身体拘束防止委員や火災訓練参加を兼ねており重層的な取り組みが行なわれている。	
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	入居者の健康状態や支援方法について、担当職員だけではなく、他職種の職員とも気軽に相談ができる関係ができています。また、朽木支所の職員とも良好な関係が築けている。	ケース検討会議の参加協力を得て多角的な視点で助言を得るなど良好な関係ができています。	
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	人権研修や虐待防止研修などに参加し、入居者本位の対応に努めている。スピーチロックを含む不適切な声かけや対応防止の実践に取り組み、職員間の意識を高めるよう努めている。	帰宅願望時や外に出たい兆候があった場合は、一緒に行動したり、起きる状況を分析して対応するようにしている。運営推進委員と職員で、身体拘束適正化会議を2ヶ月毎に開催し、センサーマット使用等の検討を行なっている。調査時、拘束場面はみられなかった。	
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	月に一回、虐待防止研修に参加し、温もりのあるケアについて考えを深めている。高島市の高齢者虐待防止対応の手引きをもとに対応を検討し、「誰のための介護」「なんのための介護」の実践に努めている。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者がおられるが、制度や対応について学ぶ機会が持っていない。		
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	契約時は専門用語を使わずにわかりやすい言葉で説明を行い、その都度、利用者や家族に確認をしながら契約の締結を行っている。		
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	日頃から家族や入居者とのコミュニケーションを図り、気軽に意見を聞き出せる関係を作っている。日頃の何気ない言葉を聞き逃さず、実践につなげられるように努めている。	家族等が職員の顔と名前をわかりやすくする工夫を検討中である。	
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	毎日、朝夕の申し送り時に一日の支援を振り返り、個々の思いを出せる場を作っている。また、ミーティングで意見を出し合い、提案や取り組みについて話し合う場を持っている。	入居者と職員の夏期の快適温度を協議して温度・湿度の基準を設け、上方と足元に計測器を設置して環境づくりを可視化している。職員からは、上司の気遣いでストレスを貯めない職場づくりができていると聞きとった。	
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	正規職員に対し、人事考課制度を取り入れている。また、常勤職員、非常勤職員に対して、働き方の意向調査を行い、本人の希望や意思を確認し、働きやすい環境を整えている。		
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	社協の内部研修に参加している。また外部研修は個々の職員にあった内容の研修に参加し、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	高島市介護サービス事業者協議会の研修会や交流会に参加し、意見交換や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	入居時に家族に記入してもらった家族シート、生活史をもとに本人の心身状態を把握するとともに、本人の求めていること、不安なことを理解し、安心できる言葉がけと態度で関係づくりに努めている。		
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	家族の困りごとや不安なこと、要望などを聞き、家族の思いを受け止め安心して相談してもらえるようにしている。入居後も家族と連絡を密にし関係づくりに努めている。		
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	本人、家族の思いを丁寧に聞きとり、色々な角度から本人にとって一番望まれる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	本人のペースにあわせ個々の能力や残存機能を活かし、本人中心の生活ができるよう支援している。		
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	生活の様子や身体状況を家族に報告し情報共有を行っている。家族の協力を得て外出支援を実施したり、家族の宿泊支援を行っている。		
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	家族の協力を得て知人との面会や実家への訪問、自宅への外出、趣味の仲間の訪問など、関係が途切れない支援に努めている。	一人ひとりの思い・望みの実現に取り組んでいる。例えば生まれ育った家への帰省は、職員が付き添い、仏壇参りや神社への参拝では、家族の声かけで馴染みの人が待ってくれるなど感動を共有している。	
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	個々の性格や認知症状をふまえ、入居者同士が関わりやすく良好な関係が保てるよう、リビング全体のレイアウトを考え、座席の配慮を行っている		

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
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	サービス終了後も家族と連絡を取り合い、状況確認を行っている。		
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	日常の関わりの中や個々の生活の状況から、一人一人の思いや意向を把握できるように努めている。	日常の生活場面の意向は介護計画に反映されている。また、生活史から過去への思いの把握と望みの実践を大切にしている。	
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	家族に記入して頂いた暮らしの情報シートや本人からの聞き取り、知人やサービス関係者などから情報を得て把握に努めている。		
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	一人一人の思いを尊重し、その日の体調を考慮しながら、個々の能力にあった一日を過ごしてもらうようにしている。		
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	日頃の関わりの中から本人の思いを把握し、必要に応じて家族や主治医、歯科医師、訪問看護、職員から意見をもらい計画を作成している。	医師やケア担当者の意見をふまえ介護支援専門員が計画を作成し、日々の介護計画に連動している。モニタリングは、担当者のケア実施の評価と入居者が示した言葉の両面で記載されている。	
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	個別の介護記録と支援経過を記入し、職員間での情報共有や対応の検討、介護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	家族が通院介助が出来ない時や緊急時の通院介助、薬の受け取り、生活用品の購入など、臨機応変に対応している。		

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
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	地域のサロンや行事に参加するとともに、地域のおしゃべり喫茶に出向き交流を図っている。また、学童保育所、特別養護老人ホーム、民生委員、地域のボランティア、近隣住民との交流を行っている。		
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、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	診療所の医師、歯科医師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。病状に合わせて専門医との連携も図って頂いている。	家族に確認の上、近くの診療所が主治医となり往診や受診に繋げている。医師とは情報提供や助言・指導を受ける連携がとられている。歯科医師や衛生士の訪問も行なわれている。	
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	週一回、看護師の訪問を受けており、日常の状態変化を伝えて、健康管理のアドバイスを受けている。緊急時にも24時間連絡が取れるよう医療連携体制をとっている。		
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。	入院時には速やかに入院時情報提供書を提出するようにし、情報交換に努めている。		
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	状態変化にあわせ、主治医、家族と対応を検討し、家族の意思確認を行っている。状態に合わせて事業所でできることを説明するとともに、家族、主治医、訪問看護、職員と共に方針を共有し支援に取り組んでいる。	重度化や看取りの判断は医師との連携で行なわれ本人・家族と協議の上で看取り支援を行なっている。看取りの指針は文書で説明と同意を得ている。看取り期には家族・医師や関係者でカンファレンスを実施し、看取り後も同様にデスカンファレンスが行なわれている。病状変化時は早めの受診で救急搬送は防いでいる。	
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	年に一回、全職員を対象に救急救命の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	年2回、消防訓練、通報訓練、避難訓練を実施している。運営推進委員の参加協力のもと、停電時の発電機の使用方法の実践に取り組んだ。	災害訓練には運営推進委員の区代表や家族代表の参加のもとに実施している。避難時対策では写真や状況を記載した一覧表が何時でも活用できるように作成されており、避難所は屋内に収容できる体制がとられている	

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
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	不適切な言葉使いや対応について考える取り組みを継続し、入居者一人一人の人格を尊重した言葉使いや対応の実践に努めている。	不適切ケアのない施設を目指し具体的な目標を立て自己評価して振り返りを実践している。朝夕のミーティングで共有することで日常のケアの中での気づきが増え自己覚知されている。介護記録類は鍵付き収納庫に保管され個人情報管理を徹底している	
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	個々に合わせた声かけを行い、本人が希望を表しやすいようにしている。言葉での意思表示が困難な場合は、表情や態度で感情を読み取るようにしている。		
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	一人ひとりのペースや体調にも考慮し、本人と相談しながら希望に沿った生活ができるよう、また、ゆっくり穏やかに過ごして頂けるよう支援している。		
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	個々のスタイルに応じて、髪型や身だしなみを整え、本人の好みの服や小物を選んでいる。また、地域の呉服店の協力を得て、本人にあったものを選べる機会が持てるよう支援している。		
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	買い物や調理、盛り付け、片付けなど、個々の力や関心に合わせながら一緒に行っている。一緒にできない方は、香りや音、感触等関心が持てるよう支援している。	カレーやおでんなど手作りし、野菜を切るなど一緒に楽しんで行っている。地域の方の差し入れや畑で収穫した野菜を調理することもある。誕生日には本人の好きなものを一品増やして楽しんでもらっている。日常的に洗い物や盛り付けなど職員と並んで行う姿もある。	
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	水分、食事摂取量を個人記録に記入し摂取量の把握に努めている。水分量が確保できるよう、お茶以外の飲み物の工夫を行う。		
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	個々にあった声かけや介助のもと口腔ケアを実施。義歯は就寝前に洗浄液につけて清潔を保っている。歯科の居宅療養管理指導を受け、ブラッシングの方法や口腔内の清潔に関して助言を受け実施している。		

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	個々の排泄パターンにあわせてトイレ誘導し、トイレでの排泄ができるよう支援している。落とし紙を設置し、昔ながらの習慣を継続することで、排泄行為の自立を促している。	排泄のみではなく、食事や水分摂取、緩下剤の服用などの情報を一覧にした記録をつけ、個々の排泄のパターンをつかんでいる。トイレに座ることを重視し、全員、毎日トイレに座る支援をしている。	
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	便秘の改善について食べ物、飲み物の工夫に取り組んでいる。個々の排便状況を把握し、必要時には医師や訪問看護師と相談し内服の調整を行っている。		
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	本人の希望に応じていつでも入浴ができるよう臨機応変に対応を行っている。体調や気分に合わせて、シャワー浴や足浴、清拭を実施している。	入浴を嫌がる方には戸掛けを工夫し気分を変えてタイミングを計って入っていただき清潔保持に努めている。入浴で落ち着いた気持ちになる方には毎日でも入っていただけるような支援を行い、個々に応じた支援をしている。ゆずや入浴剤の工夫も行っている	
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	個々の身体状況にあわせて自由に休息をとっている。眠りにくい時は気持ちが和らぐように暖かい飲み物を飲んでいただいている。		
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	個別の服薬情報をファイルしいつでも見られるようにしている。薬の処方の変更時には連絡ノートの記入と申し送りを徹底し、体調観察を行っている。		
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	一人ひとりの生活歴や趣味、特技を知り、個々にあった時間の過ごし方を提供できるよう努めている。得意とされている仕事を頼み役割を持ってもらうことで、張り合いのある生活ができ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支援している	本人の希望に合わせて、近隣への散歩や地域のカフェ、小売店に出かけている。家族の協力のもと自宅や実家訪問などの外出を支援している。	天気の良い日や近くの学童の子供の声に誘われ、日常的に外に出る機会を作っている。本人の希望を日頃の会話より聞き取り、家族の協力を得て実家訪問が実現した。毎週1回地域カフェに参加や、馴染みの理容院へ通い続ける支援も継続している。	

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
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	家族から小遣を預かり事務所で管理している。本人の希望があった時は家族の承諾のもと、少額を本人が管理している。支払い能力がある方には、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	はがきや年賀状のやりとりを行い、つながりが継続できるよう支援している。特定の入居者については家族と電話ができるよう支援している。		
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	リビングを収納棚で仕切り、入居者間の視線を遮り居心地良く過ごせるようにしている。また、収納棚を自由に使い、読書や塗り絵、歌など趣味が楽しめる工夫をしている。できる限りカーテンを開け、地域の方と話をしたり、季節感を感じられるようにしている。	カーテンを開けた窓からは、学童に行く供たちの姿が見え、地域の人が通りかかって声をかけてくれる。入居者ベースで温度や湿度を設定し、その管理も徹底している。収納棚や、ソファなどが設置され、生活感のある明るい居心地の良い空間が演出されている。	
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	リビングの奥を棚で仕切り、ソファを置き人目を気にせず過ごしたり、気の合った入居者と歌番組を見て楽しめる空間となっている。また、玄関のソファは気分転換できる場として利用している。		
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	家族と相談できる限り本人が使用していたものを持ち込んで頂いている。認知症状により混乱を招く場合は、必要な物だけ持ち込んで頂き、環境の工夫をしている	入居時に家族と相談をして、本人の落ち着いたような居室づくりを考えている。作品を飾ったり、馴染みの物を持ち込んだり、歌の好きな方にカセットを用意してかけるなどして、居心地よく過ごすことができている。	
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	場所が分かりやすいように張り紙や居室入口に表札を掲げている。トイレに体重をかけられる椅子を設置し、自分で立ちあがりや移乗ができるよう支援している。		

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	6.7 36	身体拘束や不適切ケアについて、社協全体で一年間研修を積み、事業所内での目標と職員自身の目標をたて、1か月ごとに自己評価し振り返りを行い、ぬくもりのあるケアの実践に努めてきた。全体研修は終了するが、事業所内で取り組みを継続し、職員の意識を持続していくことが必要である。	身体拘束や不適切ケアの防止に向けた取り組みを継続する。	月に一回、ミーティング時に事業所目標と個人目標について自己評価を行い、職員全員で取り組みの振り返りを行うとともに支援の状況を確認する。	12ヶ月
2	8	成年後見制度や権利擁護事業、介護保険制度などに対して職員が学ぶ機会が継続できていない。入居者が利用している制度の内容を知り、理解を深め支援することが大切である。	入居者が利用している制度について学ぶ機会を持ち、理解を深める。	1年に一回、ミーティング時に勉強会を持つ。 ①介護保険サービスにおけるグループホームの利用内容や役割を学び共有する。 ②入居者に関する制度について学ぶ機会を持ち理解を深める。	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 ※認知症状により理解ができる入居者のみ説明した。
		<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 → 評価結果の提出のみ行った
		<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 → 話し合う予定
		<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()