

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	2590100950		
法人名	医療法人弘英会		
事業所名	医療法人弘英会 グループホーム緑の癒 Aユニット		
所在地	滋賀県大津市緑町6番27号		
自己評価作成日	令和5年11月14日	評価結果市町村受理日	令和6年5月7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5年12月6日(水)

【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)】

開設3年目を迎え、今年の5月からかねて念願であった地域の皆様との交流である緑Cafeを開催できた。カフェには学区の方にご参加いただき好評である。同時に図書スペースを開放し、サ高住ご入居者に好評で地域にお住まいの方から本の寄贈などありました。10月には、緑マルシェを開催出来、学区文化祭様とのコラボレーションにより200名を超える来場者に来ていただき、今後とも地域貢献を続けて、介護技術伝授や認知症勉強家などを予定している。GHとして、人員基準ギリギリの中で日々の業務に取り組んでおり、残業や職員の疲労が目に見えて増加しており、職場環境の改善が急務である。

【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)】

1970年代に開発された大規模団地の一角に、医療法人弘英会琵琶湖大橋系列のグループホーム緑の癒がある。閑静な住宅街に、開設3年目を迎えた真新しい建物が建っている。玄関を入ると広々としたホールがあり、利用者や家族がホールでくつろぐこともできる。毎週木曜日と金曜日には、緑(グリーン)cafeを開催し、地域にも解放されている。グループホーム内は広々としたホールと食堂があり、利用者がゆったりと過ごしている。ご家族からも「新しい建物であり衛生的である」と好評である。職員研修は認知症研修、虐待防止研修、人権擁護研修等充実している。介護経験豊富な施設長は介護に熱心で熱い心を持ち、食事内容や食器にも強いこだわりを持っている。接遇研修のリーダーでもあり、その思いが職員に浸透しており、言葉遣いにも配慮している。面接をした職員2名からも、利用者への優しい心遣いの介護を提供している様子が伝わってきた。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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. 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、生き生きと働いている (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

2023

[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	前年度同様に『その人らしさ』を大事にし、したい事やりたい事を継続いただいている。ケアの質を維持しながら、人生の先輩である事と尊厳を忘れずに対応している。	法人としての理念とグループホームの理念は、玄関の下駄箱上にファイルとして置かれている。毎日の朝礼やユニット会議で、管理職・職員が読み上げている。「その人らしさ」と「普段の暮らしを幸せに」を合言葉とする。	
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	地元文化祭とコラボレーションして緑マルシェ(祭)を開催出来ました。カフェ・図書などを通じて交流も始まっており少しずつだが、地域の施設として認識いただいている。	学区自治連合会と合同で文化祭を開催している。多くの参加者が来場されている。グリーンcaféも開催して、ご家族や地域に開放している。直ぐ近くにある支所にも案内を置いている。今後は、コミュニティーセンターで行われている活動にも参加を予定している。	
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	令和6年度の目標として地域の皆様対象に在宅介護に役立てる内容を検討し、技術や認知症の話を実施致します。		
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	コロナ禍は穏やかになりつつあるも、管理者と施設長の2足のわらじに慣れず引き続き活動内容等を書面にて報告している。令和6年は通常の前定をしております。	コロナ禍に開設したこともあって運営推進会議は、2ヶ月に1回現在も書面開催が継続している。学区連合会長と地域包括支援センター長が構成員のメンバーとなっている。	コロナ禍の影響も薄れてきており、今後は、対面での運営推進会議を期待したい。また、地域の民生委員や自治会長、家族代表者にも参加依頼をして、情報の共有と活発な議論を期待したい。
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	分からない事があればすぐに介護保険課などとやり取りをさせていただいています。	介護及び運営上の問題点等が発生すれば、関係機関である大津市介護保険課、長寿政策課、地域包括支援センター等に連絡をしている。管理者は常に連絡・連携を取っている。	
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	2ヶ月に一度、リスクマネジメント委員会の会議にて身体拘束やグレーゾーンについて話し合い、ユニットに落とし込んでいる。実際に施設から出て行かれたご入居者がおられるので、メイン出入口を施錠しているが、出ようとされる方がおられたらただ止めるのではなく一緒に歩いて落ち着かしてから帰っている。	施設長の介護に対するこだわりが強く、利用者への身体拘束は、絶対にしない方針。身体拘束防止研修を年に1回実施している。利用者の安全と不審者の侵入予防の観点から、居室以外の場所に監視カメラを設置している。玄関のみリモートロックになっている。	
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	身体拘束と同様、勉強会を開き、意識を継続できるように努めており、ホーム内にカメラを24時間撮影し見過ごされない様にとこまめに確認を行っている。		

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
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ご入居者もおられるが、ご家族には近況報告等で密に連絡を取っている。		
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	言った言わないが無いように必ず書面でのやり取りを行い、重要な書面以外も複写をお渡しし、変更時は都度、文書にて案内、疑問点を受け付けるように努めている。		
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	ご面会時にお話する時間も設けていただき、コミュニケーションを図りながら、ご入居者にどのような生活をしてほしいのか意見や要望を聞き取れるよう努めている。意見ボックス設置、24時間施設長への問い合わせ番号などを用意している。	管理者は、家族がいつでも連絡が取れるように携帯電話の番号を伝えている。玄関には意見箱を設置しているが、実績は少ない。家族の面会時には、職員は必ず声掛けを行うようにしており、家族が相談しやすい体制を整えている。	
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	毎月のユニット会議や職員意見BOXに提出や日々のコミュニケーションにてモチベーション確認と向上に努めている。年2回以上個人面談において要望を聞き反映に努めている。	職員専用の意見箱を設置している。また管理者は毎月のユニット会議で職員から意見を聞くようにしている。個別面談は年に2回以上実施し、職員からの意見や相談に対しては、直ぐに対応している。	
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	最低でも年2回個人面談を実施し、個人目標の振り返り、再設定をしている。また、期待項目・改善項目を伝えつつ、職員の悩み思いを聞き取って随時解決している。		
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	外部研修に頼っている状況であり、施設だけでなく法人や他施設を巻き込んで研修を開催予定です。		
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	法人内介護事業部での交流も少しずつ増えてきている。イベントだけでなくご入居者・職員の交流も深める。今年度は、1回だけだが病院とも同時勉強会を開催できた。		

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	個別に話を聞き不安を出来る限り取り除き安心して生活を送れるように関わりの時間を多くとり、信頼関係の構築に努めている。		
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	事前の面談で情報共有を行いご本人・ご家族と職員が円滑に良好な関係を築けるように努めている。		
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	事前の面談からアセスメントを行い支援の優先順位を決めている。往診以外に専門医への受診が必要と判断された場合はご家族、医療機関に連絡対応に努めている。		
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	調理やお茶菓子をする際に、献立等、ご入居者に相談してともに考え決定している。外出先やイベントも一緒に考えて実践出来た。		
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	面会解除によってご家族は満足に会っていると実感しています。来れない方には電話でお伝えしたり、定期的訪問にて近況報告している。		
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	近所の方もおられ、ご家族だけでなくご友人も含めた面会も可能になっており、調子が良ければ外出の機会も設けていただいている。	以前は家族に限定されていたが、面会スペースを工夫したことで友人や知人等の面会が増えている。家族にハガキを出したり、電話を取り次いだりして馴染みの関係が途切れないように努めている。	
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	ご入居者の性格や相性を考慮して食席を決めている。トラブルが起きやすいご入居者については職員が間に入って支援している。また併設されている隣のユニットと交流の機会を持ち、体操や音楽などを行っている。		

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	退居され他施設などに転居された方もご家族から相談があれば対応できるようにしている。		
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	課題総括表による把握を行っている。居室担当を2人体制にし居室担当が中心となつてご本人の聞き取りを行いご入居者本位に努めている。	電子カルテの中に課題総括表(食事・移動・口腔・排泄・入浴等)のソフトが入っている。モニタリングにも利用している為、利用者の希望や思いを聞き取り、記録(入力)している。思いを伝えられない利用者に対しては、家族から聞き取って意向の把握に努めている。	
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	会話の中で昔送られていた生活やなじみの環境を聞き取れた時に、記録として残している。また、面会時にご家族からも在宅での暮らし方を伺い、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	ケース記録、申し送りにより情報収集、申し送り時の話し合いによって、現状の把握、必要なケアの把握を行っている。		
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	ご本人・ご家族に要望や、今後の意向の聞き取りを行っている。またご入居者の聞き取りノートを通して生活歴を掘り下げケアプランに活かせるように取り組んでいる。	介護計画は、職員全員の意見を聞いて作成している。職員は3か月毎にカンファレンスを行い、電子カルテの課題総括表を評価し、内容を家族にも確認してもらっている。ご家族の意見を聞き、利用者の状況に合わせた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	個人ケース記録、申し送りに詳細を記し、出勤時各自確認することによって情報共有しケアに反映させている。		
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	日帰りで自宅に戻り、ご家族と時間を過ごすことができる等、施設だけの生活に縛られない支援を行っている。		

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
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	地域の方のお米を取り寄せたり、地域の方によるカルチャースクール開催などを行っている。		
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	全てのご入居者が母体の琵琶湖大橋病院からの訪問診療がかかりつけ医となることを納得し診察を受けている。かかりつけ医の指示にしたがって健康管理を行っている。 ※令和5年11月から9名様が金谷クリニック訪問に移行	母体の琵琶湖大橋病院から月2回訪問診療、週1回訪問看護、訪問歯科の診察を受け、365日24時間の医療体制となっている。Aユニットは11月以降、金谷クリニックに変更している。家族が希望すれば従来の主治医に受診は可能である。	
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	訪問診療で新しく処方された薬や経過報告等を訪問看護師に申し送りを行い、密な連携を取りながら支援している。		
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。	ご入居者が入院された場合は病院関係者に電話で聞き取りを行い、担当医とも退院予想を確認し、カンファレンスを行うことにより治療経過・今後の見通しの情報をいただいている。 ※退院支援課ともこまめに連絡している。		
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	ご本人に元気なうちに行っておきたいところ、会いたい人はおられないか会話の中で聞き取っている。ご家族に、どこで最期を迎えられたいか、グループホームなのか、病院なのか、聞き取りを行い、医療と連携しながら、希望に沿った支援をしている。	入居時には家族・本人に対して終末期(看取り)の説明を行っている。看取りに際しては、医師・看護師・管理者と家族・本人が話し合っただり再度意向確認をしている。開設以来3名の看取りを経験しており、終末期医療の研修やグリーフケアも行っている。	
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	緊急時対応マニュアル・緊急ファイルを個人で準備し、いつ、どこに、どのようにという連絡体制をわかりやすくしている。		
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	消防訓練は計画通りに年2回実践できているが、災害についての訓練がまだ調整中であり、地元消防団様などにご協力いただき体制を整えていきたい。 ※令和6年度は開催します。	火災訓練は年2回、5月と11月に実施している。昼間に夜間を想定した訓練を実施しており、訓練には職員全員が参加している。	大規模災害がいつ発生してもおかしくない昨今である。火災訓練についても、地域住民や地域の消防団を巻き込んだ訓練を期待したい。近くに支所やFresco(スーパー)があるが、独自の備蓄をお願いしたい。

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	一人ひとりの誇り・尊厳・プライバシーを大切に職員がご入居者の不安のきっかけにならないように、接遇意識を高め声掛けを行っている。	管理者は、接遇に重きを置いており、接遇研修は毎年行っている。「利用者の尊厳を忘れないように」という合言葉で、職員は利用者寄り添っている。接遇チェックシートを作成して、3か月に1回評価している。課題総括表でも評価し、介護計画にも生かしている。	
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	毎日の服装や、水分補給時の飲み物等、日々の生活において自己選択ができる場をつくるように意識して対応している。職員がやってしまうのではなく、時間がかかっても自分で出来ることは自分で選び実践してもらう事を大切にしている。		
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	日々のクラブ活動や入浴、シーツ交換等、決められた日に声掛けは行うが、気持ちが向かない場合は無理強いせず、次の機会に延期するなど一人ひとりに合わせた対応を行っている。		
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	訪問美容が月に2回あり、希望によって毛染め、パーマなどもできる。お小遣いを預かり、希望された時に受けていただけるように全てのご家族に許可を得ている。 ※男性も入浴の度に髭剃りをしている。		
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	業者が変わって以前のようにビッフェスタイルではないが、食後に自分の物はご自分で洗い片付けていただくように声掛け・環境整備は継続している。	食事の配膳・下膳、時には準備など、利用者ができることは利用者にしてもらっている。ホットケーキ、焼きそば、チャーハン等みんなで作っている。行事毎の食事もみんな楽しんでる。アンケート調査も行っている。	
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・水分摂取量のチェックを行い、記録に残している。摂取量が少ない方には随時声掛けを行ったり、訪問診療時に食事摂取一覧を医師に提示し栄養補助飲料の処方等をもらい栄養の確保に努めている。		
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	訪問歯科と連携し、歯科医師、歯科衛生士の指示に従って毎食後口腔ケアを行っている。 ※起床時、毎食後、入床前の5回は必ず実践		

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	尿・便意があっても遠慮から声を出されない方もおられる為、排泄パターンの把握や、行きたいとおられる様子を見逃さないようにしている。適切なタイミングでの声掛けに努め、曖昧に繋がらないように予防している。	排泄に関しては、できる限り利用者にオムツを使用しない介護を行っている。排泄誘導をしっかりと行い、「あたりまえの行為をしてもらう」という前提で、日々の介護を実践している。毎月1回ユニット会議を行い、排泄に関しての意見交換を行っている。	
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	体操や散歩に行くなど体を動かす機会を設けており、ご家族に昔からの習慣であったヨーグルトなどあれば持参いただいている。		
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	入浴日を決めているが、気持ちの浮き沈みによって断られる事がある。ご本人の気持ちを尊重して、無理強いせず、ご本人の気持ちが落ち着いている時に案内するなど、一人ひとりのペースを大切にしている。	入浴は週2回であり、湯船にゆったりと浸かってもらうことを基本にしている。嫌がる利用者に対しては、無理強いせず、適宜声掛けをして入浴してもらっている。入浴が困難な場合は、併設事業所のリフト浴設備を使っている。	
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	基本的には個人の睡眠サイクルを尊重している。ただし昼夜逆転傾向にある方については、昼寝の時間を短時間にしていただきメリハリのある生活を送っていただけるよう対応している。		
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	担当者が薬の分包、夜勤者が翌日の薬準備、当日出勤者が服薬確認を行っている。ご入居者がいつ・どんな薬を服用されているのか？いつでも答えられるように学んでいる。 ※医師の対応も全員可能が6年度目標である。		
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	施設に入って出来なくなった。とならないように、グループホームの特性を活かしながら、出来る事を積極的に活動いただいている。 ※施設カルチャースクールに継続的にご参加いただいている。		
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	日課のごみ捨て・散歩はもちろん、ご家族の支援で外出も行っている。文化祭出店を見に行ったり今年は良好な関係性を築けた。	グループホームの直ぐ近くに公園が2か所あり、利用者は散歩に出かけたりしている。紅葉を見に出かけたりもしている。学区自治連合会と合同で文化祭を行い、見学に出かけたりもしている。	職員と利用者が散歩などに出かけたりしているが、家族にその様子が伝わっていないことが多い。今後は、緑の癒通信などを新たに計画して、写真を掲載しての報告を期待したい。

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	お小遣いは施設管理を行っているが、出来る方は財布を手渡し、見守りの中、自動販売機でジュースを買うなどしてもらっている。 ※スーパーに買い物も一緒に行っている。		
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	携帯電話を自己管理され居室でお話される方、職員管理させていただいて携帯電話着信時に手渡しお話される方がいる。ご家族からの着信に気を付けている。		
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	家具の色に合わせ環境を整え、『施設感』が出ないようにしている。 北側の大きな窓からは光あふれ明るい雰囲気のまま今後も継続して居心地の良い空間・穏やかな暮らしが営める空間を提供していきたい。	開設3年目であり、建物・設備全てが新しい。床は木材を使用して、壁紙は落ち着いた色調にしている。利用者は満足されていると思われる。ホール兼食堂は広々として、観葉植物や花が置かれている。すごく良い香りもしている。利用者の各部屋も床板張り、ベット・エアコン以外は持ち込みが自由である。広くて明るくて衛生的であり。手作りのクリスマスツリーが飾られていた。	
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	共用空間で職員見守りのもと、施設玄関の掲示板の作品作りを行ったり、施設周辺を散歩するなど、それぞれが思い思いに過ごせるよう努めている。		
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	ご入居時になじみの家具を持参していただいている。 ダンスに何が入っているか表示したり、安全に移動していただけるように動線の確保に努めている。	利用者の居室は窓からの採光もあり、すごく明るく感じた。板張りの床は利用者の心を馴染ませるように思われる。整理ダンスを持ち込んでいる方が多く、カーテンも自分の好みで色合いにしている。壁紙の色も落ち着いた色合いにしている。利用者が落ち着いて暮らせる居室づくりができている。	
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を送れるように工夫している	手すりを設置することで、一人でも動作しやすい環境を作っている。 また夜間はトイレの場所がわかりやすいよう表示している。		

2 目標達成計画

作成日： 令和 6年 2月 12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	35	災害計画作成に向けて備蓄物品を確保する場所や物が不足している状況である。	BCPを作成し、収納倉庫を購入し、備蓄する。	3月中にBCP完成と倉庫完成させる。	3ヶ月
2	49	せっかく取り組んでいる内容も面会時などに話はしているが、紙面での報告が抜けている。	人員が厳しい中でもご家族とのかかわりと情報共有を強化し良い関係性を築く。	3月末までに担当を決めて作成に取り掛かり本年度は季節毎に後方をご家族にお送りする。そして、4月中に完成させ5月請求書などと一緒に送りする。	4ヶ月
3	4	紙面での会議になってしまっている。	地域の皆様と調整し対面での会議を開催する。	管理者兼施設長で多忙であり、4月人事でグループホーム主任を任命し、役割を分けて開催する。	4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	<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()