

### 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	3373200157		
法人名	社会福祉法人 高梁市社会福祉協議会		
事業所名	グループホームささゆり苑		
所在地	岡山県高梁市成羽町長地453-5		
自己評価作成日	令和4年 2月 1日	評価結果市町村受理日	令和4年 4月 12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)】

高梁市に合併する前、平成12年、介護保険制度施行と同時に開設されたグループホームです。小規模で個々に対応するような支援方法が少なかった中で、地元の中学校跡地に建てられたため、地域住民のご協力、ご支援を頂きながら運営を行ってきました。毎月1日は農産物の差し入れ、また町内会から施設周辺の草刈り、地域行事への参加、他に団体から慰問などご協力を頂いています。「ゆったりとした空間で穏やかに暮らす～」という理念を掲げ、豊かな自然環境のなか、中庭に落花生や大豆などを植えて収穫したり、各利用者様それぞれの意思を尊重しながら支援することに努めています。

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あしすと
所在地	広島県福山市平成台31-34
訪問調査日	令和4年 2月 28日(書面)

#### 【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)】

事業所は旧中学校跡地に建ち、レクリエーションルームやトイレ付きの居室があり、設置面積が広い。周囲に自然が多く、季節の移ろいが感じられる環境で利用者はゆったりと生活している。設置主体が「社会福祉協議会」であり、包括や市町村など行政との連携が強く、地区の協力が得やすい。近隣住民によるボランティアを受け入れ、庭に野菜の苗を植えたり、老人クラブから毎月農産物の差し入れがある等日常的に交流している。食事には力を入れており、女性職員で季節の食材を取り入れた献立を考え、嚥下障害や苦手な食材のある利用者に合わせて調理をしている。利用者の状況やケアの問題点などあれば、重度認知症ケアの医師や作業療法士にも相談して、違う視点から助言を得るなど、利用者の穏やかな暮らしの継続が出来るよう細やかな支援に努めている。(電話にて聞き取り・書面調査)

### 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	特定非営利活動法人 あしすと			

# 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	母体が社会福祉協議会であり、地域の方が安心して暮らせる街づくりのため努力している。「ゆったりとした空間で穏やかに暮らす」理念の下、入居者の支援を行っている。	「ゆったりとした空間で穏やかに暮らす」を理念に掲げ、利用者の持っている能力を把握し、役割を持って日常生活を送ることができるよう支援に努めている。毎朝のケアカンファレンスや毎月1回の職員ミーティング内で話し合い、振り返りを行っている。	
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人として日常的に交流している	開設当初より地域の方々と四季を通じて交流をしている。秋祭り慰問、地区住民の草刈り、餅つき慰問、野菜の差し入れ、地元の神社へ初詣や新年会、運動会、物産展、秋祭りなどに参加している。今年度はコロナ感染症防止のため中止となっている。	町内会に入っており、年に一度の施設周辺の草刈りを共同で行うなど、繋がりを大事にしている。近隣住民によるボランティアを受け入れ、庭に野菜の苗を植えたり、老人クラブから毎月農産物の差し入れがあり、日常的に交流している。介護福祉学科の実習生の受け入れも行っている。	
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	近隣の方や職員の親御さんの介護の相談を受け、各種専門職、担当機関への連絡調整をしている。		
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	2ヶ月に1回運営推進会議を実施。家族や利用者も参加し、現況報告を行い、要望を聞いている。その都度議事録を送付。また苑の玄関に閲覧ファイルを置いている。運営やサービス提供の詳細等、意見を伺っている。	コロナ禍のため、2か月に一度、地域のコミュニティセンターで開催している。利用者・家族会会長・行政・民生委員・地域の有識者などの参加を得ている。利用状況や行事・ヒヤリハットなどの報告や、参加者の意見や助言など聞き、会議で話し合いサービス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に取り組んでいる	運営推進会議には必ず市職員の出席があり、普段でも電話等で相談に乗ってもらっている。職員が、毎月1回包括支援センター、病院関係者、ケアマネなどが集まる成羽シルバーネットワーク会議に参加し、地区の現状把握、情報収集と提供を行っている。	利用者の状況から、必要に応じて関係機関と連絡を取り合い、請求手続きなど円滑に行えるよう対応している。市の開催する研修などは、ウェブを利用して受講し、事業所を空けることなく参加が出来る。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	転倒の恐れが高い利用者1名に車イスのベルトを使用している。ご家族に説明し同意書もらっている。また、ミーティングで定期的に研修を行い、職員間で何が拘束に当たるか、虐待に当たらないか、話し合っている。実地指導でも報告している。	1~2か月毎にミーティングを兼ねて「高齢者虐待と身体拘束防止委員会」を開催し、内部研修により職員の意識を高めている。帰宅願望のある人には、気分転換を図るため、職員と一緒に氏神さまのお参りするなど対応したり、家族や精神科とも連携を取り、利用者の安定・安全な生活ができるよう努めている。	
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	定期的に身体拘束委員会を開催し記録している。また毎月行っているミーティングで、研修、議論している。行政が開催する研修には代表が参加して持ち帰り、議論している。		

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	母体の社協より権利擁護に関しての情報を得ている。現在、生活支援員の訪問を受けている利用者があり、職員も理解している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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	契約時に契約書、重要事項説明書の内容を説明、理解と承諾を得ている。 改定の際は、書面や家族の面会時に直接説明。電話やメールなどでも連絡徹底を行っている。		
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	コロナ禍で面会の制約がある。電話やメール、ラインで利用者の日常を報告している。また意見が出やすいよう玄関に苦情箱を設置している。本人の意向を確認し、外出や献立の希望などニーズの把握ができるよう努めている。	利用者からは何気ない会話から、家族は面会時や電話・メール・ラインで意見を聞いている。内容は、事業日誌や個別支援経過記録に残し職員で共有している。修正や変更など職員間で話し合い、モニタリング、ケアプランに追記し、反映出来るよう努めている。	
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	毎朝、夜間帯の様子や医療情報、行事などのケアカンファレンスを行い、また月1回の職員ミーティングで意見を出し合っている。日常で不便に思ったり疑問に思うことは、その都度職員から管理者への提言があり、情報の共有が出来ている。	職員ミーティングなどで、利用者のケアや対応について話し合い、意見を反映させている。季節行事の開催では、担当職員が利用者の希望を聞き、手の込んだ料理を提供している。クリスマスには、手書きのメッセージとプレゼントが用意され利用者に喜ばれている。	
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	管理者が個々の事情や状況を把握するように努めている。総務課、介護保険課長、成羽支所長に報告・相談している		
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	資格のない職員や介護経験の少ない職員にはミーティング時の研修で疑問や不安を解消できるよう、実践や相談の場を設けている。必要に応じて外部の研修を受けることができるように努めている		
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	管理者はケアマネ協会の部会に参加するなど、他の施設との情報交換に努め振り返りを行い、サービスの見直しや質の向上に努めている。		

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
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前、ご本人や家族に施設を見学して頂き安心して入居できるよう配慮している。アセスメントは、本人の現状・生活歴を考慮し、十分な情報収集に努め信頼関係を築けるようなプランの導入を心がけている。		
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	家族とご本人との関係、どのような思いを抱いているのか、施設入居にあたっての要望などを聞いている。 前担当ケアマネから情報収集をし客観的な判断を下すこともある。		
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	アセスメントの情報を元に初回プランをたて、ご本人、家族の納得を頂く。全職員は、入居前から情報を十分に読み取り理解を深め統一した支援が出来るようにしている。また福祉用具担当者に相談に乗ってもらっている。		
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	若い職員も中年の職員も、日常生活でわからないことを入居者に尋ねたり、教えてもらっている。洗濯たたみ、野菜の皮むき、繕い物など、役割分担のある入居者も居られる。		
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	外出、受診援助など家族と本人が顔を合わせる機会を設け、家族との繋がりを密にしている。日頃の様子も家族に伝え、生活状況を把握してもらうようにしている。家族会行事や、運営推進会議参加などへ参加頂いている。		
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、親戚、友人、知人等の訪問時は歓迎してきたが、現在はコロナ禍のため自粛している。普段はお墓参りや家族との外出を推奨している。地域の団体からの農産物提供など、交流を続けている。	コロナ禍にあるため、感染状況をみて玄関内外で仕切り越しで面会を行った時期もあった。家族からの定期的な電話の取次ぎや、希望により電話をかける支援をしている。知人や職員、家族に手紙を書く利用者もあり、関係継続の支援をしている。	
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	利用者同士の関係に気を配り、把握するよう努め、気の合わない方の座席を工夫したり、トラブル時は直ぐに間に入り解決できるよう対応している。難聴、弱視の方やコミュニケーションをとるのが難しい方には職員が間に入り、潤滑油になるよう努力している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	退居の際には写真や色紙・本人の作品等をお渡ししている。 必要に応じて、可能な限り支援している。退居後も家族と連絡を取り、機会があれば、ご本人に会いに行き状況把握している。	
<b>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</b>				
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	一緒に生活しながら、ご本人の希望や意向の把握に努めている。ご本人から直接言葉での意思表示が難しい場合は、ご家族や在宅で関係のあった保健師さんやケアマネに相談し、可能な限りご本人本位の生活となるよう支援している。	日常の何気ない会話の中から、利用者の思いや意向を把握し、ケアカンファレンスや職員ミーティング時に職員間で共有している。困難な場合は、家族や関係者から知り得た情報から、本人本位に検討し対応している。
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	ご本人やご家族、関係機関等からの話を聞いたりして、これまでの生活の把握が出来るよう努めている。昔話からも生活暦の見えることが多いので、普段の会話を大事にしている。	
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	健康記録に一日の過ごし方、心身状態、有する能力等の記録を行っている。日常生活の様子を観察しいつもと違う事があれば迅速に管理者に報告、職員間で相談するようにしている。大至急回覧や朝の申し送り、事業日誌、支援経過で情報共有するよう努めている。	
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	ほぼ毎月1回、出勤職員全員参加のミーティングを開催し、入居者の生活状況・身体状況における個別の課題を話し合い、本人・家族・医療機関と相談の上、介護計画を作成している。更新時や変化があったとき、なくても6ヶ月に1回モニタリングを行っている。	入居前に利用者の住環境や生活状況、家族関係を確認し、アセスメント後、介護計画を作成している。6ヶ月毎にモニタリングを行い、見直しは状態変化時や支援の方向が変更になった時に行い、必要な関係者と話し合い計画を作成している。 利用者の必要な支援を把握し、職員全体での共有と実践しやすい具体的な取り組み等、さらなる工夫や策定に期待します。
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	健康記録とは別に個別支援経過記録帳がある。確実に情報を共有しながら実践や介護計画の見直しができるよう取り組んでいる。支援経過への記入の仕方、着眼点を職員で統一できるように話し合っている。	
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	利用者8名が協力医契約を結んでいる診療所から月に二度の定期往診を受けている。病状により家族対応の受診もある。緊急や都合が付かない時の受診や買い物は、代行することもある。ニーズに柔軟に応えられるよう便宜を図っている。	

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
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	地域との交流は活発に行っている。しかし個人の従来持っていた社会資源の把握は出来ていない部分が多い。またそれを楽しむように支援出来ているか不明		
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	緊急のときは協力病院である市立病院を受診。また受診が困難な利用者は定期往診をお願いしている。また緊急の場合もその医院へ相談し、指示を受けたり紹介状をお願いしたり、往診してもらうなどの対応をしている。	入居後慣れるまでは、以前のかかりつけ医を受診するなど、本人・家族の納得が得られた受診支援をしている。緊急時は、可能であれば協力医に相談し対応している。歯科は検診を依頼している。歯科の通院・他科受診は、原則家族での対応だが、困難時は事業所に対応している。	
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1回、正看護師の訪問日を設けている。1週間の記録から体調変化や受診状況を確認し、ご本人からも聞き取りを行い、入浴や爪切り、耳掃除など含めて健康管理を行っている。		
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。	利用者が入院した場合は付き添って行き情報提供をしている。また、各種保険証などの個人情報と服薬ファイルを持参し、スムーズに情報提供が出来るようにしている。入退院時に医療連携シート(高梁版)を提出し、入院中は状況把握に努めている。		
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、事業所の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	看護師の勤務の開始と共に看取りの指針を提示。終末期にも主治医への相談や、ご家族の協力を得て対応できるよう取り組んでいる。	重度化した場合や終末期について、できること・できない事を説明している。家族一人をキーパーソンとし、医師・看護師・事業所職員など情報を共有している。また、市内病院の地域医療連携室の看護師、社会福祉士と顔の見える関係を築き、入退院など相談し支援している。	
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	ご利用者の急変や事故時に適切に対応できるよう毎月のミーティングで話し合い確認している。また夜勤者一人でも対応できるようシミュレーションしている。		
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	入居者を含めての消火避難訓練を年2回実施。消防計画を苑内に提示し対応できるように勤めている。緊急時自動通報装置の設置で、地域の協力体制が出来ている。また、地元消防団の参加もあり、定期的に作動訓練をしている。スプリンクラーと火災通報装置を設置済み。	年2回、消防総合訓練(昼・夜間想定)を利用者と共に、地元の消防団・商店・民生委員など地域住民の協力を得て開催している。水害や地震時の複数の避難ルートを確保している。停電時の対応方法や水・食料品・日用品など1～2週間分備蓄している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	若い職員は祖父、祖母と孫のような会話になっていることもあるが、全職員、利用者の尊厳には気をつけている。“適切でタイムリーな言葉掛け”について臨機応変に対応出来るよう気を配っている。	利用者の個人的情報は赤ペンで◎と記入して、鍵のついている書棚に収納している。ケアカンファレンスや申し送り時には他の利用者さんにわからないよう、イニシャルを使用している。ケア時には、利用者に思いを聞きながら、プライバシーや羞恥心に配慮した対応をしている。	
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	ご本人のペースに合わせた支援に努めている。希望を伺って、今どうしたいか？何を食べたいか？など、外出先や献立を決める等自己決定の尊重に努めている。		
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、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	食事や水分補給等体調管理に不可欠なこと以外の過ごし方は、ご利用者の希望に沿って支援している。例えば個人用のお菓子などの差入れがあった場合は、居室で適量を出し、ゆっくり食べて頂いている。		
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	季節の衣服をご家族や職員で準備し、選択はご本人にしている。自分で選択出来ない方は、職員が気をつけている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日にはご本人の好きなものを献立に取り入れ、食事を楽しんでいただけるよう職員間で相談して決めている。食べたい物の希望を聞き季節のメニューに取り入れている。	女性職員全員で季節の食材を取り入れた献立を考え、嚥下障害や苦手な食材のある利用者に合わせて調理している。庭で植えたピーナツを収穫したり、焼き芋やお汁粉など手作りおやつを提供し楽しみの支援をしている。野菜の下ごしらえなど何か役に立ちたいと食事の準備など手伝う人もいる。	
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	食事量、水分摂取量の記録を行い、適切な栄養摂取や水分確保が出来るよう努めている。厳密なカロリー計算をしているわけではないが、職員の中に栄養士が居り、助言がある。量の調節、嗜好食品の選択で糖尿病や塩分取りすぎの予防に努めている。		
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	毎食後のうがいや歯磨き、夜間は週3回、入れ歯洗浄剤を使用し、口腔内の清潔保持に努めている。又、協力歯科医院への受診介助や必要に応じて、往診をお願いし、助言、治療等の支援を行っている。		

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
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	9名中7名が紙パンツやパッドを利用されているが、日中は全員がトイレで排泄している。申し送りや記録の振り返りで、排泄パターンを把握、パターンにあった声掛け、誘導を行い、失敗が少ないよう努めている。	個別の健康記録表(食事・水分摂取・排泄・レク活動等)を記録し、排泄状態を把握している。身体の特徴や機能、歩行状態を見極めて、着脱しやすい下着や洋服など、皮膚の状態や機能面にも配慮して排泄の自立支援をしている。	
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	全員が、緩下剤、下剤を服用している。健康記録表で排便状況を把握し、朝の申し送りで必ず情報共有している。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人の希望に沿う入浴が100%はできていないかも知れないが、週に3回、入浴の順番やお湯の温度にはご本人の意向に沿えるよう努めている。体調により、清拭や足浴を行うこともある。	週間3回、受診や面会時間などに配慮して入浴支援をしている。入浴拒否があれば、職員を交代したり、時間を変えて声掛けを行ったり、家族と電話で話し落ち着いてもらうなど対応を工夫している。湯船にゆっくりと浸かってもらい、リフレッシュできるよう支援している。	
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	日中はレクや体操にお誘いするが、原則、無理に誘わず、希望を伺い、休息したい時は休んで頂いている。夜間も就寝時間(8時)はあるが、その日の気分によりテレビ鑑賞されることもある。		
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	個別に薬ファイルを作り、目的や副作用、用法、用量の把握を行っている。受診や往診後の情報は至急回覧で迅速に情報共有している。ご本人に変化があった場合は服薬の確認を行い、医師やかかりつけ薬剤師に相談をしたりと連携するようにしている。		
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	個々の能力に合った役割分担を行い、張り合いのある生活となるよう支援している。好みのお菓子の購入、外出支援、読書、コーヒータイム、塗り絵やちぎり絵、工作等の気分転換ができるよう努めている。		
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	時候のよいときには戸外の散歩、おやつ、ドライブなどを実施している。個別には、買い物支援や自宅への帰宅などにも対応している。また利用者と一緒、苑の畑に季節の野菜を植えて見守り、収穫を行っている。	天気の良い日は出来るだけ戸外でレクリエーションを実施し、気分転換に努めている。歩行困難な利用者も日光浴や受診時の外出は車イスで行っている。	



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
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	金銭管理が困難な利用者も居られるが、ご本人の希望で家族と相談の上、小銭程度のお金を待ってられる方もある。		
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	定期的に電話をかけてくださる家族、此方からライン電話する家族などある。かけて欲しい希望がある時は、職員が取次して居室でお話しいただいている。毎日のようにハガキが届く利用者さんも居られ、また手紙も出される。		
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	天候や季節・時間に応じて、日差しや照明・温度の調節をしている。又、共有空間には季節の花やその月の塗り絵や皆さんで制作した手芸品などを飾ったりしながら、居心地の良い空間となるよう努めている。	日当たりの良いレクリエーションホールには備え付けのベンチがあり、また、ソファを3台設置しており、利用者それぞれが思い思いに過ごせるよう工夫している。温度計・湿度計・加湿器を設置し、冬季には感染症が蔓延しないよう換気も含め注意している。	
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	食堂の座席は、入居者の状態に応じて席替えを行い居心地よく過ごせるように配慮している。洗濯物を畳んでもらったり、ホールのスペースも活用しご本人が好きな場所で過ごせるように環境を整えている。		
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	馴染みの品々や家具、寝具、写真等を持ち込んで頂くようお願いしている。本人と相談しながら居心地のよい部屋となるよう努めている。また、苑所有のソファなどを置き、面会時などに使って頂いている。また行事の写真なども積極的に貼っている。	各居室はトイレ付で広く、備え付けのクローゼットと収納棚も設置している。馴染みの使い慣れた家具や寝具、母親や配偶者の遺影を持ち込むなど、利用者が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	自室やトイレが分かるよう、名前や造花で目印を掲示したり、通路や居間等ご利用者の移動スペースには障害物を置かないよう配慮している。下肢筋力低下の利用者さんの居室には動線上に更に手すりを取り付けるなどし、能力に応じて可能な限り安全で自立した生活が出来るよう取り組んでいる。		

(別紙4(3))

## サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

特定非営利活動法人 あしすと

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( )

(別紙4(2))

事業所名 グループホームささゆり苑

作成日: 令和 4年 4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	12 13	コロナ禍で講演、研修など、会場に参加する受講は減っているが、オンライン研修に変更され可能な限り参加している。毎月一回のミーティングに於いて、各種研修などから、情報提供、問題提起をしている。職員全員に周知して、共有、実践することが課題。	研修や講演など、積極的に受講できるよう、職員同士が協力し合い自己研さんに励む環境を作る。全体目標だけでなく各職員の自己目標も設定し、達成できるように支援する。受講職員は真剣に取り組み、報告できるようにまとめ、全員で話し合う。夜間想定、総合避難訓練の実施。	毎朝の申し送りや毎月のミーティング、普段の会話から、職員の心身の健康状態など確認する。利用者さんの支援について誠実に考え、より良い環境作りに努める。また上司に相談や報告、情報を提供し助言をもらう。 年に1回は地域連携を兼ね、夜間想定消防総合避難訓練を行っている。	1年
2	15 ~ 22	ご利用者様一人一人のアセスメントの把握や、そのための時間を確保する。至急に伝えたい医療情報や「ひやりはっと」の迅速な伝達と職員全員へ周知すること。	業務整理し計画作成に費やす時間を工夫をする。介護職員にもアセスメント→プラン作成→モニタリングの経緯を把握してもらいプランニングの視点を持って情報提供ができるよう、業務分担などを図り協力体制を作る。	業務の分担を全職員全員が把握し、協力し合う。プランに基づき、自立支援に向けたサービス提供ができるよう、情報の共有徹底と、利用者本位の支援を提供する。毎朝の申し送りで、ヒヤリハットの検証と改善策、ラインによる情報共有と全職員へ確実な伝達	6ヶ月
3	23 ~ 27	アセスメント、ケアプランに基づき、一人一人の自立支援に向けた役割分担を明確にする。	各ご利用者様のできること、支援が必要な事・内容を把握し、職員全員が担当を決め、定期的に変替しながら、できることを模索し、潜在能力も含め、伸ばしていける支援を目指す。	職員間で情報を共有し、ご利用者様ごとに達成感を味わえるような、またできることの幅を広げていく。毎朝ご利用者、職員全員でテレビ体操を続け、コロナワクチン接種を無事に受けられるよう健康を維持する。	6ヶ月
4	11	コロナ禍で日用品の値上げなど出費が多くなっており、経営努力が求められる。助成金の活用。 空床期間短縮のため、入居に向けて迅速に行動する	経費の見直し、職員の協力と意識改革 地域の連絡会議に於いて、空床情報の伝達	施設利用料の維持管理費を値上げした。上司と市内他施設の利用料を比較検討した。経営見直しと優先予算の配分、より良い支援の方向性を決定する。地域連携と人材ネットワークの構築	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。