

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	2591400029		
法人名	社会福祉法人甲南会		
事業所名	グループホームせせらぎ		
所在地	滋賀県甲賀市甲南町葛木869番地2		
自己評価作成日	平成29年12月20日	評価結果市町村受理日	2018年4月12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 <http://kohnankai.jp/publics/index/40/0/>

【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	平成30年2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)】

今年度グループホームが開所して10年となり、グループホームとしてどのように地域貢献が出来るかをスタッフ全員で考えた。スタッフの離職率も少なくスタッフ一人一人の認知症ケアの実践に関して自信をつけてきた。その中で 供用型デイを今年度7月から新しく事業を開始し、平成29年12月現在2名の利用者が利用している。 また長期入所の利用者が入院した場合は、その空床した居室を利用しショートステイの受け入れを行い地域で開かれたサービスの提供を行っている。また、地域への認知症研修や、認知症相談にも積極的に行ってきた。 ケアの現場では実践をまとめ 今年度全国認知症グループホーム大会に2事例の実践を発表を行った。現場では利用者一人一人に合った活動を提供している。

【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)】

グループホームせせらぎは、住民が利用するトレーニングハウスや散歩コースがある甲南中央運動公園に隣接した場所にあり、付近にはいろいろな福祉施設が複合的にある閑静な地に建っている。開設10年目を迎え、10名の方のグループホームでの看取りを経験した。職員は利用者の”おもい”を受け止め、一人ひとりが望む生活を職員間で話し合いを繰り返し、工夫しながら日々の中で利用者と共に創りあげている。「一泊旅行」や「夢実現ツアー」「ドライブツアー」等家族を巻き込んで利用者の望みを実現させている。また、地域との関わりを大切にしており、認知症相談を受けた個々の問題解決に関係者と一緒に動いたり、認知症ケアで悩んでいる他職種への研修会に参加している。職員は、国や県の学会で看取り経験を含めた認知症ケア実践の発表をしている。

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	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)
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)
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)
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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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	GH会議で理念に関して振り返りスタッフと共有を行った。今回は地域貢献でのグループホームの役割についてスタッフ同士で話合った。	理念として利用者の思いに寄り添ったケアや地域貢献を大切にすることが、会議で職員が理解するようにかみ砕いて伝え、現場のケアの中で実践を図っている。	
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	地域の祭りに参加し、地域住民と交流する事が出来た。避難訓練では区長さんに電話連絡での参加をして下さった。	ボランティアがお茶会や傾聴、衣服の修繕、夕涼み会で歌や演奏等家族と一緒に参加している。毎月の認知症相談で民生委員や地域包括支援センター職員と連携している。地域でキャラバンメイト活動に参加し、認知症啓発に協力している。	
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	キャラバンメイトの参加で地域住民に対して認知症の理解に関して活動を行った。また管理者が地域に向けて認知症の研修を行った。		
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践、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か月に1回、市の職員が必ず参加し運営推進会議を行っている。その際サービスの内容を説明している。	区長や家族、地域包括支援センター職員等をメンバーに2か月に一度開催している。状況報告説明を行い、委員から出た意見や提案は職員間で検討し、前向きに工夫しながら行事内容やケアの場に取り入れている。	
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	運営推進会議やキャラバンメイトでの参加により市の職員と密に協力関係を築いている。また認知症相談で地域包括と連携を取り、地域での認知症の方のサポートを行った。	認知症相談やキャラバンメイト活動、運営推進会議で地域包括支援センター職員や市担当職員と連携している。地域のニーズに応えられるよう、認知症の緊急シェルターの必要性を市担当職員と話している。	介護者の急な入院などによる、要介護者の緊急時のショートステイ利用を受け入れる体制の整備を市と連携しながら実現してほしい。
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	全職員対象に身体拘束の研修会を実施している開所以来グループホームでは身体拘束をしていない	身体拘束についての研修会は毎年全職員が受けている。家族からの安全確保の要望にも納得理解されるよう丁寧に説明している。	
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	職員研修で高齢者虐待の研修を全員を対象に行っている。		

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	グループホーム利用者のお一人が後見人の方がおられその方と1か月に一回話をし成年後見制度について教えて頂いている。		
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	入居決定した際は、入居日までになんども家族や本人と面会をし契約に関して詳しく説明し、家族が疑問や不安を感じている時は相談に乗っている		
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	苦情相談窓口を設置する。面会に来られた時やケアプランの説明の際家族の意見を反映している。またグループホームの会議を定期的に行いスタッフから意見を聞いている。	家族の面会時や家族会などの機会に、何気ない会話からの声を大事にしている。その声を職員間で話し合いよりよいケア運営に反映している。苦情相談は誠意を持って対応し、職員間で共有している。	
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	朝の申し送りの時や普段のケアの現場の中でスタッフの意見を聞き必要であればカンファレンスを行って対応している。	日頃から職員間での声かけを大切にしている。会議中も意見が言いやすいように心がけ、意見を聞いてくれるという場をつくっている。悩んだ時やわからないことが気軽に相談できる職員同士の雰囲気がある。	
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	各スタッフにヒヤリングを実施し管理者や職員個々の得意な所や課題を明確に把握している。又介護福祉士等の資格取得の支援を行っている。		
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	認知症の理解 リスクマネージメント 身体拘束 感染症 救急対応の研修を行った。今年度は新人のスタッフが増え新人に対して介護技術、認知症研修、身体拘束に対して研修を行った。		
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	連携病院や、甲賀市のグループホームとの交流を管理者が行っている。		

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	入居申し込み時から相談に乗り、実態調査においては本人の思いを受け止め必要によっては本人と何回も話し合いをしている。入居前に3～5回ほど入居者本人と面会に行きGHの説明や本人との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	また面会時には必ず家族と話しをし、ゆっくりと悩みを聞いている。入居前には何度も電話などで家族の不安を聞き入居に向けての不安を取り除いている		
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	家族が入居申し込みに来た時、本人の状況、介護者の状況を聞き必要によっては担当ケアマネージャーと相談をしながら支援をしている。		
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	基本理念に有るように利用者と共に料理のメニューや日中の活動に関して選択肢を多くし一緒に選んでいる。活動内容や行事に関しても利用者と一緒に決めている。		
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	家族に毎月の郵便にて必ずグループホームでの様子を手紙と写真を添えて伝えている。また遠方から来られた家族には写真を撮り面会時に写真を渡している。利用者の居室に家族の写真を飾っている		
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	地域から利用者の知り合いが面会に来られる。また利用者の希望を聞き、本人が住んでいた所にドライブに出かけている。	実家を見に行き近所の人と話をしたり、ドライブで昔住んでいた地域に行くことで、会話につなげている。知人と電話での会話支援を行っている。	近所の喫茶店やファミリーレストランなど新しくなじみの関係をつくることも考えてほしい。
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	食事作りや行事(外食ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで利用者同士の関係性を創っている。また利用者の誕生日では誕生日会を行いユニットの利用者全員でお祝いをしている。		

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
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	退居時にいつでも相談に乗る事を伝え、実際、退去者家族から相談の電話があり、対応している。又退去後のサービス担当者からの相談にも応じている。		
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	日々の生活の中に選択肢を多くしている。話す事が困難な場合は生活歴等から本人のニーズに答え表情や視線などから本人に選んでもらうように努めている。	話せない人でも今の価値観の確認は必要と考え、写真と言葉をつなげて選ぶ等の工夫をして聞いている。個人記録票に職員の声かけと本人の表情、反応、返答をそのままの言葉で記録している。	
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	入居時にアセスメントシートを活用し本人の日々のニーズの把握に努めている。又面会時に家族から情報を聞き経過を把握している。		
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	利用者一人一人の一日の様子の変化や心身状態の様子等スタッフと申し送りや普段の会話の中で共有し対応の変更が必要なときはその都度ケアプラン補強シートに記入し共有できるようにしている。		
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	管理者 計画作成担当者が利用者の状況をアセスメントし 病院や各必要機関 業者などにつなげて意見を頂きケアを行っている。	利用者ひとりずつに担当を決め、管理者、計画作成担当とともに半年ごとの定期と状態変化に伴うケア内容の変更時にモニタリングとアセスメントを行い、家族と面談の上要望を入れた計画を作成し、同意をもらっている。	
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	利用者のケース記録に毎日のその日の状況を記録している。食事量が減ったりしている利用者や血圧の変動が激しい方に関しては独自に記録表を作成し主治医に報告している		
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	利用者の一人一人の変化についてスタッフ同士話せる機会を作りその時々ニーズに対応できるようにしている家族の状況についても面会時に話を聞き要望についてはすぐに対応できるようにしている。		

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	お茶会のボランティアなど協力して利用者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長さんと協力できる対応が来ている。		
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	かかりつけ医との関係を密に行っている。特に協力病院とは連携をとり利用者の状況に対応して電話連絡をし、急ぎよ訪問診療に来て頂いている。月一回訪問診療に主治医に来ていただいている。	入所前の主治医を継続している人もいる。契約している歯科には職員が受診の付き添いを行っている。月1回の訪問診療があり、週1回の訪問看護は事業所で契約し、必要な医療が受けられている。	通院が困難な人でも必要な歯科受診ができる訪問歯科が利用できることを期待する。
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問し健康管理をしている。また24時間電話相談ができる体制を確立している。		
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。	利用者の入院時、主治医、家族と相談し病気の状況を把握しながら話し合いが来ている。また入院時利用者の混乱が少しでも減る様に看護師の協力を得ながら入院時の環境作りを行っている。		
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	家族会でターミナルについて話し合い、また、GHで出来るターミナルについて契約書を作成し、家族によっては、同意を頂いている。またスタッフともターミナルについて研修を行っている。	家族会でターミナル研修を行い契約している人もいる。重度になっても生活が継続でき、終末期家族が泊まりで付き添いができる支援を行っている。家族の揺れに寄り添いながら、主治医や訪問看護師と連携して看取りの経験を積んできている。	
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	急変時の対応については研修会を行っている。消防署と区長との消防訓練を年に2回行っている。AEDも設置している。夜間帯の利用者の緊急が要する場合に対応が出来るように管理者 副室長が緊急連絡対応している。消防機関へ通報する火災報知設備を行った。		
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	緊急時の電話連絡の訓練、年2回の消防署、区長との合同訓練を行っている。赤い羽根共同募金より防災活動の為に助成事業で防災倉庫の購入を行う。	消防署や区長の協力のもと、昼夜を想定した避難訓練を年2回行っている。備蓄用防災倉庫の設置を行った。	避難訓練の実施には、家族会に呼びかけるなど、できるだけ多くの地域の人に参加してもらって協力体制をつくることを期待する。

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	職員研修を行うとともに、日頃から職員同士で利用者への言葉かけや対応に注意している。安心して生活できるような環境設備に配慮を行っている。	認知症やコミュニケーションの研修を行い、常に職員同士で注意し合う関係ができてい る。利用者にとっては職員も環境の一つである と考え、声のかけ過ぎにも気をつけてい 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	生活の中で利用者が選択できるように個々の中核症状に合わせ本人が自己決定ができるように細かいところまで工夫をしている。		
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	生活歴を重視し、一人一人の生活リズムに沿う形でサービスを支援している。 必要に応じてカンファレンスを行い、その人のニーズに添って支援している。		
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	本人の生活歴を把握し本人のおもいに沿いその人らしい身だしなみやおしゃれを支援している。		
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	一人一人の生活歴や地域性を大切に料理のメニューを決め、利用者と一緒に料理を作り片づけも行っている。	季節に応じた好きなものを食べて欲しいとの思いがあり、利用者と一緒に食事づくりや片づけを行っている。今年は利用者に教えてもらいながら味噌づくりと一緒に体験した。	
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	利用者の状況や本人の嗜好に合わせた食事を提供し適切な食事量を摂取し栄養状態、水分量を把握した、飲み物もたくさんの選択肢を広げ利用者一人一人に好みに合った飲み物を提供している。		
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、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	朝、夕の口腔ケアに緑茶でうがいを行っている必要に応じて口腔清拭や舌下のブラシを使用している。週に3回入れ歯洗浄剤を使用し、洗浄を行っている。		

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	利用者の排泄パターンの把握、サインを受け止めて利用者の出来る所や困っている所をアセスメントし排泄介助を行い自立支援に努めている。	利用者の排泄パターンを把握し、声かけやトイレ誘導で気持ちよくトイレで排泄ができることを増やす支援を行っている。紙パンツから布パンツへ移行した人やトイレで排泄ができるようになった人がある。	
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	排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳、を提供している。繊維ファイバーを使用している。水分摂取量の把握や運動量の把握に努めている 主治医と連携をとり、マグミット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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者一人一人にいつ入りたいか 希望を聞きその希望の沿って入浴を提供している。利用者の体調の具合や状態に合わせて入浴の提供をしている。	週2回利用者の希望に合わせた時間帯で入浴をしている。拒否のある人は、本人の状態を見ながら、声かけを行い工夫をして入ってもらっている。	
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	生活習慣やその日の状況に応じて休息したり眠れるようにしている。眠れない利用者にはゆっくり話をきいたり、足浴を実施している。		
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	利用者のケース記録に服薬している薬の効果、副作用の書いた紙をとじ常に確認ができるようにしている。 服薬の際に困ったことがあれば主治医や薬剤師に相談できる体制が整っている。		
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	日常生活(食事作り 洗い物 洗濯干し 掃除)の活動以外にも畑での野菜収穫、花の水やりや手芸などを行っているまた生活歴に応じた色塗りや裁縫なども行っている。		
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	日常的には中庭や近所を散歩したり、家族との外出を支援したり外食ツアーや買い物の他に季節に応じた行事を企画し、実行している。	利用者の希望を聞いてそれを実現させる「ゆめ実現ツアー」や「ドライブツアー」「外食ツアー」「一泊旅行」を行っている。夫婦で過ごしたいと毎週末自宅に帰る人もある。個別の買い物も希望に添うように支援している。	

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	利用者の認知機能障害に合わせお金の管理ができる人は本人の意向を聞き利用者が管理できる額を本人にできる様に支援をしている。		
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	本人の希望により家族や友人と電話や手紙のやりとりを支援している。また一泊旅行で、スタッフが家族に手紙を書き写真を添えて手紙を送っている。		
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	共有空間、廊下には自然の光が入る様になっている。生活や季節を感じてもらう為に季節の花を飾りまた利用者と一緒に作った季節の展示(カレンダーなど)を行っている。	利用者が夜間でも明るい方に行けば職員がいるという環境をつくっている。リフトの設置や二人介助で入浴ができるなど、設立にスタッフが関わり、ケアを受ける利用者の目線で細かな点まで考えたつくりになっている。	
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	ふれあい広場もあり気のあった利用者同士が居室で話したりと各自のニーズに対応した空間で過ごしている。		
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	入居前に家族と本人に使い慣れた物を中心に居室を整備してくれる様に話をしている。普段の整備を本人と職員で行っている。	各部屋には介護用ベッド、洗面台、エアコン、スプリンクラーが設置されている。自宅から家具やソファ、写真や大切にしている物を持ってきて自分らしい部屋をつくっている。	
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	バリアフリーになっていて手すりを設置している。車いすの利用者の方でも食事作りが出来るように調理台を設置し、生活できるように分かりやすく表示をしている。利用者の声掛けにも工夫し、出来る事を生活に生かしている。		

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	4	介護者の急な入院などによる要介護者の緊急ショート利用を受け入れる体制の整備を市と連携しながら実現してほしい	市と相談をしながら長期入所者が満員の場合でも緊急ショートスティの受け入れが出来るように実現する	・市と相談をし、まず桜の間のスペースを居室扱いに出来るか相談をする。 ・市と相談をし、長期入所者が満員の場合でもショートスティの受け入れが出来るように市に相談をする。	6ヶ月
2	8	近所の喫茶店やファミリーレストランなど新しくなじみの関係を作る事も考えてほしい。	近所のお店とGHの利用者がなじみの関係が出来るようにする。	毎月外食ツアーに行き 店員と話す機会を増やして、グループホームの事を会話の中で話をを入れ込みながら交流をしていく	6ヶ月
3	11	通院が困難な人でも必要な歯科受診が出来る訪問歯科が利用できることを期待する。	訪問歯科との契約を行い 歯科指導や歯の治療が訪問歯科で出来るようになり、利用者の口腔の健康維持が出来る。	契約している歯科医と訪問歯科に来ていただくかどうか協議を行う 月／1回程度	3ヶ月
4	13	避難訓練の実施には、家族会に呼びかけなど、出来るだけ多くの地域の人に参加してもらって協力体制をつくる事を期待する。	利用者家族や、地域の方に協力していただきながら避難訓練を実施する。	運営推進会議で避難訓練の参加を呼びかけ、家族代表にも相談し、避難訓練実施の際は協力を求める。	3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()