

### 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4年6月1日	評価結果市町村受理日	令和4年8月29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 滋賀県立長寿福祉センター内		
訪問調査日	令和4年6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)】

【自立支援】 できることはご本人にさせていただくという介護を提供しており、グループホームの特色を活かして、焦らず急がずじっくりとご本人のペースで活動に参加いただいている。食事準備・各清掃・食器洗いなど職員だけで行わずに、ご入居者中心にさせていただき、出来ないところだけ支援している。

【地域と繋がる開かれた施設】  
現在コロナ禍であり、地域との関わりはこの1年間ほとんど出来なかった。広々とした施設内ミーティングルームを開放し、地域の皆様にも開かれた施設として関わっていききたい。施設近くに公園もあり、ご入居者と一緒に遊具の拭き掃除や、地域の皆様と一緒に清掃活動を含め地域の一員として繋がっていききたいと考えている。

【医療との連携】  
医療法人であるが故に、医療との連携もばっちりて常に連絡を取り合い情報の共有で何かあってもすぐに対応いただける関係性を構築している

#### 【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「緑の癒」は大津市北部の住宅街の中にあり、古墳公園に隣接する緑豊かな住環境である。令和3年設立の事業所で、初めての自己評価・外部評価を迎える。医療法人が運営する2ユニットのグループホームで、2階にはサービス付き高齢者住宅が併設されている。提携病院との医療連携はスムーズで、24時間体制でサポートを受けることが出来ている。職員は日常生活を見守り、本人の意思を尊重しながら、できることは継続して行えるよう、過剰ケアにならないよう支援している。経験の浅い職員もベテランの職員もいるが、職員同士のコミュニケーションは活発で、意見が言いやすい、聞いてもらいやすい、風通しの良い関係性が築かれている。

### 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、活き活きと働いている (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

[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	その人らしい暮らしを継続的に提供できるように、今までやってこられた家事などを施設でも同じように取り組んでいただいている。関わることは大事であるが、関わり過ぎて過剰ケアにならないように日々の介護に努めており、人生の先輩である事と尊厳を忘れずに対応している。	利用者第一主義の法人理念と「ふだんの暮らしを幸せに」の事業所理念を、朝礼時に唱和し、職員全員で共有し、実践している。理念には、医療と介護で守られた穏かで癒しのある毎日をご過ごして頂きたいという思いが込められている。	
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	コロナ禍であり、地域との関わりはほとんど無いが、ご入居者と一緒に作った作品を地域の文化祭へ出展は出来た。今後は、地域清掃・公園清掃な・草刈りなど地域の方々と一緒にしたいと考えている。	コロナ禍により、地域との付き合いは難しいが、管理者は日常的に自治会長、連合会長と情報交換を行っている。昨秋、市民センターの文化祭に、利用者が作った作品を出展し、展示を観に行くことが出来た。	
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	事業所としては、未活動であり、今後は当施設にお招きして介護を知らない地域の皆様に介護技術などを広めていきたい。		
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	コロナ禍であり、2か月間の活動内容等を書面にて報告している。	2ヶ月に1回、書面で報告している。事業所設立後、対面での開催はまだ実施できていない。今年度は状況を見ながら、対面での開催を模索している。	家族や地域の理解と支援を得るために、参加者が積極的にかかわることのできる運営推進会議を期待したい。
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、介護保険課とやり取りをしている程度である。	分からない事等があれば、その都度、大津市介護保険課に問い合わせ、相談をしている。今年度は運営推進会議に地域包括支援センターに参画してもらい、協力関係を深めたい。	
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	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れてから帰っている。	2ヶ月に1回、リスクマネジメント委員会を開催するとともに、事故発生時は即、対策会議で検討している。事故の内8、9割は誤薬で、薬の確認手順と確認の仕組みを見直し、複数の職員で確認するように改善した。その後、誤薬事故はない。	
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	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。	面会時に意見や要望を聞くとともに、来所しにくい人には、電話で話をする機会を作っている。家族会はまだない。フェイスブックを週1回更新しているが、事業所便りはまだこれからである。	
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	毎月のユニット会議や意見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。	月1回のユニット会議と年2回の個別面談行っている。意見箱を設置しているがまだ十分活用できていない。管理者は常に現場に居て、職員からの相談に対応できる体制をとっている。	
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	接遇・ケア接客について外部から研修を受けており、ご入居者に対する接し方などを学んでいる。入居も落ち着き少しずつグループホーム間で勉強会を始めていきたい。		
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	同法人事業部間で勉強会や発表会を交え、今年度は更に老健協会様と連携し研修・勉強会を予定している。		

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>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	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。		
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	コロナ禍であり、十分な関わりは出来ていないが、面会に来られない時は電話をお繋ぎしたり、適度な状況説明を心がけている。		
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	コロナ禍ではあるが現在は屋外でご家族であれば30分まで面会できるようにしている。限られた時間であるが、子供や孫に会う時間はご入居者にとって大切な時間となっている。	家族と室内でフェイスシールドをつけて、面会できるようになった。また、日帰りで帰省することもできる。来月からは、友だちも含め、面会の予約が入っている。スマートフォンで自室で電話する利用者もいる。	利用者の日常の様子をしっかりと家族と共有するため、事業所便りや写真を送ることを検討してほしい。
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	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。		
<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	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ってご本人の聞き取りを行いご入居者本位に努めている。	2名の居室担当が中心となり、本人の思いを聞き取り、課題総括表に記録している。新たに、普段の何気ない会話を「聞き取りノート」書き留める取り組みも行っている。聞き取りノートによる実践から、本人のやりたいと思っていた事を実現できた。	聞き取りノートで思いを把握し、思い出の場所に行きたいという本人の希望を実現することが出来た。こういう取り組みを今後も継続させるとともに、拡げてほしい。
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、聞き取りノートに書き留めている。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。	カンファレンスは3か月に1度実施し、介護計画の見直しを行い、現状に即した介護計画になるよう取り組んでいる。家族への説明は来訪時に対面で行い、署名をいただいている。	
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、地域の方によるクラブ活動を行っている。		
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	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。	提携病院の訪問診療は月2回、訪問看護は週1回、希望する人は訪問歯科診療を受けている。提携医とは24時間連絡体制を取り、何かあれば医師の指示を仰ぐ。専門医受診は家族が対応している。	
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	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ったり、カンファレンスを行うことによって治療経過・今後の見通しの情報をいただいている。		
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。	重度化や終末期に向けた方針の確認は書面で行い、電子カルテにも記録し、職員間で共有している。状況の変化に応じて変更はそのつど行い、家族、本人と繰り返し話し合い、段階的な合意形成を図っている。	
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を作成、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	開設から2回火災想定避難訓練を行い、ご入居者にも参加いただけたが、災害に關しての訓練がまだであり、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。	火災を想定した避難訓練を年2回、2階のサービス付き高齢者住宅と共催で実施した。備蓄も準備している。火災以外の災害を想定した訓練はまだこれから。地元消防団等、地域の方との共同での訓練はまだこれからである。	

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	一人ひとりの誇り・尊厳・プライバシーを大切にし職員がご入居者の不安のきっかけにならないように、気を付けて声掛けを行っている。	居室は、中から鍵をかけることが出来る。鍵をかけている利用者さんも複数いる。夜間はノックし、外側から鍵を開け巡回している。SNS等で写真を掲載する際は同意を得て行っている。	
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、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、気持ちに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1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。		
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	カウンターに食事を並べ、自分で食事、お茶を順番において行ってもらうビュッフェ方式を取り入れている。食後、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・環境整備を行っている。	利用者が自分でトレーに食器を置いて盛り付け、配膳台からテーブルに運んでいる。月1回の調理の日は、利用者と職員が料理を一緒に作っている。お米は地元伊香立の農家から購入し地産地消にも取り組んでいる。	
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、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。		

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、行きたいと思って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。	入院中、ベット上での排泄になっていた人に、トイレ誘導し、排泄の自立支援を行っている。現在、昼間にベット上でオムツ交換の人はいない。紙パンツから布パンツとパットに変更した人もいる。	
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。	入浴は基本週2回である。浴室の壁には手すりがある。浴槽をまたいで入ることが困難な人は、2階のリフト浴設備のある浴室を利用することが出来る。全ての利用者に全身浴を提供することが出来る。	
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。		
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。		
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	コロナ禍につき屋外のみでの外出ではあるが定期的に計画を立て外出支援を行っている。	法人グループ内で自動車を共有し外出支援を行っている。外食やカラオケには行けないが、紅葉狩り、バラや紫陽花の花を見に行くなどしている。家族と現地で合流し、いっしょに過ごす人もいる。	



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	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。 ※人の少ない時間帯に近くにスーパーに買い物も行っている。		
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。	窓からの採光により室内は光があふれている。ゆったりとした広い空間に配された観葉植物から季節を感じられる。日差しが和らぐよう、天窓にシェードを設置している。利用者と職員と一緒に作った作品が玄関前の掲示スペースに飾られ、道行く人を和ませている。	
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	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。 タ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。	ベットは備え付けである。使い慣れた家具を持ってこられている人もいる。家族の写真を飾る人もいる。荷物の入れ替えや衣替えは、家族がフェイスシールドを付け手伝っている。	
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	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

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		ご家族との面会が制限されているため、また、あまり面会に来られないご家族が多い。	近況報告を兼ねた手紙を定期的に郵送し、関係を維持・向上。	2か月に1度のペースで、請求書と一緒に写真付きの手紙を同封する。ご本人が文字を書けるなら書いていただく。	2ヶ月
2		外出や外食に制限がかかっている。	ご入居者のQOL向上。職員が達成感を感じることでの意欲・維持向上。	地元に行きたい方にはドライブするなど、ご入居者のニーズや生活歴から幸福を感じることを探し実践する。	6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】

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
			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
			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
			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
			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)
			⑤その他( )