

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 | 令和元年12月20日 | 評価結果市町村受理日 | 令和2年3月24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2年2月4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)】

今年度は事務的なことから管理者の交代など様々な体制が変わる中、入居者や家族にとってよりよいサービスが提供できるよう職員全員で考え取り組んできた。認知症対応型施設として、認知症ケアという視点を大切にケアにつなげてきた。また、H30年度から始まった歯科指導、リハビリ職との連携により、今まで以上に個々に合わせたケアに取り組むことができた。日々の生活のリハビリでは畑の再開をはじめ、季節の行事を大切に、季節を感じていただく取り組みを行った。また、地域密着型サービスとして、地元の学生の福祉学習等の受け入れ、認知症相談など、地域のニーズの発掘など、地域に根差した施設になりうるよう取り組んできた。来年度もどのように地域に貢献できるかを考えていくことは課題だと考えている。

【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、市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12年目を迎え、12名の方のグループホームでの看取りを経験している。職員は利用者の”おもしろい”や外部からの意見を受け止め、一人ひとりが望む生活の実現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。また、地域との関わりを大切にしており、地域包括や民生委員から紹介された認知症の相談を受けている。困難事例のショートレスパイトの受け入れなど行い、関係者と協力して問題解決にあたっている。

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、その時々々の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 | | | | |

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 |
| 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。 | 一人ひとりのおもいを受け止め、寄り添い、普通の生活を大事にするケアや地域貢献を大切にする方針をかけた、会議で職員は理解共有し実践している。 | |
| 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ことができた。2か月に1度運営推進会議に区長に参加いただいている。ボランティアにも活動していただいている。 | ボランティアに来てもらい、生演奏による歌や畑作業、茶会、夏祭り等家族と一緒に参加している。地域の祭りでの交流も行っている。 | |
| 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 | 法人として、小学生の福祉学習、中学生の職場体験の受け入れを行い、グループホームにも来ていただき、認知症の研修等を行った。 | | |
| 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 | 運営推進会議内で、グループホームの事業計画や事業報告を行っている。また、会議でいただいた意見を職員に申し送るなど、日々の活動に活かしている。 | 民生委員、区長、家族、地域包括職員等をメンバーに2か月に一度開催している。委員から出た意見、提案は前向きに職員間で話しあい取り入れている。委員からの提案で、隣の空き地に畑ができ、利用者と一緒に楽しんでいる。 | |
| 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取り組んでいる | 2か月に1回開催の運営推進会議に市の職員に参加していただいている。また認知症相談で地域包括支援センターと連携をとっている。 | 運営推進会議には市職員も参加して運営状況を理解してもらっている。市担当者とは日常的に対応の相談をしたり連携を図っている。市の包括で受けた困難事例のショートレスパイトの受け入れも行っている。 | |
| 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 | 年に1回以上、全職員対象に身体拘束の研修会を実施している。グループホームでは身体拘束を行ったケースは0件である。 | 身体拘束の研修を毎年全職員が受けている。職員間で一人ひとりに危険な行動の対応が周知できており、外に出て行こうとする人は抑制することなく職員が同行している。 | |
| 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 | 全職員対象で、高齢者虐待の研修を行っている。 | | |

| 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 | 入居者に成年後見制度の利用者がおり、連携に努めている。NPO法人ぱんじーに相談、助言を求めるケースもある。また、管理者が権利擁護の研修に参加し、理解を深めている。 | | |
| 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 | 契約は重要事項説明書・契約書をもとに説明を行う。また、家族や利用者より、不安や疑問の申し出があった際は、時間をかけ説明を行っている。 | | |
| 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 | 苦情相談窓口を設置している。苦情・要望の申し出に対しては、GH内で検討し、代表者、サービス向上委員会に回覧している。また、毎年度2月には第三者委員会を開催し、確認を行っている。 | 利用者や家族との何気ない会話からの声を大事にしてケアにつなげている。サービス向上委員会や第三者委員会で苦情や要望については報告し、運営につなげている。 | 運営推進会議などにより多くの家族に出席してもらい、意見を述べる機会を増やしていくことを期待する。 |
| 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 | 月1回の会議、朝の申し送り時やケアの現場の中で、スタッフの意見を聞き必要に応じてカンファレンスを行っている。 | 職員からの提案は多くあり、ケア内容や行事にできる限りどうしたらできるか前向きに話しあっている。言いやすい、聞いてもらえる雰囲気がある。 | |
| 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 | 年に1度、代表者と個人面談を行っている。その際、職員の思いや要望、今後のキャリアアップなどについて、聞き取りを行っている。また、グループホームでも年1回以上、管理者・室長と面談を行っている。 | | |
| 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 リスクマネジメント・身体拘束・感染症の研修を行った。また新人に対しては、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 |
| 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行い、関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 入居決定後から家族の困りごとや要望、不安なことについて、話を聞き、必要に応じて電話連絡、面談を行い、実態調査や契約に繋げている。 | | |
| 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 | 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増やしている。また、職員が計画するのではなく、利用者の要望等で、活動内容を一緒に計画をしている。 | | |
| 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 | 家族に毎月の郵便にて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、居室に飾るなどして、入居者の記憶に残るようにしている。また、ご家族にも同じ写真をお渡ししている。 | | |
| 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 | 地域から入居者の知り合いが面会に来られる。入居者の希望により、関係継続のお手伝いをさせていただいている。(手紙や電話など)また入居者の地元ドライブに出かけている。 | 買い物やドライブと一緒に出かけたり、できる限り希望をかなえている。地域の人や知人も家族に確認して自由に出入りできるようにしている。毎週面会に来ている人もいる。 | |
| 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 | 食事作りや行事(外出ツアー、ドライブツアーや季節ごとの行事)などで入居者同士の関係性を創っている。また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、退居者家族から相談のため来訪や電話があり、対応している。 | | |
| 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するよう心掛けています。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ます。 | 日々のリズムを把握し、言葉で伝わらない人は写真などで、できる限り本人に選択してもらえるように配慮している。 | |
| 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 | 入居者一人一人の一日の様子の変化や心身状態の様子等、申し送りや現場内で共有している。ケアの変更が必要なときは、申し送りや紙ベースを用いて入居者の現状を共有している。 | | |
| 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 | 計画書を中心にケアワーカー、ソーシャルワーカー、家族、PT、OT、STと共にケアプランを作成している。必要に応じて、DrやNS、歯科医師に繋いでいる。 | 本人、家族やケア職員から聞きとり、アセスメント、介護計画作成、モニタリングを行い、関係者で話し合いを重ねながらよりよいケアの実践に努めている。 | |
| 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 | 入居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 | 入居者や家族の希望する旅行やお出かけなど「夢実現ツアー」として実行している。 | | |

| 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 | ボランティアの受け入れやボランティア依頼など協力して入居者の生活を支えている。防災に関しては消防署、区長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し、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 | 主治医に入居者の状態報告、必要時に相談を行っている。特に協力病院とは月1回の往診の他、連携をとりあい、必要時に往診に来て頂いている。 | 協力病院や以前からのかかりつけ医による往診、訪問歯科など医師と連携を取り必要な医療が受けられている。認知症専門医、眼科などは家族に来てもらって受診を支援している。 | |
| 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 | 訪問看護と委託契約を結び、週1回看護師が訪問し健康管理を行っている。また24時間電話相談ができる体制を整えている。 | | |
| 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、退院時には、主治医、家族と連絡を取り合い、状態を把握し、カンファレンスを行っている。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 | 入居契約のとき、終末期の意向確認書・看取りの希望について伺っている。また、終末期だけでなく、本人がどのように生活していくかを本人を含め、職員と話し合っている。 | 終末期の意向確認を行い、希望される人には重度になっても普段の暮らしが継続できるよう柔軟に対応している。職員からの提案も受け、話し合いを重ねながら看取りまで実践している。今年度も1件自然な形で看取りを行っている。 | |
| 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 | 急変時の対応について研修を行っている。玄関にAEDを設置している。緊急時には、室長やリーダーが対応できるように緊急連絡を持ち回りで担当している。 | | |
| 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 | 緊急時の電話連絡の訓練、年2回の訓練を行っている。 消防機関へ直通の通報システムがある。 | 消防署や区の協力により、年2回昼夜の火災を想定した避難訓練を行っている。近くにある法人施設と協力して備蓄品を確保している。 | 今後、地震や水害時における避難訓練等地域との連携協力体制づくりの検討を期待する。 |

| 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 |
| 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入居者への言葉かけや対応に配慮している。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。 | 職員間でされたり、言われたら嫌なことは行わないよう、その都度注意し合い気をつけている。1対1のケアは同性がよいという人は担当を同性にしている。入浴時職員の出入りの際中が見えないように工夫したり、日中使用しない居室のポータブルトイレには布をかぶせるなどの配慮をしている。 | |
| 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 | 個々の中核症状(言葉の出にくい方には写真も用いるなど)に合わせ本人が自己決定ができるように工夫をしている。 | | |
| 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、本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 | 本人の生活歴や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し、料理のメニューを決め、入居者と一緒に料理を作り、片づけも行っている。 | 利用者の意見を聞き、季節に応じてパーベキューや恵方巻きを一緒に作っている。誕生会には食べたいものを聞いている。準備や後片付けを利用者と職員で一緒にして食事を楽しいものになっている。 | |
| 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 | 本人の状況や本人の嗜好に合わせた食事や適切な食事量を提供し、栄養状態、水分量を把握している。飲み物も種類を多くし、選択肢を広げ、本人に選んでいただき、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 | 朝、夕の口腔ケアを行っている。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。また月に1回協力歯科医院の医師に来ていただき、指導を受けている。 | | |

| 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 | 入居者の排泄パターンの把握、生活のパターンから、排泄のサインを受け止めるなど、アセスメントを行い、自立支援に努めている。 | 個々の排泄パターンを把握し、日中はトイレで排泄できるように実践している。発語のない人も、本人の発する声から、トイレでの排泄が可能になった人がいる。夜間もベルで職員を呼んでトイレでの排泄ができるように対応している。 | |
| 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 | 排便を促すように毎朝、ヤクルト、牛乳を提供している。必要時に繊維ファイバーを使用している。水分摂取量や運動量を把握し、主治医と連携をとり、排便コントロールを行っている。 | | |
| 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 | 入浴日には、いつ入浴するか希望を聞き、その希望に沿って入浴を提供している。入居者の身体の具合や状態に合わせて入浴の提供を行っている。 | 本人の希望を聞いて時間配分をしている。嫌がる人には無理強いせず、時間をずらしたり、翌日にするなど個々にそった柔軟な対応をしている。 | |
| 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 | 生活習慣やその日の状況、体調に応じて休息できるようにしている。また居室の室温管理にも配慮している。夜間、眠れない入居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 | 入居者ごとに薬剤情報(服薬している薬の効果、副作用の書いた紙)を綴じ、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を整えている。 | | |
| 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。また本人の希望や生活歴に応じ、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 | 日常的に中庭や近所を散歩している。入居者と家族と一緒に外出できるように支援を行っている。外食や買い物他に、季節に応じた行事を企画し、外出の機会を設けている。 | 本人の希望を聞き、散歩や買い物、外食、馴染みの床屋に行くなど外出の機会をつくっている。 | |

| 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 | 入居者の認知機能障害に合わせ、お金の管理ができる方は外出の際に本人の意向を聞き、管理できるよう支援をしている。 | | |
| 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。 | | |
| 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な作りになっている。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。 | 建物は窓を大きくとって外の景色がよく見えるようにつくられている。廊下や居間の天井は透明な機材で自然光が入るようになっていて、日中は明るく、曇りの日や雨の日、夜間は暗く天候や時間が感じ取れるよう工夫されている。季節を感じる折り紙などみんなで作って飾って楽しんでいる。 | |
| 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 | 入居者の集える場所もあり、気のあった入居者同士が話せるように共用空間の席の配置を行い、各自のニーズに対応した空間にしている。 | | |
| 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 | 入居前に本人と家族に使い慣れた物を中心に居室を整備してもらえる様に話している。普段の居室整備は本人と職員で行うようにしている。 | 居室には、馴染みの家具や仏壇等を持ち込み、個々に居心地が良い環境になるよう職員と一緒に部屋の配置をしている。 | |
| 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 | 独歩の人、車椅子の人などと分けるのではなく、どの入居者も生活がしやすい様に環境づくりを行っている。また、一人ひとりの認知機能に配慮し、表示や案内を行っている。入居者の声掛けにも工夫し、本人の「できること」に着目し、生活に生かしている。 | | |

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 | 35 | 現在年2回実施している避難訓練は、火災想定(昼間・夜間帯、各1回)になっている。昨年、自然災害で大きな被害が各地で出ているため、今後は自然災害想定での避難訓練を行う必要がある。 | 年2回の避難訓練を火事想定での訓練と自然災害想定での訓練、各1回ずつ行う。 | 自然災害時の避難経路や応援体制、連絡体制の見直しを行う。 避難経路、連絡体制などは、勤務形態に関わらず、全職員が把握できるようにする。 | 12ヶ月 |
| 2 | 10 | 年2回(9月、11月)家族会を実施しているが、家族間の交流会がメインであり、家族会としてグループホームに意見を述べる仕組みが整っていない。今後は家族会としての意見を吸い上げる機会や仕組みを作りたい。 | 家族が意見を述べることのできる機会を設けるために、家族会の開催時期、開催回数の検討を行い、令和3年度に向けての仕組みの整備を行う。 | 令和2年度の事業計画に上がっている家族会の中で、家族会の開催回数などについて、ヒアリングを行う。 | 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。

(別紙4(3))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

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() |