

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	3471502520		
法人名	株式会社ソラスト		
事業所名	グループホームソラストほのか福山		
所在地	広島県福山市沖野上町5丁目6番11号		
自己評価作成日	令和4年3月10日	評価結果市町村受理日	令和4年6月9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://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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3月23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)】

利用者主体で一人一人がこれまでの生活の継続ができるよう支援しています。ホスピタリティの溢れる事業所を目標とし、利用者が口に出さないニーズに応えられるよう、アセスメントの充実などに力を入れている。

その他法人全体で全国各地に事業所がある事を活用し、利用者楽しんで頂くイベントを行っています。

そして、イベントや日常生活の様子を、写真にとり、毎月一回、ご家族との連絡用の手紙に同封する事で、ご家族にご利用者の様子が分かる様にしています。

【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)】

本部の企業理念【私たちは人を「元気」にし、パートナーを「元気」にし、社会を「元気」にすることで一人ひとりの生活を豊かにし、希望のある未来づくりのためにお客様とともに歩み続けます。】をもとに、利用者の把握に努め、できる限り本人の意向を尊重した対応を心がけて、皆が身体的にも精神的にも元気になれる支援に取り組んでいる。事業所の優れている点は、利用者の状態変化を早い段階で察知して対応していること、職員の対応が明るい笑顔であり丁寧で優しいこと、手書きの手紙と行事や食事の写真を家族に毎月郵送していることであり、家族の安心感につながり、信頼関係を築いている。職員は利用者との会話や励ましの言葉にやりがいを感じて支援に努めている。管理者は毎日職員に声をかけ、関わりを大切にし、職員同士も良好な信頼関係を築いている事業所である。(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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
I. 理念 3471502520					
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	入社時に理念研修を行い、理念の理解を深めてから業務にあたる様にしている。利用者、家族に対して、より良いサービスが提供出来るよう、日頃からサービスについて話し合っている。	本部の企業理念を各フロアに掲示し、職員は出勤時に読み、共有している。毎月の会議で話し合いをして、振り返りを行っている。管理者は毎朝職員に話しかけて関わりを大切にしている。	
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	外で会った時は挨拶をし、地域の祭りやイベント等に町内会の一員として声を掛けてもらい、利用者と共に参加している。(コロナ禍で自粛する。)	コロナ禍のため地域との交流が困難な状況である。町内会に所属し清掃活動に管理者が参加している。年2回地域の子ども会が主催するリサイクル活動に古新聞や広告を提供し協力している。	
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	職員や利用者が地域の方々と直接接する機会を設け、認知症や個人を理解して頂いたり、活かしている。(コロナ禍で自粛する。)		
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	運営推進会議では、町内の方や、地域包括の職員の方に参加して頂き、サービスや地域の事について、話し合っている。議事録を作成し、職員が目を通し、サービスの向上へ活かしている。	年6回運営推進会議を開催している。今年度は10月12日に包括支援センター・町内会長・民生委員の参加が得られた。活動報告を行い、質問や意見交換が行われ、地震や災害時の備蓄への意見などが得られサービス向上に活かしている。コロナ禍のため会議が中止の時は議事録にアンケートを添付して郵送し、質問や意見が得られるように働きかけている。	コロナ禍で困難な状況にあるが、事業所への近隣住民の理解と災害時などに協力が得られるよう、引き続き地域とのつきあいや運営推進会議を通してつながりを保たれる事を期待します。
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	介護に関する研修や報告会等々に可能な限り参加し、又、ICTも活用し、情報を得る事で、サービスの質の向上に努めている。(コロナ禍で自粛する。)	市とは管理者が生活福祉課や介護保険課などの関連部署と報告や相談などを度々行い、連携を図っている。地域包括からはオレンジカフェへの参加の声かけが得られた。今年度は市の研修に4名の職員が参加している。	
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	身体拘束に関して、まず新人研修があり、年数回の施設内研修、3ヶ月に1回身体拘束適正化委員会を行う。又、介護職員一人一人にソラストインターネット研修が行われている。	突然の立ち上がりから複数回転倒骨折をしている利用者に対して、事例検討を行い、家族や主治医とも十分な話し合いを重ねて、やむを得ず車いす使用時のみY字帯を使用する事例があった。毎月身体拘束委員会を開催し、度々研修を行い、身体拘束をしないケアに努めた。職員は丁寧な傾聴と共感、個々に応じた対応に取り組んでいる。	
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	虐待に関して、年数回の施設内研修、3ヶ月に1回虐待防止委員会を行う。毎朝、利用者の身体チェックの記録を行い、異常があれば、常に複数の職員で確認するシステムになっている。		

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	利用者の様々な権利を改めて把握するため会議などでどの様な事が対象となり、どの様な対応を行うか話し合っている。ソラストインターネット研修も実施している。		
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	入居前に、本人・家族に訪問や面会を行い、事業所の理念や契約に関する事を、理解して頂ける様に説明している。又、変更等あれば、随時、更新・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	利用者へは、適時要望を確認し、家族へは、毎月の手紙で近況報告をしている。来所時や、電話でも報告し、対話の機会、関係を作り、要望・苦情に対応している。	利用者からは日常生活の中で、家族からは電話などで意見や要望を聴いている。帰宅願望がある人には自宅まで車で帰ったり、花を摘んでリビングに飾る等、気分転換を図っている。また、食事や買物、受診などの要望も柔軟で早めの対応をしている。	
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	ユニット会議を月1回開催し、ケアやその他について、話し合う機会を設けている。職員の意見はいつでも管理者に伝えられる環境を整えている。	毎月のミーティングで職員からの意見や要望を聴いている。また、管理者は毎日出勤時に職員に話しかけて把握に努めている。半年に1回面談を行っている。出された意見はケアや業務内容、空調設備などに反映させている。	
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	人事考課を取り入れ、能力などにより適切に評価される様になっている。又、全職員が労働組合に加入している。		
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	ICTを使って、職員のランクに応じたインターネット研修の実施や、外部研修にも参加しやすい環境作りをしている。		
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	県、市内で行われる研修に出来るだけ参加するようにしている。又、ソラスト会社内での、ズームを使った交流研修会も設けられている。		

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	入居前に施設長・ケアマネ・職員が本人の所へ訪問し、本人・家族の思いを聞き、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	上記同様に、施設長・ケアマネ・職員が本人の所へ訪問し、本人・家族の思いを聞き、関係づくりに努めている。		
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	上記同様に、施設長・ケアマネ・職員が本人の所へ訪問し、本人・家族の思いを聞き、関係づくりに努めている。		
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	職員は自立支援を常に意識し、利用者と職員は共同生活者であると思われる様、サービスを提供している。		
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	サービスを提供する中で、困り事や相談事があれば、常に、ご家族と連携をとり、本人を支えて行く関係にある。		
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	馴染みの場所への外出や、外食などの声掛け等行い支援に繋げている。(コロナ禍で自粛する。)	利用者のこれまで大切にしてきた馴染みの関係を把握している。家族の面会はコロナの感染状況に応じて対応している。毎月家族へ手紙と生活感ある写真を郵送し関係継続の支援に努め、家族の安心へとつながり、喜ばれている。電話の取次ぎや個人持ちの携帯電話で家族と話をする人もいる。	
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	記録等から、利用者同士の関係を把握している。そして、常に最適な座席配置を行いながら、レクや生活を通じて、関わり合える様な支援に努めている。		

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
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	退居の際には、今後も相談して頂ける様に伝えている。		
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	利用者の意向を確認した上でケアの方針を決定している。困難な場合は、利用者の状態や、家族からの要望をもとに本人本位に検討している。	日常生活の中で思いや意向の把握に努め、連絡ノートへ記載し職員間で共有している。家族から病院の受診時にした話の内容などの情報を得ている。職員は本人の思いや家族の意向を尊重した対応を心がけている。	
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	入居前の生活歴や環境を把握し、入居後も本人の希望される生活を送れるように支援している。		
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	個々の生活の様子をタブレット入力し、又、連絡ノートに記入する事で、情報を共有・把握している。		
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	介護計画作成にあたり、本人・家族から、本人の望む生活について、話しを聞き、必要があれば、多職種連携を取りながら作成している。	入所時の面談で情報を把握し、暫定の介護計画を作成している。個別的で現状に即している介護計画書は、援助内容が細かく丁寧に記載されている。モニタリングや見直しは基本半年毎に行うが、状態に変化があればその都度柔軟に対応している。	
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	個々の生活の様子をタブレット入力し、又、連絡ノートに記入する事で、情報を共有・把握している。そして、介護計画の実践や見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況、要望に応じて、常に柔軟に対応している。		

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	民生委員・町内会・地域包括・警察・消防と連絡を取り合い、協働出来るよう日々努めている。		
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	本人・家族の希望する主治医を受診している。又、主治医と密に連絡をとり情報共有して、体調変化に対応出来る様にしている。	本人・家族の希望のかかりつけ医となっている。協力医の往診が月1回、主治医の往診が2回もしくは必要時にある。病院への受診は家族が同行している。夜間・緊急時は主治医に連絡を取り、適切な医療を受けられるように支援している。歯科は個々に応じて往診対応をしている。	
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	職場内の看護師と連携して、相談の上、日常の健康管理を支援している。		
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。	利用者が入院した際には、適時、病院から情報を得ている。必要があれば、主治医・地域連携室・家族と連携して、早期退院に努めている。		
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	入居時の説明に加え、適時、主治医に相談しながら、事業所として出来る事を確認しながら終末期ケアをチームで支援できる様にしている。	主治医がインフォームドコンセントを実施し家族の意向に添った対応をしている。事業所は家族や医師と密に情報共有し、随時意思を確認しながら連携を図り、支援に取り組んでいる。職員は研修や経験を積み重ねて、利用者に対応する知識と技術を向上させている。	
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	緊急対応の研修や消防のAED講習を定期的実施している。		
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	災害対策研修等や消防訓練を定期的実施している。	緊急・災害時の対応の研修や防火管理講習、防災対象物点検を行っている。3月に夜間想定を含めた火災・災害時の通報・避難・消火訓練を利用者も参加して2回行う。災害時の備蓄は3日分を確保している。	

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
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	人格を尊重し、プライバシー保護を意識して対応する様に、会議や研修を組んでいる。そして対応している。	居室入室時はノックをし、排泄・入浴の介助時は羞恥心やプライバシーの保護に配慮した対応に努めている。利用者の状態に合わせて、歩行を促したり掃除を一緒に行い、本人が出来る事を尊重した支援を心がけて、満足感が得られるように取り組んでいる。	
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	日常生活の中で、利用者が自己決定出来る様に、声掛けをしたり、思いを伝えられる様な、良好な関係を築ける様に、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	利用者一人一人の生活リズムを大切に、希望にそった支援をしている。		
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	その都度、服装選びをして頂いたり、美容院に行かれない方には、出張理容を支援する等している。		
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	利用者の好みを把握し、味付けを行う。又、出来る方には、準備や下膳等役割分担していただく、食事支援している。	食事は業者の配食サービスを利用し、汁物は職員が手作りしている。行事食や誕生日にはケーキを、また、本人の要望からメニューを変更して握り寿司なども提供し利用者の楽しみとなっている。利用者はキャベツの下ごしらえや焼きそば作り、お好み焼きを裏返すなどを一緒に行っている。利用者がプランターで育てた花を食卓に飾ることもあった。	
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	一人一人の状態に応じて、食べたい物、食べられる物を食べて頂ける様に、支援している。又、居宅療養管理指導も取り入れている。		
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	その方の生活習慣に沿った口腔ケアをしている。そして、訪問歯科診療と居宅療養管理指導(歯科)を利用している。		

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
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を把握し、それに合わせた声掛け、排泄をする様に、自立支援を含めて対応している。	排泄チェック表をもとにパターンを把握して、声をかけ誘導している。トイレでの排泄を大切にし、パッド類は本人に合わせて検討している。トイレでの排泄を維持するために、歩行を促し、下肢の筋力を維持する生活の支援に取り組んでいる。	
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	便秘に対する影響を理解し、予防の為の食べ物の工夫、場合によっては、主治医に相談して服薬にて対応している。		
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	利用者の希望を聞き入浴の声掛けをしている。又、自分で決めた日に入浴をされている方もいる。	週2回以上の入浴を支援している。本人が希望する日時にも対応したり、入浴剤を使用して入浴を楽しむ工夫をしている。入浴を嫌がられる人には声かけの工夫と日時の変更で対応をしている。	
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	不安や不眠時は、傾聴や共感の姿勢に努め、安心して頂ける様に支援している。		
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	薬の目的や副作用を理解し、服薬の確認をしている。又、訪問診療やサービス担当者会議での、情報交換、共有に努めている。		
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	その人の望む楽しみ方や、趣味を大切に支援している。又、ケアプランに組込んでいる。		
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	ドライブ・買物・外食等、希望に沿うように支援している。(コロナ禍で自粛する。)	コロナ禍のため外出は自粛している。受診のため家族と外出する人もいる。利用者の要望から自宅まで車で出かけたり、1階へ花を摘みに降りることもある。屋上へ洗濯物を干しに上がり、風景を眺めたり外気浴を楽しむこともできる。	

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	本人の希望で自分で管理している方もいれば、本人と家族で相談しながら管理している方もいる。		
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	電話・手紙は本人の希望があれば、自由にかけられるし、お手伝いもしている。		
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	居心地良く過ごせるように、家具の配置等を考えたり、季節にあった空調管理を行っている。又、季節感を取り入れた居室空間を意識している。	リビングにはソファやテーブルが設置され、壁面には利用者と作成した季節や行事に合わせた作品を飾っている。また、各階の目につく場所には利用者のベストショット写真を貼っている。加湿器や最新のエアコンを設置し、換気扇を10台以上回すなどして居心地よく過ごせるよう環境に配慮している。	
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	基本的に個室なので、その時々に合わせて生活して頂いている。		
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	自宅で使い慣れた物を、使用していただくよう説明している。又、家具の配置等も本人・家族と相談している。	居室には洗面台とベッドが備え付けられている。テレビやぬいぐるみ・寝具など使い慣れた馴染みの品々が持ち込まれ、居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	バリアフリーであり、各自適切な福祉用具を使用して、自立支援を主に生活出来る工夫をしている。		

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	49	コロナ感染にて現在も福山市内でも毎日のように100人近く感染者が出ている内、はたしてご利用者の外出を行っても良いか疑問。	他者との接触がない方法で外出支援を行う。	・ドライブによる外出 ・施設近所での散歩(車椅子利用者含む)	1か月
2	20	コロナ感染により、県外からのご家族・ご友人の面会が出来ていない。	ご家族(キーパーソン以外)又は、ご友人からのプレゼント・お手紙があった際、お礼のお手紙(写真)を送る。	・プレゼント・お手紙があった際は、職員が送り先住所を控える。ご本人に伝える。 ・返信できる利用者には、手紙を書いて頂ける様支援を行う。写真を付けて送る。	1か月
3	30	入居者平均年齢が89歳と高くなっておりADL低下、認知症進行も早くなって、日々体調変化する利用者が増えている。	体調変化(体調不良)にいち早く気づき医療との連携を行う。	・体調変化見られる際は、バイタル・体温・SPO2測定を朝・昼・夕・夜間と細目に行う。 ・会議で職員共有出来るチェック表の作成	1か月
4	35	車椅子使用及び歩行難の利用者が多く、居室が2階・3階の為、エレベーター使用出来ない場合の移動は難しい。	飲み物・食べ物を常時3日以上確保をする。貯水タンク確認(業者による掃除)	・貯水タンク点検・清掃業者依頼を5月中に行う。 ・食材・飲み物保管場所を全職員で共有する。在庫確認担当者を決める。	1か月
5					

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)

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】		3471502520
実施段階	(↓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()