

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873002014		
法人名	社会福祉法人サンシャイン		
事業所名	グループホームサンプラザやすらぎ		
所在地	兵庫県 尼崎市 蓬川町 331-4		
自己評価作成日	令和4年2月16日	評価結果市町村受理日	令和4年3月29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)】

2階・3階に9部屋ずつあり、各階で部屋の造りなども違います。各階の違いなどを活かし、各ユニットのケアに活かしています。長期入所されている方が多く、心身ともに重度化してきており、医療との連携を密にとって対応しています。各階ともご家族・往診医との話し合いによって、看取りまで対応させて頂く事もあります。屋上に菜園があり、興味のある方々に楽しんでもらえ工夫をしています。食べる楽しみを大切に、行事食で、BBQ・お好み焼きパーティなど工夫をしています。また、ソフト食になっても、視覚的にも食が楽しめる工夫をしています。コロナ過の中現在は、コロナ感染予防で制限が多できないこともありますが、1階には放課後等デイサービスがあり、一緒に行事を楽しんだり、子供達との触れ合う機会も持てます。また、外出行事で車で出かけた時、地域の行事に出かけたり、施設の行事に地域の方に来て頂いたり、地域へ散歩に出かけ地域の方と触れ合う機会を持つこともできます。

※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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_pref_topiigvosvo_index=true
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和4年2月25日		

【第三者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、公営住宅の一角にある4階建てで、高架の線路を背にしているがとても静かな環境である。開設20年を迎え、2階と3階をグループホーム、1階には放課後デイを併設している。屋上で菜園を作り季節の花や野菜を植え、利用者は外気浴を兼ねた水やりや収穫ができ、見晴らしを楽しむこともある。年月を経た事業所の機械等の老朽化が課題となってきているが、随時修理や買い替えで対応している。2月末で管理者が退職するが次期管理者は、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続ける利用者の生活を支え、地域に開かれた事業所作りを努めると希望と目標を掲げている。コロナ禍でも利用者の事業所内での楽しみを多く作り、近くの公園やドライブ等少しでも出かける機会を作り、利用者の笑顔ある生活の継続を期待している。

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	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 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)	<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)	<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と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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	理念を掲げ、スタッフ間で理念の共有をし、各フロアに掲示している。	玄関や各ユニットに掲げたり、GH会議等で理念を伝えているが、職員によっては現場で活かされているが、全ての職員に浸透し意識的な支援につながっているとは言えない。パンフレットや広報誌による対外発信も今後の課題である。	常に理念を意識した支援を心掛け、家族や地域等への対外発信に努めていただきたい。
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	コロナ禍の現在は感染予防の為、地域の方含め施設の入館をお断りしており、交流は出来ていない。	現在は、新型コロナ感染症拡大防止の為、地域住民等全ての人の事業所訪問は中止にしている。収束後は地域に開かれた事業所作りに努め、地域住民が参加できるイベント作りを増やしたいと管理者は考えている。	
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	地域のケアマネや地域の方のご相談などをいただくことがあり、認知症について必要な情報を提供するように努めている。		
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	コロナ感染予防の為、文書での開催に切り替えてはいる。事業所の行事の報告をおこなったりしている。委員様からアドバイスやご指摘をもとに、日々のケアに取り入れるよう努めている。	今年度の運営推進会議は、文書により事業所の状況を伝え、運営委員の地域包括から質問が送られてきており、事業所は丁寧に回答して各委員に送付している。家族に情報提供はしていない。	事業所の情報は、運営推進委員と共に全家族にも提供される事をお勧めします。
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	日頃より、運営の事や制度でわからない事がある際は、市の担当の方へ相談をしている。	市からの情報はメールや文書によるものがほとんどであり、研修案内等はFAXで届く事も有る。事業所から質問等があるときは、電話で対応してもらっている。管理者の交代により市の窓口に挨拶に向き、他事業所と横のつながりを広めたいと考えている。	
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	1階の正面玄関は、放課後等デイの子供たちへの配慮もあり、うち扉は施錠していません。転倒リスクの高い方に関しては、家族と相談の上、外線センサーを使用する事がある。	玄関は放課後デイの利用児童が飛び出す恐れがある為、内側からの開閉は事務所で管理している。身体拘束適正化委員会は法人内で設置しているが、現場職員に届きにくい。今後は事業所独自で委員会を立ち上げ、会議開催と研修に取り組む意向を示している。複数の利用者のベッド周辺にセンサーが付けられている。	センサーの使用時間を減らす工夫し、常態化しないよう取り組んでいただきたい。
7	(6)	○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	法人全体、またGH内でも、虐待についての研修を行い、不適切ケアを職員間でも見過ごさないように声掛けを行えるよう指導している。	不適切な言葉使いや話しかけをしている職員には、管理者が別の場所に呼び注意している。虐待についても法人内での取り組みの為、現場職員への浸透はしにくい為、事業所独自の体制にして会議や研修を進める検討の必要がある。	身体拘束適正化委員会同様、虐待防止委員会を事業所で取り組み、定期的な会議開催と研修に努めて頂きたい。

自己	者	第三	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	(7)	○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	3名のご利用者が制度を利用している。職員もどの方が制度を利用している方なのかは理解している。後見人の内容などの知識の差はあり、研修を行っていく。	現在成年後見制度を活用している利用者が数名あり、一定の職員は理解しているが全職員には浸透していない。契約時、必要に応じ家族にパンフレットを渡している。	担当されている司法書士に依頼し、まずは職員を対象に権利擁護の研修をさせてはかがが。	
9	(8)	○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	契約の締結時等には丁寧に説明を行っている。疑問点などがあれば、電話して聞いてもらう様伝えている。要望なども伺いし、不安を解消し、理解や納得をしてもらうよう努めている。	契約は管理者と状況によりケアマネが同席し、重要事項説明書等を読み上げ丁寧に説明している。家族からの緊急時対応やおむつ使用に関する質問には詳細に答えている。契約後に、制度改正による利用料等変更があれば、説明文を送付し了承を得ている		
10	(9)	○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	コロナ過の現在、感染予防から面会の制限を行うことが多くあります。面会に来られた際にご様子を伝え、ご家族のご意向を確認している。2カ月毎にお便りを送付し、ご利用者の様子やご意見を上げやすい様に工夫している。	家族からの、個人的内容の問い合わせには都度答えている。運営推進会議報告書に関する家族代表からの問い合わせや質問はない。家族の来所が無い事も有り、運営に関する指摘や提案もない。		
11	(10)	○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	法人の会議の際に、事業所の状況報告や改善点を提案している。毎月GH会議を行っており、上記の会議の報告や職員の提案など話しやすい雰囲気を作っている。	居室担当制の提案があり導入し、居室の整理整頓や消耗品の購入等を担っている。利用者の状態変化による食事形態の変更や、ケアに関する提案は職員を中心に検討し取り入れている。管理者は、職員の心身の状態を汲み取る為、話を聴く機会を多く取り入れストレスの減少に努めている。		
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	ご利用者の笑顔を増やせるように、職員も笑顔で楽しく働けるように、労働条件の改善や各自が向上心を持って、学ぼうと思えるように心がけている			
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	定期的に小規模人数での研修を行っている。コロナ過の中、職員一人一人ができる事を日々模索しながら進めている。			
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	リモート研修などには参加したが、コロナ過の中、積極的に外部との交流は出来ていない。			

自己	者	第三	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	見学や申し込み時に家族から現在の状況を聞き取り、本人面談を行って、本人の状況・困りごと・不安に思っている事等を把握するように努めている。		
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	必ず見学に来て頂き、施設の雰囲気やケアについて話しを行っている。家族等の困っている事・不安な事・できる対応についてしっかりと説明するように心がけている。		
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	お問い合わせ後、必ず見学に来ていただき、ご家族から現状を聞き取ると共にケアマネジャーや関係機関からも情報をとり、必要な支援を検討している。また、本人面談後、施設において各階スタッフや関係者を含め入居判定会議を行っている。		
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	ご利用者の個別性を尊重し、本人の持てる力を発揮してもらい、家事などを一緒に行いながら支えあう関係を築けるよう努力している。重度になってできることが減ってきてても、いてくれることで支えあっている。		
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	家族との信頼関係を深め、何かあれば相談してもらうように努めている。入居後、施設だけで支援していくのではなく、家族とともにその都度どのような支援が良いのか一緒に考えていっている。		
20	(11)		○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	コロナ過の現在は、感染予防の為、外部の方との交流は持っていない。	コロナ感染症拡大状況下においては面会や、外部からの訪問は途絶えているが、家族からの電話を取り次いだり手紙や年賀状のやり取りの支援をしている。理美容も現在は見合わせ状態で、主治医や訪問看護師、薬局職員の来訪は継続している。	
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	ご利用者同士それぞれの関係を把握し、孤立しないようにトラブルなく安心して過ごしてもらえよう配慮している。		
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	地域でご家族に出会った際には声をかけるようにしている。また、退去後も相談事があればいつでも連絡頂けるように伝えている。		

自己	者	第三	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
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	(12)	○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	人居時には家族や在宅時のCM,医療機関などからも情報を得て、本人の興味や意向の把握に努めている。また、本人の思いを会話や行動の中からくみ取るように努めている。言語コミュニケーションが困難な方は、本人の生活歴などから思いを汲み取り支援するようにしている。	家族からの聞き取りを基に、利用者の日常会話の中から新たな情報を聴き得る事もあり情報を共有している。言葉から判断できない利用者は、2品を示し選んでもらう工夫や、表情を見逃さず判断する等で支援している。		
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	職員は利用者本人や家族、今まで利用した介護サービス事業所より得た情報から、生活歴や馴染みの暮らしなどを把握するよう努めている。入居しても地域の方との関係が切れないように、面会に来てもらえるように声掛けし、近隣の方からも情報を得るよう努めている。今年度は、コロナ禍のため出来ていない。			
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	一人一人の有する力を見極め、その日の体調も考慮しながら無理せず、ご本人の出来ることをしてもらっている。			
26	(13)	○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	計画作成担当者および職員全員で意見やアイデアを出し合い、医師や看護師の意見も取り入れ、ケアプランへとつなげている。また家族の要望も取り入れて作成へと繋げている。	介護計画は、計画作成担当者が毎月実施のモニタリング後、3か月毎に更新している。電話により家族の要望等を聞き取り、月1回のグループホーム会議で話し合いや支援経過記録からモニタリングにつなげているが、モニタリングに繋がる具体的な支援内容が乏しい。	具体的な支援内容に沿ったモニタリングができるように、システムを工夫されてはどうか。	
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	日々の関わりを通して個々の様子や気づいたことを介護日誌や個別の支援経過記録に記録し、毎月のGH会議などで話し合い、職員全体での情報共有をしながら支援し、随時介護計画の見直しを図っている。			
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	個々に応じた対応を心掛け、その時々状況に応じて、往診医、訪問看護(医療連携)や必要な医療機関との連携を図っている。			
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	包括センターや地域の方の情報をもとに地域資源が活かせるように心がけてはいるが、今年度に関しては、コロナ感染予防の為、地域資源を活用できていない。			

自己	第三	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
30	(14)	○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	往診医は緊急時に連絡が取れ、その都度相談、対応指示を受ける事が出来、利用者、家族が安心して信頼のできる医師をかかりつけ医として迎えている。必要時には、歯科、眼科、皮膚科も往診に来てもらっている。	契約時に、納得のうえ法人の協力訪問診療医を選択してもらい、日常の健康管理だけでなく緊急時の迅速な対応も可能な体制としている。他科受診が必要な場合は、主治医の紹介により連携が確保されている。	
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	グループホーム内の看護職はいないが、医療連携での訪問看護や往診医の看護師と連携して、相談や経過報告をしている。何かあればすぐに来てもらえる。※R3年4月～は医療連携加算をとり、定期的な訪問看護の支援を受けている。自立支援の訪問看護の支援を受けている方もいる。		
32	(15)	○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。	利用者が入院した時は、フェイスシート・ADLなどの情報提供を病院に行く。また、病院側からの面会許可があれば、面談に行き、状態の確認を行い医療機関と連携図りながら、早期に退院出来るように努め、退院前のカンファレンス参加と退院時には看護サマリにて情報提供を受けている。	日常の状態把握及び早めの処置により、できるだけ入院回避に努めている。入院があった場合は、家族や医療機関と密な情報交換を図り、早期退院に向け受け入れ体制を整える。利用者が落ち着いて過ごせ、家族にとっても安心できる環境となるよう心がけている。	
33	(16)	○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、事業所です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	入居時に重度化や終末期になった場合には、家族、主治医と事業所全体が納得していけるように相談しながら取り組んでいくことを説明している。体調によっては医療機関と相談し、看取りの同意をとり、看取りケアも行っている。	契約時のみならず、状態悪化があった場合は、その都度終末期への意向確認を行う。主治医の説明のもと、家族が望む看取りケアを職員がチームとなって行っている。利用者の好きな音楽をかけることもあり、こまめに声をかけ、手をさするなどして見守ることを大事にしている。	
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	事務所内に急変時のチェック項目を掲示している。避難訓練時などに救急の通報などの訓練なども行っている。		
35	(17)	○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	年2回の火災の避難訓練以外に地震津波の垂直避難の訓練を兵庫県一斉訓練の際に参加して実施している。また、避難時持ち出しファイルを作り、地域の方に協力してもらいやすいように「見守りと情報提供の依頼」の書類を作成している。	年2回の定例訓練のうち、1回は事業所独自の夜間想定訓練、もう1回は施設全体での訓練としている。うち1回は消防署立ち合いのもと、指導を受け参考にしていく。夜間に関しては、まずは外に出ることを優先し、限られた人数でできること優先すべきことなどを確認している。法人として必要な備蓄は用意している。	

自己	者 第三	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	(18)	○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	安心して生活して頂く為に、ご利用者一人一人の生活歴や人格を尊重し、ご本人が理解できる言葉で声掛けや対応に配慮している。排泄の確認などは周りに配慮し声かけする様に努めている。	人としての尊重、接遇を基本とし、そのうえで認知症の理解を深めることが大事であると考えている。一人ひとりの習慣やペースに合わせ、その生活習慣にそった声かけ、見守りに努めている。適切ではない場合は、その都度修正していく考えでいる。	
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	傾聴を心がけて、本人の思いを引き出せる様な声かけや動作で接するように努めている。利用者一人一人が自己決定できるよう尊重しながら、声かけに配慮している。		
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	職員の業務や都合に合わせるのではなく、ご利用者一人一人のペースを大切にしている。ただし、食事の時間などは食中毒予防の為、2時間以内で食べれない場合は、別の物を用意するなど対応している。		
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	訪問理美容をご利用して頂き、身だしなみやおしゃれの支援に努めている。外出にて行きつけの美容室に行くことも可能ではある。男性のご利用者には、髭剃りなどご自分でできるように支援している。		
40	(19)	○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	菜園でてきた野菜を漬物にしたり、盛り付けや洗い物などは一緒に行っている。屋上でのBBQやその月ごとの行事食・手作りおやつは一緒に用意・調理を行っている。食べる事への興味や楽しみを提供できるように支援している。また、ソフト食の方にも行事食などの時は同じようなものを提供する工夫をしている。	提携業者から調理済みの食品が届き、温めて提供している。調理形態は、個々の状態に応じとりみ、ソフト、きざみ食など細やかな対応が可能で、利用者の状態に応じて自助具の活用や職員が介助している。その日のメニューを掲示し、口頭でも紹介することで、楽しみにしてもらっている。誕生日の日のケーキは、当日のお楽しみになっている。外食ができない中、手作りや簡単な調理など楽しめる機会を工夫している。	
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	毎月、体重測定を行っている。食事摂取量や体重の減少がみられる方など状況によって、往診医と相談をしている。栄養補助食品を処方してもらう事もある。チェック表を活用し必要量の確保に努めている。透析の方などは、摂取量の制限に留意して対応している。また、一人一人の咀嚼・嚥下状況を把握し、食事形態を食べやすく調整している。できるだけ自分で食べれるように支援している。		

自己	者 第三	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
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	利用者全員に毎食後、口腔ケアをして頂けるよう支援している。義歯を使用されている方は夜間帯に洗浄剤を使用している。必要な方には、歯科の往診、治療してもらえるように支援している。歯科衛生士に月2回来てもらい口腔ケアをおこなってもらっていたが、コロナ過の現在は訪問を中止している。		
43	(20)	○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	個々の排泄間隔を把握し、自分で訴えられない方には、声掛け・誘導するように努めている。言葉による訴えだけでなく行動から察知できるよう努めている。立位・座位保持できる方に関してはトイレでの排泄を促しており、工夫も行っている。	利用者によっては周りに配慮し、さりげなくトイレへの声かけ、誘導を行っている。リハビリパンツやパットを使用の場合は、利用者に合った適切なパットの選択、交換の際はタイミングを見計らい声かけするようにしている。夜間は、個々の習慣や意向を尊重し、時間を見てトイレ誘導したり、夜間用パットを活用している。	
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	朝食時は牛乳を飲んでもらったり、ヨーグルトやイージーファイバーなども取り入れ、薬に頼らない下剤に頼らず排便が促されるようにしている。こまめに水分も摂ってもらっている。便秘の強い方に関しては、往診医に相談し、薬の処方をして頂いています。		
45	(21)	○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	週2回は入浴してもらっている。一日3人程度の入浴を行うことで、流れ作業にならず、ゆったりと入浴してもらえるようにしている。機械浴等がないため、浴槽に入れない方は、足浴しながら、しっかりと湯気を上げ寒くならないように支援している。	週2回を目安としているが、無理強いせず、職員が交代して声かけしたり、次の日に入浴してもらうなど臨機応変に対応している。重度化によりつかることが困難な場合は、シャワー浴と足浴を併用している。季節によってはゆず風呂を楽しむこともある。近年の重度化によりハード面での課題がある。	
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	年齢や体調に合わせて、日中も臥床して頂いたり、一人一人の生活ペースに合わせている。夜間の睡眠も消灯時間などは決めていない。それぞれのペースで就寝してもらっている。		
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	服薬情報は各自のファイルに閉じており、いつでも確認できるようにしている。下剤や眠剤、安定剤などは、利用者の状況に変化があれば往診医に伝え、薬局とも連携を取り、服薬の間違いないようにしている。		

自己 者 第三	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
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	入居者様それぞれが本人の持てる力を発揮し、お互いを支えあって生活ができている。掃除機掛けや食器を洗う、洗濯物をたたむなど家事を手伝ってくださる方、不穩になっている方に声かけをして落ち付かせてくださる、居てくださることで場を和らげてくださる方がいる。洋裁の得意な方は衣類の繕い物をしてもらっている。ご本人の要望によりケアプランに月1回の個別の買い物同行を実施して、気分転換を図っている方もいるが、コロナ過の現在は実施できていない。		
49	(22) ○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	できるだけ天気の良いときは地域に散歩に出掛けていたが、コロナ過の現在は外出を控えている	感染症対策により、引き続き外出できない状況であるが、気候に応じて近隣を散歩したり、気分転換を兼ねて屋上に出ることもある。花見や紅葉の時期は、ドライブがてら少人数ずつ出かけて楽しんでいる。	
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	預かり金として事務所金庫にて保管し、管理している。外出時の買い物での支払いの際は、可能な利用者に限るが、見守りのもと自身で支払いを支援しているがコロナ過の現在は行えていない。		
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	ご要望があれば、電話の取次ぎなどは支援できる。年賀状のやり取りができるように支援している。		

自己	者 第 三	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
52	(23)	○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	共用部分は季節を感じてもらえるよう作品を展示している。季節の行事を取り入れている。	定期的な換気、温湿度の管理に努めている。リビングにはソファが複数配置され、テレビを見たり個々に談笑できる。大きな手作りカレンダー、行事の写真などが掲示されている。キッチンのゆったりしたカウンターでは、利用者も盛り付けなどを手伝えるようになっている。	
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	リビングには、食卓の椅子やテレビの前にソファなどを置いてそれぞれが好きなどころで過ごせるようにしている。また、居室でゆったりと過ごせる時間も持ってもらっている。		
54	(24)	○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	住み慣れた環境に近づける為、使い慣れた箸や食器、また写真や仏壇などを持ち込んでもらい、居心地良く過ごせるよう支援している。	ドアには、表札だけでなく利用者の作品が飾られ、その人なりの雰囲気が伝わる。洗面台には、整容品や身近な物が置かれている。テレビを見たり、昼食後横になることもあり、自分のペースで過ごしている。	
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	一人一人に合った居室づくりをしている。ダンスなどには入れる場所も決めわかりやすいように工夫している。また、居室の物があると混乱してしまう方に関しては、できるだけ居室に物を置かないようにし、転倒予防を行っている。		

(様式2(1))

事業所名 グループホーム サンプラザ やすらぎ

目標達成計画

作成日 令和 4年 3月 24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	6,7,8	グループ内で高齢者虐待・身体拘束・リスクマネジメント委員会があり委員は勉強するが、研修内容を全職員に伝えきれていない。	委員会での研修内容を職員が理解し、よりよいサービスを行う。	グループ会議等で月に1回勉強会を行う。	12ヶ月
2	1,2,3,4	コロナ過の影響で家族や地域とのかかわりが薄い。施設の情報が伝わっていない。	コロナ過で外部との関りが薄れても、入居者の様子や施設内での活動が伝わっている。	2カ月に1度の‘やすらぎだより’を毎月送付する。やすらぎだよりは運営推進委員会のメンバーにも送付する。月に2回以上家族に利用者の様子を電話や手紙などで伝える。	6ヶ月
3	26,27,28	ケアプランに沿った介護記録になっていない。目標を理解せずに介護を行っている。	介護者がケアプランに沿った介護を行うことで、介護者が正確な評価を行える。	介護者に介護記録の記入の仕方を指導する。	12ヶ月
4		令和4年3月から管理者、ケアマネジャーが変更になり職員の不安が大きい。	管理者、ケアマネジャーと職員との関係を構築し、ストレスなく職員が勤務できる。	管理者、ケアマネジャーから積極的に職員に声掛けを行うことで、良好な関係を築く。	6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。