

### 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	2870200793		
法人名	有限会社トゥールース		
事業所名	グループホーム六甲		
所在地	神戸市灘区篠原伯母野山町三丁目18-11		
自己評価作成日	令和1年9月14日	評価結果市町村受理日	令和1年11月18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	<a href="http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php">http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php</a>		

#### 【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	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	令和1年10月25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)】

今ある能力を維持・向上できるように、理念のもとに利用者様一人一人にあった計画をたてて、本人・職員・ご家族が一体となって日々の生活を過ごしています。毎月行われる家族参加の食事会や茶話会を通じて情報交換・日々の生活報告を行い、ご家族と職員の連携を深め、入居生活をより安定したものにしています。さらに、春の京都夜桜見物、地域で行う盆踊り、商店街のイベント、地域生活・活動を通し、社会とのつながりが切れないよう努めています。また、中高生ボランティアの受け入れ、自治会・老人会への加入し、家族・職員・地域が連携して住みやすい環境を提供することにより、平均滞在率が長期化し、認知症で高齢であるにもかかわらず、日々の生活や行事参加など、末永く継続することができております。

#### 【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)】

2003年に開設して以来の管理者(法人代表兼ケアマネ)がケアマネ専従となり、6月から新しく法人代表兼管理者が着任した。同時に、非常勤ながら看護職員が加わったことで医療面での職員の相談相手が出来、事業所としてケアの層が厚くなった。隔月に開催される食事会や茶話会には約9割の家族が出席するとともに、午後から開催される運営推進会議に出席し、事業所の運営に協力を惜しまない姿勢である。近隣にある学園のボランティア週間で、毎年20名程の生徒が3日間来訪して庭の手入れや利用者との交流をしており、利用者は若者との触れ合いを楽しみにしている。業務面では、「掲示板システム」とスマホのメールを連動させ、LINEで情報を共有するなど進取的である。1ユニットだけという強みを活かし、アットホームで理想的なグループホームとしての更なる高みを目指されるよう期待したい。

### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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	○	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
<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	理念の共有の為、玄関やリビングに張り出し、新しい職員であっても理解できるよう努めている。年と共に変化する状況に応じて修正・上書きをしてより良いサービス提供を出来るよう努力している。	理念として①利用者の現存能力の維持。②人格の尊重と利用者の立場に立ったサービスの提供。③地域と共存して地域福祉の発展を目指す。の三項目を玄関とリビングに貼りだしている。利用者の状況に応じた個別ケアを策定する中で、理念を実践している。	
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	自治会・老人会に加入し、地域で催される行事等に参加している。地域で行われる清掃活動、盆踊りなど積極的に参加して地域との交流を図っている。	利用者個人が自治会と老人会に加入し、輪投げゲーム、折り紙教室などに参加している。近隣の学園の生徒がボランティアで訪問するのが毎年恒例で、今年は3日間で延べ60名の生徒が、利用者、家族、職員と一緒に庭の芝植えをしてくれた。	
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	2か月に1回発行している新聞は事業所、家族などに配布し、認知症の啓発に努めている。		
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	ご家族・地域の方々・福祉関係者がそれぞれの意見を出し合い、議事録を作成する。出された意見は職員にも共有し、検討・改善を行う。ご家族の出席率は9割で行事にもご参加頂き、共同作業を行う。	同日の午前中に、家族食事会か茶話会を開催しており、運営推進会議に出席する家族は6～11名と多く、利用者が3～4名参加している。連絡事項が有れば、欠席した家族に、電話、Eメール、LINEで伝えている。議事録を見る限りでは、ヒヤリハットの報告内容が不明である。	運営推進会議の中でヒヤリハットの発生状況と対策に触れ、記録に残すことをお勧めします。
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	必要に応じて行政との連携を密にし、サービスの質の向上に努めている。灘区での連絡会に参加して情報交換なども行っている。	法人の代表が交代した際には、市を度々訪問したが、通常は、地域包括を軸にして市との関係性を築いている。事業所連絡会が半年ごとに開催されており、情報交換の場として活用している。	
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	当ホームでは身体拘束はおこなっていない。玄関は24時間施錠せず、自由に出入りできる。また、定期的な研修もおこなっている。	道路に面した扉も自由に出入りが出来、必要に応じて利用者に職員が付き添っている。夜間、居室内での転倒防止の為に人感センサーを設置している利用者があるが、身体拘束にならないようなケアをしている。身体拘束適正化に関する事業所の指針、家族への説明と同意書の書式を整えており、委員会を隔月に開催し、研修を年2回実施している。	

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
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	年の事業計画にも高齢者虐待防止についての研修会を実施している。家族や職員、地域とも虐待について話し合いも行っている。	研修を毎年1回開催して虐待防止に努めている。課題は、馴れ馴れし過ぎる呼び掛けや言葉遣いであり、管理者は都度注意しているが、時間が掛かるテーマであると認識している。	
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	成年後見制度の入居者がいるため、職員もかわることもある。また、弁護士やあんしんすこやかセンターと連携して相談出来るように体制を整えている。	成年後見制度を利用している利用者があるが、後見人が訪問してくるのは稀であり、制度に関する職員の認識度は高くないと思われる。契約時に家族に説明する資料を準備しており、必要が有れば地域包括などにつなぐ体制である。	
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・介助の際は、十分に説明し、話し合いを心がけている。支援できることがあれば積極的に協力できるよう努めている。	契約前の見学を奨めている。重度化対応に関する事業所の指針を文書化しており、契約時に説明して家族から同意を取り付けている。最近契約した利用者に関して、救急搬送時に心肺蘇生を試みない意向(DNAR)の確認が出来ていない。	DNARIに関する書式の確認をお願いします。
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	食事会や茶話会、電話や面会等、意見や要望を話せる場を作り、検討・対処できるよう努めている。	毎年行っている二泊三日の旅行を、今後とも継続すべきかどうかのアンケートを家族から取った処、継続を望む声が殆どを占めた。家族から、スタッフの名前と顔が一致するような工夫の希望があり、ケア時の安全性を考慮しながら、目下検討中である。	事業所内に職員の名前と写真を貼りだすことは多くの介護サービス事業所で行われていることであり、工夫する際の選択肢に入れられたらどうであろうか。
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	現場職員と密に意見交換を行っている。インターネット掲示板を通じて職員連絡も出来る。SNSを利用した直接対話も行い、意見や提案をやすくしている。	職員の意見は「掲示板システム」やLINEなどを通じて把握する仕組みがある。食器乾燥機を買い替えたり、浴室前の床を滑らない部材に改造したりと、出来る範囲で反映させている。	
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	個々の努力や実績を公平に反映できるよう基準を設け、雇用契約の際に条件表を提示して契約を結んでいる。		
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	職員レベルに合わせた研修への参加を促している。また、職員個人からの要望に合った研修へ可能な限り参加できるようシフト調整を行い、資格取得の費用援助も行っている。		
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る	灘区内での研修への参加や、医療従事者、薬剤師との意見交換や研修棟に参加している。		

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
<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	初回面談より本人の希望を聞き取り、聞き取り困難な場合はご家族・ケアマネージャーより情報を得て、生活歴シートを作成し、掲示板で共有している。		
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	ご家族の不安や精神状態を傾聴し、ご家族の背景を理解しながら計画を立てている。本人だけでなく、ご家族の心身状態も考慮する。		
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	本人・ご家族の要望を把握し、出来る限りの対応、もしくは情報提供に努めている。		
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	過去の生活歴より得意な分野を把握し、生活に取り入れて支えあう関係づくりに努めている。日々変わる状態に合わせた距離感を意識して努めている。		
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	ご家族が気になる点、意見や希望を職員に気軽に伝えられるよう訪問時には声掛けを徹底し、食事会や茶話会でスタッフも同席し、話しやすい関係性を構築している。		
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	ご家族・近隣の方の訪問があり、入居者によっては知人が来訪され、ゆっくり過ごしていただいている。美容、病院など、馴染みの場所への外出など定期的に行い、関係を途切れないよう努めている。	隔月に開催する家族との食事会と茶話会を通じて、利用者と家族との関係性が継続できるよう支援している。隔月に発行している事業所新聞(A4 10枚)で、盆踊り、夜店見物、七夕などの催し物、誕生日祝い、畑づくり、散歩など、利用者の日頃の様子や表情を伝えている。	
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	それぞれの相性や性格などを考え、入居者同士が声をかけやすい席や、活動しやすいメンバー構成を考えながら、支援、共同生活をおこなっている。		

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
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	退去した入居者のご家族も時折足を運べるような関係性を意識しておこなっている。行事の参加への声掛けをして既存家族や職員との関係継続とともに働きかけている。		
<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	(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	散歩や買い物などは常に声掛けを実施し、本人の意向を確認する。日常会話から本人の意向を確認し、行事やイベントに役立てている。	コミュニケーションが難しい利用者が数名ある。日常生活の会話の中から類推したり、家族から聴いて確認したり、又、入居当時に把握していた嗜好などを職員間で情報共有しながら、ケアに活かしている。	
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	馴染みの暮らし方が出来るよう、本人・ご家族から生活歴を教えていただき、情報を共有。居室には馴染みの物(本人の家具や私物)を置き、生活環境の変化を少なくしている。		
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	日常生活のチェックシートを作成し、心身状態の変化が確認できるようにしている。また、状態の変化があった場合、掲示板を通じて職員間で情報共有している。		
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	職員間で、目標、援助内容、評価の検討会を行い、入居者状態にそった介護計画を作成し、支援を行っている。また、作成した介護計画、援助内容は入居者、ご家族の説明・同意を得てすすめている。	全ての職員が全ての利用者のケアを担当している。「掲示板システム」に入力したケア内容の内、必要な項目を選んでメール発信でき、シフトに入る前の職員もスマホで事前確認が出来る。基本、半年ごとに全職員でモニタリング内容を検討し、管理者の意見を加味して、ケアマネが計画を策定している。家族への説明は、食事会か茶話会の場、若しくは郵送後に電話で説明している。	
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	パソコンにて日々の様子を記録し、重要な情報は掲示板に記入・メール連絡にて共有している。その中でこれまでの支援内容を検証・再検討し、見直しを行っている。		
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	スタッフに看護師を加え、医療面でのサポートを追加。本人・ご家族の希望にこたえられるようスタッフを増員している。		

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
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	近隣の学校、自治会・老人会・かかりつけ薬剤師・訪問マッサージ・鍼灸師・医師の往診等必要に応じて資源の活用をおこなっている。		
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	入居者・ご家族の意向を含めた上で主治医と連携を取っている。外出可能な方は病院に受診し、かかりつけ薬局にて薬剤の説明・管理を受けている。	数名の利用者は元々のかかりつけ医に継続受診しているが、契約時に殆どの利用者は意向を確認し、事業所の協力医療機関をかかりつけ医にしている。看取りの状態になった時は家族の意向を確認して、訪問診療医と訪問看護師と契約している。	
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	入居者に異変があった場合、看護師へ連絡し、看護師の指示で受診等の判断を行う。看護師は定期的に訪問し、入居者の状態を把握している。		
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。	入院された入居者には、定期的に職員が面会し、その都度医師や看護師、MSWとの情報交換・意見交換を行い、ご家族との情報交換を密にすることで早期退院に向けた連携を図っている。	入院時は利用者の生活情報を医療機関に伝え、定期的に面会し経過等の情報を得ている。退院時カンファレンスに家族と共に参加し、早期の退院に向けた話し合いの上、受け入れ態勢を整えている。	
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	重度化した場合の指針を説明している。ただ、一律に対応するのではなく、ご家族の意向と事業所の出来る事を説明し、医師と連携して対応している。	契約時に、事業所で出来る事と出来ない事を伝え、重度化に関する指針を示し家族の了承を得ている。今年、3名の看取りを行った。見取りの指針については、利用者の状況により医師よりもらっている。退院の見込みが立たない利用者以外は、家族の希望があれば居室の確保は制限なく可能としている。	
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	定期的に取り組み各自が対応できるように取り組んでいる。急変時の連絡先、対応方法をまとめている。		
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回避難訓練を行い、年1回の水害訓練を実施している。また、その際に消防署から指導を受けている。	消防署立ち合いで水害想定避難を含め、年3回避難訓練をしている。土砂崩れの恐れは殆どないと思うが、災害時は垂直避難が妥当と管理者は考えている。非常時の水や食料の備蓄はあるが、非常用持ち出し袋の準備は出来てなく、地域住民に訓練参加の依頼まではしていない。	非常用持ち出し袋を用意されてはいいかがか。 運営推進会議等で、地域に避難訓練の参加の呼びかけをされてはいいかがか。

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
<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	(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	入居者一人一人の尊厳に配慮したコミュニケーションを心がけている。家族同然の関係だが節度をわきまえて接している。	利用者は、名字もしくは入所前の慣例により名前に「さん」を付け呼んでいる。排泄や入浴等はさり気なく誘導している。入浴の拒否がある利用者の場合は、本人と一緒に居室に行き着替えなどの準備をし、気持ちの変化を待つて対応する等、利用者の意思を尊重した対応をしている。	
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	利用者と密に関わって行く事で、その入居者が何を望んでいるのか、心の中を理解していくように努め、入居者が安全で安心した自己決定できるように心がけている。		
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	1人1人の生活のペースに合わせてこれまでの生活歴や、生活習慣に沿った暮らしに近づけるように支援している。		
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	理容・美容は入居者・ご家族の希望にそって支援している。髪型や洋服は入居者の希望を尊重している。		
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	毎食の買い物、料理の準備、後片付けを入居者と共におこなっている。入居者は身体能力、気分に応じて参加している。	食材の買い物を始め、全てに利用者が関われる様配慮している。食事の準備は、野菜の皮むきや切り刻み、盛り付け等1人ひとりが出来る事を職員と一緒にやっている。食後の下膳を手伝う利用者も数名いる。季節が来れば野菜作りも予定している。	
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	1人1人の身体状況を考慮して栄養摂取や水分補給の支援を行っている。嚥下状態に応じた食事形態をとっている。		
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	食後は入居者自身で入れ歯の洗浄、歯磨きをしていただく。困難な方はスタッフが義歯管理、口腔ケアを実施している。		



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
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	入居者に応じた支援を実施している。排泄タイミングが合わない方はチェック表を使い、なるべく失敗しないよう努めている。	時々排泄の失敗もあるが、ほぼ全員がトイレで排泄している。入院先から直接入所した利用者が、おむつ使用であったが1週間で現在は紙パンツとパットに変更し、トイレで排泄している。排便は下剤に頼らず、水分量や食事内容を工夫し対応している。	
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	入居者の生活歴に応じた体力づくり・運動、定期的な水分補給、食事、咀嚼状態などをチェックし、入浴・安眠と生活リズムを考えた環境づくりをおこなっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴できるよう準備している。入居者の入浴状況をチェックし、入浴期間が空きすぎないように注意している。	毎日午後から自由に入浴できる体制をとっている。少なくとも週に2回入れるよう確保し、希望者は週に何度でも入浴できるよう配慮している。洋風のバスをまたぎやすく安全に入れるような工夫をしている。	
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	入居者の生活習慣や生活リズムを尊重している。不安で眠れない場合は話を聞いて安心できるよう努めている。		
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	かかりつけ薬局が薬を保管管理場所へ直接保管し、職員との2重チェックを行っている。主治医への相談や確認もしながら体調確認を行っている。変更時にはその都度掲示板にて職員と共有している。		
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	職員と共に、身体能力に応じた役割をこなすことにより、必要とされたり感謝されたり充実感を得ていただく。また、趣味や嗜好を把握し、支援に努めている。		
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支援している	入居者個々の能力に応じ、食材や日用品の買い物、近所への散歩等、本人の希望に沿って外出している。また、毎年1回二泊三日の旅行に行ったり、春には京都丸山公園に夜桜見物、夏は盆踊りなど外出を積極的に支援している。	利用者は日々散歩したり、交代で食材の買い物に出かけている。家族が付き添って行きつけの美容室に行く利用者もある。毎年行っている2泊3日の旅行に出かけたり、夜桜見物や地域の催し等、外出の機会を多く作っている。	



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
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	買物や旅行時には自分のお金を管理し、自由に商品の購入を楽しんだりする機会をつくっている。		
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	本人の希望に沿って、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	リビングには観葉植物、玄関先には腰掛を置き、家庭的な環境づくりを心がけている。また、台所周りには多くの入居者が料理づくりに関われるよう環境を整えている。	広いリビングが台所に隣接しており、利用者は自由に行き来し家庭的な雰囲気を楽しんでいる。利用者の居室は1階と2階に分かれており、広い階段を上がり降りする事が生活リハビリに成っている。リビングから見える庭の木々から自然が感じられ、利用者は思い思いの場で居心地良く過ごしている。	
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	席の配置は、入居者同士の相性を考慮している。ソファや腰掛を置くことで入居者同士のコミュニケーションの場を作っている。また、新聞や雑誌の設置することで一人の時間を楽める機会も作っている。		
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	家具や布団、カーテンなど、本人の馴染みのあるものを持ち込んでいただき、住み慣れた環境を整え、居心地の良い環境づくりを基本にしている。	居室入り口に表札は無く自宅の一室に居る感覚である。利用者の多くは、畳にジュタンを敷いたりベッドを置いたりしている。居室は全体に広く収納庫が多いので、整理整頓されている。椅子や使い慣れた家具、位牌等が配置され個性豊かな環境に成っている。	
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	入居者の身体能力に応じて手すりの設置を行っている。安全に配慮して、適度な段差を残すなどして現在有する身体能力を維持できるよう環境づくりを行っている。		

(様式2)

事業所名: グループホーム六甲

## 目標達成計画

作成日: 令和1年11月15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	4	運営推進会議の中でヒヤリハットの発生状況と対策に触れられていない。	掲示板に記載しているヒヤリハットをわかりやすくまとめ、運営推進会議にて状況と対策を報告し、記録に残す。	掲示板に記録しているヒヤリハットを運営推進会議実施月の前月末に取りまとめ、対策を立てて運営推進会議にて報告・記録を行う。	3月
2	9	DNARIに関する書式の確認が出来ていない。	DNARIに関する資料を取りまとめ、入居時や定期的に確認を行う。	DNARIに関する書式をネット上で検索し、運営推進会議を利用して説明・記入をお願いする。	3月
3	10	ご家族よりスタッフの名前と顔が一致する工夫の希望があった。	職員一同に説明をし、同意を得て顔写真付き名簿を作成し、リビングに掲示する。	職員会議にてご家族の希望を説明し、職員より写真を提出してもらい、職員名簿を作成し、リビングに掲示する。	3月
4	35	非常用持出袋が用意されていない。	非常時に必要な情報を取りまとめ、いかなる場合でも持ち出せるよう準備する。	利用者様の情報を取りまとめ、掲示板システムに利用者情報を掲示することにより、どこからでも取り出せる状態にする。	6月
5					月

(様式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】		取り組んだ内容	
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( )