

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	2872700360		
法人名	社会福祉法人 正峰会		
事業所名	グループホーム さくらんぼ(母屋・新宅)		
所在地	兵庫県西脇市黒田庄町黒田1601-30番地		
自己評価作成日	平成31年3月20日	評価結果市町村受理日	令和 元年 5月 13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.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/28/index.php
----------	---

【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	平成31年3月28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)】

・個々の能力に合わせて、出来ることは役割につなげ、出来る事を出発点として繋がる様支援を行っております。また、認知症であっても、普通の暮らし(食べること・トイレでの排泄・足を地面につけることなど)に取り組み、認知症の進行を遅らせたり、下肢筋力・体力の維持に努めております。
 ・看取りケアには、積極的に取り組んでおり最後まで馴染みの環境にて、安心して暮らせるよう医療関係者・家族様との連携を図っております。

【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)】

開設後15年を迎え、法人医療機関やその他の併設事業所と共に地域になくはない福祉資源として成長してきた。一人で散歩する利用者に声を掛けてくれたり、避難訓練では協力員として参加したり、事業所主催の夏祭りでは模擬店の準備段階から携わってくださるといったように、住民の理解と協力の意識が高い恵まれた地域環境である。今年度の台風直撃の折には、事業所横の川の水門を閉じたことで水害の危険性が上がり、区長の知らせで利用者全員が公民館での避難生活を経験した。職員は法人の職能チェックにより、それぞれの個人目標を掲げて管理者に今後の進路について相談に乗ってもらえる。自由に出入りする利用者をリスクを踏まえたうえで支える職員と、事業所の運営方法に信頼を寄せる家族の温かいまなざしが、最期まで地域で生きる利用者の人生を彩っている。今後とも、利用者主体の事業所であることを願ってやまない。

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 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、生き生きと働いている (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
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	事業所独自の理念を作り、個別ケアの実践と残存能力の維持向上に努めている。 また、法人の基本理念・GHの基本方針とともに事務所に掲示している。 また、朝礼でクレドの唱和を行なっている。	法人理念と事業所の基本理念、基本方針を額装し、事務所に掲示している。「その手で誰かに幸せにしよう」等の5項目のクレド(ラテン語で信条・約束)は名札とともに携帯して、ケアの現場で行き詰まった時には必ず立ち返るように、職員に指導している。	
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人として日常的に交流している	地域のボランティアを通じ、交流を図っている。 また、地域行事への参加・協力や施設行事への協力等をお願いし交流を図っている。	自治会に加入しており、次年度からは行事の実行委員として参加する予定である。お祭りでは模擬店の手伝いをする。区長、副区長、民生委員が協力的で、事業所の行事に準備段階から進んで参加してくれている。法人の保育園児が歌の披露に訪れたり、中学生のトライやるウィークも受け入れている。	
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	事業所独自では、積極的に発信は行っていないが、運営推進会議を通して、理解を深めていたが、		
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、近況報告を行い意見を頂くようにしている。また、ISO受審結果・第三者評価結果や、半期の報告・アンケート結果を報告し意見をいただいている。また、避難訓練に参加して頂きサービスの向上につなげている。	隔月に1回、月末に開催している。毎回多くの家族が参加して、活発な情報交換の場になっている。避難訓練時に火元から遠い裏口等からの避難を考えるべきではとの提案を受けて避難経路を変更したり、ヒヤリハットの出し方についてのアドバイスを受け、実践に反映できるように検討した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	市町村担当者とは、運営推進会議を通じ連携を図っている。	市担当者とは介護申請や主治医意見書等の書類のやり取りで連携を図っている。今年度、近隣に地域包括支援センターが開設され、より地域からの情報が寄せられるようになった。法人内のグループホームで、情報交換を図り運営に反映している。	
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	開設当初より、玄関の施錠は行っておらず、ベッド柵に関しても入居者様の状態に応じて、必要な場合は使用している。事業所を入居者様の自宅と捉え、一般家庭で行わない拘束については実施してはいけないと捉えケアを行っている。	今年度の法改正では、身体拘束等の適正化の指針を準備して、事業所内のリスクマネジメント委員会が身体拘束適正化委員会を兼務しており、研修を定期的実施している。玄関の施錠はなく、1人で近所を散歩する利用者もあり、家族の同意も得て自由に出入りしている。	

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	虐待については、普段から小さなアザ等も事故と捉え、介助方法の改善に努めている。 職員については、出勤時の表情や状態を見ながら、声をかけるように努めている。	虐待研修は年間研修計画に入っており、法人職員が講師となり定期的に行っている。欠席の職員は、各ユニット会議や伝達研修で理解を深めている。職員のストレスチェックは、スマートフォンや紙ベースのシステムがあり、毎年1回実施され職員のメンタルヘルスに配慮している。	
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	成年後見人制度を利用されている方は居られない。内部の研修としては、パンフレット等を使用して実施している。	前年度の目標達成計画項目である。年間の研修計画に入れて、法人の看護師が講師となって研修を実施している。契約時に家族へ成年後見制度について、説明はしていない。	契約時に家族へパンフレットを渡し、概要を説明してはどうか。
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	契約時には、時間をかけて重要事項等と一緒に説明し、納得頂いてから同意を得ている。また、改定時にはその都度連絡を行い、理解と納得を得られるよう努めている。	申し込み後に検討をして、本人面談後に契約となっている。基本的に医療行為が必要な場合は断り、インシュリンは服薬での調整が可能になれば入居できることとしている。家族からは洗濯は家族がするのか、いつまで置いてもらえるのかの質問が出る。契約時に、重度化や看取りについてのその時点での希望を聞いて、同意書ももらっている。	
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	面会時や、電話等で頂いた意見に関しては、職員間で話し合い、迅速に対応するよう心がけている。また、報告書にて周知を行っている。	事業所の行事では、2ユニットの家族と一緒に作業をするので、家族同士が同級生であることが判明する等、活発に交流が行われている。満足度アンケートで出た意見には、必ず返答をしており、広報委員会の作る年3回の広報誌に、意見への回答を掲載した例もある。	
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	日常的に、話しやすい環境をつくり、いつでも話を聞けるようにしている。また、年に2回個人面談を行い、悩みや相談を受けている。個人的な相談については、状況を見ながら、本人の思いが反映できるよう努めている。	ユニット会議や職能チェックリストに沿った自己評価の作成時の面談で、職員からの意見を聴いている。業務に関する意見や委員会(行事・リスク・広報・サービス向上)からの意見や提案には、迅速に対応している。	
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	年2回の個別面談時に、半年ごとの目標を話し合い、目標が達成できるよう、毎月の振り返りとして業務報告書を提出してもらっている。提出された内容については、アドバイス等を行い、向上心を持てるよう努めている。		

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
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	年2回、チェックリストにより、個々の能力を把握している。また、必要に応じて、外部研修や法人内研修に参加していただいている。内部研修については、ユニットミーティング等を利用し、全職員が受けられるよう配慮している。		
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	法人内研修にて、同業者との交流を図ったり、近隣のGHとの交流を行い互いに相談しあうこともある。		
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	面接時に、本人の不安や希望されること等について、ゆっくりと傾聴し安心して利用できるよう思いを受け止めながら対応を行っている。		
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	入居申込時には、家族の不安や困っておられる事を傾聴し、安心して利用できるように対応を行っている。また、相談等があれば、いつでも連絡していただくよう伝えている。		
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	申し込み時や面接時の様子や情報より、利用者にとって一番必要とされているサービスを見極め、在宅サービスや他事業所の利用を視野に入れながら対応を行っている。		
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	日常生活の中で、今まで続けてこられたことや出来そうな事を見ながら、職員と一緒に頂いている。また、野菜づくりや花壇の整備については、昔の知恵などを教えていただきながら取り組んでいる。		
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	年末年始の、外出・外泊等に取り組み、ホーム内での行事にも参加を呼びかけ、ともに過ごしていただける機会を設けている。また、年3回の広報誌の発行と、面会時を通して、日常の様子を伝え関係の構築に努めている。		

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
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	これまで、大切にされてきた馴染みの人や、友人・親戚等の面会については、積極的に受け入れている。 自宅を気にされる時には、家族と相談し自宅にも訪れている。	訪問客が多く、少ない利用者でも2~3か月に1回は家族が来訪しており、近所の知人や友人も来訪している。玄関には公衆電話が設置されているが、利用者は事務所の電話を使用している。携帯電話を利用している利用者もある。生け花の先生がお稽古に来ており、利用者の居室や玄関には生け花が飾られている。	
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	少人数での、散歩・外出を行い話しやすい環境を提供している。また、仲の良い利用者同士が、一緒に過ごせるよう配慮を行っている。孤立しがちな利用者さんに対しては、職員が間に入り仲介役を行っている。		
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	同グループ内に、様々な事業所があり、入院により利用終了の場合には、時々お見舞いに行き様子を伺ったり、他施設に移られた場合でも、家族様からの相談等を受け入れている。		
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	(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	利用者が、何を求め望んでいるかを知るために、本人の言葉・行動・表情から推測し把握に努めている。また、家族様より情報を得ることで、本人の生活や生活歴を知り思いにつなげている。	各職員が利用者1~2名の居室担当として部屋の整理や家族へプラン作成に関しての意向確認書の記入依頼、介護計画の作成を担っている。コミュニケーションの困難な利用者があり、笑顔で接すると利用者の理解が進む場合があり、職員全員で情報共有している。	
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	入居に至るまでの経緯を、バックグラウンドに出来るだけ詳しく記入していただき、「その人らしい生活」が送れるように努めている。		
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	毎月実施している、モニタリングから本人の現状を把握し、アセスメントシートより「出来ること・出来そうなこと・出来ないこと」の評価を行っているが、アセスメントシートに関しては、今後検討が必要かと思われる。		

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
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	利用者の、現状を把握し本人の思いを汲み取った上で、家族には事前に希望調査票を送付し思いを伺っている。双方の希望に添えるよう、職員間で話し合いを行い、場合によっては主治医・看護師の意見を聞きながら、介護計画の作成を行っている。	入職時研修で記録の書き方を指導して、分かりやすい記録が書けるまで管理者がチェックしている。利用者は入居後1か月は暫定介護計画で始まり、1か月毎のモニタリングと半年後のアセスメントで介護計画を見直している。今後は電子カルテの利用に移行して、法人全体での情報共有を目指している。	
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	「誰が・いつ・何を・どのようにして・どう対応したのか」を基本に、本人の行動や訴えに対して、職員の行動等を記録に残している。また、記録や業務日誌から情報を共有し、介護計画にも反映させている。		
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	利用者・家族の状況を踏まえて、「その人らしい生活」が送れるよう、可能な限り対応を行っている。死亡された場合の対応についても、家族の要望に答えている。		
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	近隣のスーパーに出かけ、必要な物品を選んでもらっている。また、近隣の美容室やお好み焼き屋さんにも出かけて行き、顔見知りになれるように努めている。一人で、散歩される方に関しては、見かけた時に地域の方も声をかけてくださっている。		
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	入居前に利用されていた、かかりつけ医からの情報を提供していただき、希望に添えるように協力病院に繋いでいる。利用者・家族の希望に応じて、これまでのかかりつけ医への受診等も継続していただいている。	利用者家族の希望で、入所前のかかりつけ医に受診している利用者もあるが、大方の利用者は、法人の医療機関をかかりつけ医にしている。法人の医療機関は多くの科を有するが、利用者が希望する他科受診には職員の付き添いで受診している。	
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	医療連携体制の契約を結んでいる、同グループ内の訪問看護が、週に1回定期的に状態をみに来てくれている。また、気がついたことがあれば、相談を行い場合によっては、医師に繋いでもらっている。		

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
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。	ホームの母体が、協力医療機関のため、ほとんどがそこでの入院となっている。入院時には、職員がほぼ毎日様子を見に行ったり、必要に応じて食事介助を行っている。また、状態を把握するため、連携室との連絡を密に取り、退院時にはカンファレンスを行い早期退院につなげている。	入院先は殆どが法人の医療機関で有り、情報交換がスムーズで連携が取りやすい。入院中は、毎日職員が見舞いに行き、医師や看護師から情報を得て状態把握に努めている。法人の訪問看護師との連絡体制も取れ、早期に退院できる様働きかけられている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期(看取り)については、入居される時に希望を聞き同意を得ている。ただ、医師より終末期の宣告があった時には、改めて意向確認により今後の方向性を相談することになっている。家族の思いを汲み取った上で、医療関係者と連携を行い、終末期ケアに取り組んでいる。	重度化や終末期、看取りに関する指針を示し同意書をもらい、終末期には医師の指示の下、再度意思確認書も得ている。今年度は悪性腫瘍の利用者が居り、急速に状態が悪化したのが家族の思いに沿い、主治医と24時間対応の訪問看護師、職員の連携で穏やかに看取る事が出来た。	
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	救急救命法(心肺蘇生法)については、年1回実施している。実際に、AEDを使用し対応したこともあるが、全職員が冷静に判断できるとは言い切れない。		
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	避難訓練は年2回実施しており、訓練にも参加していただいている。また、結果を運営推進会議でも報告している。また、地域の自主防災会にも組み込んでいただいております。何かあった時の協力員さんも配置していただいております。協力員さんはホームのことを知ってくださっている。	事業所は、夜間想定も含め年2回の避難訓練を実施している。管理者は地域の自主防災訓練に参加し、事業所に災害の恐れがある時は、積極的に協力する体制が取られている等、区長を始め地域住民との関係性は良好である。	
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	出来なくなってしまうこと、分からなくなってしまうことに関しては、本人の自尊心を傷つけないよう配慮している。また、排泄については、特に重要視しており、声のかけ方や着替え等にも気を配っている。	事業所職員は、個人の疾患や言われて困る事や嫌な事を、大きな声で言わない事を申し合わせている。利用者の呼び方は、同性の利用者が数名居り、名前にさん付けで呼ぶ人が多い。意思表示が困難な利用者には、選択肢を本人に並べて見てもらい、頷きにより判断している。	
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	日常生活の中で、希望されていることに関しては、可能な限り対応を行っている。また、本人が選択しやすいような声掛けを心がけている。		
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	本人の要望や、ペースに合わせてケアを実施しているが、場合によっては職員の都合で動いて頂く事もある。		

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
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	好みの服や化粧品等を持ち込んでいただき、外出時には少しお洒落をしていただけるよう工夫している。		
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	同グループ内の、給食センターで作られた副菜を利用者と共に盛り付けている。また、週に1~2回ホームで食事を作っており、献立や準備・片付け等と一緒にやっている。	献立と主菜副菜等は法人の給食センターから届き、事業所で盛り付けている。土曜日は事業所で利用者とメニューを決め、一緒に買い物に行き手作りし職員も一緒に食している。鍋や食器洗いは、毎回利用者が中心に行っている。	
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	減塩食で、カロリー計算された食事の提供と、状態によってはムース食・腎臓食・糖尿食などの提供を行なっている。また、本人の状態に合わせて、食事の提供時間をずらすこともある。		
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	毎食後の口腔ケアは実施できてはいないが、起床時・就寝時には必ず行っている。また、機能低下により援助が必要な方に関しては、介助を行ったり口腔内をガーゼで拭き清潔を保てるよう支援している。		
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	おむつやリハビリパンツの使用は、基本的に取り入れておらず、布パンツにパットの使用を行っている。また、排泄のリズムを図るために、尿量の測定やパット内での排泄の間隔を図っている。日中に関しては、基本的に声掛けを行い、トイレまで行って頂いている。	利用者のほぼ全員が、布パンツ使用しトイレで排泄をしている。排泄時の声掛けは「一緒に来てもらえますか？」に統一し、排泄誘導が他の利用者に分かりにくい声掛けをしている。職員は、利用者の排泄用品等を、リビング内で持ち歩かない事を意識した対応をしている。	
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	個々の、排便のペースを探り、必要な方に対しては個別に乳製品の購入等を行っている。また、水分に関しては、声掛けを行い負担にならない程度に飲んでいただいている。出来るだけ便薬については使用しないよう考えている。		
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	毎日入浴を希望される時には、可能な限り毎日入浴していただいている。また、個々により入浴の時間が異なるため、時間帯には配慮を行っている。入浴は決まった曜日があるわけではなく、毎日行っており季節に応じてゆず湯や菖蒲湯等の提供を行っている。	入浴は、週に2~3回を目処に、午後3時半頃から8時頃まで入浴が出来、希望者は毎日でも入れる等柔軟に対応している。浴室は、リビングや廊下から見えない位置に有り、脱衣室はドアで仕切られプライバシーに配慮している。菖蒲湯やゆず湯等入浴が楽しめる工夫もしている。	

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
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	休まれる時間も、個々によって違っているので、声掛けを行い「寝るわ」と言われた時に、居室に案内するようにしている。また、眠前薬を服用されている方については、出来るだけ中止できるように関わっている。		
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	薬の目的や副作用については、お薬リストで周知している。また、薬の重要性を周知し、適切に服薬ができるよう支援している。症状に変化があった場合には、主治医に相談し対応を行っている。		
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	日常生活の中で、それぞれに役割を持ってもらい「自分は、必要とされている」と感じていただけるように支援している。また、趣味や得意なことを活かせるよう、機会や場面を作っている。		
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に支援している	誕生日や年末年始を中心に、家族と外出していただく機会を設けている。また、天候を見ながら、散歩に出かけたり、週2回のアクアへの参加、週に1～3回の買い物等にも出かけていただいている。	1人でジムに通っている利用者や、1日何度も1人で散歩に出る利用者も有る。利用者の半分程度は外食や墓参に家族と一緒に出掛けている。利用者の買い物日を決め、交代で出かけたり近隣の散歩や庭で外気浴もしている。法人のバスでお花見に出かけたり、職員が送迎し行きつけの美容室や理髪店に行っている利用者が多い。	
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	基本的に、現金の預かりは行っていないが、利用者本人と家族の強い希望があれば、本人(家族)管理にて所持していただいている。		
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	電話は、自由に使えるようになっているが、耳が遠くなっておられる利用者が多いため、利用される方は少ない。		

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
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	玄関は、少し腰を掛けられるように椅子を設置している。また、台所などの共有スペースについては、天候により照明の調節を行ったり、カーテンの使用方法にも工夫を行い、不快のないよう対応している。 共有スペースには、温度計・湿度計を設置し加湿器等で調整している。	母屋と、新宅の2ユニットの両方の玄関から自由に出入りでき、リビングは大きな窓で明るい空間である。中庭を回廊が取り囲み、居室は回廊で行き来でき壁面には絵画が掲げられ、鉢植えや生花が所々に置かれ、高級旅館の様な趣がある。利用者はリビングや、廊下の籐のテーブルと椅子等、それぞれの場所で寛いでいる。	
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	リビングにソファを置き、気の合う方同士が会話を楽しめるよう工夫を行っている。 天気の良い時には、日光浴を兼ねて、玄関先の椅子に座り会話を楽しんでいる。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の協力を基に、個々の生活習慣に重点を置き、家族の写真・ご主人の位牌・馴染みのある家具等を持ち込んでいただいている。また、一人で過ごされる時には、さりげなく見守りを行っている。	事業所からは、空調機や洗面台、ベッドや整理ダンスが準備され、利用者は机や椅子を持ち込み、家族の写真や遺影を飾りテーブル上に生花を生けている。収納庫等に物品を片付けており、居室は清潔で掃除が行き届きいている。	
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	居室の表札を、各自で選んでいただいたり、自宅で使ってこられた表札や自分で作っていただいた物を使用し、自分の部屋を把握できるよう工夫している。 トイレについては、「便所」と表示し混乱を防ぐように対応している。		

(様式2(1))

事業所名: グループホーム さくらんぼ

目標達成計画

作成日: 令和 元 年 5 月 10 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	8 (7)	・成年後見人制度について、契約時に家族へパンフレットを渡し、概要を説明してはいかがか。 戸の意見を頂いた。	・31年度からは、パンフレットを渡し簡単に説明を行い知っていただく	・契約時にパンフレットを準備し、手渡しを行ない簡単に説明をさせていただく。	6カ月
2					月
3					月
4					月
5					月

(様式2(2))

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()