

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 3 月 16 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3493900017		
法人名	医療法人社団 ひがしの会		
事業所名	グループホームきんせん花		
所在地	広島県豊田郡大崎上島町木江5017番地		
	電話番号	0846-67-0107	
自己評価作成日	平成 29 年 2 月 20 日	評価結果市町村受理日	平成 29 年 7 月 24 日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 29 年 3 月 2 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)】

グループホームきんせん花のコンセプト・取り組みは、「この島で暮らしたい」「その人らしく」「専門職との連携」です。ご自宅での生活が不安になられても、長年住み慣れたこの島でその人らしく暮らしていただけるよう、お客様の主体性を大切に「個別ケア」を実践しております。施設の畑ではお客様と職員と一緒に野菜を育てています。収穫した野菜はお客様と一緒に調理し、食事としても提供しています。また、同法人の介護老人保健施設の専門職との連携を行っており、作業・理学療法士の臨時訪問によりお客様の機能回復訓練等の指導を受け、ケアに反映させております。

【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)】

長閑で温暖な気候に恵まれ、島内でも利便性の良い場所に立地し、災害時の避難場所である体育館がすぐそばにある。利用者全員や職員の多くが島内の方であり、慣れ親しんだ土地での生活は、習慣や行事など共通の話題が豊富にあり、認知症の利用者にとって環境を急激に変えることなく、不安が少ない。日々の暮らしに於いても時期の良い時には敷地内の畑で野菜を作り、収穫を楽しみ、一緒に調理し、また、新聞を購読される方や、携帯電話を持たれている方、知人や家族の支援で美容院に行かれパーマをかけられる方などこれまでとあまり変わりなく生活し、利用者の満足度に繋がっている。パン屋さんが週2回訪問販売され、利用者が自由に好きなものを選ぶ機会があるので、出かけるのが難しい利用者にとっても楽しみが持てる。事業所は法人の理念、目標を基軸として事業所目標を設定し、プラス、コンセプトにある3つの取り組みを大切に日々のケアに活かすよう取り組んでいる。個人目標も併せて進捗状況を定期的に確認し、自己評価で細かい部分を再確認するなど、ケアの原点に戻り一つ一つ点検する仕組みができています。毎年実施している家族アンケート調査も恒例となり、結果内容や改善項目を明らかにし、アンケートが活用されている。今後も質の向上に積極的に取り組み、地域と更に連携を深め、地域に根付いていかれる事業所となられることに期待したい。

自己評価および外部評価結果

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	グループの理念「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」と毎年設定の法人目標をもとに事業所目標を設定している。事業所目標をもとに各職員は年間2回(上期・下期)の個人目標を設定する。個人目標の進捗状況については、毎月の職員会議で確認を行っている。年度末には達成度を評価し、次年度の取り組みにつなげている。	理念に基づいた法人目標を基軸に事業所目標を立て更に個人目標に落とし込み職員会議の中で進捗状況を確認する。上期、下期末に自己評価と上司の評価を行い達成度を確認する。こやまケア実践評価の中でサービスの細かい部分について再確認する機会もある。	
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	町内の運動会・夏祭り・清掃活動などの行事に積極的に参加している。地元の商店の協力でお菓子等の訪問販売を実施し、お客様にお買い物の楽しみを提供している。地域の折り紙サークルの方々に協力いただき、折り紙教室を開催している。毎日の散歩(職員同行)でも近隣の方々と挨拶・会話をされ交流いただいている。	利用者は全員島内の方で、行事もなじみが深く、回覧で情報を得、利用者とともに参加し、住民や知人と交流する機会がある。昨年は行事が中止になることもあったが交流の機会を大切に状況をみて参加する。折り紙教室のボランティアの先生方は近隣の方で利用者とも気軽な関係が築かれている。	
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	他法人の指定障害者福祉サービス事業所と連携し、施設の駐車場でパンの移動販売を実施している。また民間事業者のパン販売も実施している。近所の方々が購入に來られ、お客様と交流されている。		
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	施設の運営状況や行事・職員研修等の報告を行い、各委員より意見・提案をいただき、サービスの向上につなげている。 また、お客様のご家族様へ定期的に送付しているお客様の日常写真をまとめたDVDを鑑賞していただき、お客様のご様子を確認いただいている。	1か月前に参加者に予定を聞き日程調整をし、定期的開催している。利用者の日頃の様子を細かく伝え、消防訓練実施内容や事業所が直面する課題も挙げ、意見をもらいサービスに活かすよう取り組んでいる。	参加者がやや固定化しているため、地域の理解や協力を得るために町内会や老人会等幅広い分野の方々に積極的に参加要請をし、多くの意見を参考に災害時の協力体制の構築など有効性にも期待したい。
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	市町担当者には毎回運営推進会議に参加いただき、運営状況の把握とアドバイスをいただいている。入院を伴うような重大な事故や入退居があった場合には、遅滞なく報告を行っている。地域のケアマネ協議会には職員が必ず参加し、連携強化・情報交換を行っている。	運営推進会議に毎回出席してもらっているので実情は把握し、より具体的なアドバイスがもらえる。地域ケアマネ協議会に参加して情報交換や勉強会を行い質の向上やサービスに活かしている。	
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	身体拘束防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。また、いつでも確認出来るよう身体拘束防止マニュアルを整備し、事務所に設置している。	法人内の他施設と合同で行う勉強会に新人を優先に参加、拘束について学んでいる。職員は見守りを重視して利用者の行動を把握し、安全に配慮した上で自由に過ごしてもらおう。言葉の拘束も意識し、転倒の危険性の高い方には状況をみてセンサーマットを使用している。	
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	同法人の介護老人保健施設と連携、高齢者虐待防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。		

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
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	同法人の介護老人保健施設と連携、権利擁護・プライバシー保護について研修・勉強会にて学ぶ機会を設けている。		
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	契約時は管理者・ケアマネが対応し、お客様・ご家族様が納得し理解できるよう十分な説明を行っている。不安な点や疑問点がないかを尋ね対応している。		
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	年に一度ご家族様アンケートを実施し、満足度の調査を行っている。また、家族会開催時に意見交換の時間を設け、意見や提案をいただいている。アンケートや意見交換会での意見・提案については後日検討・対応を行っている。	家族の来所時、様子を伝え毎月近況を書面で送り、また、3か月に1回普段の様子をDVDに記録したものを送付している。行事の後、家族会を年数回開催し家族同士の親睦のよい機会となっている。毎年実施しているアンケートは意見や改善項目をフィードバックし、意見や要望を明確化している。	
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	毎月1回の全体会議を行い、職員の意見や提案を検討する機会としている。	会議開催時参加できない職員にも書面参加してもらい、全員の意見を聞くようにしている。個別の面談で目標の進捗状況の確認と日頃言いにくい意見を聞き取る。メンタルヘルス研修に参加し、ストレスの軽減に活かしている。	
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	各職員の個人目標(上期・下期)について、設定時・中間・最終時と面談・評価を行い目標達成に向けて支援を行っている。また、職務能力評価による昇給制度があり、職員のモチベーションアップにつながっている。		
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	職員個々の力量を把握し、的確な内容の研修への参加を促している。また、職員より参加希望のあった研修へは極力参加できるよう勤務・スケジュールの調整を行っている。		
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く取り組みをしている	大崎上島町内で開催される「ケアマネ協議会」へ参加し、各施設ケアマネ・社会福祉協議会・地域包括支援センターとの情報交換・連携強化を行っている。		

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
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	入居前に管理者またはケアマネが自宅や病院を訪問、ご本人様・ご家族様と面談をさせていただき、不安な点や思いを聴く機会を設けている。入居時もプライバシーに配慮し会議室にて面談を行い、要望等をお伺いしている。		
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	入居前の施設見学やパンフレットを用いた説明を行い、施設の取り組みを理解していただいている。また、入居時もプライバシーに配慮し会議室にて面談・説明を行い、不安な点や家族としての思いを聴く機会を設けている。		
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	入居前の事前訪問・入居時の面談・説明でご本人様・ご家族様の要望を伺っている。また、初回のケアプランにその内容を反映させている。		
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	洗濯物干しや取り込み、洗濯物たたみ、畑作業、食材の買い物、食事の調理や下ごしらえ、掃除などお客様個別の能力に合わせたお手伝いをして頂き、色々な知恵や知識を教えていただいている。また、手伝いをしていただいた後は必ず職員より感謝の言葉を伝えている。		
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	家族会や意見交換会の場でご要望や意見をお聞きし、またご家族様相互に交流いただいている。また、お客様の様子をお伝えするお手紙(毎月)やDVD(約3カ月毎)を送付している。ご家族様と職員が共にお客様を支える関係を築いている。		
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	馴染みの人が来られた時はあたたかくお迎えし、お部屋やリビングでゆっくりと話をさせていただくよう配慮している。また、馴染みの場所(商店やご自宅等)へはドライブ支援にて訪問し、ご家族や近隣の方々と交流いただいている。	馴染みの美容院に知人に連れて行ってもらう方、通いなれた商店に買い物に行く方、それぞれ利用者のかつてしていた生活の一コマを大切に協力して継続できるようにしている。教え子が訪問し楽しいひと時を過ごす方もいる。	
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	お客様同士の関係を職員が把握し、良好な関係が築け保てるよう声かけやレクリエーションの提供等を行っている。		

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
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	施設ケアマネが中心となり、退居された方のご自宅や他施設を訪問し、現在の状況を確認している。		
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	お客様の希望や意向を大切に、ケアプランへの組み入れを行い、可能な限り実現に向けて取り組んでいる。把握が困難な場合は、本人様の想いをご家族様と一緒に検討している。	利用者の思いや希望を尊重し、新聞を購読している方や携帯電話を持たれている方など、自然体での生活をしている。午後から入浴が終わってゆったりとした時間の中で会話も弾み、その中で聞き取ったり、思いを推察している。	
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	入居時に本人様や家族様に生活歴等の情報を聴き、把握に努めている。また、入居中の様子から推測したり、本人様から教えていただいている。		
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	日々の様子、バイタル測定により心身の状況を記録し把握に努めている。お客様毎に担当職員を決め、お客様・ご家族様と個別的关系を築いている。		
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	ケアプラン更新時はサービス担当者会議を開催し、本人様・ご家族様の希望や思いを聞き、プランを作成している。また、毎月のモニタリングを行い内容の検討・見直しを行っている。	担当職員が本人や家族に思いを聞きサービス担当者会議で意見を集約し計画を作成する。日々記録担当者がケアプランチェック表で計画が実施できているか確認し、3か月ごとに総合評価を行い見直し検討をしている。	
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	日々のお客様の様子は個人生活記録へ記録し、職員間で情報の共有を行っている。毎月の会議で問題点を検討している。ケアの実践、モニタリングの際にも活用している。		
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	本人様の状況や状態に変化があればご家族様へ連絡、協議を行う。ケア方針・内容の変更等、きんせん花で可能な限りサービスの実現へ取り組んでいる。		

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	地域行事には可能な限り参加をし、地域の一員であることを感じていただく機会を設けている。地域の商店やスーパー、役場へ散歩を兼ねて出かけていただいたり、商店の移動販売でお買い物を楽しんでいただく機会を設けている。		
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	かかりつけ医は本人様とご家族様の希望を大切に、決めていただいている。場合によっては毎月往診のある提携医院への変更を提案させていただいている。また、適切な治療が受けられるよう、事業所とかかりつけ医の間で情報交換を積極的に行っている。	ほとんどの方が協力医であり、月1回往診の支援がある。受診結果は専用用紙に記録し、特変があれば随時報告し、情報共有をしている。かかりつけ医へは家族対応としている。	
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	バイタル測定や日頃のなかで気になった点や身体状態の異常等を各主治医や看護師へ伝え、指示をいただき対応している。医師の判断・指示で訪問看護師を依頼し、点滴等の治療を行っていただいている。		
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。	入院先の関係者（地域連携室職員・ソーシャルワーカー等）との情報交換を密に行い、利用者様の状況の確認や早期退院へ向けての相談を行っている。		
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	「重度化した場合の対応指針」に基づき、重度化した場合にはどのようにケアを行っていくか、事業所で出来るケアの説明を行い、ご家族様の意向に添うように努めている。	利用者、家族の意向を踏まえ看取りを行ったケースがあり、その際医師の指示のもと訪問看護など関係者と連携を取っている。法人施設と合同で急変時の対応方法の勉強を行ったり、救急救命講習やAEDについて学ぶ機会をもっている。	
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	急変時の対応方法についての勉強会を定期的に行っている。マニュアルを作成し、職員へ周知を行っている。9月には消防署主催の救命講習に1名参加が参加。また、玄関にはAEDを設置し、使用方法について勉強会を行っている。		
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	消防署の指導の下、定期的(年2回)に昼間・夜間想定避難訓練を行っている。	消防署立ち合いの訓練を昼夜を想定し、年2回行う。、自力で避難できない方の避難方法、階段からの移動方法などより具体的な内容で行っている。法人施設(みゆき)合同で災害に備え、管理者が集合し注意事項を確認している。水、米などのストックもある。	

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	研修・勉強会への参加で職員が知識を身に付け、お客様一人おひとりを尊重し、プライバシーの保護に努めている。	リーダー研修など段階に応じた研修を行い、理念に盛り込まれている対応を日々実践している。職員一人一人行う自己評価の内容にも利用者の尊重とプライバシーについて内容が入り、再確認をする機会があり徹底に努めている。	
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	日常の動作を促す際や介助の前は、本人様の意思決定が出来るように声かけを行っている。レクレーションや体操など、無理強いはせず声かけし参加を促している。		
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	日々の体調や気分に合わせて本人様のペースを尊重し支援している。入浴や起床・就寝も本人様の希望を伺って対応している。		
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	ご自身で衣類を選ぶことが出来るよう支援している。選ぶことが困難な方には、職員が準備したものを提示し了解を得ている。散髪はお客様の希望に応じてボランティアの方(有料)に来ていただいている。		
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	畑でお客様と育てた野菜と一緒に調理したり、献立を一緒に考えたりしている。嗜好調査アンケートを実施したり、家族会でご家族様の意見を伺い献立に取り入れている。	近所からの差し入れや畑でとれた野菜を献立に取り入れ、四季折々の料理を作り、イベントの際には家族と一緒に食事を楽しむ機会もある。月数回魚を出す日を決めて提供し、利用者の満足感が得られている。	
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	食事摂取量、水分量を毎日記録している。栄養バランスについては栄養士が事前チェックを行っている。個々にあった食事形態や飲み物の提供を行い工夫している。		
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、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、口腔状態や本人様の能力・状況に応じた口腔ケアを声かけ・提供している。		

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	個々の排泄状況を把握し、自立支援に向けてトイレやポータブルトイレへの誘導を行っている。	便秘予防に配慮し、水分、ヨーグルトや牛乳などを摂取し自然な排泄に努めている。介護度の高い方でもできるだけトイレに座ってもらい、不快感を和らげている。居室にポータブルを置き、負担が少ないようにしている方もいる。	
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	水分摂取の少ないお客様には毎食ゼリーを提供している。毎日体操の時間を設け、便秘予防をしている。また、お客様によっては散歩にて身体を動かし、便秘の解消に努めている。		
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	ゆっくりと安全に入浴できるよう、お客様と職員1対1で行っている。また、入浴拒否のあるお客様には無理強いせず、日時を改めて声かけを行っている。	入浴をゆったりと行ってもらうよう湯温や時間は利用者に合わせて行う。おむね週2回の入浴と足浴を組み合わせ、外出や希望で翌日に変更するなど柔軟に対応する。入浴時には職員とコミュニケーションをとる大切な時間としている。	
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	個々の生活習慣や身体状況に応じて休息していただいている。安眠いただけるよう、時季により居室の空調管理にも配慮している。夜間眠れない場合は、職員が付き添って話を聞く等、不安を解消するよう努めている。		
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	薬の変更があった場合は申し送りノートで各職員に周知し、情報の共有を行っている。服薬の内容や服薬時間が分かるよう、お客様毎に毎日値服薬管理表を作成、服薬セットから服薬完了まで確認できるよう活用している。		
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	畑の世話や体操をしたり、歌を歌ったり、折り紙や書道などお一人おひとりの要望を聴き、お客様と職員が一緒に行っている。		
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	近所の散歩や個人的な買い物、同法人の施設への訪問等を提供している。食材の買い物はほぼ毎日お客様と職員が一緒に行っている。	事前に計画を立て法人の車を借りて全員で出かけ、花見などを楽しみ季節を感じ気分転換を図っている。近くの商店や郵便局に日常的に出かけ、同法人施設の行事で楽しみ、活気のある生活となるようにしている。事業所周辺を歩くことをプランに取り入れている利用者もいる。	

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	紛失の恐れがあるため、ほぼ立替払いにて対応している。本人様の希望でお金を所持しておられる方(5～6名様)はご自分で支払いをされることもある。		
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	電話に関しては、職員を通じて連絡をさせていただいている。家族様から電話があった際は出ていただいている。手紙に関しては、本人様の希望に添うよう対応している。		
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	オープンキッチン設置のため、食事のにおいや調理の音が聴こえ五感を刺激することで食欲の増加につながっている。リビングに畳のスペースを設置し、くつろげる空間をつくっている。各階に日当たりのよいベランダがあり、日光浴や洗濯物干し、花火鑑賞等の行事に活用している。	玄関に飾ってある折り紙作品が来所者の目を引き、全体的に明るく、家庭的な雰囲気である。キッチンから全体を見渡すことができる構造で見守りがしやすい。リビングから出るとテラス横に畑があり、時期の良い時には野菜作りができる。温湿度も適度に保っている。	
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	1階2階のお客様の交流を目的とし、希望により行き来する機会を多く設けている。リビングにはソファや畳スペースがあり、お客様お一人おひとりが自分の時間を過ごせるよう配慮している。		
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	慣れ親しんだ日用品や好みのもの、写真等を置いていただき、居心地の良い空間で過ごしていただけるよう工夫している。	折り紙教室で作った作品や家族の写真など飾り、テレビやお気に入りの物品を持ち込み、それぞれが自分の部屋として居心地よく安心できる空間となっている。	
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	トイレや浴室、廊下には手すりがあり移動しやすいようになっている。また、トイレの表示や居室の表札(本人、家族の同意を得て)を表示し混乱のないように配慮している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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	○	①ほぼすべての利用者の	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ます	○	①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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	○	①毎日ある	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	○	①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある				③たまに
			④ほとんどない				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		①ほぼすべての利用者が	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	○	①大いに増えている
		○	②利用者の2/3くらいが				②少しづつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2/3くらいが				②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが				②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が				
			②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

事業所名: グループホームきんせん花

作成日: 平成 29 年 4 月 30 日

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	4	運営推進会議について参加者が固定化されており、地域の幅広い分野の方々(町内会・老人会等)との連携や交流が不十分である。	地域の方々に幅広く積極的に運営推進会議や行事への参加をいただき、意見、提案をいただく。	近隣の顔なじみの方々、町内会長様などに行事参加をお誘いし運営推進会議にも参加いただける関係を作る。会議では災害時の協力体制構築などの協力意見をいただく。	1年間 (30年3月まで)
2					
3					
4					
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、行を挿入してください。