

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	2891600039		
法人名	特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会		
事業所名	グループホームくるま花水木		
所在地	兵庫県淡路市久留麻236		
自己評価作成日	令和 4年 3月 22日	評価結果市町村受理日	令和4年6月23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 https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topiigvosyo_index

【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 4月 12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)】

1.日々の暮らしの中で、音楽療法・赤ちゃん療法等、利用者個々の思いを活かした支援を心がけている。

2.ホームの中庭には季節の花が、背後の田畑には米や野菜が植えられ、四季を通じての楽しみとなっている。

3.食事は、隣接する田畑でとれた新鮮な食材を使って職員も一緒に食事をするオープンで家庭的な雰囲気づくりを心がけている。

4.散歩や行事などの日常的な外出、家族や知人の訪問、地域ボランティアの訪問など、利用者を地域社会の一員として支援することを心がけている。(コロナ禍の中制限されている。)

【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、平成19年に北淡路で最初のグループホームとして開設され、温暖で交通の便がよく、スーパーや温泉施設などの観光スポットが近い恵まれた環境の中にある。広い敷地には、高齢者住宅と3つの在宅サービス事業所が併設され、事業所は平屋建てで、2つのユニットがつながっているため、交流がしやすくなっている。食事は、自前の畑から食材を調達し、キッチンで献立を調理し、職員も一緒に食べている。また、音楽療法や園芸療法を積極的に取り入れることで、認知症の進行を防止し、地域の福祉ネットワークの拠点としての役割を担っている。今後も、利用者の高齢化と重度化が進む中、ウイズコロナ時代に向けて、その人らしい生活や自立支援とは何かを常に考え、最後まで暮らしたいと思えるグループホームを目指していただきたい。

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 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、活き活きと働けている (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せている (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、安心して暮らせている (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 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
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	理念についての説明をして介護・福祉の理解を高め 同じ考えを持つようにしている。 何か問題があれば会議を行い理念に沿っているかを話し合い理念に立ち返るようにしている。	玄関には法人の使命として「感謝、思いやり、社会貢献」の理念を、事務所とユニットには4つの事業所の理念を掲げている。開設当初より安心と尊厳をもって利用者中心の生活を守るという基本姿勢は変わらず、福祉に携わる人として、常に立ち返る場所であると考えている。
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	近くのお寺や神社へ初詣に行ったり、お花見に出かけたりしている。 最近ではコロナの影響もあり、外へ向けての行動があまりできていない。	自治会には加入している。コロナ下では行っていないが、地域の作業所が行っている出張喫茶を利用したり、管理者が講師を務める老人大学の学生たちが、音楽療法に使用する歌詞を書いてくれるなど、顔なじみの関係ができています。
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	認知症に対する理解を深める為に認知症実践者研修をできる限り受講するようにしている。 研修生や実習生の受け入れも行い認知症の知識を広めている。 (コロナ禍の為中止している) その他ご家族の相談に乗るように心がけている。	
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践、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	運営推進会議にて自立支援の取り組みを毎回1組 (利用者様1名、その家族様他出席者)の発表を行い出席者からの要望や意見を頂き、外部の考えにも柔軟に取り込む姿勢を持っている。	コロナ下では書面開催での取り組みで、議事録のみ送付していた。それまでは、2か月に一度、地域住民や社会福祉協議会、地域包括、市の長寿介護保険課の参加で、入居状況、行事予定や自立支援の取り組みなどを報告していた。事故報告やヒヤリハットの報告はしていない。
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に取り組んでいる	事業所での取り組みを伝えと共に市の担当者の方にもいつでも相談できるようにしている。 市とのやりとりを積極的に行い質のいいサービスを常々目指している。	市の職員は運営推進会議に毎回参加しており、隣接のサ高住の運営の件においても、市の担当者と相談する機会は多い。事故報告書を直接持参し、より顔の見える関係性を目指している。

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
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	新人職員が入る度に、身体拘束をしない教育を行っている。職員も3ヶ月に1回の身体拘束についての会議を行ないその意義を十分理解して、束縛の無いケアを実践している。玄関のドアは日中開錠している。帰宅願望時玄関が開いてる事で庭に出、不穏が解消される。スタッフが寄り添い声掛けをしホームへ戻る。	「身体的拘束等の適正化」のための委員会を設置し、研修を年間予定に組み入れ、3か月ごとに実施している。以前、4点柵を使用している利用者がいた際には、家族の同意を得、実施記録を残していた。今は帰宅願望の強い利用者はおらず、玄関のドアは開錠している。	
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	この度、「虐待防止のための指針」を新たに設けて虐待の防止に向けた体制を整備することにより利用者の権利を擁護するとともに利用者の尊厳を支えていく。	「虐待防止のための指針」を設け、事業所の基本的理念である「尊厳ある暮らし」を支える観点から、虐待の防止に取り組んでいる。委員会を設置し、職員研修を行い、研修報告書を提出してもらっている。また、ハラスメントに対しても、自分だけで抱え込まず、相談・報告がしやすい職場環境づくりを意識している。	
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	以前は、成年後見制度を利用している方もおられたので後見制度についての事業所内研修も行ってから権利擁護や成年後見制度についての理解を深めている。新入職員については、実施できていない。	以前は成年後見制度を利用している利用者がいたが今はいない。契約時の家族への説明もできていたとはいえない。	契約時に、家族にはリーフレットを渡し、職員に対しての制度の理解は研修に組み込めばどうか。
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、契約書・重要事項について説明し、同意を得るようにしている。とくに、入院や看取りなど事業所の対応可能な範囲について説明し、納得してもらったうえで契約を結ぶようにしている。	契約書や重要事項について丁寧に説明し、病院とは別に、「利用者の重度化及び看取りに関する指示書、重度化及び看取り介護についての同意書」をもらっている。キーパーソンをきちんと決めておくことが、トラブル防止について重要であると考えさせられる事例があった。	
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	利用者とは生活を共にする中で思いや要望等を把握するように心がけている。家族とは来訪時や電話、スタッフに伝え話し合う機会をもち、出された意見や要望を運営に反映させるよう努めている。	事業所に来ること自体、コロナ下では遠慮されることが多いが、家族が面会に来た時に、できるだけ家族の意見を聞くようにしている。また、電話で話し合う機会も設けている。	
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	ミーティングや各委員会活動を通じて、職員が事業所の運営や重要な決定に直接関わる機会を設けている。	管理者は夕方2つのユニットの申し送りに立ち合う。介護計画者もその夕方の引継ぎに立ち会い、引継ぎ内容以外に、職員の意見を聞ける重要な機会であると捉えている。	

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
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	代表者も利用者と同じ食事をし、利用者との食事に参加し、職員の日頃の努力や勤務状況等を把握するとともに、各自がやりがいと向上心を持って働けるような環境整備に努めている。自主残業等も手当てをつけるようにしている。個別で話しやすい雰囲気を作っている。		
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	職員の力量に応じ、外部の研修に積極的に参加するように推進している。とくに、教育研修活動の一環として、「キャリアアップ助成制度」を創設し、初任者研修等、資格取得を勧め、多様なサービスに対応できる職員の育成と定着を図っている。ネット等で見られるようにし、職員全員で新しいケアの方法を共有しながら、実践に活かせるようにしている。職員間で指導しやすい雰囲気を作るようにしている。		
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	他施設での実習や反対に実習生の受け入れを積極的に行っており、報告と共に学んだことを職員にフィードバックしている。 (コロナ禍の為に中止している)		
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	事前面談ではご本人の希望や不安を理解するようしている。職員が本人の話をゆっくり聴く時間をとり安心できる関係を築くように努めている。入所判定を行ない職員一同、新しい利用者の人物像を把握している。		
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	家族等との関係を大切にし、事業所としてどのような支援が出来るかを説明し、できる限り家族等の要望に応えられるように電話や面会で話し合いを十分に行っている。		

自己 第3	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
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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。気分が乗らない時がある利用者には無理強いしないように一旦時間を空けてかかわる様にしている。		
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	利用者を理解すると共に、気遣いのない自然な生活が送れるような関係を大切にしている。食事おやつも同席している。職員と利用者様が介護する立場とされる立場等一方的な関係になるのではなく人生の先輩として困っている事を手伝っていただいたりして助けて頂いている。		
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	本人と家族の関係を大切にし、必要時には連絡を取り、共に支え合う姿勢をとっている。ほとんどの家族はそれに応じてくれている。変化があった時には家族様に報告や相談をするようにしている。いつでも面会に来て頂けるようにしている。		
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	本人のもっている思いや、こだわりの場所等、話や写真で話題にして、穏やかに過ごしていただく支援をしている。今まで過ごしてきた名残りの仕事で台所を手伝っていただいたり生い立ちを話してくれたりする事に対して耳を貸したりし寄り添っている。	生花や塗り絵・歌・読書など、これまでの趣味や楽しみとして続けていることを支援している。また、友人からの手紙を代筆したり、美容室の訪問、お寺での花見など、馴染みとなっている事を大事にしている。	
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	親しい関係の利用者同士、近くの席を用意したり、難聴の方や男性の利用者等は職員が中に入り、孤立しないよう人と人の関わりを大切にしている。全体で楽しめるようなレクリエーションを考えながめる雰囲気を作っている。		

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
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	サービス終了後もご家族と連絡をとる機会をもち、その後の様子を伺うようにしている。 お花を届けてくださる家族様もいる。		
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	日々の関わりの中で出来ること、得意なこと等本人本位で把握するよう努めている。 表情などからも気持ちを読み取るようにしている。	日常生活の中で、利用者が自分のやりたい事を見つけ出す工夫と、塗り絵や折り紙細工などの得意なことが続けられるように支援している。希望や意向を把握するだけでなく、業務を優先することなく、思いに寄り添う気持ちのゆとりが大事であると考えている。	
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	本人の過去の生活環境を知る事により、その人の理解につながってくる。この取り組みは大変重要なことと考え利用者様本人も家族様や地域の人々の力を借りながら継続的に行っている。		
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	毎日の観察、バイタルサインの測定にて状態を観察し、引継ぎ等で全員で把握し変化があれば訪看、主治医に繋いでいる。 利用者1人ひとりについて介護計画書を作成し、情報を共有しながら実践に活かしている。		
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	6か月度に一度、変化があった場合はその都度、更新認定後又は、区分変更申請後には必ずモニタリングを行いケア会議を実施し意見をまとめて、介護計画書を作成している。	新しく入った職員であっても、利用者一人ひとりについての最新の情報がわかる支援表を作成している。ケアマネジャーが6か月に一度モニタリングを行い、ケア会議を行い、目標をたて、介護計画を作成している。計画書の様式については、項目が連動できるソフトへの変更を検討中である。	
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	日々のバイタルサインや食事量や水分量、排尿・排便の時間帯の記録やその日の様子をタブレットに入力し、職員間で情報を共有して職員全員が把握できるようにしている。変化があれば情報を共有しながら介護計画の見直しを行なう。		

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
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	ご家族の協力を得ながら、通院、帰宅等本人のニーズを優先したり、入居希望の方で空きがない場合、入居までの間、デイサービスの利用を勧めるなど、その時々に応じた柔軟な対応をしている。		
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	近くのお寺の境内へのお花見や散歩、コンサート等への参加を通じて、地域の方々と触れ合う機会を持つようにしている。また、地域のボランティアの訪問等によりや園芸・音楽を楽しむことができる支援をしている。コロナ禍の中、地域との交流が出来ていない。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医の受診ができるよう、通院や往診をしてもらっている。 体調の変化や医療情報は、全職員が共有できるようにしている。 通院支援については、事業所と家族の役割分担を決めている。異常が認められる場合はすぐに訪問看護、主治医に連絡を取り指示を仰ぎ重症化しない様に柔軟な対応をしている。	利用者は2か所の医療機関の医師をかかりつけ医にして、週1回の訪問診療を受けている。週2回の訪問看護師の来訪により、健康管理や緊急時の対応などの支援と共に24時間対応にも応じ、協力医療機関との連携が出来ている。歯科医や他科の往診も可能であり、緊急時の受診は家族に付き添い依頼をしている。	
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	訪問看護ステーションとの連携により、日ごろの健康管理や状態変化に応じ24時間支援を行い、適切な医療につなげている。 体調変化があれば、些細な事でも連絡表ノートに書き込み、看護師の訪問時に確認できるようにし、対処している。24時間連絡が取れるようにしている。		
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。	入院時には、本人に関する必要な情報を医療機関に提供するとともに、家族や医療機関と密接に連携を取りながら、本人の速やかな退院に向けた支援をしている。 入院時もスタッフが面会し、ホームの話などをして、関わりを途切れのないようにしている。	入院時は情報提供し、面会が出来ない為利用者の状態等は医療機関に電話で聴き、出来る限り早期の退院に向け話し合っている。現在も2名の入院者があり退院を待っている状況である。退院した利用者の情報は、看護サマリーから得て、注意事項や支援方法を確認し支援している。	

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
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	重度化及び看取り指針を整備し、入居時に本人や家族に説明している。ターミナルケアについては、本人や家族の意向をくみとりながら、家族や医療機関、かかりつけ医と密接な連携を図りつつ、チームで支援する取り組みを行っている。	治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書」説明と同意書、「病院前診察における心肺蘇生」に関する意思の指示書など、重度化や看取りに関する指針を、契約時に家族に提示し説明して意向を確認している。重度化や看取り時には、訪問看護師と家族が契約し利用者の自然で平穏な看取りに努めている。	
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	急変等は訪問看護、かかりつけ医と連携し対応している。 消防署の協力を得て、毎年、応急手当、心肺蘇生などの研修を定期的実施し、緊急時の対応ができるようにしている。また、離苑等の緊急時に備えて、緊急連絡網を整備している。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練、消火器の使い方、消火設備の点検などを定期的実施している。 消防署及び近隣住民への自動火災通報体制を整備し、地域との協力体制を整備している。 避難所として、隣接のケアビレッジへ避難場所としている。	防災避難訓練と防災設備点検を年間行事計画に組み込み、年2回の避難訓練をしているが、夜間想定訓練実施はしていない。消防署提出の訓練計画や、訓練実施時の報告書の整備が不十分である。食料品の備蓄はあるが水の備蓄をしていない。	訓練実施などの記録を整備して、事業所での記録を残して下さい。 食料品と共に、水の備蓄をお願いしたい。
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	利用者との会話は敬語を基本としているが、一人ひとりの生活歴や状況に応じて地元の言葉を使うなど、声かけに配慮している。 トイレ誘導は、「あちらへ一緒に行っていただけですか」等の声かけをしている。	居室はドアで仕切れ、浴室はリビングからは離れており、入浴中に他者が出入する事はなくプライバシーは保たれている。利用者への呼び方は、基本名字にさんを付けて呼んでいる。声掛けは敬語ではなく、丁寧語で話す事を心掛けている。	
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	日々の生活の様々な場面において、利用者が意思表示し、自分で決定出来るような声かけを行ったり、意思表示が難しい場合でも表情や反応を見ながら出来るだけ自分で決め、一人ひとりが納得しながら暮らせるよう支援している。		

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
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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。無理強いしない様一旦時間を空けてかかわる様にしている。		
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	着替えは、自分で選んだ好みの服を着てもらえるように、見守りや支援を行っている。出張理美容院では、本人の希望に合わせてカットしてもらっている。 訪問：理容室1件 美容室1件		
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	献立は、隣の田畑や中庭でとれた季節の野菜を食材としたメニューを取り入れている。利用者と職員と一緒に調理から食事、後片付けまで楽しく関われる家庭的な雰囲気づくりを心がけているが重度化しているため一部の方となっている。職員と利用者が同じ食卓に付いて一緒に食事をとっている。	食材は、職員の家族が手作りしたお米や野菜を取り入れ、利用者が出来る事を一緒にして職員と手作りしている。利用者の嚥下状態などを考慮して、刻み食やミキサー食、とろみを掛ける等の工夫をしている。職員は、利用者と同じ食事を一緒に食している。	
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	食事や水分摂取状況を毎日記録し、一人ひとりの咀嚼・嚥下能力に合わせて食事を提供している。本人の状況や好みに合わせて食事の工夫をしている。イレウスの方がいるので禁止の食品をはずしたり代替の物を提供している。 水分量が不足がち方に対しては代替の飲み物を提供するなどして出来るだけ水分量を確保出来るように支援している。		
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	毎食後に利用者個に合わせた声掛けや介助にて歯磨きを行ない口腔内の清潔保持や嚥下障害による肺炎予防に努めている。寝る前には義歯の人は外していただき朝まで入れ歯ケースに浸けておくようにしている。		

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
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	利用者個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導によりトイレで排泄できるよう支援している。尿もれ予防体操や散歩等で筋力を維持し、自尊心や不安に配慮し、まわりの人に気付かれないよう、そっとトイレにお連れしている。 夜間帯は安眠確保の為にパットの工夫をしてなるべく起こすことはしないで尿意のある方は誘導している。	事業所内に3か所の共同トイレがあり、ほとんどの利用者がトイレを使用している。自力で行く利用者もあるが、大半は何らかの支援が必要である。退院時、立ち上がりが難しくおむつ使用の利用者が生活リハビリをして、リハビリパンツを使用してトイレに行けるようになった事例がある。	
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	自然排便を促すために食物繊維と水分補給を心がけている。毎日のラジオ体操や散歩でも、水分補給を徹底し便秘の予防に取り組んでいる。また排便の回数・量を毎日記録し、把握するようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は週に2回程度を基本としているが利用者様本人の体調・意思を優先し入浴支援を行っている。本人の好きな話や羞恥心に配慮しながらゆっくりと入浴を楽しんでもらえるようにしている。	入浴は、日曜日以外毎日実施し、利用者は週に2回を基本に利用している。体調や利用者の状況により変更したり、異性介助を好まない利用者には、職員の勤務交代により柔軟に対応している。日に数名の入浴者であり、個別の湯の入れ替えは特にせずあふれ湯にしている。	
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	居室以外にリビングや座敷、ソファ等で心地よく休んで頂ける様に配慮している。個々のリズムに合わせて昼寝をしたり、日光浴や運動で体を動かし心地よい眠りににつけるように支援している。		
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	個々に処方されている薬に関しては、写真付きの説明書を綴じていき、いつでも職員が確認できるようにしている。また服薬の変更の場合は職員引継ぎノートに記入し申し送り時に確認し共有している。 誤薬防止の為に、服薬の際は表示(氏名・日付・服薬時)を必ず利用者と一緒に確認し服用も最後まで見届けるようにしている。		

自己	者 第	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	生花や塗り絵・歌・読書、嗜好品など、趣味やたのしみを続けられる様に支援している。庭の草引きや食事前後のテーブル拭きや食器の片付け洗濯物干しやたたんで頂く等、利用者様の能力に合わせてお願いしていく。社会的な役割を果たして頂いている。		
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	天気の良い日は、中庭に出て歌レクをしたりしている。スタッフや家族との買い物をしていましたがコロナ禍の中、今は中止しています。歩行ができる利用者様には隣のケアビレッジに設置された自動販売機にスタッフとジュースを買いに行くちょっとしたお出かけを行っている。	コロナ禍で、外出制限がある中、事業所のリビングからベランダに出て外気浴をしたり、隣接する事業所の自動販売機にジュースを買いに行く事がある。近隣の神社やお寺付近を散策したり桜の花見に行った。利用者が外出できない分、誕生日会の充実や事業所内での行事を多くして、利用者の笑顔を引き出す機会を多くしている。	
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	事務所で自由に使えるお金を家族様から預かっており、そのことを常時、利用者に伝えている。		
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	家族様と本人が電話で自由に話ができて、また手紙のやり取りの手配を支援し配慮している。		
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	畳の空間を設け、リビングでは自分の椅子と共にソファやリクライニングチェアで好きに過ごすことができる。冬場は床暖房で温かい。通風や採光にも恵まれ、食卓等に飾られたいとりどりの生花で季節を感じてもらえるよう配慮している。座敷で寝転んで新聞を読んだり寝られる方もある。	広いリビングは、2つのユニットがL字に分かれ中央から見渡ししやすい造りになっている。冬場、床暖房のフローリングはクッション性が良く、利用者の安全に繋がっている。利用者は畳の場所で洗濯たたみをしたりソファでくつろいだりしている。ボランティアによる生け花で季節が感じられる。	

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
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	利用者の思いを優先して、穏やかに過ごせる場所を時々に応じて用意するようにしている。リビングのソファや庭のベンチ等も用意している。 床の間には花を生けたり、なるべく家に近いように、畳の上にあがり、フローリング床、台所も住宅用、風呂もユニットバスで個浴としている。		
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	なじみの品や家具や仏壇等を持参(持ち込んでもらい)配置し、居室でも自宅に居るように落ち着ける工夫をしている。	事業所からは、エアコン、ベッド、クローゼット、カーテンを準備し、利用者は馴染みの筆筒や椅子、仏壇や遺影を置いている。居室は、あえて表札を付けず利用者のお気に入りの飾りつけで理解しているが、居室が分かりにくい利用者のみ手作りの表札を掛けている。	
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	居室やトイレの位置を分かりやすくして、安全に移動できるよう手すりを設けている。 台所とリビングは隣接し職員と一緒に調理できるようになっている。 洗濯物等を干せる人はハンガーやピンチを使って干し外へ出せるようにしている。 居室が分かりにくい方には入口に表札をつけて目印としている。		

(様式2)

事業所名 グループホームくるま花木

目標達成計画

作成日: 令和 4年 5月 30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	7 (6)	研修の年間計画を立てていない。	年間の研修計画を立てて役割分担し、受講レポートの内容を分析し有意義な研修を行なう。	年間計画を立てて各スタッフに配布し研修を行なう。 本年度より施設研修に併用し研修をネット研修(e-ラーニング)で行っている。 基礎研修など資格を取得できるものもネットで受講してコロナ禍でも出来るだけ多くの研修が出来るように務めた。	1ヶ月
2	20 (11)	利用者の毎月の近況を家族に知らせていない。	利用者の簡単な近況や訪問診療の結果・薬の情報等を家族に知らせる。	利用者の訪問診療の結果や薬の情報など家族様に介護支援専門員より電話連絡をしている。 他にもリハビリパンツや衣類など日常生活の事も家族様に相談をしコロナで会えない分連絡をとっている。	2ヶ月
3	26 (13)	最新のケアプランと実施すべきサービス内容がスタッフに伝わっていない。	最新のケアプランをユニットごとにファイルに綴りすぐに関覧できるようにする。 各利用者の担当者を決める。	ケアプランをスタッフが回覧し同じケアができる様にしたが、利用者様一人当たりの書類が多いので回覧に時間がかかり過ぎてしまった。 改善すべく ホーム独自の支援表(A4 1枚)を作成。 介護支援専門員が作ったケアプランを元に各スタッフが支援表を作りスタッフ一人ひとりの意識向上も図っている。 ※記入の統一の為テンプレートを作り記入できるようにした。 (現在取り組み中)	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月