

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 くるま花木		
所在地	兵庫県淡路市久留麻236		
自己評価作成日	平成31年3月15日	評価結果市町村受理日	令和元年5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)】

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と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。
 5.平日にスタッフが子連れ出勤し入居者様と一緒に生活リハビリやレクリエーション食事をし、利用者様の癒しや生きがいになっている。

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/?action.kouhyou_pref_top_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	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年3月26日		

事業所は、淡路市の北部に位置し、市の総合事業所やスーパーがあり、地域住民の多くが入り出する場所でもある。平屋建ての事業所の窓からは、海が見え近くには神社や公園が有り、散歩に適した環境で有る。事業所は北淡路で最初に開設したグループホームで、開設12年目を迎え、法人の居宅介護支援事業所、デイサービスセンター、ヘルパーステーション、サービス付き高齢者住宅等に隣接し、音楽療法等様々な療法を取り入れ利用者の生活の安定を図っている。隣接する事業所の利用者との交流を始め、地域福祉に貢献すべく、高齢社会を支える拠点となる様日々取り組んでいる。管理者は、認知症介護のプロになる事を意識し、職員研修を重ねる事により、利用者に必要なサポートが出来る様、今後も取り組みたいと考えている。

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)	○	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)	○	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、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

グループホームくるま花水木

評価機関・特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西

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	入職時に理念についての説明をし同じ方向を向く様になっている。 問題が起こる度に会議を開き理念に添っているかを考えることで方向を立て直して理念に立ちかえるようにしている。	法人の理念を額装し玄関に掲げ、事業所の理念は事務所に表示している。パンフレットにも掲載し地域に広く情報発信している。利用者本位の生き方を尊重し、一人ひとりの考え方や捉え方の違いは有るが、職員相互の知識や技術を活かしながら支援している。	
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	ひまわり作業所が出張喫茶に来ている。 初詣・近くのお寺・広場へ散歩等に出掛けると近隣地域住民との交流がある。	事業所は、自治会(町内会)に加入し、介護相談の看板を掲げている。利用者が、近くの社会福祉協議会で開催される喫茶に参加し、友人と出会った事をきっかけに、その後友人が事業所に訪ねて来たり、民生委員が訪ねて来る事も有り、地域との交流が広がっている。地域住民から花が届けられる事も有る。	
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	入居者および入居希望の家族からの相談に乗るなどして、持っている知識、経験を地域に還元している。 実習生や研修生を積極的に受け入れ、認知症ケアの知識を広めている。	/	/
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	自立支援への取り組みを利用者家族様毎回一組発表している。会議では、出席者からの意見や要望を頂き、外部の考えも柔軟に取り込む姿勢を持っている。また評価の結果と課題についての取り組みや現状の報告を欠かさず行っている。	運営推進会議は、本人や家族、市職員、社会福祉協議会や地域包括支援センターからの参加で、2か月毎に開催している。利用者の「自立支援の意味を知って欲しい」と題し、毎回事業所における取り組みを報告し、意見交換の場となっている。家族には議事録送付をしていない。	全家族に、議事録の送付をし事業所をより知ってもらう機会にされてはどうか。
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	事業所での取り組みを伝えると共に市の担当者の方にいつでも相談できるようにしている。	市とは運営推進会議の参加により、情報交換の機会にしている。理事長が役員を務める全国グループホーム協議会に加入しているが、地域のグループホーム連絡会はなく、他事業所との交流の機会もない。	市の地域ケア会議に参加し、他の事業所との交流の機会を作られてはどうか。
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。 外部からの不審者侵入防止のため玄関は施錠している。	事業所は、管理者やケアマネジャー、計画作成担当者、理事長、職員がメンバーで身体拘束禁止委員会が有る。委員は年4回の会議を開催し、職員伝達研修を含め年2回研修をし、レポート提出で参加確認している。利用者の安全強化の為、玄関は常時施錠している。	玄関施錠が常態化しない様、見守りを強化し短時間でも開放する方向で検討して欲しい。

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
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	虐待の報道があれば、会議で取り上げ問題を所内で話し合う機会を設けている。特に、言葉や態度等による心理的虐待が見逃されることのないよう気をつけ、事業所内での意識も高まっている。	虐待について、身体拘束禁止委員が兼任し会議開催や、研修に取り組んでいる。管理者は、スピーチロックや、態度による虐待に繋がる行為には特に留意している。管理者は、職員が認知症実践者研修が受講できる様勧めている。	
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、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。	現在は、制度を活用している利用者がなく、職員の認識も薄れつつある。来訪者に配布可能な資料の有無も不確かで、契約時に該当者がいない事から、家族への説明が出来ているとは言えない状況である。	事業所で権利擁護に関する資料を準備し、契約時に家族への説明や、職員研修に利用されてははいかがでしょうか。
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、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。	契約前には必ず事業所の利用者の日常生活を見てもらって、自宅・施設に向いて面接のうえ、契約は事業所で行っている。重度化や終末期等の説明や同意書を取り交わし、細かく丁寧に説明している。緊急時対応については、途中で変更の可能性も有る為、利用後に随時意思確認書を取り直している。	
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	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。	家族の面会が多い利用者や、回数が少ない家族と有るが、都度積極的に意見を聴くよう努めている。家族からの意見は、個人的内容は多く有るが、運営に反映する様な内容は少ない。	
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	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、会議の度に職員の話聴く機会を作り、聴く努力をしている。日中リビングで過ごし横にならない利用者や、横になる利用者の布団のたたみ方を、変えてはとの意見から、離床時の布団のたたみ方を変えている。現在の業務記録用紙を変更して欲しいとの意見が出て、現在様式を検討しているところである。	
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	代表者も食事に参加し、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。		

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	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。			
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。			
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、電話や面会で話し合いを十分に行っている。			
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	相談時に、本人や家族の思い、状況を見極め、早急な対応が必要な場合には、デイサービスの利用などを含めた柔軟な対応に努めている。			
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	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。 食事お茶も同席している。			

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
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、必要時には連絡をとり、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。面会に来られたら本人の現状を伝える。		
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。また近隣のスーパーに買い物と一緒に出かけている。	利用者の家族が、畑で採れた野菜を持参して、利用者とおしゃべりしてお茶を飲んで過ごす事が日常となっている。近隣のカフェに参加し再会した友人が、事業所に訪ねてくる利用者も有る。利用者は、職員とスーパーにおやつを買いに行く事を楽しみにしており、職員は、家族と馴染みの美容室に行く利用者を応援している。	
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。		
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。表情などから気持ちを読み取るようにしている。	意思確認できる利用者には、日常の会話の中から聴き取ることを意識している。コミュニケーションが難しい利用者には、静かに話しかけ、表情や仕草から思いを汲み取る努力をしている。	
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	本人の入居前の生活を把握し個別ケアの実施に活用している。		

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
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、引継ぎ等で、個人の変化を職員全員で共有するようにしている。 利用者1人ひとりについて支援表を作成し、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	3ヵ月～6ヶ月に一度、とくに変化があった場合はその都度、ケア会議等を通じて現状に合った介護計画を作成あるいは見直し、チームで実践している。	ケアマネジャーと計画作成担当者が、6ヵ月毎にモニタリングし目標を立て、利用者も参加してサービス担当者会議を開催した後、介護計画を作成している。利用者の家族には面会時等で事前に希望等を聴き取り、計画作成後に家族に説明し了承をもらっている。	
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	介護記録連絡ノート引継ぎノートを個別に記入し、引継ぎ時に変化があれば報告し、情報を共有しながら実践に活かしている。また、必要に応じて新しい介護計画に取り入れるようにしている。		
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	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、その時々に応じて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ハンドマッサージや園芸・音楽を楽しむことができる支援をしている。		
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し、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。	利用者、家族の意向を優先し、これまでのかかりつけ医が事業所の協力医療機関のどちらかを選択してもらっている。多くは、協力医療機関による往診を利用している。日常の健康管理に努め、利用者の心身状態の把握や家族との密な情報交換に努めている。他科受診の場合は、原則家族が付き添う。歯科は往診の利用が可能である。	

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
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、日ごと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、関わりを途切れないようにしている。	食事や水分量には十分注意し、個々の些細な状態変化には、日々気をつける他、毎日歌を歌うなど体調低下の防止に努めている。やむをえず入院となった場合は、利用者が安心して治療できるよう声をかけ、利用者の状態を観察するなど見舞っている。家族や利用者の意向を踏まえ、可能な限りの早期退院を支援している。	
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。	事業所としての出来ること、出来ないことを利用者、家族に納得してもらい、意向にそって支援している。これまでも多くのターミナルケアの事例はあるが、医療との密な連携をはじめ、職員のチームとしての体制強化に努めることで、家族の不安を取り除いている。	
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。	定期的な昼夜想定避難訓練を実施している。市の災害マップを参考にするとともに、普段から全職員が危機意識を忘れないよう働きかけている。昨今、重度化が進んでいることから、夜間体制における隣接施設との協力体制の強化がより必要と、管理者は感じている。	運営推進会議のメンバーや地域住民にも訓練を見学してもらい、意見や助言等を得る等、継続して協議の場を持っていただきたい。

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
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。	定期的な研修の場は設けていないが、日々のミーティングや会議等で、個々の関わり方を通じて支援方法を協議している。以前は、外部から講師を招き接遇に関する研修を行った。気になる声かけや対応には、管理者が個別に指導している。	
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。		
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。		
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い、行きつけの理美容院を希望される方は外出支援をしている。		
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	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。	地元ならではの季節毎の食材、手作りの野菜等を使ったメニューを、利用者も交えて調理している。個々の出来ることや得意なこと、やりたいことを職員がうながしたり、お願いすることで役割となっている。利用者の好みや嚥下状態に沿った調理形態を工夫し、開設以来、職員も一緒に食事を楽しんでいる。	
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、一人ひとりの状態を把握できるようにしている。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2名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。トロミ食・ピューレ食等、対応している。		

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	歯科衛生士に来て頂き利用者個々の歯磨き指導を受け日々のケアに活かしている。利用者に合わせた声かけ、介助を行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。毎食後口腔ケアをしている。		
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	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。 安眠確保の為パットの工夫をしてなるべく起こすことはしない尿意のある方は誘導。	個々の習慣や癖を優先し、その人にあった支援に努めている。リハビリを兼ね、歩いてもらうことに力を入れている。職員は、利用者個々のパターンにそい、周りの状況と併せ利用者の様子を見ながらさりげなく声をかけ、トイレ誘導を行っている。失敗が増えてくる場合は、こまめな声かけに努めている。	
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	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ず、個々にそった支援をしている	入浴は2日に1回のペースで、本人の意思を優先した声かけを心がけ、ゆっくりと入浴を楽しんでもらえるようにしている。毎日入浴している人もいる。	週3日をベースに利用者に声をかけているが、無理強いせず、入りたい時に入ってもらよう柔軟に対応している。毎日の入浴を習慣にしている人もいる。重度化が進んできている中、2人介助による支援、時にはシャワー浴の場合もあるが、個々のペースを大事にしている。職員との会話が弾むこともある。	
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	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様に支援している。		
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、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	調理や食器洗い、掃除など、1人ひとりの力を生かして、張りのある生活が送れるよう支援をしている。また生花、ぬり絵、歌、読書、嗜好品など、趣味や楽しみをことが続けられるよう支援している。		
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	中庭や近隣への散歩を習慣にしている。天気の良い時は、スタッフや家族との買い物を楽しみにしている。	土地柄、比較的気候が良く、事業所周辺を散歩したり、隣接施設との間にある中庭や畑にできることは多い。利用者の要望で、近隣の喫茶店に行ったり、日用品を買い物に行くこともある。家族と通院時に食事や買物を楽しむ人もいる。	
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	職員が間に立ち、自由に出来るように配慮している。		
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みに過ごすことができる。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りど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。座敷で寝られる方もある。	リビング等共用部分は床暖房で、自然のぬくもりが感じられ、中庭に面する大きな窓からは自然光が差し込み明るい。リビングは、利用者自らが座る席を決めるなど、思い思いに気に入った所で過ごしている。ユニットが隣接して続いているため、職員と利用者が自由に行き来し、開放的な空間となっている。	

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
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。 パーティションで仕切った1人用空間を作っている。また、なるべく家に近いように、畳の小上がり、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	なじみの品や家具仏壇等を持参(持ち込んでもらい)配置し、居室で落ち着ける工夫をしている。	ベッドの他クローゼットが設置され、日用品や消耗品等は収納されているので、ゆとりある広さとなっており、机や整理ダンス、椅子等が思い思いに置かれている。	
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。		

(様式2)

事業所名:グループホームくるま花水木

目標達成計画

作成日:平成31年4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	4	全家族に、議事録を送付し事業所をより知ってもらう機会にされてはどうか。	運営推進会議の議事録を家族に送付するようにし、事業所をよりよく知っていただき協力態勢が得られケアに生かされるようにする。	議事録を会議の翌月に請求書とともに送る。	6か月
2	6	玄関施錠が常態化しない様、見守りを強化し短時間でも開放する方向で検討して欲しい。	夜間以外は施錠しないようにし、利用者に閉じ込められ感がないようにする。	1日短時間の開放。 13:00から1時間づつ増やしていく。 現在13:00～16:00実施中	6か月
3					月
4					月
5					月