

### 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	2894400064		
法人名	カネカツ株式会社		
事業所名	グループホーム暖家		
所在地	兵庫県豊岡市城崎町今津787-1		
自己評価作成日	令和 1年12月 5日	評価結果市町村受理日	令和 2年 2月 4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12月 20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)】

山陰線「城崎温泉駅」から徒歩で15分の山裾の静かな住宅地に位置し、近くには円山川や日本海があります。ご高齢のご利用者が多くなり、近くの協力医院への受診・往診はもとより、公立豊岡病院をはじめ他の医院への受診にも対応させていただいています。ご利用者の今まで過ごされてきた暮らしを大切にしながら、1人ひとりのご利用者の気持ちにより添ったアットホームな生活の場を目指しています。朝、昼、夜の3食、調理は職員がしながら温かいご飯を食べていただく事を大切にしています。

#### 【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)】

観光客で賑わう城崎温泉駅から15分ほど歩くと、そこには静かな環境が広がっている。2008年末に開設された事業所は地域住民からの認知度も上がり、周辺には戸建て住宅やアパートが新しく建築されている。管理者をはじめとして幹部職員が退職した後に、長年福祉分野で経験を積んできた新しい管理者が古巣に戻る形で着任し、その後約1年を経て漸く落ち着きを取り戻した。事業所内で看取って欲しいという家族の希望に応えながら、事業所と至近距離の協力医との連携は利用者や家族、そして職員に安心と安全をもたらしている。調理専任の職員を採用することで家庭的な食事を提供するとともに、職員が介護に専念できる時間を増やす工夫がされている。管理者をはじめ職員が「ONE TEAM」となって、新生「暖家」の実現に向けてトライを続けられるよう期待する。

### 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、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	職員が理念を見やすいように掲示し、実践に繋げやすいようにしている。	理念は四つの文章から構成されているが、管理者は「利用者の気持ちを受入れ、日々安心して暮らせるように支援する」を最重要と考えている。事務室とリビングに貼りだし、毎日の朝礼の中で折に触れて引用することで職員に周知させるとともに、案内チラシに大きく印刷して对外発信している。	
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	近所の人に対して挨拶をするように心掛けている。設立10年となり、徐々に受け入れられている。	運営推進会議の委員や利用者の知人を通じて、地域との付き合いの輪が広がっている。一方、地域のボランティアや婦人会などと交流する機会が乏しい。	婦人会や老人会、地域のボランティアなどと交流する機会を、積極的に探してはどうだろうか。
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	入居相談等を通して支援の方法について、相談を受けることがある。		
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	グループホームの状況について、報告や現状の課題など相談している。水害等の際の地域の方の緊急受入について可能であることも運営推進会議で伝えている。災害時等、今後、協力のあり方が課題となる。	隔月に開催し、家族、利用者、地域包括、民生委員などが参加している。当日配布した資料に、出席者名を追記したものをファイルしているが、議事録を作成していない。	利用者の個人情報に考慮した議事録を作成し、出席者だけでなく全家族に送ってはどうだろうか。利用者の介護度別人数、ヒヤリハットの種別集計を記載すれば、傾向と推移が分かる資料としても活用できるのではないかと。
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	運営について、市の担当者と相談している。協力関係はある。	事故報告は、管理者が市へ向かって提出するとともに説明しており、担当者との関係性は築けている。市役所内で隔月に開催される事業所連絡会に職員を出席させており、情報交換の場となっている。昨年度末の集団指導もその場で実施されたが、事業所内で情報共有がされていない。	平成31年3月に実施された豊岡市による集団指導の内容を再度精読し、事業所内で情報を共有する工夫をされたらどうだろうか。
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	近所の人に対して挨拶をするように心掛けている。設立10年となり、徐々に受け入れられている。	身体拘束をしないケアについてのマニュアルがある。転倒防止の為に、センサーマットや赤外線センサーを使用している利用者が複数あるが、家族に説明して承諾を得た文書をファイルしている。適正化委員会を不定期に開催している。	

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	禁止の対象となる行為については、各職員は理解している。新規の職員について分かりやすく伝える必要がある。虐待の防止には努めている。	利用者との馴れに甘えて不適切な言葉遣いをしない様に、管理者は特に注意している。職員の充足率が改善されるとともに、職員のストレスが軽減されたかと管理者は考えている。身体拘束適正化と共にカンファレンスの中で不定期に研修を行っているが、記録を残していない。	研修の年間計画を立て、出席者の感想を含めた実施記録を残してください。
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	日常生活支援事業を利用されているご利用者は3名ある。状況に応じて職員や市の担当者と話し合うこととしている。	現在、日常生活自立支援事業を活用している利用者と、生活保護を受けている利用者がそれぞれ数名ある。かつて成年後見制度を利用していた利用者も有り、職員は一定の知識を持っていると思われる。契約説明時に家族に紹介する資料を準備していない。	制度の概説書を準備し、契約時に説明されたらどうであろうか。
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	入居相談時及び入居時に、内容を説明し、納得していただくようにしている。	この1年間に新規で契約した利用者が5名あり、管理者が約1時間かけて説明している。質問が多いのは費用に関してである。重度化対応・終末期対応についての事業所の指針を説明して、同意を得ている。	
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	家族の面会時、また運営推進会議において意見を聴き運営に反映させている。	運営推進会議の場や、来訪時に意見を聴く機会を設けている。利用者個別に関する要望が多いが、職員の名前と顔が一致しないという意見が寄せられており、近々何らかの方法で対応したいと、管理者は考えている。	
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	カンファレンス等の会議、及び個別に職員の意見を聴き運営に反映させている。	毎朝の引き継ぎ時や、ユニットリーダーと管理者とのミーティングで意見を聴いているが、管理者が職員と1対1で定期的に面談する仕組みはない。開設後10年を経て、エアコン、洗濯機、乾燥機など多くの家電を、職員からの要望で買い替えている。	
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	年次休暇の取得など、職場環境の整備に努力している。		
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	認知症実践者研修、吸痰研修、介護研修等外部研修を実施している。介護福祉士受験を奨励、援助している。		

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
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	地域密着型の同業者が参加する地域ケア会議に参加している。研修会等があり、参加している。		
<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	ご利用者の話をよく聴き、不安の無いようにしている。		
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	ご家族の不安に答えられるように、話をよく聴くこととしている。またいつでも連絡いただくようにしている。		
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	よく話を聴いて、必要な支援に対応出来るようにしている。		
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	同じ食事を一緒に食べるようにするなど、関係づくりに努めている。		
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	通院等家族の方ができる人については、家族の方の付添としている。		
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	友人の面会、通い慣れた地域の医院への通院などを行っている。	近隣の地域からの利用者が約半数と多く、毎週来訪する家族もあり、友人、知人の来訪も多い。管理者や職員が利用者の近況を書いて家族に送ることで、関係性の継続を支援している。	

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
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	食事やお茶の時間には、ご利用者が話がしやすいようにしている。		
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	職員が他施設に行かれたご利用者に面会に行くことはあるが、本人・家族から相談を受けることはない。		
<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	思いや希望について話をしながら、また表情から推測しながら把握するようにしている。	コミュニケーションが難しくなった利用者が7~8割と多いが、日ごろの様子から意向を推し量っている。本が好きな利用者とは図書館へ、衣類が多くなった利用者の希望で収納タンスを買いに行くなど、職員が付き添って出かけている。	
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	入居前にご家族から、入居後はご本人と話しながら知ることが多い。		
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	ご本人と接しながら、また職員から報告を受けながら状況を把握している。		
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	ご本人、主治医、外部の理学療法士等の意見を聴きながら職員で相談しながら、介護計画を作成している。	1人の職員が1~3名ほどの利用者の居室担当となっているが、ケアは全員が担当している。利用者の状況に応じて担当者会議を開き、居室担当や他の職員の意見を聴きながら計画作成担当者がまとめている。基本半年ごとのモニタリングを経て介護計画策定へとつなげている。介護計画と分散したケア記録によって、職員が利用者のニーズを念頭に置いて、日々のケアをする仕組みに欠けている。	利用者のニーズを参照しながらケアが行え、状況の連続した推移が把握できる書式の工夫をされたらどうだろうか。
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	朝のミーティング、及びカンファレンスなどで情報共有をし、日々の介護に活かしている。		

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
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	ご本人や家族のニーズに対して、柔軟に対応している。		
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	読書の好きなご利用者と図書館に行き図書を借りてくるなど地域の資源を活用している。		
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、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	協力医院(内科・外科)・主治医・精神科等ご家族の意見を聴きながら適切な医療が受けられるように支援している。	利用者・家族の希望でかかりつけ医を選択し、月に2回訪問診療を受けている。2か所の訪問医とは関係性良好で連携できている。精神科など内科以外の専門科の受診は家族の都合により、介護職員が付添い情報交換を行い指導を受けている。	
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	医療対応が必要と考えられるご利用者について介護職員は協力医院及び関係病院と連絡を取りながら、適切な医療が受けられるように支援している。		
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。	入退院時には病院側と情報交換を行いながら、医療・介護がスムーズに対応出来るようにしている。	入院は地域の急性期病院に入院することが多く、情報交換や相談を行い、利用者・家族が不安なく入院生活が送れるよう支援している。早期退院を勧められるケースもあるが、退院前カンファレンスに参加し、理学療法士からリハビリ指導を受けスムーズに回復できるよう体制を整えている。	
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	入居されるときに、終末期の方針については説明し同意を得るようにしている。また終末期が近づくと、ご家族・協力医・市担当者等と連携を取りながら支援させていただいている。	高齢化・重度化の利用者が増え、看取りのケースも多い。入居の際に終末期の方針について同意を得て、事業所としてできることを含めて説明している。また、状態に応じて医師や家族を含めたカンファレンスを行い、方向性を明確にしている。最近介護職員が喀痰吸引の研修を受講し、重度化した利用者に対応ができるようスキルアップしている。	
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	殆どの職員は、応急手当や初期対応の訓練はできている。		

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
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	職員の緊急連絡網によって対応出来るようにしている。	土砂災害警戒区域にあり、火災訓練も含めた災害訓練を行っている。11月に夜間想定訓練を実施した。運営推進会議で災害時は地域の人々の避難場所として事業所利用が可能であることを伝えてはいるが、地域との災害訓練は実施していない。	地域と災害時に相互に協力し合えるために、合同災害訓練を実施されることを期待したい。
<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	人格を尊重した言葉かけが出来る様に普段から気をつけ対応している。	特に言葉遣いに気をつけ、カンファレンスの場や、職員間で注意しあっているが、忙しい時に乱暴な言葉になったり、馴れ合いの言葉遣いになる事もある。一人で過ごす事を好む利用者は見守りながら自由な時間が過ごせるよう支援している。	定期的に接遇マナーの研修や自己チェックなどを行い、日頃の対応について職員一人一人が振り返る機会を持つてはいかだろうか。
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	ご利用者が思われていることが表出できる様な関係づくりを目指している。		
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	1人ひとりのペースを大切にしてお過ごして戴いている。		
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	外部から出張美容をお願いし、1～2ヶ月に1度、理美容のサービスを受けていただいている。		
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	ご利用者と職員と一緒に食事の片付けをしている。ご利用者の楽しみともなっている。	地元の新鮮な野菜や魚など豊かな食材で、手作りの食事を提供している。利用者とメニューを考えたり、誕生日は利用者の希望に合わせたメニューにしている。基本的に3食、職員も同じ食事を共に食べ、家族的な雰囲気を大事にしている。	
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	食事量・水分量については、記録しながら必要な内容・量について介護職員が担当医師と相談しながら検討し、支援している。		

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	毎食後、ご利用者の状況に応じて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	自分で使用とされることやご本人の意志を大切にしながら支援をしている。	ほとんどの利用者は排泄用品を使用している。利用者の排泄パターンやそぶりから判断し、トイレ誘導を行ったり、居室にポータブル便器を設置し、自力で排泄できるよう支援している。今後、さらに失禁を減らす工夫が必要だと管理者は考えている。	
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	運動や水分を摂っていただくことを支援している。		
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	週二回を目途にしながら、ご本人の状況に応じて臨機応変に入浴をしていただいている。	入浴は週に2回個浴を原則にしているが、希望により柔軟に対応している。入浴中は職員とお喋りしたり、歌うことを楽しみにしている利用者もいる。浴槽に入れない利用者はシャワー浴となっている。事業所は温泉地にあり時折足湯に出かけている。	
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	今までの生活習慣を大切にしながら、不安の無いように話をするなど安心して眠られ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	ご本人の状況を担当医師に報告しドクターに薬等の処方をしていただいている。内容については職員が把握し、変化について記録、ドクターへの報告をしている。		
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	食事の片付け、洗濯物たたみや食材の買い出しと一緒にいただいている。天気の良いときはドライブ・外出など気分転換の出来る様に支援している。		

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
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	チューリップまつりや、近所の花見などに出かけている。ドライブなどご利用者の希望を聞きながら支援している。	日常的に食材の買物時に職員と共に外出したり、喫茶店や図書館、家族とのドライブに行くなど個別外出を支援している。利用者から入所前の習慣だった散歩コースを歩きたいとの希望があるが、人手不足のため実現できていない。利用者の要望に応じた外出支援は今後の課題だと考えている。	
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	現在、お金を所持されているご利用者はないが、ご利用者からの買い物希望があれば、ご利用者と相談しながら、職員が、あるいは一緒に買い物に行くよう支援している。		
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	手紙・年賀状・電話などご利用者から希望があれば、介護職員が取り次ぐなど支援している。		
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	温度・湿度、不快な音には注意をし、心地よく過ごして戴ける様に配慮している。	共有部分は、余裕のあるスペースが確保され、安全に移動できるよう配慮されている。日当たりのいいリビングはカウンター越しに調理している様子が見られ、家庭的な雰囲気の中、利用者は好みの場所で寛いでいる。広い廊下では歩行訓練やリハビリする利用者もいる。十分に活用できていないスペースがある。	デットスペースの有効活用が望まれる。
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	ソファを置いたり、気の合ったご利用者が一緒に食事を出来る様に配慮している。		
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	入居時に家族の方に、自宅で使い慣れたものや大切にされているものを持ってきていただくようお願いしている。	洗面台が設置された居室の大きな窓から地域や自然の風景を臨むことができる。利用者は使い慣れた家具やテレビ、アルバム、本など持ち込みその人らしい暮らしが実現できるよう支援している。利用者の状態に合ったベッドをレンタルし、好みの寝具を使用している。	
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	ご利用者の必要に応じて介助バーや手すりを設置し、安全と自立の工夫をしている。		

(様式2)

事業所名:グループホーム暖家

## 目標達成計画

作成日: 令和 2年1月27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	2	地域との付き合いは広がりつつあるが、ボランティアとの交流する機会が少ない。	ボランティアとの交流を計画し、地域との交流を深める。	社会福祉協議会と連絡をとりながら定期的にボランティアと交流を図る。	4月
2	8	「日常生活支援事業」や「成年後見制度」を利用されているご利用者があるが、制度を説明する概説書を準備していない。	説明できる概説書を準備し、入居時に説明する。	「日常生活支援事業」「成年後見制度」の概説書を作成する。	5月
3	16	職員の異動などのため、家族がフロアスタッフの名前や顔がわかりにくいことがある。	家族が担当フロアスタッフの顔を名前がよくわかる。	フロアごとにボードを作りフロアスタッフ写真と名前を掲示する。	6月
4					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( )