

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

あかり

事業所番号	2873400762		
法人名	社会福祉法人 宝寿会		
事業所名	グループホームゆうゆう		
所在地	兵庫県神崎郡神河町福本字中茶屋山124-3		
自己評価作成日	令和 元年 6月 20日	評価結果市町村受理日	令和2年8月28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.nhl.w.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	令和元年7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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・自然の中で、四季の移り変わりが感じられ、静かな環境に恵まれている。 ・地域のボランティアによる、歌唱・リハビリ体操・紙芝居・映画上映など交流している。 ・入居者の誕生日に誕生会を行い、好みの食事やケーキでお祝いしている。 ・併設特養との交流や行事参加がある。 ・食事の献立は、季節を感じる献立を工夫し、食材の買い物を二日ごとに行っている。 ・訪問看護との連携で、健康チェック及び、体調の変化に対応出来るようにしている。 ・10月頃から、訪問歯科診療が始まり、治療や歯科衛生士による口腔ケアが、受けられるようになっていく。

【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)】

<p>事業所は三方を山に囲まれ、四季折々の季節が感じられる静かな環境に建っている。同じ敷地内に同法人の事業所が複数あり、地域に根差した福祉施設の役割を担っている。法人の理念「思いやり安心安全 やすらぎ」と事業所の理念「ご入居者様が、職員と共に、楽しみを持ち自分らしく暮らせるホームを目指します」を掲げ、理念に沿った事業所により近づけるよう、利用者の持てる能力を最大限活かし、自由な発言や行動を見守り畑仕事や家事、趣味活動等日常生活を笑顔で楽しめる工夫をしている。職員の体力や精神力、能力に合った業務内容を相談しながら、職員が働きやすい環境を整えている。家庭的な雰囲気をもままに笑顔が絶えない事業所の継続を期待している。</p>

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. 全くいない
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

あかりH30年度振り返り〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

自己 者 第	三	項目	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	「入居者が職員と共に楽しみを持ち、自分らしく暮らせるホームを目指します」と言う理念を共有し、理解した上で、日々の業務に取り組んでいる。	法人の理念と共に、事業所の理念を玄関や職員室に掲げ、利用者の生活がより楽しくなる様、職員が一丸となって取り組んでいる。理念と共に各ユニット毎に1年の支援目標を掲げ、口腔体操やリハビリ体操などの体力作り、利用者の手作り作品や裁縫等が出来るよう支援をしている。	
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	・地元小学生の訪問交流や、地元高校のボランティア実践授業の受け入れをしている。 ・町の文芸祭や文化祭には、作品を出品し見学に行っている。	法人主催のふれあい祭りに、地域住民が参加したり中学校の吹奏楽部がオープニングの演奏に來所した。地域の福祉事業所有志で立ちあげた、地域サロンに通う利用者がある。	
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	・キャラバンメイトとして管理者が登録し、他事業所有志と共に認知症サポーター養成講座の開催に参加している。 ・「地域サロン・らくや」では、職員と入居者が参加し、地域の人々とで交流する場ができています。		
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	・特養の地域密着サービス・ユニットと合同で行っている。 ・スライドで行事報告、入居者状況等を伝え、その後、家族、町担当者、民生委員、地域の代表者を交え、意見交換をしている。	運営推進会議は、利用者、家族や町職員、地域の区長や民生委員の参加で、併設の事業所と合同で年3回開催している。町には議事録を送付しているが、家族への送付が不十分である。	家族への議事録送付を定着化する事で、運営推進会議の理解につながるのではないかと。
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	・運営推進会議に、町担当者が出席し意見交換をしている。 ・町、社会福祉協議会などが主催の講演や勉強会には出来るだけ参加し、情報を得たり、意見交換をしている。	町には利用者の入退所状況や運営推進会議録、事故報告書等を窓口を持参している。利用者の自宅に関する心配事を相談に行く事もある。地域の福祉事業所有志が立ち上げた組織、「楽護会」の勉強会や会議に町職員が参加する事が有り交流の機会が多い。	
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	・施設の方針として基本、身体拘束はしない。 ・職員研修で学ぶ機会があり理解し、職員間で声をかけ合い、ケアを行なっている。 ・玄関の施錠については、安全面に考慮し、昼夜施錠している。	身体拘束適正化委員会が有り、定期的に会議を開催している。研修計画に挙げホーム会議等で研修会を開催して職員の理解は進んでいる。玄関は昼夜施錠しているが、職員配置に余裕があり見守り可能な時間は、状況を見ながら開錠するよう努めている。	全体会議の場で、身体拘束適正化についての外部研修に出席した職員が伝達研修をする機会を持たれてはどうか。

自己 者 第三	項目	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	・職員研修で学ぶ機会があり理解している。 ・日頃から、入居者の身体上に変化がないか観察し、あれば職員間で話し合いをし、防止に努めている。	虐待について、身体拘束適正化委員が会議を開催し研修会も進めている。利用者に対し口調が荒くなっている状況を見た時は、職員相互に都度注意し合える関係性が出来ている。施設長が夜勤の時に、職員の慰労会を行いストレス解消の場を持っている。	
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	・権利擁護に関するパンフレットを備えている。	現在制度を利用している対象者はいない。成年後見制度に関する外部研修会が有り数名の職員が参加した。日常生活支援事業のパンフレットを置いているが、成年後見制度に関する資料は整えておらず、契約時に制度の紹介はしていない。	町の成年後見制度に関するパンフレットを取り寄せ、契約時に家族に渡し説明をされてはかがか。
9	(8) ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、サービス内容についての説明を丁寧に行い、不明点や不安がないか聞き、あれば時間をかけて説明している。オムツや日用品費用について、特養との違いなども説明している。	契約時の説明は施設長が1時間くらいかけて行っている。質問の多くは利用料や外出、外泊等についての内容が多いが都度丁寧に説明し納得を得ている。必要に応じ特別養護老人ホームとの違いも伝えている。	
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	・運営推進会議での話し合い、意見交換の他に、年間行事に家族を招待し、話ができる機会を設けている。また、日常でも、家族の訪問時に意見をお聞きするようにしている。	利用者の希望で近くの紫陽花の見学やドライブに出かける事がある。年間通じてほとんどの家族の面会がある。家族から出る意見や要望は個人的な内容に留まっている。	
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	・月一回のホーム会議で職員の意見、提案を出せる機会を持っている。日常でも、ホーム内の備品や業務の見直しなど、意見が出て改善するよう努めている。食材料の買い物について職員の提案で、購入先の幅が広がった。	管理者はホーム会議で職員からの意見を聴くが、日常の会話からの意見も取り入れている。食材購入が近所のスーパーだけでは限りがあり、職員の提案で別業者にも委託した事でメニューの幅が広がった。プライベートの問題で、職員が働きやすい業務体制を取り勤務の継続を可能にしている。	
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	・年一回の自己評価と自己目標の振り返り、新たな目標設定をする事により、それぞれが向上心を持って働ける様にしている。 ・パート職への日曜日手当、時間外手当、年始年末手当の支給。処遇改善手当の支給。		
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	・採用後の新人研修。毎月のスキルアップ研修・職員研修。必要に応じて外部研修の機会がある。		

自己	者	第三	項目	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	・地域事業所の有志で立ち上げた、「楽護会」で介護の勉強会に参加し、そこで意見交換や交流が行われている。		
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	・入居前の面接に於いて、現状での身体面・精神面・共同生活が可能であるかを見極めさせて頂き、ご本人の想いなども聴き取り、入居後どのように暮らしていけるかをお話する機会を作っている。		
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	・家族の想いや希望を聞き、気になる事や分からない事があれば、何度でも話をするようにし双方に大きな食い違いが無いかを確認するようにしている。		
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	・グループホームでの生活に問題は無い か、身体の状態が変化していくことを踏まえ、聴き取の段階で見極め、必要に応じて他のサービス利用の情報提供にも努めている。 ・特養への申し込みなども視野に入れ、話を聴いている。		
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	・調理・園芸、又日常生活の中で入居者が持てる昔ながらの知恵・知識・経験を出せるようにし、共に暮らす者としての関係作りに努めている。		
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	・月一回、家族へのお便りで、身体状況や日頃の様子を連絡し、急な変化の時は、その都度家族と相談の上協力をお願いしている。 ・家族と楽しい時間を過ごして頂ける様、行事等の参加の声かけもしている。		
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	・食材の買い物や催し物に参加する事で、知人と出会う機会を作っている。 ・地域のミニデーや老人会の集まりにご夫婦で参加出来る様支援している。 ・馴染みの方の訪問の際は一緒にお茶を飲んで頂く等、明るい雰囲気作りに努めている。	近所の知人が花を持って面会に来たり、地域の民生委員が訪ねて来ることがある。家族と共に地域の高齢者サロンや老人会に行く利用者や、以前から行きつけの美容室や理髪店に行っている利用者がいる。地域の「とんど」に参加し新しい馴染みの関係作りにも努めている。	

自己	者	第三	項目	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	・日中はなるべくホールで一緒に作業・レクなど出来るよう取り組んでいる。 ・入居者それぞれの個性を把握した上で、職員が間に入り良い関係で関われるよう努めている。		
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	・家族の希望、身体状況のより併設特養に移られた後も、訪室したり必要であれば、情報を伝えている。家族ともその後の様子について会話が出来るようにしている。		
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	(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	・家族への電話や外出・外泊の希望は、家族と連絡を取り合いながら、応じられる様調整している。希望が表現できない入居者には、家族と、「ご本人ならどうして欲しいか」、話し合い、ケアに反映している。	畳の部屋を好む利用者は、居室に畳を敷き暮らしやすくしている。意思表示が困難な利用者が有るが、家族からの聞き取りに加え、利用者との日常的な会話や表情、生活歴等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	・アセスメント・ケアカンファレンスにて本人及び家族・ケアマネージャーから情報を得ている。また、家族が訪問された時に伺ったり、日常会話の中から、元気な頃の様子を聴いてして把握に努めている。		
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	・日常生活動作記録表・引継ぎ帳・訪問看護記録・ケース記録により、入居者の心身の状態把握に努めている。		
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	・ケアプランには本人、家族の希望や意見を聴き取り入れている。 ・主治医のアドバイス、ケアカンファレンスにて職員と話し合い作成するよう努めているが、追いついていないのが現状である。	利用者の心身の状態は、訪問看護師による健康チェックや主治医との連携にて状態把握しているが、ホーム会議等で情報を共有する事が不定期で有り、介護計画書の定期的見直しや、モニタリングが出来ているとは言えない状況である。パソコンを使用したデータ入力や記録が不十分である。	パソコンソフトの連動機能を活用し、介護計画書作成とモニタリングに役立て、定期的な計画書作成に役立てられてはどうか。
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	・個人記録には、食事摂取量・水分摂取量・バイタル・排泄状況・日課・外出・訪問状況・ケース記録を記入している。 ・個別に受診記録ノート・訪問看護記録ノートも作っている。		

自己 者 第三	項目	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、その時々にも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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の希望で入居者の居室の宿泊する事は可能である。 ・急な外出・外泊希望にも対応している。 ・奥様が入居されたご夫婦には、行事の際にはホームで食事が共に出来る様配慮している。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族様の要望で、地域のミニデーンに参加されている。 ・家族での食事会にも参加されている。 ・馴染みの美容院での散髪もされている。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居される前より通われていたかかりつけの医師に受診されている。 ・家族様付き添いであるが、職員が付き添い行なう時もある。 ・車椅子の方は、病院までの送迎も行っている。 	<p>利用者は基本的に家族の協力で入居前からの馴染みのかかりつけ医の受診を続けている。普段は週1回来訪する訪問看護師によって健康チェックを受けている。2週間に1回歯科医と歯科衛生士が来訪しており、個別に口腔ケアを受けている利用者もある。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・週一回の訪問看護によるバイタル測定・排便のチェック等をしている。 ・入居者の受診状況や、気になる体調の変化などの相談とアドバイスも頂いている。 ・相談の後、受診に繋がる時もある。 	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の情報提供に加え、見舞いなどで様子を把握している。 ・リハビリに同席し、退院後ホームでの生活がどのようになるか、アドバイスをいただいている。 ・退院前には、カンファレンスに参加している。 	<p>この一年で複数の入院事例があった。入院時は介護サマリーを持参し、見舞いに行き、リハビリに同席し退院カンファレンスに参加する等早期の退院に向けてアドバイスを受けている。転倒を防ぐために普段から下肢筋力を鍛える目的で、出来ることは自分でしてもらうように支援しており、毎食後の下膳は利用者の生活リハビリとなっている。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した場合は、何処で最期を迎えるか、少しづつ家族と話し合いを行っている段階である ・希望であれば、併設特養へ移る時期を特養担当者に相談している。 ・本人家族の思い・意向を聴き、病院での看取り・ホームでの看取りを経験している。 	<p>この一年での看取りはないが、職員は看取りの経験があり、本人や家族の意向があれば受け入れることが可能である。消防署の書式を利用し、DNAR(心肺蘇生を試みない意向)について随時、家族の意向を確認できるよう準備を進めている。入院後介護度が上がり、本人・家族の意向に沿って併設事業所に移った事例もある。</p>

自己	者	第三	項目	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
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	・職員研修で急変時の応急手当について学んでいる。 ・応急手当マニュアルも設置している。		
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	・併設特養との合同での火災訓練を行っている。 ・大雨の時には、地域の消防団の見回りがあある。 ・水害・土砂災害を想定した避難訓練については、今後の課題である。	法人主催、利用者参加で避難訓練を実施している。火災想定では、1階2階それぞれのユニット全員が、非常口からベランダへの水平避難を実施した。緊急時の職員連絡体制が整っており、火災通報装置に連動した連絡網については消防署が確認している。事業所独自の備蓄は準備しておらず、緊急時の持ち出しファイルの用意がない。	近年、災害発生が多くなってきているので、災害時の備蓄や緊急時の持ち出しファイルの準備を急いでいただきたい。
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	・排泄や入浴の際は、自尊心や羞恥心に配慮しながら、個々に合った声かけや対応に心がけている。更衣室のカーテン設置については、常時使用には至っていない。が、入浴中は担当職員以外には入らないようにしている。	同姓の利用者は下の名前で、そうでない人は名前に「さん」をつけて呼び掛けている。本人が名前で呼んでほしいという利用者にはその意向に沿っている。前回の目標達成計画に挙げたとおり、脱衣所の目隠し用パーテーションを作成したが常設はしていない。今後は「入浴中」の表示札を利用者と共に作成予定である。	
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、自分の思いや希望を表しやすい雰囲気作りに心がけている。会話の中で思いや願いを聞き出し、どうしたいか等自身決定出来る様支援に努めている。		
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	・出来る限りその人に合ったペースを大切に、1日を過ごして頂く様にしている。ただ、認知症状が進んでいる方には、こちらから声掛けし、日課を行えるよう働きかけ、また少しでも希望に添える様支援に努めている。		
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	・その人らしい服装や身だしなみを整えられる様一緒に選ぶ等しながら支援している。月1の「訪問美容」で技術者による、カット・毛染め・髭剃り等も行っている。		

自己	者	第三	項目	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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・入居者様の力に応じて、調理・盛り付け・配膳をしてもらっている。(自主性に任せ無理強いはいしない) 施設の畑で採れた野菜を調理し、季節感や収穫の楽しさを味わって頂く。	献立は職員が順番に作成し、調理の得意な職員を調理専従で配置している。利用者と共に出掛ける買い物先で、利用者の選んだ弁当や揚げたて天ぷらを買う、食欲をそその盛り付けに配慮する等、食事を楽しんでもらえるように工夫している。食前には、DVD映像の口腔体操等をテレビに流して、利用者が嚥下しやすくなるように支援している。		
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	・個々の体調に応じて食事量や形態を調整している。 1日の水分量も把握し摂取量が少ない時は、飲み物や形態を変える等し工夫している。			
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	・個々の状態に応じて、歯磨き・義歯洗浄・口腔清拭等実施している。 希望者には、週1の「訪問歯科」を受けて頂き、治療や口腔内掃除等の支援・指導も受けられている。			
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	・日中、夜間問わず入居者の一人一人の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄の自立に向けた支援を行う。 ・言葉で訴えにくい方は、素振りや発する言葉によって、トイレに向かわれるよう配慮している。	ほぼ誘導の必要ない布パンツ使用の利用者が数人いる。ほかの利用者も、トイレ誘導の声掛けをしながら、出来るだけトイレで排泄できるように支援している。夜間はベッドサイドにポータブルトイレを置いている利用者もある。		
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	・便秘の予防に、朝食時にヤクルトを提供を継続し、献立には食物繊維を含む食材を使用し予防に心がけている。野菜・果物など工夫して食べて頂いている。			
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	・車椅子使用の利用者はシャワー浴、足浴で対応している。自立で入浴される方、介助が必要な方は個々にそった支援で対応している。 ・時間帯は、昼食後から16時頃までである。	利用者は週に2~3回以上、月曜から土曜の午後に入浴している。同性介助の希望があれば意向に沿っている。石鹸やシャンプーは利用者好みの物を使用している。入浴を好まない利用者もあるが、職員の誘導の工夫で入浴が出来ている。		
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	・ひとりひとりに安心して眠れるように支援している。必要時に応じて、寝具のカバーやパジャマを洗濯する。天候の良い日には布団を干し、気持ち良く休んで頂く様に努めている。			

自己	者	第三	項目	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
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	・受診記録の薬の説明証、副作用、薬の変更時は目的用法等の確認に努めている。 ・入居者の一人が、訪問薬剤管理指導を受けており、薬剤師が月1回、薬のセットに來られ、注意点などを聞く機会がある。		
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	・その人の持てる力に合わせ、食後の食器洗い、掃除も職員と一緒にしている。洗濯物干しも職員と一緒にベランダに干している。好きな飲み物の提供。ジュークボックスでの音楽鑑賞。		
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	・外出できる入居者が少なくなっている中で、希望のある方には、支援している。 ・食材料買物の際の同行、近所へのドライブ、外食や喫茶、回数は少ないが行なった。	事業所横の桜の木が満開の時期には、前庭にテーブルを並べ、利用者全員で花見を兼ねた食事ができた。家族にも声をかけて参加を募り、喜んでもらった。紫陽花ドライブに出かけた時には、午後のお茶を楽しんだ。前庭の畑の世話やゴミ捨ての手伝い等、外気浴の機会を出来るだけ持っている。	
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	・家族より現金を預かり出納帳で管理し、訪問時に確認・サインを頂いている。本人が外出を希望された場合職員が同行し、家族から預かったお金から好きな物を購入して頂く様にしている。		
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	・家族・知人と話したいとの希望があれば、ご家族の了解を得てできるように支援している。年賀状など、家族・友人から届いている入居者も数名居られる。		

自己	者	第三	項目	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	・何時でも外の景色を見て頂ける様に、カーテンを開け、四季の移り変わりを会話を交えて感じて頂ける様に工夫している。今の季節を感じて頂ける様な、その月に応じた物を飾る様にしている。また、季節の花を職員のセンスで活けている。	除菌空間清浄機を常時稼働させており、温度と湿度の管理も行っている。秋の作品展に出品した利用者の作品を壁に展示している時期もある。玄関やエレベーターホールには季節の花を絶やさぬように活けている。		
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	・リビングに置いているソファや畳のスペースを自由に利用されている。気の合う入居者同志で自ら居室を行き来し過ごされている。			
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	・自宅で利用され使い慣れたタンス・棚・ミシン等を持ち込まれている入居者も居られる。自宅で過ごされていたように生活したいと、畳の上に布団を自ら敷き休まれている入居者も居られる。	事業所からは、洗面台と作り付けの戸だなが用意されており、利用者はベッド、鏡台や小さな仏壇等を持ちこんでいる。畳部屋に布団を使用している利用者もあり、それぞれが落ち着いて暮らせる居場所となっている。		
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	・各居室や下駄箱に名前プレートを掲げ、ご自分で分かり易い様にしている。廊下・トイレ内・浴室内の手摺りは安全に移動出来る様配慮し、見守りするようにしている。			

(様式2)

事業所名:グループホームゆうゆう

目標達成計画

作成日: 令和 3年 3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 (3)	運営推進会議の議事録を家族には送付できていない。運営推進会議について広く理解していただくためにも、家族への議事録の送付が必要である。	運営推進会議の議事録を、毎回、家族に送付し、内容などを知っていただく。	・入居契約時、重要事項説明する際に、運営推進会議について説明する。	8か月
2	6 (5)	身体拘束適正化委員会があり、定期的に会議は行っているが、さらに理解を深めるために、外部研修への参加や、それについての伝達研修の機会を持つ必要がある。	職員全員が、身体拘束廃止及び高齢者虐待防止についての理解を深める。	・身体拘束についての外部研修に参加する機会を持つ。 ・伝達研修の機会を持つ。	8か月
3	8 (7)	権利擁護についての職員の理解が少なく、パンフレットなども不十分である。	成年後見人制度や日常生活支援事業などについて、職員が理解し、必要であれば話し合いが出来るようになる。	・成年後見人制度や日常生活支援事業などの資料やパンフレットがすぐ見られるようにする。 ・入居契約時に、家族に渡し説明する。	8か月
4	26 (1 3)	介護計画について、定期的の見直しやモニタリングがすべてできていない状況である。	パソコンソフトを使用し、スムーズに遅れなく入力できるようになる。 モニタリング表を活用し、職員全員でモニタリングが行えるようになる。	・速やかに介護計画書を作成する。 ・使いやすいモニタリング表を活用し、職員全員でモニタリングが行えるようにする。	8か月
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()