

### 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	2891100154		
法人名	社会福祉法人ウエル清光会		
事業所名	グループホーム宝塚清光苑		
所在地	兵庫県宝塚市仁川団地4-15		
自己評価作成日	平成29年11月10日	評価結果市町村受理日	平成30年8月16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	
----------	--

【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30年1月23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)】

利用者様の生活史や認知症症状を理解して、明るく家庭的な雰囲気の中で常に利用者様の立場に立ったケアを実践しています。また、ケアの方向性については①寝たきりにしない、させない。②穏やかに生活できる環境を作る。③主体性個性を引き出すケアを中心に考え日々職員と取組みを行っています。2ヶ月1回の家族会では花火やバーベキュー等をして利用者様・家族様・職員の交流の場を作り家族様との情報共有を行い共に支え合うことを意識しています。

【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)】

3年目を迎え、徐々に地域行事への参加や他部署と連携した啓発事業に関わる機会が増えつつある。定例の家族会や主催の秋まつりを通じて、事業所の取組や認知症への理解にもつながってきている。職員が、利用者一人ひとりの生活習慣を尊重し、不必要な関わりをしないよう温かく見守りさりげないサポートを心がけることで、利用者は自分のペースで過ごしている。誰でも持っている個々の好みや得意なことを一緒にやりながら意欲を引き出し、継続できるよう応援する姿勢でもいる。利用者が一日でも長くここで暮らし続けられるよう何気ない日々の観察、表情や行動を見極めることを重視するなど、丁寧なケアに努めている。管理者は、今後重度化が予想される中、認知症ケアの専門性をより高め、意識向上を図っていきたいと考えている。職員のますますの研鑽を期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者三	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
<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	毎日の朝礼で理念と10の良い心を職員全員で唱和を行い共有している。各職員の名札の裏に理念・10の良い心を書いたカードを入れ意識して実践に繋げている。	今年度は、法人理念をもとに職員自身で年間目標「離職率を減らす」「入院を減らす」を掲げ、取り組んでいる。今期の達成状況を振り返り、次年度に向け職員間で協議をしていく。特に、事業所独自の理念等は掲げていない。	自分たちが目指す事業所のあるべき姿を具体化した理念の検討を期待したい。
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	地域の行事のお知らせを頂き、希望される入居者と一緒に参加したりしています。	法人としての地域との関係性は徐々にできつつあるが、地元の季節行事への参加や、法人主催の秋まつりが相互の交流機会となっている。運営推進会議でも地域の情報提供を受け、利用者もできるだけ参加するようにしている。	
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	複合施設である為、各部署と連携して認知症サポーター養成講座等を地域住民に向けて開催している。		
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	運営推進会議では月々の取組みや、事故報告を行って、参加頂いた方々に意見を頂いている。内容についてはユニットに報告し改善を行っている。	併設の地域密着型サービス事業所と合同で行っている。事業所からは行事や事故等の報告を行っている。利用者の状態や様子を通じてケアについて説明することもあり、認知症について理解を深める機会ともなっている。	
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	介護保険課担当の方には運営推進会議に参加して頂き、お話を伺っている。また、必要な場合は直接相談に行くようにしている。	事故報告等、必要に応じて市担当者とはやりとりしている。地域包括とは、運営推進会議以外での情報交換はあまり行っていないことから、今後は積極的に関係性を築くよう努めていきたいと考えている。	
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	職員には基本拘束ゼロを徹底し、研修もおこなっている。家族様には契約時や普段の来苑時に話をしている。	身体拘束防止委員会を通じて、研修等を行っている。現在、併設サービスでの感染症発症により、やむをえずユニット出入り口は施錠している。職員は、拘束による利用者へのリスクを理解し、日々見守りに努めている。	
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	職員には虐待防止の研修をおこなっている。また、管理者・ケアマネージャーが注意するだけでなく、スタッフ間で注意しながら取り組むようにしている。	管理者は、業務の中で職員のスピーチロックになりかねない言葉遣いがあった場合は、その都度注意している。会議や申し送り時にも、随時職員には投げかけ、注意を促している。毎月の面談時にもとより、日常的に職員に声をかけるなど、話しをする機会を持つよう心がけている。	

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
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	後見人や保佐人との連携も図り、利用者様が安心して生活できるように支援しています。	現在、成年後見制度を活用している利用者がある。職員は、研修を通じて制度のおおまかな理解はできており、資料も用意している。	
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、契約書、など説明して疑問点や不安点を伺っている。	事業所としての方針、特に日々の生活におけるリスクについて、家族の協力の必要性、重度化した場合等を重視して説明していく方向である。契約後も要望があれば、その都度説明の機会を持ちたいと考えている。	
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	2か月に1回のペースで家族会を開催し、その際にご意見を伺っている。また、普段の来苑時に個別に伺っている。	行事を兼ねた家族会、普段の来訪時に話しをしたり、相談を受けることもある。個別の要望が多くあがるが、運営に関する意見はまだない。4月から利用者一人ひとりの様子を、毎月お便りで家族に伝える予定である。	
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	月に1回のカンファレンスや個別面談を行っている。	毎月の会議で、職員からの意見や提案を出してもらい反映している。職員からは、勤務体制の見直しや利用者のケア方針の検討等の提案があり、その都度取り入れ実践している。職員が自分の考えや思いを積極的に出せるよう、管理者は声かけしている。	
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	職員の個性やケアの方向性を見極めて、なるべく本人の良さを引き出せるように指導や助言をしています。		
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	月1回のスタッフ会議の際に勉強会を開き、介護の知識や制度をレクチャーしている。法人の中途採用研修にも参加してもらうように勧めています。		
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	様々な研修や勉強会への参加を通じて他の事業所との交流を図り、勉強する機会になっている。		

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
<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	グループホームという環境で今後生活していくため、関係構築していくために認識・判断・理解のどの認知力低下によって混乱しているかアセスメントして職員全員で共有して関係づくりに努めている。		
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	面接やその前の電話連絡で、十分に困りごとに耳を傾け、話しやすい雰囲気を作り信頼できる関係作りに努めている。		
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	面接時は、しっかりとした聞き取りを行い、何に困っているかの把握を行った上で、グループホームの役割と家族の役割を伝え一緒に利用者様を支援していく関係を構築している。		
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	介護される関係だけではなく、本人様の生きてきた時代や人間性を理解し影響を受けていることを職員も自覚して共に生活する者同士の関係を構築出来るように努めている。		
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	グループホーム入所前の状況を理解し入所後も共に本人様を支えていく立場で支援してほしいことを家族様に伝え関係構築に努めている。		
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	2か月に1回家族会等を開催して本人様と家族様・親族等が定期的に交流できる場を設定している。友人等の来訪時には必要に応じて相談室を提供するなど、以前の人間関係が継続出来る様に支援している。	元の職場の同僚や近所の人会いに来ることもあり、楽しい時間が過ごせるよう雰囲気づくりを支援している。近隣からの利用者が多く、普段から家族や親族の来訪は多い。一緒に墓まいりに行ったり、外食を楽しんでいる。毎年、知人から年賀状が届く人もいます。	
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	状況に応じて利用者様同士の関係が悪化しない様にコミュニケーション時職員が介入して良好な関係が継続出来る様に努めている。		

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
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	グループホーム退所時には、利用者様の情報を移された先に提供。また、その都度相談ができるように働きかけている。		
<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	職員と利用者様との良好な関係性を維持して、発言しやすい雰囲気を作り、暮らし方の希望や利用者様同士の関係性や意向の把握を行っている。	利用者個々の生活史を参考に、普段の関わりを通じて好みや得意なこと、意向等を聴いている。発語が困難であっても、表情やしぐさから察することも多く、家族から情報をもらうこともある。入浴時が、職員と2人でゆっくり話ができる機会となっている。	
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	入所時生活史シートを記入してもらい、今までの暮らし方等の把握に努めている。		
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	出来る能力に対しての見極めと、負担にならない役割の提供を行っている。生活の質を上げていくために、思いを尊重し個別の対応を心掛け職員間で情報を共有している。		
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	毎月モニタリングや月次報告書を通して利用者様の変化を把握して、どのように関われば不安な気持ちにならず穏やかに生活できるか、情報を共有して統一したケアを行うように努めている。	毎月、居室担当者からの意見や情報をもとに、ケアマネがモニタリングを行い、日々の状態を把握している。計画は半年毎の見直しとしているが、入院等があった場合は随時見直している。家族の来訪時に担当者会議を開催し、意向を反映している。	
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	月次報告書や連絡ノート等を活用し情報を共有して居室担当職員と連携して介護計画書の見直しをしている。		
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	利用者様や家族様の状況に応じて通院時の付き添いなど必要であれば柔軟に対応している。		

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
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	今年度はRUN伴に利用者様も参加し地域の方々との交流に参加しました。		
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	入所時に本人様や家族様の意向に沿って医療機関を選択して頂くようにしている。	かかりつけ医の選択は自由であるが、協力医が隔週に往診することもあり、殆どの利用者が協力医をかかりつけ医としている。他科受診の際は、原則家族が付き添っている。法人の看護師が毎週来訪して健康管理をしている。歯科医の往診と口腔ケアを受けることも可能となっている。	
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医療連携をとり、毎週1回訪問がある。利用者様の状態を伝え、ドクター・訪問看護・グループホームと連携が出来る様に努めている。		
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。	利用者様が入院した際には、定期的に様子を伺い状態把握に努めている。担当医、看護師、MSWと連絡を取り、退院受け入れに向けた話し合いを行っています。	今年度、複数の入院事例があった。いずれも入院先は協力医療機関であった。管理者が毎週見舞って医療関係者と情報交換して、退院後の受け入れ支援を準備した。夜間にトイレに行こうとした際に転倒を繰り返さないよう、ケアに注意している。	
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	終末期に関しては、開設からまだ対応したことはありませんが、施設で出来ることの説明を行い、家族様や主治医と連携を取りながら対応するように考えています。	契約の際に、緊急時を含めた延命措置に関する意向の確認を行っている。事業所として出来る医療的行為の範囲を説明している。事業所として未だ看取りの経験が無い為に、現在は看取りに関する利用者や家族の意向の確認をしていないが、看取りは今後の課題であると管理者は考えている。	
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	急変時のマニュアルをフローチャートにして掲示しています。		
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	毎年消防訓練を行っている。	併設事業所と合同で年2回の訓練を行っており、昨年は事業所単独で夜間を想定した訓練を行った。地震発生時の訓練が出来ていない。近隣住民との連携に関して、働きかけが出来ていない。利用者の身体状況が誰でも分かる識別方法の検討も未着手である。	利用者の身体状況が誰でも分かる識別方法は、近隣住民に連携を依頼する際にも必要である。隣接する事業所とも相談のうえ、検討されてはどうかであろうか。

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
<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	必ず入職時の接遇研修に参加し学んでいるが、言葉使いや態度の改善の必要があると感じている。	慣れ慣れし過ぎたりスピーチロックに該当する職員の言葉遣いを、管理者が耳にすることがある。その都度やカンファレンスの際に注意を喚起している。新人が事業所に配属された以降は、まとまった接遇研修はなく、その都度の対応となっている。	グループホームとして、特に注意をしないといけない接遇に関して、全職員対象の研修を実施されたらどうだろうか。
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	思いや希望を話しやすい環境をつくり、必要に応じて、個別に対応する事や、自己決定が難しい利用者様にも表情や行動から意向をくみ取るように努めている。		
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	今までの生活習慣を把握し出来る限り、本人様の意向やペース、役割の提供など支援している。		
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	本人様の好みの衣類を着て頂くよう支援するようにしている。自身にて整容出来る環境を提供し、理美容も本人様希望を優先している。		
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	食事は厨房で調理したものを提供している。利用者様とは食事を厨房へ取りに行く事や盛り付け、食後の片付けを一緒に行っている。食事レクやおやつレクなども行っている。	セントラルキッチンからの食事以外に、毎月1回は昼食とおやつを事業所で手作りする日を設けている。献立を利用者と相談し、一緒にスーパーへ行って食材を買い、調理を楽しんでいる。職員が利用者と同じ献立を同じテーブルで摂ることはない。	まずは食事レクの日から、利用者と職員と一緒に食事を楽しむ工夫をされたらどうだろうか。
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	一日の食事量、水分量を記録して摂取量を把握し、必要に応じて形態の工夫、水分は食事時間以外にも10時・15時に提供している。		
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	歯科医、歯科衛生士に指導、助言を頂くながら、一人一人の状態に合わせて、声掛けや介助を行っている。		

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
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	生活リズムシートを活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握しケアを行っている。適切なオムツ使用を行うため必要時は話し合いを行い見直しを行っている。	全利用者がトイレで排泄しており、トイレ誘導が要らない利用者も複数名いる。生活リズムチェック表で排泄状況と水分補給量を記録しており、利用者ごとに適時の誘導を心掛けている。夜間は個々の排泄リズムに合わせた時間間隔で巡回している。	
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	水分摂取をお勧めし、乳製品やオリゴ糖を取り入れている。看護師やドクターからの助言も頂いている。		
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	特に曜日や時間の取り決めはせず、入浴の長さや温度なども利用者様の希望に沿うよう入浴して頂く様に配慮している。	入浴は週に2回以上を目安にしているが、利用者の状態や希望に合わせて柔軟に対応している。介助は同性にこだわらず、利用者の希望に応じている。浴槽の湯は都度入れ替えており、しょうぶ湯などの季節湯を楽しむこともある。	
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	利用者様のペースで生活して休息も取っている。生活リズムが崩れてきたら、日中に活動する機会を増やしたり日光浴を勧めたりしています。		
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	医師・訪問看護師・薬剤師との連携をはかりながら、服薬変更があった場合には、様子観察行い、記録に残し、職員全員で情報共有している。		
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	家族様に今まで歩んできた歴史などをお聞きし、情報収集を行っている。日々の生活で家事やレクリエーションを一緒に行ない役割や楽しみの機会を設けている。		
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	頻繁な実施は難しいが、出来るだけ機会を増やすように努めている。また家族様の協力を得ながら、外出・外食の機会を作っている。	事業所の敷地周辺は平坦な道が多く、元気な利用者の散歩コースとなっている。車を使った外出先は季節ごとに選んだ場所が多く、外食する際もいくつかのグループに分けて出掛けている。来年度は、初めての企画として家族同伴でマイクロバスで出掛けるプランを検討している。	

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
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	買い物など一緒に出掛けるが、お金の管理は家族様が行っている。		
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	携帯電話の使用や電話の取次ぎを行ったり、届いた手紙や年賀状などお渡している。		
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	リビングにはソファを設置し寛いで頂いている。室温・換気に配慮し季節を感じて頂ける手作りの装飾も行っている。	2ユニットの居室がほぼ一列に並んでおり、居室の前の廊下を初めとして利用者が移動できる共用空間は広く、事業所内にいるだけでも開放感が味わえる。こじんまりとしたオープンキッチン前の食堂兼リビングは十分な広さがある。共用スペースの壁面には、風など季節感が有る飾りや絵画が額装され、明るい雰囲気演出している。	
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	ユニット間の行き来だけでなく、1階全体を自由に移動でき、好きな場所で過ごして頂けるようにしている。		
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	本人様で使用されていた馴染みの家具や道具などを持参して頂くよう家族様に協力して頂いている。	居室のドアに掲げられた利用者の氏名の上に干支に因んだ動物の絵が貼られ、職員の細かい心遣いが感じられる。居室は広く2方向にドアがあるトイレと洗面台、ベッドが準備されている。広い居室は、小さなテーブルと向かい合わせの椅子やチェストが置ける広さであり、利用者はそれぞれの想いでレイアウトして、自分たちがくつろげる部屋を作っている。	
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	居室には表札をつけています。身体状況に合わせて居室内の家具の配置を変更しています。		

(様式2(1))

事業所名:グループホーム宝塚清光苑

## 目標達成計画

作成日:平成 30年 2月 1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	40	調理をグループホームにて行えておらず、利用者様と職員と一緒に食事をとる事がない。	最低月1回は利用者様と職員と一緒に食事を楽しむ。	食事レクや家族会で利用者様と家族様、職員と一緒に調理や食事をする機会を作っていく。	12ヶ月
2	13	事業所内での研修や勉強会は定期的に行っているが、外部研修を受ける機会が少ない。	研修を受ける機会を増やし質の高いケアが提供出来るよう職員を育成する。	各人に適した外部研修を案内して全職員が年1回以上の外部研修を受講してもらう。	12ヶ月
3					月
4					月
5					月