

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	2894900105		
法人名	社会福祉法人あそう		
事業所名	グループホーム緑風の郷木の香		
所在地	朝来市山東町一品424番地		
自己評価作成日	平成27年3月5日	評価結果市町村受理日	平成27年5月22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)】

木の香りと温かみを感じることができる環境への配慮を行っている。また、太陽熱を利用した暖房システムを導入し、人と環境に優しい取り組みをしている。入居者が自由な選択により喜びを感じ生活できるよう、個別外出に力を入れ生きがい作りにつなげたり、日々の生活にはレクレーションや創作活動等でメリハリを作り元気に暮らせるよう取り組んでいる。住み慣れた環境での生活の継続を大切にしており看取りケアへの取り組みも行っている。家族と入居者、職員の関わりを増やすため、入居者の様子や思いを手紙で報告したり、地域との関わりを増やし入居者が地域とつながりを持つことができるよう配慮している。

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2-27-19		
訪問調査日	平成27年4月6日		

・この事業所は、基幹道路からのアクセスもよく高台の緑あふれる一角に木造平屋建ての名称通り木の香が薫る機能的な配置が特色である。中庭もあり、共用部分が広く快適な造りとなっている。・職員配置は、これまでと変わりなく職員スタッフのケア体制は維持されている。加えて入居者は平均90歳を超えたが、看取りの実績を増やしつつも対応可能な範囲の介護度の利用者の受け入れにより効果的なケアに努めている。・第三土曜日には喫茶を拓き地域住民との交流促進を図っており、地域との絆の深まりが期待される。・入居者ニーズや家族の思いを踏まえての介護計画によりその人らしい暮らしの維持が図られている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人の理念を基本に事業所の目標を定め、職員全員の意思を活かした事業計画、目標をたて実践に取り組んでいる。	理念として(1)人権の尊重、(2)ノーマライゼーションの確立、(3)生きがいの促進、(4)地域福祉の中心的役割を掲げ、これを勤務表に掲載し、日常的に実践するようにしている。	
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	地域との交流を図るため、年間行事の開催に加え、喫茶の毎月の実施が定着している。新たに月に一度子供達の訪問もあり、年齢層の幅も広がったつながりも増えている。また、広報誌を年4回家族や地域に配布し、情報発信に努めている。	入居者は、地域の盆踊りや施設の地域交流喫茶に参加するなど地域との交流を図っている。昨年開始した幼児や母親との三世代交流も続けており、関係団体の協力もあり事業所広報誌を粟鹿地区に宅配している。	
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	運営推進委員の協力にて老人会等との行事を行い地域の理解を図っている。家族懇談会時に、ご理解いただけるよう家族に発信している。		
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	運営推進委員より幅広く意見を伺い、開かれた運営に努めている。普段気付かない意見もありサービス向上に活かしている。災害協定も結び訓練にも結び付いている。	市の担当者、区長、民生委員、区老人会長、家族、職員が参加し、隔月に開催している。記録も整理され職員にも伝達し、サービス向上に反映している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議には毎回出席して頂き、市からのお知らせや木の香の取り組みに意見等頂いている。市内グループホーム連絡会では研修会の実施や連絡会での報告にも参加頂いている。	市の担当者とは、持ち回り開催のGH職員講習会の講師として役割担当をしてもらうほか、月2回の介護認定審査の場において相談協議をしている。	
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	精神的、肉体的な虐待がないよう行動の制限を行わないように取り組んでいる。日中も出入りが自由に行えるような環境である。	身体拘束しないケアを基本とし、夜間の玄関施錠以外は内部を自由に歩いてもらっている。言葉を通じても待たせたり抑圧感を抱いたりしないよう努めている。外部研修の報告伝達により共有している。	
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	職員が虐待防止に関する知識を備えておくよう内部研修等を行い、身体状況の変化の把握や言葉による虐待の理解にも力を入れている。	身体的虐待や心理的虐待について内部研修を重ね、外部研修にも積極参加し月1回の全体会で報告・伝達を行い職員全体に周知を図っている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	これまでに制度の事例はないが、成年後見制度についての知識を備えておくよう内部研修を行い、今後活かせるようにしている。	看取り等の実践が家族との話し合いのうえ、数年来奨められている。都会地へ出ている家族もあるが、様子を見に必ず訪れる方が多く、まったく家族がなく成年後見の必要な方はいなかった。	今後備え、職員の共通知識として、法人職員によるテーマ研修等として取り組まれたら如何。
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	サービスについての十分な説明と安心して入居及び退居後の生活が行えるよう、契約手続きを行っている。	管理者および2つのユニットの計画作成担当者(=ユニットリーダー)が、家族・利用者と面会し、サービス利用についての十分な説明を行うとともに、入居・退去後の生活が安心して行えるよう説明を尽くし、契約を進めている。	
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	ご家族には面会時や手紙にてご意見や要望など伺い職員間で共有、サービスに取り込んでいます。苦情があれば報告書に記載し職員だけでなく他部署とも検討する機会を設けている。	月1回、家族に宛てて手紙・電話で利用者の状況報告とともに意見・要望等をうかがっている。	
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	会議での情報の共有や面談・相談により日頃から思いを伺う機会は設けているが、なかなか思いを反映させるまでには時間もかかり力不足である。	職員の意見・要望をユニット会議、全体会等で把握し、事業運営に反映している。管理者と職員も日常の中で接点を持つようにし意見・要望を聞いて対処している。	
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	日々の業務の中で定期的に管理者等との意見交換や就業上の相談を行えるよう配慮に努めている。		
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	人事考課制度により職種や階級に応じて各職員の目標や役割の確認をしている。外部研修への参加や毎月勉強会を実施し、互いに高めあう場をつくっている。		
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	市内グループホーム連絡会により研修会や意見交換など交流する場がある。かかりつけ医療機関との勉強交流会も行った。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入居時などは事前に入居者の思いや不安的要素を確認し、入居に伴う環境の変化が少なくすむよう配慮している。		
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	入居時はサービス内容を詳細に説明し同意を得ている。ご家族にも意向を伺い安心して入居に至るよう配慮している。		
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	事前面接にて必要としているサービスが適切に行われるよう心身の状況や意向を伺い、安心して入居に至るよう配慮している。		
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	調理、洗濯、余暇活動等一緒に行うことで入居者の思いを共感し、日課や役割として出来ることはして頂くという自立支援につなげている。また、一緒に行うことで笑いを作りつつ関係性を築いている。		
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	毎月手紙を送り日頃の様子や入居者の思いを代弁している。家族への負担も考慮しつつも、可能な範囲で面会や外出、受診など協力を依頼しつながりが作れるよう配慮している。		
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	なじみの関係が継続されるよう、自宅周辺散策、地域行事に出かけ出合いを大切にしている。喫茶木の香へは地域の方も気軽に足を運んでいただき、集いの場になっている。	日常の散歩や、地域行事(盆踊り、花火大会、花見等)に出かけて友人・知人に会う機会を作っている。自宅周辺のドライブをすることもある。外出できないときは事業所の喫茶への来訪をまち交流している。	
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	時にはトラブルもあるが、職員の介入により入居者同士の関わりがもて、互いに関係を構築できる場面作りにも配慮している。一人ひとりの居場所作り、居心地の良さを感じられるよう支援している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	退居等により契約終了となった際にも、可能な限りでのその後の相談やフォローする体制は常に整えている。		
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	日頃の関わりから希望や意向を伺い、行きたい場所への外出支援ややりたいこと等を叶える取り組みをしている。入居者の望む暮らしの実現のために細かな意向も伺うように職員で対応している。	担当職員が利用者に声掛けをし、一人ひとりの思いや意向を聞いている。1対1で行う入浴介助時などで、ゆっくり話をお聴きすることもある。家族懇談会の際には家族の要望をうかがい、内容の実現に努めている。	
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	入居時及びその後においても本人や家族から生活歴や情報を収集し把握に努めている。得意分野や好きなこと等においては日頃の生活に取り入れている。		
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	入居者の心身の変化から支援の必要性が高くなり、生活のリズムをベースに各々のやりたいこと、体調に応じた過ごし方を大切にしたり関わりを行っている。		
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	近況報告で現状の報告を基に要望書で家族の意向を求め、また、ひもときシートで入居者の思いを把握しすべてを介護計画書に反映し作成、取り組んでいる。	ケース担当職員(1~2ケースを担当)が主になって、6カ月毎に介護計画を見直し月1回のユニット会議で話し合ったうえで作成する。事業所独自開発の「ひも解きシート」を有効活用し、介護計画に反映している。	
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	介護日誌、ミーティング記録を活用し情報の共有を図っている。必要時にはミニケア会議等を行い、検討、情報の交換に役立てる機会を設けている。		
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	認知症デイサービスの実施により、デイ利用者と入居者の交流もあり、個別にあった支援を大切にしている。体調や利用についての急な変更にもケアマネや家族と連絡を取り合い、要望にあわせ対応している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	地域の各種機関との連携や協力のつながりを保ち、必要な協力が得られるように努めている。月に一回程度はボランティアの訪問もあり楽しむ機会にも配慮している。		
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	入居前の主治医を基本に医療機関を選定しており、本人や家族がかかりつけ医を選択している。定期受診や往診等で体調の変化を報告相談し速やかに必要な医療が受けられるよう援助している。	本人・家族と相談し、かかりつけ医を決める。入居前の医師もある。協力医療機関との連携は問題ない通院は原則家族の協力としているが、できない場合など職員負担が増えている。	
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	看護師を配置し健康状態の把握と必要な医療を受けられるように努めている。体調面で困ったことがあればいつでも指示を仰ぎ、相談可能な環境にある。		
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。	入院時は適宜情報交換し、退院時においても必要な援助が継続して受けられるよう医療機関との情報交換に努めている。	入院の際は、入居者・家族と相談したうえ、事業所での情報を医療機関へ提供している。退院時には関係者とも話し合いを尽くしスムーズ退院について支援している。	
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、事業所の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	主治医や各職種間で健康状態や対応可能なサービスについて検討している。本人や家族が望むあり方を把握するため話し合いや意向伺う機会を設け求めるサービスが受けられるよう努めている。	入居時や家族懇談会時の個別面談ではケース担当者が話し合いをしている。希望のある場合、看取りも行っている。また、GH連絡会ではターミナルケアについて、事例研究を通じ知識を深めている。	
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	緊急時のため、応急処置法や心肺蘇生法、AEDの使用法など再確認や実践力向上のための研修の機会を設けている。		
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	年2回の避難訓練を行っている。最寄りの地域と相互援助協定を結び合同の避難訓練を行った。また、操作の手順等職員間で研修し、天候の良い日に自主訓練にも取り組んでいる。	特養、デイサービス、GHが隣接立地している。地域とは相互支援協定を結び支援体制ができています。地域の協力を得て夜屋2回の避難訓練を行っている。独自で自主避難訓練も行っている。年間、2～3回の訓練を予定している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	言葉かけや対応は相手が不快に感じないように、また、受け止めやすい伝え方をしよう、日頃より職員間で話し合い取り組んでいる。	言葉かけやケア対応には気を付けている。排泄時の声かけや誘導、入浴時のケアには特に気を付けている。個浴でゆっくり入浴し、着替えは自分でするなど、尊厳とプライバシーが守られるように努めている。個人室へ入・退室の職員は挨拶・言葉かけをする。	
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	個々の関わりを密にとり、思いを把握するよう努めている。また関わり時に自己決定できるよう、声のかけ方に選択肢の幅をもって関わっている。		
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	入居者の心身の変化もみられ付き添いが必要な方が増えつつあるが、見守りながらも自由に行動し、意思決定のある生活を送ってもらえるよう言葉かけ等にも配慮している。		
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	美容や衣類などのおしゃれの支援や普段から気にかける身だしなみの支援をいつまでも継続できるよう配慮している。また、フットケアやハンドマッサージ等の美容ボランティアの導入は喜ばれている。		
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	バランスや季節感のある食事の設定に加え、週2回の希望献立により食事への楽しみも取り入れている。調理や盛り付けは適宜声をかけ一緒に作り、後片付け等も役割として自ら取り組まれる方もいる。	嗜好調査は特にしていない。月・木にはメニューを入居者が決め、買い物、調理まで職員とともに作り、職員を交えた食事も家族的な雰囲気である。ときに、外食も楽しむ。	
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	食事摂取量や摂取状態、体重測定による把握を行い各々に適した食事内容や調理法、提供量、代替えなど行っている。定期的に水分摂取を勧めるよう配慮している。		
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に、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	毎食後に口腔ケアを行い肺炎予防や口腔内のケアに努めている。口腔ケア用品については一人ひとりにあわせたものを使用し、自身でできる方や付き添いの必要な方など各々に合わせ対応している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	排泄用品を使用される方も多いが、個々の排泄の状態を把握し言葉かけのタイミングなど計らい自立につながるよう努めている。都度排泄用品を検討し少しでも快適に過ごせるよう取り組んでいる。	尿・便意のある人にはさりげなく声かけする。排泄が自立できていない場合、習慣やパターンを記録した排泄チェック表をもとにトイレで排泄を支援している。紙パンツ・パット類の使用はできるだけ少なくしている。	
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	乳製品の摂取を特にすすめ、また体操にも便秘により運動などを取り入れ便秘予防に取り組んでいる。		
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	希望を伺い毎日入浴することも可能としており、個々の希望の時間帯や回数をできる限り取り入れ気分や体調にも合わせ対応している。	毎日午前・午後5人くらいずつの利用がある。自立の人はゆっくりと独り入浴を楽しみ、要介助の人には職員がケアをする。時に、柚子湯など、季節感も出している。	
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	体調や生活のリズムに合わせ各々が適度な休息が確保されるよう配慮している。		
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	服薬チェック表を確認しながら服薬の支援を行っている。変更時などは記録などで誰もが確認できるようにし、その間の状況把握などにも気を配り記録に残すようにしている。		
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	日々の生活の中で役割を感じられるよう配慮し、多分野においてメリハリある生活を提供している。得意分野が各々違うため同じ空間、時間でも個々に応じた内容に取り組んで頂くなど配慮している。		
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	外出や買い物、ドライブなどその方の希望にあわせた外出支援を行っている。遠出の希望外出や近くでも希望にあわせた企画をたて喜んでもらえるよう取り組んでいる。	散歩や買い物と一緒に出かけたり、デイサービス支援のボランティアの踊りを見、歌を聴きに行く。友人知人との出会いもあり喜ばれている。季節により花見に遠出の計画もする。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	小遣いを持ち自己管理されている方は自由に買い物している。それ以外の方は購入希望品があれば立替え購入で対応している。		
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	各居室に電話設置が可能であり、また携帯電話所持も可能であり外部との連絡が自由にできる環境になっている。知人に向け手紙やはがきを出される方もあり、職員が手伝い出すこともある。		
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	季節に応じた手作り創作品を飾ったり、温度を見ながら気温調整もしている。リビング内の模様替えをしながら危険を排除したり過ごしやすい形を都度検討し変更等を行っている。	天井空間の高い所もあり平屋建ての木造だが、木の香りもあり心地よい。共用空間には入居者・職員作成の作品が飾られ、家族懇談会前後のウイークは1年間の成果の作品展示がされている。	
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	椅子やソファなど家具もまちまちで、リビングや休憩コーナー、テラスなど気分に合わせて好きな場所で自由に過ごして頂けるよう配慮している。気のあう方同士ゆっくり話せるよう配慮もしている。		
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	使い慣れた家具や、位牌等を持参されている方もあり、入居時はなじみの品、衣類、所持品を持参して頂くようお願いしている。床は畳やジュータンなど自由にセッティングも可能で個人のスタイルに合わせている。	自宅で使い慣れた筆筒・三面鏡・位牌等が部屋に置かれ、生活の風景がある。個人電話を持つ人、子や孫、ひ孫の写真等が沢山飾られ、花活け、書棚整理等もある。各人の工夫が感じられる。	
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	個々の心身の状況に応じ無理なく生活できるよう安全面においては都度検討し対応している。できる力に着目し、一人では困難なことも一緒に行うなど付き添い援助をすることで可能になるよう援助を行っている。		

基本情報

事業所番号	2894900105
法人名	社会福祉法人あそう
事業所名	グループホーム緑風の郷木の香
所在地	朝来市山東町一品424 電話 079-676-3455

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市武庫之荘2-27-19		
訪問調査日	平成27年4月6日		

【情報提供票より】平成 27年3 月 5日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成20年4月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	17	常勤	16人 非常勤 1人 常勤換算 16.5人

(2)建物概要

建物構造	木造、1階建ての1階部分
------	--------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	17,000 円	その他の経費(日額)	円
敷 金			
保証金の有無 (入居一時金含む)		有りの場合 償却の有無	
食材料費	朝食	円	昼食 円
	夕食	円	おやつ 円
1日1,000円			

(4)利用者の概要(8月19日現在) 27.3.5

利用者人数	18 名	男性	0 名	女性	18 名
要介護1	8 名	要介護2	2 名		
要介護3	4 名	要介護4	2 名		
要介護5	1 名	要支援2	1 名		
年齢	平均 90 歳	最低	79 歳	最高	99 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	公立朝来梁瀬医療センター、そよかぜ診療所、大森クリニック
---------	------------------------------

(様式2(1))

事業所名:グループホーム緑風の郷木の香

目標達成計画

作成日:平成 27 年 5 月 10 日

目標達成計画は、自己評価及び第三者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	8	現在、成年後見制度の利用はないが共通知識として備えておく必要がある。	成年後見制度について学ぶ機会をつくる。	成年後見制度をテーマに内部研修を実施する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

(様式2(2))

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】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()