

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	2871101180		
法人名	医療法人社団 それいゆ会		
事業所名	グループホーム「かわも」		
所在地	宝塚市川面3丁目24番9号		
自己評価作成日	令和 3年 4月 9日	評価結果市町村受理日	令和3年5月17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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou.pref.topijigvosyo.index
----------	---

【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	兵庫県川西市小花1-12-10-201		
訪問調査日	令和 3年 4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)】

私たちの勤務しているグループホーム「かわも」は、2004年開設から17年目になりました。その間いつも心がけていることは、理念に掲げている「安心の医療ケア」「まごころの介護サービス」「地域との結びつき」「家族とのふれあい」です。入居者の皆様が家族と離れて暮らすということは、ご自分の意に反してかもしれませんし、家族に負担をかけないように思う親心かもしれません。お互いに寂しい思いや、気遣いがあると思いますので、その思いを埋める役割を私たちGH「かわも」の介護職員がお手伝いさせていただきます。入居者の皆様が自宅のようにゆったり過ごせて、家族の方々がGH「かわも」に安心してお任せ出来ると思っただけですように努力いたします。今後とも、より居心地の良いGH「かわも」になるように、色々とお配りを行っていきたく思っております。

【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)】

事業所は、JRと私鉄駅に近い交通至便の環境で、母体の医療法人が経営する診療所、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、デイサービス、通所リハビリなどが一体となった「医療介護館」の中にある。理念の真っ先に掲げている手厚い医療連携を実現する中で、職員は医療部門から学ぶことも多い。開設以来、地域社会と結びつく機会を設けていたが、コロナ禍でそれが中断しているのは残念な事である。しかしながら、コロナ禍を期に、飛沫拡散防止策を徹底させる中、利用者にマスクの着用を奨め、リビングにアクリル板を置くことは勿論の事、ウイルス感染対策空気浄化ユニットを導入して陰圧隔離室を一室設えた事は、全国の介護事業所では類まれな防疫面での備えであり、法人の医療部門との関係性が密であることの証左でもある。今後とも、切磋琢磨しながら更なる高みを目指して頂きたい。

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 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

[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
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	事業所に掲げている理念は、職員の入職時にお話をしてしっかりと頭に入れて、このかわもでの仕事に活かしてもらうように皆で努力している。	4つのテーマからなる理念は、2004年7月の開設時に皆で話し合っただけのものである。事業所の案内リーフレットにも記載し、その主旨について説明している。職員への周知は出来ており、まごころの介護サービス、手厚い医療連携、地域との結びつき、家族とのふれあいを、コロナ下でも日々の業務の中で実践している。	
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	かわも周辺の自治会に入っており、回覧板を確認して何かの時には参加をしたいと思っている。しかし、今はコロナ禍でもあり、残念ながら途絶えている。	母体の医療法人は、長年地域医療に貢献してきたこともあり、事業所開設当初から地域とのつながりが深い。コロナ下では、従来実施してきた催し物を通じたつきあいが出来なくなっているが、1階に併設されている診療所の外来へ来ている知人から、入居中の利用者の様子を尋ねられるなど、地域との関係性は保たれている。	
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	診療所が併設しており、近隣の方々にグループホームのことを聞かれたり、入居者のお知り合いから、家族から入所を聞いたので近況を教えてくださいと言われたときは、丁寧に説明するように心がけている。	/	/
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	今年度は、コロナ禍で運営推進会議が出来ず、文章の報告をさせて頂いた。開催している時は市や包括支援センターの方に他のグループホームの取り組みをお聞きしたり、民生委員さんや他の事業所の皆様のご意見も頂いた。	今年度は、年間6回の内の4回が書面による開催となった。書面開催の報告書を市の担当部署、地域包括支援センター、民生委員、自治会長、知見者などの運営推進会議の委員に送付しているが、家族には送っていない。事故とヒヤリハットに関しては簡単な報告に留まっており、再発防止策に触れていない。各委員から、書面報告に関しての意見は寄せられていない。	運営推進会議では、利用者の状況(平均介護度・年齢、入退院情報など)や事故・ヒヤリハットの発生内容と再発防止策を報告することが望まれています。又、全家族に議事録を送られたら、事業所の運営に関する家族の理解が増すのではないだろうか。
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	上記に載せたように、自施設の取り組みの報告しながら、他の事業所の良い点等を教えてもらったりして、良い関係を継続している。	運営推進会議の委員として市と地域包括支援センターが参加しており、関係性が築かれている。電話で相談や報告をした際にも、顔が見える関係として話が出来る。市の介護事業者協会に入会しており、コロナ下で会議は中断しているが、オンライン開催に向けて準備中である。	

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
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「介指定期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	以前からの課題ではあるが、かわもの立地条件は交通の危ない場所である。家族と話をして、エレベーターやドアは暗証番号で出入りし、職員と一緒に行動していると伝えて了解をもらっている。外に行きたそうな時は出るようにしている。	身体拘束適正化に関する事業所の指針を作成し、必要な書式を整えている。適正化委員会を運営推進会議の中で開催しているが議事録が無い。転倒防止のためのセンサープレートを使用している利用者があるが、職員は、身体拘束にならないように対応している。職員が講師を務める研修を毎年行っており、その内容を積み重ねてマニュアル作成に反映する予定である。	身体拘束に該当する事例が無い場合も、適正化委員会を開催し、他の事業所の事例を学ぶなどして、議事録を残してください。
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	高齢者虐待の研修には参加して、自設内勉強会を行っている。	職員が講師を務める研修を毎年実施しており、今年度はスピーチロックを取り上げた。利用者が不用意に立ち上がる際でも、「〇〇すると危ないので、私が一緒に行きますから〇分程待ってくださいね」と具体的かつ丁寧にすることで、利用者に安心してもらうようにと、ユニットリーダーは指導している。	
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	当グループホームにも成年後見を利用している方が数名おり、司法書士、宝塚市後見人センター等からお話を聞くことにしている。	現在、数名の利用者が成年後見制度を利用している。入居後に制度の利用を始めた利用者もあり、職員は一定の知識を持っている。リーフレットなどの概説資料を準備しており、必要と思われるケースがあれば紹介出来る態勢である。	
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	入所の前に説明は行い、1度自宅に契約書を持って帰ってもらい、後日質問を受けてから契約を行うことにしている。	契約前の見学を奨めており、リビングでお茶を飲みながら暫く時間を過ごす利用者や家族が多い。説明時に質問が多いのは、外出や面会の自由度、費用、医療連携の内容、いつまで入所できるのかなどであり、丁寧に説明している。「生命を脅かす疾患」に直面している利用者の医療措置（心肺蘇生を含む）の制限に関する意向を確認する書式を作成した。新規契約者及び入居中の利用者を対象にして、順次確認作業を進める方向である。	
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	運営推進会議や家族会、入居者、家族との日ごろの会話等から様々な意見をもらい、職員とも話してなるべく要望を反映するようにしている。	年に2回開催していた家族会はコロナ禍で中断しているが、家族との話し易い関係性は継続出来ている。コロナ下で家族の面会が制限される中、メールでの連絡を希望する家族が複数あり、利用者のスナップ写真を添えて近況をメールで連絡している。	
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	管理者は常に職員と話し合う場を設けて耳を傾け、職員たちの意見は代表者に伝えている。	毎月、ユニットごとに開催するカンファレンスには管理者と別のユニットのリーダーも参加し、その中で職員の意見を聴く機会を設けている。必要な案件に関しては、管理者とユニットリーダーが参加する毎月の職場責任者会議へ上げている。事業所の業務は全て紙ベースであるが、研修の中でカルテの書き方などについて話し合っている。	

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
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	代表者は、普段より管理者から報告を受けており、色々な情報を活用して働きやすい職場環境づくりに努めている。		
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	代表者は、認知症の研修会、くもん学習療法リモート研修会等、積極的に応援している。		
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	宝塚市介護事業者協会に各事業所は入会しており、それぞれの同業者との交流を応援している。		
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	管理者は、入居の時に本人・家族としっかり話をするのと、その後も各ユニットリーダーと担当職員が本人の気持ちを聞き続けるようにしている。		
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	入居時に時間をかけて、自宅からこのGH「かわも」に移られる経緯や理由、本人、家族の思いをお聞きして信頼関係を構築するように努めている。		
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	初期対応で、本人の意思で自宅でもう暮らせないのか、家族が介護で疲弊して本人をGHに入居希望しているのか等を見極め、色々なサービス対応を考慮する。		
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	本人と職員の関係は、すぐにはなくとも時間をかけて、日々の生活の中で、信頼関係を構築していく。介護されるか、する側の関係性ではなく、生活を共にしていく中での関係を築くようにしている。		
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	職員は、家族も本人を支援しているという立場に常に置くようにするために、近況の説明をして本人の支え手になってもらっている。		

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
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	入居者がこれまで過ごしてきた中での知人、友人、親戚の皆様には家族の許可を頂いて、なるべく訪ねてきてもらい、お話をする機会を設けている。(今は電話で)	コロナ下ではボランティアの来訪も中止している。事業所としては、利用者と家族との密な関係性を継続させる事を重視している。毎月家族に送っている事業所通信には、満遍なく利用者のスナップ写真を掲載し、利用者ごとの主担当職員が利用者の近況を書き添えている。	
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	利用者は認知症の度合い、体のADLなど、個々に違いがあるので、お互いの関係が構築出来るように気配りをしている。		
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	ご本人が亡くなられても、ご家族からお電話が年に1~2回ある方もおられ、思い出話や家族と一緒に本人を懐かしむ時間を持つようにしている。		
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	ご自分で思いが伝えられる方は、意志の尊重をするように、自分で伝えられない方は、家族等にお聞きして、本人本位になるように努めている。	職員は、事業所内研修で「精神疾患の理解」や「認知症の方の心理」について学んでいる。コミュニケーションが困難な利用者が数名あるが、職員はそれぞれの利用者に関して考えられる選択肢を示し、利用者の表情や仕草などから意向を汲み取っている。新たに分かったヒントなどは、申し送りノートやカルテに書いたり、或いはユニット会議で話し合っ職員間で情報共有している。	
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	GH[かわも]に入居されるまでの、介護サービスの利用状況、自宅での過ごし方、周りの環境、生活歴など、ご本人、家族からさりげなく聞くようにしている。		
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	入居は、個々に異なった心身状態なので、残存能力に応じたケアをするため、日々の生活から一人一人の能力把握に努めている。		

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
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	入居の時点では、本人と家族の思い・希望を入れて介護計画を立案するが、入居後は担当職員と本人との話し合いもしくは、職員が本人の思いをくみ取り、家族も参加して作成している。	職員は利用者1名か2名の主担当者となっているが、全員が全利用者のケアを行っている。最新の介護計画や長短目標を記載した資料が利用者ごとの個別ファイルに綴じられている。利用者の毎月のケアカンファレンスによって課題や情報を職員間で共有し、3か月ごとのモニタリングを主担当職員と計画作成者がまとめている。半年ごとの担当者会議を経てケアプランを更新しており、家族の意見は来訪時や電話で聴いている。担当者会議の議事録に家族の意見を記載する欄が無い。	利用者の最新の介護計画の長短目標とサービス内容を記載した頁を、1ユニット1ファイルに綴じておくなどの工夫をお願いします。担当者会議の書式に、「利用者・家族の要望・意見」欄を設けておき、家族の来訪時や電話で聴きとった内容を記載されたらどうか。
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	一人一人の支援について、担当職員・リーダー・副リーダーがご本人のファイルに記入している。朝、夕の申し送り時、月に1回のカンファレンス会議で情報は共有している。		
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	利用者本位のサービスを心がけている。今までにないニーズでも話し合いで支援できる方向で考慮している。		
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	今は中止しているが、普段は外部のボランティアさんを招いたり、近隣の幼稚園の合唱、中学生のトライやるに来てもらったりしている。		
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	入居後も以前の掛かりつけ医を希望の方は、家族と受診に行かれている。	入居前の主治医を継続することも可能であるが、利用者全員が、法人の診療所をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受けている。皮膚科や耳鼻科などの専門医には家族だけでなく、職員が付き添うこともある。また、隔週で訪問歯科が来所し、治療や口腔ケアを行っている。近隣にかかりつけ薬局があることや、必要時に診療所の看護師に相談できるなど、医療連携が整っている。	
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	看護職には、発熱、褥瘡、便秘などその時々で相談できる体制を整えている。		

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
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。	同じ法人のこだま病院、児玉診療所であれば、情報を得ることが出来やすいので、主治医の許可があれば、少し早めに退院して、リハビリを施設できるように配慮していただいている。他の病院から直接GHIに退院が無理な場合、こだま病院に転院してからGHIに帰って来られる場合もある。	疾患は発熱や骨折など様々であるが、今年に入って5～6名の入院があり、入院先はほとんどが協力病院であった。長期間入院すると認知症状が悪化したり、身体機能がさらに低下するため、なるべく早期に退院できるよう支援している。併設されている診療所にリハビリ目的で転院してから、事業所に戻ることもある。	
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	当施設は医療法人なので、入居の場合に主治医が本人・家族に訪ねている。しかし、グループホームとしても書類整備を考えている。	事業所の方針で看取りはしないことを契約時に説明し、理解してもらっている。今までは、入居時に主治医が終末期のあり方を利用者を確認していたが、事業所として緊急時対応の確認(DNAR)のガイドラインを整備し、現在、医療部門と最終調整をしている。	
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	事業所内の勉強会で、急変や事故発生時の対応などマニュアルを整え、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	年に2回の火災訓練や事業所内の災害時の避難訓練研修会にて備えている。自治会長にも運営推進会議等で協力を依頼している。	毎年、2回の火災訓練を行っている。ベランダの出入り口の段差にスロープを置き、利用者をベランダに避難させる訓練を行った。夜間想定訓練は行っていない。退避済みの利用者の居室を見極めるルールを併設事業所間で取り決めている。車いすの利用者もいるため、担架等の防災グッズの準備についての確認が必要であると管理者は考えている。災害時の食糧品などは厨房で備蓄されている。	退避済みの居室を確認するルールとして、居室ドアの紙製の表札を破ることとなっているが、表札を簡単に破ったり剥がしたり出来ないユニットがあり、更なる工夫が必要である。緊急時にすぐに持ち出せるよう、利用者情報を一冊のファイルにまとめることも検討いただきたい。
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	排泄介助など介護する側はいつもの行為ではあるが、常に「失礼します」とか「介助させてもらいますね」とかのお声がけをしている。	定期的に研修を行い、言葉かけは丁寧に、利用者の顔と目をみて話すことを心掛けている。トイレ誘導時の声かけはさりげなくし、清潔を保持するためのケアをする際や、危険を避けるために利用者の身体に触れる際には、必ず声をかけて、これからしようとしていることを説明している。	
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	ご本人の思いは、なるべく尊重することにしている。お顔を見て、表情からも思いを汲み取るように努めている。		

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
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日の朝、昼、夕の食事時間は大体決まっているが、後は、体操やおやつ、レクリエーションなど本人の希望を聞き、行っている。		
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	クローゼットにかけたお洋服や、タンスにあるズボンなどご自分で選べる方は選んでもらい、選べない方は、着たいかどうか聞くようにしている。		
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	皆様の一番楽しみな食事については、管理栄養士に相談しながら、食事形態・味など気配りしている。配膳、片付け等は、お手伝いしたい方のみにして頂いている。	厨房で調理された主食、副食、汁物を、各フロアで職員が盛り付けている。嚥下状態によって、とろみ食など食事形態を変えている。毎月の行事食やおやつレクが利用者の楽しみになっている。栄養課の実習生と一緒に好み焼きをしたり、恵方巻きを自分で巻いて楽しむ機会があった。	
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	管理栄養士と協同して、利用者の情報を把握し、バランスの取れた栄養摂取を支援している。		
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	食事の後の口腔ケアは、歯磨き・うがい・入れ歯の手入れ等している。月に2回訪問歯科があり、希望で治療・お掃除など口腔ケアをしてもらっている。		
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	当施設は、基本トイレで排泄はしてもらっている。自立の方はご自分で行き、それ以外の方は、時間を見ながら定期的にお声をかけてトイレ誘導を行っている。	ほとんどの利用者が、リハビリパンツやパットを使用しながら自分のペースでトイレに行っており、職員は見守りをしている。利用者ごとの排泄パターンを把握して適時に誘導し、夜間は安眠と安全のために、ポータブルトイレやおむつを使用するなど、個別に対応している。	
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	排便コントロールのため、朝牛乳を飲んでもらったり、乳製品をおやつに取り入れたり、おなかのマッサージを取り入れたり工夫している。		

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
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	入居者の体調を第一に考慮すると、人手があり危なくない時間帯、本人に声をかけて了解された時に入浴して頂いている。	基本、週2回、入浴している。お湯は利用者が代わる都度入れ替え、シャンプーやリンスなど好みの物を使用する利用者もいる。重度の利用者は隣接事業所の機械浴を使用し、ゆっくりと湯船に浸かってもらう。入浴を嫌がる利用者には無理強いないで、時間をかけて何度も誘っている。	
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	食事後は少し横になる方や、お昼寝する方、それぞれの生活スタイルを作ってもらっている。		
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	薬は、お薬ケースに一人ずつ入れて間違えないようにし、表も一緒に保管している。		
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	手先の器用な方は、編み物をしたり、裾上げをしたりされている。皆さんで折り紙や折り紙でお花作りなどを楽しんでいる。		
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	コロナ禍の中、外出行事は中止としている。しかし、緊急事態宣言解除の時期、感染予防を取り、美容院や買い物の機会を少し取り入れている。	コロナ禍のため、外出は控えている。以前は近隣の公園や商店街で散歩をしたり、買い物や外食を楽しんでいたが、今はベランダでプランターの花を眺めたり、ベランダ散歩を毎週の予定に組み込むなどして、外気浴をしている。感染対策をした上で、近くの美容室や買い物に行くこともある。	
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	家族の許可がある方は、自分でお金の管理をされている。買い物に行く機会がある場合、自分で支払いをされている。		
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	コロナ禍の中、家族と電話でお話をする機会を作ったり、はがきを書いたものを投函したり支援している。		

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
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	皆さんでつろぐ為のデイルームは、すっきりとさせて、色彩も目に優しいものを飾ったりしている。手作りの壁画を飾り、楽しんでいる。	デイルームは開放的で明るく、テーブルには感染対策としてアクリル板が設置されている。壁には利用者が作った季節感が有るちぎり絵が飾られ、一角には畳のスペースもある。居室のうちの1室は、感染時のケア用陰圧室として使用できる設備が整っている。	
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	デイルームでの食事をする場所は、決まっているが入居者の気が合う合わないの人間模様の様子をみて席替えをしている。ソファは、自由にそれぞれが座ってお話している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居の時点で、ご本人のお好きな写真や絵画、使用していた家具、なじみの持ち物を持参してもらうようにしている。思い出の写真や忘れないでほしい方の写真など飾ってもらうようにしている。	居室ドアの横に手作りの作品が飾られ、季節ごとに差し替えている。事業所からはエアコン、ベッド、洗面台、チェスト、防災カーテンが準備されており、利用者はそれぞれ馴染みの家具を持ち込んで落ち着いた環境で過ごしている。	
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	自分で分かる為に各自のお部屋に表札を飾り、名前もよく分かるように2か所に張り出したり工夫している。トイレにも矢印を付けたりしている。		

(様式2)

事業所名:グループホーム「かわも」

目標達成計画

作成日: 令和 3年 5月 10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	3	コロナ禍の中、家族会も開催が出来ない現状がある。その中で、当グループホームの運営の理解と取り組みの評価をいただき、ご意見をもとにサービス向上を目指さなければならないことが、出来ていない。	かわも通信や各種報告の文章を送ると共に家族からの意見を返してもらい、それをサービスに反映して、家族がかわもの運営に参加していると思ってもらえるようにする。	運営推進会議、薬剤担当者会議、栄養委員会等の議事録を家族に送付することで、かわもの現状を理解してもらい、意見ももらい易くする。	2～3か月
2	5	身体拘束に該当するかわもの事例があまり無い。年に1回自施設内研修を行っているのと、現状の身体拘束をしていないとの報告で、適正化委員会を終えている。	身体拘束に該当するかわもの事例が無い場合、年に1回自施設内研修を行っている中の事や他施設の事例を適正化委員会で検討して学ぶ。	運営推進会議の中で、自施設の身体拘束の事例が無い時は、他施設の事例や研修会の中での事例を出して学ぶ機会を作り、議事録に残していくようにする。	6か月
3		利用者の介護計画は、各利用者ごとのファイルに閉じている。介護計画書には家族の意見欄があるが、担当者会議の議事録の中には無いので、家族の思いが反映しにくい。	介護計画書には家族の意見欄があるが、担当者会議の議事録の中には無かったので、意見を記載する欄を設け、来所の時や電話で聞き取った時の意見を記載する。	家族の意見を記載する欄を担当者会議議事録等に設け、来所の時や電話で聴き取りの時の意見を記載する。その意見を介護計画等に反映していく。	6か月
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(予定)
		<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(予定)
		<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(予定)
		<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)(予定)
		<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)(予定)
		<input type="radio"/>	⑤その他()