

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		
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		
自己評価作成日	平成28年1月21日	評価結果市町村受理日	平成28年5月9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	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成28年4月11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)】

<p>木の香りと温かみを感じることが出来る建物となっており、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。日々の生活ではレクリエーションや創作活動等でメリハリのある生活を提供し、生きがい作りのため年間を通し個別の希望外出支援にも取り組んでいる。また、住み慣れた地域でいつまでもという思いを大事にし、地域の方と交流できる機会を毎月設けることでつながりをもつことができるよう配慮している。家族と入居者、職員の関わりを増やすためにも日頃の様子を写真や手紙で報告する機会も継続して行っている。</p>
--

【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>施設名木の香の如く木造造り1階建ての事業所で人と環境に優しい建物である。理念の1つ地域福祉の中心になるべく努力し、地域との交流もボランティアの受け入れ・月1回のふれあい喫茶の開催・地域の子供たちや母親との日向ぼっこ会等積極的に行い、又家族との関わりも月1回入居者の様子を手紙と写真で報告し家族からも大変喜ばれている。外出も生き甲斐作りと捉え、個別外出希望にも取り組み季節感を味わってもらっている。</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、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、目標を立て実践に取り組んでいる。	「人権の尊重」「ノーマライゼーションの確立」「生きがいの促進」「地域の中心的役割」の理念を玄関に掲げ、勤務表にも掲載し、意識付けをしている。	
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	地域行事への参加や年間行事の開催に加え、毎月の喫茶の開催、子供たちとの交流を継続して行っており、年齢層の幅も広がったつながりをつくっている。	地域交流室を活用して、毎月ミニ喫茶開催、幼児と母親との三世代交流・餅つき大会等積極的に交流し又花火大会・夏祭り・秋祭り・運動会にも出かけている。	
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との行事を行い、その中で地域への理解を図っている。家族には年1回の家族懇談会の際にご理解頂けるよう発信している。		
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。毎回積極的な発言が聞かれ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。	地域包括支援センター・区長・民生委員・区老人会長・家族代表・職員が参加し、奇数月に開催している。出された意見を職員に伝達し実践している。	
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取り組みに対し意見等頂いている。研修会の実施や連絡会の報告会にも参加頂いている。	運営推進会議、GH連絡会、研究会等に市の担当者が参加し連携は取れている。又介護認定審査に管理者が参加し、協力関係作りが出来ている。	
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、肉体的な虐待や行動の制限を行わないよう取り組み、日中も出入り自由な環境になっている。	身体拘束をしないケアを基本とし、玄関をはじめ全ての出入り口は施錠せず、職員はひとり一人の行動を見守り、自由な環境で生活しており、マニュアル、研修も確立している。	
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	虐待防止の外部研修への参加や内部研修を行い、特に施設で起こりうる言葉の虐待に重点をおき理解や知識を備えるようにしている。	身体的・精神的虐待について内部研修を行い、特に言葉について力を入れている。又外部研修に参加し、その内容を職員に伝達し、ケアに役立てている。	

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	これまでに事例はないが、今後に活かせるよう成年後見制度の知識を備えておくよう研修を行っている。	家族がいない利用者はいないので成年後見制度の必要性は少ないが今後も知識としてDVD等で研修を重ねていく事が望ましい。	
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、契約の手続きを行っている。	管理者・各ユニットの計画作成担当者が家族・利用者と面談し、サービス利用について、細かく説明し理解を得て契約手続きをしている。更新時も同様である。	
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	ご家族には面会時に話を伺ったり、電話や手紙にてご意見やご要望など伺い共有し反映させている。苦情に関しては別紙報告書に記載し、職員間及び他部署とも検討する機会を設けている。	利用者とは入浴時の1対1の時色々と会話する中から聞き出し、家族には月1回利用者の状況報告の便りを出したり面会時や電話でうかがっている。	
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	日頃の関わりの際に聞いたり、会議で情報交換をするなど思いを伺う機会を設けている。	人事考課の面談時に個別に聞く機会にしている。又ユニット会議・全体会議で意見交換して、ケアや事業運営に反映させている。	
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	外部研修への参加や内部研修により知識向上や意見交換など互いに高めあう機会を設けている。人事考課制度を設け、各職員の目標や役割の確認を行っている。		
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	市内のGH連絡会を2ヶ月に一回開催し、意見交換している。また、研修会も実施しており職員間の交流もある。		

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
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	入居時には事前に入居者の思いや不安的要素を確認している。極力家にいるときと変化が少なくすむように生活の様子を伺ったり、家族からも話を伺っている。		
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	ご家族にも意向を伺い、本人同様安心して入居に至るよう話を伺っている。サービス内容等も説明し同意を得ている。		
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態や意向を伺い、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、余暇活動等日課や役割として出来ることはして頂けるよう自立支援に努めている。また一緒に取り組むことで、補助だけでなく会話の中から笑いを作りつつ関係性を築けるようにしている。		
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	毎月家族に日頃の様子が伝わる手紙を送り、入居者の思い等も綴っている。ご家族の負担も考慮しつつ、面会や受診等の協力を依頼し、つながりが保て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	馴染みの関係性が継続できるよう、自宅周辺の散策や自分の地域の行事にでかけて頂く等の機会を作るよう配慮している。喫茶木の香にも気軽に足を運んで頂き交流の機会となっている。	利用者の住んでいた地域の行事(盆踊り・家の法事・秋祭り等に)出かけたり、通っていた美容院や喫茶店巡りをしている。又地域交流室のミニ喫茶に友人・知人にきてもらっている。	
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	トラブルは避けられないが職員が介入することで入居者同士の関わりを持つことが出来ている。一人ひとりの居場所作り、居心地のよ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ても、可能な限りその後の相談やフォローを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	日頃よりレクやマンツーマンでの関わり時に会話から意向を伺うようにしている。行きたい場所、やりたいことを伺い実現できるように取り組んでいる。	日頃の会話の中から意向を把握し、昔働いていた場所や自宅に帰る、娘に会いに行く等、個別介護が確立されている。	
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	家族への聞き込みや入居者本人より会話の中から家での生活ぶりや若かりし頃の情報を収集し把握に努めている。		
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	入居者の年齢や状態の変化から支援の率も上がってきているが、体調や気分に応じた関わりを行い都度職員間で報告しあい細かな変化にも気付けるようにしている。		
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	紐解きシートを活用し、入居者の情報を集めまた、本人の思いの把握や家族には要望書にて意向を伺い計画書に反映している。	毎月モニタリングし、ホーム独自の「ひも解きシート」にドクター・ナースも含めた情報を集め、ケース担当者が主になって6ヶ月毎に作成し、家族に印をもらい、双方合意している。	
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日頃より図っている。気になったこと等は普段より話し合いを設け対応し、それを積み重ねている。		
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、協力が得られるよう努めている。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	入居前の医師の継続の方もいれば、本人、家族と相談の元変更される場合もある。どの場合も相談を受けたり希望を元に選択している。往診や受診時は報告相談により必要な医療が受けられるよう支援している。	本人・家族の意向を尊重して決めている。現在全員、事業所の協力医療機関になっている。受診・往診は必要に応じて対応し家族の支援も受けながら適切な医療体制を確立している。	
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が受けられるよう努めている。体調面で困りごとがあればすぐに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。	入院時は病院や家族とも適宜連絡を取り合い把握に努め、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。	入院時に本人、家族と相談しフェイスシートを提供し口頭で説明している。入院中は出来るだけ訪問し、看護師と情報交換し安心して退院出来る支援をしている。	
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	入居の際に説明し、本人や家族が望むあり方を話し合い意向を把握するよう努めている。意向の確認等も行いどのような変化にも対応できるようにしている。	入所時に事業所として出来る事、出来ない事を十分に説明している。看取りは家族とよく相談し決めている。現在は特養に移る事が多いが、あくまで家族の意向を尊重している。	今後は特養ホームへの移行がスムーズに移行出来ない時が来ることもあるかも知れないので引き続き、事例研究を継続する事を期待する。
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、応急処置や心肺蘇生法、AED操作等は内部研修で再確認や実践力向上につながるようしている。		
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2回の避難訓練の機会を設け、夜間想定では地域の方と合同で訓練を行っている。操作手順やポイントを抑えられるよう内部研修や自主訓練にも取り組んでいる。	地域の避難場所になっており、訓練も相互支援協定が結ばれて、地域の協力を得て昼・夜2回消防署の指導を受け実地し、自主訓練も行っている。	

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
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	言葉かけや対応に関して日頃からまた、会議の場でもよく話しに出し職員間で取り組んでいる。排泄や入浴等のプライバシーは勿論、普段より相手の気持ちを考えて伝えるように配慮している。	介護マナーや言葉かけに注意を払っている。(〇〇さんと呼び、入居室の挨拶等)又入浴はなるべく同性介助、排泄介助の声かけ、移動等に気を配り残存能力を大切にしている。	
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	思いが出しやすい雰囲気では話をすることや言葉かけでは選択肢の幅をもつことができるような投げかけ方で関わるようにしている。		
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	個々の生活スタイル、日々の気分の変化で変動するスタイルにストップをかけないような言葉かけを意識し融通のきく関わり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を普段より気にかけて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。また美容ボランティアも導入している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	状態の変化から一緒に調理をする機会が減少したが、片付け等出来る事は役割として取り組んでいる。毎週月、木に希望献立を伺い買物に行き食時への楽しみにつなげている。	特養の管理栄養士の献立表に基づき食材購入(地域の小売店)し調理している。月・木は利用者の希望メニューで買い物調理をする。手伝える人は参加する。時にはさしみ・巻き寿司等あり、職員との食事は家庭的である。	
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	栄養士の献立によりバランスよく提供し、食事摂取量や体重測定などで体調の把握をしている。適宜水分摂取を勧めるようにしている。		
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	食後は肺炎予防や口腔清潔の為、声をかけ歯磨きの促しをしている。自歯があるなど付き添い必要な方は介助し、その際に口腔内の状態の把握もしている。		

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	定期的にトイレへの声掛けや誘導をし気持ちよくトイレで排泄することで排泄用品が減らせるよう心掛けている。言葉かけのタイミングや周囲への計らいにも配慮している。	排泄チェック表により、尿・便意のある利用者にそれとなく声かけし、トイレ誘導へと支援している。紙パンツ、パットの使用は少なくなる様にしている。	
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	冬場でも毎日廊下歩行や体操への参加を促し、適宜水分摂取も勧めている。乳製品も摂取も勧めている。		
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	毎日午前午後と入浴できる状態にし、個々の希望時間や回数にも配慮しながら対応している。マンツーマンでゆっくり入り職員との会話の時間にもなっている。	入浴回数は2～3回を基本に体調に応じて個別に対応している。自立の利用者はゆっくり入浴を楽しまれ、季節により柚子湯・菖蒲湯もして喜ばれている。	
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	変更時は職員間で把握できるよう記録への記載により状態の把握、情報交換に繋がるようにしている。服薬チェックをする事で確実な服薬に繋げている。		
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様各分野において様々な事を提供している。取り組み内容にも個々の能力に合わせたものを提供し、一緒に取り組むなど配慮している。		
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	個々の希望に沿った外出支援を心掛けている。近年車椅子の方や付き添い必須の方が増え外出機会も減ったが、ボランティアの協力等で企画できたこともあった。	外出は散歩をはじめ、花見・祭り・見学等積極的に実施している。又地域の方がサツマイモを栽培していて「いもほり」に呼ばれ掘ってその場で焼いて食す企画はボランティアの協力もあり大変喜ばれた。	

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
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	お小遣いを自身で管理されている方もおられ、外出先では自由に買い物されている。それ以外の方は、希望購入品があれば立て替えにて購入対応としている。		
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、兄弟、知人への手紙での連絡の際職員が手伝い出される事もある。居室内に電話設置や携帯電話を持参されている方もおられいつでも外部との意連絡が可能になっている。		
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	リビングは過しやすいよう都度模様替えしたりと危険回避や空間を広く取れくつろげるよう工夫している。入居者と一緒に季節感ある壁画作りをし雰囲気作りに活かしている。	施設名のとうり木造平屋建ての建物は、ゆったりして木の香りもあり気持ちよい。ユニット間は行き来出来一周出来る空間もリハビリを兼ねた歩行に良い。職員や利用者の作品も飾られ、サークルの発表の場となっている。	
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	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過ごせる様にしている。自身の場所作りにも配慮している。		
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	入居時より自宅からの使い慣れたものの持ち込みを促しており、自身の空間作りをしてもらっている。体の状態に合わせて配置や敷物の変更など住環境の変更にも都度対応している。	居室には名札がかかり自宅よりそれぞれ持参した品々で家庭の延長感がある。時には家族も一緒に止まり家族団らんの時間を過ごしている。	
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	個々に出来る事の把握と、出来るように環境設定や準備をし安全な中で付き添い等行い無理なく実施できるように配慮している。		

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	尼崎市南武庫之荘2-27-19		
訪問調査日	平成28年4月11日		

【情報提供票より】平成 28年 4月 11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	18 人	常勤15人非常勤2人常勤換算14.75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	無			
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
	または1日当たり円 1,000円			

(4) 利用者の概要(4月11日現在)

利用者人数	18 名	男性	名	女性	18 名
要介護1	10 名	要介護2		名	
要介護3	5 名	要介護4	2	名	
要介護5	1 名	要支援2		名	
年齢	平均 90 歳	最低 80 歳	最高 100 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 かみや歯科
---------	--------------------

(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 28 年 5 月 5 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	16	看取りに関する研修会を行い、職員の不安を軽減できるよう備えておく。	看取り時の知識、技術の習得と連絡体制等、把握できるようにしておく。	年間研修プログラムに組み込み習得や検討の機会を設ける。	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、行を挿入して下さい。

(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="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()