

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	2874900315		
法人名	社会福祉法人 きらくえん		
事業所名	グループホーム竹原野		
所在地	兵庫県朝来市生野町竹原野222		
自己評価作成日	令和 元 年 11 月 7 日	評価結果市町村受理日	令和2年2月26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	令和1年11月26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"> 毎月入居者自治会を開催し、入居者のニーズに合わせた暮らしの実践をしている。 積極的に地域行事に参加したり、馴染みの散髪屋や商店に行く等して、地域との社会が途切れないよう配慮している。 毎月学習会を開催し、職員の知識向上や業務の効率化を行っている。 入居者個々の生活歴に沿った生活のサポートを行っている。 尊厳を守った認知症ケアの実践に取り組んでいる。 地域の方に気軽に来苑して頂けるよう、運営推進会議等で情報発信をしている。

【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>事業所の特徴は「いくの喜楽苑」のパンフレットの「緑深い山々や、実り豊かな田園に囲まれ、石州瓦や格子戸、白壁が醸す、古きよき民家の風情。住み慣れたふるさとの歴史、人と人との絆をつないでいきます。」「いくの喜楽苑は、長年継承されてきたまちの文化も大切にします。開設当時、認知症のご入居者がよく口ずさんでいた唄、それが生野銀山の閉山後途絶えていた盆踊りの唄であると分かり、苑内の小さな盆踊りとして復活させました。そして次第に地域のお祭りへと発展し、今では毎年600人が集う、地元の一大行事となっています。」ですべて集約されています。</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、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	地域の生活者としての暮らしを築くために、地域行事へ参加し、馴染みの店を利用する等支援を行っている。また、入居者の思い出の場所への外出も個別対応として行っている。毎月のセクション会議内で理念を口頭で確認し、理念に沿わないケアを行っていないか振り返りを行っている。		
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	いくの喜楽苑として地域の方を招いて介護者の集いを開催している。納涼盆踊り大会は地域の方々の協力を得て、毎年盛大に開催している。グループホームとしても積極的に地域行事に参加し、地域との交流の機会を設けている。		
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	2ヶ月に一度介護者の集いを開催し、介助方法や体操(介護予防)、介護の悩み等を話し合う機会をいくの喜楽苑全体として設けており、一員として関わっている。		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、運営状況等の報告を行っている。会議の中で出た意見は職員間で共有し、必要に応じてケアに反映させている。		
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	2ヶ月の1回の運営推進会議のメンバーとして高年福祉課の職員に参加していただき、情報交換を行っている。		
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	夜間は防犯上玄関を施錠しちえるが、その他の時間帯に拘束につながる施錠は行っていない。リーダー以上は毎月身体拘束廃止委員会に参加し、正しい理解に努めている。		
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逃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」に研修会がいくの喜楽苑全体であり、自身のケアを振り返る機会になっている。「虐待の芽チェックリスト」を使用し不適切なケアを含め、自分や他者が虐待を行っていないか日々ケアの確認を行った。また、毎月の定例会議で不適切ケアの振り返りを行っている。		

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
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	成年後見制度の学習会があったが、現在の必要な入居者はいないため、活用していないが、学習の機会は定期的に設けていく。		
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	事前面接時、入居時に繰り返し、口頭・書面で説明をし、理解をしていただいている。		
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	毎月自治会を行い、要望等の聞き取りを行っている。また、それらを実現できるよう努めている。面会に来られた時は職員から近況報告を行っている。		
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	毎月のユニット会議・セクション会議内で意見を収集し、日々の業務に反映している。		
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	人事考課制度により年に2回職員個々に面談を行い、評価している。		
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	法人内外を問わず、有意義な研修には、勤務を調整し資質の向上につとめている。		
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	2ヶ月に一度グループホーム連絡会を開催しており、他施設の情報を得ると共に、研修会等の計画を立てている。		

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
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	入居前アセスメントを行い、情報の収集を行っている。また、その情報を職員間での共有し、統一した支援を実施することで、良好な関係作りにつなげている。		
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	居室づくりや日課など、自宅での様子を家族に意見を伺い、安心して生活して頂ける環境になるよう、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	家族と本人の状態をしっかりと観察し、多職種で相談し、適切なサービスを検討している。		
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	役割を持って頂き、支え合う関係になれるように努めている。お互いに協力関係が保てるように努めている。本人の出来る事は可能な範囲で行って頂いており、居室の環境整備を一緒にしている方もある。		
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「GHだより」を発行し、近況報告、行事参加の依頼をしている。また、病院受診の対応をして頂く家族もあり、継続した繋がりを保っている。		
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	馴染みの店舗の利用、地域行事への参加や外出、買い物等で地域の方や知人との馴染みの関係が途切れないよう努めているが、全ての入居者が外出しているわけではない。		
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	食事の席や日中の過ごし方、役割の提供等、入居者同士が衝突する事がないように一人ひとり対応している。入居者同士の良好な関係作りが出来るように配慮している。		

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	必要に応じて対応している。		
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	日々の会話の中で、個々の希望を伺い、出来るだけ意向に沿えるよう努めている。収集した情報は会議で話し合い実現に向けて検討している。自治会でも希望を伺い、日々の支援に反映するよう努めている。		
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	本人や家族に話を伺いながら、生活歴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	ヒヤリハット報告、にやりほっと報告他日々の介護記録を職員間で共有し、支援に活かしている。		
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	毎月のカンファレンスで、職員が意見を出し合い、ケアに反映させている。また、状態によりPTや栄養士、看護師、家族の意見を求めており、介護計画にも反映している。		
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	内容により記録を分類し、情報を見やすくしている。情報を共有し、必要に応じてケアに反映させている。		
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	ニーズの発生時は都度、職員間で話し合い、出来る限り実現できるように他事業所との協力も含め検討している。		

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	ボランティアの方々や近隣住民も協力し、楽しく安心して暮らして頂けるように努めている。本人の残存能力を活かした生活が送れるように職員間で情報を共有し、できる限り、地域との関わりがもてるように支援している。		
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し、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	在宅時のかかりつけ医を継続している方がほとんどであるが、やむを得ず変更する場合は、家族と相談し、理解を得ている。定期受診以外にも、必要に応じかかりつけ医を受診しており、往診にも来て頂いている。		
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	気になることや気づいたことは記録に残すとともに、対応方法等については都度看護師に相談している。日々の暮らしの中で情報共有する事で、早期受診・治療開始につなげている。		
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。	各々の病院のマニュアルに沿ってメディカルソーシャルワーカーを中心に連絡調整を行っている。		
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	入居時に必ず確認するようにしている。また、本人や家族の意向はその都度伺っている。		
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	緊急対応時のマニュアルがあり、学習会も開催している。学習会の中で、訓練は行っているが、全員が訓練に参加できていない。		
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6回の避難訓練を計画的に実施している。災害時にスムーズに動けるよう、運営推進会議で訓練の結果を報告し助言をいただいている。また、地域の協力も要請している。		

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	職員間で意識し、適切でない場合は声を掛け合っている。毎月のセクション会議内で振り返りを行っている。プライバシー・羞恥心に配慮した対応を行っている。		
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	日々の生活の中で、本人の希望に沿ったケアが行えるように声掛けの仕方に配慮している。入居者自治会等で本人の思いや希望を聞き取り、可能な限りご自分で選択して頂けるよう働きかけている。		
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	入居者個々の日課を把握するよう居室担当を中心にっており、個々にあったペースで生活して頂けるよう支援している。		
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	身だしなみを整えたり、着替えの声掛けをしたりしている。朝の整容時や入浴時等、清潔感のある装いになるよう支援している。		
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	嗜好調査を実施したり、アレルギーの有無を把握している。おやつ作り等、入居者から希望を聞き取り、一緒に作る機会を設けている。洗い物や食事の準備など、入居者と一緒に行っている。		
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	食事摂取量を記録に残している。一人ひとりの状態によって、対応方法の変更をしている。また、水分摂取量が低下しないよう、本人の好みに合った飲み物をお出しするようにしている。		
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	起床時・就寝時は口腔ケアを行っている。		

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
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	失敗の経験を減らせるように、定時でのトイレへの声掛け等を行っている。排泄チェック表を活用し、排泄リズムの把握に努めている。		
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	排便チェック表を活用し、水分摂取、運動等の対策を実施している。必要に応じて看護師・主治医に相談しながら便秘予防に努めている。		
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	1人での入浴はリスクが高い方が多く、職員の支援により1週間に2回以上のペースで入浴して頂いている。職員体制上の問題から夜間入浴は中止しており、必ずしも希望に沿うとはいえない。		
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	個々の状態に応じて対応出来ている。昼夜逆転してしまわないよう、職員間での情報共有・対応方法の検討を行っている。		
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	服薬ファイルを作成しており、いつでも確認出来るようになっている。また、抗凝固剤を使用されている方はファイルに印を入れ、頭部打撲時に早期に対応できるようにしている。		
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	日課を確認し、役割を持って頂くように支援している。また、外出、散歩、レクリエーション等の楽しみにつながる支援も月に数回行っている。天気の良い日は外に散歩にでかけるようにしている。		
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	1人での外出は転倒や行方不明等の事故に繋がるリスクが高く実施出来ていない。職員が2名以上いる時に希望があれば対応している。家族との外出や地域の方との外出も体調を考慮しながら実施している。		

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
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	家族様とも話し合い、本人希望があれば買い物外出時に支払いをしていただいている。		
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	手紙を希望されることはないが、電話は希望があれば対応している。		
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	玄関には季節の花を飾っている。物を置いて狭くならないように配慮している。入居者が気持ち良く生活できるよう、その都度環境整備を行っている。室温調節も行っている。		
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	小スペースがあり、1人でゆっくりお茶を飲むことができる。入居者同士の関係性に配慮した座席配置にしている。仲の良い方の居室で一緒に過ごされる方もある。		
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	これまでの生活に近い居室環境が提供出来るよう家具を持ってきて頂いたり、家族が居室の模様替えに来て下さっている。また、日々の状態に合わせて環境整備を行っている。さらに居室内の危険に配慮した居室作りをしている。		
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	安全に配慮しながら、自身で出来る事は継続できる居室作りを心がけている。また、危険を伴う物は手の届かない所に収納している。		

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	地域の生活者としての暮らしを築くために、地域行事へ参加し、馴染みの店を利用する等支援を行っている。また、入居者の思い出の場所への外出も個別対応として行っている。毎月のセクション会議内で理念を口頭で確認し、理念に沿わないケアを行っていないか振り返りをしている。	法人理念を基に事業所方針をつくり、その方針の理解・徹底に努め日々実践している。毎月の会議で口頭で確認して振り返りを行い、共有と実践に努めている。	
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	地域行事には出来る限り参加している。馴染みの理髪店や商店の利用は継続出来ている。	各地区の行事(祭り等)に積極的に参加している。納涼盆踊りは地域の方々の協力を得て、毎年盛大に開催している。今年から新たに「喫茶」を開き親しまれている。	
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	毎年生野高校の福祉講座に関わり、認知症の方への対応等についての講義を行っている。	/	/
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催し、運営状況等の報告を行っている。会議の中で出た意見は職員間で共有し、必要に応じてケアに反映させている。	2地区の区長、家族会会長や2地域包括職員の参加を得て、隔月に欠席者もほとんどなく定例開催している。最近の全国的な自然災害に鑑み、貴重なご意見をいただく等、運営に活かしている。	
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	2ヶ月の1回の運営推進会議のメンバーとして高年福祉課の職員に参加していただき、情報交換を行っている。	朝来・生野地域の包括支援センター職員に運営推進会議に参加いただき情報交換を行っている。市の担当課には毎月運営状況等報告している。	
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	夜間は防犯上玄関を施錠しちえるが、その他の時間帯に拘束につながる施錠は行っていない。リーダー以上は毎月身体拘束廃止委員会に参加し、正しい理解に努めている。	職員研修計画にに基づき定期的に理解促進に努めている。自由外出を好まれる方へのGPS活用や、転倒リスクの高い方へのセンサー利用は、家族と相談すると共に、利用者の反応を慎重に観察して使用している。	
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逃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」に研修会がいくの喜楽苑全体であり、自身のケアを振り返る機会になっている。「虐待の芽チェックリスト」を使用し不適切なケアを含め、自分や他者が虐待を行っていないか日々ケアの確認を行った。また、毎月の定例会議で不適切ケアの振り返りを行っている。	定期的に研修の機会をつくり理解促進と振り返りに努めている。チェックリストを活用して自分と同僚を含め日々確認している。又毎月の定例会議で不適切ケアが無いか振り返っている。	

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	成年後見制度の学習会があったが、現在の必要な入居者はいないため、活用していないが、学習の機会は定期的に設けていく。	現在、制度を利用されている方はいない。制度のについてはリーダーを中心に学習の機会を設ける予定である。	
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	事前面接時、入居時に繰り返し、口頭・書面で説明をし、理解をしていただいている。	重要事項説明書・契約書を基に説明している。終末期のケアについても、事前に説明している。制度改定に際しては家族会で説明して、同意を頂いている。	
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	利用者は自治会で公聴しているが、家族に関しては意見BOXがあるが活用されていない。面会時に近況を報告し、意見をいただいている。	毎月利用者自治会があり意見要望を聞き生活・行事計画等に活かしている。家族会も定例開催され、運営推進会議では会長より貴重な意見を頂き、ホームの運営に反映している。	
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	毎月のユニット会議・セクション会議内で意見を収集し、日々の業務に反映している。	毎月の定例会議で意見や提案を聞き運営に反映している。現状における問題点・課題で、目標達成に向けた取り組みでも、職員意見を聞き反映している。人事考課にあたっては個人面談の機会がある。職員は定着しているが、少し余裕がほしい。	代表者や管理者は、職員が日常業務にやりがいを持てるよう、経営上の制約を乗り越えて処遇の改善に努めて欲しい。そのことが結果的に、利用者・家族のためだと考えて。
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	人事考課制度により年に2回職員個々に面談を行い、評価している。		
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	技術不足な点について『あの人はいつもこうだから仕方無い』という声をしばしば耳にするため、力量に応じた学習の機会を提供している。		
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	2ヶ月に一度グループホーム連絡会を開催しており、他施設の情報を得ると共に、研修会等の計画を立てている。		

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
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	入居前アセスメントを行い、情報の収集を行っている。また、その情報を職員間での共有し、統一した支援を実施することで、良好な関係作りにつなげている。		
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	来苑時に声を掛けるようにし、要望等を伺っている。家族とも良好な関係が築けるよう努めている。		
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	出来ている。		
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	お話しをしながら一緒に調理、洗い物等をしたり、一緒に洗濯物の片付けを行ったりし、生活感を維持している。		
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「GHだより」を発行し、近況報告、行事参加の依頼をしている。また、病院受診の対応をして頂く家族もあり、継続した繋がりを保っている。		
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	出来るだけ外出の機会を設けるよう努力をしているが、現実には難しいところもある。1名の方は、所属しておられる会合への参加が継続出来ている。外出時には馴染みの方と出られる事もある。	家族や知人・友人の来訪がある。居室に最近のショットアルバムを備え、家族訪問時の話題として楽しんで頂いている。理美容は在宅時の馴染みのお店に行っている。	
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	毎月の自治会やレクリエーションの時に、入居者同士の交流を深める機会にもなるよう援助しているが、男性入居者が少ない為、どうしても孤立しがちであると感じる。		

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	必要に応じて対応している。		
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	ケアプラン立案前や状態変化があった際にはカンファレンスを開催し、入居者の思いを伺う事で統一した支援が出来るよう努めている。ユニット会議やセクション会議内で話し合う事もある。出来る限り本人の意向に沿った対応が出来るよう努めている。	新たに「ニヤリ・ほっと」に取り組んでいる。利用者が「ニヤリ」と笑顔になられた。職員が「ほっと」した出来事を記録・集約し、周知して、今後の支援の質を上げようとしている。	
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	アセスメントシートの生活歴を参考にしている。聞き取りを行った職員は、他職員と情報共有できるよう口頭での伝達やケース記録に残すようにしている。		
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	毎日バイタル測定を行い、身体の状態を把握している。また、ユニット会議や日々のミーティングで情報を共有している。定期的に体力測定を実施している。		
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	セクション会議やユニット会議内で話し合っている。ケアプラン更新時には家族から意見を聞き、カンファレンスを開催している。	モニタリングは毎月の定例会議で行っている。状態変化があった場合は、家族の意見・要望を聞き介護計画を見直している。常勤の看護師の意見を反映する等、安心をいただいている。	
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	内容により記録を分類し、情報を見やすくしている。情報を共有し、必要に応じてケアに反映させている。		
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	ニーズの発生時は都度、職員間で話し合い、出来る限り実現できるように他事業所との協力も含め検討している。		

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	ボランティアの方々や近隣住民も協力し、楽しく安心して暮らして頂けるように努めている。本人の残存能力を活かした生活が送れるように職員間で情報を共有し、できる限り、地域との関わりがもてるように支援している。		
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	在宅時のかかりつけ医を出来る限り継続しているが、やむを得ず変更する場合は家族と十分に話し合いを行っている。体調に変化がある時は、まずかかりつけ医に相談をし、早期受診を心がけている。	ほとんどが在宅時のかかりつけ医を継続している。体調面で不安な時は、すぐにかかりつけ医に相談できる体制になっている。	
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	気になることや気づいたことは記録に残すとともに、対応方法等については都度看護師に相談している。日々の暮らしの中で情報共有する事で、早期受診・治療開始につなげている。		
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。	地域連携室の担当者と連絡を取りあい、面会に行って情報収集をする事により、安全に早期退院が出来るよう努めている。	入院時には安心して治療頂けるよう、病院関係者と情報交換や相談に努めている。面会に伺い病院関係者と連携して、早期退院できるよう努めている。	
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	入居時に必ず確認するようにしている。また、本人や家族の意向はその都度伺っている。	契約時に「ターミナル確認書」に従い、重度化した場合の対応について確認している。家族の希望に沿う方針であるが、隣接の特養もありこの3年ターミナルの実績はない。	
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	AEDの使用方法についての学習会は行ったが年に1回である。マニュアルがあるが体系的に学んだ事がないし、出来る自信がない。		
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	定期的に避難訓練を実施しており、都度振り返りを行い、改善している。	年に6回訓練計画を基に、昼間・夜間別及び火災・水害に区分して、繰り返し避難訓練を実施している。運営推進会議での提案で新たに避難口を設ける等、強固な協力体制を築いている。	

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	理念の実現を念頭に置き、支援している。依頼形の声掛けをするようにしている。	運営方針「人権を守る」「プライバシーを大切に」を念頭に支援している。声掛けを職員相互に振り返り、定例会議で確認している。	
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	入浴・食事・排泄介助の際、身体に危険がない限り、本人の意思を尊重している。自己決定を促すような声掛けを意識している。		
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	入居者より希望があった場合、出来る限り業務の調整等を行い、実現できるよう努めている。入居者のペースに合わせて業務を行うようにしているが、行事があった場合、職員のペースに合わせて頂く事がある。		
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	季節にあった服装を提案している。さらに、化粧品をする方の支援をし、おしゃれに興味がないように努めている。		
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	嗜好調査を実施したり、アレルギーの有無を把握している。おやつ作り等、入居者から希望を聞き取り、一緒に作る機会を設けている。洗い物や食事の準備など、入居者と一緒に行っている。	献立・調理は隣接の特養で行っている。ごはん汁ものは各ユニットで作っている。季節の野菜を作ったり、今年自家製の味噌造りに挑戦、又利用者の思い出料理を取り入れる等工夫している。	
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	食事の量は基本的に一律で同じであり、職員はその時の判断で減らしているが、もっとシステムティックに出来ないものかと思う。個人に合わせて食事形態・配膳時間を調整している。記録に残している。		
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	毎食後ではなく朝食前と夕食後であるが、出来ている。また、勉強会にも参加している。		

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	失敗を減らすように工夫しているが、オムツの使用が減ってはいない。個別の誘導時間・使用物品を調査し、自立に向けた支援が出来るよう努めている。	チェック表で一人一人の排泄パターンを把握して、声掛けによりトイレでの排泄を支援している。福祉用具業者の協力により研修の機会を設け、自立に向けた支援に努めている。	
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	個々の健康管理の一環として便秘の対応を行っている。運動が排便を促す事にも繋がる事を意識し、散歩に誘う等して歩く機会を提供するように努めている。飲みやすい物やお好きな物を提供するようにしている。		
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	拒否の無い限り、職員が入浴する日時を決めている。入浴日の間隔が開いてしまわないよう注意している。ゆっくりと入浴して頂けるよう配慮している。	曜日は決めずに週2～3回入浴して頂いている。リフトが設置され、重度になられても檜のお風呂にゆっくり入って頂けるようになった。	
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	昼間の活動量を増やす事で、夜間に良質な睡眠がとれるよう支援している。また、昼寝の時間も個々の体調を考慮して設けることで、疲労の回復に努めている。		
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	服薬ファイルを作成しており、いつでも確認出来るようになっている。また、抗凝固剤を使用されている方はファイルに印を入れ、頭部打撲時に早期に対応できるようにしている。		
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	十分とは言えないが、自由時間に歌を歌ったり、トランプ・塗り絵等を行っている。職員が楽器を演奏し、それに合わせて歌う事もある。個々の入居者の楽しみを見つけて気分転換して頂けるよう努めている。		
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	本人の希望を把握し、実現できるよう配慮しているが、十分でない。事故に繋がる可能性がある為、必ずしも本人の希望に沿えないこともある。	希望をお聞きして、スーパーやホームセンターに出掛けている。地域の行事にはたくさんの方に参加頂き、外出の機会を増やすようにしている。地域ごとに祭りがあり、利用者は楽しみにされている。	

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
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	あまり出来ていない。例えば施設の中だけで使える通貨を発行するなど、工夫をしていきたい。現在は、家族様とも相談し、必要な時には事務所で出金できるようにしている方が大半である。		
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	電話・手紙等、希望があればその都度対応している。		
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	室温調整は出来ているが、もっと季節感が欲しい。毎週木曜日に花の販売に来て頂いているので、両家の玄関には生花を飾るようにしている。室内が雑多にならないよう気を付けている。	居間やくつろぎスペース・廊下からは、中庭や外の自然が眺められる。共用スペースには季節の花や行事のスナップ写真が飾られている。くつろぎスペース(ベンチ・炬燵)をもっと有効に活用できないか検討している。	
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	小スペースで過ごされる方もあるが、活用は限定的である。囲炉裏スペースの活用を月に1回行っており、入居者間の談話や、家族・地域との交流につなげている。		
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	出来る限り本人のタンスや机等を持ち込んで頂いたり、写真を飾ったりするようにしているが、出来ている人と出来ていない人がいる。本人と一緒に環境整備を行う事もある。	家族とも相談して、馴染みの使い慣れた家財を持ってきて頂いている。仏壇と神棚を並べて置かれている方もいる。	
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	浴室・トイレには手すりを設置し、安全に利用できるようにしている。出来る限り出来る事はご自分でして頂くよう支援している。		

基本情報

事業所番号	28744900315
法人名	社会福祉法人きらくえん
事業所名	グループホーム竹原野
所在地	兵庫県朝来市生野竹原野222 電話079-679-3936

【情報提供票より】令和 元年9月30日事業所記入

(1) 組織概要

開設年月日	平成 17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 人	常勤11人	非常勤 6人	常勤換算 12.2 人	

(2) 建物概要

建物構造	木造造り				
	1階建の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)	30,000円	その他の経費(月額)		共益費 5,000 円	
				水光熱費35,000	
				預かり金管理2,000	
敷 金	無し				
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無			
食材料費	朝食	200 円	昼食	350 円	
	夕食	350 円	おやつ	100 円	
	又は1日 円				

(4) 利用者の概要(9月30日現在)

利用者人数	18 名	男性	4 名	女性	14 名
要介護1	8 名	要介護2	4 名		
要介護3	6 名	要介護4	0 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 88.3 歳	最低	71 歳	最高	99 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	朝来医療センター 神崎総合病院 上田歯科
---------	----------------------

(様式2(1))

事業所名 グループホーム竹原野

目標達成計画

作成日: 令和2年2月26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	38	行事を企画する事で入居者の生活にがは活気が出るが、時間や人員の制約がある中で行う為、職員には負担が多い時もあり、ストレスの元になりかねない。	職員がストレスを感じる事なく、入居者と共に行事を楽しむ事が出来るよう環境を整える。	行事の年間計画を立て、当日は人員配置を多くする。また、なるべく土日には行事を入れない等の配慮をし、職員のストレス緩和に努める。	2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="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()