

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	2891300069		
法人名	社会福祉法人 丹波柏原福祉会		
事業所名	グループホーム 青垣もみじ苑		
所在地	丹波市青垣町西芦田1024-5		
自己評価作成日	平成25年11月12日	評価結果市町村受理日	平成26年1月29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・クラブナルク兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市立花町2丁目13-32		
訪問調査日	平成25年11月29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>以前、利用者様より「みんなで仲良く、楽しく、よく笑う暮らし」がしたいという言葉を受けました。とにかく楽しく、笑える、そんな暮らしが出来る様な活動を取り入れています。毎日の運動(リハビリ体操)や食事作り、外出等、その日その日の様々な出来事を通じて、お仲間と一緒に笑いあえる、そんな生活をサポートさせていただいています。</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>グループホーム青垣もみじ苑は、何処に事業所があるのか見つけにくいぐらいに、集落に溶け込んでいる。車いす使用の人を含む利用者の全員が、毎朝散歩してお参りをする「もみじ苑妙見堂」がある広い庭があり、全員女性の利用者が落ち着いた日常を過ごしている。利用者9人の介護度が軽く、最近に介護度が下がり退去せざるを得ない状況ができており、管理者はその対応に苦慮しているという。その他、昨年の第三者評価で指摘された事項について、改善されたものや結果が出ていないものもあるが、関係者の前向きに努力する姿勢は評価できる。</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ぐらいの 3. 利用者の1/3ぐらいの 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ぐらいと 3. 家族の1/3ぐらいと 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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 職員の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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ぐらいが 3. 家族等の1/3ぐらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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ぐらいが 3. 利用者の1/3ぐらいが 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	理念を職員で再確認、共有しながら実践を考えた。	法人の理念は「愛の心」とし、昼間のミーティング時や職員会議の際に確認している。理事長も施設の隣に住まい、地域との共存を心がけ、職員もそれらをもとに支援している。理念はスタッフルームに掲示している。	
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	地域の行事には出来るだけ参加をしている。校区内、町内のリサイクル活動に協力した。	地域の文化祭・えびす祭り・厄除け祭りに参加している。施設の主催行事(夏祭り・長寿を祝う会)に地域の人に参加してもらうなど、双方向の地域交流ができています。	
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	認知症介護の相談窓口となっており、施設見学等の来苑時や、問い合わせの連絡時に相談を受けた。		
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	意見や情報を交換してサービスに取り入れている。	出席メンバーの日程調整に手間どり、開催数が少ないが、初めて出席して頂いた地区の自治会長の協力で、地区の文化祭に参加するなど、地域との交流に明るさを見出している。	まず定期開催をどう実現していくかについて検討し、運営推進会議の成果を積み上げることで、地域との関係強化等の諸課題の解決に結び付けられたい。
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	定期的に行われているGHネットワーク会議に参加をして、情報交換やケアの取り組みを報告している。市内担当者の方も会議に参加をされている。	市内のグループホームネットワーク主催の会議に市の介護保険課職員に出席してもらい、情報交換をして運営に反映させている。	
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	研修を行い再確認が出来た。身体拘束をしないケアの取り組みが出来ている。	身体拘束をしないマニュアルにより施設内研修で主旨を十分理解して介護支援に当たっている。玄関は昼間開錠、夜間は防犯上施錠している。	
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	研修を行い、理解を深めていく必要がある。	虐待防止に関するマニュアルにより研修し主旨を十分理解している。利用者に対する言葉遣いにも十分配慮し、職員同士も注意しあうなど、支援の質の向上に繋げている。	

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	制度についての理解をする為、学ぶ必要性がある。	現在、これらの制度の対象となる利用者はいないが、今後に備えてグループ内の指導者を中心に研修を重ね、今後の支援に役立てて欲しい。	
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	入居時の契約の際に口頭や書面で説明を行い理解を得ている。	入居時に、重要事項説明書で十分に説明し、本人と家族の納得を得たうえで、契約している。入居前の見学や体験入居もある。	
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	意見箱設置、介護相談員の来苑により意見を表せる機会がある。	入居時の本人・家族からの意向や要望を尊重して支援している。その後は本人の行動・表情を読み取り、職員のカンファレンスにより情報を共有したり、来苑時の家族からの意見も参考に、運営に反映させている。	
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	月1回の部署での会議や日々のミーティングで意見交換をしている。意見によっては、代表者に起案書を提出して、伺い、相談を行っている。	管理者と職員との会議は、昼間のミーティングや月1回の職員会議で、自由・活発に意見を出し合い運営に反映させるほか、問題によっては、法人への意見具申も行っている。	
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	職種や経験、実力、適正により役割分担が行われ給料水準が決定されている。年に2回の自己採点シートに記載をしながら自分の行っている仕事の取り組みを報告や今後の目標を設定して、意識を向上している。		
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	定期的に法人での合同研修会、職種に応じた外部研修を受講している。資格取得に向けての研修、自己学習の取り組み、試験を受験、受験予定をしている。		
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	管理者がグループホームネットワーク会議への参加の為、他事業所に出向いている。情報交換やケアの相談、取り組み等の報告を行い、他施設の意見を参考にしながらサービスの質の向上につなげている。		

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	介護支援専門員が事前に訪問をしたり、入居時に会い、生活相談や不安、要望を聞きながら関係を築いている。		
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	介護支援専門員が入居時に最近の生活状況、相談、不安、要望を聞いている。入居翌日にもその後の生活状況の報告や気になった事を家族に報告、確認をしながら関係を築くように努めている。		
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	入居前の事前の情報により把握は努めているが、実際に入居をされ、サービスの開始をすと事前情報と異なる時もあり、見極めが難しい時や都度の状態によりケア方法の変更をしないとイケない時がある。		
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	共に活動を参加する事により、お互いの信頼関係を築いている。		
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	来苑時や連絡時に生活状況の報告、自宅ではどの様にされていたのか等の様子を伺ったり、相談をしながら共に本人を支えて行く関係を築いている。		
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	外出時、馴染みの人や場所に出向く時がある。	入居時に本人・家族から、親戚・友人・知人等の馴染みの人や美容院・スーパー・外食店などの馴染みの場所、生活歴を確認して、それらの関係が継続できるよう支援している。	
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	行事や活動を通じて交流を深めているが、利用者様同志の相性もあり難しい時もある。		

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
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	法人内の施設に転居された方の関係性は継続出来ている。他法人施設に転居された方との関係性は継続出来ていない。		
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	定期的にあセスメントを行い希望や意向を伺いながら把握に努めている。困難な場合は安全を優先に検討をして本人、家族の承諾を得ている。	入居時に本人・家族から得た生活歴等を参考に、思いや意向を把握して支援に反映させている。困難な場合は、本人本位に安全優先で検討、本人と家族の同意を得ている。	
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	ご本人様、ご家族様、在宅の介護支援専門員に以前のサービス利用状況の様子、課題等を伺ったり、どんな暮らしをしていたか、趣味や就労状況を尋ねている。		
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	日々の様子観察、バイタル測定や介護記録、ミーティングにより利用者様の状態の変化を把握出来ている。		
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	ケアプラン作成をする過程でサービス担当者会議を開催して情報収集、意見交換を行っている。	入居時に、本人・家族・関係者から得た情報をもとに、サービス担当者会議で介護計画を作成。入居後1か月程度は本人の状態を観察して見直しの可否を判断している。以降、半年～1年毎に見直している。	
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	細かな言動、気づいた事、生活状態の記録を行い、職員間で意見や情報の交換を行い、共有が出来ている。都度、ケアについての検討をして実践に向けている。		
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	家族様より専門職による口腔ケア意向があり協力歯科医院に相談、歯科より、往診の他に居宅療養管理指導(月4回迄)を受ける事が可能である事を頂き、歯科医院の協力のもとサービスに取り入れた。月2回、歯科衛生士による口腔ケアを受けている。		

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	診療所、図書館、美容室、郵便局等を利用している。		
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	入所時、ご本人、ご家族様に施設で決められた主治医による健康管理をして貰う事の説明を行い了解を頂いている。月1回の往診、急病時はかかりつけ病院や協力医院への受診をしている。	入居時に、本人・家族と相談してかかりつけ医を決めている。現在は全員が施設の協力委に診てもらっており、月1回の往診、歯科はその都度の往診となっている。	
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	週1回、来苑される。1週間の状態報告や受診結果報告をする。緊急時や必要時はその都度、連絡を取り、相談や指示を受けている。医療機関より退院をされる際のケアカンファレンスには同行して貰っている。		
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。	介護支援専門員が情報提供を行っている。週1回は病院に出向き、入院時の状態把握に努めている。退院前は医療機関とのケアカンファレンスや看護サマリーにより情報を提供して貰い、退院後の生活や体調管理の相談をしている。	日赤病院に理事長の親族の医師がおり、施設とは良好な関係ができています。退院前に情報を頂き、退院後の生活に反映させて、家族から喜ばれている。	
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	主治医、看護師、管理者がご家族に説明、今後の治療方針、生活についての説明、話を行う。グループホームで出来る範囲のケアの説明を行い、	重度化や看取りに関しては、入居時に重要事項説明書により、口頭で説明しているが、指針書による説明とサインの対応はない。現在は看取りはしていないが、今後どう対応していくのが課題である。	
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	年に1回、心肺蘇生法、AED講習等の講習を受けている。		
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回の消防訓練の実施、近隣在住の職員に協力体制依頼をしている。	年2回の消防訓練を実施しているが、地域住民の参加にまでは至っておらず、関係者は、それが次の課題であることを認識している。	災害対策は、万が一の事態に備えることが重要だが、消防訓練の際にも、工夫をこらし(毎回違うテーマの設定など)、でより効果のあるようにされたい。

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	プライバシーの保護は出来ているが、排泄や食事、入浴の言葉掛けへの対応を考える必要がある。	利用者ひとり一人の尊厳を守るため、言葉遣いや態度について注意しマニュアルに基づいて研修を重ねている。個人情報の書類はキーのかかる保管庫に厳重に保管されている。	
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	自己決定を行いやすい様な言葉掛けをしている。		
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	出来るだけ思いに添えるように努力はしているが安全面の問題もあり難しい時もある。		
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	その日の洋服を選ばれたり、外出時に化粧をされたりしている。		
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	職員の言葉掛けや利用者様の積極的な参加により調理の下準備、盛り付けや食器洗い等の活動を一緒に行っている。	食材はグループの柏原けやき苑から配送され、施設で職員と利用者が調理している。品数も多く、利用者は、美味しそうに職員と共に食事を楽しんでいる。朝食のパンはけやき苑での自家製、施設にはうどん製麺機があり、たまにうどん食もあるとか。	
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	食事摂取表の記録によりお一人お一人の状況の把握に努めている。状態に応じて、粥食、刻み食、とろみ使用やお茶ゼリーでの対応を行った。		
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	就寝前に言葉掛けや介助を行いながら実践出来ている。自己で出来る方は自己でされている。		

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
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	排泄意の言葉あればトイレ誘導を行っている。意思表示が難しい方は間隔を把握してトイレ誘導をしている。ADLの状態によりトイレでの排泄が難しい方は紙おしめでの排泄介助を行っている。	個人別の排泄パターン表により、時間少し前にそれとなく声掛けし、各居室のトイレへと誘導し、自立に向けた支援をしている。リハビリパンツから布のパンツへの変更を試しているが成果は上がっていない。	
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、運動を取り入れ防止に努めているが状態によっては緩下剤、座薬等の服用、使用をして排便サポートをしている。		
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	入浴をしないという意思表示をされた方に関しては時間帯とられず、本人の落ち着かされている状態の時に勤めてみると入浴をされた事があった。	入浴は、週2～3回・午後を基本にしているが、個人に合わせて柔軟に対応している。機会浴・シャワー浴・足浴や柚子湯・菖蒲湯もあり、大変喜ばれている。入浴嫌いな人には日・時間を考えて対応している。	
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	室温や室内灯の調整、音楽を鳴らしたりしながら落ち着いて休める環境作りを行い、安眠して頂けるように支援をしている。		
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	副作用についての知識が不十分である。症状の変化の状態観察、確認を行い、記録や申し送りを行っている。		
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	調理や干し柿作り、外気浴や散歩、草引き等の活動に参加をしながら、昔の経験や思い出話、完成後を期待しながら楽しみを持たれている。		
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	外気浴、散歩、ドライブ等を行っている。家族の協力もあり、個人的に外出をされる方もおられる。	日常的には、気候・本人の体調に合わせて、施設の周り・庭の散歩・施設前の青垣もみじ神社への朝のお参りで、一日のスタートを切っている。遠出も家族の協力を得て、よふど温泉・海鮮せんべい館・花見・紅葉狩等要望に合わせて外出の支援をしている。	

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	お小遣いは自己管理をされている方もおられる。買物や受診時に支払いを自分でされている。		
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	希望があれば家族や身内、知人に電話をしている。		
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	日中はカーテンを開け、風景を眺めながら季節を感じて過ごせる様な環境作りに努めている。	利用者が、就寝時以外には終日過ごす居間兼食堂は広くゆったりとできている。その一角にある和室は、掘りごたつきでこれからの冬の季節にはぴったりである。しかし、現実には、車いすの利用者の増加で、あまり活用されていないという。	開設当初に比べ、利用者の状況変化を踏まえて、和室の良さを残しながらの新たな使用方法について、大胆に検討することを強く求めたい。
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	リビングの席やソファー、和室等、それぞれが思い思いの場所で過ごしている。テレビをつけたり、音楽を鳴らしたりしている。トランプやカルタなど所定の場所にあり、自由に取り出しが出来るので利用者様同志でトランプゲームをされたりしている。		
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	自宅から持ってきた家具や日本人形、壁掛け、夫の遺影や長寿を生きて来られた賞状等を飾られたりしている。又、ここでの活動時のカレンダーの塗り絵やお習字を飾っている居室もある。	自宅の延長線の居宅として、使い慣れた筆筒や家族の写真・自作のカレンダー・塗り絵・習字等を持ち込み、居心地良く過ごせる空間となっている。	
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	ベットの柵をL字柵に変更して、掴まりながら一部介助により立位がとれる様に工夫をしている。		

基本情報

事業所番号	2891300069
法人名	社会福祉法人丹波柏原福祉会
事業所名	グループホーム青垣もみじ苑
所在地	丹波氏青垣町西芦田1024-5 電話 0795-87-2010

【情報提供票より】平成 25年 11月 11日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成22年4月1日		
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	10 人	常勤 9人 非常勤 1人	常勤換算 9.3人

(2)建物概要

建物構造	木造造り
	2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)	62,000 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 300,000円	有りの場合 償却の有無	有	
食材料費	朝食	350 円	昼食	600 円
	夕食	600 円	おやつ	100 円
	または1日当たり 円			

(4)利用者の概要(月 日現在)

利用者人数	9 名	男性	0 名	女性	9 名
要介護1	4 名	要介護2	2 名		
要介護3	3 名	要介護4	0 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 87 歳	最低 84 歳	最高 100 歳		

(5)協力医療機関

協力医療機関名	丹波市国民健康保険青垣診療所
---------	----------------

(様式2(1))

事業所名 グループホーム青垣もみじ苑

目標達成計画

作成日: 平成26年 1月 17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	4	運営推進会議が定期的に開催されていない。	定期開催を行う。	3ヶ月に1回、開催月の週、曜日を検討する。	12ヶ月
2	13	研修の機会が少ない。	研修の計画をする。	内部研修は開催曜日、時間、テーマを相談して立案した。がい日研修は情報収集し参加を募る。	12ヶ月
3	52	和室が活用されていない。	和室の活用をする。	環境面は代表者に相談を行う。余暇活動スペースにする。	36ヶ月
4	35	火災時の対応について	マニュアルを周知する。地域との連携がとれるようにする。	年2回の訓練実施。各自、マニュアルの確認をする。	12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(③④は今後予定。家族には郵送で報告予定。)
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(②③は今後予定している。)