

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	2891600039		
法人名	特定非営利活動法人 淡路島シャロームの会		
事業所名	グループホームくるま花木		
所在地	兵庫県淡路市久留麻236		
自己評価作成日	令和 3 年 5 月 8 日	評価結果市町村受理日	令和3年7月5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 5 月 25 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)】

1.日々の暮らしの中で、音楽療法・赤ちゃん療法等、利用者個々の思いを活かした支援を心がけてきたが、コロナ下で中断している。今は、コロナ後の再開を期している。
 2.ホームの中庭には季節の花が、背後の田畑には米や野菜が植えられ、四季を通じての楽しみとなっている。
 3.食事は、隣接する田畑でとれた新鮮な食材を使い、職員も同じ献立を食すなど、家庭的な雰囲気づくりを心がけている。
 4.家族や知人、地域ボランティアの訪問などが自粛や中断している中、利用者を近隣の寺社などにお連れすることで、利用者が長年馴染んできた地域を感じて貰える支援をしている。

【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)】

事業所の向かいに複数の公的な施設があり、その周りに大きな桜の樹が立っている。事業所の裏庭を隔てた向こうに隣接して法人の別事業所があり、平屋建ての事業所の敷地を囲む環境は広々として開放感がある。法人が「使命」として掲げている「感謝 思いやり 社会貢献」に、法人理事長と管理者の強い思いが込められている。理事長の父親が栽培して届けてくれる米や野菜、それに加えて近海で獲れた新鮮な魚介類が食卓に上るので、利用者は職員が調理した地産地消の献立を楽しみにしている。大阪で開催された介護フェアに管理者が行って採用したシステムを、職員が使い始めて1年強が経った現在、全職員が使いこなし、従来の紙ベースで発生していた転記作業を無くすことが出来た。地域の貴重な社会資源として、今後も進取の姿勢で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	利用者や職員が、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、戸外に行きたいところへ出かかっている (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	入職時に理念についての説明をし介護や福祉についての理解を高めて全員が同じ方向を向くようにしている。 問題が起こる度に会議を開き理念に添っているかを考えることで方向を立て直して理念に立ちかえるようにしている。	玄関に法人の「使命」を、事務所に事業所の理念を、それぞれ額装して掲げ、パンフレットに記載して対外的にも発信している。開設以来継続している理念であり、職員は理解して日々実践している。法人の「使命」のように、もう少し簡単明瞭な言葉にした方がベターであろうかと、管理者は考えている。	
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	ひまわり作業所が出張喫茶に来ている。初詣・近くのお寺・広場へ散歩等に出掛けると近隣地域住民との交流がある。地域のお祭りなどに利用者様と一緒に参加し職員が間に入り近隣の方々とかかわりが持てるように働きかけている。ケアマネジャーが地域ケア会議に参加している。	開設来14年間培ってきた地域とのつきあいの多くが、コロナ下、中断を余儀なくされている。管理者が近隣の高齢者を対象とした歌唱指導を現在も継続しており、コロナ禍が収束した暁には、今までの実績に基づいた地域とのつきあいの再開が期待できる。	
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	入居者および入居希望の家族からの相談に乗るなどして、持っている知識、経験を地域に還元している。 実習生や研修生を積極的に受け入れ、認知症ケアの知識を広めている。 認知症実践者研修を受講し認知症に対する理解を深めている。		
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	自立支援への取り組みを運営推進会議にて、利用者家族様毎回1組の発表している。会議では、出席者からの意見や要望を頂き、外部の考えも柔軟に取り込む姿勢を持っている。また評価の結果と課題についての取り組みや現状の報告を欠かさず行っている。	昨年9月開催分以外は、年間を通じて全て書面による状況報告となっている。毎回、一人ずつの「利用者の自立に向けての取り組み」を報告しており、ユニークな内容は評価に値する。報告書の送付先は運営推進会議の委員のみであり、家族には送っていない。事故とヒヤリハットを報告していない。	事故とヒヤリハットの発生状況及び再発防止策の報告は必須項目です。会議の報告書を、請求書に同封して全家族に送付して下さい。
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取り組んでいる	事業所での取り組みを伝えると共に市の担当者の方にもいつでも相談できるようにしている。 市とのやりとりを積極的に行ない質のいいサービスを常々目指している。	運営推進会議に市の担当部署が出席しており、関係性は築けている。新型コロナウイルスの感染防止に関する情報交換を頻回に行っており、利用者向けのワクチンは、かかりつけ医が接種することとなった。離設した際の早期発見策として関係機関のSOSネットワークを利用している。	
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	新人職員が入る度に、身体拘束をしない教育を行っている。職員も3ヶ月に1回の身体拘束についての会議を行ないその意義を十分理解して、束縛の無いケアを実践している。玄関のドアは日中開錠している。帰宅願望時玄関が開いている事で庭に出、不穏が解消される。スタッフが寄り添い声掛けをしホームへ戻る。	身体拘束適正化委員会を3か月ごとに開催しており、議事録を残している。夜間のみ、ベッドからの転落防止策として四点柵を使っているケースがある。四点柵を使用することの是非の検討記録、家族への説明と承諾など必要な書類を整えて対応している。	

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
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	虐待の報道があれば、会議で取り上げ問題点を所内で話し合う機会を設けて事の重大さを各自認識してもらっている。 特に、言葉や態度等による心理的虐待が見過ごされることがないように気を付け、事業所内での意識も高まっている。	管理者が、職員による丁寧でない言葉遣いなどに気付いた場合、カンファレンスの場で好ましくない事例として紹介し、職員に注意喚起している。身体拘束適正化と同様、年間を通した研修計画が作成されていない。研修を受講した後、職員は受講レポートを提出しているが、内容の分析がされていない。	研修の年間計画を立ててください。受講レポートの内容を分析し、有意義な研修になるような工夫をお願いします。
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	以前は、成年後見制度を利用している方もおられたので後見制度についての事業所内研修も行ってから権利擁護や成年後見制度についての理解を深めている。新入職員については、実施できていない。	現在、成年後見制度を利用している利用者が無い為、職員の知識レベルは高くはないと思われる。制度を概説している既存の資料を職員向けの研修材料にするとともに、契約説明時に家族に手渡す方向で管理者は考えている。	
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	契約時には、契約書・重要事項について説明し、同意を得るようにしている。とくに、入院や看取りなど事業所の対応可能な範囲について説明し、納得してもらったうえで契約を結ぶようにしている。	契約時の説明で家族から質問が多いのは、費用面の確認である。入居後、主治医が決まった時点で、治療行為に関する希望と意思を確認し、救急隊向けの書式で心肺蘇生法を試みない意向(DNAR)も確認しているが、確認は全体の約半数に留まっている。	全利用者にDNARの確認をしてください。
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	利用者とは生活を共にする中で思いや要望等を把握するように心がけている。家族とは来訪時や電話、スタッフに伝え話し合う機会をもち、出された意見や要望を運営に反映させるよう努めている。	コロナ下で面会自粛が続く中、家族からの要望を受け、電話での通話支援、ガラス戸越しやオンラインでの面会が出来るようにした。面会を希望する家族に関しては、コロナ下でも何らかの方法で面会が出来ている。	
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	ミーティングや各委員会活動を通じて、職員が事業所の運営や重要な決定に直接関わる機会を設けている。	定例の会議は無いが、利用者に課題が有る都度、ケアマネジャーがケア会議を主宰しており、結果的に毎月2回程度の会議をしている。会議の中で、職員の意見を聴く機会を設けている。運営推進会議で報告している「利用者の自立に向けての取り組み」を、職員の意見を汲みながらケアマネジャーがまとめている。	
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	代表者も利用者と同じ食事をし、利用者との食事に参加し、職員の日頃の努力や勤務状況等を把握するとともに、各自がやりがいと向上心を持って働けるような環境整備に努めている。自主残業等も手当てをつけるようにしている。個別で話しやすい雰囲気を作っている。		

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
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	職員の力量に応じ、外部の研修に積極的に参加するように推進している。 とくに、教育研修活動の一環として、「キャリアアップ助成制度」を創設し、初任者研修等、資格取得を勧め、多様なサービスに対応できる職員の育成と定着を図っている。 ネット等で見られるようにし、職員全員で新しいケアの方法を共有しながら、実践に活かせるようにしている。職員間で指導しやすい雰囲気を作るようにしている。		
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	他施設での実習や反対に実習生の受け入れを積極的に行っており、報告と共に学んだことを職員にフィードバックしている。		
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	事前面談ではご本人の希望や不安を理解するようしている。 職員が本人の話をゆっくり聴く時間をとり安心できる関係を築くように努めている。 入所判定を行ない職員一同、新しい利用者の人物像を把握している。		
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	家族等との関係を大切に、事業所としてどのような支援が出来るかを説明し、できる限り家族等の要望に応えられるように電話や面会で話し合いを十分に行っている。		
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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。気分が乗らない時がある利用者には無理強いないように一旦時間を空けてかわる様になっている。		
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	利用者を理解すると共に、気遣いのない自然な生活が送れるような関係を大切にしている。 食事おやつも同席している。職員と利用者様が介護する立場とされる立場等一方的な関係になるのではなく人生の先輩として困っている事を手伝っていただいたりして助けて頂いている。		

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
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	本人と家族の関係を大切にし、必要時には連絡をとり、共に支え合う姿勢をとっている。ほとんどの家族はそれに応じてくれている。変化があった時には家族様に報告や相談をするようにしている。いつでも面会に来て頂けるようにしている。		
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	本人のもっている思いや、こだわりの場所等、話や写真で話題にして、穏やかに過ごしていただく支援をしている。今まで過ごしてきた名残りの仕事で台所を手伝っていただいたり生い立ちを話してくれたりする事に対して耳を貸したりし寄り添っている。	ボランティアの定期的な訪問が全て中断している中、理美容師が訪問を継続しており、利用者の楽しみとなっている。事業所の前の市の駐車場や近隣の寺社の桜の樹々が、今年も満開の花を咲かせたあとは葉桜になって木陰を作っている。利用者は馴染みの散歩道で、季節の移り変わりを感じる事が出来る。利用者の毎月の近況を家族に知らせていない。	利用者の簡単な近況や訪問診療の結果などを書き、毎月の請求書に同封して送るようにされたらどうであろうか。
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	親しい関係の利用者同士、近くの席を用意したり、難聴の方や男性の利用者等は職員が中に入り、孤立しないよう人と人の関わりを大切にしている。全体で楽しめるようなレクリエーションを考えながら雰囲気を作っている。		
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	サービス終了後もご家族と連絡をとる機会をもち、その後の様子を伺うようにしている。お花を届けてくださる家族様もいる。		
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	日々の関わりの中で出来ること、得意なこと等本人本位で把握するよう努めている。表情などからも気持ちを読み取るようにしている。	コミュニケーションが難しい利用者が数名あるが、職員は利用者の表情を見たり、ジェスチャー交じりで問い掛けをしながら意向を確認している。新たに確認出来た事項は申し送り事項としてタブレットに入力して職員間で情報共有し、内容によってはケアプランに反映している。	
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	本人の過去の生活環境を知る事により、その人の理解につながってくる。この取り組みは大変重要なことと考え利用者様本人も家族様や地域の人の力を借りながら継続的に行っている。		
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	毎日の観察、バイタルサインの測定にて状態を観察し、引継ぎ等で全員で把握し変化があれば訪看、主治医に繋いでいる。利用者1人ひとりについて介護計画書を作成し、情報を共有しながら実践に活かしている。		

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
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	6か月度に一度、変化があった場合はその都度、更新認定後又は、区分変更申請後には必ずモニタリングを行いケア会議を実施し意見をまとめて、介護計画書を作成している。	利用者の居室担当職員を決めず、ユニットごとに全職員が全利用者のケアを担当している。日常のバイタルサイン、排泄記録、実施したケアの内容をタブレットで入力している。ケアプランと実施すべきサービスの内容を別資料として管理しており、ケア会議でモニタリングした内容を記載して半年ごとのケアプランにつなげている。ケアプランとサービス内容の資料は、利用者ごと個別にファイルされている。	最新のケアプランと実施すべきサービス内容を記載した資料を、ユニットごとのファイルにまとめて綴じ、職員が始業時に簡単に閲覧できる方法を工夫して下さい。モニタリングの材料が日々蓄積される書式も工夫して下さい。
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	日々のバイタルサインや食事量や水分量、排尿・排便の時間帯の記録やその日の様子をタブレットに入力し、職員間で情報を共有して職員全員が把握できるようにしている。変化があれば情報を共有しながら介護計画の見直しを行なう。		
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	ご家族の協力を得ながら、通院、帰宅等本人のニーズを優先したり、入居希望の方で空きがない場合、入居までの間、デイサービスの利用を勧めるなど、その時々に応じて柔軟な対応をしている。		
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	近くのお寺の境内へのお花見や散歩、コンサート等への参加を通じて、地域の方々と触れ合う機会を持つようにしている。また、地域のボランティアの訪問等によりや園芸・音楽を楽しむことができる支援をしている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医の受診ができるよう、通院や往診をしてもらっている。体調の変化や医療情報は、全職員が共有できるようにしている。 通院支援については、事業所と家族の役割分担を決めている。異常が認められる場合はすぐに訪問看護、主治医に連絡を取り指示を仰ぎ重症化しない様に柔軟な対応をしている。	利用者はかかりつけ医を自由に選択できる。現在は、全員が月2回の訪問診療が可能な協力医療機関を、かかりつけ医としている。眼科は2か月に1回、歯科は随時の診療が可能であり、それ以外の他科受診は、家族が介護タクシー等を利用して通院同行している。2か所のかかりつけ薬局が、配薬ボックスの管理をしている。	
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	訪問看護ステーションとの連携により、日ごろの健康管理や状態変化に応じ24時間支援を行い、適切な医療につなげている。体調変化があれば、些細な事でも連絡表ノートに書き込み、看護師の訪問時に確認できるようにし、対処している。24時間連絡が取れるようにしている。		

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
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。	入院時には、本人に関する必要な情報を医療機関に提供するとともに、家族や医療機関と密接に連携を取りながら、本人の速やかな退院に向けた支援をしている。入院時もスタッフが面会し、ホームの話などをして、関わりを途切れのないようにしている。	骨折や内科的な疾患により、毎年数名の入院がある。コロナ下、入院中の面会は禁止であり、電話やファックスでの情報交換を実施し、できる限りの早期退院を目指している。前回の第三者評価の指摘により、重要事項説明書に入院中の居室確保期間を追記した。	
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、事業所です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	重度化及び看取り指針を整備し、入居時に本人や家族に説明している。ターミナルケアについては、本人や家族の意向をくみとりながら、家族や医療機関、かかりつけ医と密接な連携を図りつつ、チームで支援する取り組みを行っている。	重度化及び看取りの指針を整備し、契約時における利用者と家族の意思を確認している。利用者が看取り期に入った時に主治医と家族を交えて看取り計画を作成し、訪問看護ステーションと契約することで、事業所での看取りが可能となる。その時点での家族の意思を尊重して、最期まで支援できるように努めている。	
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	急変等は訪問看護、かかりつけ医と連携し対応している。 消防署の協力を得て、毎年、応急手当、心肺蘇生などの研修を定期的実施し、緊急時の対応ができるようにしている。また、離苑等の緊急時に備えて、緊急連絡網を整備している。		
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	消防署の協力を得て、避難訓練、消火器の使い方、消火設備の点検などを定期的実施している。消防署及び近隣住民への自動火災通報体制を整備し、地域との協力体制を整備している。避難所として、隣接のケアビレッジへ避難場所としている。	避難訓練は主に火災に関して実施しているが、夜間想定避難訓練が出来ていない。有事には、情報が集約されているタブレットを2ユニット分持ち出すことを申し合わせているが、避難誘導時の避難完了のサインについて、はっきりとした仕組みが整備されていない。米は余分に置いているが、水などの備蓄がない。	夜間想定避難訓練の実施と、避難完了のサインについて、明確に取り決めていただきたい。 最低3日分の水と食料の備蓄を準備してほしい。
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	利用者との会話は敬語を基本としているが、一人ひとりの生活歴や状況に応じて地元の言葉を使うなど、声かけに配慮している。 トイレ誘導は、「あちらへ一緒に行っていただけますか」等の声かけをしている。	利用者へは、敬意をもって丁寧語で接するように指導している。方言等の職員の気になる言動が見られたときは、機会を見て指導している。衣類の記名は目立たない場所に書くように家族に依頼している。訪問診療時には、内診は居室で行っている。	
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	日々の生活の様々な場面において、利用者が意思表示し、自分で決定出来るような声かけを行ったり、意思表示が難しい場合でも表情や反応を見ながら出来るだけ自分で決め、一人ひとりが納得しながら暮らせるよう支援している。		
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	本人に意思決定して頂き、判断が難しい事は職員が支援する。その日の体調や様子を見ながら、本人のペースに合った生活が出来るよう支援している。無理強いしない様一旦時間を空けてかかわる様にしている。		

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
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	着替えは、自分で選んだ好みの服を着てもらえるように、見守りや支援を行っている。 出張理美容院では、本人の希望に合わせてカットもっている。 訪問: 理容室1件 美容室1件		
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	献立は、隣の田畑や中庭でとれた季節の野菜を食材としたメニューを取り入れている。 利用者と職員と一緒に調理から食事、後片付けまで楽しく関われる家庭的な雰囲気づくりを心がけているが重度化しているため一部の方となっている。職員と利用者が同じ食卓に付いて一緒に食事をとっている。	職員が交代でメニュー作成から、買い出し、調理までを担っている。コロナ下、職員は利用者と同じメニューを離れたテーブルで、全員で食事の時間を楽しんでいる。法人の田畑からの収穫物や到来物の野菜や果物が食卓をにぎわすことが多い。毎月、その月の誕生日の利用者を祝う席を設け、ケーキを切って管理者がピアノ演奏をして、思い出に残る場を提供している。	
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	食事や水分摂取状況を毎日記録し、一人ひとりの咀嚼・嚥下能力に合わせて食事を提供している。本人の状況や好みに合わせて食事の工夫をしている。イレウスの方がいるので禁止の食品をはずしたり代替の物を提供している。 水分量が不足がち方に対しては代替の飲み物を提供するなどして出来るだけ水分量を確保出来るように支援している。		
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、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	毎食後に利用者個に合わせた声掛けや介助にて歯磨きを行ない口腔内の清潔保持や嚥下障害による肺炎予防に努めている。寝る前には義歯の人は外していただき朝まで入れ歯ケースに浸けておくようにしている。		
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	利用者個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導によりトイレで排泄できるよう支援している。尿もれ予防体操や散歩等で筋力を維持し、自尊心や不安に配慮し、まわりの人に気付かれないよう、そっとトイレにお連れしている。 夜間帯は安眠確保の為にパットの工夫をしてなるべく起こすことはしないで尿意のある方は誘導している。	尿意を感じてトイレに行く利用者もいるが、利用者全員に対して職員は排泄状況を確認している。トイレに立った機会に複数回屈伸運動をしてもらい等、脚力を保持してトイレでの排泄が継続できるよう支援している。処方薬の影響で便秘になる利用者もあり、水分補給を促す等の工夫をしている。	
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	自然排便を促すために食物繊維と水分補給を心がけている。毎日のラジオ体操や散歩でも、水分補給を徹底し便秘の予防に取り組んでいる。また排便の回数・量を毎日記録し、把握するようにしている。		

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	入浴は週に2回程度を基本としているが利用者様本人の体調・意思を優先し入浴支援を行っている。本人の好きな話や羞恥心に配慮しながらゆっくりと入浴を楽しんでもらえるようにしている。	入浴は週2回としているが、利用者の状況や希望によって柔軟に対応している。石鹸やシャンプーも希望があれば好みのものを使用できる。入浴時間を利用して、利用者は職員との対話をゆっくりと楽しんでいる。	
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	居室以外にリビングや座敷、ソファ等で心地よく休んで頂ける様に配慮している。個々のリズムに合わせて昼寝をしたり、日光浴や運動で体を動かし心地よい眠りににつけるように支援している。		
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	個々に処方されている薬に関しては、写真付きの説明書を綴じていき、いつでも職員が確認できるようにしている。また服薬の変更の場合は職員引継ぎノートに記入し申し送り時に確認し共有している。誤薬防止の為、服薬の際は表示(氏名・日付・服薬時)を必ず利用者と一緒に確認し服用も最後まで見届けるようにしている。		
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	生花や塗り絵・歌・読書、嗜好品など、趣味やたのしみを続けられる様に支援している。庭の草引きや食事前後のテーブル拭きや食器の片付け洗濯物干しやたたんで頂く等、利用者様の能力に合わせてお願いしていく。社会的な役割を果たして頂いている。		
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	天気の良い時は、中庭に出て歌レクをしたりスタッフや家族との買い物を楽しみにしている。歩行が長くなると負担になる利用者様にもケアビレッジに設置された自動販売機にジュースを買いに行くちょっとしたお出かけも増えている。	コロナ下、面会や外出の自粛をする中、利用者の閉塞感を解消する目的で少人数で庭に出たり、併設事業所の自動販売機に行く機会を大切にしている。花見の時期には、車椅子で近くの寺社に行き、写真を通信に掲載した。	
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	事務所で自由に使えるお金を家族様から預かっており、そのことを常時、利用者へ伝えている。		
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	家族様と本人が電話で自由に話ができて、また手紙のやり取りの手配を支援してあげるように配慮している。		

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	畳の空間を設け、リビングでは自分の椅子と共にソファやリクライニングチェアで好きに過ごすことができる。冬場は床暖房で温かい。通風や採光にも恵まれ、食卓等に飾られたいりとりどりの生花で季節を感じてもらえるよう配慮している。座敷で寝転んで新聞を読んだり寝られる方もある。	共用空間と居室は、フローリング材の下にクッション材が入っており、転倒時の衝撃を和らげている。冬は床暖房をきかせて過ごしやすい空間を作っている。広告チラシで上手に花を作ったり、毎日必ず新聞を読んだり、利用者はそれぞれに時間を過ごしている。テーブルには生花を欠かさず、利用者がいつも季節を感じるように努めている。	
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	利用者の思いを優先して、穏やかに過ごせる場所を時々に応じて用意するようにしている。リビングのソファや庭のベンチ等も用意している。床の間には花を生けたり、なるべく家に近いように、畳の上にあがり、フローリング床、台所も住宅用、風呂もユニットバスで個浴としている。		
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	なじみの品や家具や仏壇等を持参(持ち込んでもらい)配置し、居室でも自宅に居るように落ち着ける工夫をしている。	事業所からは、ベッド、加湿機能付きのエアコン、クローゼットが提供され、利用者は馴染みの家具を持ち込んで、好みの置物や写真を飾り、暮らしやすい空間を作っている。居室は毎朝、日勤者が掃除をして清潔を保っている。	
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	居室やトイレの位置を分かりやすくして、安全に移動できるよう手すりを設けている。台所とリビングは隣接し職員と一緒に調理できるようになっている。洗濯物等を干せる人はハンガーやピンチを使って干し外へ出せるようにしている。居室が分かりにくい方には入口に表札や花飾りをつけて目印としている。		

(様式2)

事業所名:グループホームくるま花木

目標達成計画

作成日: 令和3年6月22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	7 (6)	研修の年間計画を立てていない。	年間の研修計画を立てて役割分担し、受講レポートの内容を分析して有意義な研修を行う。	6月度より年間計画を立てて各スタッフに配布し各研修の担当者を決めて、有意義な研修を行う。	1か月
2	20 (1 1)	利用者の毎月の近況を家族に知らせていない。	利用者の簡単な近況や訪問診療の結果・薬の情報等を家族に知らせる。	毎月の請求書に便りや家族への手紙として同封して送るようにする。	2か月
3	26 (1 3)	最新のケアプランと実施すべきサービス内容がスタッフに伝わっていない。	最新のケアプランをユニットごとにファイルに綴りすぐに関覧できるようにする。 各利用者の担当者を決める。	ケアプランと各担当者が作った支援計画書を綴り各スタッフが同じケアができるようにする。	3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
		<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()