

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	2873002014		
法人名	社会福祉法人サンシャイン		
事業所名	グループホームサンブラザやすらぎ		
所在地	兵庫県 尼崎市 蓬川町 331-4		
自己評価作成日	令和1年12月11日	評価結果市町村受理日	令和2年2月18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)】

2階・3階に1ユニットずつあり、各階でお部屋のつくりなども違います。各階の違いなどを活かし、各ユニットのケアに活かしています。グループホームは女性の入居者様が多いですが、2階は9名中男性が5名・女性が4名で男性の多いユニットです。3階は長期入所されている方が多く、心身ともに重度化してきており、医療関係と連絡を密にとり対応しています。各階とも家族様・住診医との話し合いによって、看取りまで対応させていただくこともあります。屋上に菜園があり、興味のある方々に楽しんでもらえる工夫をしています。食べる楽しみを大切に、行事食で、BBQ・焼肉パーティなど工夫をしています。また、ソフト食になっても、視覚的にも食が楽しめる工夫をしています。1階には放課後等デイサービスがあり、一緒に行事を楽しんだり、子供たちとの触れ合いもあります。外出行事で車で出かけたり、地域の行事に出かけたり、施設の行事に地域の方に来ていただいたり、地域へ散歩に出かけ、地域の方と触れ合う機会を持つようになっています。

※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	http://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/28/index.php
----------	---

【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	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	令和2年1月24日(金)		

【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、駅から徒歩3分の公営住宅が立ち並ぶ、比較的静かな場所にある。すぐ横の高架を電車が通るが、事業所の中では騒音は気にならず、天井が高く明るく広いリビングでは、利用者が思い思いの場所でくつろいでいる。元気な利用者は食後にはキッチンに立ち、利用者の食器を洗いテーブルを丁寧に拭きしている。マイペースで食事を続ける利用者も、お喋りに熱心な利用者もいる。屋上の菜園での野菜作りを楽しみにしている利用者は、収穫から料理までを担当して、職員の助言の下、現役のころ鍛えた料理の腕を振る。職員はお世話しすぎない、利用者の能力を見極めたケアをしたいと話す。いろいろな経過ののち、ようやく的確なマネジメントのできる管理者が就任した。この管理者の元で、職員、利用者、家族とともに、より笑顔があふれる施設になることを目指している。

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	者三	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
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	3つの理念を掲げ、スタッフ間で理念の共有をし、各フロアに掲示している。	玄関と各ユニットに運営理念を掲示し、スタッフ全員が共有し実践につなげている。特に「利用者それぞれの能力を尊重し…」については、日々の支援の中で誘導の方法や利用者の能力を見極めるなど、ただお世話をするのではなく、考える支援が出来るように努めている。	
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	施設周りへの散歩や地域の行事に参加(大庄祭り、地域盆踊り)、施設の行事にチラシなどで参加の呼びかけ(民謡ボランティア・花火大会)参加していただいている。	地域の行事には利用者全員が参加できるように準備を進め、夏祭には浴衣を着て参加している。地域ボランティアである民謡の会の来演や花火大会のポスターを、事業所玄関や近隣掲示板に掲示しお誘いしている。気軽に「お手伝いします」と来訪する地域住民もおり、日常的な交流がある。	
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	地域のケアマネや地域の方のご相談などをいただくことがあり、認知症についてのお話や必要な情報を提供するように努めている。		
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	事業所の行事の報告や地域の情報を得たり、参加していただいている委員様からアドバイスやご指摘を日々のケアに取り入れよう努めている。	利用者、家族、地域包括、市の相談員、地域代表、ボランティア等が出席しており、活発な意見交換がなされている。議事録のコピーや事故報告書を書面で提出するように意見が出て、対応している。また、行事はプロジェクターを用いて、映像で紹介している。議事録を家族には送付していない。	個人情報に配慮した議事録を、全利用者の家族に送ってはいかがか。また、参加希望を募ってみてはいかがか。
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に取り組んでいる	運営や法令、制度で疑問が生じた際は市の担当課へ随時相談している。GH連絡会への参加、あまつなぎへの登録など連携をとるよう努めている。	市担当者、介護報酬の変更等について相談をすることがあり、日頃は法人を軸として関係性を構築している。不適切ケアの通報についての聴き取りがあり、職員に対し注意喚起を行った。近く実地指導が入る予定である。	
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	1階の正面玄関は、放課後等デイの子供たちへの配慮もあり、うち扉は施錠されている。また、新規入居者様の帰宅願望・離設の状況によっては、施錠している箇所もある。転倒リスクの高い方に関しては、人感センサーの導入を行っている。	身体拘束適正化委員会のメンバーを定め、定期的な研修を行っている。強い帰宅願望や転倒リスクの高い利用者があり、人感センサーのチャイムで見守り強化をしている。居室の掃き出し窓はリスクを考慮して、開口制限をしている部屋もある。閉塞感を和らげるために、屋上での菜園の世話をしに出向いている。	
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	法人全体、またGH内でも、虐待についての研修を行い、不適切ケアを職員間でも見過ごさないように声掛けを行えるよう指導している。	身体拘束と虐待についての法人で研修が開催され、参加後はアンケートを取り、管理者がコメントを書いて返却している。職員同士では注意がしにくいとの意見が出て、声を掛け合える職場環境であることを管理者は目指している。	

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
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	5名の入居者様が制度を利用されている。職員もどの方が制度を利用している方なのかは理解している。後見人の内容などの知識の差はあり、研修を行っていく。	数名の制度利用者があり、職員も研修で学んでいるが、家族への説明が行えるほどの知識はなく、さらに研修の必要があると管理者は考えている。家族がいるが、後見人が定められている利用者もいる。	運営推進会議の出席している地域包括に、制度についての研修の講師を依頼されてはいかがか。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約締結時には丁寧に説明を行う。状況によっては、包括の職員やケアマネなどに同席を求める。又要望なども聞き、不安を解消し、理解や納得をしてもらえるよう努めている。	契約時には丁寧に説明して、質問に答えて納得を得ている。重度化についての指針やDNAR(心肺蘇生を試みない意向)等の現時点での意向を確認しているが、都度変更を受け付ける旨の説明をしている。		
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	面会に来られた際にご様子を伝え、ご家族のご意向を確認している。また、年1度は家族会を行い、家族会からのご要望を聞く機会を設けている。推進会議への報告や参加できなかった方へはお便りなどでご報告していく。	家族会では昼食をとりながら、利用者の写真をスライドショーで流し、家族同士が和やかに話し合えるように努めている。利用者本人が喜ぶことをしてほしい、絵を描かせてほしい等の要望が出て、出来る範囲で検討している。		
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	第3木曜日には法人の経営会議に参加し、事業所の状況報告、改善点を提案している。第2月曜日には、GH会議を行っており、上記の会議の報告や職員の提案など話しやすい雰囲気を作っている。	月1回のGH会議では職員からの支援方法の悩みや提案を受け、全員で検討する場を持っている。食事の手作りを再開しようとの提案が出て、週1回から始めようと検討している。		
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	入居者様の笑顔を増やせるように、職員も笑顔で楽しく働けるように、労働条件の改善や各自が向上心を持って、学ぼうと思えるように心がけている			
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	法人として研修は奨励しているが、公休日に自主研修として扱う、人員不足等の問題もあり、積極的には行えていない。月1回、施設内研修の機会を設けている。			
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	GH連絡会へ参加、市の関係する研修などには積極的に参加できる環境を整えている。			
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	見学や申し込みの際に家族から現状をしっかりと聞き取り、本人面談を行い、本人の状況・困りごと・不安感を把握す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
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	必ず見学に来ていただき、やすらぎの雰囲気やケアについて納得いただき、ご家族の状況・本人の状況・困っていること・不安なこと・できる対応についてしっかりと説明するように心がけている。		
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	お問い合わせ後、必ず見学に来ていただき、ご家族から現状を聞き取ると共にケアマネジャーや関係機関からも情報をとり、必要な支援を検討している。また、本人面談後、施設において各階スタッフや関係者を含め入居判定会議を行っている。		
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	入居者の個別性を尊重し、本人の持てる力を発揮し、家事などを一緒に行いながら支えあう関係を築けるよう努力している。重度になってできることが減ってきてても、いてくれることで支えあっている。		
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	家族との信頼関係を深め、いつでも訪問しやすい環境づくりを心掛けている。入居後、施設だけで支援していくのではなく、家族とともにその都度どのような支援が良いのか一緒に考えていっている。		
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	ご家族や入居者様と親しい地域の人が面会に来て下さっている。定期的に来られるボランティアの方とはなじみの関係が築けている。	月に1回、預り金の精算をするために家族が来訪している。地域に住む知人やボランティアが頻りに来訪し、利用者との顔なじみとなっている。月1回の理美容師の訪問があり、カット、毛染め、顔そりをしている。	
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	利用者同士それぞれの関係を把握し、孤立せぬよう、また、トラブルなく安心して過ごしてもらえるよう努めている。		
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	地域でご家族に出会った際には声をかけるようにしている。また、退去後1年ぐらいをめどにお便り等だし、関係を継続できるように努めている。		
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	入居時には家族の協力や他事業所のスタッフからも情報を得て、本人の興味や意向の把握に努めている。また、本人の思いを会話や行動の中からくみ取るように努めている。言語コミュニケーションが困難な方は本人の生活歴などから思いを考え行動するようにしている。	職員それぞれが持つ情報を全員で共有できるように記録し、「根拠に基づく介護」に努めている。コミュニケーションが困難な利用者は、選びやすいように選択肢を少なくして表情やまぶたの動きから、利用者の想いを読み取っている。ケアのタイミングについての職員それぞれの意見を聞き取り、目の前のことに追われる介護にならないよう心掛けている。	

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
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	職員は利用者本人や家族、今まで利用した介護サービス事業所より得た情報から、生活歴や馴染みの暮らしなどを把握するよう努めている。入居しても地域の方との関係が切れないように、面会に来てもらえるように声掛けし、近隣の方からも情報を得るよう努めている。		
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	一人一人の有する力を見極め、その日の体調も考慮しながら無理をすることなく、出来ることをしてもらっている。		
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	計画作成担当者および職員全員で意見やアイデアを出し合い、医師や看護師の意見も取り入れ、ケアプランへとつなげている。また家族の要望も取り入れて作成へと繋げている。	月1回、職員全員のGH会議でモニタリングを行い、利用者や家族の意見、職員や主治医、看護師の意見を取り入れて、3か月ごとの介護計画作成に繋げている。タブレットに状況把握や評価を入力しパソコンシステムを利用できるように、職員の教育を始める予定である。	
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	日々の関わりを通して個々の様子や気づいたことを連絡ノートと介護日誌に記録し、GH会議などで話し合う、また事例検討なども行っている。職員全体で情報の共有をしている。		
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、その時々にも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	個々に応じた対応を心掛け、その時々々の状況に応じて、必要な医療機関との連携や他職種サービスの利用なども取り入れている。		
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	地域の催しに参加したり、施設の催しを掲示板や地域の掲示板に掲示してもらったり協力してもらっている。地域の方から情報も教えてもらうようにしている。		
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	クリニックは緊急時に連絡が取れ、希望時には往診も行ってもらえることで利用者、家族が安心して信頼のできる医師をかかりつけ医として迎えている。歯科、眼科の往診も行っている。	かかりつけ医の選択は自由であるが、ほぼ全員の利用者が事業所の協力医を選択しており、訪問診療と往診を受けている。整形外科や泌尿器科の定期受診は家族が、それ以外は職員が付き添っており、情報共有している。かかりつけ薬局が、利用者ごとに一包化した薬をセットした投薬カレンダーを届けてくれる。	

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
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	職場内の看護職や訪問看護は利用していないため、かかりつけ医の医院の看護師と連携して、相談や経過報告をしている。何かあればすぐに来てもらえる。今後、医療連携加算をとり、定期的な訪問看護の往診を検討している。		
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。	利用者が入院された場合には、ADLなどの情報提供を病院に行っている。また、面会に行き、状態の確認を行い提携医療機関と連携を取り、早期に退院できるように努めている。	利用者が入院する際には管理者が付き添っている。入院中は地域連携室、看護師及び家族と連絡をとって情報を共有しながら早期退院を目指し、退院可能日を調節している。骨折で3週間入院した利用者も、早期退院によって入院前のADLを保持することができた。	
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	入居時に重度化や終末期になった場合には、家族、主治医と事業所全体が納得していけるように相談しながら取り組んでいくことを説明している。体調によっては医療機関と相談し、看取りの同意をとり、看取りケアも行っている。	重度化や看取りに関する事業所の指針を契約時に説明して確認をし、看取り期には改めて確認をしている。主治医、訪問看護師、家族とともに、看取り計画に沿ったケアを行い看取った。必要に応じて家族と職員にグリーンケアをしている。	
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	事務所内に急変時のチェック項目を掲示している。避難訓練時などに救急の通報などの対応なども行っている。AEDの使い方、心臓マッサージなどの救命蘇生などの研修も職員から希望もあり検討している。		
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回の火災の避難訓練以外に地震津波の垂直避難の訓練を9月、11月にも実施している。また、避難時持ち出しファイルを作り、地域の方に協力してもらいやすいように「見守りと情報提供の依頼」の書類を作成している。	火災に関しては昼間と夜間想定訓練を毎年行っている。地震・津波に関しては、シェイクアウト、J-アラートなど、管理者が職員を指導しながら訓練を実施しており、利用者も参加している。非常食は賞味期限を見ながら入替・補充しているが、備蓄量が3日分として足りるかどうかの再確認が要ると、管理者は考えている。	
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	安心して生活していただくために、利用者一人一人の生活歴や人格を尊重し、ご本人が理解できる言葉で声掛けや対応に配慮している。排泄の確認などは周りに配慮し、聞くように努めている。	利用者の入浴中は、脱衣所内に有る洗濯機を使用しない事で、職員が入室することがない様にしている。利用者の居室でオムツを交換する際には換気を心掛け、臭気が漏れることがないようにしている。利用者に対して職員が強い語調で話すことがない様に、管理者は特に注意を喚起している。	
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	傾聴したり、思いを引き出せるような声掛けや動作で接するように努めている。利用者一人一人が自己決定できるよう尊重しながら、声掛けに配慮している。		

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
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	職員の業務や都合に合わせるのではなく、利用者一人一人のペースを大切にしている。ただし、食事の時間などは衛生面から、2時間以内で食べれないときは、別のものを用意するなど対応している。		
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	訪問理美容を利用していただき、身だしなみやおしゃれの支援に努めているが、外出にて行きつけの美容室に行くことも可能ではある。入浴時に毛染めシャンプーも行っている。敬老の日やお正月などには着物を着てもらったり工夫している。男性が多く、髭剃りなどご自分でできるように支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	現在調理は一緒にできていないが、菜園でできた野菜を漬物にしたり、盛り付けや洗い物などは一緒に行っている。屋上でのBBQやその月ごとの行事食・おやつバイキングなど食べることへの興味や楽しさを提供できるように支援している。また、ソフト食の方にも行事食などの時は同じようなものを提供する工夫をしている。	日頃は給食会社から届いた献立を湯煎し、事業所で炊飯と汁物を作っている。月2回の行事食の日には、屋上の菜園で収穫した野菜を使ったり、仕出し弁当、出張回転ずし、職員板長の握りずし、カニすき、焼き肉を楽しみ、お節やウナギ弁当のソフト食も準備している。家族会の際には、利用者は家族と一緒に仕出し弁当を食べている。食事前の利用者への献立紹介をするかどうかは、各職員に任されている。	献立をボードに書いておいたり食事の前に紹介すれば、利用者の食への興味や食欲が増すのではないだろうか。ボードに書くのを利用者の役割の一つとしている事業所もあります。
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	毎月、体重測定を行っている。食事摂取量や体重の減少がみられる方など状況によって、内科ドクターと相談し、栄養剤を処方してもらったり、栄養補助食品を摂ってもらっている。チェック表を活用し必要量の確保に努めている。透析の方などは、摂取量の制限に留意して対応している。また、一人一人の咀嚼・嚥下状況を把握し、食事形態を食べやすく調整している。できるだけ自分で食べられ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	利用者全員に毎食後、口腔ケアをしていたり支援している。義歯を使用されている方は夜間帯に洗浄剤に浸している。必要な方には、歯科の往診、治療してもらえるように支援している。歯科衛生士の訪問も受けている。		
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	個々の排泄間隔を把握し、自分で訴えられない方には、声掛け・誘導するように努めている。言葉による訴えだけでなく行動から察知できるよう努めている。立位・座位保持できる方に関してはトイレでの排泄を促している。工夫もしている。	殆どの利用者がトイレで排泄しており、布パンツを着用している利用者が数名ある。便の状態を Bristol スケール(性状)で記録している。夜間は、利用者からのナースコールがあれば居室内のトイレへ誘導する。排泄リズムを見ながら夜間巡回する際には、利用者の睡眠を優先している。	

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
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	朝食時は牛乳を飲んでもらい、ヨーグルトやイージーファイバーなども取り入れ、薬に頼らない下剤に頼らず排便が促されるようにしている。こまめに水分も摂ってもらっている。便秘の強い方に関しては、内科ドクターに相談、薬の処方をお願いしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回は入浴してもらっている。一日3人程度の入浴を行うことで、流れ作業にならず、ゆったりと入浴してもらえているようにしている。機械浴等ないため、浴槽に入れられない方は、足浴しながら、しっかりと湯気を上げ寒くないように支援している。	利用者が希望すれば、日曜日以外なら入浴できる体制である。予定日に入浴を望まない利用者には、時間帯を変えるか、他の利用者と日を入れ替えるなど、臨機応変に対応している。浴槽の湯は利用者ごとに入れ替えており、利用者は好みの石鹸などを使いながら、入浴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	年齢や体調に合わせて、休息のため臥床していただく時間を持つなど、一人一人の生活ペースに合わせている。夜間の睡眠も消灯時間などは決めていない。それぞれのペースで就寝してもらっている。		
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	服薬情報は各自のファイルに綴じており、いつでも確認できるようにしている。下剤や眠剤、安定剤などは、利用者の状況に変化があれば医師に伝え、相談、薬局とも連携を取り、服薬の間違いがないようにしている。		
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	入居者様それぞれが本人の持てる力を発揮し、お互いを支えあって生活ができている。掃除機掛けや食器を洗う、洗濯物をたたむなど家事を手伝ってくださる方、不穩になっている方に声掛けをして落ち付かせてくださる、居てくださることで場を和らげてくださる方がいる。食材のチェックなども入居者と一緒に行っている。また、土いじりが好きな方が多いため屋上で菜園を行っている。		
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	気候のいいときは出来るだけ地域へ散歩に出かけている。地域の行事などにも積極的に出かけている。また、地域のボランティアさんにも協力いただいている。一人一人の希望に沿った外出支援は帰宅願望の強い方も多くなかなか実現は出来ていない。	天気の良い日には、職員が1対1で付き添いながら事業所近辺を散歩している。利用者の重度化が進み、車椅子を使った外出が多くなり、個々の外出希望に添えていない状況である。法人の車を借り、遠足、神社、地域の祭りへと出掛けることもある。	
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	預かり金として事務所金庫にて保管し、管理している。外出時の買い物での支払いの際は、可能な利用者に限るが、見守りのもと自身で支払いを支援している。		

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	
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	携帯電話を持ち込んでおられ、自由に電話されている方はおられる。ご要望があれば、電話の取次ぎなどは支援できる。年賀状のやり取りができるように支援している。			
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	共用部分は季節を感じてもらえるよう作品を展示している。季節の行事を取り入れている。	2階と3階ではレイアウトが異なるが、いずれも、リビングと廊下が広く開放感がある。リビングや廊下の壁面の装飾は、利用者に分かり易い内容で季節感を出す工夫をしている。広い屋上がBBQや園芸の場となり、利用者が外気に触れる機会となっている。1階の放課後等デイが休みの日や、デイと共同で行う催し物の際には、広いスペースが共有の空間となる。		
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	リビングには、食卓の椅子やテレビの前にソファなどを置いてそれぞれが好きなところで過ごせるようにしている。また、居室でゆったりと過ごせる時間も持っている。			
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	住み慣れた環境に近づけるため、使い慣れた筆筒や食器、また写真や仏壇などを持ち込んでもらい、居心地良く過ごせるよう支援している。	2階と3階、それぞれ部屋のレイアウトや広さ、一部畳敷き、全面フローリングなど多彩である。ベランダ側の障子風の掃き出しのサッシが、部屋の中に和風の明るさを演出している。各階で利用者が持ち込む家具・備品の種類が若干異なるが、いずれもトイレと洗面台が設置されている。ひいきの野球チームのカレンダーを貼ったり、亡き奥様愛用の鏡台と額装した大きさを写真を飾ったり、携帯電話を使っている利用者など、それぞれが過ごし易い空間を作っている。		
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	一人一人に合った居室づくりをしている。タンスなどには入れる場所も決めわかりやすいように工夫している。また、居室のものがあると混乱してしまう方に関しては、できるだけ居室に物を置かないようにし、転倒予防を行っている。ベッドより布団の方がなじみやすい方には畳を敷き、布団で寝てもらっている。			

(様式2(1))

事業所名 グループホーム サンプラザ やすらぎ

目標達成計画

作成日 令和2年2月16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	4	運営推進会議に管理者しか参加できていない。 参加していない家族に報告できていない。	職員もできるだけ参加できるようにする。 参加していない家族に議事録を報告する。	シフトを調整し、職員も参加できるように工夫していく。 参加していない家族には、議事録を送付していく。	6ヶ月
2	8	後見人制度など職員によって知識の差がある。	制度など職員の知識のレベルアップを図る。	職員に応じた研修を行っていく。 また外部講師の依頼を包括などをお願いし、連携を図る。	12ヶ月
3	40	2階・3階によって、食事の際の献立の紹介や雰囲気作りに差がある。	献立の紹介や食前の声掛け・レクリエーションで食への興味を持てるように工夫する。	献立メニューを書くホワイトボードを用意し、できる方にメニューを書いてもらう。 また、食事前に体操や食についての話、楽しい雰囲気作りを行う。	6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】		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()