

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 31 年 4 月 23 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3493900017		
法人名	医療法人社団ひがしの会		
事業所名	グループホームきんせん花		
所在地	広島県豊田郡大崎上島町木江5017番地		
	電話番号	0846-67-0107	
自己評価作成日	平成 31 年 2 月 9 日	評価結果市町村受理日	令和 元年 6 月 5 日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 31 年 3 月 29 日

グループホームきんせん花のコンセプト・取り組みは、「この島で暮らしたい」「その人らしく」「専門職との連携」です。長年住み慣れたこの島でその人らしく暮らしていただけるよう、お客様の主体性を大切に「個別ケア」を実践しております。施設の畑ではお客様と職員と一緒に野菜を育てています。収穫した野菜はお客様と一緒に調理し、食事としても提供しています。また、同法人の介護老人保健施設の専門職との連携を行っており、作業・理学療法士の臨時訪問によりお客様の機能回復訓練等の指導を受け、ケアに反映させております。

【外部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)】

木江小学校の跡地にあり、近隣には港や警察署、町役場木江支所や銀行などもあり、利便性が良い。また、穏やかな瀬戸内海に浮かぶ自然豊かな島であり、事業所の名前のきんせん花は旧木江町の町花である。利用者が馴染みの場所で、自分らしく、穏やかに過ごせる様全職員が思いを一つにし、ブレの無いケアに取り組まれ個々に寄り添い、思いに耳を傾け、持てる力を活かし、できる事は職員と共にされ、生きがいのある生活が出来る様支援されている。地域ボランティアによる折り紙教室も実施し、地域の方の参加もあり、共に楽しまれ交流にも繋がっている。又、年1回、家族アンケートを実施し、内容等集計し、それに対する改善策や今後の取り組み等の回答を各家族に送付し、家族との信頼関係を築き、常に協力を得ながら二者で利用者を支えられている。医療面に於いても、協力療機関や訪問看護との連携も築かれていると共に専門職(作業療法士、理学療法士)による診断から、生活リハビリに重きを置き、機能維持の確保が出来る様取り組まれている。研修も法人内の勉強会に参加し、職員一人ひとりの介護技術向上に努めている。職員間の連携も取れていて安心であり、民生委員や地域住民の協力も得られ、地域に根づいた事業所となっている。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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	グループの理念「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」と毎年設定の法人目標をもとに事業所目標を設定している。事業所目標をもとに各職員は年間の個人目標を設定する。上期の面談で下期の取り組みを修正し、年度末の面談で達成度を評価し、次年度の取り組みにつなげている。	企業理念、法人目標、独自の目標等を基に個人目標を立て、理念やそれぞれの目標を日々のケアに実践出来る様会議で周知すると共に個人目標の達成度について半年毎に個人面談を行い、年度末には評価し、次の目標に繋げている。	
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	町内の運動会・夏祭り・清掃活動などの行事へ参加している。地域の折り紙サークルの方々に協力いただき、折り紙教室を開催している。毎日の散歩や畑作業(職員同行)でも近隣の方々と挨拶・会話をされ交流いただいている。	地域の運動会や清掃活動に参加している。又、折り紙教室を開催し、色んな方との交流が出来る様取り組まれている。散歩時には挨拶を交わし、顔見知りの関係づくりに務めると共に消防署や交番に利用者や家族同意の顔写真を提示し、何かが起きた時の連絡のお願いもされ、地域の一員としての関係づくりに努めている。	
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	指定障害者福祉サービス事業所や民間事業者と連携し、施設の駐車場でパンの移動販売を実施している。近所の方々が購入に来られ、お客様と交流されている。毎月の折り紙教室でも地域のボランティアの方々に来ていただき、お客様と交流いただいている。		
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	施設の運営状況や行事・職員研修等の報告を行い、各委員より意見や提案をいただき、サービスの向上につなげている。 また、お客様のご家族様へ定期的に送付しているお客様の日常写真をまとめたDVDを鑑賞していただき、お客様のご様子を確認いただいている。	定期的に開催し、家族、民生委員、行政等の参加の下、現状を事細かく報告すると共に日頃の様子はDVDを鑑賞してもらい、把握してもらう中で立場の違う方達の意見が多く得られ、それらはサービスに活かしている。	
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取り組んでいる	市町担当者には毎回運営推進会議に参加いただき、運営状況の把握とアドバイスをいただいている。入院を伴うような重大な事故や入退居があった場合には、遅滞なく報告を行っている。	運営推進会議への参加があり、その中で現状や取り組みについては理解してもらっている。また、疑問点があればその中で相談し助言等を得ている。会議に案内を持参される時にも積極的に実情を伝え協力関係を築くよう務めている。包括との情報交換も適宜行い連携は取れている。	
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	身体拘束防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。また、いつでも確認出来るよう身体拘束防止マニュアルを整備し、事務所に設置している。	基本身体拘束はしない方針である。身体拘束委員会もあり、現状について定期的に話し合っている。リスクに対しては見守りの徹底と要因について細かく話し合い抑圧しない支援を心掛けている。不穏な場合は一緒に外出し、気分が変わる様な対応をしている。研修も法人全体の勉強会に参加し、理解している。	
7		○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	同法人の介護老人保健施設と連携、高齢者虐待防止についての勉強会を実施し、職員の理解を深めている。		

自己	外部	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		○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	同法人の介護老人保健施設と連携、権利擁護・プライバシー保護について研修・勉強会にて学ぶ機会を設けている。		
9		○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	契約時は管理者・ケアマネが対応し、お客様・ご家族様が納得し理解できるよう十分な説明を行っている。その都度不安な点や疑問点がないかを尋ね対応している。		
10	(6)	○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	年に一度こやまケアアンケートを実施し、満足度の調査を行っている。また、家族会開催時に意見交換の時間を設け、意見や提案をうかがっている。アンケートや意見交換会での意見・提案については後日検討・対応を行っている。	訪問時や家族アンケートなどから把握している。アンケートに関しては、集計し、改善策や意見に対する回答を行い、全家族に送付している。又、事業所内にも掲示されている。それぞれの場面での意見等は反映させると共に個々にも対応している。毎月日々の様子を御手紙で報告もしている。	
11	(7)	○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1回の全体会議を行い、職員の意見や提案を検討する機会としている。	日々のケアの中で意見や提案があれば、その都度聞いている。又月1回の職員会議で意見交換の場を設け、沢山の意見が出る様取り組まれている。それぞれの場での意見や提案は反映させている。個人面談も年2回あり、個人目標の評価を兼ね、メンタル面についても問いかけている。	
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	各職員の個人目標(上期・下期)について、設定時・上期・最終時と面談・評価を行い目標達成へ向けて支援を行っている。また、職務能力評価による昇給制度があり、職員のモチベーションアップにつながっている。		
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	職員個々の力量を把握し、的確な内容の研修への参加を促している。また、職員より参加希望のあった研修へは極力参加できるよう勤務・スケジュールの調整を行っている。		
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	大崎上島町内で開催される「ケアマネ協議会」へ参加し、各施設ケアマネ・社会福祉協議会・地域包括支援センターとの情報交換・連携強化を行っている。		

自己	外部	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
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	入居前に管理者またはケアマネが自宅や病院を訪問、ご本人様・ご家族様と面談をさせていただき、不安な点や思いを聴く機会を設けている。入居時もプライバシーに配慮し会議室にて面談を行い、要望等をお伺いしている。		
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	入居前の施設見学やパンフレットを用いた説明を行い、施設の取り組みを理解していただいている。また、入居時も会議室にて面談・説明を行い、不安な点や家族としての思いを聴く機会を設けている。		
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	入居前の事前訪問・入居時の面談・説明でご本人様・ご家族様の要望を伺っている。また、初回のケアプランにその内容を反映させ対応している。		
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	洗濯物干しや取り込み、洗濯物たたみ、畑作業、日々の買い物、食事の調理や下ごしらえ、掃除などお客様個別の能力に合わせたお手伝いをして頂き、色々な知恵や知識を教えていただいている。また、手伝いをしていただいた後は必ず職員より感謝の言葉を伝えている。		
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	家族会や意見交換会の場でご要望や意見をお聞きし、またご家族様相互に交流いただいている。また、お客様の様子をお伝えするお手紙(毎月)やDVD(約3カ月毎)を送付している。ご家族様と職員が共にお客様を支える関係を築いている。		
20	(8)	○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	馴染みの人が来られた時はあたたかくお迎えし、お部屋やリビングでゆっくりと話をさせていただくよう配慮している。また、馴染みの場所(商店やご自宅等)へはドライブ支援にて訪問し、ご家族や近隣の方々と交流いただいている。	家族や知人、自宅近くの方などの訪問がある。買い物に行くと馴染の人に会ったり、馴染みの病院を利用している方もいる。地域行事に参加する事で出会う機会もあり、お正月には自宅へ外泊したり、家族と外出等もされている。できるだけ馴染みの人や場との継続が出来る様柔軟な支援を心掛けている。	
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	お客様同士の関係を職員が把握し、良好な関係が築け保てるよう声かけ、ゲームや体操、歌等のレクリエーションの提供等を行っている。		

自己	外部	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
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	施設ケアマネが中心となり、退居された方のご自宅や他施設を訪問し、現在の状況を確認している。		
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	(9)	○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	お客様の希望や意向を大切に、ケアプランへの組み入れを行い、可能な限り実現に向けて取り組んでいる。把握が困難な場合は、本人様の思いをご家族様にも伺い一緒に検討している。	会話の中や個別対応時等で汲み取ることがあり、自宅の周りをドライブしたい、塗り絵や体操、俳句のテレビが見たい等の希望が出る。口頭でも言われる。それぞれの思いは記録し職員に周知すると共に可能な限り対応する様取り組まれている。困難な方は家族の協力と声かけからその時の表情で把握し検討している。	
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	入居時に本人様や家族様に生活歴等の情報を聴き、把握に努めている。また、入居中の様子から推測したり、本人様から教えていただいている。		
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、バイタル測定により心身の状況を記録し把握に努めている。お客様毎に担当職員を決め、お客様・ご家族様と個別的关系を築いている。		
26	(10)	○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	ケアプラン更新時はサービス担当者会議を開催し、本人様・ご家族様の希望や思いを聞き、プランを作成している。また、毎月のモニタリングを行い内容の検討・見直しを行っている。	日々の現状から、課題やニーズについて職員間で話し合い、その中での意見や家族の思い、主治医の所見を基に担当者会議で検討し、柔軟な計画を作成し、家族の承諾も得ている。見直しは3ヶ月毎としている。	
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	日々のお客様の様子は個人生活記録へ記録し、職員間で情報の共有を行っている。毎月の会議で問題点を検討している。ケアの実践、モニタリングの際にも活用している。		
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	本人様の状況や状態に変化があればご家族様へ連絡、協議を行う。ケア方針・内容の変更等、きんせん花で可能な限りサービスの実現へ取り組んでいる。		

自己	外部	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
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	地域行事には可能な限り参加をし、地域の一員であることを感じていただく機会を設けている。地域の商店やスーパー、役場へ散歩を兼ねて出かけていただいたり、パンの移動販売でお買い物を楽しんでいただく機会を設けている。		
30	(11)	○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	かかりつけ医は本人様とご家族様の希望を大切に、決めていただいている。場合によっては毎月往診のある提携医院への変更を提案させていただいている。また、適切な治療が受けられるよう、事業所とかかりつけ医の間で情報交換を積極的に行っている。	本人や家族の希望の医療機関となっている。協力医療機関の往診は月1回、訪問歯科支援もある。かかりつけ医は家族対応となっている。訪問看護を利用されている方は定期的に訪問され管理されている。他科については島以外の為家族対応となっている。結果は報告し合い共有している。	
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	バイタル測定や日頃のなかで気になった点や身体状態の異常等を各主治医や看護師へ伝え、指示をいただき対応している。医師の判断・指示で訪問看護師を依頼し、点滴等の治療を行っていただいている。		
32		○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。	入院先の関係者（地域連携室相談員・ソーシャルワーカー等）との情報交換を密に行い、利用者様の状況の確認や早期退院へ向けての相談を行っている。		
33	(12)	○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	「重度化した場合の対応指針」に基づき、重度化した場合にはどのようにケアを行っていくか、事業所で出来るケアの説明を行い、ご家族様の意向に添うように努めている。	利用開始時、指針を基に説明し、理解は得られている。変化が起きた場合は、家族の意向を聞きながら、主治医、訪問看護との連携を取り、その都度意向を確認し、方針を共有し、チームで支援に取り組まれる。資料を基に研修もされ、不安なく対応できる様務めている。	
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	急変時の対応方法についての勉強会を定期的に行っている。マニュアルを作成し、職員へ周知を行っている。玄関にはAEDを設置し、使用方法について勉強会を行っている。		
35	(13)	○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	消防署の指導の下、定期的(年2回)に昼間・夜間想定火災避難訓練を行っている。	消防署指導の下、日中、夜間を想定し、通報、消火、避難誘導の訓練を実施し、消防署の評価も得ている。法人全体で土砂災害の訓練も行っている。御水の備蓄をしている。運営推進会議で協力の依頼をし協力体制強化にも務めている。	

自己	外部	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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	研修・勉強会にて職員が知識を身に付け、お客様お一人おひとりを尊重し、プライバシーの保護に努めている。	居室訪問時にはノック、排泄、入浴時の声かけ等もその人のプライドを傷付け無い対応を心がけている。馴れ合いになっても節度ある支援を心掛け、職員間でも気づいた時には注意し合い尊厳を大切にされた支援をされている。研修も法人内の勉強会に参加している。	
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	日常の動作を促す際や介助の前は、本人様の意思決定が出来るように声かけを行っている。レクリエーションや体操など、無理強いせず声掛けにて参加を促している。		
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	日々の体調や気分に合わせて本人様のペースを尊重し支援している。食事や入浴、離床・臥床も本人様の希望を伺って対応している。		
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	ご自身で衣類を選ぶことが出来るよう支援している。選ぶことが困難な方には、職員が準備したものを提示し了解を得ている。化粧品等についても立替で購入が可能。散髪はお客様の希望に応じてボランティアの方(有料)に来ていただいている。		
40	(15)	○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	敷地内の畑でお客様と育てた野菜と一緒に調理したり、献立を一緒に考えたりしている。家族会にてご家族様の意見を伺い献立に取り入れている。	刻み食等、身体状況に合わせた形態をされ、食材も多く、旬の野菜を取り入れ、栄養バランスにも配慮し、殆どの方が自分で食べられている。食を促す声かけをしながら楽しみの時間となっている。力量により、下膳や後片づけ等されている。	
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・水分の取量を毎日記録している。栄養バランスについては栄養士が事前チェックを行っている。個々にあった食事形態や飲み物の提供を行い工夫している。		
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、口腔状態や本人様の能力・状況に応じた口腔ケアを声かけ・介助している。提携歯科による定期的な口腔清掃も実施している。		

自己	外部	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
43	(16)	○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	個々の排泄状況を把握し、自立支援に向けてトイレやポータブルトイレへの誘導を行っている。	個々の時間帯や表情、行動から把握し、日中はトイレ誘導をし、機能維持と習慣を活かした支援を心掛けている。布パンツの方もいる。排便チェックもされ、不穏にならない様、色んな工夫をしている。	
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	水分摂取の少ないお客様には毎食ゼリーを提供している。毎日体操の時間を設け、便秘予防をしている。また、お客様によっては散歩にて身体を動かし、便秘の解消に努めている。		
45	(17)	○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	ゆっくりと安全に入浴できるよう、お客様と職員1対1で行っている。また、入浴拒否のあるお客様には無理強いせず、日時を改めて声かけを行っている。	週2回、午前中の対応となっているが、その時の希望で午後の時もある。湯温や順番の希望にも添うように柔軟な支援をしている。拒否の方は家族の協力を得、入浴介助をしてもらい乍清潔保持に努めている。できるだけ入浴が楽しみとなる対応を心掛けている。	
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	個々の生活習慣や身体状況に応じて休息していただいている。安眠いただけるよう、居室の温度・照明管理にも配慮している。夜間眠れない場合は、職員が付き添って話を聞く等、不安を解消するよう努めている。		
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	薬の変更があった場合は申し送りノートで各職員に周知し、情報の共有を行っている。服薬の内容や服薬時間が分かるよう、お客様毎に毎日服薬管理表を作成、服薬セットから服薬完了まで確認できるよう活用している。		
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	畑の作業や体操をしたり、買い物に出かけたり、折り紙や書道などお一人おひとりの要望を聴き、お客様と職員が一緒に行っている。		
49	(18)	○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	ドライブを行ったり、近所の散歩や個人的な買い物、同法人の施設への訪問等を提供している。食材の買い物も週に一回程度はお客様をお誘いし、実施している。	地域の行事や御花見、初詣等にも出かけられている。また、同法人の施設のお祭りにも参加している。ドライブを兼ねて買い物にも行かれている。家族と共に外食や外出等される方もいる。天気が良い日には散歩に出かけ、外気に触れる機会を持ち、気分転換や五感刺激、楽しみごとの支援に取り組まれている。	

自己	外部	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
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	紛失の恐れがあるため、ほぼ立替払いにて対応している。本人様の希望でお金を所持しておられる方(4~5名様)はご自分で支払いをされることもある。		
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	電話に関しては、職員を通じて連絡をさせてもらっている。家族様から電話があった際は出てもらっている。手紙に関しては、本人様の希望に添うよう対応している。		
52	(19)	○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	オープンキッチン設置のため、食事のにおいや調理の音が聴こえ五感を刺激することで食欲の増加につながっている。リビングに畳のスペースを設置し、くつろげる空間をつくっている。各階に日当たりのよいベランダがあり、日光浴や洗濯物干し、花火鑑賞等の行事に活用している。	玄関には季節ごとに作成された折り紙が飾られている。リビングも明るく、畳スペースもあり、ソファも置かれ、好きな場所で過ごす事が出来る。また、ウッドデッキがあり、出入りも自由にでき周りの景色や菜園を見る事で季節を感じる事が出来る。不快な匂いや死角もなく、手作りカレンダーや時計もあり、時の認識に繋げら、落ち着いて過ごせる共有の場となっている。	
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	1階2階のお客様の交流を目的とし、希望により行き来する機会を多く設けている。ソファや畳を設置しお客様お一人おひとりが自分の時間を過ごせるように配慮している。		
54	(20)	○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	慣れ親しんだ日用品や好みのもの、写真等を置かれ、居心地の良い空間で過ごしていただけるよう工夫している。	テレビもあり、思い出の写真も飾られている。すっきりと整理整頓をされ、気持ち良く過ごせるよう配慮されている。	
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	トイレや浴室、廊下には手すりがあり移動しやすくなっている。また、トイレの表示や居室の表札(本人、家族の同意を得て)を表示し混乱がないように配慮している。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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	○	①ほぼすべての利用者の	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ます		①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらい			○	②家族の2/3くらい
			③利用者の1/3くらい				③家族の1/3くらい
			④ほとんど掴んでいない				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		①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
		○	②数日に一度程度ある			○	②数日に1回
			③たまにある				③たまに
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
			②利用者の2/3くらいが			○	②少しづつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている	○	①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
			②利用者の2/3くらいが			○	②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが			○	②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が				
			②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームきんせん花

作成日: 令和元年6月3日

目標達成計画

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	35	土砂災害警戒区域に指定されているが、災害に対応できるマニュアルがない。 また、自然災害を想定した避難訓練の実施が出来ていない。	土砂災害マニュアルの作成、自然災害想定 の避難訓練を年1回実施	・7月までに土砂災害マニュアルを作成 ・7月避難経路の把握 ・9月自然災害想定 の避難訓練実施	6ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。