

### 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	2874300367		
法人名	社会福祉法人 みすず福祉会		
事業所名	グループホーム すまいる		
所在地	兵庫県赤穂市鷗和95-35		
自己評価作成日	令和5年3月17日	評価結果市町村受理日	令和5年4月27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)】

身体機能を維持するため、歩行運動や屈伸運動を日課として取り入れ、ゲームやキャップパズル、物作り等を行い脳活性化を促し行っています。  
 食事では季節を取り入れた料理を提供し、地元で採れた魚も提供しています。  
 2020年より訪問歯科による週1回の往診の口腔ケアにより、誤嚥性肺炎のリスクも低く、更に法人理事長が経営する医院が隣接し、利用者全員が「かかりつけ医」としているため、毎日の健康管理は安心です。

※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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topijigvosyo_index=true">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topijigvosyo_index=true</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO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5年4月3日		

事業所は、交通量が多い国道沿いにあるが、2階建ての建物内は静かで外のにぎやかさを感じさせない造りになっている。中庭から四方に光が入り、明るく温かい日差しが注ぐ造りである。玄関ホールには、色とりどりの花の鉢植えが並べられ、華やかさをかもし出している。事業所に隣接するかかりつけ医院は、同じ法人であり理事長が院長でもある。院長は日常的に事業所を訪れ、かかりつけ医院の看護師と共に利用者の健康管理をしている。職員は、利用者の声に耳を傾け丁寧に言葉かけをして、利用者の安心感に繋がるよう支援している。利用者はリビングで、キャップパズルをしたりテレビを見て過ごす等、それぞれがしたいことを自由にして楽しんでいる。今後も、利用者の個性を尊重し、自立支援を助長する良き支援者になれるよう期待しています。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	コロナ感染拡大防止の為、地域との交流や外出は殆どできていません。4月に会館貸し切りで桜のお花見を手作り弁当持参で全員行く事ができました。施設内でのレクレーションや行事が中心となっています。	法人の理念は、玄関等に掲げパンフレットや重要事項説明書に記載し広報している。事業所は、法人理念と共にユニット理念をフロア内に掲示して意識付けしている。家庭的な雰囲気を利用者の出来る事を取り入れ、食後の片づけや洗濯干し、洗濯物たたみ、キャップパズル等、個々に合った内容を工夫しそれぞれが楽しんでいる。	
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	コロナ感染拡大防止の為、地域住民、ボランティア等の受け入れは中止とし、交流は無かったが、市内をドライブしたり、近所を散歩し挨拶を交わすなど、地域との繋がりを大切にしています。	事業所は自治会に加入していないが、運営推進会議に自治会長が参加している。以前のような交流の機会は少ないが、近隣住民から野菜が届き、コロナ感染防護服やおむつが届いたりする。以前、トライやるウィークの中学生や、クリスマス会に幼稚園児が来ていたが、現在は途絶えている。	
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	2019年より開校した介護福祉士実務者研修も5年目を迎え、65名あまりの受講生が修了しました。各施設からのお礼の言葉も頂きました。受講生の方から2名の方がすまいるで在職しています。		
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践、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	コロナ感染拡大防止の為、運営推進会議の開催は中止により、現状報告を書面で行っています。また、市の介護医療保険課へ訪問し担当者との面談で現状報告、相談をし助言を頂いています。	運営推進会議は、家族や市の介護保険課、地域包括、民生委員、地域の協力委員等の参加で開催していたが、現在はコロナ感染防止の為書面開催をしている。委員の提案で事故やヒヤリハット内容をグラフ化して、発生する時間帯等を把握した。家族へ議事録送付はしていない。	議事録は、全家族に送付して頂きたい。
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取り組んでいる	運営推進会議のメンバーである市職員との連携を取っています。昨年のコロナクラスター発症時には、相談し助言して頂きました。更に保健所との連携により、コロナ感染重症者の市外病院への救急搬送の受け入れにより命が助かりました。	管理者は、市の窓口書類の持参をすることがあり、担当者とは日常的に交流の機会がある。ケアマネ会議は現在中止しているが、空き情報を伝えあう等情報交換の場である。他事業所とは、職員同士が研修の場として相互に行き来している。	
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	身体拘束委員会を設置し、定期的な勉強会、毎月定例の会議での報告を行っています。リスクの高い方には、ジョイントマットを居室に利用し、更にセンサーマットを使用し安全な移動を支援しています。	委員会の担当職員は、各ユニットから1名が出席し、虐待防止委員と兼務し毎月会議開催している。研修委員が、動画配信やYouTube等を活用して、資料を作り寸劇をする等で分かりやすい研修方法を取り入れている。受講した職員はそれぞれに感想文を提出している。	身体拘束廃止に関する委員会の名称を、身体拘束適正化委員会にされてはいいかがか？
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	各ユニットはいつでも誰でも出入りでき、常に確認できる状況にあります。定期的に虐待防止の勉強会も行っています。近頃では利用者からのハラスメントが目立ちます。ハラスメントから管理者も職員もフォローに入ります。	職員の不適切な言葉がけに遭遇したら、管理者がその場で注意している。利用者からのハラスメントは、職員の声掛けによる不安や羞恥心からくる行為と管理者は捉えており、詳細な言葉掛けの後、行動に移る等対応方法に配慮する必要を伝えている。本部中心のストレスチェックをしている。	

自己	者 第三	項目	外部評価	
			自己評価 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、権利擁護についても定期的な勉強会を行っています。利用者、家族様との契約時にはリーフレットを活用するなどして、必要に応じて活用できるよう紹介しています。	現在、成年後見制度(補助)を活用している利用者があり、担当者は毎月訪問し面会している。毎年、研修委員が資料を作り講師も務め職員研修を行い、職員は研修報告書を提出している。契約時、家族にパンフレットを提示し情報提供している。
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	申し込み利用者は、法人の「かかりつけ医」の患者も多く、近頃では近隣の方も増えました。契約前には、本人、家族同伴で見学して頂く等、日常生活の様子等見て頂き、不安を解消できるよう配慮しています。また重要事項説明書、契約書の内容を説明します。	契約は、ケアマネが利用者情報を聴き取り、管理者が契約に関する説明をしている。隣接するかかりつけ医院からの紹介で入所する利用者もある。看取りは可能であるが、医療が必要になれば訪問看護との契約が必要になる等を伝え、急変時の意思確認書、支援協定書ももらっている。
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	玄関に苦情受付箱を設置している他、入居時に苦情についての説明を行っています。可能な限り家族様からの要望を聴き、出来る限り思いに沿っていけるよう努めています。近頃は、家族様からの要望も多種で多くなりました。	IPパットを事業所に預け、必要時に使用を希望する家族や、携帯電話2台の1台を利用者に渡し利用者や話す家族もある。家族が、市販薬の服用希望や食べ物を職員に預け冷蔵で保管する等、殆どが個人的内容であり運営に関する事項はない。玄関に苦情受付箱設置しているが入らない。
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	職員からの要望や意見は、常時聴きとれるように配慮し、育児期の職員からの希望休にも応えている。また、職員からの意見や提案は、ユニット会議で確認し、事前提出する資料に記載できるようにしています。	毎月のユニット会議で意見を聴く機会がある。会議の前に、利用者の現状や改善点等を記入用紙で提出し、会議で検討している。コロナ感染予防の為使い捨てエプロンの使用や、おむつ交換時の汚物は都度ビニール袋に入れる等の意見を取り入れている。
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	職員個々のケアの方向性を見極め、本人の良さを引き出せるように指導や助言をしながら、ケアの統一性を図り、向上心を高め資格取得に向けても意欲を持てるように努めています。	
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	定期的に介護技術を個別にチェックを実施し、指導に努めています。医療的面においても介護職員が可能な処置等において助言しています。	
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	コロナ感染防止対策の為、他施設や他地域での研修参加は避けましたが、月1回の歯科訪問日に口腔ケア研修を受けています。実務者研修の際には、他施設の職員より様々な実体験など意見交換をすることができ参考になりました。	

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	
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>							
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	入居申し込みの際、相談に応じ本人同伴で、日常生活や環境等を見学して頂いたり、利用が決定した際には自宅や利用しているデイサービスへの訪問をして、生活・ADL等を聴きとり、安心して入居できるようサポートさせて頂いています。			
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	入居申し込み時で、生活歴やADL、疾患等に関する相談に応じ、不安や要望の聞き取りを行い、希望に沿うよう努めています。 (例)安定剤を減らしてほしい。衣類等身に着けるもの制限をなくしてほしい。			
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	入居時入居後は、本人と家族にそれぞれ思いや不安をその都度聞き取り、入居準備の支援や、環境の変化に対応する支援等、心身共に不安が軽減できるように努めています。			
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	利用者の価値観や生活歴を知り、受容・共感といった対応を実践し、信頼関係を築きコミュニケーションを図っています。また、ご自身で出来る事の活動の継続を支援しています。			
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	感染防止対策の為、面会中止や制限を設けている中、毎月施設内での様子等の写真を送ったり、携帯電話・iPadでの動画配信、ライン電話等で、様子をお伝えして安心して頂いています。面会中止ですが、遠目からお顔を見て頂きました。施設内の公衆電話も活用しました。			
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	感染防止対策の為、外出する機会が減りましたが、会館貸し切りでの桜のお花見、神社への参拝、いちご狩り等は実施しました。定期的にドライブに出掛けて外の空気や景色を楽しみました。	例年、近隣の八幡宮に初詣をしたり、春には会館で花見弁当を食し楽しんでいました。納涼祭の夜店での買い物や盆踊りに参加したり、事業所のソーマン流しに傾聴ボランティアが手伝いに来て一緒に楽しんだり、秋祭りは獅子舞が事業所に来ていた。訪問理美容は馴染みの関係になっている。		
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利用者が同士の関係が回り合い、支え合えるような支援に努めている	毎月定例の1階、2階合同の行事や季節ごとの行事を工夫し全員参加できるように行っています。合同で行うことにより、顔なじみの利用者同士がテーブルを囲み世間話を楽しんだりしています。			

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
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	契約終了、入院や転院等となられた利用者のお見舞い、お参り等行っています。契約終了においても手作りの飾り物、菓子持参で訪問して頂けたり、入院中の方は、病院のソーシャルワーカーとの連携に努めています。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメン</b>				
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	普段の会話の中から要望を伺い、実現できるよう努めています。脳活性化訓練、歩行運動、口腔体操等を日々の日課とし、実行しています。快晴の日は、ドライブに出かけ車内でソフトクリームを食べる事が楽しみになっています。	利用者個々の要望は様々で外出希望やいちご狩り、食パンが食べたいとの要望でトースター購入したり、マシンのコーヒー飲用の希望者もあり取り入れる等、出来る限り対応している。発語困難な利用者には、ホワイトボードを活用し利用者の納得を得る工夫をしている。	
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	入居前に自宅やサービス事業所等にて面談を行い、日常生活動作、生活歴や習慣、趣味等を伺い、馴染みの暮らしができるよう努めています。職員にも周知しています。(自宅で使っていた家具、食器を持参している方もいます・編み物をする方もいます)。		
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	職員から、ADLの変化や気づきをその都度報告し、会議で情報提供し職員間の共有を図り、更に個々の新たな課題やケアの変更点も話し合い、行動実施表の内容変更等も行っています。その人らしく暮らせるように努めています。		
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	職員が1~2名の利用者の担当をしており、居室内の整頓や家族対応、週1度のシーツ交換等役割を担っている。定期的カンファレンスを行い、より良いケアに向けての会議を設けている。家族からの希望も踏まえ自立支援に向けて統一したケアを行っています。(3か月ごとのモニタリングと6か月の計画変更)。	介護計画作成は2名が担当している。行動実施表を○×△で毎日記入し、3か月毎にモニタリングし、ユニット会議でサービス担当者会議を行い、6ヶ月毎の介護計画につなげている。家族には変更時期を勘案し、随時要望を聴き介護計画書に取り入れ反映している	
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	日々の状態やケア内容は、個別の介護記録に記入し、毎朝、職員と管理者及びケアマネとの申し送り時に報告します。ケアの指示があれば、ユニット内で申し送りし、統一したケアが実践できるよう努めています。特変時は、管理者、Drに直ちに電話連絡し、指示を仰ぎます。		
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	利用者や家族の状況に応じて通院時の送迎、付き添いなど行っています。特変時、救急搬送時にも同乗しています。		

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
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	感染予防対策のため、地域住民、ボランティアの皆様の来所は中止していました。(地域住民の方が予防用のエプロン届けて下さったり、地域の方がボランティアで傾聴の来所希望もありました)。		
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	隣接する法人の医院を利用者全員がかかりつけ医にし、毎日、Dr及び看護師が訪問したり、必要時は医院で受診して頂き、健康管理をしている。薬もかかりつけ薬局が事業所に届けて下さり、薬Boxに保管している。週1度の歯科医の往診もあります。(他病院への受診の支援も行っています)	全利用者が入居時に、協力医療機関を主治医とし、主治医は毎日来所し、利用者と共に昼食をとり、状況を観察している。夜間休日は主治医に連絡を取り、指示をもらっている。訪問歯科と口腔ケアを受けている利用者もいる。他科受診は原則家族対応だが、状況により、職員が送迎すること	
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	隣接するかかりつけ医院に、すまいる担当の看護師が、薬の配役や病状把握を行い、看護経過記録、内服の変更、採血の結果、医師の診断内容等を記録しています。看護師とはほぼ毎日、日々の状況や変化等、病状報告しDrに相談しています。		
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。	急変が起きた時は、Drの判断により救急搬送で協力病院に入院となる場合が多く、救急搬送用情報書を提示し救急隊・病院との連携を図っています。入院後は早期の退院に向けてソーシャルワーカーとの連携を図っています。退院後は食欲・下肢筋力回復に向けて支援しています。	入院時は病院の地域連携室との連絡を密にし、主治医の意向により、早期退院に向けて連携室と調整を行っている。救急搬送用情報書は地元消防署規程の様式を使用しているため、利用者情報が的確に搬送先に伝わっている。退院後は食事形態復活に向けての支援や、立位から歩行訓練など個別に介助支援している。	
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	重度化と看取りに関する事業所の指針を文書化し、事業者として可能な医療的行為についても明記している。入居時に安心して最後を迎えられるよう説明を行い家族の要望を聴き、医師と事業所の3者で話し合い、看取りが必要な場合はかかりつけ医を交えて家族の意向を確認し、看取り計画書を策定しています。	急性期や重度化、看取りに関する指針は入居時に利用者家族に説明を行い、意思確認書をいただいている。職員は利用者の個人ファイルを開覧し情報を共有している。職員研修は定期的に行っている。	職員への指針の周知を進めていただきたい。
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	急変時のマニュアルを作成しており、定期的に多種の急変時の対応について勉強会や応急処置の方法を隣接の看護師協力のもと行い、消防署協力のもと心肺蘇生法・AED取り扱い等の訓練も行っています。		
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	火災、洪水時の避難訓練を年3回、感染予防対策では勉強会を実施しています。(避難に必要な簡易担架を2台購入しました)。火災では水平避難、洪水では垂直避難する方針で市の危機管理課にも報告済み。災害時には自治会にも協力依頼済み。(夜間帯、職員2名での誘導が課題)	洪水時には浸水区域に指定されているため、洪水避難訓練は定期的に行い、訓練風景の写真を添付した報告書を消防署へ提出している。利用者の顔写真と名前付きの災害時等入居者ファイルを整備し、避難後の利用者の介護継続に備えている。自治会にも有事には協力依頼している。	BCPの完成を急いでいただきたい。自治会へは、具体的な協力事項を定めて、依頼してはいかがでしょう。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	入浴、排泄時は特に配慮が必要であり、羞恥心を損ねない様努めています(トイレ前ののれん・タオル等の活用)。手早く排泄介助ができるように、トイレ内の棚にハット類を保管しています。可能な限り、同性介助を努めています。	トイレ利用中はプライバシーを尊重し、職員は可能な場合は少し離れて位置し見守っている。主治医の診察及び口腔ケアは居室内で行っている。聞こえに支障のある利用者には、大声で話すのではなく、筆談で伝えるよう工夫している。	
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	信頼関係が築けるようかかわりを持つよう努めています。言葉でのコミュニケーションが出来ない方にはホワイトボードを使ってのコミュニケーション作りやジェスチャーを使ったりしています。		
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	基本的に日中はフロアで過ごします。起床時間、食事時間、就寝時間と毎日のリズムが出来ていますが、自立度の高い方は自分自身でのペースで過ごしています。声掛けして希望に沿うよう支援しています。		
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	身だしなみやおしゃれは本人希望のスキンケア用品や、衣類は本人が使用していたもの、家族が持参したり購入したりと様々です。2か月おきの訪問美容にてカットしています。(施設で毛染めする方もいます。)		
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	昆布、煮干し、かつおの出し汁を作っています。煮干しやかつおのバック詰めを手伝って下さいます。旬の食材、地元でとれた魚等を使って調理しています。食事後、食器やお盆拭き等を手伝って下さいます。誕生日恒例のちらし寿司や茶わん蒸しは大好物です。	献立は管理者が作成し、食材の買出しは事務員が行い、調理専任者が調理している。希望のメニューを毎日利用者に尋ねることで、会話が広がり、食意欲にも繋がっている。利用者一人ずつ、誕生日に希望を聴き、献立に反映して、楽しんでいただける工夫をしている。	
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	利用者に合わせた食事形態で食事量・水分量を記録し、体調に合わせて食べやすい形態で提供しています。栄養状態が低下している方には、栄養補助食品を摂取して頂いています。季節や行事に合わせて献立を作っています。		
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、口腔ケアとして歯磨き・義歯の清掃・うがいが習慣化されています。介助者は口腔ケア用具にて介助しています。週1回の歯科医による往診時には「皆口腔内がきれい」とほめられます。(舌えんブラシも使用)		

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
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	18人中3人の方がパット交換で、15名はトイレでの排泄です。出来る限り小さめのパット、布パンツ使用で、夜間は居室でのポータブルトイレでの排泄を支援しています。職員は利用者の排泄リズムを把握しています。	パットのサイズのランクを下げたり、布パンツを使用するなど、自立に繋がるよう工夫して支援している。声掛けについては、接遇委員が勉強会を通じて、職員共通の支援に繋げている。様々な工夫を通して、利用者の自立度は維持できている。	
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	食材は出来るだけ様々な種類の物を使い、分量も考慮しながら提供しています。水分量(約1ℓ前後)。定期的な排泄の声掛けや誘導を行い、排便習慣を目指します。便秘がちな方は便秘薬を使用し穏やかな排便があるよう支援しています。		
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2～3回の入浴を目標にして、利用者の希望には柔軟に対応している。利用者が代わる度に湯を足しながら綺麗な湯にしている。(入浴剤も使用)重度な方にはリフト付きシャワーキャリーにて安全を図り入浴しています。	入浴剤を使ったり、季節湯を用意したりして楽しんでもらえるよう工夫している。浴室にトイレを配置しているので動線がスムーズである。着替えを自分で用意して楽しみに待つ利用者もいる。	
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	昼食後は自室での休息を促し、ゆっくりとしたプライベートな時間を過ごして頂いています。下肢の浮腫を軽減する為、ベッド上で足を休めて頂く為でもあります。足専用の加圧式マッサージ器を使用して頂いています。		
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	職員は利用者の既往歴や現病を把握し、薬を理解した上で服薬介助を行っています。内服変更や追加は、業務日誌に記載し確認します。勉強会では、利用者の病状と服薬の種類、効果と副作用について実施し、知識の向上に努めています。		
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	洗濯物を干す、洗濯物をたたむ、食器・お盆を拭く等何か手伝いを提供することで役割が果たせたという実感を感じていただいています。(時には取り合いにもなります)。余暇はレクリエーション活動(物づくり・体操・回想法・歌・習字等)		
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	コロナ禍で外出は殆どできず、家族様との交流も少なくなりました。ドライブやいちご狩り、お花見等は実施できました。近くのお海への散歩も出来ました。これからは、たくさんのお外出支援も計画しようと思います。	可能な限り、散歩外出を支援しており、ドライブ外出は恒例行事となり、利用者の楽しみに繋がっている。9人乗りの乗用車で、利用者を同時に複数人乗せることができるので、外出支援が可能となっている。徒歩での散歩も日常的に行っている。	



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
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	コロナ禍でお金を使ってという外出も支援も可能になりませんでした。お金を財布に所持している方もおられます。		
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	コロナ禍で面会が中止となり、家族からの絵手紙や定期的な電話、携帯による動画配信、iPadで会話する等の支援はできました。(家族や、孫の写真を見ることができていました)。		
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	着物地で作られた装飾品が飾られたり、2階の玄関ホールには何種類かの植木が置かれ、毎日、植木や花を見るのが楽しみにされています。利用者手づくりの季節の壁飾り等も掲示されています。	リビング壁面には、季節の飾りや習字が貼られ和やかな雰囲気味わえる。牛乳パックを重ねて職員が自作した足置き台を利用して、利用者それぞれの高さに合わせて座位を保持してくつろいでいる。加湿器、空気清浄機を数台設置し、温湿度管理を行っている。	
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	玄関ホールに置いてあるソファーに座り余暇を楽しむ方がいたり、フロアでマッサージをしてゆったり過ごしたり、昼の休憩時間をフロアで職員と一緒に過ごす方等、様々です。		
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	居室の場所は、利用者全員が自分の居室の場所を把握していて、「戻る」「帰る」「寝る」等居室を指さし、移動される。居室は個々に個性豊かである。	居室の表札には花の名前と絵が描かれている。入り口には好みの絵画や写真、花の造形物を飾る利用者がいたり、居室内にはテレビや筆筒、椅子などを持ち込み、自宅を感じる造作となっている利用者もいる。長く過ごす家であることをそれぞれが工夫して過ごしている。	
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	建物はバリアフリー構造で、トイレ・浴室・通路には手すりが設置されており、自立への支援を行っています。床は衝撃を吸収する素材で作られており、転倒時の衝撃を緩和できる工夫をしています。居室内には防災用ジョイントとマットを敷き転倒予防にも努めています。洗面台まわりには、打撲予防のため緩和材も取り付けたりしています。		

(様式2)

事業所名: グループホームすまいる

## 目標達成計画

作成日: 令和5年4月27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	運営推進会議がコロナ禍で中止となっていたので、メンバーの方には書面で報告を行っていた。家族さん代表者には報告をしていたが、他の方には出来ていず、意見を頂いていない。	家族全員に報告を行い、すまいる内での現状を周知して頂き意見等を聞く。	来所されない方には書面で報告し、電話等での連絡をとる。来所された方には口頭で報告を行う、事故報告、ヒヤリハットの閲覧も行ってみる。	6か月
2	9	苦情受付箱を設置しているが意見がいただけない。	意見が言いやすい工夫をする。	苦情受付箱を鍵がかかるものにし、第三者を選出し、閲覧して頂くと同時に助言を頂く。	6か月
3	33	急性期、重度化、看取りに関する指針が職員全員が周知できていない。	全職員に指針について周知していただく。	毎月行っている研修会で各指針に対する研修を行っていく。	12か月
4	35	BCPの作成ができていない。	今年度内に作成する。	災害防止対策委員と具体化し作成する。	6か月
5	6	身体拘束委員会の読み方のまちがい。	表明の変更	身体拘束適正化委員会に変更し、全職員に周知する。	1か月

(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(運営推進会議が中止となっているため、書面にて報告)
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( )