

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	2872200619		
法人名	社会福祉法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホーム		
所在地	加古川市野口町長砂90-1		
自己評価作成日	平成31年3月25日	評価結果市町村受理日	令和 元年 5月30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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/?action=kouhyou_pref_top_index=true
----------	---

【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	平成31年3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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・看取りを通じて学んだことを職員全体で振り返り、ケアにつなげている。 ・職員の都合で仕事をするのはなく、ご利用者の思いを尊重している。 ・ご利用者自身が考え、選択できるように見守りを行い、ケアに努める。 ・自分らしく自立した生活が送れるように地域の方にも協力・理解してもらえるような取り組み、交流を行っている。
--

【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)】

<p>事業所は利用者の尊厳を守ることを第一と考え、すべての行動の抑制をしない、認知症は利用者が主役である人生を締めくくるための助走ととらえ、家族と職員が学び協働して支援に努めている。併設事業所で行われるイベントに、利用者はそれぞれ手をつないだり、お喋りし、明るい笑顔で歩いていく。それがこの事業所での当たり前前の光景である。我が家を求めて帰宅を願う利用者は納得のいくまで歩き続け、離れて付き添う職員の見守りで事業所に戻ってくる。少々危険性があっても、何より利用者のチャレンジを優先し対処する力を信じるという法人の一貫した自立支援に関する考え方が、この事業所の際立った特長であり、家族も承知である。居室はキッチン、バス、トイレ完備の部屋もあり、他のグループホームでは見られない本来の意味での暮らしが営まれている。今後も利用者が穏やかに人生の後継者へのバトンタッチを終えられるよう、家族と協働して支えていっていただきたい。</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、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	毎月1回全体の会議で理事長の話、機関紙、回覧、グループホーム内での会議を通じ、理念を共有、実践につなげている。ご利用者からの事例を通して日々介護について考えさせられている。	ユニット入り口介護理念『自立・尊厳・参加・自己実現・ケア』を基本に「自由な行動とその人らしい暮らし」の実現を目指す…』を掲示している。理事長の想いが全て理念であると理解し、適宜、機関紙や回覧、会議等で周知している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	ボランティアの方が中心となり、認知症カフェやのびのびルームが運営されている。また、夏祭り、RUN伴では地域の方と一緒に行事を盛り上げている。小学生との交流、トライやるウィークや実習生の受け入れも行っている。ご利用者自身が外出した際、同じ地域の一員として交流されている。	併設事業所の地域交流スペース等でボランティアの様々な催しが行われ、利用者は手をつないだり、車椅子を押して出かけている。RUN伴(らんとも)では、事業所前がランナーの中継地点に指定され、応援旗を作ったり焼き芋を焼いてイベントを楽しんだ。利用者は材料の芋を畑から掘るところから参加した。小学生や中学生が授業の一環として来訪し、交流をしている。	
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	上記の取り組みの中で認知症や、老いて死んでいくということを理解してもらいたい。毎月1回開催している介護について語ろう会では介護技術を伝えたり、意見交換を行ったり、地域への発信の場としている。小学校に出向き、介護福祉士という仕事について話をした。		
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	年6回開催している。職員・ご家族が参加し、行事・ひやりはっと・看取り・実習生の受け入れ状況等について報告している。またそれらを通しての意見交換や、ご家族からの疑問に答える等、活発な意見交換をしている。昨年より協力医療機関の医師も参加し、医学的な意見も聞くことができ、私たちも勉強になっている。	家族委員、市担当者、市議員、地域包括支援センター、協力医、民生委員等の参加があり、地域密着事業所合同で開催している。行事やヒヤリハット、身体拘束、実習生受け入れについての報告をしている。開催の案内は全家族に送っているが、議事録は配布しておらず、閲覧用にも準備していない。	議事録の書式を事業所別に記載できるように改め、家族に送ったり、来訪時に閲覧できるように準備されてはどうだろうか。

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
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	加古川の介護保険課の方に、運営推進委員会に参加していただき、意見交換を行っている。事故報告や介護保険で相談することがあれば連絡している。	市とは運営推進会議や事務手続きの書類提出や事故報告の際に顔を合わせて、情報交換を行っている。利用者が他市へ転居する際に、手続きの方法について相談した。	
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	理念に基づき身体拘束は行っていない。その旨を契約時に、理念と共に説明させて頂いている。また入居時には理解いただいても、実際に事故が起きご家族の考えが揺れ動いているときには、その都度カンファレンスを行っている。 4月の制度改正により、身体拘束適正化委員を運営推進委員会で行っている。現状ではグループホームでの身体拘束の事例はないが、毎月ひやりはとの検討を通話し合いを行っている。	身体拘束適正化についての指針を準備して、運営推進会議で身体拘束適正化検討委員会を開催している。研修は法人の年間計画に沿って定期的に行っている。すべての出入り口は開錠されており、利用者は自由に出入りしており、隣のユニットに遊びに行く利用者もある。無断で事業所の外に出た際には、見かけた地域住民が連絡してくれる等の協力がある。	
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逃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	施設内外の研修で虐待について学んでいる。また、虐待に関する新聞記事を回覧し、それぞれで考える機会を持っている。	職員は研修や回覧で虐待について学んだり振り返れる機会が多く用意されている。職員のストレスチェックに関しては、法人の相談支援センターや管理者が話を聴いて、職員がストレスを溜めないように配慮している。	
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	法人全体では研修に行った職員の報告や記録で学ぶ機会がある。グループホームでは制度の理解について今後取り組む。	前回の第三者評価で、制度に関するパンフレットを置いて職員が学ぶよう指摘を受けた項目である。研修や新聞記事の回覧で学んでおり、伝達研修も行っているが、家族への説明が出来ていない。制度の理解について、職員向けと家族双方への啓発に努めたいと管理者は考えている。	成年後見制度や日常生活自立支援事業についての職員の理解を深めていただき、利用者、家族への周知を図ってほしい。
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	契約前には、面接し、聞き取りを行っている。また可能であればご本人を含めた見学・案内を行っている。契約時に理念や看取りについての説明を行っている。	日中の生活を体験してもらい、施錠を一切していない生活や重度化や看取りについての考え方等の説明をして、納得の上での契約となっている。家族からは、費用面や退去要件についての質問があり、丁寧に説明している。	

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
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	面会時毎にご利用者の状態や生活の様子を伝え、ご家族が意見を言いやすいよう信頼関係の構築に努めている。 各事業所に意見箱を設置し、毎月1回第三者委員の方とサービス改善委員会を開催している。 契約時には、苦情・相談の窓口があることを伝えている。	家族から食事形態についての要望があった際には、一緒に利用者の状態把握に努めて、家族の納得が得られるまで話し合った。利用者が日記に書いた内容について、家族から問い合わせがあり、事実の究明に努め納得してもらえた。意見箱は第三者委員の立ち合いにより開封して、真摯に対応を行っている。	
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	毎月のグループホーム内での会議や、朝夕のミーティングで意見交換している。 主任はできるだけ職員とコミュニケーションを図っている。	業務や緊急時の連絡網等について職員から質問が出る都度、指導している。年2回の人事考課の際に面談を行う等して、風通しの良い職場環境に努めている。職員の提案で、ホールに観葉植物を設置したり、ごみの分別がしやすいようにゴミ箱を購入した。	
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	人事考課を賞与・昇給に反映させる。 必要があれば、個々の面談も行っている。		
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	施設内外での研修を通じ、スキルアップに努めている。またご利用者から学ぶことができる事例があった時には、個々で話をしたり、グループホームで話し合いをし、学ぶ機会にしている。		
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	2市2町グループホーム勉強会に積極的に参加し、交流・勉強している。		
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	ご本人と、目と目を合わせ真剣に話を聞く。 十分に説明する。 日頃の様子から得た情報、気づきを記録に残し、また入居前の情報も参考にし、職員間で話し合いを行い、関係づくりにつなげている。ご家族とも連携する。		

自己	者	第三	項目	自己評価		外部評価	
				実践状況	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	契約時にはご利用者の情報以外にも、ご家族の要望・不安・疑問にも耳を傾けている。面会時には積極的に日々の状態報告を行い、信頼関係も築けるよう努めている。入居後しばらくしてから担当者会議を開催する。			
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	ご利用者が何を必要としているのか、ご本人・ご家族と話しを行う。そしてせりりよう園では、何ができて、何ができないのかも説明していく。			
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	生活の主役はご利用者である。声掛け、ケアするタイミングを見極めて、入居前の行動を良い・悪いと決めるのではなく、全ての行動の意味を考え、その思いに共感し、見守っていく。 全体で歌を歌う時には職員も一緒に参加し楽しんでいる。 料理の味見をしていただいたり、味付けの相談をしたり、洗い物や簡単な調理を手伝ってもらっている。			
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	ご家族にも日用品の買い物や散髪、病院の受診、散髪等、役割を担ってもらっている。日々の様子や状態変化等を電話や面会時に報告し、共に利用者を見守っている。また、関係が上手くいっていないと感じることがあればサービス担当者会議を開催している。			
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	いつでも面会に来れるということを伝え、職員はその雰囲気づくりをしている。希望があればご本人の居室に泊まったり、同じ食事の提供も行っている。 また、外出や外食も出来ることを伝え、必要があれば外出前の準備を協力している。	ほとんど毎日来る家族や少なくとも3か月に1回は訪問する等家族の来訪は多く、友人の訪問もある。携帯電話を自己管理している利用者もあり、手紙が書きたい、電話を掛けたいという利用者を支援している。外出は出来るだけ家族に依頼しており、職員が外出準備等を手伝っている。利用者の為の消耗品の購入については、家族に電話連絡できるように、事務所にボードを用意して家族向けの記入欄を設けている。		

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
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	テーブルの位置を工夫したり、環境を整えたりはするが、基本的にはご利用者同士の間人間関係があるので、職員は遠くから見守っている。		
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	定期的に機関紙を送ったり、行事やボランティアで協力してもらったりしている。昨年は、以前グループホームで入所されていた方のご家族が介護について語ろう会で、グループホーム利用から看取りまで話していただいた。		
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	ご本人の思いを真剣に聞く。 日々の様子や関わりの中から思いを感じ取れるよう努めたい。 またその気づきを職員間やご家族と共有していく。	職員は些細な変化にも気づく目を持つよう努め、ケース記録に記録することで情報を共有している。すべての職員が特記事項を注意して読めるように、日誌の表紙に注意書きを貼ることもある。リフト浴を使用していた利用者の意向を汲んで、普通の浴槽に入浴してもらい、利用者、家族に喜んでもらえた。入浴中は利用者と職員がじっくりと時間をかけて向き合うことで、本音の意向を聴けることもあり、職員は情報共有をしている。	
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	入居前の面接時に生活歴や生活環境をご本人・ご家族に伺い、職員間で共有している。 入居後も会話の中から情報を得ている。		
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	日々の看取り・関わりの中で変化に気づき、現状を把握している。 また、それらを記録に残したり、会議で話し合いを行い、情報共有している。		
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	ご本人やご家族の意向を確認し、ケアプラン・モニタリングを作成している。 介護支援専門員を中心に、他職種によるサービス担当者会議を開催している。	正職員や夜勤の可能な職員が3~4人の利用者の居室担当をしており、月1回のモニタリングと年1回の介護計画の案を作成している。担当者が家族から要望を聞き取り、ケアマネジャーも参加して介護計画を作成している。利用者の状況について分かり易い記録ができるように研修し、管理者が内容をチェックしている。	

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
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	一週間の食事・水分量・排泄・睡眠状態が一覧で見えるよう工夫したりリズム表を使用している。 朝・夕のミーティングや連絡ノート、ケース記録を使用し、情報を共有している。		
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	新しいニーズが生まれたとき、グループホームでは対応が難しくても、まずはその思いを否定せずに受け取り、ご本人・ご家族と共に、せりょう園全体で柔軟に対応していく。		
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	かかりつけ医の受診、介護タクシーの利用、警察への捜索依頼、市の見守りネットワーク、ボランティア団体、デイサービス、近隣のお店、地域の方々等と協力している。 また、地域の行事に参加し交流している。		
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	入居時にかかりつけ医の確認を行い、馴染みの病院があれば連携が図れるよう対応している。受診は家族が行うが、送迎が難しいようであれば介護タクシーの説明も行っている。かかりつけ医がない場合や受診が困難な場合は往診医を何名か紹介し選んでもらっている。	かかりつけ医の選択は自由であるが、協力医療機関による毎月2回の訪問診療と適時の往診が有るので、内科に関しては協力医をかかりつけ医にしている利用者が多い。皮膚科の往診を受けている利用者もある。眼科等他科の診察には基本家族が付き添うが、場合によっては職員が対応することもある。多くの利用者が歯科医による往診を受けている他、全利用者が、口腔ケアを学んだ職員からのケアを受けている。	
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、訪問看護師による健康管理を受けている。それ以外でも外傷や状態変化時に24時間相談ができ、対応を依頼することもある。 サービス担当者会議の際には、出席を依頼している。		

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
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。	ご家族、医療機関と連携を図り対応している。また、病院に面会に行き、ご本人の意向も確認している。退院前にはカンファレンスを開催し、状態の把握や今後の方針を確認している。	今年度、数名の入院事例があった。入院先の医療機関とは普段から良好な関係性が築けている。入院中は主任やケアマネジャーが見舞い、担当医や地域連携室のスタッフと情報共有しながら早期退院を図り、退院前カンファレンスにも参加して、退院後の受入れ体制を準備した。退院後の生活リハビリによって、入院期間と同じ期間を掛けながら入院前の自立度に戻すことができた。	
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、事業所の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	入居時には看取りの説明を行っている。状態変化時には、他職種によるカンファレンスを行っている。日々の関わりの中で、ご本人とも終末期をどう考えているのか話を行う。	今年度、数名の看取りを経験したが、いずれも穏やかな看取りであった。看取り期に至った時点で、今まで確認していた看取りに関する家族の意向を、かかりつけ医を交えて再確認している。看取りが終わってからの会議で、担当職員初め全員で振り返る場を持った。運営推進会議でも報告している。	
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	職員研修での対応の確認、実践を行っている。急変時後には対応の見直し、振り返りを行う。対応の目安になるマニュアルを作成し、参考にしている。		
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、消防訓練を行っている。訓練ではグループホーム以外の部署にも応援に行き、災害への意識を高めている。また、今年度より防災訓練も行っている。	ユニット1. 2. 3それぞれで年2回の訓練を行っている。いずれも夜間を想定しており、全利用者が参加して火元から遠い所への水平避難をしている。地震発生時の訓練に関しては、机上でシミュレーションを行って、初動に必要な事や問題点を洗い出すことで有事に備えている。防災備蓄として3日間ほどの長期保存水や食料を事業所内に用意しており、賞味期限を管理しながらローリングストックしている。併設の事業所が福祉避難所に指定されている。	

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
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	1人ひとりの思いを尊重し、ひとりの社会人として接している。 声掛けや態度に注意している。 尊厳やプライバシーについて研修を行っている。 排泄の声掛けや汚染したオムツを捨てる際には他の方に気づかれないように配慮している。 職員同士のやり取りや記録の管理にも注意している。	法人の理念として掲げている高齢者介護に関する5原則「自立・尊厳・参加・自己実現・ケア」に沿ってケアをしている。即ち、利用者の内に秘めた力を見極め、それを存分に発揮できる環境を整え、利用者が主役として次の世代に身を委ねて人生を終える姿から、思想や人間が次の世代に繋がりが、そこを支えることに介護の専門性があると考えている。	
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	思いや希望を言ってもらえるよう日頃の関わりを大事にする。 どの行動も自己決定故の行動である。全ての行動を受け入れ見守る。 行事の参加の有無は本人に決めてもらっている。		
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	食事、排泄、入浴、寝起き全ての行動を時間で決めて声掛け、ケアするのではなく、ご利用者に合わせ対応している。		
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	ご自身で服を選んでもらい、洗髪や整髪も出来るだけご自身で行ってもらっている。 ご家族と美容院に出掛けられる方もいる。		
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	食事の形態や食器の色を工夫し、ご自身で食べることが出来るような声掛けをしている。 毎日検食簿をつけたり、直接栄養士に感想や提案を行い連携している。 野菜の皮むき、おにぎり、味見、食器洗い等出来ることを一緒にしている。 ご利用者の感想を栄養士に伝えている。	事業所の栄養士が作成した献立に基づいて発注した食材が、ほぼ毎日配達される。ユニットによっては調理専門の職員がいるが、基本、全職員が交代で調理を行っている。利用者は調理の下ごしらえや味見、下膳など、出来ることを手伝っている。検食をする職員は事前に食事をし、他の職員は食事介護が終わってから、休憩室で持参の弁当を食している。クリスマス等の季節の献立や事業所の菜園から採れた野菜を味わうこともある。	

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
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	栄養士が栄養バランスを考えた献立を立ててくれている。食事・水分量を記録し、状態の把握に努めている。熱発やレベル低下時には食事に代わりプリンやゼリー等の代替品を提供し水分量の確保に努めている。		
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	まずはご自身で歯磨き、うがいをしてもらっている。訪問歯科診療の時に相談したり、アドバイスや指導を受け、個々に合ったケアを行う。		
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	リズム表から排泄パターンを把握し、その方に合ったトイレの声掛け、介助をしている。また会議でも話し合いアイテムの検討も行う。 排泄に失敗し落ち込まれる方もいるので話を聞く。 ご自身でトイレの訴えが出来る方にも些細な動きからトイレと分かる時がある。日頃の様子を観察する。	約半数の利用者がトイレで排泄しており、布パンツを使用している利用者もある。3ユニットとも居室内にトイレがあるが、ポータブルトイレをベッドサイドに置いている利用者もある。夜間は、職員が排泄リズム表を見ながら排泄へ声掛けをするケース、安眠を優先するケース、利用者それぞれの状態に応じて臨機応変に対応している。	
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	リズム表による排泄周期、腹部の状態、食事、水分量、下剤の量等、様々な情報を参考に、医師や看護師とも相談し対応している。またホットパックか腹部マッサージ、乳製品を提供する等の工夫を行っている。		
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	お湯の温度や、お湯につかる長さ、いつ入るのか等、ご本人に尋ね、対応している。入浴の拒否が多い方でも無理に入ってもらおうとするのではなく、足浴や清拭等があることも伝える。同性の対応を希望をされる方にはそのように対応している。	基本、毎週2回、午前中に入浴するが、利用者の希望には柔軟に対応している。ユニット2、3は、各居室にあるバスで職員が入浴介助をする他、1階に有る共有の浴室で入浴することも出来、手動のリフトを数名が使用している。ユニット1、2、3とも、利用の都度湯船の湯を入れ替えて浴槽を掃除し、清潔に保っている。シャンプーと石鹸は、利用者好みの物を使っている。	

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
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	表情や体の傾き等、疲れや眠気が見られる時は臥床の声掛け、介助を行う。 寝返りが難しい方は定期的に体位交換を行う。 室温調整や寝る前にストレッチをしたり、温かい飲み物を提供する等工夫している。		
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	誤薬がないように、介助時には日付、名前を確認している。 疑問や分からないことがあれば医師、看護師、薬剤師に相談し対応している。 下剤は排便状況に合わせて職員間で相談し対応している。		
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	調理、洗濯物、掃除、ゴミ捨て等を一緒にに行っている。 イベントがある際は参加の有無を声掛けしている。 嗜好品についてはご家族に持参を依頼している。		
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	施設はせず、外に出ようとされる方、出て行かれた方の意見を尊重し、後ろから見守っている。 近くのパン屋さんやスーパーに買物に出掛けたり、ご家族と出掛けられるよう支援する。	隣接した事業所で開催される多彩な催し物に参加する利用者が多く、法人内の敷地を歩くことで安全に気晴らしが出来るという環境に恵まれている。桜の花見時には利用者も一緒になっておはぎなどを作り、事業所の近くで花見を楽しむのが恒例であり、事業所周辺の「桜マップ」も玄関に準備されている。	
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	ご本人が希望されればご家族とも相談し、お金を自己管理して頂いている。 多くの方は預かり金としてグループホーム内で預かり、イベントや外出時には預かり金で支払いしている。		

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	ご本人の希望で携帯電話を持たれる方もいる。 職員の手助けで詰所の電話を使用される方もいる。手紙もせりょう園に来る郵便局員に渡したり、届いたものをご本人に手渡ししたりしている。		
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	季節を感じ取れるような飾りつけをご利用者と一緒に作成している。 行事の写真を貼り、ご本人、ご家族が見られるようにしている。 ホールで食事を作り、食材を切る音やにおいを感じ取れる。 エアコンの室温調整や定期的に換気している。	飾りを作る際には、利用者と一緒にすることに意義が有ると考えている。ユニット1. 2. 3ともリビングが広く、台所からの音や匂いなど、家庭的な雰囲気が漂っている。壁にはクリスマス等のイベントの折に撮ったスナップ写真が貼られ、訪問してきた家族が貰っていくことも有る。利用者は好きな場所に座り、気の合ったもの同士での会話が弾んでいるのを、職員は適度な距離を保ちながら見守っている。	
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	ある程度各自で席を決めて座られている。トイレの近く、移動のしやすさ等、多少の配慮はするが、職員がわざわざ居場所づくりをしなくても、それぞれの時間を過ごされている。		
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	家具の配置についてはアドバイスはするが、基本的にはご本人とご家族で過ごしやすい配置を考えて頂いている。昔からの馴染みの家具や冷蔵庫や電子レンジ、ソファ等ご本人が生活しやすいような物、希望される物を持参して頂いている。	新館の居室には、バス、トイレ、クローゼット、ベッド、ミニキッチン、給湯器、洗面台、空調機、靴箱などが準備されている。ユニット1の居室の広さはユニット2. 3の半分であるがそれでも十分に広く、給湯器とバス以外の設備は共通である。床にはタイル式カーペットが敷かれており、好みの色の物に変えている利用者もある。ユニット2. 3の利用者は、椅子式こたつ、冷蔵庫、洗濯機を持ち込んでいる。いずれのユニットの利用者も、テレビ、若い頃や家族との写真、使い慣れた整理ダンス、時計などを持ち込み、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	廊下や共用トイレ、浴室には手すりを設置している。ご本人の希望や状態によって必要があれば居室のトイレに手すりを設置したり、ポータブルトイレの設置を検討する。 階段、エレベーターに使用を制限するものは設置せず、ご本人が選択して利用されている。		

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	66	“生き活きと仕事をしている”と言う項目で“1/3が”に○を入れた職員が一番多かった。	仕事に対して考える機会を持つ。	・会議で話し合いをする。 ・個々とコミュニケーションを図り、仕事に対する考えを聞く。	1か月
2	8	成年後見人制度についての周知が不足している。	・勉強会をする。 ・パンフレットを置く。	・隔月にグループホーム内で研修をしているので、そこで学ぶ。	6か月
3	4	運営推進会議の内容が外部の方に周知できていないと指摘があった。	今よりも周知できるようにする。	・担当の者と話をする。	1か月
4					年
5					年

(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()