

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	2891300069		
法人名	社会福祉法人 丹波柏原福祉会		
事業所名	グループホーム青垣もみじ苑		
所在地	丹波市青垣町西芦田字井ノ口1024-5		
自己評価作成日	平成27年12月5日	評価結果市町村受理日	平成28年1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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	平成27年12月22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)】

<p>1. 丹波市の中でも山間部に立地し、高大な自然を感じながら心豊かに暮らすことの出来る事業所です。</p> <p>2. 施設所有の畑で採れる新鮮な野菜や、地域で採れた旬の味覚を存分に味わうことの出来る事業所です。</p> <p>3. 多種多様な行事や外出支援、利用者様が行きたい所へ行ける・やりたい事が出来る事業所です。利用者様が慣れ浸した地域の生活様式で、その人らしい暮らしを支援しています。</p>

【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>山・田畑等豊かな自然に囲まれ、集落に溶け込み、落ち着いた佇まいのグループホームである。消防隊、自治会や医療関係者に施設関係者が多く、日常的に地域との交流が行われている。毎朝の散歩やお参り、外出は地域の行事への参加にとどまらず、利用者の希望を聞き芝居見物・酒蔵見物・温泉やカニ料理にも出掛けている。食事については、食材の調達から調理そして片付けまで、利用者の出来る事は一緒にやってくれるという姿勢で、楽しい食事に取り組んでいる。当ホームでも人材確保が課題、管理者も苦勞されている。地域を始め強力な理解者に恵まれているこの施設から、現状を憂える声を上げていただくことを期待したい。</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、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、安心して暮らせている (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	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	法人の理念は「愛の心」とし、朝礼での唱和、ミーティングや職員会議の際に確認。理事長も施設の隣に住まい、地域との共存を心掛け、職員もそれらを基に支援している。理念はスタッフルームに掲示し都度確認、共有しながら実践している。	法人の理念を基に事業所理念を策定し、スタッフルームに掲げ、毎朝職員間で確認し日々のケアに活かすよう努めている。管理者は毎月曜日に本部の朝礼に参加、法人の方針を確認し職員と共有して実践に努めている。	
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	地域ボランティアの受け入れ、自治会・市・町の行事に参加。地域での理容やショッピング、リサイクル活動や選挙投票等に出掛けている。法人主催行事には地域の方々にも参加してもらうなどの地域交流をおこなっている。	自治会長と法人理事長は親戚で共に施設の隣に住まわれている。夏祭りや文化祭・敬老会等の地域行事への参加や、施設行事に地域の方々に参加いただき、語り部ボランティアに定期的に来ていただく等交流は盛んである。	
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	認知症介護の相談窓口となっており、施設見学等の来苑時や、地域の方々の問い合わせ相談を受け付けている。他事業所への紹介や、地域包括支援センターへの相談、地域ケア会議に職員が出席し情報交換等もやっている。		
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	運営推進会議にて、生活風景・行事、新たな取り組みをパワーポイントにて画像報告。ケアマネジャーと介護主任より生活状況を文章にて報告。運営委員も、事前に施設訪問を行い調査有り。運営委員の意見を都度サービスに取り入れている。	地域代表や民生委員・行政と家族代表の参加を得て、4か月毎に定例開催している。会議では全利用者の生活状況を紹介、又パワーポイントで利用者の生活風景や行事の取り組み状況を画像化し紹介している。	定例開催の仕組みは出来たが、もう少し開催間隔を短く出来ないか検討を。人材確保に苦労されている。行政や地域代表を始め有識者が参加する推進会議で、開催の都度現状を説明し、理解の輪が広がることを期待した
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	丹波市介護保険課とメールや電話、実際に出向き報告相談。グループホームネットワーク会議・運営推進会議・地域ケア会議・市内研修会等で介護保険課や市担当者、他事業者へ施設の実情や取り組みを、積極的に発表し相談している。	市担当者とはメールや電話で日頃から連絡相談に努めている。運営推進会議に介護保険課長に出席いただき運営状況等報告している。市の介護相談員の受け入れや、市主催の研修会へも積極的に参加し連携を深めている。	
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	身体拘束をしないマニュアルより施設内研修で趣旨を十分理解して介護支援に当たっている。玄関の施錠については、利用者様の行動を制限し、人権を侵害する行為とし、昼間は常時開錠している。夜間帯は防犯上で止むを得ず施錠している。	マニュアルは整備され定期的に施設内研修で理解を深めている。玄関は昼間は常時オープンしている。何回か外出されたケースもあったが、地域の連携が活かされて何もなかった。家族へも説明・同意を得て日々のケアに努めている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底	虐待防止に関するマニュアルにより内部研修し職員が十分理解している。地域と外部	マニュアルは整備され定期的に施設内研修を実施するほか、本部および主催の研修等	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
		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	修し趣旨を十分理解している。他にも外部研修会に出席し職員会議で発表。法人全体では、マナー委員会を設置。職員は利用者様に対する言葉遣いも十分配慮し、職員同士で注意し合っている。	を実施するほか、本部や市主催の研修等学ぶ機会がある。朝夕の利用者の表情の変化や、入浴時等生活の場面場面で職員同士で注意し合い、虐待が見逃されないよう取り組んでいる。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	現在、これらの制度の対象となる利用者はいないが、今後備えてグループホーム内で内部研修をおこなった。法人全体での説明会も有り、管理者は兵庫県の介護研修所にて、実践者研修や管理者研修にて研修科目として受講している。	現在、制度の利用者はいないが、まず管理者・職員が制度をよく理解し、利用者に制度の活用の必要性はないか等、話し合い出来るよう理解に努めている。	
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	入居時に、重要事項説明書で十分に説明し、本人と家族の納得を得たうえで、契約。退所時には、管理者とケアマネージャーが利用者様と家族様に十分な理解納得を図っている。改定の際は訪問説明、入居前には体験入居を設けている。	契約に当たっては、重要事項説明書で十分にご納得いただけるまで、時間をかけて説明し理解に努めている。また入居前に体験入居いただき不安解消に努めている。	
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	入居時の本人・家族からの意見や要望を尊重して支援している。その後は本人の行動・表情を読み取り、カンファレンスにより情報を共有したり、来苑時の家族からの意見も参考に、運営に反映させている。外部から丹波市介護相談員訪問。	入居時の利用者や家族の意向や要望を尊重して支援している。その後は利用者の日々の生活・行動のご様子をカンファレンスで共有したり、介護相談員の意見も参考に運営に反映させている。	
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	管理者と職員との会議は、昼間のミーティングや月1回の職員会議で、自由・活発に意見を出し合い運営に反響させている。問題によっては、法人への意見具申も行っている。代表者も施設へ訪れ、職員の悩みや意見に耳を傾けている。	昼のミーティングや月1回の職員会議で、自由に意見を出し話し合い、運営に反映させている。また年2回テーマを与え作文形式で意見を汲み取るよう努めている。	
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	職種や経験、実力、適正により役割分担が行われ給料水準が決定。年に2回の自己採点シートに記載をしながら自分の行っている仕事の取り組みを報告今後の目標を設定し、意識を向上している。代表者は職員の相談を解決し職場環境の整備に努めている。		
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	定期的に法人での合同研修会、職種に応じた外部研修を受講している。資格取得に向けての研修、試験事前の模擬試験等、職員の力量に応じて考慮している。今年度より、毎月の内部研修に毎回講師を招く等、新たな試みを行っている。		
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	代表者は、管理者にグループホーム会議・地域ケア会議・施設部会会議等に出席しネットワーク作りを行うよう命じている。当苑が主催で会議を行う事も有り、情報交換・他施設の意見も参考にしながらサービスの質の向上につなげている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	管理者とケアマネが事前に自宅訪問を行う等、生活相談や不安、要望を聞きながら関係を築いている。本人様の気持ちを理解する為、生活歴やリズム等、情報の聞き取りを細かく行い、入居時に安心されるよう、職員全体で取り組んでいる。		
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	介護支援専門員が入居時に最近の生活状況、相談、不安、要望を聞いている。入居翌日にもその後の生活状況の報告や気になった事を家族に報告、確認をしながら関係を築くように努めている。サービス計画書に要望は反映されている。		
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	本人様と家族様等が必要としている支援を見極め、医療機関への対応や当苑以外のサービス利用についても説明・対応している。サービスを導入する段階で、本人様が在宅復帰の意向を話され、家族様を含めた担当者会議を後日おこない、自宅近隣の小規模多機能型サービス事業所に繋げる事で、在宅復帰を可能にした実例がある。		
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	畑での野菜栽培方法や音からの慣わし事等、地域社会での先輩として、職員は利用者様に教わる事が多い。外出や調理、生活の役割を分担作業し、職員は自らの生活歴も利用者様にお話し相互理解を深め信頼関係を築いている。		
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	果死時や連絡時に生活状況報告、自宅での以前の様子や外泊の様子を伺い、相談をしながら共に本人様を支えて行く関係を築いている。家族様がお誕生日会へ出席されたり、帰宅願望時の対応、受診や外出等もお願いする場面がある。		
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	入居時に本人様・家族様から、親戚・友人・知人等のなじみの人や美容院・スーパー・外食店などのなじみの場所、生活歴を確認して、それらの関係が継続できるよう支援している。外出支援時は馴染みの場所や自宅前を希望により通っている。	入居時の利用者や家族から、生活歴や馴染みの友人・知人また理美容院・買物店・散歩した場所等確認して、それらの関係が継続できるよう支援している。最近では年賀状も出していただいている。	
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	入所と退所に伴った利用者様同士の関係の再構築や、聴力や発語等の身体状況によるコミュニケーション不足を、生活場面で職員も関わり合い支援している。利用者様同士の、生活習慣や考え方の違いを理解して頂くようにも支援している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	退所や他施設に転居された方の関係性は必要に応じ継続出来ている。実例ではADLが向上し、独り暮らしを再開した利用者様の生活経過で、電化製品の購入や他事業所の利用についての電話相談を受け居宅ケアマネジャーに報告相談した。		
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	入居時に本人様・家族様から得た生活歴を参考に、思いや意向を把握し支援に反映させている。困難な場合は、本人本位に安全優先で検討、本人様と家族様の同意を得ている。ミーティングやカンファレンスにて希望や意向を再確認している。	入居時の利用者・家族の希望、意向を大切に支援している。生活の中で利用者が何気なく呟かれた言葉にも注目し、可能な限り実現に努めている。	
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	本人様・ご家族様、在宅ケアマネに、以前のサービス利用状況の様子、課題等を伺ったり、どんな暮らしをしていたか、趣味や就労状況を尋ねている。誕生から家族構成、その時代の思いや叶えられなかった事等、センター方式も参照		
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	日々の様子観察、バイタル測定や介護記録、ミーティングにより利用者様の状態を把握している。生活場面での現存機能の新たな確認、普段と違った兆しが見受けられれば、それを大切に、その方の生活の幅が広がるよう努めている。		
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	入居時に、本人・家族・関係者から待た情報をもとに、サービス担当者会議で介護計画を作成。入居後1か月程度は本人の状態を観察し見直しの可否を判断。以降、半年から年毎見直し。退院時には病院にてカンファレンスを依頼し見直し作成	利用者・家族の意向や要望を踏まえ、職員会議で意見を出しあい介護計画を作成している。週1回定期的に来ているケアマネ・看護師の意見やアイデアを反映し、3ヶ月毎に現状に即した計画に見直せるよう努めている。	
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	細かな言動、気づいた事、生活状態の記録を行い、職員間で意見交換・情報を共有。都度、ケアについての検討をして実践に向けている。他にも主治医往診の結果や看護記録も参照し、利用者様の身体に無理のない計画見直しを行っている。		
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	家族様より専門職による口腔ケア意向があり協力歯科医院に相談、往診の他に居宅療養管理指導を受ける事が可能である事を知り歯科医院の協力のもとサービスに取り入れた。他にも機能訓練を希望される方の、要望に応えた機能訓練用具を設置。外出支援や余暇活動を、集団支援から個別支援へと、柔軟で多機能なサービスへと段階的に切り替えている		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	読書が好きな方に市内に有る図書館等の公共施設の利用を、外出を好まれる方に地域交流や自治会行事への参加を促している。小学校区のリサイクル運動、小学校のどんど焼き等の行事参加、新たに地域ボランティア受け入れを行った。来年度は、地域のカルチャークラブやスクールへ、個別支援での参加が可能となるよう、現在計画立案している。		
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、本人様・家族様と相談しかかりつけ医を決めている。現在全員が施設の協力医にて月1回往診、歯科はその都度の往診となっている。看護師より、経過状況や本人様の意向を主治医に報告。往診を楽しみにしている利用者様もいる。	かかりつけ医は、利用者・家族の意向を優先しているが、ほとんどが施設の協力医に月1回の往診を受けている。歯科は定期訪問があり、整形外科等その他の専門医については、家族対応となるが都合によっては職員で支援している。	
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	看護師は毎週土曜日勤務。職員は受診結果、体重測定結果、日誌をもとに1週間の状況を細かく看護師に報告。緊急時や必要時はその都度、連絡を取り、相談や指示を受けている。医療機関より退院をされる際のカンファレンスに同行。看護師は利用者様、家族様等の要望を親身に受け止め医師に報告している。		
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。	協力医療機関の柏原赤十字病院に理事長の親族の医師がおり、施設とは良好な関係が出来ている。退院前に情報を頂いて、退院後の生活に反映させて、家族から喜ばれている。日頃から、柏原赤十字病院の地域連携室にも相談をおこない、受診が円滑におこなえるよう努めている。	入院はほとんどが協力医である柏原赤十字病院である。月1回の往診も有り、施設とも利用者とも良好な関係が出来ている。退院後も引き続き定期的に往診があり、家族にも安心頂いている。又緊急の受診にも備え病院関係者と連携を図っている。	
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	重度化した場合における看取りの指針を書面により朗かにし、入居時や契約時に本人様・家族様等に十分に説明をおこない、話し合いの場を設けている。本人様・家族様等より、書面でも同意を得ている。介護支援専門員、介護士、看護師、管理栄養士、協力医療機関、他事業所や地域関係者とチームで支援に取り組んでいる。	重度化や看取りについては、契約時に指針を書面で示し説明を行い同意を得ている。法人内に特養があり、施設の看護師も特養で兼務しており、安心して生活いただいている。	
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	法人内研修、施設内部研修により、心肺蘇生法、AED講習、応急手当、初期対応の訓練を定期的におこなっている。施設職員は、普通救命講習修了証、認定特定行為業務従事者認定証を取得している。		
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	前年度4回の消防訓練を実施、今年度は現時点で3回訓練や研修を実施。昨年市内で土砂災害が発生、災害後市内他事業所と会議を行い情報交換。新たに水害・地震等の非常災害の訓練を行った。丹波市消防本部、自治会消防部長と非常災害時についての話し合いも行っており協力体制を築いている。自治会消防部長の妻は当苑介護職勤務。	職員が輪番でリーダーとなり、年4回繰り返し特に夜間を意識した避難誘導訓練を実施している。市の消防本部、自治会消防とも話し合いを行っており協力体制を築いている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	個人別の排泄チェック表により、排泄パターンを把握している。時間前に声掛けをし、公衆トイレではなく各居室のトイレへと誘導し、自立に向けた支援をしている。終日紙パンツから日中は布パンツに変更、ポータブルトイレの使用から居室トイレに改善、トイレ誘導から自力排泄動作にした実例がある。	個人別に排泄パターン把握して、適時に声掛けを行い各居室のトイレへ誘導し、自立に向けて支援している。紙パンツから布へ、ポータブルから居室トイレへ、地道に排泄の自立に向け支援している。	
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	内服薬の副作用や内臓機能の低下等、高齢者の症状の原因因子について内部研修を行った。水溶性食物繊維の多い食材をメニューに取り入れ、機能訓練、ラジオ体操、畑仕事等、個々に応じた運動を毎日行っている。看護師から主治医への報告、緩下剤処方により、症状の改善を図る事も可能である。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は週2~3回・午後を基本にしているが、個人に合わせて柔軟に対応している。機械浴・シャワー浴、ゆず湯・菖蒲湯等季節を感じて頂くように変わり湯も行っている。気分により入浴されるまで時間を要する方は、日・時希望に合わせて支援。	週2~3回・午後を基本に、利用者のタイミングや希望をお聞きし、柔軟に対応している。入浴を嫌われる方には時間をかけ声掛けを行い、タイミングを計って支援している。柚子湯・菖蒲湯等季節を感じていただくよう努めている。	
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	室温や室内灯の調整、時間や寝具等、本人様に相談し、季節ごとや状況に応じて好まれるよう支援している。事例では、本人様・家族様とも相談し、本人様の安眠の為、入眠時に居室で音楽CDを流し対応した事も有る。その他、本人様の状況を考慮し休息を促したり、リビングには休息の為、ソファを設けている。		
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	利用者様、一人ひとりの内服薬説明書を閲覧出来る場所に設置。眠前薬や頓服薬、新たに処方された薬等、状況経過を看護師に報告。柑橘系食物と飲み合わせ注意の内服薬、ポルタレン等時間を空けての内服薬、食膳薬や長時間使用で皮膚かぶれを起こす湿布薬等、目的・副作用・用法用量について都度確認をしている。		
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	畑での農作業・プランターでの園芸、調理や干し柿作り、外気浴や散歩、苑の掃除や草引き等の活動に参加、昔の経験や思い出話をしながら、収穫や食事等、完成後の楽しみも持たれている。他にも、昼食時の飲酒やカラオケ大会等がある。		
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	日常的には、天候や気候、利用者様の体調に合わせて、施設周辺での外気浴や散歩、施設前のお堂にお参りに行く等を日課に取り入れている。遠出の外出も家族様の協力などを得て花見や紅葉狩り等要望に合わせて外出を支援。実例では海・温泉・空港、落語会や芝居見物・回り寿司に蟹料理を食べに旅行に行ったりと出来る限りの外出支援を行っている。	日常的に施設周辺での散歩や、お堂へのお参り等を日課に取り入れている。地域でのお茶会等行事や家族の協力を得ながら、花見、紅葉狩り、海や温泉、芝居見物にも出かけた。出来る限りの外出支援に心掛けている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	お小遣いの自己管理の方が有り、馴染みの散髪屋等の地域店主にご自分で支払いをされるのを楽しみにされている。生活の権利と個人の尊厳保持を大切に支援している。買物支援では、利用者様にお金をお渡しし、ご本人様にお好きな物を購入して頂き、ご自分でレジでの支払を行って貰っている。		
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	利用者様から年賀状や手紙の投函を頼まれることが有ります。誕生日や母の日の等の記念日には家族様等より手紙やプレゼントが届きます。実例では、家族様が健康状態を気にされ、定期的にお電話をされる方もおられます。入居されたばかりの利用者様より、転居を知らせたいと相談あり、知人に手紙と当苑までの地図の郵送支援を行った。		
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	利用者様が、生活されるリビングルームはやや広く設計されている。日中はカーテンを開け、風景を眺めながら季節を感じ過ごせるような環境作りに努めている。他にも、リビング横の水琴窟は、代表者が利用者様に水音で癒しを感じてもらいたいと設置を依頼した物で有る。	日中過ごされるリビングは広くゆったりして、自然光が注ぎ、窓から石庭が望まれ、水琴窟が利用者様に癒しを与えているらしい。廊下やテーブル等も整理・整頓が行き届き、すっきりと居心地良い空間となっている。	
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	リビングの席やソファ、和室等、それぞれが思い思いの場所で過ごしている。トランプやカルタなどレクリエーション用具は、所定の場所に有り自由に取り出しが出来るので利用者様同志でカルタとりをされたりしている。配席は無く自由に座る事が可能で有り、職員にも固定した配席が無い事を確認している。		
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	慣れ親しんだ生活スペースを、出来るだけ再現して貰える様、本人様・家族様と部屋作りを継続して行っている。居心地よく過ごせるよう使い慣れた筆筒や家族の写真、家族様が描かれた植物画、位牌や神棚等を持ち込まれている方も有る。	居室は自宅で使われていた思い思いの物で飾られている。中には子・孫・曾孫等家系図を作り、写真を添えて飾り、一緒に生活しておられる部屋もある。	
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	ベットの柵をL字柵に変更して、掴まりながら一部介助により立位がとれる様に工夫をしている。その他、昨年度から設置されたりハビリ器具、利用者様の日課に取り入れた日捲りと献立表記のホワイトボード、ナースコールと電動ベッドリモコンの文字や、居室洗面台も使用しやすい物を設置している。		

基本情報

事業所番号	2891300069
法人名	社会福祉法人丹波柏原福祉会
事業所名	グループホーム青垣もみじ苑
所在地	丹波市青垣町西芦田1024-5 電話 0795-87-2010

【情報提供票より】平成 27年12 月 5日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成 22年4月1日		
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	11 人	常勤 9人	非常勤 2人 常勤換算 6.3人

(2)建物概要

建物構造	木造瓦葺平屋建て
------	----------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	60,000円	その他の経費(月額)	
敷 金	無し		
保証金の有無 (入居一時金含む)	300,000円	有りの場合 償却の有無	有り
食材料費	朝食	350 円	昼食 600 円
	夕食	600 円	おやつ 100 円

(4)利用者の概要(11月9日現在)

利用者人数	9 名	男性	3 名	女性	6 名
要介護1	5 名	要介護2	1 名		
要介護3	3 名	要介護4	0 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 86.3 歳	最低	75 歳	最高	94 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	柏原赤十字病院
---------	---------



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	26	家族様アンケート調査の結果、「レクリエーション等の活動をもっと多く行って欲しい。」「近隣への散歩をもっと行って欲しい。」「本人が喜ぶ事をして欲しい。」との意見が出ている。	個別性のある支援を確立する。	利用者様により良い暮らしをして頂くために、利用者様、家族様、必要な関係者と話し合っ、それぞれの意見やアイデアを反映させ、趣味や各種療法等、利用者様が本当に望まれている、ニーズに合った活動を毎日展開していきます。	12ヶ月
2					ヶ月
3					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】	
実施段階	取り組んだ内容 (↓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()