

### 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   | 2874001619       |            |          |
| 法人名     | 医療法人社団 だいたうクリニック |            |          |
| 事業所名    | グループホーム 花みずき     |            |          |
| 所在地     | 姫路市豊富町豊富915-2    |            |          |
| 自己評価作成日 | 令和3年10月25日       | 評価結果市町村受理日 | 令和4年1月4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 [https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhvuou\\_pref\\_topijigvosyo\\_index](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhvuou_pref_topijigvosyo_index)

【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   | 兵庫県川西市小花1-12-10-201  |  |  |
| 訪問調査日 | 令和3年11月9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)】

・法人の理事長が主治医で24時間連絡が取れ指示を受ける体制ができています。また、週に1回、主治医、看護師、薬剤師がそれぞれ来訪しており、利用者様の健康状態を把握している。職員は『利用者主体』を意識し支援を行っている。

・立地場所は遠くに山々が見渡せ、周辺は田畑があり、落ち着いた環境である。天気の良い日は散歩を行っている。

・今年度は新型コロナの影響で交流はできなかったが、例年であれば、近隣住民の方々が運営推進委員として参加してくださっているまた、校区内の生徒が来訪したり、消防団と連携し、心肺蘇生等の研修も行って。

【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11月で開設後21年目に入った。「赤いとんがり帽子の時計台」はこの地区のランドマークである。「利用者は職員に付き添われて、近くのあぜ道、遠くのあぜ道を散歩する」と管理者が言う様に、事業所の周りには静かな田園風景が広がっている。開設以来一貫して掲げている理念の一つに「地域の福祉への貢献」があり、介護離職者をなくすため、2016年姫路市で最初の「共用デイ」を立ち上げた。3ユニットそれぞれの職員がアイデアを駆使してリビングを飾り、家族から提供された紅葉の枝が壁に飾られ利用者に季節の移り変わりを知らせている。法人母体クリニックの医師と看護師が、利用者の健康管理と緊急時の24時間対応を担っていることが、利用者と家族そして職員に安全と安心感をもたらしている。今後とも福祉のランドマークとして更なる高みを目指されるよう、期待している。

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<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | 事業所の理念を中央ホールに掲げている。理念に沿った支援が出来るよう意識している。                           | 事業所開設以来の理念を額装し、2階のホールに掲げているが、目の位置よりかなり高い為にアピール性に欠ける。理念の「利用者ひとり1人に合わせた楽しみづくり」や、「スタッフとのなじみの関係」、「高齢者の『今』を大切に」などを日々実践すべく、チームケアで臨んでいる。          | 額装した理念を玄関ホールにも掲げ、事業所だよりなどを通して、対外発信されたらどうであろうか。                        |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | 散歩の時に挨拶を交わしている。<br>例年はクリスマス会などの行事に近隣の方に来て頂いているが、今年はコロナ禍で行事ができていない。 | 全利用者が自治会会員になっており、年会費の半額を事業所が負担している。自治会長や自治会からの回覧で地域の情報を得ており、コロナが収束すれば、利用者も参加できる催し物に期待を持っている。姫路市で最初に立ち上げた共用デイ事業はコロナ禍で中断しているが、12月から再開の予定である。 |   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | コロナ禍の為、今年度はできていない。   |  |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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       | コロナ禍で運営推進会議ができていない。  | 運営推進会議を中断しており、その間、事業所の状況報告が出来ていない。コロナ以前に開催していた運営推進会議では、事故やヒヤリハットを報告していなかった。11月から再開する予定であり、議事録を家族にも送付することとしている。                             | 運営推進会議の報告の中に、利用者の平均介護度、平均年齢、入退院情報、事故とヒヤリハットの発生状況と検討した再発防止策なども記載して下さい。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | 地域包括支援センター職員の方に運営推進会議に参加して頂いているが、今年度はコロナ禍の為出来ていない。                 | 市の担当課とは、事故報告、介護保険に関する質問などで連絡しているが、日頃は地域包括を軸にして関係性を築いている。地域の事業所連絡会はコロナ禍のため中止となっているが、管理者が懇意にしている事業所と情報交換をしている。                               |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体的拘束等適正化委員会で定期的に話し合っている。毎月の勉強会でも議題にとりあげている。                       | 身体拘束適正化に関する事業所の指針を作成しており、「リスク委員会」が「適正化委員会」として活動している。現在、拘束に該当する器具は使っていない。転倒などのリスクがある利用者に関しては、職員による見守り強化で対応している。                             |   |
| 7                  | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>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       | 不適切ケアを勉強会で定期的に学んでいる。   | ユニット会議で職員が講師になって、アンガーマネジメント、不適切ケアなどについて学んでいる。ケアの際に一部の職員が、希に大きな声を出したり乱暴な方言を遣うことがある。乱暴な言い方に聞こえるので、管理者はその都度や、会議の場で注意を喚起している。                  |   |

| 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<br>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    | コロナ禍のため勉強会が中止となることが多かったが、市役所が発行している冊子を回覧し学べるようにした。        | 現在、数名の利用者が成年後見制度を利用している。後見人は弁護士や家族であり、それらの事例を通じて、職員はある程度の知識を持っている。制度の概説資料を準備しており、契約説明時などに必要となったら手渡せる態勢である。                                   |                   |
| 9  | (8)  | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 管理者が説明を行い理解して頂くようになっている。利用者、家族からの要望があればその都度、話し合いの場を設けている。 | 地域包括、ケアマネ、デイサービス・人づての口コミ紹介といったルートで、毎年、5人程の新規入所が有り、管理者が説明している。契約説明時に質問が多いのは、退所しなければならなくなる理由、入院時の居室確保可能期間などであるが、丁寧に説明して納得を得ている。                |                   |
| 10 | (9)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | コロナ禍で、例年行っている家族会が開催できず、家族から意見を頂く場がなかった。個別の要望にはその都度対応した。   | 年2回開催していた家族会の内、春の開催時に前年度1年間の状況を報告しており、その中で意見を聴く機会を設けていた。事業所の運営に反映させるような意見は無かった。介護計画を更新する際には、家族の来訪時に、又、来訪が遠のいた場合は書類を送り、電話で内容を説明して希望や意見を聴いている。 |                   |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 年に2回、管理者との面談があり、意見や提案を伝える機会がある。                           | 毎月2時間程度のユニット会議を開催しており、その中で職員の意見を聴く機会を設けている。介護計画の「解決すべき課題」の「短期目標」と日々の介護記録との関連付け、それを基にしたモニタリング評価と言う一連の流れと書式の見直しを行ったが、現在、更なる改善を検討している処である。      |                   |
| 12 |      | ○就業環境の整備<br>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      | 個別に意見や提案をすることが出来る環境にある。                                   |  |                   |
| 13 |      | ○職員を育てる取り組み<br>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         | コロナ禍で内部研修である勉強会は中止になることが多かった。外部研修は参加している。                 |  |                   |
| 14 |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | コロナ禍でグループホーム連絡会が中止になり、交流の機会がなかった。管理者は情報交換をしている。           |  |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入所前に事前面接を行い、情報を得ている。本人の様子を見ながら安心できるような声かけをするように心掛けている。       |  |                   |
| 16                         |      |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 事前面接を行い、困っていることや要望をヒアリングしている。入所後も日常の様子を報告し、信頼関係が築けるよう努めている。  |  |                   |
| 17                         |      |    | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 必要なサービスを過不足なく、提供できるよう日々本人の状態を観察して見極めている。                     |  |                   |
| 18                         |      |    | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 人生の先輩として風習等を教えてもらったり、話を聴いている。                                |  |                   |
| 19                         |      |    | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 毎月のお手紙で現在の状況を報告している。従来は面会時に要望を聴いていたが、コロナ禍で機会が少なかった。          |  |                   |
| 20                         | (11) |    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | コロナ禍で、面会を禁止したり、制限することが多かった。                                  | 法人の季刊広報誌と、毎月の利用者の近況を家族に知らせるお便りに写真を添えて送っていることが、家族にとっての楽しみであり、安心感につながっている。コロナ下での面会は、玄関のガラスドア越しや、玄関ホール内でビニールを張ったパーティションを間に置いた方法を採用した。 |                   |
| 21                         |      |    | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 気の合う利用者同士がスムーズに交流できるように、職員が間に入っている。行き違いからトラブルにならないように配慮している。 |  |                   |

| 自己                                 | 者<br>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<br>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                    | サービが終了しても家族の方より電話やお手紙で現在の状況を知らせていただいている。                              |   |                   |
| <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ト</b> |         |  |   |   |                   |
| 23                                 | (12)    | ○思いや意向の把握<br>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   | バックグラウンドシートや日常の会話から本人の希望を把握できるようにしている。思いが伝えられない方は表情や行動から推察するように努めている。 | 「職員の顔を覚えて貰えることが可能な時期に入所して貰い、職員との信頼関係を築くことが望ましい」というのが管理者の考えであり、その様な利用者は認知症の進行が遅いという。しかし、重度の認知症であっても、当事業所は経験豊かな職員が多く、専門的な知識、技術をもって支援を行い、居心地よく生活できるように努力をしている。理念の一つに「高齢者をひとりぼっちにしない、させない」を謳っており、利用者との意思疎通を大切にしている。   |                   |
| 24                                 |         | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 家族からの情報や会話から把握するように努めている。   |   |                   |
| 25                                 |         | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の関わりを通じて本人の好まれる過ごし方や出来る事を把握するようにしている。                               |   |                   |
| 26                                 | (13)    | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 月1回モニタリングを行い、本人の望むことや現状を職員で話し合っている。                                   | 1人の職員が1人か2人の利用者を担当する中で、毎月のモニタリングを4段階で評価し、介護計画作成担当者が内容をチェックして、半年ごとの計画更新につなげている。最新の介護計画と記載中の介護記録数頁を利用者ごとにセットし、1ユニット9名分を1つのファイルにしている。職員は、介護計画書に記載されている利用者ごとのケア項目を参照しながらケアをし、介護記録を記載している。記載された介護記録の各行に、記録者がケア項目番号を振っており、ユニットの全職員が全利用者のケア項目とケアの状況を把握する態勢で、理念である「チームでのケア」を実践している。 |                   |
| 27                                 |         | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日常の様子や本人がした事、言った事、ケア内容を記入し、全職員が情報を共有している。うまくいったことは介護計画に反映させている。       |   |                   |

| 自己<br>者<br>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 |
| 28            | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                                 | 本人の状況の変化に応じて、その都度適切なサービスが提供出来るように職員間で話し合い、支援している。       |  |                   |
| 29            | ○地域資源との協働<br>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   | 例年は地域の消防団や近隣の方々、トライやるの中学生と交流の機会があるが、今年度はコロナ禍の為、機会がなかった。 |  |                   |
| 30            | (14) ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 理事長がかかりつけ医であり何かあればいつでも連絡出来る体制をとっている。                    | 家族の了解を得たうえで法人クリニックの理事長が、かかりつけ医をしている。利用者は毎週訪問診療を受け、かかりつけ薬局が来訪し投薬カレンダーに薬を入れ、精神科医や訪問看護師、必要時の歯科医師の往診等による医療連携により健康管理されている。            |                   |
| 31            | ○看護職との協働<br>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                               | 週に一回、訪問看護があり、利用者の健康状態を報告、相談している。その都度、適切な指導を受けている。       |  |                   |
| 32            | (15) ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時は利用者の情報を提供している。また入院中の様子を家族や病院から報告してもらうよう働きかけている。     | 入院先は、入所前に利用者が通っていた病院の事もありますが、かかりつけ医の指示によることが多い。入院先の病院に利用者情報を提供し、法人のかかりつけ医が病院と連携し情報を得ている。退院後はサマリーなどの情報を基に、事業所での生活が維持継続できるよう努めている。 |                   |
| 33            | (16) ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる   | 重度化や終末期にある利用者については主治医より、家族へ説明してもらっている。                  | 利用者の身体状況により、家族の要望があれば医師や看護師、訪問看護師等と医療連携し看取り計画作成、看取りを行うこともある。重度化や終末期対応の指針を示しており、重度化した場合等は医師が家族に説明し了解を得ている。                        |                   |
| 34            | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 例年は救命救急の訓練をしているが、今年度はコロナ禍で出来なかった。緊急時の対応はマニュアル化している。     |  |                   |

| 自己                               | 者<br>第<br>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 |
| 35                               | (17)        | ○災害対策<br>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            | 毎月、日中夜間想定で訓練を行っている。                               | 火災や地震、水害を想定して、年間8回程度、避難訓練を実施している。利用者の避難の確認は、ドアを開け放す事にルール化している。消防署からは、ベランダに避難するよう指示があり申し合わせている。地元消防団に依頼し見守りの協力が得られている。非常時の食料をローリングストックしている。 |                   |
| <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<br>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                    | その人にあった優しく丁寧な言葉かけをするように心掛けている。                    | 利用者への言葉掛けには、特別な場合を除き名字にさんを付け呼んでいる。排泄支援時の声掛けには特に注意している。恥ずかしい思いをしないよう、そっと、なにげない声掛けを行っている。意思表示ができる人には選択肢を示して決めてもらっている。                        |                   |
| 37                               |             | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 普段から本人の希望が言いやすいような関係づくりに努めている。                    |  |                   |
| 38                               |             | ○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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 | その人のペースに合わせ、早かしたり制止したりしないようにしている。                 |  |                   |
| 39                               |             | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 利用者の好みを把握して相談しながら決めている。                           |  |                   |
| 40                               | (19)        | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 利用者の好みのメニューを取り入れている。個々の状況に合わせて小さく切ったり量を調節したりしている。 | 各ユニット毎の職員がメニューを考え、契約したスーパーに食材を注文し配達してもらっている。利用者が、畑で夏野菜やサツマイモを作り食事に取り入れている。食事はユニット毎に作り職員も同じ食事を利用者と共に食している。食器拭き等の片付けを手伝う利用者もある。              |                   |
| 41                               |             | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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           | 一人ひとりの状態に合わせて好みのもを提供したり、必要な量を摂れるように工夫している。        |  |                   |
| 42                               |             | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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                   | 一人ひとりの状態を把握して声をかけたり、介助をしたりしてきれいな状態を保てるようにしている。    |  |                   |

| 自己 | 者<br>第<br>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<br>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                              | 一人ひとりの状態に合わせて、声掛けや介助を行っている。また、サインを見逃さず、トイレで排泄できるよう支援している。 | 自立している利用者もあるが、排泄の声掛けや一部介助等それぞれ利用者にあった支援をしている。排泄チェック表により定期的な声掛けや誘導により、紙パンツから布パンツに移行した人や、パットが外れた利用者もある。                                |                   |
| 44 |             | ○便秘の予防と対応<br>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  | 排泄チェック表に記入し、管理している。運動や水分摂取等工夫して便秘にならないように配慮している。          |  |                   |
| 45 | (21)        | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | 出来るだけ本人の希望に沿った入浴を心掛けている。                                  | 入浴は毎日午後3時頃から行い、一般個室を利用している。入浴予定日は決めていないが、利用者の状況を見ながら柔軟に対応し、入浴の拒否があれば別日にしたり、足浴等で清潔やリラックスが得られるように努めている。                                |                   |
| 46 |             | ○安眠や休息の支援<br>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   | いつでも居室に戻り、休むことができる。日中は散歩に行ったり、体操したり活動するよう支援している。          |  |                   |
| 47 |             | ○服薬支援<br>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  | 一人ひとりの服薬状況を把握するようにしている。                                   |  |                   |
| 48 |             | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 一人一人の好みや状態に合わせて掃除や家事等ができるよう支援している。                        |  |                   |
| 49 | (22)        | ○日常的な外出支援<br>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 | 例年、お花見やドライブ等外出をしているが、昨年からのコロナ禍の為出来ていない。                   | 毎月行事を決めてドライブや花見などに出かけていたが、コロナ禍で遠方への外出はできていない。事業所の敷地内や近隣のあぜ道の散歩はよくしている。花や野菜作りが好きな利用者が、職員と一緒に作業する事が多く、玄関には多くの木や花が植えられ、作る人と見る人を楽しませている。 |                   |



| 自己 | 者<br>第<br>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<br>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  | お金を持っている利用者も数名いるが、ほとんどは職員が管理している。  |   |                         |
| 51 |             | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話の希望があればかけている。家族から電話があれば取り次いでいる。本人宛に届け物があった時には、電話をかけてスムーズに話が出来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<br>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 | 一人ひとりが快適に過ごせるようにカーテンや窓を開閉したり、温度を調節している。また季節を感じられる飾り物をしたり、花を生けたりしている。       | 広くて明るいリビングを、庭や畑の生花や木々で飾り季節を感じ取れる工夫をしている。利用者の習字や塗絵が廊下やホール内に配置良く貼られており、居室と居室の間の腰掛が、利用者の小休止場所になっている。温度は空調のエアコンで調整し、湿度は1ユニットにつき、3台の加湿器で対応している。が、温湿度が適度な状態であるかについては把握できていない。 | ホールや居室に温湿度計を設置されてはいかがか。 |
| 53 |             | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 気の合う利用者同士を同じテーブルに座ってもらっている。テーブル席以外にもソファや廊下のベンチがあり、いつでも座れるように配慮している。        |   |                         |
| 54 | (24)        | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 今まで使っていた家具を持ち込んだり、家族の写真を飾ったりしている。  | 居室入り口の表札の横に、利用者の顔写真を貼り分かりやすく示している。事業所からは、クローゼット、照明、床暖房、ベッド、洗面台、エアコンが設置され、利用者は家族写真や使い慣れた家具類、位牌や遺影、骨壺を置いている利用者もある。居室内は整理整頓され、掃除も行き届き利用者それぞれの個性が見受けられる。                    |                         |
| 55 |             | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 一人ひとりの状態に合わせて環境整備をしている。できる限り自由に過ごせるよう見守っている。                               |   |                         |

(様式2)

事業所名: グループホーム 花みずき

## 目標達成計画

作成日: 令和3年 12月 14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        | 3.<br>4. 5 | コロナ禍の為、約2年間、運営推進委員会、勉強会、研修、外出、行事等の活動がほとんど出来ていなかったため、全体的に活気がなく、緩みが生じている。 | 以前のように活気あるグループホームを目指し、様々な活動を再開する。 | コロナ感染の状況をみながら、中止していた活動を順次再開していく。 | 12月        |
| 2        |            |   |                                   |                                  | 月          |
| 3        |            |   |                                   |                                  | 月          |
| 4        |            |   |                                   |                                  | 月          |
| 5        |            |   |                                   |                                  | 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( )   |
| 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( )   |