

### 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	令和 5年 2月 16日	評価結果市町村受理日	令和5年5月23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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topjigvosyo_index">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_pref_topjigvosyo_index</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3月14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)】

グループホームで看取りまで行い、最期まで自分らしく過ごしていただけるよう、本人の生活に寄り添ったケアを行っている。

連携推進法人グループの賛助会員となり、前理事長が退任し、連携推進法人から新しく理事長と施設長が赴任し、事業所の管理者や主任も法人内異動で新任となった。設立以来36年、前理事長が培ってきた思想を法人全体にわたる基本理念とし、職員が継続して利用者と向き合っている。利用者が思いのままに過ごす日常に重点を置き、利用者の意向を妨げないケアを徹底している。トイレ、浴室、洗濯盤、ミニキッチンがある居室は、「家」そのものであり、誰に気兼ねすることなく生活する場となっている。利用者ができないことのみを支援し、豊かに過ごせる日常を支えている職員の姿勢は、前理事長から引き継いだものであり、貴重な財産といえる。新管理者は着任以来、事業の見直しを進めつつあり、より効果的効率的な事業所運営を策定中であり、今後の大いに期待できる。

### 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 ↓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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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 (参考項目:4)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<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	月一回の会議等で利用者の事例を通して考え実践につなげている。	法人の介護理念と介護心得をホームページに明記し、簡略した文言をパンフレットに載せ、事業所入り口にも掲示している。前理事長が、自立、参加、ケア、自己実現、尊厳という高齢者のため5つの国連原則に基づき法人設立時に定め、以来継続して事業所の理念となっている。毎月の職員会議で、ケア事例と理念を関連付ける等の工夫をして浸透を図っている。	
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	コロナ以前は地域の人との交流があったが現在は中学生のトライやるのみ	中学生のトライやるウィークや、小学生の「職業人と語ろう」という授業に参画している。自治会は未加入ではあるが、地域からは見守ってもらえる体制が継続している。コロナ前は、音楽や喫茶、料理などのボランティア活動が活発であった。	
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	コロナのため交流はない。 近隣2か所の小学校へ行き職業人と語ろうの授業で介護福祉士の仕事を紹介し、認知症の症状について話をした。		
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	家族、地域代表、行政、医療に参加を呼びかけ、グループホームでのひやりはつと事故報告、ターミナル報告を含め家族、職員の疑問等を報告し話し合いを行っている。	運営推進会議には、市議員、家族代表、薬剤師、民生委員等の参加がある。これまでは法人全体の会議であったが、次年度からは事業所単独での開催を検討している。事故報告や委員会報告、実習生から報告はあるが、家族への議事録の送付はない。	会議録を家族へ送付する仕組みを構築していただきたい。
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	加古川市介護保険課、法人指導課、地域包括支援センターに運営推進会議の参加を依頼し、困難事例、クレームを報告相談等意見交換を行っている。	運営推進会議に担当課から数人、地域包括も参加している。困難事例が発生した際には、担当課とは緻密な連携をとった。2市2町のグループホーム協議会に参加しており、情報交換や勉強会がある。	
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	現在身体拘束は行っていない。やむをえない時は家族と話し合い4本柵をした事例有。	マニュアル、指針は整備され、運営推進会議の場をもって委員会を開催することとしているので、会議出席者等第三者からの意見を聴いて参考にしている。職員研修は年2回、研修委員が計画を立て、資料の準備をしている。玄関の鍵は夜間のみ施錠し、居室の鍵は全日開錠している。	

自己	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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	施設内研修で虐待について学び考える機会を持っている。	各会議で職員の言葉遣いに関して話しあっている。事業所の年間目標が「丁寧な言葉遣い」であり、口調については直接職員同士ですぐに注意しあう仕組みがある。管理者はストレス対処の方法を勉強会で学び、職員の様子に注意を払っている。ストレスチェックは健康診断と合わせて行っている。	
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	施設内研修で学ぶ機会がある。	家族へは契約時に制度に関する資料を渡して説明しており、職員は事業所で研修を受け、学んでいる。必要時には、家族への対応を進める準備がある。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約前に面接での聞き取りや、実際に見学をしてもらっている。契約時に理念や看取り等の話をし理解してもらえるようにしている。	契約前に事前見学を受入れている。医療や料金等に関する質問には丁寧に答え、重度化や看取りに関し丁寧に説明し理解を得ている。契約時の対応は、管理者と主任が同席している。	
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	面会時やメール、電話等で本人の様子を伝えている。契約時に苦情相談の窓口があると伝えていく。ご意見箱を設置し月一回地域の委員に開錠依頼し内容を話し合っている。	苦情相談窓口連絡先は入り口に大きく掲示し、意見箱も設置している。意見箱は第三者が開錠し、開封している。食事の嗜好や騒音などの意見があり、法人と協働して善処している。	
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の会議や毎日のミーティングで意見交換を行っている。	毎月ユニット合同で職員会議をもち、職員の意見を聴く場となっている。職員用の意見箱を設置し、法人本部が開錠し、対処している。イベント委員会が、食レクやおやつの工夫など企画している。	
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	人事考課を賞与昇給に反映させている。腰痛体操を行い腰痛予防に取り組んでいる。		
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	育成研修でプリセプター、リーダーとしてのスキルアップを目指している。		
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町グループホーム協会での勉強会に参加している。現在はコロナで中止総会は年一回行い付随して記念講演会を公開講座としている。		

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>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	本人の話をしっかり聞き、安心してもらえるよう努力している。		
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	契約時に利用者や家族からの聞き取りを行う。面会時や電話等で状態報告を行いしっかりと信頼関係が作れるよう努力している。		
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	利用者本人、家族が何を必要としているか、家族職員で話し合う。必要があれば関係事業所と連携をとる。		
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	コミュニケーションを取りながら、利用者中心のケアが行えるよう努力している。		
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	家族にも病院受診や日用品の買い物等役割を担ってもらっている。また面会時に本人の状態を伝えている。		
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	コロナの為現在は馴染みの人との面会等は行えていない。面会は少し緩和しつつある。	コロナ前は、友人の来訪や法人敷地内の喫茶利用、パン屋への外出等の支援ができていた。現在は、敷地内の散歩程度の外出支援にとどまっている。早めに以前のような支援を復活させたいと管理者は考えている。	
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	テーブルの位置等環境は整えてはいるが、利用者本人が自分で関係性を築けるよう見守っている。		

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
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	特にこちらからは積極的には行っていない。サービス終了時には、何かあればいつでも相談してください。と声をかけるようにはしている。		
<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 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	認知症の進行に伴い難しいこともあるが、本人の思いをしっかり聞くよう努力している。家族へ伝えたり、職員間で共有する。	職員は、事業所の目標「丁寧な言葉遣い」に沿って、目線を合わせてゆっくり丁寧に話している。聴き取った内容はケース記録に残し、職員間で共有している。コロナによる面会禁止期間は、利用者が家族と電話できるように支援していた。	
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	入居前に面接等で生活歴や生活環境の情報を本人や家族や関係先からきいて共有している。入居後も本人の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	日々の生活、状態を日誌や記録に残し、職員間で共有している。		
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	家族や本人に意向の聞き取り等行いケアプランを作成し実績をモニタリングしている。ケアを統一し多職種で連携を取っている。	介護計画作成は半年毎にしており、職員は利用者3名を担当しケアマネは担当職員からモニタリング内容を聴き取っている。状態変化時は適宜行い、サービス担当者会議に家族や主治医、訪問看護師、薬剤師、担当職員等が参加している。半年毎の変更は家族の意向の聞き取りと、サービス担当者会議を行い介護計画を作成している。実施中の介護計画書とモニタリングのサービス内容が違っており、モニタリングが十分に出来ていないと思われる。	介護計画書の、サービス内容とモニタリングのサービス内容が同じになるよう、書類の整備をお願いしたい。
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	リズム表、ケース記録を活用している。毎日のミーティングや日誌、会議等で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	グループホームでの対応が難しい場合はほかのサービスの提案等をおこないせいりょう園全体で柔軟に対応している。		

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
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	かかりつけ医の往診や受診、介護タクシーの利用、訪問での散髪やマッサージを受けている。 コロナ禍で初詣や近隣の小学校の行事には参加できなかった。		
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	協力病院はあるが、入居時に主治医の確認を行い引き続き利用できるよう対応している。	入所前からの医師や入所時契約した医師をかかりつけ医として、利用者は月1～2回の訪問診療を受けている。週1回の訪問看護師やかかりつけ薬局の訪問もあり、必要時はかかりつけ医の往診も可能である。歯科医の訪問診療等、医療連携により利用者の健康管理をしている。	
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	週一回訪問看護師が健康管理を行っている。急変時には24時間相談ができる。		
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。	家族や医療機関と連携を取り、早期退院できるよう努めている。退院前カンファレンス等で本人の状態を把握し今後の方針を確認する。	入院時は、Faxで利用者情報を提供している。入院中は家族や医師からの情報を聴き共有している。最近、入院した利用者の退院に向け、地域連携室からの連絡で、退院後の器具等の取り扱い方法や支援方法を聴いたり、看護サマリーにて情報提供され支援している事例がある。	
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	入居時に看取りについて話をしている。状態変化時には家族と話し合いを行いカンファレンス等を行う。	契約時に、利用者の重度化や看取りに関する情報提供をしている。看取りの状況になればカンファレンスを重ね、チームケアでの看取りに努めている。職員は、看取りの研修や話を聴く機会が多く、最近最高齢の利用者の看取りをしたが、当たり前の人間の営みとしてとらえ支援している。	
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	職員研修等で急変時や事故発生時の対応について話し合いをマニュアルを作成参考にしていく。 去年心臓マッサージの実習をした。		
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	年二回消防訓練を行っている。 地域に呼びかけた訓練は行っていない。	夜間想定を含め利用者参加で2回の避難訓練をした。防災マニュアルやBCPを設置し緊急連絡網も整えている。法人全体での避難訓練時は、消防署の立ち合いがあった。地震時の避難場所は周知しているが、法人は福祉避難所に指定されている。備蓄品は整備しているが、緊急時の利用者個人情報に関する書類の整備はしていない。	緊急時の利用者個人情報書類の整備をお願いしたい。

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	一人一人の思いや人格を尊重し言葉かけをするよう努力している。	利用者の人格を尊重し、どんな状況においても利用者を否定せず支援している。利用者には名字にさんを付けて呼び、馴れ馴れしい言葉使いは避け、丁寧語で話している。訪問診療や歯科医の診察はリビングの洗面所で行っている。	
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	日々のかかわりの中で本人の思いや希望を聞く		
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	一人一人のペースを大切にしよう努力している。		
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	本人の服を選んでもらったり整容もできるだけ自身で行ってもらう。		
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	食事形態や食器を工夫し、自身で食べても食べられるよう工夫している。 また行事食を計画し利用者も楽しみにしている。	昼食のみ他のB型就労支援事業所から副食が届き、事業所でご飯とみそ汁は炊いている。夕食は、別の業者から冷凍で届き湯煎して盛り付けしており、朝食は事業所で作っている。毎週1回はおやつに和菓子が提供され、利用者は楽しみにしている。	
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	食事量、水分量を記入し、一日の摂取量を把握する。 体調不良時やレベル低下時には食事の形態を変更したり高カロリーゼリーを提供する。		
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	自分でできる人には歯磨きをしてもらい、介助が必要な人には介助している。 歯科衛生士からアドバイスを受ける。		

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
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	リズム表を使用し、排せつパターンを把握、その人に合ったトイレの声掛け、介助をしている。 また適宜排せつアイテムを見直している。	排泄自立者も1名あるが、何らかの介助を要する利用者が多く随時の支援をしている。夜間のみおむつ使用の利用者でも、日中はリハビリパンツにてトイレで排泄しており、昼夜おむつ使用の利用者も数名ある。入院中におむつになった利用者が、立位が安定しリハビリパンツに変更し、自分でトイレに行くようになった事例がある。	
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	リズム表を使用し排せつリズムを確認。 食事、水分量をチェック、看護師と連携を取り下剤の量を調整する。 ホットパックをしたりバナナやヨーグルトを取り排便を促す。		
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	週二回入浴日を決めてはいるが、本人の状態や意思を尊重し臨機応変に対応している。 同性介助希望の人には希望に沿うよう対応している。	利用者は、基本週2回午前中入浴をしており、憩いの家の利用者は、居室のお風呂に職員の見守りで入る人もいる。同性介助を希望する利用者には可能な限り対応している。座位が取れない利用者は、移動式簡易浴槽をデイから持ち込んで入浴している。	
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	身体の傾きや傾眠がみられる時は臥床の声掛け介助を行う。自身で寝返りができない方は体位交換を行う。 リネン交換をシーツを整え安眠できるよう努める。		
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	薬の情報を見てどんな薬を服用しているか確認する。 下剤は排便状況に合わせて服用している。		
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	食器洗いや洗濯物たたみ、ごみ捨て等できることは一緒に行う。 散歩へ行ったりカラオケ等をする。		



自己	者第三	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日中施錠していない。外へ出る人は後ろから見守ったり、一緒に散歩へ行ったりする。コロナ禍で外出の機会は殆どない。	利用者は広い敷地内の散策を楽しんでおり、家族と一緒に散策する事も有る。外出希望の利用者には職員が付き添い出かけている。理美容は新しい業者の検討中であり、利用者新しい関係性が出来るのを楽しみにしている。職員とゴミ出しに行く利用者もいる。	
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	施設内でお金を使用することがなく、預り金を事務所で預かっている。 本人が希望すれば家族と相談しお金を自己管理している。		
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	本人の希望で携帯電話を持っている方もいる。 また施設の電話を使い話をする人もいる。 本人へ届いた手紙は本人へ渡している。		
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	季節を感じられる飾りつけを利用者と一緒に行っている。 エアコンでの室温管理や定期的な換気を行う。	リビングの壁に、折り紙で桜の花を作り、貼り絵の桜の木に花びらを貼り、桜の開花を表現したり水仙の花を貼り絵にして、春を感じる壁画にしている。廊下は木の椅子やソファを置き、数か所に加湿器を置き湿度管理をしている。大きな丸テーブルを囲んで利用者はおしゃべりを楽しんでいる。	
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	入居者自身で席を決め自分たちで居場所を作り過ぎており、職員が作る必要はない。		
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	配置は本人が過ごしやすいように、また7家から以前使っていた家具を持ち込んでおり、居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室は、利用者や家族が毛筆で手書きした表札を掛けている。居室内はトイレやクローゼット、洗面台やエアコン、憩いの家にはミニキッチンや浴槽、洗濯盤などが設置されている。利用者は、ダンスやテレビ、加湿器を設置し机と椅子を置き、本棚に聖書を置いている利用者もある。	
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	必要な場所には手すりを設置、トイレにも必要があれば手すりを設置している。 エレベーター、階段に使用制限はしていない。		

(様式2)

事業所名: せいりょう園グループホーム

## 目標達成計画

作成日: 令和5年5月22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	23	今まで以上に利用者一人ひとりに合わせたケアを行っていききたい。	利用者中心の生活をチームで支え合う。	丁寧な言葉かけ、言葉遣い、介護を行うために、ミーティングや記録等で情報共有を行いチームでケアを行う。	12か月
2	26	介護計画書のサービス内容とモニタリングのサービス内容が同じになっていない。	介護計画書のサービス内容とモニタリングのサービス内容を同じ目線に統一する。	介護計画書のサービス内容とモニタリングのサービス内容を同じにする。	12か月
3	35	緊急時の利用者個人情報書類が整備出来ていない。	緊急時の利用者個人情報書類の整備をする。	緊急時、利用者情報が分かるように書類、ファイルを作成する。	12か月
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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			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
			⑤その他( )
5	サービス評価の活用		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
			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)
			⑤その他( )