



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	2894000831
法人名	株式会社 ウェテルナ
事業所名	グループホームつくし綱干
所在地	兵庫県姫路市余部区下余部262-2
自己評価作成日	令和6年8月20日
評価結果市町村	受理日

※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.wam.go.jp
----------	---

【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CSウオッチ
所在地	兵庫県加古川市加古川町稲屋177番地の10
訪問調査日	令和6年9月4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)】

基本理念である「安心と安全と安らぎのある暮らしのお手伝いを致します」を職員全員が念頭に置き、介護者の立場でありつつも時には家族のような存在であるように信頼関係を築き、安心感を与えられるよう努めています。グループホームの役割として、認知症の人のその人らしい暮らし方や自己決定を支える事を大切にしています。家事等で役割を持って頂いたり、ご自身のペースで生活して頂いたり、意思疎通が困難な方であっても、意思を伺い表情で判断する等対応しています。認知症であっても様々な可能性・能力がある存在だと気づける場面が増えるように、レクリエーションの充実・身体機能低下予防の運動・出来る限り自立した生活と言う点に力を入れています。そして家族様・地域の方にその姿を写真にて報告をしています。健康管理面でも医師・看護師と常に連携を取り対応しています。

【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)】

【優れている点】3か月に1回個人面談を実施。福利厚生など職員の離職率低下を防ぐ事業所としての取り組み。運営推進会議での自治会長や民生委員との関わりを活かし地域とのつながりを深めている取り組み。夏祭りやゴミ当番など積極的に参加している点。【工夫点】①事故及びヒヤリハット報告等についてグラフ化し正面玄関のホールに掲示している。②BCP事業継続計画を管理者・リーダー2名を交え策定しファイル化している。③事業所に隣接した花壇や菜園では、利用者様と共にいちご作りに取り組む、また収穫も一緒にに行い大切な活動の一つとしている。

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 ↓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 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)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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。]

自己評価および第三者評価結果		外部評価			
自己 者 第	三	項 目	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
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	理念を職員の目の届くところに掲載し、常に意識づけをしている。新人のチェック表に理念が言えるかの項目も作り入社後には皆が言えるようにしている。	理念については働く職員一人ひとりが理解できるよう目の届くところに掲示し意識づけがなされている。特に新人職員が実践につなげられるよう日々のサービス提供を振り返り、ケアに反映されるよう取り組んでいる。	
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	地域の行事の把握のため回覧板を回してもらっている。ゴミ置き場の掃除当番にも入れてもらっている。施設隣接のグラウンドは近所の子供たちや親子連れの遊び場になっている。入居者もそのグラウンドに散歩に出ることがあり交流の場となっている。近隣の方が施設の畑での農作物の育て方のアドバイスを下さる事もある。近くの保育園との交流や地域の方を招いての祭りも開催していきたい。	近くの公園へ散歩に出かけると地域の方々と挨拶したり会話を交わす機会も多くなった。共に暮らす地域住民の一員としてゴミ置き場の掃除当番や溝掃除などに参加している。地域で必要とされる参加や役割を積極的に担っている。地域から孤立することなく地域住民との交流に取り組んでいる。	
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	地域の方からの相談があれば対応するようにしている。認知症について学びたいとの地域からの依頼があれば、有資格者による学びの場を設ける事も出来る。トライやるの受け入れもしていきたい。		
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	長らく会議の開催を中止していたが、今年度5月より開催している。報告や話し合いを持ち、頂いた意見を参考にサービス向上に活かしている。	令和6年5月から会議を再開している。活動や事故報告など行っている。自治会長や民生委員など参加メンバーから意見や要望を受け双方向的な会議となっている。地域で開催される秋祭りの時期など回覧板を活用される。	地域の方々に「認知症の理解」への講話などケアの啓発に向けた取り組みを期待しています。
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	グループホーム連絡会やその他連携機関主催の研修会に積極的に参加をしている。地域包括の担当者へは日頃から連絡を取り、取り組みを伝えている。分からない事があればその都度、市の担当者に尋ねたり報告している。	市の担当者とは介護保険制度の加算算定について相談している。メールでやり取りしているため回答もすぐに頂いている。他職種等主催の研修会に参加し、様々な機会を通じて事業所間との関わりを持ち、問題解決に向けて一緒に取り組む機会となっている。	
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	身体拘束ゼロ宣言をしている。定期的に身体拘束廃止委員会を持ち、事例を参考にした研修会も行い、禁止対象となる具体的な行為の理解を深めている。	職員自身が、身体拘束の内容と弊害について認識し、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。利用者の人権を守ることがケアの基本であるということを常に意識するために定期的に身体拘束廃止委員会を開催している。	

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
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	定期的に虐待防止についての勉強会を持ち理解を深めている。不適切な行動・言動がないか、職員全体が常に注意を払いケアに努めている。定期的に代表との面談を持ち、職員のストレス軽減に務めている。	勉強会やミーティング等を実施し、虐待防止について理解浸透や遵守に向け取り組んでいる。言葉使いや行動について「不適切なケア」になっていないか、お互いに確認し話し合っている。またレポートを作成し気づいたこと改善点など振り返りを行う。	

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
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	権利擁護について勉強会で取り上げ、職員全員で理解を深めている。管理者とケアマネは成年後見人制度についての外部研修に参加し、職員に伝達している。	管理者とケアマネジャーは成年後見制度の研修に参加している。伝達研修として制度や権利擁護について職員全員で学ぶ機会を持つ。必要と考えられる利用者がそれらを活用できるよう話し合い知識を深めている。	
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	契約・解約の際には、利用者・家族が分かりやすいように、契約書・重要事項説明書に沿って説明をしている。不安や質問に答える時間も十分にとっている。	契約時には、事業所のケアに関する考え方や取り組みについて、特に利用料金や介護報酬に関する加算など丁寧に説明を行っている。状態変化や看取りなど対応方針について説明し同意を得ている。またスムーズな契約締結に向け事前見学をお願いしている。	
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	面会に来られた際や電話の機会に利用者の近況を報告すると共に家族からの意見も伺い対応している。意見箱の設置もしている。	ご家族には定期のお便りや訪問時、運営推進会議で常に問いかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。出された意見や要望等は前向きに受け止め、活かしている。	
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	提案や意見は定例会議で取り上げたり、定期的に代表者と職員1対1の面談を設けているので、その場で意見や提案を聞く機会が持てている。そこで出た意見は全員に意見を求め、共有した上で反映につなげている。	勉強会や3か月に1回の個別面談など定期的に開催し、一人ひとりに困ったことはないか意見を聞くようにしている。事業所として職員の定着率を少しでも上げたいと福利厚生などを注いでいる。福祉車両購入検討やヨガ教室の開催などモチベーション向上に努めている	
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	職員個々の勤務状況を把握し職員が向上心を持って仕事に取り組むことができるように代表が職員個々と話し合いができる機会を設けている。労務士事務所と顧問契約を交わし条件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践と力量を把握し、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	知識・技能習得のために毎月勉強会を行っている。外部研修も積極的に受けている。実務の不安などはその都度指導するようにしている。医療的な面で分からない事があれば嘱託医や看護師に質問し指導してもらっている。		
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	管理者はグループホーム連絡会に参加、管理者同士の交流が持て、他のグループホームの見学もさせていただき色々参考になった。介護支援専門員は地域包括支援センターの活動であるケアマネジメント研修に参加し、同業者と交流し意見交換の場が持てている。		

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	
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	困りごとや不安を聞き取る為に、気を遣って話せないようなことにならないような関係づくりに努めている。また、会話の奥に秘めた望みに気付く心配りも大切にしている。意思表示が困難な方に対しては、しっかり観察を行い必要なサービスの検討を行っている。			
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	見学时や契約時には、時間を十分にとり、家族の思いや困りごとを伺い安心かつ良好な関係づくりに心がけている。			
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	本人と家族に話を伺い、担当者会議を開催し支援の内容を話し合う。当施設だけでは出来ない部分(訪問リハビリ・福祉用具)について必要な場合は提案している。			
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	利用者に対し尊敬の念を持ちつつ、家庭的な雰囲気づくりを心掛けている。家事全般を利用者と一緒に行い、役割を持っていただく事で介護されているだけでなく、必要とされているとの意識を持って頂けている。			
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	日頃の様子を写真付きのお手紙や電話やラインを活用してお知らせしている。家族が面会にお越しの際には家族と職員の会話も大事にしている。			
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	年賀状や暑中見舞いはがきを書くお手伝いをしたり届いた手紙を代読しているところを動画で送るなどし、これまでの関係が保てるようにしている。遠方の家族とはテレビ電話をいつでもできるようにしているので喜んでいただいている。	これまでの関わりを継続できるよう、今までの延長線上であるよう、本人を支えながら積極的にアプローチしている。母の日やお誕生日にはお手紙をいただきます。職員が代読し喜ばれている瞬間を動画で送っている、継続的な交流ができるように働きかけている。		
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	利用者同士の会話の橋渡しをしたり、レクリエーション等で交流ができるように工夫している。自発的な会話が少ない方の隣席にお世話好きな方を配置したり、話が合う方同士同席にするなどの工夫もしている。			

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
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	契約終了後もいつでも相談に乗らせていただき、できる限り支援を続けるよう努めている。亡くなられ退去となった後にお写真が欲しいとの依頼を受けることもり、お渡しすると喜んでいただけた。		
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	一人一人の意向に添うようにお気持ちを傾聴し職員間で話し合ったり家族に相談するなどして対応している。家族様了承の上でカタログ通販を楽しむ方もいる。お酒の禁止もしていない。意思表示が困難な方に対しては、じっくりとお返事を待ったり、表情や仕草で気持ちを汲み取るように努めている。	自己評価の通り、利用者の表情や仕草で気持ちを汲み取るということも重要であるが、非常に重要な対応であります。しかし日常生活における配慮に全てで活用できるかという点と難しい部分もあるかと思えます。	ケアマネジメントから連動するように支援展開を検討頂くことをお勧めします。十分な情報収集をされておられるので、アセスメント内容を踏まえた取組が期待されます。
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	ご入居の際に本人・家族から生活歴・趣味・サービスの利用経過の聞き取りをしている。その上でアセスメントシートを作成し職員全員で共有している。		
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	食事・体操・就寝など規則正しく行う部分に関しては、1日の計画を作成し、なるべく皆さんと時間を合わせていただいているが、体調や気分に合わせている。居室で脳トレをする方、午後散歩する方など個々の生活スタイルと有する力に合わせて介助している。		
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	より良く暮らす為、課題やケア方法について職員間で話し合い、医療機関からの情報も合わせて検討し家族への報告や相談をした上で介護計画の作成に努めている。	介護支援専門員(計画作成担当者)によるサービス計画書が作成されていました。チームで開催されたサービス担当者会議録も拝見できました。介護保険の用語や内容は利用者様・ご家族様には抽象的だと、解り難いものとなり易いです。	各帳票は、誰にお渡しする内容かを見極めましょう。利用者様・家族様にお渡しする計画書等は具体的に記載し理解を得て行きましょう。利用者様自身の計画書です。
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	職員は計画書に沿って介護をし、日々の様子や気づきは個人日誌に記録している。職員間の情報共有は、申し送りノートや職員会議で共有し、課題や解決策を話し合っている。		
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	可能な限りニーズに応えるように対応している。既存のサービス範囲にない場合は他機関のサービス(訪問看護・福祉レンタル等)の利用も提案している。		

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
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	地域の方々が育てているコスモス畑の散歩に出かけたり、近くの保育園まで散歩をし、園児と(距離を保ち)触れ合う機会もある。近くの公園に花見に出かけたりして気分転換もしている。地域のボランティアさんが毎月季節の写真を額に飾って下さるので季節		
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	嘱託医が、2週間に1度往診をしている。歯科往診も月に2度している。専門医への受診は家族の付き添いでしている。日々の様子については家族にお伝えし、専門医に伝えてもらっている。	入居の際に、かかりつけ医を選択できるように説明をされているとのことでした。ご家族様・ご利用者様は医療保険・介護保険について知識が少ないことが多いため、必要な情報を提供し選択できる状況を継続下さい	事業所と病院が同一敷地内にあり平時及び緊急時の連絡が速やかに行われ対応される点はとても良いと思います。入居時の説明は丁寧をお願い致します。
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	看護師に伝えるべきことはその都度伝え、相談して指示を仰いでいる。24時間対応で連絡が密に取れる環境にある。		
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。	入院時には既往歴やADLや入院に至るまでの経緯等を病院に情報提供している。入院中は病院関係者に連絡を取り状態確認をし嘱託医に報告している。また、退院が決まれば、カンファレンスにも出席し退院後のケアの方法の指導もいただいている。	入退院時に速やかに連携先の病院等と連携が図られているとのこと。入院退院時連携における独自のシートを作成され活用されています。また、退院時カンファレンス・帰宅された際には改めてサービス担当者会議を開催しご本人様・ご家族様・各職員・医師を含みその状態における課題を抽出し 会議を開催されています。	左記における取組は大変意義のあることだと思います。つきましては、会議録及び計画書内容について具体的内容を記載して頂き、職員間で共有をされますようお願い致します。
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	入居時には延命についての意向の確認をしている。看取りの段階に近づくとも早めに看取りパンフレットに沿って説明し意思確認書をもっている。しかし、いざその時になると気持ちの変化もあるので、当初の確認書が決定事項ではなく状態の変化に応じてその都度意思確認をし、方針の再確認をしている。	重度化防止・終末期に向けた方針等についてはパンフレットでの説明をされています。それぞれの内容が利用者様・家族様が、そのように受け取られるかをアセスメントし、同席者に医師を含み、適切な説明を行っているとのことでした。	
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	施設内の勉強会において急変や事故に対応できるよう備えている。応急処置の対応マニュアルは各フロアに設置し、すぐに閲覧できるようにしている。		
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	火災を想定した避難訓練や消火訓練を年に2回実施している。水害を想定した訓練も年に1回実施している。夜間の想定もし、招集できる職員と車出し可能な職員の確認も出来ている。自治会長や消防団班長にも避難の際の協力を依頼している。備蓄品も用意し備えている。	BCP事業継続計画を管理者・リーダー2名を交え策定されています。今後も内容をブラッシュアップするために各職員に周知し、昼夜を問わず想定される自然災害・感染症対策が実践できるように取り組まれて行かれるとのことでした。	

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	
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	職員全員が尊重の念を持ち接している。誇りやプライバシーを損ねないように排泄介助には必ずドアを閉め、訪室の際にはノックをしている。虐待防止の研修会で言葉かけなどをテーマにして学ぶ機会を設けている。	居室に入る際は、ノックを徹底されています。お声が返ってきて入室を行うという実践されています。また玄関や扉の施錠等不容易にロックをかけるということをせずに対応されておられました。	
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	自己決定できるように心がけており、本人の意思を確認した上で行動して頂いている。また、意思表示が困難な方に対しては表情や態度で意思を汲み取るように努めている。		
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	食事の時間や入浴の時間や散歩に出たいとの申し出等、可能な範囲で希望に沿って対応している。決して無理強いせず、ご本人のペースを大切にしている。		
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	その日に着る服や、入浴後の着替えは出来る限りご本人に選んでいただいている。身だしなみを整える支援もしている。		
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	食事の準備、配膳、下膳、食器洗いをできる範囲で利用者にしていただいている。行事ごとの料理で季節を感じたり、お誕生日会に食べたいものを伺って、それを提供して喜んで頂いている。	行事食はもとより、コロナ禍による感染拡大防止における対策が幾分解除された時点より、利用者様・家族様にも協力頂き、好みのお食事(例えばお刺身やお寿司など)を食べて頂いています。利用者様にとっては嬉しいことだと思います。	
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	栄養バランスのとれた食事を提供している。水分はいつでも飲んでもらえるように準備している。食事下膳の際にはお茶が残っていれば、コップは下げず置いている。ご自身で飲めない方はストローで介助している。		
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	食事後、ご自身で出来る方には声かけをし歯磨きを促している。ご自身で困難な方には口腔ケアの介助をしている。チェック表も活用し、もれなく出来ている。義歯は夜間はボリデントを使用している。全員月2回の訪問歯科を受けている。		

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
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	一人一人の排泄の状況を把握し、トイレで排泄が行えるように声掛けし誘導している。訴えない方には定期的な誘導の時間以外にも表情や様子観察の上誘導している。	排尿・排便の記録をとり、各利用者様毎に排泄コントロールをかけておられます。個々の特徴を捉え、時間おきの誘導だけではなく、排泄の促しを実践されています。声掛けにおいては、配慮のある取り組みを心がけていることがわかりました。	
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	薬に頼らず、食事の献立に、牛乳・ヨーグルト・フルーツを取り入れている。YouTubeを見ながら便秘体操もしている。		
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	入浴の時間や曜日を固定せず利用者のタイミングや希望に合わせて対応している。拒否のある方には時間を置いて声かけしたり違う職員が声かけするなど工夫している。足浴も取り入れている。	基本的には1年を通して3日に1回の入浴とされています。例えば月曜日に入浴されると次は木曜日になります。決められた曜日や時間はありますが、入浴拒否がある場合は声掛けの方法を変えて対応されほとんどの場合、予定通りに入浴できるとのことでした	現在は、冷房等の環境が行き届き清潔の保持という観点よりは、気分転換あるいは爽快感を得るということで、夏季の入浴回数を希望される方だけでも回数を増やす検討されるても良いかと思います。
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	日中でも必要であれば、昼夜逆転にならない程度に居室で休息して頂いている。起床時間も決まっているが、希望に添って朝食に影響がない程度にゆっくり休んでいただき、ご自身のペースに合わせている。		
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	処方薬の情報は個人ファイルに保管し職員が確認できるようにしている。		
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	一人一人の出来る事を観察・把握し、料理・洗濯・掃除・畑仕事・カレンダー作りなど役割を持って頂いている。レクリエーションを充実させ気分転換の時間も大切にしている。アロママッサージやアニマルセラピーも取り入れている。		
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	気分転換に散歩に出かけている。桜・あじさい・紅葉の時期にはお花見ドライブも実施している。家族との外食や外泊も感染対策をした上で許可している。地域の祭りには一部の利用者様ではあったが参加出来た。	施設の横には菜園・花壇がある。ホームページ等掲載されているお写真を拝見しますといちご狩りを楽しむお姿を拝見しました。まず、苗を植える、お水を撒く、収穫する、食すというような取組みを伺いました。歩いて行ける距離に公園もあり、外出は希望があり体調不良等が無い際には行かれています	大変良い取り組みだと思いました。車いすご利用者様や平素に臥床されていることが多い利用者様も日光浴をされたりしています。その際のご様子やお話をご家族様達と共有されることをお勧めします。

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
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	お金の管理は基本的には家族様にお願いをしているが、買い物レクも検討中で、百貨やスーパーへ行き、商品を手で選んで、支払う事の支援を行っている。		
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	年賀状や暑中見舞いはがきを書くお手伝いをしている。届いた手紙が読めない方には代読している。家族との電話をいつでも利用できるようにしている。		
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	共用の空間では、季節感を出す為に利用者が作成した季節の壁紙や作品を展示している。温度・湿度は様子を見ながら調整している。換気も行っている。邪魔な所に物を置かない。窓からの光の加減はカーテンの開閉で調整するなどの配慮をしている。	ワンフロアが満床で9名、訪問時食後ということもありデイルームにおられる方が数名でした。台所や食堂、談話室の周囲に回廊的動線になり自然に行き来できる廊下が印象的です。廊下側の壁を収納庫として利用し、ロックを下部に設置されています。浴室は壁がクリーム色で手すりがピンクでした。とてもわかりやすく、それぞれに創意工夫をされている点が伺えました。	
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	独りになりたい時は別室のソファへ移動してくつろいでいただいている。気の合う方とお話が弾むように席に配慮し、状況にあった席替えもしている。		
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	居室には備え付けの家具以外に馴染みのタンスや使い慣れた私物を置くことができる。仏壇を置かれている方もいる。少しでも以前の環境に近づき居心地よく過ごせるように配慮している。ご自宅の家の花壇やペットの写真を飾られている方もいる。	お部屋の広さは、十分に確保されていました。利用者様のお話しからも、お部屋の掃除を行い、時に手伝って頂きながら楽しく過ごされていると笑顔がみられました。お仏壇やご主人のお写真が飾られ、居室内の動線も確保されていました。ご自身の居室として清潔感があり、落ち着ける環境でありました。	
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	居室には迷わないように表札を掲げておりトイレや浴室は分かりやすく大きく表示している。過度な介護をしないように、見守りしながら安全で自立した生活が送れるように支援している。		

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	23	利用者の表情や仕草で、気持ちを汲み取ることは重要な対応であるが、日常生活における配慮にすべてで活用できるかという難しい部分がある。	ケアチームで介護計画の為の会議を行う。	ケアチームが集まり情報の共有をしながらケアプラン原案の問題点を修正する為のミーティングを行い、より良い計画を作成する。	1ヶ月
2	26	サービス計画書への記載で、介護保険の用語や内容は、利用者様・家族様には抽象的だと解り難い。	利用者様・家族様に解り易い計画書を作成する。	利用者様・家族様に解り易い内容になるように今後の計画書を変更していく。研修に参加したり他のケアマネの意見を参考にしたりする。	6ヶ月
3	30	利用者様・家族様は、医療保険・介護保険について知識が少ないことが多い。	受診・往診について入居時の説明を丁寧にする。	受診・往診は事業所と同一内の病院に限らず、利用者様・家族様に選択していただけることを説明する。	1ヶ月
4	32	入退院時に連携先の病院と連絡を取り合った後の職員間との共有。	会議録、及び計画書内容について具体的に内容を記載し、職員間で共有をする。	退院前のカンファレンスの内容をケアチームに伝えた上で、身体状況の変化があればケアプラン変更の為のミーティングを行う。	1ヶ月
5	45	1年を通じて3日に1回の入浴になっている。	入浴で清潔保持はできているが、気分転換や爽快感を得る為、入浴回数を希望する方だけでも回数を増やす。	ご希望を聞き、入浴をしたい方にはなるべく入っていただけるようにする。具体的には、午前に3名は入られているので、希望者は午後1名～2名、14時～15時半を入浴時間とする。	1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(1))

事業所名 グループホームつくし網干

目標達成計画

作成日: 6 年 9月 10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
6	49	車椅子生活の方や、外出に拒否のある方は、散歩やドライブが難しいので、施設前の花壇を見たり隣接の駐車場で日光浴をしている。しかしその様子を家族と共有できていない。	車椅子生活の方や外出に拒否のある方も、日光浴などで短時間でも外気に触れ気分転換ができる支援を継続し、それを家族とも共有する。	車椅子生活の方の家族様の中には、施設内だけで過ごしていると思われる方もいるので、日光浴などで外気にも触れている様子を写真に撮り報告をする。	1ヶ月
7	4	地域の方々に「認知症の理解」への講話など、ケアの啓発に向けた取り組みをする。	地域の方々に「認知症の理解」への講話ができる機会を設ける。	管理者と介護支援専門員が主となり、認知症実践者研修受講者が学んだ知識や経験を活かし地域方々を招くか、公民館を借りて勉強会を開く。	6ヶ月
					ヶ月
					ヶ月
					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。