

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	医療法人社団だいとうクリニック	
事業所名	グループホーム花みづき	
所在地	姫路市豊富町豊富915-2	
自己評価作成日	令和6年10月10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 <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 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6年11月8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、いつでも連絡が取れ、指示を受ける体制ができている。
- また、月1回の理事長の訪問診療、週2回の前理事長の訪問診療、週1回の看護師、薬剤師の訪問があり、利用者様の健康状態の相談ができるため、職員の安心につながっている。
- ・職員は利用者様それぞれの個性を大切に、利用者主体のケアを意識して支援している。
- ・施設の周辺は田畠が広がり、遠くには山々が見渡せる落ち着いた環境である。

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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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、信頼関係ができる (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にやつ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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66 職員は、活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 <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時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 (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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
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	基本理念は中央ホール、各ユニットに提示してあり、常日頃から意識できるようにしている。	理念は設立時に策定され、玄関ホール、各ユニットに掲示している。職員には勉強会の折に取り上げ、新人職員には入職時オリエンテーションで説明し、理念を意識して日々のケアに臨むよう努めている。年3回発行する広報誌には毎回掲載し家族へ送付し理解と周知に繋げている。	
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	散歩の時、挨拶や言葉を交わしたり、花や野菜を頂いている。秋祭りの時には休憩場所として駐車場を提供している。	自治会には利用者個人が全員加入し、資料の回覧配布等地域情報の提供を行っている。地域の祭りの際は、事業所の敷地で神輿の披露があり、利用者は1階の窓越し、2階のベランダから楽しんだり、担ぎ手の休憩場所ともなっている。地区的防災訓練の際は車椅子を貸し出す等、地域との繋がりが復活してきた。	
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	運営推進会議時に地域に向けて話をしている。		
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	日常の取り組みや様子を報告し、話し合っている。そこでの意見等は職員全員で共有し、改善点を話し合い、サービス向上に努めている。	4家族に運営推進委員を委嘱しているので、毎回参加がある。自治会長や老人会長の参加もあるが、今年度から日曜日開催における行政からの参加がない。今後の参加に向けて各方面と調整中である。議事録は地域包括と家族・運営推進委員に送付している。運営推進会議では、脱水症や認知症等の理解を図るためにDVD鑑賞したり、専門職からの話を聞く機会にもなっている。	地域包括から会議の前後に意見をもらう機会をもってみてはいかがでしょうか。
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	最近は運営推進会議に地域包括支援センターの職員に参加して頂けていない。議事録を送付し、事業所の実情を伝えている。	運営推進会議には不参加だが議事録は送付している。市介護保険課とはメールの送受信にて研修や改定の情報を得ている。地域包括主催のケアマネジメント向上会議では、事業所の事例発表を行う機会もあり、また他事業所との情報交換の場となっている。	
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しないケアに取り組んでいる	勉強会で学び、拘束しないケアを常に意識している。又、定期的に委員会で話し合いを行い、内容を各職員に周知している。	身体拘束適正化・高齢者虐待防止のための指針を整理し、マニュアル集として整備しユニットに設置している。指針は勉強会等で読み上げ、更なる認識の浸透を進めている。委員会後は議事録をコピーしてユニットで回覧している。研修後、職員は報告書を提出する仕組みである。ユニットや玄関は日中は開錠しているが、危険防止のためユニットの扉にドアベルを取付け、開くとすぐに気が付くように工夫している。	指針に策定年月を付していただきたい。

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
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の虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	勉強会で学び、自己評価をし、日々のケアを見直す機会を設け、虐待防止に努めている。	指針は身体拘束適正化と同様に整備され、職員は虐待防止チェックリストを用いて自己評価と振り返りを行う仕組みがある。職員のメンタルケアにおいては、アンガーマネジメント研修の企画や、職員の小さな変化を見逃さないような関係性を保てるよう管理者は努め、虐待防止に繋げている。	
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	今後、勉強会で学ぶ予定にしている。	玄関ホールにパンフレットを常備し、必要な際に活用できる状態にある。契約時には今後制度利用が必要と判断される家族には制度について説明を行っている。職員には社協からの資料を回覧し、今後の研修を企画中である。	研修には地域包括の協力を得てはいかがでしょう。
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	管理者が説明し、理解して頂くようにしている。不安や疑問点があれば、その都度説明を行っている。	契約時は、重要事項説明書と契約書を丁寧に読み上げ、一旦持ち帰ってもらってから署名もらうよう時間をかけている。医療的ケアができないことや認知症の経過等を説明し、他施設へ繋ぐことや看取りについて説明している。	
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	年に1回開催され、意見や要望を聞き取っている。又、玄関ホールに意見箱を設置している。	年1回家族会を運営推進会議と同時開催し多くの家族の参加を得ている。面会に関する家族の要望には可能な範囲で応えるようにしているが、説明が十分に届いていないケースもあり、柔軟な対応ができていない。	意見箱があることを家族に周知する機会を作り、意見をもらえる工夫をしてはいかがでしょう。面会に関して柔軟な対応を望みます。
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	管理者との面談が年2回あり、意見交換ができる。又、毎月のミーティングにて意見を伝える機会がある。	毎月、全体会議、ユニット会議、カンファレンス、モニタリングの場で職員からの提案を聞く機会を持っている。管理者主導ではなく、職員全員で検討して、改善、解決に繋げる仕組みがある。全職員がいずれかの委員会に所属し、全員で委員会活動に取り組んでいる。職員は管理者と個人面談の機会があり、スキルアップの相談、体調確認等風通しのよい関係性を築いている。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	個別に意見や希望等を伝えられる環境が整っている。		
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	勉強会の開催や外部研修等、学べる機会を設けている。		
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	管理者がグループホーム連絡会に参加し、情報交換を行い、サービスの向上に努めている。		

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
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	本人との面接を行ったり、家族からの情報提供を得て、人となりを知り、不安なく思いを伝えやすいような場所を提供できるよう努めている。		
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	家族が困っていることや不安なこと、要望等を聞く機会を設け、管理者が面接やヒアリング等を行っている。		
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	今、必要としている支援を見極め、グループホームでの生活が可能か判断する。必要に応じ、他のサービス利用の情報を提供している。		
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げ、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日々の生活の中で、個々の能力に合わせ、出来る事は一緒にに行い、日常生活の中で昔からの知恵や習わし等を教えてもらっている。		
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げ、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	毎月の手紙や面会時に状況を報告したり、状態の変化があれば、速やかに家族に連絡している。必要に応じ、入浴等の声かけの協力を得ている。		
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	コロナ禍の為、時間制限を設けながら面会を行っている。スマホ等を所持の方には、それで会話をしてもらっている。	フロアでは、懐メロや童謡、人気番組を視聴したり、カラオケを楽しむ企画を設け、思い出の時間を過ごしてもらうよう支援している。姫路発祥の「御座候」を公園で食べるレクリエーションで利用者は懐かしく楽しんだ。以前クリニックを経営していた前理事長が訪問診療医なので、馴染みの間柄である。	
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	利用者一人ひとりの性格を把握し、利用者同士が自由に楽しく過ごせるよう支援している。		
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	サービス終了後も電話等により、状況の報告を受けている。必要であれば相談を受け、支援している。		

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
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	日々のコミュニケーションの中で、本人の希望を聞いたり、はっきり伝えられない方は思いを汲み取るようにし、本人本位になるよう努めている。	入所後、職員がより利用者と深く関係構築ができるように居室担当者制を導入するほか、散歩や入浴等、1対1で関わる時間に雑談を通じて利用者の思いや意向を聞き取るよう努めている。新たな情報や気付きは、毎日の支援経過連絡ノートや申し送りノート等に記入し、職員会議やカンファレンスで情報共有している。コミュニケーションの難しい利用者には一人で判断せず、都度全員で情報を持ち寄り、意向について話し合っている。食べたいものを尋ねたり、着替えについて二択にするなど利用者の思いを引き出す工夫をしている。	
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	家族からの情報提供や入所までに利用していたサービスのアセスメントを参考にしたり、日々の本人との会話の中で情報収集し把握に努めている。		
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	利用者と関わりながら観察を行い、記録する。変化等あれば、連絡帳も活用し、職員全員が状況を把握できるよう努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	月1回のモニタリングを行い、利用者がより良く暮らせるよう話し合い、本人の思いを汲み取ったケアプランを作成し、家族の要望も聞き、取り入れている。	介護計画は半年に1回、もしくは変化があった時に見直し、家族等に説明して同意をもらっている。作成に当たっては利用者や家族の思いや希望を反映し、現場や医療関係者の意見を踏まえ居室担当者が草案を作成し、介護計画作成担当者と管理者が確認している。月1回、カンファレンス時にモニタリングしている。チームでつくる個別の介護計画書になっている。	モニタリングの際、「A・B」の判定結果を付いているが、事業所として判定の統一基準を設けてはいかがでしょうか。また、カンファレンスの会議録が「モニタリング票」という名称になっているので、修正されてはいかがでしょう。
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	日々の様子、行動、言動、ケア内容を細かく記入し、職員間で情報を共有しながら、ケアの実践やケアプランの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、その時に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	利用者や家族の状況に応じてニーズを把握し、柔軟な対応や現状に合ったサービスを提供できるように支援している。		
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	避難訓練や訪問理容等を通し、安全で豊かな暮らしを楽しめるよう支援している。		

自己 者第 三	項 目	自己評価	外部評価	次のステップに向けて期待したい内容
		実践状況	実践状況	
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し、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	法人理事長である、かかりつけ医に24時間連絡が取れ、適切な指導や医療を受けられる体制ができている。	月1回、法人理事長でもある協力クリニックの精神科医の訪問診療と、週2回、循環器内科医の訪問診療を実施している。利用者や家族等はかかりつけ医を自由に選ぶことができるが、全員が理事長をかかりつけ医としている。他科診察は原則家族が同行する。また、毎週、訪問看護による健康管理と、協力薬局から薬が届き投薬指導を受けている。かかりつけ医とは24時間連絡が取れ、緊急時は救急搬送を行う。	
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	毎週、訪問看護師に来てもらい、利用者の状態を伝え、相談、指導を受けられる。急変時も対応できる体制となっている。		
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、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。	利用者の情報提供を行っている。家族、主治医、医療関係者との情報交換を行い、早期退院に向け話し合いを行っている。	かかりつけ医の紹介等で医療機関につなぎ、入院する病院の地域連携室と連絡を取り合っている。入院中の居室確保期間は1ヶ月となっているが柔軟に対応し、退院が見込める場合は事業所での生活リハビリを取り入れることで1日も早く退院できるように体制を整え、関係者と話し合っている。	
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	主治医より家族への説明をしている。家族、主治医、管理者、職員で話し合い、方針を共有し、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ている	緊急対応マニュアルに沿って対応できるようになっている。救命救急の訓練はコロナ禍の為、中止している。		
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	日中、夜間、地震想定の避難訓練を行っている。備蓄品も備え、定期的にチェックし、置き場所も共有している。	ハザードマップでは水害・土砂災害のリスクの少ない地域だが、利用者も参加し日中と夜間帯を想定した避難訓練を年8回、実施している。BCP計画の職員研修も実施した。水と米を各ユニットに備蓄している。保存食品は消費期限を確認して年1度、実際に調理・試食している。簡易トイレも備蓄し、非常持ち出し袋には利用者情報を加えている。	訓練手順等の再点検のため消防署の立ち合いを依頼してはいかがでしょうか。

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
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	利用者の人格を尊重し、丁寧な言葉遣いや対応を心掛け、嫌な思いをすることがないよう注意している。	播州の方言が強い口調に聞こえることもあり、管理者はとくに職員の言葉遣いには注意を払っている。現場で気付いた場合はその場ではなく個別に指摘し、会議等で対象者を特定せず事例検討するようにしている。「尊厳を損ねず、堅苦しくなり過ぎない言葉遣いを」と心がけ、同姓や苗字が難しい等の場合、親しみをこめて利用者を姓ではなく名前で呼ぶこともある。診療はユニットのリビング、または居室で行っている。	
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	日々のコミュニケーションを大切に、会話や表情等から思いや希望を汲み取るよう努めている。又、本人が思いを言いやすい雰囲気作りを心掛けている。		
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	急がしたり、無理強いせず、一人ひとりのペースで、その人らしく自由に過ごせるよう支援している。		
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	本人の好みや意向を尊重し、極力自身に選んでもらっている。希望に応じて訪問美容を利用もらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好みのメニューを取り入れ、食べやすいよう工夫している。おやつ作りは職員と一緒に楽しみながら行っている。出来る方は、盛り付けや片付けを職員と行っている。	三食共、献立、調理ともユニット毎に職員が担当し、食材は地域のスーパーに発注している。ユニットでは利用者の希望や摂取状態を見ながら調理し、職員も同じものを食べている。簡単な下ごしらえや盛り付けや片付け、下膳を手伝う利用者もある。キッチンから炊事の音やおかずの匂いが漂い、ホワイトボードに献立を書いて食事が待ち遠しくなる工夫をしている。ホットケーキやたこ焼きなど、おやつレクリエーションもユニット単位で実施している。コロナ禍以降、外食が中止される中、玄関前の駐車場広場にテーブルセットを出してティータイムを楽しむイベントを開催した。	
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	一人ひとりの体調に応じて、食事量や形態を調整している。食事量が少ない時は栄養補助食やゼリーで補っている。		
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	一人ひとりの状態に応じ、口腔ケアができるよう支援している。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し、トイレの声掛けや誘導を行っている。トイレサインを見逃さず、トイレで排泄できるよう支援している。	利用者個々の身体機能や排泄パターンに沿った声かけや誘導を行っている。ほとんどの利用者は布パンツカリハビリパンツとパッドを併用している。各ユニットに3室備えたトイレが1か所あり、男性用便器もある。適切な声かけで入居後にリハビリパンツから布パンツになった利用者もいる。	
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	排便チェック表に記入し、状況を把握し、献立の工夫や水分摂取量に注意する。牛乳を提供したり、散歩をしたり、個々に応じた支援を行っている。		
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、個々にそつた支援をしている	できるだけ本人の希望やタイミングに合わせ、入浴してもらっている。ゆったりとした気持ちで入れるよう支援している。	暖房を備えた浴室は個浴槽で、1人または2人介助により利用者は週2~3回日中に入浴している。できるだけ浴槽に浸かって入浴し、シャワー浴の場合も足浴を加えている。入浴を好まない人は、日や時間を変えたり、家族の声かけで脱衣室まで誘導してもらうケースもある。入浴中に職員と会話や歌を楽しんだり、1時間ぐらいかけてゆったり入浴する人もいる。希望があれば、好みのシャンプーやリンスの持ち込みができ、冬至にはユズ風呂を提供している。	
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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、自由に居室に戻り、休む事ができる。夜間、よく眠れるよう、レクリエーションで体を動かしたり、散歩へ行き、気分転換を図り、生活にメリハリをつけるようにしている。		
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	週1回、薬剤師の訪問時に相談したり、説明を受けている。服薬管理表にて日々記録し、臨時薬は連絡帳を活用し、誤薬防止に努めている。		
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	個々の能力を活かして家事、掃除等の役割を持ち、積極的に手伝ってもらっている。飲酒される方は、分量を管理しながらも晚酌を楽しんでもらい、気分転換を図っている。		
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	コロナ禍の為、外食は難しいが、初詣やお花見ドライブ等に出かけている。	車椅子の利用者も含め、ほぼ全員が職員の同行で日常的に散歩している。玄関前広場には花みずき等の樹木や季節の草花、野菜畑があり、田園風景が広がる敷地の周りを1周するなど、利用者個々のADLや体調に合わせた散歩を楽しんでいる。「やっぱり外はええなあ」とつぶやく利用者がいる。制限のある中、ユニット単位で車を出し花見や、近くの神社へ初詣を実施した。また、館内ホールには筋トレマシーンやマッサージチェアもあり、体操を含めて雨の日も体を動かす機会がたくさんある。	

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
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	個別にお金を預かり、職員が管理代行をしている。外出で使用する機会はないが、所持している方は持っていることで安心されている。		
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	電話がしたいと希望があれば、かけている。親族、友人等からの電話も取り次いでいる。スマホ等を所持している方は居室にて自由に使えるようにしている。		
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、生活感や季節感を取り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホールはキッチンと一体となっていて、家庭的な雰囲気もあり、窓も多く明るい。又、季節の花や飾り物で季節感を取り入れている。	リビング兼キッチン・ダイニングはゆったりとして陽当たりがよく、ソファーもあり利用者は好きな場所でくつろいでいる。利用者と職員が一緒につくった季節のクラフト作品や、行事のスナップ写真を飾っている。面会スペースでもある玄関ホールと2階の吹き抜けのある中央ホールには、絵画や写真、観葉植物を飾ってソファーを配置し、ユニットからも自由に出入りできるようになっている。	
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で過ごせるような居場所の工夫をしている	ホールでは気の合う利用者同士で話をしたり、テレビを観られるよう席の位置を考慮している。ソファや廊下のベンチ等で思い思いで過ごして頂いている。		
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	昔から使っていた馴染みの家具や家族の写真、手紙等を置き、本人が安心して過ごせるようにしている。	表札の下に、職員の手作りフレームに入れた顔写真を飾っている。居室は床暖房付きでエアコン、洗面台、クローゼット、電動ベッドを備えている。陽当たりがよく、整理整頓されている。家族の協力でカフェテーブルや椅子等の家具やテレビを持ち込み、家族の写真や絵画等を飾っている。コロナ禍で家族の入室制限が続く中、誕生日祝いに職員が贈った写真入りの色紙や、前理事長から授与された書道の公募展入賞の表彰状を飾るなど部屋作りをしている。	
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	居室の入り口に表札と自身の写真を飾ったり、トイレの表示も大きく掲げることにより、混乱や失敗を防ぎ、安全で自立した生活が送れるよう工夫している。		

(様式2)

目標達成計画

事業所名 グループホーム花みずき

作成日： 令和 年 月 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るよう、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	モニタリングの評価基準を設けてないため、評価する職員によって評価にばらつきがある。	モニタリングの統一した評価基準を設ける。	管理者・計画作成担当者を中心に検討する。どういう基準にすれば評価しやすいか、話し合っていく。	12ヶ月
2	10	ご家族の意見・要望を取り入れるために、玄関に意見箱を設置しているが十分に周知されていない。	ご家族の意見・要望を聞き、運営に反映できる。	月1回のご家族への手紙や広報誌に意見箱の事を記載、周知していく。また意見箱の他にご家族の意見を取り入れる方法を管理者・職員で話し合っていく。	12ヶ月
3	5	運営推進会議に市町村の関係者に参加してもらえていない。	市町村担当者と顔の見える関係を築き、協力・連携を取っていく。	運営推進会議の開催日時・場所の変更など、柔軟に検討する。また、不参加の場合は事前に意見などないか確認する。	6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。

NPO法人福祉市民ネット・川西