

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0890700040		
法人名	株式会社 しもふさの郷		
事業所名	グループホーム くわの実	ユニット名(くわの実)
所在地	茨城県結城市武井1244番地6		
自己評価作成日	令和 6 年 1 月 4 日	評価結果市町村受理日	令和 6 年 3 月 26 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/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0890700040-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和 6 年 2 月 16 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)】

お一人お一人の出来る事をやっていただき、充実感をもって頂けるように支援している。可能な限り外に出て散歩や外気浴を行い、近所の方々とのふれあいを深めていく。時間の許す限り一緒に座ってお話を傾聴する。食卓では花を絶やさないようにして、穏やかなお食事を楽しめるように努めている。

【外部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)】

隣接するデイサービス事業所、特別養護老人ホーム、古河市の同系列のグループホームと4ヶ所の事業所で委員会活動や合同の研修等が定期的実施されており、また職員の人的交流や情報交換の機会となっている。職員は日頃から利用者とは話をする時間を多く取り、忙しくても忙しい仕草を見せない心構えで利用者の話をじっくり聞くようにしており、その効果が利用者の表情が明るく、職員と仲が良いということが感じられた。
管理者は利用者とは散歩に出ることは、利用者にとって良い効果をもたらすことと、地域住民と日常的な交流の機会と捉えていて、地域住民の姿を見つけると積極的に声を掛けて会話して地域住民のとの交流を行っている。

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)	○	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、戸外に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している (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、安心して暮らしている (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				

自己評価および外部評価結果

自己	外部	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
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	月に一度のフロア会議の際に、職員全員で基本理念を唱和している。また、施設内の目に留まりやすい場所に掲示し、職員の名札の裏面に記載もしているためいつでも確認できる体制を整え、理念の共有を図っている。	利用者のやりたいこと、できることを見守り、出来ないところを支援するよう心掛けている。利用者の希望を取り入れて、押し付けることはしない支援をしている。	
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	毎年10月に「しもふさの郷感謝祭」を開催しており、地域住民やご家族を招待し入居の方達と交流する場を設け、認知症への理解を図れるように努めている。今年は時季外れのインフルエンザの流行がみられた為、開催には至らず、違う形で交流が図れるよう検討中。	散歩に出た時など積極的に地域の住民と挨拶を交わしたり会話をしている。最近では畑で作業している人から声をかけてもらえる。近所の農家の人が野菜を届けてくれるなどの交流をしている。	
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	運営推進会議を開催し、認知症の方々への対応や取り組みの報告、また、毎年10月に開催しているしもふさの郷感謝祭で、地域住民を招待し、認知症への理解をはかることができるように努めている。(今年度はインフルエンザ等の感染症の影響により、開催できていない。)		
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	数年ぶりに家族を招いての運営推進会議を1度だけ開催することができ、近況報告や家族の思いを聞くことができた。しかし、早期流行のインフルエンザ等の感染症の影響により、その後は開催することができなかった。	昨年対面で1回開催したが、その後コロナ禍で2ヶ月に1回又年6回行うまでは至っていない。家庭菜園の取り組みに対して、家族等から「母も野菜づくりが好きなのでいいことだと思う」との話が出た。	運営推進会議は家族等、地域住民、行政等から様々な意見を聞ける機会なので、2ヶ月に1回又は年6回の開催を期待する。
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	運営推進会議を開催し報告や話し合いの場を設け、市役所の健康福祉課の担当者の方にも参加していただき、意見交換を行っている。	年1回程度地域密着型サービス事業所連絡協議会(市職員の参加あり)に参加して意見交換している。介護認定更新申請等必要時管理者が市役所に出向いたり、電話相談などもしており関係は良好である。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束等廃止委員会を構成し、3ヶ月に一度委員会を開催している。また、職員全体の勉強会も開催している。実際の取り組みとして、車椅子やベッド上での拘束ベルトやベッド柵をしない。ベッド柵が必要そうな場合、畳に布団を敷いて対応するなど、拘束をしないケアを行っている。	身体拘束排除のための指針を作成し、定期的に委員会を開催している。マニュアルを作成し、研修を年2回開催している。来年度は外部講師を招いての研修を予定している。	
7		○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	身体拘束等廃止の研修やケアスクール教室を受講し、職員が虐待について学ぶ場を設けている。		

自己	外部	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		○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	職員への周知をはかるため、毎月グループホームくわの実で「フロア会議」を開催しており、職員は全員出席し議題として取り上げ、話し合いで決まったことを活用し支援をおこなっている。		
9		○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(契約)や退居時(契約解除)の際、本人・家族の話しをよく聞き、管理者(ケアマネジャー・看護師)が本人・家族へ納得いくよう説明・話し合いを行っている。また、契約内容へ改定がある際は、事前に本人及び家族へ通知し、理解を得たうえで署名・捺印をいただいている。		
10	(6)	○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	来客用の玄関に意見箱を設置しており、意見があった際には、運営推進会議やフロア会議で公表し、家族や職員で意見交換を行っている。	玄関に意見箱を設置するとともに、家族等には電話で意見を聞くことが多いが介護に対する感謝の言葉が多く意見は出ていない。	
11	(7)	○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	管理者や主任が代表し、職員からの意見や提案を協議し、反映させる機会を設ける場所として、主任者会議や職長会議を開催している。	職員からの意見を主任や管理者が主任会議や職長会議(2か月に1回)で出すようにしている。利用者のケアに関する意見が多く、聞いて話し合って実践するようにしている。	
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	資格や勤続年数、功績に応じての昇給制度を設けている。また、キャリアアップを図るため、資格取得支援制度を創設している。		
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	法人内外での研修への参加を積極的にすすめ、資格取得の希望があれば、特別休暇を与えるなど、側面からのバックアップに努めている。資格取得に関しては、資格取得支援制度も設け個々の力量アップをサポートする体制を整えている。		
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	地域密着型サービス事業所の職員で構成する連絡会に管理者・職員が出席し意見交換を図っているが、新型コロナウイルスの影響により、1度だけしか開催できていない。法人内での同系列の事業所の職員と相互訪問する機会をつくり、サービスの向上を図っている。		

自己	外部	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	利用者本人の生い立ちや環境、家族構成等、本人や関係者からできるだけ多くの情報を得ておき、利用者とのコミュニケーションを図れるよう事前準備から取り組んでいる。また、その情報を活用することで、利用者の安心を確保できるようにしている。		
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	ご家族が求めているものや事を理解し、事業所としてどのような対応ができるか、事前に話し合いを行っている。ご家族からの意見や要望は、事前に職員に伝えている。		
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	本人や家族から、行動状況や思いを聞き取り、改善に向けた支援の提案や他のサービスや制度の必要性があるようであれば、その都度説明・提案をするようにしている。		
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	自立で行えること・支援が必要なことを見極め、支援する側・される側という意識にとらわれないようにしている。炊事・洗濯・掃除等の暮らしの一部を「できる者ができる事を」を念頭においてアットホームな環境作りを心がけている。		
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	相談や報告などささいな事でも家族へ連絡するようにしている。また家族へ無理のない範囲で協力して頂き、一緒に入居されている方の支援を行っている。どんなことでも入居者本人や職員の判断だけに任せないようにしている。		
20	(8)	○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	新型コロナウイルス5類移行にともない、面会規制を緩和し、馴染みの人との関係が途切れないようにしている。また、近隣へのお散歩など馴染みの場所が途切れないようにしている。	フェイスシートを作成して利用者の馴染みの関係を把握している。電話や面会などの支援をしているほか同事業所内に併設するデイサービスに通う友人とサービス利用時に面会している。	
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	入居者同士の関係を注意深く見守り、状況に応じて職員が間に入ったり、一人で気分転換を図ったりと、良好な関係になるように努めている。また趣味や娯楽の時間を提供し、交流を深めていけるように心がけている。		

自己	外部	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	サービスの利用終了後も、関係性を大切にし、経過等の相談も受け付けている。		
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	(9)	○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	アットホームな環境作りに努め、本人の希望や生活サイクルを乱さないように援助を行うことに努めている。困難な場合はフロア会議やサービス担当者会議等で検討している。	横に座ってじっくり話を聞、思いや意向の把握に努めている。利用者から聞き取った情報は連絡ノートを活用している。困難なことがあった場合は、フロア会議や担当者会議でも話し合うようにしている。	
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	利用者本人と関わりのある家族や兄弟のみならず、ケアマネージャーや医療関係者など、多方面から情報をいただけるよう努めている。生い立ちや現在の暮らしの状況、またサービス利用に至った経緯の把握にも努める。		
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	日勤者・夜勤者ともに介護記録を作成しており、フロア会議や申し送り等で職員同士の伝達図っている。あわせて、ケアプランの作成・実施をおこなっている。		
26	(10)	○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	毎月、フロア会議を開催しており、入居者の状態把握、評価、維持、変更に対応している。また、当法人が有しているみわの郷クリニックの担当医や家族と話し合い、それぞれが意見やアイデアを元にケアを提供しモニタリングもおこなっている。	家族等や本人の意向を基に医療関係者の意見を聞き、職員全員でプランを作成している。半年ごとにモニタリングを行い、基本1年のプランで見直しを行っている。	
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	日勤者・夜勤者それぞれが毎日個別記録を作成し、朝礼や引き継ぎの際に職員間で情報共有し、適宜ケアに努めている。		
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	入居者個々のニーズに対応できるよう法人内併設のショートステイ・デイサービス・介護付き有料老人ホームを有している。また、居宅介護支援事業所も配置しており、専門性のある支援やサービスの相談・共有できる体制を整えている。		

自己	外部	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	感染症対策の観点から、地域との交流がはかれていない。運営推進会議や感謝祭を開催することで、地域の方と情報交換ができ地域資源の把握につながっている。		
30	(11)	○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	しもふさクリニック(歯科)・みわの郷クリニック(内科・外科)を当法人グループに有しており、定期診療(訪問診療)を実施している。また、専門的治療や緊急性のある治療に関しては、普段から連携の図られている近隣の医療機関へ受診し、適切な医療を受けられるよう支援している。	契約時にこれまでのかかりつけ医への受診も可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回ある。点滴等が必要になった場合は看護師が来訪している。	
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	管理者が看護資格とケアマネージャーの資格を有しているため、利用者の変化には迅速に対応している。また適宜みわの郷クリニック(往診医師)や施設内看護師等に連絡・相談する事で適切な医療支援を行っている。		
32		○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。	本年度の入院者はなし。入院時は日常生活の留意点など入院先に伝え、利用者の受け入れがスムーズに行えるよう努めている。入院中は可能な限り面会し関わりを持つことで認知症状の緩和に努めている。家族・医師と相談し、事業所でも可能な支援を伝えるなどして、出来るだけ早期の退院が見込めるよう働きかけている。		
33	(12)	○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	重度化した場合や終末期の在り方は、家族や各関係者と相談している。また、利用者本人の意向を尊重し、管理者及び職員で周知実施している。実際に看取りを行う事例があった時には、隣接するショートステイの職員及び当法人関連のみわの郷クリニック職員と連携を図り、介護・医療の両面から対応している。	入所時に同意書をもらうが、判断に迷う家族等には看取り期に入った際に書いてもらうことにしている。入所時に書いた家族等にも看取り期になった時に再度確認もしている。研修を行うまでには至っていない。	管理者が看護師でありオンコール体制がとれているが、看取りを行う事業所として、また夜勤勤務の職員の不安の軽減のためにも定期的な重度化や看取りについての研修の実施を期待する。
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	緊急時連絡網及び入居者急変時の対応や手順を整備している。また、救急救命の講師を招き、勉強会の開催をしている。初期治療(応急手当)に関しては、看護師が講師となり演習している。		
35	(13)	○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	防災委員を構成し、講義だけでなく避難経路の確認や消防設備の把握を職員全体で行っている。消防署立ち会いの避難訓練は新型コロナウイルスや、早期流行のインフルエンザにより実施できていない。	年2回の避難訓練が行われていない。災害に備えた備蓄品は本部で一括管理が行われている。	災害に備えて夜間想定を含め年2回の避難訓練の実施を期待する。

自己	外部	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	(14)	○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	日常の関りの中で個々の尊厳を大切に言葉使いや対応を心がけている。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。個人情報に関する同意書を得ている。接遇や個人情報の研修を委員会を作り定期的に開催している。	
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	自己決定できるように、問いかけに対し本人の言葉を待つようにしている。自分の言葉がなかなかでない入居者に関しては職員の都合で判断せず問いかけ方を工夫している。		
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、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	レクリエーションや散歩、イベント活動への参加を積極的な入居者もいれば居室でゆっくりと過ごしたい入居者もいるので、個々の希望に沿った支援を行っている。		
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	月に2回の出張理美容サービス(カット・カラー・パーマ)を利用し、身だしなみを整え、おしゃれを楽しんでもらっている。自分で整容が困難な入居者には職員の協力のもと身だしなみを整えている。		
40	(15)	○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	入居者と職員と一緒に食べている。食事の準備や片付け(下膳や皿洗い等)をできる入居者にはおこなっていただき、職員と連携しながら過ごしていただいている。毎週水曜日には職員協力のもと、手作りおやつを楽しんでいる。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。自家菜園の野菜を食材に使用している。週1回おやつ作りを楽しみ、ホットケーキなどを作っている。行事に合わせたメニューを提供している。	
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・栄養バランスについては、往診医師や栄養士と相談のもと、食事形態や食事内容を変更(代替食)し、支援をおこなっている。自力摂取を促すよう声掛けにも工夫している。職員と一緒に食事をとることによって、意欲をあげる工夫をしている。		
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	毎週火曜日に訪問歯科(しもふさクリニック)による口腔ケア・予防をおこなっている。口腔ケアに関して、自歯・義歯ともに本人または職員でケアし、清潔保持に努めている。		

自己	外部	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	(16)	○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	日中は定期的にトイレ誘導し、トイレ内で排泄してもらうよう努めている。排泄記録をとることで一人ひとりの排泄パターンを把握し排泄の失敗が減るよう努めている。		
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	毎日の記録で一人ひとりの排泄パターンを把握し、水分提供や適度な運動を取り入れて、便秘の予防に取り組んでいる。		
45	(17)	○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	入居者それぞれが週2回ゆっくりと入浴できるよう、1日2～3名を目安として大まかに予定を立て、毎日おもに午前中に準備をして、入居者のその日の気分に合わせて対応している。一人で入浴したい等の要望があれば積極的な支援は行わず見守り優先をし必要に応じて支援している。	日中はリハビリパンツを使用してできるだけトイレでの排泄ができるよう支援している。歩行が困難でおむつ使用だった利用者が立つことから始め、リハビリを行い体幹を安定させトイレでの排泄が可能になった例もある。	
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	入居者の生活スタイルを変えることなく、使い慣れた掛け布団や畳を使用したり、居室の温度や湿度の確認や症状に応じて体圧分散マットレス(エアーマット)を使用し、安眠への支援している。また、昼夜逆転にならないように留意している。		
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	職員ひとりひとりへ、管理者である看護師が服薬指導をしている。服薬の際はきちんと服薬できたか副作用がないか担当職員が目視で確認している。薬情に関しても個人ファイルに綴っており、職員は必ず確認するようにしている。		
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	くわの実菜園の手入れや小鳥やウサギのお世話、手作りおやつ(調理)など役割に応じて適宜おこなっていただくよう支援している。くわの実菜園で季節ごとの野菜や果物を収穫したり、種や苗の植え付けをしたり、季節を取り入れたやりがいや楽しみを提供できるよう努めている。		
49	(18)	○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	新型コロナウイルス感染症の5類移行にともない、花見や合同食事会への参加、また気候の良いときは近隣にある野菜畑やのどかな田園風景をたのしみながら散歩をしたり、外出支援に努めている。今後も、買い物ツアーや外食ツアー、季節ごとの花見鑑賞など様々な外出支援を検討している。	コロナ禍で外出をすべて中止しており、現在は近隣を散歩する程度になっている。	

自己	外部	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	買い物ツアーや外食ツアーを実施し、支払いを本人におこなってもらうことをしていたが、様々な感染症の懸念があり、ツアーの実施ができていない。普段は防犯上の観点から、入居者本人の管理でのお金は所持していない。		
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	入居者より要望があった際には、ご家族様への電話連絡も対応している。入居者宛に届いた郵便物に関しては、ご本人へお渡しし、いつでも読めるようにしている。		
52	(19)	○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	季節の花や写真、利用者の作品等を展示し、季節感や満足感から居心地の良いホールになるように工夫している。また、日当たりのよい談話室にソファを設置し、憩いの場の提供をしている。	ユニットの南側の日当たりの良い場所に談話室が設けられ、様々な観葉植物やソファが置かれているので、昼食後の休憩時や家族等の面会時等に使われたりとゆったり過ごせる空間となっている。居間兼食堂には大きな水槽に多数の熱帯魚が賑やかに泳いでいて目を楽しませてくれる、テーブルや窓側には鉢花を飾るなどして和める空間になっている。	
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に過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合う方と話しやすくなるよう、席などの配置に配慮している。また、様子を見て自身の居室に誘導をし、一人になったり休める時間を作るようにしている。		
54	(20)	○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	入居時にご家族に対し、できる限りご自身の使い慣れたものでそろえていただけるように伝えている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン等が備え付けられている。利用者の状態を考慮して床に畳を敷いて布団で休んでもらうなどもしている。それぞれ自宅で使い慣れたものを持ち込んでもらうようにしている。	
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	施設内の整理整頓を徹底しご入居様が生活する中でご自身で自由に動ける環境づくりをおこなっている。各居室入口に目印や表札をつける等の工夫をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

所名 グループホーム くわの実

作成日 令和 6 年 3 月 26 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議は家族等、地域住民、行政等から様々な意見を聞ける機会なので、2ヶ月に1回または年6回の開催を期待する。	概ね2ヶ月に1回、年6回開催するよう年次計画を立て実践するよう努める。	会社主催の感謝祭や各イベントを合わせて、年6回開催する。	12ヶ月
2	33	管理者が看護師でありオンコール体制が取れているが、看取りを行う事業所として、また夜勤勤務の職員の不安の軽減のためにも定期的な重度化や看取りについての研修の実施を期待する。	研修会を通して、夜勤職員の不安解消に努める。	会社全体で実施する職員研修に看取りに関する研修や随時フロア会議を実施する。	12ヶ月
3	35	災害に備えて夜間想定を含め年2回の避難訓練の実施を期待する。	消防署立会いの総合訓練と自主訓練を各1回実施する。	自主訓練は、夜間を想定した訓練を実施する。また、訓練実施後訓練内容の検証を行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。