

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	0895100089		
法人名	社会福祉法人緑風会		
事業所名	グループホーム山桜		
所在地	茨城県桜川市真壁町田638-3		
自己評価作成日	2021年12月20日	評価結果市町村受理日	2022年3月29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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&JkyosyoCd=0895100089-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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 認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2		
訪問調査日	2022年2月15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)】

令和2年4月にオープンした新築木造平屋建て2ユニットのグループホームです。周囲は田畑に囲まれ、のどかな雰囲気の中にあります。A棟は6月から入居スタートとなりました。普段は2つのユニットの入居者様が一緒に過ごすことも多く、みんなで歌ったりする時には、元気いっぴいの大きな声が響き渡ります。スタッフの笑顔から、入居者様への笑顔、そして全員への笑顔へと繋がるよう、会話を盛り上げたり、雰囲気づくりをしています。些細な小さな訴えを見逃さぬようにし、気持ちに寄り添うことを心がけております。自分らしさを失わず安心した生活を送って頂けるよう、これまでの人生や性格・習慣を配慮し、傾聴と共感の気持ちを忘れずに支援をしております。

【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)】

田園風景が広がる自然環境に恵まれた場所にある、純和風の落ち着いた雰囲気がある平屋建ての事業所である。開設2年目の新しい事業所であるが、コロナ禍でも感染対策をとりながら、利用者の気分転換と見当識を意識した季節行事を実施している。利用者の心の故郷となっている雨引山や大宝神社に出かけることもできた。職員と利用者が協力し合い、笑顔が多い事業所である。感染予防マニュアルを作成し、必要物品の整備・ガウンテクニックの習得・ゾーニングの研修をオンラインで受講し、シュミレーションも実施した。医師からは栄養バランスが良いバラエティーに富んだ献立で体調の改善が出来ているという言葉を受けている。***新型コロナウイルス感染対策としてオンラインで調査を実施。ホーム内の視察及び書類閲覧はモニター越しに行い、リアルタイムの映像で確認。**

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活き活きと働いている (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

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

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	前回の外部評価時は、法人理念のみであったが、アドバイスを頂き、地域密着型としての理念をスタッフ全員で作成し、朝の申し送り時に唱和している。	法人理念・事業所独自の理念(前回の評価から職員で作成)を玄関と各ユニットに掲示している。朝の申し送り時に唱和し、職員の意識付けを図って実践に繋げている。職員ヒアリングでは、理念を意識した思いやりと笑顔のケアを心掛けているという話が聞けた。	
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	コロナ過の中でのオープンで行事や交流の機会が無かったが、花見ドライブ時に現地に來られていた方や子供達との交流は楽しんでいただく事ができている。	コロナ禍のため日常的な交流は行われていないが、散歩時や外出支援時に会った方々と挨拶を交わしている。普段、あまり言葉を発しない利用者が綺麗な花や子供達を見て嬉しそうに話す場面があるとのこと。運営推進会議のお知らせの中に認知症についての説明を載せている。	
3		○事業所の方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	運営推進会議のお知らせで「認知症の方の事例と対応」を記載し、実際にいらっしゃる方への支援方法を伝えさせて頂いている。		
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	コロナ過を鑑みて、対面での会議は行っていないが、会議のお知らせで記載したことに対して、参加の皆様からの意見を郵送で頂き、サービス向上に活かしている	書面報告となっているが、事前に委員から意見をもらいサービス向上に活かしている。意見に対するフィードバックは次回の運営推進会議録に載せる予定。民生委員から情報を得ており、区長からシルバー体操指導員の紹介を受けた。家族に参加を呼び掛けているが、積極的な参加は難しい状況である。	
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	わからないことは相談し、指示を仰いでいる。実地指導の際は、細かい部分の相談をすることができた。	行政とは常に連絡を取り合い良好な協力関係を築いている。子供110番や幼稚園児との交流を検討中。地域密着型連絡協議会やケアマネ会は中止となっているが、近々開催予定。	
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	玄関の施錠はしていない。定期的に身体拘束の具体例を勉強会や回覧で周知し、スピーチロックにも気をつけながら支援している。	身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月毎に勉強会を開催。拘束となる行為・弊害は周知している。グレーゾーンについては勉強会以外にもその時々で検討し、利用者の安心・安全に向けたケアの提供に取り組んでいる。必要関係書類は整備している他、3ヶ月毎に経過観察と再検討記録を記入し、家族にも継続か解除かを報告している。	

7		<p>○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</p>	<p>虐待に関する勉強会を開き、書面でも周知。虐待・身体拘束チェック表をタイムカード横に貼り、日々目を通して。実際のグレーな場面については、その都度指摘注意喚起を行っている。</p>		
8		<p>○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</p>	<p>内部の勉強会で権利擁護を学ぶ機会を持った。</p>		
9		<p>○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</p>	<p>契約の際は十分や時間を取り、利用者や家族の疑問や不安点を尋ね、丁寧な説明を行い、理解と了承を頂いている。</p>		
10	(6)	<p>○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</p>	<p>モニタリング時やケアプラン作成時に、利用者や家族の意見を伺っている。その他、家族連絡時や面会の際に意見を伺い、その都度必要なことは話し合い、周知することで反映させている。</p>	<p>毎月、請求書に近況報告と写真を同封している。年2～3回、事業所のお知らせも行っている。電話連絡時に意見等を聞くようにしている。通常の面会は昨年10月に一旦再開したが、現在は中止となっている。事前に連絡があった場合は窓越しで対応。</p>	
11	(7)	<p>○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</p>	<p>日々の業務の中で必要な事は報告いただき、代表者に相談したり、ミーティングにあげて話し合い、皆の意見として反映させている。</p>	<p>運営に関する報告は事前に受けている。現場の気づきやなんでも記入できるノート、意見箱から検討して改善している。名前を愛称で呼んでしまう場合があり、利用者の尊厳を大切にケアの提供を再統一した。管理者と職員は何でも話し合える関係で、職員にストレスや不満はないとの事。半年毎の面談と職員自己評価シートを活用し、レベルアップに繋げている。</p>	
12		<p>○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</p>	<p>代表者は、毎月のタイムカードをチェックし、職員の勤務状態について把握している。管理者が提案する事柄を判断し、必要な備品購入やスタッフへの声かけに努めている。</p>		
13		<p>○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</p>	<p>半年毎の職員の自己評価シートを確認している。ミーティングの中で毎月の勉強会が行われるよう推奨している。新規スタッフが業務の中で指導を受けられるようなシフト作成を容認している。</p>		

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	現在はコロナ過の中、外部の交流は難しくなっているが、外部研修や同業者同士の集まりが再開できれば、活動参加の相談にのる心づもりをしている。		
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	見学の際から、相談室でお困りのことについてお聞きしたり、ホームの説明をして関係作りに努めている。		
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	見学に来られた際や入居前の面談の際に現在一番困っている点をお話いただき、話の中から必要な質問をさせて頂きながら、関係づくりに努めている。		
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	現在、何が一番困っているかを伺い、話の中から支援の見極めを行っている。その方に必要と判断すれば、他のサービスの説明も合わせて行うようにしている。		
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	お手伝いやお裁縫をやりたい方がいるが、その時の体調などを確認の上、無理のないように行って頂き、必ず感謝の言葉を伝えている。		
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	季節ごとの衣類の用意や必要物品の購入など、ご家族にできる事はお願いしている。		
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	ご友人や親類の方の関係性を事前にご家族に確認し、面会や電話をつなぐなどの支援を行っている。	携帯電話や事務所内の電話で家族や知人と連絡を取り合う利用者がいる。年賀状や手紙で大切な人との関係継続に努めている。利用者同士が馴染みの関係となってきている。雑誌や新聞の購読を続ける利用者がいる。	
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	フロアでの食事の席をその都度検討し、馴染みの方同士がいつも話せるよう支援している。必要に応じて職員が間に入り、コミュニケーションをとれるよう計らっている。		

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	入院して退去される方が殆どだが、自宅に戻られた方に関しては、いつでも相談に乗る旨を伝えている。		
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	一人一人の経過記録やモニタリングを通して、暮らし方の把握に努めている。必要に応じて本人の意向確認を行い、困難な場合も意向をくみ取れるよう表情や仕草を見逃さないよう努めている。	利用者の思いや意向は日々変わることを承知し、その時々に応じた適切な対応を心掛けている。趣味の塗り絵・縫物・オセロ・カラオケ・ジェンカ・読書を楽しみ、食器拭きや洗濯物たため、野菜の収穫にはお礼の言葉を伝え、利用者のやりがいに繋げている。困難な場合は表情や様子から利用者本位に検討している。	
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	見学时や契約時に家族から伺ったり、入居してからの日々の暮らしの中で本人様に聞いたりにして把握に努めている。		
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	毎日、朝夕の申し送りを通して、その日その日の状態を把握し、状態に合わせた支援を行っている。有する力を活かして頂けるよう見守りで自分でできる事は行って頂く。		
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	本人に意向確認、家族に現状を説明し意見を頂き、スタッフミーティングの際にケアプランのサービス内容について話し合っている。	行政独自の医療と介護の情報連携シートを活用し情報を共有している。利用者・家族の意向を聞き、ミーティングでニーズとケアのあり方について話し合い、プランを作成している。作成後は家族に説明し、同意を得ている。プランに沿った経過記録で毎月モニタリングを実施し、現状に即したプランに繋げている。	
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	個別の経過記録に記入の上、申し送り時に気が付いたことを共有している。その場で変更されることは決定して申し送るようにしている。		
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	サービス内容について統一事項として決めていることはあるが、ニーズに対応して、決めつけずに話し合っって方向性を変えていく。家族と相談の上、個別対応できることは行っている。		

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	家族や馴染みの関係、地域でお世話になった方々との交流を支援している。		
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	本人・家族の希望により、1名は自宅でのかかりつけ医を継続しており、家族が通院介助している。その他は入居時に、協力医療機関へ変更し、職員が通院介助している。	これ迄のかかりつけ医を継続し、家族付き添い受診としている。協力医療機関の受診には職員が付き添う。受診後は健康管理ノートに記録し、家族に報告している。訪問看護は入っておらず、相談は県の相談センターを利用している。	健康管理ノートに受診結果を詳しく残しているが、いつ・誰に伝えたかの記録はない。家族・事業所の共有化の為に、記録に残すことが望ましい。
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	職場内の看護師の配置はない。		
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。	入退院時はサマリーのやり取りしている。入院してから1週間～10日くらいで入院見込みを確認し、状況に応じて退院の受け入れ相談等を行っている。		
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	身体的な重度化については、車イス使用やリフト浴対応で継続支援可能な事を説明している。終末期については、家族に延命治療の確認等を行い、今後について話し合っている。	看取り指針とマニュアルを作成し、ホームで出来ること出来ないことを説明している。基本的には看取りを行わないことを伝えているが、身体的な重度化の場合は継続可能としている。今後、家族・利用者からの要望が出た時に備え、看護職員から指導を受け、職員の意識統一と勉強会が必要と感じている。	
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	勉強会やミーティングで確認している。緊急持ち出しファイルを用意してある。		
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	災害よっての対応の仕方をミーティング時に確認し周知している。災害マップを緊急持ち出しファイルに入れて確認している。	前回の評価から災害別マニュアルを作成し、全職員に周知した。これからは様々な場面を想定した訓練を実施する予定。避難の優先順位を消防署に書面で問い合わせたところ、順位を決めず、避難できる人から順次避難させるようにとの回答があり、担当者を決め、検討しながら訓練を実施した。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。非常口の段差については検討中。	災害時の誘導に不安を感じている職員もいるので、事前に民生委員や区長に、緊急時の応援依頼をしておくことを期待する。広域避難場所は周知しているが、福祉避難場所を確認し、家族にも周知することが望ましい。

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	これまでの人生や、性格・プライバシーに配慮し、言葉を選びながら、対応するよう心がけている。	利用者を人生の先輩として敬い、日々のケアに努めているが、慣れ合いの関係で対応してしまいう場面があり、目についたときは職員同士で注意をしている。情報開示に向けた同意書(肖像権を含む)を取り交わし、個人情報保護に努めている。面会簿は個票になっている。
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	1対1になった時などに、困っていることや、何かしたいことなどを、それとなく聞き出せるよう心がけている。	
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、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	食事の時間は全員で一緒に取るようにしているが、自室で過ごされるタイミングや昼寝の臥床介助など本人に聞きながら支援している。	
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	本人が欲しいものについて、衣類や顔のクリームなど家族に相談し用意している。着る服をご自分で選んで頂いたりしている。	
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	配膳下膳はスタッフがやっているが、米研ぎやテーブル拭き、食器拭きを手伝って頂いている。必ず、代表1人を指名して、いただきますの挨拶をして頂いている。	管理栄養士が立てたバランスの良い献立をケアハウスで調理している。ご飯・味噌汁・おやつはホームで調理する。利用者はお米研ぎや食器拭き、テーブル拭きを行っている。食事形態や盛り付けは利用者の状態に合わせて提供。誕生日は赤飯とケーキで祝い、イベント時は特別メニューを提供している。食事前に嚥下体操を行い、嚥下の機能低下防止に努めている。食事の前の挨拶を順番制で利用者をお願いしている。訪問調査当日は午後から誕生日会で、A・B棟一緒に食事風景であった。食後の口腔ケアも実施している。
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	ほぼ全員の方が残さず食べられるように盛り付けや量を一人ひとりに合わせて配食している。水分摂取がすすみづらい方には、好きな飲み物を用意し、摂取して頂いている。	
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	毎食、必ず口腔ケアの声かけを行っている。自力で難しい方には、自力を促した後、仕上げ磨きの介助をしている。拒否される場合は、うがいで済ませて頂くようお願いしている。	

43	(16)	<p>○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</p>	<p>一人ひとりの排泄の間隔を把握し、時間が空いた時は誘導し便器に座って排泄を促す支援を行っている。見守りでできる事は行って頂くようにしている。立位が難しい方は、2人介助で対応し便座に座って頂いている。</p>	<p>立位が困難な利用者は2人介助で対応し、トイレでの排泄支援に努めている。個々の排泄パターン・チェック表・表情・様子を把握し、声掛け誘導を行っている。自立の利用者は見守り、夜間おむつ対応の利用者は昼間はリハパンを使用する等、利用者の力を活かす支援に努めている。トイレトペーパーは収集癖がある利用者があるので、個人毎に用意している。水分・リハビリ体操・外気浴等で便秘予防に努めている。</p>	
44		<p>○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</p>	<p>水分摂取が足りない方には、トータルで摂れるように好きな飲み物を提供したり、毎日のリハビリ体操に参加頂いたり、天気の良い日に外気浴などを促している。</p>		
45	(17)	<p>○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</p>	<p>入浴の間隔が空き過ぎない様に声かけし、気分が乗らない日は次の日に誘うなど、本人のタイミングと保清状態に合わせた支援をしている。</p>	<p>週2回を基本とし、利用者が気持ちよく入浴できるよう、入浴剤やゆず湯を提供している。拒否が出た場合はケースbyケースで対応している。リフト浴があり、安全に入浴することが出来る。着替えは職員が準備している。皮膚感染予防対策は特に実施していない。</p>	
46	46	<p>○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</p>	<p>ご自分で行ける方は自分のペースで自室に戻り過ごされている。一人ひとりのタイミングに合わせて、室温や布団の種類などを、好みに合わせたりの支援をしている。</p>		
47		<p>○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</p>	<p>処方頂いている薬は薬の説明書をみたり、調べて把握に努めている。毎日、食前・毎食後・就寝前薬と日付と名前確認、飲み込むまでを確認している。</p>		
48		<p>○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</p>	<p>自宅での日課や行っていた事を事前に伺う。読書や縫い物、時代劇鑑賞。食器拭きや洗濯物たたみ、頂きますの挨拶などの役割を担って頂いている。オセロゲームで気分転換される方もおられる。</p>		

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	季節ごとの花を観に雨引山や大宝神社に出かけている。桜が咲くころはりんりんロードの並木まで散歩したり、つくし湖の周りをドライブしている。コロナが終息したら、ご家族と一緒にに行けるように計画する。	季節毎にアジサイ・菊・紅葉を見に雨引山・大宝神社に出かけた。りんりんロード並木道まで散歩に出かけているが、これからの桜の開花が待ち遠しい。ドライブに出かけ、車窓から季節の移ろいを感じている。玄関先でお茶をしたり、ホーム周辺を散策して外気浴を楽しんでいる。	
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	外出レクの際のお土産購入やや必要な日用品を買うためのお金を預かり、購入支援している。		
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	携帯電話をお持ちの方はいない。電話が来た際は取り次ぐこともしている。		
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	白とベージュを基調として落ち着いた色彩の造りとなっている。天井も高く、窓も大きく開放的な空間で日中を過ごして頂いている。エアコンで温度調節し定期的な換気を行っている。冬は加湿器を使用。壁面には季節の手作りの飾りや写真を飾っている。	リビングや玄関には季節の花や飾りがされ、見当識への配慮があった。調査当日は7段飾りのお雛様が飾られていた。空調関係に注意し、空気清浄機を使用している他、定期的な換気を実施している。特に冬場は乾燥に気を付け、加湿器で調節している。トイレには男性用・女性用の表示があり、混乱はない。ソファに座り会話をしたり、玄関前でお茶を楽しむときもある。	
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	自分のタイミングで自室に戻られ、テレビを観て過ごされる方。ソファーに馴染みの方同士で座っておしゃべりされたり、玄関先で日にあたって世間話できるよう支援している。		
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	自宅で使われていた布団や食器、飾り物を持ち込んで頂いている。写真を飾ったり、本を棚に並べたり、自分のテレビを設置できるようにしている。	居室入口に花と名前が掲示されている。ベッド・エアコン・防災カーテンは事業所が用意。持ち込み品は多くないが、必要な衣類等は押し入れに整理されている。テレビや衣装箱、利用者にとって大切な家族の写真や孫の結婚式の写真、外出時の写真や趣味の本を置き、ゆったり過ごせる居室となっている。正月は絵馬に願い事を書いて飾っている。掃除は主に職員が行っている。	

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	バリアフリーで動線には手すりが設置されていて、どこに行くにも掴まりながら移動できる。トイレには男性用女性用のマークをつけている。各部屋のプレートには別々の花が描かれ各自の名前が印字されている。		
----	--	--	--	--

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム山桜

作成年月日 : 2022年3月26日

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	11	健康管理ノートに受診結果を詳しく残しているが、いつ・誰に伝えたかの記録はない。家族・事業所の共有化の為に、記録に残すことが望ましい。	受診結果を家族と事業所で共有できるようにし、記録として残すようにする。	定期受診の結果が変わりなければ、毎月の請求と一緒に送付しているおたよりに、日付と様子を記入する。何か変化があった場合には、電話連絡し、職員名・ご家族様の名前・お伝えした内容を個別の経過記録に残す。	3ヶ月
2	13	災害時の誘導に不安を感じている職員もいるので、事前に民生委員や区長に、緊急時の応援依頼をしておくことを期待する。広域避難所は周知しているが、福祉避難所を確認し、家族にも周知することが望ましい。	職員・家族共に、災害時の不安を少しでも減らせるような対策をする。安全に避難できるような方法を考える。	福祉避難所を市役所に確認し、職員と利用者家族に周知する。民生委員、区長に緊急時の協力依頼をする。非常口の段差解消の為、スロープの設置を法人に提案する。	6ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。