

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	1290400082		
法人名	株式会社ちばなベスト		
事業所名	グループホームおもとの郷御成台		
所在地	千葉県千葉市若葉区御成台3-2		
自己評価作成日	令和5年8月31日	評価結果市町村受理日	令和5年9月25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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	令和5年9月12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)】

おもとの郷御成台は、今年開設15年目になります。この間、ご入居者様から多くのことを学ばせて頂きました。私たちスタッフは、お世話をさせていただくことに際し、ご本人・ご家族様のご意向を尊重することを大切にしています。ご入居者様おひとりおひとりの心身の健康保持を目指し、日々の介護メニューを作成しています。多くの方が「終の棲家」となるこの場所を、温かく豊かなものとなるよう、スタッフ一同努力して参ります。

【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)】

事業所の優れている点は①「出来ないことを言い訳にしない」の方針の基、介護度は高くても、利用者本位のより良いケアのあり方に向けて職員同士が試行錯誤を重ねながら実践できるように努めている。②一人の人間として尊敬を持って接し、入居者と職員が共に過ごし、支え合う関係を築き、「職員も利用者も家族」の言葉のもとに笑顔があふれるグループホーム作りに取り組んでいる。③長く勤めている職員が多く、ケアについて日常的に話し合い、相談し合う職場は、職員は明るく介護のプロとして仕事に誇りと生き甲斐を持っている。④利用者の最後まで関わりたいという職員の熱い想いは利用者・家族の安心につながっている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目: 11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	私たちはご利用者の人権及び思いを尊重し、ご家族や地域から信頼される施設を目指し、これを達成するために管理者とスタッフは自己研鑽に努力しています。理念方針を全員が共有実践できるよう、掲示しています。また、業務前に理念を唱和し意識を高めています。	利用者本人の意思決定を大切に、利用者の為に何をしたら良いのか常に職員間で話し合い理念の共有を図っている。共に過ごし、支え合う関係を築き、「職員も利用者も家族」の言葉のもとに笑顔があふれるグループホーム作りに取り組んでいる。	
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	隔月の運営推進会議を地域自治会との交流を深めています。施設行事・消防訓練の案内や非常災害時に於ける救助支援の依頼、自治会回覧板を使った施設の告知の承認などご協力をいただいております。地域ボランティアの協力が各種レクに活かされています。	災害所の必需品備蓄、AED(除細動器)の設置等自治会と話しあわれ、地域に貢献できる体制を整えている。近隣の方が花壇の手入れに訪れ、利用者が迷子にならない様に見守って頂けるなど、地域の一員として暮らし続けられる支援が実践されている。	
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	運営推進会議において、認知症のご利用者の日常生活と支援内容を報告し理解を深めていただいています。また、地域の介護や認知症の相談窓口としての役割を自覚し、いつでもどなたでも相談ができるような体制をとっています。AEDの設置、近隣への貸し出しも行なっております。		
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	ご利用者・ご家族・地域包括支援センター・民生委員・自治会役員の出席で隔月開催し、報告や話し合いが行われ、その議事録をすべての関係者にお届けしています。意見を反映したサービスを行い次回の会議で報告しています。	運営推進会議は今年度から対面開催とし地域包括支援センター職員、自治会福祉部、民生委員等の参加を得て年4回開催されている。健康衛生管理や火災予防対策、「ひやりハット」による業務改善運動実施報告等が議案として討議されている。	広く意見を得てサービス向上に繋げるためにも、以前参加されていた家族代表等の参加が望まれる。
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	地域包括支援センター・民生委員・若葉区役所・千葉市介護保険事業課・市議会議員・市グループホーム協会等と連携を深め、適宜アドバイスをいただいております。	介護保険事業課とはPCR検査や感染症対策、補助金等でアドバイスを頂き、運営推進会議に地域包括支援センター職員が出席し、日ごりの取り組みを詳細に伝え連携して取り組んでいる。また、施設長がグループホーム協会に参加し情報を共有している。	
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	全社的な取り組みを実施、毎月1回幹部会にて報告討議を行なっています。また、施設長が講師となり身体拘束についてのスタッフ研修を開催し、徹底した指導を行い、現場にあっても拘束をしない努力をしています。年6回を目標とした人権啓発研修会を実施しています。	身体拘束廃止委員会を毎月開催し、研修では身体拘束に繋がる事例動画を確認し、施設長にレポートを提出し助言を得ている。玄関を施錠せず、職員全員が同じ視線で情報を共有し、転倒や皮膚乾燥による湿疹予防等に努めるなど、工夫を重ねながら身体拘束に繋がらない支援が実践されている。	
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	虐待防止のため、国のハンドブックをテキストにスタッフ職員研修を開催しています。各部署でのミーティングで確認、ひやりハットの活用で未然防止に努めています。 2/10		

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	権利擁護についても、県のハンドブックをテキストにスタッフ研修を開催し、ご利用者やご家族にもハンドブックを配布いたしました。見落とされがちなこの問題を施設理念とともに職員の支援業務の基本と考え実践しています。		
9		○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	見学・相談時の家族への案内・説明を徹底し、契約時には施設長が重要事項説明を行い締結しています。		
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	施設長及びケアマネージャーによるご利用者面談カンファレンスを適宜実施や、ご入居者意見箱の設置などから、ご利用者・ご家族の意見を運営推進会議に報告し、運営に反映しています。	毎月「おもとの郷だより」と共に、入居者個々の日常の写真を職員のコメントを添えてご家族に送付している。また、利用者の健康状態、食事量、通院などご家族とために電話で連絡をとり合い、その際の些細な意見・要望でも把握に努め運営に反映させている。利用者の要望は日常的にコミュニケーションを重ねながら把握に努めている。	
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	毎月定例の各部所長がスタッフを招集するフロア会議と代表者・施設長が各部所長を招集する連絡会議と、施設長による全職員面談を実施し、職員からの意見提案を取り上げ業務に反映しています。	施設長による個別面談がおこなわれ、意見・要望の把握に努めている。ホーム長は、ともにケアを行う中で職員と、コミュニケーションを密に取り、意見や改善案の抽出に力を注いでいる。職員からの業務改善提案や行事などのアイデアは多く、フロア会議で検討され支援に反映されている。	
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	介護品質はスタッフの意欲がその源であることから、職場環境の整備は最重要と考えています。ストレスチェック・アンケート等実施し、スタッフ個々の考えを把握しています。職制と職務分担を明確にし、それに合わせた給与体系を整備しております。		
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	施設の運営方針に合わせた人材確保を行う中で、スタッフのスキルアップを目指し、人員を選抜し市や協会の外部研修に参加させています。また提携施設に派遣研修、施設内研修も定例化しています。		
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	全国と市のグループホーム協会に加盟し、協会の会合に積極的に参加しています。また、居宅支援の事業所と提携し交流をはかり、区内のグループホームと助け合っていく友好関係を築いています。同業施設の運営推進メンバーに委嘱され、交流を図っています。		

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
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	利用に際し、人的なことも含む環境変化に順応していただけるよう人間関係の構築のため、ご本人・ご家族・施設長・ケアマネジャー・各部署長による面談を行い、ご入居者・ご家族の介護に関する意向の確認をし、支援に向けての評価をしています。		
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	大切な家族を施設に託す不安の除去のため、ご家庭におけるご利用者の情報を確認し、家族の要望を第一に考え、支援に反映するため計画に記載し、スタッフに周知しています。ご入居後の施設(ホーム長)からのご入居者様のご報告を行っており、安心を頂いております。		
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	初期において、施設長・ケアマネジャー・介護スタッフによる利用者の評価を行い、支援方針を立案し、計画に記載し実行しています。		
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	介護する人・介護される人の関係でなく生活をともにする人間同士の連帯意識の構築を目標にしています。ご利用者とスタッフは家族でありホームは家庭であるとの理念のもと、関わりや食事の在り方や職員の服装まで考慮しています。		
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	ご家族には定期的な施設への訪問をお願いします。ご自宅への一時的な帰宅、ご家族の施設訪問の時間の制限はしない、ご家族でできることはしていただく等々、施設とご家族が協同してご利用者を支援して関係を目指しています。		
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	ご利用者の暮らしの情報を大切にし、ご家族やご友人との外出・訪問を積極的に奨励しています(お墓参りや外食など)。ご利用者が参加できる区や社会福祉協議会や自治会の行事にも積極的に関わっています。	家族面会が可能となり、ご家族やご近所の方が来訪し会話を楽しみ、法事への参加や入居前からのかかりつけ医の受診などが行われている。読書が趣味の利用者は好きな本を継続して取り寄せ、好きなカレンダーや写真を飾るなど本人が大切にしてきた関係が途切れない支援に努めている。	
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ご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	日常生活を共にするご利用者同士の連帯を、食事・行事・レクリエーションなどを通し醸成するよう努力しています。ホーム内での友達作りは、ご入居様にとって生きていく喜びとなります。		

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
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	サービス終了後でも、各スタッフがいつでも相談を受けるよう周知しています。必要とあれば支援していく体制をとっています。他施設へ移られてからもご家族との連携を心掛けています。		
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	介護計画においては、基本情報・暮らしの情報・心身の情報を基にご利用者個人の生活リズムやかかわり方を理解し、希望・意向の把握に努めています。日々変わる状況の把握をスタッフ間で共有しています。ご入居時、ケアマネージャーによるご家族に対しての入居者様の生活及びバックグラウンドについて、詳細な聞き取りヒアリングを実施しています。	職員は利用者とともに日々過ごす中での気付きや、会話から思いを把握することが多く、口頭や申し送りでも情報を共有している。意向確認の困難な方にも話しかけ、表情や発する言葉から思いや意向の把握に結び付けている。	把握した職員の気付きを介護支援専門員と共有し、介護計画に反映させる取り組みが望まれる。
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	ご利用者・ご家族との面談を通し、情報を収集し支援計画に役立てています。		
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	ご利用者の日々変化する身体・心の状況を正確に把握し、日々の介護記録を分析し、職員間で情報を共有して支援に当たっています。		
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	日々の観察を記録に残し、ご本人やご家族との面談を経て、ユニットの担当介護職員の参加するフロア会議で検討の後、毎月の連絡会議で施設長・ケアマネージャー・ユニット長で情報を検討し、計画を作成しています。	利用者の状態変化や支援内容について職員全員で意見交換をおこなっている。介護計画は施設長・職員・ユニット長・ご家族や必要に応じ医師の意見を取り入れ作成している。4ヶ月毎に計画を見直し、状態の変化があれば、その都度検討を加えた、現状に即した介護計画が作成されている。	サービスや介助項目を羅列した介護計画ではなく、アセスメントにて十分な課題分析を行い「その人が何をしたいのか、本人が望む自分らしい生活は何か」の視点で話し合い、必要な支援を盛り込んだ介護計画が望まれる。
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	月一度のフロア会議において、ご利用者の日々の生活状況を総合的に検討し、アセスメントの確認・修正を行い支援しています。		
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	複合施設であった当施設で、以前運営しておりましたデイホームでの経験を活かし、レクリエーションや行事の3ホーム間での交流を促しています。		

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
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	運営推進会議に地区の民生委員の方が一員としてつねに支援していただき、利用者の相談や地域の行事の紹介をお願いしています。またオカリナの会や傾聴ボランティアや災害時の支援を地域の方々にお願いしています。		
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	内科・歯科の訪問診療医と提携しており、ご利用者は月2回は訪問診療を受診しています。すでに、なじみのかかりつけ医がおられるご利用者はそれを優先しています。	訪問診療医は月2回の診察で健康状態を把握し、状態変化時や緊急時には臨時的な往診対応を実施している。精神科や眼科等の専門医への受診、かかりつけ医への継続受診など適切な医療を受けられるための支援があり、安心できる環境が整っている。	
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	毎週診療以外に看護師による健康状態の確認の時間を設け、またご利用者に何か異変があった場合は24時間看護師の指示を受けられる医療連携体制を築いています。		
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。	ホーム長・ケアマネージャー・訪問医の連携も下に利用者の入・退院に際しては病院の地域医療連携室のケースワーカーと連携を密にして、入院中も定期的に病院に面会に伺うなど、ご利用者の家族に最善の支援を心掛けています。早期にホームに戻って頂くことを目標にしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制を構築しており、重度化した場合の介護・看取りの介護のガイドラインに沿ってご家族にご説明しております。実施する場合は、医師・看護師と連携しながら、方針・計画を策定し、ご家族・職員とも共有し取り組んでいます。	重度化した場合及び看取り介護の実施に関する指針を備え、本人および家族の思いに寄り添った看取り介護が実践されている。職員は看取り後にデスカンファレンスを実施し、本人と家族の最期の時間や自分たちのケアを振り返りながら真摯に向き合っている。	
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	消防訓練は年二回実施し、職員研修の一環として救急救命講習を実施しました。また利用者急変時の対応と急変時の症状をマニュアル化し職員に周知しています。		
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	施設独自の火災避難訓練を実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けております。運営推進会議を通し地域自治会・住民の方に災害時のご利用者の避難のご協力とご理解をいただいております。	利用者の居室入口には、避難の際の車いすや担架使用のマークを掲示し、職員の役割行動チャートも整備されている。近隣住民には施設設置のAEDについて周知を行い、自治会の防災担当者が運営推進会議に出席するなど地域との連携体制にも努めている。	自然災害発生時の事業継続計画(BCP)の策定については、現在7割程度まで進んでいる状況である。ブラッシュアップを繰り返し完成度を高めていくことができるよう、早期に一次完成を迎えられることが望まれる。

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	スタッフは人権の尊重や年長者に対する尊敬の念を常に持ち、ご利用者との会話や対応において、一人ひとりの人格の尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心掛けています。社内に身体拘束及び虐待防止未然防止委員会を設定しています。	職員は、利用者一人ひとりを尊重するために、本人の意思決定支援を常に心がけている。自分で選択したり決めたりできるよう声かけの工夫を行い、決定した内容に沿って支援を行うことにより、尊厳の保持について意識しながら前向きに取り組んでいる。	
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	スタッフに対して、傾聴を常に心がけ、その中から思いや希望に気付いていこう、また過剰な介護によって自己決定の機会が奪われぬように指導しています。		
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	職員は介護の効率を二の次にして、ご利用者のペースを優先し、施設のメニューよりご利用者の生活のリズムを優先する方針を掲げています。		
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	日々の生活において、普段着と寝間着・外出着の区分け、季節に合った清潔な衣服と下着、日々の整容において女性は化粧・男性は髭剃りなどが定着できるよう支援しています。		
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	ご利用者のヒヤリングの中で、食事の好き嫌いやアレルギーをお伺いし、メニューに反映しています。できる方は生活機能の維持のため、積極的に食事の準備片付けをお願いしています。また月に1度の外食も実施しています。	行事メニューや誕生日リクエストなど利用者と職員が相談しながら、食事を楽しむための工夫を凝らしている。おはぎを手作りしたり、寿司やピザなどをイクアウトすることもある。また、テーブル拭きや洗い物は、自分の役割として利用者自らがすすんで行っている。	
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	メニュー作成時に1日1500kcalになるよう指導しています。日々の介護記録によって、ご利用者の喫食量等の把握しております。3食以外にも起床時・10時・15時の水分摂取時間を設けています。普通食から流動食まで対応をしています。		
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	食後は必ず口腔ケアを実施しています。毎週の歯科訪問診療があり、その都度医師に相談しています。歯科医による歯科定期健診も実施しています。		

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
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	尿意便意のない失禁か手順の混乱による失敗を見極め、排泄の自尊心を確保した誘導を心がけ、残存機能の維持と増進に努めています。	なるべくトイレでの排泄が継続できるように、職員は利用者個々の身体状況を細かく観察し、適切な支援が行えるよう努めている。その結果、オムツを使用している方でも状態に応じてトイレ介助を行うという柔軟な対応をしながら、自立支援に向き合っている。	
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	日々の食事・水分摂取量を介護記録で確認すると共に、利用者に合った適切な運動を午前中に行っています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ご利用者の体調に配慮しながら、一人ひとりの希望のタイミングで入浴をしていただくよう、入浴できる機会を毎日設けています。	職員は、安易にシャワー浴を選択することなく、安全な方法を検討しながら、利用者全員が湯船に入ることを実現し、入浴を楽しむことにつなげている。また、皮膚状態の観察を徹底し、予防が大切との認識のもと保湿に関する手入れも入念に行われている。	
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	昼夜逆転にならぬよう適度な運動を取り入れ、リハビリやレクリエーションなど介護支援メニュー以外の時間はご利用者のペースを尊重できるよう支援しています。		
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	ご利用者の服薬情報をファイルに保管しており、スタッフは情報を確認共有しています。薬剤師は、診療には同席して誤薬を防止のため薬は分包化と日付と与薬の時間を明記し、施設の薬の保管管理とスタッフからの相談に対応しています。		
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	レクリエーションの選択肢を多く揃え、ご利用者の好みや興味にあったメニューを考え実施しています。酒やたばこも基本は禁止せず、害がない範囲で楽しんでいただく努力をしています。		
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	隣接の公園への散歩、車両でのドライブや外食・ショッピングセンターへの買い物等をレクリエーションのメニューに取り入れています。その都度気分転換の散歩の支援や、家族との外出・本人が希望する地域の宗教活動参加の推奨もしています。	近隣公園への散歩は、歩行可能な利用者だけでなく、リクライニング車椅子利用者であっても実施されている。玄関前のプランターの花や野菜の植え替えは地域住民の方と共同で行われている。その横には日当たりの良いベンチがあり、日光浴に使用されている。	

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	お金を管理できる方には財布(一定金額)を持ってもらい買い物もできるよう配慮しています。高額なお金は預かり(ご家族に管理して頂いています)、出納はご本人・ご家族にわかるようおこずかい台帳を付けています。		
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	携帯電話の支援を致します。事務所の電話はご利用者に無料で使えます。郵便物のやりとりもご家庭にいると同じようにできます。		
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	家庭的で落ち着ける空間づくりを心がけています。常に生花やレクリエーションの制作物に季節感のあるものを取り入れるよう努めています。	共有空間の換気や温湿度管理は、職員により徹底されている。清掃は、職員と利用者が協力して行い清潔が保たれている。リビングには、季節の花や行事にちなんだ貼り絵などの作品が飾られており、利用者の目を楽しませ、会話のきっかけにもなっている。	
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	ソファの配置、食卓の席などを常に検討しています。		
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	居室は殺風景にならないように、ご本人が安心していただけるように、ご家族に協力のもと、ご家庭でいつも使用していたものや見慣れたものをできるだけ持ち込んでいただくようお願いしています。	居室は、あくまでも利用者本人の大切な場所であることを念頭に、本人の意向や思いを大切にしながら居心地の良い空間となるようにレイアウトが行われている。身体状況の変化により安全面での配慮が必要となった場合でも、本人と相談をしながら決定されている。	
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	手順の混乱によってできないことがある場合はトイレなどに名称を貼り紙をしています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームおもとの郷御成台

目標達成計画

作成日: 令和 5 年 9 月 12 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	4	運営推進会議に家族代表の参加を得て広く意見を頂きサービス向上につなげる。	運営推進会議にご入居者ご家族の参加を促進する。	1. ご家族の参加都合日時を調整する。 2. ご入居者の介護に関しての希望を確認し、会議への参加を要請する。	1ヶ月
2	26	アセスメントにて十分な課題分析を行い「その人が何をしたいのか、本人が望む自分らしい生活は何か」の視点で話し合い、必要な支援を盛り込んだ介護計画が望まれる。	アセスメントにより本人の意向を踏まえた課題分析を行い、介護計画として具体的に立案する。	意向を表出できる入居者は半数位なので、必要性を予測し、ニーズを確認した上で介護計画に取り組む。	1ヶ月
3	35	事業継続計画(BCP)の作成に取り組む。	令和5年度中(令和6年3月までに)の作成を義務付けられていることもあり、期限までに作成する。	他施設のBCPを参考に、当施設に合った内容にするべく作成を開始しています。	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。