

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	0870101631		
法人名	社会福祉法人 翠清福祉会		
事業所名	グループホームかたくり	ユニット名(東ユニット)
所在地	茨城県水戸市河和田町4517-1		
自己評価作成日	令和 4 年 11 月 29 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 3 月 6 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.kaikokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0870101631-00&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5年1月30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)】

①家族や日々の生活の中から情報を収集し、センター方式を活用する。「生活のこだわりや習慣」をケアプランに反映し各利用者にあった支援に繋げていく。②認知症の中核症状や背景、環境、生活歴、日々の観察等から本人のニーズを捉え、ケアプランを作成し、実践・記録・評価を行い、認知症ケアの充実を目指す。年間計画で認知症学習会の実施。③家族支援の一環として、ほのぼの便りを年3回、生活の様子(一言箋)を年3回作成し、家族に伝えていく。④利用者やその家族に年1回満足度調査を実施する。また運営推進会議(2ヶ月に1回)により家族や委員の意見を取り入れ、グループホームの運営や職員教育、利用者の生活に反映する。⑤新型コロナウイルス、ノロウイルス、インフルエンザなどの感染症をGH内へ持ち込まないように、面会者への注意喚起、利用者・職員の体調の変化への早期対応。職員は、自分の体調管理をしっかり行い、体調不良時には安易に出勤せず上司に相談する。

【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)】

事業所は幹線道路から少し入り林や畑、梨畑もある等自然豊かな場所に立地し四季を感じながら日々過ごす事が出来る。「利用者の生活機能を発揮して日常生活を送り、豊かで穏やかな老後が送れるように支援します。」と理念に組み込み、利用者は毎日周辺を一人で散歩したり、広い敷地の中庭にある畑で、法人の後援者である友の会会員とジャガイモや大根、花を育てたりと理念に沿った支援を実施している。食事は委託で副菜は湯せんにより提供されるがバランスが良い献立で主食とみそ汁は職員が作る為、ご飯を麺類に変更する等利用者の要望も取り入れている。防災訓練は敷地内に同一法人の介護老人保健施設、通所リハビリテーション、通所介護、居宅介護支援事業所と合同で実施している為協力関係が構築され家族等の安心に繋がっている。

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)	○ 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)	○ 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	毎年理念を基に、事業計画を作成している。作成にあたっては地域密着型事業所の役割を認識し、前年度の総括を基に作成している。	月1回の各ユニットごとに実施する職場会議で理念を再確認して周知している。その人らしさや、生活意欲をもって過ごしてもらうために、以前自宅でやっていた事(洗濯物干しや掃除、おやつ作りなど)をして家庭的な生活ができるように支援している。	
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	新型コロナウイルスの感染状況もあり、他のGHとの交流は出来ていない。近隣の梨園に梨狩りも行っていない状況である。同敷地内の事業所と一緒に、地域のゴミ拾いを行っている。	法人全体で開催する近隣のクリーン作戦に利用者も参加している。友の会(法人全体の後援者)のメンバーが中庭の畑や花の世話など利用者と一緒にしている。	
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	運営推進会議において、研修に参加した後の研修報告を行っている。またGHの状況や利用者への職員の関わりなど報告をしている。職員へは内部、外部の認知症の学習会に参加を促している。		
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	運営推進会議ではGHの行事、日頃の生活を写真のスライドや動画などを作成し見ていただき、意見を頂いている。水戸市の職員や民生委員の方にも地域の声を率直に聞かせていただき、課題となっているところを協議事項としている。	現在は状況に応じて書面開催やWEB開催をし、各委員に電話や文書にて意見を聞き、事業所の取り組みなどとともに報告している。事故や苦情、身体拘束状況等のほか研修会や勉強会の内容も報告している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に参加して頂き状況や課題に関して報告、助言を頂いている。また、介護保険、社会情勢の情報提供も頂いている。防犯、非常災害時の相談も行い、助言をいただいている。連絡協議会や市町村主催の研修にも参加している。	市には申請や電話で済む事も行くなどして日頃から連携を図り協力関係が築かれている。制度改正の分からない事や困りごとは相談している。年1回開催される水戸市連絡協議会に参加している。	
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	法人の基本的な考えとして、「身体拘束はしない」となっている。年間の研修企画の中で、権利擁護・身体拘束禁止・法令順守の研修を行っていたり、外部研修に参加を宇賀がしている。身体拘束については毎月、医療管理会議にて報告を行ない確認している。	職員同士で言葉かけなどについても不適切と思える場合は皆で話し合っている。医療管理会議を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。外部研修及び内部研修を年に4回行っている。	

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
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	職員は年間学習会の中で、学ぶ機会を持っている。虐待が見過ごされることがないように毎月、医療管理会議にて報告を行ない確認している。		
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に支援している	職員は年間学習会の中で学習している。成年後見制度などが必要と判断した場合は関係事業所や法人施設の相談員と連携を取りながら進めている。		
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	契約に関しては、管理者・職場責任者が対応している。家族の不安を軽減するために実際の生活の細かなことに関しても具体的に説明を行っている。契約の改訂時等には説明後同意書を依頼している。		
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	利用者へは毎日の生活されている中や、ケアプランの作成時にご意見を確認している。また家族には、面会時や電話などで、利用者の状況をお伝えしながら、ご意見を伺ったり、確認している。玄関へ目安箱を設置している。	面会時には必ず声をかけを行い、意見や要望、困りごとはないかなど聴くように努めている。意見や苦情があった際には職員から管理者で話し合っ解決しているほか、難問時には事務長から法人へと相談する仕組みとなっている。	
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	運営会議には職場責任者・管理者が参加し、職場会議・ケアプラン会議には管理者・職場責任者・職員と一緒に参加し会議を開催している。職員面談にて意見を聞いている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努め、事業所内の設備や物品など古くなった物などについて職員から提案や希望があった際には、管理者はすぐに対応している。	
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	職員面談を実施し本人の望みや方向性に関して把握している。また職員の資格取得に関しては研修や受験日など職場全体でバックアップを行っている。		
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	施設内外の学習会、研修への参加を職員に促している。研修の報告会は各ユニット会議の中で行っている。年間計画で、認知症学習会を実施し、認知症ケアの振り返りやレベルアップを目指している。		
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	GH協議会の学習会には積極的に参加している。その他地域の高齢者支援センター主催の研修にも参加している。同地域のGHとの情報交換により制度への対応やサービスの質の向上につなげている。		

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	入居前に見学をすすめ、事前に本人と話せる機会をつくっている。また、時間をかけて本人の話に耳を傾け安心して頂ける様寄り添う事を大切にしながら関わっている。		
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	相談時の家族の気持ちや状況をしっかり聞き、今の困りごとや心配ごとを聞くことができるように心掛けている。		
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	相談時、今対応が必要と判断したときには、他事業所との連携を図りながら、今までの環境をすぐに切り離す事がない様に行っている。		
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	毎日の生活の中で(おやつ作り・畑仕事など)多くの事を教えてもらう機会が多い。本人の視点になり、今までの生活が継続出来るよう考えている。		
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	日々の様子を一言箋や広報誌や電話でお伝えし、本人との関わりが切れぬよう努めている。また、面会時に本人の様子を伝えている。		
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い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の感染状況もあり、外出する事は難しいが、電話やメールなどを活用して交流している。	利用者の人柄を知るようなことは入居時に聴き取りがなく、入居後に知りえた情報の記録がされるまでには至っていない。手紙や電話での交流支援を実施している。	利用者の人柄が分かる様に、これ迄の生活を把握してこれからの個別支援の為にフェイスシートを作成して職員全員で共有することを期待する。
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	入居者のそれぞれの価値観や生活習慣の違いからトラブルになることもある。しかし入居者自身の社会性の発揮からそれぞれで解決できる時もある。同敷地内の事業所と合同運動会に参加して、利用者同士協力して参加されている。		

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
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	同法人内の老健や特養に移動される方が多い。ケアプランなども継続して頂けるように情報提供している。また、職員間の交流もあるので情報を提供することが出来る。		
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	職員が会話や関わりの中で得た内容に関してはカンファレンスや職場会議で、本人がいつ何をしたいのか情報交換を行い、ケアプランで具体化している。	利用者との日々の会話や関わりで希望や意向を把握しているほか、表出困難な利用者とは、態度や表情から汲み取り職員間で相談しながら把握するように努めている。職員が声掛けを工夫し、利用者の意向を引き出して、得意が生かせる支援を心掛けている。	
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	入居時に日中の生活パターンや毎日の過ごし方、趣味やこだわりを本人・家族から情報を収集している。また、以前の担当相談員と情報を共有している。		
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	職員は本人の日常生活場面において、自発的な行動と本人のペースを大切にしている。また、本人の生活リズムを24時間、こまかく記録している。		
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	毎日のモニタリングから、困りごとや、どのような生活をしていきたいのか導き出し、計画作成担当者が中心になりケアプラン作成を行っている。ケアプランに関しては、本人、家族の意見を聞いてまとめている。	毎月モニタリングを行い、基本3ヶ月で見直しを行っている。3ヶ月ごとの機能訓練の評価に合わせて作成している。介護計画書の支援内容が具体的ではなく、職員がどのような支援をしたら良いかの内容が記載されるまでには至っていない。	ケアサービスの内容は職員が見て利用者にどのような支援をしたら良いか、家族等が見てもどのような支援を受けているかわかりやすい具体的な計画を記載することを期待する。
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	毎日のモニタリングから本人の困り事や望む暮らしを導き出し、本人と家族からケアに対する希望や意向を聞いている。専門職の意見を取り入れつつ本人を主体としたケアプランを作成している。		
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	多くの事業所を持つ敷地内でGHを運営している為、緊急時や受診など臨機応変に対応することができる。個々の希望は、日々変化し思いがけない要望が出たりするが、そのことに出来るだけ向き合えるようにしている。		

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	近所のゴミ拾いも行なっている。		
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	かかりつけ医はご家族と本人の希望する病院となっている。受診に関してはご家族へ対応して頂き、状況に応じて施設での対応を行っている。また専門医の受診が必要となった場合には家族と相談し対応している。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。訪問診療や訪問歯科は各ユニットごとに日にちが違う事から必要に応じて2回受診できる場合もある。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	少しの変化も見逃さず早期発見・早期受診を心がけている。変化を見逃さないよう看護師を中心に医学的知識となる学習会を実施し、適切な判断が出来るようにしている。		
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。	入院中、本人の状態などは、病院相談員や看護師と情報交換を行っている。その状況を主治医や薬剤師と情報共有している。退院される時は、診療情報書やサマリーなどを活用し医療機関と情報共有している。		
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	身体状況の変化に関しては、看護師や医師に相談し、必要に応じて受診する。終末期に関しては、事前に本人、家族の意向を伺いつつ、何度も話し合いを行っている。また、並行して同法人の老健への相談も行っていく。	指針に医療連携も確立していて365日24時間対応と記載しているが、医療行為が伴う場合は事業所での看取りは実施していない。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行っている。	看取りに関して医療行為が発生した時看取りを実施しないのであれば、できる事とできない事を明記した指針とマニュアルを作成し、研修会を実施する事を期待する。
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	職場会議などで救急蘇生の研修を行っている。同敷地内に24時間看護師は滞在する為に緊急時の対応マニュアルが出来ている。毎年、新人研修でも救急蘇生や救急対応の研修を行っている。		
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	老健合同の消防訓練を行っている。訓練による課題に関しては、各ユニット会議で話し合いその都度そのときに応じた対応を考えている。GH独自の避難誘導訓練も実施している。	同法人施設と合同で避難訓練を行っているが事業所独自での訓練や夜間想定での訓練を行うまでには至っていない。災害に備えた備蓄品は同敷地内本部で3日分の食料等を管理している。	夜間想定を年1回は実施する事と、法人全体での防災訓練の他に事業所単独での避難訓練も実施することを期待する。

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	毎年の新人研修や法人学習会などでプライバシーについて学習会を行っている。また個人のケアプランにもプライバシーについて記載し、高齢者を尊重するよう実施している。	利用者の尊厳に配慮し、わかりやすい言葉かけに留意し、トイレ誘導や入浴については、プライバシーに配慮している。職員は新人研修や法人学習会を通じて人権尊重や守秘義務について学んでいる。	
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	利用者の話をよく傾聴し表情を良く見て読み取ったり、職員側の考えに導くような声かけはせず、理解しやすい言葉で声かけし、特に難聴の方には大きな声で、ゆっくりと働きかけている。		
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	「利用者主体」を一番に考え、本人のペースで生活ができるよう配慮している。ケアプラン会議や職場会議でも常に意識し、職員主体の方向にならないよう管理者・リーダーが修正をしている。		
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	その人らしさを維持できるよう、定期的に訪問カットを利用され好みの髪型を楽しまれている。		
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	一人ひとりの好みがわかるように嗜好調査を実施している。味噌汁づくりや盛り付けも職員と利用者が一緒に行い得意な事、好みを引き出している。	利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いをしている。利用者の要望に応じてお楽しみイベントとして屋台形式のおでんやうどん、ラーメン、パンケーキなどを食べながら楽しんでいる。	
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	看護師を中心に食事量・栄養バランスの把握に努めている。また、同法人内の栄養士に相談できる環境にある。食事形態に関しては個人の身体状況に配慮している。		
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	毎食後口腔ケアの声をかけしている。訪問歯科の医師より、毎月口腔衛生管理に関わる助言を頂いており、職場で共有している。希望のある方は、訪問歯科を毎月定期的に受けている。急なトラブルにも相談し、対応して頂いている。		

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	排泄チェック表を使用し、本人の排泄パターンを把握している。自尊心を傷つけないよう声掛けなど統一している。	夜間はポータブルトイレを使用してもらうなどして、できるだけトイレでの排泄を支援している。尿意の訴えがなかった利用者も職員の利用者に合う声かけ誘導で、自らトイレに行きたいと訴えてくるようになった。	
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	自然排便を促せるよう、下剤でのコントロールだけでなく、運動や体操を取り入れ実践している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	予定の曜日を決めてはいるが本人の意思を尊重し、希望に沿えるよう支援している。また、何日も入れない事が無いよう職員間で連携し入浴できるよう援助している。	柚子湯で季節感を味わっている。一番風呂を希望する利用者に対応するなど、入浴順の希望に沿えるよう工夫している。	
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	一人ひとりの生活パターンに合わせて支援している。昼夜逆転気味の方には日中の活動(散歩など)を促し、夜間の良眠につながるよう支援している。また、室温の調整をすることで安眠につながっている。		
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	飲み忘れや誤薬を防ぐためにリスクマネジメント委員会を中心にルールを決め、実践している。薬のセットはウエルシア薬局の薬剤師が行い薬剤師と看護師が連携し薬の用法や用量について申し伝えている。		
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	生活歴、本人の意欲など考慮し、料理、洗濯、配膳、掃除などの役割がある程度出来ている。職員が声を掛け実施出来るよう援助するときもある。		
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の感染状況もあり、外出はほとんど出来ていない。中庭や近隣のお散歩等を行っている。	中庭を散策し、外気浴しながら季節ごとの花を摘んで居室に飾ったり、野菜を収穫したりしている。コロナ禍で外出支援ができない事から、健康維持にリハビリ体操や頭脳や運動を取り入れたレクリエーションを取り入れている。	

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	ほとんどの方は施設側が預かっている。買い物に必要なときは自由に取扱うことが出来るようになっている。敷地内のジュースなどの自販機で購入している。		
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	電話はできる限り、かける前に用件を聞くことにしている。また入居者が直接家族にかけると驚く家族もいるので、始めは職員が対応している。手紙や年賀状などは家族や友人に送れるよう相談しながら援助している。		
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	共用スペースは食堂兼談話室になっているが狭いため入居者にとっては相手との距離感に少し窮屈さを感じることもあるようである。掃き出し口のフロアは外の様子が良く見えるスペースになっており、季節の移り変わりを感じられるようになっている。	居間兼食堂は木材使用で温もりを感じられ、天井が高く窓が大きいので開放感もあり外の景色を眺めて四季を感じながら過ごす事が出来る。ソファが3か所に配置され利用者は寛ぐ場所がある。観葉植物や花を飾り家庭的な雰囲気の中で居心地よく過ごせる様に工夫している。	
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	共用スペースは食堂兼談話室になっている。そこにはソファが設置してあり、いろいろな入居者が自由に使用してくつろいでいる。掃き出しスペースのソファでは座って居眠りをされたり、外を眺めたりしている。		
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	居室の中の家具等は入居するときに使い慣れたものを持って来て頂いている。危険物(刃物やライターのような火元になるもの)は預かったり、家族に持ち帰って頂いていることはあるが、その他は特に制限はない。	管理者は入居時に家族等に利用者が使い慣れた物を持ち込むように説明、危険物と火元となるようなもの以外は制限していない。利用者は寝具や衣装ケース、ラジオ、趣味の本などを持ち込んでいる。	
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	居室内の家具等の配置は利用者と一緒に決めている。転倒のリスクがある方は状況を見極めながら、一緒に配置を決めている。フロアでの席は入居者同士の関係性をみながら、安全に生活出来るよう環境設定をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームかたくり
作成日 令和 5 年 2 月 28 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	35	敷地内同法人と合同で避難訓練を実施しているが、日中想定訓練は実施していたが、コロナ禍で夜間想定訓練が出来なかった。	事業所独自の避難訓練を年1回実施していく。	事業所独自の避難訓練を計画し、実施していく。	6ヶ月
2	20	現在のアセスメントシートは、文章が長くわかりづらいし、職員も把握しづらい。	利用者の人柄、これまでの生活を把握して、職員全員で共有しやすい、簡単な内容のアセスメントシートを作成し、個別支援に活かしていく。	利用者の人柄やこれまでの生活を把握でき、個別支援に繋げられるアセスメントシートの見直しを行う。	12ヶ月
3	33	看取りの指針とマニュアルに、医療行為が発生した時、出来ること出来ない事の明記が無い。	看取りの指針とマニュアルに、医療行為があった時に、出来ること出来ない事を明記し、ご家族にも分かりやすくしていく。	看取りの指針とマニュアルの見直しを行い、追加していく。	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。