

自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 5 年 2 月 23 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3471503379		
法人名	有限会社 はなふさ		
事業所名	グループホーム みはらし		
所在地	広島県福山市蔵王町159-17		
	電話番号	084-943-3252	
自己評価作成日	令和 5年 1月 15日	評価結果市町村受理日	令和 5年 3月 10日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	令和 5 年 2 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)】

福山市内が一望でき、小鳥のさえずりが聞こえる環境の中で、日常生活を通して支援を行い、安心と安全を提供している。各利用者様の情報をスタッフ全員で把握し、肯定と共感に努め、尊厳を守るケアに努めている。

【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)】

市の東部に位置し、高台の閑静な住宅地にあり、事業所の名前の如く、見晴らしがとても良く、お庭からは福山市内が一望できると共に周りの木々の色や音などでその時々季節の移り変わりが五感刺激となっていて、穏やかに過ごせる環境である。ケアに関しても笑顔を大切にされ、個々の生活歴を活かした支援ができる様取り組まれ、できる事は見守り、できない事だけ、そっと手助けしながら、大家族の様にお互いに助け合いながら安心して過ごしてもらえるよう心掛け、一人ひとりに寄り添い、個々の思いに耳を傾け、思いに沿ったきめ細かいケアを実践され、その人らしく、一日一日を大切に生活してもらえるよう取り組まれている。医療面に関しても協力医療機関との連携も構築され24時間指示が得られると共に必要に応じ訪問看護による対応もできている。また、地域との連携に関してもコロナ禍の為、運営推進会議は以前の様な形ではできていないが、定期的に町内会長や民生委員等に現状や取り組み等について書面にて報告され、状況把握してもらい、地域との協力体制が途切れない様務めている。家族との連携もコロナ感染予防の為、現状では、訪問も制限されているが、毎月お手紙や電話にて生活状況や室内での行事等を事細かく報告され安心してもらうと共に家族との絆が途切れない様努めている。職員は常に笑顔を絶やさず、会話を楽しみ、個々を尊重し、制止や抑圧しないケアを心掛け、穏やかで家庭的な雰囲気事業所である。

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	企業理念を実践に繋げる為、基本項目を事務所に掲げて、毎朝、申し送り時唱和し実践していくよう確認している。	毎朝、勤務に就く前に企業理念を唱和し、再認識すると共に反省と振り返る機会とし、日々実践に繋げている。	
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	町内会の行事がコロナ化で制限されている中、実施されにくい状況もあり、付き合いが希薄になりつつある。運営推進会議の資料提供や民生委員との電話のやり取りなどで交流をしている。	コロナ禍の為、地域行事や事業所行事も中止となり、地域の方々との交流はできていないが、民生委員や町内会長とは電話や現状について書面にて報告する等、地域の一員としての交流が途切れない様務めている。	
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	町内会を通じて認知症講座の開催など行う事を、町内会や民生委員の方に依頼しているが、未だ実現はしていない。今後も積極的に取り組む予定。		
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	コロナ禍になり、集まった運営推進会議は行っていないが、会議資料の作成は継続して行い、運営推進会議のメンバーに郵送して現状報告を行っている。必要なら電話での相談を適宜行っている。	コロナ感染予防の為、以前の様な形で実施する事はできないが、定期的に現状や取り組み状況について書面を作成し、運営推進会議の委員の方々に送付し、把握してもらう中で意見の把握に努めている。	
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	市の担当者、地域包括支援センターと連絡を密にとり、情報交換を行っている。	疑問点や困難事例等があれば、電話等で相談すると共に現状や取り組み等についても伝え、協力関係を気付くよう努めている。また、包括主催の少地域ネットワーク会議に参加し、情報提供や地域のイベント等の情報も得られ、包括支援センターとの連携は築かれている。	
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をしないケアに取り組んでいる	身体拘束適正化委員会の設置、定期勉強会を行っている。身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	基本身体拘束はしない方針であり、玄関の施錠を含め身体拘束はしていない。定期的に研修も実施し、禁止の対象となる行為に対しては正しく理解されている。声かけと見守りを徹底し、制止や抑圧しない支援を心掛けている。	
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	身体拘束の勉強会後には、職員同士で内部勉強会を行い、虐待や不適切なケアが無い様注意している。特に言葉や態度については繰り返し注意を払い防止に努めている。		

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
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	管理者、職員は成年後見制度の理解を深め、必要に応じて家族を含め話し合いの準備は出来ている。		
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	契約時には契約書、重要事項説明書を説明しご納得頂いた上で手続きをしている。改正等があった場合には、文章にて明記し、サイン・捺印を頂いている。		
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	問題点があれば、ご利用者様・ご家族様と職員、管理者でお話を伺い改善に努めている。ご意見を玄関に設置し、ご意見・要望を聞くようにしている。	訪問制限があり、以前の様に訪問時に家族との話の中で把握していたが、コロナ禍の為、現状では電話や毎月、お手紙にて現状報告をする際、意見や要望の把握に努めている。また、窓越しで家族とお会いしてもらう等には聞く機会を持っている。色んな場面での意見は反映させるよう取り組まれている	
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	人事考課にて個々の意見を聞き、反映できる様努めている。又、カンファレンスを通して意見・提案に耳を傾けている。	日頃気が付があれば伝えられている。また、ミーティングや朝礼時にも聞く機会を持ち、検討すべき案件があれば再度ミーティングで検討し反映させている。個人面談の機会もある。声かけもされ多くの意見の把握に努めている。	
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	全員が役割を分担し、責任を持って担当してもらう。又、年2回の自己評価を基に人事考課を行い、能力の向上や処遇への反映をしている。処遇改善手当を導入、見直しを行い、各自のモチベーションの向上に努めている。		
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	職場でのOJT、動画研修の導入、外部研修への参加でスキルアップを図るだけでなく、人としての資質向上を図っている。		
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	全国グループホーム協会に所属し、「全国グループホーム大会」に毎年参加しており、地域では包括支援センターを核とした地域ネットワークへの参加と活動を行っている。		

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
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	利用の前には事前訪問・面接し、本人の要望などを傾聴・共感しながら受け止める様努めている。又、ご家族様や、関係者(看護師や介護士等)からの情報収集を徹底し、本人様のサービスに活かしている。		
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	利用の前には事前訪問や事業所見学をして頂き、ご家族の要望を受け止める様努めている。又、運営方針の的確な説明と相談の対応できる様に努めている。		
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	事前の本人確認、各種情報の提供により初期対応を定めて対応して早く施設に馴染んで頂ける様努めている。		
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	互いに共同生活者として、炊事・洗濯・掃除・菜園等、日常生活を共にしながら日々のケアにあたり役割を持つ事による「存在価値」を高める声掛けに努めている。		
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	現状の様子を来所時や電話でお伝えしていき、支援の必要な時はお願いをしている。		
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	ご本人の要望を傾聴し、受け止めご家族様に相談し、出来るだけ関係が継続できるように努めている。	コロナ感染予防の為、家族等の訪問は制限しているが、要望があれば、窓越し等でお会いしてもらおう等色々な工夫をし柔軟に対応され、家族や馴染のひととの絆が途切れない支援に取り組まれている。コロナ感染者が減少すれば、要望を聞きながら、馴染みの場や人との関係が途切れない支援に取り組む。	
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	利用者同士の関係を把握しアクティビティやコミュニケーションが行えるよう支援している。		

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
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	必要に応じて努めている。		
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	一人ひとりの希望や意向の把握。一対一の対応時(入浴)、リビングでの利用者同士の会話、表情、行動の中で把握し検討している。	日々の会話や利用者同士の会話などから把握すると共に個別対応時や夜間等、世間話や生活歴の話から汲み取ることがあり、可能な限り思いに沿うようにしている。表出困難方には声かけからその時の表情などから把握し検討している。食べ物や帰宅願望等の思いが出る。	
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	入居時に生活、仕事、趣味などの履歴を十分に把握する為、以前の生活について本人は勿論、家族や担当者から情報を収集した生活歴を作成している。		
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	日常生活の中で一人一人の言動、行動を観察し尊重しながら、その人ができる可能性を見極めたケアをしている。又、申し送りや介護記録にてそれらを共有している。		
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	3ヶ月毎のモニタリングを実施。ご本人・ご家族の要望を取り入れ、出来る事をして頂く、毎日がメリハリのある生活ができるよう(センター方式を活用)カンファレンスを行いユニットミーティングで話し合い全体で考え作成している。	家族、本人の要望、主治医の所見、日々の状況から課題やニーズについての職員の意見等を基に担当者会議で検討し柔軟且つ、現状に即した計画を作成し、全職員へ周知すると共に家族にも説明し承諾を得ている。モニタリングは3ヶ月、見直しは6ヶ月となっている。	
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	個別に日々の記録を作成して、経過情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。又、本人、家族の意見要望を聞き、全職員が共有している。		
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	本人様・ご家族の要望、又は本人の変化に出来る限り必要な支援を対応する様努めている。グループホームでは出来ない決めつけず、柔軟に対応できる様努めている。		

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
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	地域資源は概ね把握しているが、外部との接触を出来る限り制限している現状活用はできていない。		
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	ご家族の希望・要望があれば、入所前のかかりつけ医による継続的な医療を受けて頂いている。事業所、担当医による定期的な往診を2週間に1度。あるいは緊急事態には指示や往診をしてもらえる。	協力医療機関の往診が月2回、訪問歯科支援もある。他科については基本家族対応となっている。協力医とは24時間指示が得られる体制もできている。必要に応じ訪問看護を利用する事もある。結果については特記事項があれば即報告され共有している。	
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	事業所雇用の看護師が各週4度程度の出勤と、必要時の連絡・相談で利用者様の健康状態を把握。更にはスタッフへの指導、協力医との連携を行っている。		
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。	入居者本人の基本情報、入院するまでの介護情報を提供している。入院中は地域連携室と連絡を取り合うようにしている。		
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	入居時、重要事項説明書の最終項、『重度化の指針』を詳しく説明している。重度化した場合、ご家族の要望とかかりつけ医による指導を基に施設として出来る事、出来ない事を判断したうえで支援している。	利用開始時、終末期に関する指針を基に説明し理解は得ているが重度化した場合には、主治医、家族等三者で再三にわたり話し合い、家族にその都度、意向の確認を行い、方針を共有し、家族の協力と主治医の指示を得ながら事業所として対応できるところまで支援しているが現状では看取りはしていない。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、実際の場面で活かせる様、定期的な訓練を行う。AEDを設置し有事には使用する様指導している。		
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	防災マニュアルを作成し、年2回の消防訓練を行っている。その際には消防職員にも参加、指導して頂いている。又、町内会の協力も得て参加して頂いている。	年2回、消防署指導、自主訓練を実施し、通報、消火、避難誘導等の訓練を行い、実践力を身に付け、慌てず、速やかに対応できる様取り組まれている。地震等の対応についても話し合っている。訓練後には反省会も行い次回に繋げられている。	

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
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	入居者一人一人の尊厳を守るように、声掛けや対応に気を付けており、日常生活においてもすべての面でプライバシー保護に配慮している。	個々の生活歴を把握すると共に人生の先輩であり、年上の人という事を常に意識し、その人の人格を尊重した声かけや対応するようミーティング等で周知している。気付いた時には注意し合い、プライバシーの確保に努めている。記録等についても適切に保管している。	
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	利用者の希望を少しでも叶えるように、飲み物。おやつ、入浴、衣類など職員が一方的に決めるのではなく、できるだけ利用者に自己決定を促している。		
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	各利用者の生活リズムを把握し、出来るだけ好きなように過ごして頂ける様努めている。		
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	2か月の1度、美容師に来てもらい利用者、家族の希望に合わせてカットしている。また、季節に合わせた服装ができるように助言、支援している。		
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	食事は1番お楽しみの一つなので、希望のリクエストを取り入れた食事、行事食を薦めている。スタッフも利用者の同席に座り、見守り、雑談しながら食事を楽しんでいる。	刻み、ミキサー、トロミ等その人に合わせた形態となっている。食を促す声かけや食材の話、世間話をしながら、楽しみの時間となる様務めている。また、好みなども聞きながら、イベント食に取り入れ、利用者と共に作られ、愉しまれる事で、食が楽しみとなる支援に取り組まれている。	
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、水分の摂取量を記録を取って把握し、必要なら声掛け、促し、食事介助を行っている。異常があれば、看護師、かかりつけ医に相談、対応している。		
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	かかりつけ歯科医助言の元、口腔ケアマネジメント計画書を作成し、食後の歯磨き、入れ歯の洗浄を徹底している。必要な方への誘導、声掛け、介助を行っている。又、訪問歯科医と連携して口腔ケアしている。		

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
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	個別の排尿間隔、サインを読み取りトイレ誘導をしている。おむつタイプを使用している方も、出来るだけリハビリパンツに変え、トイレでの排泄ができるよう支援している。	個々の時間帯と表情や行動などから把握し、日中はできるだけトイレ誘導をし、生活習慣、座位、立位をする事で機能維持に繋げると共に気持ちよく排泄できる支援を心掛けている。2人介助の方もトイレで排泄できる様、職員間で協力し対応している。	
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	及ぼす影響が多岐にわたる事を理解し、予防に努めている。運動不足防止の為に体操、立位・歩行訓練の実施、屋外歩行等、個々の状態により体を動かすよう促しや誘導している。又、水分摂取を確保する為、各人の好みの把握を行っている。		
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	体調や気分を考慮し、無理強いせずに入浴を楽しんで頂ける様努めている。又、希望があった場合には予定者ではなくても入浴してもらっている。	週2～3回の入浴となっている。時間帯は要望に合わせて柔軟に対応している。拒否の方には無理強いせず、タイミングや声かけの工夫、対応職員を変える等され、清潔保持に努めている。	
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	一人ひとりの生活のリズムや体調を加味し、個々に合った睡眠・休息が取れる様支援している。		
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	利用者の薬剤情報で把握し、服薬管理をしている。必要に応じた服薬介助を徹底し、症状の変化も確認できるよう努めている。		
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	外出・散歩・行事参加などの気分転換が出来る様支援している。又、個々に合った手作業等を楽しみながらして頂ける様努めている。		
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	季節行事『初詣』『花見』『紅葉狩り』等がある。一部の利用者様一緒に事業所の車を利用し、日帰りのドライブ外出をしている。買い物同行や日光浴を行っている。	コロナ禍の為、以前の様には外出支援はできないが、感染予防を徹底し、季節ごとにドライブに出かけて季節感や気晴らしの支援をできる時にはしている。また、庭を散歩したり、お花を植えたり、野菜作りをする等で楽しんでもらうと共に、外気に触れる機会を多く持つようになっている。	

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	現在本人がお金を所持、管理はしていない。ご家族から預り金として現金を預かっており、必要時(衣類、日用品、受診料)欲しいものがある時はスタッフが同行し、買い物をして頂いている。		
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	本人からの希望があった場合、事務所にある電話を使用して頂いている。季節のお便り、年賀状等、スタッフが協力して出している。		
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	季節を感じて頂ける様、催事記にまつわる装飾品や花などをリビングや玄関先に配置している。小物など入居者と一緒に作成している。	玄関には利用者の顔写真や季節ごとの装飾品があり、その時々季節が感じられる。また、リビングにも、職員と共に作成された折り紙で作られたお雛さん等が飾られている。畳スペースもある。不快な匂いもなく室温にも配慮され、食事準備の匂いや音で五感刺激となると共に家庭的な雰囲気ですぐやかに過ごす事ができている。	
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	落ち着いて過ごして頂ける様、椅子やソファ等を配置している。又、入居者同士の関係性も考慮したうえでの自席配置を行っている。		
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	使い慣れた家具や生活用品を持ち込んでいただいている。安全にも配慮した配置を行うようにしている。	テレビ、思い出の写真やお誕生日の笑顔の写真や家族からのお祝いのお花等、また、作成された作品等も飾られている。趣味の編み物等もあり、自宅に近い環境づくりで違和感なく過ごせる工夫となっている。	
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	トイレには大きくトイレと表示したり、自分の部屋には自分(ないしご家族)が書いた表札を設置するなど、自立した生活が送れる様工夫している。衣服の選択や洗濯物の片づけ、洗い物など、出来る人に出来る時一緒にやる様努めている。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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	○	①ほぼすべての利用者の	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ます		①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの			○	②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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	○	①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある			○	③たまに
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
			②利用者の2/3くらいが				②少しづつ増えている
			③利用者の1/3くらいが			○	③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている	○	①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
			②利用者の2/3くらいが				②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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		①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが			○	②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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		①ほぼすべての利用者が				
		○	②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームみはらし

目標達成計画

作成日: 令和 5 年 3 月 8 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	2	地域との交流不足	地域支援の推進	コロナ禍で地域行事が中止となっている。復活した時には参加していく。	1年間
2					
3					
4					
5					

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。