

### 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	0870102548		
法人名	有限会社 サンパル		
事業所名	グループホーム 小吹ケアセンター ユニット名(しらん)		
所在地	茨城県水戸市小吹町710-1		
自己評価作成日	令和 2年12月 1日	評価結果市町村受理日	令和3年5月14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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870102548-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870102548-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

**【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3年3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)】**

ご本人が望む生活スペースを第一に考え、自力で出来る事に対しては距離感を保持するように努めている。現在、ユニット内で介助レベルの差が大きいため、個々に合わせた関わりを持つようにしている。認知症が進行している入居者に対しては「何を思っているのか?」、「何をしたいのか?」を考えることを忘れず、少しでも想いを組み取れるように心掛けて接している。季節感を味わっていただけるよう、季節ごとにディスプレイや食べ物に工夫をこらし五感で感じて頂けるようにしている。明るい気持ちで生活出来る様気配りしている。認知症に特化した施設である為施設内・外の研修を行い認知症の知識・技術を職員間で共有出来る様努めている。

**【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)】**

事業所は住宅地に位置し幹線道路沿いにあるが敷地も広く、近くには畑もあり散歩にも適した環境にある。居室等も利用者の生活に合わせベットや家具の配置もそれぞれ違い、居室に洗面台とトイレを設置し、利用者が今迄の自宅での生活に近い環境で生活できるよう支援している。玄関には観葉植物や季節の花が置かれ、季節の行事節目の時期には鑑籠も飾られ季節を感じながら過ごすことができる。飲み物の自動販売機も設置され、共有空間や広い廊下の至る所にソファが配置されていて、利用者は居室以外の好きな場所でゆったりと寛ぐことが出来る。管理者と職員は利用者の今までの生活の話に耳を傾け利用者の尊厳を守り、利用者が安心した生活が実感できるよう、理念に沿った支援を実践している。

**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と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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念をユニット入り口や休憩室に掲示し、日頃より職員の目に触れやすくし、意識してケアが実施できるようにしている。	設立時に経営者が作成した理念の見直しを現在検討している。利用者それぞれの人生観や尊厳を大切に、利用者の声にできるだけ耳を傾けるようにしている。	
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	地区の夏祭りに参加している。市の社会福祉協議会に働きかけて月1回のシルバー体操のボランティアを要請し、交流を図っている。	地域の青年会主催の夏祭りに行き地域住民と交流している。近くのデイサービスの利用者が散歩のついでに立ち寄り、敷地内で会話している。職員と利用者で地域のクリーン作戦に参加している。	
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	運営推進会議の中で認知症ケアに関すること(施設内外勉強会資料の説明・配布)を利用者様の生活状況も踏まえ伝えることで理解に結びつくように取組んでいる。		
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	H29年度より、小吹地区のグループホーム(5ヶ所)の合同運営推進会議年2回、自施設の運営推進会議年2回開催している。会議では他の事業所の状況・行事報告し、情報共有に努めている。	開催は小吹地区5事業所合同で年2回、事業所独自で年2回実施しているが、事業所独自の開催記録がない。地域の委員から地域で一人暮らしをしている高齢者の情報や相談があり、話し合いを行っている。	会議実施後は議事録を残す事を期待する。
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に取り組んでいる	生活保護受給者も多く、月初めの状態報告の他、利用者様の状態変化に応じ連絡を取り合い相談・助言等受けている。	運営推進会議や窓口訪問の際にコミュニケーションを取っている。生活保護受給者が多い為に市担当者とは困りごとなどの相談をすることが多い。	
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	身体拘束のマニュアルを作成している他、勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有認識を図っている。日常生活の日頃のケアにあたっては、気付いた時には、話し合いを行い別策をとっている。	身体拘束について常に職員で話し合い、言葉にも配慮しながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束等適正化委員会を3ヶ月に1度開催しているが、議事録を作成するまでには至っていない。	身体拘束適正委員会を開催したときは、日時、メンバー、概要等の議事録を残すことを提案する。
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	勉強会を事業所の中で実施し理解を深め、職員の共有認識を図っている。高齢者(特に、認知症)の方に対しての気遣いや配慮に欠けた言葉、接し方にならないように意識し、職員同士注意をはら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	成年後見制度を利用している方がいるので、外部での勉強会に参加し、職員の理解を図るようにしている。		
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、入院となった場合等の考え方や取組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲について説明を行っている。例をあげる等して、解りやすく説明している。		
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	相談・苦情窓口を設けているとともに家族には面会時や手紙にて利用者様の状態を報告しながら、なんでも言っていたりするような雰囲気作りを心掛け、家族の意見聴衆に努めている。利用者様おいても、日常的に思いを聴衆し、出された意見、要望は会議等で話し合い、反映させている。	家族等の面会時や病院受診の電話報告時に意見を聞いている。毎月請求書と一緒に利用者ごとの近況報告書を送付しており、原則支払いは事業所に来てもらうようにしている。支払いなどで家族が来訪した時に意見や要望を聞いている。	
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	職員会議や月1～2回のユニット会議で意見を聞くようにしている。又、常日頃から職員とのコミュニケーションを図るように努めている。現場の状況を把握した上で勤務体制や配置異動の検討を行っている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに毎月の職員会議時に意見や要望を聞いている。利用者や職員にとって快適に生活できるような設備の設置や買い替えなどは常に提案し、取り入れられている。	
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	気分転換を図れる休憩室を確保したり、職員同士の人間関係を把握したりするように努めている。一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、統制を図りつつ働く姿勢、能力等が反映される人事考課にて各自のモチベーションがあがるよう条件の整備に努める。		
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	新人職員には、入社1ヶ月は1対1のOJT体制をとり、指導をしている。		
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	市内に協議会があり、その中での職員研修に参加し質の向上に励んだり、外部研修や施設行事を通し、他事業所への相互訪問等を取り入れ、サービスの質の向上へと繋がる取り組みをしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービスの利用を開始する際、必ず本人に会い心身の状態や本人が困っていること、不安なこと、本人の思いに向き合い安心して頂けるように努めている。		
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	相談から利用に至るまでに家族等が困っていること求めていること等をよく傾聴し、受け止める努力をしている。		
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	利用者様・家族が必要としているサービスを検討し他関連のサービス支援と連携を図りながら、安心してサービスを利用できるように心掛けている。希望するサービスと提供するサービスにずれが生じないように注意を払っている。		
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	家族のように接するよう心がけており、近すぎず離れない距離を保つようにしている。不安の様子・言動が見られたら少しでも納得して頂くよう話を聞くようにしている。支配的関係にならない為にも人間関係が上下しないようにもしている。		
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	利用者様、ご家族様がお互いに気持ちを伝えづらい場面もあるので職員が間に入り双方の想いを照らし合わせながら伝えている。その結果喜ばれたり、双方の安心へとつなげている状態がある。		
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	主に面会で交流を続けている。	手紙を出す支援や近所の人や同僚や教え子が継続的な訪問が出来るよう支援している。職員が同行できない場所には、家族等に利用者の思いを伝え、出かけている。	
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	日々の暮らしの中心となる共同スペースでのテーブル席は利用者様の意向と相性の良さ、その時のADLの状態を踏まえた上で決めている。利用者様同士でのトラブルなどがあった場合は速やかに変更したり直接利用者様と話し合いをする事もある。		

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	新しい環境でもこれまでの生活が継続できるよう生活環境や支援の内容、留意点等について情報提供し、連携を心掛けている。		
<b>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</b>					
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	日々の生活・関わりの中で利用者様に声を掛け話しに耳を傾け把握に努めている。利用者様の言葉や表情などからその真意を推し測ったりそれとなく確認している。意思疎通が困難な利用者様には家族又は関係者から情報を得ている。	利用者のADLの低下により以前全員でやっていたことが出来なくなってきており、個別支援が多くなってきている。できるだけその人に寄り添い話を聞くようにしている。	
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	利用者様に昔はどんな生活をしてきたか、習慣などを聞き利用者様の特徴を把握出来る様努めている。意思疎通が困難な利用者様は表情等で真意を推し測るとともに家族からも話を聞いている。家族にも情報の重要さを伝えている。		
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	利用者様一人ひとりの生活リズム・習慣を理解に努めており、行動・言動・表情をユニット全体で把握している。		
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ヶ月に1回のペースで利用者様のカンファレンスをユニットで実施している。利用者様が今必要とされているケアは何かを職員同士で話し合いケアプランに入れている。	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の意見も取り入れて、職員間で話し合っって計画書を作成している。基本1年で見直しを行っているが健康状態等に変化があった場合には随時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	職員が気付いた事、利用者様の日々の状態変化を個別のケースに記録を記載し職員間の情報共有を徹底している。ケース記録をもとにケアプランの見直し・検討を行っている。		
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	利用者様、ご家族様の状況に応じて通院・送迎等、必要な支援を柔軟に対応している。		

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	市事業所のオムツ券を活用している他、協力施設のリフトカーを借りることもある。		
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	入所時にかかりつけ医の継続・変更についてや入所後、直近でに通院歴の症状のない診療科への受診が検討される場合において家族の通院先の意向の確認を行い、入所前の関係性が継続できるよう対応している。	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。協力医療機関の医師による訪問診療がある。医師とは利用者の状態を口頭で伝えたり、バイタル等を書いた書類を持参することでやりとりをしている。	
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	看護師や隣接施設の看護師と連携を図っている。体調や些細な変化を見逃さないよう、常日頃から、早期発見に取組んでいる。変化等に気付いたことがあれば、協力病院の看護師に利用者様の状況を密に相談し、指示・助言を受けながら、日々の健康管理に努めている。		
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。	職員が定期的に病室を訪問し、本人の病状について看護師に聞き取りをし、状況把握に努めている。又、早期退院できるよう病院より今後の方向性や受診についての説明を受け、家族・主治医とともに話し合いの場を持ち・速やかな退院支援に結び付けている。		
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	医療行為が発生しないよう、身体的機能の低下及び認知症の進行に伴う重度化については、長期的支援の継続が出来ている。利用者様・家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携をとりながら、安心して最期を迎えられるように、随時確認しながら支援に取り組んでいる。	重度化の指針に看取りについても記載され看取りも実施する内容となっているが、看取りは行わないとしている。重度化について内部研修は行っているが、マニュアルを作成するまでには至っていない。	重度化に関するマニュアルを作成して、看取りを実施しない場合は指針に看取りを実施しない事が分かるような指針の作成を期待する。
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	応急処置マニュアルをもとに職員はいつでも振り返りができるようになっている。又、定期的な勉強会にて知識・方法を取得できるように努めている。急変時の救急対応時、今までの経緯が伝えられるよう書類作成し、現状報告に専念できるようにしている。		
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	定期的に消火・避難誘導・通報訓練を実施している。	夜間や地震を想定した訓練を行っているが、反省会を行い課題について話し合うまでには至っていない。災害に備えた備蓄品を管理、保管している。	災害訓練の実施後は反省会を開催し次の訓練に向けた課題を話し合い記録に残す事を期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	日常的な声掛けに1人ひとりその人に合わせた声の大きさやトーン・口調を常に意識しながら接している。「個人情報使用に関する同意書」について利用目的を明確にし同意を得ている。面会簿はファイルに入れ対応している。	名前を呼ぶときや、排泄時の言葉かけには大きな声を出さないようにして、誇りやプライバシーを尊重している。個人情報に関する同意書を整備している。	
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	活動の参加の有無・起床時間など利用者様に伺いながら無理のない生活を送って頂ける様心掛けている。言葉に詰まってしまうことがあることを理解し表情を読み取ったりご本人様が答えやすい様働きかけている。		
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、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	利用者様のその日の体調・希望を優先している。レク活動は無理強いしないよう対応している。利用者様のペースもあるので個別でのレクにも力を入れている。		
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	時期やその日の天候に合わせて服を一緒に選んだりしている。介助が必要な方は鏡で服をみて頂いたり、言葉で伝えたり表情を見てご本人様の意思をくむよう努めている。		
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	職員と利用者様が同じテーブルを囲んで談笑しながら楽しく食事ができるよう心掛けている。職員と一緒に食器やお盆を拭いて片付けをして頂き利用者様も個々の役割を持って頂いている。	月1回クッキング日を設け、おやつに季節に合わせてぼたもちを作るなど、利用者の希望を取り入れて楽しんでいる。季節ごとの行事食や外食なども、食事が楽しみとなるよう支援している。	
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	利用者様の水分・食事は確認表にてチェックをし、職員同士にて確認している。その日の状態に沿って利用者様の飲みやすいもの、食べやすいものを提供している。又、好き嫌いを把握し対応な限り代替品を提供しバランスよく一定した摂取量が保てる様にしている。		
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	毎食後の口腔ケアは利用者様の能力に合わせて声掛け、介助にて口腔内の確認を行っている。口腔ケアが難しい方に対しては週に1回訪問歯科を利用しており口腔ケアを診て頂いている。		

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、排泄パターンの把握をし、案内する時間を変えたり、声掛けの量を増やしたりしている。夜間オムツ使用の方でも日中はできるだけトイレでの排泄を心掛けている。尿取りバット等の使用方法についても、会議等で見直しを行いながら適した対応を行っている。	利用者それぞれの排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声掛けをしてトイレでの排泄を支援し、おむつやバット使用を少なくするとともに改善に繋がっている。	
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	水分量を把握し少ない方に対してはジュース・ゼリー等を提供している。又、施設内の歩行や体操を用いて便秘予防を行ったり、職員同士で便秘日数を記録し共有している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には週3回だが希望がある場合は毎日入浴出来る様にしている。体調や気分が優れない時は無理せず後日入浴して頂いておりご本人様の状態に沿って行なっている。	入浴は基本週3回午前中としているが、利用者の意向に沿っていつでも入浴できるよう支援している。機械浴もあり、状態に合わせた入浴を行っている。	
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	状態に合わせて自室での休憩・臥床を勧めている。その際、様子を伺ったり時間を見て声を掛けるなど安心感をもって頂けるよう配慮している。		
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	薬の処方・効能・副作用についての説明書は個人ファイルに保管している。薬の変更があった場合は伝達をし連絡ノートにも記載している。飲み忘れ・誤薬予防として名前のテープを小皿に貼り、その皿に薬を入れたり2人での服薬確認をしている。		
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	1人ひとりに合った役割を發揮して頂けるようその都度お願いしている。お願いして行って頂いた後は、必ずお礼を述べるようにしている。天気の良い日は外気浴や散歩をし気分転換につなげている。		
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	施設内・外の散歩はいつでも外出できるようにしている。利用者様の声を踏まえて計画を立てて外食・外出・買物を行っている。新型コロナウイルス感染予防の為、外出する機会が減っている。	近くの神社に散歩に出かけたり、職員同行で買い物に出かけたりしている。コロナ禍で外出機会が減ってしまっているが、通常であれば花見などに出かけている。	



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
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	能力に応じ家族の協力を得て少額の現金を自身で管理し買物・外出している。		
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	利用者様の希望に対して日常的に電話や手紙を出せる様支援している。電話は施設内の携帯電話で外部とのやり取りが出来る様にしている。		
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	車椅子の方もいるので広く使える様なテーブルの配置などを職員間にて話し合いをしている。利用者様にとって不快な刺激などにも配慮したり壁に飾り付けをして季節感を取り入れたりしている。	事業所内全体が温度・湿度が管理され換気はファンで行い利用者が快適に過ごすことが出来る。玄関には観葉植物や季節の花とともに、鎧兜等が飾られ季節感を出している。廊下など共有空間は広く、至る所にソファが配置され、飲み物の自動販売機もあり利用者はゆったりと寛ぐことができる。	
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	フロア内にソファを設置し、廊下途中には椅子を置き、自由に座ったり休んだりとくつろげるスペースを確保している。		
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	利用者様が在宅で使用されていた家具を持ち込み、それぞれの利用者様の居心地が良い環境を配慮している。ベッドの向き・配置も利用者様、家族と相談し工夫している。	管理者は使い慣れた物を持ち込むように説明している。ベッドの配置などは居室によって違い、利用者が生活しやすいように変えている。	
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	車椅子同士でもすれ違いができる廊下の広さを確保できるようにしている。本人の身体能力に合わせてベッドの配置を検討し自身の力で動ける様に個々のレベルに合わせている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム 小吹ケアセンター

作成日 令和3年5月14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	12	重度化に関するマニュアル作成ができていない。	重度化に関するマニュアル作成	重度化の指針の見直し（看取りを実施しないことを明確に記載する等）	6ヶ月
2					ヶ月
3					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。