

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	0872000963		
法人名	株式会社メディカルアシスト		
事業所名	グループホーム楓		
所在地	茨城県つくば市上広岡503-8		
自己評価作成日	令和 3年 9月27日	評価結果市町村受理日	令和 3年 12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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0872000963-00&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 トモスミとビル4階
訪問調査日	令和3年11月5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)】

今までの生活状況が損なわれないよう家庭的な環境雰囲気を提供しています。現在はコロナ渦で難しいですが、地域の方々との交流や継続的な行事の開催などを行うことで、利用者様方の社会参加活発に行われています。地域の行事が少ないため、楓の行事を地域の行事として取り入れて頂き地域交流を図っている。入浴に入って頂くため、入浴剤等を変えて、楽しい入浴を演出している。

【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)】

管理者は日頃から職員に話しかけコミュニケーションを図り、何でも話せる関係を築いており、職員にとっても働きやすい職場になっている。職員は家庭的な雰囲気の中で利用者の行動を制限することなく、その人らしい生活を送れるよう支援している。重度化や看取りに関しては事業所の隣に系列のクリニックが出来たことで、医師と24時間オンコール体制が整い、職員は勿論、利用者や家族等の安心に繋がっている。コロナ禍で外出が制限される中、利用者のストレスを少しでも和らげるために車でドライブをして、車窓から四季の移り変わりを感じてもらうなど工夫をしている。

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ます (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、活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	毎朝の申し送り時の際に理念の復唱を行い実践につながるよう常に心がけている。	理念に加え、「楓」独自のスローガン「地域一番を目指します（・おいしい食事・楽しい入浴・清潔感を得る）を立ててケアに取り組んでいる。職員は申し送り時に唱和し、共有している。	
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	地域の方々との交流を密に行えるよう、行事への招待などをし、顔なじみの関係を作れるよう努めている。また、閉じこもり高齢者への行事参加を呼びかけている。	スーパーの移動販売車が来て、以前は地域住民と交流できていたが、今は、コロナ禍のため利用者が希望するものを職員が購入してきている。職員は、市から依頼された「オレンジカフェ in かえで」を実施し、7月には福祉用具と住宅改修などを近くの交流センターで定員を決め開催している。	
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	地域の人々の相談窓口になれるよう、日々の業務や研修の報告を広報などを通じて行い気軽に足を運んでいただけるようにしている。つくば市の事業である認知症よろず相談も行っている。		
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	小規模との合同の運営推進会議を3ヶ月に一度行っているが、地域の方や行政の方との話し合いの中でサービス向上に活かせるものを取り入れてる。又、避難訓練等を計画し地域の方々に参加して頂き計画や感想を話して聞いている。	コロナ禍のため外部のメンバー（市職員、民生委員、地区長等）は参加せずに行い、外部メンバーには文書を送り確認してもらい同意を得ている。	
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取り組んでいる	分からないことや報告などをすぐに伝えられるような関係作りをしている。連絡を取ることで、こまめな意見交換にも繋がっている。つくば市連絡会へも月に一度参加している。	つくば市の地域密着型サービス事業者連絡会へ月1回参加していたがコロナ禍で休止中である。市担当者が生活保護受給者に面会に来ている。行政との連絡は、電話やFAX、郵便物で取っている。	
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	身体拘束防止委員会を設置し、身体拘束のマニュアルに基づき、身体拘束排除へ向けてのカンファレンスを行っている。施錠に関しては、利用者様の危険回避のために行う場合もあるが、なるべく施錠しない工夫をしている。	身体拘束適正化検討委員会を設置し、3ヶ月に1回開催している。身体拘束マニュアルに基づき身体拘束排除に向けて年2回研修を行っている。指針も作成している。	

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
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	事業所内外の研修に参加し、伝達研修や勉強会を設けている。マニュアルも身近なところへ置き、虐待防止のための確認も行っている。		
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支援している	管理者やケアマネなど知識のあるものが勉強会の中心となり職員に伝えている。ご家族へは、ご相談があった場合に活用できるよう資料等を備えている。		
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	契約及び解約の際には、分かりやすく説明を行うよう心がけている。疑問や質問に対しては、安心して頂けるよう迅速に対応し、解決するようにしている。		
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	ご家族が来荘された際は、こちらから声をかけ、近況報告を行い意見や希望を引き出すようにしている。ケアプラン更新時などご意見を聞きケアに反映している。	重要事項説明書に苦情申し立て窓口を明記するとともに、玄関に意見箱を設置している。家族等には来所時や電話連絡時に意見を聞くようにしている。面会に関する要望に応えられていない状況である。	家族からの面会に関する強い要望を受け止め、実現に向けて取り組むことを期待する。
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	カンファレンスや職員自身の自己評価を行ってもらい、問題点や改善に向けての意見交換をしている。毎月1回代表者と管理者の意見交換を行っている。	職員の自己評価で半年に1回法人がチェックしている。月1回代表者が各事業所の管理者と意見交換を行っている。このときに職員の意見や要望を管理者が提案している。	
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	研修や勉強会の場を提供したり、やりがいを持って働くことが出来るよう、代表者が職員個々と話し合うことを大事にしている。		
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	段階に応じた研修参加や勉強会を行っている。研修に参加した職員は報告書を提出し、内部研修を行っている。		
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	毎月、つくば市内の地域密着型事業者の連絡会に参加し情報交換やお互いに見学などを行い、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	管理者やケアマネージャーにより本人の希望要望等を伺いながら安心して利用いただけるよう努めている。		
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	随時相談に応じることをご家族に話している。運営推進会議にて利用者様の家族にも参加していただき話し合いの出来る場を設けているが、家族からの意見などは聞けない。		
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	ご本人やご家族の現状を見極め在宅サービスや入所の判断を行っている。また、つくば市地域密着型サービス連絡会より得た(空き)情報をもとに本人と家族に提供している。		
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	職員と利用者が一緒に炊事・洗濯を行い利用者の昔話をし職員が聞いたりコミュニケーションを図り喜怒哀楽を共感している。		
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	入居された方はお客様ということを忘れず、その中で家族に対し、話しやすい雰囲気作り、家族の悩み等相談にのっている。		
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	これまで、行きつけだった、美容室など継続できるようにご家族に協力してもらい支援している。また、友人が面会に着やすいよう、手紙などを送っている。	入居時の聴き取りや日々の支援の中で得た情報を「1日の状態用紙」に記録し職員で共有し、個人ファイルに転載している。2ヶ月に1回馴染みの理容師が来訪している。	
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	利用者が孤立しないように職員が利用者の座席を配慮している。職員が利用者に積極的にコミュニケーションを行っている。また、仲の良い利用者同士を同じテーブルにするなど本人の希望を聞きながら支援に努めている。		

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
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	家族に対していつも気軽に立ち寄って下さいなどの言葉を掛けている。また、いつでも相談に応じることも伝えている。		
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	利用者との日常的なコミュニケーションから意向や希望の情報を聞き出している。また、職員からの情報を基に、利用者の状態変化等を把握している。	利用者との日常の会話や家族等の情報から利用者の希望や意向を把握している。表出困難な利用者は、仕草や表情、行動から汲み取り「1日の状態用紙」に記載し、申し送り職員で共有している。	
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	入居時に作成したカルテや独自で作成した生活歴情報シート(その人らしさをヒッキ情報シート)を基に利用者一人ひとりの過去の生活歴や趣味、性格等を全職員が把握し日々のケアや暮らしの中に活かす努力をしている。		
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	日常生活において一人ひとり1日の過ごし方を記録し心身状態の変化等を全職員が把握するよう努めている。		
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	介護計画書を作成する際に利用者の希望や家族の意見を聞き職員間での意見交換を行い希望に沿った介護計画を作成している。3か月・6か月モニタリングを行い状況により介護計画の見直しを行っている。	家族等や本人の意向を確認するとともに「その人らしさをハッキリ情報シート」を活用して介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本半年で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	経過記録を基に定期的に見直しをするとともに、利用者の状況に変化が生じた場合は、随時家族と面談やアセスメントを行い介護計画を見直している。		
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	訪問看護との連携を図るとともに、医療連携体制加算を活用し利用者や家族の状況や要望に沿って柔軟に支援している。		

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
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	裁縫の得意な方は、雑巾を縫って頂き近隣の保育所へ届けている。一人ひとりの趣味や得意なことを活かし、地域に貢献している。		
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	入居前に通常の受診等については連携医療機関でよいご家族に話をしている。今までのかかりつけ医を受診される場合はご家族に協力して頂き、こちらでの生活状況など書面などで報告している。	協力医療機関の医師による訪問診療が月2回あり、看護師が週2回訪問している。基本受診の付き添いは家族等が行い、生活状況を書面で報告している。	
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	看護師の週2回の往診がある。利用者様に状態の変化などがあればその都度連絡し、報告している。入居者全員とコミュニケーションを図り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。	利用者が入院した時は病状により早期退院や再利用できるよう看護師が連携医療機関と施設の間に立ち連絡調整を行っている。		
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	本人やご家族等と早い段階で希望を伺い、医師、看護師と連携を取りながら職員全員希望に沿ったケアを配慮し支援している。	契約時に利用者・家族等に重度化や終末期、看取りに関する説明をし、同意を得ている。協力医療機関の医師と24時間オンコール体制ができています。利用者の症状悪化など変化があった時は、クリニックの看護師も来てくれる。職員は年1回内部研修を行うとともに看取りの利用者のケアカンファレンスを随時行っている。	
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	職員全員が普通救命講習を受講しており、急変時の対応が出来るようにしている。講習については、2～3年の間隔で定期的を受講するようにしている。		
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	地域の消防署との協力をお願いしており市の消防署立ち入りのもと避難訓練を実施している。又、地域の消防団に火災時協力して頂く様体制が整っている。年に一度、夜間、火災以外を想定しての訓練を行っている。気づいた点をその都度話し合っている。	夜間や地震を想定した避難訓練を行っている。災害時には地域の消防団に協力してもらう体制が整っている。災害に備えて、備蓄品を管理している。	

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
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	職員は接遇の研修を受けており、マニュアルも作成している。 利用者のプライドを傷つけない対応に配慮するとともに個人情報には鍵のかかる場所に保管している。	職員は接遇の研修を受けており、利用者の誇りやプライバシーに気を配り、日々の支援を行っている。個人情報や肖像権に関する同意書がある。	
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	日常生活において、事前に利用者の希望を聞いて検討し希望に沿った対応をするよう努めているが、重度の認知症の方が多く、買い物や外食など自己決定している利用者が少ない。		
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か、希望にそって支援している	利用者一人ひとりのペースに合わせた生活を支援している。 カラオケで楽しんだり、パトロールで社会の役に立っていることを実感したり、その人らしく暮らせるよう支援している。		
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	有償ボランティアの理容師がホームを訪問しており、2ヶ月に1回は散髪を行っている。又希望する利用者にはご家族の付き添いをお願いし、地域の美容院を利用している。		
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	職員の雰囲気づくりとして利用者に配膳調理や味付け膳など出来ることを担ってもらえるよう支援している。	献立は隣接する小規模多機能型居宅介護事業所で立て、ホームの職員が買い出し、調理をしている。現在外食ができないので、月に1回利用者が希望するメニューを決めテイクアウトランチを実施している。	
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	食事量や水分チェックを行っている。水分があまり摂れない場合は、個別の水分チェック表を基に、促している。食事が食べれない場合は、ご本人の好むもので食事量を増やしている。		
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に、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	食後声掛けを行ったり介助することで歯磨きを行っている。寝る前の入れ歯の消毒を行っている。口腔内に異常がみられて場合は、連携医療機関を受診し指導を仰いでいる。		

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	オムツだけに限らず排泄パターンを調べ、定時でトイレ誘導を行っている。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握して、自分で立てる利用者はできるだけトイレでの排泄を支援している。	
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	野菜を多くとれる食事の配慮をしている。水分を多く摂れるよう促している。又午後の体操を行い配慮している。野菜や水分を多く摂れる献立を考え、毎日の体操や散歩に参加して頂けるようにしている。		
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	入浴表を作成し表に基づいて入浴を行っているが希望があれば優先的に支援している。菖蒲湯やゆず湯など季節感を味わい楽しく入浴できるよう工夫している。	入浴は基本週3回利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。ゆず湯やしょうぶ湯、入浴剤を使用し、季節感を味わいながら入浴できるよう支援している。	
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	シーツ交換、布団干し等寝具を清潔に保ち、安眠にむけて支援している。 昼食後など、1時間でも寝てもらえるよう心がけたり、散歩や日光浴を促している。		
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	利用者一人ひとりの「内服ファイル」に基づき「チェックリスト」を利用して薬の目的や用法・用量を確認し、医師の指示通りの服薬を行うと共に服薬後の変化について確認している。		
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	ホームの畑で野菜を栽培しており実りの成長を外へ出たときなど利用者と確認し収穫の際には利用者と共にい新鮮なうちに食し喜びを分かち合っている。		
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	一人での外出は基本的に行っていないが、敷地内は自由に活動してもらっている。家族との外出はいつでも出来るようになってきている。また、個別の夕食などに行く計画を頻繁に立てている。	敷地内は職員見守りの中自由に活動している。コロナ禍で行動が制限されているため、玄関の椅子などに座り外気浴をしたり、車でドライブをするなど気分転換を行っている。	

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
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	個人での管理ができない方は施設で管理している。個人で所持したいと希望する方には現金を渡している。		
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	電話や手紙のやり取りは支援しているが電話をかけてる回数が多い方についてはご家族と相談しながら対応を検討している。		
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	掲示物や花、植物で季節感を出し家庭的な雰囲気づくりをしている。	居間兼食堂は天窗により採光や換気に配慮されており、居心地の良い空間になっている。小さなテーブルが3カ所に配置され、少人数でテーブルを囲み談笑している。玄関を入ると直ぐソファが置いてあり、座りながら靴を履けるよう工夫されている。廊下には足元ライトを設置して夜間の移動に転倒しないよう配慮している。	
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	共同空間の中にもソファを置いたり玄関前に一人になれる椅子を置いている。		
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	自宅で使っていた馴染みの家具を自由にお持ち込み、居心地良く生活できるよう毎日筆筒整理など環境整備をしている。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、整理筆筒などが備え付けられているが、自宅で使用していた馴染みの家具等を持ち込むことができる。	
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	場所のわからない方へはわかりやすい看板を作成したり、安全に移動ができるよう、危険物や障害物のないよう配慮している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名グループホーム楓

作成日 令和 3 年 12 月10 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り組み内容	目標達成に要する期間
1	20	新型コロナウイルスにより、ご家族との面会や外出が出来ないことにより、利用者、ご家族が会えないでいる現状の改善。	国内、県内の新型コロナウイルスの状況を確認し、ご家族との面会が行える状態を目指す。	新型コロナウイルスの感染者数などを基に、面会が可能な状況を作る。時間制限や、パーティーによる仕切りなどを設けるなど、面会へ向けての準備を行う。	3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。