

### 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	0874000219		
法人名	社会福祉法人青洲会		
事業所名	グループホームどんぐり荘 ユニット名(どんちゃん家)		
所在地	茨城県つくばみらい市狸穴1072-46		
自己評価作成日	令和5年12月26日	評価結果市町村受理日	令和6年3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	<a href="https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigvoCd=0874000219-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigvoCd=0874000219-00&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6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)】

認知症になっても、人としての尊厳を大切に、その人の力を発揮し、安心して生活を送れるように配慮しています。  
 日々の生活の中では、利用者のできることに着目し、それぞれが役割を持ち、生活できるよう支援したり、利用者のやりたいこと(要望)をできる限り実現できるよう取り組んでいます。  
 利用者の日課の散歩をしながら地域の方に声をかけて交流を図っています。コロナ禍でも、家族が不安にならないよう、こまめに連絡をとり、安心感を持てるよう取り組んでいます。

#### 【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)】

住宅地であるが奥まって立地しており、静かな環境のグループホームである。デイサービスと小規模多機能事業所が併設され、緊急時の協力体制が整っている。自治会館が目の前にあり、地域行事に参加することができる。園児の声が聞こえてくる保育園が隣接し、コロナ前の交流が復活しつつあり、利用者の楽しみとなっている。利用者は牛乳パックやペットボトルのふたなどを利用しての余暇活動を楽しんでおり、無駄にする段ボールはないとの職員の創意工夫は社会目標のSDGsにもつながる活動になっている。職員は、利用者の個別ケアを基本に、感染予防に配慮しながらも散歩や買い物、ドライブなど計画し、利用者が体を動かして笑顔で過ごせることをめざす支援を行っている。

### 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 3. 家族の1/3くらい 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 (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外に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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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、安心して暮らしている (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 3. 利用者の1/3くらい 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	理念を玄関へ掲示し、職員だけでなく、家族や来訪者にも目を通していただけるようにしている。 定例会で運営方針を再確認し、職員の意識付けを図っている。	職員の個人面談で介護理念に沿った個人の目標を設定して評価を行っている。玄関に掲示するとともに名札の裏に印刷して意識付けを行っている。	
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	駐車場を利用した移動スーパーの利用や、定期的な地域店への買い物や市役所での選挙参加への支援を行ったりして、地域の一員として交流できるようにしている。	自治会には加入していないが、自治会館が目の前にあって声をかけてもらい、コロナ禍前には利用者が餅つきに参加することなどがあつた。コロナ禍前の交流が再開しつつある。見学・相談にはその都度応じてアドバイスを行っている。	
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	市実施のヘルパー養成講座への講師派遣や認知症サポーター講座への参加を通して、認知症の啓発活動を行っている。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催し、事業所での取り組みを資料、広報誌等を用いて報告している。市役所や地域の民生委員、利用者家族に参加頂き、意見や助言を頂いている。実際にGHの面会期間の延長を行っている。	家族等には順番に参加を呼びかけ参加してもらっている。写真付きで行事報告を行い、生活リハビリや災害についてなど、毎回テーマを決めた話し合いを行っている。終了後に時間や広報誌、テーマなどについてアンケートを実施している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	毎回運営推進会議に市の担当者に参加頂き、意見頂いている。また、介護事故等の報告も随時行っている。	担当課とは随時連絡を取り合い、協力関係を築いている。徘徊模擬訓練・認知症サポーター養成講座への参加協力を行っている。	
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	職員には、身体拘束防止についての施設内研修を実施し、知識の習得に努めている。日々のケアでも管理者が中心となり、チーム全体で身体拘束をしないケアを常に検討している。玄関の施錠は安全性も考え、行っているが、中庭へ出入りできる窓は日中施錠していない。	身体拘束排除のための指針を作成し、委員会を開催している。研修を行い意見交換をしたり、チェックシートによる振り返りも行っている。	

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	施設内や法人内研修を実施し、虐待防止に関する知識の習得に努めている。入浴や排せつ介助時の身体状況を確認し、痣等が認められる時には職員内で周知を行い、家族にも報告		
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	施設内研修に職員が参加し、権利擁護に関する知識を深めている。必要時に適切な支援ができるようにしている。		
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	契約書、重要事項説明書をもとに丁寧な説明を心掛けている。不明な点があれば、その都度説明し、利用者や家族に安心していただけるように対応している。		
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	カンファレンスや面会時、また運営推進会議等で意見や要望をお聞きしている。直接意見を言いにくい場合には、玄関に置いてある記載式の様子を郵送することもできる。実際に意見をもとに職員の名前、写真を掲示した。	意見箱の設置(記載式用紙で郵送可能)・面会時・支払い時・運営推進会議出席時等に意見を聞く機会を設けている。広報誌を2か月ごとに発行し、利用者の様々な様子が写真から汲み取ることができると家族から喜ばれている。	
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	管理者と職員で年2回の定期面接を実施。事業所の定例会議などの機会に各職員の意見を聞き、日々の業務の中で反映できるか検討している。	事前にユニットごとに内容をつたえ、会議の場で意見や要望について聞いている。職員からは、相談をしやすく対応が早い、意見の違いはあっても話し合いができる環境が整っている、との声が聞かれた。	
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	年2回の定期面接で、本人の業務の習得状況を確認し、目標を設定し、達成に向けたアドバイスを行なっている。また働き方や悩み、職場環境等についても聞き、一緒に解決策を検討している。		
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	法人内で年間のスケジュールを立て、勉強会を実施している。感染対策や事故防止など委員会を中心として、学ぶ機会がある。業務については、OJTによる指導を行い、習得状況に応じて、指導内容を変更している。		

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
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	市の研修会や法人にの介護長会議等に参加し、抱えている課題を共有したり、問題に対する対応や今後の動向について情報交換を行なっている。		
<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	新規で入所される利用者は、リロケーションダメージによるBPSD緩和の為、入所前の生活状況の情報収集を行い、馴染みの暮らしを継続できるようにし、安心につながるように取り組んでいる。		
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	入所当日に利用者、家族、職員が参加するカンファレンスを開催している。その際、これからの生活において不安な点や要望について確認し、今後において反映できるようにしている。		
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	本人・家族に見学時の聞き取りや入所前面談時にアセスメントを行ない、本人の状況によって併設のサービスや居宅介護支援事業所に相談している。		
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	利用者のできること、馴染みのことに着目して、洗濯たみや掃き掃除など、できることは極力自分で行うよう支援している。また役割をもった生活ができるよう支援している。		
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	本人の状態を家族に報告しながら、感染状況に応じた面会の支援を行なっている。		
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	家族には感染状況に応じての面会を依頼している。馴染みの場所や行ったことのない場所に行けるよう、少人数での外出を計画、実行している。	入居時にセンター方式でのアセスメントを行いフェイスシートを作成している。自宅で購読していた新聞を自費で購読している利用者がいる。	
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	フロアの席は利用者同士の相性などを考慮し、検討している。また、利用者の性格や意向を確認しながら、必要に応じて共に家事などの作業を数名の利用者と一緒に行うなどして、孤立しないように配慮している。		

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	入居者の身体状況で、グループホームでの生活が困難となり、家族の希望があった場合は、関連施設との連携をとり、入居相談、連絡調整等の援助をしている。		
<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	各利用者の暮らしに対しての意向を確認し、ケアプランに反映している。意思表示が困難な利用者については、家族から以前の情報を確認し、本人の立場に立ち、日々のケアを検討している。	日々の会話から利用者の思いや意向の把握に努め、連絡ノートに残し全職員で共有している。部屋の掃除をしたい、布団を干したい、などの要望を受けて、生活リハビリとして一緒に行うようにしている。	
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	入所前に病状調査を実施し、利用者の生活歴やこれまでの経緯などを確認している。また入所後もセンター方式やアセスメントツールを使用し、情報収集に努めている。		
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	入所前に病状調査を実施し、ADLや病歴や一日の過ごし方などを確認している。また入所後もセンター方式やアセスメントツールを使用し、情報収集に努めている。		
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	施設サービス計画書を作成するにあたり、本人・家族から意向を確認するとともに、介護職員・看護師・主治医からもケアについて意見を聴き、現状に適した計画書を作成できるようにしている。	家族等や利用者からの要望を聞き、医師・看護師のアドバイスを参考にしてカンファレンスで話し合いケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。半年ごとにカンファレンスを実施し定期的な見直しを行い、現況に即したプランの作成を行っている。	カンファレンスやアセスメントでモニタリングしているが、ケアプランと連動したモニタリング書式を整備することを期待したい。
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	記録をタイムリーに入力することで、より具体的な内容にしている。記録を申し送ることで職員間の共有を図っている。		
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	BPSD発症時に、他部署の職員とも連携を図り、柔軟な対応が出来ている。また、ターミナルケアでは、ご家族の希望に応じて居室での面会等に対応している。		

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	運営推進会議は、近隣の民生委員の方にも参加していただいている。近隣の商店での買い物や、定期的な散歩にて、施設や入居者について知って頂くようにしている。		
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	当該施設担当医の往診が行われているが、希望により、家族の協力を得ながら、今までのかかりつけ医にかかっている方や、持病によっては専門医の受診を継続している方もいる。	契約時に協力医療機関医・かかりつけ医の説明を行い希望する医療機関に受診が可能だと説明している。往診結果については、看護師が受診記録として残し、個人記録に転記している。家族介助のときには、口頭で説明したり、サマリーを作成することもある。	
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	日々の生活の中で、利用者の状態変化があった際は、速やかに看護師に報告し、支持を仰いでいる。夜間や看護師不在の際は、オンコール体制となっており、必要時相談できる体制をとっている。		
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。	医療機関に入院した場合、病院のソーシャルワーカーと当施設の看護師もしくは管理者から、連絡調整を行い、スムーズに退院調整ができるように対応している。		
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	入居時のカンファレンスの際に、重度化の場合や看取りの指針について説明を行い、本人、家族の意向を確認している。また、状態変化に伴い、話し合いを重ね、本人・家族との方針の共有に努めている。看護師や主治医と連携を図り、職員、家族併設事業所、地域も含め、全体で関わられるよう支援している。	「看取り介護の指針」「ターミナルケアマニュアル」が整備されている。看護職が勤務しており、職員の不安が軽減されている。看取り後には、追悼カンファを行い、職員のストレス緩和を図っている。	
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	事故防止委員会を設置し、事故防止について検討し、周知している。また、日々の業務の中で看護師が中心となり、急変時や事故発生時の対応について指導している。		
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	年2階の避難訓練を実施している。BCPマニュアルの改訂を行い、職員に周知、速やかに適切な対応がとれるように取り組んでいる。災害時、民生委員に協力を依頼している。	夜間や地震を想定した避難訓練を年2回行っている。炊き出し訓練を検討している。訓練前に、防災委員が中心となって、前回の反省を踏まえて計画を準備している。見守りの重要性を実感している。	

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>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	一人一人の性格や生活歴を把握し、その方に適した声掛けを行なうようにしている。プライバシーの確保では、入浴時や排せつ時は、必ず扉を閉めたり、マンツーマンで対応している。	尊厳を傷つけないような言葉かけに配慮し、気になった時には注意をしている。トイレ、浴室、居室のドアの開閉等に配慮している。家族以外の面会希望に対して、安易に許可しないようにしている。	
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	日々の生活を送るにあたり、その都度利用さ本人の意思を確認するようにしている。排泄や入浴の拒否が強い場合は、時間や入浴日をずらしたりして、可能な限り、利用者の意向に沿った支援ができるようにしている。		
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	本人の思いを聞き出しながら、希望に添えるよう支援している。居室で休みたい場合は、食事の時間をずらすなどして対応したり、散歩に行きたい時は、職員間で調整し対応して、本人の希望に沿って柔軟に対応できるようにしている。		
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	月2回の移動美容室を利用している。また、日々のケアの中にもモーニングケアを取り入れ洗顔以外にも温かいタオルで顔を拭いたり、男性は髭を剃ったりして、身だしなみに配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	各利用者の嗜好や食べやすい食事形態などをアセスメントし、おいしく安全に食事できるようにしている。また、盛り付けなど利用者と一緒に食事の準備をしている。	外食支援は行っていないが、弁当を発注したり、イベントに合わせて、季節の食材を取り入れて、提供したり、食事方法に工夫をして(喫茶式等)メリハリをつけている。毎月お楽しみおやつでケーキを提供し喜ばれている。食事量を把握し嗜好品や捕食で補うようにしている。	
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	毎食の食事量や水分量をチェックし、摂取量が少ない方に対し、本人の好きなものの提供や補食、食事形態の検討を行なっている。		
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	食後、口腔ケアの促しや義歯の洗浄を行なっている。口腔ウェットティなど個別の口腔ケア用品を用いて実施している方もいる。また、月2回の訪問歯科による治療や口腔ケアに関する助言をもらい、実施している。		

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	自立、誘導、失禁の有無等記録し、排泄パターンを把握、失禁の回数を減らすよう支援している。排泄アセスメントにより、パットの種類の変更を家族に提案、漏れを防いでいる。	定時と排泄チェック表からのタイミングをみて、失禁をしないように声かけをしており、利用者の快適な生活と、パット類の使用を少なくして家族等の負担を軽減できるように支援している。	
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	便秘の予防については、水分を多く摂取して頂いたり、できるだけ体を動かして頂くなどの工夫をしながら、便秘予防に取り組んでいる。上記の工夫をしても自然排便が困難な場合は、医師・看護師に相談し、下剤の検討をしている。		
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	入浴の誘い時、本人の意にそぐわない場合、時間や入浴日をずらして対応している。	脱衣所にエアコンが設置され、ヒートショックに配慮している。足拭きマットの上に個人のタオルを使用して感染対策をしている。着替えは、利用者と一緒に準備する方もいる。乾燥肌には、ワセリンや軟膏を塗布している。	
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	本人の意向に沿って居室もしくは居間のソファで休んで頂いている。夜間において不眠の訴えがあった場合、意向を確認し、フロアで過ごして頂いている。その際、温かい飲み物を提供するなどして安心できるように配慮している。		
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	薬剤情報をファイリングし、各職員が薬剤の作用・副作用について確認できるようにしている。看護師からも必要時、周知が行われている。		
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	一人一人の生活歴、今やりたいことを尊重し、畑作業、掃き掃除、散歩、手工芸等、役割を持ち、やりがいをもって生活できるように支援している。		
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	近隣の散歩や中庭での外気浴、移動スーパーや近隣スーパーでの買い物など、本人の希望に沿って、定期的に行なっている。	近場を散策や中庭で日光浴を行い、五感の刺激を受けている。移動スーパーや近くのスーパーで買い物をし、金銭感覚を持続させている。ドライブに出かけ、車窓から季節の移ろいを感じてもらっている。	



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	買物は施設の立替払いで行われており、現金に触れる機会はあまりない。日常的に新聞広告やニュースを見ながら、野菜の価格を話題にする等、金銭感覚を失わないよう支援している。		
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	携帯電話の所持も制限しておらず、本人の希望があれば、電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
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	木目調のしつらえや家具を使用し、落ち着いた雰囲気を出している。和室には大きめの窓を採用、中庭の景色を見ながら、開放的にゆっくりと過ごすことができる。また中庭の花や芝生の色の変化などから四季を感じることが出来るようになっている。	広いリビングから中庭が見え、季節を感じられるようになっている。中庭には自由に入出入りができて、系列施設との交流が図れる。書初めをして、作品を飾っている。ソファが置かれホールでゆっくりできるようになっている。掃除と換気に配慮している。	
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	食堂には自分の座席以外にソファがあり、中庭やデッキにもベンチを設置することで、居室も含め、自由に居場所が選択できるようにしている。		
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	入居前に馴染みの家具、使い慣れた物、写真やアルバム等を持参していただけるように説明、依頼している。家具の配置も、自宅に近づけることで安心して生活していただけるよう支援している。	畳の部屋もあるが、全員ベッドを使用しており、順次フローリングに変更している。部屋の名前は個人名でなく、花の名前にしている。利用者の動線に合わせたベッドや家具の配置になっている。	
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	トイレや居室の表記はわかりやすく大きめの文字で表記してある。また玄関以外は、バリアフリーであったり、手すりも壁全体に設置していたり、ケガしないように丸みをおびた家具を使用したりして、事故防止にも配慮している。		

(別紙4(2))

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム どんぐり荘

作成日 令和 6年 3月 24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	26	ケアプランと連動した評価表（モニタリング）を整備し、カンファレンスやアセスメントに活用する。	ケアプラン更新時に、評価表（モニタリング内容）を作成する。	ケアプラン作成時、モニタリング結果を評価表に記録として残す。次回カンファレンスの際のアセスメントに活用する。	6ヶ月
2	35	地元住民の参加の呼びかけや協力が得られるよう工夫し実践できることを期待する。	地域との協力体制を構築することができる。	運営推進会議等を活用し、有事の際の協力を地域の方や民生委員等に依頼をする。	2ヶ月
3	4	家族からの信頼を得た上で、さらなるサービスの質を確保し、サービスの向上を図る。	家族との信頼関係構築やサービスの向上に繋げることができる。	運営推進会議に出席していない家族へ、会議の内容を送付し、利用者やサービス実態・外部評価への取り組み状況を報告し、サービス向上に活かしていく。	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。