

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	0870300852
法人名	池田観光開発株式会社 B棟
事業所名	グループホーム鶴沼の里(1)
所在地	〒300-0012 土浦市神立東2丁目21-22
自己評価作成日	令和7年7月9日
評価結果市町村受理日	令和 6年 11月 30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=0870300852-00&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5年9月7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近くに鶴沼の大きな池があり、遊歩道を散歩し、自然と触れ合う事が出来る。②自立支援と明るく家庭的な介護③無農薬の吟味された食材。④自宅の延長のようなゆったりとした当たり前の生活。

【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)】

事業所は利用者に「ゆっくり過ごし、おいしいものを食べ、安心して暮らしてほしい」という創業者の思いから始まった。事業所は静かな住宅街の一角にあり、近くには自然豊かな鶴沼公園がある。機能低下予防として独自に考案したりハビリ体操を週3回導入、希望者に、人の手のぬくもりを感じながら気持ちよく過ごしてもらいたいという思いや可動域拡大をめざし、インフォーマルサービスとして訪問医療マッサージを導入し、おむつ交換も苦痛なく交換ができています。その変化を職員が実感している。食事は、地元の食材を使い、職員が調理して利用者の好みに対応していて、食事を楽しいものになっている。利用者や家族等からもおいしいと喜ばれている。看取りは行わないが、事業所でできる限りの看取り介護をしている。

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 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	理念は玄関入口やホールに掲示されており、共有し実践につなげるための努力をしている。	リハビリ体操の前に理念を管理者が読み上げ、職員は利用者へ理念に沿ったケアができているか確認し、それぞれのペースで生活できるよう支援している。		
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	①運営推進会議②地域小学校運動会③行事ボランティアさんの派遣④職場見学等例年であれば行われているが昨年は全て中止となっていたが今年から再開している。	現在交流は最低限となっているが、いつでも交流を持ち相談できるようにしている。希望者には医師の診断後、訪問医療マッサージを取り入れ、関節可動域拡大をめざしている。		
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	認知症に対して正しい理解が得られるよう地域のかたと話し交流するよう心がけている。			
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	本年の5月26日より対面での会議を開始し、現況報告、特に新しい取り組みについてほうこくしている。	対面開催を再開し、委員から運営推進会議の内容について意見をもらい、対応している。議事録等が家族等に配布されるまでには至っていない。	運営推進会議の議事録を家族等へも報告することを期待する。	
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	サービス提供にあたり事前に確認したり、解らないことについて意見を求めたりしている。	地域包括支援センターとは空き状況等について情報交換をし、生活保護受給の利用者への担当者来訪の際に関係構築を行っている。		
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	2か月に一回身体拘束適正化委員会を開催し、年に2回の身体拘束適正化の為の内部研修を行っている。	身体拘束排除のための指針を作成し、委員会を定期的に開催している。職員は年2回内部研修を行っている。契約書に身体拘束を行わないことを明記するとともに苦情相談機関を記載している。		
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	定期的に施設内研修を実施している。毎月カンファレンスの時適切なケアが行われているか話しあいをもたれている。			

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
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	福祉サービス援助事業成年後見制度に関しては、施設内での研修は行われず個人の学習にゆだねている。		
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	契約書にのっとり契約の締結や解約時に十分な説明を行い、ご家族や利用者に理解納得してもらえる様努力している。。		
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	ご家族が来棟時及び電話で出来るだけ意見を聞くようにしている。	玄関に意見箱を設置するとともに、家族等が来訪時に意見や要望を聞いている。電話やメールでも意見を聞くようにしている。意見や要望が出た際の処理方法を構築している。	
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	月に1度の全体カンファレンスの時、話し合いを行い、運営に反映している。	職員の定着率が高く、話しやすく意見が言いやすい環境となっている。毎日の申し送り時にノートを活用して意見交換を行っている。	
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	働きやすい環境でやりがいはあるが、低賃金である。以前よりはよくなってきている。		
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	グループホーム内での研修は年間計画にのっとりおこなっている。外部研修についても参加できる機会ができるように配慮しているが、現在コロナの為激減している。		
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	ケアマネの研修等でネットワークづくりや勉強会を行っている。		

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	インテーク時には、利用者に寄り添い関係づくりをするようにつとめている。		
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	家族の不安を引き受け要望や困りごとに丁寧に対応している。		
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	ご家族には十分聞き取りを行っている。ご本人は意思疎通のできる方には行えるが、意思疎通の難しい方は、生活歴や介護していく中で確認している。		
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	利用者を尊重し一緒に生活するもの同士の仲間の関係築いている。		
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	本年度より対面の面会を実施している。		
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	入所時には馴染みの人や場所との関係を継続できるようにしてきたが、高齢化にともなって徐々に関係が希薄になってきている。訪問しやすい様にし関係が継続しやすい様に支援している。	入居前の相談や契約時に本人家族等からの聞き取りで得た情報を記録してフェイスシートを作成している。自宅への外出や手紙のやり取り、馴染みの場所へのドライブなどを支援している。	
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	気の合った方同士を隣の席にして話しができるよう支援している。。隣の席で全く会話ができない人でも声をかけられると、笑顔で答えている。		

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	入居者が在宅もしくは他施設に入所となって契約が終了した場合にも、入所中の情報がいつでも共有できる様準備している。又アドバイス等必要な場合も出来る限り協力できるよう心掛けています。		
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	一人ひとり生活パターンが違う為、又、外が好きな方内向的な方、ご本人本位で進めている。起床時間を調整し、ご本人が自分にあった時間に起き、遅れての朝食。歩行訓練や水分も好みの飲み物を選んで行う時間もある。	利用者からは日々の会話や関わりの中から意向を聞いて把握し、起床時間や入浴時間、食事などの生活パターンなどはそれぞれのリズムに合わせて支援している。	
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	フェイスシートに生活歴や生活環境等を記載し実際の療養では、お気に入りの食器等や寝具、部屋の模様等在宅での生活に近くなるようつとめている。		
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	バイタル測定、生活上のケア、生活リハビリや機能訓練等を実施し心身機能の状態を把握できる様に努めている。		
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	2ヶ月に一度のモニタリングを行ってもらい、細かい所まで見落としのないよう作成する。月1回のカンファレンスで全体の意見交換をしてそれを元に現状に即した介護計画作成している。。	定期的にモニタリングを行い会議をして基本1年での見直しを行っている。家族等へは計画を郵送し、押印して返送してもらっている。	
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	日々の気づきを日報、ケース記録にて職員間で共有し、必要性を主任、ケアマネに提案し、介護計画に反映している。		
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	その時々ニーズに柔軟に対応する努力はしている。		

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	現在利用している地域資源は包括支援センター、病院、居宅支援事業所やスーパー、鶴沼公園等。現在はコロナ感染予防の為に利用していないが、小学校の運動会等の行事などに参加している。		
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	月に1度嘱託医の、訪問診療がある。又、何でも相談しアドバイスをいただいている。又近隣の病院のかかりつけ医への受診支援を行っている。	協力医療機関の医師による訪問診療が月1回ある。訪問看護師が週1回来訪している。受診の付き添いは状況によって職員が行っている。	
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	職場内の看護師に随時の相談、定期的に協力病院の看護師の訪問が有り、相談できる環境になっている。		
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。	入退院時は医療機関の従事者と情報共有が行える様普段から定期的に訪問し交流を図るよう努めている。		
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	重度化や終末期については、体調の変化を密に連絡をとり、嘱託医にも相談できるようにし本人やご家族が安心して終末期を迎えられるよう話し合い、相談している。終末期を迎えるにあたり、ご家族に、終末期に関する指針を説明し、同意書をお願いし、理解を深めて頂いている。	指針や同意書を整備して、看取りを行わない事業所であることを伝えている。延命治療を望まない利用者や家族等が多いが看取りは行わず、病院に搬送している。重度化や終末期については指針を作成しているがマニュアルを整備するまでには至っていない。	住み慣れた事業所で「看取り」ができるよう体制を整えることを期待する。また、職員の不安を払拭するため「マニュアル作成」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	定期的に救命講習会を行い、実践力を身に付けている。		
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	定期的に避難訓練を行い、利用者様を安全に避難できる方法を学んでいる。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い報告書や反省及び検討事項を作成している。災害に備えてローリングストックの方法で備蓄品を備えている。	

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	人生の大先輩と思い、丁寧に対応している。優しい言葉かけを心がけている。一人一人の人格を尊重し、プライバシーを損ねない言葉かけで対応する努力をしている。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。代理権証書を作成し金融機関の出し入れの同意書を作成している。	
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	眠くてなかなか起きられない方、同じ場所に居られず、動いてしまう方、話しがしたい方、その場その場に応じ、無理のないようご本人本位で対応している。		
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	職員の決まりや都合もあるができるだけご本人のペースに合わせて、支援している。どのように過ごしたいか言えないかたも、楽しく過ごせるよう声掛けをしている。		
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	身だしなみやおしゃれができるよう、きれいな身支度、髪などは近くの理容室に来て頂き、ご本人の似合う髪型を提案してカットしてもらうようにしている。服装も出来るだけ本人と相談しながら選ぶように心掛けている。		
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	昼食は職員と利用者が一緒にたべている。準備に関しては、ほとんど利用者は携わっていない。食事の内容は、栄養に気を付けながら好みに合わせるよう工夫し作っている。	利用者は入所時から使い慣れた自分の食器を持ち込み、使用している。また、職員は個人の量、好みを把握し食事を楽しめるよう工夫している。	
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	食事の量や水分量の摂取状況はすぐにわかるような記録方式にしている。一日を通してスタッフ全員が把握できる様にしている。		
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	毎食後歯ブラシやスポンジブラシを使用し、本人の能力に合わせた口腔ケアを実施している。		

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	時間ごとに声掛けや排泄誘導を行いその時間を中心に排泄の有無を確認する。その時間には本人の訴え時やしぐさから誘導をこころみるなど柔軟に対応している。	排泄チェック表から排泄パターンを把握しできるだけトイレでの排泄を支援している。おむつ交換は定期的に行っている。	
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	食事や飲み物等繊維質の多い食事や適切な水分摂取、定期的な運動や腹部マッサージ等の実施など予防にとりくんでいる。		
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	主に曜日時間を決めて行っている。但し体調や気分によっては日時をずらして行うなどの工夫をしている。	利用者の希望に合わせてたり体調を見て入浴支援を行っている。入浴できない場合には清拭や足浴を行っている。季節を感じてもらうためにゆず湯やしょうぶ湯を提供している。	
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	1人1人に合った起床時間や昼寝の時間をとり夜間も安心して眠れる様に支援している。		
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	使用している薬の作用、副作用や用量について職員間で情報を共有し理解に努めている。又症状の変化の確認もしている。		
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	可能な方は介護予防運動を週に3回又個別機能訓練を週3回程度行っている。個別に読書をしたり、歌を聞く、窓から植物が鑑賞できる様にしたりして楽しめ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	食事会や散歩など出来るだけ希望に沿えるよう支援している。人員の関係もありすぐに行うことが難しいため、ボランティアにお願いするなど視野に入れている。	敷地内を散歩したり、近くの公園で花見などを行っている。プランターに水遣りしながら外気浴を行っている。年間行事計画を立てて、車いすの利用者も一緒に外出している。	

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
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	金銭については、盗られ妄想に発展していることも多いがあまり利用者本人は持っていない。ただし、希望があれば状態に応じて柔軟に対応している。		
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	電話は希望があれば、事務所の電話を使用してかけられるようにしている。手紙についてはあまり書ける方がいない。手紙のやり取りは自由である。		
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	季節に応じた折り紙の作品等を壁にはり季節感を出るように配慮している。清掃は徹底し清潔感のある空間を心がけている。	季節の花などを壁に飾り季節感を感じられるようにしている。温度湿度の管理がされ、至る所に観葉植物が青々と育っている。廊下は広く車いすの利用者も自由に行き来できて歩行訓練にも利用できる。ホールの壁に職員と利用者が一緒に作成した作品や過去の行事の写真が掲載されみんなで思い出すことができるようになっている。	
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	リラックスして過ごせるようソファを置いたり、ダイルームで気の合ったもので過ごせるような場所作りを心がけている。		
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	常にきれいな場所で過ごせるよう清掃も徹底している。部屋には本人家族が持参してきたつかいなれた物で生活していただいている。テレビ冷蔵庫等も持ち込んでいる方もいる。	居室にはエアコンやベッド、スプリンクラーが設置されている。利用者はそれぞれ使い慣れた家電や家具、食器などを持ち込んで居心地の良い部屋づくりをしている。	
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	建物内部は床も柔らかな木の作りで、廊下やホールは通路を広く確保し安全に過ごせるようにしている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム鶴沼の里

作成日 令和 5年 11月 30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	I-4	対面開催を再開し、委員から運営推進会議の内容について意見をもらい、対応している。議事録等が家族等に配布するまでには至っていない。	できる限り施設での取り組みを公表しグループホームでの介護を地域に理解してもらう。	高齢福祉課で閲覧できるようにしていることやホームの玄関先に閲覧できるようにしてあることを毎月送付している現況報告書で文書で周知するとともに面会時に案内して閲覧してもらうようにする。	6ヶ月
2	I-33	指針や看取りを整備して、看取りを行わない事業所であることことを伝えている。延命治療を望まない利用者や家族が多いが看取りを行わず、病院に搬送している。	住み慣れた事業所で看取りができるように体制を整備する。	看取りにあたって職員の不安を払拭するためマニュアルを作成するとともに研修も年二回のほか適宜行う。	6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。