

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	0890400088		
法人名	医療法人社団 友志会		
事業所名	グループホーム ももの舎	ユニット名(めぐみの家)
所在地	茨城県古河市仁連604		
自己評価作成日	令和 5 年 3 月 29 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 7 月 12 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&JkyosyoCd=0890400088-00&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 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和5年5月29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)】

同法人の保健施設を隣接しており医療・リハビリ・看護・介護。居宅支援専門員の協力により、その人らしく思いに添えるような生活を継続できるように家庭的な環境で専属のスタッフと一緒に料理・掃除・工作・カラオケ・園芸を楽しみながら行って頂き、健康で明るい生活が送れるように、より多くの笑顔で満たされるように『もう一つの家族』を目的としています。
年間を通して季節の行事企画、家族様や馴染み方々と感じ喜んでいただけるようにしています。

【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)】

- ・同一法人の福祉施設との交流があり、各種委員会も合同で行うことで幅広い意見を聞くことができる。特に医療面での連携が密であることが入居者はじめ家族等の安心に繋がっている。
- ・職員同士のコミュニケーションが取れており、チームワークがいい。管理者はじめ職員も職場の雰囲気は利用者には伝わることを意識している。
- ・広い敷地に芝生や藤棚、隣接する小学校の桜の木、シンボルとなっている桃の大樹など、自然環境に恵まれていること。
- ・記録や書類管理、医師との連絡などに電子媒体をうまく使っていること。

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	開設時職員全員で作られた理念を入居者様・職員と相談して「入居者様と共に地域に根付き 交流を深めて行けるよう 手を取りあつて暮らす仲間・いっしょに笑い・いっしょに泣き・いっしょに考え 見守っていきます」と一部変更、玄関に掲示し日々入居者様に関わっています。	理念は入職時に説明し、施設内に掲示するとともにミーティングの中で月の目標や改善点について話し合っている。家庭的な雰囲気の中で家族のように共同生活を送りながら一緒に笑顔になったり一緒に感動できる場面が作れるように支援している。	
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人として日常的に交流している	以前はボランティアの来舎や地域の方を招いての施設主催のお祭りがあったが、現在は新型コロナウイルス感染予防のため、地域との交流が減ってしまい日常的な交流が困難な状況になっています。	コロナ禍で途絶えていた小学校との交流やボランティアの受け入れを再開したい。けやき祭りなど地域の方も巻き込んだイベントを、徐々に考えていきたい。	
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	以前は近隣の保健施設と共に行われる夏祭りや各種行事の実践で認知症への周知を地域に向け発信していたが、現在は実施できていない状況です。		
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践、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か月に1度運営推進会議を実施し、サービスの報告や意見交換を実施している。感染症蔓延や予防のため実際に開催できない月に関しては書面にて報告させていただいております。	これまで書面での開催だったが直近では対面での開催となった。コロナが5類に移行後面会等への対応がどのようになるか等、コロナに関する委員からの質問が多かった。今後、新しい委員には施設内の見学をしてもらいたいと考えている。	
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	運営推進会議に参加していただいたり、コロナウイルスワクチン接種の準備や進捗状況など連絡を取り合い連携しております。	書面や電話でのやり取りが多かった。利用者のワクチン接種についてや、事業所の災害対策や被災者の受け入れ等について話し合うなど情報交換する機会が多かった。	
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	隣接の保健施設と連携を図り、身体拘束の対象となる具体的な行為を正しく理解できるよう、繰り返し学べるように事例を掲示したり、勉強会を実施しています。認知症を理解し、スピーチロックや拘束となる対応・場面で更に弊害となり利用者様の不穏や危険に繋がることのないよう、全職員が玄関のだけでなく、心の鍵を閉めない、拘束をしないケアを実践するように取り組んでいます。毎月、安全対策委員会・身体拘束委員会も老健と連携行っています。	身体拘束排除のための委員会を設置するとともに指針を作成している。身体的、精神的制限をせず、拘束ゼロを目指すことが基本となっている。安全対策委員会・身体拘束委員会を、同一法人の老人保健施設と合同開催している。ヒヤリハットの検証を行っている。身体拘束について定期的な研修を行うまでには至っていない。	現在は拘束の事例はないが、事例がなくても拘束に至る過程や、考え方などを意識するために研修を行っていただきたい。

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	利用者様の表情や会話に耳を傾け、小さな痣や傷などにも注意観察、記録、確認、利用者様の心身の変化があった場合、ご家族様・医師・看護等へ報告し情報の共有を図り防止に努めています。職員に言葉や態度でも虐待であるのだと周知できるよう、言動に注意してミーティングなどで話し合い、防止に努めています。		
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	制度に関しての理解は多少ありますが、現在、制度を必要とされる方がいないので活用していません。今後に向けて学ぶ機会を検討中です。		
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	ご利用の契約の際、または、退去が必要な時、ご利用の内容の改訂がある場合は、紙面上で説明を十分に行い、不安や疑問点を尋ねながら、理解・納得いただいております。		
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	契約時に紙面により苦情窓口の説明を行っており、ご利用者様・ご家族様の意見に沿えるようにしています。苦情窓口隣接の保健施設の相談員を増設し極め細やかな対応が出来るようにしている状況です。面会時には、管理者だけでなく、職員へも意見・相談がしやすい環境を作って、対応、偶数月に行われる、運営推進委員会でも意見・感想等を公表し、運営の向上に努めています。	面会の機会に利用者の状況を話しながら、家族等からも話を聞き、ケアプランにも繋げている。	
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1回の全体ミーティングを行い、勤務体制、行事の計画から実施報告や業務の内容改善、ケアの状況対策まで職員全員で話し合い、意見や提案を聞き、運営に反映させています。管理者は、職員から個別に意見・要望を聴く機会を常に意識して対応しています。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、月1回のミーティングで、行事、安全対策、具体的な業務内容、変更点や介護内容など自由に意見交換を行っている。新採職員にはこまめに面談を行っている。	
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	職員個々の状況を把握し、職員一人一人の課題に対応できるように、技術指導等を行い、向上心ややりがいをもって楽しく働けるように努めています。		
13		○職員を育てる取り組み	近隣の保健施設と連携し、勉強会を実施し		

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
		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	ています。現在は集まっての開催が困難なため、勉強会の資料を各部署で作成し配布して各自勉強できる環境を整えています。		

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	食事検討委員会や安全対策委員会は近隣の保健施設と連携して実施しており、職員同士の交流や意見交換の場としても活用しています。		
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	入居前に情報を頂き全職員・関係者連携し、その方の情報を把握できるよう努めています。また、希望に応じて入居前に見学にきていただきご本人、ご家族の意見や要望をお聴きしたり、認知症の為、要望の理解が不明な場合は寄り添い、観察、ご本人にとって困っている事や不安な事に対応し、安心できる生活を送れるような関係づくりに努めています。		
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	入居前にご家族様の意見や要望、相談事をお聞きし、受け止め、ケアプランを作成、より良いサービスの提供により信頼頂ける関係づくりに努めています。		
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	ご本人様、ご家族様と関わっていたケアマネージャーや他職種関係者に協力頂き、情報を収集、ご本人にあった「その時」必要としている支援を見極められるよう、また、それを反映できるサービスの提供が図れるよう努めています。		
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	ももの舎の理念でもある「手をとりあって暮らす仲間」を实践。ご本人の出来る力を活用、発揮して食事の手伝い・お茶入れ・洗濯物畳み・ゴミ捨て・お掃除・食器吹き・力仕事など出来る事柄で無理の無いように協力、助け支え合いながら、暮らす仲間の関係作りを継続しています。		
19		○本人と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	家族との絆を大切に考えています。家族様やご本人の気持ちを考え、コロナ禍の中で制限はあるものの面会できるよう工夫しています。また、外出に関しては不要不急のものを除き、必要な際は家族と相談して外出を実施しています。		

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
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	ご家族や親族だけでなく、近隣の知人や友人の面会の他、ご本人がそれらの方々と大切にこられた馴染みの関係や場所・時間などが継続してゆけるよう、電話・手紙などを通じた支援も行っています。	フェイスシートを作成し、利用者のこれまでの馴染みの人間関係を把握している。地元の理容師がホームに来訪し、馴染みの関係が継続している。家族等と墓参りや葬儀に出かけている。	
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利用同士が関わり合い、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、利用者様とともに体操・散歩・レクリエーションや生活の活動を通して会話や関わりを増やし、お互いに助け合い支え合う場面が増えている。また、認知症の進行やPBSD等で難しい事柄があっても、一人が孤立しないように、スタッフが介入、観察、解決が図れるように努めています。		
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	近隣の保健施設や他の施設に入居等の退居された方については、これまでの経過や情報を提供し、問い合わせに対応しています。また、その後も本人・ご家族がいつでも立ち寄り相談支援が出来るように対応しています。		
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	一人ひとりを尊重し、思いや希望を把握できるように、何気ない日常の中で、本人様が話した事などに耳を傾け、思いなどをくみ取りケアに結び付けられるように努めています。又、困難な場合の方には、ご家族様や関係者、他職種との連携を図り本人様の思いに沿った暮らしができるように検討しています。場面の応じては、センター方式を活用できるようにしている。	1対1でゆっくり出来る入浴の時間を利用して、話を聞くようにしている。針仕事が出来るといった本人の申し出から、職員見守りの中、古いタオルを雑巾にしたり、服を直したりしている利用者もいる。	
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	入所時に得た情報の他、面会の際にご家族様が話していた事や、ご本人の会話や動作、表情など、細かく観察し、得られた情報を記録、ミーティングや申し送りの際にも話し合いをして職員同士がサービス利用の経過などを共有し、把握できるように努めています。		
25		○暮らしの現状の把握	日々で変化があったり、ご本人の様子が		

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
		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	違っていたりすることもある為、そういった変化に気付けるよう記録・申し送り情報共有しています。いつもと違う様子がみられる際には、記録を確認、スタッフ間で連携してケアを行い、活動の内容の検討もしています。		

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
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	ご利用者様・ご家族様の今の思いを聴き、関係者の意見を得て、利用者の課題とケアの在り方について、毎月のミーティングやケア会議を行いモニタリングしており、本人の変化や出来事を記録、全職員申し送り、担当者とケアマネで現状に即した介護計画を作成してチームケアを目指すように努めています。	家族等や利用者本人の意向を基に、医療関係者の意見も聞き職員全員で関わり、計画を作成している。基本6ヶ月ごとに見直しを行っているが、利用者の状況の変化があれば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	記録の効率化に取り組んでいるが、ご本人の様子や変化、発言・表情・動作をその時そのまま記録、気づきなどを細かく記録することに努めています。記録がしっかりとされていない時にはミーティングなどで話し合いを持ち改善につなげています。		
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	ご本人やご家族様の状況や希望、新たなニーズに対応できるよう、柔軟な支援サービスの提供に努めています。		
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	コロナ禍で地域資源との協働が困難な状況です。今後、世間の状況の変化を見つつ、法人と相談して地域資源を活用してご本人の豊かな生活につなげていきたいと考えます。		
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	契約時、ご家族に同意を受け、事業所契約医師より2週間毎の往診を受けている他、事業所契約の訪問看護による体調管理をそれぞれ24時間対応で行われています。入居前からのかかりつけ医のある方は、ご希望を大切に、継続して受けられるように情報提供を含め連携支援しています。緊急時、職員が受診に付き添った時など報告しています。又、隣接の保健施設の看護師の協力体制も出来ています。それらはIpadを使用し、医療連携システム「エイル」により職員、各看護師・医師などの関係者がタイムリーに情報を共有し早期の対応出来るよう努めています。	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。また、協力医療機関の医師による訪問診療が定期的に受けられる。医師や隣接施設の看護師等とのやりとりは医療連携システムで行われ、迅速な対応ができるようになってきている。	

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
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	日常においての心身に変化や情報、気づきを記録し、緊急時だけではなく、気になっていた場合でも同事業所の訪問看護へ連絡相談し、適切な助言や、処置、受診や看護が受けられるように継続して支援しており、I padエールの活用で画像報告もでき、緊急時、24時間を通して支援できる体制を整えています。		
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。	入院の際には、入院病棟看護へ職員から経緯や細かな情報を申し送りを行い、サマリーを作成し、安心して治療が出来るように、医療機関に情報を提供し連携を図って、その旨をご家族様へもご報告しています。入院中のご本人の状態をご家族様からのお話を聴いたり、医療機関より情報交換したりして、安心して治療頂けているかを確認相談支援しています。また、スムーズに退院受け入れが出来るように努めています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約の際に、重度変化対応・終末期ケア対応方針を紙面でご家族様に説明し、同意を頂き主治医や訪問看護と連携を図れるように継続しており、ご家族様等や関係者とも話し合い、共にチーム支援できるよう努めています。	看取りを行える体制を整えているが、病院との連携が取りやすく、入退院を繰り返して弱っていく例が多く、最終的には病院での看取りとなっている。	
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	急変時や事故発生時の連絡体制を職員全員が把握しており、訪問医・訪問看護や隣接の保健施設の看護・職員と共に連携し適切な対応を行えるよう努めています。当グループホーム内にもAEDが設置されており、それらを含め、定期的に行われる勉強会へ参加し職員の知識向上と実践力が付くように努めています。		
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	消防署の指導・自主訓練を年2回実施し(夜間想定・避難経路確認・緊急通報システム・消火器の使用方法・緊急連絡網・緊急時持ち出しの物、等)隣接の保健施設・ご家族様・地域住民・関係協力者の協力を得て、利用者が安全に避難できる方法を理解し理解身に付くように努めています。尚、近年あるような異常水害や天候などの災害に対しては、ハザードマップの活用や自家発電等の備えをしています。	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課題について話し合っている。近隣住民へは運営推進会議を通して協力の呼びかけをしており、緊急時には協力が得られることとなっている。	

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
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	一人一人の意思・人格を尊重しその人らしい生活が得られるように心がけて支援しています。また、日常の中でも声掛けを常に意識し、その方のプライバシー損なわないように行っています。	利用者に対し、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。個人情報や肖像権に関する同意書を整備している。人権尊重や守秘義務については毎月のミーティングで接遇についての振り返りを行うとともに、隣接施設と連携を取って研修を行っている。	
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	日常生活の様々な場面でご本人自身が、意思・希望があらわされるように言い易い環境や受け止め考えることが出来るように対応し心がけ、自己決定が出来るように働きかけを行っています。		
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	出来るだけ、ご本人の生活リズムを尊重し、どう過ごし、どう暮らし何をしたいかを叶えられるように傾聴し支援を行っています。起床や就寝時間などは、その日のご本人の体調や希望・状態に合わせています。入浴やトイレ誘導への強制するのではなく、ご本人の思やりやペースに添えるよう合わせています。		
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	ご本人の気に入っている衣服をご本人の希望に沿い、お化粧品やアクセサリー、帽子やかつらなどを身に付けて頂いたりをその人らしさを尊重し支援しています。		
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	隣接の保健施設の栄養管理士によりカロリー計算されたメニューを基に、匂いや台所の音を感じていただきながら、御一人おひとりが食事を楽めるよう、利用者様と職員で下ごしらえ準備、手作り、出来立てを味わっていただき、下膳、片付けやテーブル拭き、お茶入れ、おしぼり畳み、掃き掃除と出来る力の担当分けのように嬉々と笑顔で協力活動頂いています。また、日によって、利用者様方の希望で急遽メニュー変更したり、行事計画の際は特別メニューを考えたりと食事を楽しいと思っただけのよう支援しています。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。自家菜園の野菜を食材に取り入れている。利用者が楽しそうに食器拭きを、にこやかな表情で下膳する様子が見られた。コロナ禍で外食の機会が減った分、テイクアウトの弁当やケーキを買ってくるなどして食事が楽しみとなるような工夫をしている。	

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
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	身体的心理的状况を把握しながら、摂取量や摂取の状況や様子、水分量も同様に記録して変化を確認しながらケアを行っています。摂取量の少ない方には、調理方法や食事の形態、提供の環境を工夫したり、取れない原因を追究し必要に応じて医師・看護師・ご家族様と相談を行い、栄養の捕食も検討し支援しています。		
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	モンダミンなどの洗口剤を使用頂き、口腔内の清潔が保持できるように歯磨きの見守り後、口腔内の状況確認介助し感染症防止や口腔機能低下の防止、誤嚥防止、肺炎予防等も考慮し個々のケアを大切にしています。歯科衛生や歯科医の診療が必要な場合は、必要に応じて診療が受けられるように支援しています。		
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	排泄パターンのチェック表・表情や行動の様子を観察、察知し、その方なりの習慣を活かして、トイレ声掛け誘導、失敗が少なくなるよう、又、心地よい排泄と自立に向けた支援を行っています。自然排便になるよう体操・運動・腹部マッサージを行っています。	排泄チェック表等から利用者それぞれの排泄パターンを把握し、定期的な声掛けと個別の声掛けを行い機能維持できるよう支援している。	
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	便秘になっている原因やその方への身体的影響を理解し、身体的状態・水分摂取量・食事摂取量・運動量・服薬状況を把握し、持っておられる病気との関連性を含め自然排便できるように、排便リズムの把握・定時介助・腹部マッサージ等、その方に応じて、工夫を凝らし、医師、看護、薬剤師と連携し対応しています。		
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	基本2～3日に一度入浴できるよう入浴表を作りチェックを行っています。ご本人の体調や希望に沿って入浴日や時間を調整、希望があれば、思いに沿うように対応しています。拒否のある方については、原因を追究し「なぜ」をアセスメントして心地よく、楽しんで入浴頂けるように、ご本人に合ったタイミングでのお声かけや、好みの服、雰囲気、室温、湯温、や会話など、個々に合わせた対応を行っています。	入浴は基本週2～3回で一日に3人としているためゆっくり時間を取って入浴できている。入浴を拒む利用者には時間や声をかける職員を替えるなど、声掛けの工夫を行っている。	

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
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	日中では、活動があるように、夜は質の良い睡眠が図れるように支援を基本としているが、一日中起きていることは身体的に疲労がたまることもある為、個々の状況をにんじ30分程度の昼寝などを設け短時間の休息をとっていただいています。なかには、リビングのソファを好み皆さんの声を感じながら横になられる方もいらっしゃいます。就寝前には、その方の生活習慣や寝る前のパジャマ更衣などセレモニーの行動等もその方に合わせて支援しています。		
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	ご利用開始時や医師の診察の段階から身体的状況と処方の内容を理解し、服薬の目的や副作用、用法や用量についても指導を受け、薬の写真付説明書はカードックスに掲示し、送りノートや口頭にて確認が出来るようにしています。 処方された薬は、薬局の協力でカレンダー方式にセットされ、誤薬・誤飲の防止も行っています。		
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	家事が得意とされる方は、食器拭き・野菜切などのごしらえ・調味・洗濯物量み他、力仕事の得意な方は、ゴミだし・段ボール崩し束ね、荷物運び、掃除が得意な方は、かたづけ等、出来る力、やる気、個々の得意、技能、趣味、興味を活かした活動を行えるよう支援、日常の中で、色々な場面で役割をもっていただき、張りのある生活を送れるように支援しています。また、毎日、欠かさずに認知症予防の体操を行い、脳トレ・季節や趣味の工作・色塗り・園芸・室内飾りなどその方にんじた方法で、新たなやりがい、楽しみを得て頂けるように努めています。		
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支援している	コロナ禍の為日常的な外出が気軽にできない状態になっています。ただ、すべての外出を禁止にしているわけではなく、その人にとって必要不可欠な外出の支援は継続して実施しています。	昨秋は久しぶりに近くのネーブルパークに菊祭りを見学に皆で出かけた。コロナも収まってきたので、今後は以前のように外食や買い物に出かける計画を立てたいと考えている。	

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
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	ご本人・ご家族様に了承を得て、お小遣いを事務所で預かりしています。		
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	ご本人の状況や情報を把握し、出来るだけ希望の方には電話や手紙でのやりとりが継続して出来るように関係者にご協力頂き、家族や大切な方との関係が継続でき、ご本人にとっても孤独にならないような支援をしています。		
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	温かみのある共同の空間を感じていただけるよう、木造平屋造りをなっている。居室は、天井を高く天窓より自然な光や空調が得られるように造られています。ご利用者様にとって、不快や混乱を招くような(音・光・色・広さ・温度)などが無いように努めています。舎内では、ご利用者様と一緒に季節感を得られるように一緒に考え、手作り飾り付けをしたり、行事を楽しみ、食事作りの音や匂いを感じ、季節の花や野菜を育てたりして収穫して喜びを得て頂けるように工夫しています。毎日、体操・音楽・カラオケ・レクリエーションなど楽しく心豊かに過ごせるようにしています。	居間兼食堂は天井が高く、明り取りの窓から光がさして明るく、危険のないような動線ができています。大きめのソファが置かれていて、ゆっくりと寛ぎテレビを見たりできる。外の景色や、イベントの写真を見ながら利用者とのコミュニケーションのきっかけとしている。	
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	食堂リビングには、一人ひとりの状況にあった居心地の良いいつもの場所を用意しています。また、隣の棟へ気軽に行き来が出来るようになっており、ご利用者同士自由に過ごせる場所があるなど、皆様とテーブルを囲み楽しく心地よい場所の提供に努めています。		
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	居室には、クローゼット、ベット、ダンス、布団、エアコンが備えてあるが、ご本人使い慣れた馴染みの物をお傍おいていただけるようお声かけし、毛布、テーブル、ジュータン、テレビや仏壇、人形など持ち込み、安心して居心地良く生活が出来るように、ご本人様・ご家族様と相談し協力を得ながら認知症へのBPSDへの対応も含め、安心・安眠が図れるように、工夫し支援しています。	居室にはエアコンやベッド、洗面台等が備え付けられている。広い押入れがあり季節外の品物などを収納できるようになっているため、部屋は余計なものが無くゆったりとした感じがある。利用者はそれぞれ家族等の写真や仏壇などを持ち込んでいます。	

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
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	認知症の種類やタイプ、傾向と今後の予想などを学びながら、「今できること」「わかること」を継続維持できるように、居室では、ご本人の状況にあったベッドの高さや位置、洗面所やタンスやクローゼットまでの動線の安全を確保したり、トイレや風呂場には、目で判断できるように大きな表示を付け、声かけ、お手伝いなども継続できるよう誘導支援しています。 固定観念にとらわれず、新に「できること」「わかること」を見出し、増やせるような環境作りに努め、自立した生活が継続できるように工夫しています。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームももの舎

作成日 令和 5 年 7 月 3 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	6(5)	事業所内での拘束事例がないため、拘束に対する勉強会を行っていなかった。	事例がないが拘束に至る過程や考え方に対する研修を行い、職員間の意識を高めていく。	ミーティング時に拘束に対しての勉強会を実施していく。	6ヶ月
2	2(2)	現状ではボランティアの来舎や地域の活動への参加・交流が出来ていない。	ボランティアの受け入れ再開と地域への外出。	コロナウイルスの感染状況を考慮しつつ、ボランティアの受け入れや地域への外出が可能となるよう計画していく。	12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。