

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	0873300529		
法人名	社会福祉法人 清河会		
事業所名	サングリーンピア山方		
所在地	常陸大宮市西野内1537-1		
自己評価作成日	令和5年6月1日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 9 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&JkyosyoCd=0873300529-00&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7月28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)】

・身体機能の低下を防ぐため、午前と午後には必ずラジオ体操・リハビリ体操で身体を動かす機会を得ている。
 ・散歩はもちろんのこと、畑があるためトマトやじゃが芋を作る等、自然に触れる機会も得ている。
 ・日々のバイタル測定、心身状態の観察、訪問看護師との情報共有により、体調の悪化を防ぎ病気の早期発見・対応をすることが出来ている。
 ・利用者を第一に考え、より良い支援ができるように、利用者様や家族様の意向を確認した上で、職員間で話し合うことができています。

【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)】

事業所は小高い森の中にあり、鳥のさえずりやセミの鳴き声が聞こえる自然豊かな環境にある。道路を挟んで同一法人の介護サービス事業所があり、緊急時に囑託医師や看護師への相談ができる他、週1回は訪問看護があり利用者や職員の安心につながっている。入浴は大浴槽を使用しゆったりと湯舟につかることができる。玄関にセンサーを設置し玄関のカギは施錠していない。事業所内に畑があり利用者と職員が野菜を収穫し食材にしており日常の楽しみとなっている。利用者の家族等や職員の家族が草刈りボランティアに来訪する等、事業所と家族等が良好な関係を築けている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を掲げ、玄関や事務所に提示し、職員間で理念を共有できるようにしている。	お弁当を注文するときには一人ひとりに希望を聞くなど、利用者の自己決定を大切にするとともにできることを見つけて行うことで自立支援につなげている。	
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	以前は小中学校からの招待で運動会に参加する等し、地域との交流を図ることが出来ていたが、コロナ禍により、地域との交流が減ってしまった。利用者様が以前住んでいた地域にドライブに行き、少しでも地域とのつながりを感じて頂けるよう配慮した。	職員の家族や利用者の家族等が草刈りに来てくれたり、コロナ禍で中止になってしまったが小中学校の運動会に招待されたり、事業所の納涼祭に地域住民を招待するなど交流をしていた。	
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	運営推進会議を通して、地域の方々に認知症について理解を深めて頂く機会を得ていたが、コロナ禍により、運営推進会議が書面決議のため出来ていない。		
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	令和3年11月を最後に、コロナ感染拡大予防により、令和4年度は書面決議となる。	家族等の代表や市職員、民生委員等が参加して行っているがコロナ禍では書面開催としていた。民生委員の紹介で入居となった利用者がいる。	
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	介護保険制度の疑問点等を市担当者に相談を行う。	要介護認定の区分変更や主治医の意見書を貰う際に管理者が出向き市の担当者と話して協力関係を築いている。運営推進会議に市の担当者が参加し、コロナ禍では書面を郵送している。	
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	身体拘束についての施設内研修を行う等し、身体拘束についての理解を深める機会を得ている。現在、身体拘束を行っている利用者はいない。やむを得ず身体拘束を行う場合に必要な書類の整備はしている。万が一、利用者が離脱してしまった時の対応としてセンサーを設置し、玄関の鍵を施錠することなく対応をしている。	身体拘束排除のための委員会を設置し定期的に開催している。身体拘束に関するマニュアルを作成し、年に複数回の内部研修を行っている。身体拘束を行っていないことを運営推進会議の資料にも記載している。	
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	高齢者虐待についての施設内研修を行う等し、高齢者虐待についての認識と理解につなげている。		

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	権利擁護に関する施設内研修を行うことにより、権利擁護に関する理解につなげている。		
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	契約締結時に、契約の締結・解約について及び利用料金について家族様、利用者様に対して説明を行い、理解と納得を図っている。また、改定が生じた際には、その都度文章にて知らせている。		
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	面会や電話にて家族様に意見や要望を聞き職員間で共有し運営に反映している。	重要事項説明書に明記し、入居時に家族等に説明をしている。面会時には話しやすい雰囲気づくりに努め、意見や要望を聞いている。意見や要望が出た際の対応方法が決まっている。	
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	職員会議で出た意見や提案は管理者出席の主任会議で提議している。	日ごろから話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議時にも意見を聞いている。職員会議で出た意見は主任会議で検討し、運営に活かされている。	
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	緊急時を除き、残業を可能な限り減らす努力をしている。		
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	法人外の研修に参加するように働きかけている。		
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	法人外の研修の場や、居宅介護支援センターや包括職員との交流を図り、情報交換に努め、サービスの質の向上を図っている。		

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	利用者様が困っていること、不安なことに対して耳を傾け、丁寧な対応に努めている。それでも利用者様の不安や困りごとが解消されない場合には、家族様の協力を得ている。		
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	入居前の面談を通して、家族様が望む利用者様の暮らしや抱える不安を把握できるように耳を傾け、安心して入居ができるように努めている。		
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	要介護・年齢・ADLの状況を把握し、利用者様の生活の場としてグループホームが適正であるかを検討し、他のサービスが必要かどうかを見極め対応をしている。		
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	職員は利用者様と一緒に食事をしたり、食事の後片付けや洗濯物を畳んで頂く等できることを共に行うようにしている。		
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	病院受診の付き添いや面会を家族様に無理のない範囲で協力をしていただいているようお願いをしている。		
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	病院受診の付き添いを家族が行った際に、コロナ感染状況を考慮しながら家族様と外出を楽しんで頂いている。	利用開始時作成したフェイスシートを随時手書きにて最新の内容に更新している。通院時にドライブに出かけたり、家族等と一緒に外出ができるように支援している。	
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	利用者同士の関係を把握し、利用者同士がコミュニケーションを図ることができる座席の配置を考慮している。レクリエーション活動を行う上で、利用者様がフロアに集まって頂けるよう声掛けを行っている。		

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
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	退去後も家族様から相談があれば随時相談や支援に努めている。		
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	入居者のケアプランや利用者様との関りの中で情報を取得し職員間で共有している。可能な限り、月1回はケアミーティングを行うように努めている。	家族等からの話や生活歴を聞いて想像したり、様子を見て判断している。以前作成したICF整理シートを活用して支援している。	
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	利用初期段階でのアセスメント表で把握したり、日常生活の利用者様とのコミュニケーションの中や家族様から以前の暮らし方や生活歴を把握するようにしている。		
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	細かく生活の様子を記録している。午前と午後にバイタル測定を行い、心身状態の把握に努めている。		
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	利用者様や家族様の意向を取り入れるとともに、日々の生活の様子の記録や、定期受診の際の医師や訪問看護師の指導・助言からニーズを把握し、職員で話し合い、介護計画を作成している。	毎月末にモニタリングを行い、医師からの指示は計画書に記載し、家族等へ説明している。介護計画は基本半年ごとに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	日々の様子やケアの実践・結果は個人記録やケアチェック表に記録している。その各記録を介護計画の見直しに取り入れている。		
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	利用者様や家族様のニーズに可能な限り応えられるように職員会議で話し合い、対応するようにしている。		

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	コロナ禍により園外行事の企画は難しい状況が続いたが、ドライブを実施する際には、地域資源を把握しながら安全に楽しむことができるように支援している。		
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	かかりつけ医への継続受診を基本としている。家族様が病院受診が難しい場合には職員が対応をしている。	基本的には入居前からのかかりつけ医への受診を継続しているが、隣接する特別養護老人ホームの嘱託医や看護師に相談もしている。	
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	定期受診した結果や日常生活の変化を個人記録やケアチェック表に記録し、看護師に情報を提供したうえで、指示や助言を頂いている。		
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。	入院時、病院に介護サマリーを提供し、情報共有に努めている。退院後の見通しを立てるために、病院とやり取りを行い利用者様の状況を把握している。		
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	契約時に重要事項説明書を用いて説明している。重度化や終末期において家族様や利用者様の希望があれば同法人内の施設に移動を含め、最善の方法を模索する。万が一に備え、看取り介護の同意書を作成している。	重度化した場合の対応に係る指針、看取り介護についての同意書があり、家族等に説明をして同意を得ている。看取りは行わない方針で、相談の上同法人の別施設などへの移動をしている。重度化に関する研修を行うまでに至っていない。	定期的な研修会を実施し、職員間で周知して支援に活用することを提案する。
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	施設内研修において、応急手当や初期対応について学ぶ機会を得ている。		
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	避難訓練を実施後、記録を残し次に活かせるようにしている。また、職員会議で通報装置の使用手順を確認している。	日中想定火災訓練は行っているが夜間想定や地震等の災害については行うまでに至っていない。備蓄品は隣接する特別養護老人ホームにあり管理している。	夜間想定を含む避難訓練を実施し、併設する同一法人内との備蓄品に関するルールや一覧表の作成を提案する。

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
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	トイレや入浴の誘導時、利用者様に応じた声掛けを行っている。	排泄や入浴時には利用者のプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。人権尊重や守秘義務については職員会議で話し合い、会議時や休憩時に利用者をあだ名で呼ばないなど注意している。	
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	抵抗や拒否がある利用者様には無理強いをせず、時間をおいたり、対応する職員を変えたりして利用者様と関わるようにしている。		
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	利用者様の1日のスケジュールはあるが、お昼寝をしたい時には休んで頂いたり、散歩をしたいときには職員が付き添う等、出来るだけ利用者様のやりたい事に対して希望に添えるように支援している。		
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	利用者様の着用したい衣類を選んで頂いている。選ぶことが困難な際は、職員と一緒に選ぶ。また、自分好みのクリームがある際には、家族様に準備して頂いている。		
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	利用者様と同じテーブルで食事をし、家庭的な雰囲気大切にしている。利用者様の嗜好を確認し、食事の提供を行っている。食後の片付けを利用者様に手伝って頂いている。おやつ作りを企画し、自分で作る楽しさを味わって頂いている。	利用者の好みに応じた対応を細かく行っている。テイクアウトにも個人の好みを反映させている。自家菜園で採れた野菜を献立に使用している。利用者はテーブル拭きなどできることを職員と一緒にしている。	
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	食事量や水分量が減っている利用者様には家族に連絡や主治医に相談し、好んで飲食できる物の提供を行う。利用者の嗜好について確認し、食事の提供を行っている。		
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	毎食後声掛けを行い、歯磨き・うがいをしている。義歯の利用者様に関しては、夜間預かり、義歯洗浄剤を使用している。		

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	定時でのトイレ誘導をしているが、定時以外にも排泄表から利用者様の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援している。筋力低下により、居室からトイレに行くことが大変な利用者様には、ポータブルトイレを居室に置き排泄が自分で出来るように支援している。	ほとんどが自立で排泄を行っている。自由にトイレに行っているが排泄チェックを行ってパターンを把握している。居室でポータブルトイレを使用する利用者もいる。	
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	リハビリ体操や腹部マッサージを利用者様に促している。排泄表を確認し、4日以上便秘続くことが多い利用者様は主治医に相談し、下剤を調整して頂く。毎回、訪問看護師には腸蠕動を確認して頂いている。		
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	利用者様1人ひとりの希望に合わせることは、現状の職員体制では難しいが週2回の入浴が出来るように支援している。	入浴は基本週2回午後からとしている。同性介助にも対応している。季節にはゆず湯なども行っている。	
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	毎週水曜日に寝具類の洗濯、天気の良い日には布団を干している。利用者様により、暑がりだったり、寒がりだったりするため、利用者様にに応じて布団の調整を行ったり、空調の調整、冬場は湯たんぽの使用などを行い、安眠のための環境を整えている。		
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	受診毎に頂ける処方箋を個人ファイルに綴じ、職員全員が確認できるようになっている。薬の変更があった際には、職員に申し送りを行う。		
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人ひとり出来ることを見つけ、役割分担を行っている。		
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	職員と共に散歩や畑仕事、草花の植え付けを行っている。天気の良い日には日光浴やテラスでの食事を行っている。ドライブを企画し、帰宅願望や自宅のことが気になる利用者様にたいしては、その地域へのドライブも行う。	散歩や畑仕事、草花の手入れなどで外に出ている。天気の良い日にはテラスで日光浴をしながら食事をしている。利用者の希望する場所へドライブに出かけている。	

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	グループの事務所内での管理となっている。欲しいものがある利用者様に対しては家族に連絡をして購入をして頂くか、家族様の許可を得て、利用者様と一緒に外出をし、購入をする。		
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	レクリエーションの一環で、暑中見舞いのハガキを利用者様に書いて家族様に送ったり、用事があり家族様から電話が掛かってきた際に、電話を利用者様に代わる等をし、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	温度や湿度を確認しながら、状況に応じてエアコン、加湿器、換気をする等をし、温度や湿度を調整している。季節に合った掲示物を作成している。	フロアの一角にある畳にはソファがあり寛ぎの場になっている。天井が高く開放的で職員が温湿度管理を小まめにしており快適な空間になっている。壁面には利用者と職員が作った季節に応じた作品が掲示されている。中庭にはゆずの木があり、燕が巣作りしている様子を室内から見られ癒しになっている。	
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	畳みのスペースにソファを置き、必要に応じて外の景色を眺めたりテレビや音楽鑑賞される。		
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	居室への持ち込みは自由のため、使い慣れた寝具や家族写真、身だしなみを整えるための、クリームや櫛を置いて頂いている。夜間の照明の調整が難しい利用者様に関しては、好みの照明にしている。	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。利用者はそれぞれ使い慣れたものを持ち込んでいる。	
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	館内はバリアフリーになっており、館内は独歩や車椅子の自走が可能な利用者様が自由に移動できるようになっている。居室入口には利用者様の名前を記載している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム サングリーンピア山方

作成日 令和 5 年 9 月 1 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	35	日中想定火災訓練は行っているが夜間想定や地震等の災害については行うに至っていない。備蓄品は隣接する特別養護老人ホームにあり管理している。	夜間想定火災訓練の実施及び備蓄品に関するルールについて確認を行う。	1. 夜間想定火災訓練の計画を立て、実施する。まずはグループホームに配属間もない職員を中心に避難訓練を行っていく。 2. 他部署代表が集まる主任会議の際に備蓄品のルール等を確認を行う。	6ヶ月
2	33	重度化した場合の対応に係る指針、看取り介護についての同意書があり、家族等に同意を得ている。重度化に関する研修を行うまでに至っていない。	重度化に関する勉強会を行う。	職員会議の際に、重度化した場合の対応に係る指針やマニュアル等を活用し、勉強会を行う。	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。