

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	0870301181		
法人名	㈱マツウラ		
事業所名	グループホーム きらめき2 B棟		
所在地	茨城県土浦市右廻2743-1		
自己評価作成日	令和 4 年 5 月 9 日	評価結果市町村受理日	令和 4 年 6 月 24 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=0870301181-00&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 4 年 6 月 2 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)】

<ul style="list-style-type: none"> ◇ご利用者の意志を尊重するよう努めている。 ◇医療機関(内科・歯科)の訪問診療を受け、連携している。 ◇毎日各棟毎にラジオ体操、きらめき体操、食前口腔体操を実施し、健康維持に努めている。 ◇毎月利用者の様子(を記入し写真を添えて、ご家族へ送付して、ご家族の訪問時には毎月近況報告している。 ◇利用者と同年代に近い職員が多く共感できる。 ◇なるべくホームにあるものを使用し、ご利用者の負担を増やさないように努めている。

【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)】

<p>事業所は不審者の侵入防止や利用者の転倒防止による事故を防ぐ目的として玄関と各ユニットの居間にカメラを設置し、事務所や本部のパソコンから確認して見守りをする仕組みを導入することで、職員が時間を気にせず利用者に寄り添う支援ができるよう配慮し、利用者が安全に暮らせる環境を作っている。新年度には全職員が理念を紙に書いて提出し理念の再確認をして新たな気持ちで理念に沿って利用者一人ひとりに合う支援をしている。コロナ禍が続き外出支援ができないため、職員は事業所の庭の花壇に綺麗な花を植えたり季節毎の野菜を植えて成長を見守ったり食材に活用するなど、利用者の癒しや楽しみに繋がるよう努めている。</p>

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、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	基本理念を玄関・各棟に掲示し、職員・ご家族はもとより面会者、地域の方にも知っていただけるようにしている。管理者・職員は支援が理念に基づいているか振り返りながら支援にあたっている。	理念の中にある「生活の回復をめざす」を意識し、利用者が居室にこもらないように居間で過ごす機会を多くしたり、役割を持って身体を動かすように配慮した支援を心掛けている。	
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	地域ボランティアのギター演奏に合わせた歌の観賞等の訪問もいただいていたが、現在、コロナ禍のため、見合わせている。地域住民として毎年、公民館の文化祭に作品を出品し見学に行ってきたが、中止となっている。	2ヶ月に1回、訪問理美容が来訪している。コロナ禍の現在は中止しているが、地域の夏祭りの時の休憩場所として協力し、よさこいを披露してもらったり、毎年利用者の制作した作品を公民館の文化祭に出展し、利用者は職員と一緒に見学に行っている。	
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	地域の区長の方、民生委員の方に認知症についてご理解頂けるよう事例をとおして丁寧に説明し、このお二方を通して地域の方に広く認知症が理解が深まるようにしている。また、見学の方にも認知症に関する資料を配布している。		
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	参加者は市職員、地区長、民生委員、訪問診療看護師、ご家族、利用者、職員と多岐にわたる。多方面からの貴重な意見を頂き、その議事録を家族に配布、職員に回覧をしてサービスの向上を計ってきたが、コロナ禍のため報告書のみとなっている。	コロナ禍で書面での開催となっている。運営推進会議の議事録(事業所からの状況報告)を委員に送付しているとともに、職員には回覧でサービスの向上に活かしているが、委員から意見を得るまでに至っていない。	前回の課題、事前に課題を伝えるなどの工夫をし、委員から運営に反映する意見を得ることが達成されていないので、達成に向け再度期待する。
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	運営推進会議には、高齢福祉課職員にご参加頂きご相談に乗っていただき、さらに、介護相談員に訪問して頂き意見交換をしましてまいりましたが、コロナ禍のため、中止となり、会員の皆様には、隔月で報告書を送付させていただいている。	管理者は要介護更新申請時などに市担当者を訪問しながら、事業所の実情を伝えながら協力体制を築くように努めているほか困りごとなどがある時は電話などで気軽に相談し助言を受けるなどの体制を整えている。	
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	身体拘束等の適正化等の指針を定め、身体的拘束適正化検討委員会を3ヶ月に1回開催、現状の状況把握や適正化に向けた話し合いを実施している。玄関施錠に関しては、事業所の立地環境等から利用者のリスクを考慮し、ご家族の了解を頂き、施錠を実施している。	事務室や玄関に身体拘束排除ポスターを掲示している。身体拘束排除のための指針を定め、委員会を設置している。マニュアルを作成するまでには至っていない。職員は年1回研修を受けている。	身体拘束排除に関するマニュアルを作成し、職員がいつでも確認できるように期待する。

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
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	身体拘束等適正化の指針に関連し、研修を通じて言葉による拘束、虐待への職員の意識向上を行っている。介護の現場で不適切な言葉を職員が発した時は、管理者をはじめ、職員間でもお互いに注意できるよう努めている。		
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	年1回権利擁護の研修を実施。認知症の方の権利は損なわれやすい現状もあるため、必要時には包括に相談するなど成年後見制度の活用を検討している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には重要事項について不明な点が残らないように時間をかけて説明し確認している。介護保険法の改定等で変更があった場合は文書で伝え、個別の質問に対応し、理解納得を頂けるようにしている。		
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	面会カードにご意見を頂けるよう欄を設けご意見箱を設置し意見を募っている。面会時にもご家族の意見をお聞きしている。苦情窓口や第三者委員会設置を掲示している。	電話連絡時や面会時には必ず声をかけを行い、意見や要望、困りごとはないかなど聴くように努めている。毎月、事業所だよりにて利用者の様子を知らせながら、家族等から何か意見等があるか聞く工夫をしている。	
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	業務改善など管理者、計画作成担当者から職員の意見を聞き取り、その意見をまとめて管理者会議で検討し代表者へ伝え決済を得ている。	管理者や計画作成担当者は職員から業務改善や意見などを聞き取り、意見をまとめて管理者会議で検討し代表者へ伝え決済を得る仕組みをとっている。	
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	勤続年数により手当がある。就業規則は整備され社会保険、退職金制度がある。処遇改善交付金申請し交付を受けている。		
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	職員向けに事業所内で勉強会を行っている。新人には新人研修の他、経験の浅い者にはOJTを行っている。人事考課までは至っていない。		
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	2ヶ月毎に開催されるグループホーム連絡会にできる範囲で出席し意見交換、情報交換するよう努めて来たが、現在は、コロナ禍のため、見合わせている。		

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	環境の変化は、本人にとって戸惑いや不安・混乱を生じさせる原因の一つであり、緊張も強いられる。そうした不安、緊張を和らげることができるように職員が傍らで話しかけ、他の利用者との会話や橋渡しや環境づくりを支援している。		
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	入居される前にご家族から入居に至るまでのご本人との関係や様子をお聞きして、入居後にご家族がご本人とどのように関わられるかを相談し方向性を決める。		
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	入居前には本人・家族等関係者と充分話し合い、入所の必要性を検討している。満床時の問い合わせには、他施設や居室のサービスをお知らせしている。家族等の様子から判断し緊急必要と判断した時は市と連携を図っている。		
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	年齢の近い職員が多く利用者の思いを理解しやすい。暮らしの場面で職員が一方向的に決めるのではなく利用者に相談し、意見を頂きながら暮らしの流れを決めるように努めている。利用者の暮らしの知恵に助けられることも多い。		
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	入居に至るまでの本人と家族の関係を鑑みながら、関係を深められるよう、またできれば再構築に繋がられるように、来園時には直接報告、必要時には電話を入れ、支援している。また、月の様子や運営推進会議の報告書も随時送付している。		
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	馴染みの人に会いたい、家に帰りたい、出かけたいたい等の要望があれば、家族に同意を得てできる限り対応してきたが、コロナ禍のため控えていただいている。ホーム内には公衆電話を設置し外部への連絡も取りやすい環境を整えている。	入居時の情報や利用者との日々の会話、家族等からの話を聴いて把握し、フェイスシートを作成している。ホーム内に公衆電話を設置し外部との連絡を取りやすい環境にしている。	
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	仲の良い利用者間との関係が維持できるように配慮していく。また、認知症の症状で孤立しがちな利用者には職員が話の橋渡しをしている。日中、B棟へ、出かけられ相談されることもある。		

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	契約終了後も必要に応じて相談や支援に努めている。退去後、本人、家族が孤立せず暮らしが継続できるように移動先の検討、紹介を行い、移動先には、情報提供を行っている。		
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	暮らしの中でご本人の思いや希望が聞かれたときは記録に残し職員間で情報を共有している。また、ケアプラン変更時には、ご本人、家族に直接要望をお聞きしてその内容をケアプランに反映させている。	入居前に利用していた事業所から情報を得たり、家族等から話を聞いて把握し、職員間で共有している。ケアプランにも反映し、本人本位の支援を行っている。	
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	入所時は本人、家族等から聞き取り、アセスメントし入所前利用していたサービス事業所から情報を得ている。日々の生活の中で本人の生活歴や暮らし方を本人から断片的にお聞きできたときは職員間でその情報を共有していく。		
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	個々のペースで暮らせるようできる限り意向を尊重している。レク参加もご本人の意志を尊重し、入浴の順番や希望を聞いたり、天候の良い日は散歩している。疲れやすい利用者は、午睡している。排泄、食事摂取量を把握し、体調変化の早期発見に努めている。		
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	毎月、モニタリングを実施し、ケアプラン更新時にはアセスメントの実施、ご本人、ご家族の要望をお聞きし、要望を踏まえて主治医、看護師と相談するなどカンファレンスを実施しケアプラン作成へとつなげている。	職員がアセスメントを実施するとともに介護支援専門員も利用者の状態を見ながら、前回の計画書との違いを見つけている。関係者がカンファレンスを実施しながら、介護計画の見直しを実施している。	
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、訴え、本人の言葉等、時間、場所等を個別に記録し、毎朝夕申し送り、利用者の状態を把握している。さらに、ケース記録に記入し、モニタリング時に活用している。		
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	利用者の家庭事情に応じて、諸手続き全般、オムツ代金申請、買い物代行、通院同行等支援している。その他、必要と思われる事に柔軟に対応している。		

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	地域ボランティアの訪問、地域のスーパーでの買い物、文化祭への作品出品など地域資源を利用しながら地域の中で暮らしを楽しめるよう支援してしてきましたが、コロナ禍のため、現在は、自粛しております。訪問理美容の利用は、再開しています。		
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し、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	施設連携医は、隔週内科、毎月歯科医が往診している。入居前のかかりつけ医を継続している方もおられ、主治医は、ご本人、ご家族の希望に応じている。連携医、主治医の紹介状により救急病院との連携が図られ、情報を提供し受診支援している。さらに、訪問医とライン等を通じて、利用者の状態急変時には、指示を仰ぎ、対応していく。	契約時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。協力機関の医師による訪問診療前には、必要な情報を送り、診察がスムーズにいくよう心掛けている。	
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	看護師は週1回程度訪問し、医師の指示で採血などを行い、職員及び利用者に関き取り、記録している。日頃の様子、薬の効果等、相談している。看護師に医療連携ノート記録、サインをもらっている。		
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。	入院中は希望に応じ事業所で衣類洗濯介助を実施。入院中も病院に利用者の状態を確認し、退院カンファレンスに出席、退院時には診療情報提供書で情報を頂き、退院後のケアプラン作成や介助方法に活かしている。		
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	事業所の看取りの指針に則り入居時家族に説明し、意向を確認、状態が悪化した時に再度事業所でできる事できない事を説明し意向確認、さらに主治医より終末期と診断があった時点で、加算について、最期の時の過ごし方をご家族に説明し要望を伺い双方の合意の上看取りを行う。提携医とは状態変化時に密に相談指示を仰いでいる。	入居時に事業所の重度化や看取りに関する指針を説明し、意向を確認して「終末期・緊急時の希望同意書」を得ている。看取り段階時に再度家族等に事業所の看取り指針を説明し、双方の合意のうえ、看取りを行うとしている。	
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	AED,救急救命講習を毎年受講している。新人職員は特に受講させている。また、事業所内研修で事故発生時の対応の研修を実施している。		
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回、地域の方に見守って頂き、防災・避難訓練を実施している。有事には地区の区長、民生委員を通して協力を仰ぐ体制をとっている。食物、飲料水、卓上コンロ等を備蓄している。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。訓練後、反省点は記録に残しているが、今後の課題や改善策を記載するまでには至っていない。災害に備えた備蓄品を保管している。	訓練後は反省点から今後の課題に向けての改善策などを記録に残し、次回の訓練に繋げることと備蓄一覧表は、賞味期限も記載することを期待する。

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	目上の方に対する丁寧な言葉遣いに心がけ、不適切な言葉や声かけには職員通しで注意し合えるように努めている。特に、入浴時や排泄に関してはできるだけ羞恥心、自尊心を尊重し、プライバシーを損なわないよう配慮している。	管理者と職員は利用者の尊厳やプライバシーに配慮し、羞恥心や自尊心を傷つけないような言葉かけに配慮している。人権尊重や守秘義務について年1回研修を実施している。	
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	利用者が思いを言い易い関係作りに努めている。馴染みの関係ではあるが、職員は、節度を持って対応し、生活の中で希望を聞いて、その人らしい生活ができるように気持ちをくみ取るよう努めている。できるだけ自己決定できるように声をかけている。		
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	できるだけ「待ってください」と言わず対応するよう努めている。その日の天気や希望によって、一日の過ごし方やレクリエーションを利用者に相談して決めている。		
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	毎日、髪を梳き、鏡を見て頂く。理美容サービスでは好みのカットをしてもらっている。衣類はできるだけ自分の選んだ服を着て頂いている。		
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	家庭的な食事をして頂くために基本的には手作りの食事を心掛けている。季節や年中行事のメニューを取り入れている。テーブル拭き、野菜の下準備等を手伝って頂いている。食事時は、音楽を流し雰囲気作りをしている。	関連の特別養護老人ホームの管理栄養士がカロリー計算をした献立を考え、職員が買い物、調理して提供している。利用者の状態に応じて、刻みや粥、ミキサー食を提供している。	
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、水分摂取量を把握し、糖尿病の方をはじめ摂取量に配慮している。グループ運営の特養の管理栄養士作成のメニューを参考にして栄養バランスを図っている。利用者の状態に応じて、刻み、粥、ミキサー食を提供し、見守りや介助を行っている。		
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、声かけて歯磨きをして頂き、その人にあつた方法で歯ブラシなどで口腔ケアを実施、義歯は定期的に義歯洗浄剤で保清している。		

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	日中は、座位可能な方は、定時トイレ誘導で排泄リズムを作れるように支援している。自立されている利用者にも、定時排泄の声掛けをするなどして、支援している。	日中、座位が可能な利用者には一人ひとりに合った間隔での声かけでトイレで排泄を支援している。利用者に合った声かけで、失禁が少なくなってきた利用者もいる。排泄の自立に向け夜間居室に尿瓶を置いて活用している利用者もいる。	
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	食事の献立に気をつけ毎日牛乳を飲んで頂く。毎日ラジオ体操、きらめき体操を実施。トイレで排便しやすい姿勢の声かけ支援している。排便の有無を確認し、必要時腹部マッサージや主治医に下剤の調整を相談している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回以上入浴しているが順番、時間はその日の体調により、希望もきいて実施。その日入浴に拒否のある方は、職員を替えて誘ったり別の日に行う。入浴できない方は清拭、衣類交換、陰部洗浄実施、シャワー浴の場合は足浴を併せて行う。	冬至には柚子湯で季節感を味わったり、入浴剤を使用し、温泉気分を味わっている。利用者の希望があれば背中を流したり、髪を洗ったりと入浴が楽しくなるように支援している。	
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	休みたいときは自由に居室にて休まれているが長時間の休息で生活リズムが乱されないよう配慮している。布団干し、リネン交換して気持ちよく寝具を整えている。傾眠や体力低下している方は、午睡の声かけをしている。不眠時は、医師、家族と相談し、睡眠導入剤や安定剤服用されている方もいる。		
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	配薬は氏名日付を読み上げ確認、服薬時は飲み込むまで確認。利用者の嚥下状態で医師に粒、粉の相談。薬説明書をファイルし、職員が目を通し易く把握できるようにしている。利用者の状態を医師に報告、薬変更時は家族に報告し様子を観察し記録。		
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	食器拭き、洗濯物干し、たたみを手伝って頂いたりできる事を行って頂き感謝の言葉を添えて役割を感じて頂く。裁縫、編み物、カラオケなど嗜好に合わせたレクの実施、天気の良い日は散歩、外気浴、季節の行事などを楽しまれる。		
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	日中、天気の良い日には外気浴、近くの公園に散歩に出かける。年2回程度の車での近隣への外出行事は、コロナ禍のため、見合わせています。	天気の良い日には、利用者は職員と一緒に五感を刺激しながら近くの公園に散歩に出かけている。散歩に行けない利用者は、玄関前や花壇の前で椅子に座ってお茶を飲みながら日光浴を楽しんでいる。	

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
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	希望者には職員が買い物代行し利用者に必要なものを購入し預り金から支払い代行し出納帳記入、毎月明細書、領収書を家族へ送付、大型スーパーへの買い物外出をユニット毎の実施は、コロナ禍のため、未実施です。		
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	ホーム内には公衆電話を設置し、希望がある時には電話をかけたり、手紙を出したり、受けたりできるように支援している。家族からの電話を繋ぎ、会話を支援している。		
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	各棟ホールに行事の写真や利用者の作品を飾ったり、季節の生花を活けたりしている。玄関ホールは日光の入る場所にソファを配置し、ご利用者様ご家族も座って過ごせるように配慮している。また、排せつ臭には気を付け、利用者、家族、訪問者が不快を感じないようにしている。	玄関内に椅子を置いて靴の脱ぎ履きの際の転倒防止に配慮している。玄関外に椅子とテーブルを設置しお茶を飲みながら外気浴や日光浴できる環境となっている。季節感が窺えるように、折り紙で制作した作品を事業所廊下の壁に飾っている。	
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	ソファ設置し、気の合った人と過ごしたり、居室で休んだり、思い思いに過ごされている。玄関ホールのソファは、一人で過ごしたいときには生活を感じながらも安心して一人で過ごせる場所となっている。		
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	馴染みの品を持って来て頂いている。家具、カレンダー、時計、布団等、本人独自の居室にしている。利用者の様態に応じて職員が居室内の環境誠意を行っている。	居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられている。管理者は利用者や家族等に今まで使用していた馴染みの物品を持ち込んで欲しいと伝えている。	
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	共有スペースには手摺りがあり、カレンダー、時計は見易い位置にし、廊下等には物を置かないようにしている。見守りが必要な利用者はホール近くの居室で過ごして頂いている。		

目標達成計画

事業所名 グループホームきらめき2

作成日 令和 4年 6月 21 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	4	推進会議において、委員に事前に課題を伝える等の工夫をし、運営に反映する意見を得ることが達成されていない。	推進会議において、委員から、積極的に意見を出して頂けるように、信頼を得る関係を築いていく。	コロナ禍のため、会議は報告のみで、開催されていませんが、委員の皆さんに、課題の提起と認知症の理解を得るための情報の提供などを行うことで当事業所の存在を確かなものにしていく。	12ヶ月
2	6	身体拘束排除に関するマニュアルを作成し、職員がいつでも閲覧できるようにする。	マニュアルを作成し、職員がいつでも閲覧できる状態にし、拘束のないケアの実現に取り組む。	利用者の見守りをする、また、信頼関係を築くことで、拘束することのないケアを目指す。ご家族には、利用者の状態を、その都度、お伝えしていく。	12ヶ月
3	35	火災、地震等の災害時を想定しての訓練に向けての訓練後の反省点から課題の改善策を記録し、次回に繋げる。備蓄品一覧表において、賞味期限の記載する。	夜間想定火災訓練、避難所までの経路の確認していく。備蓄品一覧表で、随時、賞味期限等を確認していく。	自立歩行できない利用者の避難方法について事前に職員間で趣味レーションをしていく。今回参加できなかった利用者については、職員間で対応を話し合う。	12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。