

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	0871200390		
法人名	有限会社 修明		
事業所名	グループホーム和み	ユニット名(南北ユニット)	
所在地	茨城県常陸太田市下河合町953-1		
自己評価作成日	令和 3 年 12 月 20 日	評価結果市町村受理日	令和 4年 5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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0871200390-00&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4年4月15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)】

徳川光園公ゆかりの地、常陸太田市の入口久慈川に架かる幸久大橋の傍に、当施設があります。道の駅「黄門の郷ひたちおた」が近くに建設され、毎日他市町村の多くの皆様が訪れにぎわっています。最高年齢97歳、平均年齢89歳の2ユニット16名の楽しい我が家です。昨年よりコロナウイルスに悩まされました。きちんとマニュアル通りに対応はしているものもウイルスが施設に侵入したらと不安の連続でした。その様な環境の中コロナウイルス感染予防の為、色々な行事を中止とせざるを得ませんでした。特に、毎年ご家族の皆様や地域の皆様への感謝を込めて行っておりました「和みまつり」をはじめ保育園児の方々、小中学生の方々、ボランティアの方々との色々な地域交流の場が閉ざされてしまいました。大きな家族の中でできる、楽しめるレクリエーションやゲーム等で乗りきりました。今年で17年目・生活の場においても医療ニーズの高い利用者様が増える中、私達は、ご利用者様が安全で快適に生活できる様な「認知症ケア」の本質を見つめなおし一人一人のご利用者様の心や行動に“気づき”理解してその人の立場に立った視点で接することができる様、日々精進していきたいと思っております。

【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)】

隣接するデイサービスと連携して、利用者に思いやりを持った支援ができるように工夫を凝らしてきた。創設以来、培ってきた地域住民との関わりが土台にあるため、コロナ禍で地域との行事を縮小する状況でも、地域住民が折に触れて農作物などを届けに来るなどの交流を続けている。利用者は毎日の生活で、おしぼりたたみなどのできることを行い役割を保つほかに、天候をみて敷地内で花見やお茶を楽しみ、ドライブで車窓の景色を楽しむなどしている。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くいない
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、戸外の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せている (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	運営理念 1. 最良な環境で、最適な介護 2. 満足されるサービスに提供 3. 生き甲斐を謳歌する人生 スローガン「満足されるサービスの提供で、地域の方々と共に歩む介護施設」施設の理念を、朝礼において唱和している。また社員採用には必ず理念を伝え理解してもらっている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念や、事業所のスローガンを定期的作成して目標としている。職員はメモに記入するなどして身に付け、勤務中いつでも確認できるように携帯している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい	町内会に加入し、葬儀に参列したりしている。日常的に散歩に出掛け、近所の方々や挨拶を交わしたり、野菜を頂いたりしている。近隣の小学生や中学生、保育園児が慰問に来たり、子供会の夏祭りに招待されたり、年1回の和みまつりに町内の方の参加を頂き地域との交流を深めてきました。しかし、コロナウイルス感染防止の為全ての行事が中止となりました。	散歩時に地域住民と挨拶を交わしたり、野菜やお米、洗剤などを届けに来てくれるなどの交流をしている。交流のある近隣の小学校が今年度から統廃合されたため、最後に贈り物をした。	
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	幸久小学校や峰山中学校との交流を持ち小中学生の社会観育に協力していたが、今年は中止となった。施設長が認知症ケア専門士の資格を有しており、認知症介護での困り事に対して地域の方から多方面にわたり相談を受けている。		
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	運営推進委員会では事業所からの報告に対して色々な意見が出される。また介護保険のことや地域の現状についても意見交換をしていました。外部評価の結果を踏まえて現在取り組んでいる内容について報告し、意見をもらうようにしていましたが現在はコロナウイルス感染予防の為まだ会議を行うまでには至っていない。(行事等の報告を書面で行っている。	コロナ禍のため実施しておらず、委員には電話で意見等を聞き、書面開催として状況報告の書類を郵送している。	
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	市町村担当者とは相談しやすく、運営推進会議はもとより、事業を行っていくうえで生じる運営やサービスの課題について色々と助言を頂いている。また種々の情報も提供して頂いている。	代表者が長年担当課とのやり取りを積み上げており信頼関係を築いている。事務手続き等でわからないことがあれば、電話等ですぐに相談をしている。生活保護受給の利用者の対応について相談し連携を図っている。	
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	身体拘束については厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦」の11項目を研修により全職員が学んでいる。また利用者の人権を守ることがケアの基本であり、どんなことがあっても拘束は行わない方針である。止むを得ない場合は身体拘束委員会を通して決定することになっている。「言葉による拘束」についても一人一人気を付けている。	日中玄関のドアの施錠は行っていない。なるべく身体拘束しないための支援を実践するため、身体拘束廃止委員会を立ち上げて、研修内容について検討している。職員が内部研修に全員が関わられるよう、伝達研修を行い、報告書を提出するようにしている。	
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	施設外の虐待防止の研修に以前は参加していたが、コロナウイルス感染予防の為参加していない。勉強会やミーティングを実施し、高齢者虐待防止法に関して全職員が理解をする取り組みを行っている。		

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
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	勉強会にて職員の理解を深める様にしている。対応が必要と思われる利用者がある場合には随時職員に説明し、家族や利用者への支援に結び付けている。		
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	契約時には時間を充分とり、説明をして同意を得ている。事業所のケアの考え方や取り組み、利用料金、重度化看取りについての対応や医療連携体制、事故等の対応、退去を含めた事業所に対応可能な範囲について説明をしている。不安や疑問があれば丁寧に説明をして納得して頂いている。		
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	利用者の言葉や表情・態度からその思いを察する様にしている。また利用者、ご家族の意見や不安などはその都度報告し、早期に解決している。ご家族には電話や手紙そして訪問時に問いかけ、何でも言ってもらえる雰囲気作りをしている。ご意見箱を設置して意見や苦情を受け止めている。	請求書等の郵送書類に、何かあればいつでも相談してくれるように書いたり、家族アンケートを実施し、おたよりに記載してフィードバックしている。コロナ禍以降入居した利用者家族との関係構築がこれからの課題となっている。	家族等との綿密な情報交換や意見の聞き取りを実施して、更なる信頼関係を構築することを期待する。
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	全職員出席のミーティングを毎月実施し、代表者や管理者は職員の意見や要望を出来るだけ反映出来るように心掛けている。入居者の関わり方に問題点があった場合には早期に対応できるように検討会を実施している。月1回は必ずカンファレンスを実施している。	必要に応じて、管理者は随時確認し対応している。管理者は職員とコミュニケーションを大切にして話を聞くようにしている。職員はコロナ禍でもドライブなど利用者が楽しく過ごせるアイデアを出して実行している。	
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	代表者は頻りに現場に来て、利用者や接したり、職員の業務や悩みを把握する様にしている。職員の資格所得に向けた支援を行っている。また、職員が向上心を持てる様に職場環境を整える為職員のお子様の保育園等各家庭の状況に合わせた勤務体制を取りながら休暇希望や勤務変更にも柔軟に対応し、継続勤務を支援している。		
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	今までは全ての職員が質を向上させていけるよう、事業所以外の研修に参加し学びの機会を設けていた。学んだことを全職員が共有できるように研修報告会を実施していた。施設内においては、年4回の研修会を実施している。現在は、コロナウイルス感染予防の為研修会には参加していない。		
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	市内のグループホーム連絡会や県地域密着型介護サービス協会、生活リハビリ懇話会、茨城社会福祉協議会に参加し、意見交換や研修会を実施していた。全国グループホーム協議会、認知症ケア学会の会員となり、情報交換やサービスの質の向上に取り組んでいたが、コロナ感染防止の為書面のみでの交流となっている。		

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
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	出来る限り利用前に本人と会って、本人の置かれている状況を理解し、心身の状況や本人の思いなどを知り、職員が本人に受け入れられ、利用者が安心して生活出来る様な馴染みの関係作りをしていたが、コロナウイルス感染予防の為お会いすることはせず、入居前に情報を頂き検討している。		
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	入所するまでの経緯を聞くようにしている。初期面談の中で、困っていることや不安なことなど何でも話せるような雰囲気作りをしている。ご家族が求めていることは何かを理解し、事業所として何が出来るかを考え、安心して生活を任せられる施設であると思っ頂けるような信頼関係を築けるようにしている。		
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	相談を受けた時には、本人や家族の思いや状況を確認し、グループホームとは限らず、本人や家族にとって最適な現在必要なサービスにつなげるようにしている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有している。本人の出来ることはなるべく行ってもらうようにしている。喜怒哀楽を共にし、お互いに助け合っ、安心と心の安らぎを生み出し、毎日一緒に和やかに穏やかに生活出来るようにしている。		
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	職員は本人と家族の絆の大切さを理解している。常に家族の方には日々の暮らしの出来事や気付きの情報を伝えながら、家族の思いに寄り添って本人を支援している。		
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	利用者様の近所の友達を訪ねて来たり、毎月娘さん達と外食したり、お墓参りに行ったり、毎週面会に来たり、自宅に外出したり等、一人一人の生活環境を尊重していた。コロナウイルス感染防止の為家族等との外出や外食は控えさせてもらっている。また本人や家族の思いを知り外出で家族と一緒に過ごすことを勧めたり、季節行事に家族を誘ったりもしていた。	入居時に確認している。アセスメントシートに生活歴を記載し、職員間で情報共有をしている。家族等や知人との電話や手紙でのやりとりなどが継続できるよう支援している。	
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	車椅子を押してあげたり、手を引いてあげたり、利用者同士お互いに支えあう、協力し合う雰囲気がある。日中はほとんどの利用者はフロアーに集まり、お茶や会話などを楽しんでいる。お茶や食事時には職員も一緒に多くの会話を持つようにしている。生活に馴染めない人には、利用者と職員が協力して馴染めるような雰囲気作りをしている。		

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
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	サービスの利用が終了された方でも、バザーに協力していた。継続的な付き合いができるようにしており、時々電話で近況を聞いたりしている。退所後の相談を受けることもある。		
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	本人がどのように暮らしたいのか、何をしたいのか、誰に会いたいのかははっきり答えられる方は少ないが、日々の関わりあいの中で声を掛けたり、言葉・表情・行動の中から汲み取り、把握するようにしている。七夕祭りでは職員支援の下一人ずつ願い事を短冊に書き発表し、一人一人の願いが早く叶うように家族の方にも協力を頂いている。	利用者の意向や思いは入居時に聞き取り、壁面に書いたものを貼りだしている。毎年七夕の短冊に願いを書いて発表会をしている。細かい個別の思いや意向の確認を記録して共有するまでに至っていない。	利用者の思いや意向を把握して職員間でわかりやすく共有する取り組みを期待する。
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	利用時に家族から入居までの生活を必ず聴き取って、職員全員で共有している。本人が穏やかにご自分の有する能力(一緒に草を取ったりなど)を発揮しながら自分らしく暮らすことを支援している。		
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	利用者と一人一人の生活リズムを理解し、行動や小さな動作から、本人が出来ること、わかることを中心にその人の生活全体を把握するようにしている。		
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	本人やご家族には、日ごろの関わりの中で思いや意見を聞き、介護計画に反映させるようにしている。アセスメントを含め職員全員で意見交換をし、モニタリングを毎月実施している。また利用者が自分らしく暮らせるように本人や家族の要望や変化に応じても見直している。	ケアの実施表を作成し、ケアプランの目標に沿った支援を毎日記録しながら実行し、きめ細かく支援している。作成する際に家族等への意見反映や説明が行われるまでには至っていない。	家族への意向確認と説明を行い、介護計画に反映させることを期待する。
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	個別ファイルを用意し、バイタルチェックを行い、食事量・水分量・排泄など日々の健康管理の記録をしている。朝と夕の申し送りには必ず一人一人の情報を伝えている。日々の記録を根拠にしながら、介護計画の見直しをしている。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院や必要品の購入など必要な支援は柔軟に対応し、ご利用者の満足度を高める様にしている。		

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	ご利用者が安心して地域で暮らし続けられるように、ボランティアの方々、園児の方、小中学生との触れ合いなど色々な分野の方々の支援を受けてきましたが、コロナウイルス感染防止の為理美容サービスのみ再開しました。		
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	事業所の協力医が月2回訪問診療と週1回看護師の健康チェックに来てもらっている。利用前からのかかりつけ医での医療も受けられるように、ご家族と協力して通院介助を行っている。受診結果について、指示や助言があるときは全職員で共有支援している。認知症患者センターのある医療機関が協力病院の為相談に行き易く診察情報や治療方針、認知症についての指示や助言をもらっている。	希望するかかりつけ医への継続受診が可能なことを契約時に説明している。協力医療機関の医師による訪問診療や看護師の訪問などがある。医師には月に一度事前に身体状況をFAX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	協力病院の看護師との契約に基づき、日頃の健康管理や医療面での助言をもらっている。看護師とは気軽に相談することができ、医療連携も密に取れている。介護職員は利用者の少しの変化も見逃さず報告をしている。		
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。	入院時に本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、家族とも相談しながら、当施設内で対応可能な段階で、なるべく早く退院が出来るようにアプローチをしている。退院時のカンファレンスには出来るだけ同席し、今後の生活の指導を受けている。		
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	本人の気持ちを大切に、家族と話し合い、ご利用者が安心して終末期を過ごせるように取り組んでいる。重度化や終末期に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応できる最大のケアについて説明を行い、医療機関と連携をとり職員全員に介護方針を統一徹底している。家族には日々の健康や生活状況について医師のコメントを添付し、定期的に報告している。	事業所の指針に沿って入居時に説明し、同意を書面で取っている。看取りの状況に応じて、その都度家族から意思確認書で同意を得ている。研修は看取りが近くなったときに行うこととしている。	
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	消防署の協力を得て救急手当や蘇生術の研修を実施していたが、コロナ感染防止の為実施できなかった。施設内での研修を行った。		
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	マニュアルを作成し、利用者とともに避難訓練を行っている。また非常用食料備品(水・食品)と毛布を備えている。避難訓練では夜間を想定した避難や重度の入居者のための毛布での避難訓練を実施している。避難訓練で明らかになった課題についても話し合っている。地域の協力体制については消防団の方をお願いした。	夜間想定を含む避難訓練を年2回行うまでに至っていない。地域の消防団に協力してもらえよう、施設内の見学を行ったり施設の見取り図の写しを渡している。災害に備えて3日分の食料や日用品の確保をしている。	夜間想定を含め、火災以外の訓練等を年2回実施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	接遇の勉強会やミーティングで日々の関わりを点検している。また職員の意識向上を図るとともに利用者一人一人の誇りやプライバシーを損ねる様な言葉かけをしないことを全員に徹底している。	接遇研修を行い、利用者をさん付けで呼ぶように職員間で周知している。個人情報に関する同意書を得ている。人権尊重や守秘義務については規程を定め職員へは入職時に伝えている。	
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	・利用者が言葉では意思表示できない時でも、表情や全身での反映を素早くキャッチして本人の希望を把握するようにしている。 ・職員側で決めたことを押し付けず、複数の選択肢を提案した中で、一人一人の利用者が自分で決める場面を作っている(レクリエーションや散歩への参加、入浴や着替えなど)。		
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	基本的には一日の流れをもっているが、一人一人の体調に配慮しながら、その日その時体調や本人の気持ちを尊重して、個別性のある支援を行っている(作業療法・レクリエーション・散歩やドライブなど)。		
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	着替えは出来るだけ本人の意志で決めてもらっている。自己決定が出来ない人はそれぞれの生活習慣に合わせて本人の気持ちに添った支援をしている。月1回の理容室も本人の希望に応じて実施する。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	テレビを消して、利用者と職員が会話をし、楽しみながら食事をしている。下膳や食器拭き、おしぼりたみ等利用者で行っている。四季折々の伝統行事には、その雰囲気にあわせた食事を提供している。地域の方から頂いた野菜等を食事の一品として追加することもある。	献立会議を2か月に1回開催し、メニューや色どりを決めている。月2回お赤飯の日を決めている。家庭的な雰囲気の中で職員と利用者が一緒に食事をとっている。	
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	食事や水分量の摂取状況を毎日チェック表に記録し、職員が情報を共有している。特に水分量が不足しがちで拒否をする人には経口補水液やジュース等工夫をして飲ませている。カロリー不足な人はエンシュア等を飲んでいる。		
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	口腔ケアの重要性を全ての職員が理解している。食前の健口体操や毎食後の歯磨きの声掛けを行い、一人一人の力に応じた支援をしている。2回/日と外出から戻った時にはイソジンでうがいをしている。		

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
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	排泄の時間や習慣を把握し、尿取りバットの使用や時間毎の声掛けをして、出来る限りトイレで排泄できるように支援している。おむつを使用して入所した方もリハビリパンツを使用し、排泄パターンを把握して声掛けをしながらトイレ誘導をしている。夜間もなるべくトイレで排泄できるように誘導している。	排泄チェック表から利用者それぞれの排泄パターンを把握し、時間ごとにこまめな声掛けをおこない、日中はオムツを外し、できるだけトイレでの排泄を促している。	
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	繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。水分補給や運動をしたり、職員が腹部マッサージや便秘に効くツボを押したりすることにより薬に頼らず一人一人に応じた自然排便ができるように取り組んでいる。体調管理の中で特に便秘にならないように取り組んでいる。		
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	毎日入浴を実施するようにしている。足が浮腫む方には足浴を行っている。一人一人の意向に添ってつろいだ気分で入浴できるように支援している。また季節に応じてゆず湯やりんご湯などが楽しめるように支援している。	基本午前中だが、必要に応じて時間の変更が可能となっている。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して対応している。	
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	出来るだけ日中は活動を促し、生活リズムを整えている。夕方からは穏やかに、ゆったりとした時間を過ごす様に工夫をしている。睡眠薬が処方されている方も服用せず、安心して気持ちよく眠れるように支援している。寝付けない時には飲み物を飲みながらおしゃべりしたり、テレビを観たりして眠れるように支援している。		
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	全職員が薬の内容を把握出来るように、服薬ファイルを作成し、。服薬は本人に薬を手渡し、きちんと服薬出来ているか確認をしている。本人の状態の経過等も日誌に記載し、日常生活に、特に変化がある時には医師に相談している。		
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	ゲーム・合唱やパズルや草引き、洗濯物たたみ、茶碗拭き等一人一人に合った楽しみや役割を見付けている。折り紙やちぎり絵など得意分野でそれぞれの力を発揮してもらえるようお願い出来るような事は頼んでいる。		
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	天気の良い日には利用者の体調に注意しながら散歩をしている。歩行困難な方も車椅子を利用して戸外に出掛けている。気分転換や季節感を味わうために、花見や浜辺に行ったり、ぶどう狩り、紅葉狩りにも行っている。	敷地の周りを職員と一緒に散歩している。玄関前に椅子を出して皆でお茶を飲みながら外気浴をしたり、通院時に送迎車でドライブをして帰るなどの気分転換も行っている。	

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
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	お金を所持できることで安心したり、買い物をする中で楽しめたりする人がいるので、家族の協力を得て、少額のお金を持っている人もいる。		
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	希望に応じて日常的に電話を受けている。手紙は受け取ることはできるようですが、やりとりは出来ないようです。		
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	毎月作る入居者の方の作品や飾りつけがある。室内に季節の花や額などを飾って家庭的な雰囲気を作っている。十五夜、ゆず湯などの生活感、季節感のあるものを取り入れ、暮らしの場を作っている。廊下のですりの位置を低めに設置し使用しやすいようにしている。	玄関には季節の花が飾られ明るく、廊下は広々としている。居間兼食堂には小上がりの和室スペースがあり自由に利用できるようになっているほか職員と利用者が一緒に洗濯物をたたんだりしながらおしゃべりをしている。	
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	廊下や居間に椅子やテーブルを置き、一人で過ごしたり、家族・知人との団欒や仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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	本人と家族の方と相談し、不安や混乱が無いように、利用者様の好みや馴染みの物(写真や使い慣れた物)を用意し、本人が居心地の良い場所としている。家族と本人に部屋は自由に使用して下さるよう伝えている。	各居室には洗面台が備わっている。畳の居室がある。本人や家族の好みに応じ、愛着のある品を持ち込んでいる。	
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	一人一人の「わかる力」を見極めて、不安や混乱が無いように環境面で工夫している。利用者の状態に合わせてですりや浴室、トイレ廊下などの居住環境を整え、安全確保と自立への配慮をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名グループホーム和み

作成日 令和 4年 5月 25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	10	家族等との綿密な情報交換や意見の聞き取りを実施して、更なる信頼関係を構築することを期待する。	特にコロナ禍以降入居した利用者様、ご家族様との情報交換や意見の聞き取りを実施する。	電話や書面で、利用者家族様との情報交換をし、更なる信頼関係を築いていく。	6ヶ月
2	23	利用者の思いや意向を把握して職員間でわかりやすく共有する取り組みを期待する。	入所後の思いや意見を把握し記録をして、全職員で共有する。	個人のファイルに利用者・ご家族様の意向を記録して、全職員で共有する。	6ヶ月
3	26	家族への意向確認と説明を行い、介護計画に反映させることを期待する。	ケアプランに添った支援をしていることを、ご家族様により細かく説明をすること。	現在ケアの実施表やケアプランの目標に沿った支援を毎日記録している。その記録をご家族様に説明をする機会をつくる。	12ヶ月
4	35	夜間想定を含め、火災以外の訓練等を年2回実施することを期待する。	夜間想定を含め、火災以外の訓練等を年2回実施する。	火災以外の訓練等を年2回実施する計画を立てる。	12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。