

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	0892600073		
法人名	医療法人社団 有朋会		
事業所名	グループホームクリクリ	ユニット名	(クリクリ)
所在地	茨城県那珂市豊喰140-17		
自己評価作成日	令和2年 2月 29日	評価結果市町村受理日	令和2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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0892600073-00&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2年8月24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)】

・まず、同一建物内に小規模多機能ホーム(在宅)が併設されています。グループホームだけでなく、在宅の方とも交流できる環境が整っています。そして、グループホームと小規模多機能ホームの間には大きなウッドデッキを設けています。デッキからはスロープもあり歩いて中庭に出る事も可能です。デッキ及び中庭では、日常的に散歩やボール遊び、時には合唱したりとしています。中庭は菜園をしており、収穫の時期には散歩のついでに取っている事も楽しみの一つです。その他、特に外出には力を入れています。月に1回はみんなで夕食、社会的交流を目的に出ています。日々の生活の中でも公園等に出勤して散歩をし下肢筋力が弱くならない様に注意しています。

【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)】

事業所は利用者の自立支援として毎日午前、午後と屋外に出て体を動かす機会を作ったり、月に1回は利用者の希望を聞きながら夕食支援に出かけたりするなど、外出に力を入れた取り組みを行っている。
事業所の南側には広いウッドデッキが設置されベンチが置かれたり花壇が設置され、利用者が外気に触れたりお茶を飲んだり安らげる場所となっている。また併設されている同法人の小規模多機能型居宅介護事業所の利用者との交流できる場所としても活用されている。
事業所は職員の研修にネットを活用した研修を取り入れ、職員はそれぞれの時間を使い効率よく研修を受けている。また情報の共有についても電子化を図ることで業務の効率化を図っている。

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 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)	<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、生き活きと働いている (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、安心して暮らせている (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	申し送り時に理念の唱和をしています。また、共有スペース内にグループホーム理念も掲げて、これも唱和しています。	職員は常に利用者に無理強いすることのないようにして、利用者のその時の気持ちを大切にして支援に努めている。ミーティング時に理念について振り返りを行っている。	
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	地域のイベント(藤棚の見学、敬老会、運動会)に参加させてもらっています。グループホームでのイベントにもボランティア様に来て頂き、色々な催し物を披露してもらっています。	事業所の納涼祭や運営推進会議に自治会長や民生委員等が参加するとともに、地域のイベントにも参加している。	
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	運営推進会議で、ケースに応じた形でのお話をさせて頂いたり、地域のケア会議等で小規模多機能と合わせてお話をさせて頂いています。		
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	運営推進会議では、日々の活動状況はもちろんのこと、ヒヤリハットの報告それに対する改善状況等をしつつ情報交換をしています。意見が上がったものに関しては、積極的に取り入れて向上に努めています。	運営推進会議の書類を参加者が興味を持てるように工夫したり、関心が持てる議題にすることで活発な意見交換ができるようになった。感染症対策について話し合ったり事業所からの報告を行っている。	
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取り組んでいる	運営推進会議への出席はもちろんの事、それ以外でも分からない事や入居者での対応にあたってはすぐに報告して意見を交換しています。	市職員が運営推進会議に出席している。介護保険更新申請や生活保護受給者について、窓口で訪問し疑問点の相談をしている。年1回那珂市の地域密着型の会議に出席している。	
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	玄関施錠ははもちろん、それ以外でも身体拘束は行わない。入居者様の様々な要望に対して、なるべく思いに寄り添い、その思い通りになる様にしてサービスに取り組んでいます。身体拘束廃止委員会も設置しています。	身体拘束廃止委員会を設置して月に1回開催している。職員はインターネットで動画を観て研修を受けている。マニュアルややむを得ず身体拘束を行う場合に必要書類を整備している。	
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	申し送り時や会議の場、日常においても日々の会話の中において、メディア等で取り上げた内容の話もして、お互いの意識向上に努めるとともにあってはならない事なので日々防止する事に努めています。		

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
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	会議の中で話をし、学ぶ場を設けています。職員にも個々の必要性を感じてもらえるようにしています。		
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	契約の際には、かならずキーパーソンの方に来設していただき、契約書及び重要事項を用いて、ご納得頂けるように十分な説明をしています。		
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	意見箱はもちろん、苦情要望受付窓口と第三者機関の窓口を明記してある事を説明するとともに、常日頃から面会時にはお話しする機会を設けて情報交換をして反映させています。	利用料の支払いの際に日頃の様子を伝え、意見や要望が聴けるよう話しやすい雰囲気作りに努めている。重要事項説明書に苦情受付窓口を記載している。	
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	毎月の会議はもちろん、日常の業務の中においても、都度話あえる機会を持ち、職員からの意見を反映できるようにしている。	日頃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や要望を聞いている。感染症対策としてなるべく買い物に行かなくて済むように、おむつなどの配達ができないか話し合い検討している。	
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	職員個々の勤務状況を把握して、残業等がないように環境を整えている。向上心が持てるように、各個人の長所を伸ばせるように声掛けをしています。		
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	年に2回、介護力量評価をして自分の行っているケアが十分であるのかを再確認して、ヒアリングを行い都度意識向上に努めている。研修にも積極的に参加してもらい自己研鑽を進めている。		
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	同市内にある別事業所の運営推進会議に参加させて頂いたり、地域密着型サービスの会議には、積極的に参加して質の向上に努めています。		

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
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	かならず事前調査を行い、そこで情報を収集している。アセスメント表を用いて、本人様からのニーズを的確に捉えて安心できるように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	事前調査時に、ご家族様からも不安や要望に傾聴して、その不安を取り除けるように関係づくりに努めています。入居後も関係性づくりには力を入れて利用料金の支払い時には話し合いができるように努めています。		
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	初回ケアプラン作成時に、ご本人様及びご家族様のニーズを捉えて、長期・短期と目標を掲げて落とし込んでいくようにしている。必要と判断すれば、他サービス利用も含めて考えていくようにしている。		
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	特に外出や行事の際は職員と入居者様で企画・実行している。洗濯たたみやテーブル拭き、お盆拭きなどお手伝いいただき、自宅にいた時と変わらない生活の支援を心掛けている。		
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	ご家族様の状況を常に把握するようにしている。毎月利用料の支払い時は、話し合いの場を持ちご本様をの近況報告をして共に支えていけるように関係を築いています。来設時には必ず短時間でも話しが出来るように職員全員で心掛けています。		
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	外泊や外出は、ご家族様に積極的にして頂ける様にしてあります。その際に馴染みの店や人と関わりを持てるように支援しています。	入居の際の事前調査を行いアセスメントシート情報を基に利用者の思いや意向を把握し職員間で共有している。面会に関しては事前に家族等から利用者との関係性を確認し面会してもらっている。	
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	行事やレクリエーションを通じて入居者様同士の交流を図っている。仲の良い入居者様は同席にし、楽しい交流ができるよう働きかけ・声掛けを行っている。		
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	入院で退居された場合には定期的にお見舞いに行っている。他施設への転居の際には転居終了まで相談・支援をしている。		

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
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	ご本人様やご家族様より希望を聞き、全職員が把握できるよう努めている。困難な方へは、より良いケアが提供できるよう会議の際に意見を出し合い、それを日々の生活に反映できるよう対応している。	日々の暮らしの中で利用者が発した言葉や表情から思いを汲み取り、タブレットに記録して情報の共有化を図っている。言葉で聞き出すのが難しい利用者には筆談を利用している。意思表示の難しい利用者に対しては生活歴を理解することで、思いや意向を推し量っている。	
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	調査時の情報から生活歴や暮らし方、生活環境を考慮してサービスに反映している。また馴染みの生活に少しでも近づけるよう、家具や備品を居室内に持ち込んでいただくなどして対応している。		
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	利用者の心身の状態や生活状況を全職員が共有できるよう、申し送りノートの活用、口頭での申し送りを実施している。少しでも変化が見られた際にはその都度申し送りをして、対応の統一を図っている。記録が電子化したので情報は全部載せる様になっている。		
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	ご本人様やご家族様からの意見・要望をもとに、より良く暮らせるよう介護計画を作成している。定期的に本人様の状況やご家族様の意見を基にモニタリング・ケアカンファレンスを実施している。	家族等や本人の意向を基に、医療関係者の意見を聴き、職員間で話し合っって計画を作成している。半年ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っている。利用者の状況に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	日々の状況変化等は、経過記録に残しかつ、電子化した事により情報共有もスムーズとなった。出勤時にはかならず目を通してから業務にあたる様に情報共有をして、介護計画の見直しに活かしています。		
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	地域のイベントに参加させて頂き、コミュニケーションを図っています。その時々生まれるニーズにはなるべく対応できるように取り組んでいます。		

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
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	地域において資源が少ないのが現状ですが、藤棚の見学や運動会、敬老会には積極的に参加させて頂き、楽しむことができるように支援しています。		
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、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	契約時にかかりつけ医の説明を行い、承諾を得ている。法人内の医療機関に関しては、職員同行して受診しています。それ以外の医療機関に関しても必要に応じて職員同行して関係性を築けるように支援しています。	受診時の付き添いは、協力医療機関へは職員、従前のかかりつけ医への定期的受診は家族等が行っている。医師とは利用者の状況を記載した文書で情報のやり取りを行っている。	
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	小さな体調の変化に気づけるよう日々見守りを徹底し、異変を感じたときはすぐに看護職員に相談するようにしています。		
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。	入院した際には、入院機関に情報を流し、本人の状態を把握した上で入居者が安心して治療を受けられるよう支援している。またこまめに面会に行くことで入居者の状況を医師や看護師と情報交換し、早期に退院できるよう対応している。		
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	契約時に重度化や終末期に向けた方針は説明させてもらっています。しかし、現段階ではまだ対象となる方も居ないのが現状です。今後は、事業所として重度化や終末期に向けた研修に参加して、チームで支援できるように取り組んでいきたいと思います。	入居時に看取りについての事前確認書で確認している。看取りは利用者が個人的に訪問診療医との契約を締結した場合に限り行うことになっており、事業所としては医療連携体制はとっていない。	看取りを行う事業所として看取りに関して医療との連携の体制を構築することを期待する。
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	入居者の状態によりその都度必要な急変時の対応方法を看護師に教わるようにしている。全職員が急変時の対応が安全に落ち着いて出来るようにしていきたいです。		
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	避難訓練は実施し職員も避難できる方法を身に付けている。運営推進会議等を通じて、近隣住民の方や民生委員、自治会長にも協力を仰いでいます。	夜間想定を含む避難訓練を、併設の小規模多機能事業所と合同で、近隣住民の協力を得て行っている。反省会を行い課題について話し合っている。災害に備えた備蓄品を、一覧表を作成して管理している。	

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
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	職員は一人ひとりの人格を尊重し、入居者様の個性を理解した上で適切な言葉掛けができるような対応を意識している。また情報の守秘義務についても十分理解し、入居者様の書類は事務所内及びフロア内の所定の場所に保管しています。	人権尊重や守秘義務について、職員一人ひとりがインターネットで研修を受け、教育、訓練報告書を使って研修の受講が済んだことを記録にも残している。	
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	日常生活の中で入居者様が理解できるような説明をして意思確認を行いながら支援している。自己決定をしていただけるような声掛けを実施し、入居者本位の希望に沿えるよう努めている。		
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、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	ホームとしてある程度の流れはあるが、職員側の都合ではなく、入居者様一人に合わせて無理強いする事なく、あくまで入居者様優先で日々のサービスを支援している。		
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	定期的に理容師に来て頂いたり、またはお店に行き髪をカットしたりとしています。男性には、髭剃り、女性には整髪はもちろん化粧水等を用い美容に心掛けるように支援しています。		
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	食事の準備や片付けについては、無理なく行えるよう、個人の状態に合わせて実施しています。入居者様の希望に沿って、イベントでは外食をしたり、ホーム内では一緒に食事を作って楽しめるように支援しています。	毎週パン食の日や麺類の日を設け、利用者も調理に参加している。利用者はそれぞれできることを手伝っている。月1回は外食に出かけている。	
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	食事量及び水分量チェック表を常に確認しており、不足している利用者には摂取していただけるような飲み物を提供し、促している。食事も一人ひとりの状態に応じて常食や一口大、刻み食、ミキサー食で対応し、十分に栄養摂取ができるようにしている。		
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	毎食後歯みがきをしていただくよう促している。本人の状態にあった口腔ケアができるよう、見守り・声掛け・介助を実施している。		

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	日々の水分量であったり、活動量等を把握し各自の排泄パターンも把握する事により、減薬であったりオムツを外したりする事が出来るように支援しています。	1日当たりの水分摂取量や一人ひとりの排泄パターンを把握することで、トイレの回数を調整して夜間の安眠やオムツ外しに取り組んでいる。	
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	ご飯は麦飯を使したり、おやつや食事時にもヨーグルトや牛乳を提供。個別に飲み物も工夫してなるべく多く水分等を摂取できるようにして、予防に取り組んでいます。		
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	入浴の順番や入浴日等は、その時の状況に応じて対応している。入浴剤や癒しの音楽を使用することで、リラックスしていただくと共に色や香りを楽しんでいただけるように工夫している。	入浴は基本週3回午前中となっているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴剤や音楽を流すなど工夫し、無理なく入浴できるよう支援している。	
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	エアコン等を使用して寝やすい環境を整えています。布団を温めておくなど安眠に繋がれるような対応を実施している。また不眠・不安などを訴えられた際には、ゆっくりと話を傾聴し安心して休んでいただけるよう声掛け・対応を行っている。		
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	薬の誤薬についてはチェック表を作成し、日付・数の確認を2人でチェックしている。薬の目的や副作用は薬剤情報で理解している、また薬の変更は、申し送りのノートへ記入で職員全員が分かるように努めている。基本的には減薬に努めています。		
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	各個人の趣味や嗜好を活かせるような環境作りを行い、他者との交流にも繋がれるような支援している。外出が好きな方が多いので、ドライブや買い物など外出の機会を設け、定期的の実施している。		
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	希望により外出先を決めたり、行事やイベントの開催を事前に調査し、ご利用者様に喜んでいただけるよう支援している。また、希望があれば、ご家族と外出する機会も設けている。	自立支援の一環として午前、午後と少しの時間でも外に出て歩いたりして体を動かす機会を作っている。現在は感染症の影響により実施出来ていないが月に1回は利用者の希望を聞きながら、外食の機会を作っていた。	

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	金銭管理は基本的に職員が行っている。ご家族様からお小遣いを頂いているので、入居様が購入を希望する物品はできるだけ本人を連れて買物に出掛け、自分で選びお金を使えるよう支援している。		
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	電話がかかってきた際はなるべく本人に繋ぎ、ゆっくりと会話を楽しめるような環境作りをしている。かける際には職員が繋ぎ役を行い、間違った所に電話をかけることが無いよう対応している。郵便物は本人にお渡しし、希望があれば手紙を読んでいます。		
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	居心地のよい環境づくりのために、壁にはイベント等の写真をなるべくタイムラグが無い様に掲示したり、中庭には季節の花や野菜と一緒に植えたりして生活感や季節感を感じてもらえるように工夫しています。	廊下の掃き出し口からウッドデッキに出られるようになっており、ベンチを置き、日向ぼっこや景色を眺めながら会話を楽しむなど、憩いの場所になっている。空気清浄機兼加湿器を置いて、環境整備している。	
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	気の合った利用者同士はテーブル席を同じ場所にし、交流が楽しめるような配置にしている。独りになりたい場合は他者の視線が気にならないソファ席に誘導し、ゆっくりと過ごしていただけるよう対応をしている。		
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	自宅にて使い慣れた、タンスや椅子などを持ち込んで頂き自宅と変わらない様な空間作りをしています。そして、本人様やご家族様と相談しながら居室内に花を置いたり、写真やカレンダーを飾ったりしています。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン、筆筒等が備え付けられている。自宅で使い慣れた馴染みの家具などを持ち込んで自宅に居るような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	ホーム内の至るところに手すりが設置されており、かつバリアフリーになっているので安全に移動ができるような作りとなっている。また出来るだけ残存機能を活かせる設計になっている。トイレには目印、浴室の側には暖簾が設置してあり、一目で何の場所か分かるようになっている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

所名：グループホームクリクリ

作成日 令和2年 9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	1	ホーム内に掲げている理念の文言にて、地域密着という言葉が入っていない。	地域密着という言葉を入れた理念にする。	会議でみんなで話し合い、文言の中に地域密着という言葉を入れて作りかえる様にする。	6ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	チームで支援して重度化や終末期に対して取り組めるようにする。	外部研修等に参加して知識を深める。その知識を持ち帰り、ミーティングの場でマニュアルをもとに研修を開催する。	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。