

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	1293300016		
法人名	株式会社チェリーコート		
事業所名	チェリーコートグループホーム		
所在地	千葉県四街道市大日549-1		
自己評価作成日	令和3年10月30日	評価結果市町村受理日	令和4年4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	http://www.kai gokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2-10-15		
訪問調査日	令和4年2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)】

前年に引き続き新型コロナウイルス感染予防対策により、外部との交流、接触ができない状況ですが、グループホーム内で季節を楽しむ事ができる活動を行っています。日々の生活の中で役割があることで張り合いを持つ事ができます。個別や集団にて好きな活動を楽しめるように支援しています。お互いに個性を尊重し合い怒ったり泣いたり笑ったりとその人らしい生活が出来る場所です。職員についても介護全般、認知症に関する研修を行っています。また、個々のご入居様の状態の変化に対応できるよう必要時にアセスメント、モニタリング、ケースカンファレンスを行います。画一的な対応ではなくご入居様の状態、その方の思い、ご家族様の思いに寄り添いケアを行うことで安心して生活を送ることができます。

【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)】

1)事業計画に「サービス提供に係る理念」を明示している。2)集合研修のできない時も、認知症はじめ対人援助スキルアップのためのテーマを決めて資料を提供しレポートを提出する研修を毎月実施し職員のレベルアップを図り、同じ理念・意識の下で、入居者一人ひとりが安心して生活できるよう個別の自立支援に努めている。3)コロナ禍で外部との交流ができない中、手作りの鳥居での初詣や十五夜のお月見など季節を楽しむ行事やホーム内でのレク、ゲームや制作活動などを工夫しその人らしい活動のできる支援に努めている。4)「いつも見知った職員がいる」ことを自慢できる職員定着率の高い働きやすい職場のホームである。

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)	○	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)	○	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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	毎年の事業計画に施設の理念を明記しています。全ての方に安心をお届けする事を基本に日々の業務に取り組んでいます。	サービス提供に係る理念を事業計画書に明示するとともに、事業所理念をスタッフルームに掲示し共有を図っている。特に全ての入居者に安心して生活できることを基本とし、一人ひとりの尊厳を保ち、意思を汲み取り自己決定をして頂けるよう、個別の自立支援に努めている。	
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	自治会には、加入していますが、新型コロナウイルス感染予防対策為、外部の交流は中止をしています。	コロナ禍のため地域行事や地域の方との交流は中止となっているが、「地域と共に歩んでいく生活の支援」を理念にも上げている通り、自治会に加入し地域防災連絡網に加わったり、市から委託を受け街角相談所の開設も行っている。	
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	市からの委託を受けて街かど相談所を開設しています。		
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	施設内での集団感染を防止するため、今年度はすべて中止としました。行事予定や、事業計画、職員の動静をご家族様に郵送しました。	コロナ禍のため運営推進会議は開催せず、従来運営推進会議の議題としていた運営方針、年間行事、研修、職員の動向やサービス提供状況などを文書で郵送している。	コロナ禍でも参加対象者に意見をいただく工夫をするなど、書面による運営推進会議を実施することが望まれる。
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	人が集まる取り組みは、中止になっています。	市の高齢者支援課とメールやFAXなどで、今は主としてワクチン接種状況報告などコロナ対策などを中心として密に連絡を取っている。地域包括支援センターとは入居者状況などで連携を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	毎年、身体拘束に関する研修を行うとともに、身体拘束廃止委員会を行い、会社全体で身体拘束廃止に取り組んでいます。職員個々のケアを振り返りを行い拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止と虐待防止研修を年間研修計画に組み入れ実施している。今回、スピーチロックに該当する具体的な事例と今後の取り組みを職員ひとり一人が考えてレポートを提出し、理解向上を図っている。また、法人で身体拘束廃止委員会を開催し身体拘束をしないケアの徹底に取り組んでいる。	
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	社内研修やケースカンファレンスを通して、知識の習得を行っています。また、利用者個々の状態に対して、対応方法を検討し、職員が対応に悩んだり、孤立化することがないように努めています。 2/10		

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	全体研修や外部研修へ参加し制度について学び理解することで支援に活かしている。		
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	契約時は、誤解のないように説明し、不明な点については、いつでも質問を受けて分かりやすいように補足しています。		
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	入居者や家族が、気軽に職員や管理者に意見や要望を伝えられる環境を作っています。意見及び要望に対しては、即日検討し、支援に反映させるよう心掛けています。	入居者のみならず家族にも安心して頂けるケアを目指し家族との信頼関係を大切にし、意見や要望を言いやすい雰囲気づくりに努めている。毎月送付する「サクランボ通信」では、居室担当者が日頃の様子判り易く手書きで近況を記入するとともにケア重点月間としてテーマを決めて取り組んだ内容やその成果も知らせている。また、管理者のコメントと日頃のスナップ写真も載せるなど、コロナ禍で面会できない時も家族から大変喜ばれている。	
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	アンケートや意見の募集を行い、職員の意見を吸い上げて業務に反映しています。それ以外でも、職員は随時、管理者に意見や提案を出来る環境にあり、状況の変化に即した支援が可能です。	アンケートや意見の募集を行うなど、随時管理者に意見や提案を出来る環境を作っている。入居者の席に関して職員の提案を受け、変化に対応して柔軟に変更するようにしている。年間研修計画を立て、資料とレポートにより毎月研修を実施している。職員からの要望も踏まえ「生活リハビリで下肢筋力低下を防ぐ、食事・水分摂取の介助と自立支援」など日頃のケアに役立つ具体的な内容を取り上げ、職員も共に考える研修を実施している。有休をとりやすくするなど働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。	
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	年2回、自己評価に併せて面接を行い、目標設定や実技試験による、技術の確認を行っています。また、必要に応じて職員に直接声をかけ、能力に応じた役割を経験してもらい、意欲の向上を図れるよう努めています。		
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	密を避けるため、職員を一堂に会する研修は、中止しているが、資料研修や個別指導に知識の習得と同時に考える力をつけるよう指導しています。		
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	四街道市グループホーム情報交換会に参加したり、四街道市認知症を支える会の個人会員になるなど同業者との交流の機会は確保されています。		

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	ご入居にあたっては、ご家族と十分に話し合い、必要があれば事前に本人と顔合わせを行うなど、ご入居後に不安なく過ごしていただけるよう配慮しています。		
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	入居相談にお見えになった時から、不安や困惑など、ご家族の思いを受け止め、ご入居後も安心して任せていただけるような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	初回面接時にアセスメントを行い、必要に応じて、介護保険の説明や他に利用できるサービスの選択肢を情報提供しています。		
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	本人の要望を聞き、より良い生活に向けて一緒に考える機会を設けるよう努めています。また、出来る事と出来ない事を確認し合い、本人は自分の意思に基づいて自立に向けた取り組みを行うことで、対等な関係を築けるよう配慮しています。		
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	現在は面会を禁止しています。窓越しに顔を確認したり、電話やWeb面会にて会話する等繋がりを保っています。		
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	面会、外出は原則禁止しています。	コロナ禍のため面会や外出は原則禁止としており、電話の取次ぎや手紙、年賀状のやり取りでの支援と窓越しで手を振ってお互いを確認し合う支援にとどまっている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の入居者について人間関係を職員が把握しています。仲の良い入居者同士の交流は妨げず、苦手な人同士の交流がスムーズに行われるようさりげない支援を心掛けています。		

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
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、希望があればフォローします。		
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	認知症ケアは、日々の関わりの中で、1人1人の意向や希望を常に確認しながら業務を行う事が前提です。毎月の研修の中で繰り返し勉強しています。	年に一度、プラン更新前に全職員で「心身の情報」シートを記入している。どんなことを不安に思うのか、何をやっていきたいのか、ここでの生活でやりたいことや嫌なことを聞きプランに反映させている。入居者全員を対象として生活リハビリを考え、個別の自立支援に繋げている。	
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	レクリエーションに回想法を取り入れ、これまでの暮らし方や生活環境について、自らが話出来る場を設けています。各職員は、日常会話の中で生活歴の聞き取りに努めています。		
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	朝のバイタル測定や食事のとり方、自由時間の過ごし方など、あらゆる場面において、本人の表情や言動から現状の把握を行っています。記録を通して日々のご本人様の状況を共有している。		
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	日々のケアの中で職員がケース記録に記載した内容をプランに反映させています。ご家族様とは、電話や来所の際、コミュニケーションをとります。ご意向の確認後プラン作成を行っています。	ケース記録に入居者の発言と様子を記入するとともに、申し送りノートで情報共有している。プラン更新前に、ケアマネジャーが家族に現状を伝えて意向を聞き、職員の意見を集約しプランに反映している。入居者の「移動」動作について、生活リハビリの可能性と留意点を全職員で考える場があり、チームでモニタリングを行えている。	
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	訴えのある入居者に統一した対応を行い、それに対する本人の反応を記録しています。情報を共有する事で、実践項目が増え、介護計画の見直しにつながっています。		
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	家族の希望があった時には、専門医の受診介助を行ったり、面会を希望される家族には、窓越しの面会をしてもらったり、電話やWebにて話しをする等の対応をしています。		

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
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	外部との接触を禁止しています。		
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	全員が往診医をかかりつけとしています。より専門的な治療が必要な時は、家族の希望により、受診介助に付き添います。	入居者家族の希望で全入居者が往診医を主治医としている。耳鼻科など専門科受診は職員が対応している。業務日誌とケース記録で体調変化を共有するとともに、医師の指示書を職員間で共有している。往診前日、入居者のバイタルと処置、変化などを医師に伝えることでスムーズな受診となっている。	
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	介護職員は、利用者の状況の変化に気づき、訪問看護師へ連絡し指示いただく。常に連携し利用者へ適切な支援を行っています。		
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。	病院関係者との連携に問題はありません。緊急時は管理者が同行し、情報の提供を行っています。入院期間は、重症でない限り、1～5日程度で退院します。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	その都度、グループホームで出来る事と出来ない事を本人や家族に説明し、話し合いを行なっています。	家族の意向に沿って、ターミナルケアを行い、希望があれば看取りを行っている。全職員がグループホームでの看取りを経験できている。看取りに関する説明の仕方、入居時のみならず体調変化時の説明方法などの見直しを検討している。	
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	救命救急の講習を受けたり、動画を視聴したりしています。いつ起こるか分からない緊急時や災害発生については、職員全員で役割分担し対応できるよう意識を持つように取り組んでいる。		
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	火災発生時のフローチャートを掲示していません。地域の緊急連絡網があります。慌てないように確認を適宜に行っている。	緊急時の連絡網、「災害時地域連絡網」を整備し、民生委員、自治会長も連絡先となっている。夜間、15分以内に職員9名が駆けつけること可能。昼想定避難訓練を行っている。夜間想定避難訓練を予定している。	

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	入居者はサービスを一方的に受ける人ではなく「集団生活を営んでいる人」である事を意識してもらう事で人間としての尊厳を保てるよう心掛けています。	職員の言葉遣いや会話について話し合い、声の大きさ、トーンに配慮している。職員の言葉の選び方や言い方で気になることがあれば注意している。家族に会いたい方にはスワイプでのオンライン面会で対応している。排泄の声かけは耳元で行い、失敗があったときには急ぎ対応している。どの洋服を着るかは本人に決めてもらっている。	
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	本人は常に言葉や行動、表情で意思表示を行っている事を職員は理解しており、混乱している時には、選択肢を提示する事で自己決定の手助けをしています。		
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	本人はその時の思いで日々を過ごしている事を職員は理解しています。個々のペースを邪魔するのではなく、手助けをすることを優先するよう努めています。		
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	本人の意思を尊重する事を重視しています。時にその場にそぐわない身だしなみを行っている場合は、さりげなく手助けを行っています。		
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	食事が楽しめるよう座る場所に配慮しています。食事の準備などは、感染症予防に配慮しながら、出来る事は行ってもらうよう努めています。夏至まつりでそばを食べたり、昼食会では、サンドイッチ提供するなど創意工夫をしています。	野菜の下準備などを手伝う入居者がいる。入居者の状態により席を替えて対応している。食事の形態も本人の状況に合わせ、嫌いな物は代替を提供している。全介助の方もお箸を手にしてもらい、一口二口は食べてもらっている。お正月にお節とお雑煮や七草がゆ、夏まつりにスイカ割り、クリスマスはロールケーキをデコレーション、誕生日を手作りケーキで祝い、うなぎを食べた日もあり、食を楽しむ機会が多い。	
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	食事量や水分量は個別のケース記録に記載し、必要量が摂取できているか常に把握しています。体重管理を行っており、必要に応じて栄養補助食品を使用します。		
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	毎食後に歯磨きの声掛けをしています。磨き残しがないように必要時は職員が介助を行います。訪問歯科医と連携をとり、乾燥防止ジェルを使用するなど口腔内環境の改善に努めています。		

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
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	職員は、入居者の言葉や表情・行動等で本人の意思を汲み取り、本人のペースに合わせてトイレ誘導を行っています。	トイレには手すりが設置され、動作を安心して行えるようになっている。本人の動きや表情と排泄チェック表でトイレへのお声かけをしている。座位ができれば二人介助でもトイレでの排泄を支援している。	
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	自然なリズムで排泄ができるように乳製品の活用や繊維質の食材を細かく刻むなど工夫しています。排便の状態を把握し個々に合わせた便秘の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	1人1人の希望やタイミングに合わせた声掛けは常に行っています。感染予防を考えながら入浴を楽しむ工夫を行っています。季節に合わせて入浴剤を使用することで楽しめるよう工夫しています。	週2回、午前中に入浴しており、菖蒲湯や入浴剤を楽しむ。入浴は職員とのマンツーマンの時間となっており、コミュニケーションを楽しんでいる。自分用の洗顔フォームなど入浴セットを部屋から持参する方、入浴をゆっくりと楽しむ方もいる。	
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	ご本人様は自分の状態に合わせて適宜体を休めています。職員は本人のペースに合わせて、必要時には声掛けや介助を行っています。		
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	お薬情報をケースごとにファイリングし、いつでも確認できるようにしています。内服薬変更、追加時は、職員へ文章にて申し送りを行い、情報を共有しています。		
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	集団生活の中で、本人ができる事を見つけて、積極的に洗濯物を畳んだり、おしぼりをセットしたり、ゴミ拾いをしたりしています。自立度の高い人は出来ない人の支援をするなど、本人なりの役割を担っています。		
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に支援している	新型コロナ感染防止のため、中止しております。	コロナ禍のため法人判断で外出は控えている。昨年はお花見ドライブに出かけた。ゴミ捨てに洗濯場まで出る方がいる。	コロナ収束後には外出頻度を増やせるよう期待します。

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
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	本人の能力に応じて、希望する方には現金を所持していただいておりますが、現在は、所持している方は、おりません。		
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	必要時には本人の能力に応じて対応しています。		
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	不快感や混乱を招くような刺激がないように座席の位置を調整しています。外気温、体感温度等に合わせて、空調や採光の調整を行っています。	リビングにはソファ、テレビ、カレンダーがある。テーブルは車椅子が通れるよう設置し、陽の光はカーテンで調節し、テレビ音量は大きすぎず心地よい音量となるよう配慮している。温度は日中と夜間それぞれに合わせて調整している。正月には室内に鳥居を作り初詣を楽しめるよう工夫した。雪が降った日は、リビングに雪を持ち込みレクリエーションで雪ダルマを触って楽しんだ。	
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	1人1人に居場所が決まっており、思い思いに自由に過ごせる空間になっています。入居者同士で会話を楽しんだり、一人になりたい時は、居室に戻るなど本人のペースで過ごす事ができます。		
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	本人の使い慣れた家具や写真を持ち込んでいただいております。レイアウトは本人と家族が自由に工夫していますが、本人のADL状態に合わせて、職員がアドバイスをを行う事もあります。	エアコン、カーテン、クローゼット、洗面台、鏡が完備されている。介護用ベッド使用の方と布団使用の方がいる。自分の部屋だと思ってもらえるよう部屋づくりの一環として各部屋には直近の写真とともに、手作りの絵画やレクの作品を飾っている。加湿器、時計、畳、ホットカーペット、テーブル、整理ダンスやぬいぐるみを持ち込まれている。	
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	本人の要望に合わせて、危険のないように配慮した空間づくりを行っています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。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		ご入居者の高齢化に伴い、身体機能の低下や認知症の重度化が顕著になってきている。グループホームは、残存機能を出るだけ長く保ち、住み慣れた地域でその人らしく生活する事を目的としているが、新型コロナウイルス感染対策にて外出や面会、地域との交流の機会が減っている。家族との関係を保持していく為の支援を工夫していく必要がある。ADL低下を防ぐことやそれぞれが楽しみをもって暮らす為に施設内での活動の提供も工夫が求められる。また、住み慣れたグループホームで最期を迎えたいという希望が多数である。ADLの低下があり進行とともに日常生活のほとんどすべてに介助が必要な状態でも安心して生活できるような技術や福祉用具の使用等、安全で適切な環境の提供を求められている。	機能低下を防ぐとともにどのような状態であっても安心して生活できるよう支援する。	①ご入居者の身体状況を把握する。 ②心身の状況に変化が見られた際はアセスメントを行いその方に必要な支援が整うようにする。 ③対応の適否を評価し再検討する。	12ヶ月
2			病状の変化に気がつき医療と迅速な連携のもと適切な対応ができる。	①訪問診療との24時間体制で連携をとリズムズで適切な対応をする。	12ヶ月
3			危険を予測し事故防止を図る。	①ADLの状況の変化に気がつきその方が安全に動作が行えるよう環境整備します。 ②介護職員の介護技術も入居者の状態の変化に合わせて介助ができるよう技術も向上を図る。	12ヶ月
4			個々の状態に合わせてその方に必要なサービス提供ができるようチームで検討し、その方や家族のご意向に沿って実行、振りかえりができる。	①アセスメント能力向上のためにケースカンファレンスを通してご入居者の状態を把握できるようにする。 ②ご家族様とも情報共有しご意向を確認します。適切なサービス提供が出来ているかモニタリングを行います。	12ヶ月
5			ご入居中、感染予防対策による家族との面会制限や外出の制限があるが、Webや電話、動画の観覧にてご本様、ご家族様が安心できる環境を提供する。	①感染予防対策の状況に応じてご入居様、ご家族様のコミュニケーションが途絶え不安にならないように随時、職員がご家族の要望に対応できるようWeb面会時のPCの操作技術を身につけていきます。	12ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。