

自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 5 年 2 月 28 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3474400409		
法人名	社会福祉法人 安那福祉会		
事業所名	グループホームサンサンホーム		
所在地	広島県福山市神辺町字東中条7610番地16		
	電話番号	084-967-1033	
自己評価作成日	令和 5 年 1 月 12 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 4 月 3 日

※事業所の基本情報は、介護サービス公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.sunsun.or.jp/
----------	---

【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	令和 5 年 2 月 17 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)】

一人ひとりの入居者にできることを考えて、残存機能を最大限に生かした生活を送ってもらうことで、少しでも認知症の進行緩和に努めている。一人ひとりが持つ活動意欲を大切にしながら、家事における役割の提供、余暇活動・外出活動等の支援をしている。

食事に関しても、口から食べることを大切にしており、入居者の嗜好や咀嚼・嚥下状態を日々観察して、一人ひとりに合った形態の食事を提供している。食事が楽しみなものになるよう、職員・入居者と協力をして準備(盛り付け、味見)や片付け(皿洗い、下膳)をしている。

【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)】

福山市の北部に位置し、自然豊かな環境の中に当法人の複合施設があり、その中に併設されている。周辺には民家は少ないが、自然に恵まれ、季節ごとの木々の移り変わりや鳥のさえずりが五感刺激となり、穏やかに過ごす事ができる。また、それぞれの施設との連携も図られ、研修も合同で行うと共に職員間の協力体制も構築され、安全に過ごす事ができている。医療面に関しては施設内に看護師の職員がいる為、体調変化にも速やかに対応してもらえる事と日々相談ができ安心である。また、利用者それぞれのかかりつけ医で対応され、通院支援も柔軟にすると共にそれぞれの主治医との連携も築かれ、常に適切な医療が受けられる様取り組まれている。日々のケアもサンサンホーム福祉憲章である、個々の人権とプライバシーを擁護し、高齢者が安全な環境の下で生活できるよう最善の努力をするという憲章を基に職員は常に笑顔で接し、優しい言葉かけと個々の人格を尊重した対応で、その人らしく、自立に向けた支援ができる様日々全職員が統一したケアに務めている。地域との交流に関しても周りには民家も少ない状況にあり、地域行事や事業所のイベントも中止となっているが、併設のケアハウスの利用者やデイサービスの利用者との交流ができる環境であり、時折、一緒に作品作り等され交流の機会としている。また、年1回、施設全体で家族参加の座談会を開催し、参加者からの多くの意見や要望等を聴取し、運営に反映すると共に信頼関係を築き、今では地域に根ざした事業所となっている。

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	運営理念をいつでも確認できるよう掲示板や事務所に貼っている。理念の中に、入居者のプライバシーに触れる部分があるが、職員が居室に立ち入る場合は「ノック」や「失礼します」などの声かけをすることを、職員間で意識し共有している。	見え易い場所に掲示し、見ることで再認識と振り返る機会となり、一人ひとりが理念に沿った支援を心掛け、日々共有しながら実践に繋げている。	
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	以前は夏祭り等地域の行事への参加や地域のボランティアの受け入れ等を随時行っていたが、感染症流行時より日常的な交流は困難となっている。	地域行事や事業所行事もコロナ禍の為、中止となり、交流はできていないが、複合施設の為、通所介護事業所やケアハウス等があり、感染要望を徹底し利用者同士の交流はできる。また、地域代表や民生委員との連携を築き、地域との協力体制が途切れない様務めている。	
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	面会時や運営推進会議等を通じて、認知症ケアの工夫や取組内容を家族や地域の人々に紹介し、理解してもらえるよう取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回開催する運営推進会議では、グループホームでの取組、状況報告等を行っている。家族代表、地域包括職員、行政、民生委員など幅広く意見を聴きながらサービス向上に努めている。	コロナ禍ではあるが、感染予防を徹底し、定期的にされている。家族代表や民生委員、包括支援センター職員等の参加の下、現状や取り組み、研修等について報告され、立場の違う方々の意見、要望を得、サービスに活かしている。また、外部評価についても説明されている。毎回有意義な会議となっている。	
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	以前は運営推進会議に行政代表に参加してもらい、サービスの取組状況を伝える機会があったが、現在はコロナ等感染症関係で参加が困難なため、実質的な協力関係は減っている。	困難事例や疑問に思い事があれば、出向いたり、また、担当者が訪問される事もあり、現状や取り組み等もその都度伝えているが、コロナ禍の為、以前の様に定期的に運営推進会議への参加が無い状況である。感染状況が良くなれば積極的に現状を伝え協力関係を築くよう努める。	
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研修を年2回実施しており、「禁止対象となる具体的な行為の再確認」や「不適切ケア・スピーチロックについての話し合い」をしている。	基本身体拘束はしない方針であり、身体拘束はしていない。身体拘束廃止委員会があり3ヶ月毎に委員会を開催され、具体的な行為やリスクについての話し合いを行い、そこでの会議内容は全職員に伝えると共に定期的に禁止となる拘束の確認を行うと共に研修もされ、全職員正しく理解されている。	
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	職員研修、ユニット会等を通じて取り組んでいる。日頃の不適切なケアが高齢者虐待につながることを現場職員に伝え、注意を喚起している。		

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
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	パンフレット等で学ぶ機会があっても取り組みは不十分である。		
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	契約時に説明をしており、説明後は気になる点や疑問点を再度尋ねるようにしている。また、改定の際は事前に家族への通知文を発送し、理解が得られるよう対応している。		
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	苦情に関しては、電話や苦情対応表での受付が可能である事を契約時に説明しており、意見や要望の把握ができる体制としている。また、運営推進会議で家族代表から意見をもらい、サービスの改善に繋げていけるようにしている。	家族の訪問制限があり、リモート面会や訪問された場合はアクリル板を使用し利用者に合ってもらう中で、意見の把握に努めると共に運営推進会議で家族代表から各家族の意見を伝えてもらっている。また、年1回施設全体での座談会の中でも意見の把握に努め、それぞれの場面での意見は運営に反映させている。	
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	体制変更等の際には、ユニット会の時間を使って代表者から現場職員に対して説明する機会を設けたり、管理者が面談などで個々の職員の意見を聞く機会を設けている。	日頃気付きがあればその都度聞いている、また、ユニット会議や申し送り時等でも聞く機会を持ち、多くの意見の把握に努め、運営に反映させている。年1回個別面談もある。体制変更時等には職員の意見を聞くようにされ、常に職員の意見は大切にしている。	
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	代表者が個別面談を行うなど、働きやすい環境づくりに努めている。		
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	外部研修については、個々の職員の特性が最大限生かせる研修に参加できるよう、その都度選考をしている。また、年度初めに1年の目標を「チャレンジシート」として提出し、目標達成に向けて知識と技術の習得に努めている。		
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	管理者研修、認知症介護実践者研修、外部研修等において同業者との情報交換の機会を設けている。また、地域包括支援センター主催の地域密着型介護事業所交流会に参加の機会を儲け、事業所の課題の提案や情報交換をしている。		

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
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	入居申込時や入居前面接等、入居前に本人に話を聞く機会を設けている。		
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	入居申込時や入居前面接等、入居前に家族に話を聞く機会を設けている。契約説明時に不安な点を家族に確認したり、本人に対するケアの方向性を話し合うようにしている。		
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	入居申込時や入居前面接等、入居前に本人と家族に話を聞く機会を設けている。長期的な視野での考え方として、特養入所の選択肢などがあることも、場合によっては提案している。		
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	日常的に一緒に家事を手伝ってもらうなど生活の主体者として捉えている。また、職員のサポートで入所者同士が円滑に関わり合えるように、その方に合った話題の提供等をしている。		
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	職員での対応が難しい時は、病院受診をご家族にお願いするなど、一緒に本人を支えていけるような協力体制をとっている。		
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	病院受診の際に自宅の近くを通って帰るなど、本人が大切な場所を意識できるよう働きかけている。また、家族に対しリモート面会の提案をしたり、電話で本人と家族が会話でつながれるようサポートしている。	コロナ禍の為、馴染みの関係支援は少ないが、家族の訪問は色々な工夫と感染要望を徹底し、お会いしてもらい、家族との絆が途切れない支援を心掛けている。また、馴染みのかかりつけ医に行くと馴染の方と出会える事もある。受診後は自宅近くをドライブして帰り、馴染み場との関係が途切れない支援に努めている。	
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	入居者同士での助け合いの言葉のやり取りを見守り、入居者間との関係が円滑に進むよう職員が間に入り、会話や作業のサポートを行っている。		

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	これまでの関係を断ち切らないよう考えているが、現実として関わる機会が減っている。		
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	日常の会話の中で入居者の思いや意向を引き出せるようコミュニケーション方法を工夫して、把握に努めている。困難な場合は家族に確認したり、本人が意向を伝えていた頃の言動などを参考にしてている。把握した内容は記録により職員間で共有している。	日々の何気ない会話の中や利用者同士の話などから把握する事がある。個別対応時からも思いを聞く事もある。それぞれの意向に対しては可能な限り沿うようにしている。表出困難な方には声かけからその時の表情で把握すると共に家族の協力も得、検討している。食べ物や帰宅願望等の思いが出る。	
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	入居前においては、本人との面談や情報提供書類で把握している。入居時や面会時においては、ご家族にこれまでの生活歴について聞くなどしている。また、本人との会話の中からもしっかりと読み取る努力をしている。		
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	ケース記録や24時間表を活用し、一人ひとりの一日の過ごし方、心身の状況等の把握に努めている。その都度現状把握ができるように、状態変化があれば24時間表の更新をしている。		
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	家族には現状を伝えると共にケアの方向性について、面会時や電話連絡で話し合っている。職員にはユニット会やモニタリングの機会で見聞を聞き、現状の課題やケアについて検討。計画作成に反映している。	家族、本人の要望、主治医の所見、現状についての職員からのニーズや課題についての意見等を基に担当者会議で検討し柔軟且つ現状に即して計画を作成している。担当者会議には栄養士も参加し食についての意見も反映させている。モニタリングは2ヶ月、見直しは半年となっている。	
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	「精神面や体調の変化も含めて、普段と異なる様子」があれば気づきとして記録。「認知症への対応や声かけの工夫」は実践結果も含めて記録。「ケアプランの実施経過」や「日常の会話のやりとり」なども個別記録に記入し職員間で共有、見直しに活用している。		
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	入居者の急変時には、施設内の他部署に支援職員を依頼して入居者の見守りをしてもらったり、感染症により他施設から職員派遣要請があれば、応援として職員を派遣するなど、職員間で助け合えるような体制をとっている。		

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
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	施設全体の催しとして年に2回施設内ショッピングがあり、地域の販売業者に来てもらい、入居者が衣類を選んで購入する機会を設けている。地域の行事への参加は、ここ数年困難となっている。		
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	体調不良があれば家族への状態報告や受診相談をし、事前にかかりつけ医に電話連絡した上で受診対応している。必要に応じて他の医療機関を紹介してもらうなどしている。	利用者個々のかかりつけ医となっている。通院は事業所が対応している。家族の対応時には受診前に状況を詳細に伝えている。他科については家族の意向に沿った受診対応をしている。歯科については訪問歯科を利用されている方もいる。主治医との連携を築き、適切な医療支援はできている。	
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	看護師は常駐はしていないが、併設施設の看護師、かかりつけ病院の看護師と連携を取っている。体調不良で通院が難しい場合は、かかりつけ医に訪問看護事業所を紹介してもらい、点滴を実施することも場合によっては可能。		
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。	入院したときには、施設での生活の様子を病院側に伝える等してスムーズに治療開始できるよう情報提供している。また、治療の経過や病棟内での生活の様子や注意点を確認し、早期退院に向けて情報交換している。		
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	家族や医師と早い段階から相談し、事業所のできる範囲を伝えている。対応が難しい場合は、自施設の特養の紹介や受け入れ可能な他施設を探するなどしている。	利用開始時、指針を基に説明し、理解は得ている。重度化した場合は、主治医、家族等三者で話し合い、その都度家族の意向の確認や事業所の対応状況を話し合い、併設施設の看護師の指導を受けながら、できる範囲の支援を行っている。今後は看取りを視野に入れ検討していく。	
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	緊急時に職員が迅速に動けるよう、緊急時のマニュアルの見直しを今年度行い、職員への周知をした。ただ、対応訓練については定期的を実施できておらず、今後施設の看護師の協力を得て実施していく必要がある。		
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	地理的に地域の人々の協力は即座には望めない状況はあるが、施設全体の消防訓練を実施し、防災意識の高揚を図っている。法人全体としては、現在BCP作成に向けて取り組んでいる。	併設施設全体で自主訓練を実施し、通報、消火、避難誘導等の訓練を行い、慌てず速やかに対応できる様、個々の実践力を身につける様取り組まれている。危険個所の周知も行うと共に今後は防災全般の訓練も検討している。	

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	できるだけ一人ひとりにあった言葉かけ、対応を行っている。ユニット会では、不適切なケアについての研修を行い、意見交換を実施。適切な言葉かけができるよう、ユニット全体で注意喚起している。	個々の生活歴に合った声かけや対応を心掛け、人生の先輩であること、年上であると言う事を常に念頭に置き、尊厳を大切にされた支援に努め、職員間でもお互いに注意し合い、研修も定期的実施し、プライバシーの確保に努めている。記録等も適切に保管している。	
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	入居者が自己決定できるよう、その人にとって理解しやすい声かけの工夫。難しい場合は選択肢を挙げて自己決定できるように働きかけている。		
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、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	職員のペースでなく、一人ひとりのペースを大切にしている。また、その日の精神状態や体調を観察し、本人に合ったペースで生活できるよう努めている。		
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	服の選択等は可能であれば本人にお願いするようにしている。理美容は施設に美容師に来てもらっており、髪型を本人に確認したり、職員が散髪したい時期を相談するなどしている。		
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	できるだけ一人で思うように食べられるように食事形態を工夫したり、好みについてもできる限り希望に添うよう提供している。職員・入居者と協力をして準備(盛り付け、味見)や片付け(皿洗い、下膳)をしている。	刻み、ミキサー食等身体状況に合わせた形態となっている。栄養バランスにも配慮され、その人のペースで食されている。下膳や食器洗い等、力量により職員と一緒にされ、力量発揮の場面作りをし、張りのある生活に繋がっている。また、個々の好みのおやつ作りを職員と共に作られ楽しまれている。	
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	できるだけ一人ひとりの状態に合わせた食事形態を提供している。また、食事や水分量が少ない時は、記録に残して情報を共有したり、毎月、体重測定を行い、増減をチェックしている。		
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、一人ひとりの状態に応じた方法で口腔ケアをしている。必要な時には、訪問歯科の医師や歯科衛生士に個別の口腔ケアについて相談している。		

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	できるだけトイレでの排泄ができるよう一人ひとりの排泄リズムの把握に努めている。ユニット会やモニタリングで個々の「誘導時間の検討」や「汚れ具合の確認頻度の検討」など話し合いをしている。	個々の時間帯や表情、行動から把握し、日中はトイレ誘導を行い、生活習慣を活かすと共に座位、立位をする事で機能維持に繋がれている。また、気持ちよく排泄できる支援を心掛けている。自立の方もいる。	
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	便秘予防として運動や水分摂取量のチェックに努めており、必要に応じて水分提供量を増やすなどしている。便の形状や頻度も記録に残して、情報共有している。生活改善だけで難しい場合には、受診時に医師に相談している。		
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	入居者の体調や希望に合わせて入浴支援しており、曜日も特に決まっていない。入浴拒否がある入居者に対しては、誘う時間帯が適切であったか等、応じてもらいやすいタイミングをつかめるように工夫している。	基本的には週2～3回となっているが、希望を聞きながら柔軟に対応している、時間帯もその日の希望に沿い入浴を楽しめる支援を心掛けている。湯温やシャンプーの希望にも応じている。拒否の場合は声かけの工夫や対応者を変えるなどされ、清潔保持に努めている。	
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	入居者の生活リズムを尊重しながら、必要な場合には、職員より昼寝の声かけを行っている。就寝時間が遅く、朝方ぐっすり眠られる方に関しては、生活に支障がない範囲で朝食の起床の声かけを最後に行うなど、個別で対応している。		
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	薬の内容をケース記録にファイルして、いつでも確認できるようにしている。強い眠気が続くなど変わった症状があれば記録に残し、受診時Drに伝えている。服薬ミスを防ぐため、内服準備に関しては職員2名でダブルチェックをしている。		
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	家事に関しては、洗濯たたみや洗濯干し、皿洗い、食事の盛り付けなど個々の利用者が興味を持てる内容を把握して提供している。楽しみごとに関しては、歌や書き物、新聞、字合わせ等を提供し、入居者の反応や活動意欲を観察して好みの把握に努めている。		
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	日常会話の中から本人の興味のある場所や行ってみたい所を聞いてみるなど、本人の希望にできるだけ添えるような外出活動を提供している。初詣や花見など、入居者が季節を感じれる様な外出活動を意識的に提供している。	コロナ感染予防の為、外出支援は以前の様にはできないが、季節を感じてもらう為、ドライブでその時々季節に応じて出かけ、季節感を味わってもらっている。受診時にもドライブを楽しんでもらい、気分転換や五感刺激となる支援を心掛けている。天気が良い場合は散歩にも出かけ外気に触れる機会も持たれている。	

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	本人が管理している金については、自由に使っていたらいい。		
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	家族や親族から本人の声を聞きたいと電話があった際は、可能な限り本人と家族が電話でやり取りができるように支援している。また、本人持ちの携帯電話を使って家族と会話ができるよう個別で支援している。		
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	入居者本人の所有物、入居者や職員が作った物などを飾ったりして、生活観を出した共有空間づくりを行っている。また、クリスマスツリーや正月飾りを入居者と一緒に用意するなど、季節感も採り入れている。	玄関には装飾品が飾られ家庭的な雰囲気の配慮がされている。リビングダイニングはとて広くゆったりと過ごせる。畳スペースもあり、ソファも置かれ、好きな場所で寛ぐことができる。利用者と共に作成された季節ごとの作品も飾られ、時々季節を感じてもらっている。危険箇所もなく、不快な匂いもなく、清掃も行き届き、気持ちよく過ごせる共有の場である。室温にも配慮されている。	
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	入居者同士の性格などを考慮しながら、相性に合わせて席の配置を随時検討している。ずっと食事の席で過ごすのではなく、時にはソファに誘い一人でのんびりとTVを視る時間を作るなど、過ごしやすい場所の提供を行っている。		
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	居室に今まで使っていた家具や寝具などを入れて、個々の居室づくりを行うよう努めている。本人が寂しくならないよう家族の写真をタンスに飾るなど家族とも相談しながら工夫している。	テレビ、衣装ケース、寝具等馴染みの物や家族との思い出の写真、アルバムもある。また、作成された作品も飾られ、できるだけ自宅とのギャップが無いよう工夫され、違和感なく穏やかに過ごせる環境作りとなっている。カレンダーや時計も置かれ時の認識に繋げている。	
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	トイレに張り紙を貼ったり、居室に目印をつけるなど工夫をしている。また、夜間の常夜灯の確認やベッド・家具の配置の工夫をし、安全に生活ができるようにしている。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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	○	①ほぼすべての利用者の	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ます		①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの			○	②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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		①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
		○	②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある				③たまに
			④ほとんどない			○	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		①ほぼすべての利用者が	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②少しづつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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			○	②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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		①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが			○	②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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		①ほぼすべての利用者が				
		○	②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームサンサンホーム

作成日: 令和 5 年 3 月 29 日

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	26	ケアプランについて、実施記録が不十分なところがある。サービス内容が一部実施できていないことがある。	内容を再確認しながら、プランに沿ったケアを実践し、実施状況を記録に残す。	現場職員がケアプランの内容を再確認する。プラン内容を実施した時は、状況も含めて記録に残せるようにする。ケース担当を中心にモニタリング時、実施具合をチェックする。実施できていない部分への積極的な働きかけができるようにする。立案の時点で、なるべく実施可能なサービス内容で検討していく。	2年
2					
3					
4					
5					

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。