

### 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   | 0895100089      |            |              |
| 法人名     | 社会福祉法人緑風会       |            |              |
| 事業所名    | グループホーム山桜       |            |              |
| 所在地     | 茨城県桜川市真壁町田638-3 |            |              |
| 自己評価作成日 | 令和 5年 12月 31日   | 評価結果市町村受理日 | 令和 6年 3月 22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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0895100089-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0895100089-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|----------|---|

#### 【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6年2月13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)】

令和2年4月にオープンした新築木造平屋建て1ユニットのグループホームです。今年度10月より、2ユニットから1ユニットになりました。ごく最初のうちは少し戸惑う利用者がおられましたが、次第に落ち着き現在は笑顔多く活気に溢れた声が響く毎日に戻っています。周囲は田畑に囲まれ、その向こうには筑波山系があります。のどかで美しい景色を楽しみながら穏やかに暮らしています。グループホームで過ごしながらも、御家族との関係性が継続できることを大切にしています。毎月の請求書と一緒に、1か月毎のホームでの暮らしの状況をお手紙にし、それに利用者様の写真を添えて郵送しています。看護師の配置がないので医療面で弱い部分がありますが、医師に口頭や情報提供書を用い相談し、スムーズな医療連携ができますよう努めています。スタッフはチームとしての共通理解に努力しています。寄り添う気持ちと笑顔を大切に、個々の望む暮らしに少しでも近づけることができますよう、今の利用者にとっての幸せは何であるかを考えながら日々支援させて頂いています。

#### 【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)】

令和2年4月に開設された木造平屋建てで窓が大きく、ホールからは筑波山系の山々が見え、目の前には田園風景が広がり四季を通じてのどかで美しい光景を眺めることができる。利用者は慣れ親しんだ風景の中で穏やかに過ごしている。職員同士の連携も良くレクリエーションなども力を入れて利用者が楽しめるよう工夫されている。管理者が中心となり穏やかな生活を維持できるようにスタッフ全員で取り組んでいる。理念に掲げている「笑顔で穏やかに過ごせるホーム」を目指している施設である。

### 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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 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<br>(参考項目:36,37)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外に行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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している<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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  | 理念をタイムカード近くに掲示し、出退勤の際に確認できるようにしている。申し送りや唱和しており、ミーティングでも確認している。   | 理念はアンケートを基に話し合い、オープニングスタッフ全員で作成し、タイムカードの近くに理念を掲示して各自確認、周知している。理念に沿った支援が出来るよう職員全員でケアに取り組んでいる。 |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 散歩や外出レク、運営推進会議で外部の方と交流する機会があった。運営推進会議では、うちわ作りやリース作りを見学して頂いた。   | コロナ禍で外部との交流を控えていたが、最近介護保険課から婦人会からの散歩の付き添いなど外出支援の話があり検討している所である。状況を見ながら地域との交流を拡げて行く予定である。     |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 現在満床でも入居を希望し訪問された家族に対しては、お話をお聞きしている。空きを待たれる際には、ご提案をさせて頂き、介護負担の軽減に繋がった。ご本人の思いも確認させて頂いた。御家族の心労に寄り添い、入浴・食事・排泄等、ご本人の生活について一緒に検討した。 |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 今年度は7月と11月の2回、対面での運営推進会議を開催することができた。利用者の表情や発言、雰囲気を感じていただき、質問・意見を頂いた。   | 定期的に開催している。委員には書面にて意見を貰っている。また、家族等へは議事録を請求書送付時に同封している。救急救命やAED設置についての意見があり検討している。            |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 今年度から介護保険課の担当が変わった。運営については、細かい実情なども相談し、助言・指導を頂いている。  | 要介護更新申請時に窓口に訪問するなどしている。担当課とは相談できる良好な関係を構築できている。運営に対しては実情を相談し、随時、助言や指導をもらっている。                |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 玄関の施錠はしていない。指針や身体拘束チェック表をタイムカード横に掲示してある。   | 3ヶ月に一度委員会を開催している。事故報告書にて注意喚起するほか、日々のケアを振り返りながら学ぶ機会も提供している。ベットの柵使用は3カ月ごとに見直しを行い、家族等に同意を得ている。  |                   |

| 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 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 虐待についての勉強会を実施。自分自身のケアを振り返りながら学ぶ機会を提供した。申し送りや事故報告書を皆で読むことにより、互いに注意喚起している。              |  |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 勉強会で権利擁護を取り上げた。難しい制度なので、今後も繰り返し勉強していきたい。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約の際は十分な時間を取り、利用者や家族の質問に答え不安なく契約できるよう努めている。   |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | モニタリング時やケアプラン作成時に、利用者や家族の意見を伺っている。その他、家族連絡時や面会の際に意見を伺い、その都度必要なことは話し合い、周知することで反映させている。 | 毎月写真付きで家族に状況報告の手紙を請求書と共に送付している。また、来訪時や介護計画作成時に話を聞いている。苦情を受けた場合、内容により管理者から理事長に連絡する手順があり、その結果については管理者が速やかに対応をしている。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 自ら言いにくい問題なら更衣室に設置した「意見箱」を利用できる。また、管理者や代表者が随時直接聞いている。ユニットが一つになる経過の中では様々な意見があった。        | 更衣室に意見箱を置いている。シフトの調整により働きやすい場を提供している。職員から介護雑誌の購入希望があり、職員で回覧している。毎月テーマを決めて勉強会をしている。                               |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 代表者は管理者からの報告などから、職員個々の努力や勤務状況を把握し、給与水準などの整備に努めている。                                    |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 毎月テーマに沿った資料を配布し勉強会を実施している。人員不足もあり、なかなか外部研修の機会は得られていない。今年度より介護雑誌を購入し、皆で回覧するようにした。      |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 同法人の隣接の職員と折にふれ介護に関する情報を情報交換したりしている。   |  |                   |

| 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 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | 初回面接時、認知症の症状の為「家から出たくない」という拒否がある場合、家族と綿密に話し合い、訪問日程のキャンセルや変更を了承したり、当日は本人の様子を十分に観察しながら施設に誘導した。」また初回が病院からのオンライン面接で不安が強い傾向のある場合、笑顔多く身振り手振りを大きくする等の工夫をした。その後、本人達から意向をお聞きした。 |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 重度の認知症の姑を熱心に在宅介護されている嫁のお話から、以前利用された事業所や医療機関に不信感があることが判明した。初期は家族の不安が吐露できるよう傾聴に力を入れている。  |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入所待機中、本人の拒否が強く「入浴できていない」と御家族からお話があった。訪問介護や訪問看護の説明をして、居宅契約をして利用してはどうかと提案した。現状の様子から居宅契約の必要性を説いた。その後、訪問介護で入浴できている。  |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 生活の中でご自身の役割が果たせるよう支援している。洗濯物畳み、食器拭き、お裁縫、食前の挨拶は利用者様にできる範囲でお願いし、感謝の言葉をお伝えしている。互いに「ありがとう」と言える関係を意識している。   |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | ケアプラン郵送時には簡単であるが現在の様子を書いたものを貼付し、現状を理解しやすいように配慮。また専門医の受診付き添いをお願いすることがある。家族に現状を説明し、専門医に情報提供書を作成し医療連携を行った。  |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 以前からのかかりつけ医や地域の訪問美容を利用している。外出支援では、馴染みのある雨引観音紫陽花や大宝神社の菊祭りの見学に出かけた。  | フェイスシートを作成している。入居時に生活歴や介護の状況を把握し、日々の関わりの中から得た追加の情報はその都度ミーティングして共有している。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 2ユニットから1ユニットになる際にスムーズに移動できるよう関係性を考慮しながら席や居室を決めていった。また、重度の認知症の為、他利用者とのコミュニケーションが難しい場合、専門医に相談した。   |  |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 利用終了時に「何かあればご連絡ください」とお伝えしている。   |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>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   | 日々、本人の意向を大切にしながら接し、経過記録、モニタリング、ミーティングで個々の暮らし方の把握に努めている。   | 入居時の家族等からの話やフェイスシート等にて把握する他、利用者の日々の関わりから様子や表情にて把握している。夜勤時や入浴時に個別に傾聴し記録等に残している。                          |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 契約時に御家族から伺ったり、担当のケアマネやMSWIに事前に情報を頂いたり、ご本人からお話を聞き、把握に努めている。  |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 支援経過、複数の申し送りノート、朝夕の申し送りを通して、その日の状態を把握し、状態に合わせた支援を行っている。   |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人には意向確認、家族にも現状を説明し、意見や確認を頂いている。職員とはミーティングやモニタリングの他、その都度何かあればサービス内容について話し合っている。                   | ケアマネジャーによる毎月のモニタリングを行っている。個人記録をモニタリングの参考にするのを周知することで、職員の記録の質が向上した。また介護計画見直しは日々の個人記録や管理者や担当職員の話にて行われている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の経過記録に記入し、気づいたことや変化の有無を共有している。その場で決められない事は別に記録表を作り、本人の意向を確認して見直しをする場合もある。安易な実践や見直しにならないようにしている。 |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 重度な認知症であっても、すぐに退居を求めるのではなく、医療連携をしながら本人家族にとっての幸せな生活を検討した事例があった。                                    |   |                   |

| 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   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 運営推進会議では民生委員や介護保険課、区長が訪問され、レクリエーションを見学。地域の店で敬老の日とクリスマスに寿司を購入したり、訪問美容を利用して会話を楽しんでいる。家が近い職員が多く、地元ならではの話で盛り上がることもある。 |   |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居前からのかかりつけ医を本人家族希望の下、家族が通院介助している方が2名おられる。それ以外にも2名が入居前からのかかりつけ医に職員付き添いで受診されている。その他は入居時に地域の協力機関へと変更し、職員が通院介助している。  | 契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能であることを説明している。重度な認知症でもすぐに退居を求めず、医療機関と連携しながら家族等と共に次の場への検討をしている。                                  |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護師の配置はない。  |   |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | サマリーのやりとりや状況に応じた相談をしている。退院前にはMSWや医師と電話で状態を確認させて頂いている。   |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 身体的な重度化については、車椅子使用やリフト浴、自助具を使つての食事介助で継続支援加納なことを説明している。終末期については、家族に延命治療の確認をして今後について話し合っている。                        | 入居時に看取りを行っていないことを説明し、口腔摂取が出来なくなったり、医療的な処置が必要になった場合にはかかりつけ医と家族と話し合つて方針を決めている。急変時対応マニュアルの他に急変時対応フローチャート化しているが研修を行うまでには至っていない。 | 重度化のマニュアルはあるが、研修会するまでは至っていないため、職員の不安解消のため研修会を行い、記録を残すことを期待する。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 勉強会やミーティングで確認している。緊急時持ち出しファイルを用意してある。   |   |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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、火災を想定しての避難訓練を実施している。災害の種類よつての対応の仕方をミーティングで確認、周知している。緊急持ち出しファイルに災害マップを入れてある。                                   | 夜間想定での避難訓練を行い反省会を行っているが次回に向けての課題の記録がない。現在BCPを作成中である。  | 避難訓練に住民参加の協力を得て安全な避難体制ができることと非常口段差を解消して車椅子が通れるように検討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             |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |  |                               |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 勉強会で「接遇」「認知症」を取り上げたり、職員同士で声かけの仕方を注意している。これまでの人生や性格・プライバシーに配慮し言葉を選びながら対応するよう心がけている。馴れ合いの関係ではないコミュニケーションを心がけ利用者を人生の先輩として敬う対応に努めている。                         | 管理者と職員は日頃から利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう言葉かけ等に配慮しているが徹底するまでには至っていない。接遇研修を行うまでに至っていない。 | 接遇などの研修会をして記録を残し、職員との共有を期待する。 |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 希望や不安の有無を、それとなく聞き出せるように心掛けている。1ユニットになる際には利用者に心身の負担がないよう配慮した。困りごとがあるようなら事務室で話を聞くこともある。言葉が出なくても、様子観察をして本人の不安を感じたら原因がなくなるように声かけしたり、職員で情報を共有して解決できるよう働きかけている。 |  |                               |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 食事の時間は全員で一緒にとるようにしているが、自室で過ごされるタイミングや昼寝の臥床介助など、本人に聞きながら支援している。  |  |                               |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 季節に合わせて本人に合う新しい衣類を準備したり、好みを確認している。着る服はできる限り自身で選んで頂いている。定期的な訪問美容を利用。   |  |                               |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | テーブル拭きや食器拭きなどを手伝って頂いている。必ず代表者1名を指名して、いただきますの挨拶をして頂いている。誕生日会は職員がケーキを準備し、お祝いをしている。  | 行事に合わせた食事メニューを提供し楽しんでいる。誕生日会には職員がケーキを準備してお祝いしている。おやつはホットプレートで作ることもある。        |                               |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 状態に合わせて栄養補助食品やトロミ剤、プレンダーを使っている。安心安全な栄養の確保ができるよう努めている。特別な病人食はないが、個別に主食の量を決めたり、糖分を摂りすぎているか、確認しながら提供している。  |  |                               |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないように、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、全員に口腔ケアの声かけを行っている。拒否される場合には、うがいだけでもして頂いている。  |  |                               |

| 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<br>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                              | 残存機能を大切に、安易にオムツやリハビリに移行しない、ご本人の意思を尊重した排泄支援に努めている。また、排便コントロールが難しい場合は、記録表を別作成して職員が情報の共有をしやすいようにしたり、医師への相談がスムーズにできるよう配慮している。 | 残存機能を大切に、本人の意思を尊重した排泄支援を行っている。水分補給や軽い運動にて快適な排便に繋げている他に個別にスポーツドリンクにて便秘予防している。          |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 水分摂取が足りない方には、トータルで摂れるように好きな飲み物を提供したり、毎日のリハビリ体操に参加頂いたり、天気の良い日に外気浴などを促している。   |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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2回入浴して頂いている。強い拒否のある方はいないが、気分が乗らない場合は時間をおいて誘うなどの支援をしている。入浴中は気分転換やリラックスできるよう個々に合わせた会話等を心がけている。                             | 入浴は基本週2回だが利用者の意向でいつでも入れるよう支援している。入浴剤で季節感を味わい楽しむ工夫をしている。重度の利用者にはリフト浴で安全性を配慮した入浴提供している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | ご自分で行ける方は自分のペースで自室に戻り過ごされている。一人ひとりのタイミングに合わせてたり、室温や布団の種類などを好みに合わせたりの支援をしている。  |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 処方薬については処方箋を読んだり調べている。症状に変化があった際には、受診時または薬剤師に相談している。受診した際には必ず申し送りノートに記入し、職員が薬の変更の有無や留意点を確認している。                           |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 生活歴を聞き取り、役割や楽しみごとが持てるよう努めている。裁縫の得意な人は針仕事、家事が好きな人には食器拭きや洗濯物畳み、趣味のオセロ、等の個々に合わせる他、レクリエーションを通して支援をしている。                       |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 季節ごとの花を観に雨引観音や大宝神社、つくし湖に出かけた。気候の良い時は隣接のケアハウス付近を散歩する。不穩が続いた時に気分転換にドライブをしたり、受診時に家族と外食を楽しまれる利用者もいる。                          | 年間の行事、レクリエーション計画を作成し、担当者が外出を企画して季節ごとに花見やドライブに出かけている。天気の良い日には近隣を散歩している。                |                   |

| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 生活に必要なものを買う為のお金を預かり、購入支援している。また、クリスマスには本人に合わせたものをプレゼントとして渡している。   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話の取次ぎや手紙のやりとりはその都度対応可。数年ぶりに姉妹の面会が果たせた時に写真を撮り、郵送したり、誕生日に息子さんが花を送って下さった時に、本人直筆のお礼の手紙を送った例がある。  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 天井が高く、窓も大きく開放的な空間で日中を過ごしていただいている。エアコンで温度調節し定期的な換気を行っている。壁面には手作りの季節の飾りを飾っている。居室入口のところにも、各自が作った飾りを飾ったりしている。玄関先にはプランターに花を植え、楽しんでいただいている。 | 玄関には季節の花がプランターにて飾られている。居間兼食堂の周りに居室があり、孤立を防止でき安心して生活ができるようになっている。また壁には季節感のある飾り付けがされている。居間兼食堂には大きな掃き出し窓があり、一服の絵画のように外の景色を眺めることができる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 自分のタイミングで自室に戻ったり、リビングに出てこられる方。ソファに馴染みの方どうして座ってお喋りされる方。気の合った利用者とお話をしたい時などには近くの席に案内して、お喋りを楽しんでいただいている。                                  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 自宅で使われていた布団や服を、日用品を持ち込んでいただいている。写真を飾ったり本を並べたり、自分のテレビを設置できるようになっている。夜間、自分の居室がわからなくなってしまう利用者様に、A4サイズのネームを用意し、状況に応じて使用している。              | 各居室のプレートには別々の花が描かれ各自の名前が印字されている。居室内でもゆっくりと過ごせるように家庭から馴染みの物を置いて居心地良く過ごしている。  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 介助トイレは右麻痺、左麻痺に対応できる形式で各1つずつあり、引き戸で自由に利用できる。浴室は個浴、機械浴がある。1ユニットによる居室の移動により当初は夜間になると戸惑う利用者がいたが、次第に慣れ問題なく過ごされている。                         |   |                   |

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム山桜

作成日 令和 6 年 3 月 19 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        | 33   | 重度化について、研修会ができていない。職員が急変時の対応に不安を持っている。         | 重度化、急変時の対応について不安を軽減する。    | 重度化、急変時の研修会を実施し、記録を残す。                          | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 災害時の地域との協力体制が築くことができていない。避難経路（出口）が玄関だけに限られている。 | 地域との協力体制を築く。玄関以外の出口を確保する。 | 近隣住民に避難訓練に参加していただく。リビング掃き出し窓からの避難ができるよう段差を解消する。 | 6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。