

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	0873100929		
法人名	有限会社大樹		
事業所名	グループホーム大樹 1号館		
所在地	茨城県東茨城郡茨城町越安1993		
自己評価作成日	2021年12月5日	評価結果市町村受理日	2022年3月29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_kouhou_detail_022_kani=true&JirgvsyoCd=0873100929-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2
訪問調査日	2022年1月26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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・自然豊かな環境の中でその人らしさを大切にできているかと、職員間で日常的に話し合い、入居者様本意のケアに努めている。 ・代表者が無農薬野菜や米等を栽培し、季節の食材を食卓に提供し食の安全にも努めている。 ・庭には様々な木々を植え、果物を収穫したり、畑では野菜を育てたり、季節を感じられる様取り組んでいる。 ・ご家族とはオンライン面会や電話などで交流しています。 ・個室は全室南向きになっていて日当たりは良く、真冬でも日中は暖かく過ごしやすい環境である。 ・日中は鍵を掛けずに自由に出掛けられるよう見守りながら支援している。 ・健康管理では訪問看護師が入居者の健康状態の把握のため週2回訪問してくれている。 ・ターミナルケアにも取り組み入居者様、御家族が最期まで安心して暮らせるよう努めている。

【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)】

<p>自然環境に恵まれた立地である。代表者の地元であることから地域との交流は長く、事業所や認知症に関する理解もあり、地域に見守られた事業所である。無農薬の野菜や米を収穫し、食に対する意識も高い。玄關アプローチの草花や果物の収穫でも季節の移ろいを感じる事が出来る。週2回訪問看護が入り、利用者の体調管理とターミナルケアには24時間連携が可能で、家族と職員にとって安心できる体制となっている。全職員が全利用者のケアを対応できるよう、定期的なユニット間の職員異動を行っている。コロナ感染予防マニュアルの作成、必要物品の整備、防護具の着脱手順、ガウンテクニック・ゾーニングシミュレーションを実施している。*新型コロナウイルス感染対策としてオンラインで調査を実施。ホーム内の視察及び書類閲覧はモニター越しに行い、リアルタイムの映像で確認。</p>

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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
57	利用者や職員が、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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、活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 <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	介護をして行く上で理念を基本とした介護が最も大切であり理念にあわない対応があった場合は職員間で注意し、理念を再確認した上で取り組んでいる	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作成し、利用者一人一人に合わせたケアの提供に努めている。職員の勤続年数が長く、疑問を感じた時は遠慮なく話し合える関係ができています。申し送り時に理念を唱和、玄関・リビングに掲示して意識付けを図っている。職員は利用者を尊敬し、気づきを全職員で共有している。	
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	代表者は地区内に住み、地域の行事に参加をし、また事業所周辺は地域の方の花や野菜畑が多く、日常的に顔を合わせる事も多く、散歩の際などは挨拶を交わしたり花や野菜など頂いたり顔見知りの関係にある	自治会に加入し、環境美化や神社のイベントに参加している。地域住民と散歩時に挨拶を交わしたり、野菜や花の提供を受けることもある。ボランティアの受け入れは自粛している。独居高齢者の把握・緊急時の対応に努めている。地域住民からの相談にはアドバイスをしたり、次の機関に繋げている。	
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	運営推進会議時には地域の方からの介護に対する疑問や質問を受けている 地域での独居高齢者の状況を把握し、緊急時には対応できるよう務めている		
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	運営推進会議は年6回実施 コロナ禍のため開催は職員のみで実施、報告をしている	コロナ禍の為、4~5名の少人数の職員で開催し、行政には書面で報告(現況報告・虐待防止報告等)している。他の職員には口頭で説明し共有している。各委員には議事録を郵送しているが、それに関する意見等はない。これまで家族に報告はしていなかったが、今後はイベントの報告と合わせて報告する予定。	
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	利用者の手続きや事業推進にあたり、町の担当者に相談、助言を受けている 福祉相談センターや地域包括支援センターとの連携も取っている	各担当課・地域包括支援センター・社協・福祉相談センターと連携を取り、良好な関係を築いている。ケアマネ会に参加し、情報交換を行っている。	

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
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	「身体拘束は行わない」また身体拘束ゼロを目指し全ての職員が認識し介護にあっている 身体拘束適正委員会を設置し勉強会を行っている お玄関に身体拘束排除宣言書を作成し表示している また日中は玄関等にも鍵を掛ける事はせず見守りをしながら、当たり前 の自由な暮らしが出来るよう支援している	身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月毎の勉強会と半年ごとの研修会を開催し、拘束のメリット・デメリットを周知している。身体拘束ゼロを目指し、利用者の安全・安心に向けた介護を提供している。玄関には身体拘束排除宣言書を表示し、見守り支援に努めている。安全上、一時的にやむを得ず拘束する場合の書類関係は整備している。	
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	虐待防止のポスターを掲示して、全職員が理解し、意識を高め虐待が見過ごされないようつとめている 研修や勉強会にて常に意識を持ちながら虐待防止に努めている		
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	成年後見制度では関係機関との連絡、調整を行っている		
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	重要事項を説明し事業所で出来る事を明確に説明する ご家族からの疑問点を引き出し急変時または重度化について説明し同意を得るようにしている		
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	ご利用者の不満や苦情等は日頃から対話を重ね聞き出せるよう努めている またご家族にも苦情、要望等が気軽に出来るよう意見箱を設置している	利用者の意見・要望は可能な限り対応に努めている。コロナ禍の現在、直接面会の希望が多いが丁寧に説明をし理解を得て、オンライン面会が主となっている。電話連絡時に要望等を聞いている。今後は毎月の請求書と一緒に利用者の写真を同封する方向で検討中。意見を言い出しにくい利用者や家族に配慮して意見箱を設置しているが、これまで投函はない。	

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
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	日頃からコミュニケーションを取り、日々の業務の中でも職員の提案を聞く時間を設けている	運営上の報告は事前に受けている。代表・管理者も現場に入り、職員が働きやすい環境整備と資格取得の支援に努めている。日々の業務の中で、気づいたこと等はその都度話し合い改善している。調理用具の追加購入希望もすぐに対応された。申し送り時や担当者会議で職員の提案を聞く時間を設けている。	
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	代表者も現場に入り職員一人ひとりの日々の努力を把握しており資格取得の支援に努めている 子育て期間中の職員には、土日、祝日、行事等休暇が取れるよう配慮している 各職員も希望休暇が取りやすい環境となっている		
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	各自の向上心や力量を把握し、研修の機会を作ったり、内部研修にて個人のケアの質を上げるよう努めている 外部研修に参加した職員は得た知識、情報を他職員と共有できるよう研修記録の作成を行い、職員間の共有に努めている		
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	町の介護支援専門員協会に所属し他事業所、行政と情報交換の場となっている		
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	今現在何が不安なのかご本人の思いと希望を真剣に受け止め、安心して日常生活を送れるよう個別にコミュニケーションを図り、関係作りに努めている		
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	家族の立場に立ち求めているものの理解に努め、家族の思いを受け止める努力をし、事業所としてどのような対応が出来るか話し合っている		

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
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	事業所として本人や家族の思い、状況等を確認し出来る限りの対応に努めている また出来ない事は事業所だけで抱え込まず必要に応じて他のサービス機関につなげ早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応に努めている		
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	ご利用者は人生の先輩でもあり日常生活の中で学ぶことも多々ある中で、洗濯物を干したり、洗濯たたみ、食事の準備、片付けなど共に支え合う信頼関係を築いている		
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	ご利用者の最近の様子や健康状態はお便りや電話などで報告している ご利用者とご家族の関係を継続していくために、ご家族にも支援の協力について、相談している		
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	ご家族に相談し、外出や受診など協力をいただいている 電話や手紙、オンライン面会などで支援している	電話や年賀状、手紙やオンライン面会で馴染みの人との関係継続に努めている。友人等の突然の面会にはデッキ越しで対応し、楽しいひと時を過ごしてもらった。外出や受診はその都度話し合い、対応に努めている。別のグループホームいる伴侶に面会に行った方がいる。数時間、自宅に戻った利用者もいる。以前利用していた理容室の方が訪問してくれる方もいる。週1回の乳酸飲料販売を楽しみにしている利用者がある。利用者同士が支え合える良好な関係である。	
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	テーブルの配置を工夫したり、ソファに職員も座りコミュニケーションを図りながら、お互いが支えあえるよう支援に努めている		
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	サービスの利用が終了しても利用者のその後の経過などを聞いたり、相談にも応じ関係性を断ち切ることなく大切にしている		

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
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	ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、普段の会話や表情から現状を把握して援助が出来るよう努めている 意思表示が困難な方は職員が問いかけをしたり、昔の情報をもとに対応している	職歴・生活歴・アセスメントから利用者の思いや意向の把握に努めている。趣味の編み物や家事、野菜の手入れや収穫、干し柿や芋がら作りなど、得意分野でやりがいに繋げている。困難な場合は選択ができるような問いかけをしたり、表情・様子からその時の利用者の思いの把握に努めている。変化や職員の気づきは日誌で申し送りし、共有している。	
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	事前に生活歴等をご本人、ご家族より聞き、職員が把握し本人のこれまでの馴染みの暮らし方が継続出来るよう支援している		
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	一人ひとりの出来る事出来ないことを把握し細かい点に配慮しながら、その時のご利用者の状態や気持ちを理解して支援に努めている		
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	ご利用者がその人らしく暮らせるようご本人や、ご家族の要望と医療関係者の意見を踏まえ、介護計画作成にあたっている また実現可能な計画になるよう担当者会議でモニタリングや課題となる項目を話し合っている	利用者・家族の要望を聞き、医療関係者の意見を参考にして、ケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意を得ている。職員の意見をモニタリング総括表にまとめ、評価している。利用者の一日の流れを総括的に記入する経過記録となっている。	職員はケアプランを把握しているが、目標達成に向けたケアの提供内容の記述となっていないので、記録の工夫を期待する。
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	その日の利用者の訴えや暮らしぶりを個別に記録し、食事量・水分・排泄状況をチェックし全職員が把握できるようにしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	個別に指圧師が訪問していただき、マッサージを受けられていた方や、ヘアカラーを希望され施設内で職員が支援したり柔軟な対応につとめている		

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	行政や消防署、福祉施設等との連携を図っている		
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	入居前からのかかりつけ医との関係を大切に、利用者や家族等の希望するかかりつけ医への受診を支援している 家族の付き添いで受診しているご利用者もいる また月1回協力医療機関の医師による往診がある	協力医療機関の往診以外は家族対応が基本となっているが、職員が付き添うことが多い。月1回の往診記録『医療機関受診・内服記録』と週2回の訪看記録『個別受診ノート』で体調管理に努めている。変化があった場合は家族に連絡している。受診内容(精神科初診・検査)によっては、家族に同行してもらう。協力医療機関は24時間連絡可能で、判断を仰ぎ対応している。	
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	訪問看護ステーションと連携を結び週2回受けている 個別の受診ノートでその日の体調や今後のケアを共有している 緊急時24時間の連絡体制が確保されている		
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。	入院時はご本人の援助方法に関する情報、サマリー等を医療機関に提出 ご家族とも情報交換しながら職員が頻繁に見舞い、その際ご本人の状態を医師・看護師から得ている 退院後スムーズにホームにて生活が出来るよう情報提供書を頂いている		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	ご利用者・ご家族・職員と情報を共有し、協力医療機関の医師や訪問看護ステーションの看護師に相談をし、助言をいただきながら支援に取り組んでいる	契約時に看取り指針と事業所で出来ること出来ないことを説明し、同意書を取り交わしている。重篤前に医師の意見を家族に伝え、今後の方向性を決めてチームで支援する。家族と一緒に看取ることが出来、感謝の言葉をもらったことは職員の励みとなった。24時間体制で緊急時の対応・アドバイスを行ってくれる訪看の存在は心強い。夜勤者からは不安の声もあるが、管理者宅が近いのですぐに駆け付けることになっている。そんな不安を解消するために訪看が講師となり、看取り介護の勉強会を実施予定。	

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
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	救命救急の講習会にて、応急手当等の知識を得ている 急変時、事故発生時のマニュアルを作成し、全職員が落ち着いて対応できるよう努めている 訪問看護ステーションと24時間連絡体制を取っている		
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	年2回消防署指導の下、避難訓練を実施している 夜間を想定した訓練も実施している 地震時も同様、訓練後の反省など職員で話し合い記録に残している	年2回の消防署指導・自主訓練(夜間想定・緊急通報システム・消火器使用方法・避難経路確認・利用者行動把握等)を実施し、利用者が安全に避難できる方法を全職員が身につけている。運営推進会議のメンバーに協力を依頼済み。非常口からベランダを通り前庭に出るスロープが設置されている。避難済みの居室はドアを閉めるという確認方法を職員に周知している。前回の評価で指摘を受けた災害別マニュアルの作成と緊急持ち出し用品・備蓄品の見直しを行った。	
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	一人ひとりを尊重した介護を心がけ支援している 特に排泄への声かけには十分に配慮しプライドを傷付けないように努めている	利用者のプライバシーや誇りを損ねない声掛けと対応を心掛けている。書類関係は目に触れないような工夫がされている。情報開示については重要事項説明書16条で個人情報保護につき説明している。	
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	本人の希望や嗜好の把握に努め、日常生活の中で表出できるよう取り組んでいる		
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	ご利用者本位を追求し、その方の生活リズムや希望に合わせている		

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
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	その人らしいお洒落ができるよう本人の意向を聞きながら、近隣の理容室への支援をしている またなじみの理容師が訪問し、支援してくれている 外出が困難な利用者は訪問美容を利用している 女性はお化粧を落とす際に職員が支援している		
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	ご利用者と職員が出来る限り、準備や下膳など一緒に行っている 季節を感じられるよう施設で収穫した食材を取り入れ、下準備を協力していただき、献立を一緒に考え、楽しめるよう支援している ご利用者が苦手なメニューなどある場合は代替食を用意している	ホームの畑で収穫した野菜や季節の食材を取り入れた献立を利用者と一緒に考えている。下準備や配・下膳は自然と役割分担が出来ている。利用者の状態に応じた形態で提供している。ホットケーキや牛乳寒天等の手作りおやつは利用者に好評で食も進むとの事。誕生日会はケーキとリクエスト食でお祝いをする。こだわりのマイ食器に盛られた食事は食が進むようであった。感染予防のため黙食であった。外食支援はコロナ禍のため自粛し、テイクアウトやドライブスルーを利用している。	
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	1日の食事量・水分量を個別に記録している また個別の食事形態を把握し、刻み食、ペースト食、とろみ食など応じて提供している 苦手な献立等は他の献立に変えて対応している水分摂取が少ない方にはゼリーにして支援している		
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	個別に義歯と自分の歯のケア またスポンジで口腔ケアを実施している 夕食後は義歯をお預かりし、洗浄、消毒を実施		
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	排泄チェック表にて個別の排泄パターンを把握 声かけ誘導を促し可能な限りトイレでの排泄を行っている	排泄チェック表・パターンで把握し、声掛け誘導でトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。おむつ対応の利用者は自室で交換し、入浴前にはトイレでの排便を促す。声掛けや利用者の意欲から改善した方もいる。便秘予防として水分・野菜・乳製品・体操で自然排便に努めている。	

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
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	水分を朝昼夜の食事の際と10時15時のおやつとの時間と摂取量を把握し一人ひとりの好む飲料や野菜の多い食事にて対応し自然排便につながるよう努めている ご利用者の希望により乳製品を召し上がる方もいる		
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	曜日は決まっているが利用者の状態によりシャワー浴や足浴、清拭等にて対応している 個人の希望や状態により、入浴が出来なかった利用者は隣のユニットとお互いの入浴日に入浴出来るようにしている	基本的には週2回の入浴支援であるが、希望があればそれ以外の対応も可能である。利用者の状態に応じシャワー浴・清拭・足浴の対応を行い、清潔保持に努めている。季節のゆず湯・入浴剤を使用し、ゆったりとした入浴を楽しんでもらっている。皮膚感染予防対策を実施している。着替えの準備は利用者と一緒にいる。	
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	一人ひとりのリズムを把握し安心して休息、睡眠出来るよう支援している		
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	個別に服薬のファイルを作成し職員が内容を把握できるようにしている 服薬時には本人に手渡し服用を確認している		
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	洗濯干し、洗濯物たたみ、食事の後片付けなど日課としている利用者の力を活かした役割で生活に張り合いがもてるよう支援している ホーム内の畑で果物や野菜を収穫し、加工したり楽しんでいる		
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	ご利用者の希望により散歩、買い物など戸外に出掛ける支援をしている また利用者の希望で墓参りなど、家族の協力を得ながら支援している	コロナ禍のため外出支援は自粛している。ドライブがてら車窓から桜・紫陽花・紅葉を眺めた。ホーム周辺を散歩したり、デッキで太陽の日差しを受けたり、草花の開花・木々の紅葉・果実の実り具合等から季節移ろいを感じている。家族と一緒に墓参りに出かけた利用者がある。	

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	週1回ヤクルトの訪問販売があり、自分で買うことを楽しみにしている利用者がある また管理が困難な利用者には家族より預かり個別に使用を記入し報告している		
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	本人が掛けたい時はいつでも電話をかけられるよう対応している また家族からかかってくる場合もあるので、時には職員の方から声を掛けて促してみる時もある 携帯電話を持っている方は好きな時間に家族と連絡を取り合っている		
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	居間は南向きになっており、冬は暖かく利用者にとってソファは居心地の良い場所になっている 外出困難な利用者が多くなって来ているので、リビングにひな人形、七夕などを飾り季節や生活を感じていただけるよう努めている 夏にはゴーヤなどでグリーンカーテンを作成し直射日光を遮る工夫をしている	玄関の草花や観葉植物、利用者の家族が生けたフラワーアレンジメントが暖かく出迎えてくれる。暖かい日差しが差し込むリビングのソファは居心地のよい場所となっている。小上がりの和室でくつろぐ利用者もいる。明日から節分に向けた鬼の面を作成予定とのこと。毎朝利用者と一緒に掃除機・モップかけ・手すり消毒を行っている。換気や温度に注意している。夏場はグリーンカーテンで日差しを遮る工夫をしている。浴室・トイレはプレートで表示している。デッキにはテーブルと椅子を設置し、庭を眺めたり、お茶を楽しむことができる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	居間にはソファを置いて、くつろげるよう配置している 食堂脇には小上がりがあり、思い思いにくつろげるよう工夫している デッキにもイスやテーブルを置き、いつでも景色を眺めたり、お茶を飲んだりできるようにしている		

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
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が馴染みの家具やテレビ、または冷蔵庫を置き、花が好きな利用者には植木鉢や生花を飾り思い思いに居心地の良い様に支援している 仏壇の仏花はホーム内で育てている花を飾っている	居室入り口に名前プレートを掲示して混乱防止に努めている。持ち込まれた衣類等はクローゼットに整理整頓されている。机・椅子・テレビ・サイドボード・衣装ケース・仏壇・冷蔵庫(職員が中を確認)等を設置している。家族の写真・手作り品・化粧品・ぬいぐるみ等を飾り、居心地の良い居室となっている。仏壇のお花はホームで育てた花を飾っている。吐き出し窓からはベランダに出ることができ、気分転換が出来る。	
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	居室・浴室・トイレなどにプレートを掛け混乱のないよう工夫している 移動の妨げになるようなものは置かないようにしている		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム大樹

目標達成計画

作成年月日 : 2022年3月20日

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	10	日々の経過記録の中で、目標達成に向けたケアの提供内容の記述ができていない。	ケアプランの目標に対して実現できたことや、サービスを提供できた事を詳細に記述が出来るようにしていく。	業務開始前には、職員全員が必ずケアプランに目を通し目標やサービス内容を把握してからケアにのぞんで行くようにする。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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、行を挿入して下さい。