

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	0870300795		
法人名	医療法人社団青洲会神立病院		
事業所名	グループホーム寄居	ユニット名	(A棟)
所在地	茨城県土浦市神立町443-5		
自己評価作成日	令和3年02月01日	評価結果市町村受理日	令和3年4月13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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0870300795-00&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3年3月23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)】

入居者様が、安心して快適に過ごせる環境づくりに努めています。認知症ケア専門士や介護支援専門員、認知症地域支援推進員を中心に、より質の高いケアの実現にむけてチームで取り組んでいます。協力医療機関と訪問看護ステーションとの連携により、入居者様の健康管理や看取り期の支援についても力を入れています。

【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)】

事業所は林や畑に囲まれ自然豊かな場所にあり、同法人施設に隣接している。敷地が広く、散歩をしたり中庭でお茶を飲んだりする等、気軽に外に出られコロナ禍でも工夫しながら利用者の気分転換を図っている。認知症地域支援推進員の管理者は認知症について深く理解しており、職員一体となって利用者の「今」に寄り添い支援している。職員は、業務改善提案書を通していつでも意見を伝えられる環境になっているとともに、提案者が自ら考え行動できるような人材育成をしている。利用者、職員ともに生き生きとした笑顔が見られ、良好なコミュニケーションが図られている事業所となっている。

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)	○ 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 (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. 全くいない
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)	○ 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	理念を事務所やネームプレートに明示し常に意識できるようにしています。実際に提供されているケアが理念に沿った取り組みとなっているかを日々の業務やカンファレンスを行い確認をしています。	管理者は理念内の「利用者に寄り添い共に今を大切にする」に重きを置き認知症の特性を深く理解し支援している。職員はミーティングやケアプラン作成時、日々のケアの際、理念に立ち戻りケアにあたっている。	
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	ホーム周囲には住宅が少ない為日常的な交流は図れていませんが、自治会に加入して市報を届けてもらっています。	中学生の体験学習や専門学校生の実習受け入れを行っている。地域の「ふれあい茶屋：認知症カフェ」(おらが里)を土浦市から運営を委託され、地域住民と利用者交流に努めている。	
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	認知症サポーター養成講座や認知症に関する研修の開催、土浦市から委託を受けて行っている認知症カフェ「ふれあい茶屋」おらが里を運営しています。		
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	感染予防の為、2ヶ月に1回の書面開催に変更をしています。入居状況や行事の報告、認知症症状に合わせたケアの実践や発生した事故などの報告を行い、委員からの提案を受けるなど意見交換をしています。	現在は書面での開催となっているが、通常であれば家族等の代表や市職員、民生委員、地区長等が参加して、事業所からの報告を行うほか、委員からの意見をもらって話し合っている。	
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	困難事例の対応について助言を頂いたり、事故が発生した時には、速やかに報告するなど連携を図っています。高齢福祉課担当者や社会福祉課担当者、地域包括支援センターとの連携を図れるように努めています。	介護認定時や困難事例の相談等、日頃から連携をしている。管理者が認知症地域推進委員ということもあり、認知症サポーター養成講座、認知症に関する研修の開催をしている。市から認知症カフェの運営を受託しており、協力関係が構築されている。	
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	心身、身体状況の変化に合わせたケアの見直しや評価を行い、身体拘束をせずに支援できる方法を検討しています。施錠は夜間帯以外には行っていません。入居者が屋外に出た際には、玄関にあるセンサーが反応し、スタッフが所在確認を行えるようになっていきます。	身体拘束廃止の指針を策定し、運営推進会議で2ヶ月に1回協議を行っているが身体拘束適正化委員会議事録が整備されるまでには至っていない。日々の支援の中で、虐待に繋がるようなケースはないか確認している。	身体拘束適正化委員会議事録の整備を期待する。
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	日々の支援の中で、虐待に繋がるようなケースはないか確認しています。心理的虐待を防ぐために、接遇について勉強する機会を持ち、定期的にチェックリストで確認をしています。		

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
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	地域包括支援センターや社会福祉協議会、弁護士等と連携する機会に知識を深められ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	入居の際には、重要事項説明を口頭および書面にて行い、項目ごとに不明な点や分かりにくい点はないかを確認しながら行っています。書類は見やすいように文字を大きくしたり、レイアウトの改良を行っています。		
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	入居者様の希望や意向は、日常会話の中で聴取している他、モニタリング時に確認をしています。ご家族は、面会時や電話連絡時に、近況報告を行いながらケアやサービスに関する意見や希望などがなく確認しています。	家族等の面会時には必ず声をかけを行い、意見や要望、困りごとはないかなど聴くように努めている。利用者の意見や家族からの要望については、個人のカンファレンス記録に記入している。	
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	業務改善提案書を作成し、スタッフの意見を出しやすいように工夫している他、個別やグループミーティングにて、意見や提案聞ける機会を多く持つよう取り組んでいます。提案された意見はタイムリーに対応するよう努めています。	業務改善提案書を作成し、いつでも思いついたときに意見が出しやすいようにしている。ミーティング等を行い意見を出す機会を増やしている。紙のコスト削減の提案や感染対策等、職員から意見があり、提案者とリーダー、管理者が検討し実践している。職員が自ら考え行動できるような体制を構築している。	
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	人事考課制度を行っており個々が目標を持ち仕事に取り組めるようにしています。体力や家庭の状況等に合わせ柔軟なシフトや業務の役割分担をしています。		
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	実際に行われているケアの提供状況を確認し、根拠に基づき、期待される効果が明確になっているか、目標に近づいているかの確認をしています。自己学習の機会を促しています。		
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	土浦市地域密着型サービス連絡会に参加し情報や意見交換の機会を持っています。		

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	日々のケアの中で本人に聴くこと、また行動の意味を考えることを意識して取り組んでいます。		
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	主に面会時にご家族とのコミュニケーションを図り思いや希望を確認しています。また電話連絡の際に近況報告に合わせてご家族の意向を聴いています。		
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	担当ケアマネジャーや事業所の担当者とグループホームで行われる支援と本人、ご家族のニーズが合致しているか確認しながら対応しています。		
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	本人の得意な事、好きな事、興味のある事他に季節や時事に合わせた情報提供を行っています。		
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	面会時などには、ゆっくり過ごせるような環境を作り、ご本人の思いをお伝え出来るようにしています。		
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	現在は、ご家族以外の面会は出来ないが、入所前からの友人と共に馴染みの場所への外出や電話の取次ぎなどを支援しています。	入居時に家族等や担当ケアマネジャー等からヒアリングし、これまでの馴染みの関係を把握している。コロナ前は家族や友人と墓参りや旅行等馴染みの場所へ外出していた。現在は電話や手紙で関係継続の支援を行っている。	
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	気の合う入居者様同士を近くのテーブルになるように配慮し会話やレクリエーションが、楽しめるようにしています。		

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
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	契約終了後も気軽に訪問出来たり相談をして頂ける事を伝えています。		
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	ケアプランの更新時期に合わせてご本人に確認しています。また日常の表情や言葉を記録に残し思いに添えるよう支援しています。	日々の会話の中にあるつぶやき、要望を個人記録に記載し、ケアの実施と評価を記録している。職員は仕事につく際に目を通し、利用者の状況を把握している。季節の行事等で落ち着かなくなってしまう利用者に対しては、職員の声掛けを統一し混乱させないよう支援している。	
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	ご家族、紹介事業者、本人から話を聴き情報収集をしています。その後も面会時に情報を得たり、日々の会話から聴き取りをしています。		
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	個人記録を活用しスタッフ全員が情報共有できるようにしています。		
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	1か月に1度、介護評価のモニタリングを行い本人の希望や意向を確認し、プランの追加や修正を行っています。	個人記録に本人のつぶやきや要望、家族等の意見、フェイスシート、ケアプラン等が一冊にわかりやすくまとめて管理されており、誰もが見てわかるようになっている。また、他に記録されている場合には記録場所を明記してある。様々な意見や要望をもとにケアプランを作成している。	
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	個人記録を活用し、ケアの実施状況の評価や修正を行っています。		
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	その都度、柔軟に対応できるように職員の配置やケアの提供方法を工夫しています。福祉用具や他施設との連携も図っています。		

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	現在は中止しているが、カラオケ等のボランティアに定期的に来ていただいている。			
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	入所時や体調変化時などに、ご家族や本人の希望を聴いています。受診時には、主治医への上申書事項をまとめ連携に努めています。	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。協力医療機関への受診を希望した際には、家族等に受診の同席を求め、医師との今後の方針を直接話す機会を設けている。		
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	週1回連携看護師の訪問を行っています。訪問時に相談や助言を頂いています。			
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。	入居者様の情報共有の為に連携サマリーを使用しています。また病院のソーシャルワーカーと連携を図っています。			
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	重度化してきた入居者様のご家族には、ここでできる事、行えない事を説明しています。状態に合わせて随時ご家族との話し合いの場を持つようにしています。	入居時に看取りに関する指針や具体的な支援内容を説明している。重度化してきた時に再度意向の確認をし、状態に合わせて家族等との話し合いの場を設けている。長く勤務している職員も多く、看取り経験も豊富である。緊急時、母体病院との連携が構築されており、職員や家族の安心に繋がっている。		
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	緊急時対応マニュアルを整備しており定期的に確認しています。			
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	災害時対応マニュアルを整備しており定期的に確認しています。	敷地内の同法人施設と合同で、夜間想定を含む避難訓練を年2回行っている。訓練後は実施記録としての参加者名や実施状況、反省点、今後の課題を残すまでには至っていない。	訓練後は、実施記録を作成し、参加者名や実施状況、反省点、今後の課題などを記載した記録を残し、今後の訓練に活かすことが望まれる。	

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	周囲の方に分からないように声掛け時には配慮を心掛けています。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。年1回は、職員一人ひとりが人権尊重や守秘義務などに関してのレポートを提出している。	
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	本人の希望やペースに合わせて支援しています		
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、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	行事やレクリエーションへの参加、入浴時間など情報提供しながらご本人が、意思決定出来るように支援しています。		
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	移動美容室を利用したり、起床時の洋服の選択など希望に合わせ支援しています。		
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	定期的なお楽しみ献立を作り入居者様からのリクエストと一緒に作れる物などメニューに取り入れています。感染予防のため、職員と一緒に食事をとらず、時間と場所を変更しています。	利用者はそれぞれの能力に合わせた手伝いを行って職員と一緒に準備や片づけを行っている。季節の行事食を提供するほか年数回は外食やテイクアウトなどの食事を取り入れ、食事が楽しみとなるような工夫をしている。	
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	個々に合わせて食事形態を変更し提供しています。食事や水分摂取量が少ない時は、チェック表を導入し、適切な支援を行っています。		
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	一人一人に合わせて声掛け、見守り、一部介助を行っています。また口腔の状態に合わせて歯ブラシではなくスポンジブラシなども使用しています。		

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	
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	プライバシーに配慮した声掛け、トイレサインに合わせた促しをし排泄支援をしています。紙パンツやパットは個人に合わせたものを使用しています。	利用者の状態に合わせてパットの種類を変え、不快なく使用できるよう配慮している。排泄の自立した利用者が多く、職員はさりげなく誘導し、パット交換等を行っている。		
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	乳製品を1日1回提供しています。また毎日軽体操、便秘予防のための体操を取り入れてます。便秘気味の方にはオリゴ糖などを提供しています。			
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ず、個々にそった支援をしている	大体の曜日は決まっているが、時間については今までの生活習慣やご本人の希望に合わせて希望に近い時間で入浴の声掛けを行っています。	利用者の肌の刺激防止のために、入浴剤等は使用していない。浴槽に入れない時は、シャワー浴と足浴で支援している。同性介助を希望する利用者には対応している。足ふきマットは個別対応で感染予防に配慮している。		
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	ゆっくりと休めるよう入眠前の排泄の促しや室温の調整や安心できる声掛けを行っています。			
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	内服一覧表を個人記録へファイルし必要時に確認出来るようにしています。内服薬変更時は、赤ペンで印や注意事項を記入しています。			
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	食器拭き、洗濯物たたみ、広告、ビニール袋のたたみを一緒に行っています。			
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支援している	中庭やホーム周辺の散歩には、自由に出かけられるようになっています。	日常的に事業所の周囲を散歩して外気浴を楽しみながら足腰の筋力維持に繋げている。事業所の中庭の花壇で職員が花を育て、その周りにベンチを設置し、天気の良い日にはお茶を飲んだり、ひなたぼっこをしている。外部との関わりや気分転換のために、おやつやお茶などの買い物に出かけている。		

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	自分の手元に置いておきたい方には、ご家族と相談のうえ少額を所持して頂いています。		
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	ご家族に連絡する際に伝えて欲しい事はないかまたは電話口に出るか聞いています。		
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	家庭的な雰囲気を損なわないように配慮しながら日時や場所などを分かりやすいように支援しています。	利用者が分かりやすいようにカレンダーやトイレの表示を目線に合わせた高さに掲示している。ソファの横に本棚を設置している。グループホームは家庭、という事を念頭におきながら家庭らしい季節の飾りつけを意識している。	
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	リビングのテーブル、ソファ、椅子の配置を考えて居場所や共用空間を作っています。ソファの横に本棚を設置しゆっくり過ごせるよう配慮しています。		
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	なるべくご自宅で使用していた馴染みの家具や置物など持ってきて頂いています。またご家族の写真などを飾っています。	居室にはエアコンやカーテン等が備え付けられている。管理者は自宅で使用していた物品を持ち込んで欲しいと利用者や家族等に伝えている。	
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、廊下、浴室に手すりを設置しています。居室内もタンスやベッドなど家具の位置も自立と安全面を考慮して配置している		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム寄居

作成日 令和 3年 4月13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組み内容	目標達成に要する期間
1	6	身体拘束適正化委員会議事録の整備不足	議事録の整備	議事録のフォーマットを作成する	1ヶ月
2	35	防災訓練後の実施記録の整備	実施記録の見直し	実施した内容がわかりやすく、次に活かせる実施記録のフォーマットを作成する	1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。