

(別紙4) (西暦) 2021 年度

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	0873500144		
法人名	株式会社シルバーライフサポート木の実		
事業所名	グループホーム木の実		
所在地	日立市十王町友部東2-1-19		
自己評価作成日	2021年3月1日	評価結果市町村受理日	2021年6月11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_kouhyou_detail_022_kani=true&JgyosyoCd=0873500144-00&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	2021年4月20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)】

同敷地内に居宅介護支援事業・訪問介護・訪問入浴等の事業も行っており、入居前・入居後の在宅生活の支援も行っている事業所である。
--

【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)】

十王駅前に立つビルの1・2階にある事業所で、同ビルには、訪問介護等の事業所が入っている。利用者が遠慮せずに自分の思いを伝えられ、その思いを支援することを大切にしている。ホーム入り口で職員と一緒にタケノコの皮むきをするなど、利用者は自分のできることに喜びを感じて生活している。コロナ禍でも、地元の方が採れたての野菜を差し入れてくれ、利用者も地元で散歩や買い物をするなど、地域との繋がりを保っている。家族の面会が制限される中、『木の実ふれあい通信』と、個人の『介護支援報告書』を送付し、職員は家族に利用者の日頃の様子を伝える工夫をしている。*新型コロナウイルス感染予防の観点から、訪問調査は通常より時間を短縮し、簡潔に実施。
--

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、活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、安心して暮らしている (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	開設時、関係スタッフ全員で理念を作成したので共有できており、また新任研修時に説明を行い、全員が理解し実践できるよう努力している。	理念をホールに掲示。年度初めの職員異動時に職員に説明し、再確認をした。利用者が意見を言いやすい環境となるよう意識している。職員は3つの理念を理解し、一人ひとりに寄り添った支援をしている。	
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人として日常的に交流している	行事等には近所の方がボランティアが参加してくれたり、日課となっている散歩時に公園等で近所の方達と交流がもてていた。コロナ禍の中現在は自粛している。	コロナ禍で地域との交流の機会はないが、野菜などを差し入れてくれる方がいたり、散歩や買い物時に挨拶を交わすなど、できる限りの交流を実行している。調査日も、ホーム入り口で、差し入れされたタケノコの皮をむく利用者の姿があった。美容ボランティアが利用者のカットをしてくれる。	
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	事業所として地区社協に参加しており地区の民生委員の方達に認知症の理解や支援の方法を説明したり、地域の人達の相談を受けて各機関に繋げている。		
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	事業所として地区社協に参加しており地区の民生委員の方達に認知症の理解や支援の方法を説明したり、地域の人達の相談を受けて各機関に繋げている。	市の担当者と相談の上、書面報告で推進会議としている。活動状況等の報告をし、返信欄を設けて発送。家族、相談員、市職員等から返信が届いている。返信内容をまとめて記録し、家族代表者に送っているが、全家族への送付も検討したい。	
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	運営推進会議に市介護保険課職員が参加してくれており取り組み等を理解してもらっている。また管理者がグループホームの代表として市の高齢者権利擁護委員会の委員となり活動している。非常災害時の連絡や、問題ケースの相談等も行っている。	介護保険の認定更新時等に市に出向き、担当者と話したり、メールやファックス等でのやり取りを行い、良好な関係が構築されている。コロナ対策として面会制限をしたり、職員の行動にも注意している。高齢者権利擁護委員となり、会議にリモートで参加していたが、今年度、委員は退任となった。	
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	毎年社外研修にて受けてきた事を社内研修で伝達を行い、理解・実践している。	身体拘束防止委員会を3ヶ月毎に開催。結果を記録し、運営推進委員会に報告していた。立上り時に転倒が予測される利用者への支援や、外出したい利用者への対応など、その都度検討し、拘束にならないような支援を実践している。ミーティング時に、認知症・拘束・ことばかけなどについての研修を行い、報告書を作成している。	

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
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	3か月に一回虐待防止委員会の実施・同時に研修を行っている、また毎年社外研修にて受けてきた事を社内研修で伝達講習を行い、理解・実施している。		
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の社内研修を実施し、必要性のある利用者には活用の支援をしている。		
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	入居時に説明し、改定時も説明し同意を得ている。		
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	面会時に家族とスタッフが必ず話すようにしている。介護相談員(月1回)の来所も活用している、家族会にて食事をしながら利用者、家族と話す機会を設けている。(コロナで自粛中)	コロナ感染予防のために家族会は中止。面会制限をしているが、希望に応じて窓越しや短時間での面会の機会を作っている。リモート面会も検討し、今後、対応可能であることを案内したいと考えている。『木の実ふれあい通信』と一緒に個人の介護支援報告書を送付したり、こまめに電話連絡をする。コロナワクチン関係でのやり取りが多くなっている。特養申込みを支援したり、家族の意見をよく聞いて対応することを心がけている。	
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	スタッフ会議にて意見・提案を聞く機会の場を設けている。	隔月でミーティングを行って活発に意見交換をしており、管理者は職員の意見に対し、それが利用者を思っている意見であるかをよく確認し、対応している。シフトは交代要員の確保をするなど、職員が休みやすい環境づくりを行っている。職員からも、ホワイトボードを活用し、職員間の情報共有、連絡調整ができ、意見も聞き入れられ、働きやすい職場であるとの話が聞けた。	
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	就業規則・賃金規定(パートタイマーを含め)を定めている。またキャリアパス制度を導入している。		
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	個別研修計画を作成し実施している。また能力に応じた社外研修を受けさせている。		

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
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	社会福祉協議会主催の交流会に参加している。他事業所との相互訪問も行っている。		
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	入居前の事前調査の段階から不安・要望等を聞き、本人が安心出きる様に説明している。また入居前に見学や行事等に来てもらえるよう話をしている。		
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	入居時に必ず要望・生活暦等を聞き書式に記入してもらっている。またケアプラン作成時の資料の同意を得ている。		
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	入居前の担当ケアマネ・家族・本人と話し合い、本人に合った対応や支援方法を予測を含め検討し、対応している。		
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	スタッフ・利用者を含めた共同生活を念頭において、各自(スタッフ・利用者)のできる事での役割づくりや、助け合いで信頼関係の確立を図っている。		
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	家族の役割としてできることはやっています。(通院・散髪・一緒に買い物・外食) 気軽にホームに立ち寄って頂ける場の提供を心がけている。(コロナ禍の為自粛中)		
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	可能な限り馴染みの場所での散髪・買い物や、馴染みの人(以前住んでいた近所の方や友人)が遊びに来れるように家族と共に支援している。(コロナ禍の為自粛中)	コロナ禍で馴染みの方の面会を制限している。年賀状が届いた方がいたが、返事は出しておらず、来年は全員が年賀状を出すような支援をしたいと考えている。以前利用していたデイサービス事業所に散歩がてら立ち寄り、塗り絵に手紙を添えて送りたいと言う利用者の支援をした。水曜日を『買い物の日』と決め、飴や飲み物などを買いに行く利用者がいる。	

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
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	ユニットを超えて関わり合いが持てるようにしており、時にはユニットの変更を行っている。また共同作業等にて関わり合いを持つように意図的にセッティングしてる。		
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	希望する時は行っている。(本人・家族・施設等への協力)また在宅に戻る場合には社内のケアマネが担当することもできる。		
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	アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式のシートを活用している。	日常の会話から利用者の思いをくみ取るようにしており、一緒に散歩に出かけることもある。耳が遠い方には、ジェスチャーを交えながらコミュニケーションをとっている。	
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	アセスメント時に本人・家族から聞き取り、またセンター方式のシートを活用、また本人家族から同意を得てCM・SW・NSW等からの情報を得ている。		
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	随時経過観察をしており、その時に合った支援をするようにしている。本人の希望や要望も確認している。		
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	本人・家族・関係者より意見要望を聞き、スタッフ会議にて各スタッフの意見やアイデアを聞きプランを作成している。意見やアイデアがプランに反映しない場合は出来ない理由等を本人・家族・関係者・各スタッフに説明している。	本人や家族の意見を聞き、ケアマネが職員の声を参考にプランを作成。個人記録ファイルにも綴じ、職員はプランを意識して支援し、記録を残している。利用者本人がプラン同意のサインをした場合には、そのコピーを家族に送付している。家族同意の場合、以前は面会時に説明をしていたが、コロナ禍で郵送になっている。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、次の計画に繋いでいる。	
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	個別記録・引継ぎ記録を活用し情報の共有を図っている。又これらをモニタリングの資料の一部にしている。		

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
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	家族が出来ない時は家族の代行(外泊時の送迎・理髪店の付き添い・入退去時引越し等)を行っている。		
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	近隣商店や飲食店の利用、図書館の利用、祭り・運動会への参加。日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用。駐在所・消防・JR・タクシー・近隣商店への協力要請。		
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	家族にも協力してもらい主治医への定期受診・健康診断・個別検査・専門医院への受診を実施しており、協力医療機関からの往診も受けられるようになっている。	要介護2以上は協力医の往診、要介護1までの利用者は職員が同行して受診をしている。他の専門科受診は家族介助で受診し、必要な時は協力医の紹介状を持参したり、サマリーを作成することもある。薬や利用者の状態変更があった時に家族に電話連絡をし、記録に残している。協力医は、24時間電話対応をしてくれ、職員も安心できている。歯科は必要に応じて受診するが、往診も可能である。	
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	社内看護師に随時相談することもでき、受診や看護が必要と思われるときは協力医療機関に相談し、受診・往診を行っている。		
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。	入退院時は必ずスタッフが付き添い病院関係者との情報交換や相談をしている。		
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	看取りの方針を定めており早い段階から本人・家族等と話し合いを行い方針を決め同意をとり、主治医に説明し協力も得られる。	原則として看取りは行わないことを契約時に説明し納得されている。現在、看取りを希望されている方について、医師の説明を受け、家族の同意を得て、見守っている。職員は、会議時や状況変化の都度、話し合いを行って支援しており、医師も驚くような良い状態になっている。緊急時は夜間でも、管理者、医師に連絡がつき、不安や負担を軽減して支援できている。	
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	新任研修に組み入れており、また消防署より普通救命講習を受けている。重度化や終末期の利用者のケースはスタッフ会議にて適宜研修を行っている。		

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
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	定期的に訓練を実施しており、消防署により非難時の打ち合わせや指導を受けている。また水害・土砂災害による避難確保計画の説明会にも参加し、避難計画を作成し研修も行っている。	年2回避難訓練を行い、意見や感想を含めて報告書を作成している。設備業者の支援もあり、器具の使い方の指導も受けている。消防署の指導により、2階に防火扉を設置し、一時避難の場所も確保できた。エレベーターがなく、消防署の指導により、幅員の関係で階段昇降機を取り外し、散歩に行くときも担架を使って昇降する方がいるが、利用者も職員も担架使用に慣れている。避難時、階段以外の避難方法として、避難はしごや一般的なはしごを用意しているが、利用者が実際に使ったことはない。土砂災害マニュアルなど災害別のマニュアルを策定している。防寒の毛布等含めての備蓄や、持ち出しグッズの用意がある。AEDを設置し、研修も受けている。	食料品や防寒対策などの備蓄については、保管管理されているが、最近の自然災害時に停電が増えていることから、停電に備えた準備について検討することを期待したい。指定の広域避難場所については、利用者の混乱等を考慮し、個別の部屋の確保や福祉避難所の有無等、職員間で話し合い、行政への問い合わせなど確認しておくことを期待する。
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	社内研修により理解を図り、随時指導している。	利用者が言いたいことを言い易い環境づくりに力を入れている。トイレ誘導時に大きな声で誘わないなど、利用者に配慮した声かけをするようにしている。写真掲載については、契約時に口頭で同意を得ている。通信はユニットごとに作成する。	
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	個別に話を聞いたり、場所を変える等工夫して自己主張・自己決定できる様に努めている。		
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	本人のペース・希望を大切に支援するようにしている。		
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	購入・理美容等は家族の協力も得て来ている。		

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
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	能力に応じて協同で役割設定が出来ており、食事関連の流れが出来ており楽しむ事が出来ている。	前もっての献立は作らず、利用者の希望と冷蔵庫の材料をみて調理している。食材は、主に配達業者から仕入れ、不足分を職員が買い出しに行く。入浴日には、主食とメインを作り、総菜を取り寄せることもある。野菜の下ごしらえやみそ汁の味付け、食器ふきなど、利用者ができる仕事をしている。寿司や仕出し弁当は利用者の楽しみとなっており食欲が増す。ケーキのデコレーションや焼きそば、たこ焼きなどのおやつ作りも楽しんでいる。職員は、食事介助と見守りを行う。	
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	食事摂取量・水分量を記録で残して分かるようにしている。個別に形状を変えたり、器等も変えている。		
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、能力に応じて支援を行っている。		
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	原因追及を行い、医学的・身体的・心理的アプローチを行い、段階的に自立に向けた支援を行っている。	2～3時間毎の定時と利用者に応じた声かけをすることにより、失禁が減った方もいる。立位が困難な方はおむつを使用。ストーマを使用されている方には、より清潔に保つ配慮がされている。排便の時間を記録し、その方にあつた時間帯で誘導している。	
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	飲食物の内容検討や運動している。また個別に主治医に相談している。		
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、個々にそつた支援をしている	入浴日は決めているが希望がある時は支援している。また極力本人の希望する時間帯に行うようにしている。	週2回、午前入浴を基本としている。特別浴の装置はないが、必要に応じて数名で介助を行い、全員が浴槽に入れている。入浴剤を楽しむ。脱衣所に扇風機やヒーターを置き、ヒートショック予防に配慮している。足ふきマットの上に個人のタオルを敷き、感染予防をしている。	

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
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	安眠・休息は本人のサイクルに合わせている。		
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	服薬内容・副作用とわかるようにファイリングし活用している。		
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	個別に役割を設定したり、趣味等行えるように支援している。家族の協力を得て外出・外泊の協力、本人の希望に応じた行事の設定。		
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	希望があれば可能な限り外出支援(散歩・買い物等)行っている。また本人の生活歴等を考慮して支援したり、家族等にも協力を求めている。	コロナ前は散歩以外の外出も多かった。現在、希望者は散歩に行き、飲み物などの買い物をする方もいる。『木の实ふれあい通信』には、初日の出に手に合わせる利用者の姿が載っていた。お花見など、車で出かける時ときは全員が参加する。コロナ終息後には、もっと頻繁に外出支援をしたいと考えている。	
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	本人の協力に応じて所持管理の支援、買い物時の支払い支援を行っている。		
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	本人が希望し相手先が了承している場合は支援している。		

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
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	季節ごとに掲示物を変えたり、行事でも季節を味わえるよう心掛けている。	廊下には手作りの鯉のぼりタペストリーが飾られ、季節を感じた。落ち着いたレンガ調の壁紙、緊急持ち出しグッズが入っている収納スツールなど、職員が手作りして、家庭的な雰囲気を醸し出している。トイレや浴室は清潔感があつた。1階ユニットの廊下にある2つの水槽には、熱帯魚やエビが飼われており、利用者の癒しになっている。利用者は食堂を兼ねたホールで、演歌や童謡を歌ったり、折り紙や塗り絵、体操をして過ごしている。	
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	自由に共用空間を利用できるよう声掛けをしている。		
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	馴染みの物の持込・本人の能力・好みに合わせてセッティングを心がけている。	居室入り口に思い思いの暖簾がかけられ、居室内には職員手作りの収納いすや物干し棒など、便利に利用できる工夫がされていた。おむつ等が収納されたラックには目隠しのカーテンがかけられている。テレビやダンス、椅子などが置かれ、写真や孫が描いた絵などが飾られ、利用者や家族の思いに沿った居室となっていた。冷蔵庫の管理は職員がしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	スタッフで話し合い個々の能力に合わせ 環境整備を行っている。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム木の実

目標達成計画

作成年月日 : 2021年6月4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	35	食料品や防寒対策などの備蓄については保管管理されているが、最近の自然災害時に停電が増えていることから対策について検討する必要がある。	停電に備えた災害対策を整える。	指定の広域避難場所を行政に問い合わせ確認する。…近隣地域の交流センターを借りる。 停電対策について …各居室に着替え等一式そろえたリュックとソーラー発電タイプのランタンを用意する。	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。