

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	0872500095		
法人名	医療法人 永慈会		
事業所名	グループホーム一貫堂		
所在地	茨城県常陸大宮市下町229		
自己評価作成日	令和 5 年 7 月 20 日	評価結果市町村受理日	令和5年10月10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.kajigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kihon=true&JiryosyoCd=0892500224-00&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5年9月8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)】

グループホーム一貫堂では、地域での行われている夏祭りへの見学や参加、ドライブでのお花見や紅葉(紅葉狩り)、慣れ親しんだ場所へ行き利用者と職員と一緒に楽しく思い出にひたたりして楽しく過ごしています。また、利用者の誕生日には必ず職員手作りのフォト集を贈り皆でお祝いしています。利用者のご家族様には毎月「一貫堂だより」を作成しグループホームでの過ごされている様子を送って、元気を姿を見ていただけるよう届けています。

【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)】

事業所は駅に近く住宅街の一角にあり、ウッドデッキのある中庭を挟んだ2ユニットで、一般住宅に溶け込む佇まいである。現在はコロナ感染症予防の為に地域住民との交流を自粛しているが、近隣から野菜のおすそ分けや手作りゴミ箱を頂いたりして地域との関係を継続している。協力医療機関が近くにあり、週1回の訪問診療や事業所の看護師による見守りがあり、利用者や家族等にとって安心して生活ができるよう支援をしている。食事は担当職員が全て手作りで、利用者の嗜好を聴いて提供したり、代替え食も用意している。月1回は刺身や利用者の希望でウナギなどを提供し、利用者の食の楽しみに繋げるよう、取り組んでいる。長年勤務している職員が多く、コミュニケーションが良く利用者が自宅と同じように暮らせるよう全職員で努めている。

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、生き活きと働いている (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させている (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

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	地域密着型サービスの意義をふまえて作成した理念を、毎朝、職員一同復唱する事で、利用者支援の意義を再確認し、日々の業務を行うよう勤めている。	職員は毎朝復唱して理念を意識して日々の仕事に活かしている。理念にあるように一人ひとりの人間性を尊重した支援を行っている。	
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人として日常的に交流している	グループホームでは、町内の自治会に加入していて、回覧板を届けたり、自治会が開催する祭りに参加したりと地域の交流を図っている。町内会の方からは、「何か困ったことがないか」など声を掛けていただいたり、野菜や手作りのゴミ箱を頂いたり関係性を深めています。	自治会に加入し、地域とは様々な交流をしている。認知症キャラバンに参加している。コロナ禍や猛暑などで行事が中止になっているが以前は祭りなどへの参加もあった。	
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	地域医療についてや運営推進委員のかたの協力を経て、認知症サポーターキャラバンなど参加することで、地域の方々に認知症に対する理解を深めてもらうよう努めています。		
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	運営推進委員会を2か月に一度開催し、現在のグループホームでの生活状況の報告や年度初めには、年間行事計画を案内説明している。また、身体拘束廃止への取り組み等の意見交換をし支援反映をさせている。	コロナ禍で会議を中止していたが今年の5月から対面での会議を再開している。委員から事業所の前の道路が広くなったことから安全確保のための要望を出しては、との意見があった。	
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に取り組んでいる	運営推進委員のメンバーに、市の職員も加入して頂き、会議のときに意見交換を行い疑問に感じていること、法解釈などの不明な点などをその都度確認し積極的に関わるよう努めている。また、包括支援センターの方もメンバーである為入所困難ケース(経済的等)や権利擁護等相談している。	市職員とはメールや電話連絡を取り合ったり、コロナ感染症予防の相談や法解釈などで不明な点を確認している。包括支援センターも運営推進会議で入所困難事例や権利擁護等の相談をしている。	
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	身体拘束廃止の為の方針を作成し、職員の周知徹底している。また、身体拘束廃止委員会や運営推進委員会において、身体拘束に関して議論された内容をミーティングなどで報告している。施錠に関しては、施設が道路に面し近くには国道があり車の往来も激しい為、家族の希望もあり玄関のみ施錠している。	身体拘束排除のための指針を作成し、委員会を定期的に開催して記録に残している。家族等の了解のもと、玄関の施錠をしている。職員は2か月に1回研修を受けている。	
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	虐待防止委員会を設置し、また、高齢者虐待対応マニュアルを作成している。委員会については各部署の管理者及びクリニックの委員長と3ヶ月に一回以上虐待について意見交換を行っており、その内容を各部署の職員に対して周知徹底を図り意識向上及び防止に努めています。		

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	入所中の利用者の方が成年後見人制度を利用している方もいるため、事前に職員が対応をできるようにミーティング等により同制度の概要などの知識を伝達している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約する前に一度一通り説明をして、入所時に疑問に思うことがないか確認し、再度説明を行い理解と納得を得ている。		
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	2か月に一度開催される運営推進委員会に利用者家族会会長に参加、出席して頂き、また、1年に一度開催している家族会などにおいて、貴重な意見等を伺っている。更にグループホームの玄関に意見箱を設置し何時でも意見を伺える配慮を行っている。	玄関に意見箱を設置するとともに面会時に意見を聞いている。運営推進会議に家族会会長が参加している。面会の希望等について話し合いを行っている。	
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	全体ミーティングや緊急をよする時は、臨時職員会議を開催し職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、通常業務の申し送り時にも意見交換の場を設けている。	日ごろから話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員ミーティングや随時行われる個人面談で意見や要望を聞いている。希望休や物品購入についての要望には即対応している。	
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	就業規則にて改善等見直しをするなど、職員にとって働きやすい環境作りに努めています。		
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	介護専門の資格等がない職員に対し研修を積極的に参加させ、資格を有する職員に対しても認知症管理者研修、実践者研修、リーダー研修に参加させている。		
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	グループホーム連絡協議会にて市内のグループホーム、地域介護支援専門員協会などが主催する研修に参加している。その際には、お互いの情報交換をし交流を深めている。		

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
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	入所希望時は必ず家族の方と面談し、グループホームを見学して頂いている。入所するにあたって本人に関して情報は担当のケアマネージャーに確認し、入所の際は事前に実態調査をし本人と面談を行っている。その際本人の現在の状況、本人の希望、不安なことを傾聴し、把握するよう心掛けている。		
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	家族の希望、現状、家族が困っている内容を入所時に面談した際、把握するよう心掛け可能な限りサービスを提供できるように職員一同心掛けている。		
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	当ぐに希望の際、本人及び家族にとって必要な支援は何かを考慮し必要があれば他の事業所、別サービスを繋げられるよう取り計らう。		
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	季節の行事、誕生会、また、昼食を一緒に摂るなど利用者と楽しい時間を共有するよう職員一同心掛けている。		
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	入居している状態でも、家族と情報を共有しできる限りグループホームへ来所して頂き、その際には本人とコミュニケーションをとるよう家族が負担にならない程度に協力をお願いしている。		
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	本人の馴染みに関しては、入所時に必ず家族から聞き取りをし、フェイスシートに残している。また、親類などにも会うことができるように外出して頂き利用者が地域の空気感を忘れないよう支援している。	入居時に家族等からアセスメントした内容をもとにフェイスシートを作成して利用者の馴染みの関係を把握している。手紙や電話でのやり取りなどを支援している。	
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	毎朝、レクリエーションを行いみんなと一緒に歌を歌ったり、ボール投げや輪投げなどで利用者同志のコミュニケーションを取れるよう職員も支援している。また、普段の会話などで気持ちが通じ合うように環境を整えている。		

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	退所された方の家族がその家族がその後の状況で相談が来た場合は、必要があれば相談などにのれるよう努めている。		
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	入所前の面談では殆どの入居者は自宅での生活を望んでいる。そのため家族から日常生活の状況、会話、趣味等をお聞きして、グループホームで過ごす際に本人の希望を汲み取り、利用者本位の視点を心掛けている。	利用者の思いや希望を傾聴し、全職員で把握している。意思疎通が困難な利用者からは家族等から聞いたり、しぐさから読み取っている。	
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	初回アセスメント、入所前の担当ケアマネジャーからの情報などにより、入居者の生活歴、過ごした環境等を聴き把握するよう努めている。また、本人が落ち着くような空間づくりを心掛けている。		
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	毎日のバイタルチェックや生活状態、行動記録、また、残存機能の把握等に努めている。		
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	現在の残存機能をいかに低下させないか医師の指導を受けながら、モニタリングを行っている。利用者や家族から意向も聞き支援の在り方について再確認し、介護計画に反映するよう努めている。	利用者や家族等の要望から計画書を作成している。管理者や看護師からの聞き取りや半年ごとのモニタリングを計画に反映している。状況に変化があれば随時見直しを行っている。	
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	毎日の個人の記録及び日誌に日々の様子を記録している。また、変化の気づきなど職員同士の情報の共有をし必要に応じてミーティング等を行っている。		
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	地域の夏祭りや理容カットなど地域資源を活用しながら多種にわたるサービスを取り入れている。利用者の通院など家族の都合が場合はグループホームが対応している。		

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
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	地域のボランティアの方の訪問や地区の祭りへの参加、また、訪問歯科診療などフォーマル、インフォーマルな資源をできる限り活用し、本人のお暮らしが豊かになるよう努めている。		
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	入居時必ずかかりつけ医療機関があるか確認し、ある場合は家族に協力して頂き通院の際には家族に付き添いをしていただいている。またかかりつけ医療機関がないときは当法人のクリニックにて訪問診療など定期的に適切な医療を提供している。	法人のクリニックの医師による訪問診療が週1回ある。契約時には希望するかかりつけ医への受診が可能なことも説明している。かかりつけ医への受診は基本的に家族等が行っている。	
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	看護師と介護士と密接に連携し合い、利用者に必要な支援を提供している。また、当法人内他事業所の看護師にも必要に応じて来所して頂き、看護が受けられる体制を整えている。		
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。	入院の際、かかりつけ医と入院先の医師同士の情報提供や服薬情報書の提供などを行い、スムーズに入院が出来るよう努めている。入院中はソーシャルワーカーや病棟看護師、家族との連携をとり早期退院を努めている。		
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	入所の契約の際見取りに関する指針を利用者の家族の方々に「病状重度化対応指針書」にて説明をし、それに沿って対応している。	「病状重度化対応指針」を作成し、家族等に説明している。看取りは行わないことを明記し、家族等に説明し同意を得ている。重度化に対するマニュアルを作成するまでには至っていない。	重度化に対するマニュアル作成を期待したい。
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	当グループホームにもAEDを設置し、職員それぞれが使用できるよう講習を受けている。また、消防署にて行われている普通救命講習を防災担当者は受けるようにしている。		
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	夜間、日中想定避難訓練を含み年2回行っている。また災害時備品や医療用品、生活用品等を担当を決め管理をしている。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行っている。災害に備え備蓄品を管理している。近隣住民へは協力の呼びかけを行っている。	

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
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	入居時契約の際、家族に個人情報同意書や重要事項説明書で家族、本人に説明している。また、マニュアルを作成し職員一人一人が把握して行動している。	排泄や入浴時には利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている。人権尊重や守秘義務についてはマニュアルを作成し、ミーティング時に話し合っている。	
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	季節ごとの行事や散歩など利用者の希望、要望を積極的取り入れている。共同生活の場でもあるフロアでは利用者の要望が自然と発せられるようコミュニケーションを図っている。		
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	一人一人の生活リズム、気持を優先し可能な限り本人の時間で動くことが出来るよう支援している。		
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	本人の望む服装や化粧を提供できるよう努めている。また、2か月に一度理容カットを行うなど身だしなみを整えている。		
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	毎日利用者と職員が一緒に食事を頂いている。また、準備や片付けを一緒に行うよう努めている。メニューに関しては希望を取ったり、月一度は刺身などが食べられるようにしたり弁当を取ったりと食事に変化を取り入れるようにしている。	職員が買い出しをして食事を作っている。利用者は準備や後片付けなどできることを一緒に行っている。月1回は弁当や刺身を取って利用者の楽しみとなっている。季節ごとの行事食も提供している。	
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	医師に指示により栄養士と連携し栄養バランスをお整えている。栄養状態がよくない時は、栄養補助飲料やゼリーを使用し、一人一人の特性に合った食事を提供している。また、1日分の栄養補給など記録し脱水状態に注意を払っている。		
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、口腔ケアを実施し必要に応じて舌ブラシや歯磨き用ティッシュなど使用している。また、口腔状態を確認し異常があった場合は協力医療機関に連絡し往診して頂き診ていただくようにしている。		

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
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	基本的に日中帯は本人の尿意や便意などの訴えに応じて適切に誘導し、尿意等を訴えることができない利用者の場合は、定時誘導を行っている。オムツ使用に関しては、本人の健康状態や夜間帯など限られた場合のみ使用している。	排泄チェック表等から利用者の排泄パターンを把握して誘導をしたり、訴えに応じて誘導するなどできるだけおむつを使用せず、トイレでの排泄を支援している。ラジオ体操やストレッチを取り入れて体を動かし、便秘予防に努めている。	
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	毎朝、ラジオ体操やストレッチを取り入れ、身体を動かすよう努めている。また、職員と一緒にグループホーム付近を散歩したり廊下を歩いたりしている。排便チェックリストを使用し、状況によっては医師の指示を仰ぎ処置を行う。		
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	基本週2回となっている。時間帯については職員の多い時間帯に限られている。本人の要望を聞くことは難しいが可能な限り本人が希望する時間帯に入浴が出来るよう取り計らう。	入浴は基本週2回としている。利用者の希望に沿って、入浴の順番や同性介助などに応じている。入浴を拒む利用者には無理強いせず時間や声をかける職員を替えるなどして対応している。	
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	日中、昼寝がしたい時などは自由に行っているが、昼夜逆転しないよう声掛けをしている。また、夜間気持ちよく眠れるよう室温管理、換気、湿度管理をしている。		
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	入居者一人一人の薬の情報をファイルし、職員全員が把握できるようにしている。服薬内容が変更になった時、変わった内容については看護師、管理者によ申し送りにて職員全体に周知できるようにしている。		
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	入居者で考える・作る等高齢になり欠如してきているが、職員が一人一人それぞれの楽しみを生活の一部に取り入れるよう支援している。また、行事でお月見用お団子を利用者と職員と一緒に作ったり、四季折々の花を花瓶に生けてもらったりしている。		
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	お花見、紫陽花、紅葉など外出レクなど行い、気分転換に散歩に出掛けたりと外出の機会を提供している。また、家族と外出していただくことによって本人と家族時間を大切にしている。	現在は事業所周辺の散歩や家族等との外出などを支援している。今後弁当を持っての花見やドライブなどを再開する予定である。	

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	物忘れなど認知症があるため、お金の自己管理は難しいが希望に応じて自分の希望に沿ったお金の使い方ができるよう努めている。		
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	「電話をかけてくれ」と利用者の要望は極力応じているが、本人が伝えたいことを職員より家族へ伝えている。手紙など家族から来た場合は本人に渡し「返事が書きたい」等あった場合、書いていただき郵送している。正月には年賀状を本人に言葉を書いて頂き出しています。		
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	共有の空間には、自然な空間(緑が多い)を提供し、落ち着いた雰囲気の中で生活できるようにしている。季節感を感じさせるような花や小物で演出し作業療法で季節ごとの壁画を作成している。昔ながらのお雛様や鯉のぼりなどの飾りつけも、従来の生活を思い出していただけるようにしています。	ホールや廊下の壁には職員と利用者で季節毎に折り紙を切った作品を飾っている。温度や湿度を管理している。利用者に四季折々の花を花瓶に生けて貰っている。ホールは2ユニット一緒にテレビが設置され、大きな窓から陽射しを取り入れ、開放的である。	
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	共有スペースでは他の利用者とは会話を楽しんだり、職員と一緒に塗り絵や書道などを行ったり、一人で過ごしたいときには自分の部屋で過ごされたりと、思い思いの時間を過ごしています。		
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	各居室には、使い慣れた物や家族で撮った写真などを何時でも見れるようにしている。また、入所時にはテーブルやTVなど家族と相談したり、本人の希望で設置したりと、居心地の良い空間になるようにしている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台等が備え付けられている。入り口には名前を書いた大きな表札や折り紙がある。管理者は自宅で使い慣れた家具や品物を持ち込んでもらえるよう話をしている。	
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	トイレ、廊下、浴室、居室には手すりを設置し、トイレ浴室、居室にはそれぞれの場所が認識できるよう、本人の自立性を促す工夫をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 医療法人永慈会 グループホーム一貫堂

作成日 令和 5 年 10 月 10 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	重度化対応マニュアルが作成されていない	重度化対応を職員が理解し対応がスムーズにできる	重度化対応について詳しくわかるようにマニュアル作成し、利用者が重度化対応となった時にスムーズに対応ができるようになる	3ヶ月
2	35	前回は指摘して頂いた避難訓練の記録について、問題点、課題の記録はされているが、その問題点、課題を生かした訓練がされているか、記録として残させていない	前回の訓練の問題点、課題を生かされているか評価をして記録に残す	避難訓練を行う前に、前回の問題点、課題を確認しそれを生かした訓練を行い評価をして記録に残す	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。