

### 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	0870300969		
法人名	有限会社 和晃		
事業所名	グループホーム和晃		
所在地	茨城県土浦市若松町5-28		
自己評価作成日	2022年12月10日	評価結果市町村受理日	2023年3月6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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kan=true&amp;JigyouCd=0870300969-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kan=true&amp;JigyouCd=0870300969-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【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	2023年1月24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"> <li>・利用定員が8名と小規模で、自分の家にいるようなくつろげる場を提供している。</li> <li>・これまでの生活習慣を大切にしながら、入居後の生活に早く馴染めるよう支援している。</li> <li>・入居後も、残存能力を活かして本人らしい生活が送れるよう支援している。</li> <li>・入居後に介護度の急激な変化があり重度化した場合でも、利用者やご家族等の意向を最大限に尊重した尊厳ある生活が維持できるよう、指針に沿った支援を行っている。</li> </ul>
---

【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>利用者も職員も10年以上の人が多く、8名の小規模な事業所の特徴を活かし、利用者の行動が分かるので、穏やかに接し、利用者個々の思いに沿った統一したケアを提供することにより、残存機能の継続・改善に全職員で取り組んでいる。オーナーの地元であるので、地域住民との交流が出来ており、事業所・認知症に関して理解を得ている。コロナ感染予防対策マニュアル・必要物品・ガウンテクニック・シミュレーションは実施している。</p> <p>* 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。</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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	職員会議の冒頭、理念・社訓のポイントを指定された者が読み上げ再確認するとともに、カンファレンスや業務引継ぎ時に、理念に沿った介護サービスが提供されるよう意識の共有を図り実践に務めている。	理念と5つの約束を掲げ、職員会議やカンファレンスで確認を行い、管理者と職員は理念を共有し実践に繋げている。地域密着型の意義を踏まえた理念は、地域交流が再開された時点で作成している。職員は利用者・家族等の意見・意向の方向性を理解してケアにあたるのが大切だとの考えで支援に努めている。	
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	法人として、また、経営者個人としても自治会に加入しており、平素から地区長等に働きかけ地域交流を促進している。利用者の散歩外出、公民館行事、祭礼参加等、あらゆる機会を通じて交流に努めている。	管理者は法人・経営者個人として自治会に加入し、地域貢献に努めている。地域の情報は回覧板で得ている。野菜・お花・サークルで作った飾り物・ブローチ等を頂くこともある。散歩に出ると庭の花を摘んでいってもいいと言われる。介護に関する相談に応じ手続きやアドバイスを行っている。	
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	自治会や民生委員、地域サークル等との交流を通じ、自宅介護に悩んでいる方や一人暮らしの高齢者等に対し、介護サービスの種別や申請に関する手続きの相談、提案を行う等、地域貢献に取り組んでいる。		
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	事業所から利用者の状態や介護サービスの供等運営状況を報告するとともに、参加者からの意見、提言を受け、サービス向上に反映させている。会議が実施できなかった場合、書面報告により対応している。	現在はコロナ禍の為、書面報告となっている。主な内容は利用者状況・活動予定・報告・運営状況等で、各委員には届け、その時に意見を聞くようにしているが、特に意見は出ない。職員には会議等で報告し共有している。	
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	介護相談員の受け入れ、市担当課との各種会議や個別相談、他の事業所や地域包括支援センター等の情報交換に努め、連携強化を図っている。	介護相談員の訪問は中止となっている。問題点・疑問点があれば担当課に赴き、アドバイスを受けている。子供110番の家や地域密着認知症サポートに登録している。地域密着型連絡協議会やケアマネ会、小・中学生の町探検、中学生の体験学習の場は中止となっている。	
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	「身体拘束のない介護のための指針」を制定し、研修やあらゆる機会を通じて全職員に周知徹底を図っている。玄関施錠は、本人及び家族の了承を得てやむを得ず行う場合以外は行わない。	身体拘束のない介護のための指針を作成し、3か月ごとの勉強会・年2回の研修会で安全・安心に向けたケアの提供に取り組んでいる。家族の同意を得て、転倒防止の為、移動時のみ車いすベルトを使用しているが、普段は見守り支援を行っている。やむを得ず拘束となる場合は同意を得て解除に向けた取り組み等を記録に残している。	

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逃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	管理者の高齢者虐待予防に関する研修の受講、職員に対するマニュアルや資料に基づく研修、事例検討等により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	市や社会福祉協議会との情報交換等により各種制度の理解に努めており、これらを踏まえ、入居申込み時や入居後に、利用者や家族の置かれている状況を考慮した権利擁護の説明、活用を支援している。		
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	契約等の内容は、説明を加えて分かりやすく読み上げるとともに、一つひとつ疑問点や不明がないかを尋ね、理解、納得し相互理解を得た上で契約締結を行っている。		
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	面会や電話連絡等の際、利用者及び家族と管理者等が話し合い、意見や要望が反映されるよう取り組んでいる。重度化しても指針に沿って十分に話し合い、最後まで納得されるサービス提供に努めている	面会は窓越しで対応している。利用料金の支払い時や電話連絡時等に意見や要望を聞くようにしている。誕生会やイベントの写真を送付している。今後は定期的にお知らせが出来るようにしたいとの事。	
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	経営者自身も介護業務に携わっており、平素から職員の意見、提案を忌憚なく話し合える体制になっている。また、毎月開催の職員会議でも話し合いの機会が十分に設けられており事業運営に反映されている。	オーナーも現場に出ているので、職員とのコミュニケーションは取れている。気づき等はその場で話し合い改善できるなら即、実行している。入所時のアセスメントを共有したいとの職員からの要望で、いつでも見れるようにした。常に話し合える環境なのでストレスや不満はなく、職場環境は良好である。	
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	職員個々の置かれている家庭環境等を考慮し、勤務日や勤務時間帯を調整するとともに、常に給与水準の見直しを図る等、働きやすく、やりがいのある職場環境づくりを推進している。		
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	経営者が自ら介護業務に携わりながら職員個々の能力把握に努めており、指示命令だけでなく、一緒に考えながら個々の能力向上を図っている。また、職員が各種研修会へ参加できるよう心掛けている。		
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	地域密着型介護サービス協議会に加入、参加し、意見交換や事例検討等を行いサービス向上に努めている。また、当会は、会員間で個別に自由な交流、意見交換ができる体制にもなっている。		

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
<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 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	利用者本人だけでなく、家族、ケアマネジャー、サービス提供担当者、医療関係者等から課題や要望等を聞き取り調査するとともに、入居後は、本人の状態を考慮し、要望に沿ったサービス提供に心掛けている。		
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	家族等と十分に話し合って相互理解を深め、不安が払しょくされ、意見や要望等を忌憚なく話せるような信頼関係の醸成に努めている。		
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	入居相談や施設見学時に、本人や家族等の意向を勘案した介護サービスの情報、内容等を伝え、「今、どのような支援が必要か。」を話し合い、適切なサービス利用を勧めている。		
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	小規模事業所の特色を活かし、「相互扶助」の精神の下、アットホームな環境づくりを推進している。		
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	面会の促進、手紙や電話による情報交換、ケアプランの見直し時の報告連絡等により、本人と家族等が疎遠にならないよう心掛けている。		
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う、支援に努めている	元理容師の利用者による家族散髪の継続支援、知人、友人等との面会、好きな場所での買い物支援等、人や地域との関係継続に務めている。	電話や手紙で馴染みの大切な人との関係継続に努めている。元理容師だった利用者が家族の送迎で自宅に戻り、整髪を行っている。散歩で馴染みの人と会ったときは、挨拶を交わしている。利用者同士がリビングや各居室でお茶や会話を楽しむ関係となっている。利用者が利用者の世話をする光景がある。職員・利用者とも10年間以上の馴染みの関係となっている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	くつろぎの場所として、リビングだけでなく各居室にも椅子等を置き、お茶飲みや会話ができる環境にしている。		
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	退去後も、今後の課題等について話し合い、いつでも相談や支援に応じる体制を整えており、継続的な関係構築に努めている。		

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
<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 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	日常の会話や支援活動等から、希望、意向を汲み取り集約し、記録、申し送り、個別ケア会議等を通じて問題解決に取り組んでいる。	利用者が話がかたと言ってきた時は、居室で聞いている。得意とする縫物や折り紙、塗り絵、洗濯たたみ等を行ってもらうことでやりがいに繋げている。エアコンが苦手な利用者には扇風機や、湯たんぽで対応している。全職員で共有する仕組みも出来ている。困難な場合は問いかけを工夫したり表情・仕草・様子から汲み取り、利用者本位に対応している。	
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	入居前の事前調査やケアマネジャー、サービス提供担当者、医療関係者等の聞き取りから全体像を把握するとともに、入居後の日常会話や支援を通じて詳細な実態把握に努めている。		
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	日常の見守り、支援活動から利用者個々の心身状態や能力把握に努め、業務引継ぎや申し送り、個別ケア会議等において全職員が現状を共有できるようにしている。		
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	担当者は、日々の様子観察や各職員からの聞き取り、簡易モニタリングの実施、家族等との情報交換を通じ状態に応じたケアプランを作成している。また、個別介護記録にもプランを綴り情報を共有化している。	利用者のニーズとケアのあり方を話し合い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。ケース記録は一日の様子がわかる記録となっている。申し送り・支援経過記録からモニタリングを行い、評価に繋げ、現況に即したプランを作成している。	ケアプランと連動されたケース記録を残すことで、目標達成となる経過が把握できるので、書き方を検討することを期待する。ケース記録に医療事項を記入しているが、ペンの色を変えて、分かりやすくすることを期待する。
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	介護記録は日勤帯、夜勤帯に分けて心身の変化や対応を記録しており、その後のケアに役立てるようにしている。申し送り、個別ケア会議等を通じて情報を共有し、実践、介護計画を見直しを図っている。		
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	訪問マッサージの導入等、利用者の要望に対し、心身状態を考慮しながら柔軟に対応している。		
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	近辺散歩やショッピングモールに出かける等、閉じこもりのない生活を促進し、祭礼等の地域行事にも参加することにより心身の活性化に努めている。		

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
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	利用者及び家族等の希望に添ったかかりつけ医に受診できる体制をとっている。また、希望があれば内科、歯科の訪問診療を受けることができ、内科は緊急、夜間にも受診できる体制を整えている。	協力医療機関より月2回の訪問診療や週1回の訪問看護、と精神科の訪問看護が来訪し体調管理に努めている。受診後は家族に結果を報告して記録に残している。突発や緊急時も24時間医療連携している。訪問歯科診療の受診も可能である。	
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	看護職の配置はないが、訪問看護サービス導入時には看護師との情報交換、連携に努めている。また、訪問診療利用時にも看護師との連携を強化している。		
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。	入院に際しては訪問診療の主治医等に相談して対応しており、利用者等承諾の下、医療機関との迅速、円滑な情報交換に努めている。入院中も病院の相談員等関係者と連携し、早期退院、退院後の対応等について緊密な情報交換を行っている。		
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	「重度化した場合の対応に関する指針」を制定し、契約時に説明の上書面を交付しており、入居後も指針に沿った最大限の支援に努めている。また、入居前の見学や申し込み時にも、事業所の方針を十分説明し理解を得られるよう取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合の対応に関する指針」を説明し、同意書を取り交わしている。要望が出た場合は医師より家族に今後予想される容態の説明があり、希望があれば、全職員でターミナルケアに沿った最大限の取り組みを行い、お別れを実施している。家族等が居ない利用者は身内の同意書がないので、看取り加算は取れないが、最後まで、職員は一丸となり、看取りを行っている。今後も利用者や家族の要望に沿って取り組んでいきたいとの事。	
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	リビングに「緊急時対応マニュアル」を掲示し、全職員が把握できるようにしている。また、救急救命法の講習会参加や訪問診療医による応急処置の指導を受ける等、緊急時の実践に取り組んでいる。		
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回の消防設備点検時に消火器や非常通報装置の操作、確認訓練を行うとともに、火災や地震を想定した避難訓練を実施している。近辺住民とは平素から協力関係を築いている。	火災は避難優先で訓練を実施している。地震・風水害対応マニュアルを作成している。備蓄品や緊急持ち出し用品を整備している。地域に協力依頼をしているが、依頼内容の構築は出来ていない。	地域住民とは協力関係が出来ているので、今後、職員と話し合い、具体的な協力依頼内容を決めて、自治会長を通し、自治会に依頼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 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	プライバシーに配慮しながら、個々人の性格や入居前の生活習慣等を考慮した慣れ親しんだ言葉遣いで接している。入居前の実態調査表のファイル化や個別ケアカンファレンス等で情報共有を図っている。	利用者の生活習慣等を考慮した言葉使いで接することで信頼関係が出来ている。利用者の不愉快になるような内容には触れないように心掛けている。情報開示に向けた同意書を取り交わし個人情報保護に努めている。	
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	日常のコミュニケーションに当たっては、利用者が希望を話しやすい雰囲気づくりに努めている。生活上の物事の決定は、強制することなく個々人の決定を大切に支援している。		
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	個々人の生活リズムを妨げないように心掛け、希望や心身の状態に対応したスケジュールを組み支援している。		
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	髪型や衣類等の選択は自己決定を基本としている。悩んだり分からない等のときは、必要により職員と相談して決めているが、その場合でも、その人らしい個性を大切に支援している。		
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	利用者の嗜好を考慮した食事の提供に努めるとともに、メニュー作りも職員と一緒にしている。準備や後片付けも、それぞれの能力に応じて行っている。行事食の提供等で食事の楽しみを支援している。	食べることの楽しみとして献立から利用者と一緒に考え、味見や下膳、食器拭き等利用者の力量に合わせて行っている。季節の食材やイベント食、誕生日にお寿司の提供をする等で食欲増進にも繋げている。食事や水分の摂取量の把握や食後の口腔ケアを行っている。おやつは手作りが多く、利用者は出来上がりを楽しみにしている。	
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	栄養バランスに配慮した食事の提供に努めている。食事や水分の摂取量はチェック表に記載して管理しており、個々人の状態に応じた栄養、水分摂取を支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行っている。また、定期的に訪問歯科医の治療、指導を受けており、清潔保持を支援している。		
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	個々人の排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるような声掛け、誘導を行っている。機能低下等により失敗が増えたときにも、プライバシーを尊重し、何気ない声掛け、誘導に心掛け支援している。	排泄パターンやチェック表、表情、様子からさりげなく声掛け誘導を行い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。下肢筋力強化として、歩く機会を増やしている。乳製品・食物繊維・散歩・運動で便秘予防に努めている。車いす用の広いトイレがある。	

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
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	乳製品や食物繊維が多く含まれた食事の提供や散歩等の日常運動の促進により、自然排便を支援している。また、状態によっては、主治医の指導を受けて対応している。		
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、個々にそった支援をしている	その日の体調や希望を確認しながら、毎日、利用者の半数づつ入浴しており、一人ひとりが一日置きに入浴できるよう支援している。介助は必要最小限に止めており、くつろげる雰囲気の入浴を心掛けている。	一日おきの入浴支援をしている。湯船が大きいため、見守り支援で、くつろいでもらうようにしている。季節のゆず湯・しょうぶ湯で回想法に繋げている。乾皮症の利用者には塗り薬をつけている。感染予防対策は実施している。着替えの準備は出来る人は自分で行き、難しい場合は職員と一緒に揃えている。	
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	個々人の生活リズムを大切に、希望に添った対応を心掛けている。エアコン嫌いな利用者には、夏季の扇風機や冬季の湯たんぽ使用等、安眠できるよう柔軟に支援している。		
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	個別介護記録に薬の説明書をファイルし、全職員に周知徹底を図っている。薬の変更があった場合は、申し送り等で確実に引き継ぐとともに、薬の新旧説明書を区別してファイルし分かりやすくしている。		
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	入居前の生活状態と入居後の変化等をよく把握して、個々人の残存能力に応じた役割を担っていただくことにより、気分転換や活力向上が図られるよう支援している。		
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	近辺散歩は日常的に行っている。その他、ドライブ、買い物や外食ツアー、初詣、花見等の行事を企画して外出を促進し、閉じこもり防止に努めている。	事業所周辺を散歩し、近所の人と会ったときは挨拶を交わしている。様子を見ながら感染予防対策をとって外食に出かける時もある。ドライブに出かけ車窓から季節の移ろいを感じている。	
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	利用者本人や家族等と相談の範囲内でお金を所持し、買い物等、好きな時に使えるよう支援している。お金をめぐる認知症状に対しては、不安の払しょくに努めて穏やかに過ごせるよう適切に対応している。		
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	利用者本人の希望を尊重し、電話を使用したり手紙を発送できるよう支援している。状況によっては、職員による聞き取り代筆等の方法で、家族等との交流が絶えないよう配慮している。		

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	ホームは、一般的な木造住宅様式の建物である。共用空間には季節の草花の配置やブラインドによる調光等で落ち着ける空間づくりを心掛けている。トイレや脱衣所の入り口とリビングの間にはのれんを設置し、プライバシー保護に配慮している。	共有空間は太陽の日差しが差し込みポカポカと暖かく、ソファで利用者同士が会話を楽しむ光景がある。換気に注意をしている。玄関先には公民館のサークルから提供されたふくろうやケアマネジャー手製のうさぎの飾り物や博多人形等が飾られている。トイレや浴室の表示はわかりやすくなっている。	
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	間仕切りや専用空間はないが、リビングに個人用椅子を持ち込んだり、テーブルの座席配置も、利用者同士の合意で気の合う人が隣同士に座る等、自由な空間の確保に努めている。		
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	利用者本人や家族等と話し合い、自宅で使用していたタンスや愛用の品、家族の位牌、信仰の祭壇、仏壇等を持ち込めるよう配慮し、入居後も安心して穏やかな生活が送れるよう支援している。	居室入り口には名前と羽子板の飾り物があり、自分の居室だとわかる工夫がある。馴染みの衣装ケース・テーブルや大切な家族全員の写真・位牌・祭壇・仏壇を持ち込んでいる。千羽鶴・なじみの関取の色紙・カレンダー・ぬいぐるみを飾り、家庭の延長の居室づくりとなっている。	
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	ホーム内床は全面フラット化で、廊下、その他の要所には手すりを取り付けており、自立した生活が安全に送れるよう配慮している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム和晃

作成日 令和 5年 3月 3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	13 36	【職員のケア能力の向上】 小規模事業所でアットホームな雰囲気大切にしている半面、適度な距離感を保っていないと、職員側からすれば良かれと思って行っていることが利用者には受け入れられていないときがあり注意しています。	【信頼関係の保持】 認知高齢者の特性を再認識し、かつ、利用者一人ひとりの個性を十分に把握した上で、常に原点に立ち返ったケアの実践に努め、今後も引き続き利用者及び家族等との信頼関係を醸成、保持していきます。	【外部研修の充実】 定期的な内部研修は実施していますが、勤務体制の関係やコロナ禍で外部研修が受講できていないところから、今後、勤務体制を随時見直し、全職員の受講機会の確保に努め、更なるケア能力の向上を図っていきます。	当面の間
2					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。