

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 | 0890200389 | | |
| 法人名 | 有限会社 アコード | | |
| 事業所名 | グループホーム ユートピアアネックス | ユニット名(| アネックス 1階) |
| 所在地 | 茨城県日立市東成沢町3-23-3 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 3 年 7 月 28 日 | 評価結果市町村受理日 | 令和3年10月5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 | |
|----------|--|

【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9月17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)】

建物としては木で作られており、木のぬくもりが随所に感じられるようになっていきます。ホーム内での活動として、入居者様とスタッフも一緒に昼食作りやお菓子作りを実施している。ホーム周辺への、散歩は入居者様同士、職員も交えながら楽しく出かけている。

【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)】

事業所は閑静な住宅の一角にあり、建物の室内は天然木が多く木のぬくもりを感じたり、観葉植物や生花を飾って穏やかな雰囲気作りにも努めている。職員は事業所理念に重点を置き、家庭的な雰囲気の中で利用者と一緒に食事を作ったり、夏野菜を育て食材にしたりして得意分野を見出して手伝って貰うなど、今までと変わらない生活が送れるよう支援している。新型コロナ感染症予防の為に外出は自粛しているので、室内でできる椅子を使った運動や室内を歩くことでこまめに身体を動かし、筋肉の衰えを防げるよう工夫をしている。夜が寝付けない利用者には職員が寄り添い、話を聴くなどきめ細やかな支援に取り組んでいる。月2回の訪問診療があるほか、週1回の訪問看護があり、相談に乗ったり緊急時には対応できるなど利用者や家族等の安心に繋がっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くいない |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生き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 | 2階スタッフルームに貼ってあり、職員は出勤時各自読んで確認をしている | 理念を1階と2階のスタッフルームに貼って、出勤時に各自理念を読んで念頭に置き、支援をしている。料理や洗濯たたみ、一日の予定を読み上げる係など、役割を持って意欲的に生活を送れるよう支援している。 | |
| 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 | 今現在は、新型コロナの影響で、外部からの来報は自粛している。週2回の移動スーパーにて利用する際希望の品物を聞き、職員が購入している | 現在はコロナ禍で中止しているが、地域の夏祭りや三世代交流に招かれて地域住民と交流していた。様々なボランティアの受け入れも行っていた。平時に戻れば再開する予定でいる。 | |
| 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 | 認知症地域サポート相談窓口にて対応 | | |
| 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 | 2か月に1度の運営推進会議の開催。開催出来ない時は議事録を地域の方、家族に電話・メールで意見を聞きとりをしている | コロナ禍の為に管理者が委員に電話やメール等を使い、意見を聴いて資料を作成し、送付している。委員から筋肉の衰えを防ぐために身体を動かしたら良いのではとの意見を受けて、取り組んでいる。 | |
| 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 | 空き状況などの問い合わせに対応し、運営推進会議への参加をしていただき、情報の共有に取り組んでいる | 管理者は直接市の担当課の窓口に出向き、必要な事務手続きに加え、情報提供を行っているほか、電話等での空き情報の問い合わせに応じている。 | |
| 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 | マニュアルを熟読し、周知徹底行っている。新型コロナの影響で実施できていないので、身体拘束をしない、させないケアについて勉強資料を職員に渡し熟読行っている。 | 身体拘束廃止委員会を定期的開催している。マニュアルを作成し、職員に配布して各自資料に沿って勉強し、管理者は職員が勉強したかどうかの確認をしている。 | |
| 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 | 入職時に虐待についての説明を受け、虐待の防止に努めている | | |

| 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 |
| 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 | 研修に出席をしている | | |
| 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 | 入所契約の際利用契約書、重要事項説明書の内容を説明している | | |
| 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 | 家族からの意見など要望は言われていない | 家族会など年数回集まる機会があったが、コロナ禍で休止中である。職員がなるべく家族と話して意見を聴く機会をもつよう心がけ、信頼関係を築けるように努力している。 | |
| 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 | 職員一人一人の面談を定期的実施している | 毎日20分程度のユニット会議でその日に出た疑問や問題点をその日の内に解決するように努力している。アプリやチャットを利用して職員と交流や情報交換をしている。介護用品の購入やシフトの希望などを取り入れている。 | |
| 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 | 全職員がe-workを活用して向上心が持てるように働きかけ意識を高めている | | |
| 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 | 外部研修、勉強会への参加を促し、また勉強会の講師を職員に担当することで意識が高まり、質の向上につながっている | | |
| 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 | 外部研修の参加により、他事業所との意見の交換を行っている | | |

| 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 |
| 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 | 実地調査での本人が困っていること、不安に思っていること、要望などを聞き取りを行い安心していただけるように考慮している | | |
| 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 | 入所時前の見学時、困っていること、不安なこと、要望などを聞き取り安心して入所していただくように努めている | | |
| 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 | 入所日から1週間の様子、要望をサイボウズにあげ、情報を共有し統一した対応の努力に努めている | | |
| 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 | 役割(食器拭きや掃除、洗濯ものたたみ、荷物運びなど)を持つことで、協力し合う関係を築いている | | |
| 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 | 受診協力や各家族様とのドライブで外出、定期的リネン交換(コロナの影響のため人数制限、ワクチン接種した人、証明書の原本を確認しコピーし預かる)、窓越しの面会で無理のないサポートをしていただいている | | |
| 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 | コロナの影響のため、窓越しの面会ではあるが、家族だけではなく、友人等は電話でお話をしたり、ホームのドライブ時思い出の場所に訪れてもらえるように努めている | 入居時に本人と家族等に実態調査とアセスメントを行い、確認している。わかったことは日誌などで記録し、全職員がオンライン上で確認している。利用者の気持ちに寄り添った支援を行っている。 | |
| 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 | 利用者同士の関係性や出来ることを把握し、利用者同士のかかわりを適切に支援している | | |

| 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 |
| 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 | 退去後も家族様と相談や連絡を取り合い、経過を聞き支援に努めている。 | | |
| 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 | アセスメントの実地。カンファレンスに参加し本人の様子を把握している | 普段から日常の会話などで思いや意向を把握するようにしている。把握した思いや意向はできるだけ早く対応している。 | |
| 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 | 入居前の情報収集や聞き取りを行い、これまでの生活を把握している | | |
| 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 | モニタリングの実施(月1回)とコメントケアを活用し状況を把握している | | |
| 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 | カンファレンスに参加した担当職員と情報共有を図りプランの作成に活かしている | 毎月担当職員でモニタリングを行ない、計画作成担当者が取りまとめて記録している。概ね6ヶ月ごとのケアカンファレンスにて介護計画を作成する。サービス担当者会議は年1回行っている。 | |
| 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 | 日常の様子やケアやコメントケアやサイボウズにアップし、情報の共有に努めている | | |
| 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 | 本人のニーズに合わせ食事の提供の時間をずらして提供をしている、本人の希望、家族の希望で「家に帰りたい」と云う希望を叶えられるように検討している | | |

| 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 | 2か月に1度の散髪、顔そりも実施し本人が身だしなみに気を使うようになっている。 | | |
| 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 | 月2回の訪問診療、専門医への定期受診により、本人にとって適切な医療を受けることにつなげている | 契約時にかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。訪問看護が週1回あり、医師とも連携している。協力医療機関の医師とはメールで情報をやり取りしている。 | |
| 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 | オンコール体制をとることで、緊急時の適切な指示をもらうことができ、コメントケア、サイボウズ等日常に置いての情報を行っている | | |
| 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。 | 病院との医療連携をとり、退院決定時に病院を訪問し本人の状態を確認し病院と情報の交換を行っている | | |
| 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 | 入所時重度化した場合について終末期の方針を説明し同意を得る 終末期に向けた支援についてまだ家族への説明はしていない | 重度化や看取りに関する同意書を整備しているが、家族等に看取りに向けた支援について説明するまでには至っていない。医師から看取りの説明が行われた際に改めて家族等には意向確認を行う予定である。看取りや重度化などの研修を定期的で開催するまでには至っていない。 | 看取りを行う事業所であり、終末期に向けた支援について家族等に説明することを提案する。看護師を中心に看取りに関しての勉強会の実施を期待する |
| 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 | 誤嚥事故を受けて、カンファレンス参加者が資料を用いて他スタッフに説明している。 | | |
| 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 | 災害時連絡網を作成している。避難訓練を年2回行っている | 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い課題について話し合っている。災害に備えて一覧表を作成して備蓄品を管理している。 | |

| 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 |
| 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 | 誰にも同じ言葉ではなく、その人に合わせた言葉かけを行っている | 職員は利用者の人権の尊重やプライバシーなどの言葉かけはその人に合わせた言葉かけを行っている。人権尊重や守秘義務については規程定め、新人研修で説明している。 | |
| 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 | 本人が「こうしたい」という希望を自分で決められるように自己選択、自己決定できるように支援している | | |
| 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 | 職員の目線で動くのではなく、本人の主体のペースに合わせた暮らしを支援している | | |
| 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 | 男性の方は髭剃りを行う。毎日の衣類を自分で選んでもらい、本人と一緒にやっている | | |
| 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 | 好物や嫌いな食べ物の聞き取りを行い、好みに合わせた食事を提供をしている。苦手な食べ物へ挑戦をして克服した方もいる。職員と一緒に盛り付けや片づけを行っている | 利用者の嗜好に合わせたメニューを提供している。外食や季節ごとの行事食を楽しんだり、利用者に声掛けして一緒に手作りのおやつ作りをしている。 | |
| 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 | 毎食、食事量、水分、記録を記録を取っている | | |
| 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、口腔内の状態を確認し本人合わせた口腔ケアを行っている | | |

| 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 |
| 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 | 排泄状況を確認し記録を行い、その人の排泄習慣に合わせた支援を行っている | 本人の排泄リズムをつかんでこまめな声かけ誘導を行ない、トイレでの排泄を支援している。マッサージなどで、薬に頼らない排便の支援を行っている。夜間はポータブルトイレを活用している。 | |
| 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 | 個々の排便パターンを把握し、オリゴ糖の提供、腹部マッサージ、運動を行い排便を促している | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴前に各個人に声掛けを行い入りたい時間の聞き取りを行い、いつでもその人のタイミングで入浴できるように支援している | 利用者の希望に添っていつでも入浴できるようにしている。檜風呂の浴室があり、香りを楽しめたり、季節にあわせたゆず湯、しょうぶ湯も楽しめるよう工夫している。 | |
| 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 | いつでも部屋に戻り、休んでいただけるように支援している 居室内の温度に注意し暑すぎない寒すぎないように調整をしている | | |
| 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 | 薬局により居宅療養管理指導を実施しており、処方の変更時は薬局より薬の内容や留意点を説明していただき一緒に確認を行っている。変更時は職員に周知徹底をしている。 | | |
| 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 | その人のできることや役割を持っていただき、張り合いや喜びのある生活を送って頂いている | | |
| 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 | 現在はコロナ禍により外出支援を出来ないが、コロナワクチン接種者が世の中に増えてきたら、外出やドライブや散歩に出かけるように計画していく予定 | 晴天の日は散歩に出かけている。現在はコロナ感染症予防の為に外出は自粛しているが、家族等の協力を得てドライブやお墓参りに出掛けている。 | |

| 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 | 家族から本人が使えるお小遣いを預かり、本人の希望を聞き、移動スーパーにて職員が購入している | | |
| 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 | 本人の希望に応じて携帯電話を所持している方はいつでもかけられるようにしている。家族から電話がかかってきたら、本人に出してもらい話をしている。手紙を届いた場合は、本人の承諾を得て読んで渡している | | |
| 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 | 季節感を感じてもらえるように季節の花を飾ったり、掲示板を製作し飾っている | 居間兼食堂は清潔で、常に室温や湿度は適切に保たれている。観葉植物や生花を飾り、心が和む空間をつくっている。建物は中庭を囲んで回廊式になっており、ベンチを設置し、利用者が思い思いに寛げるようになっている。 | |
| 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 | テレビ前にソファ、外を眺められるところに、椅子を置き、気の合った利用者様同士過ごせる場所がある | | |
| 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 | 入所時本人の馴染みの物を持ってきてもらい、居心地のよく過ごせるようにしている | 居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられている。利用者の使い慣れた品物を持ち込んで、利用者好みの居室づくりをしている。 | |
| 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 | 建物内に手すりがあり、安全に歩くことができるように環境作りをしている。 トイレや廊下の壁紙を場所によって変えていることで、今いる場所の認識に繋がっている | | |

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム ユートピア アネックス

作成日 令和3年 10月 5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 | 33 | 看取りを行う事業所であり、終末期に向けた支援について家族等に説明することを提案する。看護師を中心に看取りに関しての勉強会の実施を期待する。 | ・重度化した場合における対応及び看取り介護に係る指針について、家族に説明する。 ・重度化・看取りについての勉強会を実施する。 | ・重度化した場合における対応及び看取り介護に係る指針」について電話や面会時にご家族に説明する。 ・令和3年度勉強会スケジュールに予定し、勉強会を実施する。 | 6ヶ月 |
| 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。