

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	0870101607		
法人名	株式会社 四方建築設計事務所		
事業所名	グループホーム ぐるんぱの杜	ユニット名(東棟)	
所在地	茨城県水戸市大串町116-4		
自己評価作成日	令和 4年 5月 28日	評価結果市町村受理日	令和 5年 9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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0870101607-00&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7月10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)】

利用者様とのコミュニケーションを大切にしています。職員との関係、利用者様同士の関係、地域の方々との関係をより密に関わることで「その人らしさ」を見出し、信頼し合い共に生活する環境を作れるようにしています。地域環境も良く自然に囲まれていて近くには小学校や保育園があります。施設前の通りは通学路となっており、日常の中で子供たちと交流を育んでいます。グループホーム内は突き抜け天井で光を取り入れやすく明るい空間となっておりホールを囲むようにそれぞれの居室があるので接しやすい環境です。

【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)】

代表者が地元出身の地域に根差したグループホームである。近隣の小学生の登下校途中に、職員と利用者が毎日施設の前で見守り挨拶をする温かい交流や、近隣幼稚園のジャガイモ掘り行事に芋畑を提供する交流事業が15年間以上続いている。利用者の尊厳や気持ちを第一に考える支援を心掛けており、コロナ禍にあっても、海を見に行くなどの外出ドライブや短時間屋外での家族との面会は中止すること等なく、継続して支援を行っている。

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、戸外に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している (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

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	玄関前に事業所理念を掲示し、それを職員が理解しコミュニケーションを大切にしながら毎日のケアを実践している。	玄関に理念を掲示し、毎月のカンファレンス時に振り返りを行う。利用者の尊厳を第一に考え、利用者の意向に沿うよう常に希望を確認して支援を行っている。	
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	毎日の通学支援などで地域の子供たちと交流を深め、又町内会活動(ごみ拾い等)へ積極的に参加している。	施設前が小学校の通学路になっており、通学時間に子どもたちと挨拶を交わしたり、散歩のときに近隣住民と挨拶を交わすなどの交流をしている。	
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	合同運営推進会議などを通じて地域の方へ認知症の方への理解や支援方法をお伝えしている。		
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	コロナ禍もあり書面での発信に多くなりがちですが、それを基に意見を取り上げサービス向上につなげている。	コロナ禍で書面開催を行っていた。資料を持参して意見を聞いていた。コロナ禍での他の事業所の対応などを情報交換していた。	
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取り組んでいる	毎月の地域ケア会議への参加、その際に市町村職員との交流を図っている。又運営推進会議にも参加して頂いているので意見交換等を行っている。	職員は市の職員と顔なじみの関係を築いている。コロナ禍で、メールでのやりとりが中心になってきている中、運営推進会議でのやり取りや直接窓口に出向き情報提供するように心掛けている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	対象となる行為を職員が理解したうえで必要最低限に限って行い、又研修などで拘束の苦痛を周知している。	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いる。職員は年1回研修を受け、全員からアンケートを取っている。	
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	内部研修にて要介護者の心理や苦痛を理解してもらうようにしている。又日々のケアの中で職員同士が注視し防止に努めている。		

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	学習の機会は自主学習となっています。コロナ禍もあり外部研修の参加が難しい。		
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	入居前に見学、面談にて十分な説明を行い出来る限りの理解、納得をいただき入居して頂いている。		
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	ご家族とは来訪時等に積極的にコミュニケーションを図っている。コロナ禍もあり状況によっては電話や書面にてお伝えしご意見を伺っている。	家族等の来訪時や電話の際には利用者の様子を伝え、意見や要望を聞いて支援につなげている。苦情受付窓口の担当が決まっており出た内容については全体で共有して解決する。	
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	日常業務の中、カンファレンス時の意見交換にて運営に反映させている。	カンファレンスや日々の業務の中で気づきがあれば意見交換をしている。職員はレクリエーションや企画などの提案を自由に行っている。	
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	各職員の能力を把握し、それに合った職務を振り分けつつ意欲向上を持って取り組むようにしている。やりがいのある職場づくりに努めている。		
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	内部研修を実施し職員が介護技術の向上につなげている。		
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	地域ケア会議への参加時に交流を図り、又互いの運営推進会議へは出席して意見交換等を行っている。		

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	ご本人様の困っていること、不安なことに耳を傾け信頼関係に努めている。		
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	ご家族の不安や要望を聞き、安心して頂けるよう支援を行っている。		
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	状況をふまえてご本人、ご家族が納得いくケアを取り入れ行っている。		
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	ご本人の話聞き寄り添うことで信頼関係を築いている。		
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	来訪時にご家族に生活状況をお伝えし、ご意見を聞きながら共に支えていく関係性を築いている。来訪が困難な方には電話や書面にてやり取りをしています。		
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	友人の方が来訪された際には、交流の場を設けて気兼ねなく過ごせるようにサポートしています。	入居時に家族等に記載してもらい、フェイスシートを作成してサマリーとしても活用している。利用者が希望する以前からの馴染みの場所などへ外出支援を行っている。	
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	良好な関係を築けるように席を調整したり職員が間に入りサポートしています。共同のレクリエーションやお手伝い等支え合えるように環境を提供している。		

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	退所された方のご家族と関係が続いている。ボランティアやイベント時に協力して頂いている。又年賀状等のやり取りなどしている。		
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	以前の生活環境や生活状況を情報収集しご本人の思いの沿ったケアと環境を整えられるように努めている。	日常のやり取りの中で意向を把握し本人本位に支援を行っている。ドライブに行きたいとの希望があれば個別対応をしてでかけている。	
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	入所前にアセスメント表に生活歴等を記入して頂く事で一人一人のこれまでの暮らしの把握に努めている。		
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	日々の記録や申し送り、日中夜間の行動言動を確認し現状把握に努めている。		
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	ご本人ご家族の思いに沿えるようカンファレンス時に職員同士意見を出し合って作成している。又月に一度はその都度計画の見直しを行っている。	毎月モニタリングしている。日常の支援で小さなことでも、汲み取った利用者の思い、職員の気づきは、記載してカンファレンスで共有して検討し、介護計画書に反映する。	
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	日中夜間の記録を申し送ることで情報を共有している。		
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	ご本人ご家族の要望に応えられるようその時の状況に合わせ対応できるように努めている。		

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
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	近隣の幼稚園や小学校との交流や地域イベントの参加により楽しみの機会を設けている。		
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	ご本人ご家族の希望に沿った病院受診、往診を行っている。主治医と連携し適切な治療につなげている。	協力医療機関の医師による訪問診療が月1回ある。職員が定期通院に付き添っている。利用者に配慮して口で伝えづらいことは文書にして医師に渡している。	
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	定期的な訪問看護にて連携を図っている。緊急時には指示を仰ぎ対応している。		
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。	生活実施表にて本人の生活状況や状態を伝えてスムーズな入院生活をサポートしている。又入院中の出来事や退院時の相談など情報提供をして頂いている。		
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	ご家族や医療機関と連携を図り適切なケアが出来るように努めている。入居時には重度化や終末期の指針を説明し意向を確認している。	重度化や看取りに関して、入居時に説明をし同意書にサインをもらっている。状況の変化に応じて繰り返し話し合いを行い、段階的な合意を行っている。職員の研修を行うまでには至っていない。	重度化、終末期に関する職員の研修会を行うことを期待する。
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	対応マニュアルが適切な場所に掲示されている。看護師(訪問看護職員)と24時間連絡がとれる体制をとっている。		
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	消防署の協力の下、避難訓練や地震災害訓練を実施している。消防員の立ち合い時はご指導を頂きながら次の訓練に活かせるように努めている。	火災や地震を想定した訓練を行っているが夜間想定訓練を行うまでには至っていない。反省会を行い課題について話し合っているが記録が残されるまでには至っていない。	避難訓練後の話し合いの実施記録を整備し、災害時に備え、夜間想定訓練を行うことを期待する。

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
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	一人一人を尊重し尊厳を損なわないよう声掛けや対応を心掛けている。プライバシーにも気を付けたケアを行っている。	利用者一人ひとりを尊重し、名前の呼び方にも配慮している。個人情報や守秘義務に関する同意書を得ている。虐待防止委員会を設け、定期的に勉強会を開催している。	
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	本人の希望を把握することを努め自己決定できるように関わっている。意思疎通の難しい方にはご家族の意見を取り入れ参考にしながら努めている。		
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	個人の思いやペースに配慮し無理強いすることなく行えるようにサポートしている。		
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	ご本人、ご家族の意向に沿って散髪や髪染めを行い化粧なども行っている。		
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	使い慣れた食器、個人に合った物を提供している。手作り味噌や自分たちで育てた野菜を美味しく召し上がって頂いている。	利用者の好みに合わせた食事を提供し、代替食も用意している。自家菜園でとれた野菜を食材として取り入れている。誕生会には利用者の好きなメニューと手作りのケーキを提供している。	
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	個人の状態に合わせて食事を提供している。刻みやトミなどで提供したり、食事量や水分量をチェックし摂取不足にならないようにしている。		
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	基本は自立を促し見守りを行っているが状態に合わせ介助、又終了時の口腔確認を行い清潔を保持。訪問歯科の定期往診にて良い状態を保てるようにつなげている。		

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	毎日の記録にて排泄状況を把握している。個人に合わせたトイレ誘導を行いトイレでの排泄の支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声をかけてトイレ誘導している。夜間はポータブルトイレを使用している。腹部マッサージや体操を行い便秘予防をしている。	
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	排泄状況のチェックと記録により把握している。自然排便を促すため乳製品の提供や腹部マッサージ、日中の体操等予防に取り組んでいる。		
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	自立支援を基本として入浴を行っている。入浴のペースはそれぞれの希望に合わせて行われている。	入浴は基本週2回としているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。希望によって同性介助を行ったり、入浴剤の使用で気分転換を図るなどしている。	
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	個人の体力や生活サイクルに合わせて休息して頂いている。夜間の睡眠は必要に応じて主治医と相談しながら安眠につなげるように支援している。		
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	病院記録に薬の説明書を添付し、職員全員が常に確認できるようにしている。又申し送り際には薬の変更や目的等伝えている。		
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	生活歴から興味や関心を把握し出来る手伝いを生活の中で役割として行っている。散歩やドライブを日常的に行い気分転換、楽しみにつなげている。		
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	今は屋外であれば1人または少人数での外出を出来る限り設けている。コロナ禍もあり人が集まるイベント等への希望は控えている。	近隣への散歩や外気浴を行っている。個別に少人数でドライブに出かけたり、年間行事計画を作成して季節ごとの花見に出かけるなどしている。	

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
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	一人一人の希望に合わせ、お金の所持や買い物等が行えるように支援している。又お金の紛失のリスクを考え管理も行っている。		
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	電話は本人、ご家族の希望があった際は使用できるように支援している。手紙や年賀状など希望時には出せるようにしている。		
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	混乱を招かないように注意しながら花や壁紙、飾りつけを行っている。和室は毎月季節に合わせた飾りつけを行い情緒が感じられるように心がけている。	玄関に観葉植物や花を飾っている。天井は高く明り取りの窓があり明るい環境となっている。小上がりの和室にはぬいぐるみが置かれたり季節に応じた飾りつけがされている。庭にテーブルやいすを置き外気浴をしながらゆっくりくつろ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	居間では席位置にスペースを設けたり、ソファを置いて共有してくつろげる場所を作っている。庭には外気浴が出来るようにテーブルや椅子を設置している。		
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	ご本人の馴染みのある物品を使用している。居室内は日常のイベント時のご家族のとの写真を飾ったり安心して過ごせる環境づくりを行っている。	居室にはエアコンやベッド、洗面台などが備え付けられている。温度湿度管理に配慮され、家具の配置は家族等や本人の要望を確認しながら行われている。	
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	居室前の表札やトイレの場所への張り紙を付けることで自立した生活が送れるように支援している。又安全面を配慮し必要に応じては移動時の見守りや声掛けを行っている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームぐるんぱの杜
作成日 令和 5年 8月 31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	33	重度化、終末期（看取り）時のケアを実施していくにあたって、主治医等との連携やその流れ、必要な知識の職員研修を行っていく。	重度化、終末期に関する支援を職員全員が理解していて、実施時はしっかり対応できる。	主治医、訪問看護ステーション、ご家族との連携の行い方やケアの考え方等の内部研修を実施する。又、訪問看護ステーションの看護師の協力（指導・助言）を仰ぐ。	6ヶ月
2	35	夜間を想定した避難訓練の実施回数を増やしていく必要がある。又避難訓練後の消防員の指導や各々の反省点・改善点を記録し、次回以降につなげていく。	年1回以上の夜間想定避難訓練の実施。反省・改善点を実施記録への記入。	避難訓練を実施した際は、防火管理者を主導の下に反省点・改善点・良かった点等をまとめ、カンファレンス時に職員全員へ報告し、意見を聞いたうえで記録していく。	3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。