

### 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	ユニット名(	1
所在地	日立市十王町友部東2-1-19		
自己評価作成日	令和5年2月27日	評価結果市町村受理日	令和 5年 6月 27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)】

同敷地内に訪問介護・訪問入浴等の事業所を行っており、入居前・入居後の在宅生活の支援も行っている。入所後も家族に関わって頂けるよう情報提供を行い、また閉じこもりがちにならないよう外出支援を積極的に行っている。

※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5年5月19日

#### 【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)】

十王駅前に建つビルの1・2階が事業所で、同ビルには訪問介護等の事業所が入っている。利用者は職員とコロナ禍でも感染症予防を徹底して散歩や近隣の複数のスーパーに買い物に出掛けて生き生きとした生活が送れている。近隣の方が季節の野菜を持ってきてくれて、職員と利用者はその食材を使って料理をするなど家庭的な雰囲気の中で暮らしている。家族等の面会が制限される中で、管理者は毎月の請求時と一緒に利用者の様子の写真や行事などを「ふれあい通信」として毎月送付して、日頃の生活の様子を伝えることで家族等の安心に繋がっている。管理者と職員は明るく、コミュニケーションも良く、利用者が今までと同じ生活が送れるよう支援をしている。

### 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
<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	開設時に関係スタッフ全員で理念を作成し、新任研修時には説明を行い、定例のスタッフ会議でも会議内容によっては確認し、全員が理解し実践できるように努力している。	開設時に全職員で話し合い、理念を作成している。毎年1回ミーティング時に理念の見直しをしている。理念を各ユニットの職員の目の付きやすい場所に掲示し、職員は常に理念を念頭に置いて共通意識を持って支援をしている。	
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員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で参加してくれたり、日課となっている散歩時にはお店や公園等で近所の方達と交流が持てている。	「あんしん安全ネットワーク」に加入し、民生委員や地域包括支援センターと交流している。近隣の散歩や買い物に出た際に挨拶や会話をしたり、近隣住民が季節の野菜(筍など)を持ってきてくれる。	
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、地域の人たち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	市の担当者と相談の上その時の状況に応じて書面か委員の招集かで開催している。会議が平日で参加できない家族も多いので、書面で行う場合には全家族へ意見をもらえよう書面を送付している。	コロナ禍の感染状況に応じて書面での開催、今年に入っては事業所で対面会議をしている。書面開催の際には全家族に報告書を送付して、要望や助言の欄を設け記入して返信してもらい、次回開催の課題としている。	
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	運営推進会議に市介護職員も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、メールやファックスで担当者ややり取りを行ったり、更新申請等で市役所へ訪問した際に窓口で話している。	普段から市の職員が来訪が多く、担当とは特に良い関係性であるほか電話やメールでのやり取りや管理者が頻繁に市役所を訪れて相談したりして信頼関係が築かれている。	
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	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、理解実践をしている。スタッフ会議でも詳しく具体的な行為について話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	虐待防止委員会を設置し、3カ月に1回開催して記録に残している。2ヶ月に1回ミーティング時に身体拘束に関するチェックシートで確認し具体的な行為について話し合い、身体拘束をしない支援に取り組んでいる。	

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ヶ月に1度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・実践できている。		
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人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。家族交流会を行い、食事をしながら利用者・家族と話す機会を設けている。	コロナ禍は休止していたが、現在は介護相談員を毎月受け入れて、利用者の相談にのっている。家族交流会を開催し、食事をしながら、家族等の意見を聴いている。毎月請求時に利用者の写真や行事「ふれあい通信」をお知らせすることで、家族等から電話などがあり、話す機会がある。	
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・提案を聴く機会の場を設けている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議でも意見や要望を聞いている。職員からの意見でユニフォームを作ることで職員全体の団結力が高まった。	
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い、活動や施設内の見学をさせてもらっている。		
<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	入所前の事前調査の段階から不安・要望等を聞き、本人が安心できる様に説明している。また入所前に見学や行事等に参加してもらえるよう働きかけている。		
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	入居時に必ず要望・生活歴を聞き、書式に記入してもらっている。またケアプラン作成時に資料の同意を得ている。細かく聞き取り、アセスメントを行っている。		
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	入居前に担当ケアマネ・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)の出来る事での役割作りや、助け合いの中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	通院や外出介助・外食や買い物等家族の役割としてできることは行ってもらっている。厳密な名鑑制限等行わず、検温・消毒や体調確認等感染対策をとっていつでも面会にきていただき、一緒に過ごすことができる時間を設けている。		
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よう、支援に努めている	可能な限りなじみの場所での散髪や買い物、なじみの人(以前住んでいた近所の方や友人)が遊びに来られるように家族と共に支援している。	フェイスシートを作成し利用者を取り巻くこれまでの馴染みの関係を把握している。馴染みの店で散髪をしたり、自宅へ外出や外泊をするなどの支援を行っている。	

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
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	ユニットを越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や、共同作業・体操、外出時の移動などは意図的に関わり合いができるように支援している。		
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	希望があれば行っている。(本人・家族・施設等への協力等)入院等で一時退所が必要な利用者に対しては退院後は優先的に案内を行うようにしている。		
<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	初回アセスメント・状態変化時などは詳しくアセスメントし、本人・家族の意向の確認を行っている。推進会議などには家族の参加をお願いし意見を言える場を設けている。	日々の関わりで表情や仕草から注意深く観察して、利用者の思いを把握できるよう努めている。アセスメントで利用者の思いをセンター方式を活用して職員で把握している。	
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	アセスメント時に本人・家族から聞き取り、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、その時々にあった支援をするようにしている。日常的に本人の要望などを確認するようにしている。		
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	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されない場合には、出来ない理由を明確にし各関係者に説明している。	センター方式でケアプランを作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本1年での見直しを行っている。サービス担当者会議は半年ごとに行っている。	
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	個別記録、引き継ぎ記録を活用し情報の共有を図っている。またこれらをモニタリングの資料一部にしている。		
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	家族の支援が難しい時には代行している。(外泊時の送迎、理髪店の付き添い、入退去時・引っ越し等)		

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	近隣商店や飲食店の利用、図書館の利用、まつり・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。	希望するかかりつけ医に受診可能なことを説明し、家族等が受診介助している。協力医療機関の医師による訪問診療も毎月ある。家族が受診同行の際は、支援経過報告書をなど受診の手助けになるように書類を渡している。症状の説明が難しそうな場合は職員が同行することもある。	
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事もでき、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	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取り。主治医に説明し協力も得られる。	看取りは行わない方針であるが、「看取りに関する指針」では看取りが行える内容となっている。重度化や看取りに関する書類の整備や話し合い、研修は行われていない。	看取りに関する書類を整備し、定期的な研修会の実施を期待したい。
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	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y終末期の利用やのケースはスタッフ会議にて適宜研修を行っている。		
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	定期的に訓練を実施しており。消防署により避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おこなっている。	避難訓練を年2回実施しているが夜間想定訓練を行うまでには至っていない。災害に備えて備蓄品を管理し、毎年防災の日に食事を使用してローリングストックを行っている。近隣住民の協力を得るまでには至っていない。	夜間想定訓練を実施し、次回に向けた話し合いを期待したい。運営推進会議等で近隣の参加を呼びかけることを提案する。

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	社内研修により理解を計り、随時指導している。	職員は利用者の人格の尊重やプライバシーなどの言葉かけに配慮している。トイレ誘導は小声で話をしたり、入浴は1対1の対応をしている。人権尊重や守秘義務については新人研修やミーティング時、年度初めの会議で話し合っている。	
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	個別に話を聞いたり、場所を変えるなど工夫して自己主張、自己決定できるように努めている。		
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して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出来ている。		
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	能力に応じて共同で役割設定が出来ており、食事関連のながれがあり、楽しむ事が出来ている。	生協やスーパーで食材を買い、持ち回りで職員が交代で作っている。職員は冷蔵庫を見てその日の献立を決め、家庭的な食事を提供している。花見弁当やちらし寿司は利用者の楽しみになっているほか手作りおやつを職員と利用者と一緒に作っている。	
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	食事摂取量、水分量を記録で残してわかるようにしている。個別に形状を変えたり器等も工夫している。		
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	毎食後能力に応じて支援を行っている。		

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	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。	排泄チェック表からトイレに行く時間を把握し、職員の誘導でほとんどの利用者はトイレで排泄ができています。排便については主治医に相談し、薬や納豆、かぼちゃなどを食べて対策に努めている。	
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	飲食物の内容の検討や運動をしている。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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は決めているが、入浴に希望がある時には支援している。また、極力本人の希望する時間帯に行うようにしている。	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。入浴を拒む利用者には無理強いせず工夫した声掛けをして対応している。	
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	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、副作用とは分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、趣味などを行えるように支援している。家族の協力を得て外出・外泊・本人の希望に応じた行事などを設定している。		
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)など行っている。また、本人の生活歴などを考慮して支援したり、家族にも協力を求めている。	暖かい日はほぼ毎日散歩に出かけたり、近所の店へ買い物に出かけている。10人乗りタクシーやレンタカーなどを使用して全員で外出する機会が多い。お花見やお祭り、シビックセンターや梅園などへのお出かけなど一年を通して、アクティブなイベントがとても多い。	



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	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。		
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。	食堂兼ホールには折り紙で作成した凧や季節の花、職員が子供用のズボンをリメイクして作った鯉のぼりなどが飾られている。トイレや浴室は清潔に保たれている。	
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かけをしている。		
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	馴染みの物の持ち込み、本人の能力、好みに合わせてセッティングを心掛けている。	利用者ごとに希望に応じて、職員が手作りのキャビネットやテーブルなどで工夫を凝らし、使いやすいインテリアになっている。壁紙などもそれぞれで、居室の雰囲気も利用者ごとに異なっている。ドアには各部屋に暖簾がかけられており、柄の違いにより利用者が自分の部屋を認識しやすくなっている。	
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	スタッフで話し合い個々の能力に合わせて環境整備を行っている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム木の実

作成日 令和 5年 6月 23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	35	災害対策について、夜間想定訓練を行っていない。日中想定訓練も、近隣住民の協力を得るまで至っていない。	・夜間想定訓練の実施 ・避難訓練実施時に近隣住民の協力を得る	夜間想定訓練を計画し、夜勤従事者と避難訓練を実施する。 運営推進会議や地域の安全安心ネットワーク会議の際に、訓練参加への協力を依頼する。	3ヶ月
2				また、避難訓練においては消防署員立ち合いのもと訓練を行う機会を設ける。	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。