

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	0872005004		
法人名	社会福祉法人 愛信会		
事業所名	グループホーム いちょうの木		
所在地	茨城県つくば市上岩崎835-6		
自己評価作成日	2023年1月5日	評価結果市町村受理日	2023年4月18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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0872005004-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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2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)】

地域密着型施設として、地域になじんだ生活を送っていただけるよう、身近な存在として運営しています。また、地域の方々が気軽に立ち寄り、いざという時の拠点として認識してもらえるよう整備しています。

【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)】

ユニット型の特別養護老人ホームと隣接するグループホームで、運営推進会議や防災等で連携が取れている。コロナ禍で地域交流は自粛しているが、人気のない時間帯に近場や公園に散歩に出かけ、地域住民と会ったときは挨拶を交わしている。レクリエーションに工夫を凝らし利用者が退屈しないで、利用者自身の意欲向上となる取り組みを提供している。管理者が地元出身で、地域とのつながりが深い。自己評価は職員に聞きながら管理者がまとめて作成し、自分たちを振り返るために外部評価の重要性を感じているとの言葉があった。 * 新型コロナウイルス感染対策としてオンラインで調査を実施。ホーム内の視察及び書類閲覧はモニター越しに行い、リアルタイムの映像で確認。
--

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、活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

[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
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	開設当初より職員で作りあげた理念、法人理念に沿って日々、実践に取り組んでいる。	法人理念とグループホーム独自の理念を意識して日々ケアにあたっている。会議等で再確認し管理者・職員は理念を共有して実践に繋げている。職員はコミュニケーションと笑顔を大切にしたケアに努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	コロナ禍のため、特になし。	自治会に加入している。以前は近隣小学校との交流はあったが、現在は自粛している。介護・福祉・認知症に関する相談があった場合はわかりやすく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	認知症よろず相談所として登録している。訪問での相談など時々あり。		
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	地域の方々からの意見を取り入れ、参考にしている。民生委員との連絡は蜜に取るようにしている。	前回の評価を受け全ての家族等に運営推進会議への参加呼びかけ・実施結果を報告するようにした。現在は書面で運営状況・行事予定・報告・利用者状況等を事前に報告を行い、意見を聞き、出た意見等を取りまとめ議事録に残している。民生委員との関係は大切にしている。	
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	施設連絡会や、日常的に電話やメールでの連絡、相談をしている。	近くの支所には直接出向いている。本庁とは電話・ファックスでやり取りをしているが、各担当課との連携は取れている。認知症よろず相談所として登録している。子供110番は設置済みであり、小学生の町探検・中学生の体験学習の場の再開を望んでいる。地域密着型連絡協議会はメールや書面でやり取りをしている。	
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	身体拘束指針やポスターを整備し、研修などで、外灯行為等の確認が出来るようにしている。	リスクマネジメント委員会を特別養護老人ホームと合同で毎月開催し、グレーゾーンを含め、拘束に該当する行為の確認を行い、議事録にまとめ、資料と一緒に全職員に回覧で共有している。	

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	事業所内での注意喚起や発生の予防に努めている。		
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	現在制度利用者はいないが法人内研修等を通じて、必要時に活用できるよう準備している。退居時に必要となったことのある場いいに支援したことはあり。		
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	契約書に沿って十分な説明を行い、不明点、疑問点がないかつかう入している。		
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	年に1回家族アンケートを取り、集計結果を基に業務改善に取り組んでいる。苦情、要望解決のために第三者委員等の体制設置も行っている。	意見の言い出しにくい利用者や家族等に配慮し、意見箱の設置や第三者機関名を明示している。利用料支払い時や面会時、電話連絡時に意見や要望を聞いている。SC委員会が聴取した意見や要望はフィードバックしている。日頃の様子は広報誌発行やSNSで写真を送っている。	
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	意見や提案をほぼ全体の業務に取り入れた運営を行うために職員会議の開催や意見聴取などから改善を行っている。	運営に関する内容は職員報告している。ユニット会議開催前に質問事項等を把握し、有意義な会議となっている。職員の目標設定・自己評価・面接で各自がレベルアップに向けた環境整備に努めている。	
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	定期的な自己評価の提出や面接の機会を設けており、要望や労働条件の定時を行っている。		
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	法人内研修への参加促進。 今年度はコロナ禍のため、資料回覧にて実施。		
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	つくば市地域密着型サービス連絡会を中心に定例会や勉強会・懇親会など予定されているが、コロナのため、メールや書面での連携が中心となっている。		

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
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係づくりを開始している。		
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係づくりを開始している。		
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	利用契約に関してはほかのサービス利用が妥当と思われる場いにはそのサービスを利用できるよう支援している。		
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	生活作業、掃除などを中心にできる事への参加をしていただき、役割を持った生活をしてもらっている。一緒に食事もしていたが、今はコロナ禍につき、別に摂っている。		
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	在宅であるというスタンスを踏まえ、ながら、施設介護のメリットも加味した総合的な援助をご家族と一緒にできるように連携している。		
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	これまでの関係大事にして、馴染の方が来訪した際の対応や	面会はテレビ電話・窓越し面会(前日までの予約)となっている。要望に応じ手紙・電話で大切な馴染みの人との関係継続に努めている。家族送迎で馴染みの美容院に出かけカット・毛染めをする利用者がいる。利用者が役割を持ち、認め合う良好な馴染みの関係となっている。新聞購読を続けている方もいる。	
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	ユニットメンバーは大きな家族と捉え、個々の役割などで助け合って生活できるよう努めている。		

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
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	退居後の相談や支援ついて、ご家族と協議を行っている。		
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	生活していくうえで本人のペース、趣味・嗜好、特性などを把握して個別な対応を実践している。	センター方式で生活歴や職歴を把握し、趣味や家事を継続することで、利用者のやりがいと意欲向上に努めている。利用者から食べ物の希望が出た場合は提供したり、家族等に話して差し入れを受ける時もある。表出が困難な場合は選択できるような問いかけをしたり、表情等から利用者本位で検討している。	
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	家族には生活歴や仕事歴履歴などを教えていただき、依然尾サービス利用は出来るだけケアマネや利用事業所、主治医などと連携して多くの情報wp集められるよう努めている。		
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	日々変化する心身状況や出来ることできないことの把握に努め、生活を重視した過ごし方の支援を行っている。		
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	ご家族には面会時などの十分に生活や心身の状況、ケアの方針をお伝えし、ご意見をいただいている。即時性が求められる場合には電話連絡し対応している。	担当職員のアセスメントで課題を抽出し、ケアマネジャーが家族等や利用者、他の職員から意見を聞き、ケアプランを作成している。ケース記録には目標達成に向けたケアの提供項目のチェックが出来るようになっており、変化や様子も記録に残している。半年ごとのモニタリングから評価に繋げ現状に即したプランを作成している。	
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	生活記録、介護記録、看護記録などの個別ファイルと健康管理シート、介護日誌、申し送りノートなど情報提供できるように工夫し、実践している。		
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	訪問マッサージや訪問歯科など個々人に合わせたサービスを提供できるよう心掛けている、		

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
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	本人のこれまでの生活を重視し、社会資源、地域資源とも有効に連携した暮らしが送れるよう支援している。		
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	各自の主治医はそれぞれで選択していただき、かかりつけ医を変更する必要はないと説明している。かかりつけ医ともできるだけ連絡を取るよう努めている。	協力医療機関より月2回の往診と、隣接する特別養護老人ホーム看護師の巡回により体調管理に努めている。家族等には必要に応じ電話で報告し看護記録に残しているが、変化がない場合は訪問時に伝えている。家族等付き添い受診の場合は情報提供書を医師に渡し、受診後は報告を受けている。	
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	敷地内の特養に看護師が常駐しているため、定期的な巡回や急変時の対応の助言をしてもらう体制を確保している。		
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。	周辺の入院設備のある大きな病院とは常に関係性を維持している。入院した場合にも病院のソーシャルワーカーなどと情報のやり取りを行っている。		
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	入所時に、重度化した場合の指針及び延命治療等に関する要望をお聞きし、その中で介護事業で出来ることと、越権、逸脱行為は出来ない旨、説明している。重度化した場合には主治医、病院関係者、特養などと相談して対応している。	契約時に看取りは行っていないことを説明し、同意を得ている。経口摂取が不可能になったり医療行為が必要になる重度化前に医師から家族に説明がある。看取りの研修は実施している。利用者の状況把握は特別養護老人ホームの看護師が毎日巡回しているので、対応はスムーズに出来る体制となっている。	
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	看護師を中心とした内部研修を実施している。		

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
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	この地域においては水害リスクは少ない。火災、地震等の避難訓練を行っている。運営推進会議を通じて地域住民、市役所との話し合いも行っている。	隣接する特別養護老人ホームと一緒に防災マニュアルを作成し、訓練も一緒に行っている。防災委員会で必要物品を検討し、備蓄品や緊急持ち出し用品はユニットごとに整備している。安全点検でコンセントの埃はチェックしている。管理者が消防団員でもあるので、消防団との連携は出来ている。緊急時には地域住民の受け入れ先として協定を結んでいる。	特養・消防団・民生委員・区長との連携はできているが、非常に段差があり、職員の負担軽減と利用者が安全に避難できるように、スロープ等の設置の検討を期待する。
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	認知症や老人性うつなど心身の状況に合わせ、一人ひとりにあった声かけや対応を行っている。	利用者の性格やプライドに合わせ、全職員で統一した声掛けやケアの提供に努めている。書類の管理場所や情報開示に向け肖像権を含めて、同意書を取り交わし個人情報保護に努めている。面会簿は個表になっている。	
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	声掛けに自己決定の要素を盛り込むように努めている。		
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	本人とその周りの人などとの調和を大事にして支援している。		
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	季節に合った服装、白髪染め、整髪など希望に添えるようにしている。訪問理容も導入している。		
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	食事準備や後片付けはもちろん、一緒に行うが、嗜好を把握して栄養が偏らないようにしている。差し入れなども定期的に持参される場いもあり。	食材業者からのメニューを主に職員が調理し利用者の状態に応じた形態で提供している。利用者は下準備や味見、盛り付け等を行っている。誕生日は希望を聞いて提供している。おやつ作りやウッドデッキでのお茶飲みを楽しむ時もある。当日の献立をボードに記入し食べる楽しみに繋げている。職員は少し離れた席で見守り支援を行っている。	
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	健康管理シートの活用で前の状況がすぐに分かるようになってきている。その中で不足している場合など、は工夫をして対策を検討し、実行している。		
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	出来る方は自分で。出来ない方は支援してケアしている、訪問歯科の先生とも連携wp取っている。		

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	自立支援はもちろんだが、排泄のパターンを把握して対応している。失敗を無理に改善するのではなく、失敗時に精神的ダメージを受けないようにしていけるかが大事と考え対応している。	個々の排泄パターンをチェック表や様子から把握し、誘導し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。退院後はおむつ対応だった利用者が定時誘導で尿意を感じ、改善されつつある。夜間帯は睡眠を重視しパットの大きさ等を変えるなどの対応をしている。運動や水分、食事の工夫等で便秘解消に努めている。	
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	主治医との連携、食事献立の工夫、運動などの働きかけ、水分摂取の励行など行っている。		
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	入浴はユニットごと、週2回実施している。個々の希望と体調に沿って入浴していただいている。季節に合わせた入浴剤や、乾燥時期は保湿剤等使用している。	週2回の入浴支援を行っている。浴槽が大きいので気の合った利用者同士の入浴も可能である。季節のゆず湯やしょうぶ湯、透明な入浴剤を提供している。乾皮症の利用者にはベビーオイルや保湿剤を塗っている。着替えの準備は職員と一緒にしている。	
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	眠れなかった翌日は、ゆっくり過ごしていただいたり、適度な運動やレクリエーションを行うなど、好きなように過ごせるよう支援している。		
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	服薬一覧表と変更時の申し送りなどにより情報共有している。服薬に関しても誤薬防止の工夫をしている。(ダブルチェック、声掛けなど)		
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	日頃の遊びや、脳トレ、塗り絵、レクリエーション。バスなどでの外出ドライブを企画し、参加したい人が選択できるようにしている。役割は生活の中で確立している。		
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	外出は希望している方がいる場合にはご家族と協力して出来るだけ要望にこたえられるようにしている。今年度はコロナの影響で、一部制限をさせていただいている。	制限はあるが、近隣散策や公園に出かけたり、ドライブに出かけ車窓から季節の移ろいを感じてもらおう等、外の空気に触れられる支援を行っている。ウッドデッキでお茶を飲むときもある。	

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	本人の状況によりお金があると安心する方、逆に不安がある方などの特性を見て対応している。預かりが主であるが、少額で自己管理している方もおられます。		
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	自己判断が困難な方についてはご家族と協議し、対応を決めている。基本的には支援できるようにしている。コロナ禍なので、テレビ電話等での面会を実施しています。		
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	利用しやすく、誤認が減らせるよう工夫している。また、季節に合わせた創作物や、装飾を行っている。	プランターの花や野菜への水やり、収穫は利用者の楽しみとやりがいになっている。玄関入り口には大きなヴィンテージ時計を飾っている。今年度は歌をテーマにした飾り物を飾り話題提供となっている。廊下やリビングにソファや椅子を置き、好きな場所でゆっくりくつろいでいる姿が想像できた。	
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	廊下やリビングなど所々に椅子やソファを配置して居室以外にも過ごせる場所を設けている。		
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	ご家族には、本人が慣れ親しんだものや使い慣れたものを持ち込んでもらえるよう依頼している。	居室入り口に名前・番号・作品・職員と一緒に手作りした表札を掲示し自室だと判断できるようになっている。テレビ・衣装ケース・テーブル・椅子・仏壇(お水を毎朝供えている。)等を安全面と動線に配慮し設置している。家族の写真や誕生日のお祝いカードを飾り、居心地よく過ごせる居室となっている。	
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	自己判断で行動できる方だけでなく、判断が出来ない方へ適切な支援となるよう支援方法を工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

店名 グループホームいちょうの木

作成日 令和5年3月15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	1	非常災害対策において、避難経路は確保できているが、段差があり避難時の安全確保のため、段差等の解消をするのが望ましい。	避難経路においても段差をなくし、安全に避難できるよう経路を確保する。	非常口から屋外へ避難する際の段差解消のため、スロープなどを設置する。	3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。