

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	0872001003		
法人名	営利法人 (株)長寿館		
事業所名	グループホーム作谷長寿館	ユニット名(西棟)
所在地	茨城県つくば市作谷1038-23		
自己評価作成日	令和 5年 8月 30日	評価結果市町村受理日	令和 6年 3月 13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=0872001003-00&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6年1月18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)】

基本理念として、「皆さんと一緒に、地域に根付いた暖かいホームを築けるように、支え合い、助け合い、笑顔で、自分らしく生活していける場を目指します。」と掲げ、地域に根差したグループホームとして、地域貢献と信頼作りに努めています。通里から一歩離れている所にあり、自然を感じられる環境の中で生活する事ができます。
利用者一人ひとりの個性を大切にするために、これまでの生活歴や趣味嗜好、性格、価値観等を把握しながら、その時々思い、気持ち、希望を尊重するよう心がけています。

【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)】

事業所は、利用者がこれまでの生活を変えることなくその人らしい生活が継続できるよう第2のふるさととして支援している。事業所は利用者に満足度調査を実施しており、職員はその結果を踏まえ、個人の年間目標を掲げケアの質の向上に務めている。職員間のチームワークは良く、先輩は後輩の不安に丁寧に対応し、できないことを助けたり、提言している。管理者も介護の現場にいて普段から職員とのコミュニケーションは良好であり、職員には働きやすい職場となっている。事業所と同じ敷地内に診療所があり、訪問診療や看護師の支援があり、利用者の健康管理がされている。看取りを実施するグループホームで、連携病院の看護師の夜間巡回や24時間オンコールが可能で職員の不安軽減となっている。

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	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	玄関と事務所に理念を掲示し、職員の意識づけになるようにしている。また、朝の申し送りやカンファレンス時に、事業所の理念やサービスの意義を確認し合い、共有できるよう努めている。	毎年度初めにその年の目標を職員間で決めている理念を朝の申し送り時やカンファレンス時に確認して共有している。第二の家と努められるような支援に努めている。	
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	戸外へお連れし敷地内医療機関のベンチにて近隣地域同士の会話を楽しんだり、散歩に出かけ地域の方とお会いした際には交流を図るようにしていた。社内規定に基づきながらボランティアの受け入れや交流の再開を検討していきたい。	隣接クリニックの前のベンチで近所の人と話をしている。感染症の状況を見ながら近隣中学生の職場体験やヘルパー受講生の受け入れを検討している。	
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	今年には義務教育学校の学生の職場体験の受け入れを行った。ヘルパー受講生の受け入れも検討していきたい。		
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	7月より対面での会議を再開した。様々な意見をいただき、得られた意見をサービス向上や地域交流につなげられるよう努めている。	家族等の代表や市職員、民生委員、地区長などが参加して対面での開催を再開している。利用者の状況や事業所の取り組み、満足度調査の結果などを報告している。	対面での会議になったので、双方向の意見交換を活発にし、運営に反映することを期待する。
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に取り組んでいる	運営推進会議や地域密着型サービス連絡会を通じ、情報交換を行うなど連携を図っている。また、高齢福祉課や社会福祉課担当者とは連絡相談を行いながら、問題解決に繋げていくようにしている。	要介護認定更新手続き等で電話や訪問をしているほか生活保護受給者への担当者の来訪等で日常的に交流している。市の地域密着型連絡会で情報交換を行っている。	
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	身体拘束のマニュアルを整備し、定期的に委員会を開催している。その内容について、申し送りやカンファレンスにて確認し周知徹底を図り、拘束のないケアを実践している。	拘束になりそうな事例をあげ、皆で話し合い、拘束にならないよう対策を検討し実施していると同時に研修を定期的に行っている。身体拘束のための委員会を設置し3ヶ月に1回開催している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止に関する研修や、新聞、インターネット等の情報をもとに、朝の申し送りやカンファレンスにて確認し合いながら、日頃のケアにおける振り返りを行っている。		

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
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	勉強会や研修へ参加し、全職員が理解を深められるよう努めている。また、入居者や家族の置かれている状況に応じて、権利擁護に関する制度を適切に活用できるよう支援している。		
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	入居時には契約内容を適切に説明し、疑問や不明な点が無いかを確認した上で同意を得ている。改定などあった場合、適宜、説明する機会を設けている。		
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	入居者に対しては、日頃の関わりの中で要望が引き出せるよう努めている。ご家族に対しては、面会や電話連絡の際、気兼ねなく思っていることをおっしゃっていただけるよう働きかけている。目安箱の設置や満足度調査も行っている。	重要事項説明書に第三者機関の連絡先の記載がある。利用者からは日々のかかわりから、家族等からは電話や面会時に意見や要望を聞いている。	
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	管理者も日頃から介護に携わる事により、職員が疑問点や意見があれば、気兼ねなく管理者へ報告しやすい環境作りをしている。それらの意見を集約し代表者へ報告、反映に努めている。	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面接時等にも意見を聞いている。職員からの意見で地元の伝統行事への参加が実施された。	
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	代表者は、職員の置かれている家庭環境を考慮し、働きやすく、やりがいを見出せるような環境作りに努めている。		
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	管理者も介護に携わりながら、職員一人一人の能力を把握することに努めており、それぞれの課題に対し、共に考え、解決に向かうようにしている。また、勉強会や研修会に参加できるよう、計画して実践している。		
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	地域密着型サービス連絡会の勉強会への参加、情報交換を行い、交流や質の向上に努めている。		

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
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	ご家族や担当ケアマネ等、様々な関係者からより多くの情報収集を行いながら、本人の想いに耳を傾けている。本人の要望を尊重し、不安感や困り事が少なくなるようなサービス提供を心がけ、信頼関係の構築に努めている。		
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	訪問や面接を通じ、どのような要望や思いがあるのか把握し、また、面会等で日々の様子を伝えていくことで、信頼を得られるよう努力している。		
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	見学や入居相談時に、本人や家族の意向や、現状を正確に把握し、「今、必要としている支援は何か」について話し合い、見極める事で、より適切な介護サービス提供に繋げている。		
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	共同生活であることを認識して頂き、出来ることは積極的に行っていただいたり、役割を担って頂くことで、共に生活を送る同士で良い関係が築けるよう努力している。		
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	これまでは、面会の機会を増やしていただけるよう働きかけ、病院受診や戸外での活動など協力していただく中で、ともに支えていく関係を築いていた。感染対策を講じながら面会の緩和を行っており、支え合いの関係作りに努めている。		
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	馴染みの人や場所との関係継続については、その大切さについても説明を行い、ホームとして、できる限りの維持に努めている。	フェイスシートを作成して利用者の馴染みの関係を把握している。入居後に得た情報も追加して共有している。入居前の知人が訪ねてくることがあり対応している。	
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	入居者同士の相性を考えた座席配置の工夫や職員が間に入る事で円滑にコミュニケーションが取れるよう努めている。		

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	家族や本人の要望を踏まえ、必要に応じ退居後の相談など支援できるように、日頃からのコミュニケーションを大切にし、相談しやすい関係作りから取り組んでいる。		
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	日常的に本人と接する中で、思いや意向をくみ取り、個々の記録や申し送り等を通して職員に伝達し、個々の希望に沿ったケアの実践に向け努めている。	日常の会話や満足度調査から把握し、申し送りノートや個人ファイルに記載し共有している。利用者の希望で家庭菜園を実施している。	
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	家族以外にも、入居前の状況を知る担当ケアマネや民生委員等関係者より聞き取りする事も大事にしながら、本人と接する中での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	居室担当者を決めており、また、日々の申し送りやカンファレンスにて一人一人の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	計画作成担当者は日頃より個々の様子観察や職員からの日々の状況を聞き取りし、小さな状況変化の把握に努めている。居室担当者の他、各ユニットの職員、協力医療機関、家族と話し合い、介護計画に反映させている。	センター方式のアセスメント表を使用し、個人の強みをみつけ短期目標に取り入れている。3か月ごとにモニタリングを行い、半年で見直しを行っているが、利用者の状況に変化があれば随時見直している。	
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	個別記録への記入だけでなく、必要なことは申し送りノートにも記入、毎時間での申し送りで、職員同士での情報共有に努めている。		
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	一緒に買い物に出かけたり、家族との外出、デイサービスとの交流や市内の講演・演奏会等、参加できるものを見極めたうえで取り組んでいる。		

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
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	裁縫、プランターの野菜や花の手入れや裏庭の花を摘み花瓶に差すなど、その人の知識経験を発揮して頂き、生き生きとした生活ができ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し、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	協力医療機関による定期的な往診があり、また必要に応じ受診をしている。休診日には、筑波病院への受診も行っている。ご希望をお聞きし、他病院のかかりつけ医への受診も支援できている。	契約時に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が週1回ある。24時間オンコール対応が可能であるとともに提携病院の看護師が夜間見回り訪問を行っている。	
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	協力医療機関の往診時や気になる事がある時にはすぐに協力医療機関に連絡して相談している。また筑波病院看護師に相談し、適切に看護や受診ができるよう支援している。		
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。	本人、家族の了承の下、医療機関への情報提供を行い、入院時も担当者との情報交換や、家族様の要望等、連絡連携を密に行いながら、ケアの共有を図っている。		
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	見学や入居申し込み、契約時において、ホームの方針を説明し理解を得るようにしている。また、本人の状態の経過を見極めた上で、段階的に、医療機関、家族と話し合いを密に行いながら、ケアの方針を共有している。	重度化や看取りに関する同意書がある。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと段階的な合意を行っている。内部研修を行い、手順書を用意しているがマニュアルの整備が十分とは言えない。	現在看取り対象者はいないが、職員の不安を軽減するため具体的な内容のマニュアルを作成することを期待する。
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	急変や事故発生時にはマニュアルに沿って対応している。また、勉強会や研修に参加する事で、職員一人一人のスキルアップを図っている。夜間帯については、管理者以外でも、ホームから自宅が近い職員の協力を得られるように体制を整えている。		
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	災害時マニュアルの確認や、夜間想定訓練も含め取り組んでいる。運営推進会議の中でも災害時の協力体制について確認している。	火災のほかにも夜間や地震を想定した訓練を行っている。訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。運営推進会議時に、区長や民生委員と協力体制を確認している。	

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	個々の性格や生活習慣等を考慮し、一人一人に合った声かけや声の大きさ等の工夫ができるよう、カンファレンスや申し送りにて日頃から確認し合っている。	利用者の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。個人情報や肖像権に関する同意書があるが、場面ごとの選択ができるまでには至っていない。	前回同様、肖像権の同意書については利用者、家族等が場面毎の選択ができるように選択項目を増やしていくことを期待する。
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	気兼ねなく、気軽に意思を表して頂けるような雰囲気作り、関り方に努めながら、職員の言葉かけの仕方も気をつけている。一人一人の意思を尊重し、自己決定できる環境作りを心がけている。		
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	一人一人の生活ペースや拘りなどに合わせた支援を心がけ、その時々でも変化する心身の状態に応じた支援を行っている。		
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	起床時や入浴後の整容の支援、化粧品や衣類選び、理美容の提供など、自己決定ができる事を基本とし、その人らしく、おしゃれを楽しめるよう支援している。		
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	食の好みをお聞きしてメニューに取り込んだり、季節を感じられるようなメニューも心がけている。入居者にもテーブル拭きや食器拭き、盛り付け等簡単な調理などにも取り組んでいただいている。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。自家菜園の野菜を食材に取り入れている。季節ごとの行事食を提供し食事が楽しみとなるよう工夫している。	
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	一人一人の嚥下の状態に応じて、刻み食やペースト食などにも幅広く対応するようにしている。食事摂取や水分補給がスムーズに出来ない方に対して、食の好みや食べやすい形状、盛り付け方などを検討し、日々柔軟の支援するようにしている。		
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	起床後の整容時や、毎食後の口腔ケアを一人一人に合ったやり方で欠かさずに行っている。		

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	排泄の習慣がつかめるように、日々の行動を観察している。また、必要に応じて、時間での誘導を行い、失敗やオムツ使用の軽減に努めている。ポータブルトイレの使用により、自立に向けた支援も行っている。	排泄習慣を把握するため日々の行動を観察し、必要に応じ時間誘導を行っている。現在、昼夜オムツの利用者は3名いるがそのうち1名は夜ポータブルトイレで排泄できるよう支援している。	
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	十分な飲水の働きかけや、腸の働きを促す食材の工夫をするなどしている。規則正しい生活習慣、体操やレクリエーション、外気浴、室内歩行練習等を行い、身体を動かす機会を作れるよう工夫も行っている。		
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	入浴日は特に決めず、本人の希望に沿って行っている。個々に合わせて、同性介助などのプライバシーの配慮も行っている季節に合わせて、ゆず湯やしょうぶ湯なども行っている。	入浴は基本週3回、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。季節感を感じられるようゆず湯やしょうぶ湯を行っている。入浴を拒む利用者へは声をかける時間や職員を替えたりして対応している。	
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	個々の生活リズムに合わせてながら、適度な休息の機会を作っている。日中は日光浴や体を動かす機会を積極的に作り、夜に安眠でき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	協力医療機関医師、看護師、薬剤師と相談する事により、薬の効能や副作用等を正しく理解できるよう、職員同士で確認し合っている。		
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	本人の生活歴、趣味趣向の把握をした上で、役割や楽しみが作れるよう支援し、生活の活力向上に努めている。		
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	散歩や外出支援の機会を作っている。希望により一緒に買い物に行ったり、家族との協力により、外食や外出する機会も作る事で、ホームに閉じこもらない生活が送れるようにしている。	職員と一緒にコンビニエンスストアへおやつを買いに行ったり、ホームセンターへ野菜や花の苗を購入に行き、苗植えなどを行っている。家族等との外出や玄関前の木陰で外気浴、敷地内での散歩、北条方面や下妻方面までのドライブなどで外出機会を増やしている。	

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	自己管理できる方は所持していただく事で、安心感を持っている。また、個々に要望をお聞きし、買い物支援を行っている。		
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	電話があった際、取りつなげるよう支援している。希望により、本人自ら電話を掛ける支援もしている。手紙や年賀状等のやり取りも希望があれば支援できる。		
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	過ごしやすい雰囲気心がけた環境の工夫を行っている。また、広いホールを活かしながら季節感が出るよう作品を掲示したり、花を飾ったり、トイレの場所を分かりやすくするなど配慮している。	季節の花を飾ったり、季節感の出る作品を掲示するほか、トイレの場所がわかるよう表示を大きくしている。畳のスペースで利用者が横になったり洗濯物をたたんだりできるようになっている。ホールにはテレビ、カラオケの機器、ソファが置かれている。	
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	入居者同士が交流しやすい環境作りを心がけ、ソファや畳スペース、ベンチなど、一人一人が落ち着いて過ごせる場所の提供を行っている。		
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	馴染みのある居心地の良い空間作りの為、慣れ親しんできた筆筒や仏壇などを持ち込んでいただき、入居前と同じような生活環境に近づけられるよう努めている。	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。利用者はそれぞれ整理筆筒やテレビ、仏壇や寝具など馴染みのものを持ち込んでいる。	
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	玄関からホール内にかけて、全面的に段差のない安全な環境となっている。広々としたホールの壁に手すりを設置するなど、安全かつ自立した生活を送って頂けるよう、落ち着ける環境作りをしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

所名 グループホーム作谷長寿館

作成日 令和 6年 3月 13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	3	運営推進鍵において、対面にはなったが活発な意見交換がない。	運営推進会議での意見を運営に反映させる。	作谷長寿館の運営状況を分かりやすくお伝えしていき、活発な意見交換ができるようにする。	10ヶ月
2	14	個人情報や肖像権に関する同意書はあるが、場面ごとの選択ができるまでには至っていない。	入居者、ご家族様の選択肢の拡充。	職員一人ひとりの意見をくみ取り、同意書の変更を行う。	6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。