

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2894001292		
法人名	株式会社ライブシーク		
事業所名	グループホームなごみ		
所在地	姫路市飾磨区今在家2丁目27番地		
自己評価作成日	令和5年3月20日	評価結果市町村受理日	

※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	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和5年4月13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)】

・コミュニケーション(ヒトメクコネクト)を導入し、オンラインでいつでも面会したり、ラインにて状況報告、レクでの様子をお伝えしてご家族との関りを大切にしております。 ・常勤の看護師を配置しており、健康面でも安心して利用していただいています。 ・複数の往診Drと常に連携をとり、希望があれば終末期まで経過していただける態勢を整えております。 ・グループ内の小規模多機能や訪問看護と協力体制があり、医療ケア的にも充実しております。 ・職員の数も余裕をもって配置しており、落ち着いた環境の中で生活していただけるよう配慮しております。
--

【第三者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)】

開設2年目を迎えた事業所は、コロナ禍の影響で地域・学校・ボランティア・家族との交流の自粛を余儀なくされているが、コミュニケーションツール(HitomeQ コネクト)を導入し、オンライン面会やライン(LINE)にて近況報告・お知らせ・写真・動画・イベント情報などを提供され、家族との交流を大切にされているほか、ドライブによるお花見の外出支援にも努められている。近隣には同法人の「訪問看護ステーションや小規模多機能ホーム」もあり、運営面では連携した取り組みが行われている。管理者や職員は事業所理念を掲げて、「本人の自由意志を尊重したケア(パーソン・センタード・ケア)」で、アットホームな雰囲気の中で、利用者の笑顔や家族の安心と信頼に努められている。常勤の看護師の配置や往診医の充実など24時間医療連携体制が構築されて、重度化や看取り体制でも安心感がある。今後もサービスの質の向上に期待できる事業所である。
--

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)	<input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己 評価	第 三 者 評 価	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	会社の理念を職員一人一人理解し、行動に移せるよう指導している。利用者様、ご家族だけでなく職員も笑顔になるような職場環境を意識している。	事業所理念を事務所に掲示し、毎朝の朝礼で唱和して職員全員で共有を図っている。また、日頃の介護サービス提供の場で「笑顔あふれる」職場環境を意識してなごみの理念の実践に努めている。今後は、定期的実践状況の振り返りにも取り組んでほしい。	
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	コロナ禍でなかなか地域の方との触れ合いはなかったが、近隣の散歩等で地域の方とあいさつや話をしている。	自治会には加入されているが、コロナ禍で地域との交流は少なく、日頃、職員が利用者と近隣と一緒に散歩する折に地域の方々と挨拶を交わしている。運営推進会議の資料を自治会代表や地域包括支援センター担当者に送付して関係性を築いている。	
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	事業所の取り組み等を発信したり、手作りパンフレットを作成したり逢いに行ったりした、気軽に何でも相談できるよう働きかけている。		
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	運営推進会議での意見は必ず前向きに考え、実施できることはしている。	運営推進会議を開催するまでには至っていないが、地域包括支援センター担当者や自治会代表に事業所の運営に関する詳しい報告書をこれまで2回送付している。	地域と連携していくために自治会代表者、民生委員児童委員、地域包括支援センター担当者、家族代表(複数)、利用者(できれば)や事業所職員などを構成員とした運営推進会議を年6回以上開催し、運営状況の報告及び意見交換をすることが求められる。開催が無理な場合には、書面会議を実施することや会議の議事録を関係者全員に送付することが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	グループホーム連絡会や市役所に空き情報などの連絡を取っている。	日頃、介護保険担当者とは申請手続きや問い合わせのためにメールや電話をしたり、毎月の空室・待機情報を連絡したりして関係性を築くよう努めている。グループホーム連絡会に加盟しこれまでに2回ZOOM会議に参加している。地域包括支援センターとの交流・連携は、地域の多種多様な情報交換のためにも必要であり、普段から積極的に交流しておくことが望まれる。	
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「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	身体拘束の勉強会を年2回実施し、会議でも検討している。不適切ケアがないように日々話し合っている。	「身体拘束の適正化に関する指針」を整備し、研修を年2回実施している。身体拘束排除宣言の宣言書と共に、緊急止むを得ない場合の身体拘束に関する同意書などを整備している。身体拘束等廃止推進担当者名簿があり、会議が開催されている。玄関は電子ロックではあるが、職員は見守りを徹底し外出時は一緒に同行している。	

自己	第三者	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	(6)	○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	勉強会を実施し、不適切ケアから虐待につながることを踏まえて振り返る場を設けている。各リーダーとも連携を取り防止に努めている。	虐待防止のための研修を年2回実施している。管理者は職員のストレス対策として個人面接を実施し、夜勤者に対して必ず声掛けを行い労をねぎらうようにされている。来年度の義務化に向けて虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための対策を検討する委員会設置が望まれる。	
8	(7)	○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	成年後見制度についてネット等で勉強しているも、実際には活用はしていない。	現在、制度の利用者はいない。管理者を中心に成年後見制度について勉強は行われている。事業所としての利用者家族等への支援として地域包括支援センターへの取り次ぎを行ったり、玄関先に案内パンフレット(例:姫路市成年後見センター)を設置することが望まれる。また、勉強会で読み合わせを実施することが望ましい。	
9	(8)	○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	契約時はしっかりと説明し、理解を得ながら進めている。疑問点などもお聞きし、理解していただけるように説明している。	コロナ禍のため部分的ではあるが、入居前の見学を実施している。契約時には説明資料「ご契約にご準備いただきたいもの」や重要事項説明書をもとに納得・理解のいくよう説明している。重度化や看取りの対応についても説明し同意書を受け取っている。	
10	(9)	○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	随時、お困りごとや意見等を聞くように介護計画書の更新時にご要望等をお聞きしている。コロナ禍で面会制限などある中でもメール等で意見・情報をお聞きしている。	コロナ禍のため家族と直接面談する機会が制限されているため、メール等で意見をうかがうこととまっている。運営推進会議の機会を活用して書面会議で意見をうかがったり、利用者の生活の様子を伝える毎月のお便りを有効活用することが望まれる。	毎月のお便りで利用者一人ひとりの生活の様子を写真スナップ、コメントを織り込んでお伝えすると共に事業所運営に関して家族の意見・要望をうかがい、コメント記入の欄を設けた様式等を工夫して取り組んでほしい。
11	(10)	○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	全体会議等を行い、課題があればそれに対する取り組みを行っている。職員一人一人に意見を聞いている。直ぐに改善策を行い実施している。	会議開催の事前に参加者が会議のテーマを共有して毎月1回の全体会議に臨む仕組みになっている。課題や提案を協議し会議結果がすぐに反映されるようになっている。管理者による職員面談が年2回実施され、管理者も代表者から月1回面談を受けている。	
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	個人目標を個々の能力等の把握に努めている。普段から職員とはコミュニケーションを図るようにしている。		
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	研修を設け、職員の経験年数に応じて役割なども考えている。資格取得などの支援も提供している。職員間の情報共有を行う機会を設け、話しやすい環境を整えている。		

自己	第三者	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	グループホーム連絡会や市役所に空き情報などの連絡を取っている。連絡会やケアマネジメント向上会議等の参加を通じ、認知症ケアの理解を深めている。		
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	安心して生活していただけるよう在宅での生活の様子や心配事を伺っている。ご要望などは面会時や電話で伺っている。		
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	契約時にお話を伺い、不安なことや要望などできる限り添えるよう努めている。メール等で施設での様子をお伝えしたりしている。		
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	入所以前に多サービス利用で日常生活が可能な方には必要に応じて地域のサービスやその人の生活スタイルに合う支援方法を提供している。同グループのデイやショートステイなどの説明をしている。		
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	利用者とともに洗濯を畳んだり、食器洗いやボールを使った遊び、散歩に行ったりしながら日々穏やかに過ごされています。		
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	直接の面会がなかなかできず、リモートで顔を見ながら話されたり、メールで写真を送ったりして様子をお知らせしている。		
20	(11)	○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	コロナ禍で面会ができなかったり、感染予防の観点から短時間での面会となったがメール・ヒトメコネクト等で情報を送り支援している	コロナ禍の感染予防のため2階会議室で窓を開放してマスク着用の状態で15分間の短時間面会が行われており、利用者は家族以外にも知人や友人と面会している。また、コミュニケーションツール(ヒトメコネクト)を導入し、オンラインでいつでも面会したり、ラインにて状況報告、レクでの様子をお伝えして家族との関りを大切にされている。馴染みの姫路城や夢前川沿いの満開の桜をドライブで見物に行ったりしている。	

自己 第三	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	生活していく中で孤立しないよう配慮しながら輪に入ってもらえるよう声掛けを行っている。		
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	医療的な支援が必要となった時にはご加速様とお話しし、適応な相談に応じている。		
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 (12)	○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	入居時やケアプラン更新時には本人の要望や希望を確認している。それが困難な場合には、その人にとって最善の状態を把握しご家族と相談しながら支援している。	現在、意思疎通が難しい方はおられない。利用者ごとの担当職員制になっている。把握した思いや意向は個人カルテに記録して、業務日誌(特記事項)などで共有されている。アセスメントは入居時に1回、モニタリングは毎月1回実施されている。本人の思いや意向の把握が難しい場合は家族と相談を行っている。	
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	基本情報は入居前にご家族様に確認している。西暦を大切にしながら日々のものをもってきていただき生活環境を整えている。		
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	一人一人のペースに合わせて過ごしていただいている。心身の状態、残有能力を生かし役割づくりをしている。日々変化があるので、職員で共有している。		
26 (13)	○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	月に一度モニタリングを行い、プランの実施状況の確認や課題の把握に努めている。	毎月1回モニタリングを実施して介護計画の実施状況の把握と課題把握が行われている。利用者、家族の意向を事前に把握して、半年に1回、担当職員、管理者、計画作成担当者、看護師をメンバーにして担当者会議を開催している。今後はアセスメントの更新や利用者、家族の担当者会議への参加が望まれる。	
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	業務日誌の特記事項やカルテに記録を残し、重要事項には必ず申し送りにて情報共有している。		

自己 番号	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
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	利用者の状況や家族様の状況も変化していく中で、報告の仕方や受診対応等、柔軟に対応できるよう努めている。電話での相談も取り入れている。		
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	近隣の公園などに散歩、毎日新聞を読まれたりテレビを見たり利用者に合わせて、楽しんでいただけるよう支援している。		
30 (14)	○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	主治医、かかりつけ医は、ご家族様の希望を優先して決めている。訪問診療の先生といつでも連絡・相談できるようにしている。	本人及び家族の希望に沿ってかかりつけ医の選択受診が行われている。現在、利用者の半数は従来からのかかりつけ医を継続受診、残り半数は協力医をかかりつけ医としている。協力医は4人おられ、医師により訪問診療が2回の方と1回の方おられる。歯科医の訪問診療が月1回行われている。かかりつけ医の受診に際しては、事業所の常勤看護師と連携が行われている。また、24時間医療連携体制が構築されている。	
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	日々の利用者様の健康管理、表情、変化等に気づき、変化等あれば看護師に報告・相談し主治医と連携を図って対応している		
32 (15)	○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。	入院時の状況等を病院の地域連携室と連携をとり、様子を聞いたり、相談している。	昨年9月と11月に入院者がいたが、今はいない。入院時には利用者の基本情報を医療機関に提出し、入院中は地域医療連携室や家族と緊密に連絡を図り、早期退院に向けて支援を行っている。退院時には退院時カンファレンスに参加し、看護サマリーを入手している。	
33 (16)	○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、事業所です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	重度化した場合、ご家族様と今後について話し合い、不安なことなど聞くようにしている。常勤の看護師がいるため、ご家族の心配事にも相談にのっている。	入居契約時に重度化、看取りの対応について説明がされて、同意書を入手している。9月に看取りの事例があり、振り返りが行われている。看取りに至るまでの間、家族を含む関係者と話し合いが行われたが、看取り介護計画書は作成されていない。看取りについての事前確認書や緊急時の対応についての意思確認書を整備しておくことが望まれる。	
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	施設内の勉強会で急変や事故発生時にどうするかマニュアルを作成している。感染症に対する意識を高めるため、予防策を実施している		

自己 第 三	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	(17) ○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	避難訓練を年2回実施している。ハザードマップ、マニュアルの確認等実施している。	法定の消防避難訓練は年2回実施されている。洪水、土砂災害などの自然災害の対策としてハザードマップや防災マニュアルの確認はされている。ご飯・水・スूपなど3日間の備蓄品が備えられている。グループ内での事業所連携や地域との連携への取り組みについて検討協議すると共に、今後は「水防法」による洪水を想定した避難確保計画の作成、今年度中に提出義務のある業務継続計画(BCP)の作成に取り組まれることが望まれる。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(18) ○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	利用者の今までの経験や生活歴を大事に生活スタイル・性格を大切にしながら言葉のかけ方、態度などに配慮している。	4月に接遇について、6月にプライバシー保護・個人情報について職員研修を実施している。職員は居室の出入り時はノックするようにしている。トイレの誘導時は羞恥心に配慮してさりげない声掛けを行い支援している。入浴については基本的に同性介助ではあるが、勤務の都合で異性介助になる場合には本人に了解を得るようにしている。	
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	可能な限り一つ一つの動作や場面において、本人が選択できるようにしている。希望を言われる方が少ないですが、ご家族に聞いたりして本人らしい選択ができるようにしている。		
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	利用者のペースに合わせて対応しておりますが、その日をどのように過ごしたいのか希望を話される方が少なく、希望に沿って支援しているとは言えない。		
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	外出(ほぼ受診のための外出)時は、服を一緒に選んだり、その時の季節に応じた対応をしている。		
40	(19) ○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	普段はヨシケイの食事を提供しているが、4月より月1度手作り昼食を提供し、盛り付けや片付け等一緒にしている。	食事の準備は、3食とも外部業者より届けられたものを提供されている。食事形態などは事業所で対応できている。4月より月1度程度は利用者とともに昼食づくりに取り組まれている。お誕生会にはケーキを手作りしてみんなでお祝いされている。食事の後片付けなどは生活リハビリとして利用者のできることに取り組んでもらっている。今後は、地域密着型サービスならではの取り組みとして、昼食づくりなどの頻度を増やすなどに努めてほしい。	
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	毎日食事量、水分量のチェックをして、少ない人には他の栄養ドリンク等提供している。食事形態等も食べやすいように考え支援している。		

自己 番号	第三 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
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	毎食後に歯磨き(入れ歯洗浄)等していただき、難しい利用者様には介助している。		
43	(20) ○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	時間ごとの声掛けにて、日中の失禁は少なく、紙パンツ・パットの使用量はそれほど多くはない。できる限り残存能力を生かした介助方法をとっている	排泄記録表により、一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握して、トイレでの排泄支援が行われている。利用者の状態で、リハビリパンツにパット併用されている人が多いが、布パンツで自立されている人やおむつの使用者も数名おられる。夜間のポータブルトイレ使用者も2名おられる。共用トイレは2か所あり、レストテーブル付、手洗い器付で車いす対応もできるスペースがある。	
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	現時点では排便を促す薬を使用し、それでも出ない滞便者にはGEや摘便等を行っている。		
45	(21) ○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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者それぞれの好む湯野温出に合わせて気持ち良く入浴されている。午前、午後に分けゆったりと入浴していただいている。	入浴は週2回を基本として、午前・午後としているが、利用者の体調や受診日など柔軟に対応されている。浴室は一般個浴で機械浴(リフトキャリー)も設置されて、重度化にも対応できる。現在は入浴を拒否される方はおられない。季節湯(柚子湯など)やバスクリンなどの活用はされていない。プライバシー配慮では、同性介助を基本としているが、都合で異性介助の時もある。	
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	その日の体調に合わせて居室で休まれたり、一人一人に合わせた就寝時間等を考えている。		
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	日々一人一人の状態を観察し、状態を主治医に報告している。		
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	コロナ禍で外出もできませんでしたが、近所に散歩に行ったりドライブに行ったりしている。		

自己	第三	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
49	(22)	○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	利用者本人の希望を聞くことはあまりありませんが、公園に行ったりお城を見に行ったりしている。	コロナ禍の影響で外出の自粛を余儀なくされているが、日常的な外出支援では、気候や天気の良い日には、事業所周辺や近隣の公園などに散歩されている。また、コロナ禍の状況を踏まえて、ドライブでお花見や姫路城などへの外出支援も行われている。近隣の神社では昨年秋祭りが行われている。今年は事業所近くで屋台が見物できるか楽しみにされている。	
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	お金は入所時より持ってこられていない利用者が多く、コロナ禍で買い物も行っていない。		
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	ご希望があれば家人へご自身で電話していただいたり、家人よりお手紙をいただいたり電話で話したりしていただいている。		
52	(23)	○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	共用部分にグリーンを置いたり、季節ごとの飾りつけをしている。フロアは広く、十分に行き来できるように配慮している。	共用空間のリビングダイニングなどは明るくゆったりとしている。広い掃き出し窓の外は家庭菜園もある。感染症対策では、加湿器などの設置や定期的な換気・消毒も徹底され、対面式のキッチン前にはごみの分別ボックスなども設置されて、環境整備にも努められている。廊下の壁面には、季節感のある装飾や手作り作品などが展示されている。リビングには大型テレビや広いソファが置かれて、書籍ラックには雑誌なども用意されている。	
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	フロアでは気の合う利用者同士で談笑されたり、居室に入られたりして過ごされている。		
54	(24)	○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	利用者が慣れ親しんでいる使用されたタンスやご家族が購入されたものを使用している	居室の設えは、電動ベッド・冷暖房機・床頭台、パイプハンガーラック、カーテン、ナースコールなどが用意されている。使い慣れた家具(タンスなど)や衣装ケースなどが持ち込まれて、家族の写真やお気に入りの小物などが飾られている。居室内は清潔に維持管理されている。掃き出し窓は大きく明るい。上部は排煙窓になっている。2階は回遊式ベランダに出て散歩や景観も楽しめる。(1階ユニットの一部居室は腰高窓になっている。)	
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	利用者と一緒に物づくりしたり、トイレ等に表示をしてご自身でも分かるようにしている。		

(様式2(1))

事業所名 グループホームなごみ

目標達成計画

作成日: 2023年 5月 22日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
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	4	運営推進会議を開催するまでに至っていないが、地域包括支援センターや自治会代表等に事業所の運営に関する詳しい報告は送付している。	2か月に1回、運営推進会議の開催を行う。	自治会長、民生委員、地域包括支援センターに出向き、密にかかわって出席していただけるよう活動する。	2ヶ月
2	10	今までコロナ禍のため、家族にはメールや電話等で意見を伺うに留まっていた。	2か月に1回利用者のご家族あてに当施設での様子や状態を写真を添えて送付する。	各利用者の担当を中心に、皆で話し合いながらご家族に施設での様子をお伝えし、それと同時にご家族のご要望等を伺う。	2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。