



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	2894000534	
法人名	社会福祉法人ネバーランド福祉会	
事業所名	グループホームネバーランド	
所在地	姫路市船津町5271-20	
自己評価作成日	令和5年10月15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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2894000534-
----------	--

【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11月16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)】

○日々の生活の様子や、行事の様子を都度LINEにてご家族へお送りしている。また、LINEに登録されていない方については、毎月写真付きのお手紙を送付し、ご様子をお伝えしている。
 ○コロナ禍でもできることとして、Zoomを使用しての他部署との交流や地域交流を進めている。
 ○食べることの楽しみを持っていただけるように、毎月のテイクアウトイベントを継続して実施している。ケーキや和菓子の他にも、利用者さんの希望を伺い、カレーやステーキ等のテイクアウトも行っている。
 ○入居者の希望を伺いながら、夜間浴を実施している。

【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8年目を迎えた事業所は、「パーソン・センタード・ケア(その人らしさを尊重する)」に向けて、利用者支援に取り組んでおられます。毎月のカンファレンスには利用者も参加されて、本人の意見や思いを把握して、日々のケアに反映されておられます。コロナ禍の影響で面会が難しい時期もありましたが、多くの家族にLINE登録をしていただき、日々の様子や行事などの写真を月数回は配信して、家族の安心感や関係継続を支援されています。また、毎月写真付きのお便りも送付されています。利用者の希望で夜間入浴に対応されたり、外食を楽しんでもらうテイクアウトの活用などにも配慮されています。ユニット間の交流が活発に行えるようにレイアウトなどにも工夫が見られます。今後も期待される事業所です。

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 者とのつながりが広がり深まり、事業所の理 解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 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、活き活きと働いている (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	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
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にて、各事業所と状況等について情報交換を行っている。また、グループホーム連絡会主催の研修会等にも参加している。		
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	法人内のサービスを利用されている方に関しては、入居前からご様子を伺い、信頼関係の構築に努めている。また、職員から日々の生活の様子について聞き取りを行い、スムーズに入居できるように努めている。その他の方に関しては、面接時に希望することや不安な事に耳を傾け、信頼関係の構築に努め、できる限り意向に沿った支援ができるように配慮している。		
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	申し込み時の段階から、ご家族が不安に思っていること、希望等を伺っている。その後は定期的に連絡を取り、ご様子を伺っている。その後契約時には、入居者様の生活状況や環境等を伺い、早く生活に馴染んでいただけるような環境づくりを心がけている。また、入居後の生活の様子を都度LINEにて送信しており、安心していただけるように努めている。LINEが使われていない方については、毎月写真付きのお手紙にて、日々の様子をお伝えしている。		
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	入居前にご本人とご家族から、困っていることや不安なこと等を伺い、居宅等からの情報提供を含めて、入居後の支援方法を検討している。また、その方の状況に応じて、ショートステイや小規模多機能等の同法人内のサービス利用の情報を提供している。		
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	毎月のカンファレンスに利用者様も参加していただき、その方の希望や望む暮らし等をお伺いしている。ご自身の意見を声に出すことが難しい方については、その方の生活歴や身体状況を考え、職員間で意見を出し合い、出来ることを継続していただいている。		
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	感染症等の流行状況に応じて、一部面会を制限させていただいている。(状況に応じて対面での面会、扉越しでの面会を切り替えている) 日々の生活の様子については、多くのご家族にLINEに登録していただいております。随時写真や動画を送信している。LINEに登録されていない方については、毎月写真付きのお手紙を送付し、ご様子をお伝えしている。		
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	感染症等の流行状況に応じて、一部面会を制限させていただいている。(状況に応じて対面での面会、扉越しでの面会を切り替えている)	併設の施設で新型コロナウイルス感染症の発症事例があり、8月以降は扉越し面会で、直接の面会は実施されていません。希望により、事前予約制で家族は1階玄関の扉越しに短時間の面会をされています。電話の連絡やLINEを通じて関係継続の支援が行われています。法要などの冠婚葬祭時に家族同伴の外出事例はありませんが、医療機関への受診支援の際に家族同伴で外出し、食事を取られています。	

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に関わり合い、支え合えるような支援に努めている	午後のレクリエーションは両ユニットで協力して一緒に楽しんでいただく時間を設けている。また、配席については、利用者同士の相性うい考慮し、定期的に席替えを行っている。		
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	法人内に特養、デイサービス、ショートステイ、小規模多機能ホーム、居宅介護支援事業所があり、サービスが終了しても、引き続き法人内で支援を行える環境があることを、申し込み時及び、状態変化時にお伝えしている。(法人内他事業所からグループホーム、グループホームから特養へ異動される方も多い)		
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	日々の生活の中で、ご本人の困りごとや希望等を把握するとともに、ケースカンファレンスに参加していただき、希望をお伺いし、日々のケアに反映できるように努めている。	入居時に得たアセスメントをもとに一人ひとりの思いや希望などを把握して職員同士で共有すると共に居室ごとに担当者を決めて利用者に寄り添ったケアに取り組まれています。毎月1回ケースカンファレンスを実施する際に利用者に参加していただき、利用者の意見、要望や困りごとを把握してケアに反映され、タブレット端末や申し送りノートの記録を活用して職員同士の共有が図られています。	
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	入所前ご家族やご本人から聞き取りを行い、過去の生活歴を把握し、できる限り以前の生活に近い環境を作れるように努めている。情報については、職員間で情報を共有している。		
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	毎月のケースカンファレンス実施時に職員の意見を集約することにより、個別にできることを把握し、利用者一人一人の対応を検討している。カンファレンスには薬剤師や訪問看護師にも参加していただき、意見をいただいている。決定事項については、記録に残し、対応方法等を統一できるように努めている。		
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1回ケースカンファレンスを実施し、利用者の希望や想いを伺い、ケアに反映できるように努めている。カンファレンスに参加出来ない職員に関しては、事前に質問用紙を配布し、気付いた点等を記入してもらっている。ご家族からは面会時やその他来所された際に意向を伺っている。	毎日、その日のケアの実施状況を確認して、月に1回ケースカンファレンスを実施し、3か月毎にモニタリングの総括が行われ、短期目標の評価が行われています。電話や面会時に利用者家族などの意向や希望を把握した上で、年に2回管理者、介護支援専門員、職員によるサービス担当者会議(必要に応じて看護師、管理栄養士の参加を得て)を開催して介護計画を作成されています。介護計画で対応できない変化が生じた場合には現状に即した介護計画の見直しが行われています。	
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	タブレット端末にて日々の様子の記録を行っている。(業務開始前に前日までの記録を確認している)また、気づいた点や改善点等については、申し送りノートにて情報共有を行っている。		

自己 番号	項目	自己評価	外部評価
		実践状況	実践状況
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	変化していくニーズに応じて、ご家族や訪問看護師、主治医、職員と連携を図り、必要に応じて柔軟に対応を行えるように努めている。	
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	近隣神社での夏祭りや、屋台の練り合わせ見学等、少しずつではあるが地域との交流行事に参加している。	
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	現在はほとんどの入居者が法人の嘱託医へ変更されており、月2回の往診にて健康管理と内服の処方をしていただいている。また、体調不良時には電話にて相談を行い、必要時はご家族に受診していただいている。	現在2名の方は、利用者家族の希望により以前から利用しているかかりつけ医を継続受診し、残りの方は事業所の協力医を受診されています。他科受診の場合、家族同伴で受診し、受診情報などは家族から入手されています。協力医の場合、主治医が月2回往診して健康管理と内服の処方を行っており、週2回定期的に訪問看護師の訪問もあり、体調管理や健康管理が行われています。24時間医療連携体制が構築されています。
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	訪問看護ステーションとの連携により、週2回の定期訪問及び、24時間の連絡体制が整備出来ている。また、夜間を含み、緊急時の訪問も可能となっている。(週2回の定期訪問時には、利用者の変化の状況、服薬内容の変更点等の情報共有を都度行っている)	
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。	利用者が入院された際には、速やかに医療機関と連絡を行い、情報の共有を行っている。また病院内の地域連携室とも連絡を行い、早期退院に努めている。入院中の状態確認も適宜行っている。	入院時は、入院先の地域医療連携室と連絡し看護情報提供書を提供し、入院中は、利用者の症状を確認するなどして家族や医療機関との連携を図り、早期退院に向けて支援に努められています。退院時カンファレンスが行われる場合は参加されています。
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、事業所の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	医療連携体制加算の算定に伴い、全ての入居者のご家族へ『看取りに関する指針』『重度化対応に関する指針』を説明し、ご家族が望んでいること、事業所として出来ることを確認している。また、ご家族の希望により、併設している特養への紹介を行っている。	2022年8月より医療連携体制加算算定の導入が始まり、全ての利用者家族に対して「重度化対応に関する指針」及び「看取りに関する指針」について説明が行われています。事業所のできることを説明し、重度化になられた方には、併設の特別養護老人ホームへの紹介が行われています。重度の方を含む介護度の高い6名の利用者が特別養護老人ホームに移動されました。
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	事故発生及び、急変時に関するマニュアルを作成している。夜間帯についても看護師と管理者が指示できる体制を整えている。	

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
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	年2回の避難訓練を実施し連絡、消火、誘導等を体験している。また、避難訓練時には自治会長に都度連絡を行い、運営推進会議時にて報告を行っている。	併設の小規模多機能居宅介護事業所と合同で年2回(昼夜想定訓練を各1回)、火災訓練(避難誘導・通報・消火)を実施しています。現在、法人内でBCP(業務継続計画)策定が進められています。ハザードマップで該当する災害指定区域に入っていますが、運営推進会議で災害時を想定して地域との協力体制の整備を行ったり、同一エリアにある事業所間での協力体制の整備が望まれます。また、災害時に備えて利用者家族の連絡一覧表や地域連絡網の整備も望まれます。	
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	介護職員が上に立たず利用者本人の立場や思いを考えながら声かけや係わりを持てるように常日頃から指導を行っている。また、日常生活を営む場として居室に入る際は声かけを行い名前をきちんと呼び個人を尊重した支援を行っている。	職員は、パーソン・センタード・ケア(利用者本位)の視点に立って、利用者一人ひとりの人格を尊重したその方に合った言葉かけや対応を心がけておられます。居室への入室時には声をかけてから入室することや居室入口の扉の小窓には、各々異なったおしゃれな模様の布なり、紙で飾る工夫が行われており、室外からの視線を防ぐプライバシーの配慮がうかがわれます。	
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	本人の思いや希望を尊重し、月に1回ケースカンファレンスを実施し利用者にも参加していただき、本人の希望を伺ったりやりたいことを決めていただいたりしている。		
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	利用者の状態を日々確認し、申し送りで情報を共有している。利用者自身の生活のペースを大切にしている。居室で休みたい方、塗り絵等レクリエーションをしたい方その都度希望にそって対応している。		
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	起床時にモーニングケアを実施している。まや、訪問理容を利用している。また、施設内行事等あれば女性利用者には女性職員がお化粧の支援を行い、少しでも楽しみを持っていただくように支援している。		
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	食事の好みの確認や日頃の食事の様子、会話等から嗜好を知り希望に沿うように努めている。また季節のイベントごとに特別なメニューが企画され、目で楽しみ、季節を感じていただけるように努めている。テイクアウトの弁当も取り入れ、店の料理の味を楽しんでいただけるように努めている。	毎月のケースカンファレンスには利用者も参加され、思いや意向の中で、食事の好みなども把握されています。食事の準備は基本的には併設の事業所厨房で調理されたものが提供されて、事業所ではご飯の準備や盛り付け、食事形態の対応がなされています。季節行事食やテイクアウトでの外食にも取り組まれて、食事が楽しみなものになるように配慮されています。定期的ではないが、おやつ作り(ホットケーキ、かき氷など)にも取り組まれて、希望のおやつなどはテイクアウトで提供されています。	地域密着型サービスとして、食事を楽しむことのできる支援として、利用者と職員と一緒に家庭的な食事づくりに取り組んでほしい。当面は月2回程度の昼食づくりに期待します。
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	毎日の食事、水分の摂取量は記録し確認している。月1回の体重測定も実施している。体重の増加が確認できれば米飯の増減やおやつを増減を検討している。食事形態も時間経過とともに再検討を行い安全に食事が行えるように努めている。		

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
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、口腔ケアの声かけ、セッティング、見守りを行っている。自身で歯磨きが困難な利用者は職員がブラッシングをしケアを行っている。口腔環境を確認し不具合があれば必要に応じてご家族に相談し歯科受診を勧めて、口腔内の清潔の保持、義歯、虫歯等の不具合の改善に努めている。		
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	尿意や便意がうまく伝えられない方や曖昧な方等は排泄チェック表等で排尿パターンの把握に努め、その方のしぐさや行動等のサインを見逃さないように職員は意識し適切なタイミングでトイレへ誘導できるように心掛けている。失敗時も職員は羞恥心や自尊心に十分に配慮し声かけを行っている。失敗回数を軽減することでその方の焦燥感等の軽減や自信につながるよう努めている。	排泄チェック表を活用し、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に取り組まれています。多くはリハビリパンツでパット併用されていますが、布パンツで自立されている方、おむつの方も各1名おられます。夜間のポータブルトイレ使用者はいません。共用トイレは3か所あり、2か所は車いす対応ができ、手洗い場やレストテーブルが設置されています。プライバシー配慮では誘導時の声かけに注意されています。	
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	1日1L以上の水分摂取を実践している。また、体操や歩行等の運動を行う時間を日中設けている。また、排泄の記録を確認し必要であればかかりつけ医や週2回の訪問看護に相談を行い下剤の処方や服用をいただいている。		
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	週2回を基本として希望やタイミングに合わせて、入浴ができるように配慮している。また、夜間浴も実施し夕方以降に入浴したい利用者の希望に添えるよう努めている。入浴を拒否された場合は足浴や清拭を行っている。	入浴は、週2回午前・午後を基本とされていますが、利用者の状態や希望で柔軟に対応されています。希望者には週1回程度、夕食後の夜間浴にも取り組んでおられます。浴室は一般浴槽で個浴対応され、重度の方には併設事業所の機械浴を活用されています。入浴を楽しめるように季節湯(柚子、葛蒲など)も取り入れられています。プライバシー配慮では、同性介助を基本とされていますが、都合で同意を得て異性介助の時もあります。	
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	本人のペースに合わせた入眠時間を心がけている。早くに休まれる方テレビを楽しまれる方や日々変化があるがその日の本人の様子に合わせた支援を行っている。日中は体調や状態に合わせて昼寝や休息が行えるよう支援を行っている。		
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	誤薬防止のため『服薬くん』というアプリを利用し、職員、薬包紙、利用者のQRコードを専用のスマートフォンで読み取ることで誤薬が起らないように努めている。薬情報はいつでも閲覧できるようにして更新があれば情報共有できるようにしている。症状に変化が見られた時はかかりつけ医や訪問看護師に報告し、適切なケアが提供できるように努めている。		
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、趣味については初回面接時に伺い把握するよう努めている。生活されている中で発見したことはご家族にも協力を得ながら継続できるように支援している。日頃の関わりの中の職員の気付きも尊重し、職員のアイデアも積極的に取り入れ実践している。		

自己	第3	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	季節ごとにドライブ等を実施している。近隣の屋外散歩や売店が特別養護老人ホーム本館で行われているのでそこまでの買い物等できる支援を行っている。	気候や天気の良い日には事業所前の公園や神社周辺を散歩したり、地域の畑に植えられた季節のお花見などに出かけられています。毎週火曜日に併設の特別養護老人ホーム本館で開かれている売店への、買い物支援も行われています。コロナ禍の状況を見ながら、ドライブでの外出支援も行われています。(神崎いこいの村グリーンエコー笠形、奥播磨かかしの里など)自治会が開催された近隣の瑞岡神社での夏祭りに参加されたり、秋祭りの屋台を、駐車場で見物され楽しまれました。また、地域の小正月行事(とんど祭り)にも参加されるとうかがいました	
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	金銭管理が難しい方が多いため事務所にて現金は管理している。買い物等に出かける場合は金銭面等ご家族と相談している。		
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	利用者は携帯電話はお持ちでないのでコロナ禍もありご家族の希望があればラインのビデオ電話を実施して交流を持ってもらっている。手紙のやり取りは切手や投函は協力している。		
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	共有空間に職員と一緒に作成した季節ごとの製作物や塗り絵、行事や外出等の写真を貼り目で季節を感じ楽しんでいただける工夫を行っている。	ユニット間を一体的に解放されているのでゆったりとしています。リビングにはテレビやオルガンが置かれて、ソファや食事席で思い思いに過ごされています。廊下やリビングの壁面には、利用者と職員と一緒に取り組んだ季節の創作物や行事などの記念写真が展示されています。感染症対策では定期的な消毒や換気、空気清浄機(除菌)や加湿器も設置されて、快適な生活環境が維持管理されています。	
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	共有空間のソファや食事席、居室等本人の希望される場所でお過ごしいただいている。また、利用者同士の関係性も把握し食事席も定期的に変更し、利用者間の交流を多く持たせ孤立しないように努めている。		
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	居室には自身で塗った塗り絵や家族の写真を飾ったり、愛着のある物を持参していただき、居室が居心地の良い空間になるように努めている。	居室には、ベッド、クローゼット、洗面台、冷暖房機、カーテン、ナースコールなどが用意されています。今まで使い慣れた家具や寝具、テレビ、ラジカセなどが持ち込まれています。家族の写真や時計、お気に入りの小物、手作り作品などを飾って、本人が居心地よく過ごせるような工夫がなされています。腰高窓の外はベランダで、各ユニット周りを散歩される方もおられます。部屋のドアに透かしガラスの小窓があるが、プライバシー配慮の工夫がされています。各ユニットで1室は陰圧室となっています。	
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	共有空間・居室やトイレがわかり易いように表示し手すりを設置している。トイレに座位が不安定な利用者でも安全に座って排泄ができるように跳ね上げ式レストテーブルを設置している。居室室内も利用者の身体状況に合わせた配置を行い、リスクの軽減に努め、安全で自立した生活が送れるように工夫している。		

(様式2(1))

事業所名 グループホームネバーランド

作成日: 2023年 12月 21日

目標達成計画

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	19	毎月写真付きのお手紙をご家族に送付しているが、担当職員の記載がなく、双方向でのコミュニケーションが取れていない。	今以上にご家族と双方向のコミュニケーションが取れるように努める。	現在送付しているお手紙に、各利用者担当職員よりのメッセージを記載する。	3ヶ月
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。