

### 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   | 0870600376     |            |             |
| 法人名     | 濱野精麦株式会社       |            |             |
| 事業所名    | グループホームひなたぼっこ  |            |             |
| 所在地     | 茨城県筑西市市野辺133-2 |            |             |
| 自己評価作成日 | 2020年8月18日     | 評価結果市町村受理日 | 2020年12月24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 | <a href="http://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detaji_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870600376-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detaji_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0870600376-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【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 | 2020年10月22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)】**

当ホームは木造平屋建てで木のぬくもりが感じられるゆったりとした作りになっている。個人個人のペースに合わせた日課や規則にしばられない家庭的な関りが持てるよう努めている。また、看取り介護を希望される入居者様には住み慣れたホームで昔の家庭でのように、一緒に暮らしている仲間の人たちの気配を感じながら、最期を迎えられるよう家族 医療関係者 訪問看護ステーション、薬剤師等と協働で入居者のニーズを支える体制を整えている。近くに小学校、公民館、同法人系列のサ高住、デイサービスがあり、近隣住民の方々との交流を大切にしています。

**【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)】**

親の介護を経験し『その人らしい生き方をさせたい』という思いで立ち上げた事業所である。建物も介護も、ひなたぼっこにふさわしい、ぬくもりのある暮らしが日々見えた。新型コロナウイルス感染拡大以前は、地域の一員として昔ながらの近所付き合いができていた。今はコロナ禍で家族との面会が難しく、不安解消や感染予防の方策も高齢者にはなじみ難いが、ホーム内では、感染予防の対策を取りながらこれまでと変わらない接し方を心掛け『ひなたぼっこ』らしさを維持している。あたたかい言葉遣い、アットホームな空間、畳の部屋にこだわり、ほっとする空間を大切にしている。  
\* 新型コロナウイルス感染予防の観点から、訪問調査は通常より時間を短縮し、簡潔に実施。

**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<br>↓該当するものに○印  | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                            | ホーム独自の理念を職員が必ず目に入る場所に掲げ、勉強会などで全員で唱和し、スタッフ間で共有し実践している。                                    | グループホームの立ち上げのきっかけは、認知症になった自らの親に『その人らしい生き方をさせたい』という強い思いだった。その思いを理念に掲げ、貫いている。職員は理念を毎朝確認し、勉強会で唱和を繰り返して共有。職場目標とケア目標を決めて実践に繋げている。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | 新型コロナウイルスの影響で自治会、地区民主催の運動会・夏祭りなどが中止になりご近所との交流自粛の状況ですが、ご近所を散歩しながら地域の一員として暮らしている。          | 例年、文化祭や夏祭りなど地域のイベントに参加したり、招待するなどの交流があったが、コロナ禍で多くのイベントが中止になっている。近所の散歩など、密にならない程度の交流はできている。近隣住民はみな好意的で、温かい近所付き合いができています。         |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | 地域交流会の中止や家族の方の面会自粛要請を継続しているが、職員間で認知症の理解と支援方法などをともに将来に向けて学び合っている。                         |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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       | 現在運営推進会議開催が中止になっているが、利用者様の状態や取り組みを役員の方々やご家族にお便りや書面にて報告し、意見等をいただいている。                     | 関係者に意見を聞き、書面におこして報告。改まった会議の場がなくても、近所の方と顔を合わせた時に情報交換をしている。現在は集まった会議は懸念されるため、当分は今のような書面報告の形が続くと思われる。                             |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | 2ヶ月ごとの運営推進会議に活動状況や現状報告を行い意見、助言をいただいている。また日頃の問題点や困難事例の対応については電話、または窓口で訪問し相談させていただいている。    | 相談事があればいつでも相談できる。衛生材料の支給支援もされている。  |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 身体拘束委員会を設置し、施設内で会議の他勉強会なども行い、身体拘束を行わない職場作りにも全職員努めている。もちろん言葉のかけ方にも日々気を付け、日中は玄関の施錠は行っていない。 | 身体拘束に関する委員会を設置。3ヶ月毎ごとに委員会を開催し、施設内研修も行っている。最近では、スピーチロックの確認をし、職員間で対応の仕方を話し合った。事故発生時には速やかに家族に報告。事故報告を見ながら勉強会で検討し、リスクを減らすケアを考えている。 |                   |

| 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<br>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     | 事故以外の原因不明のアザなどを見つけた場合は事故報告書を提出し、勉強会を開催するなど、虐待のないあたり前の生活支援に努めている。                              |   |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 勉強会や研修などを通して、権利擁護に関する制度の理解を深めている。現在利用している方はいないが、今後活用する機会があった時はスムーズに対応できるように努めていきたい。           |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                      | 契約時には契約書・重要事項説明書、その他の書類を解りやすく十分な説明を行っている。利用開始にあたり利用者様やご家族様に不安や疑問がないようにお聞きし、法改定時には十分な説明を行っている。 |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | ご利用者様からの要望は勉強会で話し合いを行い、面会時は職員がご家族様から意見、要望、疑問、苦情などをいつでも聞けるようにしている。入所時には苦情窓口・意見箱設置も伝えている。       | 改めて場を設定することはせず、面会時に近況報告をしながら意見をもらう。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | いつでも意見を言える雰囲気の関係作りに努めている。勉強会や個人面談、その他必要に応じて職員の意見を聞きながら、業務改善や働きやすい環境づくりに努めている。                 | スタッフ用人事評価シートを利用して自己評価をしてもらっていたが、職員の反応がいまひとつなので中止している。開設当時の理念を継続しながら、働きやすい環境作りと職員の育成を模索している。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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   | 職員が明るく元気に目標を持って仕事が出来よう、働きやすい環境作りに努めている。また、必要時には個人的に相談やアドバイスをしてくれている。                          |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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      | 年間の個人目標を提示し、目標に向かって支援や相談にのってくれている。出来ていること、頑張っていることを認めてくれており、改善点には相談に応じてくれている。                 |   |                   |

| 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<br>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 | 地域包括支援センター主催の集まりなどの機会を利用し、地域の同業者との交流を通して、お互いに学び合い、サービス向上に努めている。<br>(情報交換、行事参加、勉強会、研修など)        |   |   |
| <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<br>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           | 入所前に担当ケアマネジャーやご家族様からの情報把握につとめ、入居後は不安を出されるだけ軽減できるよう、ご本人との面談を繰り返し、少しずつ信頼関係を築けるよう努めている。           |   |   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 入居前の相談時、または面会時に家族にも詳しい説明をしている。ご家族の想いを大切に、不安や困難が軽減、解決できるよう支援し、よりいっそうの信頼関係が築いていけるように努めている。       |   |   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 介護保険制度の説明や認知症についての理解や対応の仕方、社会資源について必要時には説明している。また他のサービス利用も勧めるなどご本人やご家族が今必要とする支援を提供できるように努めている。 |   |   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 共に生活する仲間、家族として、大切に支援させていただいている。ともに笑い、ともに泣きたくさんの思い出を作りながら、誰もが主人公になれるように活躍の場を拡げていけるように努めている。     |   |   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 日頃から家族の方とコミュニケーションを多くとるよう努めている。ご本人を支えるために、ご家族との信頼関係をもとに、ケアの方向性や方法、内容など随時相談し、ケアを実践している。         |   |   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 面会は、ご家族とご本人の拒否がない限りいつでも可能としていが新型コロナウイルスの関係で面会自粛の要請の為、リモートでの対面も可能となるよう開始している。                   | リモート面会ができるように体制を整えた。LINEを使っての面会も導入したが、利用できる方は限られている。実際に対面したい方は窓越しに面会してもらっている。隣の利用者とはベランダ越しに距離を置いて会話することもある。 | 家族や馴染みの人との面会について、行政と相談しながら、これまでに近い状態で面会できるよう検討していただきたい。 |

| 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 |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                    | 利用者様が孤立しないように目配り、気配りをしながら対応し、利用者様同士の信頼関係や馴染みの関係ができるよう支援している。                                   |   |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 利用者様が入院されている場合はほぼ毎日様子見に行くなどしている。退所された後もご家族様からその後の様子を伝えてくださるなど交流が継続しており、必要時には相談にのっている。          |   |                   |
| <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<br>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   | 入所する際はもちろん、施設で生活していく中でも、本人の意思を尊重し、ニーズに応じていけるように努めている。本人の言葉で確認が困難な場合は家族と話し合いご本人にとって必要な支援を検討している | コロナ禍で家族と面会できないことで不穏になる方に対し、現状を伝え「家に帰れるようになるまで歩く練習をしよう」と励まし納得してもらおう。歩ける人は代表と一緒に買い物にでかけたり、畑に野菜を収穫に行くなど、不穏状態が解消できるような工夫をしている。            |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入所の際、たくさんの情報をご本人やご家族に教えていただいているが、生活を共にして行く中でそれ以上の情報を知り、本人らしく生活できるように支援している。                    |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 毎日のバイタル測定で体調の把握に努めている。集団生活をしている中で、個別に体調や生活パターン、ペースに合わせて支援させていただいている。                           |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月勉強会を開催し利用者の状況を報告し情報共有を図っている。心身に変調があった時など随時、訪問看護師、医師などの意見も聞きながら家族と話し合いを持ちケアプラン作成を心がけている。      | 担当制にしており、担当職員の情報を中心にアセスメント、ケアプランを作成。本人に説明してサインをもらう。家族には電話で説明後にプランを郵送。主治医にもプランを渡す。食堂カウンター下にタブレットを置き、日ごろの気づきをタイムリーに記録できるようにした。職員も慣れてきた。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | タブレットを使用し毎日、各利用者様の状態を記録し、重要なことは業務日誌の申し送り事項欄でも共有している。職員の思いやアセスメントを個別に記録して介護計画の見直しに活かしている。       |   |                   |

| 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 |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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                          | 隣接の施設(サービス付き高齢者向け住宅)やデイホーム(通所介護)に遊びに行ったり来たり交流の場を広げていたが最近では室内で工夫しながらのイベントや個別での散歩などを行っている。           |  |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域の行事がすべて中止になっているが、こういう時なので、職員といっしょにおやつを作り、イベント時に外でお茶会をしたり、お汁粉や甘酒などを全員で試食し楽しんでいる。                  |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入所の際に本人のかかりつけの医師を紹介させていただき、希望に合わせて、ご本人に必要なサービスを提供している。   | 協力医の訪問診療は月2回あり。訪問看護はホームとして契約し、月2回の訪問がある。24時間の連絡体制が取れているので、職員共に安心できる。往診記録、訪看記録に記載し情報を共有している。訪問歯科も希望があれば利用できる。   |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 当施設では、訪問看護ステーションと契約を結んでおり、緊急時夜間問わず24時間体制で連絡がとれるようになっている。必要時担当医とも連絡がとれる体制になっている。                    |  |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院や退院時、病院の医師やソーシャルワーカー、ケースワーカー、ケアマネジャーなどと情報交換し、本人や家族と相談しながら早期の退院に努めている。                            |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 看取りケアについては入所時に「看取りに関する指針」をご本人や家族に説明し意見を聞き同意を得ている。各段階に応じて必要なケアをチームで話し合い、ご本人や家族の希望に添って出来るだけの支援をしている。 | 看取りケアに関する指針あり。看取りの時期は医師が判断し、家族に説明してくれる。終末期のステージごとのケアについて話し合い、家族の希望に添える形で進める。本人の意向で皆と一緒にいたいときは畳の部屋で、みんなの声を聞いたり、家族と一緒に過ごす事も出来る。家族だけで過ごしたい方には、離れの個室を利用することができる。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 訪問看護ステーションと提携し、急変時には主治医に連絡していただき対応している。勉強会にて定期的に学ぶと共に、その時々に応じて確認を含め振り返るようにしている                     |  |                   |

| 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<br>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           | 定期的に避難訓練を行い、万が一の時など地域の方々の協力が得られるように働きかけている。(スプリンクラー、防災ランプ、ベルの活用、運営推進会議での話し合い、訓練時の地域への呼びかけ、緊急連絡網) | 行政の防災アプリを導入した。市のハザードマップを参考にして、水害時は隣のサービス付き高齢者住宅の2階に垂直避難する事になっている。年2回の避難訓練を実施。備蓄の他、長期保存できるポリタンクに水をいれて準備。近所に元消防署職員だった方が住んでいて積極的な協力が得られる。       |                   |
| <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<br>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                   | 言葉掛けには充分配慮するのはもちろん、仕事上知り得た情報は、絶対外に漏れることのないように厳守している。お便りなどの写真公開には文書で同意をいただいている。                   | 日頃から言葉遣いや態度には注意している。ホームからのお便りに掲載する写真は同意をもらっている。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 全ての生活支援において本人に意志を確認すると共に、表出できるよう促している。自己決定が難しい場合は、自己決定代行の責任をもって支援にあたっている。                        |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 強要せずに個々の利用者様の生活パターンや体調に合わせて支援している。(朝ゆっくり起きる・居室で趣味の絵を描く・散歩やベランダでお茶を飲むなど)                          |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 毎日鏡を見て整髪・整容したり好みの化粧品を購入し使用するなどその人らしくできるように支援している。訪問散髪を依頼している。                                    |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事形態を各利用者様に合わせ提供できるだけ自分で食べていただいている。ご本人のことに合わせて、野菜の皮向き・下膳、食器拭きなどをやっていただいている。                      | 調理や片付けなどの家事は徐々にできなくなってきている。饅頭などのおやつ作りを一緒にしたり、誕生会ではケーキやプレゼントを用意して、歌をうたってお祝いする。ラーメンを食べたいという希望があり、ラーメンの出前を取った。それぞれの咀嚼・嚥下機能などを見極め、食形態にも配慮がされている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 各利用者様に合わせた必要な水分量や食事量を観察記録し、十分な確保ができるように提供している。毎月体重測定し食事形態についても勉強会で話し合いや工夫をしている。                  |  |                   |

| 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 |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、歯磨き、うがいなど本人の同意のもとに行っている。また、自力にて口腔ケアを行えない方には職員介助にて行っている。                                      |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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  | 各利用者様の排泄パターンを理解し、誘導や介助を行っている。トイレでの排泄を大切にし利用者様の状態に合わせて、オムツ・パットなどを使用している。                          | 基本はトイレで排泄し、排泄パターンを見ながら声掛け見守りをしている。皮膚の状態にも注意を払い、素材によるかぶれがある時はメーカーを変えるなど工夫している。                                     |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 便秘にならないよう食事を工夫したり、水分確保、保温に努めている。また排泄チェック表を用い訪問看護ステーションや主治医と相談しながら個々に応じた支援を心がけている。必要時は薬の調整を行っている。 |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 本人の希望があればいつでも入浴できる体制はとっているが、基本的に週2回以上を心がけている。汚染がひどいときには随時入浴しており、体調にあわせて清拭なども行っている。               | 高齢化と共に浴槽に入るのが難しくなっており、車椅子で入浴できる機器を導入した。最低でも週2回の入浴で清潔を保つことができているが、必要に応じていつでも入れる。ゆず湯やしょうぶ湯など季節を感じる工夫や、感染予防にも配慮している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 昼食後、1時間前後、臥床することで脳や身体を休め、夜間の睡眠をより促せるように支援している。   |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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              | 利用者様を担当制で持っており、薬の管理に努めるとともに、誤薬がないようにダブルチェックにて内服確認と内服支援を行っている。                                    |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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 | 利用者様の趣味や得意分野を活かせるように出来る事は自分で行っていたり、役割を与える事で満足感や達成感が持てるよう支援している。                                  |   |                   |



| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 今の状況では難しい状態であるが利用者様の希望に添って、外出や散歩、ドライブ、外食、季節によっては花鑑賞や地域の行事などに参加していけるようにしていきたい。           | 隣のサービス付き高齢者住宅の方とお茶をのむこともあり、畑で採れたナスを差し入れ、お返しにテラス越しにコーヒー頂くなどの交流がある。今までのような外出はできないが、折に触れ、密を回避しながら近所に出かけている。                                  |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 利用者様の所持金は、職員が管理させていただいているが、外出時など自分で支払いが可能な方にはレジで自分のお財布から自分で支払っていただけるように努めている。           |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 利用者様が電話を希望する場合は、家族の許可をいただいている方には職員が付き添い通話していただいている。年賀状やお手紙など、大切な人に書いていただいている。           |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 木造平屋であり、窓も多くほど良い光と風が入る共有空間もゆったりと過ごせるようなスペースを確保している。居間にはコタツやソファが置いてあり、誰でもくつろげる雰囲気になっている。 | 体調がすぐれないときはリビング続きの和室のベッドに横になって、周りの雰囲気と一緒に楽しむことができる。リビングではそれぞれ好みの居場所があり、お互いが分かりあって落ち着いた雰囲気になっている。廊下には備え付けの長椅子があり、ちょっと腰を下ろしたり、会話を楽しむことができる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 食堂や居間、談話コーナー、畳コーナーなどで自由に過ごしていただいている。  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入所の際に自宅で使用していた馴染みのものを持参していただき、家庭的で過ごされていたように安心できる環境づくりに努めている。                           | 全室掃き出し窓。テラスを通じて隣の部屋に遊びに行ける。雪見障子の小窓があり、居室の換気や居室内での様子を観察できる。ベッドとクローゼットが設置されているが、収納ケースなどを持ち込む方もいる。   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 出来るだけ自分で出来ることは自分で行っていただきながら、自立した生活を支援している。わからない時や不安な時は職員と一緒に行動して混乱を防いでいる。               |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名: グループホームひなたぼっこ

## 目標達成計画

作成日: 2020年12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        | 20   | 現在はリモート面会ができるように体制を整えたが、利用者が限られている。原則的には家族の皆様や外部の方の面会は自粛をお願いしている。現実的には面会希望の家族様にはガラス窓越しに面会をしていただいている。 | 家族や馴染みの人との面会について、行政と相談しながら、これまでに近い状態で面会できるよう検討する。 | 勉強会において、これまでの感染予防対策に加え、11月より玄関先内に透ビニールで作ったパーテーションを設置し家族との面会を認めた。今後は行政とも相談しながら、これまでに近い状態での面会ができるよう検討を重ねていくこととする。 | 2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。