

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	0175800275		
法人名	特定非営利活動法人 ほのか会		
事業所名	グループホーム みんなの家		
所在地	夕張郡長沼町西町1丁目3-12		
自己評価作成日	令和5年2月13日	評価結果市町村受理日	令和5年4月5日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kan=true&JigyosyoCd=0175800275-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【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)】

皆様の性格や個性を尊重し、お一人お一人に合った声掛け、対応に努めている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	令和5年3月23日

【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)】

「グループホーム みんなの家」は、長沼町の自然豊かな地域に立地している1ユニット9名の事業所である。近くには同法人のグループホームもあり、運営推進会議などで協力関係を築きながら地域に根差した運営を行っている。平屋建ての室内は広々とした清潔感のある造りで、観葉植物や花がさり気なく飾られおり家庭的な温もりが感じられる。ケアマネジメントでは、ほとんどの利用者が思いや意向を伝えることができるため、本人の思いを会話などから汲み取りながら介護計画に反映させて全職員で熱心なケアに取り組んでいる。感染症流行の中でも、管理者は運営推進会議を開催した時や地域ケア会議に出席した時に役場の担当者と情報交換しながら連携を深めている。また、知人や友人の来訪時には、感染対策をしながら可能な限り面会できるように支援したり電話の取り次ぎなど、馴染みの人との関係が途切れないように支援している。家族への報告として、毎月個別に「みんなの家通信」を作成し、写真とメッセージで普段の様子を家族に伝えている。食事面では、季節に応じた彩りの良い美味しい食事が提供されており、利用者の楽しみになっている。管理者を中心に全職員で利用者一人ひとりの尊厳を守り、丁寧な言葉遣いで優しく対応しながら、いつまでもその人らしい穏やかな生活が継続できるように支援している。
--

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ます (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広がったり深まり、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				

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	スタッフは理念の理解を深め共通認識を持てるよう定期的に議題にあげ、話し合いの場を設けている。また、ホーム独自の理念を掲げている。	理念の中の「みんなとともに」の文言に、地域とのつながりを意識している。居間の壁上部に掲示して会議などで確認している。勤続年数が長い職員が多いため、全職員で理念を共有し実践につなげている。	
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	以前は利用者様が行事等へ参加したり、当ホームで開催します夏祭り等の行事へ近隣の方々をお誘いしていたがコロナ禍以降は行っていない。しかし、町内の清掃や花壇整備等の屋外活動へは利用者様と共に感染に気を付けながら参加し交流を図っている。	町内会の行事はほとんど無かったが、散歩の時に挨拶を交わしたり、公園の花植えなどに利用者と一緒に参加している。老人クラブに入っている利用者には、敬老の日にお祝いが届けられた。感染症収束後は、ボランティアや音楽療法の受け入れを再開したいと考えている。	
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	研修等を行い、認知症というものの理解や支援の方法をご相談があれば、いつでも誰でも地域の方々へ正しくお伝えできるよう努めている。		
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	運営推進会議の場をコロナ禍以降設けて来なかったが電話や個別の対話等でコロナ対策を中心に審議を重ねマニュアルを作成した。	役場職員と地域や家族の代表などが参加して、感染症対策をテーマに年1回運営推進会議を開催している。今後は会議案内やテーマに沿った資料を全家族に送り、参加できない家族の意見や質問なども会議に反映させたいと考えている。	
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	管理者は長沼町主催の地域ケア会議に参加し事例検討や情報交換、集団研修を行いサービスの向上へ向けた協力関係を築けるよう努めている。	書類関係の手続きなどは本部で行っているが、管理者は運営推進会議や地域ケア会議の時に役場の担当者と情報交換して連携を深めている。保健福祉課にワクチンの接種券や医療券を受け取りに行くこともある。	
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	3ヶ月ごとに身体拘束委員会を開催し、禁止行為について具体的に正しく学び共通理解を持つよう努め、身体拘束ゼロを掲げ取り組んでいる。	法人合同で、3か月ごとに事例資料を基に身体拘束廃止委員会を開催している。身体拘束の有無について確認しているが、検討内容の記録が不足しているので充実させたいと考えている。研修で「禁止の対象となる具体的な行為」を取り上げているが、全職員が十分理解しているとはいえない。	「禁止の対象となる具体的な行為」11項目を全職員で定期的に確認し、更に理解を深めるよう期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待に関する研修等へ参加し知識を深め、現場で活かせるよう実践に努めている。		

グループホーム みんなの家

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	研修等を通じ、成年後見人制度等についての知識はあるが活用するに至るような事例はない。		
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	契約時等には懇切丁寧を心掛け、理解・納得いただけるよう努めている。また、ご家族の不安や疑問へも耳を傾けている。		
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並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	ご家族の来訪時に利用者様の状態を伝えたり、遠方の方には近況を電話でお伝えしたりご意見、ご要望があれば都度個別に検討し運営へ反映させられるよう個別の申し送りノートを活用しサービスの向上に努めている。	面会時や電話で利用者の様子を伝えて意見や要望を聞き取っている。身の回りのことや衣類調節に関する話が多いが、個別の申し送りノートに記入して職員間で情報を共有している。毎月、写真とメッセージを書いた「みんなの家通信」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	日々の申し送りや業務の中で情報交換・意見交換を行い、業務や支援に反映できるよう努めている。重要と思われることは口頭で伝える以外に連絡ノートを活用している。	申し送りや会議の中で活発に意見や提案が出されている。その場で決められない時は、連絡ノートに記入して全職員の意見を聞き取っている。職員の提案でソファの位置を変えたり、感染症対策としてトイレの使用方法を変更したことがある。	
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	代表者は各事業所を回る中で直接的または管理者を通し間接的に職員の勤務状況の把握に努めている。		
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	毎週月曜日、管理者は本部へ行きホームの状況報告をしている。また法人内外の研修の機会を設け、ケアの質の向上に努めている。		
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	長沼町主催の会議や講習会に参加し、町内の介護事業所との意見交換、交流などを通じサービスの質の向上に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時に本人や家族の方より本人の情報や周辺環境についてお聞きし、情報を踏まえた上で、ご本人が抱えている問題や要望を確認し、解消していくことでより良い関係を作れるよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時に家族の方に同席して頂き、家族が抱えている困り事や要望を確認し、それを解消していけるよう支援することで、より良い関係を作れるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	アセスメント等により早急な対応が必要な支援または長期的な対応が必要な支援かを見極め、広い視野を意識して他サービスの利用が必要か否かその都度、検討対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家族的な雰囲気を保てるよう、一方的な関係ではなく、一緒に物事に取り組めるような関係づくりを目指している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	本人の生活を支えるという目的のもと、職員だけが係わるのではなく、場合によっては家族の方にも一緒に係わってもらえるような関係づくりを目指している。		
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	面会は玄関に限り皆様の生活に支障のない範囲でお願いしているところではあるが、家族だけではなく友人や知人など少しでも多くの方に来て頂きたいという姿勢で取り組んでいる。	近所の方や仕事の同僚、宗教関係の友人が訪ねて来る利用者もあり、感染対策しながら可能な限り面会できるように支援している。知人から電話が来る利用者もいる。職員と一緒に、受診の帰りに自宅を見たり近くの景色を楽しんで来ることもある。	
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	利用者様同士の関係把握に努め、その関係を尊重しつつ孤立することがないよう関係づくりを支援し、お互いに助け合う関係づくりをサポートしている。		

グループホーム みんなの家

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	他施設への転居や病気等により入院となった場合など、環境が変わっても適切な支援が行われるようサポートに努めている。		
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	本人の考え方や思い、暮らしへの希望について聞き取りを行ったり、日頃の会話や行動・反応、家族等からの情報などから把握するよう努めている。	現在は、ほとんどの利用者が会話から思いや意向を把握することができる。課題分析シートの趣味も可能な限り具体的記録に残し、日々のケアに活かしたいと考えている。	
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	十分とは言えないまでも詳細なアセスメントの把握に努めておりサービス提供に反映させるよう心掛けている。		
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	日々の生活の中で状態把握に努め、個人の1日の流れやペースで生活されるよう支援している。		
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	サービス内容に添った評価を計画作成担当者を中心に職員との意見交換や日々の記録から行い、個々のニーズを踏まえ介護計画を作成している。	計画作成担当者が、家族の意向と職員から利用者の変化や課題を聞き取り3か月ごとに介護計画を作成している。サービス内容に沿って記入できるように、介護記録の書式を工夫している。今後のモニタリングは、全職員が意識できるように書面を基に行う予定ある。	
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	簡素な内容になっている部分もあるが個人個人の記録を振り返りやプランの検討材料とし、日々の申し送りにも活用している。		
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	利用者様のニーズに応じて柔軟な対応を心掛けている。		
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	一人一人のニーズに対応できるよう医療機関・福祉サービス等の把握、連携に努めている。		
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	入居前からのかかりつけ病院で継続して治療を受けられるよう支援しており、場合によっては訪問診療を活用し対応している。また、必要に応じてご家族の協力を得ながら長沼町外の医療機関の受診も支援している。	ほとんどの利用者がかかりつけ医を継続しており、遠方の通院以外は事業所で受診支援を行っている。家族と専門医を受診する時は、主治医が作成した診療情報書を渡している。受診状況は「受診経過記録」に個別に記録している。	

グループホーム みんなの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	非常勤の看護師が配置されており、24時間のオンコール体制をとっている。職員により日常的に健康状態の把握に努め、必要時には連絡相談している。		
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、また、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。又は、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	ご利用者様の入退院時や入院中には医療機関との連絡を密にし病状把握に努めている。また、日頃の通院時や訪問診療等を介しての情報交換を行い協力体制を築けるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	概略的にターミナルケアの方向性は策定している。個々の状態に合わせた診療方針など、その時々で家族や医療機関・訪問診療と話し合いながら進めている。ここ数年、看取りの事例はない。	利用開始時に、重度化対応・終末期ケア対応指針とターミナルケアの方針に沿って、事業所での可能な対応について説明している。体調変化に応じて家族と主治医、事業所対応を話し合い、家族の意向に沿って看取りも行っている。	
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	外部の研修等の機会は少ないが急変時等の予測される場面に応じ、ホームの看護師に処置や対応について都度、学び周知を図っている。		
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	年2回昼夜を想定した避難訓練を実施しているがコロナ感染対策の観点から外部との接触は避け、消防職員よりアドバイスをいただきながらホーム独自で行っている。また、救急救命の訓練動画を見ながら研修を行った。	年2回、昼夜の火災や地震からの火災を想定して自主訓練を行っている。感染症収束後は、消防署と地域住民の協力を得た避難訓練と職員の救命講習の受講を予定している。地震時の危険箇所の確認はしたが、ケア別の対応は話し合っていない。	地震災害時などのケア別の個別対応について話し合い、利用者の変化に応じて再確認するよう期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	個人の人格や尊厳、プライバシーの配慮に欠けた対応があった際には都度職員間で注意し合っている。申し送りでは個人名を出さず、イニシャルで伝えるようにしている。	接遇研修を年1回行い、言葉かけや対応について学んでいる。個人記録などはロッカーに保管し、申し送りの際はイニシャルを使用してプライバシーに配慮している。	
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	自己決定、自己表示ができるような声掛け、雰囲気作りをしたり、表情や行動の変化に注意を払うようにしている。		
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し、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	大まかな日程はあるが、個々の好みやペース、その日の体調等を考慮した上で、その人らしい過ごし方ができるよう支援している。		
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	その日着る物を選んで頂いたり、入浴の際に着替えを用意して頂いたり、出来る限り自己決定の機会を設けるよう心がけている。		

グループホーム みんなの家

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者様の咀嚼・嚥下状態や食べ物の好き嫌いを考慮した食事の提供を心がけている。また、食後の片づけや食材の下処理を手伝って頂くなど、いろいろな形で参加をして頂いている。	法人作成の献立を使用している。事業所の畑で収穫した野菜なども使用しながら、利用者も調理に参加している。敬老の日の出前の寿司、クリスマスのオードブルなども楽しみとなっている。	
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	毎日の食事量や水分量の摂取状況をチェックしたり、各個人の状況に応じた支援を心掛けている。		
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	毎食後、各個人の状況に合わせて口腔ケアの支援をしている。ただし、自立されている方の口腔状態の把握は十分でないことも。		
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	排泄チェック表を用いて排泄のリズムを把握し、トイレにて排泄ができるよう声掛けなどの支援をしている。出来る限りトイレでの排泄に心掛けているが夜間、起きられない方などについてはベッド上でオムツ交換を行うこともある。トイレの声掛けは小声で耳元で行っている。	日常生活チェック表に個別に排泄状況を記録している。自立している利用者も多く、日中は声かけのみの支援が多い。夜間は睡眠を重視し、ベッド上での交換で対応する場合もある。パッド交換など可能な動作は利用者自身で行えるよう支援し、排泄の自立へとつなげている。	
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	排泄チェック表を用いて排便のリズムを把握、医療機関や訪問診療と相談しながら必要に応じ下剤等の調整を行いスムーズに排泄ができるよう支援している。		
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	週2回午後のおみの入浴ではあるが、可能な限りご本人のタイミング、湯温で入浴されるよう配慮はしている。入浴を拒否されることもあるが、時間をずらすことで対応できる事もあり、極力入浴できるよう支援している。	1人当たり週2回、水・日曜日以外の午後の時間帯に入浴を行っている。全員が同性介助で入浴し、見守りでの入浴の利用者もいる。入浴剤や好みのシャンプーを使用している利用者もいる。湯上りの好きな飲み物なども入浴の楽しみとなっている。	
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	各利用者様の習慣やその日の状態に合わせ、休息がとれるよう医療機関とも連携しつつ支援している。		
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	各利用者様の内容、用法について理解に努め、服薬方法も状態に合わせ対応している。状態によっては主治医等に相談し調整している。		
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	毎日、役割や楽しみを持って頂けるよう声掛けや対応等を工夫している。他に出来る活動も日々検討している。		

グループホーム みんなの家

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 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。また、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	コロナ禍で思うように外出は出来ていないが、暖かい時期は近所の公園や住宅街を散歩し近隣の方々と挨拶を交わしたり、ホームの菜園を手伝っていただき一緒に収穫を楽しんだりしている。	事業所周辺や近隣の公園に散歩に行っている。白鳥のいるスポットに出かけたり、ドライブで栗山公園へ外出している。玄関先のベンチや東屋で外気に触れる機会も設けている。感染症収束後は、コンビニエンスストアやスーパーマーケットなどへの買い物も再開したいと考えている。	
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	自己管理が可能な方は所持または預かり金という形で管理を行っている。それ以外の方は必要時に立て替え払い形式での物品購入等を行っている。		
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	支障がない限り電話、手紙等での交流ができるよう支援している。		
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	落ち着いた生活が送れるよう植物を置いたり、テレビ観賞や話しがしやすい空間作り、環境（採光・室温・湿度）整備に努めている。	廊下には利用者の塗り絵などの作品があり、居室前には本人の写真が飾られている。居間と食堂は広々とした開放感のある造りで、観葉植物などが置かれている。エアコンや空気清浄機も設置されている。トイレや脱衣所にも窓がついており、日中は陽が差し込み明るい空間となっている。	
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	ソファやテーブルの配置を工夫し、一人での時間、あるいは他利用者様と楽しめるよう配慮している。		
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	自宅で使用していた家具などを持ってきて頂き、少しでも安心し落ち着いて生活できるよう支援している。居室の入り口には個人個人の写真を飾り、お部屋が分かるよう工夫している。	ベッドとクローゼットが備え付けられている。筆筒や椅子などの馴染みの家具、鏡やテレビを持ち込んでいる利用者もいる。壁にカレンダーや家族写真を飾ったり、職員が持ち寄った小物も置かれており、その人らしい居室になっている。	
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」や「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	少しでも自立した生活を送って頂けるよう手摺等を設置、家具の配置など動線を考慮した環境づくりを心掛けている。		

目標達成計画

事業所名 グループホーム みんなの家

作成日：令和 5年 3月 31日

市町村受理日：令和 5年 4月 5日

【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	35	災害時、避難の際に個別の対応策が立てられていない。	より安全に避難できる。	・個人の状態に応じた避難策を講じる。 ・状況に応じた個別の避難経路の確認。	3ヶ月
2	6	職員は「禁止の対象となる具体的な行為」11項目の理解・認識ができていない。	「禁止の対象となる具体的な行為」11項目について全職員が把握する。	・「禁止の対象となる具体的な行為」11項目について学ぶ機会を設け理解を深める。	6ヶ月
3	26	介護計画作成においてモニタリングの意味、活かし方を職員全体で把握できていない。	介護計画作成までの一連の流れを理解する。	・アセスメント～モニタリング～ケア会議～計画作成まで職員全員が参加できるよう働きかけていく。	1年
4					
5					

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。