

### 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	0872105002		
法人名	オークス福祉サービス株式会社		
事業所名	グループホーム オークスひたちなか	ユニット名( 東ユニット )	
所在地	茨城県ひたちなか市佐和787		
自己評価作成日	令和 5年 5月 20日	評価結果市町村受理日	令和 5年 8月 28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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0872105002-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0872105002-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

#### 【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5年7月7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)】

◆木造平屋建て3,300㎡の広大な庭を有した木造平屋建て。建物内外において木の温もりが感じられ、庭には桜や紫陽花等四季折々の花木が楽しめ、田んぼや林に囲まれた緑の多い環境となっている。全居室南向きで陽当たりが良い。皆が集うフロアは床暖房を設置しており、冬は足元が温かく過ごす事が出来る。全居室に掃き出し窓が設置されており、ウッドデッキに出て日光浴やお茶が楽しめるようになっている。又、そのウッドデッキから延びるスロープは敷地内の遊歩道に通じており、四季を感じながら散歩が出来るようになっている。

◆訪問診療、外来かかりつけ医、訪問歯科、福祉用具事業者、管理薬剤師、訪問看護ステーションとの連携体制が図れており、医療・介護面において多職種協働でご入居者様のニーズが支えられる体制を取っている。

#### 【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)】

事業所は林や田んぼに囲まれた緑多い場所に木造平屋建てで、広大な敷地に広い庭をつくり、植栽や四季折々の季節の花を植えて、自然豊かな環境となっている。利用者はコロナ感染症予防の為に外出を自粛しているが、広い庭を散策したり、居室の掃き出し窓からウッドデッキに出ることができ、天気の良い日は日光浴やお茶を飲んだりしてゆったりとした生活が送れている。看取りをする事業所であり、訪問診療や訪問歯科、薬剤管理師、訪問看護ステーションとの連携体制を構築し、利用者や家族等にとって安心して生活できるよう支援をしている。職員同士はコミュニケーションが良く取れ、利用者が自宅と同じような雰囲気ですべてでも暮らせるよう全職員笑顔で取り組んでいる。

### 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	オークスひたちなかの目標・基本理念『地域とのふれあい』『家庭的で楽しみのある生活』を玄関ホールに掲示し、職員の他、家族や来所者にも理念の共有を図ると共に実践出来るように努めている。新入社員入社時にも説明し、理念の共有を図っている。	玄関やホールに理念を掲げるとともに新入社員の研修会で理念を説明し、全職員で共有している。自然豊かな地域の特性を生かし、人の力だけでなく、自然の力を大事にして、利用者も職員も笑顔で過ごせるように取り組んでいる。	
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	自治会に加入。現在は新型コロナウイルスの関係で自治会活動も自粛している事で市報の受け取り時に世間話をする他、近隣の方が散歩時との挨拶や立ち話(ホームの庭木などの手入れ助言など)の機会が日常的に持っている。	自治会活動はコロナ禍の為に自粛しているが、市報の受け取りや散歩時の立ち話などで触れ合っている。今後は様々な交流活動を再開する予定である。	
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	入居相談見学时やご入居者のご家族様・知人へ、施設の特徴・概要、認知症の方の困り事、認知症の理解や支援方法をパンフレット等を渡しながらか説明したりしている。相談内容によっては地域包括支援センターや医療機関へ繋げている。(新型コロナウイルス感染予防対策前は隣接する障害者更生施設実施のイベント時等に相談受付コーナーを設ける等していた)		
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	新型コロナウイルス感染症予防対策の観点から市と連携の上で関係機関、構成員と文書での情報共有を2ヶ月に1回の頻度で行っている。入居状況報告の他、ホームでの行事等の取り組みや支援に関わる報告・相談を行いアドバイス等を受けながら支援・運営に活かしている。	奇数月に開催している。これまで書面開催で行っていたが今後対面での会議を再開する。事業所からの行事や取り組み、勉強会の報告を行ったり、委員からの提案を受け利用者支援に活かしている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の開催判断や議事録報告等の他、業務上や入居相談時等に生じた疑問等について随時市の関係課へ確認し、その内容を問い合わせ録としてまとめ読み直せるように管理している。(新型コロナウイルス感染予防対策前には毎月1回市の介護相談員を受入れており、6月以降で再開の見込み)	担当職員は運営推進会議に出席している。日頃は職員の来訪や電話、メールでのやり取りや管理者が頻りに市役所を訪れて相談したりして職員と信頼関係にある。毎月市の介護相談員2名を受け入れている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、指針に沿って身体拘束における弊害について理解を深める為、全体で集まる会議の中で3ヶ月に1回、勉強会やロールプレイ等を行い意見交換や振り返りを行う等の取り組みを行っている。その内容は運営推進会議時に文書にて報告し、第三者からの意見を伺い勉強会に活かしている。	身体拘束廃止委員会を設置し、3カ月に1回開催して記録に残し、運営推進会議でも議題にのせて話し合い、委員からの意見を聞いて勉強会に活かしている。やむを得ず身体拘束を行う場合に備えた書類を整備している。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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 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	定期的に資料を用い職員間で意見の交換が出来る勉強会を実施。又、日々のケアの中で原因不明の内出血等を発見した際には『ひやりはっと報告書』を作成し原因について話し合うと共に予防対策を検討し、改善策を立てご家族様に報告を行っている。毎週1回健康管理で来所している看護師にも状況の報告と助言等をいただいている。	
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	県の指導研修、実践者研修、ケアマネ研修等で学ぶ機会を持っている。毎月の全体会議時に職員間で資料を用いた勉強会や研修参加時には報告を行い制度の内容や理解の周知に努めている。又、入居者ご家族様からの相談時等に活用方法についての助言ができるようにしている。	
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	契約、解約、改訂等内容をご家族様と読み交わしながら説明を行っている。疑問等へは不安がないように時間を取りながら行っている。内容の確認や疑問については随時対応しており、その都度説明を行っている。	
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	面会時や電話連絡、ケアプラン説明時に近況を報告する際にご家族様からの意見や要望等を確認し、その内容を全体会議時等で報告、情報の共有を図り支援や運営に反映すると共に先方へも改善結果等の報告を行っている。	玄関に面会記録カードや意見箱を置き、意見や要望を記載できるようにしている。家族等にケアプランや近況報告をする際に意見や要望を聴いている。毎月「おーくす便り」と写真を家族等に送り、その時に意見や要望を聴いている。
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	毎月1回の全体会議時や無記名アンケート、適時実施している。ミーティング、個人面談等で意見や提案を聞き、運営に反映させている。	月1回の全体会議や年1回の無記名アンケートを行い意見を聞いている。個人面談などでも職員の意見を聞き、実践している。
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	必要に応じて個人面談を行い、心身状況や勤務状況を把握すると共に勤務体制に配慮している。又、資格取得や内外研修等受講時には勤務調整を行ったり研修費の一部助成等を行い受講しやすい環境作りや向上心を持って働ける環境に努めている。	
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、動きながらトレーニングしていくことを進めている	経験が少ない新人職員に一定の期間を設けて指導できる体制を作っている。又、県や市等からの研修案内の掲示や全体会議時等に報告するようにし、受講出来るように勤務調整を行ったり研修の内容によっては会社から指名する事もある。	

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 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	市の関係機関の他、包括支援センターや居宅支援事業所、介護保険施設等に電話・訪問等においてネットワーク作り・情報交換に努めている。 (今後は市や地域のグループホーム、居宅、地域包括支援センター等の勉強会・研修会に参加し情報共有の再開予定)		
<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 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	ご家族様と面談を行うと共に、入居前実態調査においてご本人様と話をする機会を設け相談受付表にて現状の課題や困り事を把握、安心できる環境作りに努めている。ホームに来る事が難しい方には電話や訪問等で話を伺うようにしている。		
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	相談受付表を記入しながら、家族が困っている事や不安に感じている事に耳を傾け共感し、要望等はその都度聴きながら不安や要望への対応方法の説明や必要に応じて関係機関へ確認した上で説明を行う等しながら関係作りに努めている。		
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	相談受付時のご家族様からの話や居宅ケアマネ等の関係機関からの情報を元に、本人・家族の状態や今必要としている支援を見極め、包括支援センターや病院、薬剤師、福祉用具担当者等と連携し、その上で必要な支援が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 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	本人の生活歴や趣味、特技等出来る事等が活かせる場の環境作り・調整を行い、家事動作や園芸など一緒に作業を行いながら暮らしを共にする者同士の関係を築くように努めている。		
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	本人の状態について随時ご家族様へ報告しながら、意向の確認を行い支援の調整を行ったり、本人が必要としている生活用品・嗜好品等を購入・持参いただいている。又、ホームの新型コロナウイルス感染症感染予防対策に沿って、可能な範囲内で面会や電話で話せる対応を行っている。		
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	新型コロナウイルス感染症感染予防対策は一部維持しながらも、馴染みの方やご親戚の方との面会、外出・外食、電話や手紙等を通じて交流が途絶えないようにしている。	フェイスシートを作成している。職員と一緒に馴染みの場所や自宅周辺をドライブしたり、家族等と病院受診の帰りに外食をしている。友人との電話の取次ぎや面会の支援を行っている。	

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
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	性格や趣味等を考慮し、フロアの座席やテーブルの配置、調整を行い気の合う方同士での活動や交流が図りやすい環境作りに努めている。居室にこもりがちな方にはお声掛けしてその方に合わせて少人数での場を設けたりしてその方に合わせた活動の場や談話出来る環境作りを行っている。		
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	サービス終了後も年賀状や暑中見舞いを出したり、電話等を通じて、ご本人様やご家族様へ必要に応じて面会、相談や支援に努めている。		
<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 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	アセスメント表にて食事、排泄、移動等の項目毎に現状把握を行うと共に、ご家族様から生活歴や本人が話されていた言葉等を伺い希望や意向を把握している。意思疎通が困難な場合には表情や仕草から汲み取り、カンファレンスの場で共通理解を持つようになっている。	日々の関わりで表情や仕草から注意深く観察して、利用者の思いを把握できるよう努めている。生活歴に関することや得意分野のことなどを話しかけ、アセスメントで利用者の思いを把握し、カンファレンス会議で職員間で共有している。	
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	入居前面談時や入居後においてもご本人、ご家族様等から以前の暮らしぶりを生活歴シートに記入していただいたり、詳細を伺い基本情報を作成。職員間、医療連携看護師等と情報共有を図っている。又、居宅サービス利用先へ訪問したりして担当者からの情報収集に努めている。		
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	生活歴を参考に、日誌や日々の記録、24時間シート等で日々の様子を記録し、アセスメントを行い総合的なケアの把握に努めている。管理者、ケアマネも現場に入り本人の意向や心身状態の把握に努めている。		
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	2~3カ月毎、又は適時モニタリングを行い、現状の確認とケアの見直しを行っている。又、定期的にカンファレンスを開催し本人の希望や出来る事について意見を集約すると共にご家族様へも意向を確認しケア方法を立案している。心身状態変化時には随時カンファレンスを実施しケア方法の見直しを行っている。	2か月ごとのモニタリングを行い、居室担当者の意見も聞きながら、ケアマネジャーがケアプランを作成している。短期目標は3か月、長期目標は1年単位としている。入居時は、短期目標を1か月、長期目標3か月と設定して作成し、その後見直しを行っている。	
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	日々の記録や気づきシートへの記録、職員からの報告から必要に応じてカンファレンスを開催している。ケアマネ、ユニットリーダー、居室担当者を中心に情報の共有、介護計画の見直し、目標設定を行っている。		

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
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、その時々で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	新型コロナウイルス感染症感染予防対策に沿って本人や家族の状況、その時々で生まれるニーズをしっかりと捉え、一部制限せざるを得ない部分もあるが、訪問診療や訪問薬剤管理指導、訪問ヘアカット等その時に必要な専門職との連携やサービスを柔軟に取り入れている。		
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	ご家族様と定期的な病院受診や外出、外食、訪問理美容サービス等の活用を行い、外出する事への楽しみや身だしなみに対する意識を低下させないように支援に努めている。		
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、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	連携医の往診が月2回ある他、突発的に病状が出現・悪化した際に備えて24時間の連携体制がとれる医療連携体制をとっている。又、これまで長く通院にて主治医と信頼関係を結ばれているケースの際には近況報告書を作成し継続した外来通院支援を行い、本人・ご家族様・ホームとの連携体制が図れるように努めている。	希望するかかりつけ医に受診可能なことを説明し、家族等が受診介助している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回と訪問歯科診療がある。医療連携体制を整え、看護師が毎週木曜日に来訪している。	
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	体調に変化があった際にはその状況等をかかりつけ医へ報告したり、医療連携看護師へ報告・相談の上主治医やご家族様と連携して、適切な医療・看護が受けられるような体制をとっている。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し医療機関へお渡ししたり、入居者様の病状に合わせて主治医と連携を取り治療状況の確認や退院時等の受け入れの連携を図っている。又、退院時に向けて医師や担当看護師、ソーシャルワーカー等と連携し、状況の確認や診療情報提供書、看護サマリーの作成を依頼したり、退院前に病院へ訪問したりして早期退院に向けた情報収集・体制作りを行っている。		
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	入居契約時に重度化した場合や終末期の在り方についてホームの指針を説明すると共に書面で交付している。入居時は看取りについて考える状況になく、重度化して初めて家族で相談され、医師・介護職員を交えて本人の意志を尊重し、どのようなケアを希望されるか？について話し合い、方向性を決めている。	看取りをする事業所であり、現在までに3人～4人の看取りを実施している。重度化や看取りに関する指針を整備し、同意書を得ている。状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行なっている。職員は年1回内部研修を受けている。	

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
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	緊急時や事故発生時の対応方法は勉強会の資料や医師の指示に沿ってマニュアル化して実践できるようにしている。突発的な急変や事故を想定した訓練を行ったり、同グループ内の看護師指導のもとでの応急処置・蘇生法などの講習会を設けるようにしている。		
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	消防指導による避難訓練を年1回以上実施する他、ホーム独自で定期的に避難訓練等を実施。又、新入社員入社時にも通報や消火訓練も含めて実施している。隣接する障害者施設と連携し備蓄の保管や合同避難訓練を実施。又、運営推進会議などを活用しながら自治会への参加依頼も行っていく。	隣接する障害者施設と合同で、日中の火災を想定した訓練は行っているが夜間想定した訓練を行うまでには至っていない。近隣住民の協力を得るまでには至っていない。	運営推進会議等で近隣住民に避難訓練の協力を呼びかけ、夜間想定訓練を実施することを期待したい。
<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 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	入所までの経緯・職歴・生活歴・生活環境等を基本情報として作成し職員間で共有。一人ひとりに合わせた言葉かけや自宅での愛称・呼称等も確認しながら、日々の支援に活かしている。	職員は利用者の人格の尊重やプライバシーなどの言葉かけに配慮している。トイレ誘導は小声で話をしたり、入浴は1対1の対応をしている。研修を年1回実施し、スピーチロック(言葉の拘束)をしないように、全職員で話し合っている。	
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	傾聴や受容を心がけ、必要に応じて職員が補助を行い、一人ひとりの思いや希望について表出しやすいような声の掛け方を行っている。又、質問形式の紙を用意したりして丸を付けたり記入していただいたりして、その方に合わせて希望の表出・決定が出来るようにしている。		
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	ご入居時の情報や生活歴、ご本人への意向の確認内容を元にその方のこれまでの日課や習慣等その方のペースに合わせた過ごし方や必要物品等を準備しながら継続出来るように支援を行っている。		
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	美容室等に行く事が困難でも、希望に応じて出張型のヘアカットを利用していただいている。外出の際には洋服や上着、帽子等は出来る限り本人に選んでいただくように支援している。又、声掛け等をしながら化粧やウィッグを付けたりする日課が維持できるようにしている。		
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	メニューによって下ごしらえしたり、テーブル拭き、おしぼりたみ、下膳等出来る事は一緒に参加していただいている。介助が必要な方には状態に応じた支援を行っている。又、外食やイベントの際には食べたい物を確認したりしながら、デリバリー・外注等の対応も行っている。	宅配業者の食材を使用している。利用者の嗜好を聴いて苦手なものやアレルギー食品が出た場合は代替え食を用意している。外食やイベントの際の希望食、デリバリーを提供している。おやつは職員と共に寒天やフルーツポンチなどを作っている。	

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
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・水分量を記録し摂取量が不足している方には好みの味の飲み物やゼリー等を提供したりして工夫している。体調が悪い等の理由で摂取困難な場合は嗜好品の提供や医療と連携し、医師の指示の下で栄養補助食品等を提供する支援を行っている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている他、必要に応じて訪問歯科の往診により、指導を受けながら口腔ケアを行っている。義歯の調整や口腔状態に合わせて歯ブラシの材質やスポンジブラシ、洗口液等のアドバイスをいただき、個人に合わせた口腔ケアを行っている。		
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	入居者様毎に排泄チェック表を記録。個々の心身状況に合わせてトイレ誘導支援を行っている。状態や時間に応じてポータブルトイレを設置し、排泄の自立を目指した支援を行っている。布パンツやパットを使い分けて、オムツを出来るだけ使用しないように取り組んでいる。	布パンツやパットを使い分けしておむつをできるだけ使用しない支援に取り組んでいる。発酵食品や植物繊維食品、起床時の水分補給、体操などで便秘予防をしている。	
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	スキムミルク、ヨーグルト等の発酵食品や食物繊維食品、オリーブオイル等の飲用を行っている。起床時の水分摂取や毎食前の体操、牛乳の摂取、毎日の乳酸飲料の飲、日々の適度な運動機会等、その方の状態に応じて必要な支援を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入居者様の希望に沿った支援を行っている。安全に入浴が出来るよう2人介助の下で対応したりシャワーチェア等を使用し、個浴での対応を行っている。誘導から水分補給まで入居者様のペースに合わせた声掛け、介助を行っている。入居者様の身体状況に応じた入浴用品の検討・購入を行い対応出来るようにしている。	日中であれば利用者の希望に沿った時間に入浴できるよう対応している。シャワーチェアやナースコールを設置して安心して入浴できるよう支援している。入浴を拒む利用者には、音楽をかけたり脱衣までの準備を工夫するなどして対応している。	
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	共有スペースの中にも個別にくつろげるスペースを設けたりしている。又、自由に居室のベッドで休息をとっていただいている。又、こまめに布団を干したりシーツの交換を行う他、就寝時の照明の明るさ、室温の管理等を行っている。		
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	服薬時は2名以上の職員で確認し合い、誤薬防止に努めている。日々の状況について主治医へ報告、相談、指示において調整・増減すると共に、服薬している目的、副作用、用法や容量について職員は把握し、主治医、管理薬剤師と連携して経過観察を行っている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	これまでの生活・職歴等で培った能力を発揮できる場(裁縫、農作業等)を設けている。毎月の行事は季節感を感じていただける内容で企画し、ドライブや近隣の散歩をする等気分転換が図れたり楽しんでいただけるように配慮している。又、ご家族様の協力を得ながら定期的な嗜好品の楽しみが持てるように調整を行っている。	
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	職員が付き添ったりする中で、ホーム近隣、ホーム内の前庭や玄関前の庭を自由に散歩していただいたりしている。入居者様の要望を伺い、ドライブ等の外出支援を行っている。家族の協力を得て外食やお墓参り等の外出支援の調整もおこなっている。	日常的に近所を散歩している。敷地内の散歩コースを歩き、濡れ縁に腰掛けて、のんびり談話を楽しんだりしている。年間行事計画を立てて公用車で外出をしている。
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	個人での所持に関してはご家族様の了承を得た上で小銭等を財布に入れて所持していただいている。お小遣いは金庫で個別で管理し、買い物や外出、訪問販売の際に一緒に購入や支払いを行うようにしている。	
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	電話はユニット毎に設置しており、かけたい時に希望に応じて使用していただいている。又、母の日や誕生日などにプレゼントが届いた時には御礼の電話をかけられるように支援している(電話をかける事が困難な場合は職員が番号だけかけて本人が話ができるようにしている)。	
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	玄関やフロア等、入居者様の視界に入る所には季節の花を飾るよう努めている。又、季節の行事毎に飾り付けを一緒に行ったりしている。フロアに季節の花を置く他、グリーンカーテンや野菜を植えたりしている。窓のカーテンは和紙を使用したブラインドを使用し、柔らかい日差しが入るようにしている。アイランドキッチンからは調理風景が見られたり香りが感じられやすくなっている。	ホールは広く、椅子やテーブルの位置を変えて、自由に腰かけて会話ができるよう配慮している。ホールから小上がりの和室が設置されて利用者は思い思いに寛げることができる。各居室からウッドデッキに出ることができて、天気の良い日は日光浴やお茶を飲んだりして、植栽してある、四季折々の木々や花を見ることができる。廊下は広く、手摺が設置され、浴室は家庭と同じサイズで家でお風呂に入っているような雰囲気作りをしている。
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	日の当たる場所に椅子やテーブルを配置したり、ソファの向きや位置を調整し、自由に座って話ができる環境作りに努めている。その時の状況に応じてフロアの席やテレビの位置を変えながら対応している。気の合う入居者様の中には互いの居室を行き来されている。	

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
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	ベッドやダンス等、新聞を読む為のデスク等ご本人が使い慣れた物や好みの家具等を持参いただくようにしている。写真や絵、花、個人ソファ等、それぞれの希望や好みに合わせた支援を行っている。	管理者は家族等に使いなれた物を持参して貰えるよう話をしている。新聞をとり、新聞を読むための椅子やテーブルを設置して好きな時間帯にゆっくり読んで、自宅と同じような居室作りをしている。	
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	入居者様毎に出来る事・分かる事(洗濯物干しや洗濯物たたみ、掃き掃除、花器への花活け等)を踏まえ、必要な物品の用意や場所を示す貼り紙、福祉用具の活用等、出来る動作を維持して安全に続けられるように支援している。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

グループホーム オークスひたちなか

作成日 令和 5 年 8 月 18 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	13	隣接する障害者施設と合同で、日中の火災を想定した訓練は行っているが夜間想定をした訓練を行うまでには至っていない。近隣住民の協力を得るまでには至っていない。	次回の訓練の目標を明確にし、運営推進会議時や自治会を通して近隣の皆様にご協力頂けるよう働きかけて実施につなげる。	・2ヵ月毎の運営推進会議時に避難訓練が実施できるように調整する(9月か11月) ・消防、災害時訓練の年間計画に夜間想定訓練が定期的に行えるように明確に組み込む。 ・自治会長を通して、毎月行っている役員会でホームの趣旨をお話しして頂きながら協力体制を作っていく。	6ヶ月
2					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。