

### 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	0873700413		
法人名	有限会社 熊野屋商事		
事業所名	高齢者グループホーム ほたるの里 Aユニット		
所在地	〒311-1704 茨城県行方市山田104-21		
自己評価作成日	令和 元 年 8 月 15 日	評価結果市町村受理日	令和 元 年 11 月 1 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)】

利用者様の第二の住処としてその人らしい生活が送れるよう、スタッフが共通の意識の中で取り組んでいる。家族・地域の方との交流や、ボランティア、近隣の幼稚園、小学生との触れあいを密にし孤立しないための援助を行っている。職員付き添いによる受診や病院との連携を充実させ、即対応を心掛けている。外出(ドライブ)・散歩・レクリエーション・お誕生日会など様々な行事を取り入れ、季節感や生活の中でのリズムを失わないよう、支援している。スタッフが家族のような存在で関わられる事を、大切にしている。

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=0873700413-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kihon=true&amp;JigvosvoCd=0873700413-00&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 トモス水戸ビル4階
訪問調査日	令和元年9月25日

事業所は、同建物内にある通所介護事業所と協力関係を築きながら利用者の支援にあっているほか、活気ある若い多くの職員が、事業所の質の向上や理念に掲げている「人権を尊重したケア」を意識し、新しい風を吹き込みながら、利用者一人ひとりがその人らしい生活ができる支援に向け、日々力を注いでいる。協力医療機関の医師による週1回の往診があることで、健康管理や医療面においても利用者や家族等の安心に繋がっている。系列の特別養護老人ホームや介護老人保健施設とは、催し物への参加や、相談などで連携を図っている。2ユニットの利用者は、日常的にレクリエーションや季節感を窺わせる貼り絵などの作品づくりにも一緒に制作するなど、仲良く過ごせる環境となっている。

#### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くいない
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、安心して暮らせている (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	地域密着型のサービスの意義を踏まえた理念を作成し、スタッフは毎日ミーティング時に唱和している。また、事業所内各所掲示や毎月の利用者家族へのお便り(ほたる便り)にも掲載している。	事業所内に掲示するとともに、「ほたる便り」にも掲載して、職員ばかりでなく、家族等とも共有して支援にあたっている。利用者一人ひとりに沿うその人らしい生活ができるように支援している。	
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	日常的に散歩を行い、地域との方との交流を図っている。 日本舞踊や幼稚園の遊戯の発表でも交流があり、防災訓練にも地域の方に声を掛け参加していただく機会を作っている。	市主催の認知症介護アドバイザー連絡会に参加し、地域行事などの場で認知症についての説明や体験談を伝えている。地区の祭りや近隣の保育園や幼稚園児の遊戯の発表、中学生の職場体験を受け入れるなどで、地域住民と交流している。	
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	市が主導している認知症介護アドバイザー連絡会に参加し、地域行事等の場で認知症についての説明や体験談を伝えている。		
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践、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	市職員や地域代表、老人会会長、民生委員、事業所職員で構成し2ヶ月毎実施。行事、防災訓練、講話等多種多様にニーズに合った内容や、各委員からの意見や要望に沿った内容を検討し、欠席者には議事録を送付している。	家族等の代表や市職員、民生委員等が参加して定期的に開催している。参加委員よりボランティア活動への協力の申し出があり、運営に反映した。	
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	地域運営推進会議の市の担当者から情報提供を受け、共通理解を図っている。	管理者は運営推進会議時や認知症介護アドバイザー連絡会参加時に運営状況や空き情報を伝えているほか、月1回市担当者を訪問し、日常的に協力体制を築いている。介護相談員が定期的に来所し、生活保護利用の利用者の相談や話を聴いている。	
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	全職員が身体拘束の内容とその弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。またその旨を入居契約時に本人家族に説明している。やむを得ず身体拘束をする場合に備えて身体拘束報告書を作成し、家族関係者に周知可能な整備をしてある。	利用者一人ひとりに担当職員が決まっており、3ヶ月に1回「身体拘束チェック」を行い、変化があれば月1回のカンファレンス時に管理者と職員で話し合い身体拘束をしないケアに向けて支援するように努めている。	
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	意見交換、利用者の対応について管理者を含め職員間で学ぶ機会を持ち十分に注意し防止に努めている。		

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
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	利用者個々の生活状況の把握や家族の意向を踏まえて活用出来るようにしている。また、成年後見制度については地域運営推進会議で定期的に取り上げて勉強している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	文章及び口頭にて分かり易く説明している。時間を掛けて不安や疑問点を尋ね、理解と納得の上で契約をしている。		
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	面会時や受診の結果報告等を活用して意見要望があれば反映させている。意見箱を設置いつでも家族様の声を聞けるように対応している。	重要事項説明書に苦情相談窓口を明記している。家族等の来訪時や電話連絡時に意見を聴くように努めている。家族等から出た意見に対しては、職員間で話し合い、早めの対応に努めている。	
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	管理者は毎日のミーティング、日々の記録、ケアカンファレンス等を通じて職員から出た意見や提案を適宜運営に反映させている。職員にはそれぞれの役割分担がされておりそれを生かした取り組みがなされている。	日々の記録やケアカンファレンスなどを通して職員からの意見や提案を聞くように努めている。レクリエーションに、顔なじみの職員がオカリナや二胡の演奏をしてあげると喜ぶのではとの提案を受け、現在職員が利用者のリクエスト曲を練習しており、近日中に開催する予定となっている。	
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	自己評価を基に職員個人の仕事における状況を理解し面談を行っている。定期的に悩み事などを聞く機会を作り働きやすい環境作りを進めている。		
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	普段の業務態度や利用者様との関わり方、自己評価を基に、一人一人の力を把握し、見合った研修に参加できるようにしている。		
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	関連事業所との情報交換をしたり、策定委員会に参加している。また、認知症介護アドバイザー連絡会にも参加している。		

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
<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	生活歴、ADL等を把握する事により、利用者のケアプラン作成を行っている。傾聴の姿勢を大切にコミュニケーションを図り、関係づくりに努めている。		
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	言葉に表現できる思いや、反面奥にある言葉に出来ない不安を傾聴し、利用者にも家族にも安心して利用して頂けるように常に信頼関係を築ける様にする。		
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	相談時に家族が求めているものを見極め、自己決定を含めて希望を伺うように努めている。		
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	洗い物や食事の準備等、職員とともに行う家事を基に、一人ひとりに役割をもって頂く事で支え合う関係を築いている。		
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	家族の立場を理解しカンファレンスを行い、電話や手紙などをゆっくり話が出来る機会を作り相談報告をして本人を支えている。		
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	利用者の友人や知人の面会がある他、電話や手紙などを利用して馴染みの関係が途切れないよう家族と協力して支援している。	入所時の情報や日々の利用者との会話、家族等からの話などで把握している。友人、知人の来訪時には話しやすい環境づくりに努めている。電話や手紙で、関係が継続できるよう支援している。	
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	日常のレクや食事を中心にまた、外出行事等で利用者様同士が関わりあいを持ちながら、支えあう関係である様務めている。		

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
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	可能な範囲で家族様病院などと、連絡を取り再入居やより良い手段を相談できるようにしている。		
<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	日々の生活の中でお互いが支え合う関係作りやコミュニケーションに配慮し、要望や意見をはあくするよう努めている。意思疎通が困難な場合は職員間で意見交換し、利用者の立場で考え支援している。また、ケアプラン送付時に家族の思い等を記載して頂き役立てている。	日々の会話や関わりの中から把握しているとともに、表出困難な利用者からは言葉や表情から汲み取り、月1回のカンファレンス時に職員間で話し合いながら把握に努めている。	
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	家族から様子を伺い、生活歴を把握し、希望差には家庭での家具や食器を利用して頂き、環境が大きく変わることなく、馴染みの暮らしが継続出来るよう努めている。		
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	毎日のバイタルチェックやレク、家事の程度を見たり、直接コミュニケーションを図り、一人一人の心身の状態も含め、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	利用者の希望の聞き取りや推察をし、家族には直接のほか、定期的に意見要望の類を書類にて打診している。毎回プラン作成前月には管理者を含め担当スタッフ等が利用者の課題整理の為に会議(ケアカンファレンス)を実施している。	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の意見を取り入れ、半年ごとにモニタリングを行い、見直しを行っている。利用者の状態に変化が生じた場合には随時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	個人記録、全体記録、健康記録と日々各記録を通し、利用者個人の状態把握に努めると共に、それらの情報を介護計画にも生かす様にしている。		
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	通所介護の休業日にはカラオケや運動のために平行棒を使い、歩行練習を行っている。		

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
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	各資源を必要に応じて協力してもらう体制を整えている。防災訓練、交通安全講話、保育園や小学校(ボランティア・運動会)との関りを基に楽しみを持てる様支援している。		
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	契約時にかかりつけ医の確認を行い希望を伺っている。 家族様が対応できない場合は介護職員が受診対応を行っている。 協力医療機関による往診も行っている。	協力医療機関の医師による訪問診療が月1回、関連病院の往診が週1回ある。病院受診の際には利用者の状況などをメモ書きし、家族等から医師に渡してもらっている。	
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	施設内看護職員に気づいた事を報告相談し、状況にあった対応をしている。 協力医院、かかりつけ医院の看護師との連携を行っている。		
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。	お見舞い、必要物品の補充で病院に伺うさい、看護師から情報を聞き、受け入れが出来る状況か確認を行っている。 施設病院で退院後のフォロー等の相談をし、できる限り早期退院を行えるようにしている。		
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	契約の際、事業所のできる事、出来ない事を説明し、本人と家族に方針を伝えている。重度化、終末期についての研修には参加し、スタッフに向けて勉強会を行っている。	重度化や看取りに関する同意書があり、それに基づいて、医師から終末期段階の説明があった時に要望を聴くようになっており、早い段階からの利用者や家族等からの意思確認を得るまでには至っていない。職員は重度化や看取りに関する研修を受けている。	早い段階から、利用者や家族等の意思確認を得るとともに、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得ることを期待する。
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	防災委員を中心に定期的に訓練を行っている。		
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	消防署立会いの避難訓練と夜間想定を含めた自主訓練を年4回実施している。また、夜間の不測の事態に備えて夜勤者以外にも毎日待機スタッフをおいている。備蓄品チェックリストの作成、賞味期限の管理、定期的な在庫チェックをしている。	夜間想定や地震想定を含む避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。夜勤者以外にも当直者を配置して万が一の事態に備えている。	

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
<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	利用者の尊厳を大切にケアを心掛け、適切な言葉かけや対応に努めている。トイレ誘導、排泄介助時には業務的にならない様、プライバシーを損ねない対応に努めている。契約書や個人の情報に関する書類は事務室で一元的に管理し、情報の漏洩防止に配慮している。	利用者の尊厳に配慮した言葉かけに努めている。個人情報に関する書類などは、事務室で管理し、情報漏洩に配慮して保管している。日常的に人権尊重を意識した支援を実施しているが、研修を実施するまでには至っていない。	人権尊重や守秘義務の研修を実施することを期待する。
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	必ず本人の意思を確認し、促す様にしており、押し付けがない様になっている。		
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	利用者一人ひとりの介護度に応じたペースで生活できる様に支援している。		
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	季節に合った衣類、清潔感を大切にしている。また、毎月1回散髪日を設けている。		
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	嗜好調査を行い、好みを取り入れた献立を支援している。利用者の食事形態に応じ、刻み食やペースト状にして提供している他、利用者を介助しながら楽しく会話し一緒に食事をしている。利用者はできる範囲で食事の準備や後片付けをしている。	年2回嗜好調査を実施し、利用者の好みに合わせた食事を提供している。利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いをしている。定期的に外食や行事食、おやつ作りなどを楽しんでいる。	
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	利用者ごとの食事形態や時間、体調を配慮して対応している。また医師により食事制限指示のある方や摂取量が低下している方はチェック表を用いて把握に努めている。		
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	食後の口腔ケア、歯磨き、うがいを遂行している。義歯は毎食後に洗浄し、夜間は薬剤消毒している。また、義歯の破損時は協力歯科医院にて修理を依頼している。		

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
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	利用者1人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、時間を見計らって声掛けや誘導をし、トイレで排泄出来るよう支援している。身体機能に合わせた支援を行っている。	利用者によっては、居室にポータブルトイレを置いて、排泄の自立に繋げている。利用者に合わせて声かけ誘導で、オムツからリハビリパンツに改善された利用者もいる。	
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	個人購入で利用者様の好みに合わせた、乳製品を常備して摂取したり、散歩など日常で無理のない運動を取り入れている。		
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	利用者様の希望に沿って入浴が出来るように支援している。 浴槽をまたげない利用者様もタオルを使用し、湯船につかれる様対応している。	入浴は基本週2回午前中としているが、利用者の希望に合わせていつでも入れるよう支援している。入浴剤やゆず湯などの季節の湯を楽しめるよう配慮している。	
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	眠くなるまで共有スペースでテレビを観たりお茶を飲んだり、リラックス出来る環境作りをしている。利用者の気持ちが落ち着く様、傾聴し安眠に繋がる様に支援している。		
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	薬剤管理指導の導入、薬剤師との連携相談の他、職員は誤投薬防止の為内服前の複数確認、服薬介助をし、チェック表を用いて毎回確認している。		
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	利用者様の身体機能や生活歴、趣味や特技に応じた支援を行っている。 畑作りを施設で行っているので農家出身の方たちが積極的に関わりを持っており楽しみにつながっている。		
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	事業所周辺の散歩や季節毎のイベントやドライブ(春の桜花見、夏の紫陽花見学、秋の紅葉狩り)など、利用者の希望に沿って季節が感じられるような外出支援を実施している。また個別の買い物や外食なども行っている。	天気や気候の良い時は、五感を刺激しながら事業所周辺を散歩している。利用者が買い物に行きたい時は、ドライブ方々買い物に出かけたりしている。花見など季節を感じられるよう年間行事計画を立てて、外出もしている。	



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
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	ある程度自己管理出来る方は、個人でお金を支払い、自由に使えるように支援している。自己管理が難しい方はスタッフが金銭管理をし日用品や嗜好品等の購入をしている。		
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	家族が遠方の場合には誕生日等の記念日に電話で疎通してもらったり、年賀状を送る手伝い等をしている。		
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	共有空間には主に写真の掲示をし、行事や日常の様子を振り返って楽しめる様に配慮している。ソファ、置、テレビ、花等を配して家庭的な雰囲気の中で居心地良く過ごせる様にしている。	各ユニットの壁には季節感が窺える利用者の作品が飾られている。利用者はAユニットの居間が広いことから、イベントや作品作りなど日常的に一緒に活動し、交流している。Bユニットの畳の小上がりは利用者の日向ぼっこのスペースとなっている。	
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	利用者同士が思い思いに過ごせる様に、現空間を利用している。また利用者が作成した掲示物を展示したり、書初めや撮影した写真などを掲示している。同姓同士で食事が出来るよう席の配置を工夫している。		
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	危険物でない限り自由に居室に写真や日用品など、本人馴染みの品を持ち込んでもらい、在宅時の温もりを引き継げる様にしている。	家族等に以前から使用しているものを持ち込んでほしいと話し、自宅にいた時と同じように過ごせるよう配慮している。利用者はテレビやたんす、家族等の写真など思い思いのものを持ち込んでいる。	
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	各居室の扉上部に花の名前と絵で居室名が表札となっており、利用者個々が自室の目印とできる様にしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 高齢者グループホーム ほたるの里

作成日 令和1年11月1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	(12)	早い段階から、利用者や家族等の意思確認を得るとともに、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得る事を期待する。	終末期の不安がないよう、早い段階から本人や家族と相談する機会を設ける。	①入居契約時に口頭だけでなく、書面での意思確認を行う ②現在入居されている方には、改めて説明をし、書面での意思確認を行う。 ③主治医の判断により、状態の変化がみられた際には、都度、家族の意思確認を行う。	3 ヶ月
2	(14)	人権尊重や守秘義務の研修を実施する事を期待する。	年に一度の研修参加、勉強会の実施。	①今年度中に該当する研修会の開催を確認し参加する ②施設内での勉強会を実施。 ③翌年度以降、年度計画をたて計画的に勉強会を開催する。	6 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。