

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	0893100057		
法人名	株式会社 セントメディケア		
事業所名	グループホームひぬまの杜	ユニット名(2階ユニット)
所在地	茨城県東茨城郡茨城町中石崎1055		
自己評価作成日	令和 5年 5月25日	評価結果市町村受理日	令和5年8月10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/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0893100057-00&ServiceCd=320
----------	---

【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)】

ひぬまの杜は自然豊かな場所にあり、四季折々の草花や木々の変化が感じられる環境です。利用者様の自立支援や個別ケアに力を入れ、その人らしく生活できるよう支援する一方で、ターミナルケアを希望されるご家族にも柔軟に対応しています。また、喀痰吸引ができる職員の育成を行い、医療依存度の高い方の受け入れ体制を整えています。ご家族や地域との交流を大切に、来訪しやすいホームづくりを心がけ、地域の認知症相談窓口としても働きかけています。災害対策では年に2回、自衛消防訓練を行い、毎月各ユニットごとに避難訓練を行い備えています。

【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)】

事業所は庭園や2階のテラスから稲の成長を見られたり、田んぼに降り立つ野鳥を観察できるような静かで緑豊かな場所に立地している。事業所は住民からの認知症相談窓口を開設したり、コロナ終息後に再開を予定している認知症カフェを開催するなど、地域に開かれた施設である。職員は利用者が笑顔で過ごせるよう、笑顔で支援に務めている。避難訓練を毎月実施し、利用者の安全確保に留意している。食材は地元産のお米、野菜にこだわり、美味しいと好評を得ている。

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 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、戸外に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
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	朝礼で理念を読み上げ共有して実践に繋げている。2階スタッフルームの目のつきやすい場所にも掲示しており、実践できるように心がけている。	理念を各ユニットの事務室に掲示するとともに朝礼や職員会議時に確認して共有している。利用者のできることを大切にして、日々笑顔で過ごせるよう個別支援に努めている。	
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	新型コロナウイルス感染症の拡大により地域との交流が取れなくなっている。	自治会に加入し、地域の草刈りに職員が参加している。施設長は地域の多職種交流会に参加している。地域の夏祭りが再開され、子ども神輿の立ち寄り場所となっている。	
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	認知症ケア専門員が在籍している。 感染症拡大の影響で地域の方への働きかけが出来ていない。		
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のため開催できず、書面でホームの様子や運営状況を伝えていた。11月に1回だけ開催することができ、メンバーから直接ご意見をいただいた。	書面開催でも委員全員から意見をもらい、検討して議事録に記載している。民生委員から近隣の独居の人の見守りを依頼されて行っている。近隣住民からはひぬまの杜があるので安心して過ごせると言われている。	
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	リモートでの研修等が増えており、当ホームのインターネット環境も整っているためリモートでも参加している。メールや電話などで市町村へ質問、相談を行っている。	運営上の問題や介護保険の適用上の問題等をメールや電話で相談し、助言を得るなど良好な関係を構築している。町主催の研修会に積極的に参加している。	
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	安全面から玄関の施錠はしているが、戸外へ出たいと言われた際は開錠し外へ出られるよう手助けをしている。現在身体拘束を行っている方はいない。会議等で身体拘束について職員で話し合い(勉強会)を行っている。	身体拘束排除のための指針を作成し、委員会を設置している。委員会は運営推進会議のメンバーで構成され、実施されている。外部研修や内部研修を定期的に開催している。	
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	年に2回、全体会議にて高齢者虐待や権利擁護について勉強会を行っている。		

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
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	全体会議にて日常生活自立支援事業や成年後見制度について勉強する場を設けている。		
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	感染症の影響で契約時間の短縮をするため、事前にメールや電話等でご家族から相談を受けている。不明点がある場合は写真や書類を送り説明している。		
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	ご利用者家族から、日々の様子が分かる写真が欲しいとの意見があり、月に何度かLINEにて写真の送信と近況報告を行っている。	面会は予約制になっていて、家族等は頻繁に面会に来られないが利用者に届け物に来た時や電話で話を聞くようにしている。職員全体で話し合い解決している。必要があれば本部に話を通してしている。	
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	月に一度、各ユニットミーティングと全体会議を行い職員の意見等を聞く機会を設けている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、会議時にも話を聞いている。職員から運動不足解消のためウォーキングの提案があり、利用者と職員と一緒に歩いている。	
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	代表者も現場に入り職員の勤務状況を把握してくれている。感染症の影響により食事会は中止となっている。		
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	全体会議での研修(勉強会)の実施や、外部のリモート研修に参加しやすいよう声掛けを行ってくださっている。		
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	地域の同業者とはリモート会議を行っており、多職種連携交流会などにも参加している。		

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
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	本人が困っていること、不安なこと等に耳を傾け、安心してもらえるよう傾聴しながら対応している。声を出すことが出来ない方には態度や表情に注意をしながら対応し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 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	感染症の影響で思うように面会が出来ずだったが、人数や時間を決めて事前予約制をとることで面会を実施している。		
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	ショートステイ、体験等を通して検討していただいている。不安に思っていることや必要としている支援を聞き出し、見極めるよう努めている。		
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	こちらからお願いするのではなく、自ら進んで家事(洗濯干し、たたみ、掃除、食事の準備や片付け等)をやっていただいている。		
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	ご家族と常に連絡を取り合い(LINEを活用)、普段の生活の状況を写真や動画で送っている。ご家族のご意見などをご本人にも伝えるようにしている。		
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	感染症の影響で面会は難しいため、電話で話したりお手紙でのやり取りを行い関係が途切れないよう支援している。	フェイスシートに利用者の生活歴や趣味、嗜好などを記載して共有している。電話の取次ぎや手紙の政策支援等を行い、馴染みの関係継続のための支援を行っている。	
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	自立度の高いご利用者様が自立度の低い方の出来ないことを手伝ってくださっている。レクリエーションではご利用者様同士で協力し合いながらできるゲームなどを取り入れている。		

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
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	自宅へ帰られたご利用者様の担当ケアマネに連絡して現在の状況を確認したり、自宅への訪問で生活状況を話していただいている。亡くなった方は本人との関係継続は出来ないが、ご家族から「自宅の野菜ができた」等の声がかかり、お伺いして故人を懐かしみながら思い出話をすることがある。		
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	食事をとても楽しみにされている方が多く、季節の行事や誕生日には特別メニューを提供している。(誕生日にはご本人の希望メニューを提供)会話の出来ない方には表情等を見て思いを汲み取るようにしている。	日々の活動では無理強いすることなく利用者本位の支援をしている。フェイスシートを利用して利用者の趣味や生活歴を把握して支援している。	
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	入居前にアセスメントを行い生活歴、馴染みの暮らし方を把握している。入居後も日々の会話の中から吸い上げ、個人記録に記入し情報共有をしている。		
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	日々の状況を介護記録に残し、変化や異変等に気づきやすくしている。連絡帳の活用や、特に注意すべきことは口頭で申し送りしている。		
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	月1回のミーティングを利用し、職員からの意見を聞いている。日々の業務の中でも職員間で意見交換をし、介護計画に活かしている。	毎月のカンファレンスで利用者の様子を話し合い、半年ごとにモニタリングを行って基本1年で見直しをしている。誰が見てもわかりやすい計画書となっている。	
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	介護記録に日々の気づきを記録している。身体的な変化や経過については赤線を引いて情報共有しやすいよう工夫している。		
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	ご家族が対応できない場合は、代行で生活用品や本人の嗜好品を購入している。		

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
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	感染症により地域資源の活用が自粛となっている。ただし検温や体調の聞き取り等を行いながら受け入れている資源もあり、訪問理由は継続している。		
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	入居前にかかっていた病院への通院を継続する方もいるが、感染症の影響により往診に変更を希望された方もいる。透析が必要な方は週3回送迎も行っている。	契約時にこれまでのかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療と歯科診療がある。訪問看護師の訪問が週3回ある。	
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	介護職員は看護師に報告・連絡・相談を的確に行い、協力して支援している。		
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、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で情報を提供、入院中は感染症の影響より面会が出来ないため電話連絡をして状態を把握している。退院時は看護サマリーの情報提供を受けている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	早い段階で本人やご家族と話し合い、方針を決めている。看取り時には往診医師や訪問看護師と連携を図り不安なことを相談、指示を仰ぎご本人やご家族が望む最期に向けて共に取り組んでいる。	重度化や看取りに関する同意書がある。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。「終末期ケア専門士」の資格を取得している職員がいる。職員は定期的に内部研修を行っている。	
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	急変や事故発生時に備えたマニュアルを設置し、全体会議での話し合いやシミュレーションを行っている。		
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	月1回の避難訓練や年2回の自衛消防訓練を実施し、スムーズに行動できるよう実践している。月1回の訓練実施時には前回の反省点も確認し、共に訓練を行っている。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。毎月自主訓練を行い、担当者は実施状況や反省点を記録している。地域の消防団との連携が取れている。災害に備えた備蓄品も管理している。	

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
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	人生の先輩として学ぶことも多くある。人格を尊重した声掛けに気を配っている。	利用者を人生の先輩とし、尊厳に配慮した言葉遣いに努めている。トイレ使用時やおむつ交換時には特にプライバシーの確保に努めている。年1回接遇について勉強会を実施している。	
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	本人の希望を傾聴し、可能な限りそれに沿えるようにしている。自己決定しやすいよう、選択できるような問いかけにしている。		
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	一人ひとりのペースを大切にしていきたい思いがあるが、即座には希望に沿えない場合がある。		
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	毎日起床時に整容していただくよう声掛けをしている。出来なかった場合は午前中までには整容できるよう見守りをしている。外出時はいつもと違うコーディネートをされる方もいる。		
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	出来る方は限られてしまうが野菜の皮むきや野菜切りなどを手伝っていただき、出来上がりを楽しめるようにしている。食前のテーブル拭き、手の消毒、食後の食器拭き等の手伝い、下膳出来ない方の分は出来る方が行ってくれている。	誕生日には赤飯と好きな料理を提供したり、お寿司の日を設けて利用者の好みに合わせて注文したり、食事が楽しみとなるような工夫をしている。食事は地元の食材にこだわり、好評である。	
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	水分量と食事量をその都度確認、記録している。量が少なくなってきた時は好みの物を用意して召し上がっていただいている。水分や塩分、カロリー制限のある方はそれに配慮し提供している。		
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	毎食後一人ひとりに応じた口腔ケアを実施。義歯は夜間帯に洗浄剤を使用して清潔保持している。歯科医師、歯科衛生士によるケア、マネジメント計画書も作成されており、指導も受けている。		

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
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	個々に排泄リズムは違うため、一人ひとりに合わせた声掛けや誘導を行っている。基本的には食後、お茶の前後に声掛けをする方が多い。座位保持の難しい方は居室にておむつ交換をしている。	トイレでの排泄を支援しているが、自立の為に過剰介助にならない様に気を付けている。定期的な声掛けでのトイレでの自立排泄を支援し、おむつを外すことができた利用者もいる。	手すりが右側だけなので左側の手すりを設置することを提案する。
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	バランスのとれた食事と乳製品の摂取、毎日のいきいき体操を行っている。便秘の方は主治医に相談し、薬の服用をしている。		
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	曜日や時間帯は職員の都合になってしまっているが、一人ひとりゆっくりと入浴を楽しんでいただけるよう心がけている。潔癖症の方にはできる限り1番に入っていたくようにしている。	毎日入りたい人や、午前午後を問わず利用者の希望に沿った支援をしている。ボディソープやシャンプーなど好みの物を使用している利用者もいる。保湿ケアに効用のある浴剤を使用している。	
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	エアコンの調整にて室温を管理。就寝前には布団を温めたり乾燥予防に濡れタオルで湿度調整をしている。常に快適であるようベッドメイキングも行っている。		
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	薬の用量、用法、副作用について確認、理解している。服薬後の症状変化を確認し、職員間で話し合い、状況によっては医師や薬剤師に相談している。		
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	洗濯干し、たたみ、食器拭き、居室の清掃、布切り、雑巾縫い、編み物等を頼んでいる。		
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	季節を感じていただけるよう各ユニットごとに外出している。コロナ禍のため家族や地域の方々との外出は自粛中。	事業所内の庭の散歩で、田畑の作物の発育状態や木々の変化、四季の変化を感じられるよう配慮している。必要な買い物が生じた場合は近隣のショッピングモールへ職員が同行して、品選びや外部の空気を楽しめるようしている。	

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	ご家族同意の上、お金を所持している方や近隣のコンビニに外出同行して雑誌や食べ物を購入される方もいる。また、買い物代行の際にそこから支払いをされている。		
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	希望があった場合は電話の取り次ぎを行っている。親戚や知人から手紙が届いた場合本人に渡している。携帯電話を所持している方もいる。		
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	テレビは皆さんが見やすい場所に設置している。ソファ、ベッドを置くことで自由に休んでいただくことができ、テーブルには季節の花を飾っている。施設内の温度管理はご利用者様の体感に気を配り、職員が管理している。	季節の生花が玄関やテーブル等随所に飾られている。温度・湿度管理なされた共用空間は清潔で過ごしやすい場所になっている。壁面には利用者と職員とで作成した、季節に応じた作品が掲示されている。ソファが設置され利用者同士の語らいの場や一人掛けのソファではゆっくり寛げる場所にもなっている。	
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	中廊下より庭の花木を見学されたり、気の合った方とゆっくり会話を楽しまれている。日中、居室ではなくリビングにて日の当たるソファ、ベッドで休まれる方もいる。		
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	自宅で使っていた筆筒を持参され、そのまま自室で使っている方や、ご家族の写真や飾りつけご主人の位牌を持ち込まれ、毎日手を合わせている方もいる。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン等が備えつけられている。利用者はそれぞれ使い慣れたもの、馴染みの物を持参し、自宅同様過ごせるような部屋作りをしている。	
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	トイレや廊下に手すりを設置している。廊下で手すりを使用して歩行練習やリハビリを行う方もいる。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 グループホームひぬまの杜

作成日 令和5年8月10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	43	自立した排泄を支援しているが、右側にしか手すりが設置されていない。左側にもあれば安心して排泄ができるのではないかな。	左側に手すりを設置することで安心して排泄ができる。 また、排泄介助する職員の邪魔にならないようなものを設置する。	福祉用具販売の方に相談し、ホームのトイレに合うタイプの手すり等を2週間レンタルし、利用者が使いやすく職員が介助しやすい手すりを設置した。	1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。