

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 | 0873400378 | | |
| 法人名 | 有限会社 凜成 | | |
| 事業所名 | グループホームひだまりの家 (1階) | | |
| 所在地 | 〒313-0108 茨城県常陸太田市下利員町1086-1 | | |
| 自己評価作成日 | 令和 6 年 2 月 19 日 | 評価結果市町村受理日 | 令和 6 年 4 月 26 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=0873400378-00&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6年3月21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)】

ひだまがりの家は静かな環境に恵まれ春には土手一面早咲きの水仙が咲き、山藤を駐車場から眺めながらテーブルを並べてお茶を飲んだり歌を歌って過ごせます。入居者様と会話をしながら軽い体操や口腔体操をして笑顔がみられます。医療面は看護師と連携がとれており、体調管理や病院受診等を行って貰っています。スタッフは高齢化傾向ではありますが入居者様と向き合い毎日声掛けをしながら笑顔で対応をしています。ご家族にも状態の変化や話し等がある場合、電話で連絡をしたり面会時に報告や相談等の話しをしてコミュニケーションを取るように心がけています。

【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)】

事業所は小高い集落地に位置し、敷地を面して水仙の群生が見られ近隣は自然豊かで四季を感じながら過ごすことができる。職員は「毎日元気な挨拶から始まり、明るい笑顔で寄り添う介護を実践します」と理念に掲げ、出勤時には利用者全員に声掛けをして体調等確認して利用者の行動制限をせずできる事はやって頂き職員の見守りの中利用者は充実した日々を過ごしている。季節の野菜を豊富に利用し職員の手作りによるバランスや彩りの良い食事が提供され利用者の楽しみになっている。運営推進会議は同一法人の事業所と合同で行い、地域住民の参加も多く活発な意見交換があり、録音して正確な議事録を作成している。看護師の職員が在籍している為医療面で安心である。職員のコミュニケーションの取れた支援は、利用者が笑顔で明るく家庭的な環境で穏やかに過ごせる事業所と言える。

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 | 有限会社凜成が掲げている理念と事業所で作成した理念を毎朝朝礼時に唱和してスタッフと一緒に共有している。 | 事業所の理念は毎年度初めに職員が話し合って作成している。職員は出勤時に利用者全員に声掛けをして利用者の表情や体調を確認し、一人ひとりに寄り添い笑顔で個別支援をしている。 | |
| 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 | 事業所の駐車場と隣接する土手上を所有している地主さんが植えた水仙の花が暖かくなると一斉に咲き始め、入居者様を連れて行き鑑賞し楽しめる。秋～冬にかけてはみかんが実をつけキンカンの木も実をつけて楽しめる。 | 近隣住民から野菜や果物の差し入れがあるほか運営推進会議に町内会長が参加していたり、以前入所していた利用者の家族等が来訪して、会話や一緒に散歩している。 | |
| 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 | コロナが落ち着いてきたこともあり昨年は水府地区の民生委員に認知症についての理解や支援の方法を話して地域でどのような内容の相談を受けるのかを聞き対応策を論じた。 | | |
| 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 | 令和5年3月より事業所での運営推進会議を再開し、行事報告や現状報告を行い意見等を頂きサービス向上に努めている事、また介護現場で人材が不足している事で介護者の高齢化があり現場が疲弊している事も報告している。 | 毎回出席者全員で活発な話し合いがあり、意見の交換や提案がある。会議は録音して、正確な議事録を作成している。 | |
| 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取り組んでいる | 昨年よりグループホームのケアプラン点検を市の担当者から要請があり実施した。今後市に協力しながら取り組んで行く予定。 | 運営推進会議に市町村職員が参加している。入退居の連絡をしたり市役所に書類の申請や困り事の相談をしている。生活保護受給者の担当者は、年に1回の訪問がある。 | |
| 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 | 身体拘束をしないケアについての研修は年間にミーティング時に確認と共有の意味で実施している。現場に於いて当てはまる事がないか虐待についての研修も含めて確認している。 | 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。言葉かけなどにも留意している。「身体拘束のない介護」のポスターを掲示している。職員は内部研修を行っている。 | |
| 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 | ミーティング時に虐待防止の資料を配布した時どのような事が虐待なのか管理者が説明しスタッフ同士が確認、理解し注意を払っている。 | | |

| 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 | 現在日常生活自立支援事業で社協との繋がりがあり、成年後見制度の仕組みや内容について現在のスタッフに理解して貰えるように話しをしている。 | | |
| 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 | 契約時に利用者の家族に伝えておきたい箇所の説明(補足)を行い、ご家族に納得して貰っている。不明な点に関してもご家族から連絡があるので説明をして納得して貰っている。 | | |
| 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 | 玄関先での面会が可能になり直接ご家族と話す機会があり、現状報告時に家族の思いを聞き取る事がある。玄関に意見箱を設置してご家族にも意見、要望があればお願いしますと来所時に話している。 | 家族等からは面会や電話連絡の際に聞いている。利用者からの意見などはその都度スタッフ間で話し合い反映している。玄関に意見箱を設置している。 | |
| 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 | ミーティング開催時や朝礼の中での話題を通して意見を出してもらったり、管理者が個別に率直な意見や要望を聞き出している。 | 職員は気づいた事は何でも話してくる。管理者はミーティング時や朝礼時に意見を聞くようにしているが、個別に意見を聞き出す工夫もしている。 | |
| 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 | 茨城県の最低賃金のアップに伴い昇給はしている。有給休暇の消化を促している。また残業はなるべくしない様に心がけている。年度始めに個々人が社長と面接を行い要望を伝えている。 | | |
| 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 | コロナ禍は終息したものの法定内外の研修を受ける機会が少ない。リモート研修は実施しているが一部にとどまっている。が参考になる資料があればスタッフに渡して説明をしている。 | | |
| 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 | まだ常陸太田市連絡協議会が機能していないので他施設との意見交換会も出来ない。今後集まる機会を設けて貰いたい。 | | |

| 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 |
| 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 | 入所前に出来るだけ実調して顔つなぎや生活歴を聞き出しご本人が環境の変化に少しづつ馴染むまで時間をかけて関わり、入所時には聞き逃した事や家族の要望等に時間をとりその後の参考にしている。 | | |
| 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 | 入所に至った今までの経過を尋ねたり昔の生活歴を参考にし、聞き取りを重ねながらご本人にとって落ち着いて住みやすい場所になるように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 | 入所時にご本人との会話の中から気持ちを汲み取ったり、ご家族が希望する事や要望からも思いをめぐらし(既往歴や疾患を確認しながら)より良いサービスを提供出来るようにしている。 | | |
| 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 | 身体介護だけではなく普段の会話だったり言葉かけ等でご本人に寄り添いながら、共に笑顔で日常が送れるように仕事に取り組んでいる。 | | |
| 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 | やっと対面での面会が玄関先で出来るようになり、中には毎月1回息子さん夫婦で顔を見に来て時間の共有をしたり、元気な様子を見て安心して帰られているご家族もいる。必要な物を連絡したり状態に変化があればご家族に相談、報告をしている。 | | |
| 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 | 電話にて面会を希望したり直接来られるご家族もいますが、出来るだけご夫婦やご家族との時間が取れる様に、またご家族に笑顔が見られる様に支援している。 | 利用者の職歴は記録されているものもあるが、趣味や嗜好等を知るまでの記録がされておらず、今後分かりやすいフェイスシートを作成する予定でいる。 | 利用者の個別支援に向けて、利用者の生活歴がわかるフェイスシートの作成を期待する。 |
| 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 | 朝の挨拶から始まり顔色や体調を尋ねたり、話しの出来ないご利用者は状態を観察して関わりを持つ様になっている。ある時は話しに耳を傾け要望や今の思いを聴いてご利用者が孤立しない様に関わり、時には間に入り話しをしながら関係性を考えて場を和ませている。 | | |

| 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 | 退後も時間が経ってからご家族から相談を受けたりする時もあるので、関係性を大事にしている。また、様々な面で繋がり合えるよう心がけている。 | | |
| 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 | ご利用者様の立場になり、個々人の思いに添える様に日々介護を行っている。各スタッフは日常生活で咳いたことや体調等に变化があればiPadに記録し、皆で共有する様に努めている。 | 利用者の表情等で判断して、タブレット端末に記録し共有し支援している。日々の活動も無理強いすることなく利用者本位の支援をしている。 | |
| 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 | 入所前の実調時、情報収集を行いその後入所時にも聞き漏れや分からない点をアセスメントし、生活歴の流れも把握して出来るだけスタッフと情報共有をするようにしている。 | | |
| 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 | 各入居者様の一日の過ごし方やその日の体調を看護師と共有し伝えたい情報があれば申し送り帳を活用し、朝礼時やミーティング時等に今後の関わり方や対応の仕方を話し合ったり確認したりしている。 | | |
| 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 | 施設に足を運んで下さるご家族には口頭で今の状況や状態の報告をし、思いを聞き出せる事がある。ご本人からの聞き取りが難しい時は普段の話をスタッフから聞き取ったり、管理者や看護師、スタッフでこうしてあげるといいのではと言う意見を出して貰い共有しケアプランに反映している。 | 計画作成担当者はそれぞれの関係者から意見を聞き計画を作成している。来訪することのない家族等は計画を確認する機会がない。 | 来訪のない家族等には、2部郵送し1部返却してもらい確認することを期待する。 |
| 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 | 毎日の記録をiPadに入力して入居者様の情報を毎日スタッフと共有している。病院受診後の結果や家族からの情報提供、また変更事項等も申し送り帳に書いておきモニタリングやプラン変更時の参考にしている。 | | |
| 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 | ご利用者様の高齢化や認知症の進行も視野に、心身の重度化が挙げられ看取り対応にも取り組んでいる。普段から主治医や看護師との対話を心掛け、施設看護師と情報共有し早めの話し合いをご家族と主治医と施設で行うようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 周辺は緑が豊かで空気も澄んで静かな環境である。春先の温かい過ごしやすい時間帯には玄関から駐車場の近くで日向ぼっこをして日光浴を楽しんだり、お茶を飲んだり、歌を歌って軽い体操を取り入れて行っている。 | | |
| 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 | ご利用様に合った医療が受けられる様に入所時にご家族と病院について話し合い施設の主治医の説明もしてその後のかかりつけ医を決めている。 | 契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関には必要に応じて職員同行で通院している。 | |
| 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 | 日頃より看護師がご利用様の健康状態を確認し、その上で介護スタッフが変化や気づいたことがあれば看護師に報告して情報を共有している。ご利用様に合った医療を受けられる様に支援している。 | | |
| 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。 | 状態に変化が出た時は病院に連れて行き入院になれば、看護師や管理者が状態の経過の方を病院に連絡しサマリーを書き、ご家族に連絡があったのか確認の電話をしたり、余り間をおかないで面会が出来なければ病院の方に病状の確認に行ったりして関係づくりに努めている。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | ご利用様の嚙下状態や心身の状態を考慮しながらその都度ご家族と話しをして重度化時の終末期の確認をして看取り対応としている。ご家族に同意を貰い主治医からも話しをして貰い同意のもとで支援に繋げている。スタッフの看取りに対する認識も出来ている。 | 重度化や看取りに関する指針と同意書がある。看取りをする場合、状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行っている。職員はミーティング時に口頭で話しているが研修を行うまでには至っていない。 | 看取りを実施する事業所として、重度化や看取りに関する研修を実施することを期待する。 |
| 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 | 昨年、2回の避難訓練を夜間想定と昼間の設定で行った。冬場2回目の訓練は地震が起きた事も加えた設定で訓練をしたが、今後検討すべき点が沢山あった。体調の急変時の対応については日頃から看護師に指導を仰ぎ基本的な所は理解している。 | | |
| 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 | コロナ禍の時は災害に対する訓練が出来ず近所の方や地元の消防団員さんとの繋がりがなく、やっと昨年からの2回の避難訓練が実施出来、今後BCP作成の義務に伴い地域との協力体制を築いて行かなければならない。 | 夜間や地震を想定した避難訓練を行っている。訓練後は反省会を行い次回に向けた課題について話し合っている。近隣住民へは協力の呼びかけを運営推進会議時に行っている。 | |

| 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 |
| 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 | ご利用者様の各自の人格を尊重し敬いながら対応している。個人情報に関する書類は花あかりの事務所の鍵の掛かる書棚に保管し、ご本人のファイルも目につかない様にカーテンで目隠しをして保管している。 | 個人情報の書類は同法人施設の事務所のカギのかかる書棚に保管している。権利擁護や不適切ケアなどの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 | 日頃より各ご利用者様に色々な場面で言葉掛けをし、ご本人の思いや不安、心配事等がないか話しをする中で聞き出せる様に心掛けている。 | | |
| 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 | ご利用者様1人1人がストレスを溜めないで穏やかに1日を過ごせる様に、また不安にならない様にご利用者様の体調や訴えを聞いてスタッフが支援している。 | | |
| 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 | 毎日、起きた時に整容に気を遣い汚れがあれば衣類の交換を行い、受診がある外出時には身だしなみに気をつけて対応している。ご本人が少しでも生き生きと生活出来るように支援している。 | | |
| 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 | 1階のご利用者様は車イス使用で身体介護の必要な方が多いので、食事の準備や片付けは出来ていない。しかし日頃から好きな食べ物を聞いたり、何が食べたいか聞いて食事のメニューに反映させている。 | 普段の会話で好きな物や食べたい物を聞きメニューに反映している。献立はバランスの良い献立となっており、配膳も彩りよく楽しい食事の時間となっている。誕生会はケーキで祝っている。お楽しみ食事会として、年2回は利用者の要望でお刺身を提供している。 | |
| 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 | ご利用者様各自の食事を食べた量や水分摂取量(お茶やコーヒー、ジュース等)をiPadに記録しスタッフ間で把握している。食事量が少ない方は食べられる物で捕食して貰ったり好みの飲み物を提供して水分不足にならないようにしている。 | | |
| 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 | 朝食後、ご利用者様全員が洗面所や居室で口腔ケアを実施し、口腔内の清潔を保てる様にスタッフが声掛けの支援をしている。入れ歯のご利用者様は夕食後入れ歯洗浄剤を入れて朝の口腔時に戻して対応している。 | | |

| 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 | スタッフはご利用者様の排泄状況をIpadで確認し対応している。毎日の事なので排泄パターンも把握している。車椅子を使用しても立ち上がりが出来たり自分で紙パンツを下ろして座る事が出来る入居者様は出来ないところの支援をしている。 | 時間を決めてのトイレ誘導や利用者の仕草を察知してのトイレ誘導を支援をしている。トイレでの排泄支援を実施して、おむつやパット等の軽減に努め、効果が出ている。 | |
| 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 | 排便チェック表を参考に、各入居者様の排便状況を把握し、便秘がちな方には定時薬を処方して貰いそれでも便が出ない方には、看護師が肛門内を確認し排便や浣腸を施行して排便させている。食事前の体操時マッサージしたり水分を多めに摂って貰っている。 | | |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 現在もスタッフが足りない日や受診で出来ない日がありますが、出来るだけ入居者様の希望に添える様に入浴の声掛けをしている。スタッフ同士で声掛けをして協力を入れていく。午前中が希望の方、お風呂場で楽しく話をする方、色々です。季節によってはゆず湯にしたり温泉の入浴剤を入れて楽しんで貰っています。 | 楽しい入浴となる様にしたり、菖蒲湯やゆず湯にて季節感を出している。一番風呂を希望する利用者の希望を聞きローテーションを考えて支援している。 | |
| 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 | 毎日昼食後には自分の居室で静養する時間がありご利用者様はくつろいで休むことが出来る。現在昼寝をしないでホールに1,2名入居者様が居るので乾いた洗濯物を一緒に畳んで貰ったり、話をしてくつろぐ時がある。 | | |
| 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 | 服薬については看護師や管理者が各入居者様の把握をしており、薬の変更や中止、追加があった場合には申し送りノートでスタッフが分かるように情報共有をしている。 | | |
| 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 | 毎月レクリエーションの担当の下で、誕生会やその月の主だった行事(新年会、ひな祭り等)を行ない楽しんで貰っている。1階は車椅子使用の方が多いが、話し好きなので回想法で昔得意だった教科や大変だった事、楽しかった事等聞き出し話しが盛り上がる事が多い。 | | |
| 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 | コロナ禍も落ち着いて来ているがまだ病院受診以外は外出の支援は出来ない。天気の良い日に駐車場の周りを車椅子の入居者様を連れて歩いたり(散歩したり)、日差しが強い時は玄関先で歌を歌ったり話をしてお茶を飲みながら過ごす事もある。 | 敷地内や近隣を散歩している。外出が少なくなっている為庭にテーブルを出してお茶などを楽しみ外気浴に努めている。今年も庭での運動会は実施した。病院の帰りにはドライブを兼ねて利用者の行きたい所を回ってくる。 | |

| 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 | 基本的に事務所で預かることにしているが、現在はお金を所持している入居者様はいない。 | | |
| 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 | 現在携帯電話を使用している入居者様はいない。娘さんに連絡をして欲しい訴えがある時は事務所で電話をして子機にて直接話しをして貰っている。 | | |
| 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 | 玄関付近にテーブルや椅子、季節の花々を置き面会の時に使用したり、玄関付近で入居者様にお茶を飲んで貰い過ごすこともある。玄関を入った所に季節の花を飾り、ホールには季節感が感じられるような手作りの貼り絵を飾っている。 | 事業所全体が清潔に保たれ廊下なども広く、感染症に考慮して空気清浄機や温湿度計が配置されている。自然豊かな環境にあり、室内でも四季が感じられ、明るく快適に過ごす事が出来る。壁面には絵画や利用者の作品が飾られている。小上がりの畳では利用者が洗濯物を畳んだり寛いだりしている。 | |
| 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 | 1階の入居者様はホールで夕方まで過ごす方や昼食後は居室に戻り昼寝をされる方、食後外が見れる非常口付近で車イスに座り眺めて過ごす方、テレビをかけたままベットで横になり過ごす方と色々である。 | | |
| 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 | 入居の際にご家族に馴染の物を持ってきて頂いている。使い慣れた家具や布団、毛布類を持って来ている。可愛い置物やお花、写真を置いている入居者様もいる。居室でも快適に過ごせる様に本人本位で過ごして貰っている。 | 管理者は火災につながるような物品と危険物以外は使い慣れた物を何でも持ち込むように説明している。利用者はそれぞれ家具や布団、家族等の写真などを持ち込んでいる。 | |
| 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 | 居室のドアには鍵がついていないので出入りが自由に出来る。1階のご利用者様は押し車使用以外殆ど車椅子使用で、移動時に妨げにならない様に配慮している。ホールでもくつろげる様に座る配置を状況に応じて変えている。 | | |

(別紙4(2))

目標達成計画

〒名 グループホームひだまりの家

作成日 令和 6 年 4 月 25 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 | 利用者の個別支援に向けて、利用者の生活歴や趣味、嗜好等が分かるフェイスシートの作成をする。 | 新規の入所者の情報を出来るだけ見やすく誰が見ても分かるように記入出来るフェイスシートを作成する。 | 居宅サービス計画ガイドラインのアセスメント用紙を参考にして、グループホームでの情報を記入する。 | 3ヶ月 |
| 2 | 26 | ケアプラン作成後来訪がない家族からプランを確認した自書のサインをなかなか貰えていない。暫くたってしまったプランもある。 | ケアプラン作成後は出来るだけ早い段階でご家族にプランの説明や承諾のサインを頂く様にする。 | 毎月支払いに来られる家族には直接プランの説明をし承諾のサインを頂き、来訪のない家族等には2部郵送し1部返却して貰い確認する。 | 6ヶ月 |
| 3 | 33 | 看取りをする場合、状況の変化に応じた繰り返し話し合いと段階的な合意を行っているが、職員に看取りに関する研修を1年に1回行っていない。 | 看取りの対応の仕方も暫く関わっていないと忘れてしまう事があるので看護師を中心に年に1度研修会を行う。 | 看取りを実施する事業所として重度化した時や看取りに関する研修を年に1回～2回（ミーティング開催日にポイントを説明して貰う）を行う。 | 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。