

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 (西ユニット)		
所在地	茨城県ひたちなか市佐和787		
自己評価作成日	令和 2年 12月 20日	評価結果市町村受理日	令和 3年 4月 22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&JigyosyoCd=0872105002-00&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3年3月18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る。ゆったりとした造りになっている。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。

周囲は四季折々の花や木々があり、広い施設内の散歩で季節を感じられる恵まれた環境にある。利用者の思いに寄り添い、同じ方向性を持った職員同士はコミュニケーションが取れ、困ったときにはいつでも助け合える絆で結ばれている。利用者にはドライブや食事の好みを聞いてデリバリーや外注を利用し、寄り添った支援をしている。運営推進会議の議事録を家族等にも配布し意見を反映できる仕組み作りをしている。

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
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	オークスひたちなかの目標・基本理念を基に管理者と職員は『地域とのふれあい』『家庭的で楽しみのある生活』と具体的に掲げ、実践出来るように努めている。新入社員入社時にもその内容について説明し、意識の共有を図っている。	今まで行ってきた日常を継続し、家族のように職員と利用者が一緒に調理や家事に参加するなど、理念にある「家庭的で楽しみのある生活」を実行している。	
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	自治会に加入。現在は新型コロナウイルスの関係で直接的な関わりは困難。隣接する障害者施設から来所される野菜売りの際等に玄関を解放し距離をおいてスタッフと一緒に購入支援等を行っている。	天気の良い日には事業所内を散歩し、近隣住民と挨拶を交わしている。利用者や職員はヴェレჯや周辺のゴミや缶拾いの清掃活動に参加したり、学校の職場体験や隣接する障害者施設の訪問販売等を受け入れている。法人主催の夏祭りや収穫祭に保育園児やこども園児、近隣住民を招待している。	
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	入居相談や見学で来所の際に、認知症の方の困り事、理解や支援方法の方法を伝えている。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し、関係機関、構成員と文書での情報共有を2ヶ月に1回図っている。の頻度で行っている。入居者様の状況報告の他、ホームで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。	ここ1年はコロナ禍で、事業所内部で資料作成をし、委員へ郵送をしている。委員からの質問を受け、事業所での認知症や身体拘束の内部勉強会の体制を強化している。	
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関係機関へ確認し、その内容は問い合わせ録として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支援に活かすようにしていた)	コロナ禍前は、介護相談員を受け入れたり、市や包括支援センターと協力しながら認知症カフェに参加していた。市担当者とは、申請書類や運営推進会議の議事録提出などで月2～3回は訪問し、情報交換している。	
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	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定期的に勉強会やロールプレイ等を行い意見交換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、意見交換等を行っている。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1度定期開催している。現在は身体拘束の利用者はいない。身体拘束しない取り組みのために必要に応じて勉強会を開いている。身体拘束に関係する書類を整備している。	

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
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ながら勉強会を実施。職員間で意見の交換が出来る場を設けている。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、ご家族様にも報告を行っている。		
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相談があった際に繋げられるようにしている。		
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受け付けており、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	面会記録カードを玄関に設置し、意見や要望欄を設けている。又、分かりやすい場所に意見箱を設置している。ケアプラン説明時や近況を報告する中で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ようにしている。	玄関に面会記録カードや意見箱を置き、意見や要望欄を設けて記載してもらっている。家族等の面会時に話が聴きやすい雰囲気作りを心がけ、意見を引き出すようにしている。	
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	毎月1回の全体会議時や、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。	職員から出たレクリエーションの提案等を積極的に取り入れたり、室内でも変化をもって楽しめるよう食事の提供方法を工夫(松花堂弁当形式にするなど)している。個別にコメントをつけた写真をお便りにして、各家族等へ送って、様子を伝えて喜ばれている。	
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を受講する場合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	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会社から指名する事もある。今後オンライン等の研修参加も検討している。		
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	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等において困難事例のケース検討等を行っている。(新型コロナウイルス感染症感染予防対策前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を図っていた)		

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	入居前にホーム内外を見学していただき説明を行っている。又、ご本人様・ご家族様と面談を行い相談受付表にて現状の課題や困り毎を把握、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こちらから面談にお伺いしている。			
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、要望等は都度聴く機会を設け不安や要望への支援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も元に、本人・家族の状態や今必要としている支援を見極め関係機関や病院等と連携し、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・嗜好品等を届けていただいている。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で面会は制限している中で、馴染みの方やご親戚の方と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。又、ソーシャルディスタンスを遵守しながら密にならないような環境の下で短時間の面会の場も設けている。	入居時にアセスメントして情報収集し、把握している。把握したことを生活の中で生かせるように支援をしている。馴染みの友人や親せきの方と電話や手紙のやりとりをする支援をしている。		
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。			

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	サービス終了後も年賀状や暑中見舞いを出したり、電話や会いに伺ったりして、ご本人様やご家族様へ必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	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している。	生活歴を基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理解している。変化があった場所には、いち早くアセスメントやカンファレンスを行っている。4月から記録を電子化する予定である。	
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や生活歴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か月毎、又は随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。	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の意見を聞いて職員で計画を作成している。2~3か月毎にモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っている。利用者の状況に変化があれば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	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。		
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、訪問診療や訪問ヘアカット等その時に必要な支援やサービスを柔軟に取り入れている。		

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	
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	市や包括支援センター等と連携しながら認知症カフェへの参加や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。	協力医療機関の医師による訪問診療が月2回、訪問歯科診療が月2回あり、助言を受けて支援している。医療連携をとっている看護師が毎週来ている。		
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。	個々の入居者様の病状に合わせて主治医と連携を取り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、直接病院へ訪問したりして早期退院に向けた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。	重度化や看取りに関する指針と同意書があり、契約時に説明を行っている。看取りが必要な段階になった時に再度意向を確認して方針の統一を図っている。職員は年1回以上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	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。消防署での救命救急講習会も受講できるように情報を伝えたりしている。			
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、自治会への参加依頼もしている。今後発電機等の設置も検討している。	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っているが次回の目標を明確にした記録を残すまでには至っていない。近隣住民へは協力の呼びかけを行っている。	避難訓練の反省記録を基に目標を明確にし次回に活かす取り組みを行い、見やすい記録記載の工夫を期待する。	

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	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。	管理者は、職員に言葉かけの指導を行っており、利用者への呼びかけ方も本人と家族に確認している。プライバシーに関する内部研修を年1回行っている。		
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が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美容室や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を選んでいただくように支援している。又、声掛け等しながら化粧をし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	食事の下ごしらえやおしぼりたみ、下膳等出来る事は一緒に参加していただいている。職員は入居者様と一緒に食事し、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。	隣接した障害者施設から購入した野菜や自家菜園の野菜を使用した献立を、利用者と一緒に下ごしらえして食している。外食やイベントの際には利用者の希望を聞いている。		
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	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。			

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	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。	排泄チェック表等から利用者の排泄パターンを把握し、できるだけ本人の意向を尊重して臨機応変に対応している。夜間はポータブルトイレを使用する等して排泄の自立支援を行っている。	
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	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、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。	2～3日おきに入浴できるようにしている。希望に沿って入浴剤を使用している。浴室にはシャワーチェアやナースコールを設置して安心安全に入浴できるよう配慮している。血行をよくするための足浴も実施している。	
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こ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。		
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、ドライブや買い物、外食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。		
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、ホーム内の庭や外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。家族の協力を得てお墓参り等の外出支援もを行っている。	職員と広い敷地内を散歩し、季節の花木や果樹を愛でて楽しんでいる。日曜日は外出の日として天候の良いときはドライブをしている。家族等の協力を得て外食などの外出支援をしている。	

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	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希望時には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。電話をかける事が困難な場合は職員が番号だけかけて話は本人が出来るようにしている。		
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。中庭に季節の花の他、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。	窓が大きく、日差しを取り込んで明るく開放的な広いリビングにはソファがいくつか設置され、ゆったり寛ぐことができる。小上がりの和室が設置され、敷地の花木が飾られ季節を感じることができる。加湿器を設置し温度、湿度管理している。壁には季節ごとの手作り作品が展示され、明るく暖かい雰囲気となっている。床面はコルクになっていて、衝撃を吸収し負担が少なくなるようになっている。	
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	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。		
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	ベッドやタンス等、ご本人が使い慣れた物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。	居室にはエアコンや洗面台が設置されている。利用者はそれぞれ好みのカーテンや寝具、衣装ダンスなどを持ち込み、自宅のように過ごせるようになっている。必要な利用者には居室入り口に暖簾がかけられている。	
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等の家事動作やトイレ、浴室、居室の場所等)を踏まえ、必要な物品の用意や貼り紙、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

事業所名グループホームオークスひたちなか

作成日 令和 3 年 4 月 15 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り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	避難訓練後「振り返りシート」を記入し集計報告書を作成、今後の課題と改善策を記録しているが、次回の訓練に活かす目標を明確にしていなかった。	次回の訓練の目標を明確にし避難訓練を実施する。	<ul style="list-style-type: none">・前回の訓練の、「振り返りシート」の集計をする。・課題と改善策を目標にかかげる。・訓練前、振り返りシートに目標を記入し参加職員に配布する。目標達成ができているかの確認をし、又次回の訓練に活かす取り組みをして行く。	3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。