

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	0873700454		
法人名	有限会社 松本薬局		
事業所名	高齢者グループホームひまわり ユニット名()		
所在地	〒311-3512 茨城県行方市玉造甲422		
自己評価作成日	令和 2 年 1 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和 2 年 5 月 21 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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0873700454-00&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2年3月17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)】

少人数で、介護スタッフの24時間支援体制の中で、利用者の残存能力を活かして、料理、洗濯、掃除、買い物やあるいは畑作りなど、普通の生活の中で、認知症であっても人間的な尊厳を大切に共に生活して行こう

【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)】

利用者と職員が大きな家族の様な親しい関わりをもち、調理専門の職員が作る美味しい食事を楽しみ、よく手入れされた広い庭を散歩し、時には水族館へなど少し遠出の外出をして、ゆったりとした中にも緩やかな変化のある暮らしをしている1ユニットの家庭的なホームである。事業所の代表である管理者は、地元との関わりが深く、市の介護認定審査会の委員を務めたり、消防団や様々なボランティアの協力を得るなど地域と双方向の関係を持ちながらホームと地域との繋がりに大きな役割を果たしている。消防署との協力の下で実施される総合避難訓練以外にも、ホームでは夜間想定を含めた火災時の避難訓練や台風、地震、水害など様々な災害を想定して毎月避難訓練を実施して利用者の安心・安全に備えている。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1程度 <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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
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	理念は玄関入口、ホール、よく見えるところに掲示し常に意識できるようにしている。	理念の中にある地域との交流を大切に・・・を意識し、慣れ親しんだ昔からの地域の祭りへの参加や地域の保育園児との交流、通所介護事業所に通う人々とのふれあいを支援することを心がけ、利用者が地域の人と交流できるようにしている。	
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	1年を通して地域の子供、保育園児と交流している。外部の慰問も多くあり、地域の祭りでは毎年神輿、山車が来ている。	地域の祭りの見学や消防団の出初式に参加している。隣接する通所介護事業所に月1回保育園児がお遊戯の発表に来るほか、ボランティアによるカラオケに利用者は一緒に参加している。年1回開催される事業所主催の運動会には近隣住民を招待して交流している。	
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	地域の人たちに集まりの場所として提供している。また運動会を一緒にすることで近隣の高齢者の方々に認知症について理解していただく機会を作っている。		
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	2カ月に行いサービス向上に努めている。出席者は 介護福祉課・包括支援センター・利用者家族・地域区長・民生委員等	家族等の代表(2名、毎年交代制)や市職員、民生委員、地域住民等が参加して定期的に開催され、ヒヤリハットも含めて事業所の実情を丁寧に報告している。委員からは感染症予防対策などについての助言や他事業所の取り組み等の意見をいただきサービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	市の職員が推進会議に毎回必ず参加し協力してくれている。市の担当課が歩いて2、3分の所にあるので常に連絡を取り合っている	管理者は運営推進会議時や市窓口への訪問時に事業所の実情を報告しながら、協力体制が築けるよう努めている。代表者が地域包括支援センターの地域ケアシステムのメンバーになっている等、良好な協力関係が築かれている。	
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	身体拘束マニュアルがあるのでそれに基づき対応している。基本的には拘束ゼロ	不穏など対応困難な事例が起こるごとに原因を考えて拘束にならないような言葉かけや付き添う等の取り組みをしている。身体拘束廃止委員会を3ヶ月に一回開催して拘束の無いケアを実施している。日々拘束の無いケア実施に向けた話し合いはしているが、全職員に対して定期的な研修を実施するまでには至っていない。	「身体拘束排除に関するマニュアル」を参考にしながらホーム内での研修を全職員に対して定期的にも実施することを期待したい。
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	毎月の会議で話し合いの機会を持てるように努めている。		

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	職員には毎月の会議で話し合いの機会を持てるように努めている。 管理者は利用者・家族等にその都度説明している		
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	契約書に基づき対応できている。		
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	玄関先に意見書の箱を置き気になることなどあれば書いていただけるようにしている。 その都度推進会議等で報告している	契約時に第三者機関も含めて重要事項説明書に記載して説明している。毎月発行する「ひまわりだより」で近況を伝えたり、面会時に話しやすい雰囲気づくり等に努めている。 運営推進会議には家族の代表2名に参加してもらい、忌憚のない意見や要望などを出せる機会を設けている。	
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	申し送り簿、毎月の会議で話し合い、意見交換できるようにしてある。	毎月の職員会議の後にグループ会議を開催しており、話しやすい雰囲気の中で意見を出し合っている。職員は利用者が喜ぶような行事予定を計画しているほか、利用者の楽しみに繋がるように花や野菜を作り、水やりなどを利用者に頼むなどして利用者の励みに繋げている。	
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	キャリアパスを導入し個々が資格を取得したことにより給与に反映させたり、研修などを支援したりするなど意欲の向上が持てるように心がけている。特定処遇改善の導入も行った		
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	研修への参加や資格取得へのアドバイス・援助を行っている。		
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	地域の同業者と運動会や食事会等の交流会を実施している。茨城県地域密着型介護サービス協議会等での研修、勉強会での情報を取り入れながらサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	相談を受けた時から本人が困っていること、不安なことをよく聞き意向にあった生活ができるよう本人と話し合いをしている。		
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	本人とは別に家族からの視点で困っていることを聞き取り、家族の不安ができるだけ軽減できるように努めている。家族だけで自宅へ連れて行くのが難しい方には職員が付き添いでついていく等している。		
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	入所時に何に困ってどうしたらよいか、相談内容を聞きながら、現在と将来的に必要なサービスを紹介・掲示して家族が選択できるよう話し合い検討している。		
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	介護をする側、される側という関係ではなく一つの家族として教えたり、教えられたり、もし自分の家族だったらを念頭に置き一緒に過ごすことを大切にしている。		
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	2カ月毎に推進会議を実施。毎月ひまわりだよりを発行し行事等の内容を知ってもらう。		
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	家族の方に協力を得ながら理・美容院の利用や日用品の買い物等、人との交流の機会を設けるようにしている。また面会に来やすい雰囲気にも努めている。	入居時の聴き取りや日々の暮らしの中で利用者や家族等から話を聴きながら、把握している。利用者が近隣の方々であり、友人や知人がホームを訪れている。デイサービスセンターに通う友人・知人との交流もある。	
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	関りが難しい方(耳が遠い、声が小さい)相性もあるので座席の配置に気を配ったり、利用者同士の関係を把握し職員が仲立ちとなり良い関係が保てるよう努めている。		

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
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	長期入院による退去、死亡しかないのであるだけお見舞いに行ったり様子をうかがったりしている。		
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	利用者ひとりひとりに声掛けをし、言葉や表情・動作などから本人の思いや意向の把握に努めている。家族からの情報は介護記録に記録し、全職員が把握し各利用者の希望に沿えるよう支援している。	利用者との日々の会話や関わりで希望や意向を把握しているほか、言葉で表現する事の困難な利用者の中には表情や動作などを注意深く観察・見守りをして、申し送り簿で共有を図り、グループ会議で本人本位の検討をしている。	
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	生活歴・なじみの暮らし・仕事歴等の情報を本人、家族からいただき、話し合いを持ち、利用者本人の行動、言動の把握に努めている。		
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	1日の状態は生活アセスメントシートに記入し把握できるようにしている。特に注意すべき事柄は伝達ノートを利用し周知把握につとめている。		
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	家族や本人の要望や変化に応じて、本人・家族・職員等の話し合い、また月1回のグループ会議では医師・薬剤師・看護職員の意見を取り入れ十分な話し合いを持ち、新たな介護計画の作成や定期的な計画のモニタリングを行っている。	本人や家族の希望、医師や薬剤師からの意見、職員の気付きなどを取り入れた、暮らしに反映できる丁寧な計画が作成されている。毎月のグループ会議で利用者一人ひとりのカンファレンスを実施したり、生活アセスメントシートによる利用者の状態変化の把握をしたりして、定期的な見直しや随時の見直しを実施している。	
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	本人の体調の変化、行動、言動に変化があれば支援経過記録・伝達ノートに記入し職員が情報を共有しその都度改善点についての向上を図っている。		
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	グループホームのレクリエーションだけでなく、併設のデイサービスレクリエーション、慰問に参加している。個人別の生活アセスメントシートから情報を共有している		

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	入所前にやっていたことを施設でも継続してできるように、環境を近づけるよう努めている。		
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	該当者は2回／月かかりつけ医の在宅医療で対応。それまでの身体状況を主治医に詳しく伝えることを心掛けている。また、本人及び家族の希望を重視し、納得が得られたかかりつけ医への受診支援をしている。(送迎等)	利用開始時に希望する医療機関への受診が可能であることを伝えている。希望する医療機関に受診する場合には基本的には家族が付き添う事になっているが、家族の都合により職員が付き添う事もある。歯科受診や専門医への受診は職員が付き添っている。	
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	訪問看護師と介護職員はバイタルチェック・服薬管理共に関わりを持ち話し合いながら生活を支援している。訪問看護師とのやり取りも支援経過ノートの活用により適切な報告、支援ができるよう努めている。		
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。	入院時にはそれまでの身体状況を医療機関に詳しく伝えることを心掛け、退院時は家族の要望を聞きながら病院との連携を図り、今後の対応について必要に応じて話し合いホームでの生活が可能になるよう支援する。		
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	医師・訪問看護師・薬剤師・代表者・管理者・介護職員で話し合い、重度化対応や終末期ケア対応指針、看取り介護の同意書を作成し、契約時に利用者や家族等に説明している。	重度化対応・終末期ケア対応指針を作成し、家族等に説明し同意書を得ている。主治医や24時間対応の訪問看護、薬剤師、家族などと連携しながら統一したケアを実施している。職員は看取り対象者の状態に応じて医師や看護師からの指導・指示を受けながらケアに当たっている。	
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	マニュアルを備え、応急手当や初期手当にあたり全職員が対応を行えるよう努めている。		
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、地元の消防団、近隣住民の協力を得ながら、定期的に火災などの災害時の避難方法・誘導方法を、出火場所・時間帯を変えて確認しあいマニュアルを作成してある。非常食・飲料水の備蓄も用意してある。洪水時の避難計画書を作成している	消防署との連携で実施される年2回の避難訓練以外に夜間・地震・大風による水害など様々な状況を想定しての避難訓練を毎月実施して利用者の安全確保を図っている。	

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
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	職員はトイレ介助や居室の出入り等、本人に声掛けし同意を得てから行うなど、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーに配慮したケアに取り組んでいる。また、洗面所・トイレは各部屋に取り付けている。	職員は、認知症サポーター養成講座の受講をし、一人ひとりの尊厳を傷つけない対応について学んでいる。それぞれが役割を持った暮らしが出来るよう支援している。	
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	その人の背景や日常の関りの中で希望、関心を見極めその場の雰囲気、感情や思いが出しやすいよう支援しており、自分自身で好みを選べるように場面づくりをしている。		
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	職員の業務優先とならないよう、利用者一人ひとりのペースや体調に配慮するとともにその時の本人の気持ちを尊重し、入居者本位の生活であることを意識して、生活リズムが維持されるよう日々対応している。		
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	訪問理美容を利用し、その人らしい身だしなみ、おしゃれができるように機会を提供している。また家族とともに以前から利用している本人の望むお店に行く方もいる。髭剃り、爪切り等は場合によっては職員が行っている。		
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	ホームの畑で作られた野菜の下処理をしたり、テーブルふき等の準備をしていただいている。個々に合わせた食事形態に配慮、職員も入居者の方と同じ食事を食べている。	献立から食材の購入、調理までを事業所内で行っており、四季折々の野菜やおやつとの差し入れ等もあり季節感のある食事を楽しんでいる。利用者の食器は陶器の家庭的なものであり、茶わんや箸、コップなどはそれぞれ本人自身の物を使っている。嚥下や咀嚼の機能などに応じて、一人ひとりに合わせた食べやすさへの工夫をしている。	
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	栄養のバランスを考えた献立を作り、残食量をチェックし、摂取量を把握しており、嚥下機能や義歯状態に合わせミキサー食等食事の形態を変えている。		
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	毎食後自分で歯磨きができる方には声掛け、見守りをしている。介助が必要な方には入れ歯洗浄等個々に応じて行っている。		

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	居室内のトイレにて排泄介助を行っている。尿意便意のある方には紙おむつの使用はしていない。家族の希望により夜間のみ使用している方もいます。	利用者一人ひとりに合った声掛けで、トイレで排泄ができるよう支援して。自室のトイレでの排泄で、プライバシーが守られ安心して排泄ができています。夜はパットを大きめにする等の工夫をしてオムツにしないケアをしている。	
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	排便チェック表をつけている。水分摂取を促し、レクでの体操、食物繊維摂取の配慮、薬に頼る前に努力している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の方に合わせ無理に入れることなく気分・希望に合わせて入浴していただいている。	一人当たり週3回の入浴を実施している。毎日湯を沸かし少人数の利用者が交代で入浴している。湯が毎日沸いているので、希望があれば毎日でも入浴出来るようになっている。一日当たりの入浴者を少なくすることでゆっくりと入浴を楽しんでもらっている。	
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	それぞれの方に合わせ食事の時間以外は自由にしていただいている。		
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	薬剤師(経営者)と連携をとり、薬の理解、リスク・アクシデントを回避するために徹底するよう努めている。		
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	それぞれに合った役割が持てるよう、洗濯たたみ、台ふき、おしぼり巻き、カーテン閉め等働きかけている。		
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	日常的な買い物・美容院への外出や散歩は毎日でも出られるようにしている。季節には地域の行事・初詣、花見等を楽しめるようにしている。	利用者の高齢化と重度化に伴い、散歩が困難になってきているが、なるべく天気の良い日には、事業所の玄関前や庭で外気浴をして、季節を感じながら健康維持に努めている。年間行事計画を立てて、2ヶ月に1回は外出している。	

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	現在入所されている方には理解が難しく家族からの預かり金はあるが、家族に定期的に報告・チェックし金庫に保管してある。		
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	利用者自ら家族への電話の訴えがあれば番号を押してあげ、自分で話してもらうようにしている。家族からの連絡がある場合には取次の支援をしている。		
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	居間は天井が高く、ゆったりとした雰囲気を取り入れ、外の空気を十分に取り込めるよう配慮している。壁には写真や入居者の作品が飾られ生活の様子を知らせている。トイレ、浴室は十分換気し清潔で心地よく過ごせる配慮をしている。玄関・ホールに時々ごとの花を飾ってある。	よく手入れされた広い庭には散歩時に一休みしたり、お茶を楽しめるテーブルや椅子が置いてあり、利用者が季節の移り変わりを身近に感じて暮らせるようになっている。居間には観葉植物やゆったりとしたソファが置かれ、小上がりの畳もありリラックスできる空間になっている。本棚にはたくさんの本を並べ、本好きな利用者を楽しませている。	
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	フロアにはソファ、本棚があり、自立できている方は話しやすい方同士テーブルにつき、談笑、食事をされて自由に過ごしている。		
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	使い慣れた馴染みの時計や家族の写真、テレビ、ラジオ等持ち込まれており、その方らしく安心して生活できるように身体・認知症の状態に合わせて居心地の良い空間作りを工夫している。	各居室には洗面台やトイレが設置されており、それぞれが身の回りの事は自室で出来るようにしている。窓は掃き出しになっており、何時でも外に出られるようになっていて開放的である。整理箆箆が大き目で衣類の整理が行き届いており、箆箆の上には家族の写真などを置いて、清潔で個性的に整えられている。	
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	自室がわかるように、花の絵を目印にしたり、理解が困難な場合には声掛け、付き添いをしたり暮らしの中で状態を見極め、その方に合わせた環境作りや物品の手入れや調整を行い、より自立した生活が送れるように支援している。一人で居室にいるときでもセンサー取付を安全をかくほすようにしている		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 高齢者グループホームひまわり

作成日 令和 2 年 5 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	6	身体拘束をしないケアの実践 全職員に対しての研修を定期的には行ってこ なかった	身体拘束廃止委員会を3か月に1 回開催し全職員で定期的に研修を 実施し情報を共有する	「身体拘束排除に関するマニュアル」を参考 にしながら全職員で研修会を実施する	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。