

### 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	1170800807		
法人名	有限会社 新生・ケア・コミュニティ		
事業所名	グループホーム オ・ハナ		
所在地	埼玉県越谷市弥栄町3-43-189		
自己評価作成日	令和2年3月12日	評価結果市町村受理日	令和2年6月9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	<a href="http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103		
訪問調査日	令和2年3月27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)】**

オ・ハナの開所以来、入居者の方は女性のみで経過してきました。認知症になっても『楽しく暮らす』、『新たな幸せ』を感じ合うことができるよう、職員一人ひとりが、入居者の方に寄り添える時間を大切にしています。また、入居者の方たち同志の優しさや労りの場面も見られ、小さなGHだからこそ見届けることがたくさんあり、ご家族との関係も一緒に見守るという協力を得ながら、オ・ハナだからできる介護や絆を大切にしていきたいと思っております。

**【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)】**

- ホーム独自に家族へのアンケートを実施し、聴取内容を運営に活かすよう努めています。本評価に伴うアンケートにおいても家族から日々の支援への感謝の声が多数寄せられています。
- 毎月、利用者の状態と状況話し合い、課題と目標を抽出されており、健康・自立・清潔保持・レクリエーション等ニーズが詳細かつ細やかに網羅された計画が策定されています。また、各種支援記録からは、単にニーズを捉えるのではなく、実際のケアにどのようにつなげていくかが、深く考察されていることが理解できます。
- 行事だけでなく、日常的に気分転換に散歩に行くなど丁寧な支援がなされています。また、あわせて利用者の状態に沿った体操等を実施しており、筋力・健康の保持に努めています。

**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 type="radio"/> 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)	<input 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 type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input 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 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 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input 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 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	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 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 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 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 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

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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	理念である、「オ・ハナはもう一つの家族」を基にお互いを思いやる気持ちを大切に、日々のケアにつなげるよう、いつでも目に触れることが出来るよう、台所・リビングに掲示し、意識付け実践に努めております。	グループホームらしいグループホームとして「温かさ」と「優しさ」が共有されており、継続によりそれらを理解した職員・家族が集っている。継続と信頼の大切さを本ホームの歩みにより理解することができる。	
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	地区センターで行われる認知症カフェには管理者が参加し、また入居者の方と一緒に参加できるオレンジカフェに月1回管理者や他の職員と共に参加を継続しています。他の高齢者の方たちとレクリエーションを楽しむ機会となっています。	ボランティア・近隣住民との親睦が継続して行われている。シルバーフラダンスの方々とのクリスマス会など利用者や直接触れ合い、地域の一員として暮らす感覚を持てる環境を形成するよう努めている。	
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	運営推進会議を通して、地域の方にも参加して頂き、実際に利用者の方と触れ合う事で、認知症の理解が深まるよう取り組みをしております。社会福祉協議会の方にお招きし、社協で行うサービス等の説明や活動を皆さんと一緒に聞く機会を設けました。		
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	運営推進会議を通して、自治会の方、ボランティアの方、地域包括支援センターの方ご家族と話し合いや報告を行っております。また、地域で活動されるサークル活動をされている方たちのダンスや歌、演芸を観る機会があり、ご家族と一緒に観ることができました。	地域包括支援センター、地域・ボランティアの方々、家族が集い、定期で開催されている。明るく、和やかな会合となっており、その雰囲気から周囲の方々から愛される本ホームの姿を見ることが出来る。	
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	定期的に窓口へ伺い担当者や近況の報告・相談を行い助言して頂いております。また、GH部会での空室情報提供も毎月行っております。	市内グループホームの部会においても長年の貢献がなされており、自ホームに留まらない活動がなされている。オレンジカフェへの協力など関係機関・地域との連携にも努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	定期的に行われる研修にて身体拘束について理解を深め、禁止とされる具体的な身体拘束の項目を職員同士で確認し、身体拘束はどうして悪いのか?についても学び身体拘束をしないケアに努めております。	年に4回の身体拘束廃止のための研修がなされている。研修終了時には報告書を提出するなど職員の理解度を確認している。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	具体的な虐待について研修を行い、虐待に結びつくような行為をしないよう学び、身近な事例を用いて虐待防止の研修を行いました。		

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
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	今年度、内部研修については、職員が各々担当となり研修を勧めてきました。10月に権利擁護の研修・運営推進会議に社会福祉協議会の方を招いて社会福祉協議会のサービス等を学ぶ機会を設けました。		
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	利用開始にあたり、契約者・重要事項説明書について、十分にご理解頂けるよう説明しております。その際不安・疑問等をお聞きし、ご本人にも利用前に来て頂きお話を伺う時間を設けております。契約時に重度化対応・終末期ケア対応指針についてもご説明しております。		
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	ご家族に往診等の立会い、お誕生日会、クリスマス会に参加を頂き、ご家族との会話の中から意見や要望を伺い反映させて頂いております。	ケアプラン更新時、運営推進会議等において家族の要望を把握している。またホーム独自に家族へのアンケートを実施し、聴取内容を運営に活かすよう努めている。	
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	いつでも意見を言える雰囲気や関係に努め、申し送り時、月1回のミーティング、業務内で意見や提案を聞く機会を設けております。ミーティングの議題を事前に作成し、話し合いたい事を聞いております。又ミーティング中で、連絡ノート振り返り、ヒヤリハット・事故報告の確認・利用者情報共有を職員間にて行っております。	毎月、スタッフミーティングを開催し、ヒヤリハットの共有、利用者支援の留意点等が話し合われている。議事録からは丁寧なケア・関係各所との連携を理解することができる。	職員の異動に伴い、職員間の申し送り、利用者への留意事項の確認に注力がなされている。今後も繰り返しの指導により職員の育成と向上が果たされることが期待される。
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	職員個々の状況に応じて、勤務時間の調整、希望休の優遇など働きやすい環境づくりに配慮しております。		
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	今年度は、内部研修を職員で割り振り、担当してもらう機会を設けました。また、GH部会にて他の職員と一緒に研修を行いました。		
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	越谷市のGH部会に出席し、他事業所との深めております。11月に行われた部会主催の研修会の参加や開設者研修のレポートを職員にも目を通してもらい、話し合うきっかけ作りを設けました。		

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
<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	安心して生活するため、一方的でなくご本人の意見や希望を聴き、不安を取り除けるよう努めております。言葉で表現できない入居者の方にも、ご家族から細かい情報を吸い上げ、今までと変わらない生活を提供できるよう、ご本人の理解に努めております。又 サービスを導入する前に、体験に来てお話しする機会を設けております。		
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	見学時に、ご家族には現状での悩みや不安をお聴きし、いつでもお話して頂けるような関係を築けるよう心掛けております。特にご要望には、応えられるよう努めております。		
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	見学時等で、まずご本人の意向を踏まえ、ご家族と共にどんなサービスが必要なのか他の選択肢も含めた、ご提案を出来るように努めております。		
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	入居者と共に掃除・洗濯・調理・買い物等を行い一緒に生活をしていく中で、お互いに支え合っているという気持ちを持ち、共に生活する中でご家族と同様な気持ちで向き合っております。		
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	ご家族には、ご本人の毎日の様子を書いたお便りを毎月お送りしており、現在の様子を知る事が出来るようにしております。ご家族来訪時にも改めてエピソード等のお話をさせて頂いております。		
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	ご家族が来訪された時には、居室でゆっくり過ごせるよう支援しております。又ご遠方のご家族・親類にも電話でお話頂けるよう努めております。	毎月家族に送付するオ・ハナだよりには写真と日々の様子が記載されたカレンダーが掲載されている。日々の尽力が家族・関係者との関係を繋いでいる。	
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	日中リビングで過ごす事も多く、コミュニケーションが取れない方には、職員が孤立しないよう会話をつないだり、座席も状況に応じて替える配慮をしております。		

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	他の施設に入所した方へ、時折面会に行き、近況を聞いたり、又サービスが終了したご家族が足りないものを持ってきて頂けるような状況もあり、継続的に足を運んで下さるご家族もいらっしゃいます。		
<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	契約時のアセスメントシートを活用し、趣味ややりたい事をご本人、ご家族の会話の中から暮らし方や意向を聴き、職員間で情報共有出来るよう、ミーティングや申し送り、引き継ぎ事項等で話し合い、把握に努めております。又希望や意向を伝えることが難しくなっても表情やご本人の気持ちを読み取れるよう常に努力しております。	単にニーズを捉えるのではなく、実際のケアにどのようにつなげていくかが、深く考察されている。意思をうまく伝えられない利用者に対して推し量る器量とフォローする配慮を兼ね備えた職員の育成に取り組んでいる。	
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	ご本人とご家族・ケアマネさん等、これまでの生活歴をお聞きして、起床、就寝、食事の時間やこだわりを把握し、共同生活する中でご本人の生活リズムを保てるようにしております。		
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	ご本人が、できること、やりたいこと等を中心に、散歩買い物や外出されたい方など、その日やりたい事を優先的に考え、一日を過ごしております。		
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	アセスメントシートを職員で一項目ずつ話し合い、意見交換を行う事により、身体状況や残存機能を把握し、ケアプランに反映させております。ご本人ご家族から意見があった時には、毎月の目標で職員全員が確認できるようにしております。	毎月、利用者の状態と状況を話し合い、課題と目標を抽出し、それらを集約してケアプランが作成されている。健康・自立・清潔保持・レクリエーション等ニーズが詳細かつ細やかに網羅された計画となっている。	
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	入居者、個々の24時間記録と一日の様子を記録しております。毎月ミーティングでは改善点や注意点を話し合い、情報の共有に努め、変化があれば介護計画の見直しを行っております。又連絡ノートと2号用紙に気づきや注意点を記入し、全職員が急な変化にも対応できるよう把握し、実践しております。		
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	入居前に、ご本人とご家族の様子を伺うために自宅へ訪問しており、入居の際にはご本人を自宅へ迎えに行く事もあります。又ご家族の状況に応じて必要な物品をご本人と購入したり、専門の医療機関を受診する際、症状や様子を医師に相談するため、ご本人、ご家族に同行する事もあります。		

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	地域行事の夏祭りや避難訓練に参加させて頂き、地域の方との交流を深めております。介護支援ボランティアの方が今年度も継続して来訪して頂き、楽しい時間を過ごしております。		
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	ご本人及びご家族等の希望を伺い、ホームでの往診医について説明しております。年に1回はご家族等が往診に立ち会い、身体状況の説明や今後の希望、相談にも対応して頂いております。往診医は24時間体制になっており、緊急時にも対応できます。希望により、訪問リハビリを実施しております。専門外の医療機関を受診の際は、往診医から紹介状や情報提供書を記載して頂き、受診できるように対応しております。	往診医との連携、訪問リハビリテーションの実施等により利用者の健康管理にあたっては、緊急時対応について書面化し、適切な対応がとれるよう体制整備に努めている。	
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	週1回看護師に訪問頂いております。入居者個々の状況報告、相談を行い助言を頂いており、ご家族の希望がある時には、直接の相談・助言・説明を行って頂いております。		
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。	入院の際には、ADL表、往診医からの情報提供書を医療機関に提出しております。入院後は、ご家族から状況を確認させて頂きながら、お見舞いに行かせて頂き状態の把握に努めております。急な退院にも対応可能な体制を整えております。		
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	往診医・看護師・ご家族・職員などで今後の対応方針について話し合いをしております。ご家族の希望や不安感については往診医や看護師さんに直接、連絡をとってもらえるような配慮も医療機関の協力を得ています。	重度化対応・終末期ケア対応指針が策定されており、家族に説明し、同意を得ている。スタッフの尽力、医療機関との連携により慣れ親しんだホームで過ごすことができるよう取り組んでいる。	
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	急変時対応マニュアルと緊急連絡網を常備しております。急変が予想される方については往診医・看護師と事前に対応を協議し、指示を仰ぎ対応しております。		
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	災害時マニュアルを備えております。日頃からミーティングで災害についての話し合い、対策について協議をしております。入居者のご家族に警察のOBがあり、緊急時に協力を仰げるよう緊急連絡網で体制を整えております。避難訓練も毎年行い、再確認をしております。	夜間・火災想定による避難、通報、消火等の訓練が実施されている。実施ごとに注意点と評価がなされており、次回訓練、防災に反映するよう取り組んでいる。	

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
<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	個々のリズムを尊重し、1対1で対応することも多くあります。常に同じ空間にいることも多いため、配慮をしていくことを心掛けています。	「利用者ごとに声のトーンや大きさを変え る」、「リビングではなく違う場所で話をする」 などプライバシーへの配慮がなされている。 気分や気持ちを感じ取り、気分転換等を行える よう取り組んでいる。	
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	昼食などは、食べたい物の希望をお聴きし 外食やお弁当・パン等の機会も作っています。 おやつや飲み物、衣類の選択など好み をお聴きし選べるように対応しております。		
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	個々のペースに合わせ、居室で休まれたり、 散歩に出かけております。その時々、 どのように過ごされたいか、ご希望をお聴き しており、庭で野菜の収穫やドライブ等、就 寝前の映画鑑賞も行っています。		
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	2ヶ月に1回ボランティアによるヘアカット を行っております。日常では、鏡の前で身だ しなみをご本人確認しております。出かける 前には、洋服選びも一緒に行っています。		
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、利用者と職員が一緒に準備 や食事、片付けをしている	外食も含め職員と一緒に楽しめるように心掛け ています。ホットプレートで目の前で料理をするこ ともあります。	摂取量、形態などそれぞれに勘案した食事を 提供している。家庭的なメニューによる3食の ほか、午前のお茶・午後のおやつの時間を設 け、利用者の楽しみとなるよう取り組んでい 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	毎食時の食事量、1日の水分量を記録しており ます。栄養バランスを考慮し、献立に偏りが ないよう配慮しております。一人ひとりの状態に 合わせ、糖分・塩分を控える必要のある方の 対応もしております。		
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、ご本人に合った口腔ケア用品を使用し て口腔ケアを行っております。就寝前には、口内 洗浄剤を使用し、虫歯・歯周病予防に努めて おります。週1回、往診歯科医・歯科衛生士に 虫歯の治療・口腔ケアをして頂いております。		

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	トイレの排泄時間が一人ひとり異なり、時間を要する方、頻回な方、間隔を把握して、二つのトイレで対応しています。、個々に応じて、体調を含めた排泄パターンからオムツ・リハパン・パットの使用を段階別で使用しております。	排せつの記録と確認により丁寧な誘導と支援にあたっている。装具について常に状態と状況に鑑みて検討しており、なるべく自立を維持出来るよう取り組んでいる。	
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	便秘傾向にある方、逆にゆるい方等その都度往診医や訪問看護師に報告し、服薬調整を行い指示を仰いでいます。また、運動をかねて散歩に行き、帰園後にゆっくりとトイレ時間を作ることも心掛けております。1日の水分量、食事摂取量・乳製品の摂取量も含め、便秘の改善に努めており		
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	入浴やシャワー浴、足浴を行っています。入浴剤の色やゆず湯等の香りも楽しめるよう配慮しています。	シャワー浴・足湯など利用者の状況にあわせた入浴方法を検討・実施している。2人体制で支援にあたるなど事故の防止への対策もたてられている。	
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	日中、横になりたい時や居室でひとりで過ごしたい時はそっと見守るようにしております。就寝前には室内温度・照明布団乾燥、湯タンポ等ご本人にあったものを使用し、心地よく眠れるよう支援しております。		
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	一人ひとりの薬の目的や用法、用量は往診医や薬剤師・看護師から説明を受け、薬剤の変更時にはご家族への連絡をしております。また、副作用等によって日中での変化も往診医・看護師等に報告しています。服薬の間違いが無いよう、チェック表を作成しております。		
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	庭で今年の夏は、トマトやナス、ピーマン、パセリ、ネギの栽培をし、収穫しました。また、みかんや杏の収穫もあり、目と口で楽しむこともできました。		
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	タイミングもあるので、その時できることややりたいことなどを優先し、コーラスサークルの発表会を聴きに行ったり、雛飾り、五月人形の飾りの見学を行いました。また、今年度は、緑の丘公園、梅林公園、ハウス栽培のお花を見学に出かけました。また、ご家族と外食やご自宅での食事を楽しまれた方もおります。	気分転換に散歩に行くなど行事のほか日常的な外出が心がけられている。体操等により筋力・健康の保持に努めている。	



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
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	ご本人が欲しいものや足りない物、必要な物等は事前にご家族に連絡し、了解を得て職員と一緒に買い物に出かけ、服の購入時には試着等も行いながら、楽しませております。ご家族来訪時にも一緒に買い物に出かけられることもありません。		
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	電話をかけたい時、また兄弟や親族からの電話はいつでもできるようにご家族にお話しています。近況を伝えたり、来訪の日時等を伝えてもらいご本人に楽しみにできるような支援をしています。		
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	1日の大半をリビングで過ごす方が多く、リビングには季節のタペストリーや置物、季節に応じたものを飾っております。飾りつけ等は職員と一緒にを行っています。	皆で一緒に過ごすリビングは季節を考慮した飾り付けがなされており、家庭的雰囲気が自然に作り出されている。利用者の様子を細かに聴取し、席替えを行うなど関係性への配慮がなされている。	
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	リビングで過ごす方が多いため、楽しく過ごせるように相性やその時行うことによってもテーブルの配置に配慮しております。ソファーに座ったり、和室で横になったり、庭に出たりその時々に合わせております。		
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	使い慣れた家具や寝具・家族写真・仏壇を持ってきて頂き、ご家族が来訪時用の椅子やテーブルを用意して、居室でご家族とゆっくり過ごせるできるようにしておられる方もいらっしゃいます。	利用者がゆっくりと休むことができる居室が用意されている。夜間の状態に注意が払われており、確認・記録・服薬を含めた支援により安定した睡眠が取れるよう取り組んでいる。	
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	トイレ・洗面所・各居室にはわかりやすい位置に手作り表記をしています。場所がわからないような様子がある方には、声掛け誘導や手引き介助等で混乱を回避できるようにいつでも職員が見守ってられるようにしております。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 : グループホーム オ・ハナ  
作成日 : 令和2年5月31日



目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のスタッフへ向け取り組む目標について話し合います。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るといふ、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	11	職員の気づきがケアプランにも反映されていきませんので、日常生活での個々に合った留意点や目標を共通認識として持ち合わせていく。	各職員が、入居者の方々の個性を尊重し、案しめることへの配慮や生活上の留意点をミーティングにおいて意見交換していく。	全員参加の会議も難しいため、事前アンケートを用意し、全職員の意見を取り込めるような会議を行っていく。	12 ヶ月
	2					ヶ月
	3					ヶ月
	4					ヶ月

手続き

①上記に記載 ②行政に 自己評価結果及び外部評価結果・目標達成計画を提出  
③右の提出日を記載しこちらの用紙を評価機関にFAXにて送付 (FAX050-3730-1416) 行政への提出日 : 令和 2 年 6 月 9 日