

### 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     | 〒311-3124 東茨城郡茨城町中石崎1055 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和 3年 5月22日              | 評価結果市町村受理日 | 令和3年8月25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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0893100057-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0893100057-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|----------|---|

**【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7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)】**

ひぬまの杜は自然の中であり、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様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し、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)】**

平成19年度に開設した2ユニットのホームであり、美しく手入れの行き届いた庭や広いベランダと開口部の大きい開放的な共用の場を有す建物は豊かな自然の中でひととき目を引く存在である。自治会の一員として、新年会や地域の三世交代の場に出掛け、草刈りや清掃活動などの奉仕作業に参加して地域の中に溶け込んでいる。さらにホームを開放して認知症カフェを開催し、地域の高齢者や家族の相談に応じる等地域の高齢者ケアの拠点として活動している。管理者は利用者と共に職員も安心して仕事ができる職場を目指して、介護に関する勉強会を毎月実施しており、第一号喀痰吸引等研修修了者5名を有し、重度化や看取りに関する研修を丁寧に実施して職員の看取りケアなどの専門性を高めている。利用者はコロナ禍にもかかわらず公園など自然を楽しめる場所に出かけたり、日々散歩をしたりと、閉じこもらない暮らしをしており、居室にはこだわりの品々を置き、CDで音楽を聴き、ランの手入れをする、絵手紙を作成する等の趣味を継続して落ち着いた暮らしをしている。

**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<br>↓該当するものに○印  | 項目   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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つなげている。ご利用者が安心して生活できることを重視し、ご家族様と共にご利用者を支える姿勢で臨んでいる。  | 理念の一つの柱である、その人らしさを大切にした支援として、利用者それぞれが食事の準備や後片付け等のできる事を役割として過ごせるようにしている。  |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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、現在地域との交流が少なくなっているが、近隣在住の方から町内で作られた野菜等の差し入れがある。  | 認知症カフェの活動を通して、地域の老人会を開催したり、夏祭りやクリスマスなどのホームの行事に地域住民を招待したりして親しく交流する等、地域の高齢者相談の拠点として様々な活動している。  |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。現在は新型コロナウイルス感染症の影響でなかなか地域の方への働きかけができない状況が続いている。  |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で運営推進会議を開催できず、書面でホームの様子や運営状況を伝えるに留まった。  | コロナ禍により、資料の送付のみとなっている。書面開催であることから、事業所側からの行事報告とともに、身体拘束等の適正化に向けた検討記録を報告している。  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 町の研修等への参加が難しかったが、最近ではインターネット環境整備をしてリモートでの参加が可能になった。メールや電話では積極的に市町村担当者に質問や相談をしている。市町村担当者も上司に相談しながら対応してくれている。                            | 役場の職員が配布物などを事業所に持参してくれるなど、日々情報交換しながら、協力体制を築いている。役場主催の研修にリモートで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<br>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 | 物騒な世情があり、玄関施錠はしているが、ご利用者が戸外へ出たくて玄関に来られた場合、玄関を開けて戸外へでる手助けをしている。現在、身体拘束を行っている方はいない。運営推進会議メンバーを身体拘束適正化委員として、身体拘束についてホーム職員で話し合った内容を報告している。 | 全体会議時に毎月様々な研修を実施しており、身体拘束については、年2回内部研修を実施して、マニュアルの内容検討を行っている。運営推進会議時に身体拘束適正化委員会を実施して、危険防止の対策が身体拘束になるかどうかについての話し合いを行い、常に拘束のないケアを実践している。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 令和2年度は外部研修には参加できなかったが、年に2回、全体会議の中で高齢者虐待についてや権利擁護、身体拘束等について勉強する場を設けている。   |  |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 日常生活支援事業や成年後見制度について全体会議で勉強する場を設けている。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 新型コロナウイルス感染症の影響で契約時間等を短縮するため、事前にメールや電話でご利用者家族から相談を受けている。必要であれば写真等のデータを送り説明し不安な点が内容に努めている。                                   |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | コロナ禍の中で、令和2年12月にご家族へアンケート依頼した(依頼数17の内、回答は8件であった)。要望にあった固定電話ではなく持ち運びできる電話があると良いに対して、各ユニットに1台ずつコードレス電話を導入した。                  | 面会時には必ず声かけを行い、意見や要望、困りごとはないかなど聴くように努めている。家族等にアンケートを実施する等意見を引き出す工夫をしている。                              |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 朝の申し送りや月に1度、各ユニットミーティングや全体会議を行い、職員の意見や提案を聞き反映させている。また、半期に1回、全職員に対して法人本部の職員が面談を行っている。  | 年2回の職員面接は人事考課を兼ねており、法人本部の職員によるもので、職員が忌憚のない意見を言いやすい雰囲気を作っている。職員の意見を取り入れて、勤務時間の調整ができ、職員が無理なく働けるようになった。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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努力を見守り勤務状況を把握している。疲労をためないようなシフト作成を行っている。各自が向上心を持って働けるよう職場環境の整備改善をしている。コロナ感染症の影響があり食事は中止となっている。                  |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 令和2年度はコロナ感染症の影響で外部研修には参加できなかったが、令和3年度に入りインターネット環境を整えweb研修に参加できるようになった。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、得意なことを活かしてもらえるよう働きかけている。 |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 令和2年度はコロナ感染症の影響で各種研修や認知症フォーラムへの参加ができない状態であったが、令和3年度に入りインターネット環境が整い地域の同業者とのリモート会議等ができるようになってきた。                              |  |                   |

| 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<br>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、不安なこと要望等に耳を傾け本人が安心を確保できるように傾聴しながら対応している、態度や言葉づかいにも注意しながら信頼関係を築けるように努めている。  |  |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | コロナ禍で面会自粛となっているが、入居もないご家族には体温測定や体調聞き取り、周囲にコロナ陽性者がいないかの聞き取りを行うことで、面会してもらっている。その際に要望等や心配なことを丁寧に聞き取りし、助言やご利用者の状態を報告することで関係づくりに努めている。特に月1回送る家族への手紙はご利用者の状態をご家族がする良いツールとなっており、ご家族からも評価が高い。 |  |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 居室が空いていて必要ならばショートステイを利用していただき検討してもらっている。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に努めている。また訪問マッサージでは実際に体験して頂いている。   |  |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 「何か手伝うわよ」と自ら声をかけてくださり、洗濯物たたみや、調理(野菜の皮むき等)を一緒に行ったり、味付けを教えてもらったりしながら食事づくりを共に行い暮らしを共にする者同士の関係を築いている。   |  |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 普段の会話よりご家族に対する思いを話して頂けるよう傾聴し、ご家族の思いも伝え、ご利用者とご家族との絆を大切にしている。   |  |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | コロナ禍のため自粛等もあり難しい状況にある。馴染みの人とは電話で話すことで関係が途切れないように支援している。   | 利用開始時に本人や家族などから丁寧な聞き取りをして、フェイスシートに記載している。以前のように外出などができなくなっているができるだけ利用者の希望に沿えるよう支援している。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご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                | レクリエーションの時はペアやチームで協力しあうゲームを取り入れ、関係づくりがしやすいように努めている。自立度の高いご利用者が自立度の低いご利用者に対して、できないことを手伝ってくれたりする(食事用のエプロンかけてくれたり、食事の下膳をしてくれたり)。   |  |                   |

| 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<br>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                    | サービス利用終了のご利用者の大半が亡くなっているため、本人との関係継続は難しいが、サービス利用終了となったご利用者のご家族から「お茶のみにおいでよ」「庭の〇〇(果物)取りにおいでよ」等誘われ、伺って故人を懐かしみながら一緒に思い出話をすることがある。 |   |                   |
| <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<br>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   | 健康管理により食事制限等があっても、好きな物を食べたいという希望が多く、季節の行事や誕生日には特別の日として制限緩和している(本人の状態による)。同じ方の意向ばかり聴くことがないよう一人ひとり順に話を聴くようにしている。                | 利用者一人ひとりのペースを大切に、自室の食事や自室で過ごしたり、一日の散歩のルーティーンに付き添うなど、利用者の思いに沿った支援をしている。家族等から情報を得たり、本人との日々の会話の中から思いや意向を聴き取っている。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 利用開始の頃のアセスメントに留まらず、日々の会話からも吸い上げている。各職員は個人のケース記録の情報を読むことで本人の理解に努め、カンファレンスで情報共有の確認をしている。  |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の状態を介護記録に残すことで変化や異変等に気づきやすくしている。また特に注意すべきことは口頭でも申し送っている。  |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ミーティングを利用して参加職員から気になることを意見してもらっている。日々の業務の中で職員間で意見交換し介護計画に活かしている。  | 毎月のユニット会議や3ヶ月ごとのモニタリングを通して、利用者それぞれの現状を把握し、状況に合わせた介護計画を作成している。利用者の状態によっては医師や看護師の意見を取り入れて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<br>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                        | ケース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字で記入したり、赤線を引いて情報共有しやすい工夫している。  |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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方に関しては生活用品購入代行したり、本人の嗜好品を購入代行している。入院時の購入代行や洗濯支援等も希望により実施している。   |   |                   |

| 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<br>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                                      | コロナ禍によりほとんどの地域資源の活用が自粛となっている。但し、検温や体調聴き取り等しながら受け入れている資源もあり、訪問理容などは継続している。                            |   |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | ご家族の希望により入居前にかかっていた病院に行く方もいる。透析必要な方は週3回の送迎もしている。コロナ禍により往診を希望され、病院変更となった方もいる。                         | 利用開始時にこれまでのかかりつけ医への受診を継続出来る事を話している。家族等の付き添い時には、バイタル表や状態を記録し医師に渡してもらっているほか、事前にメールで報告するなどしている。  | 訪問診療や訪問看護など、様々な受診する機会があり、それぞれを日誌やケース記録に記入している。医療に関する記録を一見出来るような受診記録の作成の検討を期待したい。 |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 介護士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<br>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。 | ご利用者の入院時には介護サマリー等の情報を提供し、入院中のご利用者の状態把握のため、病院に足を運んでいる(コロナ禍のため病院側の受け入れてくれる範囲内)。退院時は看護サマリー等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<br>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、事業所です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を行い方針を決めている。看取り時には往診医師や訪問看護と連携を図り、不安なことを相談しながら指示を仰ぎ、本人やご家族が望む最期に向けて共に取り組んでいる。        | 看取りに関する話し合いは医師や家族、職員が一同に会して介護方針を決定し、介護に関わる全員が方針を共有し統一された方針の下でケアにあたっている。看取りケアを実施する利用者がある場合にはその都度利用者の状態に合わせた勉強会を実施して適切なケアができるようにしている。 |  |  |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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、全体会議で話し合ったり、シュミレーションしたりしている。   |   |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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災害時にはどうしたらよいかスムーズに行動できるように実践している。   | 消防署と連携しながらの避難訓練(消防・防災)を年2回開催している。毎月ホーム独自の避難訓練(火災)を実施している。毎回の訓練後には利用者も参加して反省会を実施して、利用者の意見を聞きながら次回の訓練に反映している。                         |  |  |

| 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 |
| <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<br>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                   | 人生の先輩として一人の人間として学ぶべきことが多々ある。人格を尊重した声かけに気を配っている。   | それぞれが出来る事をしながら役割をもって誇りある暮らしができるよう支援をしている。権利擁護を含めた人権尊重に関する研修を年1回実施している。   |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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、可能な限り希望にそえるようにしている。自己決定してもらえる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<br>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と思っけていても即座には希望にそえない場合がある。「ドライブに行きたい」と希望があった時は調整し対応している。                            |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 毎日午前までに整容して頂くよう声かけしている。外出時は服のコーディネートしたり、スカーフをつける方もいる。   |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 野菜の皮むき、野菜切り、時には味付けまで手伝って頂き、出来上がりを楽しめるようにしている。毎食前にはテーブル拭きと手指消毒、毎食後は食器拭きのお手伝いをして頂いている。                  | 調理の下ごしらえ(野菜の皮むきや筋とりなど)をしたり、食事の後片付け等を利用者と職員と一緒にしている。食事担当の職員がおり、栄養士の作成した献立をアレンジしながら、利用者の好みや季節の食材を取り入れて季節感のある食事作りをしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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、食事量をその都度確認し記録している。水分、塩分、カリウム制限のある方はそれに応じて配慮し提供している。好みの飲み物を用意してできる限り希望にそえるようにしている。                 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、各ご利用者に応じた口腔ケアを実施している。夜は義歯を洗浄剤につけ清潔保持を行っている。また、歯科医師や歯科衛生士の指導を受け口腔ケアを実施している。口腔ケア・マネジメント計画書も作成されている。 |  |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                             | 個々に排泄リズムが違うため、そのリズムに合わせたトイレ誘導や声掛けを行っている。基本的には食後やお茶の前後に声かけする方が多い。座位保持の難しい方は居室にておむつ交換している。 | 座位がとれる利用者はトイレでの排泄を支援し、ぎりぎりの状態までリハビリパンツを使用してオムツにしないような対応に心掛けている。   |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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、毎日の体操、それでも便秘の方には薬の服用をしている。他にも甘酒やオリーブオイル等で腸内に働きかけている。                          |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                       | 一人ひとりゆっくりと入浴を楽しむことができる。シャワー浴など希望にも応え、週4回入浴している方もいる。潔癖症の方には入浴はできる限り1番になるよう心がけている。         | 基本的には週2回午前中の中の入浴ではあるが、必要に応じて入浴やシャワー浴を行っている。椅子のままで入浴でき、体に負担をかけずに入浴できるような設備がある。   |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 夏、冬、エアコンの調整に配慮している。寝る前に室内や布団を温めたり、濡れタオル等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にも努めている。             |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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し理解している。服薬後症状の変化を確認し、職員間で相談、状況によってはかかりつけ医、薬剤師に相談している。                   |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | 洗濯たたみ、食器拭き、野菜切り、居室の掃除機かけ、布切り、雑巾縫い、広告で箱作りを頼んでいる。1階で生活している奥様に会いに行くなど、その人らしく暮らしている。         |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に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 | 桜、新緑、紫陽花、紅葉、季節を感じて頂けるよう皆で外出している。ぶどう狩りにも行った。ご家族や地域の方との外出はコロナ禍のため自粛中である。                   | 五感を刺激しながら、事業所周辺の散歩をしているほか、ドライブで気分転換を兼ねながら、近隣の公園に行き、季節の花を見物しながら季節感を味わっている。コロナ禍ではあっても自然公園などへ弁当持参で出かけた。季節ごとの様々な花を見に出掛けている。 |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | ご家族の同意のもと、本人がお金を所持している。買い物代行の際に、そこから支払いをしたり、近くのコンビニに外出同行して雑誌等を購入する方もいる。                                 |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご家族の同意のもと、希望があった場合は電話の取次ぎをしている。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<br>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 | テレビが観やすいように2か所に設置している。ソファを所々に置くことで好きに座ることができる。テーブルには季節の花を飾っている。施設内の温度調整はご利用者の体感にも気を配り職員がその都度温度管理を行っている。 | 玄関には観葉植物などが置かれ、家庭的な雰囲気を出している。トイレは清潔で利用者のプライバシーに丁寧な配慮がされている。食堂・居間は窓が大きく明るく、広々としており、様々なイベントが開催できるようになっている。ベランダからは美しく手入れされた庭が見渡せ、隣接する田んぼの景色も落ち着いた雰囲気を出している。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 桜の季節は中廊下より花見見学されているご利用者がいた。午後、西日当たる場所に椅子を移動し日向ぼっこされたり、日の当たるソファで昼寝したりする方もいる。                             |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 自宅より使い慣れた衣装箆笥を持参し、そのまま自室で使っている。亡きご主人の写真やお孫様の写真、ご家族の集合写真を飾って頂いている。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。            | 管理者は今まで使用していた馴染みの物を持ち込んで欲しいと伝え、利用者と家族等は馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫している。   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。廊下を歩行練習するのに手すりに掴まりながら安全に歩かれている。   |  |                   |

(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 3年 8月 24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        | 30<br>(11) | 訪問診療や訪問看護など、様々に受診する機会があり、それぞれを日誌やケース記録に記入している。医療に関する記録を一見出来るような受診記録の作成の検討を期待したい | 入居から現在までの医療等に関する記録を時系列で作成し、誰もが一目で状態が分かるようにする | ①入居からの医療等の記録を拾い出し時系列で記録する（記録用紙を作成）<br>②随時記入していけるように通院受診等を担当した職員が記入していく | 6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。