

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	0892500216		
法人名	一般社団法人 鳩研社		
事業所名	グループホームひより		
所在地	茨城県常陸大宮市下桧沢3526		
自己評価作成日	令和 2年 4月 30日	評価結果市町村受理日	令和2年8月31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=0872501002-00&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6月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・敷地の南西には庭があり、季節の草花が施設の窓から見られるようになっている。 ・運営推進会議も定期的開催できており、家族や地域の方の参加もしていただいている。 ・車の騒音もなく、小鳥の姿が見え鳴き声の聞こえる静かな環境である。 ・職員が周辺の道路のごみ拾いを実施している。 ・職員12名のうち介護福祉士が7名介護支援専門員が2名、看護師が1名になっている。
--

【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)】

<p>高齢者ケアへの高い専門性は地域包括センターや市から厚い信頼を得ている。地域とは自治会の行事に参加したり、地域のゴミ拾いを定期的実施する等の役割を果たし、また地域の方々はホーム周りの側溝清掃などの力仕事を担ってくれる等、日常的に地域の一員として自然な協力関係を築いている。管理者は職員の希望を聞きながら働きやすい職場づくりに努め、職員は高齢者ケアへのスキル向上を目指して職場内勉強会を実施しており、利用者一人ひとりに合った丁寧な関わりをしている。利用者は広い庭を散歩したり、咲く花や目前の山々の自然を満喫しながら、一人ひとりがごだわりのある暮らしを大切に、出来る事を役割としてのんびりした中にも気晴らしの遠出など多少の変化を楽しみながらゆったりと暮らしている。</p>
--

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と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、生き活きと働いている (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	理念を介護職員で作成し管理者が承認している。新人研修のオリエンテーションで理念を確認している。また事業所の全職員で共有しながら実践に努めている。	新しい法人の発足に伴い、全社員の合意で地域密着型サービスの意義と事業所の役割を意識した理念を作成している。常に利用者の思いや願いを丁寧に把握して日々の暮らしに反映し、地域との関わりが出来るよう理念を意識した取り組みをしている。	
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	毎年秋に行われる自治会の行事で、職員は余興に協力し利用者とは会食に参加している。また、地域の文化祭に作品を出展し見学に行っている。	地域の文化祭や神社の祭りに利用者と一緒に参加している。文化祭には利用者と職員と一緒に制作した作品を出品したりする等の協力をしている。日常的には地域のゴミ拾いを定期的実施したり、自治会の行事には職員は余興を披露したり、利用者と一緒に会食に参加する等地域の一員として親しく交流している。	
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	地域高齢者の健康維持・向上を目的としたひより食堂を開催している。ひより食堂では、栄養バランスの摂れた食事を1食400円で提供している。食堂を通して認知症の高齢者をかかえる家族等の入所の相談にも応じている。		
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	運営推進会議では、地域の方々をはじめ市職員、区長、民生員などが集まり、2ヶ月に1回開催し、会議録を作成している。会議では利用者の状況や行事報告、災害対策など活発な意見交換が行われている。	地域密着型デイサービスと合同で実施している。事業所での行事などへの取り組みや利用者の状況など丁寧に報告している。さらに地域で生じている困難事例などについても話し合いをしている。	
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	市担当者は運営会議に出席し、地域災害や周辺の掘のつまりの対応をしてくれている。土砂災害対策では、明るい町づくり推進課と連携して訓練を行っている。	運営推進会議を通してホームの実情やケアサービスの取り組みを丁寧に説明し、市の包括支援センターとは困難事例の検討会をしたりしながらお互いに情報交換している。	

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
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	禁止とされる具体的な身体拘束11項目を掲示している。内部の勉強会で身体拘束の弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。門扉や玄関、居室には施錠をせず利用者は職員に見守られ自由に暮らしている。徘徊し転倒しそうな利用者に対しても身体拘束は行わず、介護者が手をつないで一緒に歩くなどして安心感を与えるようにしている。29年度末に設置した、施設の4か所の防犯カメラが利用者や職員、施設を見守るため日々活用している。	運営推進会議(2ヶ月に1回)毎に「身体拘束排除委員会」を開催し、さらに毎月内部研修を実施して全職員が拘束による弊害も含めて身体拘束についての正しい知識を身につけ、常に拘束の無いケアを実施している。「身体拘束に関する同意書」を備えてやむを得ず拘束をしなければならない場合の取り決めが丁寧に記されている。	
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	高齢者虐待を発見した場合の連絡窓口を掲示している。ミーティング時に、虐待の種類内容と具体的な例、予防についてのプリントを配布して順番に読み上げて貰っている。		
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	市のパンフレットの「権利擁護に関する制度」を家族に配布している。		
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	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明記している。運営推進会議に家族代表が出席し、家族等の立場から率直な意見や要望を汲み上げるように努め、出た意見を運営に反映できるように努力している。		
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	管理者は月に1回のミーティングで自由に意見交換ができるように軽食を用意している。会議では、入所者に対しての言葉使いや個別ケア等、具体的に出た意見や提案を運営に反映させている。	全員参加ではないが家族と一緒に食事をしながらのミーティングを毎月実施して気軽に意見等をだせる雰囲気づくりに努めている。「事業報告書が分かりにくい」との指摘を受けて今年度4月には新しい書式に変更した。	
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	管理者は月1回、ミーティングで自由に意見交換ができるようにしている。会議では、入所者に対しての言葉使いの反省や食事の下膳の見直し給食会議など具体的に出た意見や提案を運営に反映させている	毎月のミーティングは夕方実施することで全職員が参加できるようにして、それぞれの意見や気づきを聞けるよう工夫している。キャリアアップの制度があり資格取得のための助成金支給などを行っている。	

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
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	代表者は、管理者、介護職を兼務しており、職員と一緒に働きながら、職場の環境改善に取り組んでいる。 事業所の従事者には、主婦が多いので、職員の家庭での洗濯、食材の調達等(食材取引先の店舗や生協)を許可している。		
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	先々開催される研修などの情報を提供し、個々に合った研修を受けるよう働きかけている。キャリアアップ制度の説明をし、職員の向上心に繋がるよう働きかけている。今年度は、就業規則などの説明を行った。		
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	市内のグループホーム連絡協議会に入会し、参加し情報交換、意見交換している。又、他施設の職員と食事会を通して交流している。		
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	連絡ノート、立ち話などで、本人希望や家族からの情報など出来るだけ多くの情報を職員全員で共有し、安心して過ごして頂けるように心がけ、場所と顔を覚えてもらえるよう努めている。		
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	入所の時には面接を行い、話し合う機会を設けている。入院時のことや終末期のことについて、家族との良い関係作りが出来るよう努めている。		
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	計画作成担当者がアセスメントを十分に行い、課題分析を行っている。利用者のニーズを見極め、担当者会議を通し、職員間で適切な対応ができ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
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	食品拭き、じゃがいもの皮むき、洗濯物たたみ等、職員と一緒にやっている。		
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	家族の話をよく聞き、本人との関わりを理解し、家族の心情などを大切にしていける事で、信頼関係を築いていける様努めている。		
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	面会に来た人と話がしやすいように別室でお茶やコーヒーの用意をして友人や家族等からの電話をつなぎ、これまでの関係が継続できるよう支援している。	入居時に情報を収集している。入居前は併設デイサービスを利用していた利用者が多い。面会を歓迎し友人知人などが訪ねてきやすい雰囲気づくりを心がけている。	
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	デイ利用者とのレクリエーション活動により入所者と地域の高齢者との関わりが出来るようにしている。		
22		○関係を断ち切らない仕組み 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	葬儀に参列している。相談などがあった場合には、随時対応するよう心がけている。サービス終了後も、運営推進会議のメンバーを続けてもらい関係を継続している。		
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	日々の係わりの中で利用者の行動や表情を観察し思いや意向の把握に努め、新聞やクリーニングの契約など希望に沿うように支援している。意思疎通が困難な利用者には、家族の来訪時や電話で話を聞き、把握している。	入居前に面談で本人や家族等から確認している。その後も日常生活の中で気付いたことは申し送りし、職員間で共有している。意向の表出の難しい利用者も、表情やしぐさから推し量り、家族の意見を確認するなどし、本人本位に検討している。	
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	入所時に、サマリーや個人情報表、家族の情報などから把握し、職員全員で共有していくよう努めている。		
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	家族からの情報やサマリーなどの情報と合わせ、施設での暮らしの中で個々の言動を観察し得られた情報を職員全員で共有し、現状把握に努めている。		

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
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	介護計画は、利用者・家族の意見を来所持や電話で聞き、計画作成担当者が原案を作成している。毎月モニタリングを行い、6か月毎に見直すほか、新たな課題や心身の状態に変化が生じた場合はミーティングで修正を行っている。	連絡シートや介護日誌を見ながらモニタリングを行い、全職員が関わりカンファレンスを実施しており、本人や家族等の希望を取り入れるとともに職員の気づきやアイデアを取り入れた丁寧な介護計画が作成されている。	
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	連携シートと日誌を使い個々の生活状況を時間を追って記録し、ケアの内容や変化なども、朝夕の申し送り、ミーティング等で報告話し合う事で、職員全員が情報共有出来るよう努めている。		
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	家族に代わる受診代行や、医療連携体制による看護師への24時間の連絡が可能である。又、家族等が来所の際には、希望により食事の提供も行っている。家族の宿泊も受け入れている。面会時間も、決められた時間以外も可能である。		
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	運営推進委員の方々による地域参加への援助、また地域の消防署の協力による避難訓練なども体験して頂き、安全に楽しく暮らせるよう支援している。		
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	利用者や家族等の意向を踏まえ利用者からのかかりつけ医に受診できるように職員が付き添い支援している。協力医療機関の医師が月2回～3回、往診するほか、看護師と24時間連絡が可能であり、緊急時を含め適切な医療が受けられるよう支援している。	希望する医療機関への受診が可能であることを契約時に説明しており、これまでのかかりつけ医への受診を継続している利用者もいる。協力医療機関の医師による訪問診療が月1～2回ある。	
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	24時間看護師との電話連絡がとれる体制になっている。利用者の状態により、介護従事者は適切な指導、助言、24時間電話が相談が受けられるようになっている。		
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。	入院時や入院後はソーシャルワーカーと連絡を取っている。退院前の面会、サマリーなどの情報交換に努め、職員全員が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
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	終末期には、看取りに関する指針や同意書を作成し、契約時に利用者や家族等に説明して同意を得ている。ターミナルケアの経験があり、事業所として協力医療機関や看護師などチームでの支援体制を構築している。	重度化や看取りのマニュアルとして「看取りに関する指針」を作成して、それを基に年1回内部研修を行っている。看取りを行う際には医師による医学的知見に基づき、本人や家族、職員と今後の方針について話し合い、指針にそったケアを関係者全員で統一した方法で実施している。	
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	止血の方法、救急車の呼び方がスムーズにできるようになっている。通報訓練も行っている。		
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	消防署指導のもと、災害対策マニュアルを作成して、夜間想定訓練を含め年3回以上避難訓練を実施している。職員は防火管理講習を受講し、避難訓練に役立てている。避難訓練後には、反省会を行い、問題点を話し合い改善に努めている。11月には近隣住民の協力を得て、避難訓練を行い、協力体制を築く事が出来た。	火災以外にも夜間や地震、水害を想定した訓練を通報訓練も含めて年4回実施している。訓練時の反省を基に家族への連絡網の見直しを実施している。緊急連絡網の中に民生委員など運営推進会議のメンバーが入っており、ホームのボタンを押すだけで地域住民が協力できる体制を整えている。	
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	排泄介助には小声で話しかけ、トイレのドアを閉めて外で待っていたり、入浴介助時は一人ずつ対応し、着脱前後はタオルをかけるなど利用者のプライバシーを損ねないよう配慮している。	常に一人ひとりの誇りを傷つけないような言葉かけに注意している。排泄時は小声の声かけをしているが、聴覚に支障のある利用者の場合にはメモ書きをそっと渡すこともある。入浴に際しては希望があれば同性介助も行っている。	
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	本人がどうしたいか？あるいは、どちらが良いか選べるように本人の希望を取り入れられるよう働きかけ、支援している。		
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し、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	個々に合わせた就寝、起床時間や、食事の好み等、できる限りの対応をしている。利用者の食べたいものなど、家族に確認し買い物代行なども行っている。		
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	散髪の希望を聞いて、顔なじみの理容店に来所してもらい行っている。季節に合った衣類の交換や買い物など、本人または家族に確認し買い物を行っている。		

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
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	利用者は出来る範囲で食事の準備や洗ったお膳をふき取る、配膳下膳など手伝っている。職員は声掛けや食事介助をしながら、利用者と一緒に食事をしている。利用者の状態に合わせて、安全に食べることができるよう食事形態を調節している。	ホームの調理師が利用者の好みや季節の食材を取り入れた献立を作っており、地元での買い物やインターネットによる注文などを利用して季節感のある食事を楽しんでいる。利用者は調理の下準備を手伝ったり、食器拭き等出来る事をしながら食事作りも一緒に楽しんでいる。	
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	調理師の作成した献立に沿った食事の提供をし、摂取量、排泄状態は連携シートに記録している。個々の状態によって、食材の切り方など工夫をしている。お茶は常備している。必要なら、補水液なども提供している。		
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	食後の口腔ケアの習慣化に努めている。義歯を使用している利用者には、歯科医による義歯の洗浄の仕方など指導を受け、実行している。		
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	職員は連携シートを活用し、利用者一人ひとりの習慣を把握している。時間でのトイレ誘導や声掛けを行い、トイレで排泄ができるよう支援している。夜間もトイレで排泄できるよう誘導したり、居室にポータブルトイレを置き支援している。排泄の自立に向け利用者の状態に合ったパット使用を検討し支援している。	日中・夜間ともに殆どの利用者がトイレでの排泄を支援している。立位が取れる限り二人介助でトイレでの排泄を支援しながらオムツにしないケアをしている。頻尿など変化が生じた場合には医師と相談しながら対応し、改善を図っている。	
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	連携シートに記入する事により、排便の回数や状態を職員全員が把握し、毎日10時のお茶にヤクルト、必要に応じて、牛乳を供している。毎日、医師の診察を受ける等、予防に取り組んでいる。		
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	風呂は毎日用意しているが、医師の入浴指示書や利用者の希望を受け、平均週2回を基準としている。皮膚疾患がある利用者によっては、毎日のシャワー浴を支援している。安心して入浴できるよう、福祉用具椅子を準備し必要に応じて2人介助をしている。	週2回を基準としているが、希望があれば毎日の入浴も出来るようにしている。中には毎日シャワー浴をする利用者もいる。失禁などの場合にはその都度入浴してさっぱりしてもらっている。	
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	一人ひとりの状態に応じた眠れるための支援をしている。手を握ったり、話を聞いたり、足浴をしたり、湯たんぽを入れたりなどを行っている。		
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	名入りの袋に、朝、昼、夜それぞれ分けて薬を入れている。服薬前の本人確認の徹底、薬が変わった時には連絡ノートに記入して他のスタッフにも伝えている。様子に変化があった場合、バイタル表に記入し主治医や薬剤師に報告している。		

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
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	体操、ゲーム、カラオケをスタッフと一緒に毎朝5分、午前1時間、午後1時間程度行っている。		
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	職員は利用者の体調に配慮しながら天気の良い日に散歩に出かけたり、庭にテーブルを持っていき、お茶飲みができるようにしている。職員は年間行事を計画、利用者がドライブや花見、買い物、リンゴ狩り等様々な場所に外出できるように支援している。	天気の良い日や利用者の気の向いた時には何時でも散歩に出掛けている。広い庭は眺めも良く、冬は日当たりの良い温かな場所でお茶を楽しんだり、大きな声で歌を歌ったりと戸外での楽しみを存分に味わっている。家族の協力を得て、自宅に行ったり、葬儀に参列する等、ホームに閉じこもらない暮らしの継続を支援している。	
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	現在は所持金を管理している人はいない。お金を所持したいという訴えもない。		
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	本人の希望を尊重し、いつでも電話の取り次ぎを行っている。内容によっては、事前に職員が状況説明の電話を入れている。 手紙やハガキは本人に渡している。		
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	リビング兼食堂からは、山の景色や庭の花壇が見渡せる。 食事の時にはテレビを止めてCDやカセットテープの音楽を小さめにかけている。また、温度、湿度を測定し過ごししやすい空間づくりに努めている。	正面玄関は広々とした庭に面しており、常に施錠の無い明るく開放的な空間となっている。食事の空間とゆったりと寛げる居間の空間が分かれており、居間は庭に面して明るく、ソファで昼寝も出来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	くつろぎルームやテラス食堂など、一人ひとりが好きな場所を自由に使用して、テレビを見たり景色を眺めたり、会話を楽しんだりしながら過ごしている。		
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	契約時に利用者や家族等に使い慣れた物品を持ち込んでもらうよう説明している。居室はフロアで、タンスや時計、衣類、テレビ、ポータブルトイレ、写真など持ち込み、以前と変わりなく暮らせるようにしている。	使い慣れたもの、好みのものを自由に持ち込んでもらっている。各居室の掃きだし窓からは自分で洗濯物を干せるようなスペースがある。夜間は洗濯物を干すことで湿度調整している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	草取りや畑仕事を好む利用者の為には、道具の置き場所を伝え、自由に使用して頂けるようにしている。洗濯物など干したり、取り込んだりたんだり出来る利用者には、職員が見守りながらできるよう支援している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームひより

作成日 令和 2年 8月 28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	36	利用者や家族に対して不適切な言葉や、馴れ合いの声掛けになっていることがある。	事業所の顔として、利用者や家族、一緒に働く人を不快にさせない言葉遣いを身につける。	勉強会をミーティング時に取り入れる。 ・子ども扱いしたような言葉、友達口調、命令口調の言葉を知る。 ・適切な言葉を理解する。 ・自分の親が言われてどう思うか考える。	12ヶ月
2	42	口腔ケアが不十分	個々のレベルに合わせた口腔ケアの実施	・利用者に合わせた道具の選定 ・実施状況をチェックする。	12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。