

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	1173600238		
法人名	特定非営利活動法人 ひばりの里ネットワーク		
事業所名	グループホーム麦倉ひばりの里		
所在地	埼玉県加須市麦倉2116番地2		
自己評価作成日	令和元年9月25日	評価結果市町村受理日	令和元年12月12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	http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和元年10月30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)】

利用者様が、自分の意欲や体調に合わせて家事活動に取り組み、行事などに参加して、出来ることをご自分で出来るように、環境を整えながら、安心して過ごして頂けるように支援をしています。また、医療機関とは利用者様の体調の変化の報告や受診・往診の依頼、他の医療機関での診療の結果の報告などを随時行い、連携の強化に努めています。ご家族あての毎月の連絡には、出来るだけ詳しくご本人様の様子を記入し、必要に応じて電話連絡を行っています。

【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)】

・入居者が自分で出来ることは自分で行い、安心して暮らせる押し付けではない支援が実践されている。また、「交流の家」を通して地域の方々との接点を持ち、「何となく集まれる施設」を目標にオレンジカフェの開催や地域ボランティアの歌や体操などのイベントに有効利用されている。
 ・運営推進会議には町会長、民生委員、家族会代表、市担当者や地域包括支援センター職員の方々に参加をいただき、身体拘束適正化委員会の開催に併せ、事業所の身体拘束禁止への取り組みのほか、事故予防やヒヤリハット、インフルエンザ対策などが話し合われ、意見や提案も多く出され、事業所の運営にも活かされている。
 ・平成30年度は厚労省通知の要件を満たし、外部評価の実施は緩和されたものの、「命を守る災害対策」や医療との連携強化に取り組み、それぞれの課題において成果を上げていることから目標が達成されている。

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 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

[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
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	理念には、「地域との融合、連携」が含まれ、地域密着型サービスの意義が含まれており、職員もそれを理解し、交流の家を通して近隣の方々と接点をもつなどに努めています。	理念の中で特に「地域との融合、連携」を最優先に取り上げ、職員は理念として意識せず全員が当たり前のように実践できるよう周知を図られている。押し付けにらず「交流の家」を接点にコミュニケーション作りがなされている。	
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人として日常的に交流している	運営推進会議は2か月に一回開催し、家族会の会長さん、町内会長さん、民生委員さん、市役所の高齢福祉課や、地域包括支援センターの職員さんに参加して頂いて、交流を図っています。	地域との交流の原点である「交流の家」を有効に使い、近隣の人達が気軽に集まれるよう歌や体操等のボランティアの方々にも協力をいただいている。また、敷地内の放課後学級の子供達や地元の福祉学校の生徒さんとの交流も図られている。	
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	法人理事長は認知症サポーター研修の講師として市内で活動しています。また、併設の施設に、『オレンジカフェ』を行う『交流の家』という集会所的な施設もあり、地域貢献をしています。		
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、まず、事業所からそれまでの期間の事業報告を行ない、その後、各参加者から意見をいただく、身体拘束適正化委員会も兼ねているので、権利擁護や身体拘束禁止についての話し合いをさせていただいています。	町内会長、民生委員、家族、地域包括支援センター職員、町福祉課の方などに参加いただき、オレンジカフェの実施報告やインフルエンザの予防などの話し合いがなされている。また、身体拘束適正化委員会を同時に開催し、参加者から質疑を受けるなどの取り組みが行われている。	
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	上記、運営推進会議に担当の方が参加して下さって、報告や時に参考意見を頂いています。	市担当者には運営推進会議にも参加いただき、災害発生時に連絡・声かけをしていただくなど連携が図られている。また、市主催の研修などにも参加し、地域の介護にとって何が必要かなどの意見交換が行われている。	
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	利用者様の自由な外出に対応できるように、玄関の鍵は開けています。安全と自由のバランスを取りながら、より自由な場所であるように努めたいと思います。	運営推進会議と併行にて身体拘束適正化委員会を開催し、不適切なケアの事例を取り上げたり、ロールプレイングを実施するなどの取り組みが行われている。入居者の自由な動きを妨げないことで、気軽に中庭や畑、ベットの場所に出たいだいでいる。	
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	年2回の、権利擁護、身体拘束廃止研修会を行い、スタッフ全員が参加して虐待防止について改めて理解を深めています。		

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
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	管理者や職員は、利用者様の代弁をする、尊厳を守るということを研修等で理解しています。成年後見制度も利用している利用者様が2名おられ、その目的や内容についても理解しています。		
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	契約の締結については、主に法人理事長がおこなっており、利用者様やご家族へは丁寧にご説明しています。重要事項説明書も使い不安や疑問がないように説明をさせて頂いています。		
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	ケアプランの変更時や面会時、また家族会等において、できるだけご家族様に意見を伺うようにしています。	入居者の毎月の様子を写真入りの手紙で送り、家族とのコミュニケーション作りに役立てられている。入居者からの「洋服や化粧品を買いに行きたい」、「鰻が食べたい」などの要望にも近くの量販店に買い物に出かけるなどの支援に努められている。	
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	常勤職員は、NPO法人の会員となっており、総会で意見を言えるようになっていました。また、管理者会議、スタッフ会議等で随時細かい意見を聞くようにしています。	スタッフ会議を中心に入居者一人ひとりについて、「アクティビティを多くしたい」、「外出を増やしたい」など職員から発言されている。現場でも管理者やリーダー、職員間での話し合いはスムーズで、ユニットを越えて意見、提案が出せる環境が整えられている。	
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	理事会や管理者会議で、スタッフの評価についての方法を検討課題としています。また、代表者は法人内のキャリアアップ制度を事務局と共に作成し、職員皆が向上心をもって働けるように努めています。		
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	理事長はグループホーム協会の理事として、認識ある立場から全国的に研修を行なっている為、職員にもできるだけその研修に参加するように促しています。その他、県内外での研修にも積極的に参加できるように努めています。		
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	理事長は、市内の地域密着型サービス事業所連絡会を作って、他事業所との連携、交流を積極的に行なっています。また、グループホーム協会の活動を通じて、交流の機会があり、サービスの質向上に繋がっています。		

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
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	サービスを導入する段階については、慎重性が必要な為、法人理事長が家族との面談で十分に聞き取りをしているので、本人や家族の不安や要望については、丁寧に伺い、それをケアに反映させるよう、現場職員に申し送っています。		
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	上記同様、相談の段階から理事長が家族や本人と面談をし、丁寧に信頼関係を築いている為、問題点や課題があった場合は、それを細かく記録して職員がケアに反映させられるように努めています。結果的に信頼関係の構築になっています。		
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	介護サービスについて、理解の薄いご家族様に対しては、特養とGHの違いや、ショートステイ・デイサービス・訪問介護サービスなどを併用することで、自宅での生活の延長ができる可能性のある事など、説明する事もあります。		
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	ご本人の意欲や体調にもよりますが、一緒に家事に取り組んだり、催し物を楽しんだりして過ごして頂けるように心がけています。		
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	ご家族様に毎月の連絡をしながら、病院受診の協力や、不足な物の補充のお願いなど、無理のない範囲で協力して頂けるようにしています。		
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	ご家族様が、ご本人を連れて外出するなど、ご家族様の協力のもと、行えている事もあります。また、家族や馴染みの関係の方が面会に来た場合には、気軽にゆったりとご利用者と過ごせる環境づくりに努めています。	今まで馴染みだった美容師が訪ねて来られたり、友人が来て一緒に食事に出かけるなど、家族と連絡を取りながら支援が行われている。同じ時期に入所された同士がお互いの居室に行ったり、二人で入浴するなど、新たな馴染みも生まれている。	
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	自然とお友達の関係になられると、お互いの食器を片づけたり、体調が悪いと個室にお見舞いに行かれたりしています。また、できるだけ相性がいい人同士で関係が保てるように支援しています。		

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	違う施設に移られる時は、いろいろな情報を提供させて頂いています。また、退所されても同業の場合(障害者施設経営)に、研修させていただいたり、見学させていただいたり、講和をうかがったり協力関係が途切れていません。		
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	ご本人の様子を観察し、対話・入所前の生活習慣・生活履歴から職員で話し合いを持ち、ご本人の意欲・希望に添えるように努めています。	味噌汁の具から豆腐屋さんだったことが分かったり、出身地を話題に入居者の思いを聴くなど様々な工夫を図られている。また、表情の変化、たわいもない話なども参考にされ、把握した情報は必ず全員に伝え共有されている。	
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	事前にご本人、ご家族から生活履歴を確認し、アセスメントシートに記載しています。これまでの暮らしの情報はGHで生活する上でヒントがあると考えるので、把握に努めています。		
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	利用者様の新しい可能性や、リスクについて、報告や記録にとるようにしています。そこから、新しい方針を取る場合は、申し送りなどで情報を共有するようにしています。		
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	介護計画についてはご本人に希望をお聞きしたり、ご家族に改めて意見を、確認するようにしています。看取りが近づいてこられた際には、主治医や訪問看護師にも『担当者会議』に立ち会って頂き、今後について話し合っています。	スタッフ会議でモニタリングが実施され、「薬を飲めない時はどうするか」など入居者それぞれのケアへの課題を中心にケアプランの土台作りがなされている。主治医や訪問看護のアドバイスも取り入れ、具体的でわかりやすい表現のケアプランが作成されている。	
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	個人の状況を記録した介護日誌、情報共有ノートを活用し、個人の体調や心身の変化について検討、必要時には介護計画を見直しています。		
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、その時々にも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	急な受診で家族が対応できない時など、状況に応じた対応を、家族と連絡を取り合いながら取り組んでいます。また、法人内のサービス「放課後デイ」「認知症カフェ」など、利用者が活気をもてるような事業を活用しています。		

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	併設のデイサービスや交流の家などと共同して、催し物を取り行ったり、医療機関との連絡を密にするようにしています。また、ボランティアが来てくれるので活用させてもらっています。		
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	利用者様の変化を医師に報告し、受診や往診の必要性を相談したり、他の医療機関での診察の結果の報告を行い、情報の共有と診断をして頂けるように努めています。	訪問看護師が週に一度入居者それぞれの健康状態を把握し、体調に合わせて往診や受診に繋がられている。かかりつけ医との連携も密にとり、アレルギー症状や肺炎ワクチンの接種時期など情報を伺うよう取り組まれている。	
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	利用者様の変化を訪問看護師に報告し、受診や往診の必要性を相談したり、医療機関での診察の結果の報告を行い、情報の共有と助言をして頂けるように努めています。		
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。	入退院時は、『介護サマリー』を提出し、ご本人の日常の状態の報告を行っています。また、緊急の際は、ご家族の到着までスタッフが付き添ったり、入院中は面会に行き、退院時は看護師から説明を聞くなどしています。		
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	看取りになる可能性については、医師や訪問看護と相談しながら決定し、一度、家族、医師、訪問、スタッフでカンファレンスを行ないます。その時に共通の認識をもって看取りにとりかかるが、その後も情報の共有をしながらチームで連携を図っています。	重度化や終末期に際しては、家族や医師、訪問看護師を交えて話し合いがなされ、スタッフも含めてチームとしてどう取り組むかが決められている。入居者や家族だけでなく職員も納得できる最期、「苦痛のない自然な最期」への支援が行われている。	
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	マニュアルは整備されており、法人内研修を開催してスタッフ全員に指導を行っています。		
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	年二回の消防訓練の実施の他に必要時の訓練(水害避難)を行なっています。隣近所にも避難時には協力をしてもらう体制をとっています。	自事業所の環境に合わせた防災対策を講じられ、訓練も実施されている。今回の台風19号襲来時には、入居者の命を守ることを最優先に近隣住民や民生委員の協力を得て無事に避難を完了させるなど訓練の成果が発揮されている。	台風時の避難で、避難後の家族への連絡や事業所が空になったときの留守番電話の設置、入居者の生活用品の確保など細かな面での課題が見つかったことから、個々の対応に取り組まれることに期待します。

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
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	1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ように配慮しています。具体的には、できるだけ親しみとなれなれしさとか、あいまいにならないようにしています。	入居者の誇りとプライバシーの確保に気を配り、トイレ介助時や入浴支援時には特に注意するよう取り組まれている。朝夕の着替えや季節に合わせた服装、さらに寝起きの髭剃りや蒸しタオルで顔を拭くなどへの支援も行われている。	
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	本人の自己決定を促す為に、食事のおかずや好み、着る服の選択、催し物に参加するかなど、こちらから提示する事柄をできるだけ多くするように努めています。		
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	起きる時間や寝る時間、食べる時間は、ご本人の体調などに合わせながら、生活のリズムがその人なりに過ごせるように支援しています。		
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	衣服はできるだけ、自分で選んでいただき、ご自分の「その人らしさ」が表出できるように支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご本人の意欲や体調にもよりますが、できるだけ一緒に食事づくりや片付けに取り組んでいただいています。また、何を食べたいかを聞いてメニューにも反映しています。畑の野菜の収穫を皆で行ない、食事に使っています。	食材は外部からの取り寄せと買い物、さらに畑で栽培された野菜を入居者と職員が収穫し、メニューを考え、手作りの食事が提供されている。準備や後片づけには入居者それぞれがやれることに参加され、家庭的な雰囲気の中で食事を楽しまれている。	
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	食事の摂取量やメニューは記録して、スタッフが共有できるようにしています。また、体調を崩された方は、特に水分量や食事量を細かくチェックしそれぞれの方に合わせて、食事や水分の摂取をして頂いています。		
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	訪問歯科の助言を聞きながら、うがいや入れ歯の洗浄など、食後や就寝前に声をかけたり、介助をしています。		

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	おむつの使用は極力先延ばしにして、つかまり立ちが出来れば、車椅子の方でもトイレ誘導を行うなど、排せつの自立の支援に努めています。	時間を見てタイミングの良い声かけ誘導により、トイレでの排泄を基本に支援が行われている。入居前にリハビリパンツ使用の入居者が入居後、自分から布下着を使用して失禁が減少した事例があり、家族の経済的負担の軽減にも繋がられている。	
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	便秘の悪影響については、スタッフに説明を行ない、食物繊維の多い食材の摂取に努めています。また、定期的に乳酸菌飲料を購入し飲んでもらうことによって排便を促しています。		
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	入浴する際に、ご本人にお誘いの言葉を掛け、気分よく入って頂けるように努めています。日時や時間は、こちらで一方的には決めず、ご本人の意思、体調等について十分配慮しています。	入居者の入浴への習慣やこだわりを尊重し、こちらの一方的な予定ではなく、入居者の希望を優先させるよう取り組まれている。ヒートショック対策や皮膚や栄養状態の観察など健康への気配りも行われている。	
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、ウトウトされている時は、お昼寝にお誘いしています。利用者様によっては、ベッドではなく、お布団で休んで頂いています。		
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	お薬手帳に処方箋が貼ってあります。薬の効能、使用量等が確認できるようになっています。スタッフはそれを共有し服薬の支援と症状の変化の確認に努めています。		
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	「家事はずっとしてきたんだから」と、率先して家事に参加される方、「好きじゃなかった」とのんびりされる方、それぞれに過ごされています。また、カラオケの会や野菜の収穫、花見、絵画教室、買い物等楽しみの支援をしています。		
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	ご家族様との特別な外出は、ご家族様に協力をお願いしています。また、お花見など、季節のおでかけや毎日の散歩は出来るだけ行えるようにしています。	野菜の収穫、ペットの犬との散歩、中庭でのバーベキューなど、日常的な外出支援が行われている。入居前に出かけていた神社に家族と行かれたり、季節の花見などは恒例行事とされ、その様子は毎月の手紙で家族にも伝えられ、好評を得られている。	

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
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	おこづかいは、ご本人様の自己責任として、個室で持って頂いています。買い物に行く時はスタッフがお連れします。大きな金額や通帳・印鑑等の貴重品は必要に応じてご家族様か、事務所の金庫などで預かっています。		
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、ご家族の了解のもと、したい時に出来るようにしています。手紙やハガキは個人に来た場合は個人に届けます。やり取りがあればそれをスタッフが支援します。		
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	設計の段階で、木目調の家庭的な作りになっています。「環境」は認知症の人にとって居心地を左右する大きな要因であり、十分配慮する必要がある為、不快な音、臭いや採光等に注意し、また、季節の花を飾ったり、絵画・陶芸教室で作った作品を飾ったりしています。	「和の家」をイメージに入居者の住みやすさを意識した空間作りがなされている。大人らしい落ち着いた雰囲気もあり、季節の花や絵画・陶芸教室で作られた作品が飾られ、入居者はソファに休んで語らいをするなど居場所の確保もなされている。	
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	設計の段階で、利用者様が自由に居心地よく過ごせるそれぞれの場所を作った。利用者様にはこだわりの場所が出来るので、そこで他の利用者とも思い思いに過ごせる雰囲気作りにも努めています。		
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	入居に際しては、ご家族にご本人の馴染みの品(絵画、写真、作品、家具等)の搬入をお願いしています。しかし、中には協力が難しく殺風景な居室になってしまっている方もいるので、ホームの家具等を無料でお貸しすることもあります。	「自分の家」を意識したその人らしい個性のある居室作りがなされている。家族の写真や陶芸教室の作品を飾ったり、仏壇、机、筆筒など使い慣れた馴染みの物が持ち込まれ、安心した落ち着いた生活を送られている。	
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	各居室にお名前を大きく張り出しています。「私の部屋だ」と名前を見て安心される方もいらっしゃいます。また、トイレも見やすく工夫し、廊下を歩いて来るとリビングに来られるような設計にし、できるだけ自立した生活が送れるよう考えています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム麦倉ひばりの里

作成日: 令和 元 年 12 月 12 日

目標達成計画

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テップへ向けて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	35	災害対策で避難後の家族への連絡、留守番電話の設置、入居者の生活用品の確保とどのようにするかが課題である。	避難前に留守番電話の設定ができるようになる。避難後に家族への連絡ができるようになる。避難前に入居者の必需品を持ちだせるようにある程度の準備をしておく。	1. 目標を達成するためにスタッフで話し合う 2. 避難時のシミュレーションをする 3. 実際に訓練を行う 4. 訓練をした評価を行う 5. 評価を行なった後、出された課題の解決に向けて再度訓練を行う 6. 目標が達成するまで1~5を繰り返す。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。