

### 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	1173800275		
法人名	NPO法人ひばりの里ネットワーク		
事業所名	グループホーム加須ひばりの里		
所在地	埼玉県加須市久下1625-1		
自己評価作成日	令和元年9月17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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

【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29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)】

当初から特に力を入れて来たのは「地域との連携」である。とかく孤立しがちな介護事業所で、当法人は、まず、町内会との関係を推進会議等で良好にし、催しものの案内を回覧板で町内に周知してもらう。その事で芋ほり収穫祭や秋まつり、クリスマス会、餅つきなどには多くの方が訪れる。また、土地を借りて、市民農園として市民に畑を行なってもらい、気軽に施設に出入りしてもらう。防災訓練には地域関係者にも参加してもらう。畑で採れた野菜を無人販売所で低価で購入してもらう。ボランティアをできるだけ受け入れ、高校生や楽器の演奏等ができる人々が施設を訪れる。また、地域との連携の1つとして福祉高校の実習生の受け入れを行っており、毎年、卒業生が就職をしている。

【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)】

・地域へ積極的に働きかけ、運営推進会議や事業所のイベント、地域の催しなどを通して相互協力が図られている。さらに小学生を招いてダンスを披露していただき、その親御さんとも仲良くなるなど、交流の輪を広げられている。また、今回の台風19号の襲来に際しては、複数事業所のメリットを活かし、同法人内の利根川沿いに建つ麦倉ひばりの里の避難を受け入れ、夜間に全町避難指示が出された時には日中の動きが功を奏して、夜中に避難することがなかったなど、日頃の訓練の成果、命を守る取り組みが実践されている。  
 ・運営推進会議には家族や地域、行政それぞれの担当者に参加いただき、状況報告に終わることなく、それぞれの立場から意見やアドバイスを受けるほか、身体拘束適正化委員会を併行して行い、外部の眼を大事にすることで、職員全体の意識が高まり、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」に重点を置くことに取り組みられ、日常の訓練が実践において成果につながった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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<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	理念には地域密着型サービスの意義をふまえた項目が入っており、事務所など職員がいつでも見ることができる場所に掲示している。	職員が常に理念を身近に感じられるよう掲示し、事業所の中だけでなく外にも目を向けるよう指導が行われている。地域との融合を大切に考え、貸農園や秋祭り、収穫祭に大勢の地域の方に参加いただき、子供たちとの交流も図られている。	
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員として日常的に交流している	貸農園、農産物の無人販売、ボランティアが日常的に出入りし、芋ほり収穫祭、秋祭り、餅つきには地域から多く参加する。また、防災訓練にも地域関係者が参加する。	地域の障害を持つ子供たちとの交流、高校生の授業の一環としての実習の受け入れが行われている。また、当事業所の避難訓練には地域の住民が参加され、地域の訓練には職員が出るなど相互に交流されている。	
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	法人として認知症カフェを定期的開催し、認知症家族の居場所づくりに努めている。また、理事長は認知症サポーター講師として市内で活動している。福祉高校の実習生を受け入れている。		
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、毎回意見交換が活発に行われご利用者の状況報告、イベントの周知や防災対策等を話し合い、意見の反映を行なっている。	町内会長と地域住民、民生委員、家族、市担当者と地域包括支援センター職員の方々に参加をいただき、定期的開催されている。事業所の取り組みのほか、参加者同士の気軽な会話から地域の高齢者の状況やセンサーマットの使用などについて質疑がされている。	
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	認知症サポーター講師としても市職員とは連絡調整をとっており、推進会議でも市職員とは意見交換をおこなっている。社会福祉課においては生保のご利用者について情報交換を行なっている。	市担当者とは認知症サポーター養成講座の講師要請、空き室状況の確認などを通してコミュニケーションが図られている。独居高齢者の入居について相談をいただき、連携して入居に繋げるなど、お互いに協力し合える関係を築かれている。	
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	玄関等に身体拘束禁止ポスターを掲示し、年2回の規定研修の実施、身体拘束適正化委員会においても身体拘束の禁止について徹底している。	運営推進会議と兼ねて「身体拘束適正化委員会」を定期的開催し、参加者間での話し合いをなされている。日頃の不適切ケアの事例を取り上げ、ロールプレイングによる疑似体験を交えて学び合い、参加者からは好評を得られている。	
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逃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	事業所職員の研修を年2回行い、虐待について周知している。日本GH協会の権利擁護委員会の研修にスタッフを出させたり、スタッフ会議などでも日頃から意識啓発をおこなっている。		

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
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	権利擁護、虐待防止のポスターを玄関に掲示し、職員へ周知している。また、年に2回の職員向け研修で権利擁護の重要性を伝えている。後見制度は利用している方がいる。		
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	契約の時点では、疑問点や不安などを十分聞いた上で署名をもらう。改定がある場合は文書で説明をし、理解・承認のサインをもらうように努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	ご利用者や家族が意見を書いて入れる「意見箱」の設置をしており、意見が反映されるようにしている。また、面会の時には可能な限り家族とコミュニケーションを図っている。	入居者とは日頃の関わりの中で食べたい物や手紙を出したいなどの要望を伺い随時対応されている。家族とは面会や家族会の席で話を伺う姿勢が取られ、「洗濯物は自分でしたい」など家族の要望にも応じられている。	
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	常勤職員は法人の会員となっており、総会に出て意見が言えるようにしている。日頃のスタッフ会議でも意見交換をしている。	定期的開催する職員会議では、入居者の状況変化時に合わせたケアの方法などについて活発な意見が出されている。職員同士の年齢幅は広いが、現場ではそれぞれが意見を出し合い、入居者にとって良い支援を検討されている。	
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	人事評価表を作成し、キャリアアップの仕組みを整えている。また、処遇改善加算が評価によって公正に分配されるような仕組みも整えている。		
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	埼玉県やGH協会主催の外部研修に職員をできるだけ参加させ、知識の向上や力量のアップにつなげている。また、他にも必要に応じた研修を積極的に受講させている。		
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	市内において、地域密着型サービス事業所連絡会を運営しており、市内の事業者との情報交流を行なっている。また、GH協会の研修でも同業者と交流できるように職員の参加を促している。		

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>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	入居申し込みの時点(1回目の面談)から、入居に至る経過を詳細に聞き、家族が抱える課題や苦悩をできる限り詳細に聞き、また、本人のあるべき姿を家族と話し合い、本人との信頼関係の構築に努めている。		
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	上記同様、入居申し込みの時点(1回目の面談)から、家族から詳細な聞き取りを行ない、家族の課題が何かを聞きだし、アドバイスをしたり、信頼関係の構築に努めている。		
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	上記同様、入居申し込みの時点(1回目の面談)から、家族から詳細な聞き取りを行ない、本人と家族がその時に必要とする支援を見極め支援につなげている。		
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	職員は、ご利用者を介護する立場だけに置かず、人生の先輩として敬い、尊重をしながら暮らしを共にする者同士として意識しながら接している。		
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	職員は、家族にも協力してもらい、共に、ご利用者を支える立場として役割をもち、ご利用者に居心地の良い環境になるように努めている。		
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	家族や友人がいつでも気軽に面会しやすいように努め、お孫さんや飼っていたペットも来ている。また、行きつけの美容院へお連れしたり、週末には必ず家に帰る利用者もいる。また、毎日面会に来る家族もいる。	馴染みの美容室の利用や家族が愛犬を連れて来て触れ合うなど、入居前からのつながりが途切れないよう支援が行われている。また、イベントに参加される地域の方やボランティアの高校生などと仲良くなり、新たな馴染みの関係が築かれている。	
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利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご利用者同士、気の合う人同士で散歩に行けるよう努めたり、相性も関係する為、日頃からスタッフが必要になっている。孤立しやすい方はアクティビティに参加を促したり、コミュニケーションが図れるように心がけている、		

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
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	サービスの終了はほとんどが看取りの場合であり、亡くなってからもお中元やお歳暮が届く場合もある。また、「偲ぶ会」を開き、意見交換をする中で途切れない関係づくりに努めている。		
<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 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	ご家族にご利用者の生活歴を確認し、利用者様とふれ合う中で意思の確認をし、意向の把握をしている。困難な場合は本人本位に検討している。	気づきノートや生活リズムパターンシートを用いて職員間での情報共有が図られ、それぞれの入居者の生活状況を知ることで、思いや意向の把握に努められている。義歯の預かりや返却の要望への対応や大晦日の紅白歌合戦が観たいなど、思いに応えられている。	
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	ご家族からの聞き取りで馴染みの家具や写真などを居室に飾っていただき、生活環境を整えている。また、家族からの情報でこれまでのサービス利用についても把握に努めている。		
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	生活リズムパターンシートの記録をする事によって現状把握に努めている。		
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	スタッフ会議や日頃の申し送りから意見やアイデアを介護計画に反映できるように努めている。	気づきノートに書かれた内容がモニタリングに反映され、具体的でわかりやすい生活するためのケアプランが作成されている。それぞれの個人ファイルにケアプランが保管され、職員全員が支援内容を理解し、齟齬のないケアが実践されている。	
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	生活記録、個別申し送り、生活リズムパターンシート等に記録をして全スタッフが見るようにしている為、情報共有が出来る上、介護計画にも活かす事ができる。		
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	訪問マッサージを受けている方や希望者には訪問歯科治療ができる。また、病院からOTが3ヶ月に一回来て生活機能向上連携を取り入れている。		

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
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	貸農園を行ない、近所の方が自由に入出りできるようにになっている。ボランティアが毎週きたり、近隣高校から福祉課の実習を受け入れており、ご利用者はそれらを楽しみに生活を送っている。		
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	ホームのかかりつけ医は、長年協力関係のある医師ですすでに信頼関係は築かれている。また、かかりつけ医以外でも必要に応じてご家族に協力を得たり、難しい場合は職員が受診支援を行っている。	かかりつけ医へは緊急時や状態変化時には職員が付き添い、定期的な通院は家族にお願いし、日頃の様子を記載したものを医師に見ていただいている。受診結果は家族から細かく聴き取り、「受診記録」や「看護記録」で職員への周知を図られている。	
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	訪問看護ステーションの看護師が週に1回訪問しご利用者の様子を観察しており、その際に介護職がご利用者の変化や気づきを伝えている。また、看取りケアも訪問看護の協力を得て円滑に行われている。		
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。	入退院時相談シートを用いて、ご利用者や家族の意向を踏まえてスムーズな入院につなげている。介護サマリーの提出も行なっている。また、早期退院に向けて、医療機関と連絡調整を行なっている。		
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、事業所の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	看取りが近くなってきたご利用者には早めに家族への説明を行ない、まず、ご家族、医師、看護師、ケアマネジャー、スタッフを交えてカンファレンスを行なっている。そして、チームで支援に取り組んでいる。	重度化や終末期に際しては情報共有が大切と考え、家族や医師、ケアマネジャー、担当職員間で話し合いが持たれ、意思統一が図られている。段階ごとに話し合い家族の気持ちの揺れや変化に寄り添いながら悔いのない終末期が過ごされるよう支援に努められている。	
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	職員は、法人内の研修でご利用者の急変時対応や事故発生時の対応を学び、日頃の方が一に備えてケアをしている。		
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	定期(年2回)の避難訓練の他にも、水害避難訓練等必要な訓練をおこなっており、全職員が災害時の対策を身につけている。また、定期訓練には町内会の役員約10名が参加して下さり、万が一の時の連携体制は図れている。	入居者の命を守ることを最優先に取り組み、定期的に避難訓練を行い、自事業所の環境に合わせた対策が取られている。地域の方々との協力体制も築かれ、先般の台風襲来時にも町内会長より安否確認していただくなど連携も図られている。	予測ができない災害発生に際して、備品を見直し、それぞれの行動はどうするのか、避難時の入居者の生活用品はどう運ぶのかなど細かなことの仕組みを作り上げて備えら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
<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	認知症ではあっても年齢を重ねた敬うべき人としてご利用者には、それぞれに尊重と敬意をもった対応と言葉かけに努めている。また、プライバシーの配慮にも努めている。	居室はプライベートな空間として、内側から鍵をかけることも可能であり、開けっ放しの扉はさりげなく閉めるよう対応されている。衣服の調整ができなかったり、トイレ誘導時の声かけなどはプライドと羞恥心への配慮を持って行われている。	
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	ご利用者は、認知症があるが「一人の人」、そして共に過ごしている人として自己決定を尊重し希望の表出を大切にしたいケアをすることができている。		
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	自己決定を優先にしたケアを実践している。「～は如何ですか」等、ご利用者の希望を聞き、それにそって支援している。		
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	女性のご利用者が多く、いつまでも化粧やおしゃれを楽しめる支援をしている。理容などもスタッフの支援のもと行なっている。		
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	「食べる事が楽しみとなるような支援」は当方のケア理念の1つであり、食欲が落ち、終末が近くなっても好みや嚥下に配慮している。できるご利用者には一緒に作ったり、片づけをしてもらっている。	畑で栽培された野菜を入居者と職員は収穫し、その日にある材料でメニューを考え、手作りの食事が提供されている。主菜、副菜それぞれに一鉢ずつ盛り付けられ、お盆は使用せず家庭的な雰囲気ですべてを楽しまれている。	
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	栄養のバランスを考え、水分量も確保できるようにメニューも作っている。個々のご利用者の摂取量も毎日の記録で把握している。		
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	訪問歯科を毎週取り入れ、口腔衛生についてはスタッフが指導をいただいている。口腔衛生の大切さについても口腔衛生管理指導を平成30年4月より受けている。		

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
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	1人ひとりの排泄パターンを把握し、時間でトイレへの誘導や声掛けを行ない、失禁を減らすように努めている。結果としてリハビリパンツやオムツの使用を減らすことができている。	リハビリパンツを使用しているもトイレでの排泄を基本にすることで失禁せずに過ごされ、リハビリパンツの使用量が減り、家族の経済的負担の軽減に繋がられている。声かけ誘導時には入居者のプライドとプライバシーに十分な配慮がなされている。	
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	ご利用者のほとんどが便秘になる方が多い為、乳酸菌飲料の定期購入で食事に気を付け、水分にも注意している。また、アクティビティや散歩など活動的に過ごしていただけるように支援している。		
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	入浴は、利用者本人に確認しながら行なっている。時間もいつでも入浴出来る様に対応している。	入居者の状態や希望に応じた支援が行われ、夕方の入浴を基本にそれぞれのタイミングを見ながら、日中でも入浴できるよう対応されている。入浴中は個別に職員との会話を楽しまれ、日頃聴くことが出来ない本音の聴き取りなどもなされている。	
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	ご利用者の中には早寝早起きや日中仮眠をとる方などそれぞれにパターンがあるので対応に配慮している。また、食後すぐに居室で休みたいという方には、直後ではなく少し時間をおいてからと促している。		
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	処方箋は個人ファイルに綴じており、受診後の記録で情報共有をしている。また、服薬後の確認、記録も行ない、誤飲を防いでいる。薬局と連携し、必要な場合は分包をお願いしている。		
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	日常的に役割をもってもらうように家事を継続して行えるように声をかけできるだけ一緒にやって頂いている。個々の生活歴を鑑み楽しみ方もアクティビティに反映している。		
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	散歩などは毎日出かけられるように支援をしている。また、希望があれば外食、買い物にも対応しており、季節の花見には随時出かけている。	入居者の希望をできるだけ取り入れ、遠方へ出かけるだけでなく、中庭のテーブルでお茶を飲んだり、野菜の収穫に出かけるなど、外出機会を多くするよう支援が行われている。外出の様子は「定期便」のお便りで家族に伝えられ、理解と協力が繋がられている。	



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	ご利用者の中にはご家族からお小遣いをもらい、自己管理している方もいる。その場合、買い物したレシートだけは家族に渡している。その他の方で買い物したい場合には、一旦ホームで立て替えて、月に1回のご請求時に請求させていただきます。		
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	電話をかける際にはスタッフが支援しており、携帯電話の持ち込みも承している。また、家族や友人との年賀状や手紙のやりとりの支援もしている。		
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	ホーム建築の際には、温かみのある馴染み深いデザインと設計で家庭的な雰囲気にしてある。施設のような冷たい感じはなく、また、照明も適度な明るさで落ち着いた環境になっている。掘りごたつや和室、ソファのコーナーもあり、自由に過ごせる空間となっている。	リビングの一角には掘炬燵や古い桐箆笥が置かれたり、障子戸や和風の照明が施され、落ち着いた大人の雰囲気を感じさせる空間作りがなされている。また、建物の周辺には果実の木や野菜が多く植えられ、入居者が栽培や収穫を楽しまれている。	
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	上記同様、様々な空間、環境をしつらえており、個々が自由に過ごせる工夫をしている。		
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	入居の際に居室のあり方について家族に理解を得られるように努め、馴染みの家具や小物、掲示物等を自由に持ち込んで頂けるようにしている。また、場合によってはホームの家具を貸出す場合もある。	入居者・家族の思いが活かされた居室作りがなされ、壁一面に家族の写真や思い出の物を飾り、目で楽しむことで、落ち着いて過ごされる入居者もおられる。共用空間同様、入居者と職員が一緒になり清掃を行い、清潔な環境が維持されている。	
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	手すりの設置をしたり、浴室やトイレもできるだけ自立して頂けるようにしている。フロアもクッションフロアにして万が一の転倒の際にも大きな怪我にならないように努めている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム加須ひばりの里

## 目標達成計画

作成日: 令和 元 年 12 月 12 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	災害時に予測ができない発生に対して備品、それぞれの行動を見直し、避難時の入居者の必需品の準備等について、実際の場面できちんとできるようにならなければならない。	災害時に必要な備品を見直し、スタッフそれぞれの行動を確認して実際に災害が起きた場合に支障のないようになる。避難時の入居者の必需品の持ち出しも支障なくできるようになる。	1. 災害時の必需品を確認する 2. スタッフそれぞれの行動を見直し確認する 3. 避難時の入居者の必需品を確認する 4. 実際の災害時を想定してシミュレーションをする 5. 評価し、しっかりできるようになるまで訓練を繰り返す	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。