

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	0870200981		
法人名	有限会社 フルハウスカンパニー		
事業所名	グループホームひまわり	ユニット名(ひまわり)	
所在地	茨城県日立市諏訪町1-20-18		
自己評価作成日	令和3年11月30日	評価結果市町村受理日	令和4年3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	
----------	--

【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	茨城県水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4F		
訪問調査日	令和4年1月25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)】

歴史ある諏訪町の住宅街にあり毎月デイサービスとの交流会(芋煮会、運動会、音楽鑑賞、日本舞踊見学会)等、地域とのふれあいとしては夏祭りやひまわり畑での無農薬野菜の収穫するなど自然とのふれあいを持ちながらなじみの暮らしを目指しています。(今年はコロナ感染拡大があり思うように行事を組むことが出来なかった)利用者様の笑顔、心の安定を図るべく、自彊術の研修を受けたスタッフも対応、こども食堂は日立市の認定を受けた(令和元年10月)月2回~4回実施している。研修会の時には広報誌を置き参加を募っています。

【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)】

事業所は歴史ある諏訪町の閑静な住宅街に立地している。併設する多機能型就労支援センターが毎月行っている地域交流会や地域行事駅伝に参加するなどして、近隣住民との交流をしている。職員間のコミュニケーションがよく、笑顔で支援に努めている。食事は、無農薬栽培の野菜や地元で水揚げされた、魚を提供するなど、利用者の健康に配慮しており好評を得ている。自彊術(健康体操)の採用 アニマルセラピーの実施等、利用者本位の支援に努めている。

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、安心して暮らせている (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	自立支援と社会参加を理念とし、自信を持って生活できるよう支援している。また、定期的に地域交流の機会をもち地域との連携を図っている。	玄関先や居間兼食堂に理念を掲示している。職員同士の和を大切にして、穏やかに利用者と接することができるように目標を掲げている。	
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	夏祭り参加、芋煮会開催、お出かけレクなどを通じ、地域との交流を行っている。	コロナ禍で中止となっているが通常であれば事業所主催の芋煮会等に地域住民を招待したり、地域の夏祭りに参加する等の交流をしている。散歩の際に近隣住民と挨拶を交わすなどしている。	
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	避難訓練では、消防隊の方と共同で活動し、隊員の方にも認知症高齢者を知る機会となっている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、行政を始め地域代表、家族、利用者様の参加により、会議の都度、状況を説明。皆様にご意見ご指導をいただき有意義な話し合いをし、また身体拘束について話し合いをしている。	コロナ禍の為文書による会議として実施している。「新型コロナウイルス感染症マニュアル」などにより、感染予防に対する要望や利用者が安全で、元気で生活できるようなことについて取り上げている。	
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に取り組んでいる	日立市介護相談員が来所、ケアサービスの取組と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。	介護保険更新の手続きや運営上の困りごとを相談して、助言を貰うなど良好な関係づくりに努めている。生活保護受給者のための生活相談員を受け入れたり、市社協の介護相談員を受け入れている。	
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	職員は身体拘束について定期的に学習しており、個人の尊厳を保持し、やむをえない場合に於いても代替する方法を模索している。	3か月に1回委員会を開催し、会議録を作成している。職員は身体拘束について定期的に学習し、とくに言葉の暴力についても話し合いをしている。外部研修や内部研修を年7回程度受けている。	
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	職員は3ヶ月に1回 部門ミーティング時マニュアルをもとに高齢者虐待について知識の向上に努めている。またご本人の状況の確認や、職員の言動、行動に注意を払い、防止に努めている。		

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	職員は研修に参加し学び、権利擁護に関する制度を理解、活用し、1人ひとりが必要に応じて活用できるように支援している。		
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	契約などの際には、書面を使用し十分な説明を行っている。その際利用者や家族からの質問に対してじっくり話を聞き説明を行い、理解を得るようにしている。		
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	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明記している。職員は利用者や家族等から苦情や意見を聴き、ミーティングで検討するとともにサービスの質の向上に生かしている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに意見箱を入口に設置している。広報誌を月1回送付し、その際意見・要望を申し出てもらえるように伝えている。介護相談員を受入れ、利用者の話を聞く機会としている。	
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	代表者は、職員と面談する機会を持ち、意見要望に迅速に対応している。	毎月の職員会議時に話を聞くとともに代表は年2回職員と面談する機会を設けている。職員からの提案で職員専用トイレとロッカーを新設した。	
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、研修の機会を職員に与え、キャリアパスと昇給がリンクした賃金制度を検討している。		
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	代表者は、研修に関する情報を職員に公表し他事業所の研修にも参加する機会を持っている。		
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	研修会に参加し、交流を持っている。ケアマネージャーと研修会に参加し、意見交換を行うと共にサービスの質の向上に生かしている。		

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	利用者やご家族の面会来所時に状況や要望等を良く聞き取り、統一したケアが出来るよう情報の共有を心がけている。24時間を通してアイパッド入力申し送りをして安心できる関係づくりに努めている。		
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	面会来所時、状況や要望等を良く聞き取り、統一したケアが出来るよう情報の共有を心がけている。		
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	グループホームにおいて、ターミナルケアを実施利用できる、巾のある支援、対応を見極め ご本人、ご家族が納得していただけるようコミュニケーションを大切にされた対応に努めている。		
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	職員は日々の生活の中で洋裁、編み物、野菜作り、生活の知恵、季節の行事のご馳走を作り、昔ながらの味付けなど、多くの事を教えてもらい利用者と共に学んだり、支え合う関係を構築している。		
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	職員は本人の訴えている事を家族に伝えると共に、協力していただける家族との絆を大切に支え合う関係を築いている。		
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	ご家族と密に連絡を取り合い馴染みの方々との面会場所の提供をしている。また家族や職員と共に外出するなど「会いたい人」「行きたい場所」は大切に支援に努めている。	入居時に利用者や家族等から聞き基本情報(フェイスシート)に記載している。友人等が来訪した時には、お茶を出すなどしてゆっくり話せる環境づくりをし、関係継続に配慮している。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の円満を保ち、皆が安楽に生活できるよう支援している。利用者様同士が関わり支え合えるように支援に努めている。		

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	グループホームより本人の強い希望で自宅に戻りたい利用者様がおられます。ハウス合同でお出かけレク、食事会を楽しみ相談や支援を継続中である。又就寝前に起きている利用者様が会話出来るよう、支援している。		
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	本人の訴えを傾聴し、問題解決のための話し合いを持っている。職員は生活歴を把握すると共に日々の生活の中で利用者様の残存機能やどのように暮らしていたのか思いや意志の把握に努めている。入院の為退所した利用者様の訪問する機会を持っている。	サービス開始時のアセスメントや生活歴を参考に、暮らし方を把握するとともに、日々の関わりの中で思いや意向を汲み取るようにしている。聞き取った内容はタブレットに入力し、職員間で共有しケアプランに反映するようにしている。	
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	カンファレンスを開き、把握に努めている。入居時にできるだけ聞き取ることにしている。職員が知らなかった生活歴を知ることによってどのように対応、又ご家族様にも伺い現在のケア生かしている。		
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	職員はADL把握に努め本人の生活や言動などにも注意を払い、気付いた点などを個別記録に記入し引継ぎを行い、情報を共有しながら本人の現状把握を行っている。又1日の出来事を申し送り利用者様の状況を職員で把握共有するよう努めている。		
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	月1回部門ミーティング、研修会、カンファレンスを行い利用者様の意向に沿った介護計画を作成している。	月1回部門ミーティングや研修会、カンファレンスを行い、利用者の意向に沿った介護計画を作成している。職員会議時に、利用者についての意見交換等をしているが、記録を作成するまでには、至っていない。	定期的なモニタリングの実施を期待する。
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	職員は本人の生活や言動などにも注意を払い、気付いた点などを個別記録に記入し、引継ぎを行い情報を共有しながらケアの実践を行っている。またそれらを元に介護計画の見直しを行っている。情報端末に1日の記録し、ケアの見直し等議論している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	利用者様の要望に沿って、地域ボランティア活動への参加。買物などの支援をしている。また24時間の医療連携体制を生かして急な往診など、臨機応変に対応している。		

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	地域ボランティア活動参加、芋煮会、運動会、演劇鑑賞、外食などホーム内だけでは無い楽しみの持てる支援をしている。		
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	利用者様、ご家族等の希望により主治医を決めている。月2回の往診の他、看護師による週2回の見守りなど、利用者様が適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医の受診継続については、契約時に確認している。24時間対応の医療連携を実施している。医師には日々の状況をメモしたりタブレットの内容を印刷するなどして持参して情報を伝えている。	
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	職員は本人の体調の変化や身体の観察を行い、気付いた点などを個別記録に記入し引継ぎを行い看護職員へ相談、情報の共有を行い、必要な看護を行えるようにしている。		
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。	協力医により退院後の診察時、利用者様、ご家族様が安心できるよう情報交換を図っている。		
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	事業所内で方針を検討し、統一したケアが出来るようにしている。重症化した場合や終末期のあり方について、ご本人、ご家族と話し合いを行い、ご希望に沿ったケアが出来るように支援している。	重度化した場合における対応や看取りに関する指針がある。利用者の体調に変化が生じた場合に、利用者や家族等に説明して同意を得ることにしている。職員は年1～2回の内部研修を行っている。	
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	承諾書作成捺印をいただいている。職員は看護師による研修会を受講して。また外部研修会へも参加、技術の向上に努めている。マニュアル作成(年1回見直し)		
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	自動化火災報知器の扱い、通報の仕方の指導を受けている。職員は避難訓練を実施参加され利用者様が避難できる方法を全職員が身につけると共に地域との協力体制を築いている。	敷地内のデイサービス、小規模多機能等全施設合同で、年2回避難訓練を実施している。実施記録は作成されているが、反省会の実施と今回得られた情報を基に次回に向けた目標の設定をするまでには至っていない。	反省会の実施と次回に向けた課題の作成を期待する。

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	利用者様が自信を持って安全で、安心して、生活できるような声かけを心掛け、職員間で相互にチェックしている。	人生の先輩として利用者に寄り添い、言葉かけするように心がけている。利用者が安全で、安心して、生活できるよう職員間で話し合っている。人権尊重や守秘義務について年1回内部研修を行っている。	
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	日頃より利用者様の訴えを聴き、気持ちを表出できない又、耳の不自由な利用者様には手話で丁寧に声かけをするように心がけをし、自己決定しながら生活できるよう支援している。		
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、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	基本的な一日の流れを決まっているが、利用者様一人ひとりが散歩、外気浴、カラオケ、洋裁、編み物、塗り絵など好きな事をして過ごすように支援している。		
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	起床時の整容に気を配って支援している。希望のある利用者には職員間で情報共有して対応している。定期的に床屋が来所し、散髪を行っている。		
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	食器拭きを依頼するなど、できることをしていただいている。職員は利用者様の残存機能を把握し一緒にできる事は手伝って頂き、職員は利用者様と共に食事を囲み、支援しながら食事をしている。	法人の管理栄養士が献立の工夫をしている。自家菜園の野菜を食材にしたり、代替食を提供している。IHクッキングヒーターを導入し利用者が調理に参加しやすくしている。	
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	利用者様の嗜好を考慮して水分摂取できるよう支援している。またトロミ、刻みなどで対応しているが不十分。食事の状況を確認し、ご本人の好みをなどに配慮しながら、バランスの良い食事の提供に心がけている。		
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	口腔ケアが不十分な利用者様には義歯の洗浄などの支援を行っている。また個々の利用者の状況に応じた口腔ケアを実施している。		

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	排泄パターンに準じて声かけを行っている。夜間の排泄の失敗が増えている利用者様には、見守りや声かけして対応している。	排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導によりトイレでの排泄ができるよう支援している。利用者の排泄をこまめに確認し、自立支援を行いおむつの使用量の節減に努めている。	
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	意欲が低下している利用者への対応が不十分で、運動や日常生活動作見守り、薬に頼らず食物繊維が多い食材で対応している。車椅子の利用者様も手引き歩行など運動をして腸の働きを促進、予防。		
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	個人の状況に合わせて入浴の支援をしている。歌を歌ったり、思い出を聴くなどして楽しく入浴できるよう支援している。	浴槽に手摺を設置したり、シャワーチェアやリフト浴機械を使用し安全に入浴できるよう工夫するとともに外の景色を眺めながら入浴できるようになっている。	
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	一人ひとりの生活習慣や希望を取り入れ居室の環境を整えたり、湯たんぽを使用して安心して気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	薬の副作用に対する理解が不十分で、利用者の体調変化に結びつけて考えられていないので、医師に相談し看護師からの指導を下に理解を深め、服薬の支援と症状の変化の確認を行っている。		
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	洗濯たたみ、食器拭き、掃除などお手伝いいただくことで役割を持って活動していただいたり、散歩、洋裁、編み物、ゲーム、ことわざゲーム、草花の手入れ、好きなことをして過ごせるよう支援している。		
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支援している	定期的にお出かけレクを企画し、利用者の希望を反映させている。散歩などの1人ひとり希望に沿って戸外に出かけられるよう支援に努めている。	利用者の希望や体調に配慮しながら敷地内や近隣の散歩をしたり、ウッドデッキでの外気浴の支援をしている。近くのスーパーに散歩がてら買い物に外出し残存機能の維持に努めている。年間行事計画を立てて外出もしている。	

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	買い物レクを企画し近くのスーパー、コンビニエンスストアまで、利用者が思い思いに買物を楽しめるよう支援している。		
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	手紙を書く練習を現在行っており、ご家族に出す計画を立てている。		
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	生け花教室を企画し利用者様が、行けた物を飾った落葉を用いて壁紙を作成したりして季節を感じるよう支援している。	暖かい木のぬくもりが感じられ、吹き抜けで、温度湿度管理がこまめに管理された快適な空間になっている。生け花教室を企画し、利用者が生けたものを飾ったり、落ち葉を用いて壁紙を作成したりして季節を感じられるようにしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テーブル席にて利用者同士が和めるよう話題を提供したり、居心地のよい環境作りに努めている。		
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	利用者になじみのものを居室に置いていただき、居心地のよい環境を整えている。ご家族様の意見を伺いながら環境を整えている。	利用者の使い慣れた物を持ち込んだり、家族等と相談して居心地よく暮らせるよう居室づくりをしている。	
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	利用者の身体状況を考慮し、残存能力を活用しながら安心安全な日常生活を心掛けている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

施設名 グループホームひまわり

作成日 令和4年3月30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	2	介護計画とモニタリング	モニタリング3ヶ月に1回計画実施する	モニタリングに沿って介護計画を立てる	12ヶ月
2	10	地震を想定した避難訓練ができなかった	避難訓練後、地震に火災が出た案で実施する	避難訓練後、反省会を行い今後の避難訓練を立てる	11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。