

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	0873700413		
法人名	株式会社 心花		
事業所名	高齢者グループホーム ほたるの里		
所在地	茨城県行方市山田104番地		
自己評価作成日	令和 3 年 7 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和 3 年 10 月 19 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=0873700413-00&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3年9月28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)】

利用者様の第二の住処として、その人らしい生活が送れるようスタッフが共通の意識の中で支援し、また、家族のような存在で関わる事を大切にしている。職員付き添いの受診や病院との連携を充実させ、週1回の往診対応なども行っている。室内レクではお誕生日会、日々の塗り絵や掲示物作成などで季節感を持ち、生活のリズムを失わないように支援している。

【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)】

事業所は、北浦湖畔脇の自然豊かな場所に立地し、利用者が穏やかに過ごせる環境となっている。今年1月から代表者の変更に伴い同建物内にある通所介護事業所と居宅介護支援事業所、事務局との今まで以上の協力体制を築く改善に努め、風通しの良い環境の基で職員一人ひとりが定期的に自己評価をし目標に向かうほか理念に掲げている「人権を尊重したケア」を意識し、日々利用者の支援に力を注げるよう代表者は職員に指導している。管理者は「業務日誌」を全利用者の状態が把握できるように改善し、利用者の希望や思い、変化など職員が共有し易い工夫した取組みをしている。管理者はコロナ禍の中、以前のように外出や外食ができないことから、近隣の店からの出前やレクリエーションを兼ねてのおやつ作りを組み込み利用者の食への関心と楽しみに繋がるよう支援している。

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 ↓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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	地域密着型のサービスの意義を踏まえた理念を作成し、スタッフは毎日ミーティング時に唱和している。また、事業所内掲示や毎月の利用者様家族へのお便り(ほたる便り)にも掲載している。	理念は職員ばかりではなく、家族等とも共有して、利用者の支援にあたっている。理念の中にある「利用者の人権を尊重し」を意識しながら、利用者一人ひとりに沿う、その人らしい生活ができるように支援している。	
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	市が主導している認知症介護アドバイザー連絡会に参加し、地域行事等の場で認知症についての説明や体験談を伝えている。また、今後の状況をみて開催を予定している。幼稚園やボランティアの方等とも連絡を取り合っている。	コロナ禍前は地元の複数の地区の祭りや近隣の保育園児や幼稚園児の遊戯の発表、中学生の職場体験を受け入れるなどで、地域住民と交流していた。事業所から徒歩で2分程にある協力医療機関の診療所で、受診時に地域の人達と挨拶を交わしている。	
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	市が主導している認知症介護アドバイザー連絡会に参加し、地域行事等の場で認知症についての説明や体験談を伝えている。		
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	現環境下では、会議は書類を発送している。意見などは電話でのやり取りで伺っている。	令和2年1月以降、現在のコロナ禍では、構成メンバーとの会議は実施できない状態なので、事業所から入居者の状況説明や事業所の取組みなどの文章を送付しているが一方的なものとなってしまっており委員からの意見を得るまでには至っていない。	コロナ禍の中でも事前に委員に課題や事業所の問題点を投げかけながら、運営に反映した意見や提案等を得て活発な会議になることを期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	介護福祉課の方と相談などをし事業所の実情を伝えながら協力関係を築いている。	管理者は運営推進会議時や認知症介護アドバイザー連絡会参加時に運営状況や空き情報を伝えている。管理者は月1回市担当者を訪問し、実情の報告や相談をするなど日常的に協力体制を築いている。介護相談員が定期的に来所し、生活保護利用の利用者の相談や話を別棟の相談室で聴いている。	
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	全職員が身体拘束の内容とその弊害を理解し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。またその旨を入居契約時に本人家族に説明している。やむを得ず身体拘束をする場合に備えて身体拘束報告書を作成し、家族関係者に周知可能な整備をしてある。	利用者一人ひとりに担当職員が決まっており、3ヶ月に1回「身体拘束チェック」を行い、変化があれば月1回のカンファレンス時に管理者と職員で話し合い身体拘束をしないケアに向けて支援す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
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	意見交換、利用者様の対応について管理者を含め職員間で学ぶ機会を持ち十分に注意し防止に努めている。		
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	利用者様個々の生活状況の把握やご家族様の意向を踏まえて活用できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	文章及び口頭にて分かり易く説明している。時間を掛けて不安や疑問点を尋ね、理解と納得の上で契約をしている。		
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	面会時や受診の結果報告等を活用して意見要望があれば反映させている。意見箱を設置しいつでもご家族の声を聞けるように対応している。	意見箱を設置するとともに、面会時や受診の結果報告等を活用して意見を聴いている。意見は職員間で話し合い、早めの対応に努めている。	
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	管理者は毎日のミーティング、日々の記録、ケアカンファレンス等を通じて職員から出た意見や提案を適宜運営に反映させている。職員にはそれぞれの役割分担がされており、それを生かした取り組みがなされている。	年2回、職員の自己評価を実施し、管理者との評価との違いがあるときには、随時面談するようにしている。日々の記録やケアカンファレンスなどを通して職員からの意見や提案を聞くように努めている。	
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	自己評価を基に職員個人の仕事における状況を理解し面談を行っている。定期的に悩み事などを聞く機会を作り働きやすい環境作りを進めている。		
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	普段の業務態度や利用者様との関わり方、自己評価を基に、一人一人の力を把握し、見合った研修に参加できるようにしている。		
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	関連事業所との情報交換をしたり、策定委員会に参加している。また、認知症介護アドバイザー連絡会にも参加している。		

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	
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	傾聴の姿勢を大切に、コミュニケーションを図り関係作りをしている。その上で生活歴、ADLの把握から本人にあったケアを提供している。			
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	言葉に表現できる思いや、反面奥にある言葉に出来ない不安を傾聴し、利用者様にもご家族にも安心して利用して頂けるように常に信頼関係を築けるようにする。			
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	相談時にご家族が求めているものを伺い、自己決定を尊重しつつ、支援の方向性を検討している。			
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	洗い物や食事の準備等、職員とともに行う家事を基に、一人一人に役割をもって頂く事で支え合う関係を築いている。			
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	ご家族の立場を理解し、カンファレンスを行い電話や手紙などで、ゆっくり話しが出来る機会を作り相談報告をしてご本人を支えている。			
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	友人、知人との電話や毎月のお便り、ご家族との面会を通し協力して近況を伝えられるよう、努めている。	入居時の情報や日々の利用者との会話、家族等からの話などで把握している。電話の取次ぎや手紙の代筆、面会を通してこれまでの関係が途切れないよう支援している。		
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	日中のレクや食事を中心に利用者様同士の関係性を把握した上で関わりが持てるよう支援している。			

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
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	可能な範囲でご家族、病院などと連絡を取り、再入居やより良い手段を相談できるようにしている。		
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	日々の生活の中でお互いが支え合う関係作りやコミュニケーションに配慮し、要望や意見を把握するよう努めている。意思疎通が困難な場合は職員間で意見交換し、ケアプラン送付時にご家族様の思い等を記載して頂き役立てている。	日々の会話や関わりの中から把握しているとともに、表出困難な利用者からは言葉や表情から汲み取り、月1回のカンファレンス時に職員間で話し合いながら把握に努めている。	
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	ご家族から様子を伺い、生活歴を把握し、希望時には家庭での家具や食器を利用して頂き、環境が大きく変わることなく、馴染みの暮らしが継続出来るよう努めている。		
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	毎日のバイタルチェックやレク、家事の程度を見たり、直接コミュニケーションを図り、一人一人の心身の状態も含め、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	利用者様の希望の聞き取りや推察をし、ご家族様には直接意見や要望を伺っている。毎回プラン作成前月には、管理者を含め担当スタッフ等が利用者様の課題整理の為のケアカンファレンスを実施している。	私の姿と気持ちシートおよび24時間アセスメントシートを活用して、利用者や家族等の意向を基に介護計画を作成している。半年ごとにモニタリングを行い、見直しを行っている。	
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	バイタル表、医療日誌、業務日誌と日々の各記録を通し、利用者個人の状態把握に努めると共に、それらの情報を介護計画にも生かすようにしている。		
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	通所介護の休業日にはメドマーを使用し、リラクゼーションを取り入れている。		

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	現環境下を鑑みて、地域資源の活用は行っていない。今後活用する為、事業計画をたて状況をみながら展開出来るようにしている。			
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	契約時にかかりつけ医の確認を行い希望を伺っている。希望に沿って介護職員が受診対応を行い、受診内容をご家族様に報告している。往診も週1回行い医療機関との連携を図っている。	協力医療機関の医師による訪問診療が週1回、毎月1回の通院を支援している。併設の通所介護事業所の看護師に気づいた事を報告や相談して健康管理をしているほか、看護師から協力医療機関やかかりつけ医の看護師と連携を行っている。		
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	医療日誌を活用し、看護職員、協力医療機関と情報共有、連携を行っている。			
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。	入退院に関わらず、相談員と日頃から情報の共有や相談を行っている。			
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	入居契約の際、事業所で出来る事、出来ない事を説明し、ご本人とご家族に方針を伝え、看取りについてのご本人、ご家族の意思確認を行っている。重度化、終末期についての研修に参加し、スタッフに向けて勉強会を行っている。	契約時に重度化や看取りに関して「意思確認書」を得ている。これまで看取りを実施していないが、今後行う際は、医師からの終末期段階の説明の時に「延命処置に関する指示同意書」や「看取り介護についての同意書」を得るとしている。		
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	急変マニュアルを基に、初期対応の確認を行っている。事故発生時と必要な備品の整備や夜間帯の連絡体制も確認している。			
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	消防署立会の避難訓練と夜間想定を含めた自主訓練を年4回実施している。また、夜間の不測の事態に備えて夜勤者以外にも毎日待機スタッフをおいている。備蓄品チェックリストの作成、賞味期限の管理、定期的な在庫チェックをしている。	夜間想定を含む避難訓練を2回、消火活動2回と年4回の訓練を行っている。訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。災害に備えた備蓄品を管理している。		

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
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	利用者様の尊厳を大切にケアを心掛け、適切な言葉かけや対応に努めている。トイレ誘導、排泄介助時には業務的にならないよう、プライバシーを損ねない対応に努めている。契約書や個人情報に関する書類は事務室で一元的に管理し、情報の漏洩防止に配慮している。	利用者の尊厳に配慮した言葉かけに努めている。個人情報に関する書類などは、事務室で管理し、情報漏洩に配慮して保管している。職員は人権尊重や守秘義務についての研修を受けている。	
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	必ず利用者様の意思を確認し、促す様にしており、押し付けがない様にしている。		
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	一人一人の介護度にあつたペースで生活できる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	定期的に散髪を行い、季節に合った服装、清潔感を大切にしている。希望者には美容室でのパーマなど外出支援を行っている。		
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	嗜好調査を行い好みを把握し、献立作りに役立てている。利用者様の気分や体調に気を付けながら、準備や後片付けを手伝って頂いている。	年2回、嗜好調査を行い、利用者の好みを取り入れた献立づくりをしている。利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いを行っているとともに職員と一緒に手作りのおやつを作っている。	
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	利用者様ごとの食事形態や時間、体調を配慮して対応している。また医師により食事制限指示のある方や摂取量が低下している方はチェック表を用いて把握に努めている。		
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、歯磨き、うがいを遂行している。義歯は毎食後に洗浄し、夜間は薬剤消毒をしている。また、義歯の破損時は協力歯科医院にて修理を依頼している。		

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
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	利用者様一人一人の排泄パターンを把握するとともに、時間を見計らって声掛けや誘導をし、トイレで排泄できるよう支援している。	できるだけトイレでの排泄を支援している。利用者が興奮状態であると、失禁して尿パットの枚数が多くなってしまうので、職員が利用者さんと心穏やかになるまで話す支援に努めたところ、尿取りパットの枚数を急激に減らすことができた。	
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	個人購入で利用者様の好みに合わせた、乳製品を常備して摂取したり、歩行運動など日常で無理のない運動を取り入れている。		
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	利用者様の希望に沿って入浴が出来るように支援している。普段から入浴剤の使用や5月には菖蒲湯を提供し、楽しめるようにしている。	入浴は基本週2回としているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。同性介助を希望する利用者には対応している。	
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	眠くなるまで共有スペースでテレビを観たりお茶を飲んだり、リラックス出来る環境作りをしている。利用者様の気持ちが落ち着くよう、傾聴し安眠に繋がる様に支援している。		
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	薬剤管理指導の導入、薬剤師との連携相談の他、職員は誤投薬防止の為に服前の複数確認、服薬介助をし、チェック表を用いて毎回確認している。		
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	利用者様の身体機能や生活歴、趣味や特技に応じた支援を行っている。プランターでの野菜作り、レクでのおやつ作り、絵が得意な方には掲示物作成をお願いし、一人一人に合わせた支援をしている。		
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	現状、外出は控えている為、積極的な外出支援は行えていない。外食の代わりに出前をとったり、季節に合わせたお花を飾るようにしている。	コロナ禍前は、天気や気候の良い時は、五感を刺激しながら事業所周辺を散歩したが、現在は事業所から徒歩2分程の診療所の受診時だけが外出となっている。2階ベランダでの外気浴や日光浴を支援している。	

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
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	ある程度自己管理出来る方は、個人でお金を支払い、自由に使えるように支援している。自己管理が難しい方はスタッフが金銭管理をし、日用品や嗜好品等の購入をしている。		
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	ご本人からの希望があった際に対応している。年賀状を送る手伝いをしている。		
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	日常のレクで作成した季節の張り絵などを掲示し、それにより会話が弾み明るい雰囲気につながっている。畳の小上がりがスペースでは自由にテレビが見れたり、くつろげる空間の提供をしている。	畳の小上がりで自由にTVを見たり横になって寛げる。トイレやお風呂場に目印をつけて利用者がわかるように工夫している。ソファや花を配置し家庭的な雰囲気を作っている。バルコニーから北浦の四季の景色を眺めることができる。	
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	利用者様同士が思い思いに過ごせるように、共用空間を利用している。合席も仲の良い方同士で座れるよう配慮している。		
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	危険物でない限り自由に居室に写真や日用品など、本人馴染みの品を持ち込んでもらい、在宅時の温もりを引き継げるようにしている。	利用者の性格や趣味に応じて、利用者の過ごしやすい家具の配置をしている。テレビやタンス、衣装ケース、ぬいぐるみ、毛布、タオルケット、家族の写真、趣味の本類、花など利用者の思い思いの物を持ち込んでいる。	
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	各居室の扉に任意で名前、顔写真を表記し、またトイレ、お風呂場などでも目印をおき、自身で行ったり出来るように工夫している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

高齢者グループホーム ほたるの里

作成日 令和 3 年 10 月 19 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	4	会議ではなく、書類の発送で行っている現状の対応では、運営に反映する意見や提案などを得られていない。	現状の対応でも委員の方からの意見・提案を促せる仕組みを作り、運営に反映させられる。	施設で抱えている課題（外出支援や事故・ひやり・ハットなど）を相談したり、地域内での催し物などの情報を頂き、運営に生かし、それらを基に会議を行っていく。	3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。