

### 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   | 0893100057        |            |              |
| 法人名     | 株式会社 セントメディケア     |            |              |
| 事業所名    | グループホームひぬまの杜      | ユニット名(     | 1階ユニット)      |
| 所在地     | 茨城県東茨城郡茨城町中石崎1055 |            |              |
| 自己評価作成日 | 令和 4年 5月21日       | 評価結果市町村受理日 | 令和 4年 8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="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0893100057-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0893100057-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|----------|---|

#### 【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4年7月13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)】

ひぬまの杜は自然の中であり、四季折々の草花や木々の変化が感じられる環境です。利用者様の自立支援や個別ケアに力を入れ、その人らしく生活できるよう支援する一方で、ターミナルケアを希望されるご家族にも柔軟に対応しています。また、喀痰吸引ができる職員の育成を行い、医療依存度の高い方の受け入れ体制を整えています。ご家族や地域との交流を大切にし、来訪しやすいホームづくりを心がけ、地域の認知症相談窓口としても働きかけています。  
災害対策では年に2回、自衛消防訓練を行い、毎月、各ユニットごとに避難訓練を行い備えています。

#### 【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)】

事業所周辺は畑や木々がある自然豊富でどかな中、利用者が落ち着いてのんびりと暮らせる環境である。事業所の庭は木々や花、石畳でお洒落に造られ利用者が四季を感じながら癒しの場所となっている。施設長は、環境衛生や防災、食材、備品、行事などの委員を決め、それぞれの委員達に行事などの業務を任せることで職員の育成に繋げ利用者が安心して楽しく暮らせるように対応している。管理者や職員は利用者一人ひとりのペースと思いを大切にしており、ゆっくり寝たい利用者や自室での食事、毎日のルーティンの散歩、2階ベランダでの花や野菜の栽培、食事制限がある利用者にも家族等と相談し好きなものが食べられる日を設けるなどの対応に努めた支援で利用者の笑顔に繋がりが家族等からも喜ばれている。

### 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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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  |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |  |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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  | 朝礼で理念を読み上げ共有して実践につなげている。また、食器拭き、散歩、レクリエーション、調理の手伝いなどできることをやってもらっている。   | 理念以外に、年2回、職員一人ひとりがチャレンジ目標計画を作成し利用者の支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの思いを大切に、本人が今まで生活してきた状況に近い行動に寄り添いながら、支援している。                                      |  |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 新型コロナウイルス感染症が収束しないことで、現在地域との交流が少なくなっているが、近隣在住の方から町内で作られた野菜等の差し入れがある。   | 認知症ケア専門士が在籍しており、地域の認知症相談窓口を設置し、偶数月に認知症カフェを開催しているが現在はコロナ禍で中止している。近隣住民から野菜や果物等の差し入れがある。  |  |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 認知症ケア専門士が在籍している。現在は新型コロナウイルス感染症の影響でなかなか地域の方への働きかけができない状況が続いている。  |  |  |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 令和3年度は新型コロナウイルス感染症の影響で運営推進会議が開催できず書面でホームの様子や運営状況を伝えることがほとんどであったが、11月に1度だけ開催できた。また書面の際にはメンバーからもご意見をいただいていた。   | 書面開催であることから、事業所側からの行事報告とともに、身体拘束等の適正化に向けた検討記録を報告している。開催連絡時に何か意見などあるか聞いてはいるが、運営に反映する意見を得るまでには至っていない。                                    | 書面開催時でも、委員に事前に課題を投げかける工夫を取り入れて運営に反映した意見を得た活発な会議となることを期待する。 |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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  | インターネットの環境整備をしたおかげで、リモート研修への参加が可能となった。メールや電話等でも積極的に市町村担当者に質問や相談をしている。市町村担当者も上司に相談しながら対応してくれている。  | 多職種地域連携のリモート交流会に参加している。市町村担当者とメールや電話で積極的に相談をしている。生活保護受給者を受け入れており、担当者に相談をしている。  |  |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 物騒な世情があり、玄関は施錠しているが、ご利用者が戸外へ出たくて玄関に来られた場合、玄関を開けて戸外へ出る手助けをしている。現在、身体拘束を行っている方は1名いるが、なるべく2人介助をしながら必要以上の身体拘束にならないよう努めている。また身体拘束廃止委員会で身体拘束について報告し、ご意見をいただいている。 | 2ヶ月に1回、運営推進会議のメンバーを身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員としているが、運営推進会議が書面開催となっているので、身体拘束について事業所で話し合ったことを報告しながら意見を得ている。職員は内部研修を受け、ミニテストを行って知識の定着を図っている。 |  |

| 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                       |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 年に2回、全体会議の中で高齢者虐待についてや権利擁護、身体拘束について勉強する場を設けている。身体拘束に関しては毎月話し合っている。また、代表職員にスピーチロックのリモート研修に参加してもらい全体会議の中でとりあげた。 |   |   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 日常生活支援事業や成年後見制度については全体会議の中で権利擁護の勉強会をする際にとりあげている。  |   |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 新型コロナウイルス感染症の影響で契約時間等を短縮するため、事前にメールや電話でご利用者家族から相談を受けている。必要であれば写真等のデータを送り説明し不安な点がないように努めている。                   |   |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 令和2年度にご家族アンケートを依頼し、要望にあったコードレス電話を各ユニットに1台ずつ導入した。令和3年度はアンケート未実施だが、コロナ禍のため電話でご利用者の様子を伝える際に意見を伺うようにしている。         | 面会時に必ず声掛けをして意見や困りごとを聞いたり電話で近況報告をするときなどに意見を聞いている。意見や苦情を受けた後の解決に向けた手順を職員間で共有するまでには至っていない。 | 意見や苦情を受けた後の解決に向けた手順を決め、全職員が対応できるよう期待する。 |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 朝の申し送りや月に1度、各ユニットミーティングや全体会議を行い、職員の意見や提案を聞き反映させている。また、半期に1度、全職員に対して法人本部の職員が面談を行っている。                          | 日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、ミーティング時等に話を聞くようにしている。介護記録の記入の仕方やケアに関することなど職員から出た意見を反映している。      |   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 代表者も現場に入り職員の努力を見守り勤務状況を把握している。疲労をためないようなシフト作成を行っている。各自が向上心を持って働けるよう職場環境の整備改善をしている。コロナ感染症の影響があり食事は中止となっている。    |   |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | インターネット環境が整い、web研修に参加できるようになった。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、得意なことを活かしてもらえよう働きかけをしている。                         |   |   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | インターネットの環境が整ったおかげで、地域の同業者とのリモート会議等ができるようになった(多職種連携交流会など)。   |   |   |

| 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<br>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 | 本人が困っていること、不安なこと要望等に一実を傾け本人が安心を確保できるように傾聴しながら対応している。態度や言葉づかいにも注意しながら信頼関係を築けるように努めている。   |   |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | コロナ禍で面会自粛となることが多かったが、入居間もないご家族には体温測定や予防のための聞き取り等をして問題ない方には面会してもらっている。その際に要望や心配なことを丁寧に聞き取り、助言やご利用者の状態を報告することで関係づくりに努めている。特に月1回送っている家族への手紙はご利用者の状態をご家族が知る良いツールとなっており、ご家族からも評価が高い。 |   |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 居室が空いていて必要ならばショートステイを利用していただき検討してもらっている。不安に思っていることや必要としている支援を聞き出し、見極めに努めている。また訪問マッサージでは実際に体験して頂いている。  |   |                   |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 「何か手伝わよ」と自ら声をかけてくださり、洗濯物たたみや調理(野菜の皮むき等)を一緒に行ったり、味付けを教えてもらったりしながら食事づくりを共に行い暮らしを共にする者同士の関係を築いている。   |   |                   |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 現在コロナ禍のためご家族には自粛して頂いているが、通院等の協力をしてくれているご家族もいる。また遠方に住まれるご家族は月に1度程度電話をくれ、ご本人と話すことで支えてくれている。   |   |                   |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | コロナ感染症の影響によりガラス越しの面会を行っている。コロナ感染者が減少した際には曜日と時間を決めて面会して頂いた時期もある。   | 利用開始時に本人や家族等から聞き取りを行い、フェイスシートを作成している。病院受診の帰りに自宅で過ごす時間を作るなど、臨機応変に対応している。 |                   |
| 21                           |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 体操や歌、レクリエーションを通してご利用者同士が一緒に楽しめるようにしている。歌が歌えなかったり体操ができないご利用者が孤立しないように職員が輪の中に入り補助している。また、全く関わりを持たない方には職員が思いを傾聴するなど支援に努め、調理(野菜の皮むき)など一緒に行ってもらえる環境づくりをしている。                         |   |                   |
| 22                           |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>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  | サービス利用終了のご利用者の大半が亡くなっているため、本人との関係継続は難しいが、サービス利用終了となったご利用者のご家族から「お茶飲みにおいでよ」「庭の○○(果物)取りにおいでよ」等誘われ、伺って故人を懐かしみながら一緒に思い出話をするなどがある。   |   |                   |

| 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>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<br>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   | ご利用者やご家族等から生活歴を聞きとり記録に残している。職員間で話し合いをし本人の希望や意向を聞き出しながら「その人らしい生活」ができるように努めている。コロナ禍で面会の自粛があり、ご家族に会えない不安やストレスでイライラや不穏が現れている方は個別に思いを傾聴したりご家族と電話するなど対応している。 | 個別に話を聞いたり個別対応で散歩に付き合う等、利用者の思いに沿った支援をしている。居室で食事をしたい利用者は無理強いつけず居室で対応し、ゆっくり食べたい利用者は個別対応で支援している。食事制限があっても家族等と相談し、工夫して食べられるよう支援している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 本人、ご家族に入居前の生活歴を聞き、なるべく今まで通りの生活リズムで過ごせるようにこれまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。フェイスシート作成している。   |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ご利用者一人ひとりのできることを把握し、できることをしてもらっている。本人に合わせた一日の過ごし方をしてもらっている。  |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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回のミーティングや朝の申し送り等で本人の課題を取り上げ、その時に適した介護計画を作成している。大きな変化がない方はプラン継続している。  | 身体的な変化や経過などは、ケース記録に朱色で書いたり赤色のラインを引いて記載している。半年ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っている。   |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の介護記録に体調の変化や本人の発言、日々の様子、ケアの実践に気づきなどを記入している。連絡帳を利用しながら職員間で情報を共有している。  |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ご家族が対応できない場合は職員が病院受診に同行している。ご利用者の希望でカップ麺やお寿司が食べたいとのニーズに対応し提供している。  |   |                   |
| 29                                 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | コロナ禍によりほとんどの地域資源の活用が自粛となっている。但し、検温や体調聞き取り等しながら受け入れている資源もあり、訪問理容などは継続している。また、ホーム入居前に利用していた美容室に近所の方が迎えに来て行かれる方もいた(町内でのコロナ感染者発生前)。現在は美容室は利用していない。         |   |                   |

| 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 |
| 30                               | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | 本人やご家族の希望を尊重している。ご利用者の状態に応じて訪問看護、訪問診療をご家族と相談し適切な医療が受けられるように支援している。                                     | かかりつけ医の受診は基本家族等であるが、場合によっては職員が付き添う時もある。家族等の付き添い時には、バイタル表や状態を記録し医師に渡してもらっているほか、事前にメールで報告をしている。                       |                   |
| 31                               |      | ○看護職との協働<br>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                          | 職場内の看護師に情報や気づきを伝え相談、助言を頂いている。また、訪問看護を利用している場合は訪問看護ステーションに相談することもある。                                    |   |                   |
| 32                               |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | ご利用者の入院時には介護サマリー等の情報を提供し、入院中のご利用者の状態把握のため病院に足を運んでいる。(コロナ禍のためび病院側の受け入れてくれる範囲内で)。退院時は看護サマリー等の情報提供を受けている。 |   |                   |
| 33                               | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所で行えることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 早い段階で本人やご家族と話し合いを行い方針を決めている。看取り時には往診医師や訪問看護と連携を図り、不安なことを相談しながら指示を仰ぎ、本人やご家族が望む最期に向けて共に取り組んでいる。          | 看取りの段階になった時に、利用者に応じた、「対応マニュアル」を作成している。看取り時には、家族等の依頼を受けた訪問看護を受け入れている。職員は年1回内部研修を行うとともに看取りの利用者が出た場合はその人に対応する研修を受けている。 |                   |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 急変や事故発生時に備えたマニュアルを設置し、全体会議で話し合ったり、シュミレーションしたりしている。   |   |                   |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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  | 緊急時対応マニュアル、緊急連絡網がいつでも見える場所に掲示してある。定期的に避難訓練も行い、全職員が対応できるように取り組んでいる。                                     | 防災委員会を中心に実施し、訓練後は課題等を話し合っ実施報告書に反省や課題を記載している。毎月、様々な事を想定した避難訓練を実施している。  |                   |
| <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<br>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  | 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。トイレ使用時にはカーテンを閉め、また、おむつ交換時にはドアを閉めプライバシーの確保に努めている。                            | 職員は言葉遣いに気を使いながら、支援にあたっているが、利用者によっては、利用者が心地よい呼び方に変えて対応していることもある。人権尊重や守秘義務について年1回チェックテスト方式を導入しながら研修を実施している。           |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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  | 本人の表情や行動をよく観察し確認しながら自己決定ができるような声かけをしている。   |   |                   |

| 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 |
| 38 |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 一人ひとりのペースを大切に尊重しながら対応している。自室が好きな方は自室で過ごされている。自室で食事がしたいと希望される方は自室で召し上がっていただいている。ご利用者の希望に沿った支援を心がけている。                                     |  |                   |
| 39 |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 定期的に訪問理容で髪をカットしてもらっている。どの洋服が着たいか選んでいただいたり、往復の色を選んだり、お洒落を楽しんでいただいている。   |  |                   |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 季節の食材や行事料理を取り入れたメニューづくりをしている。その人に合った食事形態の工夫を提供している。ご利用者はできること(野菜の皮むき、カット、野菜洗い)をしている。片付け(食器拭きやテーブル拭き)は毎食ご利用者が参加している。                      | コロナ禍で外食支援ができないことから、事業所の創立記念日に豪華な弁当の提供やコロナ禍が少し落ち着いている時にお弁当を注文し、近隣の公園に出かけて食べたりしている。誕生日などお祝い事の時には利用者の希望でお赤飯を炊くなどしている。 |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | ご利用者の状態に合った工夫をしている。水分量は都度量を記録している。むせ込みのあるご利用者にはトロミ剤を利用している。食事量の低下しているご利用者には1日の中で必要な栄養摂取ができるよう補助食等も利用している。栄養バランスがとれるようなメニューづくりをし調理を行っている。 |  |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後、各ご利用者に応じた口腔ケアを実施している。夜は義歯を洗浄剤につけ清潔保持を行っている。また、歯科医師や歯科衛生士の指導を受け口腔ケアを実施している。口腔ケア・マネジメント計画書も作成されている。                                    |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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   | ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導や介助を行っている。夜はおむつ使用の方でも習慣を活かし日中はリハビリパンツを使用していただきトイレで排泄していただいている。  | 夜間はおむつ使用の利用者でも、日中はリハビリパンツでトイレで排泄し、習慣づけをしている。夜間、居室にポータブルを置いている利用者もいる。一人ひとりに合う声掛けでトイレに誘導しながら、現在より悪化しないように努めている。      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                   | 食事メニューには寒天やひじき、根菜等を取り入れ食物繊維を摂取している。便秘ぎみの方は散歩へ行った後にトイレに座ってもらい排便を働きかけている。  |  |                   |

| 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 |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 自立している方や見守りで入浴できる方は曜日や時間帯を決めてしまわずに希望やタイミングに合わせて入浴していただいている。また、入浴剤を使用したり、本人の好きな石鹸を使用して楽しみながら入浴できるように支援している。                  | 利用者の好みの石鹸を使用したり、入浴剤を使用し温泉気分を味わっている。一番風呂を希望する利用者に対応している。車いす利用の利用者も機械浴用椅子で入浴できる。                    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 散歩や日光浴、レクリエーション等を行い夜間の快眠につながるよう支援している。また、エアコン使用の季節には夜間帯に室温をチェックし温度調整を行っている。日中はリビングに設置してあるソファで休息している。気持ちよく安眠や休息できるように支援している。 |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 各ご利用者の服薬情報を個人ファイルに入れており、職員全体が把握、理解できるようにしている。症状の変化時は報告、共有し状態観察を行っている。   |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | ご利用者の生活歴や趣味などを把握し、個々の能力を活かした役割、楽しみごと気分転換等の支援を行っている。   |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 日常的に散歩を行っている。ぶどう狩りやドライブ、季節の花見へ出かけたり、外出支援を行っている。現在はコロナ禍のため外出は中止している(人混みを避けて外出している)。  | 事業所周辺の散歩をしているほか、ドライブで気分転換を兼ねながら、近隣の公園に行き、季節の花を見物しながら季節感を味わっている。年間行事計画を立てて車いすの利用者も一緒に様々な場所へ出かけている。 |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                             | 自己管理が可能な方はお金を所持しているが、現在コロナ禍のため、なかなか使う機会に恵まれない。  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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  | 本人が希望される時は、いつでも電話をかけられるように支援し、手紙や宅配便のやりとりもできるように支援している。また、携帯電話を所持している方もいて自由にご家族や知人と話すこともできる。                                |   |                   |



| 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 |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共有空間は季節に応じた物を飾ったりして季節感を取り入れている。トイレ、浴室は清潔保持に努めている。居室入口にはネームプレート(手作り)を設置し分かりやすくしている。中庭が綺麗に整備されていてリビングから眺めることができる。 | リビングにソファベッドや一人がけのソファがあり、好みの場所でゆったりと寛げる。室内は清掃が行き届き、大きな窓から日差しが差し込む明るい空間となっている。長い廊下の手すりを使用して歩行訓練ができる。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 共有空間のリビングにはソファベッド、一人掛けソファがあり、寛げるスペースがある。自席以外にもテーブルと椅子を設け、思い思いに過ごせる居場所の工夫をしている。                                  |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 自宅で使い慣れた家具を使っただき、本人が居心地よく過ごせる工夫をしている。ご家族の写真やご自身の誕生日の写真なども掲示してある。  | 今まで使用していた馴染みの物を持ち込んで欲しいと伝え、利用者や家族等は馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるよう工夫している。職員が温度、湿度管理を行っている。                  |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 施設内はバリアフリー、手すり設置など安全な環境づくりをしている。トイレには人感センサーで電気がつくよう配慮している。水道も自動になっており、車いすのご利用者でも自分で手を洗えるように工夫されている。             |  |                   |

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームひぬまの杜

作成日 令和 4年 8月 10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        | (3)  | 運営推進会議に関して書面開催時に事前に意見を聞いて書面に反映しているが、運営に反映する意見を得るまでには至っていない | 運営推進会議メンバーに運営上の困りごと等を相談し、解決に向けての意見を頂けるようになる | 書面開催時にはメンバーの方にホームの困りごとに関しての意見をいただけるよう事前に質問を投げかけ、。ホームの困りごとに関してメンバーより意見を得られるようにする | 1ヶ月<br>(次回開催9月のため) |
| 2        | (6)  | ご家族等からの意見や苦情があった際の解決に向けた手順が職員間で共有されていない                    | 意見や苦情を受けた後の解決に向けて全職員が対応できるようになる             | 解決に向けての手順書を作成する<br>手順書はまずはユニットミーティングで話し合い、その後、全体会議でユニット間で意見を共有しながら作成する          | 4ヶ月<br>(年内に作成)     |
| 3        |      |  |   |   |                    |
| 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。