

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 1階		
所在地	茨城県東茨城郡茨城町中石崎1055		
自己評価作成日	平成29年4月5日	評価結果市町村受理日	平成29年7月5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.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kihon=true&JlgyosyoCd=0893100057-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成29年5月17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)】

ひぬまの社は自然の中であり、四季折々の草花や木々の変化が感じられるよう環境です。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様にも柔軟に対応しています。また、平成30年度の医療介護の同時改定に備え、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。ご家族様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、内1回は地域を巻き込んでの訓練となっています。また、毎月、各ユニットごとに避難訓練を行い備えています。介護は人です。良い介護が提供出来るよう、職員が満足して働ける施設づくりに努めています。

【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)】

毎月の事業所便り、利用者の方々の様子や行事の様子をカラー写真で報告している。避難訓練を毎月実施している。季節の行事やドライブ等での外出や外食の機会が多い。自然環境に恵まれているとともに、整備された庭園で季節の花や散歩が楽しめる。職員は笑顔で介護支援に努めるとともに、キャリアアップ等のチャレンジ目標を各自設定し、意欲をもって日々の業務にあたっている。

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

[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	毎朝、申し送りの最後に理念を唱和することで、職員各自が内面化すると共に職員間でも共有し、理念より外れる行為のないように確認し直している。	代表者と管理者、職員で考えた地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を事務室に掲示するとともに、申し送り時等に確認し、実践に結びつけている。	
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	地域の活動(清掃、会合、農作業)には地域の一人として職員が参加し内容によっては利用者も参加する時もある。	地域の認知症相談所としての役割を担うとともに、見守り活動で協力を得たり、季節の野菜等の差し入れを受けるなど、交流している。事業所の夏祭りに地域住民を招待するほか、地域の夏祭りにも参加している。	
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	地域の相談所として資格を有する職員を配置し、玄関先に認知症について、いつでも応相談の貼り紙をしている。認知症の家族を抱えた地域の人が、相談役の人を通じて入所するケースもあった。		
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	2ヶ月に1度、会議を開催してメンバーより意見を伺い、ホームの取り組みの参考としている。ターミナル時の延命の同意や避難時の受け入れ等も参考にした。 地域との連携も取れており、開かれた施設となっている。	災害時に使用できる井戸が載っている町のサイトがあると提案があり登録を進めている。会議で災害時に防災頭巾が必要だという意見が出た時に、家族が作ると手をあげてくれ、利用者全員分バスタオルで手作りしてくれた。	
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	包括支援センターを事務局としている介護支援専門員研究会の会員になっており、日頃から顔が見える関係づくりに励んだため、協力体制が整っている。	管理者が介護支援研究会会長なので行政との協力関係が構築されている。困難なケースの受け入れ相談が町から多く寄せられ、対応している。	
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	利用者の身体に危険となる状況時、また夜間、職員が一人という状況下で、やむを得ない場合のみ書面にて家族の同意を得た上で、拘束に準ずる対応をする場合がある。またその場合には事前に職員間で何度も話し合い、記録も取っている。	職員間で事例検討を実施し、情報を共有するほか、具体的な事例を文章で職員に配布し、周知している。 マニュアルがあり、内部研修を年1回行っている。	
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	常に虐待について話し合っている。また、研修を行っている。 ストレスをためない勤務や休憩確保など、職員のメンタルにも気を配っている。		

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	利用者の自立支援について研修を受けた職員が全体会議においてICFの考え方の簡単な講習会を開き、他の職員への啓発になった。 成年後見人制度に該当する利用者は当ユニットには現在いなかったが、他ユニットに該当利用者がいたため、何かと意識する機会があった。		
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	必ず同意書等で説明し捺印を頂くようにしている。 入居時に説明はしているが、よく聞いていない家族もいるため、必要時はいつでも説明することになっている。		
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	面会時には家族に普段の様子を報告し、家族から悩みや意見を話しやすい雰囲気づくりに努めている。また、家族から出た内容はすぐに職員間に送りしている。	面会時に家族等に利用者の状況報告をするとともに、家族等から意見が出やすい環境づくりに努めているが、運営に反映するまでの意見を家族から受けるまでには至っていない。	家族の意見をより運営に反映させるために、家族会の開催と家族アンケートの実施を期待する。
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	朝礼等でさいなことも意見があれば傾聴し改善している。	キャリアパスを導入し、職員がステップアップできるよう管理者も支援している。職員の業務の見える化を調査し業務が均等に行えるように見直した。事務所に提案ノートがあり、職員は気がついた時に記入することができ、その提案から買い物ツアーを実施した。	
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	キャリアパス(チャレンジ目標)により評価を行っている。また、人事考課にて昇給するシステムになっている。		
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	職員間が平均に研修に参加できるよう努めている。 今後ケアの力量をチェックできるものを作成していく予定である。		
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	複数事業所連携の研修等に参加させることで、他の施設の方と交流をもつことができている。また、姉妹施設との職員研修もこれから取り組みたい。		

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
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	常に本人の思いを傾聴できるように心がけている。 入居したばかりの利用者には、時に集中して傾聴姿勢を取り、早く馴染んでもらうよう努めている。		
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	入居直前の見学や荷物の確認、また家具等搬入の際も、細やかに対応して要望があれば伺っている。一番家族側の不安や要望を出してくる時期なので、傾聴することで良い印象を持ってもらえるよう努めている。接遇を大切にしている。		
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	入居直後は前もって入手した情報をもとに実際の本人の理解に努め、今すぐ必要とするケアと必要のないケアを職員間で報告、相談し合っ、適切な対応に努めている。		
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	職員は利用者のお世話係りではなく、できることはしてもらい、ADLが維持できるように対応している。本人が動いてくれることで、職員の負担も軽減される。時には行動を見るだけでも人生の教訓を示唆してくれる。		
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	家でしてきた生活の仕方は本人と家族にしか分からず、会話を通して得た本人の思いや、やり方をなるべく施設内でも続けるように対応しているが、共同生活上無理な場合は丁寧に説明し納得してもらっている。		
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	本人の希望により、お彼岸、お盆、命日等の墓参りは家族の許す限り、外出の機会を設けてもらっている。自宅に帰りたい希望が多く、本人の体調を考慮しながら同行して、旬の野菜を採りに行った方もいた。	入居時の本人、家族等の聴き取りや、日々の生活の中での会話や関わりなどから馴染みの関係を把握し、関係を継続していく支援をしている。	
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	トラブルは多く、まずはその仲裁に入る。本人の理解は一時的ではあるが、良いこと、悪いことはきちんと話すように努めている。席替えをしてトラブルする人は離すようにした。 昼食後、夕食後はテレビの周囲に皆が集まり仲良くテレビ観賞する時もある。		
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	諸事情により他の施設に移った利用者が、その後亡くなった時など、当施設で受けたケア及びサービスに感謝され、挨拶にくる家族がいて、関係が継続していることを再確認する。 自宅訪問してお話を聴くこともあった。		

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
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	本人の希望を優先し考えるようにしている。ほとんどの方が自宅に戻りたいと考えているため、戻れなくても出来る限り自立出来るよう支えている。	利用者の表情や仕草、態度や申し送りノート、個人記録から思いや意向を把握するようにし、フェイスシートに追加記録し職員間で共有できるようにし、支援している。	
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	センター方式の様式を使用したり、家族や本人に聞いたりしながら生活歴を把握してる。		
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	一人ひとり必要な支援が違うため、日々の記録や職員間の情報をもとにアセスメントを行い、個人個人に必要な支援を計画して、一律ではなく個別に行っている。		
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	変則勤務のため、モニタリング時にいなかった職員には、後日モニタリング表を確認してもらい、その後意見をもらったり、情報共有のために確認印をもらっている。家族の参加が難しいため、ケアプラン説明時に意向を伺い、内容追記することもある。また、本人から聴取した要望等は支援経過に記載して、反映させるようにしている。	利用者や家族等の意向を聴いて計画作成担当者が作成した介護計画を職員間で回覧して意見を求めている。3ヶ月毎にモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、利用者の状況に変化があれば随時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	特に必要なことは赤字で記入するなど工夫している。 介護記録は食事から排泄等まで詳しくひとまとめになっており、その方の様子が分かるようになっている。		
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	本人と家族を繋ぐ支援として、墓参りや外出、通院同行等、家族が実施できる方にはお願いしている。家族が協力できない方場合は施設で行っている。また近所の高齢者がホーム入居中の方とお喋りするために遊びにくることがあるが、時にその方の支援や相談にもものっている。		

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
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	一番の地域資源は近所の住人で散歩や若しくは施設外へ利用者が一人で出てしまった場合の見守りや通報(施設への)に力を貸してくれている。他、訪問マッサージ、訪問理容、リハビリ体操、シナプス体操の訪問指導があり、整容や健康に役立っている。		
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し、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	専門の大きな病院にかかる必要のある、やや重症化した利用者は、そのまま継続し、風邪、消化器、皮膚系の日常的疾患には同法人内の医師に依頼している、往診、訪問歯科利用もあった。	協力医療機関の医師による訪問診療が月1回、訪問歯科診療が週1回あり、看護師が週2回出勤している。かかりつけ医への受診は基本家族が付き添うが、利用者の状況を往診記録に記載し家族に持たせている。	
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	週2日の勤務(24時間オンコール体制)の看護師は同法人内より来ており、必要に応じて医師への相談、報告がされており連携している。また往診時の医師への報告にも記入してあるため、スムーズに往診の対応ができる。		
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。	入院先の相談員を通じて途中経過や退院の段取り等、こちらの要望や希望を相談しながら利用者の入院生活や今後の見通しに対する安心の確保に努めている。		
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	入院時に説明と同意は頂いておくが、食事が食べられなくなった時がターミナルと考え、ご家族様には早い時期から状態を伝え方針を共有するようにしている。	家族等に重度化や看取りに関する説明を行い、同意書を得ている。マニュアルを作成し、外部研修にも参加している。外部研修修了者の伝達研修を行い、内部研修としている。受講後はレポートを作成し提出している。	
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	応急手当や急変事の初期対応については研修に参加して他の職員に伝達報告し、対応内容を共有している。 初期対応で無理な状態の場合は救急搬送するという手段選択があり、その見極める力も必要であるが、別の意味で安心でもある。		
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	月1回の避難訓練および年1回の消防職員を講師に招いての自衛消防訓練を行い、災害時にスムーズに行動できるようにしている。施設のご近所の方、区長さんには日頃よりお互い協力し合えるように呼びかけている。 平成28年度より水害災害の訓練も取り入れ常に震災に備えている。	様々な想定をした避難訓練を年2回行うとともに、月1回ユニット毎に避難訓練を実施している。各ユニットの居間兼食堂には利用者の家族がタオルで作った防災頭巾が置いてある。	

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
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	人生の先輩として一人ひとりの生き方から学ぶことも多く、大切な存在であることを確認している。 丁寧な言葉遣いと失礼のない声かけを心がけている。	利用者を人生の先輩として位置付け、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。外部研修に参加した職員が講師になり内部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 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	本人の思いを傾聴し実現可能なことは実行し、無理なことは丁寧にお断りしている。 1つ1つの行為はいつでも選択できるような問いかけにしている。		
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	なるべく一人ひとりのペースを大切にはしているが、共同生活をしていく上で、個よりも全体を優先せざるを得ない場合がある。		
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、若しくは10時頃までには一人ひとりの整容は済ませている。 外出時には着衣のコーディネイト及びスカーフ、帽子の着用に気を配っている。		
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	女性利用者が多いので調理の下ごしらえを手伝ってもらい料理の完成を楽しみにしてもらう。 旬の物がご家族から届いた時は職員も一緒に味を楽しんでいる。利用者の希望するメニューを献立に取り入れている。	職員が利用者の嗜好に合わせて献立を立てて、一緒に食事の準備をしている。よもぎを摘み、草もちを作るなど、季節に合わせた行事食を楽しむほか、家族等の協力を得て外食にでかけたりする。	
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	水分、塩分、糖分、カリウム摂取制限のある方の調理法に配慮し盛りつけしている。 また、水分摂取の少ない方には好みの飲み物を聞いて、必要な水分を摂れるようにしている。		
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	朝、夕は必ず全員が口腔ケアしている。自歯、義歯、歯のない方、インプラントなど歯の状態に合わせてケアしている。 訪問歯科を利用し定期的に口腔内清掃を行っている方もいる。		

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	できるだけトイレでの排泄を心がけている。便意がある方は車椅子でも食後は必ずトイレに座ってもらいトイレでの排便を習慣化している。また、本人の訴えにより排便誘導する方もいる。立位困難な方は居室にてトイレ介助する。本人の状況に応じてトイレ介助の場所を変えている方もいる。	利用者一人ひとりの排泄リズムを、排泄チェック表や個人記録から把握し、トイレでの排泄を心がけ、車いすの利用者でもトイレに座って排泄を習慣化し、排泄の自立に向けて支援している。	
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	オリーブオイルや芋類、海藻類、ヨーグルト等を取り入れた食事内容にしている。カリウム制限の食事療法をしている方もいて、それでも便秘が解消しない方もいるので、下剤使用している方もいる。3日間、排便がなかった場合は坐薬を使い排便を促すこともある。		
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ず、個々にそった支援をしている	意思疎通の可能な方は希望や拒否理由を伺い、時間の希望に副えるよう、また翌日に見送りにしている。個浴なので一人ひとりゆっくりと入浴することができる。週2回以上の入浴が基本だが、夏は週3回以上にしている。	入浴は利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。車いすの利用者はリフト浴が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	ホームの就寝の時間帯は習慣として徐々に身につけリズムが作られている。時にはお気に入りのテレビ番組を観てから就寝される方もいる。寝る前に居室の温度管理をしており、気持ちよく入眠できるように努めている。		
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	薬の変更時は用量、用法、効能を薬局からの説明書で確認し、職員間で共有している。服薬開始後の様子観察もして、変化のある時はかかりつけ医に相談している。 服薬時は自力ではなく見守りまたは介助している。 薬局には居宅療養管理指導等を行ってもらっている。		
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	女性利用者には家事の一部(洗濯たみ、野菜切り、雑巾縫い、居室の掃除機かけ)、他、広告によるゴミ箱折りを頼み、男性は自分の趣味(庭木剪定)を楽しんでいる。 車にて外出を希望する方もいて、買い物等に行っている		
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	インフルエンザ等、蔓延時期には施設内での生活が多かったが、花の季節到来と共に外出の機会が増えた。数人に分け、楽しく外出している。 本人希望によるお墓参りはご家族の協力のもと、出かけている。個別では本人希望の買い物同行も実施している。	近隣への散歩に出かけたり、職員と一緒に買い物に行ったりしている。利用者によって認知症の症状に合わせて、同じコースを散歩するように配慮している。 年間行事計画を立て、季節ごとに外出を楽しんでいる。	

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	ご家族の同意のもと、お小遣いを用意してもらい、施設で預かり、また管理能力のある方は一部を本人持ちにしている。買い物同行や外出の際、使用している。		
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	本人の希望があれば、家族の同意を得ながら電話の取り次ぎしている。 親戚や知人からの手紙がきた場合、本人に渡し、居室の目につくところに置いている。 携帯電話を持っている方は、自由にかけている。		
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	共用トイレで使うタオルは使い捨ての物にして衛生面を心がけている。夜間も危険のないようにセンサー式の明かりをトイレ、廊下に設置している。施設内の温度調節は職員が温度計にて測定しながら細やかに配慮している。季節に合わせた生け花を飾ったり、十五夜、ならせ餅、クリスマスなどの行事を行うことで利用者の見当識の改善に努めている。	玄関には季節の花が飾られ、廊下には利用者の作品や施設のお便り、外出時の写真を掲示している。2階廊下スペースにソファがあり寛げるようになっている。浴室にはリフトが、脱衣室にはヒーターが設置され、安心安全な入浴ができるように配慮されている。手入れの行き届いた庭には遊歩道があり、季節の花が楽しめ、2階ペランダには季節の花や野菜が育てられており利用者と一緒に栽培している。ベンチがあり外気浴も楽しめる。	
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	午前中、日当たりの良い玄関に一人用の椅子を置き、一人日向ぼっこしている利用者もいる。 リビングの南側の窓際にはソファを置き、午後の休憩スペースにしている。自分の居室にて昼寝するなど自由に過ごす方もいる。		
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	一人ひとりの居室には家族と撮った写真やホームでの誕生会の写真を貼り、思い出に浸ってもらっている。 亡きご主人の写真を枕元に置き、若い頃を思い出してもらっている。また家族が季節ごとの飾りつけをしている居室もある。	居室にはエアコンやベッド、洗面台、カーテン、クローゼット、手すりが備え付けられている。利用者は使い慣れたものを持ち込み、思い思いの部屋を設えている。	
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	廊下には手すりを設置し安全に移動したり、掴りながら歩行練習したりしている。共有スペースに危険な物は置かないようにしている。 自分の居室の掃除を任せている方もいる。自分の衣類を箆箆にしまう方もいる。起床時、カーテンを開けたり布団をたたんだりされる方もいる。		

(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 平成29年 7月 5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	10 (6)	面会時に家族からの思いや要望を伺ってはいるが、全員からの意見を運営に反映するには至っていない。	9月上旬頃に家族アンケートを実施する	外部評価のアンケートを行ってもらったばかりなので、秋頃に家族の思い中心のアンケートを行う。	3ヶ月
2			家族の希望、意見を集計して来年の夏祭り頃に実施したい。	まずはアンケートに家族会に対するご意見を調査してみる。18家族全員ではなくても参加してくれる家族(2~3人)から始めてみる。夏祭り等のイベント時を利用して開催したい。	15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。