

# 自己評価及び外部評価結果

## 地域密着型サービスの自己評価及び外部評価項目

タイトル	項目数	
	自己	外部
I. 理念に基づく運営	14	7
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	8	1
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	13	5
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	20	7
V. サービスの成果に関する項目	13	—
合計	68	20

○項目番号について  
 自己評価は55項目、外部評価は20項目です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する通し番号です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価に該当する通し番号です。

○記入方法  
 [事業所が特に力をいれている点・アピールしたい点]  
 事業所が記入します。  
 日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

[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(調査員)が記入します。  
 訪問調査を通して気づいた、事業所の優れている点・工夫している点等を記入します。

[実践状況]  
 ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。

[次のステップに向けて期待したい内容]  
 今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みが期待される内容について記入します。

## [事業所記入]

事業所名 (ユニット名)	グループホームひかる
所在地 (県・市町村名)	青森県・八戸市
記入者職名・氏名	管理者 加賀麻吏子
記入日	令和 4年 8月 1日

## [調査員記入]

訪問調査日	令和4年10月7日
調査実施の時間	開始 9時50分 ~ 終了 13時00分
訪問先事業所名 (都道府県)	グループホーム ひかる ( 青森県 )
評価調査員の氏名	氏 名 <u>天間 龍博</u>
	氏 名 <u>杉山二美子</u>
事業所側対応者	職 名 <u>管理者</u>
	氏 名 <u>加賀麻吏子</u> ヒアリングを行った職員数 ( 1 )人

### 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	0270301468		
法人名	社会福祉法人 白銀会		
事業所名	グループホームひかる		
所在地	031-0821 青森県八戸市白銀5丁目8-2		
自己評価作成日	令和4年8月1日	評価結果市町村受理日	

※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	公益社団法人青森県老人福祉協会
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階
訪問調査日	令和4年10月7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)】**

本来は外出支援(外食・買い物・里帰り・墓参り等)に力を入れています。少しずつ再開しつつありますが、時期が来たら、また積極的に外に出て行きたいと思えます。

**【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)】**

市街地に位置し民家風の建物であり、周囲の環境になじんでいる。コロナ禍においては、面会制限されるが、以前は入居者の家族、友人等の面会者が年間200名を超える年などあった。墓参り、里帰りや買い物など、本人の希望に沿った対応をコロナ禍においても、家族・地域との関係継続への支援ができる様に模索しながら対応している。近隣は民家で、建物が密集している場所がら、災害時の避難訓練等、毎月のように行い、災害時に迅速に対応できる様にしている。

**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ます (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りや深まりがあり、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、活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	この頃は勉強会も資料の配布等が多く、集まって様々な演習やワークをすることもなくなっている。理念があるという事は理解していても、理念をどのように生かしていくのか？と問われると理解できていない職員もいると思われる。	社訓のほか、事業所の理念もあり、常に意識づけができるように、ホールやトイレなどにも掲示している。日常のケアにおいても、管理者から、職員に意識付けができるように、声かけを行っている。	
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	大分交流が少なくなったが散歩の際には声をかけていただくこともある。事業所自体がもっと地域活動に積極的に参加していかなければならないと思っている。	市街地に位置しており、日常的に近隣の住民と収穫した野菜などを差し入れしてもらったり、コロナ禍前は、面会者も多く、近くの公園に行った時は挨拶をしたり、声を掛けてもらったり交流がある。	
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	推進会議の場を利用して認知症に関しては年に1~2回テーマにするようにしている。認知症を身近に感じ、自宅に持ち帰って家族団らんの場で、話題になるような内容を考えている。		
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	現状ではなかなか集合して会議を行う勇気がないが、コロナ前はご家族中心にたくさんの参加者あり有意義に会議を行うことができていた。	本人や家族、町内会長等も参加していたが、現在は、書面のみやりとりになっている。書面で事業所内の出来事を発信することで、具体的な反応の返信をいただいたり、サービスの向上に活かしている。	
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	推進会議に参加してもらい意見をいただいていた。認知症サポーター講座の依頼には積極的に協力している。	現在は、メールでの質問書等でやり取りをしている。提出物がある時は、窓口へ行き、その際に、口頭で聞きたいことなどを伝えたりしている。担当者との協力関係性はできている。	
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	身体拘束に関しては、毎月委員が拘束があるかないか確認し、ない場合でも、気になった場面を検討し、身体拘束につながらないようにしている	身体拘束に関するマニュアルを整備しており、必要時見直しも行っている。また、担当の職員を委員として選定している。現在は身体拘束をしている入居者はいないが、毎月、気になった言葉がけやケアなど、委員を中心に検討し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	身体拘束同様、毎月委員が虐待例があるかないか確認し、ない場合でも、気になった場面や言動環境などを検討している。		

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
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	現在までに、後見人がいる利用者様を数例受けいれているが、入居後に成年後見制度を検討した例がない。現在の利用者様に今後制度を利用した方がいい方もおられるが、金銭的な問題も踏まえて検討していきたい。		
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	介護報酬の改定等金額に関わってくることにしては、例を挙げて月にどのくらいのアップするのか、介護度別に文書を用意して電話で説明の後、書面で同意をいただいている。		
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並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	本来はご家族がやるべきことも、ご家族の都合に合わせて、ホームで代行することはある。契約時には、国保連や会議保険課等サービスについての意見を述べる場所があることの説明をしている	遠方にいたり、関係が希薄な家族もいるため、意見、要望等を電話連絡などで、働きかけて聞くようにしている。また、近隣に住んでいる家族等は、来所時に意見、要望等を聞いている。	
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	職員には不定期ではあるが勤務や公休・有休等についてのアンケートを行っている。可能な限りシフトに生かすようにしている。	日常的に話を聞くこともできるが、毎月の職員会議や職員アンケートを年2回実施しており、職員の意見や要望、提案ができる機会を設けている。出された要望、提案は法人に伝える体制もできている。	
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	資格取得に関しては、可能な限りシフトの調整をし、会社から取得に向けての勉強に当たるように支援金が出る制度もある。資格手当や皆勤手当の他、年齢や体力に応じた連勤の調整等を行っている。		
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	ホーム内では毎月勉強会を行っているが、多人数で集合することは避けているため、文書での勉強会や会議の割合が多い。トランスファーやおむつ交換等基礎的な部分に関しては、実践中にアドバイスしたり、手本を見せるなどしてトレーニングしている。		
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	現在は外部の研修会には参加させていないが、ほかの施設での取り組みと自分の所での取り組みを比較することで、自信を持ったり、さらに改善していきたいという向上心がうまれるので、今後も時期が来たら積極的に外部との交流を勤めていきたい。		

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
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	申し込み時にご本人が同席した場合、「何か困っていることありませんか？」と伺うことにしている。利用開始時にも、難しい説明だけでなく本人からも聞きたいことがないか不安なことはないか聞き取りをしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	申し込み時に「困りごと」を確認している。入居時はわかりやすく説明するほか、ご家族が介護の苦労話などをされた時には傾聴するようにしている		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	サービスの利用開始時ではなく、申し込み時に、家族の状態と本人の状態をお聞きして、別のサービスを提案することはある。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	子供や嫁孫のように接することができればと思うが、あまり関係性を崩すことなく、言葉使いに気を付け、尊敬の念は忘れないようにしたい		
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置かず、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	施設に入る自分たちの役割が終わったと考えるご家族も多く、これからは一緒に介護をしていくんだということを理解いただきたいといつも思っている。		
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	このような状況になる前は、年間の面会者が述べて200名を超えることもあった。面会だけでなくこちらからも、自宅や故郷、知人宅へ出かけることもあった。	コロナ禍において、面会ができなくなったが、電話など家族や友人から来たりすることもあるので、支援を行っている。今年のお盆には、感染予防対策をしながら墓参りに行くなど、関係性の継続ができるような支援を行っている。	
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	どうしても相性があつたり、行動障害があり、集団の中では過ごせない方もおられる。それでもトラブルを恐れて避けてばかりいるのではなく、状態のいい時には皆さんと過ごす時間を作るようにしてる		

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	看取りをしている関係で、亡くなって退居となった後でも、ご家族からの健康相談や介護相談、また、散歩がてら寄ってくださる方、取れた野菜を届けてくださる方等、亡くなった後も交流が途絶えることはない		
<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	なかなか具体的に把握することはできないが、生活を共にする中で、こうしたいんじゃないか・こう思っているんじゃないか・と予測し、反応を見ながら無理強いないように気を付けている。	入居前は面接等を通して把握している。入居後は、本人の思いや意向を意識的に普段の言動から把握している。また、言葉では伝えられない本人の思いを表情等で把握するように努め、職員間で共有している。	
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	生活リズムが乱れている方は、そのままをホームでも継続するという事はできないため、少しずつ改善してもらい、清潔維持や健康管理をし、継続してほしい習慣等に関しては維持できるように支援している。		
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	だいたいの生活リズムはできているが、人によっては、特に何をしてもなくぼんやり過ごしている方もおられるため、そのようなことの無いように、目で見えてわかりやすいような写真パネルや本などを用意し、一緒に語り合う場面を持っている。		
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	現在キーパーソンがご家族以外の方(姪 孫 後見人等)が半数。遠方にもあり、残念ながら様々な場面での協力は得られないのが現状。家族の形も開設時よりだいぶ変化してきている。ホーム側から「このような意向でいいでしょうか？」という事も多く、施設入居しているご家族にとって、介護計画というものの重要度が理解しきれない。キーパーソンとはもっと積極的に関わっていこうとしている。	居室担当者を中心に、課題やケアのあり方を検討して、カンファレンスや書面で周知している。家族関係が希薄な入居者もいるが、その中でも、できるだけ関わりがもてるよう、連絡をまめにするなど工夫をしている。	
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	利用者のレベルの低下を思わせる行動等重要なことは、記録するだけでなく、申し送り時や職員間の雑談で話題にし、ケア内容の変更の有無へとつなげている。		
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	地域交流スペース「そよ風」に出向いて、地域の方と交流をしたり、家族が対応できないことで、ホームで可能なことは代行する等、あまり引きをせず、役割として可能な限り柔軟に対応している		

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
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	今までは外出支援や、ホーム外での活動にも力を入れていた。今まで通りの生活が戻ることを切に望んでいる。		
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	かかりつけ医に関しては、ホーム入居とともにホームの嘱託医に変更する方もおられるが、通院できる状態にある方や、大きな病気がある方は、今まで通り通院し、状態が変化した時には訪問診療を視野に入れた話し合いをご家族としている。	受診は、本人及び家族等の希望を大切にしている。嘱託医の月2回の往診以外に、他の病院受診の希望がある場合は、通院介助をしており、適切な医療を受けられるように支援している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	主治医の紹介により訪問看護師を活用することもある、その際にはいつもは疑問に思っていたことや、処置の仕方等を教えていただいている。メルタスを活用して、利用者様の情報交換を速やかに行うようにしている。		
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、また、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。	入院時に状況はこまめに確認しておきたいと申し出ておき、事前に了解を得ている場合は面会ができない時期でも、ご迷惑にならないように連携室と連絡を取っている		
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、事業所です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	ほとんどの方がホームでの自然な看取りを希望される。訪看の利用等も説明し、金銭的な問題等も考慮して、ホームの職員の役割、家族の役割、医療の役割を何度も説明している。	重度化した場合や終末期のあり方について、本人・家族等と話し合いを行っている。事業所内での看取りを希望する人も多く、年間2例程度の看取りを行っている。調査時も1例対応中であった。情報を家族、職員ともに共有し、チームで支援に取り組んでいる。	
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	基礎疾患が悪化した時の症状や、基本的な疾患の観察項目などは勉強会で確認しあっているが、実際に事例を挙げてシュミレーションをしていないので、演習をおこなって実践力を身に付けたい。		
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	法人の他のセクションの協力もあるが、夜間に関しては一人でも勤務のため、もしもの時の協力体制は整えている。また、地域には一人暮らしの高齢者や、高齢の世帯も多くあるので、いざという時には、地域の方のサポートも行うようにしている。	近隣は民家で、建物が密集している場所がら、災害時の避難訓練等、毎月のように行い、訓練記録に記載して、災害時に迅速に対応できる様にしている。警備会社との契約をしており、連絡網も整備されている。	

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
<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)	○一人ひとりの人格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	家族のようになればなるほど、平気で失礼なことも笑いながら言い合えるようになるが、そこはやはり一線を引いてお客様とサービス提供者という関係性を崩さないようにしたいと思っている	慣れ親しんだ関係であっても、法人の社訓にもある「お客さま」という関係性は崩れないように、日常的に言葉遣いには気をつけるように対応している。不適切な言葉等があった場合は、その都度指導している。	
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	無言で飲み物を出したり、ご飯を出すのではなく、熱いのかいいのか冷たいのがいいのか、分量は少なめがいいのか多い方がいいのか等ご本人が自分の意志で選択することができるように意図的に声掛けしている。		
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	起床時の調子に合わせてその日の活動をどうするか考えている。眠気があっても作業やレクをはじめると元気になる方がいいが、だるさを引きずってうまく活動ができない方には休養を勧め、活動のできる状態に戻すようにしている。		
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	介助する側から見れば、「やりにくい」服装でも、(ウエストゴムがきつい方が好きなたや、丈が長い上着が好みの方等)ご本人の好みは無理に変えずに尊重している。		
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	食事のペースがまちまちで、早い方もいればかなり時間がかかる方もいる。たまたまではあるが、今の席の配置が食事早い方遅い方でテーブルが分かれているため、焦らず食べることができているとは思われる。片付けもできることはやっていただいている。	普段から、片付けを一緒に行っている。誕生会や行事の時などは本人から希望を聞き、希望に沿った献立を、一緒に作ったりして楽しみながら準備、会食、片付け等を行っている。	
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	献立は栄養士が作成している。庭でとれた野菜で一品作るなどして、食欲を引き出すようにしている。ミキサー食の方も3名おられるが、ミキサーにしなくても食べられるものは形のある状態でお出しするようにして食の楽しみを少しでも感じていただけるようにしている		
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	3食後の歯磨きやうがいを勧めている。ほとんどの方に仕上げをして清潔に保つようにしているが、今までやってこなかった方も時々おられ、習慣化していただくまでは時間がかかることもある		



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
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、長い時間トイレに行っていない方がいないか確認し、声掛けしている。どうしても行かない方もおられるが、歯磨きなどで立った時についてに寄るようにうまく声掛けしている。	排泄のパターンはチェック表で把握している。車椅子になった場合は、ポータブルトイレを使うこともあるが、できるだけ、トイレでの排泄ができる様に、羞恥に気をつけながら声がけ等、排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	高齢になると、運動をすることでの便秘の解消を望むことは難しい。食べ物に関しても、栄養士が作成した献立で、ある程度食物繊維とかも計算されていると思うが、それでも薬に頼らなければならないのが現状である。以前は棒寒天やオリーブオイルを味噌汁に入れてたこともあった		
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、個々に応じた支援をしている	現在激しい入浴拒否の方はおられないが、最初には入りたくないとか、午後がいいという方もおられ、極力希望通りに入ってもらうようにはしている。急に「今入りたい」という事もあるが、人員等の関係で今の今で対応することは難しい。可能な時は入浴日以外でも対応していきたい。	曜日毎の入浴日ではなく、1日おきの入浴介助を行っている。その日に入れなかった場合は、清拭、足浴など対応や、翌日に入浴をするなど、清潔保持に努めている。	
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	いろいろなところに座れるよう工夫をしてソファや椅子を設置している。昼寝は全員に勤めている。昼寝したくない方もおられるが、浮腫みや腰痛の心配もあるので、少し足を挙げて体を横にするように勤めている。夜間は眠剤を飲んでいる方はいないが皆さん良く眠られている。		
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	薬の効能だけでなく、副作用はお薬情報やインターネット等で情報を収集している。内服が変更になったときには、副作用が出ないか数日観察し、いつもと違う症状がある時には、副作用の一覧にはなくても相談するようにしている。		
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	理解力の低下の他、目が見えない・手が震えるなどでいままでできていた事がだんだんできなくなっているが、現在の身体の状態に合わせて新しくできることを見つけていく努力をしている		
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。また、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	できるだけ散歩やドライブには出かけるようにしている。ドライブ時に、自宅近くまで行き、家の様子を見てくる事もある。誕生日には故郷ドライブをするようにしている。(生まれ育った地域へのドライブ)	本人の希望にそって、散歩や買い物など、戸外に出かけられるよう支援に努めている。お盆や彼岸などには、墓参り・自分の家まで行くことなど家族等と協力しながら支援している。	

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	今は買い物には行っていないが、お財布は半数の方がもっており、施設で保管している方もいれば、無くてもいいというご家族のご理解の元、手元に置いている方もいる。		
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	手紙やはがき(暑中見舞い・年賀状・お礼状等)での交流は続けている。電話に関しても、たまにこちらからかけてお話をすることもある。		
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	すべての利用者が同じ空間で過ごす時間に関しては、窓を開けたい方や閉めておきたい方、暑がりな方や寒がりな方など、様々な方がおられるため、双方に十分な対応をし、心地悪さを感じないような繊細な心配りが求められるが、全職員がそのような配慮ができていくかといえばそうではないと思われる。	市街地で、道路に面しているが、騒音はほとんど聞こえない。家庭的な作りの共同スペースで、こぢんまりとしている。季節を感じられるような、作品と一緒に作り、掲示したり、室温や換気に注意して、居心地と安全性にも配慮した対応をしている。	
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	認知症の状態と身体機能をベースに、各利用者の性格や好み、特徴等から、居場所については職員が配慮してトラブルを防いでいる。		
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	施設入居の際には環境変化のダメージ等の説明をできるだけなじみの物品を持ち込んでいただくようにしている。重い綿布団等も高齢の方は好まれるよう持ち込んでいる。	使い慣れたものや家族の写真などや好みのものを持ち込んだりしている。居室は本人の状態に応じた家具の配置や整理整頓がされており、居心地よく過ごせるような支援をしている。	
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」や「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	職員は環境の一部と考え、今までの生活ではできなかったことが、入居したことで、介助・声掛け・見守りがあればできるようになることも多い。よく利用者を観察し、「こうなったら楽だろうな・うれしだろうな」と考えアプローチしている。		

事業所名: グループホームひかる

## 2 目標達成計画

作成日: 令和4年10月21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	1	理念を職員全員で共有し、業務に生かしていくための勉強会や研修会が定期的に行われていない	ケアの方向性を見失わないように、職員全員が理念を理解できケアに生かせるようになる	・11月の会議の中で行うミニ勉強会で、理念の共有についての勉強会を行う。その後に関しては、定期的に(3か月に1回程度)理念の共有についての勉強会を行う	1か月
2					か月
3					か月
4					か月

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。