

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	0892100132		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホームひたちなか	ユニット名(ささら)	
所在地	茨城県ひたちなか市北神敷台3793-1		
自己評価作成日	2020年 2月 14日	評価結果市町村受理日	令和2年4月20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_022_kihon=true&JigyosyoCd=0892100132-00&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	〒310-0031 茨城県水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和2年3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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・運営理念に掲げている 「その人らしい快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートする」 「心を込めた親切なサービスに努め、その心を磨き続ける」 「さまざまな機会を通じて、地域の人々とのふれ合いを大切にする」 一人ひとりが毎日を元気に、明るく楽しく過ごしていけるように努めています。 ・事業所理念に掲げている 「やることがある」「居場所がある」「頼りにされる」 利用者様、スタッフにおいてもそんな存在になっていけるような環境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)】

<p>事業所は全国展開でオーナー制度のグループホームを手掛けており、事業所とオーナー宅が隣接している為すぐに相談できる体制にある。 職員はアットホームで明るく話しやすい雰囲気です。中学生の職場体験や民謡ボランティア等地域住民との関わりが多く地域に溶け込んでいる。 利用者は畑作業や裁縫、食事の準備やおやつ作り等を行い生き生きと生活できている。 運営推進会議の際に家族会を行い、家族等も利用者の日常を垣間見て意見を言えるような機会を設けている。</p>

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 3. 利用者の1/3くらい 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広がったり深まり、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	毎日の朝礼において理念を唱和する事で、全スタッフが理念の意味を理解し、実践へと反映させている。	理念を事務所の目につく場所に理念を掲げるとともに、朝礼時や申し送りの際に唱和するなどして共有を図っている。	
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	日々の外出(散歩や買い物)等、地域の方々と日常的に交流が図れるように努めている。 近隣「那珂湊駅」の花壇整備を定期的に行い、地域貢献に努めている。	地域のボランティアを定期的に受け入れている。 近所の方が野菜のおすそ分けをしてくれたり、遊びに来てくれたり、近隣の中学校の生徒の来訪がある。利用者と職員で那珂湊駅で花壇整備を定期的に行っている。	
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	運営推進会議の場を活かし、認知症の疾患を抱えている利用者様の日常生活や、その知識について情報の共有と理解を深めている。		
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	運営推進会議参加者への質疑応答にて、認知症への理解や協力体制について伝え、意見を頂いている。	家族等の代表や利用者、市職員、地域包括支援センター職員、民生委員等が参加して定期的に開催されている。行事や事業所の取り組みなどを報告し、委員からは感染症などに関しての意見を聴くなどしている。	
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	定期的に市役所へ訪問し、担当者と情報の共有を図っている。 また、生活保護受給者においては、担当のケースワーカーとの連絡体制を密に図り、協力体制を築いている。	職員であるケースワーカーが年1回、定期的に訪問している。管理者は毎月、介護保険課や社会福祉課、高齢福祉課を訪問し必要に応じて相談をしている。	
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	身体拘束ゼロに向けての研修等を開催し、全スタッフが周知している。 また、定期的にチェックシートを活用し、振り返りを行っている。	2ヶ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。定期的にチェックシートを活用し、職員は何気ない言葉や行動に自ら振り返り、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	虐待防止に向けての研修等を開催し、全スタッフが周知している。 また、定期的にチェックシートを活用し、振り返りを行っている。		

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	定期的に各種研修等に参加する事で、知識を得るように努めている。 また、実践者研修や管理者研修課程を修了したスタッフからも学べるように努めている。 現在、事業所内では後見人制度を活用している対象者はいない。		
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	契約時、解約時には必ず利用者様やご家族様に説明を行い、理解納得して頂いている。		
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	事業所入口に「ご意見箱」を設置し、ご家族様の意見や要望を受付しやすい環境を作っている。 また、面会時にはスタッフより声を掛けるように心掛け、意見や要望を直接伺っている。	重要事項説明書に複数機関の苦情受付機関を明記しているとともに玄関に意見箱を設置している。家族等の面会が多く、その際に職員は聴いている。	
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	日頃より、意見や提案等を話し合える環境を作っている。 また、毎月事業所ミーティングを開催し、意見や提案等を話し合う機会を設けている。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、毎月の職員会議で意見や要望を聴くようにしている。職員だけのユニット会議をしたいという提案があり実施している。	
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	管理者は、日頃からスタッフの勤務状況等を上司に報告し、把握出来ている。 年に一度給与の見直し、そしてキャリアアップ制度を設け、スタッフ自身がステップアップ出来る仕組みを設けている。その結果、やりがいや向上心を持って働けるようになり、モチベーションアップにも繋がっている。		
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	社内での研修に積極的に参加出来る機会を作り、知識や技術の向上に努めている。		
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	市内の行政や地域の方々、他事業所と情報を共有し、質の向上に努めている。 また、市内事業所の集まり等にも可能な限り参加し、交流を図っている。		

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
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	入居前の面談時に、利用者様の今までの生活スタイルや好きな事、不安に感じている事等を伺い、スタッフが理解し対応出来るように努めている。		
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	どんな事に困っているのか、悩んでいるのか等を入居前の面談時に伺い、個々に合わせたサービス内容の方向性を一緒に考えている。		
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	入居前の面談にて、利用者様やご家族様が必要としている事を伺っている。その情報からスタッフやケアマネージャーを含め、考え対応している。		
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	利用者様には活躍出来る場を設け、やりがいや生きがいを感じて頂けるような支援を心掛けている。		
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	面会時や電話でのやり取り、月に一度「お便り」にて状況を報告し、ご家族様だからこそ出来る事等、利用者様を支えていけるように働きかけている。		
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	利用者様やご家族様から要望があれば、馴染みの人達との連絡や交流が図れるように支援している。また、ご家族様(キーパーソン)の許可があれば、外出等も出来るように支援している。	契約時にアセスメントして利用者の馴染みの人間関係などを把握している。把握した情報を基にして、職員と馴染みの店に買い物に出かけたり、家族等と外出や墓参りに行けるよう支援している。	
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	食席の配置やレクリエーション時のグループ分け等にも配慮や工夫をし、一人ひとりが孤立せず利用者様同士の関わりが保てるように努めている。		
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	契約終了時には、今後も困った際には気軽に連絡を頂けるように話している。		

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
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	ケアプラン作成時にはキーパーソン、ケアマネジャー、スタッフを含めサービス担当者会議を開催し、希望や意向の把握に努めている。	ユニットごとの介護記録に記載し、職員間で共有し、毎月のサービス担当者会議で話合ってケアプランに反映している。	
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	過去の生活歴や今までの生活環境等を伺い、出来る限り以前と変わらない生活を送って頂けるように努めている。		
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	利用者様の日々の言動や様子、状態等を記録に記載し、全スタッフが把握出来るようにしている。		
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	ケアプラン作成時にはキーパーソン、ケアマネジャー、スタッフを含めサービス担当者会議を開催。また、ご家族様面会時等には話を伺い、現状に即した介護計画を立案出来るように努めている。	ケアマネジャーや職員でサービス担当者会議を開催し、介護計画を作成している。また、面会時に家族等に話しを伺い計画に反映させている。毎月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 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	個別記録を記載し、全スタッフにて情報の共有が図れている。また、介護計画にも活かしている。		
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	利用者様の要望等に合わせてレクリエーションを企画、実施している。		

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	地域広報等の情報や、運営推進会議等を利用して地域住民からの情報を把握している。 また、地元のスタッフが多い為、情報を共有し利用者様の暮らしにも活かしている。		
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	主治医による定期的な往診(恵愛小林クリニックより月二回)を受けている。 また、希望時には以前からの掛かりつけ医療機関にも受診が出来るように、ご家族様との連携が図れている。	契約時に家族等にかかりつけ医への受診が可能なことを話している。協力医療機関の医師による診療が月2回、訪問歯科診療が月4回ある。家族等の付き添い受診の場合は情報提供書、職員の場合は個人ファイルを持って医師に状況を伝えている。	
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	主治医による内科往診の際には看護師にも同行して頂き、健康管理やその他アドバイス等を受けられる機会を設けている。また、週一回訪問看護ステーションより看護師に訪問して頂き、同様にアドバイス等を受けられる機会を設けている。		
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。	近隣の救急対応病院との連携は図れている。入院された際には定期的な面会へ訪問し、症状や状態の把握に努めている。 また、メディカルソーシャルワーカー等との連携も図り、早期退院支援に努めている。		
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いる	入居契約時に施設での対応可能範囲や、そうでない範囲についての説明をし理解して頂いている。また、本人やご家族様、医療機関との連携を図りながら方向性を一緒に考えている。	重度化や看取りに関する事業所のできる支援について、書面で同意を得ている。事業所は基本的に看取りはする方向性を示しているが、マニュアルが職員の目に付くところに置かれるまでには至っておらず、マニュアルに基づく研修も行われていない。	重度化や看取りのマニュアルを職員の目に付くところに置くようにし、マニュアルに基づいた研修を行う事を期待する。
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	スタッフには救命救急講習、事業所に設置されている「AED」の取り扱い方法について、定期的な指導、研修等にて実践力を身に付けられる環境を提供している。		
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	年に二回、消防訓練を実施している。 また、事業所内に災害時の備蓄を準備している。	夜間想定を含む避難訓練を近隣住民の協力を得て定期的に行っている。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一覧表を作成して管理している。	

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	一人ひとりの出来る事や出来ない事の見極めをし、個々に合ったサービスの提供や日頃からの言葉掛けに気を配りながら対応している。	プライバシーを損ねないように小声で言葉かけに配慮している。守秘義務については重要事項説明書に明示し、利用者や家族等に契約時に説明している。人権尊重や守秘義務についての研修会を実施している。	
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	出来る限り様々な選択肢を与え、自己解決出来るように働きかけている。		
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	朝食、昼食、夕食、10時と15時のお茶の時間以外は、個々の自由な時間を過ごす事が出来るように支援している。散歩や買い物等、外出が出来る環境作りも心掛け、その人らしく暮らせ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	自身にて服を選び着替えを行えるように支援している。また、本人の希望にて定期的な「訪問理美容」も利用出来るようにしており、おしゃれが出来るように支援している。		
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	季節に合わせた献立作り等、利用者様の嗜好や意見を伺いながら食事の提供をしている。また、食事の盛り付けや後片付けも一緒に行っている。	利用者が自家菜園で採れた野菜を食材にして、調理担当がおやつから全て手づくりで提供し、利用者の嗜好に合わせたおかずなどは喜ばれている。利用者はそれぞれの能力に合わせた手伝いを行っている。	
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	栄養バランスが摂れるように、栄養士にて献立を作成している。個々の食事摂取量についても記録に記載し、状況を把握している。また、毎食の残食もユニットごとに記録に記載し、献立作りに活かしている。		
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	毎食後に口腔ケアを実施している。また、必要に応じて定期的に歯科往診を受けている。(水戸デンタルクリニック)		

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	個々の排泄記録を記載し、排泄パターンの把握に努めている。 また、トイレで排泄する習慣付けや自立に向けた支援も行っている。	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、時間でのトイレ誘導をしている。 早めの声かけをすることでおむつからリハビリパンツに移行した利用者がある。	
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	食事等の記録や排泄記録等を活用し、個々の状態把握に努めている。 便秘予防としては、食事の工夫や日々の生活に適度な運動を取り入れている。(毎日ラジオ体操を実施)		
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	基本的には一日～二日おきに入浴出来るように支援している。毎日入浴を希望される方がいた際には、その対応が出来るように努めている。また、入浴が出来ない際には、清拭や足浴等にて対応している。	可動式の浴槽があり、左右両方の麻痺に対応している。基本は週2～3回、午後からとなっているが利用者の希望に合わせていつでも入れるよう支援している。	
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	寝具の清潔保持を心掛け、安眠出来るように努めている。また、季節に応じた「室温」や「湿度」管理にも気を配り支援している。		
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	薬剤情報の確認を行い、用途の理解に努めている。また、服薬後の経過観察も行い、症状の変化にも気付けるように努めている。		
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	個々の「やりがい」が持てるように、日常の中で様々なお手伝いをお願いしている。 (食事の準備、後片付け、清掃、ごみ捨て、草むしり、畑の手入れ等)		
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	利用者様の希望に添って外出が出来るように支援している。スタッフが意識を持ち、外出が出来る機会を作れている。	天気の良い日は事業所内を散歩したり、中庭でラジオ体操をしたり、日光浴をしながら外でお茶飲むなどしている。公用車で毎月様々な場所へ外出している。	

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	個々の買い物時にはスタッフが同行し、金銭のやり取りが出来る環境を提供出来るように支援している。		
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	電話を使用したい際には、気兼ねなく使用出来るように配慮している。ご家族様等からの電話取次についても同様。また、手紙等の希望があれば特に制限はせずに対応している。		
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	季節ごとの飾り付けや行事の写真等を掲示し、明るく過ごしやすい環境作りに努めている。	居間兼食堂は広く、日当たりの良い場所にソファなどを設置してあり、利用者が寛げるようになっている。壁には利用者がイベントや外出した時の楽しそうな写真を飾っている。トイレ、浴室は清潔である。玄関は桜が生けてあり、広い廊下にはエレクtoonや寛げる長椅子を置いて、利用者や家族等と一緒に寛げる場所がある。	
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	共用スペースには食席の他にもソファーや畳ベンチ等を設置し、過ごしやすく寛げるように工夫している。また、中庭スペースも自由に利用出来るようにしている。		
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	出来る限り、以前より使用していた家具等を使用して頂けるようにしている。馴染みの物を残し、安心して居心地よく生活していけるように配慮している。	それぞれの利用者が使い慣れた好みの品物を持ち込んでいる。テレビやチェスト、壁には写真を飾って自分好みの位置に配置して、ゆっくと寛げる居室になっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	車椅子や歩行器等の使用でも、通りやすいようにゆったりと広めにレイアウトした造りになっている。全面バリアフリーは勿論、手摺りの設置を行い安全面も確保に努めている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホームひたちなか

作成日 令和2年4月20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	33 (12)	重度化や看取りのマニュアルを職員の目に付くところに置くようにし、マニュアルに基づいた研修を行うことを期待する。	<ul style="list-style-type: none">マニュアルの整備研修の実施	<ul style="list-style-type: none">各種マニュアルを整備し、スタッフがどこに何のマニュアルが置かれているのかを周知しやすくする。マニュアルに基づいた研修の開催を実施する。	12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。