

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	0893300020		
法人名	有限会社 ハイブリッジ		
事業所名	グループホーム メジロ苑 (もみじ)		
所在地	〒319-1106 茨城県那珂郡東海村白方1306-1		
自己評価作成日	平成 31年 2月 1日	評価結果市町村受理日	平成 31年 4月 9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_2012_022_kihon=true&JlgvosvoCd=0893300020-00&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31年3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)】

地域住民の方々と共に暮らしていけるよう、地域との関わりをできるだけ取れるよう努力し続けている。地域住民のボランティアの方が施設の掃除や入居者と話をしたりと交流がある。夏祭りや芋煮会等、地域の方に参加を呼びかけ共に楽しんだり近隣の保育所を施設をお互いに行きしプレゼント交換するなど交流を深め続け関係を密にしている。認知症カフェも毎月第3水曜日に認知症サポーターのご協力を頂きながら地域の方と共に地域を支える楽しい交流の場として周知されてきている。入居者の日々の生活においても、入居者が今までの暮らしてきた馴染みの関係を崩さぬよう外出については日々行っている。入居者の友人の方々も気軽に訪問や電話等出来るようお声かけをしている。入居者やご家族の意向に合わせ、入居者を第一に考え『一人ひとりに寄り添い』本人の思いやその人の価値観や背景から自己決定や自立支援、認知症等により自己決定が難しくなっている人でも『その人らしさ』を表現し続けていけるよう日々努力している。何より入居者と職員が一緒に生活している事を忘れずに一日一日を楽しく生活を送っています。

事業所は畑に隣接した住宅地に立地している。利用者が寛げる空間として、ウッドデッキが敷かれた広いバルコニーを新しくつらえており、毎月開催する認知症カフェの交流の場としても開放されている。週に一度は協力医療機関の訪問診療があり、経営母体の薬局や医療との連携体制を整えている。事業所は地域の認知症相談窓口の拠点としての役割を果たし、利用者と地域住民との交流の輪を広げ、利用者も地域の一員として安心して暮らせる地域づくりに貢献したい、との思いで支援に励んでいる。

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 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している (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

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	スタッフで作り上げた理念を日々の介護で「その人らしさ」をスタッフ同士話し合い、共有し、常に実践出来るように取り組んでいる。新規雇用の方に対しても、入社時に内容を伝え共有出来るように努めている。朝の申し送りの後にスタッフ全員で理念を声に出して読み上げ共有している。	立ち上げの際に、職員全員で作成したものである。朝礼時に職員全員で唱和したり、玄関や事務所、各ユニットに掲示し、確認している。	
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	自治会に加入し地域の活動にできるだけ参加できるよう努めている。地域住民のボランティアの方が施設の掃除や入居者と一緒にお手伝いをしたり、鑑賞に盆栽を持ってきて頂いたり日々交流している。夏祭りや芋煮会などは地域の方に呼びかけ参加して頂けるように努力している。近隣の保育所とは寒い時期を除き年6回ほど交流を持っている。社会福祉協議会の園児との交流事業もあり、地域とのつきあいが増えてきている。	天気の良い日は散歩して住民と挨拶をかわしており、近隣住民が自分で育てた鉢植えを玄関に飾り付けてくれている。掃除や傾聴ボランティアを受け入れている。月に一回認知症カフェを開催し、事業所の地域交流スペースを開放して、相談支援や憩いの場として提供している。中学生の職場体験受け入れや、保育園の運動会などで年4回の交流がある。今後は自警団の活動として、子どもの通学路の見守りを利用者と職員で参加できるように準備している。	
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	村からの委託により認知症サポーターや地域社協の講師として参加している。地域のケアマネージャーを通して認知の対応について悩んでいる方がいらっしゃる時は、いつでも相談に乗れるよう呼びかけをしている。中学生の職場体験にも協力し体験から介護とは？認知症とは？いろいろな事を体験から感じてもらえるようにしている。認知症カフェを毎月第3水曜日に認知症サポーターの協力を得て開催し地域の人々と交流を持っている。		
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	管理者とユニットリーダーが参加、委員からの意見や要望を頂きサービスの向上に努めている。身体拘束等適正化委員会も同日に開催し身体拘束について話し合いの場を設けている。今後も職員の参加や会議録の回覧、ユニット会議での議題などに挙げていただき全職員での共有内容をしていきたい。	行事や利用者の状況報告、事業所の取り組みなどを報告している。認知症カフェの一貫としての福祉まつりの開催にあたって「地域の方々へ介護予防的な内容を行ったほうが良い」との助言で、リハビリ体操やシナプソロジーなどのメニューを取り入れた。	
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取り組んでいる	運営推進会議や研修会、キャラバンメイト等の活動を通して連携を図っている。必要に応じては、随時窓口へ行き、連絡・相談をしたり、PCメールなどの活用もしている。	ホーム長が役場に出向き、担当者から行政情報を受け取ったり、事務手続きの相談に乗ってもらったりしている。職員は認知症キャラバンメイトの活動を通じ、地域に住む認知症の住民に対する適切な対応方法を伝達している。	

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
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	身体拘束はなく、常に、身体拘束ゼロを目指し日々職員同士で確認し合い取り組んでいる。拘束につながる行為が見られたり不安に思った時はホーム長とも相談し、村の窓口へ確認し対応している。2か月に1回身体拘束等適正化委員会を開催し身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	身体拘束排除に関するマニュアルがあり、事務所へ保管している。年に1回研修を行っているが、研修に参加できなかった職員への伝達研修の方法が確立されていない。身体拘束等適正化委員会を2～3ヶ月に1度開催しており、メンバーが会議後事務所内を見学し、身体拘束に繋がることはないか、の点検確認をしている。廊下に身体拘束排除の啓発ポスターを掲示している。	研修に参加していない職員にも研修内容の情報提供に努め、全職員が共有し理解できる仕組み作りを期待する。
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	管理者による勉強会などを行い、虐待について学ぶ機会を持つことで、常に職員が利用者の尊厳を守るよう努めている。		
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	資料を活用し情報の共有は行っているが、十分な理解にまで至っていない。特に、経験の少ないスタッフに対しての勉強会などを今後も実施していきたい。		
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	契約時は相手の気持ちをきちんと理解し、不明な点や不安な点がある場合には、相手が納得できるまで話し合いをするようにしている。契約終了後であっても、不明な点が生じた場合は随時相談してほしい旨を伝えている。		
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	家族会において無記名でのアンケートを実施している。結果についてはユニットにて話し合いを行っている。また、毎月、介護相談員が2名来苑されている。内容についてはその都度、話をしたり、年に1度連絡会を開催し、運営に反映できるような取り組みをしている。	家族会を年1回開催し、意見を受付けている。また、面会簿に意見や要望を記入できる欄を設けている。職員の伝え方や話し方で家族等が誤解を招いてしまわないように、改善を図っている。	
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	各自自己評価を行い、内容のフィードバックを年に2回実施している。また、ユニット会議等で出た意見に関しては、すぐに管理者へ相談し、問題の解決などに努めている。	日頃から話し易い雰囲気づくりに努め、月1回の職員会議時や年2回の職員面接時に話を聴いている。現場からの意見により、古くなっていた中庭のウッドデッキスペースを改修し、庭木を伐採して新たに広いバルコニーにし、利用者や認知症カフェでの交流スペースとして有効活用できるようになった。	
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	職員の個々にあった役割分担を決めることで各自が向上心を持ち働けるよう努めている。また、ホーム長との面談において、目標を聞き、実践し、目標を達成できたか、半年に一回自己評価。参加したい研修をすぐ閲覧できるようにし希望の研修に参加出来るよう取り組んでいる。		

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
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	法人全体での会議を開催し、外部研修などに参加した職員の研修発表、日々、ホーム長、ユニットリーダーを筆頭に職員の育成、知識の向上に取り組んでいる。		
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	地域内や近隣の福祉施設の行事等に行き来したり、介護支援事業所との情報交換や意見交換を行っている。村で開催する勉強会などにも積極的な参加をし、交流の機会を設けている。		
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	事前面接を行い生活歴や思いを把握しているとともに、馴染みの関係がつかれるよう何度かお会いしたり体験入所等も実施している。担当のケアマネージャーなどがいる場合は、話し合いの場等を作っていただき、利用者の不安を少しでも取り除ける努力をしている。		
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	不安や要望、ご家族がホームに何を望むか等、話し合いの場を持ち入所前に介護計画の作成を必ず行い、入所後のケアについてご家族との話し合いを十分行うようにしている。内容については全スタッフで必ず受けとめる努力をしている。ご家族の依頼や相談をしやすいよう面会簿に気軽に記入出来るようにしている。		
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	本人と家族の関係性や思いに合わせ、よりよい関係が継続できるよう配慮し、気づいた事は細かく記録し、共有し、共に支えられるよう、報告・連絡・相談・確認を密に行っている。		
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	信頼関係を大切にすべて行ってしまおうのではなく、できることは手伝っていただき、余暇(体操・合唱・貼り絵・ドリル)を一緒に行い、過ごし楽しむなど、一緒に過ごす時間を大切にしている。		
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	職員と家族が利用者に対しての思いが一緒でありたい事からホームからの連絡をまめに行ったり、カンファレンスへの参加も促している。また、場合により職員が仲介役になることで、ご本人とご家族の関係が崩れないよう努力している。		
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	いつでも、自宅やお店に出かけられるよう支援している。また、お友達など気軽に会いに来て頂けるように働きかけている。傾聴ボランティアの方も月に2回程交流があり馴染みの関係の継続が出来ている。	入所時に情報収集し、また生活の中でも会話等から確認して把握している。 自宅へ外泊や、職員と買い物や食事へ、家族と外出や墓参り等に行っている。友人が訪ねてきて、一緒に食事や買い物へ行くこともある。	

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
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	円滑な関係作りができるような場面作りをしたり、一人ひとりが孤立しないよう仲介に入るなどし対応に努めている。日々の生活の中でお手伝いなどしながら、利用者同士の信頼関係が築けるよう支援している。		
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	契約終了後もお祭り等へ参加等を促したり、手紙や電話等で利用者やご家族の状況確認ができるよう心がけ、場合により葬儀等にも職員、利用者共に参列している。退所後も気軽に訪問して下さる関係性を築いている。また、関係機関と協力して本人やご家族の相談や支援等に努めている。		
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	本人の思いは何なのか？を常に感じとる努力をしている。うまく思いを伝えられない方に関してもスタッフ間で情報の共有ができるように申し送り等をうまく活用している。思いの把握が困難な際は、随時カンファレンスを開き本人本位のケアをするためにどうするか？検討している。	話ができる利用者からは、思いを傾聴するように心がけている。思いの表出が困難な利用者は、表情などから快、不快を見極め、しぐさなどで察して本人本位の支援を心がけている。日頃から聞き取りするほか、日々の介護記録によって、想いを共有している。	
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	本人や家族、介護支援専門員などから生活情報を収集し、安心して生活できるよう馴染みの物を持参していただき、過ごしやすい環境作りに努めている。		
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	日々の申し送りやカンファレンス等で利用者の状態把握に努めている。また、管理者や介護支援専門員、看護師も現場に入り状態の把握に留意している。ユニット間の申し送りを取り入れ、すべての利用者の生活状況が把握できるように努めている。		
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	スタッフだけでなく、医療機関や家族もチームであることを踏まえ日常的に意見交換をし介護計画に結び付けている。定期的に(最低3カ月に1度)にカンファレンスを実施しケアプランの見直しを随時行っている。変化がある場合は随時カンファレンスを開催をし、計画の変更がないか確認している。今後は、地域の方などもチームの一員になって頂けるように情報交換を積極的に行っていききたい。	利用者や家族等の意向を踏まえ、計画作成担当者が作成した介護計画案を基に看護師や職員も関わり作成している。モニタリングを3ヶ月毎に行い、基本1～2年で見直している。	
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	ケアプランの内容がすぐ確認出来る記録用紙を使用し利用者個別の生活支援記録を記載。ケアプランにそったケアにはその項目も記入し、その時の状態や会話等日々の状態変化を把握するようにしている。記載の仕方も会話の内容や対応の前後の様子まできちんと記載できるように努力している。また、申し送りノートを活用しスタッフ間で情報の共有に努めている。		

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
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	軽度・重度にかかわらず、その時々生まれるニーズに柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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	近年は近隣の方がボランティアをしたいと訪ねてきたり、盆栽などが趣味でみなさんに観てほしいとホームに持って来て頂き植物を鑑賞することで癒されたりしている。保育所・幼稚園・小学校・中学校、警察や消防などに協力を依頼し、安心して楽しい生活ができるよう地域資源を活用して支援できるよう努力している。		
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	ホームの協力医療機関のほか利用者のかかりつけ医を大切に受診している。かかりつけ医の診療情報や往診医の受診結果等を記録、またホーム内での生活を経過記録としてまとめ利用者とかかりつけ医のつなぎ役として支援している。	協力医療機関の医師による訪問診療が週に1回ある。付き添いは、状況によって家族や職員が行う。医師へは、事前にFAXを利用してバイタルを文書で提供、その他電話で随時やり取りをしている。家族への受診報告は変化があった際に電話で報告し、職員間では受診ノートに記載し共有している。	
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	現在、看護師不在の状態な為、入居者の状態の変化に応じた対応ができるよう管理者、職員間で日々の体調管理や生活状況の情報を共有し、何かあればすぐ相談できる環境を整え協力医療機関の受診がすぐ出来るよう対応している。		
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、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。	入院時は頻りに面会に行くことで病院関係者との情報交換を密に行っている。入院時の緊急連絡先についてもご家族様だけではなくメジロ苑も連絡先として対応している。退院時の送迎も行っている。		
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	看取り同意書について本人、ご家族に説明し同意を得ているとともにかかりつけ医と相談し行っている。入居者の状況に合わせその都度話し合い、入居者に合った支援の目標、方向性をご家族と共にチームとして検討している。	意向確認書を取っており、状況の変化に応じた繰り返しの話し合いと、段階的な合意を行なっている。看取り後のグリーフケアとして職員間での振り返りも行っている。看護協会開催の外部研修に年1回参加している。	
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	急変時の連絡方法を提示し徹底している。消防に依頼をして、心肺蘇生法の研修会を定期的実施している。		

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
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	通常の避難訓練と夜間想定避難訓練を年に1回ずつ訓練を行っている。災害備蓄品一覧を作成し備蓄品の管理を行い、使用期限がある備蓄食材を使用し芋煮会の際に炊き出し訓練を兼ねて行えるよう計画している。今後は東海村の原発事故の大規模な想定避難訓練に参加予定。自治会に加入していることもあり、災害時はお互いに協力しあえる関係作りに努めている。	夜間や台風を想定しての訓練を行っている。原子力災害についても、村の指導のもと行なう予定である。賞味期限記載のリストを作成しており、飲料水や乾パン、イモ類などの野菜、ティッシュペーパーなどの備蓄品を準備している。反省会を行い課題について話し合っている。地域住民の参加は今のところない。	災害時に備え、地域との協力体制を築くため、避難訓練への住民参加の協力を仰ぐ呼びかけを続けることを期待する。
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	利用者やご家族のプライバシーを尊重し、通信の作成などにも配慮したり、利用者に対しての言葉かけ(呼び方)もご家族に確認し失礼のないよう配慮している。	言葉遣いに気をつけて、名前はさん付けで呼ぶなど、人権やプライバシーに配慮している。入職時に守秘義務の規程を確認している。プライバシー研修を年1回行っている。	
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	関わりや会話の中でさりげなく現れる感情や希望を読み取れるよう配慮している。何気ない表情や動作、仕草などを見逃さずに本人の気持ちに寄り添った援助を心がけている。		
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	利用者一人ひとりのペースに合わせて過ごして頂いている。表情や言葉、体調をしっかり観察しコミュニケーションを通して希望や要望を読み取り、その一日の過ごし方を検討し援助出来るよう努めている。		
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	利用者の希望に合わせて美容室への付き添いを行っている。また、毛染めやカット等も本人の好みに合わせて、器用なスタッフがその都度対応している。移動が困難な方に対しては出張美容を利用している。		
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	一緒に食事作り(皮むき等)をしたり利用者の好みの物を把握しお楽しみ献立として提供したりしている。下膳や食器洗い、食器拭きなど出来ることを見つけスタッフと一緒にやっている。	配食業者が立てた献立を、自家菜園の野菜などを使い職員がアレンジして家庭的な食事に整えている。利用者は、食器洗いや野菜の皮むき、下ごしらえ、食器拭きなどできることを手伝っている。ひな祭りに手まり寿司など、季節に応じた行事食を提供している。不定期に年に何回か、利用者の希望に沿って外食に行ったりと個別対応している。夜にカップラーメンを食べたいという希望に応じるなど、利用者の想いを大切にしている。	
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	一人ひとりのその日の状態に合わせて食事形態の工夫をしている。毎食の食事量チェックや状況により水分量のチェックを行っている。体重管理をし、個々の体重の増減に応じて、Dr. や看護師に相談し、食事のバランスを個々に応じた支援をしている。		
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	一人ひとりにあった方法で毎食後の口腔ケアを実施し、口腔内の状態の確認、清潔保持に努めている。		

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
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	おむつを出来る限り使用せずに済むように利用者一人ひとりの排泄パターンを、排泄表などを用いて把握しトイレでの排泄、排泄の自立に努めている。排泄に支援が必要な方には転倒などに気を付け、事故がないよう安全に排泄出来るよう支援している。村の介護用品支援事業を利用して個々に合った物を発注し利用、自立支援に向けた支援を行っている。	排泄チェック表から把握し、支援している。夜間帯はリハビリパンツだが日中は布パンツとパットで過ごせる利用者もいる。	
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	便秘予防に配慮しヤクルト・牛乳などを飲用していたり、腹部マッサージやホットパックなどいろいろな工夫をしている。その日の便の兆候など観察し、薬に頼らない個々に応じた便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者ひとりひとりに合わせくつろいだ入浴ができるよう努めている。また、季節に応じ菖蒲湯やゆず湯などに同時に季節感を味わえるように努力している。	曜日や時間は決めておらず、利用者の意向に沿っていつでも入浴できる。ゆず湯や菖蒲湯など季節の湯で楽しんでもらえるよう工夫している。	
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	散歩や昼寝など一人ひとりの生活習慣を尊重している。また、なかなか寝れない方などは寝る前に入浴や足浴をしていただいたり、横に付き添い安心して休めるよう支援している。		
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	薬剤情報を活用し用法や用量の把握をするよう努めている。医師、薬剤師、看護師の連携により薬剤変更時の確認など連携を密にしている。また、服薬時は日付、名前、時間の確認を声に出し再確認し、個々に合った服薬方法(服薬ゼリー等)で支援し、きちんと飲み込まれているか確認している。		
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	洗濯たたみ、洗濯干し、テーブル拭き、食器拭きなどそれぞれの役割を持っていただき生活していただいている。本人の好きなことを知り一緒に行くことで、生活のなかに張り合いや楽しみが出来る様に支援している。		
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	本人の希望にて買い物、ドライブ、散歩等戸外へ出かけられるよう努めている。ご家族と一緒に出かけられるような機会を作るようにも心がけている。入居者の中には一人で買い物へ出かけたい方もいるため、家族の了承も得ているので、快く買い物へ行けるよう支援している。(携帯電話を持って外出して頂いている)	独りで近所のコンビニエンスストアへ気分転換に行く利用者がいたり、メガネなど必要な物を職員と一緒に買いに出かける利用者もいる。年間行事計画を立て、つるしびなや、季節の花を見に行ったりしている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	お金を持つことを希望されている方に対してはご家族ときちんと相談のもと管理していただくようにしている。また、欲しい物を気軽に言える環境作りや買い物に行った際などは自ら支払いができ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
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	いつでもご家族に電話できるよう支援している。入居者には携帯電話を持ちご家族と連絡を密に取っている方もいる。手紙のやり取りもご家族と協力により支援し、クリスマスカードや年賀状など地域の小学校や家族とのやりとりもしている。		
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	季節の花を飾ったり、行事等の飾り付けをするなどし居心地の良い空間づくり努めているまた、毎月の手作りカレンダーや写真を掲示するなどし季節を感じれる工夫をしている。	居間兼食堂の天井は高く、明り取りの窓も高い所にあるため、自然光が差し込み明るい空間となっている。玄関に季節の草花や盆栽をあしらいい、温かく明るい雰囲気である。大きな掃きだし窓からウッドデッキの広いバルコニーへ出入りすることができ、テーブルと椅子が設置され、利用者や認知症カフェを利用する地域住民が外気浴で気分転換ができ、のびのび寛げる場所となっている。	
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	フローアやバルコニー、地域交流スペースの活用により気の合った利用者同士がゆっくりと過ごせるようにしている。また、フローア内でも一人ひとりの時間を過ごせるように配慮している。		
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	本人が以前から使い慣れたものなどを使用し過ごしやすい環境作りに努めている。また、配置等に関しては、安全な空間作りを基に本人やご家族の要望も聞き入れるようにしている。	こたつ等使い慣れたもの、好みのものを自由に持ち込んでもらっている。家族等の協力で好みの家具の配置や壁面の飾りつけを行い、居心地の良い空間になるようにしている。	
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」「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	バリアフリーという施設の条件を生かし、車いすやシルバーカーの使用など一人ひとりの状態に合わせて生活している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームメジロ苑

作成日 平成31年4月9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	6	研修に参加していない職員にも研修内容の情報提供に努め、全職員が共有し理解できる仕組みを作る。	全職員が研修内容を共有し理解することができる	内部研修伝達実施記録を作成し研修内容、研修の伝達を受けての内容の理解、感想を記入しサインする。全員が共有、理解できるように取り組む。	6ヶ月
2	35	災害時に備え、地域との協力体制を築くため、避難訓練への住民参加の協力を仰ぐ呼びかけを継続する。	地域住民との協力体制を築き継続して取り組むことができる。	自治会の協力（回覧板、チラシ等）を仰ぎながら地域住民との協力体制を築き地域を共に災害に備える取り組みをして行く。	12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。