

### 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	0873900724		
法人名	メディカル・ケア・サービス茨城有限会社		
事業所名	愛の家グループホーム石岡青柳	ユニット名(なでしこ)	
所在地	茨城県石岡市下青柳948-2		
自己評価作成日	平成30年9月30日	評価結果市町村受理日	平成31年1月21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="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&amp;Ji_gvosvoCd=0873900724-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kihon=true&amp;Ji_gvosvoCd=0873900724-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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30年11月15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)】**

筑波山麓を臨む大自然の中に立地し、四季折々に咲く花や雄大な景色を一望できる清涼な空気に包まれたホームです。住み慣れたこの自然環境の中で歳を重ねても自分らしく生きることができるよう、入居者の個性を最大限尊重したケアにこだわり、得意な分野で活躍できる機会づくり(役割のある生活)のサポートを行っている。敷地内に入居者様とともに作る農園があり、収穫した野菜を使った食イベントを地域の方をお招きして好評をいただいております。年中行事だけでなく、入居者様の想いに即した個別支援を行っており、社内の認知症実践・研究報告で全国大会にも出場しました。

**【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)】**

事業所は茨城県フラワーパークの近隣にあり、自然に囲まれ季節を存分に感じることができる場所にある。職員は利用者の思いを大切に希望を吸い上げ、どうすれば実施できるのか職員全体で検討し、日帰り遠足や行事に繋げている。事業所が利用者にとって第二の家になるように、職員は利用者を家族として捉えている。本社による家族満足度調査では数ある事業所の中でも上位の満足度を得ている。

**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 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

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	運営理念は、お客様満足度向上、スタッフ満足度向上、地域との関わりの三本柱で構成されている。毎日唱和し、理念の下で勤務することを意識し、具体的なサービスに結びつけている。その他、スタッフ会議等で理解を深めるための勉強会も開催している。	理念を朝礼や職員会議で唱和し、職員の意識付けを促しながら、理念を下に、利用者が自分らしい暮らしを継続出来るよう日々の支援に努め、「快適で穏やかなシルバーライフ」に立ち返りケアに繋げている。	
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	地域で開催している活動に参加し、地域の一員として活躍できている。また、季節に応じて近所の方からとりたての野菜や果物の差し入れがあり、それらの食材で入居者様とスタッフが共同で作った料理を近所の方にもふるまう機会もある。	自治会に加入し、地域で行われる行事に参加している。近隣住民から季節の野菜等の差し入れがあり、日々の献立に利用している。事業所で行われる収穫祭に地域住民を招待して、差し入れの野菜を使ってピザ作りなどを行っている。	
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	実践を通して深めた認知症ケアの事例を、地域密着型事業所協議会で開催する地域向けのイベントで報告する機会を設けている。その他、オレンジカフェの協力、認知症見守り活動への参加を行っている。		
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	運営推進会議は、利用者家族、地域住民、在宅介護支援センター職員、市職員、事業所スタッフで構成、年6回開催している。事業所の取り組みや現況報告を行ったり、行事に参加してもらう形式で開催。構成員から得た意見をサービスにつなげている。	委員から地域で開催している体操教室を教えてもらい、利用者と職員が参加している。1年以上参加しているので、参加者と利用者が馴染みになり挨拶を交わしたり、事業所の収穫祭への参加に繋がった。昨年は管理者の異動等で年6回の開催をするまでに至らなかった。	年6回の開催を期待する。
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	市職員には、運営推進会議や地域密着型事業所協議会において、サービスや取り組みの内容を伝える機会がある。また、介護保険サービスに結び付いていないケースや重症の認知症介護相談が市の担当者から直接入るなど、協力関係を築いている。	八郷総合支所で開催される認知症カフェに利用者数名が出向き、参加者等と交流を図る等、認知症への理解を深めるための自治体の取り組みに協力する等信頼関係を築いている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置し、適切な管理をしている。また、スタッフを対象とした勉強会を開催、理解を深めると共に、2か月に1回チェックシートを用いて評価するなど、身体拘束をしない取り組みを行っている。防犯の観点から常時ではないが、日中は自由に出入りができるように玄関を開放している。	身体拘束廃止委員会を設置し、定期的に委員会を開催するとともに、虐待不適切チェックシートを使い、評価している。法人としてマニュアルを作成し、見直しを行っている。年3回内部研修を行っている。	

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	
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	身体拘束と同様、研修の開催、チェックシートを用いて評価し、虐待防止に努めている。虐待につながりそうな不適切なケアの段階で早期に対応するとともに、スタッフの介護ストレス軽減を目的とした面談も実施している。			
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	管理者が社会福祉士の資格を有しており、定期的に勉強会に参加している。成年後見制度利用に該当する入居者様があり、制度活用に結び付いている。			
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	契約内容に関しては、利用契約書及び重要事項説明書を用いて詳しく説明をした上で、不明や質問を受けている。また、解約や改定についても同様で、文書を用いてわかりやすい説明を心がけている。十分に理解、納得した上で、記名捺印をいただいている。			
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	利用者ご家族様満足度調査を実施し、意見や要望を自由に言える機会がある。また、ご家族様の来設時、家族会開催時に意見を確認する他に、面会の頻度が少ない入居者様のご家族に対しては、個別に電話連絡をするなどして意見をいただき、運営に反映させている。	利用者や家族等が意見や苦情を言える機関を重要事項説明書に明記するとともに、直接話を聴くようにしている。家族等からの意見は多く、言い易い雰囲気である。法人が毎年、利用者家族の満足度調査を行っている。		
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	ホームには、スタッフが意見を自由に言える雰囲気があり、気になることや不安が都度解消できている。また、直接言いにくい内容については、エリアマネージャーと面談をしたり、社内に設置している相談窓口も利用可能である。それらの意見は必要に応じて運営に反映させている。	管理者は、職員の都合の良い時間を見計らって、一人ずつ話す機会を設け、職員の気付きやアイデア、要望、相談等を聞き、働きやすい環境作りに取り組んでいる。季節に合わせた施設時間の変更や、入口付近にセンサーライトを設置するなどの意見を活かしている。		
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	キャリアパス、評価表が明確に整備されている。スタッフそれぞれが自分がどの階層にいるのか、どの部分を改善、習得すればさらにステップアップするのかが確認できる。また、定期的に個人面談を行い、個々の努力や功績を評価し、夢や希望が実現するための方法を一緒に考えている。			
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	ホーム内で勉強会(研修)を毎月実施している。また、エリア開催の研修、本社で実施する研修の他、eラーニングを導入し学習環境を整えている。法人外が開催する研修もスタッフに周知し、受講ができる。会社をあげて資格取得支援も実施。			
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	石岡市地域密着型サービス協議会に加入している。同業者とのネットワークづくりや勉強会があり、他事業所のスタッフと意見交換をすることで、サービスの質の向上につなげている。また、社内にも同様の機能があり、施設見学等も活発である。			

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>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	サービス利用開始前のアセスメントの段階で、心配事や不安なこと、要望を確認している。それをサービス開始後どのように払拭、実現していくか、具体的な事例を用いて説明し、安心して利用開始できるよう配慮している。		
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	上記同様である。		
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	アセスメントの段階で、本人やご家族が抱えている悩みが、ホーム以外のサービスを利用する方が解決に結び付くと考えられる場合は、他のサービスの説明、調整を行っている。日頃から地域包括支援センター、他種別事業所と情報交換を行い、どの事業所でどんなサービスがうけられるかを知るようにしている。		
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	入居者様とスタッフは、家事や日々の活動を一緒に行っているため、入居者様が介護される一方の立場におく環境はない。入居者様それぞれに得意分野があり、スタッフが教えてもらうことも多い。		
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	ご家族とご本人のこれまでの関係性が、入居後も継続されるよう配慮している。自由な面会、ご家族とともに行う外出等、必要に応じてスタッフも同行するなど工夫しながら希望に沿った支援をしている。ご本人、ご家族の意思を最優先にしている。		
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	ご本人ご家族の希望を確認した上で、馴染みの人や場所との関係を継続している。友人との行き来、信頼している医師の下へ継続的に受診することも勧めている。その際スタッフが送迎等を行うこともある。	利用者や家族等から希望を確認し、これまでの馴染みの関係や趣味等が継続できるよう、利用者が大切にしていた今までの生活を支援をしている。	
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	ご利用者同士の相性や人間関係の把握に努め、起こりうるトラブルには事前に対応している。また、それぞれ得意不得意分野があるので、得意な分野で活躍でき、苦手な部分は皆で助け合うなど、ケース毎に最善と考えられる支援をしている。		
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	契約終了となり転居する場合は、入居中大切にしていた関係性についても記載した介護サマリー作成を行っている。退居した方やご家族より連絡をいただくことも多く、必要に応じて相談・支援を行っている。		

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
<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	入居前の面談時に、生活歴、困りごと、生活に関する思い、希望、意向を具体的に確認し、スタッフ全体で共有している。会話が困難な入居者様に関しては、趣味・思考・これまでの人生をどう生きてきたかを踏まえ、ご家族とともに考えている。また、表情から快、不快を確認している。	日々の暮らしの中で、利用者の発した言葉や仕草、表情等は、その都度、新たにケア記録に記入し職員間で共有し、利用者の希望が叶うように職員会議で検討し、実践に繋げている。	
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	上記同様である。		
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	スタッフひとりひとりの観察力を磨き、日々の入居者様の様子を適切に把握するようにしている。先入観にとらわれない現状の把握に努め、介護記録に記載した上で、チーム間で情報共有を行っている。		
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	本人・ご家族・担当医・看護師・スタッフで構成する担当者会議を開催し、意見交換を行いながら介護計画を作成している。	3ヶ月ごとにモニタリングを行い、それを基に介護計画を定期的に見直すなど、常に利用者の現状に則した介護計画になるような取り組みを行っている。利用者の状況が急変した場合は介護計画を見直す等迅速な対応に努めている。	
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	各種様式を用いて記録を整備している。ケアに入る前にそれらを確認し、最新の情報を各スタッフが把握できるよう努めている。記録の確認だけではなく、朝礼、勤務引き継ぎ時に、口頭での確認も合わせて実施している。		

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
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	ホーム内既存のサービスだけでなく、都度変わるご本人やご家族の希望に沿って、地域の社会資源やボランティアを活用したり、ホーム外へ出かけて行き自己実現を図っている。		
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	地域にある地域資源は、社会福祉協議会からの情報提供や、広報誌等を通して、把握している。入居者様それぞれの希望を確認しながら、社会資源の活用に結び付けている。		
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	往診医がいるが、入居以前からのかかりつけ医がいれば、往診医への切り替えは必須でない。信頼できる医師の下、安心して医療を受けられるような環境整備に配慮している。	かかりつけ医の受診には家族等の外、職員が同行し、利用者の健康管理表を基に状況等を医師に伝え、スムーズな受診が出来るよう支援している。かかりつけ医の受診は家族等の付き添いが基本であるが、付き添えない場合は、職員が代りに付き添い受診の継続を支援している。	
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	医療連携により、訪問看護を受けられる体制を整備している。スタッフが入居者様の体調の変化を日々記録し、訪問看護師に申し送りをした上で、健康観察を受けている。必要に応じて看護師から医師に病状を報告し、指示を得ている。		
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。	近隣医療機関とは、ソーシャルワーカーを通じて常に情報交換を行っている。入居者様が入院した際は、インフォームドコンセントにスタッフも立ち合い、治療の経過や、退院の見極めを共に実施している。また、面会もこまめに行っている。		
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	重度化した場合、終末期に向けた方針は、入居時に概要を説明している。また、入居者様の体調が実際に重度化・終末期の時期であると医師が判断した場合には、改めて方針の確認をし、文章をもって意思確認を行っている。入居者様やご家族の思いを把握しながら支援している。	重度化や看取りに関する指針があり、入居時に利用者や家族等に説明し、理解を得て書面上でも確認する取り組みを行っている。看取りが始まる際に訪問看護師が講師になり、対象者に合う内容で勉強会を実施している。	
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	事故発生時、急変時における対応方法の研修を実施している。また、ユニット会議等でリマインドしながら、応急手当、初期対応の訓練を定期的に行っている。マニュアルの備え付けもある。		

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
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	避難訓練は年2回実施している。内1回は、消防署立ち合いの訓練としている。緊急連絡網を整備し、近隣ホームとの連携ができる体制もっており、消防団との協力体制も築いている。	夜間想定や地震想定等の避難訓練を実施している。石岡市の災害アプリを使い、情報を得ている。 避難訓練後に、地元消防団からの講評を受けて、会議等で反省点や改善点を話し合い、今後の課題とする等訓練の記録を作成している。	
<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 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	入居者様から得た個人情報の管理は適切に行っている。また、日々の関わりの中で、尊厳を損ねることのない会話や対応ができるよう心掛けている。対応や会話が不適切なものでないか、チェックシートを用いて評価すると同時に、スタッフ会議等で検討もしている。	利用者の尊厳に配慮した言葉遣いを心がけている。人権尊重や守秘義務について規程を定め、職員面接、入職時に説明し、研修も行っている。自己評価を使い勉強会を行っている。	
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	日々の生活の中で、入居者様との会話を多く持ち、趣味嗜好を把握することはもちろん、本人の思いや希望がどうすれば叶うか、という視点をスタッフそれぞれが持っている。また、入居者様が生活自体を自己決定できるような支援を一貫して行っている。		
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	集団生活の中においても、一人ひとりのペースを大切に、ゆったりと生活ができるよう配慮している。食事時間や入浴の時間でもできる限り入居者様の意思を尊重し、ホームの日課(時間)を優先させることのないような支援を行っている。		
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	好みの洋服をホームに置き、その日何を着るかは入居者様とスタッフが一緒に選んでいる。外出やイベント時には、ご家族様にもコーディネートを協力していただくなど、その人らしい身支度ができ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	調理を含めた家事が得意な入居者様は、スタッフとともに準備や後片付けを行っている。スタッフ以上に調理が得意な入居者様もおり、他入居者様からの賞賛も得ている。	利用者の能力に応じてテーブル拭きなどの手伝いを行っている。利用者の希望で、女性だけで外食に出かける「女子会」を行ったり、食べたいものを皆で作るなど食事が楽しめるような工夫をしている。	
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	食事や水分の摂取量は日々記録を行い、状況の把握を行っている。嚥下状態や摂食動作も含め、適切な食形態で、好みの味を摂れるよう、メニューづくりも工夫している。また、ご家族に協力していただきながら、自宅に外出し、好みの料理を味わう機会が持てるような支援も行っている。		

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
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	毎食後口腔ケアを行っている。残渣がないよう、必要に応じてスタッフが声かけ介助を行っている。訪問歯科と連携しており、口腔ケアの手技をスタッフが学ぶ機会の確保と同時に、定期的に口腔衛生のチェックも行えるよう体制を整備している。		
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	排泄チェック表を活用し、排泄のパターンを確認している。必要に応じて排泄の声かけや誘導を行い、排泄の失敗が減るよう支援している。	排泄チェック表や健康管理表等から利用者の排泄パターンを把握し、尊厳を損なわない声かけでトイレへ誘導し、利用者がトイレで排泄出来るような取り組みを実践している。	
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	上記同様、排泄チェック表を用いて排便の記録を実施している。水分や野菜を多くとり、自然排便ができるよう心がけているが、改善できない場合には、医師と連携し薬剤による排便コントロールを実施している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回の入浴を行っている。スタッフの体制上15:00～17:00が入浴時間となっているが、体調や気分に合わせて、柔軟に対応している。また、湯の温度、入浴剤の使用は、ご本人の好みに合わせ、リラックスした入浴タイムを過ごせるよう支援している。	入浴時間は、基本週3回、午後に設定されているが、利用者や家族等の要望があれば、柔軟に対応し、いつでも入浴が出来るよう支援している。入浴のほか、医師の指示等で清拭や足浴等の支援をしている。入浴剤や湯の温度などは一人ひとりの好みに合わせている。	
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	居室環境は、入居者様それぞれの身体状況や好みに合わせたものとしている。休息のペースはそれぞれ異なるので、ゆったりと休息できるよう、居室の温度や光や音等、快適であるよう配慮している。		
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	医師により処方された薬剤が適切に内服できるよう、薬剤師と連携し服薬管理を行っている。効果の出入、副作用の有無も含め薬剤師とともに確認しながら、必要に応じて医師に薬剤相談を実施している。		
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	得意な分野で活躍できる機会づくりに努めている。漫然と生活を送るのではなく、入居者様それぞれに役割があり、存在価値を感じられるような過ごし方であるよう工夫している。また、嗜好に合わせて余暇時間を自由に過ごせるよう配慮している。		



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
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	個別支援に力を入れている。ホーム内の支援に完結せず、入居者様の希望に沿って外出、外食、家族との時間を過ごせるような支援を行っている。入居者様それぞれの希望を的確に把握するため、会話を多く持ちスタッフ間で共有し、その希望がどうすれば叶うかをチーム全体で検討している。	天気の良い日には、利用者は事業所周辺を散歩して風景を眺めたり、近隣住民と会話を楽しむ等、地域住民との交流や地域での暮らしが楽しめるよう支援している。利用者がマグロの解体ショーが見たいというつぶやきを拾い、職員で検討して利用者と職員が那珂湊魚市場へ出向き魚を購入し、施設で職員が解体し、利用者全員で刺身を食べた。	
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	金銭は事務所金庫で管理している。買い物が必要な場合、希望があった時、外出時には、財布を金庫から出して本人に渡し、スタッフ付き添いで出かけている。		
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	希望に沿って、自由にやりとりができる環境である。昔からの友人から電話がかかってくる入居者様もあり、都度取りついでいる。個人情報保護の観点から、事前にご本人ご家族とどこまでの取りつぎを希望するかを確認した上で実施している。		
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雑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	おひとりおひとり“快適”の指標が違うので、都度入居者様に確認しながら快適な空間を維持している。庭に咲く花を生けたり、行事ごとに飾り物を変えたりして、季節感が感じられるような空間づくりを入居者様とともにやっている。	玄関から続く広いホールは、高窓から明るい光が差し込み、利用者同士や家族等が寛いで過ごせる落ち着いた空間になっている。事業所内の所々に掲示された利用者の作品やイベントの写真、季節毎の飾り付けは、利用者や家族等の会話を弾ませる等楽しみの一つになっている。利用者は、事業所の山側に設置されたウッドデッキでお茶を飲んだり花見を楽しむ等、季節の風景を楽しめる憩いの場所になっている。	
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	入居者様は、思い思いの場所で過ごしている。ホールだけでなく、ユニットの間にある中ホールにもソファを設置し、気の合う入居者様と過ごせる空間を作っている。		
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	ベッドやタンスの備え付けはあるが、自宅から使い慣れたものを持ち込んでいる入居者様も多い。ご家族様にも協力をいただきながら、ご本人と相談して、使いやすく心地よく過ごせる居室づくりに努めている。	整理箆笥やベッド等は色や形、使い勝手等、数タイプ用意されており、利用者や家族等は自分の好みに合った物を選び設置している。利用者は自宅で使っていた馴染みの物を持ち込んでいる。	
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	全館バリアフリーとなっている。また、場所がわかるよう浴室やトイレは大きな文字で表示、居室には表札を掲げている。各所に手すりがついており、入居者様の機能を最大限活かせる環境とケアを行っている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム石岡青柳

作成日 平成31年1月22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	4(3)	昨年度、運営推進会議の開催が6回未満であった。今年度は年6回実施できる予定で進んでいる。	運営推進会議を確実に年6回実施する。	従来の開催方法に囚われず、既存の取組みと同時開催することで対策。 ・石岡市地域密着型施設合同で開催 ・行事参加型の開催を年2回	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。