

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	0890200454		
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日立森山町	ユニット名(1階・2階共通)	
所在地	茨城県日立市森山町1-11-3		
自己評価作成日	令和 04年 03月 18日(金)	評価結果市町村受理日	令和 04年 6月 27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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=0890200454-00&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	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 04年 05月 27日(金)

【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)】

・敷地内の畑にて、入居者様が土を耕し野菜を育て、収穫していただいたものを使用した料理を提供している。
 ・住み慣れた町で生活が継続できるよう、一人ひとりの個性に合わせた必要な援助を行っている。
 ・訪問診療や訪問歯科、訪問看護を利用した、医療の連携体制がとれている。
 ・ご入居者様が希望を話しやすいような環境や関係性を構築し、そのニーズを支える体制がとれている。

【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)】

事業所は幹線道路から離れた団地の閑静な住宅街に立地している。開設して1年経過しており、外観内装ともに新しく、また清潔が保たれている。利用者は落ち着いた家庭的な雰囲気の中でユニット合同での体操やレクリエーションを行うなど利用者どうし仲良く過ごしている。ほかに音楽療法、脳トレーニング、塗り絵等や週1回の訪問看護師による機能訓練などを取り入れて、利用者が役割を持って活気ある生活を送れるように、支援を工夫している。

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 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	全職員が目にするところに貼り付け、ミーティング等で意識的に読むよう職員に伝えている。新入社員については、入職時にオリエンテーションを行い「理念の理解」という項目を設けて指導している。	開設間もない事業所で、利用者との関係づくりに理念を意識して取り組んでいる。玄関やユニットのキッチンに掲示するとともにカンファレンス時に振り返り、話し合っている。	
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	新型コロナウイルスの影響もあり、現状地域の方を事業所にお招きすることや地域の活動に参加することが困難である。そのため、散歩の際などに近所の方々とコミュニケーションをとっている。	近隣の公園や集会所への散歩時に、地域の方々や挨拶を交している。地域の方から、茶碗や皿などを使って欲しいと申し出があり受諾し活用している。職員の友人による三味線演奏のボランティアがある。	
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	ホームに見学に来ていただいた方に対して、認知症への理解をいただくために症状や特徴などについてお話し、支援方法をお伝えしている。また、お電話でお問い合わせいただいた場合にも同様に説明を行っている。		
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	運営推進会議について2か月に1回の開催が基本となっているが、新型コロナウイルスの影響により、行っていない。ご参加予定であった方に現状・活動内容の報告を行っている。地域の方やご家族様にも意見や希望を伺い、日々のケアサービスの参考としている。	コロナ禍の為文書による運営推進会議となっている。地震対策として、居室のクローゼットや家具の位置、配置の検討依頼があり、見直しをした。	
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取り組んでいる	ケアの中で対応困難な事例が発生した場合には介護保険課へ連絡をしている。重度な事故が発生した際には市役所へ報告をしている。	市の担当者とメールや電話にて連絡をとっている。コロナ感染対策や家族との面会についても助言をもらっている。重要な事柄が発生した際は、市に報告している。	
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	内部研修を行うほか、身体拘束防止委員会を設置して定期的に会議を開催している。また、ホーム間共通の書式を活用し、2ヶ月に1回の頻度で現場の意識確認を行っている。玄関の施錠は基本行わずに、希望に応じて外に出られるようになっている。	全職員が2か月ごとに16項目の「身体拘束チェックシート」によって、自らのケアに不適切なものがないか、記入して提出し、その話し合いを身体拘束廃止委員会としているほか新入職員も個別で研修を行っている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	定期的な内部研修を行い、チェックシートにて評価している。ご入居者様と職員間で交わされる言葉や行動を確認して不適切なケアを予防することで虐待ゼロへつなが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
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	ご入居者様の尊厳を保ち、制度への理解を増やすために学習の機会を設けている。		
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	ご入居時に契約書や重要事項説明書を用い手説明を行う。ご入居者様やご家族様の不安、疑問点を尋ねて話し合い、理解と納得を図っている。		
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	ご家族様の届く場所に、担当者へと繋がるご意見・相談窓口の番号を記載している。	重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。法人本部にフリーダイヤルの対応窓口を備えている。家族等が面会に来た際に意見を聞くようにしているが、コロナ禍の現在難しくなっている。	アンケートの活用などで本人、家族等の意見を更に引き出して、運営に反映する工夫を期待する。
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	ミーティングを行い、職員一人ひとりの意見や提案を聞き反映している。	日頃から話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、職員ミーティングを開催する前に議題提案書を配り、共有するようにしている。職員からの提案で、夜間緊急時の連絡網体制を取り決めたり、掃除の体制を変えて職員の負担を軽減している。	
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	キャリアパス制度を活用し、3月と9月にスタッフへのヒアリング及び評価を行っている。職員一人ひとりの悩みや目標等を聞く機会を設けている。		
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	年間計画を作成し、各自に合った外部研修や社内研修に参加している。		
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	愛の家グループホーム系列で行われている会議や研修会に参加し、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	ご入居者様への声かけを多くしその方の生活歴などを聞くことで、安心してもらえるような関係を作る努力をしている。		
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	体調不良や何かあったときだけではなく、ご家族様に近況等を伝えるようにしている。細かなことでもその都度ご家族様に連絡して話ができるよう努めている。		
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	ご本人様、ご家族様の意向をしっかりと把握し、サービス導入段階で安心してサービスを受けられるよう努めている。		
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	掃除や洗濯たたみ等は職員だけで行わずに入居者様と一緒にしている。		
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	ご家族様が抱える悩みや心配事も話し合えるような信頼関係を築けるよう来訪時などにコミュニケーションをとっている。		
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	ご入居者様は昔からの馴染みの場所や人に対してとても懐かしがられています。昔話に耳を傾けて思い出を大切にしています。	入居時に話を聞き、フェイスシートを作成している。電話や手紙のやりとりを支援している。コロナ禍が終われば自宅へ外泊ができるように支援して行く予定である。	
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	掃除や洗濯たたみを一緒にしていただくなど、ご入居者様同士が関われる環境を見つけて共同生活が送れるよう努めている。		

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
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	サービスのご利用が終了した後も、必要に応じ相談を受けたり支援に努めている。		
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	ご本人様の希望や思いを傾聴し、意向に添えるようによく努めている。 困難な場合はご家族様等にもお話を伺い、支援対応等をお願いしてご本人様本位に検討している。	日々の会話やかかわりの中で、利用者の言葉などから思いや意向を把握している。思いの表出が困難な利用者には家族等から聞いたり、利用者の表情、仕草、態度から把握している。好きなことをして過ごしてもらえよう、本人本位に支援している。	
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	ご本人様、ご家族様へ聞き取りを行ったり、情報シートへの記入をお願いしてこれまでの生活歴の情報を共有している。		
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	日々の状態変化を観察し、職員間で情報共有をし記録等に残すことで現状把握に努めている。毎日のバイタル、食事量や水分量、排泄の確認を行い、毎月の体重測定で健康状態を把握している。		
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	心身の状態観察を行い、小さな変化にも職員間で報告、連絡、相談をしている。チームケアとしてケアカンファレンスを実施し検討した上で統一した見解で現状に即した計画を作成している。	短期目標の見直しの期間を3ヶ月間として評価し、訪問看護の看護師の看護記録や介護記録を参照し、職員で話し合っって評価を行い、介護計画を作成している。	
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	個別の記録のほか、日常生活に関することを記録して職員同士で情報共有したうえでケアに活かしている。		
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	ご入居者様やご家族様のその時の状況に応じ、買い物代行や衣類の補充等必要な支援ができるよう努めている。		

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
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	地域資源について調べ、それを職員間で共有している。 新型コロナの影響のため、実施は難しい。		
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	かかりつけ医と関係を築き、受診や往診、急変時にも対応いただけるよう医療連携に取り組んでいる。	契約時に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療がある。利用者の各ファイルには、医療情報を分かりやすく管理し、緊急時の対応を備えている。	
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	ご入居様の体調に異変があった場合、訪問看護へ連絡をとり適切な通院や看護を受けられるよう努めている。		
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。	入院した場合は早期に退院を目指して、病院に様子確認を行い環境整備に努めている。		
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	契約時に重度化された場合の対応や終末期のケアについて説明を行っている。	重度化と看取りの指針を作成し、契約時に説明して同意を得ている。看取りを行う事業所として具体的なマニュアルの作成や職員研修などを構築していく予定である。	
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	緊急マニュアルを作成して設置している。 また、よりスムーズに対応できるように定期的に話し合う場を設け、急変や事故発生時に速やかな対応ができるよう備えている。		
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	災害発生時の対応について職員に説明をしている。また、消防署協力の元、年2回の避難訓練を行っている。	夜間想定を含む避難訓練を年2回行う予定である。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。今後近隣住民や地域の代表者に協力の呼びかけを行う予定である。	災害時に備えて夜間想定での訓練を行うとともに、近隣との協力体制を構築することを期待する。

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	ご入居者様それぞれの人格や性格、認知症状の把握をして支援にあたっている。排泄や更衣、入浴時等は特に周りの方からの目に配慮して声かけを行う。	利用者一人ひとりのプライバシー(排泄や更衣、入浴等)に配慮した言葉かけを行うようにしている。入社時に新人教育として守秘義務の規程等を学んでいる。気付いたことをミーティングや申し送り時に話し合うようにしている。	
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	ご本人様に意思確認を行い、職員が判断することなく行っている。意思表示が難しい方に対しては表情や小さな動きから読み取れるように関係性を築いている。		
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	一日を過ごす中でご入居者様のペースを把握し、それに応じた声かけを行っている。食事の好み等、できる限りの対応をしている。		
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	季節にあった衣類を一緒に選択している。訪問理容を依頼し、希望される方には散髪を行っている。		
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	ご入居者様に、できる時には調理等を手伝っていただく。月に1回～複数回行事食として時期に応じた食事を提供する。	調理専門職員が、本部の栄養士の献立に沿って、利用者の好みを踏まえた献立にアレンジして提供している。利用者もキッチンで手伝うことがある。自家菜園の野菜が食卓に上っている。	
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	食事量や水分量を記録し、摂取量の低下や体調によって補食等を提供している。		
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	ご自分でできる方には行っていただき、必要な方には確認・介助を行っている。訪問歯科を利用し、担当医より口腔清潔のための助言をもらっている。		

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
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	トイレでの排泄を基本とし、排泄の確認を行うことでパターンを把握する。 それにより、個々に応じた声かけや誘導を行うことで失敗を減らす。	利用者の一人ひとりの排泄パターンを把握し、利用者に合わせて声掛け誘導している。日中はおむつではなくリハビリパンツで過ごすようにして、できるだけトイレでの排泄を支援している。	
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	水分摂取の目標量を設定して意識的に水分をとれるよう努めている。 毎日体操を行うことで体を動かす機会を設けている。		
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	入浴日は決まっているが、ご本人様の希望に応じて変更をしている。 入浴剤を使用することで気分転換を図る。	入浴は基本週3回としているが、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。 左右対応可能な手すりの設置などで安全に入浴できるよう配慮している。浮腫対策として足浴なども行っている。	
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	日中、ご本人様の様子や希望によっては横になる時間を設けている。 夜間は一人ひとりの居室で休んでいただいている。		
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	ご本人様の体調や言動に変化がある際には、往診時に医師に報告する。 ご入居者様の薬情報書を職員が把握できるようにプライバシーに配慮したうえでファイリングしている。		
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	新聞購読等、今までの生活が継続できるよう支援を行っている。 家事活動等を手伝っていただくことで役割をつくる。		
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	新型コロナウイルスの影響に配慮しながら、日々の散歩を行っている。 季節を感じていただけるような行事を開催して、楽しんでいただく。	天候に配慮しながら近くの公園まで散歩に出かけている。年間行事計画を立てて、ドライブ外出に出かけている。神峰公園の桜や東海村の紫陽花見物などに出かけた。	

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
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	ご希望があるご入居者様はお金を所持されている。外に自動販売機を置くことにより、日常にお金を使う機会を設けている。		
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	ご入居者様宛てに手紙が届いた際には、ご本人様と一緒に返事を書いている。ご家族様より電話があった場合には、希望に応じてご本人様に代わって話をしてもらっている。		
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	季節を感じていただけるように、飾りつけや壁画をご入居者様と一緒に作成している。温度調整や空気の入れ替えを適宜行っている。居室や共有の場所(トイレ等)がわかりやすいように目線の高さに表示をつけている。	居間兼食堂は広々とした開放的な造りで、温度・湿度管理がなされている。テレビが置かれ、利用者はソファーに座ってゆっくりと鑑賞している。廊下や居間兼食堂に季節の花や、その時々利用者と職員で作成した作品(あじさい)が飾られて季節を感じられる。	
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	フロアにある席にはご入居者様の名前を示すことで分かりやすくしている。テレビを見る時にはソファーの席に自由に座る等、居心地の良い場所を入居者様それぞれで見つけていただいている。		
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	ご自宅での使い慣れた家具を居室に置き、使用していただいている。また、どこに何が入っているのかがわかりやすいよう、希望のある方は棚などにシールを貼っていただいている。	居室にはエアコンやベッド、クローゼット等が備え付けられている。利用者は自宅で使い慣れたものや好みの物、持っている物と安心して過ごすもの等を持ち込んで居心地よく過ごせるようにしている。	
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	ベッド横の補助手すり等、必要な方には設置していただいている。杖、車椅子を利用している入居者様にも配慮し、ご自分で移動しやすいよう環境整備をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 愛の家グループ日立森山町

作成日 令和 4年 6月 27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	ご家族様が意見を外部へ表せるよう機会を設ける。	家族等の信頼関係を築いく。	アンケートの活用などで本人、家族等の意見を引き出して運営に反映する。	6ヶ月
2	13	災害時に昼夜問わず、避難できる方法を全職員が身につける。	夜間想定を含む避難訓練を年に2回行う。	火災時に備えて、夜間想定の実地訓練、近隣等の協力体制を構築する。	6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。