

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	0872300231		
法人名	有限会社茨城まごころ介護サービス		
事業所名	グループホームこころ(ユニット名:あやめ)		
所在地	茨城県潮来市日の出1丁目21番地1		
自己評価作成日	令和 2 年 5 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和 2 年 9 月 15 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=0872300231-00&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2年7月31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)】

利用者一人ひとりにゆったりと関わりながら、利用者のできること、得意としていることなど、能力を活かした役割のある生活を支援しています。また、健康維持の為、毎日体操やレクリエーションを行っています。おやつ作りでは楽しみながらパンやクッキーを作っておいしく召し上がっています。中庭では野菜を育てています。利用者、職員と一緒に収穫を楽しみ一緒に召し上がっています。花壇には、季節ごとに花を植え楽しんでます。買い物や外食にも行き、利用者の楽しみを支援していきます。利用者同士がさり気なく助け合い、生活の中には笑顔が絶えず、アットホームな環境の下で地域との関わりを深めながら明るく生活しています。利用者・家族・職員の良い三角関係が全ての家族と築けるよう日々精進しています。

【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)】

事業所は幹線道路から入った新興住宅地に立地しており、管理者と職員は「こころ穏やかに、ゆったり、楽しく暮らしていけるように」の理念のもと、利用者一人ひとりのペースに合わせた支援を心掛け、満足した生活が送れるよう日々努力をしている。代表者は敷地内に認知症カフェ用の建物を作り、月1回開催して利用者が地域の人達と楽しく交流できるように配慮しているほか、災害時には緊急避難所として開放する体制を整えた地域に貢献している事業所である。管理者は日々職員が何でも言える関係づくりを心掛けており、コロナ禍による事業所内の換気に伴い、玄関の網戸やエアコン内の清掃の必要性などを管理者に伝え、すぐに点検依頼を発注するなど、職員の気づきからの意見を大切にしている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	管理者やリーダー格の職員で話し合い、地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念を作成し、玄関や居間に掲示するとともに、職員一人一人 パウチをしたカード型の理念証を持ち、いつでも確認できるようにしている。	管理者は職員に、日々理念の再確認をしながら共有を図り、実践につなげている。職員は社員証の裏に理念を記したカードを入れて携帯したりメモ帳に挟んで確認するなど、常時理念に沿って支援できるように心がけている。	
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	ボランティア(3団体)の方々が月に一度来てくださっている。大正琴・尺八の演奏に合わせて童謡など歌ったり、読み聞かせボランティアの方々との会話を楽しんでいる。また、地元老人会の集まりなどにも参加し、地域の方々と交流を深めている。	認知症カフェを開催したり、地域の祭りに参加するなど地域と交流を図っている。地元公民館で行う老人会やシルバー体操に入居者が参加している。中高生の職場体験の受け入れを行っている。	
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	地元学生(高校生・中学生)を職場体験で受け入れている。また、災害時の緊急受け入れ場所として市より委託を受けている。		
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	運営推進会議の中で出た意見や要望等をホーム内で検討し取り入れながらサービスの質の向上に活かしている。	家族等の代表や市職員、民生委員等が参加して定期的に開催されているが、予め日時や議題を決めての話し合いを行うまでには至っていない。毎回、事業所からの報告や市からのお知らせのみとなっている。	事前に事業所から課題を委員に投げかけるなどの工夫を取り入れ、運営に反映できる意見を得る活発な運営推進会議を期待する。
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に取り組んでいる	ホームの空き情報や、入居者の状態などを市役所に出向いたときに報告している。また、運営推進会議などでも報告している。	市職員が運営推進会議に出席しているとともに、代表者や管理者は市担当者に相談をしたり、事業所の実情やサービスの取り組みを積極的に伝えるなど、情報交換をして協力関係が築けるよう努めている。	
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』についての勉強会を開催し、理解に努めている。又 新人職員に対しては入職時に学ぶ機会を設けている。	身体拘束排除に関するマニュアルを作成するとともに、年3回内部研修を実施し、禁止の対象となる身体拘束の具体的な行為を理解しているが、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会設置と3ヶ月に1回の開催が実施されるまでには至っていない。	早急に身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会設置(指針の作成と構成メンバーの記載)と3ヶ月に1回の開催及び記録が望まれる。
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	『高齢者虐待防止法』について、職員が正しく理解できるように具体的な例をあげ確認している。またその防止に努めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について全体ミーティングの中で、時間を設け勉強している。		
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	契約説明に時間がかかる事を事前に連絡し、契約時に時間を十分とり事細かに説明し、家族に理解と納得を得られるようにしている。		
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	家族交流会と敬老会時に家族会を開催し、意見・要望等を聞き取る機会としている。また出席できない家族も含めアンケートを年2回実施している。利用者からは日常の会話や問いかけたり、家族等からは面会時や運営推進会議などで意見や要望を聴くよう努めている。	年2回、家族交流会の開催や事業所の行事時の来訪時に意見を聴くように努めているほか、全家族等に家族交流会の出欠席確認の際にアンケートを実施しながら、多くの意見を聴くように工夫しているが、アンケートは記名式の記述となっているので、意見を得るまでには至っていない。	家族等からのアンケートは選択できる内容等の工夫をし、無記名式をとりいれながら、集計や結果報告をして運営に反映できる意見が得られることを期待する。
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	代表者や管理者は日頃から職員に声掛けしてコミュニケーションを図り、意見や要望を聴くよう努めている。毎月の職員勤務表の作成に当たっては、管理者は一人ひとりの希望を反映して作成し、職員が働きやすい職場となるよう取り組んでいる。	管理者は日頃から職員と話し易い雰囲気づくりに努めている。以前は職員用の意見箱を設置していたが、投函がないことから撤去し管理者等が直接意見をくみ上げている。	
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	職員が自由に有給休暇取得ができるようにしている。また残業にならないように定時帰宅を促している。職員の経験年数を考慮しながら研修会に参加できるようにしている。		
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	入社時には新人研修マニュアルを用いて教育・指導を行っている。又経験に応じて必要と思われる研修・講習会等にも参加させている。またベテラン職員には謙虚に話を聞く姿勢を、経験が浅い職員には物事を教わる姿勢を教えている。		
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	認知症カフェや催し物、勉強会を通して同業者との交流をはかり、職員が訪問したり受け入れたりして良い所を吸収しあえるように努め、サービスの向上を目指している。		

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
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	ケアプラン等を積極的に関わると同時に、本人のこだわりなどを探り、その傾向性を知って、本人に受け入れやすい態度と言葉を用いて信頼関係を築けるようつとめている。		
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	利用者に対しての家族の思いを聞きだし、その思いを実践できるように尽力することで、家族の不安を取り除き、常に利用者の状態を報告するなどして信頼関係を築けるように努力している。		
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	入居相談時に不安に思っている事を聞き出しその改善に努めている。		
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	昔の歌を教えてもらい一緒に歌ったり、野菜作りを一緒に行ったり、時には利用者の方が職員に気がつかっていただいたりしながら生活を共にしている。		
19		○本人と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	家族交流会や諸行事に参加して頂き、家族と一緒に食事や出し物を楽しんだりして、家族との絆を大切にしている。また、家族交流会においては、家族からの意見・要望を聞ける場をもうけている。		
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	知人・友人の方が面会に来て下さった際に、ゆっくり会話が出来るような環境を提供している。本人が慣れたしんだ店に買い物や外食に出かけたりしている。	利用者の知人や家族等の来訪時には、居間や居室に案内してお茶などを出しゆっくり話ができるよう配慮している。外出や外食の希望がある時は、職員が同行するなど人や場所との関係が継続でき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	簡単な体操やレクリエーションを通し、利用者同士が声をかけあったり、一緒に行くことで楽しんだり、孤独しないよう声かけを行っている。		

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
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	契約が終了(死亡等)しても、暑中見舞いや年賀状のやりとりをしている。また他施設に移った場合など、面会に行ったりもしている。		
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	本人との自然な会話のなかから、希望や意向などを聞き出せるようにして、随時職員間で話し合いをして情報を共有し、本人が望む『自分らしい生活』が送れるよう努力している。	3ヶ月に一度モニタリング、「こころカンファレンス」を利用者ごとに行い、本人がしてもらいたい事、職員が気になる事、してあげたい事を本人の立場になって作成している。	
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	本人や家族に入居までの生活歴などを聞きだし、なるべく今まで通りの生活リズムで過ごせるように、コミュニケーションを深めると共に、今までの経緯の把握に努めている。		
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	本人の持っている力(出来ること)を把握し、出来ることをしていただいている。又一人ひとりの心身状態の維持向上を目指し本人にあわせた軽い運動等を行っている。		
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	毎日の生活の中での気づき、本人・家族の意見や要望を基にアセスメント・カンファレンスを行い介護計画を作成している。定期的にモニタリングを行い状況によっては介護計画を見直している。	3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、利用者の大きな変化が生じた場合は随時見直しをしている。家族等へは面会時や請求書送付時に周知している。	
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	本人の状態の変化によって、日々の様子、記録を振り返りながら、職員間で情報を共有し、介護計画を作成している。		
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	日常生活の様子や本人が発した言葉などを記録に残し、全職員が利用者一人ひとりの情報を共有できるようにしている。またその情報を元にその人に合ったニーズを見つけ出し支援でき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
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	毎月、浪逆会(地域老人会の集まり)へ出席し、近隣の老人会の方々と交流している。あやめの時期にはあやめ見学に行ったりして楽しんでいる。		
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	本人や家族の希望を確認した上で、かかりつけ医療機関に受診している。また、かかりつけ医師の指示の基、定期的な健診も受けている。かかりつけ医療機関以外への受診は家族対応としているが、都合がつかない場合には職員対応で受診している。受診結果は状況により家族に報告し、医療情報などを用いて全職員で共有している。	契約時に利用者や家族等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、事業所の協力医の訪問診療のほか、かかりつけ医へ受診している。家族等の付き添い時には、利用者の血圧や状態の変化をメモして家族等に渡し、医師に伝えてもらっている。	
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	医師の訪問診療時に利用者の状態を伝え指示を仰ぎ対応するようにしている。		
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、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。	定期的に面会に行き、担当看護師から病状の説明を聞くようにし、早期退院に向けた連絡をはかっている。		
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、事業所の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	本人・家族と話し合いながら、状況に応じ職員間で対応方針について検討している。また通院時に主治医に状況を報告し指示を仰いでいる。ターミナルケアについての勉強会を開催している。	「重度化対応指針」を作成して準備をしているが、対応医療機関が見つからず、現在は看取りを行えない状態であるため、看取りを行わない事を契約時に説明し、同意書を得ている。重度化に関しては看護師の資格を持つ職員が講師となって、内部研修を実施している。	
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	応急手当マニュアルに基づいて勉強会を開催している。また、利用者の急変や事故発生時に備えて迅速に対応できるように訓練を定期的に行っている。		
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	定期的に避難訓練を実施している。地域の方に災害時の協力を承諾してもらっている。	夜間想定を含む避難訓練を行っているほか、水害に関して行政に相談し、災害時の計画書を作成中である。地域住民は、訓練には参加していないが、災害時には協力を得ることを承諾してもらっている。	

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
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	プライバシー保護に関する内部研修を実施し、職員は利用者の人格を尊重するとともに、自尊心に配慮した言葉かけを心がけている。個人情報の取り扱いについては、契約時に家族等から書面にて同意を得ている。個人情報に関する書類は、施錠できる書棚に保管し、取扱いに注意している。	年1回内部研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。個人情報に関する同意書のほかに、使用目的別に選択できる肖像権に関する同意書を得ている。	
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	本人の表情や、行動、発言を良く確認しながら本人の気持ちを察しながらの声掛けを心掛けている。		
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	利用者の個性を尊重しながら、常に自分が行うケアが利用者のペースで行っているか確認するようにしている。また、ことわざ・塗り絵・カラオケなど色々工夫した支援をしている。		
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	本人の好きな服を選んで着て楽しんだり、時には職員と一緒に買い物に出かけ本人の好きな服を買ってきたりしている。		
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	一緒に食事の準備や食器拭きをしてくださったりしている。またホーム内の畑でできた農作物などを一緒に収穫し、料理して食べたりしている。	昼食は事業所の調理担当職員が、近くのスーパーや自家菜園で採れた食材で調理をしているほか、朝・夕食は宅配業者の献立と食材を利用している。職員と利用者で手作りケーキを作って、誕生日祝いをしているほか、日々のおやつも手作りで楽しみながら食べている。	
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	体調や体重、排尿量によって食事や水分の摂取量の調整をしている。また体調によっては、お粥・刻み食などに変更して提供している。		
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に、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	自分で口腔ケアができない方は介助を、出来る方は見守りや声かけを毎食後行っている。歯ブラシの交換を定期的に行っている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、本人がトイレに行かれた時やオムツ交換時にはプライバシーを損ねないように声掛けしながら対応している。	日中はオムツ使用者はおらず、全利用者がトイレでの排泄ができるように支援している。夜間もポータブルトイレを利用するなどして、排泄の自立に向けた支援をしている。利用者に合ったこまめな声掛け誘導で、リハビリパンツから布パンツに改善した利用者もいる。	
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	水分補給を多めにしたり、食物繊維の多い食材を利用したりしている。また軽い運動を行っている。		
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	入浴は週2回以上行っており、本人の希望で常時入りたい時に入れるようにしている。また入浴剤を使いながら入浴を楽しめるように工夫している。	なるべく同性介助を心がけている。介護度が高い方は2名の職員で対応している。利用者の家族から頂いたゆずでゆず湯を行ったり、毎日入浴剤使用している。3ユニットある中、毎日2か所でお風呂の湯を張り、別のユニットからでも入浴できる体制をとっている。	
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	定期的にシーツ交換・布団干しを行い清潔保持に努めている。また、利用者の体調に合わせて休息を設けている。本人が「休みたい」と訴えがあった場合や状態によっては和室や居室で休むよう誘導している。		
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	医師の指示通りに服薬している。個人別内服薬説明書を用いて薬の目的や副作用、用法や用量について理解している。		
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	外出（買い物、花見、あやめ見学）したり、外食に出かけたりして楽しんでいる。生活の役割分担を行うことで本人様の使命感を生み、またそれに対して感謝の意を伝える事で心の充足をもてるよう支援している。		
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	天気の良い日は気分転換を兼ねて車で外出したり、近くの公園まで散歩したりしている。食べたい物などを聞き、馴染みの喫茶店や食堂などに出かけている。買い物希望があった際は、一緒に買い物に出かけている。	利用者の健康状態に応じて敷地を散歩したり、藤棚の下のウッドデッキで外気浴やお茶、バーベキューなどをして楽しんでいるほか、近所の公園へ散歩へ行くなど、四季の移り変わりを感じながら、気分転換ができるように支援している。	

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	利用者はお金の管理が困難な為、必要な物や本人が希望する物は施設で一時立替え、職員と一緒に買い物に行き、支払い出来るよう支援している。		
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	利用者の方が家族に電話したい時に電話出来るよう支援している。		
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	リビング・玄関等に季節の花を飾ったり、季節感のある小物なども置いている。和室・ソファで談話しながら穏やかに過ごしている。また天気の良い日はデッキに出て日光浴をしている。	ウッドデッキに出られる居間にはソファが2つとテレビが設置され、利用者が寛げる環境となっている。畳の部屋があり、洗濯物をたたんだり、横になれる。風呂場の脱衣所に衣服の脱着の際の転倒防止に椅子を配置しているほか、壁掛け扇風機や冷風機で爽やかに入浴できる環境にしている。	
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	デッキから中庭に出る事もでき、藤棚の下のベンチで利用者同士でお茶をしたり庭を眺めたりしている。		
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	本人の希望や家族と相談し、本人の使っていたソファや家具、ベット、布団等を使用して頂いている。また家族の写真など飾ったりしている。	管理者は利用者や家族等に自宅同様に過ごせるよう、使い慣れた物を持ち込んで欲しいと伝えている。居室にはベッドが苦手な利用者のために畳も用意している。	
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	本人の状態に応じて居室をトイレの近い場所にしたり、本人が自室を分かるよう入り口に大きな名前札を設置している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 有限会社茨城まごころ介護サービス

作成日 令和2年9月10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	6	身体拘束等の適正化のための対策と検討する委員会設置と3ヶ月に1回の開催が実施されるまでには至っていない。	身体拘束等の適正化の対策を検討する委員会の設置、開催。	9月中に委員会を設置する。 (指針の作成と構成メンバーの記載)	1ヶ月
2	6	身体拘束等の適正化のための対策と検討する委員会設置と3ヶ月に1回の開催が実施されるまでには至っていない。	少なくとも3ヶ月に1回の開催	10月中に年間予定を立てそれに沿って開催する。11月に開催する。	12ヶ月
3	10	家族からのアンケートは、記名式の記述となっているので、意見を得るまでには至っていない。	家族からのアンケートは集計や結果報告を行い運営に反映出来る意見が得られるようにする。	次回アンケートからは、選択できる内容等とし無記名式を取り入れ集計を行い結果を家族に報告をする。	6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。