

### 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		
所在地	茨城県石岡市下青柳948-2		
自己評価作成日	平成28年10月7日	評価結果市町村受理日	平成29年1月26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.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873900724-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=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	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成28年11月25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)】**

自然豊かな環境で、都市部にはない里山の環境でゆったりとした雰囲気、懐かしい風景がご利用者様の心を和ませ、快適で穏やかなその人らしいシルバーライフをサポートします。清潔感ある施設で、スタッフも大変優秀で年一度アンケート調査による御家族様の信頼度も高く評価を頂いております。健康をサポートするために、ホームドクターによる毎週行っている訪問医療で、メディカル的な体制も万全を期しております。普段の生活も、毎日の散歩、毎週のように実施する外出レク、毎日の食事や入浴等、普通の過ごし方で実家での生活のようなゆったりとした時間を持つ空間です。また、グループホームでは珍しい避難棟も別棟で有しており数日の食糧に備蓄も備え、年二度行なう避難訓練などを通じ災害時に適切な対応が取れるよう、全スタッフに周知しております。

**【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)】**

自然豊かな環境の中、ホームは筑波山を正面に望む小高い丘に立地している。周囲は桜の木で囲まれ、地域の花見の場所にもなっている。設立11年になるが、近所の方の協力も得られ、地域丸ごとホームのようだという職員の声もあり、ホームと地域が共存している様子がうかがえる。平成25年に経営母体が変わっても、職員体制や運営に関してはそのまま継承され、元経営者の入居者への人としての尊厳を大切にすることというこだわりが各所に見られ、それを大切に継承している。職員の教育もしっかりされており、チームワークの良さがみられ、入居者は自由に過ごし、見守る職員も生き生きとしていた。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	【愛の家グループホーム】快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします。心を込めた親切なサービスに努めその心を磨き続けます。さまざまな機会を通じて地域の人々との触れ合いを大切にします。毎朝の朝礼時職員全員で唱和しています。理念の理解を深める為職員会議で勉強会を実施しています。	毎日の朝礼や月々の会議にて確認しながら、日常的な実践の中で活かされている。愛の郷グループでも勉強会を行い、取り組みの事例を発表することもある。新しい経営母体の理念を基に、前経営者の理念も引き継ぎ、自分たちの考えも散り入れた理念となっている。	
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	近所の方からの野菜や果物の差し入れがあります。また、収穫時期になると収穫のお誘いがあり入居者様と一緒に邪魔をさせて頂いています。小学校の運動会への参加や幼稚園児の来訪等があります。	ご近所は農家が多く、サツマイモ、小豆、ヒラタケなど次々と届けてくれる。正月にはホームで餅をつき、お返しとして届けたりしながら、近所付き合いを大切にしている。散歩時も声掛けなどあり。道に迷っても近所の方が連れてきてくれたり、道端で子供たちが声をかけてくれる。お茶を飲んだり、運動会に参加するなど地域との繋がりができている。	
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	地域の方々より相談を受ける事があります。社会資源の紹介や介護保険について説明します。		
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、年6回開催しています。月々の取り組みや内容や現状報告等を行い、利用者ご家族・地域住民・民生委員・地域ソーシャルワーカー・市職員など 意見交換の場として活用させて頂いております。	会議の開催にあたって、農家の方は忙しい時期もあり、難しいこともあるが協力的である。行事に合わせて施設内を紹介することを中心としている。会議では書記も決めて議事録として残している。今年初めて庭にイノシシが出たことが話題となるなど、いろいろな情報を提供してくれる。	
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に取り組んでいる	市町村担当者には、運営推進会議に参加して頂き、行事や取組みを伝えています。定期的に市役所に伺い相談・連絡が出来るように心がけています。また、石岡市地域密着サービス事業所協議会へ市の担当職員が参加して下さる事で意見交換が出来る様になっています。	地域密着サービス事業所協議会メンバーより相談を受け入所された方がいる。空き室状況もわかり、緊急で入所された方あり、他事業所との連携が出来つつある。会議には職員も交代で参加、横のつながりもできている。在宅介護連携推進意見交換会も組織され、定期的に学習会をしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束の研修・勉強会を実施しています。また、2ヶ月に一度「虐待・不適切なケア」「身体拘束」チェックシートを活用し職員自身が虐待について理解し再度考える時間を作れるようにしています。	法人全体で共通のチェックシートを利用し集計後、解決策についてアドバイスを受けている。介護の現場では不適切な対応と思われるときにはその場で話し合い、ミニ会議のようである。グレーゾーンを悩む職員が多くなるなど意識の向上が見られる。例えば、暑い時期の外出について、命を守ることを優先に外出を控えるか、時間帯を変えるなど。	

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	定期的に虐待防止の研修・勉強会の実施をしています。ホール内に掲示しています。		
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	権利擁護の勉強会・研修を実施しています。必要とする入居者様・ご家族には説明を行っておりますが、現在制度を利用している方はおりません。		
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	契約内容については、十分な時間を取り丁寧に説明を行っております。また、ご家族からの疑問や質問は、その都度説明し理解・納得し締結するよう努めております。		
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	ご家族の来訪時・家族会開催時に利用者様やご家族等の意見を確認すると共に、電話連絡にて日頃の取り組み内容を説明させて頂いております。年1回ご家族様満足度(CS)アンケートを実施しています。	満足度アンケートは直接本社から家族へ郵送され、本社に直接返送となり、本社が取りまとめて結果が出される。ご家族からの意見は来訪時に直接聞くことが多い。協力的で建設的な意見を出してくれる。	
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	毎月の職員会議の中で職員からの提案などを聞く機会を設けています。また事業所内で解決出来ない問題は、エリアマネージャーを交え話を聞く機会を設けています。年に1度従業員満足度(ES)アンケートの実施	ホーム長が9月から交代になった。個人的な意見も聞いてくれ、話しやすい。何かあればみんなで考えようというスタンスで、ホーム長も一緒に考えてくれる。スタッフ同士のチームワーク良く、意見も出しやすい。	
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	ホーム長が、個別面接を行い職員ひとり一人と話し合いを持つ時間を作り、個人の努力や功績を評価しています。		
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	ほぼ毎月、エリア研修があり介護技術と知識を学べる機会があります。また、外部研修として石岡市地域密着型サービス事業所協議会主催の勉強会への参加が出来る体制を整えております。		
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事業所協議会での研修会へ参加する事で、各事業所の職員との意見交換をすることで、サービスの向上へ取り組んでいる。		

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
<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	見学は随時受け付けております。不安・要望がある場合は、サービス利用開始前でも相談に乗れる様に配慮しております。		
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	ご家族から相談があった時や要望に対して親身になって傾聴する事で、安心して信頼して頂ける様に努めています。		
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	ご相談があった場合は、ご本人やご家族の想いを取り入れサービスが提供出来る様に努めていきます。また、入居に繋がらない場合は、他サービスの説明と調整を行っています。		
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	職員全員が、ご利用者様と同じ時間を過ごし、信頼関係を築けるように努力して行きます。同じ時間を共有する事で、ご利用者様が活躍できる場の提供を支援して行きます。		
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	ご家族の気持ちを尊重しながら共に考え、支えて行けるように努めています。施設行事等ご家族が参加出来る機会を作り、ご利用者様と共に過ごせる時間を大切にしています。		
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	入居時に、ご家族様へ確認し面会拒否が無い場合は、出来るだけ以前の顔馴染みの方との面会や電話連絡など支援できるようにしています。	家族や親せきの訪問の他、友人などが時々遊びに来る。元施設長はボランティアで訪問し、マジックショーを行う。利用者とは馴染みの関係が継続されており、利用者から喜ばれている。	
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ご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	ご利用者様同士の相性や人間関係の把握に努め、事前にトラブル回避が出来るようにしています。集団生活が苦手な方や好まない方に対しては、孤立することが無い様に声掛けを重視しています。		

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	契約終了し転居になった際は、介護サマリーを作成をしホームの生活の様子を伝えていきます。終了後もご連絡があった場合は、出来る限り対応をさせていただきます。		
<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	入居者時に生活歴等をご家族よりお聞きし把握できるように努めています。ホームで生活する中で会話や習慣・その方が思っている想いや行動から得た情報を、職員が共有しその方らしく生活出来る様に支援しています。	フェイスシートの活用しながら直接ご本人から聞いたり、家族からの情報も参考にしている。日常生活での会話からも逃さず把握するよう努めている。	
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	これまでの生活歴・家族歴・病歴等は入居時に、ご本人・ご家族から伺い把握しています。日常に会話の中で、以前の生活歴の「ヒント」を頂いた時は、ご家族の来訪時にお聞きし把握が出来る様にしています。		
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	毎朝のバイタル測定・週1回(月曜日)の施設主治医の往診・(木曜日)訪問看護にて体調チェックや事前の相談内容にて必要に応じ検査の実施。普段からご利用者の生活リズムの把握が出来る様に職員間で共有しています。		
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	介護計画はご利用者・ご家族の意見や希望を確認し作成しています。また、来訪時現状報告を行い意見や希望・要望を確認し定期的に見直しを行っています。	居室担当制にして、職員ひとりが利用者1~2名を受け持ちアセスメントし、家族の意向を聞き取り、担当者会議にそれを出してもらう。それぞれの職員から情報を集めて、カンファで話し合いケアマネがまとめている。	実現可能なプランをひとつでも組み入れ、達成感を持てるプランづくりを検討することで、利用者・職員ともに満足した生活が期待できる。
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	毎日の申し送りを始め、個人記録や日誌・職員間で共有出来るノートがあり、気づきや変化を記入しています。変化や実施状況に問題がある場合は、カンファレンスを行い見直しを行っています。		
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	ご利用者一人ひとり状態が違う為、個々に合ったサービスをその都度検討し取り組むようにしています。また、ご家族からの要望があれば、来訪時のご家族送迎も行っております。		

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	音読ボランティア(第1水曜日)・健康体操(第2木曜日)、近隣小学校・幼稚園等の交流があります。また、他市町村在住のマジックショーを行って下さる顔馴染みの方々の来訪が定期的であり楽しみながら生活を送っています。			
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	基本的には、以前よりかかりつけ医のある方は希望に沿って継続支援を行っていますが、週1回(月曜日)の施設主治医の往診・(木曜日)訪問看護があり、健康管理の支援を行っております。	かかりつけ医の受診は家族が対応している。週1回の医師の訪問と訪問看護により、入居者の健康管理をおこなっている。医師と看護師の連携もできおり、体調の変化があっても早急に対応してもらえる。		
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	看護師はいませんが、週1回(木曜日)訪問看護を受け、健康管理を行っております。体調変化等相談し訪問看護師より主治医へ連絡をして頂き指示を頂ける体制を整えています。			
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。	ご利用者が緊急入院が出た場合に備え、医療機関へ連携をお願いしています。入院された場合は、相談員や担当医師・看護師に状況を確認し早期退院が出来る様に相談しています。また、こまめな面会をし顔馴染みの関係が継続できるように支援致します。			
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	重度化した場合や終末期の方針は、明文化して契約時にご説明をすると共に確認を得ています。身体状況の変化が見られる場合はその都度、ご家族へ報告し方針の確認を行っています。	看取りケアも行っている。医師も24時間オンコール対応してくれるので、トラブルなく、協力的で安心している。様態の変化について、家族にもきちんと説明してくれる。スタッフのフォローも考えて学習会を行い、家族の安心につながっている。スタッフ間の協力もできてつつある。		
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	定期的な研修を実施しています。応急マニュアルがあり職員全員が確認出来るようにしてあります。			
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	避難訓練は定期的に年2回実施しています。今年度は、4月に夜間想定避難訓練実施・10月に消防署立会いの元避難訓練を行う予定です。緊急連絡網を作成をしています。また協力体制として、他ホームの職員も対応出来る様な体制を整えています。	過去の災害時には、近所の方が発電機を持ってきてくれた。備蓄は定期的に本社から届きチェックされている。3日分は確保されている。消防訓練も定期的に行っている。ハザードマップでも特に危険箇所なく、安全な場所として地域の避難場所として受け入れできるので知らせていきたい。近くの同法人施設(車で1~2分)の協力もある。スタッフの避難行動もしっかり身につけている。		

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>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	入居時に得た個人情報厳守しています。ご利用者一人ひとりに合わせた会話が出来る様に心掛けています。身体状況が重度の方に対しては、表情やうなずき・変化を見逃さない様に心がけています。	トイレや入浴時に羞恥心に配慮している。また、手術痕のある方への気配りや義歯の手入れにも気を使っている。	
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	日常生活の中で、自己決定が出来る環境作りを考え提案し選択して頂けるように支援しています。意思疎通が難しい方に対しては、表情やうなずき・行動からくみ取れるように努力しています。		
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	集団生活の中でも、一人ひとりのペースを大切に安心して暮らせる環境作りを行っています。居室以外でもゆっくり過ごせる場所を作りご自分の時間を過ごして頂いています。		
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	入居前より着用していた衣類を持ち込んで頂き、お洒落を楽しんで頂けるように支援しています。起床時に着替えを行う際、ご本人・職員と共に選び着用して頂いています。		
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	季節のおな野菜や果物を中心に食事を考え、ご利用者からリクエストを聞きメニューに反映しています。職員と一緒に、下ごしらえや食後の食器拭き等無理のない範囲で行っています。	季節の野菜を作ったものになっている。メニューは本社届くが、参考にしながら入居者と相談しながら見直す。グリーンフード社から週3回調理職員が配属されている。季節の料理やイベント食などを盛り込み、食事を楽しめるよう工夫している。	
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	食事摂取量や水分摂取量は記録を付け、職員間で共有しています。食事形態は、咀嚼・嚥下機能の状態を把握し誤嚥防止に努めています。		
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ます。ひとり一人に合った歯磨きや、声掛け介助を行っています。歯科の状態や希望により歯科受診を受け専門的な意見を伺っております。		

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	ひとり一人に応じた声掛け・誘導を行っています。排泄の感覚が困難な方は時間誘導をし排泄パターンを職員間で共有・把握し出来る限りトイレでの排泄が出来る様に支援しています。	排泄チェック表に基づいて誘導している。ズボンの上げ下ろし、最後の確認など自立に向けた最小限の支援にしている。	
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	排泄記録を活用し把握できるようにしています。自然排便が出来る様に、水分摂取・運動など心がけていますが、改善できない場合は、主治医と相談し整腸剤の処方にて排便コントロールを行っております。		
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 男女一日おきの入浴となっております。希望があれば毎日入浴は可能です。体調や拒否等がある場合は、時間帯をずらしたり、曜日の変更を行い入浴が負担にならないような工夫をしています。	できるだけ同性介助に心掛けている。週3回男女分けて入浴している。できるだけ入所前の習慣に合わせた対応を行っている。入浴しなくても更衣は毎日行い、全身チェックの機会になっている。親しい人同士2人で入浴することもある。	
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	就寝時間は、ご利用者の希望に合わせています。夜間安眠に繋がるように、日中活動する機会を増やしています。例えば、身体を動かすレクや食後の休息など生活にメリハリをつける様に心懸けています。		
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	服薬情報ファイルがあり職員全員が確認出来るようになっています。また、往診時、主治医から説明があり理解を深めるようにしています。服薬介助を行うスタッフは固定しており事故防止に努めます。		
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	ひとり一人の個性に合わせた役割をお願いしスタッフと一緒に活動をしています。終了時は必ず、感謝の言葉を伝え、また次回一緒に行活動して頂ける様にしています。		
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	季節に合わせて外出が出来る様に支援しています。また集団行動が苦手な方は、「女子会」「男子会」として個別活動を行っています。	個別外出が多くなって、仲良しグループでの外出が喜ばれている。月1回買い物外出が主、ユニット合同で出かける。遠方へは年間予定で計画し外出している。	

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	ご利用者やご家族の希望に沿い、所持出来る様に支援しています。		
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	ご本人宛の手紙は、直接ご本人へ手渡します。また、知人やご親戚からの電話連絡は、ご家族の拒否が無い場合はお繋ぎし会話を楽しんで頂けるように支援致します。		
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	居室やホールの温度・湿度はその都度配慮しながら調整しています。掃除は徹底し不快なおいや汚れがないように職員ひとり一人が意識をもって行うようにしています。	季節感を出したり、入所者の作品も家族と面会時の会話になっている。広く明るい作りになっている。清掃、整理整頓も行き届いていて、快適に過ごせるスペースとなっている。玄関とロビーには退去輩の贈り物の額が飾られている。	
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	各ユニット内のホールには、ソファが設置してあり気の合う方同士が気軽に話せる空間を設けています。また、中央ホールにもソファがありユニット間をこえゆっくりと過ごせるようにしています。		
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	入居前に自宅で使用していた家具やベット等使い慣れたものを持ち込んで頂いています。家族の写真や使い慣れたものを居室において頂いています。	入所者や家族の希望も取り入れる。衣類の交換は家族に協力してもらおうが、施設預かりもある。日中はリビングで過ごされ、居室は寝る時だけの利用がほとんどである。	
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	中庭が広く、天候が安定している季節には屋外レクリエーション活動を行ったり、散歩や散策を行っています。また、季節の野菜の収穫が楽しめる様な工夫をしています。		

(別紙4(2))

事業所名：愛の家グループホーム石岡青柳

作成日：平成 27 年 1 月 30 日

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
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	26	表現が難しいケアプランを立てて、現状に即したケアプランになるとは、言い難い。	実現可能なプランを一つでも組み入れ、達成感を持てるプラン作りを検討することで、利用者・職員ともに満足した生活が期待できる。	会議等で意見・アイデアを増やす機会を持ち、一部サービス内容を変更し、ニーズを直接充足する内容を盛り込んだ実券可能な介護計画を作り出す。それをもとにスタッフ全員がサービスを展開しながら利用者の変化を感じ取ることで、スタッフの達成感を育んでいくようにする。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。