

### 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	0870100534		
法人名	有限会社 アサミ		
事業所名	アサミ園		
所在地	茨城県水戸市住吉町60番地		
自己評価作成日	平成28年5月3日	評価結果市町村受理日	平成28年7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.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;jiqvosvoCd=0870100534-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;jiqvosvoCd=0870100534-00&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6月8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)】**

食事は利用者が作っている、利用者の居室の目の前に花壇や菜園が出来ていて花や野菜を作っている、三食とも自前で調理し煮炊きしたいいにおいがホールに広がってくる環境を大切にしている。ボランティアを受けて地域の人々が茶和会等の交流の場を設けている。

**【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)】**

日程表を配布し、利用者主体で一日のリズムが進み、様々な取り組み(食事の刻み・掃除・アクティブテイ等)の中から自然に生活リハビリができる仕組みが出来、利用者が過ごしてきた今まで通りの生活の支援に努めている。4月から共同型認知症対応型通所介護を併設(一日の利用者は最大3名)し、ホーム長・職員ともに利用者の思いや意向を把握して申し送り・個人ノート・日報等で確認し、全職員共有したケアの提供に努め、利用者の機能維持に取り組み、それに対する職員の職業意識の向上とスキルアップに努めている事業所である。地域交流を積極的に実施して提供できるサービスを実施し、広く地域からは受け入れられている。ボランティア訪問(リハビリ体操・詩吟・朗読・テーブルコーディネーター・習字・地域住民と一緒にカラオケ大会→茶話会・音楽療法等)や子供会からお蕎麦・けんちん汁の提供や地域住民からお花や野菜の提供を受けることも多い。ホーム長が携わって作成した、認知症を理解するための大切な人の冊子は教育の資料・対応に苦慮している人・ドクターから参考になると喜ばれている。

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活き活きと働いている (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)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>定期的な会議を開催し、全職員が利用者の尊厳を重視しそれぞれの思いに寄り添い、楽しく安心した共同生活が送れるよう努めている。</p>	<p>認知症の進行が穏やかになり、落ち着いた生活が送れるよう、利用者の尊厳を大切にすると同時に地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を会議や申し送り時等で確認し実践につなげている。職員は各々教育訓練ニーズの立て、目標をもっている。職員からは利用者の自己決定を大切に、思いに寄り添い、利用者の立場に立った、ケアの提供を心掛けているという話が聞けた。</p>		
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>近隣の事業所と交流し祭りに参加したり、当園の行事に招待している。又美容院など家族の意向を考慮し選択し利用している。</p>	<p>地域住民とカラオケ大会(茶話会)やボランティア訪問(習字・音楽療法・リハビリ体操・朗読・テーブルコーディネーター・詩吟等)を受け入れ、利用者と一緒に時を過ごしている。近隣の事業所と交流してイベントに参加したり、事業所主催のイベントに参加してもらっている。地域住民からの相談も多く、アドバイスや関係機関につなげ、事業所・認知症に対し理解を得ている。以前発行した(大切な人)の冊子はわかりやすいと好評である。子供会からそば・けんちん汁の提供があったり、夏祭りにはお祝いを届けたりと交流は盛んに実施されている。</p>		
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>ホームの行事に地域の人たちの参加を仰ぎ、参加いただいている。お花見の時期などは公園に出かけるなど多くの人たちと触れ合う機会をもち認知症高齢者に対する理解を得られるよう努力している。</p>			
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>利用者及び家族の参加を得て、希望や不満な点を聴取し改善につなげ、成果は職員間と共有している。</p>	<p>昨年度の評価を受け、民生委員・町会会長に出席依頼を行い出席してもらい、2か月ごとに行政・SW・家族・利用者・事業所関係者のメンバーでと開催し、事業予定・報告・利用状況を報告し席上出た意見をサービス向上に活かしている。民生委員・町会長からは相談事も出され、現実を痛感させられる。家族には郵送・職員には会議で報告し共有している。</p>		
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>水戸市の研修会に参加し運営推進会議には市の職員が二名参加している。包括支援センターにも相談や研修会にも参加している。</p>	<p>地域密着型連絡協議会やグループホーム協議会に参加し、行政と情報交換を行っている。日頃から担当課とは連絡を密にとり協力関係を築いている。認定審査会・地域ケア会議委員となり行政と情報交換を行っている。地域ごとの支援センター・オレンジサロンを立ち上げ困っていることを拾い上げていきたいと考えている。</p>		

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 代表者および全ての職員が「介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	現在身体拘束が必要な利用者はおらず、時々徘徊が見られる利用者に対しては職員の連携で見守りを続ける事で症状の緩和に取り組んでいる。医療の連携を医師とはかり相談しやすい環境づくりをしている。	現在身体拘束が必要な利用者はいないが、職員は身体拘束となる行為・弊害は周知し、利用者が安心して安全な環境の中で生活できる支援を行っている。ホーム長からは言葉や精神薬も拘束になることも説明している。実際に利用者から言葉のことで訴えてきたこともあったので職員にはきちんと伝えている。外出傾向が見られたときは職員の見守りを強化した対応を行っている。	
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	虐待対応マニュアルに基づき常に学び 入浴時言葉による抑圧を受けていないか等普段の利用者とのちょっとした会話から異常に気づけるよう努力している 時に声掛けに注意している。		
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	成年後見人の利用もあり 管理者からの説明及び冊子による自己学習をおこなっている。		
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	本人や家族に十分な説明を行い 不安疑問点については曖昧な部分をなくし理解納得していただけるよう努力している又個々のカンファレンスも開催している。		
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	利用者及び家族の参加を得て希望や不満な点を聴取し改善につなげ結果を職員間で共用し改善につなげている 又改善内容については次回の運営推進会議の場で結果を発表している。	家族との連携を深めることが第一と考え、協力関係を築き、意見の吸い上げに努め、面会時には医療内容を含めた利用者の状況を話したり、直接意見(主に通院・見取りに対する要望が多い)を聞くようにしている。クリスマス会には家族の参加を呼び掛けている。要望が出たときは家族・職員・ホーム長でミニカンファレンスを実施し、記録に残している事が確認された。第3者機関名を明示し、意見の言い出しにくい家族に配慮している。出された意見の改善内容は次回の運営推進会議で報告している。請求書と一緒に広報誌を同封しているが、遠方や事情があり、面会回数の少ない家族に対しては外出支援等も広報に載せたいとの事。職員の退職は一名のみ。	

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
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	定期的に会議を開催し現状を話し合いより良い介護になるよう意見提案を出し記録し運営に反映している。	現場の気づき(車いすを使用せずに手引き・布パンツ使用・薬の工夫・日報の確認の徹底・個人的に外出支援等職員の職業意識は非常に高く感じた)はその都度話し合い、即、改善している。定期的な会議でより良い介護となるよう意見・提案を出し(背の低い利用者に対しテーブルの高さに合わせ、立派な土台に椅子を載せる・高圧洗浄・大型テレビの購入等)即対応している。利用者の意見を聞き逃さないよう全職員で共有し、反映している。職員の資格取得・外部研修受講経費は事業所負担で参加できるので、職員の意識は高まるという。職員はホーム長・管理者にはなんでも話せるし、職員関係も良好なので働きやすいとの事。毎月積立を行い食事会等で親睦を深めている。	
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	キャリアパス管理標準 給与シートの開示等の整備に着手し各自の現状位置が確認できる仕組みの導入を始めている 職員間の交流会 食事会をおこなっている。		
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	連絡協議会の会員になり研修会に参加している。		
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	グループホームどおしの交流会をはかっている、又管理者は地域のネットワークの会議にも参加し質の向上をはかっている。		
<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	入居時の既往歴、家族歴、生活歴等の把握により初期における不安要望の把握に努め信頼される関係づくりに努めている ケアプラン作成標準に基づきおこなう。		
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	見学記録 入居検討記録 ニーズ検討記録を考慮し初期の家族要望を把握し関係づくりに努めている ケアプラン作成標準に基づきおこなう。		
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	ケアプラン作成標準に基づきアセスメントを行い対応に努めている。		

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
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	信頼関係を構築する為 寛容 受容 同調に基づき出来ないことは援助する立場に立って接するよう努めている。		
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	事業所での様子を都度メールしたり運営推進会議に参加いただいたり 記録を送付する等後利用者の現状を把握し易くして介護に参加いただけるよう促している 面会時には外出 一時帰宅が出来るよう支援している。		
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	生活暦を把握し面会し易い環境 連絡の援助に努めている 又面会時には関係が途絶えたりしないよう間に立つ場合もある 帰宅願望が強い場合は帰宅し 近所の人と挨拶できるよう援助している。	手紙・宅急便や電話(居室に電話を引いている利用者がいる。)で今まで親しくしてきた親族・友人・知人との関係が途切れないように支援に努めている。なじみの場所(美容院・お墓参り・お饅頭屋・自宅等)には職員の支援と家族の協力を得て、出掛けている。家庭の延長で新聞購読・牛乳配達をしてもらっている利用者がいる。なじみの味の要望が出た場合は提供している。利用者同士がなじみの関係となっている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の性格 現状を把握し職員が調整役となり利用者同士で助け合え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	入院や退去により契約が解除されても職員が見舞ったり相談に応じたりと関係の継続に努めている 又 逝去した場合は告別式 新盆見舞いに伺うなどしている。		
<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	日常会話においても話し易い環境をつくりちょっとした話から利用者の希望意志の確認をし朝のミーティング等で解決策を検討している 日常会話において話し易い環境作りが困難な場合は表情や行動に無理がないかどうか確認して援助している。	日々の会話の中から出てくる利用者の思いや希望を聞き逃さないように注意し、さりげなく利用者の意思確認を行い申し送り・休憩時間のミーティング等で検討して職員で共有している。困難な場合は表情・様子から察知し利用者本位に検討している。趣味(書道・読書・編み物・裁縫・ガーデニング等)を活かしやりがいにつながるように利用者の様子を記録に残し次のステップに向け対応を行っている。誕生日に写真を撮ってほしい・自宅で入浴・お茶のみ・雑草取り等様々な要望に対応している。	

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
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	会話の中から利用者の希望や思いをしり 又日常訪問される親族知人から情報をいただきその人らしい生活が維持できるように続けている。		
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	利用者の心身状態を毎日の申し送りで職員全員が把握できる体制を取っている 又 出来る範囲で作業の手伝いやレクリエーションに参加していただき心身状態を観る様努めている。		
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	定例会議において利用者一人ひとりが無理をせずその人らしい時間を送る為の介護が出来るよう現在の状況を話し合い少しずつ変化していく状態はその都度ご家族へ伝え計画に役立っている。	利用者・家族から要望を聞きカンファレンス・サービス担当者会議を開催し、医療機関やケアマネの意見を参考にして利用者の課題とケアのあり方について話し合い、その人らしい生活の確立を目指したプランを作成して作成後は家族の同意を得ている。個人記録・業務日報に目標達成に向けた支援内容・気づきを記入し職員は押印で共有している。モニタリングはケアプランを一覧表にまとめ、ケア内容・変化・気づきを記入し、3ヵ月毎に実施して評価を行い、現況に即したプランに繋げている。	
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	個別に記録ノートを作成しあり生活の様子や心身の変化が見られたときなど速やかに記録しその後の介護に活かせるようにしている 又カンファレンスも開催している。		
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	外部研修に参加しスキルアップをはかっている 又医療従事者との連携を蜜にとっている いつでも医療従事者と相談できる体制をとっている。		
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	事業所にてカラオケ教室等の交流の場を設け地域住民が来訪しやすい交流の場を設けている 他のグループホームの行事にも参加している。		

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
30	(11)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>医療機関のSWに連絡が取れる体制になっている。看護師が病院受診に同行している。利用者受け入れ時かかりつけ医の情報を得て継続受診できるよう支援している。</p>	<p>往診で体調管理に努めているが、今まで通りのかかりつけ医(身体状態により家族に説明し往診に移行する場合もある。)受診の場合はホーム長か施設長が付き添い、受診している。受診結果はその都度家族に連絡を入れ、家族からは「きちんと連絡をもらい安心です」と言われている。また記録のコピーを家族に渡している。個人記録ノート(職員は押印し共有)・医療連携ノートにも報告内容・やり取りを残していることが確認された。協力医療機関は24時間対応で急変・突発時の対応は可能である。看護師であるホーム長が日々の健康状態を記録・把握している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>看護師が健康状態の記録などをとっている。又相談したりしている。</p>		
32		<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>職員が見舞いその際利用者から体調を伺ったり家族・医師と話し合い情報を交換し早期退院に向けて援助している。援助として食事介助などに出向く場合もあり。</p>		
33	(12)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>利用者・医師・家族と重度化 終末期について話し合いを持ち今後の対応方針を共有して利用者が安心して最後を迎えられるよう支援している。</p>	<p>契約時に重度化・終末期に向けた指針を説明し同意を得ているが、重度化すると家族の思いも変わってくるので、主治医の説明内容と家族・利用者との確認事項を個人ノートに残している。最後の支援がその人にとってベストの方向で支援できるように他の利用者に配慮しつつ、全職員で取り組んでいる。職員は利用者確認しながらケアに努めているが(終末期には他の職員も自主的に泊まり支援)どんなに良いと思っても後悔が残るとい話があり、利用者を思う心を強く感じた。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>緊急対応マニュアルを作成したり応急手当の研修に参加し技術を身につけたりして緊急時に備えている。24時間看護師に連絡が取れる体制を整備し必要な場合は在宅医療に切り替えている。</p>		

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	避難訓練を実施し消防署地域住民に自動連絡システムを設置している。	年2回(消防署指導・自主)訓練を実施し(夜間想定・消火器使用・連絡網・緊急通報システム・利用者行動把握・避難経路確認等)利用者が避難できる方法を職員は身につけている。緊急通報システムは消防署と同時に職員・協力住民に連絡が入るシステムとなっている。前回の評価を受け、協力住民に説明を行い、見学してもらった。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。消防署からはブレーカーを下すとスプリンクラーや緊急通報システムが機能しなくなるので下ろさないで下さいと言われた。	ライフラインがストップした時の対策としてろうそく・マッチを備えているとの事でしたが、大地震の余震等を考慮し安全面で他の方法と、緊急時の持ち出し用品をさっと取り出せるような書類の作成を職員と検討・確認・整備することを期待する。地域住民も協力依頼できそうな関係なので合同訓練と依頼内容の構築を期待する。
<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	利用者の尊厳を考えて声掛けや対応を考えている。朝の申し送りや情報の提供をおこなったり個人ノートに記載されている。	利用者の得意とすることを見出し、その人の存在が大切だということ意識できる支援に努めている。声掛けはゆっくりと落ち着いた対応だったので、利用者が戸惑うことはなかった。情報開示に関する同意を得、書類関係は事務内に保管し個人情報保護に努めている。	
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	利用者に声掛けを頻繁におこない日々の暮らしの中からおこないたいことを聞いたりしている自己決定権が本人にあることを伝えている。		
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	利用者各自の部屋に一日の流れを掲示しその都度声掛けをし本人の自己決定権を尊重している。午後の午睡を疲労度に合わせて促す。		
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	家族と相談し慣れ親しんだ衣服を持ってきてもらっている。又、居室内にハンガー等を設置し毎朝自由に選んでいただいている。		
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	毎朝利用者として下ごしらえをおこない 盛り付けも手伝ってもらっている。主食の量は利用者の自由とし職員も同席している。	食べる事が楽しみなので、希望を聞き、献立を立て、旬の食材を買い出しに行き、下ごしらえ(刻みは利用者にお願している)・味見・盛り付け・配膳・下膳・食器ふき・片付け等利用者が意欲的に行っている。利用者が収穫した三つ葉を「汁物に入れて」と摘んで来る時もあるという。職員も同じテーブルを囲み利用者の食欲や誤嚥に注意しながら、会話と笑いのある楽しい食事風景であった。おやつ作り(ヨーグルトかけ・蒸かし芋等)も利用者の意欲が出てくる場面との事。利用者の持病に応じて減塩醤油・トマトジュース・水分摂取等配慮している。外出イベントを兼ねた外食支援も実施している。	

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
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	食事状況 水分量を記録しその人にあった状況で食事や水分の提供をしている 又 栄養が思うように取れない利用者には高カロリーの食品を提供している。		
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	食後声掛けをしている 口腔ケアを促している 困難な利用者に対しては薬剤師と相談し口腔ケアアトローチの利用をおこなっている。		
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	排泄チェック表を確認して食事でも食物繊維を多く取り入れている 水分を多めに取ってもらったり運動を促したり時間を見てトイレ誘導を促している。	排泄チェック表・パターン・様子・表情・様子から察知しさりげなくトイレに誘導しトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。失禁の多い利用者のみリハビリ使用しているが、利用者の意欲と職員のきめ細かいケアの結果布パンツに改善した利用者がある。便失禁の利用者には職員が洗えばいいという職員の意見から布パンツで対応している。運動・水分(チェック表できちんと把握)・繊維質の食材・野菜等で自然排便に努めている。	
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	各利用者に合わせて食事量のチェックや排泄のチェックがおこなわれている 入浴時に腹部の状態を看護師が観ている なるべく活動するように促している。		
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	仲の良い気のあった利用者どうして入浴できるようにしている 身体的な機能の状況に応じて個別浴特殊浴に分けている 入浴前日に各利用者に下着などの着替えの準備をお願いしている。	一日おきの入浴であるが、希望があればいつでも入浴可能である。季節に応じてバラ湯・しょうぶ湯・ゆず湯・入浴剤を使用し気持ちよく入浴してもらっている。気心の知れた利用者同士で入浴するときもあり、その時は、話が弾んでいる。感染予防対策として順番を考慮したり、足ふきマット・椅子用お尻マットはその都度、交換している。	
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	各利用者の睡眠環境を整えている ベットや畳で休めるようにしていることや夏冬は加湿器や湯たんぽ等暖房器具を取り入れ加湿や温度の管理が出来るようにしている。		
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	各利用者毎に調剤情報をノートに貼り服薬管理をダブルチェックしている 又 往診時には医師より薬の目的や用法等の指示をうける。		
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	各利用者居室の前に花壇や野菜園を作ったり外部からのアクティビティも積極的に取り入れている。		

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	帰宅の思いが強い利用者には自宅まで家の確認に向かっている 各自の日用品や食料品は各個人と買い物に行ったり頼まれて買い物をしている 又 家族との買い物支援をおこなっている。	天気・体調が良ければ、近場を散策し近隣住民と挨拶を交わしたり、ガーデニング・野菜の手入れ、収穫・日向ぼっこを行い、風を肌を感じたり、太陽の日差しを浴び五感の刺激と季節の移ろいを感じてもらっている。買い物・外出イベント・お花見・美術館・史跡巡り・初詣・自宅が心配な利用者には自宅を見に行ったり等外出支援は頻繁に実施している。家族の協力を受けながら一泊旅行や自宅泊する利用者がいる。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	利用者でお金の管理が出来る人はお願いし 管理が難しい人は事務所で管理を行い 月度家族に結果を報告している。		
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	居室内で電話が可能な利用者には設置し かけることが難しい人には事務所 ホールから設置電話をす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	テーブル上に花を飾り季節を感じてもらえるよう工夫している 玄関やホールに花を飾り 2ヶ月に一度程度テーブルコーディネートボランティアから季節感のある食卓の飾り付けをしてもらっている。	お花の好きな職員が多く、利用者と一緒に手入れした季節の草花が玄関ホールや居間やリビングから眺められ、利用者や訪問者を温かく包む雰囲気が出た。テーブルの上には花(アジサイ・ホタルブクロ等)を飾り見当識を配慮した工夫がみられる。利用者の習字等を飾り意欲の向上に努めている。生活リハビリの一環として13時から職員と一緒に掃除を行い、残存機能の維持に努めている。	
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	ホールに畳の空間を設けたりソファを設置し のんびりくつろげるよう工夫している 又利用者の好む物を置いたりしている 食卓の上に飾ったり 利用者の作品も掲示している。		
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	居室に電話をひいたり お部屋内にテーブルを置いて茶器セットが用意されている 自宅から馴染みのある家具・テーブル・椅子等を持ち込んでもらっている。	馴染みの草花・テーブル・椅子・鏡台・テレビ・仏壇・ハンガーラック等を配置している、居室で、家族と一緒に茶器セットでお茶を飲んだり、ひかれた電話で家族と連絡を取り合っている利用者の姿が想像される。見やすい掛け時計・家族の写真・お孫さんの晴れ姿や趣味の草花を飾り、利用者の心を和ませている。居室内の洗面所・トイレは職員と一緒に実施し清潔保持に努め異臭は感じなかった。居室前のお花や植え付けた球根に水やりや日記を書くのが日課になっている利用者もいる。	

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
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	居室内でお茶が飲めたり洗濯竿を置いて洗濯物を干したり各利用者には花壇や畑が目の前で作れるようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名: アサミ園

## 目標達成計画

作成日: 平成 28年 7月 21日

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	35	地域住民へ避難訓練の参加を依頼し、災害時より安全に対応できるように体制を作ることが望ましい	地域住民と合同で避難訓練を実施する	近隣住民、民生委員に年二回の避難訓練に参加していただけるよう依頼	2ヶ月
2	35	ライフライン停止時の備えとして、マッチ及び蠟燭を準備しているが安全面を考慮し他の手段を検討	ソーラー照明や懐中電灯などの安全性の高い備品とする	避難経路にソーラーライトを設置、緊急ライトの設置	1ヶ月
3	35	緊急持ち出し品をさっと取り出せるような書類の作成を職員と検討・確認・整備することを期待する	アサミ標準を新規制定する	標準化し職員に説明、緊急持ち出し棚等に緊急持ち出しの表示を設置	1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、行を挿入してください。