

### 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	0892100223		
法人名	社会福祉法人 新世会		
事業所名	グループホーム いきり苑Ⅱ		
所在地	ひたちなか市磯崎町 4562-1		
自己評価作成日	2019年11月15日	評価結果市町村受理日	2020年4月1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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892100223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892100223-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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4637-2
訪問調査日	2020年1月26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)】**

地域で暮らす視点に力を入れています。地域の行事などに参加するだけでなく、利用者自らが地域のために役に立ったり子供たちのために何かをしたいというような入居者の存在が表出できるような関わりを支援しています。敷地内に地域交流センターが出来たので交流センターでの元気高齢者の体操等に一緒に参加したり楽しみが増えました。地域の作品展等に生け花の出展や絵手紙の出展など出来ることを増やしてできるだけ地域の中に溶け込めるように心がけています。地域の小 中学校のボランティアなどの子供たちや地域の方々から気軽に来れるように交流を持っています。特に重度化の利用者が多いホームですが、できるだけご家族と過ごす時間が提供できるようにしています。ご夫婦や子供たちと居室で食事や過ごす時間を大切にしています。

**【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)】**

平成30年4月、ショートステイの建物がグループホームに変更した為、同建物内に玄関を挟んでショートステイがある。また、同敷地内に、多機能型高齢者施設として5つの施設(地域密着型特養・デイビス・ショートステイ・グループホーム)がある。法人内施設合同の納涼祭と敬老会は家族や地域住民も参加し、盛大に開催されている。法人は2019年7月より、地域住民に向けた買い物支援サービスを週2回実施している。現在、地域住民との交流の場として、ホーム利用者も一緒に買い物支援の利用ができるよう検討している。自治会にも加入しており、まさに地域福祉の一大拠点として貢献しているといえる法人である。職員は認知症ケアに対する高い専門性を基に、利用者それぞれの思いを大切にしたい質の高いサービスを提供しており、利用者は楽しみがある、生きがいのある生活を送ることができている。

**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、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

[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	管理差や職員共に運営理念に基づいたケアのあり方を常に念頭に置きながらケアを提供している。また地域との結びつきを大切に考えています。地域の中で生活できるような体制に心がけています。理念は常に見えるところに掲げて共有している	ホール入り口の常に目に入る高さに、絵手紙の先生によって和紙に書かれた、芸術作品のような理念が掲示されている。職員からは常に法人の理念『楽しく生き甲斐のある生活』とホーム理念『あせらず ゆっくり 人にやさしい 共に生きる』を念頭に、利用者が自然と笑顔になるようなケアを心がけているとの話があった。	
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	地域の行事に参加したり自治会にも加入することで地域との連携を密にしている。利用者が神社の参拝や近所に花を届けたり常に近所の商店に行ったりしている。また定期的に地域のボランティアの方が来てくれている。地域の小学校との交流している	自治会に加入し、広報誌を回覧している。散歩や近くの神社参拝、買い物に出かけている。毎月『青空ボランティア』『生け花』『絵手紙』のボランティアの来訪があり、生け花は近くの郵便局を含めて4ヶ所に届けている。作品展の生け花・絵手紙の出品・地域の夏祭り祭り等、地域の行事に参加している。認知症への理解を深めて頂く為、認知症サポーター養成講座と介護教室を開催している。2019年7月より買い物支援サービスを毎週火・金曜日に法人として行っている。中学校の文化祭では、利用者が踊りを披露している。	
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	地域の行事等や商店街に利用者様と一緒に参加している。広報誌を作成し地域の方へ認知症の理解を深める機会となっている地域のむけて介護者教室や認知症サポーター養成講座を開催している。近隣の小学校へ車いすの使い方の教室などに行っている		
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	2ヶ月に1回会議を開催し、構成メンバーに、自治会長や民生委員の方がいるため、地域の行事や取り組み情報を聞くことで参加させて頂いたり、情報交換することで地域参加に役立てている。昨年より法人が買い物支援サービス事業を始め認知症方の啓発免許証返納に力を入れている	家族代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員の参加を得て2か月に1回開催している。事業所からは利用者の様子や運営状況、行事内容・予定等を報告をし、自治会長や民生委員からは地域の情報提供があり、意見交換を行っている。家族には、請求書送付時に議事録を送付、職員には会議等で報告している。	

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
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	毎月市の相談派遣事業の方が来所したり、市の密着型サービスに運営に係る会議が定期開催されている。市の包括支援センターとの懇親会などがあり参加して他事業所との情報交換もできている。	介護相談員・地域包括支援センター・介護福祉課・教育委員会・社協等と連携を図っている。地域密着型サービス連絡協議会・地域包括支援センター交流会に参加し、情報交換を行っている。近隣の小学校で車イスの使い方の指導を行っている。小・中学校の職場体験を受入れている。	
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	身体拘束をしないためにスタッフの人数をフロアーに定着できる様に配置し安全に注意している。重度の方が多いためできるだけ2人介助4党で対応できるように配置している。身体拘束廃止委員会を3ヶ月1回開催し研修会や検討会勉強会等を開催している	玄関は施錠していない。身体拘束指針を作成し、拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催して定期的な話し合いを行っている。利用者の安全面を考慮し、日勤帯は3人体制となっている。法人として、年1回、高齢者虐待防止・身体拘束の研修会と認知症ケア及びコミュニケーションの研修会が行われ、身体拘束についての正しい知識を全職員が身につけており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	県の研修や施設内研修において虐待防止について勉強している。スタッフの仕事への負担も人の配置により少なくしている。利用者のボディチェックも強化して見逃さないようにしている。施設内で虐待予防等の研修も行っている。		
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	権利擁護について社会福祉士から直接制度の話や研修の機会を設けている。権利擁護の制度を使っている利用者様が敷地内におり社旗福祉協議会の方に話を聞く機会などを設けている。機関との連携も取れている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	契約の際に十分説明をしている。改正などがあるたびに個人・家族に文章と言葉での説明は必ず行っている。契約書 重要説明事項とともに説明し同意書頂いている		

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
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	苦情処理ノートと苦情処理意見箱を設置、家族や外部の意見を頂けるようにしている。苦情処理体制に法人として第三者委員を設置している。日頃から食事会などの交流の場を開催しそのような時に意見を聴ける場を設けご意見や要望を聞けるようにしている。	食事会を兼ねて、家族会を夏祭りと敬老会に合わせて行っており、敬老会では利用者のアルバムを見て頂き、利用者への思いや事業所の要望を書いてもらう。サービス担当者会議(利用者・家族参加)の時にも意見や要望を聞いている。利用者からは日常の問いかけや会話の中から要望を聴き、利用者の思いに添える支援を行っている。	
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	定期的に全体会議やリーダー会議を開催し、運営の現状や対策の意見交換を行っている。各ユニットにユニットリーダーを置き常に職員の見を取りまとめられるようにしている。	ユニット会議、リーダー会議、法人会議を定期的で開催している。職員の意見や要望はリーダー会議で話し合っている。外出支援・レクリエーション支援は職員から計画書が提出され、実現されている。職員からも上司には話しやすいし、チームワークも良く働きやすい職場環境であるとの話があった。職員から要望があり、台所に大きなテーブルが設置されることになり、利用者と一緒に調理や盛り付けがし易くなると嬉しそうであった。	
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	定期的に労務士と給与体制や職場の環境の整備話し合いをしている。職員からも会議などで勤務体制などの希望を聞くようにしている。		
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	必ず研修会の参加を求め、研修後は復命を行い話し合う機会を設けている。外部講師による施設内研修を行い職員のケア技術向上も踏まえ研修を行っている。待遇や身体拘束などの研修も行っている。		
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	お互いの事業所の方々と勉強会や懇親会を設けている。ひたちなか市の介護サービス連絡会に所属し定期的な研修会や活動に参加している。		

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
<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	入所前の相談対応から本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ず情報収集し職員間で共有し利用者の方や家族との信頼関係の構築に努めている		
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	入所前の相談対応から本人やご家族から今までの生活状況や現在の状況などを必ず情報収集し職員間で共有し利用者の方や家族との信頼関係の構築に努めている		
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	入所に当たっては、担当の介護支援専門員やご家族と入居前に密に話し合い、体験的なことから敷地内にある居宅系のサービス事業所と連携し利用者の情報収集に努め本人家族の要望も含め密に話をしている		
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	本人や家族の意向を聞いて、本人や家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に2回はスタッフも家族と本人と楽しめる時間や食事会等を提供している。		
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	本人や家族の意向を聞いて、本人や家族の立場でケアするように心がけている。理念にあるように共に生きることを考えています。家族支援も忘れずに話し合う機会を多くしている。年に2回はスタッフも家族と本人と楽しめる時間や食事会等を提供している。		
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	友人や近所の方々の面会も奨励しており、出来るだけ家にいたような関係が維持できるようにしている。地域の方の入所が多いので地域に出かけることを多くして海岸や神社などに出かけ友人や近所の方と交流できる様にしている。	面会時間は特に決めず、面会に来られた時は居室でゆっくりと話ができるよう配慮をしている。ほぼ毎日、食事介助に来られている家族がいる。近所の理・美容院にパーマ・毛染めにいく送迎介助を行っている。12月の絵手紙は封書で年賀として家族に送付し家族から喜ばれている。家族と外出・外食・墓参りする利用者がある。近隣の馴染みの場所(神社、郵便局、お店等)に行く外出支援がなされている。	

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
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	利用者の人柄や性格、認知症の程度その人の力を把握し、お互いに協力できるように役割なども決めている。		
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	家族とは利用が終了しても続いているケースが多く、地域の中でも会話を持ったり、祖父が世話になったので今度祖母がというような関係が継続されている。		
<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	必ず本人の思いを聴きケアマネジメントすることにより、その人らしさを引き出すようにしている。日々の中で行動や言動表情を観察し、常に会話を多く持つことに心がけ本人の考えや思っていることを聞くようにしている。	敬老会で、家族が利用者へ贈る言葉の内容から家族の思いを受け止めることが多い。利用者からは日々の生活の中から、それぞれの思いを聞き、支援に活かしている。意思表示が難しい方は、表情や仕草等を観察して、意向の把握に努めている。	
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	これまでの生活状況については、家族や本人または担当介護支援専門員等から情報を必ず聞いている		
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	毎朝、介護計画に基づいたミニカンファレンス行ってからケアに入っている。また定期的な月1回のカンファレンス行うことで介護計画に本人や家族の意見を反映させている。モニタリングは毎月行い職員間で共有している。		
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	毎朝、介護計画に基づいたミニカンファレンス行ってからケアに入っている。また定期的な月1回のカンファレンス行うことで介護計画に本人や家族の意見を反映させている。モニタリングは毎月行い職員間で共有している。	本人や家族の思いを聴き、アセスメントに基づいた生活に反映できる、丁寧な介護計画が作成されている。サービス担当者会議の際は家族の参加を重視し、介護保険証を家族が持参出来る日に合わせ、本人も参加のうえで、利用者の居室にて開催する。本人・家族が参加することで、本人や家族の思いを再確認している。利用者ごとの日課表・ケアプラン実施記録及び個人記録表には、ケアプランに沿ったケアの実施チェックと留意点が詳細に記され、統一したケアの実践を導くものとなっている。	

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
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	個別計画記録にサービス計画書の実施経過が記入できる様に工夫されている。また職員間でも共有できる様に統一されている。		
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	本人 家族の望む暮らしに近づく為に、例えば面会時間等も家族の時間に合わせたり、食事の時間もその人に合わせたり、利用者家族の意思の決定を重視し柔軟に支援できる様になっている		
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	地域の民生員や自治会ボランティアは常に交流している。小学校 中学校の慰問や体験などで交流している。定期的な生け花や絵手紙の教室もボランティアさんの協力で毎月行って交流している		
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	かかりつけ医は協力的で、緊急時 24時間対応も可能であり、状態に合わせた往診もしてくれる。随時医師看護師等と連絡がとれるようになっている	月2回の往診や訪問歯科の利用で健康管理を行っている。体調変化時には訪問看護師が来てくれる。夜間緊急時の時も医師・訪問看護師と連絡が可能。利用者ごとに受診記録表があり、今までの受診経過(薬の内服を含めて)が時系列にわかるようになっており、家族・医療関係者・事業所で共有できるようになっている。突発時の受診は家族に連絡し、受診介助を行っている。体調変化時や受診結果は家族に電話連絡し、支援経過に記録しており、職員は連絡ノートで共有を図っている。	
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	施設内に入る看護師は常に利用者の状態を把握しており相談指導等可能である。協力病院の看護師も連携良く24時間対応である		
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。	協力病院の連携も良く、状態に応じ入院した場合も認知症の症状が悪化しないように配慮されており、医療機関の関係者も情報交換に連絡をもらえるようになっている 在宅酸素療法などを導入している方もいるが医療機関との連携は良い。		

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
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	協力病院との連携は良く、往診の際職員との話し合いをしていただけるようになっているため、医師の指示なども職員で共有できる。家族と医師も往診日に対応することで、医師から状態の変化や重度化 看取りなどの話も直接ホームで聞けるのでホームでできる最大のチームケアを伝えて実践しています。	利用開始時に重度化指針を説明し、同意書をもろう。看取りに入る時期はかかりつけ医から医学的知見に基づいて家族、職員に説明がある。状態の変化や重度化・看取りについて、医師や看護師からケア方法等の指導を受け、落ち着いた看取りが出来るようになっている。ホームには2名の看護師がおり(施設長と職員に1名)、チームケアで丁寧な看取りが実践されている。訪問調査日に看取りの利用者がおり、点滴が行われ、職員から丁寧な口腔ケアが行われていた。	
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	マニュアルを掲示してあり、緊急時も速やかに対応できるように備えている。救急法の研修にも参加職員が共有できるように全体で復命研修している		
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	マニュアルを掲示してあり、緊急時も速やかに対応できるように備えている。救急法の研修にも参加職員が共有できるように全体で復命研修している	避難訓練はいくり苑全体で年2回、夜間想定も含めて実施されている。毎年3月には地元消防団との訓練もある。同敷地内の施設との協力体制も構築されており、夜間の不安は少ない。隣町の同法人の施設とも支援関係が構築されている。東海原発からの補助金を基に防護シェルターを設置し、100名の収容が可能となっていることから、ひたちなか市と提携を結び、避難所として届けている。	
<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	職員は権利擁護や個人情報保護などの研修も行い、利用者を理解した対応をしている。特に排泄や入浴のプライバシーを重視している。言葉に関しても名前を呼ぶときなど親しさばかりではなく尊厳性も含めて対応するように意識している。	一人ひとりの尊重はホームの理念とリンクしており、職員は常にこれを意識した関わりをしている。対応が困難な場合にも常に本気がかかわり、利用者の信頼を得るよう、支援に努めている。また、法人で接遇の研修やプライバシー保護の取り組みについての研修会が実施されている。	
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	本人の意思を出来るだけ尊重し意思決定できる様に促している。例えば食事の選択や外出先や行事の参加なども必ず本人に聞きながら確認している。小さな意思決定の場に昨年よりバイキング食を取り入れ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
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	本人のペースにあわせ一緒に考えながら行っている。本人の好きな場所や役割等も個別に確認して決定している。		
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	タンスの入れ替えや季節に応じ行っている。地域にある理美容室に定期的に行っている 髪の毛のカラーリングを希望される方もあるので付き添い対応している		
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	職員と共に準備したり作ったりしている。誕生日やお月見など行事に合わせた食事作り行っている。誕生会の外食は個人が選択し行っている。昨年より管理栄養士の協力でバイキング食を取り入れ意思の選択に力を入れている。ケーキのバイキングは評判です。	法人の管理栄養士が献立を立て、副食は法人の調理場で調理。ユニットでご飯、味噌汁、盛り付けを行っている。行事食を大切にしており、クリスマスバイキング・正月のおせち、2月の節分はいなり寿司と巻き寿司等を楽しんだ。ユニットでも、カレー、おはぎ、お団子、餃子づくりなどを行っている。誕生日には、外食や希望食、ケーキの提供がある。嚥下に障害がある利用者には、状態に合わせた形態でそれぞれの食材の味が分かるよう、見た目も配慮された食事が提供されていた。	
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	管理栄養士からの指導も得られる為、病気や嚥下の問題などにも対応した食事が提供できる様になっている。		
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	常に口腔ケアは状態に合わせて個別に行っている、例えば歯ブラシが使えなくても綿棒などで拭いたり状態に合わせたケアをしている。毎食後の歯磨きは生活の習慣になっている 歯科衛生士のケアも入っている。		
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	認知症の進行に関係なく排泄はトイレで行うことを基本としている。オムツの方でもトイレで交換したりプライバシーの確保に努めて、トイレでの排泄を促している。	日中はトイレでの排泄を基本としており、オムツの方も2人介助でトイレで排泄している。各人の排泄・水分接種記録表をもとにトイレでの排泄を促している。水分摂取をチェックすることで、脱水・便秘に注意している。膀胱留置カテーテルの方が2名おり、排泄時のプライバシー保護に努めている。	

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
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	食事のメニューを便秘症の方は繊維の物多くしたり、ヨーグルトやヤクルト等の整腸飲料を多くしたり工夫している。利用者も部屋に閉じこもらず外へ出るように働きかけている管理栄養士との相談も可能		
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、個々に合わせた支援をしている	入浴は週3回以上は入れるように準備している。利用者一人一人に合わせ確認しながら入浴を勧めている。ゆっくりその人のペースで入れるようにしている。	利用者全員の足浴用のバケツがあり、毎日午前足浴(フットケア)をし、水虫防止や良眠につなげている。利用者の希望に合わせ、一人ひとりに満足感のある入浴が出来るよう支援している。重度の利用者には、同建物内にあるショートステイの機械浴を利用。菖蒲湯・りんご湯・ゆず湯などの季節湯も楽しんでいる。	
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	いつでも休息が取れるようになっている。休息をとるにあたっての環境としてソファなども設置してある。ベットのマットレスを無圧マットに変え安眠や褥瘡などの予防に努めている。		
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	利用者が服薬している薬に対してはすべて文献を個人のお薬手帳にはまとめて事務所にファイルされており、職員同士で共有できる様になっている		
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	家事などを利用者の昔していたことが今もこれからも継続できるような環境づくりをしている。またその中で楽しみごとや役割を行えるように支援している。行きたい所などは利用者の意見を反映している		
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	外出の機会は散歩などが週のうち2~3回以上あり、近所へ散歩であったり、買い物であったり、利用者の状態にあわせて、考えながら出掛けるようにしている。定期的な外出やドライブは月間計画に毎月掲げている。	天気の良い日はホーム周りを散歩し、買い物、ドライブ、外食など、日常的に外出する支援を行っている。桜・菖蒲・アジサイ・菊などの花見や初詣・七五三の時期での神社参りなど、季節に合わせた外出支援を行っている。毎月、郵便局・スーパーなど4か所に生花を届け、花器回収を行っている。	

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
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	買い物の財布が用意しており、買い物や出掛ける時は使用している。障害者施設と連携し定期的に販売に来て頂き財布をもちt買えるような環境づくりをしている		
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	絵手紙教室をボランティアにより開催している。作成したハガキを家族や友人に投函している。年賀状も必ず家族に絵手紙で送ったりしてやり取りができるような支援をしている		
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	共有スペースは馴染みのある置物などを設置楽しめる空間になっている。四季の草花や飾り物により季節を感じられるようにしている。食事の場所以外にソファなどでくつろげるスペースを設けている。時計やカレンダーの位置も見やすい位置に設置 トイレの表示もわかりやすくなっている。	天井が高く、明るい陽射しが差し込むリビングは広々としており、生花が飾られ、畳コーナーがあり、動線の邪魔にならないようにソファが置かれ、テーブルを囲んでゆったりと過ごせるようになっている。利用者が心地良く過ごせるよう空調にも配慮がされている。トイレの広さは介護しやすい十分な広さがあり、浴室・トイレの表示も見当識を配慮された表示となっていた。	
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	共有空間の中に畳やソファがあるためその人の過ごしやすい場所を選択し、過ごしやすいようになっている。		
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	居室は基本的に本人の持ち物や使っていたタンス等を持参していただくように声を掛けている。居室に本人の好みの物や調度品を置き本人のらしさが表出できる様にしている。花や絵手紙教室の作品など自ら飾っている。殆どの利用者がいきり苑での生活が長く空間の全てが馴染みのものになっている方も多い。	各居室には介護用ベット、収納タンスが設置されている。椅子・テーブル・収納ケース・化粧台・テレビ等が置かれ、家族写真・絵手紙の作品・誕生日色紙などが飾られ、一人ひとりがその人らしく落ち着いた暮らしができるように工夫をされた居室となっている。	
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	利用者の出来ること 出来ないことことを職員が把握することにより、利用者の力を認め、援助すべき所はプランに反映させ、個別的に声かけや誘導により混乱を避け安全にすごせるようにしている		

## 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	61	利用者の状態変化や病院受診などの報告に対し支援経過記録に記入に対していつだれがどのように伝達したかを明確記載するように指導を受けたため記載について検討する。	支援経過記録にいつだれが何をどのように報告し伝達したことを明確に記載できる。	記録の書き方と担当者を明確にし、病院受診時の報告や状態変化時の記載記入方法についてマニュアル化していく。また物品の購入などの承諾や連絡についても連絡したスタッフや購入の確認などの報告をしたスタッフなどを明確に記載していくことを統一する。	3ヶ月
2	35	定期定期的な防災訓練はしているが、災害対策 火災や地震 水害時に昼夜を問わず利用者が避難できるような方法について全職員が身につけるまではできていないので災害についての対応について検討する。	災害時の対応について職員が把握し避難体制がきちんとできる。	災害のマニュアルを再度火災 水害 地震などの分けて勉強会などを開催する。ひたちなか市の災害マップの確認をする。災害時の連絡法 組織体制の確認、また夜間の連絡網体制についての演習を強化する。	12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、行を挿入してください。