

### 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	0891100018		
法人名	有限会社 バウム・ドルフ		
事業所名	グループホーム「舞夢」		
所在地	茨城県常総市古間木1054-4		
自己評価作成日	平成30年10月15日	評価結果市町村受理日	平成31年1月16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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0891100018-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0891100018-00&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30年12月4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)】**

<ol style="list-style-type: none"> <li>4つの理念を常に意識し本人の意思や家族の希望に沿うよう心掛け支援している。</li> <li>看護職と介護職とが連携し、健康状態の把握と感染防止などに努め早期対応している。また、転倒や誤嚥などの事故防止も努めている。</li> <li>毎月勉強会を行ったり外部研修等へ参加し、質の向上に努めている。</li> </ol>
---

**【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)】**

<p>筑波山を望む広い敷地にゆったりと建てられたホームである。庭の花や果樹、畑の野菜が自然の彩を豊かにしてくれる。散歩や外気浴を日課としており、利用者がのんびりと、助け合いながら散歩に出かける様子が見られた。集落とは離れているが、理美容や受診、イベント参加などの外出や、運営推進会議や事例検討会への参加など地域に根差した生活が垣間見られる。施設長は在宅支援も大事と考え、居宅介護支援事業、共用型デイを開設。職員の研修体制も整っており、職員同士の連携も図られている。アットホームな雰囲気に加え、看護職の配置があることで看取りも行われ、利用者や家族の安心に繋がっている。</p>
---

**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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者の</li> <li>利用者の2/3くらいの</li> <li>利用者の1/3くらいの</li> <li>ほとんど掴んでいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての家族と</li> <li>家族の2/3くらいと</li> <li>家族の1/3くらいと</li> <li>ほとんどできていない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>毎日ある</li> <li>数日に1回程度ある</li> <li>たまにある</li> <li>ほとんどない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ毎日のように</li> <li>数日に1回程度</li> <li>たまに</li> <li>ほとんどない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>	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)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>大いに増えている</li> <li>少しずつ増えている</li> <li>あまり増えていない</li> <li>全くいない</li> </ol>
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)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての職員が</li> <li>職員の2/3くらいが</li> <li>職員の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>
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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>	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"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての家族等が</li> <li>家族等の2/3くらいが</li> <li>家族等の1/3くらいが</li> <li>ほとんどできていない</li> </ol>
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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>ほぼ全ての利用者が</li> <li>利用者の2/3くらいが</li> <li>利用者の1/3くらいが</li> <li>ほとんどいない</li> </ol>			

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	名札の裏に理念を携帯しました、施設内に掲示して常に共有し実践するように取り組んでいる。	管理者は、利用者様に人として寄り添い、親や家族をみるような気持ちで接するようにと職員に伝えている。勉強会の中でも、利用者の行動には理由がある、その理由や思いをくみ取することを大事にしようと話している。職員からは、理念は休憩室に掲示されており、理念に沿った支援を心がけているとの話が聞けた。	
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	定期受診や美容室へ出掛けたり、花見、初詣などで地域の方と触れあう機会を設けている。また、子供会の御神輿祭りや夏祭り、小学校や幼稚園の運動会などのイベントで交流を図ったり、幼稚園園児の訪問もある。ボランティアの方が定期的に訪問してくれる。	ホームの近くには住宅はないが、毎月、地域包括のランチとして事例検討会を開催し、参加者が訪ずれる。子ども神輿が来た時には、利用者がお礼にキャンディを配って楽しく過ごしている。幼稚園児の訪問後に一緒に移った写真が飾られたリースやマグネットをいただき、お礼に雑巾を贈るなどし、交流している。歌やハーモニカなどのボランティア訪問もある。地域の介護予防教室に施設長が参加し、行政の相談窓口として、地域の高齢者の把握や橋渡し役を担っている。	
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	施設を開放しているが立地環境や高齢化に伴い、来所が難しい状況であるため、地域住民の集會等へ積極的に出かけ、地域の課題抽出に取り組んでいる。また、行政委託の地域包括ケア会議を毎月開催している。		
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	行政、自治会長、家族代表、民生委員等が参加し、2ヶ月毎に開催している。サービス内容や介護事故などの報告及び改善点などを協議している。内容については、管理者が職員に伝達し共有している。	毎年、ユニット毎に家族会の代表を決めており、毎回参加している。ホームでの事業報告などのほか、行政から災害時のことや、自治会長から野焼きのお知らせがあったりと情報交換ができています。センサー設置について話し合ったり、消防署の方に参加して頂いたこともある。	
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	何か疑問や問題が生じた時には、担当者と連絡を取り合ったり、2ヵ月毎の運営推進会議に出席して頂き、実情を伝え協力を依頼している。また、毎月の地域包括ケア会議や介護保険運営協議会に出席している。	地域包括ケア会議を開いたり、介護保険運営委員を受任するなど行政との連携が密にとれており、良好な協力関係が構築されている。	
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	身体拘束をしないケアを実践しており、過剰な施錠をしないためにセキュリティ機器を設置し、安全と安心を提供している。定期的に勉強会を行い職員の意識の向上に努めている。	身体拘束等適正化の指針を作成し、4月・7月に勉強会を実施している。不適切ケア自己チェックシートを作り、職員一人ひとりが回答した。スピーチロックについても研修を行うなど、拘束をしないケアを実践している。	

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
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	身体に及ぶ虐待のみならず、言葉遣い、スピーチロックや車椅子・オムツの使用に至るまで個人の尊厳に反する行為全てが虐待である事を全職員に指導し、虐待防止に努めている。		
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	権利擁護や成年後見制度などについての勉強会を行い、職員の知識を高めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書、重要事項の説明を行い同意を得ている。又、改定時にも書面で説明し同意を得ている。		
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	面会時には必ず入居中の状況をお知らせし要望など伺ったり、年2回の家族会や運営推進会議等で意見や要望を伺っている。また、施設以外の苦情窓口を照会している。	面会時に家族と話す他、2月・8月に家族会を開催し、担当職員と一緒に食事をしながら話をする。支援経過記録や運営推進会議報告など、全家族に見てもらっている。家族からの要望はないが、利用者からの「生寿司を食べたい」「デッキに出たい」の要望には、生寿司の代わりにお稲荷さんをだすなどして、要望に近づける努力をしている。	
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	業務や職員の問題などについて話し合い、月例の勉強会にて業務の改善や意見など聞き、改善策を話し合っている。適宜個人面談を行い、体調や労働状況などの確認をしている。	業務は職員に任せていることが多い。早番・遅番・日勤の各々の業務内容は決まっているが、形にとらわれずに利用者優先で動いてほしいと話している。勉強会は、職員全員が持ち回りで担当している。看護協会の研修には会社負担で参加し、伝達講習で内容の周知を図っている。職員は、施設長が何でも聞いてくれてアドバイスをくれることで、安心して仕事ができると話している。調理と清掃の専門職員を雇用し、利用者が安心できる日常生活の維持と職員の負担軽減を図っている。	
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	個々の努力や勤務状況に応じて定期昇給の他に、年2回の賞与(パート職員に対しても)を支給している。介護職処遇改善加算は、毎月別途支給している。		
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	職員が主体的に毎月の勉強会を企画したり、認知症ケア学会や外部研修などに参加できるよう勧められている。研修後は必ず伝達講習を義務づけている。出張費については、事業所が全額負担している。		

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
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	グループホーム連絡会で他事業所との交流を図り情報交換を行うことになっているが、積極的な活動が出来ていない。職員からも交流の希望あり、今後も働きかけていきたい。		
<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	介護支援専門員やご家族から情報を得たり、訪問し面接することで状況を把握し、受け入れ対応している。また、入居後は常に目線をあわせ傾聴し、ご本人から話せる環境を作るよう心がけている。		
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	介護する上での不安や要望等をよく聴き、何を求めているのか理解し、事業所が提供できるサービスを提示している。また、入居後は些細なことでも報告相談をさせていただいている。		
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	現在困っていることや要望等についてよく話を聴き、ご本人の心身の状態状況を確認し、在宅での介護継続の可能性があれば、提供できるサービスを提示しケアマネと相談するようにしている。		
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	これまでの生活リズムにより近い環境を提供できるよう努めている。「寄り添う介護」を基本に、常に一緒に生活を共にし、安心して暮らせる環境を築いている。		
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	毎月1～2回以上は面会に来て、ご本人と触れ合う時間を作っていただいている。又、ご家族が訪問しやすい環境づくりに努めている。		
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	小学校の運動会や夏祭りなど近隣の行事に参加したり、美容室に出掛けたりしているが、それぞれ住む地域が異なるため、馴染みの人や場との関係継続は難しいが、常にシンボルでもある筑波山が望める環境にある。	友人が面会に来てくれる方もいるが、お互いに高齢になってきている。幼稚園の運動会見学の時に、地域の方と顔を合わせることがある。理・美容や受診に関して、訪問を利用せずに、なるべく地域に出かけるようにしている。家族に年賀状を出している方もいる。	
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	同年代や趣味など気の合う同士と一緒に生活できるよう配慮している。		

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
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	他施設へ転居されたり入院や死亡などで終了されたため、継続的なフォローは難しいが、ご家族の方から訪問して下さったり、電話が入ることもある。今後は、看取り後の家族支援にもかかわっていきたいと思う。		
<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	入居時や家族の訪問時に、ご本人ご家族の意向・要望などを伺い把握に努め、日々のケアに生かすよう努めている。	意思疎通が困難になってきた方の『芋しか食べなかった』という昔の暮らしの話を何度でも否定することなく聞き、思いを感じるようにしている。普段の会話内容を個人ファイルに記入したり、“痛みがある”、“薬をつける”などについては、連絡ノートを利用し、確実に共有できるようにしている。	
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	介護支援専門員やご家族からの情報からこれまでの暮らしや歴史などを把握するよう努め、コミュニケーションやレクリエーションなど日々の対応に生かしている。		
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	生活の中で出来ること、見守りが必要なこと、介助が必要なことなどを見極め、個々の状況に応じて支援している。		
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	個々の介護計画を、ご家族に提示し要望や助言などを頂き反映している。又、職員の意見も参考にし利用者申し送りノートに伝達事項を記入し、対応の漏れなどがないようにしている。フロアーに個々の課題を提示している。	介護計画に基づいた個人の課題を、利用者に見えないようにキッチンの裏に貼り、常に職員が確認できるようにしている。バイタル、食事、水分、清潔、体重、フライング体操、散歩、レク、備考(面会など)の1ヵ月分を一覧表にして記録している。その記録や支援経過を基に勉強会で話し合っってモニタリングし、次の計画につないでいる。他の施設なら車いす利用になるような方にも、歩行することを目標に手引きなどで支援している。	
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	各勤務帯でご本人の様子がわかるように個別記録を記入し、問題となる事項については情報として介護計画に取り入れられたり現状の中ですぐ対応したりしている。		
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	利用者申し送りノートを活用し一人ひとりのニーズに対応できるよう努め、全職員が統一した対応に取り組んでいる。		

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	定期的にボランティアの方が慰問してくれる。		
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	ご本人ご家族が信頼している医療機関に受診するか、施設のホーム医へは、看護師が付き添い月1回以上定期受診をしている。他医療機関の場合も、主治医へ近況報告をさせていただき内服薬などの検討をしている。また、歯科受診し齲歯や義歯の調整なども行っている。 終末期は、訪問医師が月2回訪問診療し、看取りまで支援してくれる体制である。	重度化された場合を除き往診は利用せず、利用前のかかりつけ医か協力医療機関を受診している。家族介助の時は、主治医と直接連絡を取り合って対応している。歯石除去や義歯調整などの歯科医受診も支援している。看護職員が週2回勤務し、健康チェック、白癬の爪切りや摘便なども行っている。	
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	日常の健康チェックで変化が見られたり、食欲、尿量、便通、睡眠、活動など日常生活上の情報を看護師に伝え、必要な処置や対応が遅れないようにしている。		
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。	日頃から医療機関の支援相談員と情報交換を行い、いつでも必要な対応をしていただけるよう関係作り心がけている。又、長期入院にならないよう早期退院の受け入れも積極的に行っている。		
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	ご家族とご本人の現状を話し合い、また、主治医の見解も一緒に確認できるような場を設定して、いくつかの選択肢を提示させていただいている。最終的には、ご本人ご家族の意思を尊重し意に添うことができるよう支援している。	契約時に看取りの指針を説明し、同意をいただいている。終末期には訪問診療を行うクリニックの医師から家族・職員が説明を受け、家族の意思を確認し、改めて同意書を交わしている。必要時には在宅酸素の導入や、家族の宿泊も可能としている。マニュアルがあり、施設長の対応も素早く、職員が夜勤の時でも不安を感じないように図られている。	
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	全ての介護職員が実践力を身につけるまでには至っていないが、月1回の勉強会など適宜注意することや対応など勉強している。		
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	地域消防署から指導をいただきながら、年2回以上の避難訓練を行っている。また、水害に備えハザードマップを参考に近くの避難場所を確認したり、災害時の備蓄等も行っている。 近くの24時間稼働の会社に協力依頼をしている。又、市の防災無線を設置し活用している。	消防車と救急車がきて、消火器の使い方や夜間想定避難訓練も行っている。消防署からは、「出火させないこと」を言われており、コンセントの掃除等にも配慮している。火災の他、「地震の時」「風水害の応急ポイント」などマニュアルを整備している。指定避難所は少し遠いので、近くの公園に避難することを、家族や行政に話している。市の防災マップを備え、防災無線も整備。水や缶詰、トイレなどの備蓄もしている。近くに民家がないため、会社に協力依頼をしている。	近くに民家がなく、地域の協力を得ることが難しい面はあるが、運営推進会議時に訓練を実施するなどして、実態を知っていただくことを検討してほしい。また、外出の時を利用して、避難場所を確認し、避難に関する課題等を整理することも検討していただきたい。

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
<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	人格尊重のため出来るだけ苗字を呼び、言動を否定することなく謙虚な態度で対応するよう努めている。	ていねいな言葉遣いで接するように配慮している。「こっちこっち」など手招きするようなことはしない。写真掲載についても、家族の同意を得てプライバシーの侵害にならないようにしている。	
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	常に「どうしたいのか」を必ず伺い、不明な時はいくつか問いかけ、決定できるよう働きかけ、言動を制止したり職員の都合で決めないようにしている。		
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	業務優先ではなく、個々に応じて対応するように努めているが、状況により入浴など都合で調整してしまうこともある。また、無理やり同じレクリエーションに誘ったりせず、一人の時間も持てるよう個人本位を大切に心がけている。		
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	基本的に衣服の選択はご本人にして頂き、気温などに合わせて職員が考慮している。定期的に美容室へ出掛けたり、化粧やクリームなどこれまでと同じく利用していただいている。		
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	可能な方には、調理を一緒にしていただいたり、盛り付けや配茶、片付け、食器洗いなど個々に応じて行っていたりしている。また、畑の野菜を収穫し調理に使っている。	栄養士が作成した献立を調理専門職員が調理している。食材購入は管理者や職員が担当し、利用者が同行することもある。役割をもつことを大事にしており、米とぎ、盛り付け、テーブル拭きなど、利用者もできることを行う。きざみ食やとろみ食などにも対応し、利用者の食の安全に配慮している。外食を楽しむこともあり、ファミレスでの食事風景の写真が掲示されていた。おやつ作りで団子を丸めたり、サツマイモの茶巾絞りをすることがある。庭にたわわに実ったミカンがあり、利用者のおやつになっている。	
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	毎日のメニューは栄養士が作成。個々の嗜好や形態を考慮している。また、水分は、20～30ml/kg位は摂取していただくよう努めている。飲み物は、お茶のほか麦茶、コーヒー、ジュースなど嗜好を取り入れている。		
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	毎食後、口腔ケア舌ケアを行っている。必ず確認し、必要に応じ歯間ブラシを使用し介助している。また、夜間は義歯を預かり除菌を行っている。		

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
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	排泄の自立をめざして全職員が取り組んでいる。出来るだけ紙パンツより布パンツをめざして支援している。また、テープ式オムツは終末期以外使用しない方針である。	利用開始時に紙パンツだった方が、布パンツに改善できているが、寒くなると紙パンツがあったかいと、紙パンツの使用を希望する方も出てくる。トイレ誘導の声かけに工夫をしながら、現在は全員がトイレで排泄をしている。毎日の散歩やお腹のマッサージ、納豆を食べるなど便秘予防に配慮している。	
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	食物繊維の摂取や水分補給を促したり、出来るだけ車椅子移動はせず、歩行介助をしたり腹部マッサージなど試みているが、高齢や円背などの身体的理由により、なかなか改善しないケースもあり、医師の指示により下剤服用しコントロールしている。		
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	身体の状態に合わせ、隔日入浴援助をしているので、入浴日は決められているが希望により適宜変更している。身体の状態に応じ清拭や陰部洗浄などで対応している。又、隔日足浴を行っている。	一日おきに入浴し、入浴のない日は足浴を行う。浴槽の湯は個人毎に入れ替えている。足拭きマットは感染症の方のみ個別に使用している。ゆず湯や菖蒲湯を楽しむが、入浴剤は使用しない。皮脂欠乏予防のため、ボディソープもあまり使用しない。拒否傾向の方もいるが、工夫をして何とか入浴できるよう支援している。	
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	ご本人の馴染みの寝具を使用し、個々に合わせて日中も午睡をしていただいたり、居室の室温や掛け物、寝衣の調整など対応している。		
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	職員がいつでも確認できるよう、一人ひとりの薬情報が閲覧できるようになっている。又、職員が疑問と思う場合は、すぐ看護師に確認したり、体調を報告し下剤などの調整を行っている。		
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	これまでの役割、例えば調理・掃除・洗濯物たたみ・畑仕事(野菜づくり・草取り・花植え等)・縫い物などを継続して行うことが出来るよう支援しているが、高齢重度化しつつあり、限られた方に偏りがちである。		
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	毎日散歩に出掛けたり、屋外に出て気分転換を図っているが、個々の希望に合わせて行うことは出来ていない。しかし、外食や花見など季節ごとの催し物に出掛けている。	毎日の散歩が日課となっており、元気な方は車いすを押し、歩行が楽でない方は庭先で歩行の練習をしていた。定期受診や理美容など、個別の外出の他、幼稚園の運動会やお花見などにも出かけている。お墓参りやお葬式に出かけたり、家族と定期的に出かけて外食を楽しむ利用者もいる。彼岸や盆には外泊する方もおり、月に2回週末に外泊している方もいる。	



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
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	認知症のため物盗られ妄想やしまい忘れのため、トラブルとなることが多々あるので、ご家族より依頼を受けた方のみ預かり必要に応じ買い物している。現在現金所持している方はいない。		
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	電話はご家族が余り希望せず、年賀状や家族会のお知らせ等を出すなどで対応している。		
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	生活感・季節感は出来る限り取り入れるよう努めている。 ゆったりとした空間を提供し、汚れ臭いなど充分注意し、不快感を与えないよう境整備している。	食堂から広いデッキに出られるようになっており、庭で栽培している野菜の育ち具合をみたり、実ったミカンをもいんだり、庭で飼っている犬も利用者の心を癒してくれる。清掃専門の職員が掃除をしており、特に、トイレは日に3~4回掃除をして常にきれいにしている。その他、毎年ハウスクリーニングを入れて清潔を保っている。利用者が多くの時間を過ごす食堂には、手作りのカレンダーやお出かけの写真、習字の作品などがかけられていた。	
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	同じテーブルや隣の席など配慮したり、廊下に休憩スペースがあり自由に過ごしていただいている。		
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	ご本人がこれまで使用されてきた家具や寝具などを使用していただき、誕生日カードや米寿の祝賀など飾り、ご本人の馴染みの空間を作っている。	洋服ダンスや衣装ケース、鏡台、仏壇などが置かれ、写真やカレンダーなど本人の思いに沿った部屋作りになっている。部屋から自由にデッキに出られるようになっている。日程を決めて行っているという布団干しは家での生活を連想できる。	
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	バリアフリー、手すりの設置などにより、自立して安全に活動できるようにしている。 飾りなどの目印ではなく、「トイレ」等字を読み認識して頂いている。ウッドデッキへも自由に出れるようになっている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム 舞夢

## 目標達成計画

作成日: 平成31年1月15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	火災や地震、水害等の災害時に利用者が安全に避難できるために、地域との協力体制を整えることが必要であるが、近隣に民家がないために難しい。また、避難場所まで遠いため、一時的な避難場所を確認しておく必要がある。	災害時に安全に避難できるよう、日常から訓練する 地域の協力が得られるよう連携を深める 一時避難場所を全職員が把握し速やかに誘導できるよう訓練する 被災時に困らないように必要な備蓄を整える	・年2回の避難訓練に運営推進委員の方にも参加していただき、高齢者施設の避難の実態を知っていただき協力体制を整える。 ・一時避難場所(原山近隣公園)へ実際に出掛けてみる 5ヶ月
2	26	介護計画を共有し、個々に沿った統一したケアが提供できる	個々の課題を解決するために統一したケアが提供できる	現在個々の課題をフロー内に掲示し、全職員が確認できるようにしている。個々の課題が解決できるように実際のケアや介護記録に反映できる。 1月の勉強会で介護記録について話し合う予定 6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。