

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	0890400088		
法人名	医療法人 友志会		
事業所名	グループホーム ももの舎 (あかりの家)		
所在地	茨城県古河市仁連604		
自己評価作成日	平成26年 3月31日	評価結果市町村受理日	平成26年6月4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	http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0890400088-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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26年5月15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)】

同法人の保健施設を隣接しており医療・リハビリ・看護・介護・居宅介護支援専門員の協力を得て、その人らしい生活を継続できるように家庭的な環境で専属のスタッフと一緒に料理や掃除・工作・カラオケを楽しみながら行って頂き、健康で明るい生活が送れるように『もう一つの家族』を目的としています。
あかりの家では、保健施設からご本人の希望で在宅復帰される方の為の準備段階としてショートステイ(短期入所生活介護)サービスをご利用いただくことが出来ます。
また、認知症上級専門士がおり全職員で常に新しい知識と技術の向上が得られるように努めています。

【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)】

隣接老健のPT・OT・ナース・相談員と連携をとり、利用者一人一人に合わせ、今までの生活スタイルに添った趣味や、やりがいに繋げる役割等のケアの提供に努めている開設2年目の事業所である。年数は浅いが、地域との交流を積極的に行い、夏祭りや小学校との交流、老人会、AED講習会等開催して事業所や認知症への理解を得る努力をしている。管理者・職員共に介護に対する意識が高く、新しい知識とケアの向上に努め、常に利用者側にたった支援を心がけていると感じた。老健から在宅復帰に向けショートステイサービスを実施し、自立に向けた支援を提供している。

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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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
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	開設時職員全員で作られた理念を入居者様・職員相談して『入居者様と共に地域に根付き、交流を深めていけるよう 手をとりあって暮らす仲間 いっしょに笑い・いっしょに泣き・いっしょに考え 見守って行きます。』と一部変更、玄関に掲示して日々入居者様に係っています。	昨年度提案を受けた地域密着型サービスの意義を踏まえた独自の理念を作り、玄関に掲示して職員の意識付けを行っている。申し送り・会議の時にも確認を行い、管理者と職員は理念を共有し日々のケアの提供に努め実践につなげている。職員からは利用者を尊重し、笑顔の絶えない生活支援に心がけているという話があった。	
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	地域でのボランティア(フラダンス、傾聴、演奏等)や理容師のご協力を頂き散髪を行ったり、近隣にある豆腐屋・お店などの配達や買い物に出向いたり、小学校行事に参加など地域の交流を図っています。	隣接老健と合同で夏祭りを開催している。地域住民の参加が多く、馴染みの方々との交流を持ち、利用者は楽しい一日を過ごしている。老人会へも参加している。ボランティア(フラダンス・傾聴・演奏・よさこい等)を受け入れ、利用者も一緒に参加している。近隣住民に向けAEDの講習会を開催したり、散歩で挨拶をかわし、藤棚の休憩所ではしばし会話を楽しんでいる中から、ホームに対する理解も深まっている。今年度は認知症サポーター養成講座の開催を検討したいとの事。季節の草花を届けていただき、利用者が上手に花器のカバーを作った。	
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	隣接の保健施設とともに行われる夏祭りや各種行事の実践で認知症への周知を地域へ向け発信している。 昨年グループホーム内でAEDの勉強会を地域の方々も参加頂き、理解と支援をご案内しています。 今後も支援の方法など発信することを検討中。		
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	偶数月に開催している運営推進委員会に地域区長・民生員・ご家族・古河市福祉課の参加頂きサービスの実施報告や情報交換を行い、頂いたアイデアや意見をサービスの質の向上に繋ぐことが出来るように努めている。	昨年度の評価の指摘を受け、第3者からアドバイスを受ける為、民生委員の参加依頼をした。偶数月に区長・民生委員・家族・行政・事業所担当者の構成メンバーで開催している。事業活動予定・報告・利用者状況・ヒヤリハット等の報告や話し合いを行い、意見をサービス向上に努めている。議事録にまとめ家族会で報告。職員には会議で報告し共有している。ヒヤリハットは原因・対策・支援内容を検討し対象者家族に報告している。	

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	市担当の方より市で行われる花祭りやマラソン大会などのご連絡で外出、マラソン応援ができたり、地震・台風の安否確認を頂くなど、事業所の状況把握やサポートを頂きケアのサービスに取り組むことが出来ている。 今後も協力関係を気づいてけるように努めています。	運営推進会議に参加の他、機会があるたびに電話や直接出向き相談・アドバイスをうけ協力関係を築いている。市主催の花祭り・マラソン大会の知らせがあり、利用者と一緒に出かけている。天災時に安否確認の電話をもらい状況把握やサポートをもらっている。小学校(運動会・三世代ふれあい祭)の行事に参加し利用者は勿論、子供たちにも利用者との交流は貴重な時間となっている。。地域密着型連絡協議会に参加し行政と情報交換を行っている。	
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	ミーティングや勉強会等で継続的に周知を図り、全職員と確認して実践している。 契約時に家族に紙面上でも表記し説明しご理解を頂いている。 また、身体拘束検討委員会にて近隣の保健施設と連携し取り組んでいる。	身体拘束廃止検討委員会があり、隣接の老健と連携して、職員は拘束となる具体的な行為・弊害を理解し利用者が安全に暮らせる支援に努めている。契約時に家族には書面にて説明を行っている。転倒防止の為のセンサーマット使用について検討内容が詳しく記載され、家族了解の下、利用者の状態に応じた対応を行っている。スピーチロックは利用者が不穏にならないような対応を心掛けている。	
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	職員の言動に注意してミーティングなどで話し合い防止に努めている。 隣接の保健施設と連携して勉強会を行い周知を深めている。		
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	制度に関しての理解は多少ありますが、現在は制度を必要とする方がいないので活用していません。 今後に向けて学ぶ機会を検討中。		
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	入居またはご利用の契約の際、紙面上で説明を十分に行い、不安や疑問点を尋ねながら、理解、納得を頂いております。		

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
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	契約時に、紙面により苦情窓口の説明をおこなっており、ご利用者・ご家族の意見に添うよう行っています。 昨年より苦情相談窓口隣接の保健施設の相談員も増設し相談にきめ細やかに対応しています。	広報誌を2ヶ月毎に発行し家族との密な関係作りに努めている。意見の言い出しにくい利用者・家族に対し意見箱の設置・苦情受付窓口・第3者機関名・電話番号を契約時に説明し明示している。老健の相談員も相談にあっている。意見要望は面会時や家族会で聞くようにしている(トイレタイムの融通につき要望があったのでポータブル使用や時間の調整で対応)。職員の異動は家族会・広報で知らせている。	
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	月1回行われる全体ミーティングにおいて職員の勤務体制や業務など、意見を出し合い運営している。 管理者は、職員から個別に意見・要望を聴く機会を常に意識して対応している。	月1回の全体ミーティングで意見を出しあい、職員の提案を受け止めている。現場での気づきはその都度話し合い検討しており、日々の掃除では目の届かない車椅子・窓の棧等を日曜日に実施した。管理者は職員から個人的に意見や要望を聞くように努め、ストレスや不満の解消に努めているので、寿退社以外の離職は無い。管理者とは何でも話せる関係だと職員から話があった。研修受講には事例検討として職員からも意見を聞いた上で参加し報告書にまとめ勉強会へとつなげている。新人歓迎会・暑気払い等で職員の親睦を深めている。	
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	職員個々の状況を把握して職場環境、整備に努めている。		
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	隣接の保健施設と連携し、勉強会開催参加、同法人施設・グループホーム・小規模多機能との勉強会など毎月2～3回はあり必ず一回は誰も出られるように配慮している。		
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	認知症上級専門士である管理者を中心に、職員全員、同業者との勉強会、事例を用いた検討会新年会などの交流会を通じて質の向上に取り組んでいる。		
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	入居の前に情報を頂き職員同士でその方の情報を把握している、また、希望に応じて入所前に見学に来ていただきご本人、ご家族の意見や要望をお聴きしてご本人にとって安心できる生活を送れるよう努めている。		

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
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	入所する前からご家族の意見や要望、相談事をお聴きし、受け止めケアプランに反映してより良いサービスの提供ができるよう努めている。		
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	ご本人、ご家族と話し合い必要としているサービスの導入ができるようケアマネージャーや他職種の方々と情報共有し対応に努めている。		
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	ご本人にできることはできるだけ行って頂くように働きかけている。また、ゴミ捨てや野菜切り洗濯物たたみといったご本人の日常生活で行ってきた事に関しては積極的に関わって頂ける様促している。		
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	ご家族の面会時には職員がご本人の日頃の様子をご家族に話をし、外出外泊が気軽にできる環境作りに努めている。また、家族会や夏祭りといった行事に参加と協力を得られる関係が築けている。そういった行事の中でご本人とご家族の絆を深めて頂きたいと思い支援している。		
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	親戚の方やご近所に住んでいた方が時々面会に来ることがあり、気軽に足を運んで頂けるような環境作りに励んでいる。年明けには近所の神社に初詣に出かけたり家族や友人との手紙のやり取りなど馴染みの人や場所との関係が途切れない様支援に努めている。	馴染みの方々との関係継続は大切にし、手紙・電話の支援や親戚・友人・知人の訪問がある。家族会・夏祭りを通して家族との深まりをつなげている。馴染みの理美容院の方に来てもらい、カットやパーマをかけている利用者がいる。今までどおり週刊誌を購読したり、豆腐屋・ラーメン屋に出かけている。家族の協力を受けお墓参り・法事・外食にも出かけている。初詣・ネーブルパーク等思い出の場所へ出かける支援を行っている。	
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	利用者同士の状況や関係性を把握し、職員が間に入りコミュニケーションを取ったり共同作業などを行い芯に関わり合い支えられるような支援に努めている。		

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
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	隣接の保健施設や他の施設への入所で退去になられた方については、これまでの経過情報を提供し問い合わせにも対応している。また、その後もが本人・ご家族がいつでも立ち寄れるようまた、相談支援が出来るように対応している。		
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	ひとり一人ご本人に合った生活を尊重しご本人の希望、以降の把握をできるよう日々のケアに努めている。困難な場合でもセンター方式を活用したり、職員も認知症ケアを学び、相談し、ご本人に合った生活ができるよう支援している。	センター方式できめ細かなアセスメントを行い、利用者の思いや暮らし方の希望・意向の把握に努めている。日々利用者の思いは変わるので、その日に合わせたケアの提供を職員間で共有している。自立度が高いので直接利用者から聞いているが、職員サイドの目線では無く、情報収集や職員間で確認しあいながら、利用者本位に検討している。利用者が意見等を言いやすい環境作りを心がけ、生活スタイルも利用者に合わせて、趣味の俳句・書道・塗り絵・掃除・野菜の手入れ・洗濯たたみ等積極的に利用者が行っている。	
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	入所時に得た情報やご家族から得た情報だけではなく、ご本人の会話や動作など観察し得られた情報を記載し、サービス利用の経過や情報を職員全員が共有、把握できるように日々努めている。		
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	ひとり一人ご本人に合わせて一日を過ごしている。長谷川式スケールを活用したり、再アセスメントを行う他、日々のご本人の身上の変化に注意記録し、職員全員に申し送るなど現状の把握に努めている。		
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	毎月のミーティングやケア会議を行いモニタリングをしている。又、本人の変化や出来事を記録し全職員申し送り3ヶ月に一回介護計画を見直している。現状にあっていない場合、御本人、家族様と相談しながら再アセスメントし現状に合った介護計画を作成している	家族・利用者から要望を聞き、カンファレンスを開催し利用者の課題とケアのあり方について話し合いケアプランを作成し家族の同意を得ている。ケアプランはカーデックスに添付し、プランに添ったケアの提供に努めている。日々の気づきや行動は申し送りノート・介護記録に詳細に記載され、全職員で共有している。サービス担当者会議を開催し、モニタリング・評価を実施し現況に即した介護計画を作成している。	
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	毎日の様子ご本人の発言・表情動作をその時その時そのまま記録している。また、その情報を職員同士で共有し新たな気づきや工夫を実践し、介護計画の見直しを行っている。		

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
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	ご本人のご家族の状況や希望、新たなニーズに対応できるよう、又、既存のサービスに捉われない柔軟な支援やより良いサービスを支援できるよう情報提供や相談にも応じている。		
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	フラダンスなどの地域ボランティアグループや理容院の来舎、近くの商店からの食材配達の協力を頂き地域との繋がりを大切に、ご本人の活性化を促し充実した生活が送れるよう支援している。		
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	入居時の際、ご家族に同意書を受け事業所契約医師の往診の契約を頂き、隔週の診察を受けている。入居前からのかかりつけ医のある方は、継続し受けられるよう情報提供を含め連携支援している。 職員が受診に付き添い報告のお電話をする、留守番電話の場合でも家族からの連絡があり、直接連絡した記録までをおっている。	契約時に24時間対応可能な事業所契約医師の説明を行い、隔週毎に往診を受けている。かかりつけ医受診の対応も継続して行っている。訪問医の判断で他の医療機関で受診が必要との判断があった場合は家族の同意・意向を聞き、希望医院の受診を行っている。家族付き添いの場合は報告を受けている(通院情報連絡所を医師からもらい、情報を共有している)。職員付き添いでの受診時は電話にて報告を行い記録に残している。(昨年の指摘を受け、留守電の場合はきちんと再確認を行われていた)隔週の訪看による体調管理に行われている。	
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	日常に置いての心身の変化や情報・気づきを記録し、緊急時だけでなく、気になった場合でも同事業所の訪問看護へ連絡相談し、適切な助言や処置・受診や看護が受けられるように継続し支援している。 また、隣接している保健施設の看護職とも連携し適切に対応できるよう努めている。		
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。	入院の際にサマリーを作成し、先の医療機関に情報を提供し連携が図れるように努めている。入院中のご本人の見舞いや、ご家族のお話を聞いたり医療機関より情報を得て確認し、安心して治療頂き早期退院できるよう、また、スムーズに退院受け入れが出来るように努めている。		

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
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。	入居時の契約の際に、重症化対応・終末期ケア対応方針を紙面でご家族に説明同意を頂き、主治医や訪問看護共連携が図れるよう継続しており、ご家族とも話し合い関係者と共にチーム支援できるよう努めている。	契約時に重度化対応・終末期ケア対応指針の説明を行い、同意を得ている。主治医・訪問看護師と連携をとり支援に努めている。職員・家族・他の利用者への心のケアの配慮を行い、全職員で前向きに支援に取り組んでいきたいとの事。ミーティングで看取りの話をしたので職員の意識付けは出来ている。	今後利用者・家族の要望に応える為には隣接老健の看護師の指導のもと勉強会を開催しマニュアル作成やケアターミナルに向けた体制の整備を期待する。
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	急変時や事故発生時の連絡体制を職員全員が理解しており訪問看護や隣接の保健施設の看護と共に連携し適切な対応を行っている。定期的に行われる勉強会へ参加し、職員の知識向上と実践力が付くようにしている。		
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	消防署や隣接の保健施設職員、ご家族・地域住民の方々の協力を得て、昼夜間それぞれを想定した訓練を行うと同時に緊急時隣接の保健施設を含めた連携・連絡体制を職員全員が理解している。 避難訓練を年2回実施しており、緊急持ち出しも準備した。	消防署指導のもと、隣接老健職員・家族・地域住民の協力を得て、昼夜間想定避難訓練を行い、利用者の行動把握と共に利用者が避難できる方法を職員は身につけている。毎日の点検としてコンロの安全確認・屋外可燃物・非常口確保・障害物の撤去・コンセント・たこ足配線を確認している。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。勉強会は月2回開催。(訓練内容の再認識や改善点を検討)	緊急時に速やかな支援が得られるために、地域住民・隣接職員に協力依頼内容の構築が望ましい。
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	一人ひとりの意思を尊重しその方らしい生活が送れるように支援している。また日常の中でも声掛けを常に意識しその方のプライバシーを損ねないようにしている。	利用者の人格を尊重し、プライバシーを、損ねない言葉掛けを行っている。利用者との会話のトーンは落ち着いたしており、利用者が笑顔で受け答えをしている姿が印象的であった。書類関係は事務所内に保管し個人情報保護に努めている。個人情報保護方針・介護・診療情報について説明を行い、同意書を取り交わしている。	
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	日常生活の様々な場面でご本人自身に決めていただける様に、対応を行っている。また、ご本人の思いや希望が言いやすい環境作りを常に心掛けて行っている。		

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	起床や就寝時間等はその日のご本人の体調や希望に合わせて対応している。また、入浴やトイレ誘導等への強制はせずご本人のペースに合わせる。		
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	ご本人の気に入っている衣服をご本人の希望に沿い、お化粧品やアクセサリ、帽子を身に付けて頂いたりとその人らしさを尊重・支援している。		
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	ご本人の体調に合わせて、野菜切りやテーブル拭き、おしぼり配り、洗濯物たたみや、食器拭きの手伝いを行って頂いている。食事は職員と一緒にとり、季節感が感じられる行事食の提供など楽しいものとなるように支援している。	献立は隣接老健の管理栄養士が立て、近くのお店から食材を配達してもらっている。利用者にあわせ野菜切り・テーブル拭き・おしぼり配り・配膳・下膳・食器拭き等を楽しみながら行っている。おやつ(ホットケーキ・団子等)作りの材料を買いに職員と一緒に出かけている。食事形態は利用者にあわせて提供し、職員は利用者と同じテーブルを囲み会話を楽しみながらの食事風景であった。調査日は古河市の発展を力説して頂いた。	
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	食事のメニューは隣接の管理栄養士によりカロリー計算されており、摂取量を記録に残している。摂取量が少ない方には、調理方法や環境を工夫したり取れない原因を追究し、必要に応じて栄養補助食を検討し提供している。		
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、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	うがい薬を使用頂き、ご本人の力に応じ口腔内の清潔が保持できる様に歯磨きの見守り後、口腔内状況確認の介助支援を行っている。状況・必要に応じて歯科での往診が受けれるようになっている。		
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	個人の排泄パターンを把握して失敗経験を少なく出来る声掛け・誘導し利用者に寄り添い、行動や動作からも察知できる様に努め、自立に向けた支援を行っている。 又、排泄の状況により身体的変化の把握と心理的安定が図れるように努めている。	チェック表・排泄パターン・表情・様子から察知し、さりげなく声掛けを行ってトイレ誘導をし、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。排泄により身体の変化を把握したり、精神的安定が図れるように努めている。夜間はオムツ対応となるが、昼間はリハビリ対応で支援。失禁時の対応は利用者の自尊心を損なわないよう配慮している。自然排便が出来るように肛門マッサージや体操を実施している。	

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
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	水分摂取量・食事摂取量・や運動量に注意し、持っておられる病気との関連性を含め自然排便できるよう、毎日、体操を行い個々に応じた運動をして頂き便秘の予防に努めている。 また、医師・看護・薬剤師・リハビリと連携し対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本として、2～3日に一度入浴できるように入浴表を作りチェックを行っている。 ご本人が楽しんで入浴をして頂けるように、ご本人に合ったタイミングでの声かけと入浴剤やこのみの衣服を用意して頂くなどここに合わせた支援を行っている。	基本的には2～3日に一度の入浴支援であるが、希望に応じた対応は可能である。入浴剤・季節に応じた菖蒲湯・ゆず湯を提供し、ゆっくり入浴出来るよう努めている。入浴時は普段聞けないような話が出る事もあり、記録に残している。皮膚疾患にも注意をはらっている。拒否者には無理強いせず時間をかけて声掛けを行い、気持ちよく入ってもらおうようにしている。感染防止の為、足拭きマットは個々に取り替えている。爪切りは職員が行っている。	
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	日中では、一日中起きている事は身体的にも疲労がたまる事も有る為、昼寝の時間を設けて短時間の休息を取ってもらっている。 なかには、リビングノソファーに横になる方もいる。 就寝前には、リラックスして頂けるよう飲み物の提供を行ったりと生活のリズムに合わせている。		
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	処方された薬は、薬局からの説明や送りノートを見て確認、職員が内容・用法などについて把握できる状態にしている。 医師・看護・薬局との連携により薬の目的や症状の変化の確認に努めており、家族への連絡も行い介護記録に変化や状況の記録をしている。		
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	家事が好きな方には食器拭きや野菜切りの手伝いを行って頂いたり、カラオケが好きな方にはカラオケをかけて唄って頂いたり、膿トレや工作などその方に合わせた方法で役割・生きがいを持てるような生活が送れるよう支援を継続している。		

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
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	天気の良い日には施設周辺を散歩したりしており、季節のイベントや外食、買い物等へ福祉車両を活用し積極的に外出している。 病院受診に行かれる場合は家族の協力を得てご家族と外出する機会を作っている。	天気のよい日は利用者の体調に合わせ近所の散策をしており、すぐ隣の小学校の児童の様子を眺めるのも楽しみとなっている。季節の移ろいや風を肌で感じ、太陽の日差しを浴び五感の刺激を受けている。季節のイベントは家族にも声をかけ、外食・買物等に出かけている。病院受診時に家族とお茶・外食を楽しんでくる利用者がいる。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	ご本人・ご家族に了承を得てお小遣いは事業者で預らせて頂いている。 買い物などの際は、ご本人の力に応じて、所持して頂き、希望のお菓子や雑誌・ハガキなど使えるように支援している。		
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	ご本人の状況や内容を把握しできるだけご希望のある方には電話や手紙でのやり取りができるよう関係者にご協力を頂き支援している。		
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	温かみのある共同の空間を感じて頂けるよう、木造平屋造りとなっており居間は、天井を高く天窓より自然な光や空調が得られるようつくられている。 ご利用者にとって不快や混乱を招くような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように努めている。 季節感を出す為にカレンダーや季節の花や飾りを入居者様方と共に手作りし行事を楽しんでいただける工夫をしています。	木造平屋づくりで温かみのある共有空間となっている。天井が高く自然の採光が差し込むリビングで利用者は思い思いの場所でのんびり過ごしている。季節感をだす利用者の手作りの作品(こいのぼり・菖蒲)やテーブル毎に季節の花を飾り、見当識を意識した工夫があった。車椅子利用者が動きやすい動線となっている。共有部分は冬場は床暖房である。お風呂場には暖簾を飾ったり、トイレは大きな字で表示し混乱防止に努めている。	
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	食堂リビングにはお一人お一人の状況にあったいつもの場所をご用意する他、日向ぼっこができる位置にソファを配置、かわるがわる横たわったりとくつろいでいる。 また、隣の棟の入居者様とも気楽に行き来が出来るようになっており気の合った利用者同士で過ごせる場所があるなど、出来る限り皆さまとテーブルを囲んで楽しく心地よい場所の提供に努めています。		

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
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	居室にはクローゼット、タンス、ベット、エアコンが備えてあるが、ご本人の使い慣れた馴染みのものを置いたり、テーブル、ジュース、テレビ持ち込み安心居心地良く生活できるようにご本人・ご家族と相談しながら支援している。 また、身体的・精神的変化に合わせ安全・安心に過ごせる工夫をしています。	大きな家具は備え付けになっているが、利用者が自宅で慣れ親しんだテレビ・椅子・座卓・座布団・見やすい時計・仏壇・家族の写真・趣味の俳句等を安全面に配慮し設置している。一歩部屋に入れば、利用者がホッとできる居室となっている。居室は床暖房が整備され環境・身体に優しい配慮となっている。居室の掃除・モップかけは職員と利用者が一緒に行っている。	
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	居室においては、ご利用者様の状況にあったベットの高さを注意、各部屋に用意された洗面所までの動線や安全を配慮し、トイレやふろ場は目にも分かるように大き表記し声掛け、誘導支援、「できること」「わかること」を継続できるように工夫しています。		

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	12	重度化した場合や終末期の有り方について、今後利用者・家族の要望に応えられるよう、関係者とともにチームで支援に取り組んでいけるよう職員のスキルを向上、マニュアルの作成、ターミナルケアに向けた体制を整備する期待をうける。	今後利用者・家族の要望に応える為、近隣老健の看護師などの指導のもとに勉強会を開催し、マニュアル作成やターミナルケアに向けた体制を整える。	近隣老健の看護師・訪問看護師の協力を得てターミナルについての勉強会を開催。 ターミナルケアについてスタッフの理解が深められるようにする。 マニュアルの作成と体制整備に取り組む。	12ヶ月
2	13	緊急時に速やかな支援が得られるために、地域住民・隣接職員に協力依頼の内容の構築が望ましいと助言をうける。	緊急時に速やかな避難支援・援助が得られるようにする為、入居者の特徴を理解して頂けるように、地域の方々との交流を深めていく。	緊急時に地域住民・近隣職員に依頼する内容を明確にできるよう、ももの舎スタッフ・近隣老健スタッフと話し合う機会をもち、運営推進委員会でも助言をうける。 具体的援助内容についても検討してゆく。	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、行を挿入して下さい。