

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	医療法人社団 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27年 3月31日	評価結果市町村受理日	平成27年6月12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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_1_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0890400088-006&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_1_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0890400088-006&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27年5月14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・居宅支援専門員の協力により、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・掃除、工作・カラオケ・家庭菜園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、より多くの笑顔で満たされるように『もう一つの家族』を目的としています。  
あかりの家では、保健施設等から本人のご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(短期生活介護)サービスをご利用いただくことができます。  
また、認知症ケア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学び、支援に努めています。

【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)】

併設老健と連携をとりながら、利用者一人一人に合わせたきめ細かい支援の提供を行い、残存機能の維持と自立に向けたケアを医療・PT・OT・ナース・居宅支援専門員の協力により、今まで通りの生活スタイルが保てるように努めている。利用者の趣味や生きがいを取り入れ、楽しみながらやりがいを見出し生活できるよう、管理者・職員共に取り組んでいる事業所である。年々、職員のケアに対する意識が高まり、認知症を理解し、スキルアップにつなげたいという職員の要望に応え、管理者も一緒に取り組んでいる温かみのある事業所である。老健から在宅復帰に向けた準備段階としてショートステイサービスを行い、自立支援に努めている。地域交流を積極的に(地域のイベントに参加・老健と合同の夏祭り・小学校との関わり)行い、事業所・認知症に対する理解が深まっている。職員の異動や退職・利用者の移動が重なり、両棟で自己評価・外部評価の再検討を行うことにより、職員の意識がより一層高まったとの事。調査時には項目毎に書類が整備されており、外部評価を前向きに捉えている姿が見られた。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/>	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"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	開設時職員全員で作られた理念を入居者様・職員に相談して『入居者様と共に地域に根付き交流を深めて行けるよう 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 見守っていきます。』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。	開設時に全職員で作上げた理念を元に再度見直しを行い、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成を行った。玄関の目の届くところに掲示し意識付けを行なっている。会議・申し送り時にも確認を行ない、管理者・職員共に共有し実践につなげている。管理者からは、利用者へ寄り添い、一緒に気持ちを感じながら職員がケアに携わっていると話があり、職員からは利用者の気持ちを大事にし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	地域でのボランティア(フラダンス、オカリナ、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・お店に買い物に出向いたり小学校行事に参加など地域との交流を図っています。	隣接老健と合同で地域に向けた夏祭り(小学校PTAの協力を受け)を開催し、家族・近隣住民・利用者が夫々に花火を楽しみ、馴染みの方とのふれあいの場となっており、楽しい一日を過ごしている。老人会・小学校との交流やボランティア訪問(傾聴・フラダンス・よさこい・オカリナ・演奏等)があり、利用者参加型で実施されている。近隣のお店で買い物をしたり、散歩に出かけ馴染みの人と挨拶を交わして立ち話をするなど、地域の一員として日常的に交流している。AEDの講習会・認知症予防の講演会を地域住民に向けて実施し、介護・認知症の相談を受けアドバイスや関係機関につなげ、事業所・認知症に関する理解をえている。ボランティア訪問を通じて利用者との関係がよくなり、散歩に一緒に出かけるときもある。認知症サポーター養成講座の開催を検討中。	
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	隣接の保健施設と共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に向け発信している。 一昨年グループホーム内でAEDの勉強会を地域の方も参加頂き、昨年は、管理者が「認知症予防」を依頼受け講演を行うと同時に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・民生委員・ご家族・古河市福祉課の参加頂きサービスの実践報告や、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できるよう努めている。	偶数月に区長・民生委員・家族代表・行政・事業所担当者のメンバーで開催している。主な議題は事業活動予定・報告・利用者状況・ヒヤリハット・外部評価等について報告や話し合いを行い、席上出た意見等をサービス向上に努めている。議事録にまとめ、家族会の席上で報告・職員には会議で報告し共有している。席上での意見や提案に対しては検討を行い、フィードバックしている。	
5	(4)	○市町村との連携  市町村担当者とは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できている。 今後も協力関係を築いていけるように努めます。	行政(介護福祉・地域包括センター)・社協とは連携を密にし、事業所の実情やサービスの取り組みを伝え、アドバイスを受けている。花祭り・マラソン大会の連絡を受け、利用者とは出かけている。小学校の運動会や三世代ふれあい祭に参加し、小学生と利用者が自然と触れ合う場となっている。通学時に手を振ってくれたり、カラオケを準備しているとダンスを披露してくれたる場面がある。イベントでトイレを開放するときに子供たちが喜んでくれるように、利用者からの提案で水族館らしく魚を描いて飾ったら好評であった。天災時の安否確認の電話をもらったり、地域密着型連絡協議会に参加し行政と情報を共有している。	

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
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。	身体拘束検討委員会が主体となり、老健施設と連携し拘束となる行為・弊害について周知し、利用者が不穩にならないケアの提供に努めている。家族には契約時に書面で説明を行なっているが、安全上、拘束となる行為を実施する場合は職員間で話し合い家族に説明し同意をえている。拘束排除にむけた、検討内容を記述している(家族からミトン使用の要請があったが、症状が出たときのみ軍手で対応したことがある)。車椅子の点検は職員・家族(専門知識のある方)の協力を受け点検を実施。スピーチロックは管理者からの指導以外に職員間で検討が行われている。	
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。 また、回覧物が目に届くようにしてあり意識を高めている。		
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に支援している	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・納得を頂いています。		
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	契約時に紙面により苦情窓口のの説明を行っており、ご利用者・ご家族の意見に添うようになっています。 苦情窓口隣接の保健施設の相談委員も増設し相談にきめ細やかに対応している。	契約時に苦情窓口・第3者機関名・電話番号・意見場度の設置の説明を行なっている。老健相談員も相談にのってもらっている。職員の異動は2ヶ月毎に発行している広報誌・家族会で報告。家族からの要望等は必要事項・注意事項をケース記録等に残し、全職員で共有している。利用者を想った職員と家族の会話の中で注意をもらったことがあり、管理者から職員に言葉の大切さを伝え、理解を得た。面会時に管理者から主に声(体操の要望があり実施)をかけることが多い。家族会(年2回)に広報誌や個人用アルバムを見てもらい利用者の日頃の様子を伝えている。	
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	月一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回のミーティングで意見を出し合い提案(オン・コール対応の実施→6月から実施・退院後や身体機能低下に伴うケアの検討等)を聞き反映させている。管理者は職員の気持ちを大事に考え、様子や表情からストレス・不満を解消する為に個別に話を聞くようにしている。管理者・職員の間は良好で何でも話せるので、働きやすい環境だと職員から聞けた。希望休申請時に職員のコメントを記入する欄を設け、そこから気持ちを吸い取ることも出来る。管理者・職員との懇親会は度々開催され、親睦を深めている。外部研修の開催地が水戸の為、なかなか参加出来ないが、受講後は報告書にまとめ全職員で共有している。内部研修は頻繁に開催。	
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。		

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
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回は必ず一回は誰も出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。 同市に新設のグループホームより新設にあたっては、相談や見学や協力依頼に応じ、共にサービスの向上、地域支援の向上に努めている。		
<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、希望に応じて入居前に見学に来て頂きご本人、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よいサービスの提供が出来るように努めている。		
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	ご本人やご家族に関わっていたケアマネージャーや他職種の関係者から、情報収集し、協力を得てご本人に合った「その時」を必要に応じたサービスの導入ができるように努めている。		
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	ももの舎の理念でもある「手をとりあって暮らす仲間」を実践し、ご本人の出来る力を活用し、食事作り・お茶入れ・洗濯物たたみ・ゴミ捨て・お掃除・食器拭き等無理のない範囲で協力して頂いている。		
19		○本人と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	面会時や家族会、夏祭り、などの行事など、ご本人と家族の過ごす時間を大切にし、気軽にもの舎へ立ち寄り頂けるように努めている。 また、家族と外出できるよう協力を得たり、病院受診の協力や必要に応じて相談し意見やアイデアをいただくなど、協力頂いている。		
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。 昨年はご本人からの申し送りあり選挙に出かけられ、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よう支援に努めている。	近隣の知人や家族の面会の他、遠方の家族・友人に電話・手紙を通じ、関係継続に努めている。家族会・夏祭りは利用者と家族をつなぐ大切なイベントとなっている。選挙・豆腐屋・ラーメン屋・初詣に出かけたり、馴染みの理・美容院の来訪があり、馴染みの人と場所との関係が途切れないよう努めている。家族の協力を受け、お墓参り・外泊・外食に出かける利用者がいる。以前からの週刊誌の購読や乳酸飲料を購入し生活スタイルの維持に努めている。	

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
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	利用者同士の関係を把握し、利用者とともに散歩やレクリエーション等を行ったり生活を通して、会話を増やし、互いに助け合い支え合う場面が増えている。また、継続出来るように努めている。		
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	隣接の保健施設や他の施設への入所での退去になられた方については、これまでの経過や情報を提供し問い合わせにも対応している。 また、その後もご本人・ご家族がいつでも立ち寄り相談支援が出来るように対応している。		
<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	ひとり1人、ご本人に合った生活を尊重しご本人の希望、意向の把握をできるように日々のケアに努めている。 困難な場合でも情報を収集しセンター方式を活用したり、ご家族と相談を協力をいただいたりと、職員も認知症ケアを学びながら本人本位に検討している。	センター方式でアセスメントを実施し、利用者の思いや暮らし方の希望・意向の把握に努め、利用者に合わせてケアの提供を行っている。困難な場合は家族と相談し、職員間で検討して利用者の立場に立った支援に努めている。趣味の塗り絵・俳句・書道・掃除・家庭菜園・洗濯たみ等は強制でなく利用者が進んで行っている。家族と利用者の思いが違った場合は他の方法を検討し、利用者のやりがいにつながるように努めている。	
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	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1人、ご本人に合わせて1日を過ごしている。長谷川式スケールを利用し認知症の状況を、再アセスメントも行う他、日々のご本人の心身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	毎月ミーティングやケア会議を行いモニタリングをしており、本人の変化や出来事を記録、全職員申し送り3か月に一回介護計画を見直ししている。 現状に合っていない場合、ご本人・ご家族・関係者と話し合いながら再アセスメントし現状に即した介護計画を作成している。	家族・利用者の思いを聞き、利用者の課題とケアのあり方について担当者やケアマネでプランを作成している。作成後はサービス担当者会議を開催し共通意識を持ち目標達成につなげている。ケアプランは家族に説明し同意を得ている。カードックスにケアプランを添付し、気付きや変化は申し送りノート・介護日誌に記載し、全職員で共有している。毎月のモニタリング・3か月毎の見直しで現況に即したケアプランを作成している。	ミーティングで検討されているようであるが、ケース記録の記入内容に、気づきや変化をもう少し細かく記入し、全職員で共有化を図り、再プランにつなげるように期待する。
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	ご家族・関係者・職員が感じ親た、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、その情報をももの舎職員だけでなく、関係職種と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、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	オカリナ、フラダンスなどの地域ボランティアグループや理美容院の来舎、近くの商店からの食材配達を頂き、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に支援している。 昨年より入居者希望あり区長様のご協力で古河市の広報やおたよりを得られることができ、地域の情報や行事にも参加、楽しむことが増えた。		
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し、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った時など報告のお電話をするが、留守番電話の場合でも家族に直接連絡が出来た記録までを追っている。	契約時に事業所契約医師(24時間対応可)の契約をもらい2週間毎の往診を受けている(現在は全利用者)。訪問看護師による体調管理が行なわれている。専門医受診の場合は家族が付き添い(場合により職員も付き添う場合もある)受診報告を受けてきちんと記録に残していることが確認された。老健看護師と連携し適切な対応が出来るように努めている。	
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	日常にお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て支援している。 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に努めている。		
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。	入院の際にはサマリーを作成し、職員から申し送り、先の医療機関に情報を提供し連携が図れる安心して治療出来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。		
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、事業所できてい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、主治医や訪問看護と連携を図れるように継続しており、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。	契約時に書面で説明し、同意を得ている。主治医・訪問看護師と連携を図り支援に努めている。昨年度の評価を受け、重度化・終末期の対応指針に基づき、利用者・家族の要望に応える為の体制作りを老健の看護師・訪問看護師の協力を得てターミナル勉強会を開催。職員間の理解・マニュアル作成と体制設備に取り組んでいる。現段階は医師監修の下、高齢者実践ケアマニュアルを作成し、マニュアルに基づいた介護職員の緊急チェック項目のとらえ方や対応につき、勉強会が行なわれている。	

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
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、ご家族様・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、緊急持ち出しのものも準備している。	消防署指導・自主訓練を実施し(夜間想定・避難経路確認・緊急通報システム・消火器使用方法・連絡網等)老健職員・家族・地域住民の協力を得て、利用者が安全に避難できる方法を職員は身につけている。緊急持ち出し用品・備蓄品は整備している。コンロの安全点検・コンセントのほこり・可燃物・非常口・障害物の撤去・たこ足配線等の点検を毎日実施している。防災訓練の時、非常食としてカップラーメンを提供したが、実際は熱すぎたり、飲み込みめない等、問題点がみつきり、いざとなれば、おにぎりが食べやすい事が分かったと反省点が記述されていた。消防署からは必要な訓練も出来ており問題は無いとの言葉をもらった。今後は区長・民生委員と話し合い、関わりを相談することになっている。	
<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	1人ひとりの意思・人格を尊重しその方らしい生活が得ら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行っている。	利用者を人生の先輩として敬い、人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねない対応を行なっている。部屋にこもりがちになる利用者にはドアを開けて音楽を聞いてもらう等の工夫を行っている。個人情報保護に努め、書類関係は事務所に保管している。情報保護方針・介護・診療情報については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で決めていただけるように、対応を行っている。 また、ご本人の思いや希望が言い易い環境を作り受け止められるよう常に心掛けている。		
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	起床は就寝時間などは、その日のご本人の体調や希望・状態に合わせている。 入浴やトイレ誘導への強制をするのではなく、ご本人の思いやペースに添えるように合わせている。		
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	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	食事を計画・用意片づけするに至るまでを通して楽しみ、生きがい、安心になるよう、ご本人の体調に合わせて、野菜切りやテーブル拭き・おしぼり準備配り、お茶入れ等、出来る力を発揮していただいている。 また、動くことのできない方についても、それを一緒に参加できているように感じていただけるよう、入居者様のお気持ちを大切にしている。 食事は職員も一緒に摂り、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。	老健の管理栄養士によりカロリー計算されたメニューが提供されている。食材は近くの商店から配達してもらい、職員と一緒に利用者の出来る範囲で下準備・テーブル拭き・おしぼり配り・配膳・下膳・食器拭き等をいきいきと行なっている。食事は利用者の状態に合わせた形態で提供されている。職員も同じテーブルを囲み、会話(宇宙旅行・大涌谷等の話が出ていた)と笑いのある楽しい食事風景であった。朝食は衛生管理上、加工食品を利用するときもある。おやつはみたらし団子・ゆで卵・じゃがバターを利用者が提案し作ることもある。お茶碗や湯のみ等、食器は個人用を使用しているが、これからはスプーンやお皿の形状を変えることで、スムーズに楽しみながら食事が出来るよう改善を図りたいとの事であった。	

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、摂取量や状況・様子を記録に残している。 摂取量の少ない方には、調理方法や環境を工夫したり摂れない原因を追究し、必要に応じて栄養補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ように歯磨きの見守り後、口腔内状況の確認と介助支援を行っている。 感染症防止や口腔機能低下防止、誤嚥防止、肺炎予防等も考慮し個々のケアを大切にしている。		
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	個々の排泄パターンやリズムを把握して失敗経験を少なくなるように、できる限り声掛け・誘導し利用者に寄り添い、行動や動作からも察知できるように努め、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支援している。	排泄パターン・チェック表・表情・様子から察知し、トイレに誘導してトイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行なっている。失禁時には自尊心を損ねない対応を行なっている。昼間はほとんど布パンツで対応している。自然排便に向け運動・腹部マッサージを行なっている。	
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	水分摂取量・食事摂取量・運動量を把握し、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、排便リズムの把握・定時介助・腹部マッサージなどを行っている。 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てしまわずに、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。 また、ご本人の体調や希望に沿って入浴日を調整している。 拒否のある方については、「なぜ」をアセスメントして心地よく、楽しんで入浴して頂けるように、ご本人に合ったタイミングでの声かけや好みの衣服をご用意いただくなど、個々に合った対応を行っている。	基本的には2～3日に一度の入浴支援であるが、希望があればいつでも入浴可能である。ゆっくりと気持ちよく入浴してもらう為に入浴剤を入れ提供している(皮膚が弱い利用者に配慮しゆず湯や菖蒲湯は控えている)。色々な会話が弾み、普段聞けないような話が聞ける時もある。拒否の場合は(異性介助拒否に対しては同性介助で対応)無理強いせず時間にいたり、他の職員や利用者が声掛けを行っている。皮膚感染予防に努め、足拭きマットは個々に使用。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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、身体的にも疲労が溜まる事もある為、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、リビングのソファを好み横になる方もいる。 就寝前には、生活習慣や寝る前のパジャマ更衣などセレモニーの行動等もその方に合わせ支援している。 また、リラックスして頂けるよう飲み物の提供やお話しをするなど、生活のリズムと状況に合わせている。		

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
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、薬局に協力を得てカレンダー方式にセットされ、誤薬などの間違いのないようにしており、内容の説明は送りノート・カードックスを見て確認、職員が内容・方法などについて把握できる状態にしている。 処方内容は、医師看護薬局との連携により薬の目的や症状の変化の観察確認に努めており、家族への連絡、相談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	家事が得意な方は、食器拭き・野菜切り・調味他できるお手伝いを行って頂き、認知症予防体操・脳トレや工作・園芸などその方に合わせた方法で役割・生き甲斐楽しみが持てるような生活が送れるよう支援している。		
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	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に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を外出する機会を支援している。	体調・天気のよい日は近場を散歩し、日差しの暖かさ・風を肌を受け、季節の移ろいを感じてもらうように努めている。外食・買物・通院・小学生の様子を眺めにでかけている。季節毎のイベント(外出)は家族にも声掛けを行い、利用者との関係を深めてもらっている。菊や藤棚の下でお茶を飲みながらのお花見や初詣(甘酒を頂きながら、地域住民と交流を楽しんだ)、家族と近場を一回りする等外出支援を行なっている。	
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	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・ハガキなどに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出来るだけご希望のある方には電話や手紙でのやりとりが継続して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気が得られるように造られている。 ご利用者様にとって、不快や混乱を招くような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないようにつとめている。 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ように工夫しています。	温かみのある共有空間は日差しが隅々まで差し込み、その中で利用者は夫々がお気に入りの場所でゆっくりくつろいでいる。手作りの飾り物や季節の花を飾り見当識に配慮した工夫(利用者が作成したこいのぼりが泳いでいたり、これからの入梅に向けて蛙が飛び出しそう)があった。混乱が起きないよう暖簾や文字表示(トイレはこちらと文字と→)で配慮している。冬場はリビングの床暖房・洗面所・風呂場はヒートショック防止に努めている。	

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
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	<p>食堂リビングにはお1人お1人の状況に合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、代わるがわるに横たわりくつろいでいる。</p> <p>また、隣の棟の入居者様とも気楽に行き来出来る様になっており、気の合った利用者同士自由に過ごせる場所があるなど、出来る限り皆様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。</p>		
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	<p>居室には、クローゼット、ベット、タンス、エアコンが備えてあるが、ご本人の使い慣れた馴染みの物を置いたり、テーブル、ジュース、テレビや仏壇など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。</p>	<p>大きな家具は備え付けであるが、ベッドの高さを利用者の状況に合わせて、安全に配慮した居室の洗面所までの動線など工夫がある。利用者が使い慣れたテレビ・椅子・座布団・座卓・仏壇・マット・時計等を安全面に配慮し設置している。家族の写真・趣味の俳句を飾り利用者がホッとする居室となっている。居室も床暖房で気持ちいいよと利用者の話が聞けた。居室の掃除はスタッフが利用者と一緒にいい清潔保持に努めている。</p>	
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	<p>居室においては、ご利用者の状況にあったベッドの高さを注意、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な表示をし声掛け、誘導支援、「できること」を継続できるように工夫しています。</p> <p>また、新たに「出来ること」「わかること」の見出しができ、増やせるような環境づくりを努めています。</p>		

(別紙4(2))

事業所名：医療法人社団 友志会  
グループホーム ももの舎

作成日：平成27年6月1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	10	ケース記録の記入内容に、気づきや変化をもう少し細かく記入し全職員で共有化を図り再プランにつなげられるようにと期待を受ける。	口頭申し送りや日頃理解していると思っている事柄でも、ケース記録に表情や気づき・変化を細かく記入することで全職員の情報の共有化と再プランにより、ご本人のニーズに添った統一したチームケアを目標とする。	支援経過記録への表情・会話・気づき・変化。また、御家族との支援経過などを出来るだけ、わかりやすく、ありのままに記録し全職員の情報の共有化を行い、ニーズに添った再プラン。統一したチームケアを行う。 6ヶ月
2	10	”	”	記録のあり方について、ミーティングの場を活用意識の向上、勉強会を行い介護者としての理念の再学習と着眼点についても視野を広げ多角的にケアを考え行える様に取り組む。 6ヶ月
3	12	昨年度より、重症化した場合や終末期のあり方について、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様職員のスキル向上、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ことの継続。	利用者・家族の要望に応える為、近隣老健・訪問医・訪問看護などの協力を得、更なるスタッフの意識と介護スキルの向上、重度化・ターミナルに向けた体制を整える。	近隣老健・訪問医・訪問看護などの協力を得、必要に応じた勉強会を開催。 重症化・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体制整備に取り組む。 12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。