

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891300168		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 グループホームあゆみの郷		
所在地	兵庫県丹波市春日町野村1350-1		
自己評価作成日	平成30年10月1日	評価結果市町村受理日	平成31年4月5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	
----------	--

【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年1月11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)】

家庭的な環境でその人らしさを尊重し、潜在的に持っているひとり、ひとりの想いや力が発揮できる心地良い暮らしを目指しています。その日の気持ちや体調に合わせて洗濯物のたたみ、野菜の皮むき、買い物等できる事を役割を持って参加して生活感を実感してもらっています。行事のおやつ作りも一緒にしています。年間行事計画を立て月毎に外食、買い物、季節の花の観賞、紅葉狩り等に法人のバスで小旅行を企画して季節感を実感できるよう外出の機会を持っています。地域行事にもできるだけ参加し、特に夏の花火大会は以前暮らしていた地域の催しに懐かしい思い出を甦らせました。行事や外出時の写真を居室に貼って思い出してもらい、広報にも載せて家族に伝えています。法人の音楽療法師は毎週1回実施され職員も一緒に参加して歌や楽器演奏で感情の開放がなされとても豊かになります。時として感極まり涙を流されることもあります。貴重な感情表現の場になっています。

【第三者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)】

母体の医療法人が多く介護サービス事業所を運営している中で、丹波市では初めてのグループホームとして2017年4月に開設された。家族の協力を得ながら「わたしの人生ノート」を作成しており、利用者の誕生から幼児期、学校時代、仕事、結婚と聴き取る中で思わぬホンネも聴け、個別ケアの策定に役立っている。2月からの新しい管理者は、「ひとときシート」を作成することによって課題を整理し、事実と根拠に基づいた個別ケアに着手すべく準備している。法人の音楽療法師が毎月4回巡回してくることも、利用者の楽しみの一つとなっている。リビングに一列に座り、一緒に歌を歌ったり自分たちが映っている動画を指さしながらニコニコと観ている様子を観ると、利用者も家族も「この事業所を選んで良かった」と思っていることであろう。今後とも地域の貴重な福祉資源として切磋琢磨されるよう期待したい。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	者 第	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	昨年4月開設時に職員全員で話し合い自分達の言葉で事業所の基本理念を作成し今年度も同じ内容で運営することで確認、いつでも見られ目につきやすい様に玄関の壁に掲示している。入居者の思いに寄り添いこち良い暮らしの実現に努めている。	法人の理念である「地域に根ざした誠実でよりよい医療・介護の実践」と並べ、事業所の理念「おひとりおひとりの想いをかたち、笑顔の輝くこち良い暮らし」を掲げている。利用者や家族から「わたしの人生ノート」の内容を聴き取る過程を大切にしながら想いを把握し、利用者ごとの個別ケアを策定している。	
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人として日常的に交流している	毎月地域行事へ参加を企画している。1周年記念感謝祭に自治会長、民生委員、ボランティアの参加があった。隣接する中学校の生徒との交流、高校生の介護実習受け入れ、地元の合唱サークル、舞踊サークルが来訪された。	開設後2年目であるが、地域との定期的な交流が定着している。法人の音楽療法士の協力を得ながら自治会との共催によって公民館で開催した音楽療法が好評であり、引き続いて今年度も開催することが決まった。	
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	共用型の通所介護の利用者、家族、見学者に対し認知症に対する個別の対応について相談に応じてきたが、通所介護が7月で休止となった為、年度内に自治会の敬老会と音楽療法を共同開催での交流を企画。		
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	毎回違う家族が参加され運営内容の報告や課題と取り組み結果を説明する。家族、自治会長、民生委員、行政から地域行事・防災についてアドバイスをもらう。今年度から介護職員も参加し「身体拘束に関する委員会」を設置、取組の情報開示をしている。	3か月ごとに開催している。水害発生時の事業所周辺の地区での被害の有無など、事業所が開設して歴史が浅い中、貴重なアドバイスを得ている。毎回の運営推進会議の中で、「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」を開催している。個人情報に配慮した内容の議事録を毎回家族に送っており、市へは年度末にまとめて提出している。	
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	運営推進会議で介護保険課職員に活動を伝えている。災害時対応についてはアドバイスをもらった。介護相談員に来訪してもらい結果についての報告を支援に活かしている。	事業所と法人本部ともに、市とは密な関係性を築いている。3か月ごとに開催される地区の地域密着型事業所のネットワーク会議に出席しており、情報交換の場として活用している。内容を職員に回覧して情報共有している。	
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	年間2回研修を計画、9月にミニテストによる知識、意識の確認をし、12月に研修を予定し、理解を深めていく。今年度から運営推進会議に「身体拘束に関する委員会」を設置、運営している。現状身体拘束はしていない。	昨年5月に「身体的拘束等適正化のための指針」の内容を改訂し、職員向けの研修資料、マニュアル、経過・再検討記録の書式、家族への説明・同意書の書式とともに、職員に周知している。特定の利用者の安全見守り強化のため離床光センサーを使用しているが、身体的拘束に該当するような運用はしていない。	

自己	者第三	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	(6)	○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	年間計画で12月に研修を予定し理解を深めていく。日々の業務で心身の変化の観察や月次運営会議で問題意識をもって話しあっている。無意識に虐待に類する行為が無いかが気を付けている。	「高齢者虐待防止及び身体的拘束禁止指針」に基づいて職員に周知指導している。心理的虐待に関しても言葉遣いに注意し、「だめ」や「やめて」などの否定語はなるべく使わないようにしている。管理者は常に職員とコミュニケーションをとり、ストレスの軽減を図っている。	
8	(7)	○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	年間計画の中で12月に研修を予定し理解を深め必要性が発生した時点で対応できるよう準備している。国が指定する難病申請について指定の病院を家族に紹介し、受理された事例がある。	現在、権利擁護に関する制度を必要としている利用者はいない。職員は一定の知識を持っているが、研修による更なる理解が必要であると管理者は考えている。	
9	(8)	○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	申込時にできる限り見学に来てもらい現地にて概略の説明と質問を受け対応している。入居前に書類を元に説明し質問に答え理解してもらっている。	約1時間を掛け、丁寧に説明している。質問が多いのは、支払う費用に含まれている内容や通院時の付き添い、入院した際に居室を確保可能な期間などであるが、丁寧に説明して納得を得ている。	
10	(9)	○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	面会時にその都度直近の入居者の様子を伝え、感想や意見を伺い記録している。管理者が不在の時は当日のリーダーが対応をしている。年に1度匿名のアンケートを実施し、家族の率直な意見を把握できるようにしている。	日頃の家族の来訪時や家族同伴の行事の際に、家族から意見や要望を聴く機会を設けている。聴き取った内容は、連絡帳や介護記録に記載して情報共有するとともに、内容によっては担当者会議で取り上げている。家族会を開催する案は、家族の意見を汲んで毎年の周年感謝祭の集いをもって代替することとなった。	
11	(10)	○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	毎月の運営会議で事前に職員毎、業務担当毎に聴き取りし課題があれば議事項目に取り込んでいる。日々の問題や提案は申し送りや連絡ノートを活用し、できる限り職員全員で課題について考えケアの統一を図っている。	毎月開催する「運営会議」と称する職員会議で意見を聴いている。全利用者の排尿状況を記録していたが、記録を必要とする利用者に絞って克明に記録する方式に変更した。料理で使用する器具の消耗が激しく、職員からの要望によって、消耗の激しい調理器具などを買い替えている。	
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	個々の職員のそれぞれの意見や思いをできるだけ直接聴き取り、特性を活かし業務に結び付け働き甲斐を持てるよう心掛けている。管理者では解決できない事項については法人の上司に報告し相談している。		
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	法人内で段階毎の研修が受けれるようになっていく。またキャリアパス制度に基づく各取り組みがなされている。必要に応じ外部研修の案内をし個々の向上心に答えるようにしている。		

自己	者	第三	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	介護保険課、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護事業者連絡協議会からの案内にできるだけ管理者または職員が参加できるように調整している。参加結果について回覧し情報の共有化をしている。		
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	受容と傾聴を基本に会話や関わりの中で人間関係を作っていくながら本人が本音を話せる環境を心掛けている。入居者と職員のマッチング(相性)も考慮し情報の共有化を図るようにしている。		
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	入居前の生活歴や対応について家族から具体的に聴いたことを参考に、新しい環境にスムーズに適應できるようにしている。生活習慣や趣向については面会時に都度確認し日々のケアに活用している。		
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	本人、家族、担当ケアマネージャー、入居者別担当職員と具体的に相談、確認し、共通認識をもって適切なサービスに繋げるようにしている。		
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	出来ることは時間がかかってもご自分のやり方で見守る、支援する場合も相談や確認しながら自尊心や自立心を考慮し進める。生活に役立つヒントをもらった時は具体的に言葉に出してお礼を言うようにしている。		
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	外出、外泊、面会の制限はない。体調、状態の変化時は連絡し対応を説明し進めている。音楽療法に家族が参加したり、地元の花火大会に同伴してもらい、記念写真を撮って本人の部屋に掲示している。		
20	(11)		○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	兄弟や知人の来訪は家族の了解を得て、積極的に受けいれている。再来訪しやすいおもてなしを心掛けている。馴染みの場所や地域へのドライブをしながら懐かしい話を聴かせてもらっている。	利用者それぞれの地元の花火大会に同行して、懐かしい雰囲気を楽しんでもらっている。定期的に来訪する合唱や舞踊、マジックのボランティア、法人スタッフによる音楽療法などが、利用者にとって楽しみとなっている。職員は、利用者同士が仲の良い関係性を築けるように支援している。	

自己	者	第三	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	基本的な人間関係とその時々状況に応じた 影響力を考慮して双方がプラスに作用す る関係の設定に配慮している。状態の変化 や相性に対応した変更もしている。全員が 共同生活し一人ではないと思える雰囲気 を作っている。		
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	入院の長期化で退居し、入院している方は 家族から近況を聴いたり、了解を得て面会 している。昨年10月に一度退居された方が 良くなり12月に再入居した事例がある。		
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	(12)		○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	日常の何気ない会話や言葉にはならない 仕草や反応を良く観察し、本人の想いの気 付きができるように留意している。都度気付 いたことは療養記録や申し送り、連絡ノート で共有化する。	現在、特にコミュニケーションが難しい利用者 はない。難聴者の場合は、ミニホワイトボードに選択 肢を書くなどして意向を確認している。利用者から 「わたしの人生ノート」の内容を聴き取る過程で、 家族も知らなかった想いに出会うこともあり、コ ミュニケーションを深める手段となっている。	
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	「人生ノート」を作成し、その作成過程を大 切にし、懐かしい場面を回想される会話を 促し聴き取りできるように努めている。家族 からも面会時に教えてもらい、情報を共有 化し、日々の支援に役立てている。		
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	いつもと違う状態や今までと少しづつ違う変 化を観察し気付けるように心掛けている。微 細な変化も記録し、申し送ることで継続的に 把握できるようにしている。変化の潜在的な 原因を考えて支援内容に結び付けている。		
26	(13)		○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	計画作成時及び変更時は本人、家族とカン ファレンスを行い状態と想いを共有化でき るように努めている。職員毎に個別担当を決 め情報収集し面会時について必要に応じて 現状についての確認している。	各々の職員が1人から2人の利用者の居室担 当となっているが、ケアは全員が全利用者を担当 している。介護計画からピックアップしたサービス 内容の実施状況を毎日「ケアチェック表」に記載し ており、介護記録の内容と合わせてケアマネが半 年ごとにモニタリング表へとまとめている。家族の 来訪時に合わせて担当者会議を開催し、医療関係 者からの意見も反映しながら、利用者の状況に応 じて半年から1年のサイクルで介護計画を策定し ている。	

自己	者	第三	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	日々の様子やケアの実践、結果、気付きは療養記録に具体的に記入し、日々の申し送り、連絡ノート、毎月の運営会議でケアの統一を心掛けている。必要に応じ介護計画を見直している。		
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	本人の希望や心身の変化にはケアの統一を前提に臨機応変に対応するようにしている。支援方法の選択は複数試みてより良い方法を本人や家族に確認し、法人内の他職種(理学療法士、管理栄養士)の意見を参考にしています。		
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	行政(広報含む)、社会福祉協議会、自治会長から公的施設(図書館等)、地域行事、ボランティア、講演会等の地域資源の情報を得て入居者の日々のレクリエーション、アクティビティや個別ケアに活用している。		
30	(14)		○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	月に2回往診があり、受診結果、薬の変更等は家族に報告している。必要に応じて医師と家族が往診時に説明を受ける機会を設けている。	かかりつけ医は自由に選べるが、法人母体の病院の内科、整形外科、歯科から、それぞれ毎月1回訪問診療があり、全利用者がかかりつけ医としている。他科受診については家族が付添い、都合によっては職員の応援も可能である。昨年より訪看ステーションが同建物内に開設したため、月3～4回看護師が健康管理を行っており、手厚い医療連携体制が出来ている。	
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	月2回の看護師訪問が9月から同一建物内の事業所から月4回になり日々の様子、相談内容や当日のバイタルについて書面にて報告し、指導を受けている。24時間365日必要に応じ相談し、夜間も電話で連絡が取れる体制になっている。		
32	(15)		○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。	入院された際は定期的に様子の確認の為に面会に行くようにしており、家族や医療関係者と関係づくりを行っている。退院後の生活がスムーズに行くように退院時に情報を得ている。	今年度は入院事例が多くあり、入院先はほとんどが母体医療法人であった。管理者や職員が身の回りの物を届けたりしながら見舞い、2～3週間ほどで早期退院を目標にしたカンファレンスに参加している。居室の確保可能期間については、家族の要望に柔軟に対応している。小さな体調の変化でも家族と情報共有し、普段から入院に至らないよう、早めの対応を心掛けている。	

自己	者 第三	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	(16)	○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	看取りの事例はないが、終末期の法人の基本的方針と具体的な現場での進め方について9月法人内の他のグループホームの所長により事例での研修と説明を実施し職員のアンケート調査を実施した。	契約時に状態変化についての同意書や、救急搬送や心肺蘇生の希望等について、アンケート様式で提出してもらっている。利用者の状態に合わせて、主治医も交えて家族のその都度の意向を確認している。	
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	法人のマニュアルが有り、現場の手順書（連絡網、救急搬送時必要情報）に基づいてどの職員でも対応できるようにしている。年2回の消防訓練時心肺蘇生、応急手当等の指導をしていただき、緊急時の連絡方法の訓練実施している。		
35	(17)	○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	法人マニュアルに沿って災害時避難マニュアルを作成し、運営推進会議においても行政や自治会長からアドバイスや指導をもらった。3月には地域住民の参加で夜間想定での総合消防訓練を9月には緊急連絡網連絡訓練を実施した。	年に2回消防署の立会いの下、地域住民も交えて避難や消火の訓練を行っている。緊急連絡装置のメーカーも立ち会い機器の点検を兼ねている。ハザードマップにより、地域的に安全な場所に建物があるので、地震等の際には事業所内にて安全を確保しながら留まるよう指示を受けている。緊急持ち出しファイルを準備しており、情報は都度更新している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	入居者個々人で異なる基準に合わせ衣食住の生活全般にわたって確認しながら支援している。特に入浴時や排泄時は注意している。職員の声かけ方法や言葉使いについても互いに注意あっている。脱衣場の出入りにホワイトボードでの目隠しと貼り紙をした。	利用者にはおおむね名字にさん付けで呼びかけているが、同姓の場合は本人の好む呼び名で接している。遠くから大声で呼ばない、「ダメ、やめて」等の否定語は使わないよう、言葉での拘束にも配慮している。居室の温度設定も、各利用者の好む温度に個別に設定している。前回の第三者評価で指摘のあった、リビングに面した脱衣所のプライバシーに配慮してホワイトボードを置いて視線を遮る等の工夫をしている。	
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	入居者の希望をもとに外出ツアー、動物園見学を立案し、実施した。選択肢を複数準備しできるだけ思いや希望に沿うようにしている。難聴の方にはミニホワイトボードに書いて選択してもらっている。		
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	集団でのレクリエーションやアクティビティだけでなく一人一人にあった個別ケアの項目に添って個別に対応できるようにしている。事前の予定に固執せずその日の心身の状態に応じた希望に対応をしている。		

自己	者	第三	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	
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	男性入居者は電気髭剃りをお気に入りの日課として行っている。女性入居者は好みの保湿剤、リップクリーム、コンディショナーを希望に応じ家族了解で備えて使用している。更衣の衣服選択が容易なようにハンガーラックを活用している。			
40	(19)		○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	個々人のできる事と好みに応じて食材の買い物、野菜果物の皮むきやカット、盛り付け、お茶入れ、片付けに参加してもらっている。月1回程度はたこ焼きやベビーカステラや季節の和菓子のおやつ作りや鍋料理を一緒に行っている。	普段の食事は、朝昼晩と職員が献立から買い出し、調理まで分担して提供している。職員は食事介助を兼ねて、同じテーブルでお喋りと食事を楽しんでいる。メニューは利用者がホワイトボードに書いている。行事や季節に合わせて、おせち、恵方巻、そうめん流し等、利用者を楽しんでもらえる食事を企画している。		
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	個々人のADLや好き嫌い、その日の状態に応じた食事内容(軟食、刻み食)や飲み物を提供している。献立内容の栄養バランスやカロリーは年2回法人の管理栄養士に1週間分を計算しチェックしてもらっている。			
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	毎食後口腔ケアを義歯洗浄、歯磨き、舌苔ブラシ、うがいの内容で実施している。月1回の口腔外科医往診、月2回の歯科衛生士による口腔ケアを実施している。			
43	(20)		○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	尿意、便意の表出が可能になるように保清に留意している。尿意、便意に応じオムツやパッドを使用してもトイレや尿器にて自然排泄できるよう支援している。ポータブルトイレは1名以外安全上問題なければ夜間だけにしている。	利用者のうち半数が布パンツとリハビリパンツを利用している。排泄チェック表は、排泄自立の利用者については会議で検討して廃止したが、体調に合わせて必要時には活用している。パッドのサイズや容量を考え、本人が快適に過ごせるよう配慮している。		
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	排便間隔の記録管理を行い水分摂取量の確認、ミルクやコーヒー等の排便を促進する飲料やサツマイモ料理等の食物繊維の多い食材の活用や腹部運動を心がけている。緩下剤は医師の指導でマイナス3日目から頓用している。			

自己	者第三	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
45	(21)	○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	基本的には曜日毎に入浴は決めているが、時間はその日によって午前、午後または2回実施している。排泄による場合は入浴日に限らず対応させていただいている。菖蒲湯とゆず湯で季節感のある入浴に関わる行事をしている。	入浴は基本的に週2回、行事や利用者の状況によって臨機応変に対応している。同性介助を選択するかどうかについては、本人の希望に柔軟に対応している。上下にスライドするドア付きの介護用浴槽で、職員が1人でも入浴介助が可能である。入り口に「春日の湯」と掲げ、効能書きを掲示する等楽しく入浴できるよう配慮している。	
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	就寝、起床、昼寝、休息は時間を一律にせずその日によって心身の状況や意志に任せている。車椅子での時間が長い方、浮腫のひどい方は午前、午後の短時間のベッドでの休息を促している。居室照明、空調を好みに応じている。		
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	誤薬の発生がないように3段階で確認している。頓用についても連絡帳及び確認表にて管理している。調剤表を所定の場所に保管しており、内容の確認が可能、薬剤変更時は連絡帳で伝え、理由と様子確認を徹底している。		
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	個々人のお気に入りの趣味、場所、話、人、食べ物を把握し職員が共有化し、生き生きとした生活をしていただく手段としている。本人の持つ力が表出され張り合いや喜びを感じてもらえる様に支援している。		
49	(22)	○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	その日その時の心身の状態、気分、天気等に応じて散歩、ドライブなどに個別対応も含め外出をしている。月に一度は法人のバスで普段行けない市外も含め小旅行を実施し、昼食を外食にしている。家族の同伴を得て出身地区の花火、祭りに行った。	天候に合わせて、20分位のコースを毎日散歩している。図書館に行くのがお気に入りの利用者もあり、借りてきた紙芝居を皆で楽しむこともある。利用者の合議で夕食先を決定しており、回転ずしや道の駅に出掛けている。出身地の祭りには家族も同伴し、喜んでもらった。	
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	預かり金を買物の時に使用していただいている。レジでの支払いが可能な方は手渡しにて行ってレシートやおつりの受けとりをしてもらっている。6月ショッピングセンターに買物ツアーを実施し、ご自身で支払いをしてもらった。		

自己	者	第三	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
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	本人の希望があれば必要に応じ家族に電話し直接話してもらっているが、執拗な帰宅願望や妄想時は遠慮させてもらっている。郵便受けを玄関に設置しており時々家族から手紙が届く。		
52	(23)		○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	適切で心地良い環境の整備に配慮している。作品等の掲示物は月毎に季節毎に変えており幼稚化しないように気をつけている。浴室は「春日の湯」の通称で、トイレとともに目印の貼り紙をしている。歩行器、シルバーカーで安全に自操できる動線の確保を心がけている。	採光の良いリビングには生花や鉢植え、小さな飾り物で、季節を感じることが出来るように工夫している。利用者が一文字ずつ半紙に書いた新年の挨拶を掲示し、利用者も「あの字は私が書いた」と教えてくれる。床は段差が無く、衝撃を吸収できるクッションフロアであり、利用者の安全に配慮している。	
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	食堂の食事時の座る場所を決めているが、リビングの共有スペースはその方のお気に入りの場所やADL(車椅子、シルバーカー、歩行器、独歩)、その時の状況、人間関係の相性に応じて固定せずに座ってもらっている。		
54	(24)		○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	自宅で使用していた家具や小物を置いている。その日の気分や天気に応じて簡単に選べるよう衣服はハンガーラックを各自活用している。部屋に若い時の本人の写真や家族来訪時の写真を置き、孤独にならない様配慮している。	事業所からはエアコン、ベッド、防災カーテン、照明が用意され、利用者はハンガーラックや馴染みの家具を持ち込んでいる。利用者の楽しい思い出が甦るように、壁には知人来訪時や外出時に撮影した写真を、大きなサイズにプリントして飾っている。	
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	浴室の雰囲気作りに「春日の湯」、トイレの位置がわかる様に貼り紙をしている。居室に表札を目線の高さに貼っている。必要に応じて「ベッドサイド」に小物を置けるサイドテーブルを配置したり、転倒防止に床に滑り止めシートを敷いている。		

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	33	現在看取りの事例はないが、今後重度化された場合や終末期の対応がスムーズにできるように日頃から体制を整えておく必要がある。	重度化及び看取りに関する指針の内容を職員間で共有できるように努め、尊厳に充分配慮した終末期の介護を行えるようにしていく。	現在看取りの対象者はいないが、継続的に勉強会を通じて共有化を図るとともに、面会時などにご家族から意向を定期的に聞き取る。	12か月
2	11	職員からの様々な意見を聞くために、まずは意見が言いやすい、話しやすい環境を整えていく必要がある。	入居者にとってより快適な生活環境になるよう、また職員にとっても働きやすく話し合える環境を整えていく。	GH運営会議において、意見や改善案などを話し合える時間を設け、ホーム全体の課題となる内容をスタッフ間で共有を図るように努める。	12か月
3	13	現状のケアにとどまらず、職員ひとりひとりが、技術・知識を向上していこうという姿勢がよりよいケアに繋がっていく。	職員の技術及び知識の向上に努める。	施設内研修の充実を図るとともに、外部研修や他施設への実習などの機会を設け職員に働きかけていく。	12か月
4					
5					