

### 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	2871101180		
法人名	医療法人社団 それいゆ会		
事業所名	グループホーム「かわも」		
所在地	宝塚市川面3丁目24番9号		
自己評価作成日	平成 30年 1月 26日	評価結果市町村受理日	平成31年4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.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/28/index.php">http://www.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/28/index.php</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 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2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)】

グループホーム「かわも」は、JR宝塚、阪急宝塚両駅から徒歩3分程度と利便性に優れ、敷地内に、同じ医療法人それいゆ会グループの診療所・居宅支援事業所・訪問看護・認知症デイサービス・通所リハビリテーション・小規模多機能型居宅介護が併設されている事業所です。現在、管理者1名(社会福祉士・主任介護支援専門員)・ユニットリーダー2名(介護福祉士)・介護職員15名(介護福祉士:6名、精神保健福祉士:1名、実務者研修終了:1名、初任者研修終了:1名)・非常勤介護職員(介護福祉士:4名、初任者研修終了1名、2級ヘルパー1名)の18名で運営しています。昨今、地域包括ケア事業の始まりとともに多職種連携が非常に大切になってきているのを実感しています。それいゆ会各事業所との連携に加え、地域の他事業所・他職種様とも介護支援サービス事業を協力体制で行っていききたいと思います。

【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)】

事業所は、診療所、訪問看護、小規模多機能型居宅介護、デイサービス、通所リハビリなど、法人が運営する「医療介護館」の中に位置しており、手厚い医療連携とともに、JR、私鉄ターミナル駅に近い交通至便と言う好条件の中にある。事業所の理念として「安心の医療ケア」「まごころの介護サービス」「地域との結びつき」「家族とのふれあい」を掲げている。看護部門から学ぶことも多く、「生活過程サイクルチャート(KOMIチャート)」を、利用者の個別ケアに活かそうとしているのはユニークな試みである。法人として開催している秋祭りなどを通して地区住民と触れ合う機会を設けている。家族会を毎年2回開催しており、利用者の高齢化と重度化が進む中、家族の協力を得ながら利用者の現存機能が維持できるよう支援している。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)	<input type="radio"/> 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ます (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"/> 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"/> 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、活き活きと働いている (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
<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	管理者と職員は、事業所の理念である「安心の医療、まごころのケア、家庭的なふれあい、地域とのふれあい」を共有して入居者様の介護支援にいかしている。	法人の理念の他に事業所としての理念を掲げており、職員は4つのテーマを書いた紙片を名札ケースに入れ、内容が暗唱できる周知度で、日々のケアに活かしている。リビングに掲示するとともに案内リーフレットに記載して対外発信している。	
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員として日常的に交流している	毎年、トライやるウィークには地域の中学生受け入れ、敬老の日には地域の幼稚園児来訪、周辺包括支援センターからの見学・利用者希望の受け入れ要請など協力して交流している。	母体法人の医療機関は、長年地域医療に貢献してきたこともあり、事業所開設当時から地域とのつながりが深い。自治会に加入しており、清掃などの自治会活動に参加し、法人主催の秋祭りには多くの地域住民が参加する。幼稚園児が併設事業所のデイルームを訪れた際には、利用者全員が参加して園児の歌や踊りを楽しんだ。	
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	今年も認知症啓発運動のRUN伴が開催され、ソリオ広場で行われたイベントに利用者と一緒に参加している。	/	/
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	運営推進会議で利用者の状況やホーム内での活動・行事等を報告している。出席の利用者本人・家族、地域の自治会長、介護保険課・包括の職員、他の施設職員の意見をお聞きして利用者対応の参考にしている。	併設事業所との同日開催であるが時間帯を分けている。利用者、家族、自治会代表、行政、地域包括支援センター、知見者などが出席している。自治会長から地域のサロンへの参加を提案されており、利用者も楽しめるプログラムについて検討している処である。議事録に、ヒアリハット・事故報告、入退院などの情報が記載されていない。議事録を市へ提出していない。	事業所からの報告事項として、ヒヤリハット・事故報告(それぞれの改善・防止策)、入退院などは必須項目です。議事録を市へ提出することは義務付けられています。全家族に送ることも検討されたらどうだろうか。
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	運営推進会議には必ず出席して頂き、他のグループホーム・事業所の取り組みをお聞きしたり、当事業所に評価をもらったり、感想を頂いたりしている。	市の担当部署とは、運営推進会議や実地指導の場を通して関係性が築けており、地域包括支援センターからは困難事例の相談があるなど、相互に協力しあっている。管理者は、介護認定審査委員としても活動している。	

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
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	施設内で身体拘束のマニュアル整備、研修会を行いどのようなことが拘束になるのか職員全員が周知してケアを行うようにしている。	法人として、身体拘束適正化に関する事業所の指針を作成し、必要な書式を整備している。理事長、主治医、管理者、看護職員、介護職員で構成する委員会があり、毎月開催するカンファレンスの中で委員会を開催している。転倒防止のためのセンサープレートを使用している利用者があるが、センサーが反応した際は見守りに徹することによって、身体拘束にならないように対応している。マニュアルの整備は継続案件である。	
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	法人外研修、施設内研修で虐待について学び、職員間で普段の行為・行動で虐待はないのかを話し合い、対策を立てている。	職員は順番に研修の講師を務める中で学んでいる。利用者への呼び掛け方法、スピーチロックにならないような接遇、食事の際のエプロン使用など、いわゆるグレイゾーンも含めて研修やカンファレンスの中で話し合っている。マニュアルの整備は継続案件である。	
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	2名の利用者が成年後見制度を利用されている。他の利用者の家族には、お話しをする機会も作り、年に1回研修も行っている。	成年後見人が毎月訪問してきたり、研修の講師を依頼したこともあり、職員は一定の知識を持っている。契約時に、必要に応じて家族に説明できる資料やパンフレットを準備している。	
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	契約時に時間を取り、説明して事前に書類を1度持ち帰って読んで頂いている。後日不明な所は再度説明させて頂いている。介護保険改定時には、来訪時や電話で説明、説明の内容文を郵送している。	契約前の見学を奨めており、リビングでお茶を飲んだり、1週間から1か月の「お試し」を経験した利用者もある。説明時に質問が多いのは、外出や面会の自由度、利用料金、医療連携の内容、いつまで入所できるのかなどであるが、丁寧に説明している。救急搬送の是非や心肺蘇生に関する意向(DNAR)は行っていない。	高齢者施設におけるDNARの事前確認の必要性が論じられていますので、ご検討ください、
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	利用者・家族が運営推進会議、家族会、来訪時に話されるかわもの介護支援に関しての意見・要望を運営に活かすようにしている。	お花見やクリスマスという催し物の際に家族会を開催しており、多い場合は8組の家族が参加している。家族同士の懇親や意見交換、家族による器楽演奏も有り、ざっくばらんに懇談する場となっている。内容は利用者個別に関するものが多く、運営に反映させるようなテーマは無い。	
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	管理者は、面談等で職員からの意見・提案を聞いて、職場責任者会議等で法人代表者に報告して職場の改善を行っている。	毎月、ユニットごとに開催するカンファレンスの際に、職員の意見を聴く機会を設けている。利用者個別のケアの内容を検討する中で、統一的なケアの必要性を話し合っている。日々の支援経過記録の記載方法、チームワークの必要性など、実践に活かしている。	

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
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	普段から管理者より報告を聞いているのと、法人合同の歓送迎会・忘年会等で職員の意見を聞く機会を作り、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	兵庫県認知症実践者研修、くもん学習療法研修会等に参加をして、受けた職員が事業所内研修会にて講師となり互いに学びあっている。		
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	宝塚市介護事業者協会の施設部会で同業者との交流があり、意見交換や勉強会をして、サービスの向上に取り組んでいる。運営推進会議に他のグループホームの職員をお呼びして意見交換をしている。		
<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	いつもと違う状況(不安そうにうろうろと歩き回る)が見られたら側に寄り添い、傾聴することで安心していただける関係づくりに努めている。		
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	入所の相談の段階より家族の希望・不安な事などお聞きし、プランに盛り込むようにしている。管理者・職員は、来訪時に必ず家族に身近な出来事を近況報告をしている。		
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	サービス開始の時点で、本人と家族が一番望んでいることを出来る限り支援することに努めている。初期には、言えなかったり、少し時間が経ってからの要望もあるので、焦らず待つこともしている。		
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	職員は、本人がこれまでされてきた仕事・役割を大切に、出来ることはお願いしている。共に過ごす者同士としての心が通う介護を目指している。		

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
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	職員は、家族と本人の関わりを大切にして、家族と協同して本人を見守り、支えていく関係を築いている。		
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	利用者の知人・馴染みの方・親戚との関係は継続してほしいので、なるべく来訪していただくように家族にお願いしている。	友人や近所の知人が訪ねて来ることが多い。毎月家族に送っている事業所通信には、満遍なく利用者のスナップ写真を掲載し、利用者個々に関するコメントを付け加えている。毎月の音楽療法、昔遊びのボランティアなど新しい馴染みも増えている。近くの喫茶店でのモーニングセット、馴染みの散髪屋など家族の協力も得ながら馴染みの関係性が途切れないよう支援している。	
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	利用者同士の相性や個人の思いを把握し、良い人間関係が築けるように努めている。時々席替えをして様子を見ている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービス利用(契約)が終了しても、随時相談には乗っている。近くの診療所・病院に入院されている方は、時々お見舞いに行くようにしている。		
<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	(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	本人の今までの生活状況は、初めに本人、家族、友人から聞き取り、出来るだけ希望に添うようにしている。	看護部門から学んだ「生活過程サイクルチャート(KOMIチャート)」に基づき、利用者の人生歴と自宅で生活していた際の日常の暮らしぶりを、家族などから収集し、個別ケアに活かしている。コミュニケーションが難しい利用者には、時間を掛けて説明したり、表情や仕草で意向を確認している。把握した内容は、介護支援記録に記載して職員間で情報共有している。	新しく把握できた利用者の思いなど、KOMIチャートの内容を更新する工夫をされたらどうであろうか。
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	家での過ごし方、以前のサービス利用の内容等これまでの暮らしぶりをなるべく多く情報収集して、こちらでのサービスの参考にしていく。		

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
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	利用者によっては、ご自分の思いや希望などが伝えられない場合もあるので、利用者をよく知っている人たちに本人に成り代って考えて頂く様に努めている。		
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	本人・家族・知人の意見を聞き介護計画の作成をしている。また、入居者の変化に応じて介護計画の見直しをしている。運営推進会議・家族会等であるべく意見を聞いて介護プランに反映している。	職員は、利用者1人か2人の主担当を務めているが、全員が全利用者のケアを行っている。毎月のケアカンファレンスによって、課題や情報を職員間で共有し、3か月ごとのモニタリングを、主担当と計画作成者がまとめている。半年ごとの担当者会議を経てケアプランを更新している。担当者会議は職員のみで実施し、家族の参加はない。	担当者会議の書式に「利用者・家族の要望・意見」欄を設けておき、家族の来訪時に聴きとっておいた内容を記載されたらどうだろうか。
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	各個人ファイルに日々の様子、気づきは記入し、月一回のミーティングにて職員間で共有し確認し、アセスメント、モニタリング、介護計画に活かしている。		
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	すぐに対応の出来ない状況の家族に代わって必要なものを揃えたり、本人と希望するものを買い物に行ったりすることもある。入退院時の対応も柔軟に行っている。		
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	近隣の幼稚園の子どもたちとのふれあい、中学生のトライやる、ボランティア活動等地域資源を大いに活用している。		
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	今までのかかりつけ医をお聞きし、主治医は継続されている。主治医がいない場合は、確認の上でこちらの協力病院、診療所にかかられている。精神科、皮膚科受診の相談にも乗り、職員が同行している。	法人の診療所が全利用者の主治医として、隔週の訪問診療に訪れ健康管理を担っている。近隣の薬局がかかりつけ薬局として、服薬の相談に乗っている。義歯のかみ合わせや歯茎のトラブル等の訴えのある利用者には、訪問歯科が隔週来所して診療を行う等、安心の医療連携が図られている。	

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
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	訪問看護や診療所の看護職と常に情報交換できている。吸引器の使い方など必要に応じて勉強会をしてもらったり、褥瘡、血圧について必要な処置・相談に乗ってもらっている。		
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。	同じ法人内の協力病院、診療所なので、入退院の情報交換や相談は常に行っている。他の救急病院の場合で家族がいない方は、管理者・職員が付き添い、退院相談等を行っている。他の病院からの入居申し込みも受けている。	直近の1年では10名以上の入院があり、入院先はほとんどが協力医療機関であった。入院時は職員が見舞い、地域連携室と情報を交換して、利用者本人の自立度が低下しないうちに早期退院できるよう支援している。入院中の居室確保期間は2～3か月としている。	
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	終末期の対応については、入居時、家族会でそのような状態になった場合の対応について説明を行っている。主治医にも受診時家族が同行の場合ターミナルについてお話し頂いている。食事が摂取出来ているから、安心とは言えない。看取りはしていないのでその点を詳しく伝えたい。	診療所が併設されており、重度化の場合は主治医から家族に説明をもらっている。場合によっては事業所内でも点滴が可能であるが、看取りはしないこと、急変時は主治医経由で協力医療機関に搬送することを説明し、心肺蘇生を試みない意向(DNAR)についても口頭で確認している。	救急搬送時の心肺蘇生の選択についても、早い段階からの同意書などの意向確認が行われるように対処していただきたい。
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	年に数回事業所内にて、急変、事故発生時に対する勉強会や訓練等を行っている		
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	年に2回の火災訓練、事業所内での避難訓練等を行っている。災害についての研修会をしてマニュアルの整備を毎回行っている。	火災想定避難訓練を実施して、昨年度よりも短時間で避難が出来た。備蓄は火元の可能性が高い厨房に置いているので、変更が必要であると管理者は考えている。「介護医療館」全体で、居室からの退避の有無を示す申し合わせが出来ていない。	外部の救助者でも、居室からの退避の有無を効率的に確認できるよう、統一した表示方法を考えてはいかがか。
<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	(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	季節により精神的に不安定な時もある。ひとり1人の人格を尊重して言葉使いや態度が失礼にならないように常に対応に気を付けている。気分転換その他、その方に応じた時・場所・職員配置に心がけている。	呼びかけは名字や名前に「さん」を付けて、利用者の人生に配慮し、失礼の無い様に心掛けている。職員の就業態度には気を付けており、気になる言動が見られた場合には管理者が注意している。診察は居室で行い、入浴中は職員の出入りはしない等プライバシーに配慮している。	

自己	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
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	本人の意思を尊重して対応している。無理強いをしたり、職員の都合による対応はし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	職員は入居者一人ひとりのその時の状態を把握して臨機応変に対応を行うようにしている。		
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	ご自分で好きな服装を決めて頂いている。ご自分で出来ない方は職員が用意するが、コーディネートには気を付けている。家族様にも春夏秋冬の衣替えをお願いしている。		
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	食事形態は利用者の体調や嚥下状態に合わせている。四季折々を感じて頂ける食材などを提供することで春夏秋冬を感じて頂いている。	管理栄養士が献立を作り、セントラルキッチンで調理されたものが届く。週に1回は栄養士が利用者の様子を見に来て、嚥下状態の相談にも乗ってくれる。刺身や鍋料理、骨のあるアユの塩焼き、駅弁風の蟹寿司等、利用者が食事を楽しめるよう工夫がされている。職員も同じものを注文出来て、一緒に食卓を囲みお喋りしながら食べている。	
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	管理栄養士の協力のもと、一人ひとりの栄養量が不足しないよう、過剰にならないように支援している。管理栄養士が、お昼どき食べている利用者感想を聞いて次の料理にいかしている。		
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	毎食後の口腔ケアは行っている。入れ歯の状態、咀嚼状態等、毎週来られる訪問歯科の先生や歯科衛生士に相談し、ケアしている。口腔ケアの状態は家族に報告している。		
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	個々の排泄パターンを把握し、対応している。夜間も声掛けが必要な方には声掛け誘導を行っている。体調の悪い時や夜間はゆっくり睡眠を取るほうが良いと判断した場合は、パット、おむつ対応になることもある。	約半数の利用者が自立排泄であり、トイレで排泄できている。夜間のみポータブルトイレを使用している利用者がある。立位を保つために歩くことや足踏み運動等をしてもらうように勧めている。	

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
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	便秘には、管理栄養士に相談もし、野菜をできるだけ食べてもらうことや、体を動かすことや主治医にも相談して個々に対応している。おやつに乳酸飲料を増やしてもらったり、薬剤師に便秘薬の使用方法等教えてもらったりもしている。		
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	拒否があった場合は、無理はしない。時間をずらす、対応の職員を交代する、明日にするなど工夫している。	入浴は基本週に2回、10時から11時半の時間帯であるが、利用者の様子を見て午後の時間帯でも柔軟に対応している。事業所の風呂は個浴で、湯はかけ流し状態で利用者はゆっくりと入浴している。隣接の病棟に機械浴があり、重度化した場合でも入浴が可能である。	
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	お昼寝が習慣の方、うたた寝が気持ちの良い方、テレビを見ながら夜更かし気味の方それぞれに応じて支援している。		
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	一人ひとりの薬を表にして誰が見ても分かるようにしている。1ヶ月に1回薬剤師とミーティングして、飲み方や副作用について相談に乗ってもらっている。		
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	テレビ鑑賞、カラオケ、散歩、家事、縫い物、くもん学習療法等その方の希望、思いをお聞きして支援に努めている。		
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	家族・親戚・知人等外出は歓迎でお願いしている。春、秋の年間行事では少し遠出をすることになっている。外気浴は大事なので、暖かい日はベランダでプランターのお花を眺めたり、お水遣りしたりと日光浴をしている。リハビリをされている方は、PTと診療所外周や院内を散歩している。	朝は窓を開けて換気を心掛け、天気の良い時を選んで外を散歩したり、事業所、「介護医療館」内、ベランダを歩いている。お花見を兼ねて近くのホテルでケーキを食べたり、何人かでドーナツ屋に行くこともある。地域で催されるカフェに行くこともある。	

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
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	買い物に行った時、可能な方はご自分の財布からお金を出して使ってもらう支援をしている。		
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	家族・兄弟姉妹から贈り物が着いたら、本人から電話をしてもらっている。はがきが時々届いている。くもん学習療法など文字を書く機会は多く取り入れるようにしている。		
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	共有の空間は、皆で過ごす居心地の良い場所作りを心がけている。車いすで自走してもスムーズに動けるようにテーブル、イスの配置に気を配っている。3Fのベランダはお花や外の景色が眺めれるので、暖かい日は外気浴をしてもらっている。	リビングは車椅子で自由に通れるほどの、余裕のあるレイアウトになっており、ソファや畳の上がりがりで腰掛けてくつろぐことができる。テーブルは2～3人で囲める大きさのものが複数配置され、利用者は仲よし同士で会話を楽しんでいる。壁はあまり飾り立てず、リビングや廊下は掃除が行き届き、清潔に保たれている。	
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	テーブル配置を工夫しているので、利用者それぞれの居場所が出来ている。ご自分で移動して他の方とくつろいでお話が弾んでいる。		
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	本人が好きな椅子・家具・テレビや思い出の写真など配置して、自宅のような居心地の良い空間づくりを行っている。	事業所からはエアコン、ベッド、洗面台、チェストが用意され、利用者はテレビや整理ダンス、踊りの舞台写真、馴染みの古い椅子等を持ち込み、その人らしく暮らしやすい空間を作っている。新入の利用者があり、分かり易いように表札を大きい文字に変更している。	
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	居室の名前を分かり易く大きく書いたり、トイレの場所がすぐ分かるように張り紙をする工夫をしている。利用者の状態(ご自分で動けなくなった)により、デイルームに近いほうが安全の場合は部屋移動もしている。		

## 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	8	高齢者施設における救急搬送の是非や心肺蘇生に関する意向(DNAR)の事前確認の必要性が論じられているので、検討する。	今後、入所時に確認する方向で主治医にも相談する。すでに入所されている方々には、本人・家族と話し合いを持ち、DNARの事前確認を行っていくようにする。	高齢者施設における救急搬送の是非や心肺蘇生に関する意向(DNAR)確認の書類を主治医と相談して作成する。来訪時等家族・本人にDNARについて意向をお聞きして、書類に記入していただく。	10ヶ月
2	12	外部の救助者でも、居室からの退避した有無を効率的に確認出来るよう、統一した表示方法を考える。	居室の名札を落とす、張り紙であれば破く等でだれでも一目で退避の確認が出来る方法を申し合わせる。	かわも事業所のみでなく、全ての事業所に共通のルールを作る。職場責任者会議で提案して実行に持っていきたい。	6ヶ月
3					月
4					月
5					月