

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604		
自己評価作成日	平成28年3月31日	評価結果市町村受理日	平成28年7月22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.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosvoCd=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28年5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)】

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、その人らしく思いに添えるような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・園芸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、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、保険施設等から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・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)】

同法人の保健施設と併設するリハビリ施設、居宅介護事業所など、医療・介護との連携により、きめ細かなサービス提供がなされている。連携が円滑に行えるようipadを導入。利用者の変化もタイムリーかつリアルに必要なところへ情報が届き、早期対応が可能になっている。スタッフのヒアリングでは前向きな発言が聞かれ、グループホームの良さを理解したうえで就職し、一人ひとりにゆっくり向き合えることがやりがいに繋がっていると話していた。管理者は、利用者のみならず職員の気持ちを大切に考え、教育的な面も意識しつつ頑張っている。管理者を中心に職員のチームワークがとれていることが、利用者の笑顔にも大いに反映されている。

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る (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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生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している (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・職員に相談して『入居者様と共に地域に根付き交流をふかめて行けるよう 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、玄関に掲示し日々入居者様に係っています。	開設時に職員全員で作上げた理念をもとに、利用者と共に考えた。玄関に掲示し、外出時には読み上げながら確認する。『手を取り合って暮らす仲間』と言う理念は分かりやすく、生活のいろいろな場面で実践されている。	
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	地域での傾聴ボランティアは毎週、フラダンス、オカリナ、、演奏、他、は随時参加型で楽しませていただき、馴染みの理美容師の協力を頂き散髪を行ったり、近隣にある豆腐屋・商店・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大切にしている。 事業所としても、地域の方々や小学校のご協力を得、隣接の保健施設と合同で地域に向けた夏祭り花火も開催、家族・近隣住民・利用者が一緒に楽しみふれあえるよう開催している。 家族や地域住民に向けて認知症予防の講演を開催、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得ている。	地域のボランティアグループを受け入れ、利用者の生活の変化や楽しみを感じてもらっている。地域との交流では、地元の商店に買い物に出かけたり、散歩途中での挨拶や、立ち話など日常的につながりを持っている。隣接する老健施設との合同の夏祭りでホームを解放し、家族・近隣住民を招いて交流を深めている。小学校の運動会では駐車場を提供をするなど、お互いに協力し合っている。また、認知症予防の講演会や介護の相談など地域貢献を意識した活動も行っている。	
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	近隣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。 昨年も管理者とスタッフで『認知症についてと予防』の講演依頼受け、グループホーム内で実践している活動や運動も参加型で講演行い、認知症へのご理解と支援もご案内しています。		
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委員会に地域区長・民政委員・ご家族様・古河市福祉課の参加頂き、事業所担当メンバー、隣接相談員等で開催。サービスの実践報告・ヒヤリハットと事故報告や外部評価等について報告、情報交換など話し合い、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に努めている。	運営推進会議の内容は、事業報告や予定、利用状況、ヒヤリハットの検証内容など。安全対策検討委員会が中心に行い、家族の安心にもつながっている。地域的に家で看るという習慣があり、施設の理解を深める意味でもこの会議を活用している。	現在検討中である利用者の会議参加を実現することで、より有意義な会議となることを期待する。

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	行政(介護福祉・地域包括センター・保健所)・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。 花祭りやマラソン大会の案内連絡を受け利用者者と出かけることが出来ている。 昨年の大雨避難警報時や地震の際は安否の確認を頂くなど、事業所の状況の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。 今後も協力関係を築いていけるように努めます。	行政とは積極的に連携をとり、情報ももらいイベントにも協力している。地域密着型連絡協議会に参加し、他の事業所との交流を図りながら、行政と情報の共有をしている。大雨避難警報発令時や地震などの災害発生時に安否の確認をしてもらうなど、行政との関係は良好である。	
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	近隣保健施設と連携し、認知症を学び、スピーチロックや拘束となる行為や弊害について周知を図り、利用者が不穏にならないケアの提供に努め、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を行いご理解頂いているが、安全上、拘束となる行為を必要とする場合は、職員・家族と相談協力頂くなど、アイデアを出し合い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 安全対策委員会・身体拘束委員会を老健と連携し行っている。	ガイドラインにある禁止事項の理解はもちろん、認知症に特化したと思われる行為についても気を付けている。言葉使いにも注意しており「ちょっと待って」という言葉も何気なく使っているが、相手にとってどんな意味かを職員同士で話し合いながら考えている。方言についても使っていていいかみんなで話し合ったりする。	
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	入居者様の表情や会話に耳を傾け、小さな痣や傷などにも注意観察、記録、利用者様の心身の変化があった場合、ご家族様・医者・看護等へ報告し情報の共有を図り防止に努めている。 職員に言葉や態度も虐待であるのだと周知できるように、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。 老健と連携開催される勉強会で今年は『より良い接遇』をテーマに周知を行っている。		
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	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。		

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員も増設しきめ細やかな相談対応が出来るようになっています。 家族会を(年2回)実施広報の配布し利用者の日頃の様子をご報告、ケアプランの内容についても意見・ご要望、アイデアを運営に反映できるようにしている。	夏祭りのイベントに合わせて年2回家族会を実施。同時に感想やご意見、要望を書いてもらい、ケアプランへ反映できるようにしている。記載した用紙は個人記録に綴っておく。文字にすることで伝わり易くなり、家族も要望などをいろいろ書いてくれるようになった。	
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回全体ミーティングを行い、勤務体制、行事の計画から実施報告や業務の内容改善やケアの状況対応策まで職員全員で話し合い、意見や提案を聞き運営に反映させている。 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。	毎月希望休の提出用紙に目標と反省を記入してもらい、提出時に管理者との面談を行っている。職員の仕事に対する思いやストレスなどが把握でき、後日時間をかけて話すこともある。管理者は職員の気持ちを大事に考えている。	
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	職員個々の状況を把握して職場環境、整備、技術指導を行い、向上心ややりがいをもって働けるように努めている。		
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	近隣の保健施設と連携し、勉強会など毎月2～3回あり必ず一回は参加できるように配慮している。 認知症ケア上級専門士の管理者より実践的に認知症ケアのスキルアップ指導や勉強会、介助方法の指導、認知症ケアの専門誌の購読により新しいケアの学びができるように取り組んでいる。。		
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	認知症ケア上級専門士である管理者を中心に、職員、同業者をの勉強会、事例を用いたの検討会、新年会などの交流を通じて、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の相談や見学や意見協力依頼に応じ、共にサービスの向上、地域支援の貢献向上に努めている。 今年度より福祉課よりの声掛けにて第1回地域密着型事業所連絡会(グループホーム連絡会と名称とす)に開催参加。他事業者との交流、情報交換、ネットワークづくり、サービスの質の向上などを目的とした取り組みを開始した。		

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
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	入居前に情報を頂き全職員・関係者連携し、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困っている事や不安な事に対応し、安心できる生活を送れるよう関係作りに努めている。		
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でき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、ご本人にあった「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・洗濯タミ・ゴミ捨て・お掃除・食器拭き等個々のできる事柄で無理の無い範囲で協力して頂きながら関係を築いている。		
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	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、気軽にももの舎へ立ち寄って頂けるように声掛けと支援を行っている。 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頂くなど、一方的にならないような関係作りを努めている。		
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	近隣の知人やかぞくの面会の他、遠方の家族や親族・友人との電話・手紙を通じ馴染みの関係が継続できるように努めている。 選挙や初詣、買い物、馴染みの理美容店の訪問や、歯科医院の訪診療、ご家族様のご協力を得、行きつけの美容院、外食、墓参りなどご本人なりのこれまで大切にしてきた馴染みの人、場所や生活のスタイル維持できるように努めている。	イベントの参加や頻回に面会することで家族との関係が継続されている。そのほか、遠方の親せきや友人との手紙のやりとり、電話の取り継ぎなど馴染みの関係が途切れないよう支援している。	

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
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	利用者同士の関係を把握し、利用者とともに散歩やレクリエーション、生活の活動を通して、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、一人が孤立しないように、介入し少しでも豊かな笑顔が得られるように支援を行っている。		
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	隣接の保健施設や他の施設に入居などの退去された方については、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。		
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	お一人お一人を尊重し、思いや暮らし方の希望や意向の把握が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、ご家族様と相談協力をいただいたり、医療と連携し、職員も最新の認知症ケアを学びながら利用者の立場や思いに添った暮らしができるよう検討している。	センター方式を活用したアセスメントを行い、思いや意向の把握をしている。自宅をホームに移しただけという考えを基本とし、自宅での暮らしの延長として支援している。生活の色々な場面での表情も観察し、レク活動での様子も記録に残しておく。	
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様から得た情報だけでなく、ご本人の会話や動作など細かく観察し得られた情報を記載、サービス利用の経過の内容を職員関係者が共有し、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	お一人おひとりがご本人の意向に沿った過ごし方をされているか、ご様子を記録し、活動されている内容の見直しや検討、心身の状態、できる力の再確認と開発を含め、変化に留意し把握に努めている。 長谷川式スケールを利用し認知症の進行状況の測り、再アセスメントを行っている。		

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
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	<p>家族・利用者の今の思いを聴き、関係者の意見を得て、利用者の課題とケアの在り方について、毎月のミーティングやケア会議を行いモニタリングしており、本人の変化や出来事を記録、全職員申し送り、担当者とケアマネで現状に即した介護計画を作成している。</p> <p>昨年よりケース記録の記入内容に、気づきや変化をさらに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努めている。</p>	<p>センター方式でのアセスメントは担当制にして、スタッフ全員が関わり検討している。記録にも工夫をこらしスタッフの気づきや利用者の変化について細かく記録し職員全体での共有化を図った。モニタリングやプラン更新に役立ち、より個別性のあるプランとなっている。俳句を趣味とする方が、毎日スタッフの見守りの出来る範囲で散歩に行き俳句作りを楽しんでいる。</p>	
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	<p>ご家族・関係者・職員が感じ得た、毎日の様子、ご本人の発言・表情・動作をその時そのまま記録、気づきや変化も細かく記録している。</p> <p>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ケアの工夫を実践し、介護計画の見直しを行っている。</p>		
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	<p>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。</p>		
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	<p>傾聴ボランティア、フラダンス、オカリナ、踊り、などの地域ボランティアグループや理美容院の訪問、近所の商店・豆腐屋・牛乳屋など食材の配達の協力を頂き、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に支援している。</p> <p>一昨年、入居者さまの希望あり区長様のご協力で古河市の広報やお便りを運んで頂いており、地域の情報や行事にも参加し楽しむことが増えてきた。</p>		

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
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	<p>契約時、ご家族様に同意を受け事業所契約医師(24時間対応)より2週間毎の往診をうけている他、事業所契約の訪問看護による体調管理が行われている。</p> <p>入居前からのかかりつけ医のある方は、継続して受けられるように情報提供を含め連携支援している。</p> <p>緊急時、職員が受診に付添った時など電話報告するが、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行っている。</p> <p>また、隣接の保健施設の看護師の協力体制もできている。</p> <p>それらは、IPット使用し医療連携システム『エイル』により職員・各看護師・医師の関係者がタイムリーに情報の共有し支援を行っている。</p>	<p>家族の同意を得て、事業所契約の訪問診療を受けている。また、訪問看護師による体調管理も定期的に行われ、利用者、職員の安心に繋がっている。隣接する老健の看護師や薬剤師との協力体制も整い、密な連携が取れている。緊急時にはipadを用いた連携で、リアルかつタイムリーな対応が出来ている。</p>	
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	<p>日常においての心身の変化や情報・気づきを記録し、緊急時だけではなく、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。</p> <p>また、隣接している保健施設の看護職とも連携して適切に対応できるように努めている。</p>		
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。	<p>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安心して治療できるよう努めている。</p> <p>入院中のご本人の見舞いやご家族様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。</p>		
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	<p>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様に説明同意を頂き、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に努めている。</p>	<p>医療関係の協力体制ができており、終末期ケアから看取りまで対応ができる。ターミナル期の利用者の経過を通して、利用者の変化やケアの仕方を学んだ。これをきっかけにスタッフの不安を解消できるよう勉強会を行っている。</p>	
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	<p>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。</p> <p>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つくようにしている。</p>		

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
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	消防署指導・自主訓練を年2回実施し(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・緊急時持ち出しの物、等)隣接の保健施設・家族・地域住民・関係者の協力を得て、利用者が安全に避難できる方法を理解し身につくよう努めている。	消防署指導のもとに年2回自主訓練を行っている。避難訓練には隣接の老健や地域の方々の協力が得られる。傾聴ボランティアの方とはなじみの関係が出来ており、円滑な動きが出来た。非常食への意見もだされ、職員も実際に食べ、みんなで検討した。災害時にカーデックスを持ち出せるよう工夫した。	
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	一人一人の意思・人格を尊重しその人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なわないように行っている。	人生の先輩として尊敬し、その人らしさを大切にケアプランを通して実践に繋げている。特に言葉使いに注意し、時には方言だったり、その人に合わせた使い分けが出来るように考えている。	
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が意思・希望が表せられるように言い易い環境や受け止め考えることができるように対応に心がけ、自己決定ができるように働きかけを行っている。		
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	出来るだけ、本人の生活リズムを尊重し、どう過ごし、どう暮らして何をしたいかを叶えられるように傾聴し支援を行っている。 起床や就寝時間などは、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、ご本人の思いやりやペースに添えるよう合わせている。		
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ー・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。		

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
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	<p>隣接の保健施設の管理栄養士によりカロリー計算されたメニューを提供しているが、行事や利用者の希望で変更計画楽しんでいただいている。</p> <p>その際は、お一人お一人出来る力を発揮して頂き、準備下ごしらえ・調理・テーブル拭き・お茶入れ・おしぼり配り・片付けに至るまで笑顔で活動できるように支援している。</p> <p>また、動くことができない方も一緒に参加出来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、季節感が感じられ会話や団らんで楽しい食事を心がけている。</p>	<p>隣接の老健施設の管理栄養士によるカロリー計算された食事が提供される。誕生日など特別な日にはメニュー変更もあり、食べたい物があれば随時変更できる。行事食や急きょ必要になった食材は利用者と一緒に買い出しに行く事もある。外食も全員で出かける。食形態がペースト状の方にも対応してくれる店があり、全員で楽しみを分かち合っている。</p>	
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	<p>食事のメニューは管理栄養士により計算されており、身体的・心理的状況を把握しながら、摂取量や摂取の状況や様子、水分量も同様に記録しケアを行っている。</p> <p>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、必要に応じて医師・看護・家族・関係者と相談し栄養補食を検討し健康に過ごしていただけるように支援を行っている。</p> <p>また、個々の状態や力、習慣に応じられるよう配慮支援している。</p>		
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	<p>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。</p> <p>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。</p>		
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	<p>排泄パターン・チェック表・表情や行動の様子から察知し、トイレ声掛け誘導して失敗経験が少なくなるよう、また自立に向けた支援を行っている。</p> <p>自然排便になるよう体操などの運動・腹部マッサージなどを行っている。</p> <p>また、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と支援している。</p>	<p>排泄チェック表や日ごろの様子から排泄パターンを把握し、表情や様子からサインを読みとトイレ誘導する。ほぼトイレでの排泄が出来ている。合わせて水分摂取量もチェックし、薬の調整してもらおう方もいる。</p>	

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・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行っている。 また、医師・看護・薬剤師・リハビリと連携対応している。		
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おこなっている。 ご本人の体調や希望に沿って入浴日や時間を調整、また、希望があれば思いに添うように対応入浴して頂いている。 拒否のある方については、原因を追究し「なぜ」をアセスメントして心地よく、楽しんで入浴していただけるように、ご本人に合ったタイミングでの声掛けや好みの服、雰囲気、会話など、個々に合わせた対応を行っている。 皮膚感染予防にも努め、個々にマット等備品を用意している。	介護度の高い方には、リフト浴をおこなっているが、利用者は受け入れOKである。浴槽の出入りに不安を持って入浴を拒否されていたかたで、リフト浴で入浴できるようになった例もある。最低でも週2～3回入浴できるようにしているが、入りたい時にいつでも入れるような体制をとっている。	
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、活動し夜は良眠できるようにを基本としているが、一日中起きていることは身体的に疲労が溜まることもある為、個々の状況をみながら昼寝の時間を設け短時間(30分程度)の休息を取って頂いている。 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をしたり、痛い部分への薬塗りやフィーリング効果、セラピー効果等その方に寄り添い、生活のリズムの状況に合わせて、安心して良眠が図れるように支援している。		

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
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	医師の診察の段階から身体的状況と処方の内容を理解し、その後も観察し症状の変化を確認し医師・看護・薬局との連携により対応に努めており家族への連絡、相談も行い介護記録に記録している。 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、誤薬などの間違いが無いようにしており、内容の説明は送りノート、カードックス口頭にて確認、職員が内容・方法・副作用などについて理解把握できるようにしている。		
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・洗濯ものタタミ、力仕事得意な方はゴミだし・段ボール崩し束ね・掃除が得意な方は、手すり拭き・モップ拭き、等出来る力ややる気に応じて役割をもって行って頂き、認知症予防体操・脳トレ・工作・色塗り・園芸・壁飾りなどその方に応じた方法で役割や生きがい・楽しみが持てるような生活が送れるように支援しています。 生活習慣に俳句作りの為散歩をされる方など、気分がいつでも出かけられるようにしています。		
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	体調・天気の良い日には、施設周辺の散歩、藤棚の下で、お茶会や歌を唄ったりと日差しの暖かさ・風を感じ花々を愛で季節の移ろいを楽しんで頂いています。 季節のイベントや外出を企画しお花見と外食・初詣や選挙・買い物などへ福祉車両を活用し積極的に出かけている。 ご家族様や地域の方のご協力頂き、かかりつけの美容院への外出やお出かけ外食、墓参り、買い物、病院受診などでかけられる支援を行っている。	法人所有の広いスペースがあり、天気の良い日はほぼ毎日朝いちばんで散歩に出かける。(10時ごろ)スタッフとの買い物も老健施設の車両を借りていつでもでかけられ、季節のイベントなど外出しやすい恵まれた環境にある。	
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	ご本人ご家族様に了承を得て、お小遣いは事業所でお預かりしている。 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・歯磨き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希望の方には電話や手紙でのやり取りが継続できるように関係者にご協力頂き支援している。 定期的に親族様やお友達よりハガキやお手紙お花が届くなどの方もおり大切な関係を継続できるようにしている。		

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
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	<p>温かみのある共同の空間を感じていただけるよう、木造平屋造りとなっている。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に造られている。</p> <p>ご利用者様にとって、不快や混乱を招くような(音、光、色、広さ、温度など)が無いように努めている。</p> <p>舎内でも季節感を得られるように、カレンダーや季節の花、生き物などの飾りを入居者様方と一緒に考え手作りし行事も楽しんで頂けるように工夫しています。</p> <p>毎日、心豊かな時間となるように、音楽やカラオケも楽しめる場となっています。</p>	<p>木造平屋造りのホームの共有スペースは、高い天井、天窓からの自然採光で、ゆったりとした落ち着いた空間となっている。屋内でも季節を感じられるよう、利用者と一緒に季節の特徴を盛り込んだカレンダー作りを行い、リビングに飾っている。また、地域のボランティアの方と一緒に楽しんだり、カラオケをしたり、利用者同士の交流の場ともなっている。</p>	
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、お一人お一人の状況にあったいつもの場所を用意する他、日向ぼっこが出来る位置にソファを配置、代わる代わるに横たわり寛いでいる。</p> <p>また、隣の棟の入居者様とも気軽に行き来出来るようになっており、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み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、ベッド、タンス、布団、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・居心地の良い生活が出来ようご本人御家族と相談しながら支援している。</p> <p>近日では、使い慣れた毛布を持参いただいて安眠と安心が図れている方もいたり認知症への対応も含めて対応している。</p>	<p>それぞれが居心地の良い環境に整えている。仏壇やテーブルなどが置かれ、馴染みの物が一つでも置いてある事で安心が得られている。趣味の俳句を毛筆で書いて部屋に飾り、楽しんでいた。居室の清掃は週3回、清掃員の協力もあり、清潔な環境が保たれている。</p>	

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
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>認知症の種類やタイプ傾向と今後の予想などを学びながら、「今できること」「わかること」を継続できるように、居室においては、ご本人の状況にあったベットの高さに注意、各部屋に用意された洗面所やダンスやクローゼットまでの動線の安全を配慮し、配置。トイレやふる場には目にも分かるように大きな表示をし声掛け、お手伝い等も継続できるよう誘導支援しています。</p> <p>また、新たに「できること」「わかること」の見出しができ、増やせるような環境づくりに務めています。</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

目標達成計画

作成日: 平成 28年 7月 13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	4	偶数月に開催している運営推進会議に諸処の理由から入居者様の参加がされていなかったが、設立4年を経て入居者様・ご家族様との信頼関係も構築されつつあり、認知症状の落ち着いた方などの参加を実現化していけるのではないかと課題になった。	運営推進会議への入居者様の参加	参加について、他参加方々のご協力と同意を頂き、参加可能な方の同意とご家族様の協力・同意をとり段階をもって、安心して入居者様も参加同席、報告や話し合いなど意見の交換ができるように取り組む。	12ヶ月
2	2	認知症や老いへの理解が浸透していない現状があり、家族様やご親戚・友人であっても戸惑いや関わりに隔たりを感じることもある。	認知症や老いについてやグループホームに関しての理解・協力を得られ地域に根付いた良い関係を構築でき継続できるようにゆきたい。	地域住民・家族様・関係者へむけ、認知症や老い、についての勉強会を定期的に開催。	12ヶ月
3	13	職員自ら、認知症の知識やケアの方法、医学的知識の不足などを痛感することがあり、日々変わる入居者様の対応ができるようにするには	職員関係者が認知症の知識やケアの方法、医学的知識の不足を学び、新しい知識のもと、新しい介護支援が出来るように努力してゆく。	新しい知識が得られるように勉強会の開催と外部の研修会への参加ができるようにする。	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。