

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25年4月	評価結果市町村受理日	平成25年8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25年5月20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)】

<p>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・支援専門員の協力を得て、その人らしい生活を継続できる様に家庭的な環境で専属のスタッフと一緒に料理や掃除を行い、健康で明るい生活が送れるよう『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(短期入所生活介護)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。</p>

【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)】

<p>開設1年目の事業所であるが、併設老健と連携しながら利用者を見守っていくことで家族も安心している(調査日には老健からホームにストレッチャーの提供の話があった)。地域にグループホームとしての役割や認知症に関する理解・協力を発信し、徐々に交流(小学校の行事に参加)が広がってきている。老健と合同で夏祭りを開催し、家族・地域住民の参加が得られ、利用者と馴染みの方々との交流の場にもなっている。利用者個人個人に合わせたケアの支援内容を、管理者・職員共に日々確認し利用者の現状維持・向上に努めている。今までの生活スタイルを職員と一緒に生き生きと維持している利用者の姿が印象的であり、俳句や玄関前で歌を歌うなど、趣味が継続されていた。</p>

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○ 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)	○ 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「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。」を理念に日々入居者様に係わっています。玄関等に掲示している。	法人の基本理念以外に、開設時に職員と事業所独自の理念を作り玄関に掲示しており、利用者一人一人に合わせたケアの提供に努めている。管理者と職員は申し送り時等に確認・共有し、理念の実践につなげている。職員からは利用者の生活スタイルの維持に努め毎日笑顔が出てくるような支援に取り組んでいると言う話があった。	グループホームとして地域密着型サービスの意義を踏まえた目標か理念を作成することを提案する。
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	地域にボランティア(フラダンス・演奏等)を受け入れたり、理容師に来て頂き散髪を行ったり、地域の方々と交流の機会を設けることを開始した。最近では地域の小学校の行事に参加し交流を図っている。	地域とのつながりを深めるためにボランティア(フラダンス・演奏・傾聴・よさこい等)の受け入れや理容師の来訪・小学校の行事に参加(ふれあい祭り)し交流を図っている。夏祭り(老健合同)を開催し、沢山の地域住民の参加があり、利用者は馴染みの方々と楽しい一時を過ごしている。利用者個人個人が老人会に入っているので案内をもらい今までと同様に出かけ交流を深めている。今後は認知症サポーター養成講座の開催を検討している。	
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	開設と同時にグループホームとしての役割と認知症についての周知を地域の方々に向けてご案内をした。今後においても地域の方々に理解や支援の方法を発信することを計画中です。		
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推進委員会での利用者やサービスの実施報告や情報交換を行い、頂いたアイデアをサービスの質の向上に繋ぐことが出来るよう努めている。	2ヶ月毎に区長・家族代表・行政(介護保険課)・事業所担当者の構成メンバーで開催。会議内容は活動予定・報告・利用者状況・ヒヤリハット等である。席上出た意見やアドバイスはサービス向上に活かしている。議事録にまとめ家族には家族会で報告している。職員には会議等で報告し共有している。車椅子対応のトイレがあるレストランを教えて欲しいと家族から話があった。	運営推進委員会は外部に対し事業所の取り組みや地域の理解・支援を得る為の貴重な場所であるので、視点を広げるという面から民生委員やボランティアなどの地域住民の参加を促がし、議題もその時々合った内容で話し合うことが望ましい。

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	開設に伴い見学や施設への問い合わせについてなど丁寧に対応させていただいている。	開設前より連絡を密に取り、協力関係を築いている。地域密着型連絡協議会に出席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周知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。身体拘束廃止検討委員会があり隣接の保健施設と連携し取り組んでいる。	拘束となる行為とそれに伴う弊害は勉強会やミーティングで全職員理解しており、拘束をしないで利用者の安全を配慮するケアの提供に努めている。書面で拘束に関し明示し家族に契約時に説明している。安全上夜間は施錠している。スピーチロックは全職員で注意をしている。車椅子の点検は外出前に点検している。身体拘束廃止検討委員会があり隣接施設と連携している。	
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努めている。		
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、今の所制度を必要とする方がいないので活用していません。		
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	入居時の契約、短期共同生活介護契約時の説明を十分に行い、理解、納得頂いています。		
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	契約の際、苦情受付窓口の説明を紙面において行っており、利用者、家族の意見に沿うよう行っています。併設保険施設の相談員も家族の相談にきめ細かく対応しています。	事業所の苦情受付窓口・第3者機関名・電話番号を契約時に説明し重要事項説明書に明示している。家族とは面会時や家族会(年2回開催)で意見等を聞くようにしている。個人的な要望等(外泊・旅行・父の日にアルコールを提供云々)へはその都度対応。併設施設の相談員も家族の相談に応じている。職員の離職は開設以来ゼロで、新人職員は面会時や家族会、広報で紹介している。	

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
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	月始めの全体の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。	月始めのミーティングで意見を出し合い(災害時の避難経路としてベランダを改修し一部解放)、職員が働きやすい職場環境作りに努めている。管理者には何でも言い合える関係であると職員への聞き取りで確認された。管理者は職員から個別に意見・要望を聞く機会を心がけ、ストレスや不満の解消に努めている。離職防止として職場環境の整備に努めているので、今のところ離職者は無い。今後は外部研修受講を期待していると職員から意欲的な話が合った。	
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	併設施設での勉強会、他グループホームと勉強会など、毎月2～3回あり必ず1回はだれも出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	認知症ケア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、事例を用いて検討会、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	入所の前に情報を頂き、見学に来て頂いたり、ご本人・ご家族と直接お話しする機会を設け、入所に対する意見・要望をお聴きして困惑のないよう、ご本人の安心できる生活ができ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	入所申込み前から、ご家族よりの相談をお聴きし思いを受け止めご本人にとって良いサービスの開始、ケアプランの導入ができるよう関係づくりに努めている。		
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・ご家族のお話を密にお聴きして「その時」に必要な適切なサービスの導入ができるよう、関わっておられたケアマネジャーや他職種の方々と情報を共有し対応に努めている。		

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
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	ももの舎理念「手をとりあって暮らす仲間」を実践。ご本人の主にできる力を支えるように食事作り・お茶入れ・洗濯物たたみ・お掃除・食器洗い・食器拭き・ゴミ出し等など無理のないよう協力して頂き、生活を楽しむ関係を築いている。		
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	ご本人・ご家族にとってもう一つの家として気軽に立ち寄って頂けるよう声掛け対応。ご家族と外出・外泊ができるよう協力を得ている。また、家族会や夏祭りなどの行事の参加と協力を得られる関係を築いている。		
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	親戚の方や近所のご友人との馴染みの関係が継続できるように、いつでも遊びに来て頂ける、また、理美容室や買い物など出向けるような支援に努めている。	手紙・電話の支援や親戚・友人の訪問等馴染みの人との関係継続に努めている。馴染みの理美容室や買物等に出かけ思い出の場所で楽しい一時を過ごしてもらっている。馴染みの味のラーメンやアイスクリームが食べたいとの要望があり、対応している。家族の協力でお墓参りに行く利用者も多く、自宅で購読していた雑誌を買いに行く利用者がいたりと個別に支援している。初詣・ネーブルパーク・書初め・カルタ等思い出の場所や習わし等の支援を行っている。	
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手を取り合える関わりができるよう支援している。日常は会話が弾み、散歩の際車椅子を押す、乗っている方は、「大丈夫かい」「気を付けるんだよ」など共に思いやる場面が多く見られている。		
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	サービス終了時、これまでの経過情報を提供し問い合わせに対応している。隣接の保健施設などへの入所で退所になられた方については、その後もご本人・ご家族がいつでも立ち寄れるよう、また、相談支援ができるよう随時対応している。		
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	ご本人の思いや、これまでの暮らし、今の希望と意向を把握できるよう日々のケアを通じて努力し、職員も認知症ケアを学びながらセンター方式などを活用し本人本位の生活ができるように支援している。	利用開始時にセンター方式できめ細かなアセスメントをとったり、利用者の職歴・趣味・日々の会話の中から利用者の思いや希望・把握に努めている。自立している利用者が多いので、本人から聞くことが多い。俳句・歌・掃除・野菜の手入れ・玄関掃除・ごみ出し等、利用者の意欲を引き出している。	

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
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	入所時に得た情報だけでなく、継続した支援の中で何気ない会話や動作・表情もを大切に観察、得られた情報を記録し、職員全員が共有してサービス利用の経過など把握できるよう努めている。		
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	再アセスメントを行う・長谷川式スケールなどで評価するなどの他、日々ご本人の心身の変化に注意し、職員連携して申し送りを行い、安心して頂けるよう現状把握に努めている。		
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	毎日、心身の変化や出来事を記録して申し送り、毎月のミーティングやケア会議を行いモニタリングを3か月に一回を基本に介護計画を見直しているが、変化や調整が必要な場合は、適宜アセスメントを行いご家族と相談をし合いながら現状に合った介護計画を作成している。	利用者・家族から介護に関する意向を聞き、カンファレンスを開催し、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。作成後は家族に説明し同意を得ている。職員は利用者個人個人のケアプランを周知し支援する中で、介護記録に日々の気づきや変化を記録しケア会議を開催している。3か月ごとにモニタリングを実施し、評価につなげている。状況変化時は現状にあったプランを作成。	
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	日々の様子やご本人の発言・表情・動作やその場面の環境などをそのまま記録することに努めている。また、その情報を職員・ご家族・医師他関係者が共有し新たな気づきや工夫を実践、介護計画の見直しを行っている。		
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	ご本人やご家族の状況と希望、新たなニーズに対応できるよう、また、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援ができるように、情報の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美容院の来舎、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出来る力と豊かな暮らしにな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、ご家族に説明同意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、継続が図れるように情報提供を含め連携支援している。	契約時に説明し同意を得て契約医師の往診を受けている。利用者・家族希望のかかりつけ医には家族が無理な場合は職員付き添いで受診。受診後は報告を記録に残し、家族・事業所で共有している。職員付き添い時は家族に電話連絡し、記録に残している。	留守電に報告をしたときの確認方法が記入されていない時があるので、周知されたかどうかを確認できるような取り決めに検討されることが望ましい。

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
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に連絡相談、適切な助言や処置・受診や看護を受けられるように支援している。また、隣接の保健施設の看護とも連携し必要に応じて適切対応に努めている。		
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。	入院が必要になった際には、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。入院中ご本人の見舞いや家族のお話を聞いたり、医療機関より情報を得て確認、安心して治療頂き早期退院ができるよう、また、退院受け入れがスムーズに行え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、重症化対応・終末期ケア対応指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図れるようにしており、ご家族と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。	重度化対応・終末期ケア対応指針を作り、契約時に説明し同意書を取り交わしている。主治医・訪問看護師と連携し、家族の協力を得て支援に努めている。今まで経験は無いが、勉強会を重ねて支援に努めたいとの話が職員からも聴取できた。	
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も連携し適切な対応ができるよう努めている。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努力している。		
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・地域住民の方々との協力を得て、昼間・夜間それぞれを想定した訓練を行うと同時に緊急時の併設の保健施設を含め連絡体制を職員全員が理解している。避難訓練を年2回実施している。	消防署指導の下、家族や隣接施設職員・地域住民の協力を得て訓練を開催し、夜間・昼間の利用者の行動把握・避難経路確認・緊急連絡通報・連絡網・持ち出し用品・消火器使用方法等を全職員が身につけている。安全予防として毎日の点検を実施(電気コンロ・ガス・元栓・可燃物整理・非常口・たこ足配線・コンセントのほこり等)。備蓄品は整備している。緊急持ち出し用品は(常備薬等)これから医師と相談したいとのことであった。	

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
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支援している。また日常の中でも声掛けを常に心がけその方のプライバシーを損ねないよう努めている。	利用者の人格を尊重した対応を心がけ、プライバシーを損なわない配慮を行い、人生の先輩としての対応を行っている。利用者の呼び名はその人に合わせた呼び方で呼び、落ち着いたトーンであった。個人情報保護に関する同意書を得ている。書類関係は事務所内に保管している。	
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頂けるよう、対応を心がけている。また、ご本人の思いや希望が言いやすい環境作りに努めている。		
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	起床や就寝時間等はその日のご本人の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て行っている。		
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って着て頂いたり、お化粧品をしたり、アクセサリーを身につけて頂いたりとその人らしさを尊重・支援している。また、散髪等も行きつけの美容院に行かれる方もいたり、希望がある場合も尊重している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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、食器拭き手伝い等行って頂いている。食事は職員も含め皆で摂り、季節感が感じられる行事食など楽しいものとなるよう支援している。	献立は隣接の管理栄養士が立てたものを、近くのお店から食材を配達してもらい利用者にあわせた食事形態で提供。特別食・おやつは職員と利用者が一緒に買いだしに行っている。利用者にあわせて、野菜を切ったり、テーブル拭き・おしぼり配り・下膳・食器拭き等、力量を発揮する場を提供している。調査日はちょっと緊張気味ではあったが、職員と利用者が会話を楽しみながらの食事風景であった。おやつ作り(ホットケーキ・ジャガイモ・芋ふかし・団子等)は利用者の楽しみの一時である。	
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	食事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、摂取量も記録に残している。摂取不足している方に関しては調理方法や嗜好・環境を工夫したり、取れない原因を追究、必要に応じて栄養補助食を検討し提供している。		

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
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	ご本人の力に応じ口腔内の清潔保持ができるよう見守り・声掛け・介助支援をしている。状況・必要に応じて歯科での往診が受けられるようにしている。		
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	個人の排泄パターンを把握して失敗経験を少なくできるよう声掛け・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。	チェック表で排泄パターンを把握したり、表情・様子から察知し声掛け前誘導を行い、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。失禁時にはプライバシーを損なわないよう、他の利用者に分からないような支援に努めている。	
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ができるよう支援している。医師・看護と連携し便秘の予防に努めている。		
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日～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して頂けるように、ご本人に合ったタイミングでの声掛けと好みの入浴剤を入れるなど、個々に合わせた支援を行っている。	基本的に入浴日は2～3日に1度の入浴であるが、希望があれば随時入浴可能である。利用者が楽しんでゆっくり気持ちよく入浴出来るように入浴剤を入れたり、タイミングを見計らって声掛けを行っている。皮膚疾患に注意し、入浴時に観察している。足拭きマットはその都度取り替えている。入浴拒否者には無理強いをせずに自ら気持ちよく入浴してもらえるように努めている。	
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がある為、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。中にはリビングのソファに横になる方もいる。就寝前には、リラックスしてもらう為に紅茶を摂取して頂きご本人の生活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し職員が内容・用法等について確認できる状態にしている。医師・薬局との連携により薬の目的や症状の変化を確認に努めており家族への連絡も行っている。介護記録に変化などを記録している。		
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、俳句が好きな方には職員と散歩に出かけ俳句作りをして頂く等、その方に合わせた方法で生き甲斐が持てるような生活が送れるよう支援している。		

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
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いる。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て周辺を散策し、太陽の日差しを浴びて五感の刺激に努めている。季節ごとの外出(家族にも声掛けをしている)や、買い物等戸外に出かけられるような支援に努めている。病院受診時には家族と出かけ、お茶・外食を楽しんでくる利用者がある。利用者の要望により外食支援を行っている。	
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所で預らせて頂いている。買い物外出の際などは、ご本人の力に応じて、所持していただき、希望のお菓子や雑誌・ハガキなど使えるように支援をしている。		
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	ご本人の状況や内容を把握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に造られている。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。季節感を出すために、カレンダーの飾りを季節の花や行事ものを飾る等工夫している。	共用の空間は天窓からの明るい採光が利用者にとってめくもりを感じられようである。また不快や混乱を招くような刺激は無く、木質系の温かみのある造りとなっている。見当識に配慮し、カレンダーに季節の花や行事物を飾っている(こいのぼり)。車椅子に配慮し、廊下やトイレ等動きやすい動線となっている。冬場、リビングや洗面所等は床暖房で気持ちよく過ごせている。	
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、お一人おひとり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、隣の棟の入居者とも気楽に行き来が出来る様になっており、気の合った利用者同士で過ごせる場所がある。		
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なじみのものを置いたりテーブル、じゅーたん、テレビ持ち込みセットされるなど安心して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。	大きなものは備え付けであるが、使い慣れたテレビ・椅子・文字盤が大きな時計・小物・趣味の飾り物・写真等を配置して利用者が居心地よく過ごせる居室となっている。部屋の掃除・モップかけは職員と一緒にしている。	
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	一人ひとりの利用者の状態にあったベッドの高さや、トイレの場所がわかりやすくなるようにトイレの文字を入口に表示している。夜間トイレに起きる利用者の為に廊下の電気は消さない工夫をするなど、自立できるよう支援できるよう努めている。		

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	1	グループホームとして地域密着型サービスの意義を踏まえた目標か理念を作成することの提案があった。	開設時職員全員で「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。」の理念に更に グループホームとして地域密着型サービスの意義を踏まえた目標か理念を加え作成していく。	「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 見守っていきます。」と 入居者・職員相談の上、ももの舎 理念を一部変更しそれに基づいていく。	3ヶ月
2	3	運営推進委員会は外部に対し事業所の取組や地域の理解・支援を得る為の貴重な場所であるので、視点を広げるという面から民生委員やボランティアなどの地域住民の参加を促し、議題もその時々合った内容で話し合ことが望ましいと助言	運営推進委員会メンバーに、地域の民生員やボランティアなど地域の方々に参加して頂きよりよい運営が図れるようにする。	運営推進委員会時に外部評価より助言があった事を報告検討。地域の民生員さんへお話しをして参加して頂ける様をお願いをしている。なお、ボランティアなどについては今後の状況により参加のお願いをすすめてゆきたい。	8ヶ月
3	3	上記より	地域に根差した議題になるよう、運営推進委員メンバーとも検討していく。認知症についての勉強会の開催や社会情勢に合わせた内容など取り入れる。	ももの舎の行事計画に認知症の勉強会やAEDの使い方勉強会、防災訓練なども地域の方に参加して頂けるような方向で計画予定。交通安全や火災予防月間のなど季節にあわせて高齢者への配慮を考える。	8ヶ月
4	11	かかりつけ医の受診で家族が無理な場合は職員が付き添い受診報告・記録しているが、留守番電話に報告をした時の確認方法が記入されていないときがあるので、周知されたかどうかを確認できるような取決めを検討されることが望ましいと話をうける。	留守番電話の内容がきちんと伝わっているかどうかを不明にならないよう。再通知とその状況記録を残し、連携を図り 入居者の安全に努める。	職員会議にて記録の有り方、留守番電話時の対応を周知・改善している。介護記録に記録し管理者は確認する。	3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。