

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	2172101269		
法人名	有限会社 賃貸ルーム		
事業所名	グループホーム てんじゆ (東)		
所在地	岐阜県大垣市万石3丁目14番1		
自己評価作成日	平成23年 2月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年 5月24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://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年 2月21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)】

入居者の方の生活が、グループホーム内だけで、完結しないように行事・催し物など企画したり、入居者ご本人のお誕生日には希望や要望が叶うような内容を取り込むよう計画しできる範囲で実行している。その為には、家族の方との関係を絶やさないように、日々連絡を密に取り、ご協力を得るよう心がけている。(春・秋のバス旅行、地域の夏祭り、食事会、避難訓練等)近隣のグループホーム、施設とネットワークを組み、小規模であるが故の利点を活用し、職員交流研修、職員や家族向けの研修会の開催したり、地域に向けて「認知症サポーター養成講座」を開催するにあたり、職員がキャラバンメイトとなり寸劇を披露し、認知症理解の啓発に取り組んでいる。職員は、段階に応じて研修に参加できるよう、勤務配慮や参加費の会社負担を行ったり、職員評価、育成に繋がるように努力している。

【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)】

「自立」、「尊厳と権利」、「地域」の3点を柱とするホームの理念を掲げ、理念に忠実に利用者本位のケアを目指している。理念を職員だけのものにしなため、パンフレットにも大きくスペースを取って掲載し、広く周知を図っている。以下は、その実践例である。
「自立」については、基本的な身の回りの自立を目指して、主要なものを介護計画に取り上げて支援している。排泄自立に向けた取り組みでは、改善例も報告されている。食事はほとんどの利用者が介助なしであった。「尊厳と権利」に関しては、トイレ誘導の声かけにその配慮が確認できた。鍵をかけないケアや思い思いの居室づくり等、自由を保障する基本的人権の擁護である。「地域」との交流は、毎回の運営推進会議で活発な話し合いが行われている。全てが自然体で、見事であった。

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)	○ 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、生き活きと働けている (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している (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	理念は、ミーティングやカンファレンスの中で再確認したり、日々の生活場面で、理念に立ち返るようスタッフ同士で話し合い、ケアサービスを提供している。	「自立」、「尊厳と権利」、「地域」の3点を柱とするホームの理念を設け、理念に忠実に利用者本位のケアを目指している。理念を職員だけのものにしないうえ、パンフレットにも記載して広く周知を図っている。	
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	地域の行事(溝掃除、清掃活動、防災訓練)や催もの(文化祭など)に積極的に参加している。老人会からの健康講座への誘いを定期的に頂き希望者を募り参加している。	地域イベントへの参加については、運営推進会議で毎回話題となっている。地域代表(自治会長)を間に入れ、様々な情報を提供してもらうなど、便宜を図ってもらっている。	4名の職員(キャラバンメイト)による認知症サポーター養成講座が、地域住民を対象に実施されている。対象を広げ、地域の社会資源として認められるよう、今後の進展に期待したい。
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	認知症について正しく理解して頂く為に、地域の方に対し、職員がキャラバンメイトとなり寸劇を交えて、認知症サポーター養成講座を開催している。		
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	会議では、外部結果を情報開示し、評価内容への取り組みを報告している。ひやりハット・問題発生・苦情等の事案を議題として話し合い、意見交換を行っている。議事録はホームページに掲載し、当日不参加者には後日配布して意見を求めるようにしている。	家族の会議参加を促進するため、土・日曜日に開催したり、ホームイベントや家族会との共催にしたりと、様々な工夫を凝らしている。議事録が綿密に作成されており、活発な会議風景が感じ取れる。	
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	市町村担当者に、制度上のわからない事柄や運営上の質問、相談は事あるごとに行っている。又、地域包括センターの職員には、運営会議の際や電話にて地域活動上の相談、声かけを行っている。	市・担当者の運営推進会議への主席はないものの、地域包括センターの職員が必ず出席しており、ホームの情報は伝達されている。質問や相談にも適切に回答があり、信頼関係が構築されている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束に関して勉強会を開催し、禁止の対象となる具体的な行為を周知徹底するようにしている。又、ケアの工夫で施錠せずにどうしたら過ごせるのかを常にスタッフ間で話し合い、施錠は夜間帯のみの最小限度にとどめるようにしている。	管理者・職員は身体拘束のないケアの重要性を十分に理解しており、玄関の施錠も夜間のみである。言葉による拘束行為に関しても、ホーム内勉強会で取り上げている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ユニットリーダーが身体拘束廃止相談員研修に参加し、その内容をホーム内勉強会を開催し、他職員に伝達している。日常ケアの中で当てはまる虐待場面を設定して、ロールプレイを行い、より具体的にわかりやすく説明し、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
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	ユニットリーダーが権利擁護と成年後見制度についての研修会に参加し、ホーム内の勉強会で、研修内容を他職員に伝達を行った。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約締結、解約時には、契約内容や重要事項を十分に時間を掛けて丁寧にわかりやすい言葉で説明するように心がけている。質問内容には、ホーム対応可能な事柄の範囲を明確にし、誤った情報が伝わる事が無いように答えている。		
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	意見や苦情等が表出できるように、重要事項説明書に相談窓口や第三者機関相談窓口の担当者を明記している。又、来訪時や家族会などで、家族に声をかけ、事細かな要望に対してもケアカンファレンスの中で取り入れケアに反映させている。	運営推進会議が2部構成となっており、1部（本会議）終了後に、2部として家族会が開催されることが多い。ホームからの依頼や家族からの意見・要望等、円滑なホーム運営に資する話し合いが行われている。	
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	新しく取り組んでいきたい事柄や、運営上の伝達は必ず各ユニットリーダーを通じて行い、各職員の意見を聞くようにしている。月1回ミーティング前には各ユニットリーダーと話し合う時間を設けたり、何か問題提起されたときにはその都度、リーダーや担当者で意見交換するようにしている。	毎年管理者と職員との個人面談を実施して、ホームの向かっている方向性を確認し合っている。日々のケアが情性に流されることのないよう、目標シートを使って職員の意識づけをしている。	
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	給与規定に沿って昇給が行われる。又、独自の評価シートを利用し、資格、経験年数に応じて評価シートを換え自己目標を設定し、年度末に自己や管理者評価を行い次年度の目標を設定する。		
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	経験年数、資格、本人希望、研修内容等によって年度毎に研修計画を立案している。受講希望や資格取得に積極的に取り組む者は、事業所が必要と認めたものに限り、勤務日、研修費等をサポートし、評価できるように努めている。		
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	複数事業所連携補助事業に取り組み、近隣のグループホーム・施設とネットワーク形成を密に行っている。今年度は交流研修・研修会野開催等行った、ケアマネージャー情報交換会に積極的に参加している。又、ケアマネージャーの来所相談、見学を受けている。		

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
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	入居の相談時は本人と面談し、本人の思いや希望を時間をかけて聞くようにしている。又、家族や関係者からの情報収集をする中で本人の気持ちを代弁者として伝えてもらい、本人の思いを深く受け止めるようにしている。		
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	家族との相談の中で、家族と本人、又は家族間の思いの違いを聴きだすようにしている。又、これまでの本人との関係性や歴史を情報収集し、深く受け止めるようにしている。		
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	相談時のニーズを出来るだけ具体的に把握し、当ホームの環境に適しているか、総合的な視点で本人をアセスメントし見極めている。他のサービスの利用も含めて本人、家族やケアマネジャー等関係者と相談のうえ、決定するようにしている。		
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	一緒に食事したり、お茶を飲んだりする事で、食の楽しみを共有・共感している。又、会話の中で、昔の慣わしについて、職員が学んだりしている。家事の中で一部でもできる事を一緒にに行い完結させる事により、共に生活しているという気持ちが築けるように心がけている。		
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	職員がケア方針や方法などに行き詰った時は、家族にこれまでの関わり方や生活歴を聞いて、何かヒントになることや、方法を一緒に考えてもらうように、来訪された時や、電話をかけるなどして相談し、本人を家族と共に支えていくように努める。		
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	馴染みのある理髪店、喫茶店、病院へ継続して出掛けられるように家族の協力を得て出かけている。又、在宅生活でこれまでに関係があった方が来訪された時には、側隠的に支援している。	住んでいた近所の友人だけでなく、かつての仕事仲間や学校時代の友達などが利用者を訪問している。馴染みの場所の支援には、家族の協力も大きい。	
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	食事時など、全員が食卓に座るのを待ってから食事を始めたり、利用者間で気かけながら過ごしている。又、ゲームや体操の場面では団結力が見られ、仲間意識が強くある。利用者同士、トラブルや喧嘩した時は、職員がお互いの意見を聞き、関係が修復できるように調整役となっている。		

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
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	退居後、死亡された方のお参りや、その家族がホームに遊びに来て下さったり、バス旅行にボランティアで参加して頂いている。又、退居後も、介護相談などに応じている。		
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	日常生活の中で、大切な事や望んでいる事を会話や発した言葉や表情を汲み取り把握するようにしている。意思表示が困難な方に対しては、職員の自己満足にならないようにケア場面やミーティングの中で本人の視点に立ち返り話し合うようにしている。	日々のケアの中でつかんだ利用者の新たな情報(思い・意向、生活歴等)は、経過記録に記録され、職員間で共有されるとともに介護計画作成時のインプット情報となる。	その人らしさを支援する個別ケアの原点は「思いや意向の把握」にある。つかんだ情報を職員の記憶や膨大な書類の中に埋もれさせず、介護計画へとつなげてほしい。
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	関わりを持ち始める前後、ケア提供の見直し時期などに、本人や家族、知人、関係者などからこれまでの長年慣れ親しんだ習慣や好きな事柄、サービス利用状況などの情報収集を行っている。		
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	これまでの生活の情報を把握し、その情報だけに限らず、ホームで過ごされる中で、新しい発見や可能性を含めて模索し、現在のその人らしい暮らしが出来ているかを把握するように努めている。		
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	介護計画の作成は暫定計画を作成した時点で、本人又は家族の意向を確認し、段階的に行うようにしている。計画作成担当者は、本人の他に家族の意見を担当スタッフ伝え、ケア内容が深まるように、話し合いをしている。	ホームや職員の都合を優先させず、時間をかけて利用者や家族の意見を調整したうえで介護計画を作成している。一手間かけている分、内容の濃い計画となっている。	
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	個人カルテは週間体調表、経過記録、生活リズム・パターンシートに各職員が日々記録している。また、アセスメントシート、月間健康管理票などがあり、担当者が確認、記入できるようにしている。申し送りノートや業務連絡は引継ぎ申し送り時に全職員が確認し、サインする事で共有している。		
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	通院介助や希望物品購入の援助など、ニーズに対し個別対応や、急な要望に対して、本人の満足度が高まるように実現可能かどうかをその都度本人、家族と話し合って柔軟に対応している。		

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
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	ボランティア団体、個人の方の月1回の定期訪問は、定着し入居者の楽しみの1つになっている。ボランティアの方たちも入居者の一人ひとりの状態を掴んで対応している。近隣の交番に巡回してもらったり、消防署から年1回総合避難訓練の時や通報訓練時に指導を受けている。		
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	これまでのかかりつけ医との関係を基本として、環境の変化、本人の状態変化、家族の支援状況に応じて、入院、他科受診、救急対応を想定して、相談を行っている。	かかりつけ医の決定は利用者・家族の意向を尊重し、ホーム提携医への変更は強要していない。病状変化や怪我があった時など、家族への連絡が迅速に行われており、家族アンケートでも感謝の言葉があった。	利用年月が長くなると、利用者の高齢化や要介護度の進行で家族の不安は膨らんでくる。今後も、こまめに情報提供することで、家族の心配を取り除いてほしい。
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	介護職は体調変化、経過の報告を行う基準を設けて行っている。又、看護職は、日々の観察ポイントや緊急時の対応について介護職に対して入居者ごとにわかりやすく説明し、一緒に関わるようにしている。		
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。	入院時は、本人に付き添い安心できるように、サマリーの情報提供は細かく行っている。入院中の病状説明や退院指導には同席し情報収集している。本人の身体機能低下と認知症状の悪化等のダメージを極力防ぐ為に、退院調整を家族を含め関係者と行っている。		
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	今年度は家族向けに研修会を開催し、終末期や重度化したときの対応について話し合いをしたり、個別相談を行っている。身体機能の低下した入居者が入院するか、ホームでの生活を継続していくかを、家族と主治医と話し合いを重ねて対応している。	終末期のケアについては、早い時期から情報交換を密にして、その時点で利用者の状態に最も適切と思える場所(施設)を提供しようとしている。家族が正しい知識を持てるよう、勉強会も開催した。	
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(誤嚥、意識消失、痙攣発作、発熱等)事故発生時は、緊急マニュアル、救急車の呼び方のマニュアルに沿って対応できるよういつでも確認できる所にマニュアルを置き、職員の周知徹底を図っている。		
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	自主避難訓練は年に3回行っている。その他、消防署の指導の下、運営推進会議で、地域の方や家族の協力を得て総合訓練をおこなった。	運営推進会議との共催で防災訓練を行い、夜間を想定した避難訓練を行った。終了後の反省会では、地域代表や消防署から多くの意見をもらい、今後の検討課題として集積でき、益の多い訓練となった。	夜間の災害では地域住民の協力が不可欠。地域代表(自治会長)を通して、地域への協力要請と、訓練への参加呼びかけを望みたい。

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
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	公共場面での羞恥心に対する配慮やプライベートな場所や1対1での関わりの中でも尊厳や誇りを大切にケアに近づけるようにスタッフ一人ひとりが気づき、対応できるようにチームで考えている。	女性職員が、トイレ誘導時に耳元で小声でささやいて利用者を促していた。家族的な関係を目指しつつも馴れ合いに流れず、理念の柱の一つである“尊厳”ある支援の実践を目標にすることができた。	
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	本人会議や個人アンケートを行い、話を聞くように努めている。食に関することや、遊びに行きたい場所など希望を募り、決定するようにしている。又、お誕生日には、本人の希望を努めて尋ね実現可能な計画を立て実行するようにしている。		
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	一人ひとりの入居者のペースと職員側の業務ペースは異なることがあり、ケアと業務の区分け整理に着眼し、入居者にゆったりと接する時間を考えるようにしている。基本の一日の流れはおおまかにはあるが、入居者の体調や気持ちを尊重するように支援している。		
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	外出時はお気に入りの服や普段着とは変化をつけておしゃれに心がけている。又、普段からも衣服の乱れを整えたり、衣服の汚れ、眼脂や口腔の汚れの清潔保持に努め、髪の毛の乱れを整えるように気をつけている。		
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	食の楽しみが持てるように、下ごしらえや職員が目の前で調理するのを手伝ってもらったりしている。季節の野菜・食材を季節感を感じられるような会話をしながら下準備を行っている。	食事はホールの奥にあるやや大きめの厨房で調理されており、調理専門の職員が配置されている。利用者が厨房内に入って手伝う姿はなかったが、下膳や食器の拭き上げなどは行っている。	
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	毎日、水分量や食事量など記録し、職員が一人ひとりの状況を把握できるようにしている。又、保健センターの管理栄養士のアドバイスも受けるようにしている。		
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、歯磨きの声かけ誘導を行い、一人ひとりの能力に応じ見守りや介助を行なっている。口腔ケアの重要性を職員全員が理解しており、定期的に歯科の往診を受け、日頃できない歯肉のクリーニングをしてもらっている。		

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
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	一人ひとりの排泄リズムのチェックを行い、時間、一日、一週間単位の排泄パターンを掴むようにしている。変化が見られたときには、水分量、排泄量の測定、観察を行い経過を見て自立に向けてのタイミングを計っている。	各ユニットとも、約半数の利用者は声かけだけで介助の必要はない。尿意がなかったり、薄い利用者であっても、トイレで排泄してもらうことを基本としており、排泄自立・排泄改善に向けた取り組みが行われている。	
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	緩下剤にのみ頼らず、食物繊維、乳製品、センナ茶等の飲食や腹部マッサージやホットタオルの使用を試み、自然排便を促すようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりゆっくり時間をかけて入浴している。曜日や時間帯は、本人の体調を考慮した上で希望に出来るだけ添えるように努めている。時には、温泉の湯を運んでもらい、温泉気分が味わえるようにゆず湯や、足湯を行っている。又、近場の温泉にも出かけている。	一週間に2回の入浴機会であり、回数的には多くはないが、その分ゆったりと時間をかけて入浴を楽しんでもらっている。調査日当日、将来に備えて機械浴槽の設置のため、建設会社による下見が行われていた。	
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	一人ひとりが安眠できるように、居室の温度設定や採光を変えて環境を整えたり、寝具や寝巻きの選択をしている。夜間、大声を出したり、音を立てたりする不穏な入居者には、安心して眠れるように個別対応し、他の入居者の安眠妨害にならないように配慮している。		
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	服薬支援時は、誤薬防止のダブルチェックを行い、本人手渡しするか口に運ぶ、飲み込み確認するなど、確実に服薬できたかを行っている。薬の目的や副作用等がいつでも職員が確認できるよう入居者別にファイルして事務所で確認できるようにしてある。		
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	毎日の生活が単調にならないように、好きな事が何か情報収集し、環境を整え場面を設定するようにしている。本人の表情や反応を見ながら、新しい可能性を含めて喜びのある日々を過ごせるように支援している。		
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	本人の体調、天候に合わせて、散歩や買い物などに出かけている。帰宅欲求が強くなった時には、制止するのではなく、マンツーマンで対応を行い、落ち着ける環境を提供し、話を傾聴し、気分転換できるように心がけている。	利用者に季節を感じてもらおうと、条件が合えば外へ連れ出している。お正月には、利用者全員が参加して近くの神社まで初詣に出かけた。	

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
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	本人の欲しい物を購入する為に外出する場合、本人の力に応じてお金の支払ってもらったり、職員と一緒に買い物に出掛け、本人に確認しながら支払いを行っている。又、時々、障害施設のパン販売等で来訪していただき入居者の方が自ら選り支払いをする機械をもうけたりして働きかけている。		
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	遠方の家族からの電話を取り次いで居室でゆっくり話をしてもらっている。本人が電話を掛けたい先には相手先の家族や関係者にも、事前に状況を説明し理解を得ている。家族や友人からの手紙を取りついたり、書いていただくよう支援している。		
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	居間の吹き抜け、掃きだし窓、畳コーナーの採光は充分に取り入れられていて、日向ぼっこや仲間同士の歓談、昼寝には絶好の空間を作り出している。又、庭には、季節の草木が植えられ、見て触れることで天候や、季節を感じられるように支援している。	ホールは吹き抜けになっており、広々とした開放感がある。床や壁面は掃除が行き届いており、真新しささえ感じられる。空調によって適切な温度管理も行われている。	
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	玄関、デッキ、リビング、畳の処々に椅子をもうけ、自分の落ち着ける場所で過ごせるようにしている。また、場面にに応じて、椅子やテーブルの位置を変え、くつろげるように工夫している。		
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	一人ひとりにあった居室を作るため、本人の希望や家族などと相談し、洋間にするか和室にするかを決定したり、自宅で使用していた家具や使い慣れたラジオ、テレビ、時計などを持ち込んでいる。	利用開始前に描いた物とのことであったが、男性利用者の居室に見事な油絵が持ち込まれていた。亡くなられたご主人の遺影の前に、水とお供えが供えられた居室もあった。思い思いの部屋作りである。	
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	建物の構造上、廊下の左右に居室やトイレ、洗面、浴室があるため、本人が混乱しにくいように場所の表示を変えるようにしている。居室の表札は、一人ひとり違うものにし、位置を変えるようにして本人の部屋が解るように工夫している。		

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	2172101269		
法人名	有限会社 賃貸ルーム		
事業所名	グループホーム てんじゆ (西)		
所在地	岐阜県大垣市万石3丁目14番1		
自己評価作成日	平成23年 2月 1日	評価結果市町村受理日	平成23年 5月24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://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2172101269&SCD=320
----------	---

【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 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年 2月21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)】

入居者の方の生活が、グループホーム内だけで、完結しないように行事・催し物など企画したり、入居者ご本人のお誕生日には希望や要望が叶うような内容を取り込むよう計画して実行している。その為には、家族の方との関係を絶やさないように、日々連絡を密に取り、ご協力を得るように心がけている。(春・秋のバス旅行、地域の夏祭り、食事会、避難訓練等)近隣のグループホーム、施設とネットワークを組み、小規模であるが故の利点を活用し、職員交流研修、職員や家族向けの研修会の開催したり、地域に向けて「認知症サポーター養成講座」を開催するにあたり、職員がキャラバンメイトとなり寸劇を披露し、認知症理解の啓発に取り組んでいる。職員は、段階に応じて研修に参加できるよう、勤務配慮や参加費の会社負担を行ったり、職員評価、育成に繋がるように努力している。

【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)】

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 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)	○	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)	○	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、生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している (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	理念は、ミーティングやカンファレンスの中で再確認したり、日々の生活場面で、理念に立ち返るようスタッフ同士で話し合い、ケアサービスを提供している。		
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	地域の行事(溝掃除、清掃活動、防災訓練)や催もの(文化祭など)に積極的に参加している。老人会からの健康講座への誘いを定期的に頂き希望者を募り参加している。		
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	認知症について正しく理解して頂く為に、地域の方に対し、職員がキャラバンメイトとなり寸劇を交えて、認知症サポーター養成講座を開催している。		
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	会議では、外部結果を情報開示し、評価内容への取り組みを報告している。ひやりハット・問題発生・苦情等の事案を議題として話し合い、意見交換を行っている。議事録はホームページに掲載し、当日不参加者には後日配布して意見を求めるようにしている。		
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	市町村担当者に、制度上のわからない事柄や運営上の質問、相談は事あるごとに行っている。又、地域包括センターの職員には、運営会議の際や電話にて地域活動上の相談、声かけを行っている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束に関して勉強会を開催し、禁止の対象となる具体的な行為を周知徹底するようにしている。又、ケアの工夫で施錠せずにとどめようとするのかを常にスタッフ間で話し合い、施錠は夜間帯のみの最小限度にとどめるようにしている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ユニットリーダーが身体拘束廃止相談員研修に参加し、その内容をホーム内勉強会を開催し、他職員に伝達している。日常ケアの中で当てはまる虐待場面を設定して、ロールプレイを行い、より具体的にわかりやすく説明し、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
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	ユニットリーダーが権利擁護と成年後見制度についての研修会に参加し、ホーム内の勉強会で、研修内容を他職員に伝達を行った。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約締結、解約時には、契約内容や重要事項を十分に時間を掛けて丁寧にわかりやすい言葉で説明するように心がけている。質問内容には、ホーム対応可能な事柄の範囲を明確にし、誤った情報が伝わる事が無いように答えている。		
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	意見や苦情等が出出できるように、重要事項説明書に相談窓口や第三者機関相談窓口の担当者を明記している。又、来訪時や家族会などで、家族に声をかけ、事細かな要望に対してもケアカンファレンスの中で取り入れケアに反映させている。		
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	新しく取り組んでいきたい事柄や、運営上の伝達は必ず各ユニットリーダーを通じて行い、各職員の意見を聞くようにしている。月1回ミーティング前には各ユニットリーダーと話し合う時間を設けたり、何か問題提起されたときにはその都度、リーダーや担当者との意見交換するようにしている。		
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	給与規定に沿って昇給が行われる。又、独自の評価シートを利用し、資格、経験年数に応じて評価シートを換え自己目標を設定し、年度末に自己や管理者評価を行い次年度の目標を設定する。		
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	経験年数、資格、本人希望、研修内容等によって年度毎に研修計画を立案している。受講希望や資格取得に積極的に取り組む者は、事業所が必要と認めたものに限り、勤務日、研修費等をサポートし、評価できるように努めている。		
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	複数事業所連携補助事業に取り組み、近隣のグループホーム・施設とネットワーク形成を密に行っている。今年度は交流研修・研修会野開催等行った、ケアマネージャー情報交換会に積極的に参加している。又、ケアマネージャーの来所相談、見学を受けている。		

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
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	入居の相談時は本人と面談し、本人の思いや希望を時間をかけて聞くようにしている。又、家族や関係者からの情報収集をする中で本人の気持ちを代弁者として伝えてもらい、本人の思いを深く受け止めるようにしている。		
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	家族との相談の中で、家族と本人、又は家族間の思いの違いを聴きだすようにしている。又、これまでの本人との関係性や歴史を情報収集し、深く受け止めるようにしている。		
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	相談時のニーズを出来るだけ具体的に把握し、当ホームの環境に適しているか、総合的な視点で本人をアセスメントし見極めている。他のサービスの利用も含めて本人、家族やケアマネージャー等関係者と相談のうえ、決定するようにしている。		
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	一緒に食事したり、お茶を飲んだりする事で、食の楽しみを共有・共感している。又、会話の中で、昔の慣わしについて、職員が学んだりしている。家事の中で一部でもできる事を一緒に行き完結させる事により、共に生活しているという気持ちが築けるように心がけている。		
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	職員がケア方針や方法などに行き詰った時は、家族にこれまでの関わり方や生活歴を聞いて、何かヒントになることや、方法を一緒に考えてもらうように、来訪された時や、電話をかけるなどして相談し、本人を家族と共に支えていくように努める。		
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	馴染みのある理髪店、喫茶店、病院へ継続して出掛けられるように家族の協力を得て出かけている。又、在宅生活でこれまでに関係があった方が来訪された時には、惻隠的に支援している。		
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	食事時など、全員が食卓に座るのを待ってから食事を始めたり、利用者間で気にかけてながら過ごしている。又、ゲームや体操の場面では団結力が見られ、仲間意識が強くある。利用者同士、トラブルや喧嘩した時は、職員がお互いの意見を聞き、関係が修復できるように調整役となっている。		

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
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	退居後、死亡された方のお参りや、その家族がホームに遊びに来て下さったり、バス旅行にボランティアで参加して頂いている。又、退居後も、介護相談などに応じている。		
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	日常生活の中で、大切な事や望んでいる事を会話や発した言葉や表情を汲み取り把握するようにしている。意思表示が困難な方に対しては、職員の自己満足にならないようにケア場面やミーティングの中で本人の視点に立ち返り話し合うようにしている。		
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	関わりを持ち始める前後、ケア提供の見直し時期などに、本人や家族、知人、関係者などからこれまでの長年慣れ親しんだ習慣や好きな事柄、サービス利用状況などの情報収集を行っている。		
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	これまでの生活の情報を把握し、その情報だけに限らず、ホームで過ごされる中で、新しい発見や可能性を含めて模索し、現在のその人らしい暮らしが出来ているかを把握するように努めている。		
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	介護計画の作成は暫定計画を作成した時点で、本人又は家族の意向を確認し、段階的に行うようにしている。計画作成担当者は、本人の他に家族の意見を担当スタッフ伝え、ケア内容が深まるように、話し合いをしている。		
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	個人カルテは週間体調表、経過記録、生活リズム・パターンシートに各職員が日々記録している。また、アセスメントシート、月間健康管理票などがあり、担当者が確認、記入できるようにしている。申し送りノートや業務連絡は引継ぎ申し送り時に全職員が確認し、サインする事で共有している。		
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	通院介助や希望物品購入の援助など、ニーズに対し個別対応や、急な要望に対して、本人の満足度が高まるように実現可能かどうかをその都度本人、家族と話し合って柔軟に対応している。		

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
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	ボランティア団体、個人の方の月1回の定期訪問は、定着し入居者の楽しみの1つになっている。ボランティアの方たちも入居者の一人ひとりの状態を掴んで対応している。近隣の交番に巡回してもらったり、消防署から年1回総合避難訓練の時や通報訓練時に指導を受けている。		
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	これまでのかかりつけ医との関係を基本として、環境の変化、本人の状態変化、家族の支援状況に応じて、入院、他科受診、救急対応を想定して、相談を行っている。		
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	介護職は体調変化、経過の報告を行う基準を設けて行っている。又、看護職は、日々の観察ポイントや緊急時の対応について介護職に対して入居者ごとにわかりやすく説明し、一緒に関わるようにしている。		
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。	入院時は、本人に付き添い安心できるように、サマリーの情報提供は細かく行っている。入院中の病状説明や退院指導には同席し情報収集している。本人の身体機能低下と認知症状の悪化等のダメージを極力防ぐ為に、退院調整を家族を含め関係者と行っている。		
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	今年度は家族向けに研修会を開催し、終末期や重度化したときの対応について話し合いをしたり、個別相談を行っている。身体機能の低下した入居者が入院をするか、ホームでの生活を継続していくかを、家族と主治医と話し合いを重ねて対応している。		
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	急変時(誤嚥、意識消失、痙攣発作、発熱等)事故発生時は、緊急マニュアル、救急車の呼び方のマニュアルに沿って対応できるよういつでも確認できる所にマニュアルを置き、職員の周知徹底を図っている。		
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	自主避難訓練は年に3回行っている。その他、消防署の指導の下、運営推進会議で、地域の方や家族の協力を得て総合訓練をおこなった。		

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	公共場面での羞恥心に対する配慮やプライベートな場所や1対1での関わりの中でも尊厳や誇りを大切にされたケアに近づけるようにスタッフ一人ひとりが気づき、対応できるようにチームで考えている。		
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	本人会議や個人ワークを行い、話を聞くように努めている。食に関することや、遊びに行きたい場所など希望を募り、決定するようにしている。又、お誕生日には、本人の希望を努めて実現可能な計画を立て実行するようにしている。		
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	一人ひとりの入居者のペースと職員側の業務ペースは異なることがあり、ケアと業務の区分け整理に着眼し、入居者にゆったりと接する時間を保てるように考えている。基本の一日の流れはおおまかにはあるが、入居者の体調や気持ちを尊重するように支援している。		
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	外出時はお気に入りの服や普段着とは変化をつけておしゃれに心がけている。又、普段からも衣服の乱れを整えたり、衣服の汚れ、眼脂や口腔の汚れの清潔保持に努め、髪の毛の乱れを整えるように気をつけている。		
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	食の楽しみが持てるように、下ごしらえや職員が目の前で調理するのを手伝ってもらったりしている。季節の野菜・食材を季節感を感じられるような会話をしながら下準備を行っている。		
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	毎日、水分量や食事量など記録し、職員が一人ひとりの状況を把握できるようにしている。又、保健センターの管理栄養士のアドバイスも受けるようにしている。		
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、歯磨きの声かけ誘導を行い、一人ひとりの能力に応じ見守りや介助を行なっている。口腔ケアの重要性を職員全員が理解しており、定期的に歯科の往診を受け、日頃できない歯肉のクリーニングをしてもらっている。		

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
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	一人ひとりの排泄リズムのチェックを行い、時間、一日、一週間単位の排泄パターンを掴むようにしてしている。変化が見られたときには、水分量、排泄量の測定、観察を行い経過を見て自立に向けてのタイミングを計っている。		
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	緩下剤にのみ頼らず、食物繊維、乳製品、センナ茶等の飲食や腹部マッサージやホットタオルの使用を試み、自然排便を促すようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりゆっくり時間をかけて入浴している。曜日や時間帯は、本人の体調を考慮した上で希望に出来るだけ添えるように努めている。時には、温泉の湯を運んでもらい、温泉気分が味わえるようにゆず湯や、足湯を行っている。又、近場の温泉にも出かけている。		
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	一人ひとりが安眠できるように、居室の温度設定や採光を変えて環境を整えたり、寝具や寝巻きの選択をしている。夜間、大声を出したり、音を立てたりする不穏な入居者には、安心して眠れるように個別対応し、他の入居者の安眠妨害にならないように配慮している。		
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	服薬支援時は、誤薬防止のダブルチェックを行い、本人手渡しするか口に運ぶ、飲み込み確認するなど、確実に服薬できたかを行っている。薬の目的や副作用等がいつでも職員が確認できるように入居者別にファイルして事務所で確認できるようにしてある。		
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	毎日の生活が単調とならないように、好きな事が何か情報収集し、環境を整え場面を設定するようにしている。本人の表情や反応を見ながら、新しい可能性を含めて喜びのある日々を過ごせるように支援している。		
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	本人の体調、天候に合わせて、散歩や買い物などに出かけている。帰宅欲求が強くなった時には、制止するのではなく、マンツーマンで対応を行い、落ち着ける環境を提供し、話を傾聴し、気分転換できるように心がけている。		

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
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	本人の欲しい物を購入する為に外出する場合、本人の力に応じてお金の支払ってもらったり、職員と一緒に買い物に出掛け、本人に確認しながら支払いを行っている。又、時々、障害施設のパン販売等で来訪していただき入居者の方が自ら選び支払いをする機械をもうけたりして働きかけている。		
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	遠方の家族からの電話を取り次いで居室でゆっくり話をしてもらっている。本人が電話を掛けたい先には相手先の家族や関係者にも、事前に状況を説明し了解を得ている。家族や友人からの手紙を取りついたり、書いていただくよう支援している。		
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	居間の吹き抜け、掃きだし窓、畳コーナーの採光は充分に取り入れられていて、日向ぼっこや仲間同士の歓談、昼寝には絶好の空間を作り出している。又、庭には、季節の草木が植えられ、見て触れることで天候や季節を感じられるように支援している。		
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	玄関、デッキ、リビング、畳の処々に椅子をもうけ、自分の落ち着ける場所で過ごせるようにしている。また、場面に応じて、椅子やテーブルの位置を変え、くつろげるように工夫している。		
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	一人ひとりにあった居室を作るため、本人の希望や家族などと相談し、洋間にするか和室にするかを決定したり、自宅で使用していた家具や使い慣れたラジオ、テレビ、時計などを持ち込んでいる。		
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	建物の構造上、廊下の左右に居室やトイレ、洗面、浴室があるため、本人が混乱しにくいように場所の表示を変えるようにしている。居室の表札は、一人ひとり違うものにし、位置を変えるようにして本人の部屋が解るように工夫している。		

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	23	本人の思い・希望をくみ取るよう、日常会話や本人を交えた会議を開き把握に努めているが、実現していけないことがある。	入居者一人ひとりの実現可能な思い・希望をかなえるケアが実践できる。	ユニットメンバーからの、入居者一人ひとりの希望・思いの把握した情報を共有する。(経過記録、連絡ノートに記録を行う。)そこから、カンファレンスに持ち上げ、ケア計画に取り込む。そして、日々のケア記録に意識して記入しフィードバックを繰り返す。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けたケアの実践が、環境面、医療体制面で十分な条件が整っていない。	ホームの方針を、明確にし現時点での最大限の重度化・ターミナルにおけるケアが提供できる。	医療行為と、介護職員のケア範囲を区分けし、入居者に対して、早い段階から話し合いを繰り返し行う。また、医療のバックアップ体制を充実させるため協力病院との連携強化、往診医師の充実を図る。職員、家族に対しての勉強会の継続開催を行う。設備面では、機械浴(特浴)の導入を検討する。	24ヶ月
3	35	防災訓練は年4回と多く行っているが、より、実践に沿った内容の訓練や地域を巻き込んだ内容の訓練を充実されていない。	大型災害、水害、等のこれまでの想定外の訓練を行うことができる。	夜間想定を継続して、地域への協力要請内容を、自治会と共に相談していく。訓練の参加をこれまでに増して入居者、その家族、地域の方を巻き込んで参加を求めていく。	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。