

# 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	2372001418		
法人名	有限会社 たけのこ		
事業所名	グループホーム たけのこ(85番地)		
所在地	愛知県豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果市町村受理日	平成30年11月12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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成29年12月 2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)】

利用者が安心して楽しく過ごせる環境づくり。利用者の残された力を発揮してもらい、維持できるよう支援をしていく。笑顔で介護ができるように、職員がゆとりをもち健康維持ができるよう働きやす環境をつくってきたい。

## 【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)】

開設から14年が過ぎ、地域行事等の交流を重ね、地域での周知が進んでいる。事務長の認知症への見識の深さから地域での信頼も厚く、ホームに体験学習の小・中学生が何度も訪れている。運営推進会議には、家族、行政や地域から多くの参加者があり、利用者のほとんどが出席する活気溢れる会議となっている。参加者からの質問に答える形で、利用者自身にも発言の機会がある。“いつまでも普通に暮らせる”ように、利用者の出来る事を見つけ、買い物や食事作りの手伝い等を支援している。利用者の希望を叶えるため、実現させる方法を職員間で話し合って支援につなげている。実家の仏壇供養や墓参り等への外出支援は、その一例である。利用者だけでなく、職員の気持ちを知る事の大切さを認識しており、自己評価をはじめ様々な方法で職員意見を汲み取っている。

## 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)	1. ほぼ全ての利用者の	2. 利用者の2/3くらいの	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. 利用者の1/3くらいの	4. ほとんど掴んでいない			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	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. たまにある	4. ほとんどない			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	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. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			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	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. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			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	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			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	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. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			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、安心して暮らせている (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				

### 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	2372001418		
法人名	有限会社 たけのこ		
事業所名	グループホーム たけのこ(85番地)		
所在地	愛知県豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果市町村受理日	平成30年11月12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)】

利用者が安心して楽しく過ごせる環境づくり。利用者の残された力を発揮してもらい、維持できるよう支援をしていく。笑顔で介護ができるように、職員がゆとりをもち健康維持ができるよう働きやす環境をつくっていきたい。

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成29年12月 2日		

【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(自己評価参加10名)		項目		取り組みの成果(自己評価参加7名) 昨年度9名→今年度7名	
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)	40%	1. ほぼ全ての利用者の	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)	30%	1. ほぼ全ての家族と
		60%	2. 利用者の2/3くらいが			50%	2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが			20%	3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	60%	1. 毎日ある	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)	40%	1. ほぼ毎日のように
		40%	2. 数日に1回程度ある			40%	2. 数日に1回程度
			3. たまにある			20%	3. たまに
			4. ほとんどない				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)	20%	1. ほぼ全ての利用者が	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)	20%	1. 大いに増えている
		80%	2. 利用者の2/3くらいが			80%	2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	70%	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	20%	1. ほぼ全ての職員が
		30%	2. 利用者の2/3くらいが			60%	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが			20%	3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	60%	1. ほぼ全ての利用者が	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	40%	1. ほぼ全ての利用者が
		40%	2. 利用者の2/3くらいが			40%	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが			20%	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	60%	1. ほぼ全ての利用者が	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	40%	1. ほぼ全ての家族等が
		40%	2. 利用者の2/3くらいが			60%	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	50%	1. ほぼ全ての利用者が				
		50%	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				

たけのこ85番地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	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	理念は毎朝朝礼で復唱し職員は理念を覚えている。利用者の権利を守るだけでなく、職員同士の権利も尊重することも理念の実践であることが一番の課題となっている。	仲良く働こう	利用者の権利を守ることは、職員同士が互いの違いを理解し合い尊重し合い、協力し合うことが必要である	1か月
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	町内の回覧板を回している。530運動に参加。本宮神社餅拾いに参加。子供神輿の休憩場になっている。こども110番の駆け込み場所になっている。磯辺小学校の運動会の玉入れに参加。校区主催の文化展に出展。校区防災訓練に参加。田原福祉専門学校の学校祭に出展。磯辺公民館で行われるグループホームプリリアント祭りに出展。365日、地域の塩釜神社に散歩。磯辺保育園と交流。盆踊りには地域の子供連れの家が参加している。			
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	習字教室、気功教室、歌の会、エステ教室には地域のボランティアの方々に参加していただき認知症の方の理解をしていただいている。子供神輿の休憩所として子供や親、役員の方々と交流をしている。			
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	2か月に1回、自治会長、地域包括支援センター、民生委員、磯辺保育園園長、PTA役員、家族、介護相談員、ゲストで外部評価委委員などが参加し、2か月ごとの活動状況を報告、利用者の悩みや苦情などの意見も委員に聞いていただき解決方法の意見をうかがっている。議事録は市役所に提出している。自己評価結果は開示し意見をうかがっている。			
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取り組んでいる	2か月に1回運営推進会議議事録の提出。裏に河川があり、雨量が多く避難準備情報が出たときには、市役所から安否確認と避難状況に対する確認の電話が必ず入り、避難に向けての打ち合わせを行っている。			

自己	外部	項目	自己評価			
			実践状況と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
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	玄関の施錠は行っていない。職員が一人勤務になる時間帯には、施錠をしている。椅子に抑制をしたりミトンの手袋やつなぎ服などの使用はない。介護保険法に基づく拘束の禁止を理解はできて居なくても利用者を縛ったり閉じ込めておこうとする考えの職員はいない。			
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	アザを発見した時には記録し、報告をしている。厳しく見れば虐待とみることができる職員による、「荒っぽいケア」や「乱暴な言葉遣い」不適切なケアについては、リーダーがミーティングを通して伝えている。朝夕の申し送り時に指摘をし注意喚起を行っている。	利用者が嫌だなと受け止めるケアは、全て虐待であるとの意識を身に着ける	殴ったり、怒鳴ったりするようなことはもちろん、利用者が嫌だな不愉快だなと感じるケア（関わり）はすべて虐待であるという自覚をもってもらうことを繰り返し伝えていく。	
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	成年後見制度利用者は保佐人1名。職員全体の理解は深かまってはいない。後見人を担当している司法書士の先生に後見制度の講演をしていただいた。			
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	介護保険で求められる契約書は交わして入居をしている。重要事項説明書、パンフレットにも利用料は明記してある。敷金は退去時にハウスクリーニング代を差し引き返還をしている。			
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	毎月の記録を送る際に意見を聞く用紙を同封している。毎年1回の外部評価に伴う家族アンケートの提出の協力を依頼している。家族アンケートの総合的な結果は評価機関を通し伝えられ、運営に反映している。運営推進会議でも家族意見を出す機会がある。			
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	管理者とスタッフは業務ノートを利用し意見交換を行っている。月1回リーダーミーティングを行い、各ユニットの職員ミーティングの意見を出してもらい討議している。職員との面談を年2回行い、要望を聞いている。職員からの悩みを聞く機会を持っている。朝夕の申し送り時に緊急の課題は話し合っている。			

自己	外部	項目	自己評価			
			実践状況と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
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	各ユニットリーダーが毎月の勤務表の原案を作成している。希望の休みや時間帯など職員の要望に合わせてシフトを組み合わせている。年2回人事考課と面談を行い賞与、昇給に反映している。休憩時間を取れるよう促したり、夜勤時に3時間程度の仮眠をとるように促している。職員体制にゆとりがある場合には有休を消化するように促している。産休を取っている職員が3名居る。労働条件については社会保険労務士事務所南山労働に委託している。申し送り時の時間オーバーに対しての不満がある。	全ての職員が生き生きと働ける職場を目指す	生き生きと働けていないという理由を明確にし、解決をしていく。(職員人が少ない時間帯。職員の組み合わせ。苦手な勤番。苦手な利用者など)	
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	認知症介護基礎研修を職員全員に受講させている。防災の研修に参加をさせた。職員の入れ替わりなど職員研修の機会が少なくなってしまった。運営推進会議や木曜レク、避難訓練なども研修の一環として行っている。			
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	愛知県グループホーム連絡協議会に加入し、協議会の研修会に派遣、東三河グループホーム協会の輪投げ大会に参加。			
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	入居当初1週間は、24時間生活記録表で、利用者の生活の様子を詳細記録しその方の「できることできないこと」「分かること分からないこと」生活上の困りごとを把握し、朝夕の申し送り時に生活上の課題を確認し支援を行っている。とくに排泄の失敗がないように見守っている。職員だけでなく管理者ほか事務所も協力してバックアップしている。			
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	家族が抱える不安や要望は様々で、家族の認知症への理解と入居への受け入れ方に合わせて、応答を工夫している。入居をさせた負い目や葛藤を感じさせないように配慮している。			
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	併設デイサービスからの利用者が日中引き続きデイサービスへ遊びに行ったり、帰りたい欲求が強いときなどデイサービスの送迎時にドライブに連れ出したり、資源を活用し柔軟に対応している。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	利用者の能力や要望に応じて、できる家事は行っていただいている。洗い物、食器拭き、タオルたたみ、洗濯物たたみ、草取りを行ってくれる。食事は共に食卓を囲むことで一緒に摂っている。			
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	毎月1回は面会に来てくれる家族が多い。夏冬の衣類や寝具の入れ替えも行っていただいている。以前からの病院受診は家族にお願いをしている。夏祭りやもちつき、ささやか展など大きな行事へは家族の参加協力をお願いをしている。入院や手術の際には家族と共に早期退院へ向け協力をお願いしている。			
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	家族が毎月～毎週定期的訪問をしてくれている。職場の同僚が食事会、友人が御詠歌の会に毎月連れ出してくれる。毎月墓参りに行っている。			
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の個性が高く、仲良しの関係、支え合う関係性ができにくい状況にある。不安神経症で自分のことで精いっぱいの方が1名。自己中心性が強い利用者が他の利用者に指図するため居室へ閉じこもってしまうことも多いので、食事や体操、レクなどで輪をつくれるよう工夫している。			
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	ほとんどがターミナルを迎え退居となるので、契約の終了により関係は終了をしてしまう。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	生活記録に希望や要望を書きいただいている。希望が言えるよう簡単な声かけにしている。思いを明確に示すことができない人もいるので、本人の思いを職員間で検討している。			
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	在宅の時のケアマネから情報を提供してもらい、アセスメントシートを作成したものを職員で読み込んで共有している。本人との話や、家族からの情報を得るようにしている。			
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	利用者の体調は、朝夕の申し送りで共有している。心身の状態に変化があった場合、現場が管理者に伝えている。生活のリズムを整えていただくため日中の活動を促している。利用者のやれることを洗濯物たたみや干すこと食器洗いや食器拭き、短歌や俳句など残された力を発揮していただいている。			
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	本人、家族からの情報、思いを聞いている。ユニットミーティングで一人ひとりについて話し合っている。リーダーミーティングで方向性を確認している。これらを総合して計画書を作成している。			
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	記録は、本人の様子や状態だけでなく利用者の言葉も記録に詳細に記述するようにしている。連絡用紙が別紙にあり、決まったこと、変わったことを記入している。スタッフは見ているが、身につかない場合もある。			
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	共用型デイサービスを行い、365日利用をしている方を支援している。デイサービス利用者には、夕食まで過ごすサービスも提供をしている。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	利用者のことを理解しているスナックが散歩道沿いがあり、利用者に声をかけてくれたり休息の場を提供してくれたり、時にはおやつを提供してくれることもある。片道10分ぐらいの所にある神社はお参りも兼ねた散歩コースになっている。3Qカットは値段も1000円の床屋で多くの利用者が活用している。古くからの友人と昼食会や御詠歌を歌う会へ出かけている。			
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	内科は3か所。糖尿病専門クリニック、外科はいちようクリニック、眼科、肛門科、認知症専門医は松崎病院を定期受診している。入居前からの病院への受診は家族に協力をお願いしている。かかりつけ医は市民病院などの大きな専門科への紹介状や予約をとる支援をもらっている。通院が難しい利用者は往診をしていただいている。ターミナルに向けて往診ができるか確認をしたり、往診ができる医療機関へ切り替えをしている。			
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	看護師にも協力してもらい、早期に医療機関への受診へつなげている。ターミナル期の利用者の支援時には看護師に助言をもらい協働している。往診を受けている方は、往診前に看護師に情報提供をしている。			
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。	入院をした場合には家族と連絡を取り合っている。入院当初は事務所が中心に落ち着いてきたら職員も見舞いに行っている。家族が遠方の場合には、施設で洗濯物の入れ替えやカンファレンスに同席をしたりして支援をしている。			
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	食事や水分が経口摂取が困難となった段階で、医療機関と家族と相談をしながら、終末期に向けた体制を準備していく。往診が可能であるか医療機関と相談をし、往診が可能なら医療機関へ切り替えるなどの準備をする。何回も延命処置を行うかの話し合いを繰り返している。急変時に救急車を呼ぶか否かも合意していく。最期は家族、親族が立ち会えるように支援を行っている。看取りに精神的に追いつかない職員もいる。	終末期、看取りの捉え方には個人差がある。職員の個人差を尊重しつつ、看取りの意義を再確認していきたい。	看取りの主役は家族である。事業所は、家族の看取りの思いを側面的に支援をする役割を果たす。本人と家族が別れの時間を穏やかに持つために行う。	
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	応急手当や初期対応の訓練は十分ではない。管理者、事務長のいずれかが即対応を行える体制となっている。家族連絡を密にできるだけ早く医療機関の受診につなげている。			



自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	夜間想定 of 火災避難訓練は職員が交代して毎月1回実施している。水害時の高台にある地区市民館への避難訓練は1回行った。市役所、市民館との連絡は取りあっている。地震で家具が倒れる動くことへの対策不十分。防災グッズの準備が不十分。緊急避難時マニュアルの作成が職員から求められている。9月1日防災の日にシェイクアウト訓練、座布団を頭にかぶり地震のときに頭を守る訓練を行った。	避難時のマニュアル作成が求められている。	避難時マニュアルと緊急時連絡網を作成する。	6か月
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	利用者の個性に合わせた声かけを考えている。スタッフの中には配慮に欠ける声掛けがあり、利用者がいやな思いをすることもある。スタッフの関わりについて、リーダーがその都度指摘している。トイレの声掛けをみんなのいるところで行ってしまう場面もある。「散歩へ行くからトイレへ行こう」			
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	おやつ飲み物は、利用者の希望を確認して提供をするようにしている。食べ物の好き嫌いは表せる方が多い。外出やレクへの参加の自己決定をする方も多い。			
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	日課を理解できている方2名いる。その方も含め原則、利用者に行事やレクに声をかけ誘うが嫌であれば自由に退席している。無理に強いることはないが参加後に楽しそうな表情を見せている場合もよく見られるのでその方のことを考えて支援を行っている。亡くなったご主人へのお参りができるように支援をしている。			
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	選べる方は洋服の色や柄を観たり、伝えたりして本人に選んでもらうようにしている。選べない方は、季節感のあるものを職員が選んでいる。美容院へ行ける方はお連れしている。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	メニューは職員が交代で原案を考え朝の献立会議で利用者の要望も聞いて決定をしている。利用者の好みを把握し、利用者に合わせて副食を変えることもある。利用者と一緒に調理をしたり盛り付けたり、配膳、後片付けを行っている。食事は利用者とともに食べている。			
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	食事量、水分量を中心とした別の記録表で変化をみている。記入漏れがある。水分を勧めているが飲もうとしない方もいる。ペットボトルで用意し必要量減っているかを確認する方もいる。全体としてやわらかめを基本としている。咀嚼や飲み込みの状態に合わせて刻みやミキサー食を提供している。			
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	毎食後声をかけ促している。入歯の方は毎日ポリドントを使用している。就寝時は外シコップに入れて保管をしている。歯科受診をしていない方が多い。	定期的な歯科検診を行いたい。	家族と相談をし個々に歯科検診が必要か検討する	
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	毎日の様子を見てトイレ案内をしている。終末期の方もトイレでの排泄を希望をされ、トイレでの排泄を支援した。できるだけ布パンツを続けられるように考えている。夜間トイレの場所が分からない方にはセンサーを活用して支援をしている。自立している方の排便を自分でチェックをしてもらっている。			
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	ヨーグルト毎日提供。ホットミルクも提供している。水分摂取の確保。運動。下剤で調整している人もいる。腹部マッサージや肛門マッサージで排便を促すこともある。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	希望のある利用者を優先した流れになっている。その他の方はおおむね順番が決まっている。寝る前を希望される利用者が見えたが、職員の体制の都合で19時までに入浴が終わるようにお願いをしている。希望に沿い毎日入浴はできている。午後の早い時間の入浴にもかわらずパジャマに着替えさせてしまっている場合がある。			
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	基本は21時消灯で、昼夜逆転をしないように促している。昼夜逆転をしないようであれば、休みたいときに休むことができる。深夜に繰り返し不安を訴えてくる利用者に対して、声掛けがきつい対応になっている職員もいる。			
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	服薬の一覧表を作成している。服薬は一包化をしてもらい、名前、朝、夕も表記してあり、間違いを少なくするようにしている。その日ごとに組み合わせて服薬支援をしている。薬が変わった場合など連絡帳に書き共有している。	薬の変更ごとに服薬情報も更新をする。	全ての薬の副作用が把握できるよう薬ファイルを更新する仕組みをつくる。	
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	Aさんは、洗い物や食器拭き散歩を行っている。Bさんは、話好きで他ユニットへ出かけて話をしている。玄関の生け花のかかり、短歌を投稿している。Cさんは、家事の手伝いをしている。Dさんは、洗い物、園芸、草取り、新聞読み。Eさんは、短歌、俳句の投稿。Fさんは、何でも積極的に手伝いを申し出ている。Gさんは、夫のお参りを行っている。頼めば調理を手伝ってくれる。Hさんは、男性だが家事の手伝いをしてくれる。ミニストップへおやつを買いに徒歩でいく日課もある。Iさんは、タオル干し、川柳の投稿をしている。			
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	単独でシルバーカーを押し散歩している方2名。散歩をする方は3名。職員と散歩を毎日している方が1名。外出嫌いな方でも定期通院で2週間に1回は外出をしている。利用者の人間関係から複数の利用者で行動を共にする外出を行いにくい状況にある。従前の友人と御詠歌や外食へ毎月出かける方1名。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	利用者自身で金銭を所持している方は2名。受診時には自分で支払いをしている。他は、預かり金や立て替え払いが必要なものを購入している。			
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	電話は自由に使用できる。外から手紙が良く来る利用者は2名。返信をしている。年賀状を毎年家族へ出すように支援をしている。			
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	エアコンは適温になるように調節している。空気の入れ替えは1日1回はしている。季節の花を玄関に飾っている。			
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	リビングに2か所ソファが置いてあり、気の合った利用者が二人で過ごしている。両ユニット中央のスタッフルームで、新聞を読んで過ごしている方が1名いる。88番地ユニットの利用者に会いに行く方がいる。			
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	遺影を持ち込んでいる人1名。使いなれたタンスを持ち込んでいる方は4名。家からベッドを持ち込んでいる方は1名。テレビを持ち込んでいる人は3名。ソファを持ち込んでいる人が1名。鏡台を持ち込んでいる人1名。			
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	バリアフリーである。手すりや手がかりがある。浴室には出入りの安全のための手すりを付けている。夜間は居室トイレに電気をつけ分かるようにしている。トイレまでの動線に合わせてベッドの配置や距離、間に手がかりを設置するなどしている。各居室前には表札をつけている。車いすの置き場所が一定でなく、通路の動線に置かれていることが多い。	車椅子を利用者の動線上でない場所に整理整頓しておく。		

# 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
<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		理念は、毎朝復唱することで、職員に深く記憶されている。利用者が、“いつまでも普通に暮らせる”ためには、どのように考えて実践に繋がったら良いかを、今後も話し合っていく方向でいる。	
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		開設から14年が過ぎ、地域に着実に根付いて来ている。小・中学校の体験学習や、保育園との交流も頻回に行われている。市民館の作品展に利用者が出品する等、積極的に地域とをの関わりを持っている。	
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			
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		運営推進会議は、行政職員、地域の知見者、家族と、利用者の大半が参加している。スライドを使い、日常の様子や詳細な活動報告が行われている。利用者の発言の機会もあり、多岐に渡る話し合いがある。	
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取り組んでいる		運営推進会議議事録を届けるとともに、連絡を密に取り、行政と協力関係を築いている。6月の大雨の際、市と情報交換の上で避難を行ったが、多くの問題点が明らかとなり、改善に向けて話し合いを行った。	
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		玄関の施錠は夜間のみであるが、利用者の出入りに気を配り、気になる利用者が外に出た場合は、職員が付き添っている。言葉による行動制止については、安全が第一ではあるが、利用者への配慮を怠っていないかをより深く考えている。	
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			

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			
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			
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		面会時や行事、運営推進会議への出席の際に、意見や要望を聞き取って支援に活かしている。家族アンケートには、良い点が具体的な内容で記入されている。家族の意見を受け入れる姿勢が、前向きで柔軟である。	
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		管理者との面談や交換ノートを使い、意見や要望を伝える機会がある。職員の要望で、休憩所を設ける準備が進んでいる。外部評価の自己評価を全職員が行い、職員の気持ちを知るために役立てている。	
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			
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			
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			

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
<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			
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			
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			
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			
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			
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		家族の協力の下で、実家での仏壇供養や、墓参りに出かけている。友人との食事会や寺の例会への参加等、馴染みの関係の継続に出来る限り支援している。	
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			

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			
<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	(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		生活の中での会話や表情から、思いを汲み取っている。実家の仏壇供養に行きたい等、一人ひとりの思いを大切に記録し、会議等で話し合っている。思いの把握が難しい場合は、家族からも聞き取っている。	
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			
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			
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		介護計画書に利用者の立ち姿の写真を入れる事で、より現状を理解しやすくしている。詳細な記録の積み重ねを基に会議を行い、介護計画に反映させている。介護計画の変更時の確認方法を見直す方向でいる。	
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			
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			



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			
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し、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		かかりつけ医を継続して受診する場合は、家族が対応している。協力医療機関が多く、往診の出来る医療機関へ変更する利用者もいる。専門医へは、基本的には家族対応だが、職員が支援して受診する場合もある。	
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			
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。			
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、3件の看取りを行っている。医療体制を整え、家族との話し合いを積み重ねて、家族、親族が最期に立ち合えるように支援している。職員の精神面を配慮して、看取りのための冊子を読んだり、管理者と話し合う機会を持ったりしている。	
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			
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		毎月、火災・夜間想定避難訓練を行っている。6月の大雨の時、避難準備情報が出され、自主避難を行った。実際に避難所に移動してみて問題点が分かり、市の防災課との情報交換も出来、良い機会となった。	

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
<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	(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		一人ひとりの状況に合わせ、人格を尊重した対応を行っている。家庭的で温かい雰囲気作りのための親しみが、節度を超える場合は、職員間で注意し合っている。	
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			
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			
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			
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		一週間毎に献立を決め、食材を利用者と共 に買いに出かけている。調理や、配膳、後片 づけ等、出来る事を見つけ、職員と共に協力 して行っている。ホットケーキ、おはぎ等の おやつを作ったりもしている。	
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			
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			

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		日中は、状況に応じて声かけを行い、トイレでの排泄を促している。便秘の利用者は、チェック表を付けて改善に繋げている。夜間はトイレドアやベッドに取り付けたセンサーにより、トイレに案内して支援している。	
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			
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		利用者の希望があれば、毎日の入浴も可能である。拒否のある利用者には、時間や日にち、職員を変えたりして、週2回の入浴が出来るようにしている。ゆず湯等を楽しむ工夫も行っている。	
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			
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			
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			
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支援している		毎日の散歩や食材の買い出し等、日常的な外出を多くしている。花見や紅葉狩り等の季節の外出をはじめ、道の駅、のんほいパーク等の観光地を訪れたりもしている。個別の外出支援で、薬局やスーパー、電気店等へも出かけている。	

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			
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			
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		山荘を思わせる木造りで、吹き抜けの天井が、広い共用部分をより解放感溢れる空間にしている。木の持つ温か味が、居心地の良い雰囲気を作り出している。習字や気功教室、ゲーム等を行う多目的に使用出来る部屋が別にある。	
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			
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		全ての居室には、トイレが設けられている。使い慣れたタンスや仏壇、テレビ、CDデッキ等、必要とする物が持ち込まれている。家族が持ってきた鉢植えや写真が飾られ、それぞれが寛げる部屋作りを行っている。	
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			

### 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	2372001418		
法人名	有)たけのこ		
事業所名	グループホームたけのこ(88番地)		
所在地	豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成29年11月30日	評価結果市町村受理日	平成30年11月12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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2372001418-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成29年12月 2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)】**

利用者が安心感、信頼感が持てるよう、笑顔になれるよ楽しく接しています。入浴、排泄、食事の支援にとどまらず人生を楽しく生きられるようにできることは何かを考えて支援をしていく。利用者の生き活きとした姿を映像に残し家族に伝えていきたい。

**【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(自己評価6名)		項目		取り組みの成果(自己評価6名)	
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)	2名 4名	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)	2名 4名	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)	2名 2名 2名	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)	3名 1名 2名	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)	4名 2名	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)	3名 3名	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)	2名 4名	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)	4名 2名	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名 1名 4名	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	2名 4名	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)	4名 2名	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	3名 3名	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、安心して暮らせている (参考項目:28)	6名	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				

たけのこ88番地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	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	理念は毎朝朝礼で復唱し職員は理念を覚えている。 普通で暮らせるという理念を実践に対しては、職員間の個人差がある。 利用者の心身機能の加齢による低下により、喫茶店や個人の買い物などの機会は減少をしている。美容院は希望にそい自己決定を支援している。自分で選び自分で決めることが低下している利用者の自己決定を促したり引き出したりする支援の仕方を考えるより、職員側で先回りしてしてしまうことが多い。	職員ペースであっても利用者本位であることをこころがける。	行動を促すとき本人を中心にしているかを振り返る。	6か月
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	管理者が地区の住民で回覧板が回ってくる。 子ども110番の職を立て地域の子どもが駆け込めるようしている。 本宮神社の餅投げ春秋2回参加。 磯辺地区市民館の地域文化展へ出品。 磯辺小学校運動会に参加している。 磯辺小学校5年生総合授業に協力。 地域中学校の福祉体験実習場所として協力。 磯辺保育園と年2回交流をしている。 町内には盆踊りがなく、たけのこの盆踊りに地域の人々が参加している。 こども神輿の休憩場所となっている。			
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	こども神輿の休憩場所として子供や保護者と交流している。 磯部保育園、磯辺小学校生徒、地区の中学生と交流している。			
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	2か月に1回、自治会長、地域包括支援センター、民生委員、磯辺保育園園長、PTA役員、家族、介護相談員、ゲストで外部評価委員長などが参加し、2か月ごとの活動状況を報告、利用者の悩みや苦情などの意見も委員に聞いていただき解決方法の意見をうかがっている。議事録は市役所に提出している。自己評価結果は開示し意見をうかがっている。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	2か月に1回運営推進会議議事録の提出。裏に河川があり、雨量が多く避難準備情報が出たときには、市役所から安否確認と避難状況に対する確認の電話が必ず入り、避難に向けての打ち合わせを行っている。避難場所の南陽地区市民館は台風のなどの予報があると、事前に連絡をしてくれる。			
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	「身体拘束ゼロの手引き」は、職員全員が閲覧をしていない。事業所は、玄関の施錠をしていない。戻ることができる利用者は自由に散歩へ出ている。転倒や行方不明の不安がある利用者の外出には付き添っている。職員の手が足りないとき以外は、できるだけ外出に付き添っている。言葉による制限、薬による抑制について理解ができていないかは課題である。	言葉による制限も身体拘束に該当することを理解できる	利用者の行動を「言葉」で制止、制限するときに、本人の納得を促すような配慮がされているかを振り返る、ユニット会議で話し合う。	3か月
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	移乗技術が未熟なためアザをつくってしまう職員もいる。そのままではよいとすると言葉による制止や制限も本人が嫌だなと思うような場合に虐待になる場合がある。通常の家では行われぬ行事で仮装や扮装をさせ、職員が盛り上がりすぎてしまうことも虐待になる場合があることなどへの理解が深まっていない。	利用者が嫌だなと受け止めるケアは、全て虐待であるとの理解できる	利用者だけでなく家族が嫌だな不愉快だなと感じるケア(関わり)はすべて虐待につながっていくことをユニット会議で繰り返し伝えていく。	6か月
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	成年後見制度利用者は2名、弁護士と司法書士が担当している。職員全体の理解は深かまってはいない。成年後見を担当している司法書士の方を運営推進会議に招き勉強会を行った。弁護士、司法書士が来訪した際には、本人の様子を見てもらい、伝えている。			
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	介護保険で求められる契約書は交わして入居をしている。重要事項説明書、パンフレットにも利用料は明記してある。敷金は退去時にハウスクリーニング代を差し引き返還をしている。			
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	通常の来所、訪問時や行事に参加された家族から意見を聞き反映をしている。運営推進会議には3~4家族が参加をしている。毎月記録表と共に意見表明をできるアンケート用紙を同封している。			

自己	外部	項目	自己評価			
			実践状況と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
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回各ユニットの職員ミーティングの意見を出してもらい討議している。その内容をリーダーミーティングで管理者に伝えている。管理者と交換ノートを毎業務ごとに交換をし意見を伝える機会がある。管理者は職員との面談を年2回行い、要望や悩みを聞く機会を持っている。朝夕の申し送り時に緊急の課題は話し合っている。			
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	職員は交代をして休みをとれるようになっている。夜勤時の仮眠は2～3時間はとっている。希望休と有給を組み合わせ職員は旅行など有効に活かしている。産休後に復帰している職員もいる。介護職員処遇改善加算Ⅰをとり賃金改善を進めている。	全ての職員が活き活きと働ける職場を目指す	活き活きと働けていないという理由を明確にし、解決をしていく。(職員が少ない時間帯。職員の組み合わせ。苦手な勤務番。苦手な利用者など)	
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	認知症介護実践者研修1名。認知症介護基礎研修は全員の職員を受講させている。介護福祉士国家試験受験のため実務者研修受講4名支援。毎月研修を4月5月6月と実施した。			
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	愛知県グループホーム連絡協議会に加入し、協議会の研修会に派遣、東三河グループホーム協会の輪投げ大会、市文化展に参加。同業者との交換実習は行っていないが、交換実習の施設名簿に登録をしている。			
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	入居前の生活状況の資料を参考に。利用者の日常会話から思いを受け止め、安心できるように、顔を早く覚えてもらうよう職員が接している。入居後最低1週間は、24時間記録で生活上の様子と課題を把握するようにしている。不安や困ったことがあればよりそうようにしている。			
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	申し込みをおこなった家族と他の家族との微妙な関係性がある。親族会議で合意形成があった場合でも、他の親族に批判を受けないように気を使っている。本人が落ち着かないと他の親族から責められるのではないかと不安を抱えている場合もある。本人が落ち着いている様子を伝えるよう配慮している。			



自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	かかりつけ医や認知症専門医への継続的支援を希望する場合には、家族による受診をお願いしている。入居以前の交流が続くことを積極的に勧めている。			
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	女性利用者で家事ができる方たちには家事を分担して行っている。利用者を頼りにしたり、教えてもらったり、家族の一員として接している。			
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	週に1回～毎月1回は面会に来てくれる家族が多い。夏冬の衣類や寝具の入れ替えも行っていただいている。家族をお願いをしている以前からの病院受診時にはバイタル、食事、排泄の情報提供をしている。夏祭りやもちつき、ささやか展など大きな行事へは家族の参加協力をお願いしている。入院や手術の際には家族と共に早期退院へ向け協力をお願いしている。家族来訪時にはお茶を出し、居室でゆっくりと過ごせるようにし、来訪した証の記念撮影を残している。			
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	友人が訪ねてくる利用者が1名いる。墓参りに行く利用者がいる。馴染みの人の名前や暮らしていた場所などの話題を取り入れている。			
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	男性利用者1名は、一人で過ごすことが多い。他の男性利用者は、作業を女性利用者と共に行っている。歩けない女性利用者は、馴染みのDVDを聴いて過ごすことが多い。世話好きの利用者が話しかけることもある。女性利用者2名は、それぞれマイペースで過ごしている。他の利用者は交流して過ごしている。			
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	相談を受けた場合には、これまでの関係性を大切にしていきたい。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	日々の利用者との会話や行動の中で思いを把握している。帰りたいと訴える利用者が4名いる。それぞれが安心できる対応をしている。自由に外出を希望する利用者は1名は単独で、1名は付き添って散歩をしている。買い物を希望する方とは一緒に買い物を行っている。意思表示が難しい利用者については家族から思いを聴いている。			
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	入居に当たっては、在宅のケアマネジャーからの情報提供を受けている。また家族から生活歴を情報収集している。入居時にはアセスメントシートを作成し、職員が閲覧できるようにしている。			
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	9名一人ひとりの心身の状態、有する能力を把握し、起床時間から就寝時間、家事を手伝っていただく方、散歩の距離や速度、読書やDVDの提供、入浴のタイミングや休息の取り方も一人ひとりの過ごし方を大切にしている。			
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	毎月1回ユニット会議で利用者の個別課題を検討し、リーダー会議で再確認しケアの方向性を決めている。ユニット会議時に職員間で情報を共有している。利用者支援は変化に応じて行われている。介護計画を作り直したり家族同意をすることがついていけない。	介護計画の見直しごとに計画書の作成、家族同意を行いたい。	ユニット会議、リーダー会議ごとに介護計画への記載の反映、月末の記録送付時に計画書を送付する。	6か月
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	生活記録は、1週間記録様式でバイタル、食事量、水分量、排泄、服薬を記録し経過を見られる。記述式で本人の言動の記録も記載している。血圧ノートに記載し、受診時に医師に見せている。受診した場合は、受診ノートに記載している。申し送り事項は申し送りノートに記載。職員間は朝夕の申し送りのあとで参加できなかった職員に各ユニットで申し送りを行っている。体重を毎月測定し、変化をみている、受診時に医師に伝える。			
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	散歩は、両ユニット、併設デイサービスの利用者、職員が協力して、午前午後実施できるよう工夫をしている。ユニット間の移動や交流、併設デイサービスへ遊びに行くことができる。両ユニット、トデイサービス利用者合同で行事やレクリエーションを行っている。			
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	片道10分ぐらいの所にある神社はお参りも兼ねた散歩コースになっている。ご主人のお墓があるお寺へ出かける。買い物へは交代で利用者と一緒にいき、欲しいものを購入する方もいる。3Qカットは値段も1000円の床屋で多くの利用者が活用している。片道10分のところにあるミニストップは、100円コーヒーと休憩所があり手ごろな喫茶となっている。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	内科は3か所。心臓はハートセンター、外科はいちようクリニック、眼科、肛門科を定期受診している。入居前からの病院への受診は家族に協力をお願いしている。かかりつけ医で難しい症状では市民病院へ紹介状や予約をとる支援をしてもらっている。			
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	日常的に看護師にも協力をしてもらい、早期に医療機関への受診へつなげている。ターミナルを迎えた利用者の様子を見てもらい助言をもらった。			
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。	入院をする場合には家族と連絡を取り合い、家族到着時に病院でバトンタッチしている。その後定期的に見舞いに行き情報収集し早期の退院に向けて病院へ働きかけている。家族が遠方の場合には、施設で洗濯物の入れ替えやカンファレンスに同席をしたりして支援をしている。			
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	食事や水分が経口摂取が困難となった段階で、医療機関と家族と相談をしながら、終末期に向けた体制を準備していく。往診ができる医療機関へ主治医を変更する場合もある。延命処置を行うかの話し合いは繰り返し確認をしている。最期に家族、親族が立ち会えるように支援を行っている。			
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	応急手当や初期対応の訓練は十分ではない。夜間、休日も管理者、事務長のいずれかが対応を行える体制となっている。できるだけ早く医療機関の受診につなげている。			
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	夜間想定火災避難訓練は毎月1回実施している。水害時の高台にある地区市民館への避難訓練は1回行った。避難準備命令が出て南陽地区市民館へ避難を行った。市役所、市民館との連絡は取りあっている。			

自己	外部	項目	自己評価			
			実践状況と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
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	一人ひとりを尊重をした対応をしている。職員の中には、人格や誇りの意味を十分に理解できない職員は自分の友達のように接している。			
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	飲み物の好みは確認をしている。			
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し、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	何もすることがない退屈、体を持って余しているという方も半数ぐらいおり、家事活動以外の時間に、DVDでの体操の時間、散歩など生活リズムに沿った日課はをきれめなくつくっている。日課や行事への参加は促すが、無理強いはできないのでしていない。			
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	ひげそり、爪切り、毎日の洗顔、定期的散髪も行っている。衣類は自分で選べる方は自分で、選べない方は選択肢を出し、一緒に選んでいる。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と一緒に調理をしたり盛り付けたり、配膳、後片付けを行っている。調理を行っていた利用者は体調が不調で回数が減っている。簡単なおやつ作りを利用者にお願いをすることがある。食事は職員も一緒にとっている。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	メニューは職員が1週間交代で原案を考え朝の献立会議で利用者の要望も聞いて決定をしている。食事は水分量はチェックし、体重の増減も毎月確認をし、医療機関受診時に伝えている。水分量も日課の区切りごとに提供をし1日1000cc以上となるよう記録している。きざみ食やほぐすなど食べやすいようにしている。			
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	毎食後声をかけ促している。介助が必要な人、声掛けだけのひとなどがいる。朝のみ舌ブラシを使用している人もいる。入歯の方は毎週2回ポリドントを使用している。就寝時は外しコップに入れて保管をしている。			
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	日中8名布パンツまたは布パンツにパッドを併用をしている。紙パンツ使用は1名。夜間5名が紙パンツを使用。一人ひとりに応じて声をかけトイレを促している。夜間は離床センサー、トイレドアセンサーを活用して、トイレへ案内し失敗がないようにしている。			
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	ヨーグルト毎日提供。水分摂取の確保。体操と午前午後の散歩による運動を行っている。下剤で調整している人もいる。腹部マッサージや肛門マッサージで排便を促すこともある。自立している方の排便チェックが十分でない場合もある。			
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	希望がある方はだいたい決まった時間に毎日入浴ができています。希望がない方はスタッフから声をかけて促している。順番は都合で職員が調整をする場合もある。特定の職員でしか入らない利用者への対応を検討をしている。週に2回程度は入れるようにながしている。			
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	基本は21時消灯で、昼夜逆転をしないように促している。休みたいときに休むことができる。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	服薬は一包化をしてもらい、名前、朝、夕も表記して、薬を日ごとに入れるカレンダーにその日ごとに組み合わせて服薬支援をしている。服薬の一覧表を作成している。			
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	Aさんはカラオケ、読書が好き。Bさんはおしゃれで化粧している。歌のCDが好き。Cさんは、犬や赤ん坊が好き。Dさんは懐メロが好きでDVDを見ている。Eさんは、自由に外出散歩をしている。NHKのど自慢、コーヒーを自分で好きな時に飲んでいる。Fさんは、草取り、菜園。Gさんは、好きな時間に物集めに歩いている。Hさんは、編み物や調理。Hさんは、何か役に立ちたいと手伝いを積極的にしている。			
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支援している	散歩は日課にしており、朝夕30分程度の散歩が2名。短い距離の散歩が1名。単独での散歩が1名。毎日のスーパーへの買い物に交代で同行をしている。ミニストップへコーヒーを飲みに行くこともある。梅見、桜見、花しょうぶ、紅葉狩りなど季節ごとの外出の他、田原サンテパルク、赤羽道の駅、のんほいパークなどに出かけている。家族支援で受診に毎月1～2回している方が2名。			
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	自分でお金を管理できる利用者は1名。買い物時に自ら支払いができるよう支援をしている。			
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	利用者の要望があれば家族が嫌がらない限り電話をかけるようにしている。年始には年賀状を出して交流できるように支援している。			

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	毎日掃除を行っている。室温は、暑い、寒い利用者で個人差が大きい、天井の空気を回すための扇風機の風に敏感な利用者も多いので。体操など必要な時だけでなく、テレビの音量常に大きくしている職員がいる。耳が遠い利用者のためではあるがメリハリをつけられていない。			
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	気の合ったどうしでくつろいで過ごしている。他の利用者のくつろぎを邪魔する利用者もパワーダウンして思うように過ごせるようになっている。			
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	なじみの鏡台や仏壇を持ち込んでいる人もいる。テレビをみながらくつろげるよう藤の椅子を置いている人もいる。なじみのCDを置いている。			
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	バリアフリーである。手すりや手がかりがある。浴室には出入りの安全のための手すりを付けている。台所はIHを使用している。夜間は居室トイレに電気をつけ分かるようにしている。トイレまでの動線に合わせてベッドの配置や距離、間に手がかりを設置するなどしている。各居室前には表札をつけている。			