

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	2371501038		
法人名	旭日産業株式会社		
事業所名	あさひ名東		
所在地	名古屋市名東区勢子坊2-413		
自己評価作成日	平成24年1月5日	評価結果市町村受理日	平成24年5月31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	株式会社 ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中村区椿町21-2 第2太閤ビルディング9階		
訪問調査日	平成24年1月25日	評価確定日	平成24年3月8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)】

車椅子に座って過ごす人が1名、ベット上のおむつ交換、食事の直接介助がない等とADLは高い。認知症状も平均すれば他人との生活が出来ない人はいないと感受性が高い。この事は自立程度が高いということと同時に、環境や技術などで悪化してしまう可能性も著しく高い事になる。私たちはこういう中で、無論認知症状も健康も良くしていく事が唯一の課題であると考えている。そのために思いつきや主観的な判断は好ましくなく データーを精細に集める等、客観的で系統的な取り組みを心がけている。

【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)】

職員は介護日誌に、毎日入居者の生活、身体状況、職員の気づきを詳細に記入している。時系列で記入することにより、管理者や計画作成担当者は入居者一人ひとりの状態を把握することができる。そのデータから入居者の状態の変化の傾向等が分かり、対応方法を検討している。外出を積極的に行っており、1日に散歩は2~3回出かけ、帰宅後には手洗い、うがいを励行している。居室には水入りバケツを設置等、乾燥防止に努め、入居者、職員はインフルエンザをここ数年罹っていない。居間や廊下の壁には時節柄、入居者の書初めが掲示してあった。傾聴ボランティアから、紙芝居や社交ダンスのボランティア等の訪問があり、音楽に合わせ入居者も一緒に踊り、楽しんでいる。開設当初からホームで飼われている愛犬「はな」は、入居者の気分転換や癒しとなっており、仲良く暮らしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 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、安心して暮らさせている (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		

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			理念の中の「笑顔とありがとう」がケアの基本であり、課題に直面した時はその場で職員に問いかけ、考えてもらうようにしている。職員は入居者一人ひとりを尊重し、家庭的な雰囲気の中で、明るく、楽しく、健康に暮らせるよう、理念を念頭に支援している。	
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	①散歩に出た際地域の方々へ挨拶し、催し物に参加している。 ②今までに掃除 運動会 持ちつき 夏祭り、秋祭りに参加した。		自治会に加入し回覧板を通して地域の情報を得ている。地域行事の運動会や餅つき大会などに参加し、住民と交流を図っている。また、近隣の方から古新聞や庭の花など頂いたり、ホームの庭の池(金魚)が保育園児の散歩コースになるなど、繋がりをもちながら暮らしている。紙芝居やダンス、傾聴ボランティアの訪問もあり、入居者の楽しみになっている。	地域行事には積極的に参加し住民と交流を図っていることから、今後は地域の一員として、地域で必要とされる活動や役割を担っていくことを期待したい。
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	①運営推進会議で話題にする ②20年度の総会で事業所の活動内容の紹介、地域の中で利用して頂きたい意向を説明する場を頂いた。			
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	① ホームの現状を話してアドバイスを頂いている。(スタッフの紹介・採用・ケア活動他) ② 家族として認知症の人と暮らしている事を教えて頂いている ③ 消防団参加等 地域の活動への直接の参加機会を作る場になっている ④ 地域の住人(会議のメンバーが中心)の運営に参加できる機会を提供している。		家族代表、町内会長、地元有識者とまた、9月から地域包括支援センター職員の参加を得て、概ね2カ月に1回開催している。会議では行事、活動、入居者の様子など報告し、議題として困っている事など相談している。メンバーにはホームを第三者の観点で見てもらい、地域とのパイプ役として情報や助言を得て、サービスの向上に活かしている。	
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	① 敬老会の案内、栄養管理、生活環境の作り方や現状の調査などを相談し協力を頂いた。 ② いきいき支援センターのスタッフが毎回 参加している		市役所には介護認定の更新申請や分からない事がある時に出向いている。地域包括支援センターには相談にのってもらったり、職員のレベル向上のため認知症の講座を行うなど、連携を深めている。	
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	「拘束はしないのが当然」という基本とケース毎の対処の仕方を現場で実際にケースが出た際に実践の中での考え方や方法を指導している。 ②例外の扱いも含めて マニュアルを策定している。 ③開始後データと情報を集め 少しでも早く解消できる為の努力をしている		家族の同意のもと事故防止や安全を配慮して身体拘束を行う場合がある。その場合は、職員で話し合い検討策を探り、早く解消できるよう努めている。玄関は施錠していないが、各ユニットの入口は鍵を掛けている。入居者の出て行こうとする気配があれば、職員は止めるのではなく、一緒に付いて出かけている。	
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	①「虐待防止法」に則っている事を指導している。 ②事実の事例について全体会議で取り上げ禁止を徹底している。 ③事業所内での不適切な行為については管理者の判断で包括支援センターを通してその対処と根拠について相談に乗って頂いた。 ③ 膳会議で採り上げ 周知させている。			

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	①一般の職員に対しては、全体会議で制度を案内した。 ②実際の運用については管理者の責任範囲になるとし 必要な事例について制度の説明と後見人業者について家族や本人に案内する範囲で支援している。 ③十分に理解できていない職員がいる		
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	条項の説明し質問を受けた上で記名と捺印をして頂いている。		
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	身元引き受けの方が来られた時は 管理者 ユニットリーダーのどちらかが面会し(看護師は必ず) 御互いに話す	職員は日常会話で入居者の意見や要望を聴いている。家族会は設けていないが、家族とのコミュニケーションを大切にし、家族の面会時には職員から声をかけ、意見などを聴いている。「農業センターに行きたい」など入居者から出された意見、要望は会議で話し合い反映している。	
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	①月に一回の定期全体会議で意見を言う機会がある ②管理者より現場にいる事が多いユニットリーダーに積極的に発言している ③ユニットリーダーは内容を吟味して管理者に報告・進言をする	管理者は職員になるべく声をかけるよう心がけている。介助中は職員同士話す事なく、入居者に集中している。会議や休憩時には意見や情報交換をしている。また、管理者が介護日誌から情報を拾い上げ、職員に伝えることもある。職員の意見で焼いもや回想センターに行く事などが実現した。	
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	管理者が独自で 各自の好ましい行い、間違っただ行い 努力が見られたといえる事実 出来ていない事等を 記録している。そこから 課題を設定し 日頃の指導と、必要な時のデータとしている。		
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	① スタッフを増やして研修受けられるようにした ② 愛知県グループホーム協会に加入して職員が研修しやすい場を確保している。 ③ 研修 講習などについて介護業界に限らず 本社の関わる業界での勉強の機会も内容を適当と判断できるものについては 介護職員にも参加を促すなど幅広い学習の場の提供を心がけている ④ 年間を通したホーム内の研修を設定した ⑤ 24年は 理解度 認識程度を把握できる方法を入れる予定をして そのツールを作成中		
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協会の活動を通じて他事業所との関係を保持し 職員のスキルアップに活用できる環境を確保し 職員に利用を具体的に促している。		

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
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	本人の生活状況の記録(管理者用・スタッフ用)会話や家族からの今までの事を書くシートを ホームで作って情報収集に努めている。入所時に立てる計画では一定期間特に頻繁・親密に関わることにしている。		
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	①入所から一定期間は特に頻回に身元引き受人に来て頂く ホームからの連絡をする等 きめ細かくしている		
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	本人や家族の話によっては あさひ名東入所以外の方法も出来る限り具体的に案内している。紹介することも、共にサービス機関を探することも ある。		
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	①スタッフを増員し 個別に関われる時間を作った ②作業でもゲームでも一緒にする事を原則にしている ③利用者が 自分から何かをするように 声の掛け方 関わり方を工夫している		
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	①入所間際から意識してケアの仕方等 なんでも家族に知らせる、尋ねる事で共に関わって頂ける関係を作る。 ②生活の主体はあくまで1人1人の利用者さんで、職員は 其の生活を営む支援者という関係(立場)をケアプランの原則であることをケース毎に徹底している。		
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	①同級生宅の訪問の援助 ②美容院 医師 に行く援助 (医師はホームのかかりつけ医があるが本人が希望する場合は個別の医師にかかっている。その際 ホームの掛かりつけでないことによるデメリットも説明している。 ③日々の交流の中でなじみのある事柄を話題にしている	昔からの馴染みの美容院に通っている入居者や、ホームに知人が訪ねて来たり、友人の家を訪問するなど、今までの付き合いが継続できるよう支援している。新聞やテレビ雑誌等を取っている入居者もあり、一人ひとりの生活習慣も大切にしている。入居してから近隣の喫茶店が馴染みになり、新しい関係もできている。	
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	①利用者同士のかかわりに スタッフが出すぎる事がないように徹底している②トラブルにならないよう 適時 話題を変えるなど間接的に調整している ②利用者他に他の利用者の事を教えないよう徹底している		
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	①入院者には見舞いをする ②退所後 身元引受人をホームの大きなイベントに誘っている		
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	①食事 入浴 等 時間を決めている事柄でも 場合によっては時間を変えている ②外に出かけたい希望は 直ぐにかなえられなければいつするか約束する ③他の希望は実現する方向で検討する 自分達で出来なければ他のユニット 管理者に協力を打診する	日々の関わりの中で職員は入居者一人ひとりの思いや意向の把握に努め、実現できるよう支援している。把握が困難な時は、家族から情報を得て、昔はどうだったか、何が不足しているのか等、本人本位で検討している。音楽の好きな入居者はクラシックコンサートに出かけるなど、今までの習慣を継続してもらえるよう、できる範囲で支援している。	

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
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	①入所検討の段階で、情報として精細に記録を残す。 ②入所後も、本人や家族との会話などを通じて随時 過去の情報を得るように勤めている。 ③必要に応じ過去のケアマネージャーやサービス事業者に尋ねる。		
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	①認定調査の条項や神経心理検査 観察調査などで シートを作成し 客観的にアセスメント をしている。		
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	介護者だけでなく介護計画を実践する人に 意見を求めている 運動療法士 歯科医師 ダンス教師など	入居者の生活、身体状況、職員の気づきなど記入する介護日誌を参考に、入居者や家族の意向を反映した介護計画を作成している。介護日誌からデータを分析し、入居者一人ひとりの対応方法を出している。サービス担当者会議やケア会議を行い、現状に即した介護計画になっている。	
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	介護日誌を記入 その日気づいた事、出来事等も記入し、その内容を重視し、介護計画を作る時のデータにしている。又、記録事項から利用者の変化を知る事が多い。		
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	①独自のケア日誌を作り、本人の生活、身体状況は勿論の事、スタッフの気づきや、人よっての必要な情報を 記録して 検討できるようにしている。		
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	① 地元の教会の信者に個別に話し相手になってもらっている ②詩吟の活動をしているグループに 皆さんに詠って頂いている ③個別に詩吟の教室をやってもらっていた ④花屋さんに利用者が生ける花を調達して頂いている。 ④「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加させて頂いた。(スタッフが同行した)⑤町内会長の案内で地域行事 他施設行事に参加させて頂いた。		
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	①提携医療機関は持ちながら 本人や家族の要望があれば かかりつけ医に受診している。(=柱名会クリニックが 提携医療機関だがAさんの希望で提携関係のない眼科に定期受診している)ホームのかかりつけ医との関係作りを重視している (データを提供する 身元引受人と話をする場を作る 往診後に ショートカンファレンスを毎回している)	入居時にかかりつけ医について確認している。ホームの協力医の往診は月2回実施されている。入居前のかかりつけ医を受診する場合は、家族に同行をお願いしているが、家族と相談のうえホームで対応することもある。訪問マッサージもあり、希望者が受けている。歯科医の往診も行われている。	
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	日誌の記入、申し送り、又 直接報告している。		

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
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。	①入院時に 看護師からや計画作成者から情報を提供している。 ②必要に応じ 医師と家族が直接話せる場をセットしている。 ③医師との関係性は重視している 毎週 往診に 看護師と管理者が立ち会う事 細かい事を相談する事 診察後 看護師 管理者 医師で話す場を作り 情報の提供 学習指導 世間話等をしている		
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、事業所です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	①重要事項の説明の時に説明している。 ②家族と本人の意向を伺う。 ③ホームで出来る事・出来ない事を説明する。 ④ ①から③全てをまとめて入所後の具体的な対処方法を話し合う。場合によっては他の事業所やサービスの利用を薦める。	「重度化した場合における対応に係る指針」があり、入居時に説明をしている。入居者本人や家族の意向を尊重しながら、入居者の状態に応じて、家族、医師と話し合い最良の方法を検討している。看取りの経験もあり、職員は最期まで、できる限りのケアに取り組んだ。	
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	会議のとき シュミレーション実施 救急車要請については実際に119番をし要請した。(訓練)		
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	① 訓練の時間を設けて 擬似訓練をしている ② 消防署署員にその場で 説明・技術指導をして頂いた。 ③ 地元の消防団への参加を打診している。	年3回避難訓練を実施している。3月、11月は昼夜を想定し職員のみで実施し、7月は地震を想定し、入居者は机の下に隠れるという訓練を行った。災害時における備蓄品については、水と乾パンを用意しているが、乾パンは賞味期限が過ぎ現在準備を進めている。	訓練時には避難誘導に入居者も一緒に参加することで、より課題や気づきが得られると考えられる。また、地域との協力体制づくりに期待したい。
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	日常接していると どうしても なれなれしくなる事はある。言葉遣いに限らず 自己決定を原則とする言でも 尊敬が保たれるとしている。排泄の確認は小声でしている。	職員は、入居者一人ひとりに合わせて声かけをするよう努めている。訪問時には、職員が入居者の話をよく聞き対応している姿が見られた。トイレ時の介助には小さな声で話しかける等、プライバシーにも配慮している。	
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	①利用者の行動や表情を観察する事でその方の状態がどの様か解るつもりなので声を掛けている。 ②茶話会の時の飲み物を 各人が自分の希望を答えられる方法で質問している。「コーヒー・お茶・紅茶・昆布茶・の中でどれがいいですか」等。		
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	①日常生活を把握し、利用者の希望に沿った支援をている ②ホームとしての決まりは「ケアとは、自立支援に繋がる方法を実践する事。業務上の都合はそれの実現の為という目的だけで検討される。		
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	① 自分で出来たか確認。 ② 出来ていない部分ををさりげなく修正 ③ 見守りながら随時必要な介助をする ④着替え 外出等の場で一緒に取り組む等のパターンでケアをしている		

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
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	① 調理を一緒にしないか 声掛けする ② 食事の準備は 利用者の役割を固定して 毎食してもらっている ③ 食後 食器を多くの人で拭いている	食材の買い物から準備、片付けまで、入居者はできることを職員と一緒にやっている。訪問時には職員の声かけにより、野菜をほぐしたり、配膳や食器を拭いている入居者の姿が見られた。のんびりとした雰囲気の中で、ゆったりと食事をしている。	
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	①1日の決められた水分は取って頂いている。 ②状態によって 飲み物や時刻を変えて薦める。 ③食事は毎食食べた量を確認・記録する。 ④変化が一見られた場合は速やかに 看護師や医師、栄養の管理が出来るものに報告し 検討する。		
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に、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	①毎食後 歯磨きを 個別に援助している（声掛けだけから同伴介助までいろいろ） ②1ヶ月に1回以上 歯科医師に口腔内の清掃や義歯も含めてチェック及びを治療してもらっている。 ③ 口腔ケアを個別にしている ④スタッフが一緒に歯磨きをして気をしてしやすくしている ⑤ こえ掛けの間隔を指定して 無駄なこえ掛けはしないようにしている		
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	①訴えが無くても長い時間 されていない場合、声掛けし確認して誘導する。 ②生活パターンを把握した上で その人の感覚に合わせて声かけし誘導、介助している。	排泄チェック表をつけ、入居者に合わせてトイレ誘導を行っている。誘導の際や失禁時の声かけには気をつけ、入居者の気分を害することがないように気をつけている。便秘がちな人には、マッサージをしたり、看護師と相談して対応している。	
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	①排便をチェックしている。本人の申し出によるなど 正確に不十分なケースもあるが出来る限りデータを取っている。②3日続けて排便が無いときは マッサージ⇒薬の順で対応する。場合によっては浣腸をするが、それは看護師の判断にのみによる。		
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	隔日の午後に入浴。職員の見守りの中1人づつ入浴し、個々に応じた援助をしている。水曜日は入浴の無い日だがそれ以外は本人の希望に応じて入浴できる。1階にリフト浴の入浴設備があり利用している。	1階にリフト浴はあるが、現在は利用される方がいない。1日置きの午後に入浴している。入浴剤を使用することもあり、入居者にはのんびりゆったりと入浴できるよう支援している。	
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	①体力によっては 2時間で 離床と臥床を繰り返す ②仮眠を取る事で 心身ともに活発になる事を踏まえ 仮眠はとるが デメリットを考え1回 30分以下としている		
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	① 薬を意識する為1日分のセットをケアスタッフでしている ② 追加 変更になった時 副作用を看護師が指定し ケアスタッフもチェックしている		

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
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	食事作り 食材の買出 植物の水遣り 園芸自室と食堂の掃除 食事の配・引膳 食器拭き 自分入浴準備 雑巾作り ゴミ箱つくり 洗濯たたみ ガラスなど ホーム内の拭き掃除 散歩 ドライブ 御参り レク カラオケ キッサ 合唱 等		
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	① 外出は 重視している ② 外出する曜日を作っている ③ 外出日以外にも 必要に応じて出かける	外出は入居者の気分転換や刺激になることから、積極的に取り組んでいる。毎日の散歩をはじめ、一泊旅行や日帰り旅行、季節に応じて花見や紅葉等にかけかけており、入居者の楽しみになっている。	
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	①原則としては 現金の持ち込みは遠慮して頂いている。個人の買い物はホーム費用で立替え、月次の請求で請求している。 ②どうしてもという場合は 個人で持っているが管理責任は本人及び家族とし ホーム(スタッフ)は関わらないとしている。		
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	①必要であれば、手紙の宛名書き を代筆し、投函もする。 ②電話はホームに1回線だけなので 2分以内に制限している ③家族などにかける事は 身元引受人から かけられる人の意向をか確認してそれに従っている ④かけられないときでも ホームにかける スタッフの携帯にかけるなど 電話をしたいという気持ちはかなえている		
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	①季節の花を取り入れている。 ②音は出来るだけ出さない事になっている	庭には花壇や池、ベンチがあり入居者が職員と一緒に世話をしている。ホーム内はバリアフリーになっており、廊下も広く要所に手すりが設置されている。トイレの掃除も行き届き臭いはない。明るいリビングでは、音楽が流れ入居者がゆったりと過ごしている。	
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	①ホーム内に個別のスペースをとる事はできない ② 共用スペースの席で 気のあった人との交流が出来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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	①ホームで備え付けてあるものはエアコンとつり棚1個だけ以外は自分のいいものを使って頂いている ②今のところ一般のケースを買って使ったりしてなじみの物にこだわった事例は無いが入居前の案内で好きな物を使って頂きますという安心する様子が見られる。	ホームで備え付けてあるのは、エアコンと吊り棚で、入居者には馴染みの物を持ち込んでもらっている。タンスや花、人形、仏壇等が置かれ、その人らしい居室になっている。	
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 居室入り口に苗字を掲示している ② 入浴の日・トイレを掲示している ③ 日課を(時刻を入れて)居室に掲示している		

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	2371501038		
法人名	旭日産業株式会社		
事業所名	あさひ名東		
所在地	名古屋市名東区勢子坊2-413		
自己評価作成日	平成24年1月5日	評価結果市町村受理日	

※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	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

ホーム内で車椅子を使っている人が2名、食事に介助が必要な人は1人、ベット上のおむつ交換は1人と身体機能は高い。認知症状も大筋他人との暮らしが出来る水準。自分で今何をしようか決められる人も数名いるというように感受性は高い。それは自立程度が高いということと同時に環境や技術などで悪化してしまう可能性も著しく高いといえる。私たちはこういう中で勿論、認知症状も健康も良くする事を唯一の課題にしなければいけないと考えている。思いつきや主観的な判断をしないでデータを精細、継続的に集める等、客観的で系統的な取り組み姿勢を心がけている。

【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)】

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 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	①理念の文書は重要事項説明書に明記。ホーム内でスタッフ 利用者 及び外来者が見えやすい場に掲示してある。 ②ケア方法の基本は理念にあることをスタッフに確認している。		
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	①散歩に出た際地域の方々へ挨拶し、催し物に参加している。 ②今までに掃除 運動会 持ちつき 夏祭り、秋祭りに参加した。		
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	①運営推進会議における情報発信。 ②20年度の総会で事業所の活動内容の紹介、地域の中で利用して頂きたい意向を 説明する場を頂いた。		
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	①事業所の事業を報告しアドバイスを頂いている。 ②地域の住人として認知症を家族として関わる人の意見を出して頂いている。 ③ 消防団など地域の活動への直接の参加機会を増やしている。 ④地域の住人(会議のメンバーが中心)の運営に参加できる機会を提供している。(スタッフの紹介・採用・ケア活動)		
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	敬老会の案内、栄養管理、生活環境の作り方や現状の調査などを相談し協力を頂いた。		
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	「拘束はしないのが当然」という基本とケース毎の対処の仕方を 現場で実際にケースが出た際に実践の中での考え方や方法を指導している。 ②例外の扱いも含めて マニュアルを策定している。		
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	①「虐待防止法」に則っている事を指導している。 ②事実の事例について全体会議で取り上げ禁止を徹底している。 ③事業所内での不適切な行為については管理者の判断で包括支援センターを通してその対処と根拠について相談に乗って頂いた。		

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
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	①一般の職員に対しては、全体会議で制度を案内した。 ②実際の運用については管理者の責任範囲になるとし 必要な事例について制度の説明と後見人業者について家族や本人に案内する範囲で支援している。		
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	条項の説明 質問応答を行ったうえで記名と捺印をして頂いている。		
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	面会を最大限に活用し 意見が言える場になっている。家族(身元引受人)のからの要望 意見質問苦情の対処は管理者に限定し 責任の所在と説明の一元化を計っている。		
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	月に一回の定期全体会議で意見を言う機会がある。		
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	管理者が独自で 各自の好ましい行い、間違った行い努力が見られたといえる事実、出来ていない事等を 記録している。そこから 課題を設定し日頃の指導と、必要な時のデーターとしている。		
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	愛知県グループホーム協会に加入して職員が研修しやすい場を確保している。研修 講習などについて介護業界に限らず 本社の関わる業界での勉強の機会も内容を適当と判断できるものについては 介護職員にも参加を促すなど幅広い学習の場の提供を心がけている		
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協会の活動を通じて他事業所との関係を保持し職員のスキルアップに活用できる環境を確保し 職員に利用を具体的に促している。		
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	本人の生活状況の記録(管理者用・スタッフ用)会話や家族からの聞き取りで情報を集めている。入所時に立てる計画では一定期間特に頻繁・親密に関わることになっている。		

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
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	入所から一定期間本人の面会 スタッフ同士の連絡を通常より4きめ細かくする事になっている。面会にこられた際、スタッフから声を掛けている。その時ご家族からの話は必ず聞き、必要なことは管理者に報告している。		
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	本人や家族の話によっては あさひ名東入所以外の方法も出来る限り具体的に案内している。紹介することも、共にサービス機関を探すこともある。		
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	一緒に何かをすることで職員が「助けられたり、人生の先輩としていろいろなことを教えられたり勉強になることは多々あります。毎日、職員は、どうしたら利用者がよい生活が送れるのか 支援はしていても介護をしているような感じはあまり思えない。		
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	①入所間際から意識してケアの仕方等 なんでも家族に知らせる、尋ねる事で共に関わって頂ける関係を作る。 ②生活の主体はあくまで1人1人の利用者さんで、職員は 其の生活を営む支援者という関係(立場)をケアプランの原則であることをケース毎に徹底している。		
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う、支援に努めている	なじみの人や場所は 認知症治療の上で特に有効なツールとしている。面談や外出等 具体的に合理的な活用方法を実践することを重要課題としている。 ①山が好きな人は裏山での散策の実施 ②同級生宅の訪問の動向 ③美容院 医師 に動向 (医師はホームのかかりつけ医があるが本人が希望する場合は個別の医師にかかっている。その際 ホームの掛かりつけ出でないことによるデメリットも説明している。		
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	①孤立しないよう、共通の話題で場を盛り上げる。明るい雰囲気作りに努めている。 ②利用者さんそれぞれの人との関わりに関する事を正確に把握し、 ③利用者同士の関係作りの調整を重要なケアとしている。		
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	①入院者には見舞いをする ②ホームの大きなイベントに誘う		
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	本人が何かをしたい でもそれが 困難であればしたい事に似たことを、出来る範囲で支援しながらやって頂く。		

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	①入所検討の段階で、情報として精細に記録を残す。 ②入所後も、本人や家族との会話などを通じて随時 過去の情報を得るように努めている。必要に応じ過去のケアマネージャーやサービス事業者に尋ねる。		
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	①認定調査の条項や神経心理検査 観察調査などで シートを作成し 客観的にアセスメント やモニタリングをしている。 ②1ヶ月から3ヶ月間でのアセスメントやモニタリング`に使っている。		
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	毎日の様子観察		
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	介護日誌を記入 その日気づいた事、出来事等も記入し、その内容を重視し、介護計画を作る時のデータにしている。又、記録事項から利用者の変化を知る事が多い。		
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	①独自のケア日誌を作り、本人の生活、身体状況は勿論の事、スタッフの気づきや、人によつての必要な情報を 記録して 検討できるようにしている。		
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	① 傾聴の活動をしている地元の人に話を聞いて頂いていた。 ②花屋さんに利用者が生ける花を調達して頂いている。 ②「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加させて頂いた。(スタッフが同行した) ③町内会長の案内で地域行事 他施設行事に参加させて頂いた。		
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	①提携医療機関は持ちながら 本人や家族の要望があれば かかりつけ医に受診している。(=桂名会クリニックが 提携医療機関だがAさんの希望で提携関係のない眼科に定期受診している)		
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	日誌の記入、申し送り、又 直接報告している。		

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
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。	①入院時に 看護師からや計画作成者から情報を提供している。 ②必要に応じ 医師と家族が直接話せる場をセットしている。		
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	①重要事項の説明の時に説明している。 ②家族と本人の意向を伺う。 ③ホームで出来ることを説明する。 ①から③全てをまとめて入所後の具体的な対処方法を話し合う。③場合によっては他の事業所やサービスの利用を薦める。		
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	会議のとき シミュレーション実施 救急車要請については実際に119番をし要請した。(訓練)		
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	①会議のとき シミュレーション実施。消防署の方が直接こられ 説明したり話を聞く機会がある。 ②地元の消防団への参加を打診している。		
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	一人ひとりの性格に合わせて 頼るいい方をしたりはっきりして下さいといたり意向を尋ねる言い方をしたり使い分けるよう心がけている		
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	①利用者の行動や表情を観察する事でその方の状態がどの様か解るつもりなので声を掛けている。 ②茶話会の時の飲み物を 各人が自分の希望を答えられる方法で質問している。「コーヒー・お茶・紅茶・昆布茶・の中でどれがいいですか」等。		
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	日常している会話の中で自然にしたいこと食べたいもの行きたい所 等 聞き取れる内容を織り込むよう心がけている それをケアプランの情報にしている		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	① 自分で出来たか確認。 ②出来ていない部分ををさりげなく修正 ③見守りながら随時必要な介助をする ④着替え 外出等の場で一緒に取り組む等のパターンでケアをしている		

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
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	食事の準備は 食材の下ごしらえ 食後は食器やお盆を拭くを毎日している		
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	①水分を取る物をゼリーやアイスクリーム 寒天などそれぞれの人の好みを考慮して出している。 ②状態によって 飲み物や時刻を変えて薦める。 ③食事は毎食食べた量を確認・記録する。 ④変化が一見られた場合は速やかに 看護師や医師、栄養の管理が出来るものに報告し 検討する。		
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	①毎食後 歯磨きを 個別に援助している（声掛けだけから同伴介助までいろいろ） ②1ヶ月に1回以上 歯科医師に口腔内の清掃や義歯も含めてチェック及び治療をしてもらっている。		
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	排泄の訴えが無くても長い時間 されない場合、声掛けし確認して誘導する。または生活パターンを把握した上で その人の感覚に合わせて声か消し誘導、介助している。		
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	①排便をチェックしている。本人の申し出によるなど 正確に不十分なケースもあるが出来る限りデーターを取っている。 ②3日続けて排便が無いときは マッサージ⇒薬の順で対応する。場合によっては洗腸をするが、それは看護師の判断にのみによる。		
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	隔日の午後に入浴。職員の見守りの中1人ずつ入浴し、個々に応じた援助をしている。水曜日は入浴の無い日だがそれ以外は本人の希望に応じて入浴できる。1階にリフト浴の入浴設備があり利用している。		
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	状態に応じて 昼寝をする 但し 1回は30分以下にしている		
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	利用者1人1人に薬をわたしちゃんと服薬できたか 最後まで確認している。又、どのような薬を使っているか 副作用なども1度は眼を通して		

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
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	①毎日の食事作りは食材の下ごしらえ食器の片付けなど毎日やって頂いている ③掃除もして頂いている 手伝って頂いている。 ④散歩の好きな方であれば 1日2回から3回外に出ている ⑤毎日使う ゴミ箱など作って頂いている 洗濯物たたみをして頂いている		
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	毎日いけない所でも週に1度はいける日を設けている。また 行きたい所があれば その日は無理でも 日を改めて出かけている。		
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	①原則としては 現金の持ち込みは遠慮して頂いている。個人の買い物はホーム費用で立替え、月次の請求で請求している。 ②どうしてもという場合は 個人で持っているが管理責任は本人及び家族としホーム(スタッフ)は関わらないとしている。		
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	必要であれば、手紙の宛名書き を代筆し、投函もする。		
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	時期に合わせた 音楽を 適当な大きさに流している		
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	食堂の席は 利用者同士の関係を考慮して決めている 関係は刻々変わるので 随時変えている		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	①ホームで備え付けてあるものはエアコンとつり棚1個だけ以外は自分のいいものを使って頂いている ②今のところ一般のケースを買って使ったりしてなじみの物にこだわった事例は無いが入居前の案内で好きな物を使って頂きますという安心する様子が見られる。		
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共用部分と居室は字で案内をつけている ②日課を(原則的な流れ)居室に掲示することも、必要な人にはプランにして実施・評価をしている ③自分でもわかりたいという要望を受けてスタッフから提案して共用部分に掲示している。アセスメントしても時事用法の利用が出来ると評価されたから利用者と話し合っって入浴のパターンを掲示してある。一時期抵抗を感じ手嫌がった時期もあったがそこでスタッフが粘れば「文字情報で自分の生活を理解する」ようになった。		

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	4	地域交流が図られていることから、今後は地域の一員として、地域で必要とされる活動や役割を担っていく事。	地域交流が図られていることから、今後は地域の一員として、地域で必要とされる活動や役割を担っていく事。	回覧板で情報をとり、運営推進会議で役割・活動を提案してみる。	12ヶ月
2		避難訓練。	利用者も一緒に参加して頂き、より課題や気づきを得る。	2回、利用者に参加して頂き、訓練後に意見を言ってくれる場を持つ。	12ヶ月
3		避難訓練。	地域との協力体制を作る。	運営推進会議で災害時に互いに協力できないか検討して頂く。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月
6					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。