

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	2372101440		
法人名	東洋ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム燦ふくおか (Aユニット)		
所在地	愛知県岡崎市福岡町字通長36-1		
自己評価作成日	平成24年 7月18日	評価結果市町村受理日	平成24年10月18日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JiyosvoCd=2372101440-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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24年 8月11日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

昨年度からの継続となりますが、サービス向上のために業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践すること。入居者様の生活を中心に型にとらわれない毎日を軸に生き甲斐のある生活を支援しております。具体的なサービスとして、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に特に力を注いでおります。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、ファミリーレストラン等への外食支援、水族館などテーマパークへの外出支援となっております。今後もより充実を図って行きたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、冷凍食品を必要最小限の使用に止め、毎食全て手作りの物を提供する事に心掛けております。他に給食委員会の定期的な開催による個別へのきめ細かな食事提供であると思いま

【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)】

1ユニットから2ユニットに移行し、2年が経過した。利用者は落ち着いており、広々とした共有空間は明るく開放的である。間接照明を多用し、柔らかな落ち着きがある。
ホームの重点項目にも取り上げている外出支援が秀逸であり、日常的な外出としては、散歩、喫茶店、買い物等がある。非日常となるが、全員での遠出外出を毎月実施し、個別に希望するところへも出かけている。これらの支援の裏側には、家族の「応援団」としての協力があることも見逃せない。外出支援に関しては、家族アンケートでも高い評価を受け、感謝の言葉も何人かから届いている。
家族に、利用者の近況を伝える「燦ふくおかだより」もユニーク。毎月発行されているが、職員が交代で担当している。統一性はないが、それぞれの個性が出ていて楽しめる「便り」である。

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 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	スタッフ全員が理念に基づき支援を行っている。又、各フロア、事務所にも理念を掲げ常に視界に入るようにし、実践するよう心掛けている。	2ユニットに増床して2年が経過したが、広くなったフロアのいたる所に「理念」が掲示してある。基本に忠実に、理念に根差した支援を徹底しようとの思いが読み取れる。	
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	地域清掃の日や地域の運動会など町内会行事に参加している。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。	地域のイベントには積極的に参加し、地域の小学校、幼稚園とも交流している。各種のボランティアの訪問も多く、カラオケボラや三味線ボラ等の演芸ボラは、利用者にも人気が高い。	
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	運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達など行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。		
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	現状を報告している。サービスの実際として介護機器の説明やトロミ剤などの実食や実演をしている。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。	年間6回、奇数月に運営推進会議を開いている。地域の代表の参加者が多く、ホームの懸案事項を話し合っている。「ホーム周辺に不審者出没」が話題となり、地域の人に見返ってもらえることとなった。	知見者（認知症に詳しい医療従事者、同業の管理者やケアマネ等）の参加があれば、会議はさらに充実し、有効度を増すことになろう。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市介護相談員派遣事業の受け入れを始め市関連事業(会議)にも積極的に協力している。問題発生時や制度の問題等、市の担当課に連絡し協力関係を保ながらサービスの向上に取り組んでいる。	管理者は定期、不定期に市役所の担当課を訪問しており、担当者とも顔馴染みの関係を築いている。相互の協力関係ができており、問題が発生しても気安く相談できる関係である。	
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	スタッフ全員が理解している。施錠について日中は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止の勉強会もミーティング時に実施しており、身体拘束防止に関する掲示も行い日々心掛けている。	外部研修への参加こそなかったが、様々な機会をとらえて「身体拘束の無いケア」の勉強をしている。フィジカルロックにとどまらず、ドラッグロック、スピーチロックに至るまで、職員は高い意識を持っている。	
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	スタッフ全員が防止に努めている。月1回のミーティング時でも、高齢者虐待防止マニュアルを参考に虐待に関する知識を高め防止に努めている。		

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	権利擁護は守っている。成年後見制度は該当者が2名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合いをしている。成年後見制度も研修会に参加し知識を高めている。		
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	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
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	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。他にも市相談員の受入を行っているため、必要であればその機会にも相談はできる。	利用者、家族の意見・要望をホーム運営に反映させようとの意識が強く、家族をホームの「応援団」と考えている。「打てば響く」の思いがあるのか、家族アンケートの自由記述欄には、感謝の言葉があふれていた。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	全体ミーティングや臨時ミーティングなどの定例会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。	管理者を中心に、ホーム全体のまとまりがよく、気さくに意見を言いやすい雰囲気醸成されている。介護保険法の改正に伴い、職員配置等の仕組みの変更でバタバタしたが、やっと落ち着きを取り戻した。	
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	管理者は、その都度職員の問題点や疑問点に対処し、代表者は個々の能力や実績に応じて向上心を持って働ける環境や条件を整えている。		
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	県、市、等の研修に積極的に参加させている。社として、ビジネスコンサルタントの研修を開催するなど、個々のスキルアップに向けての環境を整えている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。		
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	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
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	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービスも紹介して対応している。		
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	日常生活において、コミュニケーションを大切にし、利用者の方の気持ちを考え、常に受容、共感の姿勢で関係を築いている。		
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	入居者毎に担当が決まっており、密な信頼関係を作る事から一緒に支援していく事を築いている。また、入居者とのコミュニケーションの少ない家族に対しては衣類など必要物の持ち込みを通じ機会を多く保つようしている。		
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	ホームを開放的にしているため、馴染みのの方が来やすい環境作りをするように支援している。馴染みの場所へは、ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にしてもらっている。	外出支援の一環として、馴染みの場所を訪問している。馴染みの場所の支援では、職員だけでなく家族やかつての友人が支援に加わることもしばしばである。	
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	共用スペースを設け、常に利用者同士が会話出来る環境を作っている。洗濯物のたたみなど、他の入居者の方と一緒にこなうことにより、孤立感を味なわないようにしている。ユニット間で相性も考慮した配置もしている。		

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
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	退居者や家族が必要とすれば、サービス終了後も関係を保ち、問題解決に取り組みが出来る体制はとれている。また、長期入院による退居は、その後も様子を見に行くなど、関係を保っている。		
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	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。最新の想いもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。	自ら意向を表出できる利用者は少なく、表情や仕草から思いを汲み取っている。TVの旅行番組に反応した利用者の「温泉に行きたい」との思いを感じ取り、実現させたこともある。	
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	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考にしている。そのため過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
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	残存機能の支援は基より、日常生活の中で、心身状態の変化などを把握し、日々の申し送りで常に状況を確認し合っている。また、月に1度の全体MTで個々のケース検討を行っている。半年毎にもできること・できないこと表の作成もしている。		
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	課題など問題が生じた場合は、その都度カンファレンスを開催し、プラン作成に基づいたケアを実行している。又、スタッフが各入居者の担当になり、意見やアイデアをその都度出し合っている。	介護計画について、6ヶ月ごとの定期的な見直しと、状態変化時の見直し例があった。ただし、介護計画の内容はADL(ケアマネジメント)中心であり、意向の変化に着目した見直し例はなかった。	その人らしさを支援する「個別ケア」は、思いや意向を実現させようとの取り組みから始まる。その人らしさの出た介護計画の作成を期待したい。
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	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じられるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに 応じられるように柔軟な姿勢で支援している。		

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
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	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つよう協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。他に地域の喫茶やスーパーへの外出支援を行いふれあひも含めた支援をしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	心療内科は2週間に1回往診(1ユニットづつ受診)、内科受診は定期が2週間に1回で風邪などの突発性のものは随時受診している。歯科受診は随時受診をしている。医師とは連絡を密にし、入居者の方の健康状態などを常に把握して頂いている。	かかりつけ医は利用者、家族の希望を優先して決めているが、ほとんどの利用者がホーム提携医をかかりつけ医として健康管理を委ねている。看護師が職員として配置されており、医療面での寄与は大きい。	
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	入居者の健康状態は常に把握してもらっている。緊急時も24時間体制で連絡を取れるようにしており、基本的に入居者の方の身体的問題は看護師の指示のもと業務を行っている。個別のカンファレンスにも参加してもらい情報を共有している。		
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。	入院した場合、こまめに面会に行き、担当医、看護師、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
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	重度化対応指針に則り対応できる体制をと整えているところである。その間重度化に伴い早い段階での方針を共有し入居者に負担の掛からない選択を支援している。	利用者の高齢化や要介護度の進行によって、重度化・終末期ケアが現実の問題として浮かび上がってきている。看取りに関する方針やマニュアルを作るだけでなく、先進的な他のホームに出かけて学んでいる。	
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	地域が主催する消防隊員による救命講座など参加するようにしている。緊急時対応マニュアルも作成してある。内部研修等で急変時の迅速な対応ができるように看護師協力のもと定期的に学習をするようにしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回 避難訓練を実施し火災、地震を想定し実践的に全員が対応できるように努力している。運営推進会議を通じて災害時に地域援助が必要である事への理解も求めている。	年間2回の防災訓練を行い、そのうちの1回は夜間を想定した避難訓練を実施している。推進会議での説明や、チラシの配布等を行って呼びかけてはいるが、訓練への地域住民の参加は難しい状況である。	

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
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	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重を重んじて支援をしている。	“利用者を尊重した”職員の適切な対応が目を見える。配膳時もお茶を注ぎ足す時も、薬の支援でも、必ず優しい言葉かけをして、利用者の意思(判断・合意)を確認してから実施していた。	
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	選択できる環境をより多く提供する事に心掛けている。例えば買い物支援時に自己決定する機会を提供したり、訪問販売を利用し品物を選んだりする喜びを支援している。		
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	入居者の方に合わせた支援を出来る限り行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとらわれない生活を基本としている。強制する事は絶対にしない事を実践している。		
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	遠出の外出時はよそ行きの衣類に着替えている。日常生活においても整容を始め衣類の選択も楽しめるよう気を配っている。月に1回床屋が来て散髪と顔すりを行っている。		
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	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をやる事やスタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。食事の準備も食材を切るなど手伝いもお願いしている。	食事を、生活の中の大切な時間と考え、利用者と職員が楽しい時間を過ごせるよう気を配っている。他の利用者の食事を気遣う人、他人の下膳を手伝う人等、利用者相互の協力関係も確認できた。	
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	給食委員会があり日々のメニューや栄養チェックを行っている。(常食に刻み、とろみなど対応)水補は記録帳で管理し摂取量を把握している。体調不良時は、おじやなど別食で対応している。		
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、入れ歯の方は外し磨き。自歯の方も歯磨き粉を付けて口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリドントなどで一晚浸けておく)歯科医による年1回の口腔内検査を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄を促す支援をしている。必要以外(夜間帯のみ着用など)は普通のパンツを使用してもらう支援をしている。	排泄の失敗を特別扱いせず、おむつの使用を極力減らし、トイレで排泄することを基本としている。職員によるトイレ誘導の声掛けも適切であった。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分補給を充分にして、冷たい牛乳をおやつ時に飲んで頂いている。食事でも食物繊維の多く含まれているものを料理に加えている。(極力薬に頼らないようにしている)日々ラジオ体操を行い時々散歩をするなど腸の活性化も促している。		
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	毎日入浴を目標としているが、現状では2日に1回が限度である。入浴時間は14:00～16:30位までに全員入浴をされる。順番は本人の希望に添えるように支援している。	入浴拒否の強い利用者、一番風呂を望む利用者、毎日入浴したい利用者等々、様々な希望がある。かつては毎日入浴を原則としていたが、現在では一日置きの入浴が基本となっている。	
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	休みたい時は、自由に居室等で休んでもらっている。(昼夜逆転にならないように注意を払っている)また、どのような時間帯でも見守りを行っている。		
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	お薬手帳、お薬の説明書が常に確認できる状態になっている。薬の管理は看護師の指示のもとスタッフが全て行い、薬を手渡し、しっかり飲み込むの確認するまで見守り支援をしている。又、症状の変化も常に観察している。		
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	日常生活において出来る範囲で洗濯物干し・たたみ、掃除など、出来る利用者に関り役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図れるようにしている。午前中の毎日レクも実施している。		
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	月に1度は全員でテーマパークなど外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。全員ではないが、個別外出支援も実施し本人の望むところへ出来る限り外出できるように努力している。	日常的な外出としては、散歩、喫茶店、買い物等がある。非日常となるが、全員での遠出外出を毎月実施し、個別に希望するところへも出かけている。外出支援に関しては、家族アンケートでも高い評価を受け、感謝の言葉も何人かから届いている。	

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	所持金紛失防止のため、本人がお金を持ってはいないが、もし本人が必要とした場合、家族報告後ホーム立替にてお金を使えるように支援している。ただし、中には家族理解のもと、残金をある程度確認した上で所持する場合もある。		
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	本人希望があれば、その都度電話している。又、手紙類も郵送されてきたら、ただ渡すのではなく読み上げるなど、気持ちの共感も含め支援している。居室のボードに貼って、忘れずに思い出せれるような支援もしている。		
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	共有空間には、季節の花を飾ったり、雛人形や七夕飾りなど季節感を出すようにしている。水槽に熱帯魚を飼っていたり、観葉植物も館内に飾ったり、できる限りリラックスした状態で居れるように支援している。	1ユニット時代とは打って変わって、ホーム内が広々としており、明るく感じられる。共有部分の証明は間接照明を多用し、柔らかな落ち着きを醸し出している。	
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	廊下のスペースに、3箇所ほど1人又は2人くらいでいられる場所を設けている。また、フロアでは名札を置くなどして自分の席が分かるようにして、それぞれが自分の居場所として認識でき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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と調整し配置している。極力使い慣れたものでのお願いをしている。居室ベッドなどの配置転換は事故防止を含め本人が過ごしやすくなれる空間作りに心掛けている。	異種格闘技のポスターが、女性利用者の居室の壁に貼ってあった。聞いてみれば、写真の一人は利用者のお孫さん。「怪我がないように…」と、利用者は、祈るように目を細めていた。	
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	安全で安心な生活空間の提供に心掛け極力歩行スペースに物を置かないようにしている。又、手すりも必要以上に取付け自立歩行への配慮もしている。残存機能も活用し、できる事をそれぞれで行えるように家具の配置も心掛けている。		

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	2372101440		
法人名	東洋ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム燦ふくおか (Bユニット)		
所在地	愛知県岡崎市福岡町字通長36-1		
自己評価作成日	平成24年 7月18日	評価結果市町村受理日	平成24年10月18日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2010_022_kani=true&JkyosyoCd=2372101440-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【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24年 8月11日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

昨年度からの継続となりますが、サービス向上のために業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践すること。入居者様の生活を中心に型にとられない毎日を軸に生き甲斐のある生活を支援しております。具体的なサービスとして、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に特に力を注いでおります。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、ファミリーレストラン等への外食支援、水族館などテーマパークへの外出支援となっております。今後もより充実を図って行きたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、冷凍食品を必要最小限の使用に止め、毎食全て手作りの物を提供する事に心掛けております。他に給食委員会の定期的な開催による個別へのきめ細かな食事提供であると思いま

【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	スタッフ全員が理念に基づき支援を行っている。又、各フロア、事務所にも理念を掲げ常に視界に入るようにし、実践するよう心掛けている。		
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	地域清掃の日や地域の運動会など町内会行事に参加している。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。		
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	運営推進会議で地域代表の方々に、認知症への理解など支援を行っている。また、地域代表メンバーを増やし内容の充実も図っている。		
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	現状を報告している。サービスの実際として介護機器の説明やトロミ剤などの実食や実演をしている。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。		
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	市介護相談員派遣事業の受け入れを始め市関連事業(会議)にも積極的に協力している。問題発生時や制度の問題等、市の担当課に連絡し協力関係を保ながらサービスの向上に取り組んでいる。		
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	スタッフ全員が理解している。施錠について日中帯は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止の勉強会もミーティング時に実施しており、身体拘束防止に関する掲示も行い日々心掛けています。		
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	スタッフ全員が防止に努めている。月1回のミーティング時でも、高齢者虐待防止マニュアルを参考に虐待に関する知識を高め防止に努めている。		

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	権利擁護は守っている。成年後見制度は該当者が2名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合いをしている。成年後見制度も研修会に参加し知識を高めている。		
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	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
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	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。他にも市相談員の受入を行っているため、必要であればその機会にも相談はできる。		
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	全体ミーティングや臨時ミーティングなどの定例会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。		
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	管理者は、その都度職員の問題点や疑問点に対処し、代表者は個々の能力や実績に応じて向上心を持って働ける環境や条件を整えている。		
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	県、市、等の研修に積極的に参加させている。社として、ビジネスコンサルタントの研修を開催するなど、個々のスキルアップに向けての環境を整えている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。		
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	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
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	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービスも紹介して対応している。		
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	日常生活において、コミュニケーションを大切にし、利用者の方の気持ちを考え、常に受容、共感の姿勢で関係を築いている。		
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	入居者毎に担当が決まっており、密な信頼関係を作る事から一緒に支援していく事を築いている。また、入居者とのコミュニケーションの少ない家族に対しては衣類など必要物の持ち込みを通じ機会を多く保つようにしている。		
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	ホームを開放的にしているため、馴染みの方が来やすい環境作りをするように支援している。馴染みの場所へは、ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にしてもらっている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共用スペースを設け、常に利用者同士が会話出来る環境を作っている。洗濯物のたたみなど、他の入居者の方と一緒にこなうことにより、孤立感を味なわないようにしている。ユニット間で相性も考慮した配置もしている。		

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
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	退居者や家族が必要とすれば、サービス終了後も関係を保ち、問題解決に取り組みが出来る体制はとれている。また、長期入院による退居は、その後も様子を見に行くなど、関係を保っている。		
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	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。最新の想いもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。		
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	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考にしている。そのため過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
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	残存機能の支援は基より、日常生活の中で、心身状態の変化などを把握し、日々の申し送りで常に状況を確認し合っている。また、月に1度の全体MTで個々のケース検討を行っている。半年毎にもできること・できないこと表の作成もしている。		
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	課題など問題が生じた場合は、その都度カンファレンスを開催し、プラン作成に基づいたケアを実行している。又、スタッフが各入居者の担当になり、意見やアイデアをその都度出し合っている。		
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	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じられるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに 応じられるように柔軟な姿勢で支援している。		

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
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	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つように協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。他に地域の喫茶やスーパーへの外出支援を行いふれあいも含めた支援をしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	心療内科は2週間に1回往診(1ユニットずつ受診)、内科受診は定期が2週間に1回で風邪などの突発性のものは随時受診している。歯科受診は随時受診をしている。医師とは連絡を密にし、入居者の方の健康状態などを常に把握して頂いている。		
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	入居者の健康状態は常に把握してもらっている。緊急時も24時間体制で連絡を取れるようにしてあり、基本的に入居者の方の身体的問題は看護師の指示のもと業務を行っている。個別のカンファレンスにも参加してもらい情報を共有している。		
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。	入院した場合、こまめに面会に行き、担当医、看護師、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
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	重度化対応指針に則り対応できる体制をと整えているところである。その間重度化に伴い早い段階での方針を共有し入居者に負担の掛からない選択を支援している。		
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	地域が主催する消防隊員による救命講座など参加するようにしている。緊急時対応マニュアルも作成してある。内部研修等で急変時の迅速な対応ができるように看護師協力のもと定期的に学習をするようにしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回 避難訓練を実施し火災、地震を想定し実践的に全員が対応できるように努力している。運営推進会議を通じて災害時に地域援助が必要である事への理解も求めている。		

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
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	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重を重んじて支援をしている。		
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	選択できる環境をより多く提供する事に心掛けています。例えば買い物支援時に自己決定する機会を提供したり、訪問販売を利用し品物を選んだりする喜びを支援しています。		
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	入居者の方に合わせた支援を出来る限り行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとらわれない生活を基本としている。強制する事は絶対にしない事を実践している。		
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	遠出の外出時はよそ行きの衣類に着替えている。日常生活においても整容を始め衣類の選択も楽しめるよう気を配っている。月に1回床屋が来て散髪と顔すりを行っている。		
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	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をやる事やスタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。食事の準備も食材を切るなど手伝いもお願いしている。		
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	給食委員会があり日々のメニューや栄養チェックを行っている。(常食に刻み、とろみなど対応)水補は記録帳で管理し摂取量を把握している。体調不良時は、おじやなど別食で対応している。		
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、入れ歯の方は外し磨き。自歯の方も歯磨き粉を付けて口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリドントなどで一晚浸けておく)歯科医による年1回の口腔内検査を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄を促す支援をしている。必要以外(夜間帯のみ着用など)は普通のパンツを使用してもらう支援をしている。		
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	水分補給を充分にして、冷たい牛乳をおやつ時に飲んで頂いている。食事でも食物繊維の多く含まれているものを料理に加えている。(極力薬に頼らないようにしている)日々ラジオ体操を行い時々散歩をするなど腸の活性化も促している。		
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	毎日入浴を目標としているが、現状では2日に1回が限度である。入浴時間は14:00～16:30位までに全員入浴をされる。順番は本人の希望に添えるように支援している。		
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	休みたい時は、自由に居室等で休んでもらっている。(昼夜逆転にならないように注意を払っている)また、どのような時間帯でも見守りを行っている。		
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	お薬手帳、お薬の説明書が常に確認できる状態になっている。薬の管理は看護師の指示のもとスタッフが全て行い、薬を手渡し、しっかり飲み込むのを確認するまで見守り支援をしている。又、症状の変化も常に観察している。		
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	日常生活において出来る範囲で洗濯物干し・たたみ、掃除など、出来る利用者に関り役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図れるようにしている。午前中の毎日レクも実施している。		
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	月に1度は全員でテーマパークなど外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。全員ではないが、個別外出支援も実施し本人の望むところへ出来る限り外出できるように努力している。		

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
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	所持金紛失防止のため、本人がお金を持つては いないが、もし本人が必要とした場合、家族報告 後ホーム立替にてお金を使えるように支援して いる。ただし、中には家族理解のもと、残金がある 程度確認した上で所持する場合もある。		
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	本人希望があれば、その都度電話している。又、 手紙類も郵送されてきたら、ただ渡すのではなく 読み上げるなど、気持ちの共感も含め支援して いる。居室のボードに貼って、忘れずに思い出せ れるような支援もしている。		
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	共有空間には、季節の花を飾ったり、雛人 形や七夕飾りなど季節感を出すようにして いる。水槽に熱帯魚を飼っていたり、観葉植 物も館内に飾ったり、できる限りリラックスし た状態で居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	廊下のスペースに、3箇所ほど1人又は2人 くらいでいられる場所を設けている。また、フ ロアでは名札を置くなどして自分の席が分 かるようにして、それぞれが自分の居場所と して認識でき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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と 調整し配置している。極力使い慣れたもの でのお願いをしている。居室ベッドなどの配 置転換は事故防止を含め本人が過ごしや すくなれる空間作りに心掛けている。		
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	安全で安心な生活空間の提供に心掛け極力歩 行スペースに物を置かないようにしている。又、 手すりも必要以上に取付け自立歩行への配慮も している。残存機能も活用し、できる事をそれぞ れで行えるように家具の配置も心掛けている。		

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	26	現状では、問題を解決するための内容が多く、本人の思いや意向と言った内容のものは、殆ど取り上げていなかった。	本人の思いや意向を取り入れた介護計画書の作成をしていく。	・思いや意向を叶えるための内容をできるだけ多く盛り込んだ介護計画書を作成していく。	6～12ヶ月
2	4	運営推進会議での地域福祉拠点の場としての役割に応じるため、更なる会議の充実と必要性を重んじたものにしていきたい。	認知症への理解を地域全体で分かり合うため、知見者を必要に応じ参加してもらう。	・同業の管理者や自施設の看護師、及び施設ケアマネの参加を議題に合わせ参加を依頼する。	6～12ヶ月
3	35	災害時における地域住民の方の力は大きく、協力体制を強化しておきたいところであるが、現状は避難訓練時に住民の方の参加を呼び掛けても集まらない。地道にはあるが継続して呼び掛けを行っていく。	地域代表、地域住民へと参加を広げ少しでも関わりを持って理解してもらう。	・地域住民の方へ地道な呼び掛け。 ・推進会議を通じて地域代表の方の参加から始まり、先々は隣接する住民の方の参加まで実施して行きたい。	6～12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。