

# 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	2370800514		
法人名	敬愛有限会社		
事業所名	瑞穂ケアセンターあお空 2Fグループホーム		
所在地	名古屋市瑞穂区大喜新町4-36		
自己評価作成日	平成23年1月10日	評価結果市町村受理日	平成24年4月20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="#">(上記事業所基本情報のホームページアドレスを記載します)</a>
----------	--

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人なごみ(和)の会
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5
訪問調査日	平成24年3月10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)】

敬愛社訓である「七施」を理念に、長く生きてきたことを心から喜べる暮らしの支援を重点目標として取り組んでいます。ホームで生活される方はもとより家族も含めて安心して信頼できるサービスづくりを心掛け実践しています。スタッフは一人ひとりの想い(ニーズ)を大切に日々のコミュニケーション(関わり)を丁寧に行い、その記録をパソコンで管理し必要に応じていつでもご家族に日頃の様子をお伝えできるようにしています。また、かかりつけ医や認知症専門医などとの連携を強化しご入居者一人ひとりの健康状態を多角的にとらえ、認知症を苦にすることなく一日でも長く笑顔で安心した暮らしの継続ができるように支援しています。

## 【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)】

「身施、心施、眼施、言施、和顔施、床座施、房舎施」の七施を理念に、掲示し、日常の支援に繋げている。笑顔につながるマインドマップを利用し、入居前の生活を続けられる支援がある。月命日での参拝や、自宅でのお参りなど、家族との協力、同行支援等している。地域の防災訓練や、保育園、神社の行事への参加、瑞穂区のSOSネットワークへの参加など、広く活動している。いきいき支援センターとの連携で、併設のデイサービスとの共同で、認知症研修等開催している。本人、家族の思い、同意を大事にケアプラン、日常の支援に繋げている。職員は、研修での、支援技術の向上を図っている。日常支援などを通じ、入居者の意向、体調管理、きずき等、細かく、記録し、パソコンでの情報管理、共有をしている。1人1人に合わせたケア、思いの実現に取り組んでいる。全体に、今日までの運営の蓄積がある。今後とも、「重度化、看取り支援へ向け」、「入居者本位の支援に正面から向かい合う」ケア充実向上の期待が持てる。

## 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
<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	法人の理念「七施」と合わせ、グループホームとしての理念を事業所内に掲げ共有を図っている。法人として、指針をまとめた総合マニュアル及び事業計画を策定し、法人理念の周知徹底に努めている。	理念である「七施」を分かりやすい言葉に表現した物を1日一つのテーマとして取り上げ唱和し、職員一人ひとりが常に入居者の安心や喜びを考え笑顔に繋がるケアの実践に努めている。又、年1回の家族総会でホームの理念に基づいた、行事案内、報告、総括、説明がされている。	
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人として日常的に交流している	近隣のスーパーや喫茶店を利用させていただく中で地域の方にも認知され、ご利用者・職員関係なく気軽に声をかけあえる関係を築いている。また、地域の防災訓練や保育園や神社等のイベントにも声をかけていただき参加している。事業所としてSOSネットワークの活動に参加している。	瑞穂区の事業である“ひとり歩きSOSネットワーク”の活動に参加し認知症高齢者が安心して暮らせる環境作りを地域住民と共に作り上げている。地域のお祭りやイベントへの参加の他、地域の中学校の和楽器サークルが来所する機会等もあり。地域との交流を積極的に行なっている。	
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	運営推進委員会の中で、いきいき支援センターと連携し、地域の認知症高齢者の課題等を話し合い、管理者は区の認知症専門部会の委員を務めている。また家族介護教室の講師を受託し、地域の皆様に認知症高齢者のケアについてより理解をしていただけるように努めている。		
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	運営推進会議内にて、外部評価の報告を行い、地域の方に施設の情報開示を積極的に行っている。いきいき支援センターと協力し、運営推進会議の場を活用して地域の課題や問題を積極的に話題に取り上げ検討・支援を行っている。	2か月に1回の運営推進会議には、毎回いきいき支援センターの担当者が出席し、ホームの現況報告だけでなく、災害時の一時避難所としてホーム1階を開放してほしいという要望など、地域全体の困り事を検討し、話し合われている。	
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	市の高齢福祉課や区役所・いきいき支援センター等に、事業所だけでは判断が困難なケースやサービスについて積極的に相談をしている。市の担当者の方には親切丁寧に対応していただいている。	いきいき支援センターの担当者には運営推進会議等で日々の取り組みについて伝えている他、社会福祉協議会主催で行われる研修に、3年以上勤務している職員、また、新人職員には交替で参加させている。	
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	管理者より、身体的拘束等に該当しそうなケースがあった場合はカンファレンスや申し送り等にて、身体拘束の禁止対象となる行為やその理由について学ぶ機会を設けている。原則として身体拘束をしないケアを実践している。施錠ではなく音声センサーでの対応を行うなど配慮している。	安易に施錠するのではなく、チャイムを使用、又、入居者がひとりで外出した場合を想定してSOSネットワークにメール登録をする等の取り組みがある。また、介護拒否等、個々のケースによってミーティングを行い、場合によっては認知症専門医とも連携を取り、身体拘束をしないケアを実践している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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	管理者は虐待の定義など虐待防止の徹底について、スピーチロックなど無意識に行われる対応にも、虐待について学ぶ機会として細かい指導を行っている。また、ホーム内でも常にスタッフ同士が常に意識して防止に努めている。		

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	他のユニットに成年後見人をされているご利用者がみえるが、制度については職員個々が実践の場で活用していけるように管理者は研修時間を設け指導している。また、地域包括支援センターにも制度上のことなどで相談するなど支援する体制は整っている。		
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	契約する前に十分に家族に説明し不安点や疑問点を伺っている。契約の際にはただ内容を読み上げるのではなく、その意味していることを具体的な例も交えその方に分かりやすいように工夫して伝え、十分に理解・納得を頂いた上で契約をしている。		
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	ご意見・ご要望ポストを設置するだけでなく、面会時やケアプランの更新・運営推進会議等で意見を集約し事業所の運営に反映させている。ご意見等についてはその経過の報告を運営推進会議や通信文書等で報告を行っている。	毎月、入居者家族に個別のおたよりを送付し、ホームでの様子、行事についてお知らせしている。また、面会時、行事の後、家族会開催時等、家族より個々の要望から運営に関する意見を機会を設けている。家族からの意見・要望は会議等で検討し運営に反映させるようにしている。	
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	管理者と一般職員で個人面談を行う機会があり、その中で職員は自分の思いを伝え運営面でも反映させている。また、年度末を区切りにして事業計画を策定し、1年間の振り返りおよび新年度の指針を明らかにし取り組んでいる。	2か月に1回のフロア会議や月に数回行われるカンファレンス時に、入居者の支援のあり方等、職員から意見・相談が話し合われている。又、運営に関しては職員からアンケートを取り、委員会ごとに検討され、運営に反映させている。その他、個人面談を一年に1回行い、職員が意見・要望等出しやすい場を設けている。	
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	福利厚生面では大規模法人ほど整備はされていないが、資格の取得などには積極的な支援がある。外部への研修にも意識的に参加できるよう配慮されており、個々の希望ややりがいについても面談等で受け止めてもらうことができる。		
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	社内外の研修の実施や、立場・経験に合わせた研修への参加の機会を設けている。認知症に関しては会議の中で毎回研修が企画されている。今年度より研修委員会を発足し社内外の研修機会の充実を図っている。		
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	外部の研修に参加することや、他の同業施設の見学等の受け入れも行っており、同業者との交流もありサービスの向上につながっています。また、愛知県のグループホーム連絡協議会の役員として参加し、相互連携の場を作っている。		

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
<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	計画作成担当者や管理者が入所される前に、本人の不安要素を傾聴し安心してサービスに繋がれるよう配慮している。本人が他のご利用者や職員と馴染みの関係を早く築けるよう安心した生活がおくれる様に支援している。		
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	サービスを始める前に、現在の様子やこれまでの生活歴など家族にしか分からない情報を共有し、ホームとして可能なサービスを本人家族と話し合い、信頼関係を築いている。入居の説明など家族関係の保持で負担となりそうなことは、家族に委ねるのではなく事業所側で支援をしている。		
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	サービス利用前の本人家族との話し合いの中で現在必要な支援を見極め、必要に応じて提携医にも相談している。それをもとに職員間でその時の支援方法を共有し、「その人」を大切にしたい出来る限りの支援している。		
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	ホーム全体を家族と捉え、1人1人自由に安心な時間を過ごせるよう支援している。また、利用者から教わる場面を大切に、お互い支えあひながらの暮らし作りに努めている。		
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	利用者と家族が良好な関係を維持・継続する事を第一と考え、家族と共に本人を支えられるように信頼関係作りに努めている。家族が安定して暮らしの継続ができることもご本人にとっての大切な支援であることを念頭に置いた関係づくりに努めている。		
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	古くからの知人や親せきの訪問、また馴染みの場所に一緒に訪問するなど、本人にとって大切な関係が途切れてしまわないように支援に努めている。	入居時に、馴染みの人や場について聞き取りを行う他、日々の関わりの中で得た情報についてはケース記録に加えられ職員間で情報共有し把握に努めている 入居者の希望により馴染みの商店街へ遊びに行く、又、昔勤めていた場所を訪ね知人に会う等、個別での支援も行っている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日々の生活から、利用者同士の関係を把握し、特定の方が孤立しないよう、職員が情報を共有し関わりあいを支えるようにケアしている。気分の揺らぎや相性などによるトラブルに対しても、関わりの中で本人が安心し穏やかな気持ちになれるよう努めている。		

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	サービス終了後(看取り後)も、生前のホーム内での様子や思い出などを手紙に記すなど、看取り後の心のケアを行い、アフターケアに努めている。認知症状の改善により、高専實へ住み替えになった方も継続的にホームへ訪問し担当ケアマネも含め交流をしている。		
<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	原則的に本人の希望や願いを伺った上で支援支援を行っている。意思の疎通が難しい場合は、日々の表情やしぐさから、本人本位の支援になるように検討し対応している。	入居時に聞き取った本人の思いや生活歴の他、日常の関わりの中でも言葉だけでなく、その裏にある思いを探り、職員ひとりで判断しないよう、申し送りやカンファレンスで話し合い、本人本位の立場に立って支援するよう努めている。	
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	日々の生活の様子をご家族や元担当のケアマネージャー協力のもと、過去の生活歴やサービスの利用内容の把握に努め、現在の暮らしづくりに活かしている。把握した情報はフェイスシートに書き込みスタッフ間で共有している。		
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	スタッフは日々の関わりや記録からご利用者の現状の把握に努め、「出来る」「出来ない」ではなくその時の気分や心情に配慮し、安心して暮らすことができるよう取り組んでいる。		
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・家族の思いを大切に、職員がその想いに応えられるにはどう手助けしたらいいかを考え、職員個々の気づきをケアシート等にまとめ介護計画に反映している。また定期的に見直しを行うだけでなく、必要に応じたプラン変更を通じて現状に即した介護計画となるようにしている。	職員の個々の気づきのケアシートをもとに、モニタリング及びカンファレンスをし、3ヶ月に1回介護計画の見直しを行っている。計画原案を元に家族と話し合い、意見を取り入れて作成したものを面会時等に家族に説明をし、承認を得ている。また、状態の変化に応じて随時計画の見直しがされている。	
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	職員の気づきや、利用者の体調の変化など、個別の記録をパソコンにて管理し、いつでも振り返り確認が出来るよう情報を共有している。その情報をもとに、よりその方にあった介護を実践していくため、特に「関わりの記録」を大切にしている。		
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	本人家族の状況により、長期間ホームを離れることになっても、退去の意思がない場合には原則居場所として確保するよう対応し、関係を断ち切らないよう配慮している。長期入院などで空き部屋を活用しショートステイの受け入れを行うなど、事業所の機能を最大限活用している。		

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	近所の喫茶店に行くなど、日常的に地域の方と馴染みの関係を築けるよう配慮しています。また、訪問マッサージや、訪問歯科、訪問理美容、音楽療法、落語等地域の方をホームに招くなど、地域の資源に触れあう機会の支援を行っている。		
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	利用者の些細な変化に注意し、かかりつけ医だけでなく、認知症専門医への受診も行っている。その情報をもとに、より本人にとって安心した暮らしの継続が出来るよう支援している。かかりつけ医からは往診の要請等に対して迅速柔軟な対応をいただいている。	月2回協力医の往診があるが、従来のかかりつけ医受診についても自由である。基本は家族対応となっているが、職員対応での受診支援も行っている。その際、職員と医師のやりとりを家族に電話、文書等で報告している。又、希望により訪問歯科・訪問マッサージなどの対応も可能である。	
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	医療連携体制の看護師による24時間の対応をしている。週1回の訪問による健康管理をすることで体調不良時によるご利用者の状態も看護師記録から把握に努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時に文書にてその方の情報を提供するとともに、入院後も定期的にお見舞いに行き状態の把握に努めている。また、退院後の受け入れを前提とした話し合いを行いながら、良好な連携が築けるように関係作りを行っている。		
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	入居時、重度化や緊急時の対応について方針をあらかじめ相談し指針を決めている。また実際に終末期に差し掛かるご利用者には、再度、家族と今後の対応を話し合い、その結果を職員間で共有している。	重度化や看取りについての指針は入居時に説明をし本人・家族と話し合いの上、方針を決め同意を得ている。終末期において看取りが必要となった際には、訪問看護・協力医と24時間体制で連携をとり、必要な支援ができるよう努めている。また、病院搬送という判断をした場合には、その根拠を説明できるよう前後の記録をとるようにしている。	
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	管理者より、急変時や緊急時の対応の指導を受けている。また、全職員を対象とした、救命救急の専門学校の協力のもと、一時救命処置や心肺蘇生法の訓練をAED装置を使用して行うことで、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	スプリンクラーを設置し災害への備えを強化した。地域の方との連携は相互助け合いの視点からホームの機能を解放するとともに、支援を得られるよう運営推進会議を通じて検討している。東日本大震災以降備蓄などの見直しを行っている。火災を想定した屋外避難訓練を実施している。	地域の避難訓練に参加している他、消防署立会いの下、火災想定で布タンカを使用し、外に避難する訓練を行った。又、災害時、町内会の連携として、ホームを一時避難場所として開放する等、地域との相互支援関係の構築がされている。	

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>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	一人一人の人格を尊重し、生活の中でその人の出来る力・持てる力を尊重している。声かけについても、その方により分かりやすく伝えらるとともに、プライバシーや誇りを損ねないように配慮している。可能な範囲での同性介助も行っている。	入居者への呼び掛けは、名前・苗字に「さん」を付け、常に自分の親だとしたら・・・又、家族から見て不快に思う対応をしていないかを考えながらケアに臨んでいる。居室の表札には一人ひとり住所氏名が記してあり、個人の自宅として認識し、必ず許可を得て入室するようにしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の暮らしの中で、本人の希望を表したり選択できるように、それぞれに分かりやすい選択肢を提供するなど、本人の意思による選択性が保たれるように支援している。		
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	人それぞれの生活における揺らぎを受け止め、それぞれの利用者の能力だけでなく、体調や気分によっても意志が尊重されるよう配慮している。職員の都合を優先せず、1日の生活をその人らしく過ごして頂けるよう努めている。		
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	地域の美容院に出かけたり訪問理容の方に依頼して本人の希望にそって実施している。また、外食に行く際にもお化粧品や外出着に着替え出かけている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備は、野菜等を切るところから参加して頂いたり、片付け等もスタッフがご利用者のサポートをすることで楽しく食事の時間を過ごしていただけるように努めている。また、行事や誕生会等の際はそれぞれのお好きなメニューを提供している。	食材は業者に依頼し、ユニット毎に調理をしている。入居者の希望により献立の変更もある。食事の準備・調理・味見など一緒に行うことで、食に対する興味をもつよう支援をしている。又、希望により夕食時に適量の晩酌も可能で、出来る限り一人ひとりの嗜好に合った支援に努めている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎食後、食事量のチェックを施行し水分摂取の少ない人には水分補給の促しを行っている。また、その時々に応じてチェック表を活用していくことで、食べられない場合などは好きな食べ物や、食べやすい物などで食事の形態を工夫し栄養補給に努めている。		
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	訪問歯科の定期検診や義歯の方には週1回のポリドント行っている。また、その方の能力に応じて声かけや援助を行い、口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	利用者、個々の排泄問題について記録やカンファレンスを通じて排泄のパターン・習慣の把握に努めている。排泄の失敗などからくるメンタル的な問題についても寄り添い、お話を聞くことで本人が自立をして排泄していけるように取り組んでいる。	浮腫みがあり利尿剤を服薬、又、便秘の為に下剤を服薬している方については排泄の回数を記録している。排泄の自立という部分的な所だけでなく、入居者が安心して暮らしていけるという事を目標に置き、その中で、排泄が不快な事にならないよう入居者のその時の気持ちを優先しトイレ誘導等、個別の支援を行っている。	
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	排泄の記録をとり排便の確認をしている。自立の利用者にはさりげなく確認することで排泄間隔の把握に努めている。また、食事等の工夫や散歩や外出などで適度な運動を取り入れることで便秘の改善につながるよう取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯は特に決めておらず、出来る限り希望に添うように努め、入浴の困難な方には介助している。入浴剤の使用や気の合う方同士と一緒に入浴出来るようにしている。拒否があった時などは無理に入浴をせず、時間やタイミングを改め機会を伺うなど個々に添った入浴支援をしている。	浴室は浴槽が二つあり、仲の良い人同士で入り、会話を楽しむ場となっている。浴室、脱衣所はエアコンによって温度差の解消をしている。又、浮腫みや冷えがある方にはスチーム足浴器を使用し身体を温めるケアを実施している。	
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	その方の生活習慣に合わせて、一人部屋の居室で自由に横になって休息され一人の時間を楽しむ事も出来ている。夜間眠れなかった方についても情報を共有し無理なく休めるよう配慮している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬は処方箋が常に新しいものを確認(薬の変化や副作用、用法)できるようにしており、変更があった場合は申し送り内容を把握できるようにしている。		
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	利用者1人1人の残存能力(掃除:食事の準備)や生活歴を活かした活動が出来るように支援している。生活の中で役割を持つことや個別の楽しみ(外出:趣味)を行うことで気分転換を図り気晴らしの支援に努めている。		
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	散歩や買い物、近隣への喫茶店への外出など外に出たいという希望があれば対応できるようにしており、職員側からも積極的に声かけをするようにしている。家族の方との外出も積極的に支援をしている。	日常的には近くの神社や馴染みの喫茶店へ出掛けている。又、車で大型スーパーに買い物に出かけ、フードコートで食事をする事もある。遠方への外出は入居者の要望を家族に情報提供し、入所者の状態によっては職員も同行し外出支援を行っている。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人がお金を持つことの大切さを十分理解されている方もおり、一部自己管理されている方もいる。基本的には本人の所有とは別にお小遣いを預かっており、外出の際に自分で支払いが可能な方には財布を預け買い物をしていただいている。		
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	本人が電話を希望された場合は、基本的に家族に取り次ぐようにしている。頻回になる場合はご家族と相談し対応している。また手紙のやり取りも自由にでき、年賀状や手紙など本人宛のものの取り次ぎを行っている。		
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	季節感を意識しご利用の方が好む雰囲気作りや居心地のよい共用空間を「和みの場」として提供していけるようにしている。「和みの場」としての環境の見直しを常に行っており、質の向上に取り組んでいる。	共用空間には手作りの大きなカレンダーや入居者のちぎり絵の作品等が掲示されている。又、入居者の顔写真と名前、部屋番号を掲示する事で、家族面会時に家族が他の入居者とも会話し易くなり馴染みの関係形成にも繋がっている。廊下の壁面に思い出の写真や並べて貼り「思い出の散歩道」を作る等様々な工夫が見られる。	
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	リビングには食卓だけではなくロングソファーなど、利用者が自分の行きたい所でリラックスして過ごせるように配慮している。また、、自由に楽しい「くつろぎの場」になれるよう工夫している。		
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	ベッドや布団・畳などそれぞれが好みのものを使用していただいている。居室内の物は本人のなじみの物を持ちこんでいただき配置している。現在はないが、希望に応じて飲み物なども飲めるように冷蔵庫を部屋の中で利用することも認めている。	居室は大きなクローゼットがあり収納が沢山出来るため部屋が広々としている。ベッド、布団、畳等使い慣れた物を自由に使用が可能で、家族写真や小物等好みの物を飾り入居者が安心して過ごせる空間となっている。居室内に家族面会簿があり、家族間で誰がいつ来たのかが把握できるようにしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	認知症の進行や目の見えにくい方には本人に分かる目印等を用意し混乱しないようにしている。また、声かけや援助を行う際には、わかりやすい表現を使うなど本人に合った関わりを心掛けることや利用者同士で助け合う働きかけをすることで、お互いに支え合う暮らしを実現できるように工夫している。		

## 目標達成計画

作成日：平成 24年 4月 15日

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	49	開設してから8年を経過し、看取りまでのケアを実践する中で、ご利用者の高齢化及び認知症の高度化が進んでいる。そのため、グループでの日常的な外出が事実上困難になっている。反面で、ホーム外での活動はご利用者・ご家族のニーズもあり実施できる条件づくりが課題となっている。	集団から個別へ、外出支援の在り方を見直し、マンツーマンをベースにした外出支援の実施を進めていく。年間を通じて数回のその人ならではの施設内外を含めた支援の実績を積み上げる。	ご利用者状況を再度アセスメントを実施。その人にとっての喜びづくりの視点から、ご家族と共に実施計画を検討。外に出れば良しではなく、その人に「長生きして良かったな～」と感じていただけるようなプラン作りをスタッフ全体で作っていく	12ヶ月
2	13	職員体制の困難さから、職員が自ら成長できる機会となる施設内外の研修が十分に実施ができたとは言えない。職員が自らの成長を支援してもらっていると実感できるような育成の仕組みを確立させていく必要がある。	職員一人一人が、自分自身がホームの大切な存在として成長を望まれ支援されると実感しながら仕事ができる。その中で、職員自らが自分の成長に関心を持ち、自らが課題を設定しそれに向かっていけるようになる。	キャリアコンサルティング面談を実施し一人ひとりの意識やニーズを把握し、それぞれに合った育成計画を職員と共に作る。その中で、実際に研修等に参加し、具体的な成長に向けた経験を積んでいく。	12ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。