

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 24年 3月 10日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3472100217		
法人名	医療法人社団 聖仁会		
事業所名	グループホーム たんぽぽ		
所在地	庄原市三日市町字上市南裏289番地 (電話) 0824-73-1008		
自己評価作成日	平成24年2月1日	評価結果市町受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3472100217&SCD=320&PCD=34
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成24年2月22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）】

<p>認知症になっても、人として生きる姿を取り戻し、保ちつづけられるようにと、介護保険法の目的に沿って、自立支援・リハビリテーションを念頭に取り組んでいる。有する能力を引き出し、維持する為に毎日地域に出かけ、自分たちの日常生活は助け合いながら営む支援を心がけている。地域住民からも町内の一員として見て頂き、さまざまな交流から「ふつうの暮らし」を応援頂いている。活動性やふだんの体調管理、心のふれあいを大切に、又、看護師を始めとする多々の専門職の支援、よりよい生活環境の提供から認知症の症状軽減を支援している。</p>
--

【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）】

<p>「愛と奉仕、そしてありがとう」の理念の下、利用者は地域の中で、人として持てる能力を存分に発揮しながら生きて行く姿を保って欲しい。その為には、姿勢を正して座し、いつまでも食事は経口で摂り、投薬無の排便を為し、地域(馴染)と繋がって行くという基本姿勢が認知症の逶減を図れるし、本人の健康で普通に過ごして行ける生活力ともなる。社会(地域)と関わった生活を地域の人達と今迄通りの絆を紡いで行ける利用者は、自分の事は自分でこなし、速度は遅くなくてもやり抜く普通の姿を見て地域の住民は共感を覚え、自然体の接し方をして下さり、暖かく迎えて下さる状況に繋がっている。地域住民との馴染を支え合う人として普通に生きて行ける。「自立する」を理論的裏付けを持った支援が展開されている。「地域に外出する」ことにより、職員・地域の考え方も変わり、共に歩む楽しさ嬉しさで、益々人を大切に想う気概に溢れた日々の生活につながっている。利用者本来の生活を、ありのまま継続させられる取り組みは例の少ない貴重なもので、注目すべきものである。</p>

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	利用者が「地域とつながって、地域住民として最後まで生きる事を支援する」を介護理念とし、常日頃から管理者は理念の確認と実践を職員に伝え、研修や日々のケアを通し、職員間で話し合い確認、理解しながら取り組んでいる。	法人としての理念は、人が生活して行く上で欠く事のできない大切さが凜として掲げられている。事業所はそれを踏まえて「人として自分の事は自分です、自立した生活を日常ごく普通に行い、地域と今迄通りに関わり合う社会性も維持する」という支援を自分たちの「人を貴ぶ」事業所の理念として日々実践している。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の盆踊りや祭りなど地域行事には利用者とともに積極的に参加している。また、毎日の外出、買い物、地域行事への参加を通じ声を掛け合い、事業所と地域の人々が支えあうような交流、活動を通し地域からは「町内の一員と思ってます」とのお声も頂いている。	利用者と職員とでメニュー会議を開き、献立が決まると近くの店まで皆で買い出しに行く。地域の方から危ない所に手すりを設置したり、ベンチを置いたり支援を得ている。スーパーに入るとテーブルと椅子があり、ここでも地域の方と交流がある。帰宅後、皆で調理し配膳して食事している。	
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。	事業所を含む法人全体で、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座、健康予防講座など、大規模講習会や各地域の集会所での相談会など積極的に専門的知識の情報提供を行っている。地域住民からの情報を大切に取り組んでいる。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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、事業所の取り組み内容や課題を明らかにし、話し合っている。参加者からの意見を参考に協力を得たり、改善を得ている。委員、家族の参加意欲も高く活発である。	包括支援センターや家族の熱心な参加の下、定期的開催される会では忌憚のない意見、気づき等が出て話し合いが充実している。最大の特徴は医師の理事長から医療のお話が判り易く話され、家族に人気で出席率が高い源となっている。利用者の写真が配布されると、家で見なかった良い表情に大喜びされ、更に充実した会となっている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績やケアサービスの取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。	市担当課の指導の下に、相談、報告等、日頃から密に連絡を取っている。又、認知症介護予防講座の受託やサポーター育成講座等協力関係を築くよう取り組んでいる。	市の担当者と事業所の理事とは細々と連絡し合い、話し合いもかなり突っ込んだ処までできる間柄になっている。極めて良い交流ができています。包括支援センターとも良く連携しており、熱心な取り組みがあるので日々の協働はこの上なくできています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>身体拘束について法人内外の研修会に参加して、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして注意し、防止や必要時の対応手続き等の理解につとめている。自らの意思を行動に移すこと、社会とのつながりは「人として」の基本と考え、鍵を掛けないケアを実践している。夜間のみ安全の為、施錠している。</p>	<p>指定基準の禁止の対象となる具体的な行為は見られない。人として普通に、当たり前前の生活を利用者自身の力で日々こなしていく立派な姿勢に、拘束する状況はない。居室の縁側の施錠は玄関と同じく夜間防犯の為で世間の常識の範囲内である。身体拘束をしないケアにも取り組んでいる。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>	<p>高齢者虐待防止法について法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして、日々確認しあいながら、防止につとめている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>地域権利擁護事業や成年後見制度について法人内外の研修に参加し、これらの必要性を知り、必要な人には活用できるよう取り組んでいる。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>契約、解除時には利用者や家族との面談の場をもち、不安、疑問点については、十分に時間をかけて説明し理解、納得のいくようにしている。又、いつでも質問できる機会をつくっている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>	<p>利用者や家族からの意見、不満は意見箱や直接聞いて、管理者や職員で検討している。また、外部者に表せることを伝えられている。又、課題は運営推進会議で明らかにし、出来る限り多くの方の意見を聞き、運営に反映させている。</p>	<p>家族は職員と接したときに意見を言えるし、言い易いので、改まって意見や不満を発言する場は必要としていない。家族は利用者の様子がいろいろな手立てで知らされているので、特に取り上げて要望することはない様子である。こまめに知らせ合う大切さを職員は心得て、運営に生かしている。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員個々には必要に応じ、面談やミーティング等で、意見交換を行っている。毎日の申し送り時も活用して常に意見交換を行い、反映させている。	会議を構えてしていなくても、ミーティングという気楽な集まりや面談で職員の意見交換は実施され、それぞれ何らかの進展があり、不平不満が溜まるような様子はない。職員の意向は必然として受け入れられ、機を逸せず、建設的に運営に生かされている。	
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。	事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度に応じて施設内、外での研修への参加を行い、また、法人内でも再々研修の機会を作り、各自が向上心を持ち、働けるように努力や実績を評価している。処遇に関しては社労士、専任の労務担当、産業医又、安全衛生委員会設置などを通して、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 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。	常日頃から働きながら学ぶことを推奨し、毎週定期的な施設内研修の実施がなされている。職員1人1人のケアの実際や力量に応じ、施設内外の研修にもできる限り、多くの職員が受講できるよう、常にスキルアップを目指している。外部講師も多数。		
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つくり、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組みをしている。	研修会、地域活動などを通し、他施設との交流をもち、サービス向上を目指している。意を同じくする全国の仲間との相互訪問や研修会を通し、交流の機会を持っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用開始時は無論、利用開始前には本人、家族の見学、面接を行い、本人の不安なこと、求めていることをしっかり聴き、信頼関係を築く機会を作っている。安心の確保に向け、理解、納得されるまで何回でも面談している。本人の理解が難しい時は家族も交えて話をする。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用開始前には、家族と見学、面接を行い、不安なこと、求めていることをしっかり聴き、施設方針やできること、できないことを丁寧に伝え、共に本人を支える為の信頼関係作りをしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談時から、理論に基づいたアセスメントを行い、本人、家族のニーズを把握し、本人、家族の必要としている支援をしっかりと傾聴し、見極めて、必要な他のサービス利用を提示し、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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者本人を「介護される人」の立場に置かず、一人の人として、主体的に過ごせるよう、又、得意分野での力を発揮してもらいながら、お互い様という気持ちや感謝（ありがとう）の関係性を築いている。「利用者から学ぶ」「出来ることは自分で」「互いに助け合う」を基本としている。		
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置かず、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。	入居と同時に、家族にも支援者としての立場をお願いし、いつでも来易く、意見も言い易いよう努めている。日常だけでなく行事参加もお願いし、本人、家族、職員が「共にある」ことを常に伝え、実践している。		
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。	いつでも誰でも面会に来易い雰囲気に努めている。「地域とのつながり」を大きいテーマとして取り組み、外出、買い物、地域行事を通じ、なじみの人や場との関係性が途切れないよう取り組んでいる。	食材の買物や散歩に皆で出かける時は、地域の方達と交流がある。地域の方は危ない所にガードレールを設置したり、団扇が使える、トイレが借りられる、お餅をもらったりと地域との交流につながっている。ホームに行くのは気後れするが、利用者がホームから出て来てくれるから支援し易いと、新たに地域との馴染みになっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	仲間づくりを大切にしており、作業や外出等利用者同士で声をかけあい、助け合える場面を多く作っている。人にとって「群」が大切と常に意識している。介護理念「互いに助け合って」は仲間づくりを基本としている。利用者間をつなぎ、支えあうようにすることが職員の役割として取り組んでいる。		
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。	サービス利用が終了しても、必要に応じて面会、連絡をとるなどし、関係を断ち切らないよう、付き合いを大切にしている。		
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	○思いやりや意向の把握 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。	入居前、後に本人から、又、困難な場合には家族から意向を聞き、主体的な行動を大切に、出来る限り本人本位となるように取り組んでいる。	アセスメントの時、身体の事で動き難いことを知ること以外に、本人の希望や家族の願いまでも聞き取って記録してある。ケアプランに生かされることは勿論の事、モニタリングで短期目標の変更時にも本人の意向が変化していれば取り上げてプランに活かしている。	
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。	利用者のより自立的、主体的、社会的な生活の支援には、これまでの生活歴は基本である。又、認知症のケアにとっても生活歴は重要であり、利用前からその情報、状況把握し、なじみの暮らしや生活環境に近づくよう努めている。		
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。	ミーティング、申し送り、カルテなどを通し、一日の過ごし方、心身状態、有する力など現状や変化を、リーダーを中心に全員が総合的に把握し、より正しいニーズの把握、アセスメントを繰り返している。健康については必要に応じ医師からの情報も得ている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者の視点に立って、地域と繋がって、よりよい暮らしを続けられるように、本人、家族、関係者の声を聞き、それらを反映した個別の具体的な介護計画となっている。介護計画満了の見通しだけでなく、利用者や家族の要望、又は、何らかの変化が生じた場合には、実情に応じたケアにつながるようにその都度本人、家族、関係者と話し合い、よりよいプラン作成に向け実践を必要に応じて実施している。	個別のケアプランに長期短期の目標は勿論、モニタリングして課題や変更点を明らかにする時も全てチームで取組んでいる。利用者一人ひとりの事は、全て職員が共有している。現状に即した変更点もすべて頭に入っていて、日々のケアに活かされている。同法人内の連携から緩和ケアも看取りも抵抗なく実践できている。	
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。	利用者一人一人のカルテに実践、結果、小さな変化や気付き等を記入し、情報の共有と実践に活用し、それらを個々にあったプラン作成には欠かせないこととして、介護計画に反映している。特に日々の体調変化の大きい方はかかりつけ医へのハウレンソウを細かくしている。		
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。	介護の状況に応じ、事業として出来る限り、自立した日常生活へ向けての支援と、家族支援をしている。又、状況によっては、法人全体で本人、ご家族に多専門職による多機能な支援体制をとっている。		
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。	本人の意向や必要性から、多くの地域資源との協働により、地域住民としての生活支援をしている。地域とつながった日常生活の為には欠かせないこととして、消防、保育所、文化センター、ショッピングセンター、地域住民などと、交流をもつよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	健康管理はケア以前のことであり、多くの医療機関とつながっている。一人ひとりの利用前の受診経過、現在の受診希望を把握して、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援をおこなっている。訪問看護ステーションとの24時間連絡体制も整っている。	法人の幹部は医師であって、事業所の根幹に医療面からの配慮を持った理論づけが裏打ちされている。入居者の健康状態の日々の変化もすべて医療面から指導がある。家族も安心である。こうした指導により職員も、緩和ケアから看取りまで自信を持って支援している。同法人内に関連事業所がある長所である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	毎日訪問看護による健康管理を行なっている。特変や疑問等あれば、すぐ看護師や医師に連絡できる体制をとっている。同一敷地内の医療機関の全面的支援がある。		
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、また、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。又は、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。	入院時には、利用者の治療、入院生活に必要な情報を提供し、いつでも連絡できる体制を作っている。こまめに面会に行き、様子や状況を聞き情報交換をし、早期退院に協力するなど、日頃から病院関係者との関係づくりをしている。		
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。	利用開始前から繰り返し家族や関係者と終末について話し合い、事業所が対応しうる、最大の方針を具体的に示し、それらを共有している。重度や終末期の利用者に対しては、「できること、できないこと」を見極め、最後まで地域住民として、よりよく暮らせるよう、かかりつけ医、訪問看護と連携をとり、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。終末、急変に備えて日頃より検討、準備、研修をしている。	同じ法人内の事業所に重度化した利用者が大半である。職員は、緩和ケアから終末期、看取りと、必ず来る事態に対する知識や体験も日常的に関与している。利用開始前から本人や家族と重度化やターミナルケアについて繰り返し話し合い、その時になっても対応がブレない取り組みができています。	
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。	定期的に消防署へ依頼し、救急救命士による急変、事故発生時の対応の勉強会、訓練を行っている。又、随時の訓練も行っている。急変時の連絡体制を各職員が把握している。		
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。	消防署の協力を得て非難訓練、避難経路の確認等参加可能な利用者と共にやっている。また、運営推進会議や、地域行事への参加、町を歩くことなどを通じて、地域の協力を呼びかけ、理解を得ている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットを作り、万一の時の支援体制を強化している。	消防署とは何度も避難訓練を実施して参加している利用者は、要領を把握している。火災発生が夜間だったとしても、別施設の職員の5名で対応できる有利さと、近隣に住居はなく、林と道路に囲まれた立地なので、駐車場を走って道路側に避難誘導できることから問題はない。風向きから煙の流れる方向に注意は必要である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	人格の尊重や誇り、プライバシーの確保については、利用者一人ひとりに常日頃からマニュアルに沿った対応をしながら、運営者、管理者、職員が日常的な確認を行い、対応の徹底を図っている。毎年、外部講師による研修もとり入れている。	排尿のリズムを把握する仕方から声掛けひとつとってもプライバシーの確保にかなり神経を使っている実態である。何より利用者一人ひとりの人としての尊厳をととても大切に考える日々のケアが、管理者・職員全員に徹底している。利用者一人ひとりの人としての尊厳をきっちり対応したケアが行き届いている。	
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。	「主体的、自立的、社会的に生きることを支援する」を基本に置いている。そのために自分で決め納得し働けるよう、利用者に合わせた声かけ説明を行なっている。一人ひとりの「わかる力」に合わせた説明をし、利用者の意思を聞く場面を多く作るよう支援している。		
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。	ひとりひとりの状態にあわせたペースで話したり動き、本人の希望や好みを聞きながら柔軟に対応する事で自立的、社会的な生活支援をしている。職員は生活の支援者であることを実施する。		
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。	町の理美容を利用し、本人の要望のあった時や必要に応じて、本人の望む店に行っている。服装や化粧等、その人の希望を聞きながら、似合う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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事に関する一連の作業を通じて利用者の力を発揮してもらいながら、作業や会話など通し「食」に対して意欲が沸くように支援を行っている。メニュー会議、買い物準備から片付けまで、楽しみが沸くようにし、また、職員と利用者が同じ物を一緒に食べて、楽しい雰囲気での食事が一日の大切な活動となっている。	メニュー会議があつて献立を利用者との職員で決めていく。食材の購入にもみんなで参加し、調理も全員で行い、御飯の装い方、配膳の要領行き渡ったかどうかの点検、膳を下げ洗い物に移るまで一緒に携わっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	法人開設以来、水分1日1,500ml以上、食事量1,500キロカロリーは介護の基本とし、ひとりひとりの好み、状態、習慣、力に合わせて、充分摂取できるよう支援している。体調の変化に合わせて、その都度、全員かかりつけ医と相談しながら目標設定している。		
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。	口から安全に食べ続けられること、肺炎、不明熱、誤嚥、窒息等の予防を、口腔内清潔保持は介護の基本として実践している。その為に、一人ひとりの口腔状態や力に合った支援を行っている。言語聴覚士・歯科衛生士の定期訪問あり。		
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向けた支援を行っている。	排泄ケアは人の尊厳を守ることの基本として、一人ひとりの排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握し、できるだけオムツを使わない支援をしている。日中は布パンツとパット、トイレ誘導を原則とし、必要な方のみ夜間オムツを使用し、常に排泄の自立支援に向かっている。	排泄の自立は個人差が大きく健康状態を如実に表すものでもあり、支援の大切さは、プライバシーの保護と共に職員も配慮している。トイレでの失敗への対応は、職員の配慮ある動きで、人格が尊重された支援をしている。	
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。	認知症の方にとって便秘は大変重要な課題であり、基本的知識として周知徹底している。予防、対応の為に予防と対策「7ヶ条」の実践をしている。毎日排便、薬を使わない対応を基本としている。		
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てしまわずに，個々に応じた入浴の支援をしている。	一人ひとりの意向を第一にし、くつろいだ気分で入浴できるよう、柔軟な支援が行なわれている。人によっては夜間入浴も行なっている。	人としての自立をできるだけ支援する方針であり、自分の力で対応して貰うために浴槽の内外に補助具が配置されていない。要介護度のない人が入浴する仕組みと全く変わらない設えである。入居前の自宅での入浴と変わらない気分を味わえるよう支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ケアの基本として、「良眠7時間」をあげている。一人ひとりの日中の生活習慣に合わせ、又、日中活動性を高めたり、体調管理により、できるだけ薬を使用しないよう夜間良眠を支援している。日中は椅子や畳等を置き、好みの場所で個々の体調にあわせ安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	利用開始時、又、服用開始時に医師又は薬剤師からの指示や、指示書確認をしている。指示通り服薬できるよう支援し、症状に変化のある時や、体調の変化のあるときは医師に報告し、指示を仰ぐ。薬剤師の定期訪問あり。		
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。	「生き生きと主体的に生きることを支援する」を目指し、実践する為には生活歴を活用することは不可欠。又、一人ひとりの持てる力を知って、出来ることをして頂き、出来たことを共に喜べる支援をしている。外出は毎日を基本として、楽しみ、気晴らしなど社会の一員としての支援をしている。		
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。また、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。	「最後まで地域住民として生きる」支援をしている。その日の体調や天候に配慮しながら近くへの散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中へ毎日出かけている。又、会話の中から行きたい場所や、したいことを聞き、日常の外出に加え、普段行けない所へ皆で出かけたり、個別に出かけられる機会を作っている。墓参りや外出等家人とでかけられることは多い。	その日の体調で一人残るとしても後は全員に3人の職員が付いて散歩している。食材購入での行程も、地域の中へ毎日のように出かけている。地域の祭りや園や学校の運動会などの行事に集団で参加している。個人の墓参りや結婚式など、家族と一緒に外出もできるだけ支援して、楽しい思い出や懐かしい出合いを大切に支援している。	
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。	お金の管理の可能な方には個人で管理してもらっている。難しい方へは買い物や外出時等、必要に応じて自分で使えるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	手の届く所に電話機を置き、いつでもかけられるようにしている。手紙も本人の希望や状況に応じて出している。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	共用空間は五感への配慮が特になされており、居心地のよい、利用者が落ち着け設えとなっている。共用空間は「和」を基調とし、なじみある空間にしている。庭から四季折々の光や風が入り、地域性にあった自然を取り入れた、居心地よい空間を工夫している。	共用空間に背凭れのない丸椅子が目立ち3人掛けのベンチと畳4畳の腰かけられるものがあるがソファは一脚だけである。それを尋ねたら、床のフローリングに寝転んで休めれば良いという。理論的な裏打ちで自分に備わっている自力を損なう物は置かないので、ソファにゆったり座って一日中テレビを見て暮らす様なことはできない。	
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。	リビングや廊下には畳やソファを設置し、利用者同士、又は一人で思い思いに過ごせる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。	居室には使い慣れた馴染みの物を持ってきて頂いており、それぞれの方の生活に合った設えとなっている。部屋作りは本人、家族の意向を重視している。地域の特性にあわせ、各居室には縁側がついている。	居室の縁側は、南側の日当たりを掃出し窓一杯に受けて、日向ぼっこを気持ち良く出きる特徴がある。そこに洗面台もあり、朝の身支度も明るく気持ちよくできる配慮があった。畳敷きにしたければそのようにもできる居室であるがベットの方が多く、布団の揚げ降ろしはない。壁面の飾り付けは各自の思い通りにされている。	
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」や「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。	各利用者のできる事、できない事を見極め、できる事には手を出さず、できないところだけ自然に手助けをし、出来る限り自立して暮らせるよう支援している。一人ひとりの分かる力を知り、マークや、案内板をつけたり、さりげない誘導など、施設内外に工夫をし、支援している。		

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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ます	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	○	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
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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
66	職員は、生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム たんぼぼ

作成日 平成 24年 4月 16日

【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		さまざまな中核症状への対応	「認知症」についての知識と関わり方の修得	全体研修会 ケース検討会	1年
2		9人の動きを同時に把握する	集中力を養う	仕事の姿勢をさらに磨く	1年
3			個々を知る	ケース検討	1年
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には, 自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は, 行を追加すること。