

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 31 年 1 月 28 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492300094		
法人名	株式会社 ビジュアルビジョン		
事業所名	けあビジョンホーム大竹		
所在地	広島県大竹市松ヶ原町215-1 (電話) 0827-59-1441		
自己評価作成日	平成31年1月11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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=3492300094-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 FOOT&WORK
所在地	広島市安芸区中野東4丁目11番13号
訪問調査日	平成31年1月28日（月）

【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）】

家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、安心と尊厳のある生活を提供するために個別ケアを重視している。ひとり一人の認知症の症状や嗜好に合わせた介護をするために以下のような取り組みを実践している。①調理のすべてを介護職員がホーム内で行うことによる家庭的な雰囲気と食事の提供、②介護スタッフの見守りと支援の下で、家事がお好きな方に洗濯や台所仕事を共同で行う、③タバコを好まれる入居者様への支援、④日常的な散歩の支援と月に1回は外食と買物の外出を支援、⑤地域のお祭りや清掃、敬老会への参加を支援、⑥地域のこども館との交流、⑦地域のボランティアや協力者による『生け花教室』や『ネイルケア』を開催、⑧2ヶ月に1回は研修とミーティングを行って、自分達の介護を見直している。

【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）】

けあビジョンホーム大竹は、山あいであり、JR玖波駅より車で10分位、県道42号線を走ると平屋建ての建物があります。玄関エントランスには、地域の方が寄贈された山あいを描いた大きな油絵が飾っており、室内は採光が入り、広々として明るい雰囲気がある。利用者にとって、楽しみにされていることは、外出以外にも「生け花教室」や福祉ネイリストによる「ネイルケア」を開催されているのも一つと言える。男性にも爪磨きは、好評のようだ。介護ケアも大差があり、利用者一人ひとり、個別対応されている。管理者が、一人ひとり丁寧に声を掛ける事も、皆さんの元気の元になっているようだ。元気でその人らしく安心した生活がおくれるように理念に沿って実践している。

けあビジョンホーム大竹

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。	経営理念、経営3原則、グループ訓、基本動作10ヶ条をつくり、事務所と台所内へ掲示して朝礼、夕礼時に確認することで理念の共有を図っている。	理念に対して、研修(試験)も行っているように職員は、日々の朝礼時や夕礼時に確認し、共通認識を持ち実践に繋げている。「明るく、元気に、誠実に」をモットーにしている	
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。	近くにある『こども館』との交流や地域の清掃、お祭り、敬老会などに入居者様と共に積極的に参加している。また、地域のボランティアや協力をホームに招いて『生け花教室』や『ネイルケア』を開催するなどして交流している。	ホームで作成している「けあビジョンホーム大竹通信」を年4回発行して、地域にも配布している。又、大竹祭り・玖波祭り・玖波コレ鑑賞会・地域の敬老会に参加したり、自治会にも加入しているため、町内清掃にも参加し、野菜や卵、餅等を頂いたりして、積極的に交流している。	
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。	運営推進会議を通して、自治会や民生児童委員の方々へ、ホーム内で研修で使った資料を配布したり、グループホーム内での実践を伝えるなどして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。	運営推進会議では、利用状況や地域交流や行事等の実施状況、苦情、事故、身体的拘束等の実施状況などを報告して評価や要望、助言を話し合っている。運営推進会議で話し合った内容は報告書にして、行政へ提出、玄関の掲示板へ掲示して公表、職員へ回覧、スタッフミーティングで話し合うことでサービスの向上に活かしている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催し、大竹市健康福祉部介護課職員・大竹包括支援センター職員・玖波包括支援センター職員・自治会長・管理者・利用者等が参加し、運営状況、行事報告・身体的拘束等の実施状況等を報告し、意見や助言を頂いている。	
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組んでいる。	2ヶ月に一度は運営推進会議を開いて大竹市担当者へ事業所の実績やケアサービスの取組を積極的に伝えている。また、月に1度は大竹市役所へ出向いて報告や情報交換をしながら、協力関係を築くようにしている。	市担当者とは、運営推進会議を通して、交流している。市担当者との協力関係は、相談や書類提出時等、助言をしていただいている。	
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。	身体的拘束等にあたる具体的な行為やそれにつながるスピーチロック、ドラックロックなどを含め、職員へ研修を行い身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。また、運営推進会議と同時に2ヶ月に1回、身体的拘束等適正化委員会を開催して、身体的拘束等の状況を報告している。	2ヶ月に1回、身体的拘束等適正化のための指針を示し、研修で全職員に伝えている。玄関の施錠はしているが、利用者が外に出たいと察知した時は、職員と一緒にさり気なく散歩するようにしている。	
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。	高齢者虐待防止法の理念、具体的な事例、最近の動向などを含め職員へ研修を行うとともに、管理者が入居者と面談して虐待の兆候を見逃さないように努める。金銭管理方法についてご家族へ助言するなどして防止に努めている。		

けあビジョンホーム大竹

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
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。	広島県や大竹市の開催する研修に参加するなどして日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、活用できるようにしている。		
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。	契約の締結、改定時には、料金表や重要事項説明書を使って十分な説明を行うとともに、不安や疑問点を聴くようにしている。また、解約時には、手順や返金、退居後の支援について説明をしている。		
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。	行政の担当者や地域包括支援センターの職員、自治会長、民生児童委員などが集まる運営推進会議の場で、利用者や家族等から意見や要望を聴くようにしている。また、受付にご意見箱を設置して直接意見が言えない方にも配慮してご意見を集め運営に反映させている。	玄関に苦情窓口・意見箱を設置するとともに、運営推進会議時や家族の来訪時・電話での対応で、意見や要望を聞くようにしている。	
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。	日々の朝礼、夕礼で職員の意見や提案を聴いたり、連絡ノート活用して職員の意見や提案する機会を設けている。また2ヶ月1回はスタッフミーティングを開いて意見や提案を反映させるようにしている。	日頃から、意見が言い易い雰囲気づくりを心掛けており、人間関係・介護の仕方・ケアの方針・取り組み等、具体的に話し合い意見や要望を反映させている。	
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。	職員個々に上司による面談、360度評価を行うとともに、実績や勤務状況も含めて人事評価し、昇進や昇給する制度を就業規則や給与規程、賞与規程に定めて整備している。		
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。	OJTによる職場内でのトレーニングのほか、正社員は年に2回、中四国ブロックの他事業所と合同研修を実施している。また、介護職員初任者研修や実践者研修の受講料1部補助、認知症実践者研修や管理者研修については受講料を全額補助して受講を推奨している。		
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。	管理者を大竹市の開催する高齢者支援ネットワーク会議に参加させているほか、他事業所へ相互訪問研修、年2回の中四国ブロック合同研修を実施してサービスの質を向上させる取組みをしている。		

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
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。	サービスの利用を開始する段階で、本人の思いや不安などを傾聴するようにしている。その上で基本情報や生活歴、趣味、嗜好などの情報を収集して、その人らしい安心した生活が送れるように努力している。		
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。	入居前の利用者の基本情報や家族からの事前相談などを利用し、家族の思いや不安などを傾聴するようにしている。また、サービス開始時期の家族の不安やストレスに寄り添うことで信頼関係を作るように努力している。		
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。	利用を開始する段階で、まず必要な支援を本人や家族と共に見極めて、グループホームのサービスだけに捉われずに必要に応じて医師の往診、歯科往診、理美容サービスなどを取り入れるようにしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は、本人の思いや性格を受け止めて、生活歴などを参考にしながら本人ができることや役割を考えながらケアするようにしている。できるだけ洗濯や台所仕事、清掃、片付けなどを利用者と一緒にしながら共にすることで信頼関係を築くようにしている。		
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。	面会や受診時には、家族へ近況をお話して、できるだけ家族と一緒に食事をしたり、買い物をしたりする時間を作って頂けるようお願いしている。また、本人が家族とゆっくりつるいで面会できるように話す場所に配慮したり、お茶や菓子などをお出ししたりするようにしている。		
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。	馴染みの関係が途切れることのないように可能な限り親戚、友人、知人に面会へ来てもらえるように配慮している。また、地域のお祭り、敬老会などの行事や馴染みの店へ行けるように支援している。	友人、知人の訪問もあり、又、外出先(買い物先)で、顔見知りに出会ったり、家族で正月や法事、墓参り等に出掛け、馴染みの人や場所との関係が、途切れないように支援している。	
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。	一人ひとりが孤立せずに、関わり合いがもてるように利用者同士の関係を把握して、一緒に散歩したり作業したりするようにしている。また、リビングで過ごす場所や食事をとる座席の位置を配慮するなどの支援に努めている。		
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。	サービスが終了した後も、必要な情報提供や本人や家族からの相談に応じるなど退去後も本人や家族をフォローするようにしている。		

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
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。	定期的に利用者や家族の思いや希望をアセスメントすることで意向の把握に努めるようにしている。また、介護計画はパーソンセンタードケアやICFの考えを基本に検討するようしており、本人の意向がはっきりしない場合も本人本位のケアになるように検討している。	日常生活での本人との関わりの中で、本人の希望や意向を聞くようにしている。趣味で、野菜作りや読書・折り紙・ぬり絵等、本人本位になるよう努めている。	
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。	入居時のアセスメントで本人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。また、入居後も必要に応じて会話の中で馴染みの暮らし方や嗜好を尋ねるようにしている。		
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。	日々の生活やケアを記録し、毎日バイタルチェックを行い記録する他、食事や水分量、排泄なども記録して入居者の心身状態や今していること、できること的能力を把握するようになっている。		
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。	入居時のアセスメントと入居後の生活をもとに介護計画を作成し、本人や家族の理解を得るようにしている。その後は定期的なモニタリングを行い本人や家族、介護、医療、看護スタッフと話し合いながら状態の変化によって随時見直しを行うようにしている。	利用者・家族の希望を聞き、又、日常の業務日誌に書き込んだ内容等、を皆で話し合い検討して、6ヶ月に1回、見直しを行っている。状況が変化した場合は、その都度見直しを行っている。	
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。	日々の生活をケア記録へ記入すると共に、介護計画のモニタリングを定期的に行っている。また、スタッフの気づきや工夫なども連絡ノートへ記入しスタッフ同士で共有して介護の実践や介護計画の見直しにつなげるようにしている。		
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。	訪問美容や福祉ネイル実習生の受け入れなど柔軟な支援やサービスを取り入れるようにしている。また、地域のボランティアによる『生け花教室』や近くにあるこども館との交流などのインフォーマルなサービスも活用するようにしている。		
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。	運営推進会議などで地域の皆様から地域行事やボランティアによる行事、高齢者の散歩に適した場所など地域資源の情報を得るようにしている。また、入居者が地域に出て行って参加することで、安全で豊かな暮らしを継続できるように支援している。		
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、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。	ホームの提携医療機関にこだわることなく、本人及び家族の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医による往診や受診の支援をしている。	協力医療機関である近隣の内科医院等、往診もあるが、家族の協力を得て、受診に行ってもらっている。やむを得ない場合は、職員が連れて行く場合もある。	ホームとして歯科の提携医療機関の体制を整えられるよう期待します。

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
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。	ホームで看護職員を配置することで、入居者の体調のなどを普段から看護師と相談できるようにしており、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、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。	利用者が入院した際に安心して治療できるように、普段からかかりつけ医や看護師などの病院関係者と情報交換をしている。また、入院中も入院先を訪問し、本人や家族と面会して相談に努めると共に、医師や看護師などと情報交換して、できるだけ早期に退院できるように支援している。		
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。	「重度化および終末期介護対応の指針」を定めていて、入居時に利用者・家族に説明している。その上で、実際に重度化や終末期に入られた場合に事業者としてできることを十分に説明して本人や家族等と話し合いながら方針を共有して支援を行なえるように努めている。	入居時に「重度化および終末期介護対応の指針」について説明をしている。重度化された場合、ホームにおける介護サービスでの対応が困難な状態、又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合は、他の専門的機関を紹介し、出来るだけ希望に添えるよう取り組んでいる。	今後は、看取りをされる予定ですので、医師による24時間体制を整えられるよう期待します。
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。	利用者の急変や事故発生時に備えてマニュアルを整備し、入居者急変時の対応フローチャートを職員がいつでもすぐに確認できるように各所へ掲示している。また、職場内で研修を行うことで実践力を身につけるように努めている。		
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、地域との協体制を築いている。	年2回の消防訓練・避難誘導訓練を実施してスタッフが災害時の対応を身につけられるように努めている。また、災害時の地域との協体制を運営推進会議などで行政や地域と協議している。	年2回、消防訓練・避難訓練を実施している。その内1回は、消防署の立ち合いの下、参加できる利用者と共に通報・避難誘導・消火訓練等、行っている。近隣住民の方も参加された。	
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。	『思いやり』を持った言葉かけや対応を理念に掲げており、スタッフには、利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを傷つけないような言葉かけや対応に気を配るように指導している。	利用者一人ひとりの人格を尊重する声掛けや対応を心掛けているが、つい馴れ合いになり口調やピーチロックで、お互い注意し合う事もあり、対応に気を配っている。	
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。	日常生活の中で本人の思いや希望を表しやすい雰囲気を作るように努力している。また、支援を押し付けるようなことはしないで自己決定ができるような言葉かけをするように注意している。		
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。	職員は本人の体調や他の利用者に影響が及ばない範囲で本人のペースや希望にそって援助するようにしている。具体的には、散歩や買物などの外出に付き添うようにしている。		

けあビジョンホーム大竹

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
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。	洗顔や整髪、髭剃りできるようにして身だしなみを整えられるように援助している。また、服は自分で着たいものを選ぶように配慮している。その他、希望者には訪問美容サービスや福祉ネイルケアを受けられるように援助している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	安心して食事ができるようにスタッフが見守りや食事を共にするだけでなく、献立を利用者と一緒に考えたり、下ごしらえを手伝って頂いたりすることで食事が楽しめるように支援している。また、食器拭き、テーブル拭きなどの後片付けも職員と利用者が協力してするようにしている。	職員が、手作りの食事を提供している。利用者も出来る所を職員と一緒に手伝っている。対面式キッチンなので、台所からの音や匂いで、家庭的な雰囲気がある。月1回は外食の日にして、楽しみにしておられる。手作りおやつを、一緒に団子やホットケーキを作っている。	
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。	一人ひとりの食事摂取量と水分摂取量を記録して把握することで、バランスのとれた栄養補給や水分摂取の支援をしている。また、一人ひとりの状態に応じた食事形態や食材、食事量にも配慮するように努めている。		
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。	毎食後に口腔ケアできるように必要に応じて、お声がけや見守り、介助している。また、必要な方には、歯科の往診が受けられるように援助している。		
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向けた支援を行っている。	本人の排泄状況にあったパンツ・オムツ・パット類を選択するように努力している。また、なるべくトイレで排泄ができるように一人ひとりの排泄パターンを把握して援助するようにしている。	個々の排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導を行っている。なるべくオムツやパットの使用を少なくするよう努めている。	
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。	食物繊維の多い食材を取り入れたり、適度な水分補給を促したり、本人の好きな飲物を提供したりするようにしている。また、適度な運動を支援するため体操や散歩をケアに取り入れて便秘を予防するようにしている。		
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。	入浴は誘導から更衣、入浴までマンツーマンで一人当たり40分程度の時間を確保して自分のペースでゆっくりにゆよくできるようにしている。また、一人ひとりの希望を聞きながら、入浴の曜日や時間、順番を調整している。入浴時間は、食事やリクリエーション、散歩などの介護や職員の配置の都合で14:00～16:00の間にさせてもらっている。	入浴は、週2回で、ゆず湯や入浴剤を使用する時もある。入浴嫌いのかたの対応に飲み物で誘ったり、職員を交替したり、工夫している。浴槽は、利用者の麻痺の状態、左右スライドできるようにしており、配慮されている。	
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。	自分で移動できる方は、思い思いに休憩されている。介助が必要な方も、その時々状況に応じて休息がとれるように援助している。寝具類は気持ち良く休めるように管理表を用いて、洗濯や日干しを行って清潔を保つようにしている。		
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。	看護職員が薬の管理とセットを担当し、介護職員へ情報を伝達している。また、すべての職員が服薬内容についての情報を理解し、すぐに確認できるようにお薬の情報をファイルに整備している。服薬などの管理は『準備・提供・記録』の3重のチェック体制で漏れや誤薬を防ぐようにしている。		

けあビジョンホーム大竹

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	
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。	一人ひとりの生活歴や能力に合わせて、食事の準備や後片付けなどの家事を役割を持ってできるように援助している。また、利用者の嗜好に合わせてレク、音楽、ビデオなどを提供するようになっている。			
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。	利用者の希望を聞いて外を散歩できるように援助するだけでなく、希望される利用者には、行きつけのお店への外食や買物などの同行も可能な限り支援するようになっている。また、地域のお祭りや敬老会、こども館などにも出かけられるように地域の人々と協力しながら支援している。	その日の天気や利用者の体調を見ながら、散歩に出かけている。平和公園に折鶴を寄贈に行ったり、玖波祭りや地域の敬老会に参加したり、外食、買い物レクにゆめタウン大竹や菖蒲鑑賞に錦帯橋・初詣に大歳神社に出掛け支援に努めている。		
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。	トラブルを防ぐため、個人的なお金は利用者と金銭管理契約を結んだ上で適切に管理するようになっている。また、ひとり一人の希望や力に応じてご家族との外出時には、お財布を渡して所持できるように支援したり、ホームで外出した際には、外食や買い物、自動販売機でのジュースなどもできるようにしている。			
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。	家族などからの電話の取次ぎはもちろん、希望される利用者は、ホームの事務所の電話を使って家族や友人へ連絡されている。また、手紙のやり取りも、代読や代筆も含めて一人ひとりに適切にできるように支援している。			
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。	リビングは南向きで明るく、ソファやテレビが置かれていて、レクリエーションで作った作品や季節の花を飾るなどしている他、利用者が楽しめるような音楽や映像なども準備して鑑賞してもらっている。また、共用空間の空調、照明は、常に快適な状態を保つように配慮している。	玄関・廊下・リビングは広くて移動が楽に出来る。リビングルームには、生け花教室で活かされた花が、目に付く所にそれぞれに飾ってあり、皆さんの目を和ませて居られた。テーブル・椅子やソファが設置しており、一人ひとりの居場所があり、居心地よく過ごせるよう工夫している。		
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。	リビングにソファを置いたり、食事以外の時間もリビングで自由に過ごせるように配慮することで、ひとり一人が独りになれたり、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。また、利用者同士のコミュニケーションが良好になるようにテーブルや席の配置に気を配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。	タンスは備え付けとなっているが、その他の家具や備品については、本人や家族等と相談しながら利用者が使い慣れた生活用品や装飾品、写真などを持ち込んでもらうことで思い思いに自分の部屋として居心地よく過ごせるように工夫している。	利用者一人ひとりが、馴染みの物を持ち込み、棚・テレビ・時計・カレンダー・好みの本・家族写真等、配置よく飾られ居心地の良い空間づくりがしてある。		
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。	一人ひとりの能力に合わせて、安全に自立した生活ができるように、椅子や洗面用具、清掃用具、洗剤、ティッシュペーパー、ゴミ箱、トイレトペーパーの配置まで気を配り工夫している。			

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くらいの ③利用者の3分の1くらいの 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させている	○	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

ケアビジョンホーム大竹

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、活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 けあビジョンホーム大竹

作成日 平成 31 年 1 月 11 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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	現実的にホームで看取り介護を実践するためには往診医（居宅療養管理指導）を確保する必要がある。	往診医（居宅療養管理指導）を確保する。	幅広く情報を集めて、丁寧に説明し、往診医を確保する。	6ヶ月
2	42	利用者個人の歯科往診医は確保しているが、ホームとして歯科の提携医療機関の契約ができていない。	歯科の提携医療機関を確保する。	往診に来ている歯科医などに提携医療機関の契約を相談する。	6ヶ月
3					
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。