

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	3570102271		
法人名	社会福祉法人 松美会		
事業所名	アイユウの苑 グループホーム		
所在地	山口県下関市彦島田の首町1-1-32		
自己評価作成日	平成23年2月21日	評価結果市町受理日	平成23年7月11日

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

基本情報リンク先	http://kaigosip.pref.yamaguchi.lg.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成23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)】

- ・自治会に加入しており、地域の活動にも参加出来ている。
- ・利用者の気持ちや尊厳を大事にし、希望の実現やその人らしい生活を支援するよう努めている。
- ・利用者個々の生活リズムに沿って1日を過ごしていただき、希望に沿える外出等も出来ている。
- ・法人の理事長が協力病院の医師であり、また法人内の訪問看護サービスを利用していることから、医療との連携が充実している。
- ・利用者と家族が交流する行事、機会が多くあり、家族と職員の連携が図れている。家族間でも馴染みの関係が出来ており、安心でできる一因になっている。また、以前利用していた利用者の家族が、ボランティアで来苑してくださることもある。
- ・学習療法、身体機能の低下を防止する為の体操等を取り入れ、残存機能の維持に力を入れている。
- ・利用者、職員共に笑顔が多く、明るい雰囲気がある。

【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)】

理念に基づいたケアの実践とは、何をすべきかと全職員で事業所独自の理念を掘り下げるために、年4回の認知症の勉強会の中でケアする側の基本的な考え方(理念)の重要性和ケアの道しるべとしての理念を共有するためについて学ばれ、具体的なケアについて意見の統一を図られています。また、3ヶ月ごとのアセスメントの見直し、生活とケアの連絡帳と看護連絡帳の一体化、24時間生活変化ノートでの利用者のケア状況の把握など、職員が情報を共有するための工夫をし、利用者の状況や思いや意向の把握に努められ利用者一人ひとりにそった支援をしておられます。

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	
57	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	64	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	○	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
58	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	65	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
59	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	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広がったり深まり、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. 全くない
60	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	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	利用者は、戸外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
62	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	69	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
63	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	○	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

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	法人の理念の下に、グループホーム独自の理念を掲げている。理念は掲示しており、目に付く状態にしてある。会議で議題とすることもあり、理念について認識を共有する為の話し合いをする機会を設け、実践に繋げている。	事業所独自の理念を作成し、全職員で共有して、理念の実践に向けて取り組んでいる。		
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	自治会に加入し、自治会の地域行事の際には、お声掛けいただき、積極的に参加するようにしている。また、地域行事には準備や片付けには職員が可能な限り参加し、コミュニケーションの機会の一つとしている。	自治会の夏まつりに利用者と家族と共に、魚釣り、輪投げの出店や菓子の袋詰めの協力をするなど地域の一員として参加している。どんど焼きや小学校の運動会の見学に出かけたり、法人主催の祭りに地域の人に参加して交流している。ボランティア(美顔教室、大正琴、フラダンス、見守り)との日常的な交流もある。		
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	地域で認知症サポーター養成講座を開講している。また、直接来苑されての相談や電話での相談等を受け入れている。			
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	外部評価の結果を、次年度の事業計画や内部研修に反映させ、改善に繋がるように活用している。	評価の意義を理解し、全職員で自己評価に取り組んでいる。職員にとってはケアの振り返りができ、評価を通して課題が明確になったと捉え、具体的な改善に取り組んでいる。		
5	(4)	○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	地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、ボランティア、家族代表、利用者代表と法人職員が参加している。これからの取り組みについても議題とし、内容や取り組みについてアイデアをいただくこともある。	年6回の開催で、利用者の状況、行事報告、外部評価結果の報告、事業所が開講するサポーター養成講座等について意見交換し、出た意見をサービスの向上に活かしている。		

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
6	(5)	○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	運営推進会議に地域包括支援センター職員に出席していただいている他、相談や確認がある際には介護保険課に連絡することもある。事故発生時等には事務長経由で介護保険課に連絡するようにしている。	市介護保険課や地域包括支援センターとは、相談や情報交換を行い、協力関係を築くよう努めている。	
7	(6)	○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	玄関は防犯上、18:00から7:00の夜間のみ施錠している。身体拘束については内部研修を実施、また全職員が、利用者の行動を制限しないという視点から対応している。	身体拘束に関する方針やマニュアルを作成し、勉強会を実施している。職員は正しく理解して、玄関の施錠を含めて抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。	
8		○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	内部研修実施し職員に周知している。また職員は日々の勤務の中で、自分や他者の行為が虐待にあたらないか意識しながら勤務についている。		
9		○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	内部研修で取り扱っている。実際に制度利用が必要な機会に接する事は少ないが、必要な際には確認する為の資料も個々に配布している。		
10		○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	契約書、重要事項説明書等に沿って不安や疑問点を確認しながら時間をかけて説明している。利用開始後も質問があった際は、納得していただけるように丁寧に説明するように心掛けている。		
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	アンケートの実施や、苦情報告書や苦情箱の設置など受付体制やその後の対応等のルールはしっかりと出来ている。担当者会議や面会時などの家族の様子やさりげない一言に対しても、拾い上げようとする意識が高い。	年3回実施している家族会や面会時、年1回のアンケート、担当者会議で家族等が意見や要望の出せる雰囲気づくりに努め、意見を運営に反映させている。苦情受付担当者、外部機関、第三者委員の明示し、リスクマネジメントマニュアルを作成して、具体的な手順を定めている。	

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
12	(8)	○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	法人全職員に『仕事満足度調査』を実施し、職員の満足度や不安の把握、改善に努めている。 管理者は年2回の面接以外にも、都度職員の話聞く機会を設け、意見や提案を検討し、業務マニュアルを改定等、運営に反映させている。	管理者、主任は日頃から職員とのコミュニケーションを図り、意見が言いやすいよう工夫に努め、出された意見や提案は運営に反映させるよう取り組んでいる。	
13		○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	介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得者には資格手当が支給され、受験料も法人が負担するなど資格取得を応援している。アンケートの実施等で職員の満足度や不安要素の把握に努めている他、管理者は日頃から職員の話に耳を傾け働きやすい職場環境を整えている。		
14	(9)	○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	内部研修を年間12回以上実施しており、内容によっては栄養士や看護師に講師を依頼したり、外部講師をお招きすることもある。外部の研修にも積極的に参加するようにしている。	研修計画を作成して、月1回の事業所研修、年3回の法人研修、年1回の新人、中堅、管理者研修を実施している。段階に応じて外部研修への参加の機会を提供し、受講後は復命研修を実施している。現場で共に考え、共に働きながらトレーニングしていくことや、外部講師を招くなど、職員の質の向上に向けた取り組みをしている。	
15		○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	山口県宅老所・グループホーム協会に入会しており、ブロック別研修会等には出来る限り複数の職員で積極的に参加するようにしている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	初対面であることが多く、失礼のないように、かつ緊張されないようにゆったりとした態度で臨むようにしている。共感する姿勢を示すことで、安心感からより多くの情報収集ができるよう心掛けている。		
17		○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	まずは家族の心情や苦勞、現在の結果を承認し、安心感や信頼関係に繋がるように接している。その後、不安なことや要望を多く聞き出せるように努めている。		

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
18		○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	利用開始と同時に暫定のケアプランを作成するが、その際に必要な事柄があれば盛り込むようにしている。ベッド等のレンタルや、協力病院への受診等、必要な支援は行なっている。		
19		○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	家事等の日常の事や行事の準備など、職員だけで行う事なく、利用者にも出来る部分を行っていただき、一緒に行なうようにしている。お礼をしっかりと伝えるようにしている。		
20		○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	来苑時や担当者会議の際に、近況の報告しながら、今後の方向性を相談し、その後のケアに反映させるようにしている。家族と職員はチームであるという感覚で接するようにしている。		
21	(10)	○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	情報の収集に努めており、把握出来ている場所については度々出かけることもある。家族以外の友人の方が来苑されることもあり、年賀状などで遠方の方と連絡をとる支援も行なっている。	利用者の実家や結婚式場、八幡様等本人の馴染みの場所へのドライブに出かけたり、遠方の家族へ電話をかけたり、正月や盆の帰宅など、馴染みの場所や人との関係が途切れないように支援している。馴染みの美容院やレストランには家族が連れて行き、近くの友人が来訪されるなど、本人が住んでいた地域や人との関係継続の支援をしている。	
22		○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	仲の良い利用者が居室等で話し込む場面が日常に見られる他、食事等の際に利用者が利用者と呼びに行く等の場面づくりをしている。上手いかわない利用者間の対応は、職員が間に入り対応している。		
23		○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	利用終了の際には、以降も何でも相談に乗ることが出来る旨をしっかりと伝えている。その後の経過を連絡してくださる家族も複数あり、また行事にボランティアとして来苑して下さることもある。		

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
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					
24	(11)	○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	本人の気持ちや希望・意向を把握するように努めている。聞き取りが困難なケースは、日頃の言動から推測したり、その上で家族からの情報収集や話し合いをしている。月1回のカンファレンスでも、本人本位での視点で検討するようにしている。	日々の関わりの中で利用者の表情、言動に気を配り、一人ひとりの思いの把握に努めている。面会時に家族や友人等から聴き取り、把握した内容は「伝達シート」や「24時間生活変化シート」等に記載し、全職員が共有している。	
25		○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	利用前の本人や家族との聞き取りの中でしっかりと情報収集に努めている他、入居後も同様に継続して把握に努めている。		
26		○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	日々の記録の他、連絡帳や申し送りで日々の些細な心身の状態変化も把握出来るようにしている。アセスメントをする際には、出来る事や残存している能力にも焦点を当てるように努めている。		
27	(12)	○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	毎月ケアカンファレンスを実施、3ヶ月ごとに家族を含めた担当者会議を実施し、現状に即したケアプランとなるように努めている。また状態の変化が著しい時にはその都度担当者会議を実施している。	3ヶ月毎のアセスメントの見直しやモニタリングを繰り返し実施し、毎月のカンファレンスや担当者会議で「24時間生活変化シート」の実施状況をもとに、家族や職員間で意見交換をして、それぞれの意見やアイデアを反映して、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	記録の書式が書きやすく、誰が見てもわかりやすいものに工夫している。ケアプランに連動させている他、変化があった際の記録もしっかりと残すようにしている。事実を記録する他、気づきや思いを記録する欄も設けている。		
29		○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	訪問看護の定期的な訪問、医師の回診、協力病院の受診により入院や疾患による重度化が予防できている。行事等で必要な際には勤務者を柔軟に増やすなど出来る範囲でローテーションも工夫している。		

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
30		○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	毎日隣接するマルシヨクへ利用者と一緒に買い物に行ったり、美容院に行く事が難しい方には、地域の美容院のスタッフに来院していただき理美容の利用も取り入れている。その他避難訓練、地域行事の参加、外食等、地域資源との関わりを持つようにしている。		
31	(13)	○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	協力病院、訪問看護と連携を密にとりながら、家族にも経過や受診結果を電話や来苑時に伝えるようにしている。家族に他科の受診を相談する場合にも、家族が必要と納得した上で受診していただけるように経過や理由を伝えている。利用者本人には、受診等の説明に関しては個々の状態に応じて対応している。	協力医療機関の医師をかかりつけ医とする同意を得て、3ヶ月に1回の定期受診、毎週日曜日の内科回診が実施されている。他科受診においては、本人、家族の希望する医療機関となっており、家族や職員同行の受診で、受診結果に関する情報を共有し、複数の医療機関と関係を結んで、適切な医療を受けられるよう支援している。	
32		○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	毎週3回訪問看護が定期訪問している。その際に経過報告や相談をしている他、毎月のケアカンファレンスにも訪問看護が参加している。訪問以外でも必要な事の報告や、相談等随時電話で行なっている。		
33		○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。	協力病院の医院長がグループホームが所属する法人の理事長でもあり、緊密な連携が取れている。また、協力病院の事務職員、看護師とも良好な関係作りが出来ており、必要時に情報交換や相談等を行っている。		
34	(14)	○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	担当者会議の際には早い段階で、重度化した場合についての本人の意向や家族の意向を確認し、ケアの方針を相談するようにしている。またグループホームで出来ること、出来ないことをお伝えすること、医療行為については訪問看護師や協力病院医師に説明していただくことも行っている。	重度化や終末期の対応については、「重度化の対応に関する指針」を作成し、入居時に説明している。重度化した場合は利用者、家族の意向を確認して話し合い、医療施設への移設を含めて支援をしている。	

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
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	急変時にすべきことをマニュアル化し、会議等の際に確認することもある。応急手当や初期対応については内部研修で取り扱い、訪問看護師の研修により訓練を行っている。ヒヤリハット報告書を活用し、事故防止に取り組んでいる。	急変時マニュアルを作成し、ヒヤリはっと報告書に記録にして、改善策を検討し、共有して、一人ひとりの事故防止に努めている。年1回の緊急時対応の勉強会、看護師を講師に心肺蘇生、AED の取り扱い訓練を行っている。骨折、火傷、誤嚥等の応急手当等の訓練に取り組む予定である。	・応急手当や初期対応の定期的訓練の実施
36	(16)	○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	避難訓練は定期的実施している。また、会議等で手順を確認することもある。災害時の対応については運営推進会議で話し合うこともあり、協力体制を築いている。	マニュアルを作成し、事業所内では年2回の防災訓練の実施している。消防署の指導のもとに消火器の使用法や通報・避難訓練を利用者と実施している。地域全体で実施される年1回の防災訓練には職員が地域の一人として参加し、災害や事故発生に備えている。自治会を通して地域との協力関係はできている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	利用者に対する尊厳を念頭に、温かみを感じる言葉を使うようにしている。出来る限り対象となる利用者の側に行き、耳元で話すようにしている。	プライバシー保護マニュアルを作成し、研修を実施している。トイレ誘導時等の誇りやプライバシーを損ねない対応を業務マニュアルに追加して、職員は人格の尊重とプライバシーの確保について十分理解し対応している。	
38		○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	希望にそった対応をしているが、意思表示が難しい方に対しては表情や言動からくみ取り援助すると共に、利用者のその時の気持ちを大事にしている。		
39		○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	一人ひとりが思い通りに生活出来ているかといえば困難な場面もあるが、例えば外出の希望があれば極力それが実現するようにしている。日常の生活の中でも、職員側の決まりや都合を優先する事はない。		

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		○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	更衣の際に本人の希望に沿った服を選ぶようにしているが、意思表示が難しい方の何人かは、職員が服を選んでる現状もある。行事として美顔教室を開催し、おしゃれの意識に働きかける取り組みを行なっている。		
41	(18)	○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	利用者にも食事の準備・片付け、調理、食材の買い物等、利用者の機能に応じて出来る事には参加していただいている。	昼食と夕食の副食は配食サービスを利用し、ご飯は事業所で炊いている。利用者は盛り付け、配膳、片付け、テーブル拭き、茶碗洗いなど、できることを職員と一緒にしている。開設時から朝食時の味噌汁を作っている利用者や、採れた野菜で小鉢物を作ったり、職員は利用者と同じ物を食べ会話をしながら、食事が楽しみなものになるように支援してる。	
42		○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	利用者個々の摂取量を毎食、水分量を随時記録している。献立によっては、利用者に応じた嗜好品を代替品として提供する工夫もしている。栄養に関しては栄養士管理により、バランスが整っている。		
43		○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、口腔ケアが出来るに環境設定や援助をしている。口腔内の観察までは毎食後に出来ていないが、異常を感じた際はすぐに観察するようにしている。場所も居室と、デイルームの洗面台など、個人の状態に合わせている。		
44	(19)	○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	支援が必要な方にも、一人ひとりの排泄パターンやサインを念頭におき、トイレで排泄できるように声掛けや誘導を行なっている。失敗を減らして、自信を持って生活出来るよう支援している。	排泄のパターンや習慣を把握し、さりげない声かけや誘導を行い、プライバシーに配慮してトイレでの排泄や一人ひとりに合った排泄の自立支援を行っている。	
45		○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	腹部マッサージや運動の実施、十分な水分量摂取や乳製品の摂取などの取り組みを行なっている。緩下剤の使用に当たっては、訪問看護と密に相談し、過剰な服用にならないように特に注意している。		

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
46	(20)	○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	洗身や洗髪の希望、入浴するかどうかなど、入浴していただけるように促しているが、無理強いせず希望を尊重している。時間も午前中の入浴や夕食後の入浴なども希望時には行なっている。	入浴時間は15時から19時30分で、希望すれば毎日の入浴や午前中入浴、夕食後の入浴の対応を行っている。利用者の入浴状況を記録し、清潔や安眠の観点からも言葉かけを工夫し、入浴を楽しむことができるよう一人ひとりに応じた支援をしている。	
47		○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	本人のペースで臥床したり休憩する時間が自由にある状態。 夜間、不眠を訴えた場合は話をしたり、ホットミルクを提供したり、足浴等を行っている。他に希望があれば、希望に沿うようにしている。		
48		○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	利用者ごとに服用している薬の一覧がファイルされており、必要時に確認できる状態になっている。薬の変更等で特に観察が必要な際は、医師や訪問看護から改めて指示があり、症状の変化確認を行い報告している。		
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	希望に応じた外出やレクリエーションなどを生活の中に取り入れている。外食や余暇活動など、嗜好に沿ったものになるように情報収集している。 気分転換に、ドライブなど外出することも多い。	ぬり絵、カラオケ、ゲートボール、折り紙、絵、ラジオ体操、体操教室、散歩、買い物、新聞の書き写し、野菜作り、学習療法など、一人ひとりの生活歴や力を活かした場面づくり、ボランティア(美顔教室、フラダンス、大正琴等)や家族との鍋パーティ、雛まつり、七夕等の行事など楽しみごとや気分転換等、張り合いや喜びのある日々が過ごせるように支援している。	
50	(22)	○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	天候や気候に左右されることはあるが、極力希望に沿うように外出を支援している。地域のお祭り等職員だけの支援では外出が難しい場合には、ボランティアや家族にも協力を依頼し、出かけるようにしている。	散歩、日光浴、初詣、どんど焼き、花見(梅、つつじ、コスモス等)、神社参り、ドライブ(水族館、公園等)など、その日の希望に沿って戸外にでかけられるよう支援に努めている。家族やボランティアの協力を得て、法人のまつりの参加や外食、外出等に出かけられるように支援している。	

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
51		○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	自己管理が出来る方、所持していないと不安が強くなる方には、家族と相談のもと所持していただいている。ちょっとした買い物などの際に、その所持金から支払いをされることがある。		
52		○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	希望があれば電話をしていただくこともあり、その際には支援している。年賀状や遠方の家族に手紙を書くなど支援している。		
53	(23)	○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	室温、湿度管理をしている他、換気も随時行っている。家具の配置の変更など模様替えを実施した際は、実際に職員がそのソファに座ってみるなどして居心地を確認している。混乱を招かないように配慮しながらも、写真を貼ったりと季節を感じるものを飾るなど工夫している。	共用空間の片面は大きな窓になっており、四季が感じられる山々や町の様子が眺められる。廊下は広く、壁面には行事の写真や手作りの桜の貼り絵、カレンダーが飾られ、畳の間やソファの配置など考慮されている。中央にあるキッチンでは毎朝味噌汁が作られ、野菜を刻む音やご飯が炊ける匂い、茶碗を洗う音など、五感の刺激や生活感が感じられるなど、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
54		○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	デイルーム、和室、廊下のソファ等、共有スペースの中でも思い思いの場所で、仲の良い利用者同士で自由に過ごしていただいている。自室で仲の良い他の利用者と一緒に過ごしている場面もたびたび見られる。		
55	(24)	○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	入居時には、馴染みの物や好きな物を、家族と相談して居室に入れていただくようにしている。入居後にも継続して居室が過しやすい空間となるように、随時話し合い、家具等を持ち帰っていただいたり、持参していただいたりすることもある。	仏壇、小タンス、テレビやベッド、ぬいぐるみ、子どもの写真、時計、観葉植物など使い慣れた物や好みの物が持ち込まれ、居心地よく安心して過ごせる工夫をしている。	
56		○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	居室の名札、トイレの貼り紙、トイレの手すりの色などわかりやすく生活出来るよう配慮している。ファインド報告書を活用し、気がかりな箇所の見直しや、より生活しやすくなるように改善することを継続して取り組んでいる。		

2. 目標達成計画

事業所名 アイユウの苑グループホーム

作成日：平成 23年 6月 28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	35	年1回、訪問看護師を講師に応急手当や初期対応などの訓練を実施しているが、頻度が年間1回程度では少なく、職員の不安要素となっている。	・職員が安心・安全に応急手当や初期対応ができる勉強会や訓練を定期的実施し、知識の向上を図る。	・2ヶ月に1回、訪問看護師を講師に心肺蘇生やAEDなどの取り扱い訓練と骨折や誤嚥等の応急手当の訓練を実施する。 ・マニュアルに沿っての勉強会実施。	2年間
2	36	災害対策として、年2回の避難訓練実施とホーム会議の際に通報の手順など職員に周知徹底しているが、夜間災害での避難誘導に関しては、多くの職員が不安を感じている。また、地域の協力体制についても相互の役割等が不明確。	・ご利用者の安全性を確保する為、職員の避難訓練の内容を強化し、安心、安全に業務が遂行できるようにする。 ・地域住民との協力体制を構築する。	・年2回、消防署指導の避難訓練には夜間想定で実施する。 ・ホーム会議の際、定期的に避難工程や設備・機器の誤作動時の対応等のシュミレーションを行う。 ・運営推進会議の議題とし、自治会長・民氏委	2年間
3	5	運営推進会議について、職員に議事録の回覧や一階にも掲示しているが、議事内容や会議の目的などの説明不足により職員の理解度が低い。	・運営推進会議の目的や開催状況・議事内容を職員に周知徹底する。	・ホーム会議の際、運営推進会議の目的や議事録の内容を説明し周知する。また、議事録を職員回覧する。	2年間
4	59 60 63	職員は意思表示のできるご利用者様には、希望に沿った生活が支援ができていると感じているが、意思表示が困難なご利用者様については「ご利用者様の希望に沿っている」と確信が持てず判断に困っている。	・ご利用者様一人ひとりの心身の状態、またその人らしさを大切にしたい個別ケアを提供する。 ・ご利用者様が安心して生活できる環境を目指す。	・ご利用者様の希望に沿い、目標が達成できるケアプランを各ご利用者様に一つ以上組み込む。 ・ケアカンファレンスの際、目標達に向けて積極的に取り組む方向性を職員間で共有し推進する。	2年間
5					

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。