

1 自己評価

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372001418		
法人名	有)たけのこ		
事業所名	グループホームたけのこ(88番地)		
所在地	豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成24年10月17日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/23/index_php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2372001418-00&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10月26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)】

認知症が重たくなっても、寝たきりになっても「普通の暮らし」が送れることを目指して運営をしています。重度化するとこれまでのような「普通の暮らし」の実現がだんだんと困難になってきます。その場合、いつも自分がその状態だったらどうしてほしいのか、してほしくないのかを考え支援を行っています。

【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)】

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(自己評価7名)		項 目		取 り 組 み の 成 果(自己評価7名)	
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	1. ほぼ全ての利用者の	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)	2	1. ほぼ全ての家族と
		7	2. 利用者の2/3くらいの			7	2. 家族の2/3くらいと
		1	3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	4	1. 毎日ある	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
		3	2. 数日に1回程度ある			4	2. 数日に1回程度
		2	3. たまにある			4	3. たまに
			4. ほとんどない			1	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)	2	1. ほぼ全ての利用者が	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 (参考項目:4)	1	1. 大いに増えている
		5	2. 利用者の2/3くらいが			7	2. 少しずつ増えている
		2	3. 利用者の1/3くらいが			1	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	1	1. ほぼ全ての職員が
		5	2. 利用者の2/3くらいが			8	2. 職員の2/3くらいが
		3	3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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	2	1. ほぼ全ての利用者が
		4	2. 利用者の2/3くらいが			3	2. 利用者の2/3くらいが
		5	3. 利用者の1/3くらいが			4	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 (参考項目:30,31)	6	1. ほぼ全ての利用者が	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	1. ほぼ全ての家族等が
		1	2. 利用者の2/3くらいが			7	2. 家族等の2/3くらいが
		2	3. 利用者の1/3くらいが			1	3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	6	1. ほぼ全ての利用者が				
		2	2. 利用者の2/3くらいが				
		1	3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				

たけのこ88番地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	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	いつまでも普通に暮せるのマライゼーションを基本とし、利用者の自己決定、自立支援、個別性、権利擁護を大切にし、身体拘束抑制はない。平成24年7月から職員公募により、合言葉の9番、10番を「いつもこころに法連相」「ONE FOR ALLALLFOR ONE」へリニューアルした。毎日朝礼において、全員で復唱している。スタッフ全員で「あなたの普通の暮らし」について考えを書き意見をまとめた。介護度が重度化し、理念の実現がむずかしくなっている。理念が現状にあっていないか分からないという意見もある。	できていない理念をできるように日々努力する。	申し送り時に、その日の出来事に対する大切な見方について問題を投げかけ、職員間で共有をしていく。事故やヒヤリハット、利用者への不適切な行為や関わり方があれば、その日のうちに皆で振り返っていく。	
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	ささやか展（地区市民館での作品展へコーナーを借りて利用者、職員、家族の作品を出展）や敬老会へ参加。地区の神社へ毎日散歩している。近くのコンビニへ散歩している。地域への利用者の単独外出で作物などを盗ってきてしまい迷惑をかけている。地元の保育園、小中学校の見学や体験ボランティアを受け入れている。本宮神社のもち投げに参加している。市の総合防災訓練に参加している。530運動へ参加している。たけのこ駐車場の盆踊りは地域の協力で行っている。周囲の農家の型が作物のおすそ分けをしてくれる。陶芸教室に地域の方が参加。			
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	ホームの行事に招いている。学生のボランティアや実習生の受入を行っている。そういう機会に、スタッフと利用者の関わりを見る事で伝えている。活かしているか分からないという自己評価が多い。			
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	職員も会議に参加している。リーダーは、ユニットの2か月分の活動状況を報告書にまとめ報告し、参加者から助言や意見をうかがいサービスの向上に活かしている。運営推進会議メンバーが固定しており、意見が限定をされている。参加をしていない職員は様子が分かっていない。	これまで運営推進会議に参加したことがない地域の方をゲストでお招きして多様な意見を聞く機会を拡げる。		
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	分からないこと、困ったときには、担当課に相談をしている。市役所にインターシップで来ている学生が市の担当者と見学に来た。			

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	家族の要望により、ベッドの4点柵をしている利用者がいる。定期的に現状を話し合っていたが、最近は3ヶ月に1回の見直しになっている。スタッフルームに身体拘束についてのファイルがある。日中は施錠はしていない。立ち上がると転倒をする危険性がある利用者について、机に椅子を近づけるなどの転倒予防をしている。これらについても、身体拘束になるか話し合いながら取り組んでいる。	できるだけ拘束しないで日常生活を送れる方法を考え努力したい。	利用者がストレスとを感じる事が無いよう、必要以上の拘束をしないよう、見守りが出来ると良い。	
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	身体的な虐待については、入浴時に全身をチェックしあざや傷がないか確認している。虐待ではと思われることはスタッフの間で話し合いをしている。外部講師を招き勉強会をした。現在、虐待はない、もしそんなスタッフがいたとしたらすぐオーナーに連絡をする。言葉遣いや、態度などは個人により考え違うせいかなおりにくい。	利用者を上から管理したり、コントロールする関わり方に陥りそうになったときに、早めに気付ける環境をつくる。	毎申し送り時に、不適切と思われる関わりについて問題提起をする。利用者に認知症がなければ、そんな態度はとらないはずだということを繰り返し確認する。	
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	運営推進会議で成年後見人を行っている司法書士の方を招いて勉強会を行い、家族とともに話をきくことができた。成年後見、日常生活自立支援事業を利用している利用者がいるが、知らない職員も多い。成年後見人の司法書士が毎月訪問をし居室を訪ねて本人の状態を確認している。		司法書士の訪問の意味を職員に理解させるために訪問時職員を立ち会わせる。	
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	事務所で主に行っているため、職員は実態を知らない。申し込み家族が事前見学をし、ホームでの生活の様子の説明を受けている。利用時には重要事項を説明し契約書を交わしている。			
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	毎月生活記録を送る祭には、家族からの意見や要望をうかがうアンケート用紙を同封し、生活記録の閲覧の確認と同時に、意見や要望を寄せていただいている。それをスタッフが回覧している。家族が来訪の祭には、直接話を伺っている。利用者の声は、ケア会議や普段の会話から聞いたことをユニット会議で検討をしている。今年の訪問はなかったが、豊橋市の介護相談員が来訪し、利用者との面談をする仕組みがある。			
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	オーナーに「業務ノート」を提出し、意見や要望を伝えている。ユニット会議の報告書を提出し、意見を伝えている。職員の様子をみながら、個別に面談、相談にのることが多い。			

自己	外部	項 目	自己評価		
			実践状況と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
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	年2回人事考課を行い賞与に反映させている。介護職員殊遇改善加算の算定には、職員の勤怠を反映させ、月ごとに評価している。		
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	3名の看護師がチームをつくり研究をし、清拭について勉強会を3回にわけておこなった。新人スタッフはユニットリーダーに任せているので、力量の把握はあまりできていないのではという意見がある。研修を受ける機会は全員にある。実践者研修への受講は順次すすめている。グループホーム協会東三河ブロックの研修会へ参加している。	内部研修を充実させたい。	分からないこと、疑問など、思ったことなどは、上司に聞き日々勉強をする努力をする。
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	他の事業者から研修に来ている。グループホーム連絡協議会東三河ブロックの研修会で交流を図っている。		
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	入居1週間は24時間シートで詳細に、利用者の行動や声を記録し、利用者理解に努めている。家族から在宅の様子を聴き、活かしている。入居1ヶ月は、密度を濃くコミュニケーションとり、不安を受けとめ安心できるようにしている。		
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	事務所、職員ともに、家族の声を直接聴き、情報交換に努め、関係をつくっている。生活に必要なことを把握し、家族に伝えたり、必要なものを持ってきていただいている。利用者本人の希望、要望は、本人、家族、事務所、ユニットリーダー、ユニット会議を通して伝えられ、実行できるようにしている。	家族の思いを確実に伝える。	記録や連絡ノートの活用、他の職員にも確認を徹底する。
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	事務所が主に行っている。家族来訪時、話を聞いている。その都度、職員で相談をしている。試行錯誤しながら支援をしている。初期対応をしたことがないため分からないという職員もいる。		

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	介護してあげているという考えにならないように気をつけ、暮らしの中で支えあう関係を築けるよう心がけている。一緒に家事を行っている。個々の方のできることできないことを見極めたうえでできることを共に行っている。食事やおやつの時などは、コミュニケーションを図り関係がつながるようにしている。分からないことを教えてもらうことがある。感謝の気持ちを伝えている。			
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	家族が来訪時に本人の様子を伝えている。家族から昔のことやどんなケア行っていたか教えていただいている。来訪時には、お茶などを提供するなど、一緒に過ごしやすい環境を整えている。盆踊りやささやか展など家族協力をお願いしている。受診介助が可能である家族には、定期受診介助をお願いしている。パート職員として働いてくださる家族もいる。			
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	大切に飼っていた犬も一緒にいられるようにしている。毎月定期的に自宅へ外泊をつづけている。家族からこの人に合わせないでなどの要望がない限り、面会は自由にできる。会話の中で友達の名前を出したり、手紙や写真をいっしょに見ている。墓参りの支援を行っている。			
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	仲が良くない利用者もおりトラブルが起きることがある。孤立しないよう職員が間に入っている。他利用者の居室を訪問し過ごしているときには、お茶を提供をしている。仲の良い方々が洗濯物を干したりたたんだり、散歩や買い物に行けるようにしている。ラジオ体操、教室、行事などに利用者が参加できるようにしている。家事を独占してしまう利用者のため他の利用者の出番がなくなってしまう、職員が間にはいるが、強く管理をできないため苦労している。			
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	事務所が主に行っている。退所後もお見舞いに行ったりしている。亡くなられて退所された方はすこしずつ忘れてしまっている。退所後も他の親族の介護の相談に来られる方もいる。			
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	ケア会議で本人の希望要望を聴く機会を持った。毎日のコミュニケーションの中で、要望を聞いている。本人が何が好きで何が嫌いかなどよく話を聞いている。ユニット会議でどんな一日を過ごしたらよいか話し合っている。希望や意向をあらわすことが困難方3名おり、検討はしているが、本当に本人本位かは分からない。			

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	個人情報などのファイルを読んだり、本人や家族に聴き情報を収集している。初期の段階でアセスメントを行い把握に努めている。昔の生活歴を用いてそれをヒントに近づいてもらう。			
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	現状を知り、維持するようにしている。一人一人のADL、身体状況、日々の様子をみながら時々の状況に合わせ考えている。元気な方、体力のない方一人一人の過ごし方をしている。毎日バイタルチェックをしている。変化があればすぐに伝えている。排尿・排便、あざなどいつから分かるように記録をしている。ケア会議、ユニット会議で日々の生活を把握している。			
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	ケア会議を行っている。月1回のユニット会議で利用者のケアを検討しているが、介護計画にまとめきれていない。本人・家族の意向や要望を聴くことを基本としている。			
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	本人の言葉や様子を記録に残している。介護計画の作成は停滞している。新人スタッフの記入漏れが多い。記録が多い日少ない日の差が大きい。気づいたことがあればユニット会議でスタッフ間で話し合っている。			
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、その時々にも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	柔軟な支援をしている。日々の状況に合わせてケアを行っている。併設のデイサービスで過ごしたり、デイサービスの送迎に便乗したり、一緒に散歩へ行ったり行き来ができるようにしている。飼い犬とともに利用している。			
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	自分で作成したお手玉、ぼうしなどを地域のバザーなどで売る方もいる。毎年秋、地区市民館で開催される文化祭にコーナーを借り、作品を出品している。毎日の買い物やコンビニで、欲しいものを購入している。ホームの犬と散歩に行っている。安くて早くて車椅子でも散髪ができる理容店を活用している。毛染め、パーマなどいっきつけの美容院がある。徒歩往復可能なところにミニストップがあり、おやつやコーヒープレイクを楽しんでいる。			

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	家族と相談し医療機関を決めている。内科の協力医療機関は3箇所から選んでいただいている。以前からの医療機関を家族の協力で受診している方もいる。急変時は電話や通院、往診などで優先して対応をしてくれるので安心である。			
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	週に2～3回、デイサービスには毎日看護師がいるので、何かあれば（血圧、あざ）報告、相談をしている。毎週医者への往診がある。清拭の社内研修を看護師の指導で行った。			
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。	事務所で救急搬送の同行、家族へのひきつぎ、入院後の面会、経過観察、病院看護師との情報交換を行っている。医療機関によっては、家族以外への情報提供をしながらないところもあり苦労する。入院中は職員や利用者も面会に行く。家族が遠方などの場合には、着替えや洗濯物などの支援も行っている。			
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	入居時に事前指定書を交わし、意思確認をしている。食事や水分が喉を通らなくなった時に、主治医、家族と再度、栄養補給や点滴、酸素などの必要性、救急搬送の有無などを繰り返し確認している。松岡先生にターミナルについてのお話をいただいた。家族の希望により看取りを4名行った。			
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	救急救命講習を受け、救急車が到着するまで実際に対応している。対応できるか自信がない。	落ち着いて適切な処置をできるようにする。	年2回救急救命講習を行う。	
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	定期的に防災訓練、避難訓練を実施している。防災グッズ、非常食の備えはない。洪水や地震など大きな災害があった場合に利用者を全員避難させられるか不安がある。防災点検業者が年2回機器の点検のきている。その際に消火器の放水訓練や消防署への連絡訓練を実施している。地域との協力体制は築けていないが、同一町内の方が3名、パートとして勤務している。緊急連絡をすればかけつけてくれる。			

自己	外部	項 目	自己評価		
			実践状況と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
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	気をつけている。配慮している。否定するような声かけをしないように気をつけている。一人一人の訴えや言葉に耳を傾けている。ある程度できている。言葉遣いがなれなれしい、乱暴なときやきつい言い方をしている場面もある。職員間で言いにくいというものがあるが気になった時には、お互いに注意を促している。声が荒くなってしまうときもある。	相手を傷つけない態度や言葉についての理解を共有化する。	不適切な態度や言葉遣いがあつた場合に申し送り時やリーダー会議、ユニット会議で取り上げていく。
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	希望をきいたり選択肢出して選んでもらっている。職員の人数により散歩や外出の希望に添えない時間もある。意思表示できる方の入浴時間は利用者の希望に沿っている。全介助の方の入浴時間は、希望に添えないこともある。	出来るだけ希望にこたえるようにしたい。	散歩の時間をできるだけつくる。
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	健康のため散歩やラジオ体操の時間は決まっているが、その他の時間は自由に過ごしている。利用者優先に考えているが、外出の希望に添えないこともある。事務所、倉庫、近隣の敷地に入り、作物やくいを盗んでくる方の行動は、制限をしたり抑制をすることがある。希望をきけていない職員もいる。ある程度できている。		
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	洗面、整髪、身だしなみに気をつけ、汚れたらすぐに着替えている。毎週エステのボランティアがあり、マッサージを受けている。自分で出来る方は自分で、そうでない方は着る服を職員が選んでいる。衣類を買いに行くこともある。理髪は、3Qカット、パーマや毛染めは美容院に出かける。		
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	炊事、片づけを独占的に行う利用者があり、その力に他の利用者がおされてしまい出番がなくなってしまう。職員も強く抑えることはできないので悩んでいる。下膳はできる人に手伝っていただいている。くじ引きでメニューを決めている。食事は同じメニューにならないようにしている。メニューは利用者の希望も入れている。利用者が好きで食べたいものは提供している。		

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	普通食で飲み込めなくなった方には、バナナ、プリン、ゼリー、ミキサー食を提供している。水分でむせる場合には、OS-1ゼリーやゼリーやトロミをつけたものを提供している。栄養バランスを考えているがメニューが若い職員向けに偏ってしまう傾向がある。毎食後お茶をしっかりと飲んでもらっている。日中800～1000ccの摂取をこころがけている。記録に基づき相談をしている。			
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	毎食後の歯磨き介助、入歯使用の方の週2回(月・木)のポリデントを行っている。歯磨きを嫌がる方もいる。出来ない方は口腔ケアティッシュを使用している。月1回はブラシを替えている。			
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むけた支援を行っている	本人のペースに合わせトイレ案内を行っている。トイレで排泄できるよう支援している。排泄チェックシートをつけている。全介助の方は2～3時間おきに声をかけている。夜間は決まった時間にトイレに案内している。オムツを使用しているのは1名。本人の皮膚状態を考慮し、紙パンツから布パンツに変わった方もいる。			
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	開設以来、ヨーグルトを毎日提供をしている。水分補給をしっかりと出来るようにしている。ヤクルトやアロエを提供したり、漢方の便秘薬を処方していただいたりしている。おなかのはりがあれば腹部マッサージを行っている。散歩は出来ている方とできて居ない方がいる。便秘が5日を越えないように、浣腸なども使用するばあいもある。食事の工夫はできていない。下剤は状態を見て加減をして調節している。			
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、個々にそった支援をしている	毎日入浴している。午前から夕食後まで自由に入浴できる。入浴できない場合には清拭を行っている。先に入居した方の時間枠が固定をされており、後から入居してきたが選べない。便で汚れたときには優先して入る。			
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	それぞれ休みたい時間に休んでいる。介助が必要な方は、寝てしまったり眠そうなときにはベッドへ案内している。床に入る時間は自由。夜間は居室の温度に気をつけている。昼夜逆転している方もいる。季節により冷暖房湿度など、蚊取りなど環境を整えている。			

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	服薬一覧表が記録表にはさんであり、いつでも把握できる。受診時に医師の話を良く聞き理解している。服薬ミスがないよう1回ごとに名札のついたコップに薬を入れて確認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	炊事が出来る方は、進んで炊事や片づけを行っている。草取りや自分の居室前の環境整備を行っている方は、朝から寝るまでマイペースで仕事をしている。さらに、ものを持てきたいという欲望が出てきた時には、事務所、リネン庫、倉庫、近隣の敷地内などにはいり、無防備であれば、欲しいものをもっていくことを楽しみに生活をしている。犬の散歩へ行っている方もいる。せんたくもの干しやせんたくものたたみ、気功教室や歌の会に参加したり、ミニストップへ出かける方もいる。			
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	果物やくいなどを盗んでくる方は、毎日そのために戸外へでている。子犬の散歩を日課にしている方。買い物をした時には、毎日の買出しについていく方。季節ごとの花見や紅葉狩りなど外出、墓参りになどに出かけている。温泉や観劇に出かけることもある。職員の数が少ない時には利用者の希望に添えない場合もある。毎月定期的に自宅へ5日程度外泊をされる方がいる。運転できる職員が少ないため制約となっている。家族と外食をしている。			
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	自分で管理している人は2名。無くしてしまわないように所持金額を1000～2,000円に制限をお願いしているが、多く所持している方もいる。うち1名は隠してしまい自分で見つけられない。お金を渡せば買い物出来る方は、3名おり、いっしょに買い物へ行き支援をしている。			
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	電話はかけたいときに自由にかけることができる。かかってきた電話は取り次いでいる。家族。友人から贈り物が届いた時にはお礼の電話かけたりや手紙を出すよう支援している。年賀状を家族に出すよう支援している。			

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				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
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	室温はエアコンで調節しているが毎日掃除をし、換気を行っている。消臭スプレーをしようしたり、花を生けたりしている。リビングをしきる利用者がおり、テレビをコントロールしてしまうことで、他の利用者は居室に引きこもってしまう。一人一人不快と感ずることが違うためなるべく皆の意見を取り入れるよう努めている。			
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、併設デイサービス、玄関ベンチ、犬がいるベンチ、中庭のベンチ、スタッフルームの新聞を読むところなど、好きな居場所で過ごすことが出来ている。リビングにいと居室へ追い返してしまう方がいるため共用空間になっていない。			
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	利用者がエアコン管理している居室では、効きすぎているときがある。本人の身体状況や好みにより畳やベッドを選んだり、仏壇や家具、テレビ、冷蔵庫など持ち込むものにより個性のある居室が作られている。毎日居室を掃除し、換気している。			
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	段差はなく、手すりは各所に設置してある。トイレ内にも必要な手すりを付けている。各居室に表札をかけ分かるようにしている。台所はIH使用。ベッドからの転落防止のために柵をあとでつけたり、立ち上がったあとのてがかりとなるよう、長い机を設置したり椅子を置いたりして手がかりりにしている。			

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	2372001418		
法人名	有限会社 たけのこ		
事業所名	グループホーム たけのこ(85番地)		
所在地	愛知県豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成24年10月17日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/23/index_php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2372001418-00&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10月26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)】

認知症が重たくなっても、寝たきりになっても「普通の暮らし」が送れることを目指して運営をしています。重度化するとこれまでのような「普通の暮らし」の実現がだんだんと困難になってきます。その場合、いつも自分がその状態だったらどうしてほしいのか、してほしくないのかを考え支援を行っています。

【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)】

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(自己評価参加10名)		項 目		取 り 組 み の 成 果(自己評価参加10名)	
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	1. ほぼ全ての利用者の	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
		3	2. 利用者の2/3くらいの			7	2. 家族の2/3くらいと
		4	3. 利用者の1/3くらいの			2	3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	2	1. 毎日ある	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
		4	2. 数日に1回程度ある			2	2. 数日に1回程度
		1	3. たまにある			5	3. たまに
		2	4. ほとんどない			2	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	1. ほぼ全ての利用者が	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 (参考項目:4)		1. 大いに増えている
		7	2. 利用者の2/3くらいが			7	2. 少しずつ増えている
		1	3. 利用者の1/3くらいが			2	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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)	2	1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	1	1. ほぼ全ての職員が
		6	2. 利用者の2/3くらいが			7	2. 職員の2/3くらいが
		1	3. 利用者の1/3くらいが			1	3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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	2	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが			4	2. 利用者の2/3くらいが
		6	3. 利用者の1/3くらいが			3	3. 利用者の1/3くらいが
		2	4. ほとんどいない				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)	3	1. ほぼ全ての利用者が	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	3	1. ほぼ全ての家族等が
		5	2. 利用者の2/3くらいが			4	2. 家族等の2/3くらいが
		1	3. 利用者の1/3くらいが			2	3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	3	1. ほぼ全ての利用者が				
		5	2. 利用者の2/3くらいが				
		1	3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				

たけのこ85番地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	自己評価		
			実践状況と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
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	「いつまでも普通に暮らせるノーマラゼーションを基本とする」理念を毎朝申し送り時に職員全員で唱和している。利用者の重度化に伴い、「普通の暮らし」の実現が難しくなっていると思うが、理念の気持ちを忘れずに接していけばよいと思う。今年度は、新しい方針を、スタッフの公募により「いつもこころに報 連 相」「ONE FOR ALL ALL FOR ONE」を採用して実行を目指していく。認知症が重度化して、自己選択や自己決定が難しくなっており、意思表示の機能が低下した方の思いを代弁することが課題である。			
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	近所のスーパーを活用している。敬老会、ささやか展、防災訓練、餅なげに参加している。散歩や通勤時に挨拶を交わしている。回覧板は事務所へ届けられている。小学生、保育園児の訪問がある。管理者は同一町内に居住しており、地元では、あの人がやっているなら安心だという関係がある。しかし、輪番の町内会の役員や神社の清掃や庭草取り、田植え前は溝さらいなど、地域との関わりを怠ると地元では受け入れてもらえなくなる。			
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	盆踊りには毎年地域の方が参加している。障害者のグループホームからの参加も続いている。秋に開催される地域の市民館にコーナーを借りて行うささやか展に利用者家族の作品を出展し、日常生活の様子を写真展示している。当日は地域の運動会が開催され地元小学生がたくさん展示を見にくる。利用者と地域の人が直接関わる場面は少ない。			
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	2ヶ月に一度運営推進会議を行っている。毎月の様子をスライドにしてみてもらったり、利用者の状況を活動報告書としてまとめ発表をしている。それに対し、委員の方から助言や意見をいただいている。リーダーがまとめたものをユニットのファイルに綴じている。すべての職員は運営推進会議の内容を理解できていない。参加家族は固定されている。		当日出席できる職員を増やす。	
5	(4)	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	運営推進会議の活動報告及び議事録は、市役所の地域密着型担当者に提出している。定員超過して利用する場合には、担当ケアマネ、地域包括支援センター、市役所に連絡をとっている。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	身体拘束はない。夜間帯や早朝は危険防止のため玄関や門扉を閉めることがある。居室を閉めることはない。学ぶ機会がないため身体拘束について全ての職員が理解しているか不明。	身体拘束の厚生労働省の基準を理解する。		
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	入浴する時に体の傷やあざなどをチェックしている。虐待防止の研修はない。できた原因が想像できれば気をつけて介助している。介助中にあざや皮むけをする場合もあり、全介助の利用者が全面的に介助者に身を預けていることへの意識がなれでおろそかになることがある。	言葉や態度による虐待への意識も高める。		
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	理解していない職員が多い。成年後見制度について司法書士による研修会を行ったが、全ての職員が参加していない。85番地には後見制度を利用している方は2名。家族が後見人になっている。			
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	利用時には、入居基準や退去基準、利用料などの説明を受け、契約書を交わしている。申し込み時にはホーム内の見学をしていただき、普段の生活の様子をみていただき検討材料にいただいている。			
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	2ヶ月に一度、運営推進会議があり、そこで家族や地域の方から意見を聴いています。利用時には耳を傾け、意見を聴き、記録表の連絡事項で職員に知らせたり、ユニットミーティングで知らせている。家族からは訪問時に意見や要望を聞いている。運営推進会議で意見を聴いている。毎月、家族方が記入した意見、要望の用紙を返信してきている。家族の要望用紙がなくなったのかという職員の意見があるが、最近では、具体的な意見要望を記述してくる家族がほとんどなく、具体的な意見要望が記述されていた場合に回覧へまわしている。			
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	業務ノート、ユニットミーティングで意見や提案をしている。代表者とのノートによる意見交換。年2回程度面接を行っている。意見や提案を言える機会が少ない。管理者と事務長の意見が異なり困ることがある。リーダーミーティングの機会が少なくユニット会議での意見を上手く伝えられない。			

自己	外部	項目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	非常勤職員の休みの希望には柔軟に対応している。まとまった休憩時間をとることが難しい現状にある。冠婚葬祭で止むを得ず休む場合、勤務調整は職員同士で行うことが多い。ユニット会議への全職員の勤務内での参加が難しい。			
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	業務ノートへ管理者が助言を書いてくれる。管理者が職員に言葉をかけている。内外の研修が少ない。資格取得などの推進を行っている。新人スタッフの勉強会がない。			
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	同業者との参加やネットワークづくり、勉強会に参加する機会が少ない。他施設の方が実習にきたときに色々と情報を聴くようにしている。研修へ参加したときに話し合う機会があれば情報交換している。			
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	入所初期の情報は事務所が把握しているが、実際生活をしてみると、一人一人新しい環境への適応能力や態度が事前情報とはことなることが多い。きめ細かい関わりが何よりも重要である。本人の悩みや相談など聞いて安心してもらっている。要望や聞いたり、分からないことは本人に聞き、会話を増やしている。入所当初は、特にコミュニケーションを図り、早くなじめるようにしている。入居1週間は、24時間詳細記録をつけ生活に必要なことを情報収集している。		職員への情報提供、連絡ノートで全職員が確認する。	
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	家族と連絡をとり、介助の仕方や物など相談をしている。ホームでの生活状況を家族に伝えている。入所前のケア会議、申し送りなどで情報提供があれば、スタッフで共有化している。			
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	家族と相談をしている。デイサービスから入居へ移行した利用者は、デイサービスと協力して支援している。記録表をもとに、何が必要か皆で話し合う。全体で相談をしながら支援をしている。		必要としている支援は何か話し合う。	

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	一方的な介護を次々とこなしていくことが仕事と無意識に考えているのではと思われる場面が見られる。本人と話し、平等な立場で接している。その人の昔の話にも耳を傾けるように心がけている。ありがとうの言葉かけ仲間という意識をもって接している。コミュニケーションをとり本人ができることはおこなっていただいている。同じ箸でご飯を食べている家族同様の関係なのに、ため口はダメって言われて、ため口だからバカにしているわけではない。お客様と店員みたいな関係がよいのか、よく分からない。家事をいっしょに行ったり、食事を一緒にとったり、散歩や買い物に行っている。利用者との関わりの時間を大切にしたい、伝わりにくい利用者へもたくさん話しかけ、目で見えなくても伝わってくれると思う。	意思表示する力が弱い方の 思いを大切にする	寝たきりになっている方へも本人へ工夫した声かけ、相手の表情を汲み取る関わる姿勢を忘れない。	
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	よく顔を出している家族との間では、近況を伝えたり、家族からの意見や要望を聴くことができている。連絡をとれていない家族もいる。パート職員として運営に協力をしていただいている家族もいる。本人と家族がうまくいってなくて意見も食い違っている場合の対応は少し困る。			
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	思い出の場所につれていってあげたいが難しいのが現状である。利用者本人だけでなくなじみの人も高齢化し行き来が難しくなっている。本人への来客があったときは、一緒に過ごせるように配慮している。お墓参りへ行くなどしている。利用者にとって大切にしてきた人の名前を出す事で、利用者がうれしそうに話をしてくれる。			
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	利用者が孤立しないよう、スタッフが声かけている。一人一人の個性、能力の差、とりわけ、居室でマイペースで過ごすタイプの利用者が増えてきていることもあり、関わり合いが難しい状態がある。気に合わない利用者どうしもいて食事の配席などを工夫している。時に利用者同士の直接的なぶつかりあいがあるが、陰口的な中傷もある。			
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	利用が終了すると気にはなっても、なかなか足が向わないのが現状である。積極的に転院した利用者の面会に行く職員もいる。葬儀には可能な職員は参加している。退去時には、思い出の写真をデータにして渡している。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	一人一人の意向にあった生活を考えているが、家族の意向と相反する場合もある。職員も忙しそうなのでつい遠慮してしまうこともある。本人の思いには耳を傾け、把握に努めている。検討するためのケア会議が行えていない。思いや意向を伝える力がある方の声は聴いている。思いを伝えられない人は家族に聞いている。困難なときにはユニット全体で話すようにしている。			
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	全ての利用者の生活歴を知らない。利用者とのコミュニケーションの中で情報を得たり家族からこれまでの暮らしぶりを聴いている。話す時間がなく聞けていない人もいる。ケアプランが更新されていないので経過が分からない。			
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	一人一人の過ごし方は理解している。記録には目を通してしているが、数日休みがあると変化があり完全な把握にはなっていない。出勤時に前日までどのように過ごしていたか変わりはないか、必ず記録表に目を通してしている。一人の利用者に集中せずに全員と接するようにしている。こまめに記録を書くようにしている。書けなかったり、忙しい時には口頭で伝えている。			
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	ケア会議でのモニタリングが停滞している。ユニット会議で他のスタッフと話している。非常勤職員のケア会議参加は難しい。一人一人のケアのあり方について話し合いが行えていない。介護計画も現状に即していない。みんな同じようにできているか、それが一番良い方法なのか分からない。たぶん事務所に言われたとおりやっているから。ケアの評価が行えていない。			
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	話し合った内容を参考に介助を行っている。日々の記録は細か区記録している。必要ことはユニットケアミーティングで話し合いができています。その日の様子や気づいたことを記録表にしている。またエピソードも記録している。記録表には必ず目を通し情報を共有している。気づきは記入している。見直しはできていないので生かせていないし、ケアを覚えていないので実践できていない。特に徹底して共有しておきたい件については別の用紙に書き、分かりやすいようにしている。			
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	ターミナルケアを行っているが、職員の負担増になっているのではないかと。日々変わる利用者さんに、一番よい介助を考え行動している。入居後も併設デイサービスを利用できている。共用型デイサービス利用者が、家族の状況により、泊まってくることがあった。デイサービス利用者と合同で散歩を実施している。デイサービス利用者がショート的な利用をしたことがある。			

17/22

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	地域資源をあまり理解していない。近所のスーパー、コンビニ、神社、公園に散歩や会や買い物に行っている。歌の会、気功教室、エステ参加。餅投げ、地区市民館での作品展の開催。敬老会にいける方は交流している。毎日の買い物は利用者さんで行っている。			
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	本人や家族の希望するところで受診をしている。往診をしてくれる医療機関もあり家族は安心している。看護職員が出動しているときは色々と相談している。家族受診もお願いをしているが、皮膚科、眼科、歯科、整形外科など受診を支援している。往診時に、医師に報告相談する一覧表を作成し、全職員で共有できる用紙を作成している。			
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	往診日前に、医師に聞きたいことを書き出してまとめている。日々記録するので何かあれば記入している。看護職員がいる日には、色々なことを相談している。			
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。	入院したとき情報が入るよう努力している。救急搬送時に付き添い、家族へ引き継いでいる。家族が遠方の場合には、洗濯物の交換や看護師との情報交換をしている。職員も面会時に情報を得ることがある。			
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	家族と相談をしている。運営推進会議でも終末期のケアについて議題として取り上げ、家族や委員の意見を聴いている。看取りを行った利用者について、繰り返し家族と栄養補給や点滴、酸素など対応方法を相談している。何処で最期を迎えるのかについては家族の意向を尊重している。			
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	普通救命講習を受けている。なんとなく理解している。連絡網で連絡しあい助け合う。全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を行っておらず、定期的に行っていない。急変時に対応できるか自信がない。新人職員への訓練が必要。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	訓練はしているが、具体的な行動が身につけていない。すべての職員が訓練に参加できていない。避難訓練の回数が6ヶ月に1回なので間隔が長いので忘れてしまう。地域との連携は十分ではない。訓練の反省点が共有されていない。夜間や避難方向など状況に応じた訓練ができていない。			
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	ほとんどの職員がしていると自己評価している。言葉かけには配慮している。ちょっとした冗談が誤解を受けることがあるので十分に気をつけたほうが良い。一人一人人生の先輩であることを意識し、トイレ案内時には、ドア閉めたり、丁寧語で話しかけている。丁寧語で対応できていないことがある。余裕がないとできない。	プライバシーの尊重	個室でのトイレ介助や話を聴くときはドアを閉める。	
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	自己決定ができない利用者の場合職員が決めている。思いや希望を表せる利用者は少ないが(4人)声かけには心がけ話やすい雰囲気をつくる。反応や表情を読み取るようにしている。行動する時は今から何をするのか伝え「大丈夫ですか」など確認をしている。おやつのおときは、飲みたいものや食べたいものを聞き、好きなものを選んでもらっている。入浴の時間は何時がよいか聴くようにしている。			
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	意思表示する力が低下した方へは、職員ペースになってしまうことが多い。重度化に伴い、二人介助の人が増え、本人の希望より職員の都合によって支援している。介助が必要な利用者に時間がかかり、希望に添えない場合もある。元気な人たちはもう少し外出したいと思っている。			
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	汚れていたり、乱れていても整えられていない状態がある。朝の着替え、合ものを提供している。意思表示ができない場合、職員の好みで着せるしかない、暑さ寒さは難しい。日中は着替え、寝る前はパジャマになっていただいている。ゴムがゆるかったり、ボタンがなかったり、ほつれている服を着ている人がいる。洗濯物の入れている順にとるため同じものを繰り返して着ている。介助が必要な方で、着替えの時にどんな服を着るのか伝えるようにしている。朝起きたら髪をとき、目やにをとり、毎食後歯磨きをしている。入浴後に爪切りをしている。美容院へでかけているが、パーマや毛染めなど家族の意見と相違する場合もある。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	利用者と会話しながら食事をつくったり、食事をしている。利用者で手伝う人が居ないので、職員が作ることが多い。普通食以外にとろみ食もあって大変。若い人好みの献立が多い。食事作りに参加できる人が決まっている。準備の時は料理を教えていただいたり、コミュニケーションをとりながら行っている。食事介助が必要な方はメニューを伝え、コップを持ったり、はしを持っていただくなど、できることは行っている。本人の希望、調子に合わせて、おかゆや刻みにしている。介助が必要な方も多いのでなかなかゆっくり摂れないことも多い。	好みのものを一品でも多く出してあげたい。	食事や献立や味等の意見を聴く。	
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	ミーティング水分補給の方法を確認、ゼリー、お茶、ジュースなどで水分補給をしている。食事やおやつごとに100～200ccは摂取するようにしている。食事が進まないときには、ご飯にふりかけをかけるなど好む形にしている。水分補給一日は800～1,000ccを目標にしている。ペースト食の利用者にも栄養バランスを考え提供をしているが、色々つくるのに時間がかかってしまう。おやつ時に水分記録もれが多い。			
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	自立した利用者は本人に任せている。毎食後の歯磨き、うがいやウェットティッシュなども使用している。舌が汚れている場合には舌ブラシを使っている。毎日ポリドントをしている。歯科受診をしていない利用者もいる。	専門的な指導があるとよい	歯科医の指導をうける。	
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むけた支援を行っている	トイレでの排泄を促している。時間を見てトイレ案内や、パッドを交換している。毎食後やおやつ後にトイレ案内しトイレに座っていただいている。排尿がない場合にはマッサージしたり、食前、おやつ前にもトイレへ行き、促している。夜間の排泄パターンが変わってきた利用者があるためその都度対応。尿がたくさんでてむれてかぶれてしまうため清拭をしている。			
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	朝ヨーグルトを食べている方もいる。腹部マッサージの方法を習得していない。数日間の排便チェックをしている。便がでそうな時には、おなかや肛門のマッサージを行い促している。水分を日中800～1,000ccを摂取するようにしている。ラジオ体操、リハビリ体操を毎日行っている。便秘がひどい場合には、医者に相談をしている。利用者の体力低下とともに散歩する回数も減っている	運動不足を見直す		

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	自分で入れる方は、毎日、希望を聴いて入浴の順番を決めている。介助をしている方は、体調に合わせて職員のペースで入っている。拒否がある方は回数が少なくなっている。バスクリンをその日に合うように決めている。15時くらいにはいるとお湯の汚れているという利用者もいる。			
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	1名、夜間に起きてリビングを動いている方がいる。体調に合わせて部屋で休んでいただいたり、夜は居室へ案内している。疲れていたり眠そうにしているときには休んでいただいている。シーツ交換や布団干しの間隔が長くなっている。介助がいる人たちはすぐに寝てしまう、食後身体を起こしておかなければならないが、できるだけ早く寝かせてあげたい。			
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	一覧表をもとにおおよそ理解している。特に新しい薬を服用したときには、変化・体調に注意している。全ての薬の目的や副作用を理解していない。薬を入れている袋に目的や用法や、用量を表示し、分かりやすくしている。服薬の際は声かけをし、変化はないか本人に確認したり様子を見ている。			
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	台所を職員と話しながら一緒にやっている。ゆとりがないのか、以前より外出は減っている。車椅子での外出は難しい。気功教室、歌の会、エステ、買い物などへの参加を促している。気分転換の散歩などあまり行けていない。体力が低下した利用者も室内散歩で気分転換できるようにこころがけている。			
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	あまり外出できていない。長時間の外出は疲れやすい。本人の買いたいものなどがあれば付き添っている。職員の数、職員の能力により、でかけられない日もある。余裕があればでかけようとしているが、一部の利用者に限られている。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と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
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	金銭を管理している利用者は、3名。紛失のリスクがあるため月1,000～2,000円に制限をお願いしているが、それを越える金額を所持している方もいる。買いすぎのときには声をかけている。			
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	手紙のやりとりを支援している。受話器を渡し自由に外部へ電話をかけることができる。毎年年賀状を出す支援をしている。手紙が届いたときには隣に寄り添って読んでいる。家族の希望により電話が制限をされている方もいる。			
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	椅子やソファの配置に工夫が必要。夜間大きな音を出さないように気をつけている。緑が少ない。掃除や換気、エアコンでの温度管理をしている。玄関に利用者に活けていただき花を飾っている。汚れがひどいので地道にきれいにしていきたい。季節感はなかなか取り入れられていない。冬季は加湿器を活用している。リビングに花を飾りたいが食べてしまう利用者もいるため難しい。トイレの汚れを掃除できていないときもある。		南側の庭にシンボルツリーとなる広葉樹を植え、鳥の餌場などつくり憩いの場とする。	
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	居室で過ごしたり、仲の良い人が居室を訪問したりしている。両ユニット間の行き来、リビングでの会話、テレビを見るなど自由にできている。ソファ置き座れるように工夫をしている。合わない人同士は、席を離している。			
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	収納場所が少ないため、洋服や寝具であふれている。家族が持ってきたものを居室に飾っている。本人が使用していたもの、写真等があり落ち着けている。タンスの整理が十分でない。			
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	不安定なものが置いてあるところが多い。話し合いでソファを減らすことを決めた。手すりの前にもものが置かれ使用されていないところもある。長い机を置き廊下幅をせばめることで、手がかりにして転倒防止を図っている。居室の前には表札がある。居室内のたたみなどの段差の危険性を確認する必要がある。			