

### 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	2393800053		
法人名	有限会社 エスエス・ヘルスケア・システムズ		
事業所名	西島グループホームひまわり 1階		
所在地	小牧市西島町126番地		
自己評価作成日	平成24年 3月15日	評価結果市町村受理日	平成24年 5月10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="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393800053&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393800053&amp;SCD=320&amp;PCD=23</a>
----------	---

**【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 3月29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)】**

当法人は小牧市内において訪問介護、居宅介護支援、通所介護、短期入所生活介護の事業を展開中です。当法人の理念である、『ご利用者の皆様一人おひとりが「自分らしい生活を過ごすことが出来るよう」またご家族の皆様が「ゆとりある生活が出来るよう」サポートしてまいります。地域に根を張り、地域での介護にまっすぐ取り組み、皆様の笑顔が私たちの誇りとなるよう、ひまわりのように「明るく温かいサービス」を提供してまいります』を心がけ、利用者本位にたった自立生活支援が出来るよう様々な形のサービスを行っております。単独施設であり、サービスに集中できる環境であります。馴染みの職員が長く勤務してくれる施設を目指し、常勤職員を多く配置しました。庭を設け農園、花壇を設けており、季節の野菜や花をこしらえて楽しんでます。また、看護職員を配置し、急な体調不良に備えております。クリニックの医師や訪問看護との連携で看取りも対応しております。

**【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)】**

昨年の3月に開設し、1年が経過した新しいホームである。看護師である管理者は、病院、居宅訪問介護などの経験を活かし、理念である「自分らしい生活を過ごすことが出来るよう」を目標に、職員と共に利用者本位のホーム運営に努めて来た。  
今回の外部評価にあたって実施した家族アンケートでは、ほとんどの家族からホームのサービスに満足しているとの回答が得られた。アンケートの結果に、管理者、職員の日々の努力が見て取れる。開設から僅か1年ではあるが、運営推進会議には利用者家族、行政、そして地域の代表の参加を得ており、利用者が地域の中で普通の暮らしを過ごすための施策を、一つ一つ実現している。  
管理者、職員のチームワークもよく、今後の更なるサービスの向上に期待したい。

**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ます (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と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	入居時、オリエンテーションにて理念の説明を行っている。カンファレンスやユニット会議においても全員で再確認している。個人が日々、心がけている。	理念はホームのパンフレットに明記しており、広く周知している。職員には毎週カンファレンスを実施し、日々のケアへの理念の実践について検証を行っている。	
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	朝、施設周辺のゴミ拾いを行っている。散歩時にすれ違う近所の方への挨拶、区の盆踊り大会への参加や地区の事業所懇談会への参加等で施設を知っていただくよう努めている。	区長の協力を得て地域の行事に参加し、地域の保育園とも交流を持っている。散歩外出時には地域住民と挨拶を交わし、また住民からは利用者を自宅に招き、お茶を出して貰える関係にある。	
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	地域包括支援センターと協同して、市民の方にボランティアとして施設に来ていただき、入居者が日常生活をどのように過ごしているか知っていただく時間を作った。垣根が取れたと言ってくれた。		
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	運営推進会議の委員の方々もまだGHがどのような施設なのかを勉強してくださるので、内容がまだそこまで達していないのが現状である。サービスの実際については報告しているが、評価までには至っていない。	利用者の家族、市関係者、そして地域の参加を得て2ヶ月に1回の頻度で会議を開催している。会議資料は行事などの写真を入れ、分かり易く工夫されている。	今後、利用者及び同業の管理者など、地域未着型サービスに知見を有する者の参加を検討されたい。
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	市の介護保険課担当者とは事業所の実情や職員の配置、サービス計画作成の在り方についてや研修会参加等について助言をもらっている。また、研修会の開催、参加を通して交流している。介護認定資料の情報開示のやり取りもしている。	運営推進会議への参加に加え、市の主催する研修会へ職員を参加させたり、ホーム運営についての助言を受けたりしている。	
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	身体拘束ゼロの手引きを施設内で研修し、難しい症状が出現した時の対応はその都度、職員同士で確認し合っている。身体拘束については行っていない。入居者の意思を尊重し、無理強いしないよう努めている。	職員研修を実施し、身体拘束をしないケアを実践している。拘束を必要とする困難事例には、職員間の話し合いを行って適切な対応を見出している。利用者の無断外出には、市の見守りネットワークが構築されており、施錠しないケアの助けとなっている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待は行われていない。管理者は職員が心身ともに健康であるか毎日声掛けをして確認している。また、余裕のある介護が出来るよう職員の勤務に配慮し、介護意欲を引き出すように努めている。		

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
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	該当者はいないが研修にて熟知している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約に対しては静かで集中できる面談室を使用している。書面を読み上げ説明している。理解・納得の上、署名・捺印していただいている。		
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	利用者家族に運営推進会議に参加していただき意見を発表してもらっている。	家族の訪問は頻回であり、必ず家族の意見を収集している。また、推進会議に家族が参加しており、市などの外部者を交え意見交換を行ない、ホーム運営に反映している。	
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	カンファレンスやユニット会議にて意見を聞いている。また、定期的に個人面談を行っており、提案を聞くように努めている。	カンファレンス及びユニット会議で、職員の意見を確認している。管理者による定期、不定期の個人面談を実施し、意見収集にも努めている。	現在職員は安定し、定着もいい。しかし、管理者は、開設当初の辛い時期に離職した同僚を思いやり、「もう少し頑張ってくれていたら…」と悔やんだ。彼らの分まで頑張ってもらいたい。
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	勤務状況、入居者への介護方法、思いやり等の評価を随時行っている。また、入居者とゆっくり向き合えるよう、責任が持てるよう常勤者の採用比率を高めている。評価は、昇給・賞与に反映している。		
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	認知症実践者研修や市の研修に参加できるよう勤務を配慮している。また、参加しやすいよう研修費、それに伴う交通費は実費事業所の負担で行っている。		
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	会社内の他事業所の責任者と1回/月会議を開催し、意見交換をしている。小牧市介護保険事業者連絡会への参加を通して同業者と連絡、協力している(研修会、展示会等を行っている)。		

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
<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	今年目標である「手をつなごう」をキャッチフレーズに、入居者に寄り添い、時間があれば横に座るようにしている。いろいろなお話をすることによってその方の気持ちや思いを理解し、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	家族の介護疲れを癒し、今までの介護を尊重するよう気を配りながら、話を伺うようにしている。また、「いつでも面会に来てください。」と、お声掛けし開放感で身近な施設として受け入れていただくように心がけている。		
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	介護支援専門員からの紹介が多いので、そういった事例は少ないが、施設見学で立ち寄られた場合は、他の介護保険サービスも含め相談に乗っている。		
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	家事においては、ご本人が役割と思って取り組まれるような声掛け、支援を行っている。現在、職員の指示がなくてもすすんでどなたかが家事をすすめている事が多くなってきた。		
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	面会は施設全体が歓迎している旨を常に伝え気楽に来訪していただくような雰囲気になっている。来訪時は他の入居者も交え、皆で楽しい会話をする環境づくりに心がけている。		
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	外出は自由にできるように家族にお伝えしている。また、ご友人の面会も推奨している。	利用者の家族や近所の知人が訪問の際には、ホームの畳の部屋を提供するなど、これまでの関係が継続するよう、気を配った支援を行っている。	
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	1対1の会話もするが、リビングでは複数の方々と交えて会話を楽しむようにしている。また、孤立している方には声掛けをして輪に入れるようにしている。		

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
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	精神科病院に入院された方に対しては、医療相談員と退院後のサービス利用に関して調整を図った。		
<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	本人、家族に聞くように努めケア計画に反映している。拒否が強い場合は無理強いないように配慮している。	職員は日々のケアの中で、利用者の思いや意向の把握に努めている。把握した思いや意向は、「生活記録(気づいたこと)」の様式に記入し、介護計画の作成時に活用している。	
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	入居前の生活習慣、ご本人ならではの暮らし方を聞き取りし、また介護支援専門員の在宅での計画をケア計画に盛り込むよう努めている。		
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	入居時、家族より聞き取りしている。また、介護支援専門員から情報を得ている。		
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、本人、家族、管理者、計画作成担当者、看護師、介護職員にて話し合い、介護計画を作成している。	本人、家族のモニタリングを実施し、職員のカンファレンスのうえ、3ヶ月に1度、計画の見直しを行なっている。現状は身体ケアに関わる計画が主体となっている。	日常の身体ケアについては「日課表」に落とし込み、介護計画には個別ケアを掲げ、利用者の思いや意向を反映した“その人らしさ”の感じられる計画となるよう期待したい。
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	個別のカルテを使用し、各勤務帯で様子を記録に残し、引き継ぎの際活用している。振り返り、状況をまとめることにも十分活用している。		
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	優先順位をつけ、その都度本人の支援を優先に介護するよう心掛けている。		

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	小牧市の行政資源、地域包括支援センター、西之島区のサービスを知り、活用できるようにしている。		
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	多くの入居者は協力医による1回/2週の訪問診察にて診察してもらい、健康管理に努めている。また、緊急時や体調不良時は連絡を取り、指示を仰いだり、往診に来てもらっている。在宅でのかかりつけ医を継続されたい方は尊重し受診していただき診察内容を把握している。	協力医はホームの良き理解者である。週2回の往診の他、緊急時の対応についても連携体制が確立されている。また、利用者の希望するかかりつけ医については家族対応となっており、相互に情報交換を行い連携している。	
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	健康観察、バイタルサインのチェックを1回/日行っている。何か変化を感じた時はまず、看護職に相談、その後必要に応じて訪問看護師もしくは医師に相談するルートを作っている。		
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。	救急受入対応の契約を3次救急病院と取り交わしている。医療連携室とも連絡調整できるシステムを構築している。		
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	看取り介護について入居時説明させていただき指針に署名捺印をいただいている。また、終末期の事例はない。	管理者を含み2名の看護師が職員として勤務している。本人、家族、協力医と話し合いのうえ、職員の介護力量や勤務体制等の条件がそろった場合には、看取りを行なう方針である。	
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	実際に糖尿病の利用者に対して勉強し低血糖に対する対処策を決めている。その他、緊急時に、連絡する方法を掲示し、冷静に対応で来るよう訓練している。		
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	避難経路の確認と避難場所の確認を行っている。村中小学校は遠いので、入居者全員が避難するには時間がかかりすぎる。西部コミュニティーセンターも良いのではないかと介護保険課課長とは協議した。2回/年消防訓練を行い、職員教育を行っている。	消防署の指導の下、夜間想定を含み年2回の避難訓練を実施している。スプリンクラー設置、調理のIH導入、そして食料、飲料の備蓄を確認した。	特に夜間災害時には、地域の協力が不可欠となる。近隣住民に、協力・応援を得られる関係づくりに期待したい。

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
<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	名前で呼びかける際は崩すことなく、さん付けで声掛けしている。年長者として敬いの気持ちで接するように心がけている。	職員は敬意をもって利用者に接している。呼称は苗字にさん付け、利用者、家族の希望があれば下の名前にさんを付けて呼んでいる。利用者本人が混乱しないよう、職員全員が同じ呼称を使う配慮がある。	
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	表情から気持ちをくみ取る様に努めている。何か訴えたような表情の時はゆっくりと尋ねる雰囲気をつくり伺っている。		
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	朝、何がしたいか尋ねるようにしている。天候を見て決めることが多い。		
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	服を選ぶ手伝いをしたり、希望者には化粧品を買いにお連れし、うす化粧を支援している。朝、自分で化粧する方もいらっしゃる。		
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	希望者には野菜の刻みの下ごしらえ、味付け、味見、盛り付け、配膳、食器洗浄、食器拭き等、職員と一緒にやっている。	手作りの家庭的な食事が提供されている。落着いて食事を出来るよう、テレビではなく、ラジオの音量を絞り流している。食器の片付けなど、利用者は各自の力量に合わせ、楽しみながら役割を担っている。	
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	食事、水分量をチェックしている。お茶は好きな時間に飲めるような状況をつくっている。食事は咀嚼、嚥下に合わせて形態を変えて提供している(刻み、粥等)。糖尿病の方にはカロリーを抑えたご飯にしている。		
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、洗面所に誘導、声掛けし、一人ひとりが磨く能力に合わせて口腔ケアを行っている。夜間義歯は洗浄剤につけ、職員が管理している。		

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
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	排泄時間、量のチェックをしている。時には声掛けしたり、能力に応じてズボンや下着の上げ下げや、パット交換等介助している。夏場は軽装にて昼間だけでもリハビリパンツから布パンツへの移行を試みている。	利用者の状態により声掛け、介助など適切に行なっている。利用者がトイレの利用を完全に拒否する事例があり、職員が時間を掛けて信頼関係を築き、トイレ利用に成功している。	
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	食材にきのこ類や海藻類を取り入れたり、一日の水分摂取量をチェックし、十分な水分摂取をすすめている。また、規則正しい生活を促している。ラジオ体操や散歩といった軽い運動も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日、本人に入浴するか聞いている。拒否があれば無理強いないようにしているが、あまり入浴拒否が続く時は説得し介助している。数種類の入浴剤を用いて入浴を楽しんでいただいている。	一日おきの入浴が基本であるが、希望してほば毎日入浴する利用者もいる。入浴を好まない利用者には、職員を変えて声掛けを行ったり、希望する時間に入浴出来るよう工夫している。	
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	日中でも臥床したい方は、自由に休んでもらっている。夜間も十分な睡眠が確保できるよう、就寝時、部屋の温度や湿度、消灯などの確認と援助を行っている。夜間は定期的に部屋の巡回を行っている。		
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	薬剤に添付されている効能書きをカルテにはさみ読むようにしている。医師、薬剤師からの指導も記録に残すようにしている。ほとんどの方が薬の管理が出来ないため、職員が管理し、誤薬のないよう努めている。		
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	主婦として人生を送ってみたい方が多いので、家事を中心に活動していただいている。自宅では毎晩ウイスキーの水割りを呑んでみたい方は、現在でもそれを続けるよう援助している。		
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。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支援している	買い物は職員と一緒にいけるように時間を作っている。その他、行き先によっては家族に連絡して連れて行ってもらうこともある。	日課の散歩、買い物、外食、そして成田山など遠方にも出掛けており、活発な外出支援である。訪問調査日には、調査員のホーム到着時にも、また評価終了時にも、職員と連れ立って散歩に出かける利用者の姿が目についた。	遠方への外出の際には、職員の負荷も大きい。ボランティアの有効利用や家族の協力を得て、安心・安全な外出支援の実現を望みたい。

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
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	外出に際しては、お金を持って出かけるように配慮している。ご本人の希望に沿ってお金を使えるよう個々の能力に合わせて援助している。		
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	家族面会が多くてあまり電話をしたいという希望がないが、ある時は施設の電話を使用してもらっている。絵手紙のレクリエーションを行い家族あてに手紙を書き送った方もある。		
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	明るい雰囲気にするよう日中は採光を取り入れている。常に清潔、整理整頓を心がけている。掃除は入居者の方と共に行うようにしている。掲示物や飾り物もその月に合わせて季節感を感じられるように替えている。	居間の吹き抜けの高い天井は、明るく開放感のある空間である。フローリングの居間の一面には、畳敷きの和の空間が設けられており、横になってくつろぐ事もできる。	
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	日中でも好きな時間に部屋に戻れるよう声掛けしている。また、和室や廊下のソファ等、集団から少し離れ静かに過ごせる場所も整え、自由に使ってもらっている。		
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	危険な物以外は持ち込み制限しないよう配慮している。そのほかは、仏壇や家具等使い慣れたものを持ってきていただいている。	清掃の行き届いた清潔で明るい居室には、利用者の馴染みの家具や仏壇が置かれ、これまでの生活が継続していることが感じられる。	
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	床はバリアフリーにしている。扉は軽いものを採用し、非力な高齢者でも安易に出入りしやすいよう工夫した。部屋は各方向に配置し、形や大きさを少しずつ違うように造り、自分の部屋がわかりやすく配慮した。		

### 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	2393800053		
法人名	有限会社 エスエス・ヘルスケア・システムズ		
事業所名	西島グループホームひまわり 2階		
所在地	小牧市西島町126番地		
自己評価作成日	平成24年 3月15日	評価結果市町村受理日	平成24年 5月10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="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393800053&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2393800053&amp;SCD=320&amp;PCD=23</a>
----------	---

【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 3月29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)】

当法人は小牧市内において訪問介護、居宅介護支援、通所介護、短期入所生活介護の事業を展開中です。当法人の理念である、『ご利用者の皆様一人ひとりが「自分らしい生活を過ごすことが出来るよう」またご家族の皆様が「ゆとりある生活が出来るよう」サポートしてまいります。地域に根を張り、地域での介護にまっすぐ取り組み、皆様の笑顔が私たちの誇りとなるよう、ひまわりのように「明るく温かいサービス」を提供してまいります』を心がけ、利用者本位にたった自立生活支援が出来るよう様々な形のサービスを行っております。単独施設であり、サービスに集中できる環境であります。馴染みの職員が長く勤務してくれる施設を目指し、常勤職員を多く配置しました。庭を設け農園、花壇を設けており、季節の野菜や花をこしらえて楽しんでいます。また、看護職員を配置し、急な体調不良に備

【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 ↓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と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、安心して暮らしている (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	入居時、オリエンテーションにて理念の説明を行っている。カンファレンスやユニット会議においても全員で再確認している。個人が日々、心がけている。		
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	朝、施設周辺のゴミ拾いを行っている。散歩時にすれ違う近所の方への挨拶、区の盆踊り大会への参加や地区の事業所懇談会への参加等で施設を知っていただくよう努めている。		
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	地域包括支援センターと協同して、市民の方にボランティアとして施設に来ていただき、入居者が日常生活をどのように過ごしているか知っていただく時間を作った。垣根が取れたと言ってくれた。		
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	運営推進会議の委員の方々もまだGHがどのような施設なのかを勉強してくださっているので、内容がまだそこまで達していないのが現状である。サービスの実際については報告しているが、評価までには至っていない。		
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	市の介護保険課担当者とは事業所の実情や職員の配置、サービス計画作成の在り方についてや研修会参加等について助言をもらっている。また、研修会の開催、参加を通して交流している。介護認定資料の情報開示のやり取りもしている。		
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	身体拘束ゼロの手引きを施設内で研修し、難しい症状が出現した時の対応はその都度、職員同士で確認し合っている。身体拘束については行っていない。入居者の意思を尊重し、無理強いしないよう努めている。		
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	虐待は行われていない。管理者は職員が心身ともに健康であるか毎日声掛けをして確認している。また、余裕のある介護が出来るよう職員の勤務に配慮し、介護意欲を引き出すように努めている。		

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
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	該当者はいないが研修にて熟知している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約に対しては静かで集中できる面談室を使用している。書面を読み上げ説明している。理解・納得の上、署名・捺印していただいている。		
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	利用者家族に運営推進会議に参加していただき意見を発表してもらっている。		
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	カンファレンスやユニット会議にて意見を聞いている。また、定期的に個人面談を行っており、提案を聞くように努めている。		
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	勤務状況、入居者への介護方法、思いやり等の評価を随時行っている。また、入居者とゆっくり向き合えるよう、責任が持てるよう常勤者の採用比率を高めている。評価は、昇給・賞与に反映している。		
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	認知症実践者研修や市の研修に参加できるよう勤務を配慮している。また、参加しやすいよう研修費、それに伴う交通費は実費事業所の負担で行っている。		
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	会社内の他事業所の責任者と1回/月会議を開催し、意見交換をしている。小牧市介護保険事業者連絡会への参加を通して同業者と連絡、協力している(研修会、展示会等を行っている)。		

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
<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	今年目標である「手をつなごう」をキャッチフレーズに、入居者に寄り添い、時間があれば横に座るようにしている。いろいろなお話をすることによってその方の気持ちや思いを理解し、信頼関係が築けるよう努めている。		
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	家族の介護疲れを癒し、今までの介護を尊重するよう気を配りながら、話を伺うようにしている。また、「いつでも面会に来てください。」と、お声掛けし開放感で身近な施設として受け入れていただくように心がけている。		
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	介護支援専門員からの紹介が多いので、そういった事例は少ないが、施設見学で立ち寄られた場合は、他の介護保険サービスも含め相談に乗っている。		
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	家事においてはご本人が役割と思って取り組まれるような声掛け、支援を行っている。現在、職員の指示がなくてもすすんでどなたかが家事をすすめている事が多くなってきた。		
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	面会は施設全体が歓迎している旨を常に伝え気楽に来訪していただくような雰囲気になっている。来訪時は他の入居者も交え、皆で楽しい会話をする環境づくりに心がけている。		
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	外出は自由にできるように家族にお伝えしている。また、ご友人の面会も推奨している。		
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	1対1の会話もするが、リビングでは複数の方々と交えて会話を楽しむようにしている。また、孤立している方には声掛けをして輪に入れるようにしている。		

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
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	外傷にて寝たきり状態となり、機械浴のある施設に転居された方に対しては訪問したり、サービス利用についてご家族の相談に乗る等の支援を行っている。		
<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	本人、家族に聞くように努めケア計画に反映している。拒否が強い場合は無理強いないように配慮している。		
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	入居前の生活習慣、ご本人ならではの暮らし方を参考に、また、介護支援専門員と連携し在宅での介護計画をケア計画に反映している。		
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	入居時、家族より聞き取りしている。また、介護支援専門員から情報を得ている。		
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、本人、家族、管理者、計画作成担当者、看護師、介護職員にて話し合い、介護計画を作成している。		
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	個別のカルテを使用し、各勤務帯で様子を記録に残し、引き継ぎの際活用している。振り返り、状況をまとめることにも十分活用している。		
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	優先順位をつけ、その都度本人の支援を優先に介護するよう心掛けている。		

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	小牧市の行政資源、地域包括支援センター、西之島区のサービスを知り、活用できるようにしている。		
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	多くの入居者は協力医に1回/2週の訪問診察にて診察してもらい、健康管理に努めている。また、緊急時や体調不良時は連絡を取り、指示をもらったり、往診に来てもらっている。在宅中のかかりつけ医を継続希望の方は受診での診察内容を把握するようにしている。		
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	健康観察、バイタルサインのチェックを1回/日行っている。何か変化を感じた時はまず、看護職に相談、その後必要に応じて訪問看護師もしくは医師に相談するルートを作っている。		
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。	救急受入対応の契約を3次救急病院と取り交わしている。医療連携室とも連絡調整できるシステムを構築している。		
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	看取り介護について入居時説明させていただき指針に署名捺印をいただいている。また、終末期の事例はない。		
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	実際に糖尿病の利用者に対して勉強し低血糖に対する対処策を決めている。その他、緊急時に、連絡する方法を掲示し、冷静に対応で来るよう訓練している。		
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	避難経路の確認と避難場所の確認を行っている。村中小学校は遠いので、入居者全員が避難するには時間がかかりすぎる。西部コミュニティーセンターも良いのではないかと介護保険課課長とは協議した。2回/年消防訓練を行い、職員教育を行っている。		

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
<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	名前呼びかけの際は崩すことなく、さん付けで声掛けしている。年長者として敬いの気持ちで接するように心がけている。		
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	表情から気持ちをくみ取る様に努めている。何か訴えたような表情の時はゆっくりと尋ねる雰囲気をつくり伺っている。		
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	朝、何がしたいか尋ねるようにしている。天候を見て決めることが多い。		
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	着る服を選ぶ手伝いをしたり、買い物に同行し服や下着を購入する手伝いをしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	希望者には野菜の刻みの下ごしらえ、味付け、味見、盛り付け、配膳、食器洗浄、食器拭き等、職員と一緒にやっている。		
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	食事、水分量をチェックしている。お茶は好きな時間に飲めるような状況をつくっている。食事は咀嚼、嚥下に合わせて形態を変えて提供している(刻み、粥等)。		
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、洗面所に誘導、声掛けし、一人ひとりが磨く能力に合わせて口腔ケアを行っている。夜間義歯は洗浄剤につけ、職員が管理している。		

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
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	排泄時間、量のチェックをしている。時には声掛けしたり、能力に応じてズボンや下着の上げ下げや、パット交換等介助している。夏場は軽装にて昼間だけでもリハビリパンツから布パンツへの移行を試みている。		
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	食材にきのこ類や海藻類を取り入れたり、一日の水分摂取量をチェックし、十分な水分摂取をすすめている。また、規則正しい生活を促している。ラジオ体操や散歩といった軽い運動も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	毎日、本人に入浴するか聞いている。お任せの方は、職員が決めている方もある。拒否があれば無理強いないようになっているが、あまり入浴拒否が続く時は説得し介助している。数種類の入浴剤を用いて入浴を楽しんでいただいている。		
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	日中でも臥床したい方は、自由に休んでもらっている。夜間も十分な睡眠が確保できるよう、就寝時、部屋の温度や湿度、消灯などの確認と援助を行っている。夜間は定期的に部屋の巡回を行っている。		
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	薬剤に添付されている効能書きをカルテにはさみ読むようにしている。医師、薬剤師からの指導も記録に残すようにしている。ほとんどの方が薬の管理が出来ないため、職員が管理し、誤薬のないよう努めている。		
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	主婦として人生を送ってみたい方が多いので、家事を中心に活動していただいている。歌が好きな人が多く、皆で合唱することもある。演歌や昭和歌謡は録画して日中楽しまれている。		
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支援している	買い物は職員と一緒にいけるように時間を作っている。その他、行き先によっては家族に連絡して連れて行ってもらうこともある。		

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
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	外出に際しては、お金を持って出かけるように配慮している。ご本人の希望に沿ってお金を使えるように援助している。		
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	家族面会が多くてあまり電話をしたいという希望はない。ある時は施設の電話を使用してもらっている。絵手紙のレクリエーションを行い家族あてに手紙を書き送った方もある。		
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	明るい雰囲気にするよう日中は採光を取り入れている。常に清潔、整理整頓を心がけている。掃除は入居者の方と共に行うようにしているが、掲示物や飾り物もその月に合わせて季節感を感じられるように替えている。		
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	日中でも好きな時間に部屋に戻れるよう声掛けしている。また、和室や廊下のソファ等、集団から少し離れ静かに過ごせる場所を整え、自由に使ってもらっている。		
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	危険な物以外は持ち込み制限しないよう配慮している。そのほかは、仏壇や家具等使い慣れたものを持ってきていただいている。		
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	床はバリアフリーにしている。扉は軽いものを採用し、非力な高齢者でも安易に出入りしやすいよう工夫した。部屋は各方向に配置し、形や大きさを少しずつ違うように造り、自分の部屋がわかりやすく配慮した。		

(別紙4(2))

事業所名 西島グループホームひまわり

## 目標達成計画

作成日: 平成 24年 5月 10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	19.2	ご家族を交えた行事が開催できていない。	ご家族を招待し、施設で育てた野菜を使い、食事会(バーベキュー)を行いたい。	夏野菜の苗を購入し作付を入居者の方と共に行う。当番を決め、毎日の水やりを行う。収穫にターゲットを置き、行事計画を作成し、食事会の開催としたい。	6ヶ月
2	26	介護計画が身体ケアに関することが主体となっている。	介護計画には個別ケアを立案し、利用者の思いや意向を反映した「その人らしさ」の感じられる計画としたい。そして、実現できるように努めていきたい。	担当する介護職員がその方の生活歴や思いを聞きとり、現在やりたいと思っている事や気になっている事、やっておきたい事等を十分に伺い、計画作成担当者、ご家族と共に個別ケア計画を立て、入居者、ご家族と共に実施、評価していきたい。	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、行を挿入してください。