

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	2372101440		
法人名	東洋ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム燦ふくおか Aユニット		
所在地	愛知県岡崎市福岡町字通長36-1		
自己評価作成日	平成25年 7月15日	評価結果市町村受理日	平成25年10月 3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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosvoCd=2372101440-00&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25年 8月14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)】

開設当初からの取り組みですが、サービス向上のために業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践すること。入居者様の生活を中心に型にとられない毎日を軸に生き甲斐のある生活を支援しております。具体的なサービスとして、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に特に力を注いでおります。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、回転寿司等への外食支援、いちご狩りや各種イベントへの外出支援となっております。今後も継続して行きたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、冷凍食品を必要最小限の使用に止め、毎食全て手作りの物を提供する事に心掛けております。他に給食委員会やカンファレンスによる、個別に合ったきめ細かな食事提供であると思っております。総合的ではありますが、現状に満足することなく向上心を持ち支援をして参りたいと思います。

【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)】

これまでの課題であり、目標達成計画にも取り上げて取り組んだ運営推進会議への知見者の参加が実現し、会議がより充実度を増した。会議では、毎回目標達成計画の進捗を報告し、達成へ向けての意見交換を行っており、運営推進会議が外部評価制度との連携を果たしている。
 利用者の思いや意向を介護計画に反映させようとの取り組みも、目標達成計画に取り上げたが、利用者の高齢化や要介護度の進行によって様々な新たな問題が生まれてきた。その改善・解決に時間を要したため、所期の目的を達成することはかなわなかった。今年度の再挑戦に期待したい。

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している (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
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	スタッフ全員が理念に基づき支援を行っている。又、各フロア、事務所にも理念を掲げ常に視界に入るようにし、実践するよう心掛けている。	法人の目指す方向性を一にするため、市内の2グループホームの組織(機能)を統合し、当ホームの管理者が一方のホームも包括的に管理する機構改革を行った。	
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	地域清掃の日や地域の運動会など町内会行事に参加している。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。	地区総代が交代したことにより、新たな関係作りが必要となっている。地域への配布を目的とした「燦ふくおかだより」は、今後も年間2回の発行を継続していく予定である。	
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	運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達し、外部評価での進捗状況も行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。		
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	現状を報告している。サービスの実際として熱中症の予防方法や栄養補助剤などの実食や実演をしている。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。	知見者の会議招集がこれまでの課題であったが、目標達成計画にも取り上げて取り組み、知見者の出席が実現した。会議そのものも内容が豊富であり、議事録からも充実ぶりがうかがえる。	目標達成計画の進捗を報告・検討して「外部評価」と連携し、地域との交流に関しての意見を交換することで「地域密着型サービス」の姿を追い求めている。理想形に近づいている。
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取り組んでいる	市介護相談員派遣事業の受け入れを始め市関連事業(会議)にも積極的に協力している。問題発生時や制度の問題等、市の担当課に連絡し協力関係を保ながらサービスの向上に取り組んでいる。	継続して市の介護相談員(毎月2名)を受け入れている。介護相談員の有効な活用方法に関して、管理者は行政(使・担当課)への進言(提案)を試みようとしている。	
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	スタッフ全員が理解している。施錠について日中は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止の勉強会もミーティング時に実施しており、身体拘束防止に関する掲示も行い日々心掛けている。	事務所に、「ちょっと待つ」も使い方によって身体拘束」のスローガンが貼りだしてあった。職員は、直接的な身体拘束だけでなく、言葉の適切性に関しても深い理解を持っている。	
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ざされることがないように注意を払い、防止に努めている	スタッフ全員が防止に努めている。月1回のミーティング時でも、高齢者虐待防止マニュアルを参考に虐待に関する知識を高め防止に努めている。		

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	権利擁護は守っている。成年後見制度は該当者が2名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合いをしている。成年後見制度も研修会に参加し知識を高めている。		
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	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
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	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。他にも市相談員の受入を行っているため、必要であればその機会にも相談はできる。	運営推進会議に出席した家族には、一言でもいいから発言してもらおうように働きかけている。その結果、家族にもホーム運営への参画意識が芽生えてきている。	
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	全体ミーティングや臨時ミーティング、給食委員会議などの定例会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。	「自己評価表」を仲立ちとして、管理者と職員が面談して意見を交換している。事務所の奥に「隠れ家」のような休憩室があり、職員への連絡事項等が貼りだしてあった。	
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	管理者は、その都度職員の問題点や疑問点に対処し、代表者は個々の能力や実績に応じて向上心を持って働ける環境や条件を整えている。		
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	県、市、等の研修に積極的に参加させている。社として、ビジネスコンサルタントの研修を開催するなど、個々のスキルアップに向けての環境を整えている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。		
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	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

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
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	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
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	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
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	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービス(訪問マッサージなど)も紹介して対応している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活において、コミュニケーションを大切にし、利用者の方の気持ちを考え、常に受容、共感の姿勢で関係を築いている。		
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	入居者毎に担当が決まっており、密な信頼関係を作る事から一緒に支援していく事を築いている。また、担当者会議を開催し、本人の近況報告と家族の要望を重んじた関係づくりに努めている。		
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	ホームを開放的にしているため、馴染みのの方が来やすい環境作りをするように支援している。馴染みの場所へは、ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にもらっている。	「個別ケア」の実践として、利用者の行きたい所(馴染みの場所)へ、職員と1対1で訪問している。「温泉」まで足を延ばしたこともある。	
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	共用スペースを設け、常に利用者同士が会話出来る環境を作っている。洗濯物のたたみなど、他の入居者の方と一緒にこなうことにより、孤立感を味なわないようにしている。ユニット間で相性を考慮した配置もしている。		

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	退居者や家族が必要とすれば、サービス終了後も関係を保ち、問題解決に取り組みが出来る体制はとれている。また、長期入院による退居は、その後も様子を見に行くなど、関係を保っている。		
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	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。日々の申し送りにおいてもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。	職員と利用者が1対1で外出し、思いをかなえる取り組みを実践している。意向を表出できない利用者も多いが、過去の生活歴等も参考に支援しようとしている。	
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	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考にしている。そのため過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
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	残存機能の支援は基より、日常生活の中で、心身状態の変化などを把握し、日々の申し送りで常に状況を確認し合っている。また、月に1度の全体MTで個々のケース検討を行っている。半年ごとに行えること・できないこと表の作成もしている。		
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	課題など問題が生じた場合は、その都度カンファレンスを開催し、プラン作成に基づいたケアを実行している。又、スタッフが各入居者の担当になり、意見やアイデアをその都度出し合っている。	利用者の思いを介護計画に連動させるため、目標達成計画に取り上げて取り組んだ。しかし、高齢化や重度化を要因とする様々な課題が生じてきた。思いを計画に活かした支援は、1名の利用者のみであった。	利用者個々の課題の解決を優先し、対応が遅れが出てしまったが、今年度は、1名でも多くの利用者に対して、思いや意向が反映された介護計画の作成を期待したい。
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	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
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	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じられるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに 応じられるように柔軟な姿勢で支援している。		

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
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	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つように協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。他に地域の喫茶などの外出支援を行いふれあいも含めた支援をしている。		
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	心療内科は2週間に1回往診(1ユニットづつ受診)、内科受診は定期が2週間に1回で風邪などの突発性のものは随時受診している。歯科受診は随時受診をしている。医師とは連絡を密にし、入居者の方の健康状態などを常に把握して頂いている。	利用者、家族の希望を優先してかかりつけ医を決めているが、ほとんどの利用者がホーム提携医をかかりつけ医としている。内科の受診は、気分転換を兼ねて、9名の利用者が社有車に分乗して出かけている。	
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	入居者の健康状態は常に把握してもらっている。緊急時も24時間体制で連絡を取れるようにしており、基本的に入居者の方の身体的問題は看護師の指示のもと業務を行っている。個別のカンファレンスにも参加してもらい情報を共有している。		
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。	入院した場合、こまめに面会に行き、担当医、看護師、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
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	重度化対応指針に則りできるだけ対応できるように取り組める努力をしている。重度化に伴い早い段階での方針を共有し入居者に負担の掛からない選択を支援している。	「重度化対応指針」を利用者・家族に説明し、一応の理解は得ている。管理者は、「看取りはしないが、ぎりぎりまで看る」方針を貫いている。	
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	地域が主催する消防隊員による救命講座など参加するようにしている。緊急時対応マニュアルも作成してある。内部研修等で急変時の迅速な対応ができるように看護師協力のもと定期的に学習をするようにしている。		
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	年2回 避難訓練(日中・夜間帯)を実施し火災、地震を想定し実践的に全員が対応できるように努力している。運営推進会議を通じて災害時に地域援助が必要である事への理解も求めている。	運営推進会議を通じて、地域へもホームの防災訓練に参加・協力を求めている。利用者は参加できなかったが、地域合同防災訓練には職員が参加した。	

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
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	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重を重んじて支援をしている。	職員教育で、「利用者の尊厳」を強く教えている。職員の雇用の安定によって、利用者との適切な馴染みの関係が出来上がっており、「馴れ馴れしさ」は全く感じられない。	
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	選択できる環境をより多く提供する事に心掛けている。例えば買い物支援時に自己決定する機会を提供したり、訪問販売を利用し品物を選んだりする喜びを支援している。		
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	入居者の方に合わせた支援を出来る限り行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとらわれない生活を基本としている。強制する事は絶対にしない事を実践している。		
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	遠出の外出時はよそ行きの衣類に着替えている。日常生活においても整容を始め衣類の選択も楽しめるよう気を配っている。月に1回床屋が来て散髪と顔すりをしている。		
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	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をやる事やスタッフと一緒に会話をしながらご飯を食べている。食事の準備も食材を切るなど手伝いもお願いしている。	昼食がメインの食事となっており、利用者にとっては楽しいひと時である。厨房職員が、利用者一人ひとりの好みを把握していることも、楽しい食事風景を演出するための助けとなっている。	
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	給食委員会があり日々のメニューや栄養チェックを行っている。(常食に刻み、とろみなど対応)水補は記録帳で管理し摂取量を把握している。体調不良時は、おじやなど別食で対応している。		
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、入れ歯の方は外し磨き。自歯の方も歯磨き粉を付けて口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリドントなどで一晚浸しておく)		

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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄を促す支援をしている。必要以外(夜間帯のみ着用など)は普通のパンツを使用してもらう支援をしている。	高齢化、要介護度の進行によって、排泄のレベルダウンは否めない。トイレの2人介助や夜間のオムツ使用等が、徐々に増加傾向となっている。	
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	水分補給を充分にして、冷たい牛乳をおやつ時に飲んで頂いている。食事でも食物繊維の多く含まれているものを料理に加えている。(極力薬に頼らないようにしている)日々ラジオ体操を行ったり、腹部マッサージをするなど腸の活性化も促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	重度化に伴い、現状では2日に1回が限度である。入浴時間は10:00~12:00と14:00~16:30位としている。順番は本人の希望に添えるように支援している。	1日置きの入浴が基本であるが、利用者個々のペースに合わせて、ゆったりと時間をかけての入浴を支援している。	
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	休みたい時は、自由に居室等で休んでもらっている。(昼夜逆転にならないように注意を払っている)また、十分な睡眠時間を確保できるように支援している。		
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	お薬手帳、お薬の説明書が常に確認できる状態になっている。薬の管理は看護師の指示のもとスタッフが全て行い、薬を手渡し、しっかり飲み込むのを確認するまで見守り支援をしている。又、症状の変化も常に観察している。		
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	日常生活において出来る範囲で洗濯物干し・たたみ、掃除など、出来る利用者だけに役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図れるようにしている。午前中の毎日レクも実施している。		
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に支援している	季節に応じて、全員での外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。全員ではないが、個別外出支援も実施し本人の望むところへ出来る限り外出できるように努力している。	利用者と職員の1対1の外出支援は、利用者だけでなく職員の楽しみとなっているケースもある。男性利用者が、バレンタインデーに女性職員と希望の外出(パフェ・デート)を果たし、双方が充実感を味わった。	職員が支援(業務)を楽しむことは、質の高い支援を追求するうえでの重要なポイント。利用者満足(質の向上)の前に、職員満足があってしかるべき。支援を楽しむ職員が増えることを望みたい。

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	所持金紛失防止のため、基本、本人がお金を持ってはいないが、もし本人が必要とした場合、家族報告後ホーム交替にてお金を使えるように支援している。ただし、中には家族理解のもと、残金がある程度確認した上で所持する場合もある。		
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	本人希望があれば、その都度電話している。又、手紙類も郵送されてきたら、ただ渡すのではなく読み上げるなど、気持ちの共感も含め支援している。居室のボードに貼って、忘れずに思い出せれるような支援もしている。		
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	共有空間には、季節の花を飾ったり、雛人形や七夕飾りなど季節感を出すようにしている。水槽に熱帯魚を飼っていたり、観葉植物も館内に飾ったり、できる限りリラックスした状態で居れるように支援している。	間接照明が柔らかな空間を創り出し、ゆっくりと流れる時間の中で、利用者が穏やかな生活を送っている。午前中に行ったレクで頑張った利用者が、午後はゆったりと身体を休めていた。	
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	廊下のスペースに、1箇所ほど1人又は2人くらいでいられる場所を設けている。また、フロアでは名札を置くなどして自分の席が分かるようにして、それぞれが自分の居場所として認識できるように工夫している。		
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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と調整し配置している。極力使い慣れたものでのお願いをしている。居室ベッドなどの配置転換は事故防止を含め本人が過ごしやすい空間作りに心掛けている。	豪華なタンスにソファーを持ち込んだ居室があった。ソファー(利用者)が待っているのは、家族アルバムに綴じられている息子が娘か、あるいは愛くるしいお孫さんなのであろうか。	
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	安全で安心な生活空間の提供に心掛け極力歩行スペースに物を置かないようにしている。又、手すりも必要以上に取付け自立歩行への配慮もしている。残存機能も活用し、できる事をそれぞれで行えるように家具の配置も心掛けている。		

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	2372101440		
法人名	東洋ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム燦ふくおか Bユニット		
所在地	愛知県岡崎市福岡町字通長36-1		
自己評価作成日	平成25年 7月15日	評価結果市町村受理日	平成25年10月 3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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyouvoCd=2372101440-00&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25年 8月14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)】

開設当初からの取り組みですが、サービス向上のために業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践すること。入居者様の生活を中心に型にとらわれない毎日を軸に生き甲斐のある生活を支援しております。具体的なサービスとして、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に特に力を注いでおります。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、回転寿司等への外食支援、いちご狩りや各種イベントへの外出支援となっております。今後も継続して行きたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、冷凍食品を必要最小限の使用に止め、毎食全て手作りの物を提供する事に心掛けております。他に給食委員会やカンファレンスによる、個別に合ったきめ細かな食事提供であると思います。総合的で

【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
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	スタッフ全員が理念に基づき支援を行っている。又、各フロア、事務所にも理念を掲げ常に視界に入るようにし、実践するよう心掛けている。		
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	地域清掃の日や地域の運動会など町内会行事に参加している。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。		
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	運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達し、外部評価での進捗状況も行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。		
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	現状を報告している。サービスの実際として熱中症の予防方法や栄養補助剤などの実食や実演をしている。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。		
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	市介護相談員派遣事業の受け入れを始め市関連事業(会議)にも積極的に協力している。問題発生時や制度の問題等、市の担当課に連絡し協力関係を保ながらサービスの向上に取り組んでいる。		
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	スタッフ全員が理解している。施錠について日中帯は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止の勉強会もミーティング時に実施しており、身体拘束防止に関する掲示も行い日々心掛けています。		
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	スタッフ全員が防止に努めている。月1回のミーティング時でも、高齢者虐待防止マニュアルを参考に虐待に関する知識を高め防止に努めている。		

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	権利擁護は守っている。成年後見制度は該当者が2名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合いをしている。成年後見制度も研修会に参加し知識を高めている。		
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	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
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	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。他にも市相談員の受入を行っているため、必要であればその機会にも相談はできる。		
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	全体ミーティングや臨時ミーティング、給食委員会議などの定例会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。		
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	管理者は、その都度職員の問題点や疑問点に対処し、代表者は個々の能力や実績に応じて向上心を持って働ける環境や条件を整えている。		
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	県、市、等の研修に積極的に参加させている。社として、ビジネスコンサルタントの研修を開催するなど、個々のスキルアップに向けての環境を整えている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。		
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	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

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
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	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
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	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
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	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービス(訪問マッサージなど)も紹介して対応している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活において、コミュニケーションを大切にし、利用者の方の気持ちを考え、常に受容、共感の姿勢で関係を築いている。		
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	入居者毎に担当が決まっており、密な信頼関係を作る事から一緒に支援していく事を築いている。また、担当者会議を開催し、本人の近況報告と家族の要望を重んじた関係づくりに努めている。		
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	ホームを開放的にしているため、馴染みのの方が来やすい環境作りをするように支援している。馴染みの場所へは、ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にしてもらっている。		
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	共用スペースを設け、常に利用者同士が会話出来る環境を作っている。洗濯物のたたみなど、他の入居者の方と一緒にこなうことにより、孤立感を味なわないようにしている。ユニット間で相性を考慮した配置もしている。		

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	退居者や家族が必要とすれば、サービス終了後も関係を保ち、問題解決に取り組みが出来る体制はとれている。また、長期入院による退居は、その後も様子を見に行くなど、関係を保っている。		
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	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。日々の申し送りにおいてもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。		
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	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考にしている。そのため過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
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	残存機能の支援は基より、日常生活の中で、心身状態の変化などを把握し、日々の申し送りで常に状況を確認し合っている。また、月に1度の全体MTで個々のケース検討を行っている。半年ごとに行えること・できないこと表の作成もしている。		
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	課題など問題が生じた場合は、その都度カンファレンスを開催し、プラン作成に基づいたケアを実行している。又、スタッフが各入居者の担当になり、意見やアイデアをその都度出し合っている。		
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	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
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	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じれるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに 応じれるように柔軟な姿勢で支援している。		

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
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	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つように協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。他に地域の喫茶などの外出支援を行いふれあいも含めた支援をしている。		
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	心療内科は2週間に1回往診(1ユニットづつ受診)、内科受診は定期が2週間に1回で風邪などの突発性のものは随時受診している。歯科受診は随時受診をしている。医師とは連絡を密にし、入居者の方の健康状態などを常に把握して頂いている。		
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	入居者の健康状態は常に把握してもらっている。緊急時も24時間体制で連絡を取れるようにしており、基本的に入居者の方の身体的問題は看護師の指示のもと業務を行っている。個別のカンファレンスにも参加してもらい情報を共有している。		
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。	入院した場合、こまめに面会に行き、担当医、看護師、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
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	重度化対応指針に則りできるだけ対応できるように取り組める努力をしている。重度化に伴い早い段階での方針を共有し入居者に負担の掛からない選択を支援している。		
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	地域が主催する消防隊員による救命講座など参加するようにしている。緊急時対応マニュアルも作成してある。内部研修等で急変時の迅速な対応ができるように看護師協力のもと定期的に学習をするようにしている。		
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	年2回 避難訓練(日中・夜間帯)を実施し火災、地震を想定し実践的に全員が対応できるように努力している。運営推進会議を通じて災害時に地域援助が必要である事への理解も求めている。		

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
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	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重を重んじて支援をしている。		
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	選択できる環境をより多く提供する事に心掛けています。例えば買い物支援時に自己決定する機会を提供したり、訪問販売を利用し品物を選んだりする喜びを支援しています。		
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	入居者の方に合わせた支援を出来る限り行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとらわれない生活を基本としている。強制する事は絶対にしない事を実践している。		
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	遠出の外出時はよそ行きの衣類に着替えている。日常生活においても整容を始め衣類の選択も楽しめるよう気を配っている。月に1回床屋が来て散髪と顔すりを行っている。		
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	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をする事やスタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。食事の準備も食材を切るなど手伝いもお願いしている。		
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	給食委員会があり日々のメニューや栄養チェックを行っている。(常食に刻み、とろみ、ペーストなど対応)水補は記録帳で管理し摂取量を把握している。体調不良時は、おじやなど別食で対応している。		
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、入れ歯の方は外し磨き。自歯の方も歯磨き粉を付けて口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリデントなどで一晚浸けておく)		

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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄を促す支援をしている。必要以外(夜間帯のみ着用など)は普通のパンツを使用してもらう支援をしている。		
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	水分補給を充分にして、冷たい牛乳をおやつ時に飲んで頂いている。食事でも食物繊維の多く含まれているものを料理に加えている。(極力薬に頼らないようにしている)日々ラジオ体操を行ったり、腹部マッサージをするなど腸の活性化も促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	重度化に伴い、現状では2日に1回が限度である。入浴時間は10:00～12:00と14:00～16:30位としている。順番は本人の希望に添えるように支援している。		
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	休みたい時は、自由に居室等で休んでもらっている。(昼夜逆転にならないように注意を払っている)また、十分な睡眠時間を確保できるように支援している。		
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	お薬手帳、お薬の説明書が常に確認できる状態になっている。薬の管理は看護師の指示のもとスタッフが全て行い、薬を手渡し、しっかり飲み込むのを確認するまで見守り支援をしている。又、症状の変化も常に観察している。		
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	日常生活において出来る範囲で洗濯物干し・たたみ、掃除など、出来る利用者に関り役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図れるようにしている。午前中の毎日レクも実施している。		
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に支援している	季節に応じて、全員での外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。全員ではないが、個別外出支援も実施し本人の望むところへ出来る限り外出できるように努力している。		

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
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	所持金紛失防止のため、基本、本人がお金を持ってはいないが、もし本人が必要とした場合、家族報告後ホーム代替にてお金を使えるように支援している。ただし、中には家族理解のもと、残金がある程度確認した上で所持する場合もある。		
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	本人希望があれば、その都度電話している。又、手紙類も郵送されてきたら、ただ渡すのではなく読み上げるなど、気持ちの共感も含め支援している。居室のボードに貼って、忘れずに思い出せれるような支援もしている。		
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	共有空間には、季節の花を飾ったり、雛人形や七夕飾りなど季節感を出すようにしている。水槽に熱帯魚を飼っていたり、観葉植物も館内に飾ったり、できる限りリラックスした状態で居れるように支援している。		
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	廊下のスペースに、1箇所ほど1人又は2人くらいでいられる場所を設けている。また、フロアでは名札を置くなどして自分の席が分かるようにして、それぞれが自分の居場所として認識できるように工夫している。		
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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と調整し配置している。極力使い慣れたものでのお願いをしている。居室ベッドなどの配置転換は事故防止を含め本人が過ごしやすくなる空間作りに心掛けている。		
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	安全で安心な生活空間の提供に心掛け極力歩行スペースに物を置かないようにしている。又、手すりも必要以上に取付け自立歩行への配慮もしている。残存機能も活用し、できる事をそれぞれで行えるように家具の配置も心掛けている。		

目標達成計画

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	26	昨年度も第一課題としてあげた項目であるが、入居者様の重度化に伴い、問題解決を中心としたケアプランとなってしまったため、今年度も再度、本人の思いや意向を一つでも多く取り入れたケアプランの実践をしなければならない。	本人の思いや意向を重んじたケアプランの作成に取り組む。	介護計画書の項目に最低一つは、本人の思いや意向が含まれるものを掲げ、その内容に沿って実践をする。	6～12ヶ月
2	49	一人ひとりの希望に沿った戸外への外出や、自己希望が難しい入居者様には可能な限り個別単位での外出支援を実践したい。また、ご家族様への協力も呼びかけたい。付添い職員も個別支援の企画に参加し共に楽しむ事ができるようにする。	入居者様へ、出来る限り希望に沿った個別外出支援の実施。職員も共に楽しむと言う思いを感じられる内容にしていく。	入居者様の担当者制を実施しているため、企画から付添いまで全ての工程において責任を持って対応し、入居者様の出来る限り希望に沿った外出支援を実施し、また共に楽しむ事を実践していく。	6～12ヶ月
3	35	災害時に、地域住民の方の協力をお願いしたい。それには、まず地域の防災訓練を始めとする説明会や講習会に参加して行き結び付きを強化したい。他に推進会議などを通じ、防災活動の理解と協力をお願いする。	地域との協力のもと、共に助け合い、支え合っていく事への理解と協力をお願いする。	地域の防災訓練や説明会、講習会に積極的に参加する。推進会議にて、災害時の協力体制を構築するために、資料提供や講習会の開催を実施して行く。	6～12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。