

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	2170103986		
法人名	有限会社 アルファメディカル		
事業所名	ハートヴィレッジ老松 (さくら)		
所在地	岐阜県岐阜市老松町10		
自己評価作成日	平成24年 8月16日	評価結果市町村受理日	平成24年12月28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/21/index.php?action=kouhvu_detail_2010_022_kani=true&JivgyosyoCd=2170103986-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 9月25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)】

・家族や知人の面会時には、職員の誰もが近況をお話したり、気軽に尋ねて頂けるような雰囲気づくりを心掛けている。地域の夏祭りでは、利用者が家族と参加できるように配慮したり、毎月の老人クラブ、その他の催しにも職員が付き添って参加している。
 ・事業所の季節の行事(節分、夏祭り、もちつき等)には、保育園やボランティアを受け入れ、利用者や家族も楽しめ、また地域の方にも来ていただいてお互いの繋がりを大切にしている。
 ・医療機関が母体であり、日常的に連携が密にとれるので、利用者・家族は安心して生活できている。また職員も安心して働くことができる環境である。

【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)】

運営推進会議に地域関係者を招き、充実した会議の取り組みが始まっている。ホーム行事である餅つき大会・敬老会には地域のボランティアの慰問もあり、相互間交流が深まっている。月に一度の「地域高齢者サロン」に利用者が参加しており、社会参加の機会となっている。これまでの、地域との取り組みを大切にしてきた結果が花開いた事例といえよう。
 利用者の自立度が低下している中、本人が台所で専用の常備菜を作り、ノンアルコールビールで晩酌するなど、これまでの生活スタイルを支えている。
 個々の生活歴をアセスメントにおいて分析して、関係者と協力して支援していく取り組みを心から応援したい。

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	基本理念を掲げ、毎月のミーティングでみんな意見を出し合っている。	「利用者様第一主義」を大切に支援を行うために、利用者から上がった要望はミーティングの場で必ず話し合っている。	
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	自治会に加入していることで回覧板が回ってくる。 地域行事に参加したり、ご近所から雛人形や植物をいただいたりしている。老松行事案内を出し、参加していただいている。	ホームで開催する行事の際には近隣へ広報活動を行い、地域住民の参加があった。地域の高齢者サロンに利用者が出かけており、定期的に社会参加する機会がある。	
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	日常的のちょっとした外出等を通じてご近所と知り合いになった。継続的に実習生の受け入れを行い、また地域学生のボランティア活動等で、若者にも認知症理解や支援をしていただいている。認知症サポーター研修を開催し、組織全体で認知症理解に取り組んでいる。		
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	自治会長をはじめ、地域役員、市職員、地域包括支援センターや家族代表が出席され、活動報告と実際に利用者との行動を共にして頂くことで理解を深め、ご意見を頂き、現場に活かしている。	運営推進会議に地域住民の参加を呼び掛けており、参加メンバーの幅が広がっている。運営推進会議を通じて敬老会の案内を行い、慰問につなげるなどの取り組みが充実し始めている。	
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	認定更新やその他の機会に市担当者へ利用者の暮らしぶりを伝えたり、市からの事業依頼を検討したりして協力している。	地域に事業所の機能を還元すべく、地域情報を包括支援センターに問い合わせしている。認知症サポーター養成講座の開講について、包括支援センターから情報収集している。	
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	ミーティングや研修を行い、身体拘束を理解し身体拘束のないケアに取り組んでいる。事故を未然に防止する環境作りにも配慮している。問題があれば職員や家族も含め話し合いをし、個々それぞれ良いケアができるよう考え実行している。	徘徊が強い場合や利用者トラブルがある場合には、職員による見守りを手厚くしたり部屋替えをしたりして、全員が安心して暮らせるように工夫している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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	虐待防止の研修で身体的虐待だけでなく、自分達が行なっている声かけ・態度や表情なども場合によっては虐待にあたる行為かもしれないことに気づき、虐待の自覚がないことの危険性を認識した。		

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
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	現在は成年後見人が必要なケースはないが、職員研修で日常生活自立支援事業や成年後見制度を勉強し、自分たちで何ができるか話し合う予定でいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には、重要事項説明を十分に行い、利用者家族の納得を得た上で手続きを進めている。契約解除に際しては、十分な説明と話し合いを段階を経て行なっている。		
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	面会に来られたご家族には職員が声かけしたり、話しやすい雰囲気作り心がけ、玄関に「ご意見箱」を設置し、運営推進会議で家族に発言していただいている。意見・要望は即日々の会議やミーティングの中で検討する機会を持ち、業務等に反映させている。	利用者が、自分の意見をメモに残して職員に表示している。本人からの意見は、改善できる内容においては前向きに取り組んでいる。	
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	気づきなどは、職員が直接管理者に申し出るか、申し送りノートに記入し、ミーティング等で職員全体で検討し出来ることは実施している。	月に一度はミーティング時間を設けて、事業内容について検討している。職員は両ユニットの利用者状況を把握しており、ミーティングの中で情報共有している。	
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	管理者は常時現場におり、すぐ相談にのれる体制である。休憩場所・時間を配慮し、研修の機会を提供し、また毎年の健診や個人面談で職員の心身の状況把握に務めている。問題があれば整備できるように統括と協議している。		
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	外部研修には必ず一人は研修を受けさせ、ミーティングで伝達をしている。 月に1回テーマを決めて内部研修を行い、全員が参加できるように体制を作っている。講師も職員ができる様にしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	GH協議会に所属し、集会や研修等に参加し、他事業所の取り組みを参考に業務に反映させるようにしている。		

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
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	入居前に本人・家族と面談し過去から現在の生活状況の把握に努めている。 本人にGHの具体的な生活を説明しながら不安なことや困り事などを傾聴し、なんでも言って頂けるような関係づくりを心がけている。		
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	入居前の面談で、入居希望されるまでの状況をひたすら聞き取り、入居後もいつでも相談させていただけることを説明し、家族にも開かれているところであることを知っていただけるようにしている。		
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	本人・家族と自宅復帰の可能性も視野に入れて話し合っている。その中で在宅で支援できそうなことは提案し、在宅ケアマネに相談するように勧め、老松からもケアマネに連絡を入れている。		
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	暮らしの中で、テーブル拭き、食器洗い、食事やおやつ作り、洗濯物たたみ等個々にできる範囲で参加していただいている。作った食事は皆で味見し、同じ時間を共有している。また日常の会話の中で、年長者ならではの言葉が聞き取れ感心することも度々ある。		
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	職員は家族の思いに寄り添いながら、面会時に日々の暮らしの出来事や、気づきの情報をお知らせしている。 また季節行事に本人と一緒に参加して頂けるようお願いしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族だけでなく友人・知人の面会もあり、いつでも気楽に来ていただけるような雰囲気作りを心がけている。外出希望の利用者には自宅まで付き添い近隣に挨拶している。地域の行事がある時は、できるだけ多くの利用者が参加できるよう配慮している。	華道の師範であった利用者のもとに、以前の生徒が訪れている。また、友人が遊びに来るなど、頻度は少ないものの昔を懐かしむ時間がある。	
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	みんなで楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場作りをしている。心身の状態や気分・感情で日々変化するので、注意深く見守るようにしている。		

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	入居中から在宅復帰の支援を行い、退居前に市・包括にも文書と電話で応援依頼している。復帰後に自宅に連絡し様子確認し、在宅サービス業者には経過を確認している。必要と判断した時にはケアマネが訪問する体制をとっている。		
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	居室で1対1で話をしたり、散歩等に世間話をしたりして本人の思いを把握できるようにしている。在宅復帰希望の特定の利用者については、今できることを本人と話し合い、家族と相談しながら実施している。	本人の思いを日々の生活から直接聞き出している。希望や意向の実現は、ホームでの生活において可能な場合に対応している。	
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	本人・家族・ケアマネ・主治医・サービス業者・市役所等から情報を得ているが、入居されてからの本人との会話で知ることも多い。		
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	毎日の申し送りや介護記録を確認しながら、職員間で情報を伝えあっている。家族にもお聞きすることがある。		
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	各利用者の担当職員がアセスメント・モニタリングを行い、本人意向も確認している。家族には面会時や電話で意向確認している。マイペースで生活できるようケア会議には家族・職員の参加を前提とし、実行可能な計画を心掛けている。	介護記録に特記事項を記載して、職員間で共有している。ホームの生活状況について、担当職員がアセスメントしている。	職員間で知り得た情報を共有する仕組みや、記録物を見直す取り組みがあれば、さらに充実した介護計画となるであろう。
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	個々に食事・排泄等の状況、職員の気付いた様子や状態の変化を記録している。特記事項は、目立つよう貼り紙し、申し送りノートを使ったり、口頭でも伝え、誰もが同じケアができるよう心がけている。随時話し合い、モニタリングも行い、計画に役立っている。		
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	本人・家族の状況や要望に応じて必要な支援を行っている。(散歩・買い物・ドライブ等の外出・外泊・外食・通院や送迎等過不足ないように努力している他、老松で提供できないことは地域資源の利用も行なっている)		

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
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	地域のイベントに参加したり、ボランティアを受け入れ楽しみのある生活をしている。本人の希望に応じて、理美容サービス、生活用品や嗜好品など地域のスーパーや薬局で購入している。		
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	かかりつけ医(提携医他)が往診で対応している。その他、通院時には老松からの報告書を家族に持参していただき、他科医師からの指示も直接老松にいただいたりしている。	認知症の症状を記録に残し、大学病院や総合病院と連携している。医療の面からも認知症について検討し、今後の課題を見つけている。	
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	毎日バイタルチェックをしており、数値の変化がある時だけでなく、本人の訴えや表情の変化等、いつもと違うと感じた時は速やかに看護師に伝え、適切に対応してもらっている。		
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。	病院の連携室には常日頃ご挨拶している。受診時や入院時には必ず情報提供をしている。入院中に看護師や介護職等で病院訪問し、担当医・看護師と話し合っ受入れ体制を整えている。訪問の許可は事前に家族にもらい、病院側との話しは伝えている。		
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	入居時にターミナルケアの説明を行い、必要時には主治医も交え、家族と方針の話し合いをしている。24時間連絡が取れ、泊り込みも出来る事も説明している。訪問看護も受け入れている。	家族や主治医と話し合い、連携して終末期を迎えた実績がある。このことから、個別に家族と話し合いを行い、終末期の方針共有を図っている。	
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	急変時や事故発生時の対応については手順を見やすい所に貼り出し、月1回のミーティング時には確認を行なっている。内外研修会にも参加できるようにしている。		
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	5月・11月の年に2回は通報、消火、避難誘導訓練を実施、毎回消火器、火災報知機の取り扱いも確認している。また年に1回は消防署の立ち合いのもとで訓練し助言を受けている。	法人全体で災害対策を行っている。必要な食糧を備蓄し、ホーム内を定期的に点検している。避難訓練時には、消防署と避難方法について再確認している。	大規模災害時には、ホームが地域の避難所となる可能性もある。地域防災情報を収集して、ホームが社会資源として地域へ還元する取り組みも期待したい。

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
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	人生の大先輩であることを認識し、自分がされてイヤなことは相手もイヤなことだと肝に銘じてケアをしている。特に失禁時など、傷つけないように、また他者に知られないように対応している。	居室前にはのれんを掛けて、居室内が適度に隠れるように工夫している。利用者の生活スタイルを尊重し、これまでの暮らしを引き続き支援している事例があった。	
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	自分で飲み物を決め、自分でカップに作れるように手助けしている。作れない利用者には飲み物を選んでもらっている。また入浴用の衣服は職員と一緒に自分で選ぶようにしているほか、入りたくない利用者は日にちを変更したりする。		
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	常に体調・表情など様子を観察し、休みたい利用者には横になっていただき、レクリエーションに参加されない利用者にはのんびり過ごしていただくなど、その人らしく一日を過ごせるように支援している。活発な利用者はデイのレクに参加される。		
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	衣服は利用者と一緒に選んでいる。パジャマに着替えされるよう促している。理美容の方に来ていただき、本人希望の髪形でカットしていただいている。		
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	利用者に出来ることを選んでいただき、切ったり、むいたり、混ぜたりしながら調理を楽しんでいる。目の前で出来上がるようにホットプレートを使うことも多い。味見の時間が楽しみである。	自分の好みの食材を購入し、台所を使って常備菜を作っている事例がある。通常の食事は、配食サービスから食材を取り寄せて、ホームの厨房で調理して提供している。	
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	個々に状況を見ながら食事を勧めたり介助したりしている。摂取量の記録で食事の形状を変更したりしている。水分が取れるように促しや飲み物の種類を増やす等工夫している。必要な利用者は記録もして確実に飲めるようにしている。		
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	毎食後自分で出来る利用者には、声かけし歯磨きや嗽をしていただいている。介助を必要とされる利用者には、歯ブラシやガーゼ等を使い、個々に応じた口腔ケアを行っている。		

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
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	オムツ使用されている利用者であっても、日中はトイレ使用を心掛けており、排泄の訴えがないときは随時にトイレに案内している。夜間はトイレも使用している。トイレだと気持ちの良い排泄ができることを分かってもらうように努力している。	本人から「夜間のオムツ介助はしないで欲しい」との訴えがある場合には、本人に任せて見守っている。可能な限りトイレでの排泄を大切にしており、定時にトイレ誘導を行っている。	
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	起床時の水分補給や、牛乳やヨーグルト、ジュース等飲み物の種類を増やし、無理なく十分に水分が取れるようにしている。体操やトイレへの往復などで動けるようにし、薬は個々の状態に合わせて看護師が配慮している。		
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	一応入浴日は決まっているが、その日に入りたい利用者は変更している。入浴を楽しめるよう、不安感を取り除けるように職員を換えたりや声かけの工夫をしている。温泉に行く感覚でデイサービスに出かけたりもしている。	強い入浴拒否があった場合には、無理強ひせず清拭を行うなど、本人の希望に応じている。併設デイサービスの浴室は開放的であり、気分転換を兼ねて入浴する機会がある。	
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	日中は体操やレクリエーションで起きていられるようにしている。様子を見ながら日中も横になれるように支援している。 暑い時期にはタオルケットを持ってきてもらったり、居室の温度調整もこまめにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬変更や追加、中止等は看護師が簡単に説明してくれる。服薬は記録で確認し、様子確認は看護師だけでなく介護職も行い、変化があれば申し送りですぐ対応できている。		
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	食事・おやつ作り、縫い物、おしぼりたたみ、ゴミ入れ・メモ作りに感謝の言葉を伝えている。楽しみ事として誕生日会、季節行事、アニマルセラピー、園児との交流などを行なっている。本人希望でビールや乳酸菌飲料を飲んで頂いている。		
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	利用者の希望により散歩に出掛けたり、デイサービスに遊びに出掛けたりしている。地域の行事に出掛けている。(時には家族にも声かけし参加して頂いている) 空き家になっている自宅を覗きに行く利用者もある。	ホーム前を豆腐屋の行商が通りかかった際には、利用者とともに買いに出かけている。本人の希望する外出を行っている事例は多いものの、利用者に偏りがあり、個々の要望に対応しているとは言い難い。	

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	外出時には、好きなものを自分で選び注文しお金を払えるように職員が付き添っている。		
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	利用者に手紙が来た際には、一緒に読んだり、自室に置き、いつでも見られるようにしている。また本人の希望に応じて、電話をさせていただいている。		
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	テーブルや壁など自然に目が行く場所に、その季節の飾り物や手作りの紙工作などを置き、居心地の良い場所作りを心掛けている。	廊下には写真や利用者の作品を飾り、ホームらしさを作っている。ホーム内には、さらに工夫可能な共有スペースがある。	ホーム内の共有スペースを活用して、利用者の趣味を活かす取り組みも可能であろう。今後の活性化に期待したい。
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	利用者同士の間隔関係を配慮し、大小のテーブル座席で気の合った者同士でくつろげるように配置を工夫している。廊下のソファでひとりで過ごせるようにしたりと、狭い空間でもなんとかできないか工夫を重ねている。		
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	テレビや仏壇、時計、パソコン、利用者・家族の思い出の写真を持ち込んでいただき、心が落ち着く居場所作りをしている。本人の手作り作品を飾ったり、ぬいぐるみや鉢植えなどで自分の部屋と認識できるように支援している。	冷蔵庫やワープロなど、生活必需品が手の届く場所に配置してあり、自宅さながらの生活感にあふれて暮らしている。その他本人のADLや認知状態に合わせて部屋の配置を工夫している。	
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	毎日同じ場所に必ずある物を使用できるようにしている。居室内部の配置は本人・ご家族と相談し、身体状況も配慮して配置を決めている。入口には表札・暖簾をかけ自分の部屋とわかるようにしている。		

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	2170103986		
法人名	有限会社 アルファメディカル		
事業所名	ハートヴィレτζ老松 (にじ)		
所在地	岐阜県岐阜市老松町10		
自己評価作成日	平成24年 8月16日	評価結果市町村受理日	平成24年12月28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/21/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JkyosyoCd=2170103986-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市平賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成24年 9月25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)】

<p>・家族や知人の面会時には、職員の誰もが近況をお話したり、気軽に尋ねて頂けるような雰囲気づくりを心掛けている。地域の夏祭りでは、利用者が家族と参加できるように配慮したり、毎月の老人クラブ、その他の催しにも職員が付き添って参加している。</p> <p>・事業所の季節の行事(節分、夏祭り、もちつき等)には、保育園やボランティアを受け入れ、利用者や家族も楽しめ、また地域の方にも来ていただいてお互いの繋がりを大切にしている。</p> <p>・医療機関が母体であり、日常的に連携が密にとれるので、利用者・家族は安心して生活できている。また職員も安心して働くことができる環境である。</p>

【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	基本理念を掲げ、毎月のミーティングでみんな意見を出し合っている。		
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	自治会に加入していることで回覧板が回ってくる。 地域行事に参加したり、ご近所から雛人形や植物をいただいたりしている。老松行事案内を出し、参加していただいている。		
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	日常的のちょっとした外出等を通じてご近所と知り合いになった。継続的に実習生の受け入れを行い、また地域学生のボランティア活動等で、若者にも認知症理解や支援をしていただいている。認知症サポーター研修を開催し、組織全体で認知症理解に取り組んでいる。		
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	自治会長をはじめ、地域役員、市職員、地域包括支援センターや家族代表が出席され、活動報告と実際に利用者との行動を共にして頂くことで理解を深め、ご意見を頂き、現場に活かしている。		
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	認定更新やその他の機会に市担当者へ利用者の暮らしぶりを伝えたり、市からの事業依頼を検討したりして協力している。		
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	ミーティングや研修を行い、身体拘束を理解し身体拘束のないケアに取り組んでいる。事故を未然に防止する環境作りにも配慮している。問題があれば職員や家族も含め話し合いをし、個々それぞれ良いケアができるよう考え実行している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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	虐待防止の研修で身体的虐待だけでなく、自分達が行なっている声かけ・態度や表情なども場合によっては虐待にあたる行為かもしれないことに気づき、虐待の自覚がないことの危険性を認識した。		

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
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	現在は成年後見人が必要なケースはないが、職員研修で日常生活自立支援事業や成年後見制度を勉強し、自分たちで何ができるか話し合う予定でいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には、重要事項説明を十分に行い、利用者家族の納得を得た上で手続きを進めている。契約解除に際しては、十分な説明と話し合いを段階を経て行なっている。		
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	面会に来られたご家族には職員が声かけしたり、話しやすい雰囲気作りに心がけ、玄関に「ご意見箱」を設置し、運営推進会議で家族に発言していただいている。意見・要望は即日々の会議やミーティングの中で検討する機会を持ち、業務等に反映させている。		
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	気づきなどは、職員が直接管理者に申し出るか、申し送りノートに記入し、ミーティング等で職員全体で検討し出来ることは実施している。		
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	管理者は常時現場におり、すぐ相談にのれる体制である。休憩場所・時間を配慮し、研修の機会を提供し、また毎年の健診や個人面談で職員の心身の状況把握に務めている。問題があれば整備できるように統括と協議している。		
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	外部研修には必ず一人は研修を受けさせ、ミーティングで伝達をしている。 月に1回テーマを決めて内部研修を行い、全員が参加できるように体制を作っている。講師も職員ができる様にしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	GH協議会に所属し、集会や研修等に参加し、他事業所の取り組みを参考に業務に反映させるようにしている。		

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
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	入居前に本人・家族と面談し過去から現在の生活状況の把握に努めている。 本人にGHの具体的な生活を説明しながら不安なことや困り事などを傾聴し、なんでも言って頂けるような関係づくりを心がけている。		
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	入居前の面談で、入居希望されるまでの状況をひたすら聞き取り、入居後もいつでも相談させていただけることを説明し、家族にも開かれているところであることを知っていただけるようにしている。		
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	本人・家族と自宅復帰の可能性も視野に入れて話し合っている。その中で在宅で支援できそうなことは提案し、在宅ケアマネに相談するように勧め、老松からもケアマネに連絡を入れている。		
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	暮らしの中で、テーブル拭き、食器洗い、食事やおやつ作り、洗濯物たたみ等個々にできる範囲で参加していただいている。作った食事は皆で味見し、同じ時間を共有している。また日常の会話の中で、年長者ならではの言葉が聞き取れ感心することも度々ある。		
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	職員は家族の思いに寄り添いながら、面会時に日々の暮らしの出来事や、気づきの情報をお知らせしている。 また季節行事に本人と一緒に参加して頂けるようお願いしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族だけでなく友人・知人の面会もあり、いつでも気楽に来ていただけるような雰囲気作りを心がけている。外出希望の利用者には自宅まで付き添い近隣に挨拶している。地域の行事がある時は、できるだけ多くの利用者が参加できるよう配慮している。		
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	みんなで楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場作りをしている。心身の状態や気分・感情で日々変化するので、注意深く見守るようにしている。		

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	入居中から在宅復帰の支援を行い、退居前に市・包括にも文書と電話で応援依頼している。復帰後に自宅に連絡し様子確認し、在宅サービス業者には経過を確認している。必要と判断した時にはケアマネが訪問する体制をとっている。		
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	居室で1対1で話をしたり、散歩等に世間話をしたりして本人の思いを把握できるようにしている。在宅復帰希望の特定の利用者については、今できることを本人と話し合い、家族と相談しながら実施している。		
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	本人・家族・ケアマネ・主治医・サービス業者・市役所等から情報を得ているが、入居されてからの本人との会話で知ることも多い。		
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	毎日の申し送りや介護記録を確認しながら、職員間で情報を伝えあっている。家族にもお聞きすることがある。		
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	各利用者の担当職員がアセスメント・モニタリングを行い、本人意向も確認している。家族には面会時や電話で意向確認している。マイペースで生活できるようケア会議には家族・職員の参加を前提とし、実行可能な計画を心掛けている。		
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	個々に食事・排泄等の状況、職員の気付いた様子や状態の変化を記録している。特記事項は、目立つよう貼り紙し、申し送りノートを使ったり、口頭でも伝え、誰もが同じケアができるよう心がけている。随時話し合い、モニタリングも行い、計画に役立っている。		
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	本人・家族の状況や要望に応じて必要な支援を行っている。(散歩・買い物・ドライブ等の外出・外泊・外食・通院や送迎等過不足ないように努力している他、老松で提供できないことは地域資源の利用も行なっている)		

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
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	地域のイベントに参加したり、ボランティアを受け入れ楽しみのある生活をしている。本人の希望に応じて、理美容サービス、生活用品や嗜好品など地域のスーパーや薬局で購入している。		
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	かかりつけ医(提携医他)が往診で対応している。その他、通院時には老松からの報告書を家族に持参していただき、他科医師からの指示も直接老松にいただいたりしている。		
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	毎日バイタルチェックをしており、数値の変化がある時だけでなく、本人の訴えや表情の変化等、いつもと違うと感じた時は速やかに看護師に伝え、適切に対応してもらっている。		
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。	病院の連携室には常日頃ご挨拶している。受診時や入院時には必ず情報提供をしている。入院中に看護師や介護職等で病院訪問し、担当医・看護師と話し合っ受け入れ体制を整えている。訪問の許可は事前に家族にもらい、病院側との話しは伝えている。		
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	入居時にターミナルケアの説明を行い、必要時には主治医も交え、家族と方針の話し合いをしている。24時間連絡が取れ、泊り込みも出来る事も説明している。訪問看護も受け入れている。		
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	急変時や事故発生時の対応については手順を見やすい所に貼り出し、月1回のミーティング時には確認を行なっている。内外研修会にも参加できるようにしている。		
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	5月・11月の年に2回は通報、消火、避難誘導訓練を実施、毎回消火器、火災報知機の取り扱いも確認している。また年に1回は消防署の立ち合いのもとで訓練し助言を受けている。		

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
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	人生の大先輩であることを認識し、自分がされてイヤなことは相手もイヤなことだと肝に銘じてケアをしている。特に失禁時など、傷つけないように、また他者に知られないように対応している。		
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	自分で飲み物を決め、自分でカップに作れるように手助けしている。作れない利用者には飲み物を選んでもらっている。また入浴用の衣服は職員と一緒に自分で選ぶようにしているほか、入りたくない利用者は日にちを変更したりする。		
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	常に体調・表情など様子を観察し、休みたい利用者には横になっていただき、レクリエーションに参加されない利用者にはのんびり過ごしていただくなど、その人らしく一日を過ごせるように支援している。活発な利用者はデイのレクに参加される。		
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	衣服は利用者と一緒に選んでいる。パジャマに着替えされるよう促している。理美容の方に来ていただき、本人希望の髪形でカットしていただいている。		
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	利用者に出来ることを選んでいただき、切ったり、むいたり、混ぜたりしながら調理を楽しんでいる。目の前で出来上がるようにホットプレートを使うことも多い。味見の時間が楽しみである。		
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	個々に状況を見ながら食事を勧めたり介助したりしている。摂取量の記録で食事の形状を変更したりしている。水分が取れるように促しや飲み物の種類を増やす等工夫している。必要な利用者は記録もして確実に飲めるようにしている。		
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	毎食後自分で出来る利用者には、声かけし歯磨きや嗽をしていただいている。介助を必要とされる利用者には、歯ブラシやガーゼ等を使い、個々に応じた口腔ケアを行っている。		

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
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	オムツ使用されている利用者であっても、日中はトイレ使用を心掛けており、排泄の訴えがないときは随時にトイレに案内している。夜間はトイレも使用している。トイレだと気持ちの良い排泄ができることを分かってもらうように努力している。		
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	起床時の水分補給や、牛乳やヨーグルト、ジュース等飲み物の種類を増やし、無理なく十分に水分が取れるようにしている。体操やトイレへの往復などで動けるようにし、薬は個々の状態に合わせて看護師が配慮している。		
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	一応入浴日は決まっているが、その日に入りたい利用者の変更している。入浴を楽しめるよう、不安感を取り除けるように職員を換えたりや声かけの工夫をしている。温泉に行く感覚でデイサービスに出かけたりもしている。		
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	日中は体操やレクリエーションで起きていられるようにしている。様子を見ながら日中も横になれるように支援している。 暑い時期にはタオルケットを持ってきてもらったり、居室の温度調整もこまめにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬変更や追加、中止等は看護師が簡単に説明してくれる。服薬は記録で確認し、様子確認は看護師だけでなく介護職も行い、変化があれば申し送りですぐ対応できている。		
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	食事・おやつ作り、縫い物、おしぼりたたみ、ゴミ入れ・メモ作りに感謝の言葉を伝えている。楽しみ事として誕生日会、季節行事、アニマルセラピー、園児との交流などを行なっている。本人希望でビールや乳酸菌飲料を飲んで頂いている。		
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	利用者の希望により散歩に出掛けたり、デイサービスに遊びに出掛けたりしている。地域の行事に出掛けている。(時には家族にも声かけし参加して頂いている) 空き家になっている自宅を覗きに行く利用者もある。		

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	外出時には、好きなものを自分で選び注文しお金を払えるように職員が付き添っている。		
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	利用者に手紙が来た際には、一緒に読んだり、自室に置き、いつでも見られるようにしている。また本人の希望に応じて、電話をさせていただいている。		
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	テーブルや壁など自然に目が行く場所に、その季節の飾り物や手作りの紙工作などを置き、居心地の良い場所作りを心掛けている。		
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	利用者同士の間隔関係を配慮し、大小のテーブル座席で気の合った者同士でくつろげるように配置を工夫している。廊下のソファでひとりで過ごせるようにしたりと、狭い空間でもなんとかできないか工夫を重ねている。		
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	テレビや仏壇、時計、パソコン、利用者・家族の思い出の写真を持ち込んでいただき、心が落ち着く居場所作りをしている。本人の手作り作品を飾ったり、ぬいぐるみや鉢植えなどで自分の部屋と認識できるように支援している。		
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	毎日同じ場所に必ずある物を使用できるようにしている。居室内部の配置は本人・ご家族と相談し、身体状況も配慮して配置を決めている。入口には表札・暖簾をかけ自分の部屋とわかるようにしている。		

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	49	個々の利用者の要望を積極的に把握してこなかった。	全利用者の要望を順次叶えていく。	各個別担当者が、利用者に要望を確認できる(しなければならない)仕組みを作り、実施し始めた。 外出が必要かそうでないかの見極めをする。	6ヶ月
2	35	もっと地域と関わりを持てるようにしていかなければならない。	地域に必要とされるグループホーム作りをする。	1年に2回ある定期訓練時に「地域防災クラブ」に参加してもらい、グループホームの内環境や利用者の現状を知ってもらう。	12ヶ月
3	40	毎日、利用者と副食1品は一緒に作るようにしているが、メニューの相談はしてこなかった。	利用者の好みをメニューに取り入れ、一緒に作りあげていく。いずれは買い物にも行けるようにしたい。	一緒に作る副食の品数を増やしていく。日常の話の中で好みを把握する。メニューに取り入れた食事は利用者で作る。	4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。