

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日

平成24年3月12日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3492100064		
法人名	医療法人社団 聖仁会		
事業所名	グループホーム ボレロの家		
所在地	広島県 庄原市 三日市町240-1 0824-72-7375		
自己評価作成日	平成24年2月14日	評価結果市町受理日	

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

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3492100064&SCD=320&PCD=34
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成24年2月28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）】

認知症になっても、「人として生きる」姿を求め、介護保険法の目的に沿ったケアの実践、即ち自立支援と尊厳の保持に取り組んでいる。認知症のBPSDの解消は勿論、そこから「あたり前の暮らし」を取戻し、「出来る事」を失わないよう日々、理論的ケアに取り組んでいる。ボレロの家は地域の住宅地の中にあり、近隣の方との交流は密で、地域の一員としての共同生活が営まれるよう支援している。また、健康面の管理はかかりつけ医や訪問看護との連携も密である。
「認知症になっても 地域の中であたり前の暮らしを営む一軒です。気軽に寄って下さい」

【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）】

「小さなサポートながら、あなたの自立を支え、心豊かな生活をやさしくカバーできれば…。」この願いが、ボレロの家 (bolero=婦人子供服の肩に羽織る短いジャケット) 名称の由来となっている。▶年をとっても、認知症になっても、地域の住民として「あたり前の暮らし」の支援を願い、昨年春その第一歩を踏み出した。入居者の肩に職員のやさしい手を添えて、地域住民の温かい人情に包まれた町に出かける。その笑顔が朝陽に映えてまぶしい。▶運営母体・医療法人の理事長は認知症サポート医で、厚生労働省研究事業として、京都大学大学院・三浦チームとの認知症研究プロジェクトがをうけ、全国に広く紹介され関係者から高い評価を受けている。▶ホームにテレビはない。テレビに介護を任せない。一日の暮らしを一人一人の有する能力を使いきるよう職員は細かくサポートしている。すべて、職員と地域住民との深い交わりの中から自立を生み出すケアを行っている。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	利用者が「地域とつながって、地域住民として最後まで生きる事を支援する」を介護理念とし、常日頃から管理者は理念の確認と実践を職員に伝え、研修や日々のケアを通し、職員間で話し合い確認、理解しながら取り組んでいる。	高い理想とロマンを抱いて前に進む。法人の※介護理念を、管理者と職員が日々のケアサービスの中から体得し実践に結び付けている。評価の当日、面談した数人の職員からも実践に裏打ちされた自信に満ちた対話が展開された。これも運営法人の体系的な職員教育を通じて生みだされた大きな成果と伺えた。	※参考：介護理念と方針（抜粋） ＝愛と奉仕 そして ありがとう＝ ・「出来ることは自分で、たがいに助けあって、社会とつながって」 ・「医療と介護を通して地域の人々のよりよい生活を支えよう」 ・「出来ないと思わず どうしたらできるかを考えよう…。」 ・「もう一歩 そして もう一歩」
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。	地域の盆踊りや祭りなど地域行事には利用者とともに積極的に参加している。また、毎日の外出、買い物、地域行事への参加を通じ声を掛け合い、事業所と地域の人々が支えあうような交流、活動を通して、地域からは「町内の一員と思っております」とのお声をいただいている。	ホームの中で生活を完結させない。地域社会とつながって、生きる力、五感の覚醒、活動の意欲を引き出す。一この取り組みがホームの特徴で、その活動をやさしく受け入れる地域住民の心の温もりが伝わってくる。「今日は、ぬくうてええのう…」と、土地訛りの会話からその支援ぶりが伺えた。	※参考：基本理念とその取り組み… 人の「生きる姿」を求めたら 活動は町へ…地域へ…と拡がりました。年をとっても 認知症になっても 安心して暮らしつづけられる町”庄原”を一緒に築こう…！
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。	事業所を含む法人全体で、認知症介護予防講座や認知症サポーター養成講座、健康講座など、大規模講習会や各地域の集会所での相談会など積極的に専門的知識の情報提供を積極的に行っている。地域住民からの情報を大切にに取り組んでいる。		
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。	運営推進会議は、事業所の取り組み内容や課題を明らかにし、話し合っている。参加者からの意見を参考に協力を得たり、改善を得ている。委員・家族の参加意欲も高く活発である。	入居者家族・三日市区長・近隣住民・行政側から地域包括センター・法人側から理事長・本部長・ホーム管理者をはじめ関連職員など総勢20名前後で開催。毎回、理事長の「健康講座」が好評で、ホームの現状、今後の取り組みなど建設的な意見交換が行われ、議事録も整備され情報の共有が図られている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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。	市担当課の指導の下に、相談、報告など、日頃から密に連絡を取っている。又、認知症介護予防講座の受託やサポーター育成講座等協力関係を築くよう取り組んでいる。	法人理事長が、県北ではまだ数少ない「認知症サポート医」であり、中央との認知症研究者とのネットワークもあり、市町からの認知症予防講座の受託、認知症サポーター養成講座の運営協力など、他の市町村と比べ、活発な連携体制が伺える。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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。</p>	<p>高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして注意し、防止や必要時の対応手続き等の理解に努めている。自らの意思を行動に移すこと、社会との繋がりは「人として」の基本と考え鍵をかけないケアを実践している。夜間のみ安全の為施錠している。</p>	<p>開放的なホームの運営をモットーに、法人全体で最も大切にしている事項で、関連の全施設とも門扉の設置が見られない。地域社会とのつながりを大切にしながら開放的なケアを展開している。この開放的ケアを支える地域住民の理解と支援の活動も高く評価される。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。</p>	<p>高齢者虐待防止法について、法人内外の研修会に参加し、法人内に身体拘束・虐待委員会を設け、あってはならないこととして日々確認しながら防止につとめている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>	<p>成年後見制度について法人内外の研修に参加しこれらの必要性を知り、必要な人には活用できるよう取り組んでいる。地域権利擁護事業や成年後見制度について法人内外の研修に参加している。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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。</p>	<p>契約、解除時には利用者や家族との面談の場をもち、不安・疑問点については、十分に時間をかけて尋ね、説明し理解、納得のいくまで何回でも説明している。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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。</p>	<p>利用者や家族からの意見、不満は意見箱や直接聞いて、管理者や職員で検討している。外部者に公表している。また、課題は運営推進会議で明らかにし、できる限り多くの方の意見を聞き、運営に反映させている。</p>	<p>CS・利用者満足への取り組みはホーム開設時からの重点項目で、運営推進会議等から家族の要望を積極的に汲みとり現場のケアに活かしている。利用者に対しては、言動要因の「心」に焦点をおいて、一瞬一瞬の表出にきめ細かく寄添ったケアが見られる。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員個々には必要に応じ、面談やミーティング等で、意見交換を行っている。毎日の申し送り時等も活用して常に意見交換を行い、反映させている。	「働く人を大切に…」法人本部の補完体制の下、職員のストレス・ケアに努めホーム運営への建設的意見を引き出している。開設して日も浅く、試行錯誤を重ね、最適のケアに向けて、入居者の外出支援、買い物、行事の開催準備など積極的な討議により実践に結びつけている。	
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。	事業運営の最重要要件として捉え、職員の習熟度に応じて施設内、外での研修への参加を行い、また、法人内でも再々研修の機会を作り、各自が向上心を持ち、働けるように努力や実績を評価している。処遇に関しては社労士・専任の労務担当・産業医又、安全衛生委員会設置などを通して、働き易い職場づくりに取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 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。	常日頃から働きながら学ぶことを推奨し、毎週定期的な施設内研修の実施がなされている。職員一人一人のケアの実際や力量に応じ、施設内外の研修にも出来る限り、多くの職員が受講できるよう、常にスキルアップを目指している。外部講師多数。		
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つくり、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組みをしている。	研修会、地域活動などを通し、他施設との交流をもち、サービス向上を目指している。意を同じくする全国の仲間との相互訪問や研修会を通し、交流の機会を持っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用開始時は勿論、利用開始前には、本人、家族の見学、面接を行い、本人の不安なこと、求めていることをしっかり聴き、信頼関係を築く機会を作っている。安心の確保に向け、理解、納得されるまで何回でも面談している。本人の理解が難しい時は家族も交えて話をする。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用開始前には、家族と見学、面接を行い、不安なこと、求めていることをしっかり聴き、施設方針や出来る事、出来ないことを丁寧に伝え、共に本人を支える為の信頼関係作りをしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談時から、理論に基づいたアセスメントを行い、本人、家族のニーズを把握し本人家族の必要としている支援をしっかりと傾聴し見極めて必要な他のサービス利用を提示し、対応に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者本人を「介護される人」の立場に置かず、一人の人として、主体的に過ごせるよう、また、得意分野での力を発揮してもらいながら、お互い様という気持ちや感謝の関係性を築いている。「利用者から学ぶ」「できる事は自分で」「互いに助け合う」を基本としている。		
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置かず、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。	入居と同時に、家族にも支援者としての立場をお願いし、いつでも気安く、意見も言い易いよう努めている。日常だけでなく行事参加もお願いし、本人・家族・職員が「共にある」ことを常に伝え、実践している。		
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。	いつでも誰でも面会に来易い雰囲気にも努めている。「地域とのつながり」を大きいテーマとして取り組み、外出、買い物、地域行事を通じ、なじみの人や場との関係性が途切れないよう取り組んでいる。	新しい馴染みを創っていく。この積極的な働きかけがこのホームの特徴。「地域とのつながり」から、町へ出かけて新しい馴染み人間関係と、新しい場を作る取組である。昔働いていた職場の同僚の来訪、旧住所の隣人から野菜の持ち込みなど、話題には事欠かない支援状況にある。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	仲間づくりを大切にしており、作業や外出等利用者同士で声を掛け合い、助け合える場面を多く作っている。人が生きる時に「群れ」が大切と常に意識している。介護理念「互いに助け合って」は仲間づくりを基本としている。利用者間をつなぎ、支えあうようにする事が職員の役割として取り組んでいる。		
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。	サービス利用が終了しても、必要に応じて面会、連絡をとるなどし、関係を断ち切らないよう、付き合いを大切にしている。		

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	○思いやりや意向の把握 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。	入居前、後に本人かまた、困難な場合には家族から意向を聞き、主体的な行動を大切に、出来る限り本人本位となるように取り組んでいる。	家族の意見や要望を踏まえ、一人ひとりの生活歴と日々の関わりの中で表出される潜在能力、心と心の触れ合いの中から自然に発せられる要望や意向を聴きとり、全職員で討議し、理論的ケアに沿った支援をしている。	
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。	利用者のより自立的・主体的・社会的生活の支援には、これまでの生活歴は基本である。また、認知症のケアにとっても生活歴は重要であり、利用前からその情報・状況把握し馴染みの暮らしや生活環境に近づくよう努めている。		
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。	ミーティング・申し送り・カルテなどを通し、一日の過ごし方、心身状態、有する力など現状や変化を、リーダーを中心に全員が総合的に把握し、より正しいニーズの把握、アセスメントを繰り返している。健康については、必要に応じて医師からの情報も得ている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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。</p>	<p>利用者の視点に立って、地域と繋がって、よりよい暮らしを続けられるように本人・家族・関係者の声を聞き、それらを反映した個別の具体的な介護計画となっている。介護計画の満了の見通しだけでなく、利用者や家族の要望、何らかの変化が生じた場合は、実情に応じたケアにつながるようにその都度本人、家族・関係者と話し合い、よりよいプラン作成にむけ実践を必要に応じて実施している。</p>	<p>ケアプランに基づくケアの実践が利用者の自己決定・自己実現・生活の質の向上に繋がっているかどうかについて、本人、家族、関係者で定期的にカンファレンスを行い、本人の思い、要望を踏まえた目標設定と現状に即した介護計画を作成している。また、状況に応じ臨機応変に見直しを行っている。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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。</p>	<p>利用者一人一人のカルテに実践・結果・小さな変化や気づきを記入し情報の共有と実践に活用し、それらを個々にあったプラン作成には欠かせないこととして、介護計画に反映している。特に日々の体調変化の大きい方は、かかりつけ医へのハウ・レン・ソウを細かくしている。</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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。</p>	<p>介護状況に応じ、事業として出来る限り自立した日常生活へ向けての支援と家族支援をしている。また状況によっては、法人全体で本人・ご家族に多専門職による多機能体制をとっている。</p>		
29		<p>○地域資源との協働</p> <p>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。</p>	<p>本人の意向や必要性から、多くの地域資源との協働により、地域住民としての生活支援をしている。地域とつながった日常生活の為に、消防・保育所・ショッピングセンター、地域住民、特に子供会や近隣の人と地域住民の一員として交流しより豊かな暮らしにつなげている。</p>		
30	11	<p>○かかりつけ医の受診診断</p> <p>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。</p>	<p>健康管理はもとより、地域連携から多くの医療機関とつながっている。一人ひとりの利用前の受診経過、現在の受診希望を把握して、今までのかかりつけ医や希望する医療機関による受診の支援をおこなっている。訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制も整っている。</p>	<p>家族が、今までの継続した治療を希望する場合は、ホームの協力医療機関での受診のほか、特殊検査を要する場合は、法人のネットワークを活かし専門病院を紹介している。急変時の24時間対応については医師がすぐ駆けつける体制と法人系列の訪問看護ステーションと併せ適切な受診対応が見られる。</p>	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	訪問看護による健康管理を行っている。特変や疑問等あれば、すぐに看護師や医師に連絡できる体制をとっている。毎月の定期受診をしている。		
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、また、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。又は、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。	入院時には、利用者の治療・入院生活に必要な情報を提供し、いつでも連絡できる体制を作っている。こまめに面会へ行き、様子や状況を聞き情報交換をし、早期退院に協力するなど、日頃から病院関係者との関係づくりをしている。		
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。	利用開始前から繰り返し家族や関係者と終末について話し合い、事業者が対応しうる最大の方針を具体的に示し、それらを共有している。重度や終末期の利用者に対しては、できること・できないことを見極め、最後まで地域住民として暮らせるよう、かかりつけ医・訪問看護と連携をとり、家族を含めてチームとして支援に取り組んでいる。終末・急変に備えて日頃より検討、研修をしている。	このホームでは、まだ重度化、終末期対応のケースは無い。入所時に家族に対して、急変時や重度化した場合と終末期の在り方についての意向を確認し、その対応と方針を決めている。	
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。	消防署へ依頼し、救急救命士による急変・事故発生時の対応の勉強会・訓練を行っている。		
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。	消防署の協力を得て避難訓練・避難経路の確認など行っている。運営推進会議・地域行事の参加、町を歩くことなどを通じて、地域への協力を呼び掛け了解を得ている。さらに大規模災害に備え、全国の15法人と支援ネットを作り、万一の時の支援体制を強化している。	3・11の大震災を契機に、全国規模で組織された災害時助け合い「おせっかいネット」に、広島県では唯一の参画法人で、災害時には全国から自主的な支援が受けられる体制が確立している。災害時には、高台の安全な場所にある法人系列の老健施設が、地域住民も含めた避難場所として確保されている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	利用者一人一人に常日頃からマニュアルに沿った対応をしながら、運営者・管理者・職員が日常的な確認を行い対応の徹底を図っている。毎年、外部講師による研修も取り入れている。	尊厳をもって、お年寄りから学ぶ姿勢を大切にしている。「婆さんに学び、婆さんに還す」の提言で有名な認知症ケアの※先達・和田行男氏を東京から定期的に招き、ホーム運営、認知症対応の学習を続けている。学んだことを自分なりに咀嚼してケアの現場で活かしており、斬新な研修の今後の成果が注目される。	※参考：和田行男氏（高知県生まれ）は、東京都で初めてのグループホーム・「こもれび」の開設に携わり、「認知症開花支援」等の著書多数。「婆さんとともに」のブログ開設で、認知症対応のヒントが好評を博している。
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。	主体的・自立的・社会的に生きることを支援する。を基本に置いている。そのために自分で決め納得し働けるよう、利用者に合わせた声掛け説明を行っている。一人一人のわかる力に合わせた説明をし、利用者の意思を聞く場面を多く作るよう支援している。		
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。	一人一人の状態に合わせたペースで話したり動き、本人の希望や好みを聞きながら柔軟に対応する事で、自立的・社会的な生活支援をしている。職員は生活の支援者であることを実施する。		
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。	町の理美容を利用し、本人の要望にあった時や必要に応じて、本人の望む店に行っている。服装や化粧など、その人の希望を聞きながら、似合うように支援している。		
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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事に関する一連の作業を通じて利用者の力を発揮してもらいながら、張り合いや楽しみ・喜びにつながるようにしている。メニュー会議・買い物準備から片づけまで、楽しみが湧くようにし、また、職員と利用者が同じものを一緒に食べて、楽しい雰囲気での食事が一日の大切な活動となっている。	おいしく、食事を楽しむ。食事に集中できる環境づくりに留意し、テレビなど無用の外部刺激を避け、楽しい談笑が料理に一味添えている。献立も食事の席順も全員で考え、みんなで動いている。評価の当日、席も皆さんで考え、食事の輪の中に入れてもらった。それを陰で支える職員の気配りが優れている。	(改善と要望)： 食事の談笑を通じて若い職員の中に、昔の農村の生活習慣・文化・風土、方言等が十分に理解されない場面が散見された。年代の相違から当然のことながら、その点をもっと理解して話に加わると、さらに話題も豊富になり、コミュニケーションも一層深まると考えられる。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	法人開設以来、水分1日1500ml、食事量1500kcalは介護の基本とし、一人一人の好み、状態、習慣、力にあわせて、充分摂取できるよう支援している。体調の変化にあわせ、その都度、全員かかりつけ医と相談しながら目標設定している。		
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に、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。	口から安全に食べ続けられること、肺炎・不明熱・誤嚥・窒息などの予防を。口腔内清潔保持は介護の基本として実践している。その為に、一人一人の口腔状態や力にあった支援を行っている。言語聴覚士の定期訪問あり。		
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向けた支援を行っている。	排泄ケアは人の尊厳を守ることの基本として、一人一人の排泄チェック表を作成し、排泄パターンを把握し、出来るだけオムツを使わない支援をしている。日中は、布パンツ・パット、トイレ誘導を原則とし、必要な方のみ夜間オムツを使用し、常に排泄の自立支援に向かっている。	要介護者に早くからオムツを使わないことを基本方針としその徹底を図っている。職員は利用者の動きを仔細に観察しトイレ排泄を促し、洋式便器での排便を促す正しい姿勢にも心掛けている。一方食事の面からも毎日一品、寒天料理を採り入れるなど、快適な排便・排泄に向けたケアに工夫を凝らしている。	
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。	認知症の方にとって便秘は大変重要な課題であり、基本的知識として周知徹底している。予防・対応の為に予防と対策7か条の実践をしている。毎日排便、薬を使わない対応を基本としている。		
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，個々に応じた入浴の支援をしている。	一人一人の意向を第1にし、くつろいだり気分が入浴できるよう、柔軟な支援が行われている。人によっては、夜間入浴も行っている。	入居者の生活習慣に応じた夕食後の夜間入浴や生活リズムに合わせた対応をしている。入浴に要する時間も一人ひとりの生活能力を把握し、個々のペースに合わせた丁寧な入浴支援が見られる。重症化等で個浴対応が出来なくなった場合は併設事業所の機械浴設備が共用できるよう設計され、重度化対応が可能である。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ケアの基本として、良眠7時間をあげている。一人一人の日中の生活習慣に合わせて、日中活動性を高めたり、体調管理により、出来るだけ薬を使用しないよう夜間良眠を支援している。日中は椅子や畳等で好みの場所で個々の体調に合わせて安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している。		
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。	利用開始時、服用開始時に医師または、薬剤師からの指示や指示書確認をしている。指示通り服薬出来るよう支援し、症状に変化のあるときや体調の変化のあるときは医師に報告し指示を仰ぐ。薬剤師の定期訪問あり。		
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。	生き生きと主体的に生きる事を支援するを旨とし、実践する為には生活歴を活用することは不可欠。一人一人の持てる力を知って、出来ることをして頂き、出来たことを共に喜べる支援している。外出は毎日を基本として、楽しみ・気晴らしなど社会の一員として支援している。		
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。また、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。	最後まで地域住民として生きる。支援をしている。その日の体調や天候に配慮しながら近くへの散歩だけでなく、馴染みの店や地域の中へ毎日出かけている。会話の中から行きたい場所や、したいことを聞き、日常の外出に加え、普段いけないところへ皆で出かけたり、個別に出かけられる機会を作っている。墓参りや外出など家人と出かけられることが多い。	日常的な外出支援が、法人とホームの最大の特徴で、「地域に出ること、そのものがリハビリテーション」との実績が専門家の目に止まり、※厚生労働省の研究事業に指定され、NHKテレビ、雑誌・介護保険情報、中国新聞等で広く全国に紹介された。雨の日も、雪の日でも町に出かける。こうした入居者の強い意欲に高い評価が集まっている。	※参考：厚生労働省研究事業 京都大学大学院工学研究科・三浦研氏（現・大阪市立大学大学院・生活科学部准教授）の調査研究プロジェクトで平成16年厚生労働省研究事業の対象となったもの。三浦研氏は、「認知症に配慮した環境計画」「ユニバーサルデザインの街づくり」等多くの研究実績がある。
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。	お金の管理の出来る方は個人で管理してもらう。管理の難しい方には、買い物や外出時に、必要に応じて、自分で使えるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話がいつでもかけれるよう設置しており、必要な方には手紙を書く支援もしている。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	共用空間は五感へ配慮して居心地よく、利用者が落ち着けるよう留意している。和を基調とし、素足で歩けるように床材はすべらない、あたたかい材料を用いて心地よさを出している。また、リビング、居室から近隣や道行く人を見、季節感、生活環や地域住民を感じられ、心地よく過ごせるよう工夫している。	理事長の方針「リビングは、開放的に、近隣の人々との互いの顔が見える関係を創る。」を具体化して、窓を最大限に広くとり、二方向を町道に面して設計されている。寒冷地であり床暖房を採用し、床材は遠く北欧から輸入されたものを使い、床材の木目が足裏に心地よい感触を与えている。天井も高く北欧と和した快適空間を醸し出している。	
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。	リビングには畳のスペースを設置したり、イスや廊下にベンチを置くなど利用者同士、または一人で思い思いに過ごせる居場所の工夫をしている。		
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。	居室には、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただいております、それぞれの方の生活にあった設えとなっている。部屋作りは本人・家族の意向を重視している。	ちょっと寛ぎ、横になれるように畳が敷かれ、「和式」の落ち着いたしつらいが安らぎを与えている。とくに、自然採光に留意し、四季の移ろいと共に「自分らしく」起居する穏やかな生活ぶりが伺えた。各居室の個性ある生活とそれを支える職員の専門性をもった小さなサポートが垣間見え、好印象を与える。	
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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	各利用者の出来る事、出来ないことを見極め、出来る事には手を出さず、出来ないところだけ自然に手助けをし、出来る限り自立して暮らせるように支援している。一人一人のわかる力を知り、さりげない誘導や案内板など工夫し支援している。		(総合的改善と要望) 今回の初めての外部評価で、自己評価との対比およびヒアリングを通じて、多くの新しい「気付き」が得られたはずです。その成果をケアの現場に活かし、地域と共に歩む「ボレロ」として、更なる進展を期待します。

V アウトカム項目			
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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらい ③利用者の3分の1くらい ④ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①ほぼ毎日のように <input type="radio"/> ②数日に1回程度 <input type="radio"/> ③たまに <input type="radio"/> ④ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係やとのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①大いに増えている <input type="radio"/> ②少しずつ増えている <input type="radio"/> ③あまり増えていない <input type="radio"/> ④全くいない
66	職員は、生き活きと働けている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> ②職員の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③職員の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> ②利用者の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③利用者の3分の1くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ①ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> ②家族等の3分の2くらいが <input type="radio"/> ③家族等の3分の1くらいが <input type="radio"/> ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 ボレロの家

作成日 平成 24年 4月 10日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点, 課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		さらに有する能力を見極める力を養う	見極め力を磨く	日頃の観察力・行動の分析力を養うための研修と実践	1年
2		利用者の生活歴をより深く理解する	日本の暮らしの歴史を知る (特に大正・昭和)	1. 利用者から学ぶ 2. 話を聴く 3. 写真集・映画から	1年
3		地域の方とのより密な関係づくり	地域の子供との交流	文化の伝承の機会づくり 柏餅づくり 焼き芋会 そうめん流し	1年
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には, 自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は, 行を追加すること。