

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372001418		
法人名	有限会社 たけのこ		
事業所名	グループホーム たけのこ(85番地)		
所在地	愛知県豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成26年11月10日	評価結果市町村受理日	平成27年 8月20日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=2372001418-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年11月21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)】

11年目を迎え、利用者の入れ替わりが一巡をし、平均介護度が下がってきていることもあり、書くことが低下しないように、脳トレのメニューを拡大し日記を書くようにしている。書道教室も新たに開始した。医療機関の受診希望はできるだけ支援をしている。介護度が下がった分利用者同士の自己主張による対立も目立ってきているので、そのエネルギーを外へ発散できるよう様々な工夫をしている。

【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)】

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項 目		取 り 組 み の 成 果(自己評価参加7名) 昨年度9名→今年度7名	項 目		取 り 組 み の 成 果(自己評価参加7名) 昨年度9名→今年度7名
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	1→0 5→5 3→2 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)	2→1 7→4 0→2 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)	3→2 3→2 2→2 1→1 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 1→2 7→5 1→0 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	2→1 2→4 5→2 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	1. 大いに増えている 4→4 5→3 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	2→2 6→2 1→3 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	2→1 4→3 3→3 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→2 6→4 1→1 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	2→1 4→4 3→2 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)	4→1 3→4 2→2 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	3→1 3→4 3→2 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)	2→2 7→2 0→3 4. ほとんどいない			

たけのこ85番地自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
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	毎朝申し送り時「いつまでも普通に暮らせるノーマラゼーションを基本とする」理念を職員全員で唱和している。自分の中では意識しながら実践をしている。常に意識しながら努めている。【課題】理念を共有し実践するまでには至っていない。	理念(価値)は、実践を通して試行錯誤を重ね、これでもいいのかを繰り返していく、到達点はない。		
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	11年目を迎え、365日の散歩や挨拶などを欠かさないで行っている。磯辺保育園の敬老会、校区の防災訓練、本宮神社餅投げに参加している。磯辺校区ささやか展では、利用者の日常の様子などの写真展示を行い、利用者が焼いたクッキーを配り、地域の子供たちとの交流を図っている昨年からこども神輿の休憩所になり、今年の盆踊りには近所の子供たちや退職した職員なども多数参加してくれた。障害者のグループホームブリリアントから太鼓応援の参加も続いている近所のスーパーやコンビニ、3Qカット、美容院を利用している。回覧板は事務所へ届けられている。小学生、保育園児の訪問がある。子ども110番の旗を立てて受け入れ場所になっている。地元中学の福祉体験学習生徒を20名ほど受け入れている。管理者は同一町内に居住しており、地元では、あの人がやっているなら安心だという関係がある。さらに輪番の町内会の役員や神社の清掃や庭草取り、田植え前は溝さらいなど、530運動への参加など地域との関わりを怠らないようにしている。			
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	職員の自己評価では、分からないという回答が多い。毎年、地元中学生が福祉体験実習として3校計10名程度が実習に来ている。豊橋徘徊SOSネットワーク事業所に登録をし、行方不明者の捜索に協力している。秋に開催される地域の市民館にコーナーを借りて行うささやか展に利用者や家族、職員の作品を出展している。豊橋市介護保険事業計画委員会へ地域密着型事業者委員として事務長が参加している。			
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	2ヶ月に一度運営推進会議を行っている。毎月の活動の様子をスライドにしてみてもらったり、利用者の状況を各ユニットリーダーが活動報告書としてまとめ発表をしている。それに対し、委員の方から助言や意見をいただいている。今年度は認知症の勉強会も行った。参加家族は固定されているが5～6家族が協力をしてくれている。【課題】職員の出席をうながしているが、すべての職員は運営推進会議の内容を理解できていない。	交代ですべての職員が2回／年、会議に参加する。	当日勤務職員は利用者とともに積極的に参加する。	
5	(4)	市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議の活動報告及び議事録は、市役所の地域密着型担当者に提出している。市役所からの調査依頼には適時協力をしている。8月に3年ごとの実地指導があり、今年度は介護計画について重点的に指導を受けた。この項目は、職員は把握できていない。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	日中は玄関を開放している。4点柵を使用して転落防止を図っている利用者については、ベッドから降りることを防止する目的ではなく転落防止のためであることを家族と話し合い、4点柵の継続をしている。	職員全体で身体拘束を理解する。	勉強会を開く。本人にとって身体拘束になっていないか、他の職員と話し合っていきたい。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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	高齢者虐待防止法では、心理的虐待(仲間はずれ、馬鹿にする、怒鳴る)身体的虐待(なぐる、ける)経済的虐待(お金をとる)性的虐待(セクハラ)介護放棄(ネグレクト世話をしない)の4つが規定されている。移乗・移動介助の過程で、利用者の身体に傷をつけてしまうことがどうしても起きてしまうことがある。意図的ではないが、繰り返し起こる場合は、本人の立場からすれば当然、身体的虐待に準じる現実がある。	一度の過失は二度と繰り返さない。	言葉かけが不適切で心理的に傷つけることはないか。パッドが濡れているのに後回しにする、介護拒否があっても替えないような手抜きはないか。職員の日々の行動を振り返っていきたい。	
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	85番地には家族が後見人になっている方が2名いたが、今年度亡くなられた。新人職員は制度を知らない。現在現金を所持している利用者が5名いる。そのうち、自己管理している方が3名。うち2名がお金を無くす心配がある。誰かに盗まれたという訴えが増えるようになれば、後見制度を家族と相談をしていく場合もある。	成年後見制度についてさらに理解を深めていく。	勉強会を行う。	
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用時には、入居基準や退去基準、利用料などの説明を受け、契約書を交わしている。申し込み時にはホーム内の見学をしていただき、普段の生活の様子をみていただき検討材料にいただいている。利用者が納得して入居するケースは0ではないが少ない。			
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	【利用者の要望】利用者のうち身体不調を訴え医療機関への受診を要望できる利用者は5名いる。不定愁訴であってもホーム側で説得するのではなく、受診をして医師の判断に任せている。髪を切りたい、染めたいという要望には応えている。何が食べたいかについては献立会議を毎日開催している。豊橋市から介護相談員が毎月1回訪問し利用者と面談をし不満や悩み要望を聞く機会がある。【家族意見】利用料の支払いに対する要望、預かり金の管理方法、生活記録の署名が分かりにくい、健康保険証などの管理が不安などの苦情、要望があり、運営推進会議にも提起し改善を図っている。			
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	自己評価や業務ノート(管理者との交換日記)、ユニットミーティングで意見や提案をしている。年2回程度面接を行っている。C'の時間帯を10:30～19:30に戻してほしい。夜勤D2と早番の朝食はいらないという意見が寄せられている。			

自己	外部	項目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
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	休憩時間が取れないという声がある。有給休暇が取りにくいという声もある。基本給は年数により昇給をさせている。能力と査定により、介護処遇改善加算、賞与で評価をしている。管理者は休憩を取るよう指示をしている。新人スタッフや長時間パートの方は、先輩スタッフに時間を調節してもらいとしている。【課題】アウトカム評価では、活き活きと働けているという職員が前年度2／3から1／3に減少してる。	就業規則に記載された権利を職員は行使することができる。就業規則は自由に閲覧することができる。	職員は遠慮して有給が取得しにくいのが現状である。業務に支障がない範囲で有給を申し出ることができる	
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	職員研修の機会は少ない。実地指導でも計画的研修の必要を指摘された。新人スタッフが88番地4名、85番地3名。法人内研修を10月、11月と行った。			
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	毎年他施設のリダー研修生を6～8名受け入れており、実習にきたときに情報交換ができています。東三河グループホーム連絡協議会主催の第1回輪投げ大会に参加した。他グループホーム敬老会に3名参加。			
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	新規入所時に、アセスメント情報があれば、その内容は現場に伝えている。入居最低1週間は、24時間記録で、その方のできることできないこと、困っている事など支援の必要性をアセスメントしている。家族からは、その方の生活歴を記述してもらってその方の理解に役立てている。入居1ヶ月は、密度濃く関わりを行っている。不安を抱えているときは、本人と居室や静かな場所で話をする。本人からの要望を聞ける人からは聞いている。新規入居者へは、職員、管理者一丸となって困りごとはないか、安定をするまで気を抜かないで支援をしている。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	初期にはこまめに家族と連絡をとり、介助の仕方や必要な物など相談をしている。ホームでの生活状況を家族に伝え共有化をしている。入居当初の課題は、朝夕の申し送り時に確認し、家族と相談をし、その日のうちに解決するようにしている。とくに病気や健康管理、服薬については細かく話を詰めている。			
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	利用者の多くは健康維持への不安を抱えており、受け入れ側もどのような病気を抱えているか、どのように健康維持を支援していくか不安がある。初期の支援は、以前の主治医から協力医療機関への転院を早く行い、採血、服薬の見直しなど健康管理の基礎をつくりを大切にしている。家族と相談をしながら進めている。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
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	Aさんとはどうか、Bさんとはどうか、自立度を残している6名については介護される立場に置いておくことはなく、暮らしを共にする関係にある。認知症が進んだ人、寝たきり状態になった人、移動が困難になった人については、介護量が増えるに従って、介護される一方の立場におく関係が強くなっている。暮らしを共にする関係か否かは、職員個々により温度差が異なると思う。			
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	受診や医療については、家族抜きでは決められない。訪問時に食事介助を家族にお願いをしている。墓参りや法事は家族の行事である。毎週利用者の寝具や衣類を交換したり、庭の草取りや花を植えたりする家族もいる。家族介護者がパートとして掃除などの仕事を行っている。ターミナル期は家族介護者の役割である。食事や水分が摂取できなくなったとき、どこで最期をどのように迎えるかを決めるのは家族で、看取りのために交代で泊まりこんだりして看るのも家族である。			
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う、支援に努めている	家族や親族以外の友人、知人が訪問するケースは少ない。家族が入居を知らせていない場合が多い。			
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	狭い空間なので、相性が合わない関係になってしまい互いに意識し、批難しあう関係になった方については、目と目が合わないよう席を工夫している。年度途中からテーブルのセッティングを3つの独立した形にし、顔が合わないようにした。職員、事務所で双方のぐちを聞きストレス解消を図っている。ユニットでは話し相手がなく孤立しがちな方は、気功教室後の茶話会や歌の会への参加を促している。ユニット間で相性の合う方どうしが自由に移動して交流している。他ユニットでは仕事がない方が、別ユニットで皿拭きなどの仕事を手伝う事もある。			
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	今年度入居11年目で亡くなった方は、ホームで通夜、告別式を行った。相談があれば応ずるが、基本方針としてサービスが終了した場合は、関係を終了することとしている。【課題】この項目は職員を混乱させ、転院先の利用者を見舞に行く個人的な関係を持ってしまうことを是としてしまう誤解を持たせている。			

自己	外部	項目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
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	8月から利用者に希望を聞き生活記録表に記入している。アウトカム項目の職員評価結果から職員間で2/3～1/3まで評価が分かれている。意向を表すことが難しい利用者が3名いること、経験が短い職員が意向の把握に至るまで慣れていない状況である。			
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	アセスメントシートに生活歴の情報が記載してあるが、職員にそれを読み込む時間が十分でないか、ケア会議などで確認し合わない情報と情報を共有化することが難しい。アウトカム項目の職員評価結果から職員間で2/3～1/3まで評価が分かれている。生活歴を語ることが難しい利用者が3名いること、経験が短い職員が生活歴の把握に至るまで慣れていない状況である。	これまでの生活歴を全員が把握する。	個人別アセスメントシートに、入居の経過と生活歴をまとめたものを職員が閲覧できるようにしたが、さらにケア会議で深めていきたい。	
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	出勤時には、それ以前の記録に目を通して情報を得ている。申し送りで情報を共有している。特に気になることは重点的に伝えている。一日の過ごし方について、大まかな流れはケアプラン表第3表で書き出している。居室で一人過ごしているときの情報の詳細は不明である。【課題】心身の状態、有する力の現状の把握は不十分である。アウトカム項目の職員評価結果から職員間で2/3～1/3まで評価が分かれている。経験が短い職員はアセスメントの仕方が分からない状況である。	掴んでいる利用者の状態の情報を出し合い共有化していく		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケア会議が行えていないが、変化などユニットミーティングでケア方法を話し合っている。計画作成担当者が職員の意見を聞きケアプランを作成している。以前のような利用者の現状を細かく書き出し、それをもとにどうしていったらよりよいかという進め方でケアプランを更新していく。	ケアプランは家族に同意を得なければならないので3ヶ月に1回は更新をしていく。		
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	日々の様子、スタッフが関わったこと、利用者自身が発した言葉を記録に残している。ミーティングで話し合ったことなどをもとに介助、支援を行っている。すぐにスタッフと共有化しなければいけないことなどは別紙用紙に書いて回覧している。業務に入るとき、それまでの生活記録や申し送りノート、受診ノートを確認して情報を得ている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にもまれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	共用型デイサービスを6年前から行っており、入居には至らないが365日夕食まで預かり、家族の状況により、泊まることもある。共用型利用者が一般型デイサービスで過ごしたり、グループホーム利用者が、デイサービスでパン作りや、デイ利用者と陶芸教室を行ったり。85番地、88番地、デイサービス利用者が一緒に行事を行ったりしている。ユニットやサービス間の垣根は低くして相互交流している。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
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	近所のスーパーへの買い物、歩いていけるコンビニでの珈琲ブレイク、塩釜神社への毎日の散歩。ジャスコ南店のフードコート(マックやミスタードーナツ)歌の会、気功教室、エステのボランティア。本宮神社餅投げ、地区市民館での作品展の開催。磯辺保育園敬老会へ参加。いきつけの美容院。3Qカットなども利用している。田原福祉専門学校の学園祭でクッキーや利用者が作成したものを販売している。磯辺公民館で行われるブリリアントのバザーの出店をしている。			
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	協力医療機関松岡医院。さたけクリニック。田中医院。通院がむづかしい方は、松岡医院の往診、東三河在宅クリニックの往診を受けている。歯医者是有賀歯科。肛門科は山本肛門科、外科はいちようクリニック。整形外科は菊池クリニック。眼科は菊池クリニック。皮膚科は横山皮膚科。泌尿器は田代泌尿器科。クリニックでは対応できない病気に関しては、紹介状を書いてもらい豊橋市民病院を受診している。往診時に、医師に報告相談する全職員で共有できる一覧表を作成している。			
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護職員がいる日には、傷の処置や色々なことを相談している。日々記録するので何かあれば記入している。			
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院したときは管理者や事務長が毎日面会に行き、衣類の洗濯や経過の情報収集、家族との連絡情報交換、早期退院にむけ情報が入るよう努力している。救急搬送時に付き添い、家族へ引き継いでいる。職員も面会時にいき利用者を励ましたり情報を得ている。			
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	これまで家族と繰り返し相談をし、主治医と相談をし看取りを行ってきた。家族と栄養補給や点滴、酸素など対応方法を相談している。何処で最期を迎えるかについては家族の意向を尊重している。【課題】家族の思い、医師との連携など現在ターミナル期に入っている利用者についてケア会議で情報共有がされていない。	ターミナル期の方針はケア会議で共有する。	ターミナル期の利用者について家族介護者も含めてケア会議を行う。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	普通救命講習を受けている。全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を行っており、定期的に行っていない。そのため急変時に対応できるか自信がない。	年1回普通救命講習を受講する。	年1回普通救命講習を実施する。	

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	訓練はしているが、具体的な行動が身につけていない。非常連絡網が更新をされていない。【課題】地域との連携は十分ではない。訓練の反省点が共有されていない。水害や地震など大きな災害時に利用者を避難させられるか自信がない。マニュアルの作成が遅れている。	広範囲の災害では、自主避難が原則である。	マニュアル作成を通して、課題を解決する方法も検討していく。	
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	一人の人として、相手の気持ちを受け入れる思いを持って話している。言葉かけには注意し気をつけている。相手を尊重し、プライバシーなどを損ねないよう気をつけている。つい失礼な言葉かけや気をつけているつもりでも相手の受け止め方により誤解を招いたりすることがある。【課題】職員間で何が適切な言葉かけなのか価値観に大きな差がある。	専門職として共通した言葉かけの標準を目指す。	自分は大丈夫だと思っても第三者から見ると不適切だと思える声掛けや関わりがある。そういう声に耳を傾け、考えていく姿勢を大切にしよう。価値観をすぐに変化させることはできないが、他者の価値観を知ること大切である。	
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	身体不調を訴える方が4名居る。可能な限り受診を行い主治医に判断を求めている。その有する能力に応じて、衣類が選びやすいように、飲み物が選びやすいように促して決めてもらえるようにしている。週の初めに、本人に1週間のやりたいこと希望を書いてもらっている。【課題】本人の思いと家族介護者の思いが合わない場合に利用者の自己決定は実現が難しい。アウトカム評価では、およそ半数の利用者しかできていない。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	朝食、午前の脳トレ、日記、献立会議、季節の歌、体操、おやつ、散歩、昼食、午後の教室、3時のおやつ、夕食と一日の基本的な流れは、起床から就寝までの日課がある。その流れのの中に、排泄介助や入浴介助が必要な方の介助がくみこまれている。起きたいときに起き、食べたいときに食べ、寝たい時に寝るという生活は無理強いすることはないが、リズムある生活、刺激がある生活から次第に遠ざかっていくタイプの利用者が多いので、積極的に声かけしている。希望を表すことができない利用者は、刺激ある生活を優先して行事に参加をしていただくことを是とする働きかけをしている。【課題】アウトカム評価では、7名中4名の職員がゆったりと関われているが、たまに1名、ほとんどできない1名おり、寝たきりの利用者を職員のペースで支援していることへの葛藤がある。			
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	化粧を日課にしている利用者は化粧水などを購入しながら続けている。ひげそりや目ヤニのとりたりをしている。【課題】毎朝起床時の整容が不十分である。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	調理は職員が中心に行っている。利用者と一緒に準備や片づけをしているときもある。食器拭きを専属に手伝ってくれる利用者がある。食事介助を必要とする利用者が4名から3名に減ったが、介助にかかりきりなるため一緒に食事をするゆとりがない。【課題】利用者と職員が一緒に共同作業を行う形が上手く回っていない。献立会議の献立が一部の利用者意見に片寄ってしまっているという声もあるが、献立会議では、肉か魚か。麺類であればそば、うどん、ラーメンなど挙手によって決めるようにしてる。	炊事の共同作業を見直す。 献立がバランスよくなるようにする。	職員と利用者が共同作業でつくる流れを検討する。副食の参考例をホワイトボードに書き参考にしてもらう。	
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	【食べる量】は100分表示で主食、副食で記録をしている。【水分量】は100cc単位で積算し1日1000cc以上を目標としている。お茶が嫌いな方はジュースに変えたり、水分が飲めない場合は、とろみをつけたり、ゼリーにして提供をしている。摂取量が少ない方はこまめに声をかけている。【咀嚼】入れ歯の方が多く、入れ歯と歯茎の状態から固いものが噛めないため主食、副食とも柔らかく目をしている。【課題】栄養バランスや必要カロリーなどの基本知識が乏しい。	毎月のメニューを検証して弱 点に気づき、改善をしていく。	栄養バランス研究班を募り、検討してもらう。	
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	全介助の人で介助全般に理解できない方は歯磨きや口をゆすぐこと介助を嫌なことをされていると受け止めているが、粘り強い職員の声かけで介助ができるように少しづつなっている。その他の方は、毎食後、食前に入れ歯を外し口をきれいにしている。【課題】食後の口腔ケアをしたがらない人がある。	全員が口腔衛生を行うことができる。	拒否の強い方へも粘り強く働きかける。	
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	尿意なくパッド、紙パンツを使用している利用者は、3名。うち1名は介助全般に理解が届かずトイレ案内、衣類の交換、便座に座るのも時間がかかる。不機嫌になったり立ち上がろうとする動作が排尿のサインとして介助をしている。1名は、自分でもトイレへ行っているが、すでに出ていることが多い、さりげなく衣類交換を促している。本人には紙パンツではなく布パンツとパッド併用を希望しているが、家族介護者は尿漏れの回数が多いため難しいと考え反対をしている。現在は本人も受け入れている。寝たきりの方は、日中は、トイレへ案内してパッド交換をしている。			
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	便秘の原因は、加齢によるが、生活の中でできることは、水分、繊維質、乳酸菌、運動である。水分摂取は、脱水症の予防のためにも意識している。食物繊維をとることは十分ではない。ヨーグルトは以前は毎日の習慣にしていたが、全員が摂取することがなくなっている。運動はラジオ体操、リハビリ体操、歩ける人は散歩をしている。アロエを刻んで食べている人もいる。必ずトイレに座り腹部、肛門マッサージをしている。便秘が続くようであれば医師と相談をしてマグラックス、出ない場合はセンナ系を処方してもらっている。	できるだけ薬に頼らず排便が促せるようにしたい。	水分が確保の意識向上。ヨーグルトの定期摂取の再検討。	

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯を固定していない。自分で入れる方は、毎日、希望を聴いて入浴の順番を決めている。その繰り返しの中で入る時間帯は固定化をされている。入りたい希望が午後に集中するためお願いをして譲り合ってもらっている。介助をしている方は、体調に合わせて職員のペースで入っている。入れない時は清拭をしている。拒否がある方は、時間を置いたり職員が交代をして声をかけているが、回数が少なくなっている。一日、数回お湯を替えて気持ちよく入浴できるようにしている。			
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	食後に休息や仮眠をとっている方で昼夜逆転への影響がなければ、尊重をしている。昨年、夜間に起きてリビングを動いている方は、主治医と相談した結果、抗うつ剤と入眠導入剤の2種が処方され、改善をされた。今年度は、起き上がりや移動能力が低下し、転倒のリスクはなくなっている。食事が低下している方は、傾眠傾向が強く一日中寝たり起きたりである。他利用者は、夜間の睡眠は良く取れている。寝返りが打てない方は、2時間おきに体位を変換している。【課題】シーツ交換や布団干しの間隔が長くなっている。夜間の体位交換やパッド交換で起こしてしまうのは安眠を邪魔しているのではないかな。	毎週1回布団干しをする。	晴れた日は積極的干す。	
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬一覧表をもとにおおよそ理解している。特に新しい薬を服用したときには、変化・体調に注意している。毎食ごとに飲み忘れがないように個人別のコップに配薬をして確認ができるようにしている。薬を入れている袋に目的や用法や、用量を表示し、分かりやすくしている。痛み止めは飲んだ時間を記入し間隔が分かるようにしている。服薬の際は声かけをし、変化はないか本人に確認したり様子を見ている。便秘の薬は、排便の状況により医師の指示のもと調整をしている。【課題】職員が利用者の疾患と薬の作用、副作用や症状の変化の確認を理解していない。			
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	脳トレ、ラジオ体操、リハビリ体操、散歩、気功教室、歌の会、エステ、書道教室、レクリエーション活動、買い物などが気分転換として準備されている。一人一人の意志に合わせて提供をしている。季節ごとの行事（初詣、梅見、花見、菖蒲、つつじ、バーベキュー、花火、盆踊り、敬老会、クリスマス会、餅つき、忘年会）でぽたもちやもちを丸めたり楽しみごとや役割を発揮できる。8月より利用者から毎週希望を聞き生活記録表に書いてもらっている。たけのこ新聞に、短歌、俳句を投稿をする方が3名いる。玄關に花を活ける。花壇の水遣りや、園芸をしている方もいる。仏壇にご飯を供えられるよう支援している。食器拭き、洗濯物たたみをしてくれる方がいる。【課題】調理や洗い物をできるが自分だけがやらされると感じると嫌がる方が多い。			
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	85番地は、自立して散歩する人が3名。花壇への水遣り併設デイへ自由に行き来する方が1名。手引きで付き添い歩き始めると見守る方が1名。2名は屋外は車椅子、気候の良い時期に車椅子による散歩や外出をしている。買い物へ車椅子利用者を同行して頂くときもある。本人の買いたいものなどがあれば付き添っている。アウトカム評価では、積極的に外出している方は3名、1/3の利用者。【課題】相性の悪い方がみえ、あの人が行くなら私は行かない、集団の外出の人選が難しい。運転できる職員が少ないため外出支援のやりくりが難しい。家族と毎月墓参りに行く方、毎週実家へ半日帰る方がいる。			

自己	外部	項 目	自己評価	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭を管理している利用者は、2名。毎月お小遣いとして渡している方が3名。紛失のリスクがあるため月1,000～2,000円に制限をお願いしているが、それを越える金額を所持している方もいる。買いすぎのときには声をかけている。利用者の喫茶代や個人の買い物は、事務所で預かり金や立替で精算している。職員が見守り本人が支払いをするときもある。【課題】1名は財布を居室で隠しつけられなくなっている方、自己管理はできるが、無駄遣いを家族に止められている方がいる。			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	【電話】受話器を渡し自由に外部へ電話をかけることができる。5名。荷物が届いた時は、なるべく本人と一緒にお礼の電話をしている。【手紙】日常的に手紙をやり取りしている方は、3名手紙が届いたときには隣に寄り添って読んでいる。毎年年賀状を出す支援をしている。			
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	【室温】エアコンでの温度管理をしている。課題は、場所により温度差があること、動いている職員と座っている利用者の温度差があること。浴室との温度差や室内の温度差は利用者に合わせて調節している。【季節感】玄関に利用者に活けていただき花を飾っている。88番地玄関。【光】日差しや明るさは、カーテンで調節している。目の病気の関係でまぶしさに敏感でカーテンを閉めたがる方がいる。【湿度】冬季は加湿器を活用している。【臭い】排泄介助を素早くし不快なおいが残らないようにしている。【音】テレビやDVDの音は適切である。自分が焦っているときは大きな音を出しているかもしれないとする職員もいる。			
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	リビングには食事用の6人掛け食卓が3つ。ソファが2つ配置してある。長期間3つの食卓をくっつける時期がつついていたが。利用者間の好き嫌い反目を考慮して、3つの食卓ごとに相性が良い3人ごとの塊に分けた、目と目が合わなくなったことで口論になる回数は減った。ソファを活用して過ごしている方、リビングに残るグループと用が済むと居室へ戻るまたは、居室を訪問して過ごすタイプが居る。【課題】昨日の敵は今日の友、その逆もあり、好き嫌いは変化をしていく、それに合わせてテーブル配置や配席を変えていかなければならないが、固定した席を移動することを嫌がる方も多い。			
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	【居室レイアウト】限られた居室空間では、エアコンとトイレの位置関係でベッドの場所を決めている。【洋服かけ】女性が多く上着が自分で選べるよう洋服かけを持ち込んでいる。【大切なもの】仏壇を持って来ている方は1名。家族が持ってきたものを居室に飾っている。本人が使用していたもの、写真等を飾っている。【課題】タンスの整理が十分でない。パッド家具やベッドを動かして掃除することが少ない。	居室掃除を毎日きちんと行う。		
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	【バリアフリー】建物全体では段差はない。【手掛かり】手すりは各所に設置している。リビング長い机を並べ手がかりにして、なるべく自分で移動できるようにしている。トイレにも手すりを追加している。転倒の危険につながるものは家族に持ち帰っていただく浴室には手すりをつけ浴槽の出入りにも手すりがある。滑り止めにバスマットを使用している。【分かる】各居室に表札がある。【課題】通路にもの干しや机など雑然としており整理をしたほうが良い。	危険なものは出しっぱなしにしない。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372001418		
法人名	有)たけのこ		
事業所名	グループホームたけのこ(88番地)		
所在地	豊橋市駒形町字退松85番地		
自己評価作成日	平成26年11月10日	評価結果市町村受理日	平成27年 8月20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.kaizokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&jigyosyoCd=2372001418-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F
訪問調査日	平成26年11月21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)】

11年目を迎え、利用者の入れ替わりが一巡をし、平均介護度が下がってきていることもあり、書くことが低下しないように、脳トレのメニューを拡大し日記を書くようにしている。書道教室も新たに開始した。医療機関の受診希望はできるだけ支援をしている。介護度が下がった分利用者同士の自己主張による対立も目立ってきているので、そのエネルギーを外へ発散できるよう様々な工夫をしている。

【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)】

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		昨年度10名→今年度6名		項 目		昨年度10名→今年度6名	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	0→1 8→3 2→2	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)	0→1 7→3 2→3	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)	3→2 6→2 1→1 0→1	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)	5→1 5→4 0→1	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)	2→0 6→4 2→2	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	2→1 6→4 2→1	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→1 6→3 3→2	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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	9→1 1→5	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)	6→1 4→5	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	2→1 5→3 3→2	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)	5→4 5→2	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→0 8→4 1→2	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、その時々々の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)	2→0 7→5 0→1	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				

たけのこ88番地自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)＋(Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	いつまでも普通に暮せるノーマライゼーションを基本とし、利用者の自己決定、自立支援、個性、権利擁護を大切にし、身体拘束抑制はしない。平成24年7月から職員公募により、合言葉の9番、10番を「いつもここに報告連絡相談」「ONE FOR ALL ALL FOR ONE」へリニューアルした。毎日朝礼において、全員で復唱している。介助に合わせてその方に合わせた自立支援、自己決定を大事にして実践をしている職員から、分からないと回答する職員がいる。	いつも心に報連相の方針を大切にし、スタッフ同士の情報共有を確実にしていく。	毎日決まった時間にショートミーティングを行い。利用者に情報を伝達し役割分担を確実に行う。事故やヒヤリハットがあれば利用者の関わり方の申し送りを徹底する。	
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	11年目を迎え、365日の散歩や挨拶などを欠かさないで行っている。磯辺保育園の敬老会、校区の防災訓練、本宮神社餅投げに参加している。磯辺校区ささやか展では、利用者の日常の様子などの写真展示を行い、利用者が焼いたクッキーを配り、地域の子供たちとの交流を図っている昨年からこども神輿の休憩所になり、今年の盆踊りには近所の子供たちや退職した職員なども多数参加してくれた。障害者のグループホームブリリアントから太鼓応援の参加も続いている近所のスーパーやコンビニ、3Qカット、美容院を利用している。回覧板は事務所へ届けられている。小学生、保育園児の訪問がある。子ども110番の旗を立てて受け入れ場所になっている。管理者は同一町内に居住しており、地元では、あの人がやっているなら安心だという関係がある。さらに輪番の町内会の役員や神社の清掃や庭草取り、田植え前は溝さらいなど、530運動への参加など地域との関わりを怠らないようにしている。			
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	職員の自己評価では、分からないという回答が多い。豊橋徘徊SOSネットワーク事業所に登録をし、行方不明者の捜索に協力している。秋に開催される地域の市民館にコーナーを借りて行うささやか展に利用者や家族、職員の作品を出展している。豊橋市介護保険事業計画委員会へ地域密着型事業者委員として事務長が参加している。			
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	2ヶ月に一度運営推進会議を行っている。毎月の活動の様子をスライドにしてみてもらったり、利用者の状況を各ユニットリーダーが活動報告書としてまとめ発表をしている。それに対し、委員の方から助言や意見をいただいている。今年度は認知症の勉強会も行った。参加家族は固定されているが5～6家族が協力をしてくれている。【課題】職員の出席をうながしているが、すべての職員は運営推進会議の内容を理解できていない。	交代ですべての職員が2回／年、会議に参加する。	当日勤務職員は利用者とともに積極的に参加する。	

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
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	運営推進会議の活動報告及び議事録は、市役所の地域密着型担当者に提出している。市役所からの調査依頼には適時協力をしている。この項目は、職員は把握できていない。			
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	日中は玄関を開放している。4点柵を使用して転落防止を図っている利用者については、ベッドから降りることを防止する目的ではなく転落防止のためであることを家族と話し合い、4点柵の継続をしている。作物を盗りに行ってしまった方に対しては、事務所やリネン庫、ロッカー室も無断で入り物色をしているため、事務所に職員がいなときは事務所に鍵をかけたり、中庭から外へ出る門扉は施錠している。	根柢なく行動を抑制していないことを理解し共有する。	身体を拘束して自由を奪うことは良くないことであることを共有すると同時に、転落防止や犯罪、事故防止のために最小限の行動を制限することがやむを得ない場合があることも合わせて理解を共有する。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待について勉強会は今年度は行っていない。世間で批判を受けているいじめ、パワハラやセクハラなどを行ってはいけないという理解はある。自宅での言葉遣いがざっくばらんな場合、家庭と同じように利用者に対して「早く寝なさい」のように悪気なく声かけをしてしまう例がある。【課題】夜間の入れ歯を外せない利用者について、無理やり外すのはよくないと考えて悩んでいる職員がいる。	利用者を上から管理したり、コントロールする関わりは、専門職としての自覚がないこと気づき、専門職としての関わりを身に着ける。	第三者、他人への声かけは、友達や家族とは異なる、相手を尊重した声掛けが求められることを繰り返し学び身に着ける。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度を利用している利用者は1名。担当の司法書士が毎月訪問をして本人に面接をし確認をしている。日常生活権利擁護事業を利用している利用者は1名、豊橋市社会福祉協議会支援員(森下)が生活記録を確認するとともに、毎月必要な立替金を持参し、本人の元気な様子を確認している。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用時には、入居基準や退去基準、利用料などの説明を受け、契約書を交わしている。申し込み時にはホーム内の見学をしていただき、普段の生活の様子をみていただき検討材料にいただいている。利用者の中には、食事代や泊まり代の支払いを心配をして不安を抱えている方もいる。認知症の方に納得をして頂くのが難しい現実もある。			
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	利用者からは直接要望を聞いて実現をしている。献立会議を毎朝行い、何が食べたいか希望を聞いている。豊橋市介護相談員が毎月1回訪問をし利用者一人一人と面談をし、話し合った結果を市役所に報告している。2ヶ月に一度、運営推進会議があり、そこで家族や地域の方から意見を聴いている。家族からは訪問時に意見や要望を聞いている。毎月記録表を郵送し、月ごとに家族から意見要望を書いてもらっている。、具体的な意見要望が記述されていた場合には職員が閲覧できるよう回覧している。家族からの意見はユニット会議で報告をして検討をしている。			

自己	外部	項 目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	オーナーに「業務ノート」を提出し、意見や要望を伝えている。個別面談の機会がある。ユニット会議の報告書を提出し、意見を伝えている。意見があれば直接伝えている。朝の申し送りで行っている。【課題】定期的面談、リーダー会議が毎月行われていない。	職員の意見を積極的に取り入れていく。	リーダー会議を毎月1回、個別面談を2回／年実施する。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	業務ノートで職員の意向を確認し、回答をしている。職員の働き方に応じ処遇改善加算の配分や賞与の増減を行っている。職員にはその評価は十分に伝わっていない。産休や退職者が続いたことで新人職員が増えたこと、職員間のチームワークの形成がこれからであることなど課題は大きい。	職員の入れ替わりを乗り越え新チームで利用者を支えていこう。	職員の力が均質化するまでしばらく大変な時期があるが、利用者中心に困難を乗り越えていこう。
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	研修の機会が少なくなっている。実地指導でも計画的な研修に取り組むように指摘を受けた。10月から月1回の研修を行なう予定である。		
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	グループホーム協会東三河ブロック研修会やグループホーム輪投げ大会への参加。他事業所から研修生を受け入れ交流している。		
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	入居一週間は24時間シートを使い本人の様子を見て記録し利用者理解につなげている。入居1～3ヶ月は密度濃くコミュニケーションをとり不安を受け止め利用者が話しやすい環境作りをしている。本人の事前情報や家族からの話を聴き支援方法を考えている。一緒に散歩や家事をしながら話を聞いている。		
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	家族の要望を聞き、分からない事があれば確認をしている。知り得た情報は職員で共有している。来訪時に状況を伝えたり意見を聞いている。必要なものと持ってきていただくようお願いしている。話しやすい雰囲気作りを大切にしている。		

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
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	入居1週間は、24時間生活記録をつけることで、入居生活上でできることできないこと分かること分からないこと把握して、初期の支援計画を作っている。デイサービスから入居へ移行されたかたは、今も安心できる居場所としてデイサービスで日中を過ごしている。			
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	88番地では、利用者が家事を率先して行っている。野菜づくりや、草取り、子犬の散歩を自発的に行っている。【課題】は一人の利用者が家事を独占してしまうため他の利用者の出番がないことである。その背景は、家事を共同でできる女性利用者は5名いるが、調理、盛り付け、片づけ、洗濯もの干し、洗濯物たたみ、掃除、買い物、作業の流れや組み立てを職員より家事を独占している利用者の方が先んじているため、役割分担する仕事が無くなってしまっていることにある。	男性利用者2名の作業、女性6名の作業分担の見直しを経て、共同作業が円滑にできる。	全体の作業の見直し、無理なく作業が分担できるよう調整をする。炊事にこだわらず暮らしを共にする者同士の関係について話し合う。	
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	バーベキュー、夏祭り、餅つき、忘年会は家族参加を呼び掛けている。家族の方々にも屋台の手伝いや餅つき、忘年会の出し物もお願いをしている。家族が通院付き添いができる場合には家族による受診をお願いをしている。法事や墓参りなどは家族の役割である。入院や延命、手術の同意は家族の役割である。ターミナルの主役は家族である。誤嚥など食事や水分が摂取が難しくなったとき、どこで最期を迎えるかは、家族の選択に任されている。			
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	A: 本人希望で自宅を見に行った。長女は毎週1回程度訪問をしている。B: 長男が月2回程度訪問。次男夫婦も不定期だが訪問。姪や知人も訪ねてくれる。C: 姪や甥が1年に2回程度訪問。D: 愛犬と一緒に入居。長女が毎月自宅へ1週間程度外泊をさせてくれる。E: 毎週家族が交代で訪問。F: 長男、次男が月2回程度訪問。G: 身寄りはいない、権利擁護の人、入所前のヘルパーがのぞいてくれる。夫の墓参りにいっている。H: 次女が隔週、長女・長男は1回／月程度訪問。I: 長男夫婦が月2回訪問。			
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	88番地では、力関係で強い利用者が他の利用者の行動を管理する傾向が強く、職員がその利用者より年数が短いため、関係調整をする力量が乏しいため、3人の利用者が共同空間から追いやられてしまうことが多い。平気な利用者2名や男性利用者2名はマイペースに過ごせている。追いやられる3人の利用者のうち1名は月～金までデイサービスで夕方まで過ごしている。他1名は寝たきりである。	利用者どうしの関係を把握し、そのうえで2名の利用者が孤立しないようにする。	一人の利用者の影響だけがAさんが居室へ閉じこもる原因なのか、共同空間以外でも3人が一緒に何かをしったり過ごす方法を検討する。	
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービスが終了後、家族有償ボランティアとして週1回程度手伝っていただく方が居る。利用者の死亡により家族との関係も終了をしている。			

自己	外部	項目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
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	日々のコミュニケーションの中で要望を聞いている。日により時間により言うことが変わってしまう。希望を聞いても「無いです」と答える方が多い。遠慮しているのではないと思う。	暮らし方の希望、意向は、心身の状態により変わる変化に応じた思いを把握していく。	各職員が聞いた、気づいた要望を他の職員へ伝え、共有する仕組みをつくる。
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	個人のファイルやアセスメントシートに情報が記載してある。本人や家族に聴き情報を収集している。レクなどがあまり好きでない利用者さんには強要せずできるだけ本人の希望に沿うようにしている。		
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	一人一人の24時間の過ごし方についてケアプラン第3表を職員全員が作成をした。24時間の生活記録を職員が交代で記入している。毎日バイタルチェックをし入浴時に全身のあざや傷、排泄介助時にお尻や股の様子を確認している。【課題】咳、鼻水、のどのゴロゴロ、顔色、元気のない表情、立ち上がりの様子の変化などの情報から心身の状態の把握につなげることが難しい。有する力の幅が広く職員は把握できていない。		有する力の現状とは、トイレへ行ける。お尻を拭ける。水洗ができる。着替えができる。一人で移動できる。困ったことを伝えることができる。調理ができる。草取りができる。まで幅が広い。
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	ユニット会議で個々人について話し合っている。ケアプランと照らし合わせての話し合いはできていない。ユニット会議ではボリュームが多すぎて難しい。9月からケアプランの書式の見直しを行い、職員に回覧をし意見を集めている。	職員、家族に分かりやすいケアプランを作成し、定期的にモニタリングする。	ユニット会議以外に、教室の開催時間帯にケア会議を行う。
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	日々の様子は記録し、朝夕の申し送りの記録を見て確認している。毎日職員同士でショートミーティングを数回行っている。日々の気づきからユニット会議で話し合い、ケアを考え実践している。ユニット会議時、変化、対応を話し合っている。介護計画の見直しに反映ができていない。他ユニットの利用者の状況は、生活記録により夜勤時は確認している。【課題】ケアを行っているが記入漏れもある。週単位、月単位で状況を把握が十分にできていない。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にもまれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	日中併設のデイサービスで過ごしたり、外泊中に通所利用をしたりする柔軟な支援を行っている。自分のユニットだけでなく他のユニット、併設デイサービス利用者と合同で脳トレ、教室、レク、行事、行楽を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	グループホームプリリアントが行うバザーや田原福祉専門学校で自分で作成したお手玉、ぼうしなどを売る利用者。毎年秋、地区市民館で開催される文化祭にコーナーを借り、作品を出品している。車椅子でも散髪ができる理容店3Qカットを利用している。毛染め、パーマなどいぎつけの美容院がある。徒歩往復可能なところにミニストップがあり、おやつやコーヒープレイクを楽しんでいる。地区の保育園の敬老会に招待をされたり園児が遊びにきたりしている。毎日散歩に行く塩釜神社。春・秋もち投げで行く本宮神社がある。移動が困難な利用者も車いすで出かけるようにしている。		

自己	外部	項 目	実践状況と現状における問題点、課題	自己評価		
				目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
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	家族と相談し医療機関を決めている。内科の協力医療機関は3箇所から選んでいただいている。通院がむづかしくなった場合訪問診療に切り替えている。急変時は電話で状況を伝え指示を仰いでいる。整形外科、肛門科、泌尿器科、皮膚科、眼科、歯科や糖尿病専門医などの受診も必要に応じて支援している。これらで対応できない場合には紹介状で、豊橋市民病院を受診している。【課題】車の運転ができないことや経験が浅いため、受診介助ができる職員が限られている。			
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	看護師は週に2～3回非常勤として勤務している。デイサービスには毎日看護師がいるので、何かあれば(血圧、あざ)報告、相談をしている。			
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	事務所で救急搬送の同行、家族へのひきつぎ、入院後の面会、経過観察、病院看護師との情報交換を行っている。入院中は職員や利用者も面会に行く。家族が遠方などの場合には、着替えや洗濯物などの支援も行っている。			
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に「事前指定書」を交わし、意思確認をしている。食事や水分が喉を通らなくなった時に、主治医、家族と再度、栄養補給や点滴、酸素などの必要性、救急搬送の有無などを繰り返し確認している。ターミナルは家族がどこでどのような看取りをしたいかという思いを大切にしている。			
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	急変(おう吐、下痢)や事故(転倒や表皮剥離)が起きた時には、事務所、看護師と共にバイタルチェックや応急手当をしている。【課題】普通救命講習を実施しなかった。低血糖への対応、喉詰まり、転倒時、心臓発作、心肺停止など落ち着いて対応できるか自信がないという職員が多い。	適切な対応ができるようにする。	年1回救急救命講習を行う。急変時を想定した対応訓練を行う。	
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に防災訓練、避難訓練を実施している。その際に消火器の放水訓練や消防署への連絡訓練を実施している。防災点検業者が2か月に1回機器の点検のきている。地域との協力体制は築けていないが、同一町内の方が3名、パートとして勤務し、緊急連絡をすればかけつけてくれる。【課題】マニュアルを作成したが活かされていない。洪水や地震など大きな災害があった場合に利用者を全員避難させられるか不安がある。	避難訓練時に改編をしたマニュアルを活かし、共有化する。		

自己	外部	項目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
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	職員一人一人が丁寧な言葉づかいをしている。人権を大切にしているが、時にフレンドリーな感じになってしまう。できていない職員もいるが、職員間で注意している。【課題】社会体験・人生体験をこれから蓄積していく途上で利用者の立場に立った声かけがまだできない職員がいる。	一人一人を傷つけない態度や言葉についての理解を共有化する。	
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	何かをするときは必ず意見を聞いてから支援をしている。レク参加の声かけは、参加を強制はしていない。自己決定に時間がかかる方には待つようにしている。【課題】職員の人数が少ないときには、希望や思いを聴く働きかけが十分取れないこともある。	出来るだけ希望にこたえるようにしたい。	
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日の日課は起床か就寝まで、高齢者の平均的な生活時間の流れと集団生活・共同生活のつきあいの日課(食事、おやつ、脳トレ、献立会議、ラジオ体操、午後の教室)がある。職員の決まりというより、共同生活の流れが11年の間に積み上げられてきている。この決まりは固定したものではなく、利用者の状態や関係性により試行錯誤しながら変化する決まりである。食事以外は声かけ誘いはするが強制はしていない。【課題】自己決定が難しいと同様にその日をどのように過ごしたいかが組み立てられない実行機能障害が進んだ認知症の方の希望を引き出すのは難しい。		
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	毎日化粧する方は、ドレッサーで化粧をさせていただいている。化粧水がなくなりそうときには家族に持ってきてもらうようお願いをしている。着替え時にはどの服にすると声掛けをしている。着替えの際には、襟や曲りなどをなおしています。男性はひげそりを支援し、起床時には洗顔、できない方は目ヤニを拭いている。鼻毛はできていません。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者が中心となって準備や片づけを行っている。【課題】一人の利用者が独占的に行ってしまうため、他の利用者が関われない状態が改善をされていない。【課題】職員の力量の差により利用者間の調整に差が出ている。献立は、昨年はくじ引き方式、脳トレが始まってからは脳トレ後に献立委員会議を行って決めている。【課題】献立会議の発言者力の強さで限られた人の希望に偏っていると職員は考えている。	課題は利用者の課題ではなく職員の課題である。献立、調理、盛り付け、配膳、片づけの作業を分担して行うことがよいのか話し合う。	独りの利用者が独占的に行わないようにする場合、職員が役割分担の仕切りの中心にすることになる。その方法がベストか手持無沙汰になる利用者には他の役割を考える方法も検討をする。

自己	外部	項 目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	普通食で飲み込めなくなった方は、おかゆ、ミキサー食、エンシュア、プリンペースト食で栄養が取れるよう工夫している。食欲が低下している方には好みのものを提供をし栄養が摂れるようにしている。量が少ない方にはおやつでも補えるようにしている。飲める方は、脳トレ後、散歩後、食前、食後、入浴後にお茶やジュース、珈琲などを提供している。栄養・水分摂取量は記録し量を確認している。献立は、献立会議で食べたいものを聞いている。【課題】記録漏れにより、水分や食事摂取量が分からない記録がある。	栄養・水分摂取の記録漏れをなくす	生命・健康維持に直結をした記録という自覚を高めていくよう、職員へ伝えていく。
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の歯磨き声かけ、見守り、介助のいる方は介助している。入歯使用の方の週2回(月・木)のポリデントを行っている。歯磨きを嫌がる方もいる。歯のない方は口腔ケアティッシュを使用している。舌の汚れは舌ぶらしを使用している。月1回はブラシを替えている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	トイレ案内をしている方は3名。排泄チェック表をつくり、排泄パターンの把握に努めている。日中は2~3時間おきに案内。夜間は決まった時間にトイレ案内している。二人介助の方も日中は座位が保てる状態であればトイレでの排泄を促している。		
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	ヨーグルトを毎日提供をしている。水分摂取が確保できるよう声かけをしている。介助が必要な方は排泄チェック表で排便状況を確認し、腹部や肛門マッサージを行っている。散歩をできる方は散歩を欠かさないようにしている。受診時に排便状況を医師に伝え、医師が処方した便秘の薬を排便状況に合わせて提供をしている。腹圧がかかるようトイレでの排便を基本としている。		
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ず、個々にそった支援をしている	ほぼ毎日入浴している。介助が必要がない方は、好みの時間に入浴している。その習慣で概ね入浴順ができています。便で汚れた場合には、優先してシャワーできれいにします。介助がいる方は、安全のため職員数の多い時間帯に2人介助で入浴をしています。		
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	A: 在宅の生活は夜間遅くまでテレビを見ている習慣だった。歩行が不安定となり排尿感覚がなく衣類を濡らしてしまうことも重なり、夜間の睡眠が十分でなく、午前中なかなか起きられない。B: 深夜起きてきて日中椅子で寝てしまう方は、日中の散歩や入眠導尿剤を導入しているが、睡眠。C: 車椅子とベッドの生活。傾眠と覚醒を短い周期で繰り返している。すべての利用者は季節に応じて寝具や室温、香取など気持ちよく寝られるようにしている。朝7時にはカーテンを開け朝の光を居室にいれている。		

自己	外部	項目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬一覧表が記録表にはさんであり、服薬ミスがないよう1回ごとに名札のついたコップに薬を入れて確認できるようにしている。新人職員でもミスがないようにしている。処方箋を記録にはさんでいる。症状の変化についてはユニット会議で情報共有している。【課題】薬の目的や副作用、用法や用量について理解はまだまだほど遠い。	薬の目的や副作用、用法や用量について理解できる。	病気と処方薬の目的、効果・副作用について勉強会を行う。
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	【支援の方法】一人ひとりの生活歴や楽しみごとと希望の聞き取りを行った。【楽しみごと】A:調理員の生活歴の方はかつてと同じ調理の仕事を率先して行っている。編み物や手芸をしている方。B:自分の居室前の草取りや植木への水やりを日課にし、さらに、事務所、リネン庫、倉庫、近隣の敷地内などにはいり、欲しいものをもっていくことを楽しみに生活をしている。C:子犬の散歩、ミニストップコーヒー。D:自室ベランダに布団を毎日干したり、植木を置いて世話をしている。E:居室前の草取り、家庭菜園の世話。F:三国志DVD観賞。【全体】月、火気功教室、水曜日歌の会、木曜日レクリエーション、金曜日書道教室。会・月～土簡単な計算ドリル毎朝。月1回お茶会。【課題】家事ができ役割を発揮できるが、一人の利用者が独占してしまい発揮できない。共同生活の中での課題がある。	共同生活の中での分かち合いや譲り合いができるように支援する。	職員の人間的な力が育たないと人生経験が豊かでかつ障害を抱えて生きる高齢者の間を取り持つことが難しいことを自覚し、抑え込むのではなく、毅然とした姿勢を持つための職員間の協調(チームワーク)が大切となる
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	【散歩】月～土、午前中散歩3名。塩釜神社、ミニストップ。作物を盗ってくる利用者は16時散歩へ行くことで盗みを防いでいる。【買い物】一日おき、交代で買い物同行する利用者3名。【行事】体調不良、体力が低下した利用者1名を除き、月1回程度季節に応じた行事で外出をしている。初詣、梅、桜、春祭り、つつじ、ささやか展、田福祭、輪投げ大会、プリリアントバザー、秋祭り、紅葉。【法事】彼岸墓参り3名。【理美容】理美容は2か月ごとに3Qカット、なじみの美容院へ行っている。【課題】車を運転できる職員が少ないため機動力が低下してきている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分で管理している人は4名。無くしてしまわないように所持金額を1000～2,000円に制限をお願いしているが、多く所持している方もいる。うち1名は隠してしまい自分で見つけられない。お金を渡せば買い物ができる方は、2名おり、事務所で預かっているお小遣いを渡し、いっしょに買い物へ行きできるだけ自分で支払いができるよう支援をしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	【電話】をかけたいときに自由にかけることができる。かけたことを忘れてしまい何度もかける場合には、「今日のはかけた」と伝えたと納得する。かかってきた電話は取り次いでいる。【返事を書く】家族や友人から贈り物が届いた時にはお礼の電話かけたり手紙を出すよう支援している。【手紙】毎年年賀状を家族に出すよう支援している。		

自己	外部	項 目	自己評価		
			実践状況と現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容 目標達成に要する期
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	【物理的環境】毎日掃除をし、換気を行っている。室温はエアコンで調節している。中庭のキンカンやゆずの変化で季節を感じることができる。【課題】温度に対する個人差がある。テレビの音量も個人差があり、リビングをしきる利用者が、テレビをコントロールしたり、団欒しているグループを解散させるため他の利用者は居室に引きこもってしまうので、それとなく他のの方のくつろぎを妨害をしないように見ている。照明の明るさは好き嫌いが折衷折衷を求めている。	利用者を変えることはできない。職員が信頼関係を高め間を調整する力量を高める。	
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、事務所、併設デイサービス、他のユニット、玄関ベンチ、犬がいるベンチ、中庭のベンチ、スタッフルームの新聞を読むところなど、好きな居場所ですることが出来る。【課題】力関係の強い利用者が団欒しているグループの邪魔をするため他の利用者は居室に引きこもってしまう。経験が短い職員が多くなり、利用者間の関係を調整する力がついていない。	利用者を変えることはできない。職員が信頼関係を高め間を調整する力量を高める。	一目を置いた職員が居る時には、他利用者を追い出す行為がないとするならば、一目を置かれる職員になるしかない。その一目を置かれるとは、決して媚びを得ることではなく人間力を高めることである。
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	【掃除】居室掃除、換気は毎日行っているが、物を動かして隅々のほこりまでは行き届いていない。トイレ掃除も行っているが隅々までは不十分である。【室温】室温は一人一人に合わせようとしている。利用者がエアコン管理している居室では、効きすぎているときがある。【寝具】身体状況や好みにより畳やベッド、電動式ベッドにしている。【家具】仏壇や家具、鏡台、テレビ、冷蔵庫など持ち込むものにより個性のある居室が作られている。家族の写真や馴染みのものを居室に置いている。	居心地の良いという居室に対する職員一人一人の価値観が異なる。たけのこが目指す居心地の良い目標を共有化する。	私たちが旅行でホテルや旅館に泊まった時の清潔感を環境整備基本とし、プラスそこになじみの物があるという理解を深める。
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	【バリアフリー】段差はない。【手掛かり】手すりは各所に設置してある。トイレ内にも必要な手すりを付けている。ベッドからの転落防止のために柵をつけ、立ち上がったあとのがかりとなるよう、長机や椅子を置いたり椅子を置き手がかりにしている。縁側、掃出しは転落を防止するため幅を広くしたり、ベランダのように手すりをつけたりしている。【分かりやすさ】下駄箱、各居室に名前が分かるようにしている。トイレという張り紙もある。夜間トイレの電気をつけている。【転倒・転落防止】歩行の妨げとならないようリビングに物を置かないようにしている。【トイレで排泄】離床してトイレで排泄するためトイレドアを外し、職員介助によるトイレでの排泄が続けられるようにしている。		