

1 自己評価及び外部評価結果 (Aユニット)

【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22年 9月31日	評価結果市町村受理日	平成23年 2月15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)】

今年3月より1ユニットから2ユニットへ増床となりました。開所当初より理念に基づく支援を中心に、その時々状況に合わせて常に業務を改善してきました。今年の2ユニット化移行に伴い幾度となく改善を図り、現在でも入居者様の生活を中心に型にとられない介護を維持し続けています。移行前までのサービス維持は当然の事ながら、現在では毎日レク・毎日入浴の徹底に力を注いでいます。また、外出支援として買い物支援(スーパーなどで食べたい物を自由に選ぶ)と喫茶支援(喫茶店へ行き好きな物を注文する)を出来るだけ多く取り入れ選ぶ喜びや一般の方との繋がりを大切にしています。食事面でも移行に伴い全て業務用機器を導入し更なる食の質の向上に努めています。他に、ユニットケアを中心に個別ケアを大切に支援を行っています。

【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)】

2ユニット化を契機に、「今までは同一法人の特養が地域福祉の拠点として認知されて来たが、今後はサホームがその任を引き継いで行きたい」との管理者の強い意志が聞けた。積極的に地域へ出ていくことを方針として打ち出し、ホーム便りの発行を年間4回に増刊した。この便りは、地区総代を通して地域の各家庭に配布されている。地域清掃に職員と利用者が参加したり、地域の運動会にも参加したりした。地域婦人会の「人工蘇生法」の講習会にも職員が参加する等、様々な機会をとらえてホームの存在を認めてもらう努力をしている。ただ、ホームの防災訓練への応援として、地域の住民へ参加・協力を依頼する案内状を出したが、参加者がなく、今後に課題を残す結果となった。運営推進会議での格好の検討課題となろう。

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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372101440&SCD=320
----------	---

【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	愛知県名古屋市長左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成22年10月 8日		

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Alt+Enter)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
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、月1回のミーティング時にも理念を軸に、個別のカンファレンスを行い共有を図っている。	「心の絆で思いやり共に暮らす穏やかな日々」を理念として、常に笑顔が絶えないホームを目標としている。ミーティング等では、理念を軸に個別カンファレンスを行い共有を図っている。	理念の周知は徹底しているので、次のステップとして理念の実現度を把握するためにも、ホームの目標や個人目標を設定して取り組む事を期待したい。
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	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。	現在、同法人の運営する特養施設がその立場にあるように、ユニットを増やした事を機会に地域の福祉の拠点になる事を目指している。地域へ出て、婦人会の講習会や地域の防災訓練等に積極的に参加している。	ホームで培った認知症のケアや関わり等を、地域へ啓発する機会を設けたり、相談等を実施する等して情報発信を行い、地域福祉の拠点としての役割を担ってほしい。
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、毎回情報伝達など行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。増床時の地域の方への内覧会時にも理解や支援をお願いしている。		
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	現状を報告し、意見などをサービスに活かしている。特にサービスの実際として介護機器の説明やトロミ剤などの実食や実演をしている。	市・地区総代・老人会会長・民生委員・地域福祉委員・家族代表・知見者(系列小規模多機能施設)がメンバーであり、既定どおりの会議が行われている。ホームからの報告に留まらず、積極的な意見交換がある。	
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や運営推進会議のメンバーにも入ってもらい連絡をとりあっている。問題発生時も市の担当課に連絡し関係を保ちサービスの質の向上に取り組んでいる。	介護相談員の受け入れや運営推進会議のメンバーに参加してもらい、顔馴染みの関係を構築している。問題が生じた場合、市の担当者に連絡をし、無事解決したこともある。	
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。施錠も日中は開放し自由に動くことができる。ユニット間も自由に行き来できる。	マニュアル・研修会を通して「身体拘束をしないケア」を全職員に周知徹底している。訪問当日も、利用者はユニット間を自由に行き来し、職員はさりげない声かけや見守りを行っていた。	
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中心に話し合いもしている。		

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
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。成年後見制度は新入居者様に直接は該当しないが間接的に関係している方がいるため、資料を用意し関係スタッフで話し合い・勉強会をした。		
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。	運営推進会議への家族の出席も多く、積極的な意見が出されている。家族アンケートでは、8割の家族がコメントを記述しており、家族が意見を述べやすい雰囲気醸成されていることの証明となっている。	
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	全体ミーティングや厨房ミーティングなどの定例会議で、意見や提案を聞く機会を設けている。	管理者は、日頃より職員の意見や提案をホーム運営に活かすよう心がけている。毎月のミーティングでは介護計画に関する話題が多いが、職員間の活発な議論が交わされている。	
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。特に認知症実践者研修は全員が取得できるように心掛けている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。ビジコンの管理者クラスの研修を継続的に行っている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	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。		

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
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	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。		
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	見学時から相談を受けている。入所申し込み時に、状況の確認。相談から入所に至るまでの間に、その都度、家族からの相談などを聴く機会を設けている。		
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	生活において、利用者の方の変化を連絡し合い、家族、スタッフ共に、一緒に支援していく関係を築いている。また、利用者とのコミュニケーションの少ない家族に対しては衣類など必要物の持ち込みを通じ機会を多く保つようしている。		
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	常に受け入れている。ただし本人との関係性が分かる方に限っている。	利用者との関係を考慮して、訪問・受け入れを行っている。習い事(カラオケ・ダンス等)の仲間がやって来る。馴染みの場所には、近くまで行った時に案内している。そこでは、普段余り喋らない人も会話が弾む。	
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、孤立感を味わないようにしている。ユニット間で相性も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。		
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	個別ケアは当然のことながら、問題が生じた場合は、一人一人の思いや、意向に関心を払い、出来る限り希望に応じられるように、体制を作っている。	入居前に家族から生活歴・暮らしぶり・趣味等を聞いている。入居後は家族との面談や利用者との日常の接点の中で、利用者・家族の思いを把握し個別プランに活かしている。	ケアの中で把握した新しい情報について、職員の記憶や日常の記録の中に埋もれさせてしまうのではなく、「生活歴」等の記録として書きため、職員間で共有して行く事を期待したい。
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	入所当初に、情報シートを家族に記入してもらい、その中に生活歴等の欄があり、その内容を確認、把握し支援の参考としている。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、排泄、食事、入浴といった日常生活の中で、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度の全体ミーティングで個人個人のケース検討を行っている。		
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。	利用者や家族の意向を取り入れながら、計画作成担当者が原案を作成し、会議を通して全職員で検討している。介護計画の見直しは、見直しの時期に応じて職員全員で行っている。	
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、出来る限り一人ひとりの行動、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、その時々に合わせて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。また、地域の喫茶やスーパーへ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、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。	内科受診は2週間に一度であるが、その他に認知症に詳しい医療機関(心療内科)に2週間に一度往診してもらい、入居者の精神状況を把握している。状態変化があった場合は、連絡し指示を仰いでいる。	
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。		
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、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。サマリーも出来る限り主治医・ホーム側と作成してもらえるようにもっている。		
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	出来るだけ早い段階から家族と話し合いをし最善の方法で解決できるように努力している。終末期のケアに突入する際は、スタッフ会議を行い終末期へ向けてのケアの統一を図る。主治医の支援も依頼している。	利用者の高齢化が進み、ターミナル・ケアがより現実になって来つつある。家族と早い段階から話し合いを行い、必要に応じ主治医を含めて今後の対応を調整していく方針を持っている。	
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	消防署が定期的に行っている救命救急講座や地域が開催する消防隊員が出席している救命講座など、どれかに必ず参加するようにしている。マニュアルも作成してあるため、定期的に確認するようしている。		
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 避難訓練をおこなっている。地域の方には、運営推進会議を通じて避難訓練の様子や地域の助けが必要である事の重要性を訴えている。	管理者は、災害時には地域の協力は不可欠と考えている。協力を要請して臨んだ避難訓練では、実際には地域住民の参加が得られなかった。地域の避難訓練にも参加している。	夜勤帯の職員体制での避難誘導の限界を具体的に把握し、ホームの課題を運営推進会議に報告して、地域の協力が得られるように働きかける事を期待したい。

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
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	職員は常に入居者の方に対して家族でもあり、お客様でもあり人生の先輩でもある事を理解し、尊厳と尊重の気持ちで支援をしている。	職員は、人生の先輩として利用者の一人ひとりを尊重し、その人に応じて寄り添うように耳元で優しい言葉かけを行っていた。	
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	出来る限り本人の希望に応じれるようにしている。又、自己決定が出来るようにも心掛けている。		
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行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとられない生活を基本としている。		
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、整容は支援している。床屋が来て散髪と顔すりを行っている。又、レクでマニキュアを塗ったりとおしゃれ気分を楽しんでいる。		
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、スタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。お皿や盛り付けにも、十分配慮している。	2ユニット化への移行に伴い、最新の業務用機器を導入して更なる食の質の向上に努めている。家族アンケートでは、食事に関して「素材が良い・食事が美味しい・味付けが良い」等の称賛の声が寄せられている。	
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。(系列会社の栄養士にも月次報告をしている)水補は記録帳にその都度記入し確認している。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	朝、昼(口のうがいと濯ぎのみ)、夕の口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリドントなどで一晚浸けておく)歯科医による年2回の口腔内の検査を行っている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、リハビリパンツの使用者、失禁が多い方など、時間によりトイレ誘導をし、排泄の支援をしている。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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、しぐさや動作を察してトイレ誘導を行っている。夜間にリハビリパンツを使用する利用者はいるが、昼間は殆どの利用者が普通のパンツを使用している。	
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い時々散歩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	基本的には、毎日入浴としている。入浴時間は14:00～16:30位までに全員入浴をされる。順番は本人の希望に添えるように支援している。	利用者の希望を優先して、毎日の入浴を目標にしている。時間帯に限りはあるものの、利用者から不満の声は聞かれない。	
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	食事後は居室での休息を習慣付けている。又、自ら休みたい時は、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)どのような時でも、時間帯で様子見、見守りを行っている。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	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・たみ、掃除など、出来る利用者に関与を与えている。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	外出希望(行為)が有る時は、本人の体調、天候などが充分であれば出来る限り外出が出来るように支援している。(ホーム側と家族対応にて)また、系列会社が行っているひだまり喫茶(毎週水曜)も春と秋は多く行くようにしている。	利用者の高齢化が進んではいるが、可能な範囲での外出支援が行われている。2～3人の少人数を対象として、利用者を固定せず気分転換に出掛けている。近くのスーパー・喫茶店へ出かけ、お菓子コーナーでは選ぶ喜びを味わっている。	実際の外出支援に比し、家族アンケートでは厳しい評価となった。家族側に情報不足が感じられる。便りでイベントを紹介するように、日常的な「散歩・買い物・喫茶」等を伝える工夫がほしい。

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、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、家族報告後ホーム立替にてお金を使えるように支援している。		
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	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。		
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、雛人形やこどもの日の兜など季節感を出すようにしている。清潔を保ち入居者の方が自由に行き来でき、常にリラックスした状態で居れるように支援している。	居間兼食堂は、ユニット間の仕切りもなく広々としており、天井は燦々と陽がふりそそぐ明るい吹き抜け構造である。内装は木の温もりを感じさせ、フロアは床暖房を完備しており、利用者は日中の多くをここで過ごしている。	
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、2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。		
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	本人の状況にあわせ持ち込み品の調整をしている。必要であれば備え付きのベッド取り外し床布団にして、少しでも本人に合った生活空間を提供している。又、衛生面にも配慮している。	パンフレットの居室事例にある、自宅の家具を全て持参した家庭生活と変わらない部屋や、飾り物の少ないシンプルな部屋等、個性溢れる居室がそろっている。それぞれの居室から、利用者の生活歴が偲ばれた。	
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。残存機能も活用し、できるだけ自立に近い生活をしてもらうための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 (Bユニット)

【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22年 9月31日	評価結果市町村受理日	平成23年 2月15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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/informationPublic.do?JCD=2372101440&SCD=320
----------	---

【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	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成22年10月 8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)】

今年3月より1ユニットから2ユニットへ増床となりました。開所当初より理念に基づく支援を中心に、その時々々の状況に合わせて常に業務を改善してきました。今年の2ユニット化移行に伴い幾度となく改善を図り、現在でも入居者様の生活を中心に型にとらわれない介護を維持し続けています。移行前までのサービス維持は当然の事ながら、現在では毎日レク・毎日入浴の徹底に力を注いでいます。また、外出支援として買い物支援(スーパーなどで食べたい物を自由に選ぶ)と喫茶支援(喫茶店へ行き好きな物を注文する)を出来るだけ多く取り入れ選ぶ喜びや

【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)】

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、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 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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+-) + (Enter+-)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>スタッフ全員が理念に基づき、支援を行っている。又、月1回のミーティング時にも理念を軸に、個別のカンファレンスを行い共有を図っている。</p>		
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>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。</p>		
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達など行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。増床時の地域の方への内覧会時にも理解や支援をお願いしている。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>現状を報告し、意見などをサービスに活かしている。特にサービスの実際として介護機器の説明やトロミ剤などの実食や実演をしている。</p>		
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市介護相談員派遣事業の受け入れや運営推進会議のメンバーにも入ってもらい連絡をとりあっている。問題発生時も市の担当課に連絡し関係を保ちサービスの質の向上に取り組んでいる。</p>		
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>スタッフ全員が理解している。施錠も日中帯は開放し自由に動くことができる。ユニット間も自由に行き来できる。</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</p>	<p>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中心に話し合いもしている。</p>		

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。成年後見制度は新入居者様に直接は該当しないが間接的に関係している方がいるため、資料を用意し関係スタッフで話し合い・勉強会をした。		
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。		
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厨房ミーティングなどの定例会議で、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。特に認知症実践者研修は全員が取得できるように心掛けている。社内規定で資格取得者への助成制度がある。ビジコンの管理者クラスの研修を継続的に行っている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	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。		

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
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	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。		
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	見学時から相談を受けている。入所申し込み時に、状況の確認。相談から入所に至るまでの間に、その都度、家族からの相談などを聴く機会を設けている。		
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	生活において、利用者の方の変化を連絡し合い、家族、スタッフ共に、一緒に支援していく関係を築いている。また、利用者とのコミュニケーションの少ない家族に対しては衣類など必要物の持ち込みを通じ機会を多く保つようしている。		
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	常に受け入れている。ただし本人との関係性が分かる方に限っている。		
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。ユニット間で相性も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。		
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	個別ケアは当然のことながら、問題が生じた場合は、一人一人の思いや、意向に関心を払い、出来る限り希望に応じられるように、体制を作っている。		
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	入所当初に、情報シートを家族に記入してもらい、その中に生活歴等の欄があり、その内容を確認、把握し支援の参考としている。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、排泄、食事、入浴といった日常生活の中で、心身状態の変化などを把握し、日々の申し送り等で常に状況を確認合っている。また、月に1度の全体ミーティングで個人個人のケース検討を行っている。		
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、その時々に合わせて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。また、地域の喫茶やスーパーへ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、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あり、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。		
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、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。サマリーも出来る限り主治医・ホーム側と作成してもらえらるようになっている。		
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	出来るだけ早い段階から家族と話し合いをし最善の方法で解決できるように努力している。終末期のケアに突入する際は、スタッフ会議を行い終末期へ向けてのケアの統一を図る。主治医の支援も依頼している。		
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	消防署が定期的に行っている救命救急講座や地域が開催する消防隊員が出席している救命講座など、どれかに必ず参加するようにしている。マニュアルも作成してあるため、定期的に確認するようしている。		
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 避難訓練をおこなっている。地域の方には、運営推進会議を通じて避難訓練の様子や地域の助けが必要である事の重要性を訴えている。		

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
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	職員は常に入居者の方に対して家族でもあり、お客様でもあり人生の先輩でもある事を理解し、尊厳と尊重の気持ちで支援をしている。		
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	出来る限り本人の希望に応じれるようにしている。又、自己決定が出来るようにも心掛けている。		
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行っている。一人ひとりが自由に生活が送れ、型にとられない生活を基本としている。		
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、整容は支援している。床屋が来て散髪と顔すりをやっている。又、レクでマニキュアを塗ったりとおしゃれ気分を楽しんでいる。		
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、スタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。お皿や盛り付けにも、十分配慮している。		
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。(系列会社の栄養士にも月次報告をしている)水補は記録帳にその都度記入し確認している。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	朝、昼(口のうがいと濯ぎのみ)、夕の口腔ケアの実施。(夕は入れ歯を回収しポリデントなどで一晚浸けておく)歯科医による年2回の口腔内の検査を行いつている。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、リハビリパンツの使用者、失禁が多い方など、時間によりトイレ誘導をし、排泄の支援をしている。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い時々散歩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	基本的には、毎日入浴としている。入浴時間は14:00～16:30位までに全員入浴をされる。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	食後は居室での休息を習慣付けている。又、自ら休みたい時は、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)どのような時でも、時間帯で様子見、見守りを行っている。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	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・たため、掃除など、出来る利用者に関与し役割を与えている。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	外出希望(行為)が有る時は、本人の体調、天候などが充分であれば出来る限り外出が出来るように支援している。(ホーム側と家族対応にて)また、系列会社が行っているひだまり喫茶(毎週水曜)も春と秋は多く行くようにしている。		

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
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、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、家族報告後ホーム立替にてお金を使えるように支援している。		
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	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。		
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、雛人形やこどもの日の兜など季節感を出すようにしている。清潔を保ち入居者の方が自由に行き来でき、常に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、2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。		
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	本人の状況にあわせ持ち込み品の調整をしている。必要であれば備え付きのベッド取り外し床布団にして、少しでも本人に合った生活空間を提供している。又、衛生面にも配慮している。		
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	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。残存機能も活用し、できるだけ自立に近い生活をしてもらうための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	49	日常的な外出支援は多く取り入れているが(喫茶支援やスーパーへの買い物支援、月に1回の全員が行く日帰り外出支援など)ご家族様に少ないと認識されているため、実際を理解して頂く報告が必要と思われる。	・外出支援を現行のまま維持して面会時や文書で報告していく。	・ご家族様の面会時に最近の外出支援の状況を含め必ず報告をしていく。 ・毎月のホーム便りをご家族様に郵送する際、外出支援時の写真も一緒に送付していく。又、文書にもその様子を出来るだけ記載する。	12ヶ月
2	2	認知症に対する認識を含め地域住民の方のご理解を深めなければならぬと思われる。交流も含め推進会議での役割が今後のつきあいにも関係してくると思われる。	・運営推進会議の役割の向上。 ・地域の方への的確なアドバイスの提供のためにも、スタッフひとりひとりのスキルアップを図る。	・運営推進会議など地域代表の集まる場にて、認知症に対する知識をホーム側から提供していく。それを地域全体に広まるように協力を仰ぐ。知識を提供するためにも、従業員の研修など全員がアドバイスできるように多く参加していく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。