

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372101440		
法人名	東洋ウェルフェア株式会社		
事業所名	グループホーム燦ふくおか Aユニット		
所在地	愛知県岡崎市福岡町字通長36-1		
自己評価作成日	平成23年 8月20日	評価結果市町村受理日	平成23年11月 7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.kaiyokouhou.jp/kaiyosip/infomationPublic.do?JCD=2372101440&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成23年10月11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)】

昨年の2ユニット移行後、早いもので約1年半が経過しました。その間も幾度と無く業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践してきました。その結果、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支援し続けて来れました。これも、スタッフ一人ひとりが向上心を持ち高いスキルの中、展開できた結果だと思っています。サービス面では、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に力を注ぎたいと思っています。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、ファミリーレストラン等への外出支援、水族館などテーマパークへの外出支援を継続し、より充実を図りたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、給食委員会の定期的な開催による個別へのきめ細かな食事提供であると思います。全てにおいて現状に満足することなく向上心を持ち支援をして参りたいと思えます。

【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)】

日常的な外出支援は多く実施するも、家族は評価しないのが昨年までの現状であった。以来、実施している内容を家族に正確に理解していただく事をテーマとして改善に取り組んだ。スタッフの話だけでは情報不足であり、情報そのものをタイムリーではなかった。その解決策として、携帯メール配信サービスに辿り着いた。家族18名中14名はメール送受信は可能であり、送受信不能の4名には、打ち出後BOXに入れることとした。その結果、家族からタイムリーな返信が返って来て、情報交換が中々取れていなかった家族からもすぐ返信があった。今年度の家族アンケート(7:外出支援)では、不満(満足・やや満足以外)は皆無になり、大幅に改善することが出来た。

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キー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	スタッフ全員が理念に基づき、支援を行っている。又、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。スタッフの個別目標も年度替りと同時にたてるように管理者と話し合っている。	理念はホーム内の目立つ所に掲示している。又、パンフレットの表紙に一際大きな文字で「ホームの理念」を記し、家族はじめパンフレットを手にする方々にホームの理念を周知している。	理念の周知は職員・家族共に徹底している。次のステップとして理念のキーワードを取り入れた、ホームの年度目標を定め、達成に向けて前進される事を期待したい。
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。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。	町内会に加入し、町内行事に積極的に参加しホームの名前を広める活動をしている。祭りの際は子供神輿が立ち寄ってくれている。又、小学校・幼稚園・老人会との交流も日常的になっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達など行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	現状を報告している。サービスの実際として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。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。	地域の総代・民生委員・福祉員会長・老人クラブ会長・包括・役所・知見者・家族とそうそうたるメンバーで出席率も良く、双方向の活発な意見交換がなされている。	ホームの主役である利用者がメンバーに入っていないことは非常に残念である。利用者の参加により、メンバーのホームの姿の理解も深まる事を期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市介護相談員派遣事業の受け入れや運営推進会議のメンバーにも入ってもらい連絡をとっている。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。	管理者は月1回以上市役所を訪れて担当者とも顔馴染みになり、問題解決に顔馴染みの関係が活かされている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	スタッフ全員が理解している。施錠も日中帯は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止研修参加後の報告を全員が周知できるようにミーティング時にあげている。	管理者・職員共に身体拘束による弊害を理解し、身体拘束をしないケアを実践している。身体拘束排除のスローガンを掲示し、「ちょっと待って」も身体拘束になります。との注意事項もあり、ホームの身体拘束排除にたいする取組姿勢をうかがえた。	
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	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。成年後見制度は該当者が1名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合い・勉強会をし理解・活用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。	月2回の利用者家族宛の携帯メール配信を行っている。その結果、情報交換が中々取れなかった家族と思われていた家族からも、メール配信に対してタイムリーな返信が返ってくるようになった。	
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、リーダーを通して職員の意見を把握している。具体的には、草刈の外注依頼・浴室の台作り等の改善がある。職員ヒヤリングでは「新人でも提案はし易く、真剣に聞いてもらえる」との声も聞く事が出来た。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	管理者は、その都度職員の問題点や疑問点に対処し、代表者は個々の能力や実績に応じて向上心を持って働ける環境や条件を整えている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	県、市、等の研修に積極的に参加させている。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。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービス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になっている。		
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	出来る限り継続するように支援している。ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にしてもらっている。	馴染みの人の訪問は、家族の了解を得て受けている。友人・習い事や婦人会の仲間等が訪れ、一緒に外出している。ケアの中で把握した利用者の思いを家族に伝え、馴染みの場所へ家族と行くようになっている。	
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。洗濯物のたみなど、他の入居者の方と一緒に過ごさうことにより、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。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。最新の想いもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。	職員はあらゆる機会を通して、思い・希望の把握に努めている。すれ違ったタイミング・明るくなった表情・きつくなった表情等の変化を見逃さず、貴重な思いとして申し送り等で共有している。	日常生活を通じて職員が把握した新しい生活歴等について、職員個々や日常の記録の中に埋もれさせてしまうのではなく、個別記録の充実を進める事を期待したい。
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	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考としている。そのために過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	残存機能の支援は基より、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。	本人・家族の思い・希望を中心に担当職員の気づきを大切にしながら介護計画を作成し、日常のケアで活かしている。介護計画を、家族にも解りやすく説明している事が家族アンケートからも読み取る事ができる。	介護記録に日常的な事が詳細に記録されている。限られた時間でサービスの向上と記録の充実を両立させる為に、省略出来るものは省略される事を期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じれるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに応じれるように柔軟な姿勢で支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つように協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。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。	ほとんどの利用者が提携医(内科・心療内科・歯科)で受診している。内科・診療内科は2週間に一度の往診があり、歯科は随時受診をしている。	
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	入居者の健康状態は常に把握をしてもらっている。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、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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。	ターミナルは是非体験したいとの強い思いが管理者にはある。自分たちと同じ運営形態(夜勤体制も含め)でありながら、ターミナルに積極的に取り組んでいるホームを職員と共に訪ね、現実を学んで来ている。	
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。特に夜間帯を想定しての訓練を行っている。運営推進会議を通じて災害時での地域の助けが必要である事の重要性を訴えている。	年2回避難訓練を行っている。利用者に「散歩に行こうネ」と誘導し全員の指定場所への避難に10分を要した。管理者は「地域の方々の協力は欠かせない」とチラシを配るも、平日のためか協力は得られなかった。	夜間の災害発生時には地域の方々の協力が不可欠である。運営推進会議の課題として取り上げ、地域の協力体制構築に努力されることを期待したい。

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重の気持ちで支援をしている。	展示物の写真・名前については利用者家族の同意を得ている。「利用者は人生の大先輩」として学ぶ姿勢で支援している。訪問当日も丁寧な言葉使いの場面を見る事が出来た。	
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、訪問販売も利用し品物を選んだりする喜びを支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者の方に合わせた支援を行っている。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している。又、夏祭りなど浴衣を着るなど季節を感じれる衣類を支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をする事やスタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。お皿や盛り付けにも、十分配慮している。	管理者は食事にこだわりを持ち、食材は手作り物を提供し、「温かい食事の提供、ミキサー食に魚の形を残す」等更なる挑戦をしている。職員も同じテーブルで一緒に食事を摂り、家庭的な食事風景を大切にしている。	
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ドントなどで一晩浸けておく)歯科医による年2回の口腔内の検査を行いつついる。		

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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄の支援をしている。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。	排泄の失敗を自然の経過と受け止め、安易にオムツ使用に移行しない支援に心掛けている。	
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。	基本的には入浴は毎日入浴としている。気兼ねなくゆっくり入れるように、一人ひとり時間をかけて支援している。入浴拒否の利用者には、寄り添う支援で強制はしていない。	
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、時間帯でも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、しっかり飲み込むを確認するまで見守り支援をしている。又、症状の変化も常に観察している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	日常生活において出来る範囲で洗濯物干し・たたみ、掃除など、出来る利用者に関り役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図れるようにしている。午前中の毎日レクも実施している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	月に1度は全員でテーマパークなど外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。家族の方にも大型連休中の外出も積極的に依頼している。出来る限り本人希望の外出をできるように努力している。	外出支援はしているものの、家族に上手く伝わっていない事を反省し、支援内容を家族に伝えるため携帯メール配信サービスを行い、家族に伝えることにした。その結果、家族アンケート(7:外出支援)は大幅に改善された。	利用者・家族の高い満足度を維持するためには、「利用者の希望に叶った外出」に取り組む事が必要。さらに、情報提供を含め家族の協力が不可欠。取組みの趣旨を正確に伝え、家族の協力者を増やして頂きたい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	所持金紛失防止のため、本人がお金を持つてはいないが、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。	広々とした共同空間に吹き抜けが施され、明るく清潔感があつた。お菓子の販売が訪れ、あれこれと選んでいる利用者の真剣な眼差しから居心地の良さを感じた。利用者の笑顔の写真やさまざまな掲示物より職員の意気込みもうかがえた。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	廊下のスペースに、3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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と調整し配置している。極力使い慣れたものでのお願いをしている。居室ベッドなどの配置転換は事故防止を含め本人が過ごしやすくなれる空間作りに心掛けている。	居室は馴染みの品々が持ち込まれている。他に職員の愛情がこもった外出時のアルバムが掲示され、どの居室も明るく感じた。	
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

【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23年 8月20日	評価結果市町村受理日	平成23年11月 7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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372101440&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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23年10月11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)】

昨年の2ユニット移行後、早いもので約1年半が経過しました。その間も幾度と無く業務改善を繰り返し問題を放置せず解決に向けた取組を実践してきました。その結果、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支援し続けて来れました。これも、スタッフ一人ひとりが向上心を持ち高いスキルの中、展開できた結果だと思っています。サービス面では、当ホームのサービスの軸となる外出支援と高品質の食事の提供に力を注ぎたいと思っています。外出支援では、喫茶支援を始めスーパーなどへの買い物支援、ファミリーレストラン等への外食支援、水族館などテーマパークへの外出支援を継続し、より充実を図りたいと思っています。高品質な食事の提供では、やはり質の高い食材や調味料の使用であると共に、給食委員会の定期的な開催による個別へのきめ細かな食事提供であると思います。全てにおいて現状に満足することなく向上心を持ち支援をして参りたいと思います。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	スタッフ全員が理念に基づき、支援を行っている。又、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。スタッフの個別目標も年度替りと同時にたてるように管理者と話し合っている。		
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	地域清掃の日や地域の運動会など町内会行事に参加している。又、散歩の時に近所の方とのふれあいを保っている。推進会議に情報の発信もしている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議で地域代表の方々に認知症の理解を、毎回情報伝達など行っている。また、地域福祉委員との話し合いも同時に行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	現状を報告している。サービスの実際として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。又、参加者の意見をミーティングであげ活かしている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	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。		
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。施錠も日中帯は開放し自由に動くことができユニット間も自由に行き来できる。拘束防止研修参加後の報告を全員が周知できるようにミーティング時にあげている。		
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	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。成年後見制度は該当者が1名いるため資料を用意し関係スタッフで話し合い・勉強会をし理解・活用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	出来る限り説明を行い誤解が生じる事のないように注意を払い話をしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	県や市町村の相談窓口を契約書、ホーム内に掲示している。また、入所時に口頭で説明をしている。意見箱の設置もしている。		
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。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	市のグループホーム小部会や中三河ブロック会議にて交流を持ち、研修や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。又、職員も他施設見学を通じ実際の介護現場での問題点等解決に向けて情報交換とを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	初期のアセスメントを基に、段階を踏んで一つ一つの事から理解を示し、スタッフ全員が受けとめる努力をしている。あと、コミュニケーションを多くとり理解を深める。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申込から必要に応じて相談などを受けている。入居されてからも、その都度家族からの相談などを聴く機会(特にケアプラン更新時)を設けている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談時に、現在の状況から始まり今後の予定まで聞き、その時の必要性も充分考慮している。必要に応じて外部のサービス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	出来る限り継続するように支援している。ホーム側での対応が難しい時は家族に依頼し関係性を大切にしてもらっている。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共用スペースを設け、常に利用者同士が会話出来る環境を作っている。洗濯物のたたみなど、他の入居者の方と一緒にこなうことにより、孤立感を味なわないようにしている。ユニット間で相性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。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	カンファレンスを開催し個別でのケアを実践している。最新の想いもスタッフ間で共有し合い常に本人本位で考えるようにしている。過去の生活歴も参考にしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所前に、情報シートを家族に記入してもらいその内容を確認、把握し支援の参考としている。そのため過去の関係事業所にも情報提供を依頼する事もある。又、なじみのものを持ち込むなど精神面の安定も保てるようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	残存機能の支援は基より、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。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録、業務日誌等に記録し情報を共有し必要に応じ見直しを行なっている。また、個別のカードックスを作成し状況変化をその都度記入し情報を共有する体制をとっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアをスタッフ全員が理解し、出来る限り1人ひとりの行動、要望に応じれるように対応している。業務を必ず時間通りに行うのではなく、突発的な入居者の方の要望にに 応じれるように柔軟な姿勢で支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	運営推進会議を通じて地域との交流やふれあいを保つように協力してもらっている。また、地域の小学校の児童と定期的に交流も図っている。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。		
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をしてもらっている。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、医療連携室、家族からの現状を聞くと共に、早期退院出来る様に協力している。サマリー作成も行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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。特に夜間帯を想定しての訓練を行っている。運営推進会議を通じて災害時での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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人生の先輩として接するのは当然であり、自尊心を損なうことなく尊厳と尊重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、訪問販売も利用し品物を選んだりする喜びを支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者の方に合わせた支援を行っている。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、夏祭りなど浴衣を着るなど季節を感じれる衣類を支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る方に限りテーブル拭きや下膳は行っている。食事が楽しくなるように、全員で食事をする事やスタッフも一緒に会話をしながらご飯を食べている。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ドントなどで一晩浸けておく)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	排泄パターンを一人ひとり理解しており必要な方には時間によりトイレ誘導をし、排泄の支援をしている。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、時間帯でも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・たたみ、掃除など、出来る利用者に関り役割を与えている。又、外出支援を多く取り入れ気分転換を図るようにしている。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	月に1度は全員でテーマパークなど外出支援を行い日常的に喫茶支援や買い物支援なども支援している。家族の方にも大型連休中の外出も積極的に依頼している。出来る限り本人希望の外出をできるように努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	所持金紛失防止のため、本人がお金を持つてはいないが、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、3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	必要に応じ居室への持参品は家族の方と調整し配置している。極力使い慣れたものでのお願いをしている。居室ベッドなどの配置転換は事故防止を含め本人が過ごしやすくなる空間作りに心掛けている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	安全で安心な生活空間の提供に心掛け極力歩行スペースに物を置かないようにしている。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	ご入居者様・ご家族様に対して外出支援を提供をしていく中で、今に満足することなく、それ以上の充実した内容を与えられるように努力していく。	ご入居者様の希望に叶った外出支援の提供をしていく。	ご入居者様毎に担当者制を活用しているため、半年に一度を目標に本人の希望に叶った外出を一对一、若しくは一対二で支援していきたい。	6～12ヶ月
2	26	日々の記録物記入による負担が年々増してきている。業務改善し簡素化を図っているものの、一時凌ぎのような状況でもある。重複しているものの省略など抜本的な改善が必要と思われる。	記録物を簡素化したケアに従事する時間を増やすと共に看護面での記録が重要視されていた記入の方法を介護主体の記録へと改善して行く。	重複している記録物の省略化と、介護面を全面的に前に出した記録物への移行。	6ヶ月
3	4	運営推進会議にご入居者様がメンバーに入っていない。	ご入居者様の運営推進会議への参加。	状況により認知症という議題が含まれる時以外は参加してもらう。	2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。