

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(ユニット名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21年10月31日	評価結果市町村受理日	平成22年1月18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)】

私たちと利用者の出会いは、利用者が要介護状態となるやむを得ない状況が生じた始まる。偶然の出会いを大切に、私たちと出会った人々が、私たちと出会ったことで良生を終えることができることを目指している。

※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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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)】

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年11月20日

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	1. ほぼ全ての利用者の	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ます (参考項目:9,10,19)	3	1. ほぼ全ての家族と
		5	2. 利用者の2/3くらいが			6	2. 家族の2/3くらいと
		4	3. 利用者の1/3くらいが			1	3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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)	8	1. 毎日ある	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)	3	1. ほぼ毎日のように
		2	2. 数日に1回程度ある			7	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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)	5	1. ほぼ全ての利用者が	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. 大いに増えている
		4	2. 利用者の2/3くらいが			8	2. 少しずつ増えている
		1	3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	1	1. ほぼ全ての職員が
		8	2. 利用者の2/3くらいが			8	2. 職員の2/3くらいが
		1	3. 利用者の1/3くらいが			1	3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	3	1. ほぼ全ての利用者が	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	8	1. ほぼ全ての利用者が
		7	2. 利用者の2/3くらいが			2	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	3	1. ほぼ全ての利用者が	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	7	1. ほぼ全ての家族等が
		7	2. 利用者の2/3くらいが			3	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	5	1. ほぼ全ての利用者が				
		5	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				

ことから
かったと人

自己評価および外部評価結果(88番地)

[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			
			実践状況と現状における問題点、課題	目標		
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	法人の理念—いつまでも普通に暮らせるノーマライゼーションを基本とします。1. 利用者の自己決定を大切にします。2. 利用者の自立支援を図ります。3. 利用者の個別性を大切にします。4. 身体拘束抑制はしません。5. 利用者の権利擁護を守ります。6. 家族との連携を大切にします。7. 地域との連携を大切にします。8We must not let them down. 9. 目配り、気配り、心配り。今日も1日スマイリー。(平成21年より9・10を新しく変えた。)近所の方の作物・花を黙って持ってきたり、支柱でたたいたりしてしまいあまり歓迎をされていない現状もある。唱和するだけでは弱く意義について深めようという前回の自己評価の課題は実行されないままになっている。	①理念の共有・意識の向上 ②近所の方に歓迎されるためのこにしたい。 ③理念を持った、ふれあいを	①毎日朝の申し送り時に理念を唱えているが、唱えているだけにならないようにゆっくり意識しながら唱えるようにしている。掲示する。 ②利用者が起こす迷惑を可能な限り減らすために、単独行動にしないで見守る。 ③理念を理解し毎日の支援を行う。	1ヶ月
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	地域への買い物や近所へ散歩、または、地域の敬老会に参加させて頂いたり、盆踊りへの招待をしたり、交流を深め地域の方に理解して頂けるよう努めている。校区のささやか展の作品を出展し見に行った。近所からの苦情等に早く気づき、対処できておらず溝が深くなってしまった。日常的にはあまり関わっていない。町内の一員として町内の回覧板を回している。神社掃除、530運動、町内総会や役員改選などに管理者が参加している。	①近所との信頼関係の回復 ②近所の方が気軽に遊びに来られる工夫	①定期的な近所へ挨拶回り、苦情調査、謝罪、行事への招待。 ②ホーム内に喫茶コーナーをつくり近所の方に利用していただく。	12ヶ月
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	事業所内でもまだまだ不十分である。実践・研修にて、認知症の人の理解や支援の方法を深めてはいるが、地域の人々に活かしているかどうかはわからない。ホームにて勉強会を行っているが地域の方の参加がほとんどない。今年度2回外部講師を呼び研修を一般公開した。年に1回、地区市民館にて作品展を行っている。理解はして頂いていると思う。年に2回洗剤やお菓子を持参し迷惑をかけているお詫びのあいさつ回りを行っている。	①地域の方に勉強会気軽に参加できるようにする。 ②起こる前に防ぐ。	①魅力的な勉強会にし参加を促す。介護予防・認知症介護に関する勉強会を開催し、近隣に呼びかける。 ②センサーの取り付け。同伴。	12ヶ月
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	スライドと活動報告書で活動状況を報告している。家族、地域の方に参加して頂き、たけのこで課題を報告し委員の方々に助言・意見を伺い、運営に反映させている。参加していない職員も多く内容は周知されていない。	①運営推進会議を活かす ②内容を職員で共有する。	会議の内容に合わせた参加者を集められるようにする。 議事録を見て会議の内容を共有する。	12ヶ月
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	介護保険更新時に市役所を訪問し、情報交換をしている。運営推進会議議事録は毎回高齢者福祉課に提出している。新規事業所の立ち上げの相談をしている。市の代行として地域包括支援センターが運営推進会議に参加している。職員にはこの動きは良く知られていない。運営推進会議議事録を市に毎回提出している。			12ヶ月
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「介護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、居室の施錠はしていない。全ての人々が「介護指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しているかどうかは不明であるが、玄関は夜間以外解放しており、身体拘束はおこなっていない。	介護指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解し忘れないようにする	目につきやすい場所にファイルを置くなどの工夫をする。具体的な行為が明記されている資料を全職員に配布する。	1ヶ月

7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待の報告は受けたことがない。虐待に関する講義を講師を招き行った。言葉遣いの乱れや高齢者に対してふさわしくないとされる態度はあまり変わっていない。からかうような発言もある。入浴時など、利用者にアザや傷があるか確認している。虐待防止法についての勉強会は行われていない。資格を取得する際に学んでいる。家族の宿泊、介護相談員のアポなし来訪など外の目が入るようにしている。	利用者を傷つけない、皆で注意し合える環境づくり。	Cシート等で利用者の想いを深く考える。虐待についての定期的勉強会を行う。全体で話し合いたい。職員の疲れが原因とならないよう疲れや悩みをくみ上げていく。	3ヶ月
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	利用者で制度を利用されている方がいる。制度に関する資料をスタッフルームに置き見るとしている。プリントを配ったことがある。話し合いは事務所にて行っている。成年後見制度を必要とする方のために動いている。制度は知っているが詳しくは分からない職員が多い。日常生活自立支援事業1名。成年後見制度利用者3名居る。	権利擁護に関する制度の理解と活用 成年後見制度を必要とする利用者の手続きを整えたい。	ケア会議にて話し合い必要な方は活用する。制度について勉強会を行う。(1年)市を通し、他の親族へも働きかける。	3ヶ月
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	管理者・事務長が実際に所内を案内しながら説明している。契約時には重要事項説明書・契約書には利用者、事業所の権利と義務が記載されている。病気などで重度化した場合でも、本人、家族の希望によりできる限り最後までたけのこで生活できると伝えている。詳しくは分からない職員が多い。			
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	介護相談員が2ヶ月に1回、利用者と面談をしている。利用者の言動を記録表に記載しケア会議にて話し合いケアに反映させている。記録表、たけのこ新聞を月1でまどめ家族へ提出している。直に話していただくこともある。家族から毎月記録に対する感想用紙にて提出して頂いている。1ヶ月間家族が考えた献立を採用した。家族がパートとして勤務している。運営推進会議には家族が3~4名参加している。	利用者の代弁 全職員で共有する。	Cシート等で利用者の想いを深え、ケア会議にて代弁する。意見・要望があった場合は、リーダー経由で全職員にいきわたる体制をつくる。申し送りの徹底。	3ヶ月
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	毎日業務ノートを書き、意見交換を行っている。必要に応じてスタッフ全体に提案をしている。ユニットミーティング、リーダーミーティングにより日々の職員の意見を伝えている。機会は設けてあるが、意見を出しやすい雰囲気欠けており、不満が解消できていない。あいまいなまま終わってしまうこともある。管理者が職員の意見をまじめに聞こうとしていない、笑って流されることがある。気になる職員と管理者が個別に面談をすることもある。	職員の不満の解消	対話の機会を増やす。	6ヶ月
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	改善計画や研究班など立ち上げている。研究班の発表に研究奨励金を出している。改善計画にて優秀な結果を出せた職員に対し、表彰と賞金を出した。詳しい内容は分からない。パートの中には、時間数を増やして欲しいという要望もある。勤務が連続しないようにシフトが配慮されている。給与水準が少し改善された。たけのこTシャツを職員から募集して毎年作成。	職員のモチベーションを高める	個々の職員が何を求めているのかを考える。	6ヶ月
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	排泄研究班、介護技術研究班、リスクマネジメント研究班を立ち上げそれぞれの班で取り組み発表を進めている。法人内外の研修の確保・講習会を開いている。個々の能力に応じて内部・外部研修を行っている。働きながらの学びも多い。(認定調査・運営推進会議)改善計画をたて実行している。	研究班の存続 他のホームケアと比較し見直したい。	班による負担の差を考える。他施設への研修を増やす。介護に関する研修の参加。	6ヶ月
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	東三河グループホーム連絡協議会東三河ブロック会議に参加し、相互交流を行っている。初心者、中級者、上級者研修を行っている。もっと研修の機会を増やしてほしい。			

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	担当のケアマネから情報提供を受けている。利用を始めてしばらくは、不安感のないようにきめ細かく関わり、その関わりを24時間シートにできる限り細かく記載し、他の職員と共有できるようにしている。本人または家族より困っていること・不安なことを聞くよう心がけている。デイの利用により職員、利用者が入居前にお互いを知る機会になっている。詳しい内容が職員へ周知されていない場合もある。デイサービス利用者の中では働きに来ているという思いを尊重した利用の仕方を提供している。			
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	管理者・事務長が家族からの話を聴き、必要な情報は職員へ伝達されケア等に活かされている。詳しい内容が職員へ周知されていない場合もある。24時間生活記録内容や直ぐ知らせたい内容を電話で知らせている。			
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	管理者、事務長が、相談時の家族、本人の状況を良く見、聞いて、今必要とする事を配慮している。デイサービスでは他のサービスと併用しているかたもある。詳しい内容が職員へ周知されていない場合もある。デイサービス利用者はケアマネ・家族でサービス担当者会議を行い利用を決定している。			
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	一緒に食事やおやつを食べている。献立を一緒に考え買い物へ行き、調理を教えてもらいながら行っている。終末期に近づく利用者との関係性を見いだせないでいる。笑顔に励まされることもあれば、知らないことを教わることもたくさんある。掃除・洗濯は一緒に行っている。家事のやり方をアドバイスをしていただいている。たけのこで保育している1歳児の心配や世話。犬の世話をしてくれる。職員が元気がないと心配したり励ましてくれる。	終末期の利用者と共に暮らす余裕を持って生活したい。	ユニットミーティングにて話し合う。研究班でテーマとして取り組む。スタッフの配置(日中は3人欲しい)	
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	病院受診や外食・外出の同伴をしている家族がおり、それをサポートしている。また作品展・盆踊りなど行事などでも協力を得ている。来訪時にお茶を出し、くつろげるように配慮している。パートとして週に1回程度手伝ってくださる家族や、昼食作りを手伝ってくださる方もいる。家族献立を3日分ずつ考えていただき1ヶ月のメニューとしたことがある。運営推進会議やケア会議に参加をしていただいている。薬のことや本人が落ち着かない時の電話対応への協力もある。来所持に最近の状況を伝えている。たけのこ畑を耕すのを手伝っていただいた。		自分が介護される立場を常に考えたい。きちんと服を着せて欲しい。身だしなみを整えて欲しい。服が汚れたら替えてほしい。	
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族、知人の来訪、作物を持ってきていただくことなどへの制限はしていない。居室・リビングなどで親密に交流できる場づくり(椅子やテーブルを用意したり)をこころがけている。手紙のやり取り、電話の取り継ぎをおこなっている。昔のなじみの方が歌のボランティアや外部研修の講師として協力していただいている。なじみの場所へはほとんど行っていない。	外出時に支援をする。	外出先で交流の時間をつくる。	

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	立場の強い利用者と弱い利用者があり、トラブルの起こることもある。隣のユニットへ案内し、トラブルを避けることも少なくない。テーブルや席の配置を考えたリトラブルになる前に職員が間に入る等で対応しているが完全に防ぐことはできない。今は圧倒的に強い利用者が、調理や家事等の仕事をほぼ独占する力関係にある。全体として利用者の能力差が大きいため利用者がお互いに思い合ったりするような関わり合いが少ない。食事、おやつ以外は居室にこもる方が多く関わりが少ない。	利用者が関わり合える環境をつくる 他者に支配されることなく、本人のペースで生活できる環境をつくる。	利用者の生活で関わり合える場面を考え支援する。 利用者の個性・気質についても対応策を話し合い改善方法を探り実行する。 他ユニットの場を活用する。	
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	ごくたまに訪問されることがある。抹茶を立ててくれたことがある。以前は来訪があったりお見舞い等をしていたが、関わりが少なくなってきたり家族も多くなってきたが、自然的であり問題視はしていない。	気軽に遊びにきてほしい	記録等の管理 たけのご新聞をおくり行事を知らせる。	
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	本人または家族の方より希望をきき、ケアに活かしている。日常の会話からもヒントを得ている。利用者の言動や様子、シートや記録表から読み取るように努めているが、良い案が出ずに先送りになっているケースも多い。なかなかできていない現状がある。	センター方式の活用	定期的な見直し すでに終わった事項を削除し、現在の身体状況に応じたケアを行っていく。	
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	一人ひとりのファイルがあり、生活歴等記載している。以前の生活環境等で気になる事がある場合、直接家族から聞く事で把握に努めている。既往歴の書類はまとめてそれぞれのファイルにはさんである。いつでも見られるようになっているが、日々のケアに流されて必要時しか確認しないことが多い。	これまでの暮らしをまとめた表の作成し、スタッフ全員が把握できるようにする 見やすいケース記録にする。	担当スタッフを決め行う 時間をつくりファイルを見て、把握に努める。 見やすいケース記録にリニューアルする。	
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	散歩へ行きたい方・寝たい方・体力の持たないかたなど、それぞれの一日の過ごし方があり、現状の把握に努めている。一人ひとりの一日の暮らし、パイタル等を記録表に記入し把握に努めている。生活記録表の様式が個別ではないため別紙の用紙が増えたり、上手に活用できていない場合もある。他者の記録に目を通す。	個別の記録表の作成	担当スタッフを決め行う	
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	土、日曜日、行事の日以外の日にはその日にいる職員でケア会議を行っている。急な変化が合った場合にはその利用者を優先的に行っている。資料等が準備できていないことが多く、意見やアイデアが反映されないことが多い。ケア会議を有効的にやる意識はあるが、日によって職員の数が少なくアイデアが出にくい事がある。以前は本人に参加していただいていたが、現在は行われていない。	①少人数でも記録、資料を活かした会議。 ②本人家族参加を増やす。 ③ケア会議の実行	①事前の準備を怠らない ②本人が不快でない項目で参加していただく。家族参加を促す。 ③早番は準備を確実に行う。	
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	個別の生活記録表に日々の生活を記入し、朝と夕の申し送り時に共有している。記録を基に見直しを行っている。細かな変化、出来事や気づきを見つれずに記入が少なくなってしまうケアに反映できないこともある。ケア会議の内容が共有できていない。	活かせる記録を残す 漏れなく記録する ケアを把握する。	社内研修等で記録の仕方、意味を学ぶ。 生活記録表の左下にケアプランを書きこむ。	

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	デイサービスでは、サービスの時間延長も対応している。デイサービス利用者が家族の要望で自費によるショートステイをしたことがある。本人の要望や時間の空いた時に外出することもある(ドライブなど)。また、家族の要望で、通院、外食の支援を行っている。職員間で共有できない気がする。入院時に居室が空いた場合短期入所ができるようにしている。	ニーズに対応できる柔軟な体制	本人、家族からのニーズを職員で共有し取り組めるようにする	
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	日常生活自立支援事業を活用し金銭管理や年金の管理をしている方がいる。年に1回消防士を招き、救急救命講習をおこなってもらっている。ボランティアの方に教室(気功、歌、エステ、踊り)を行ってもらっている。ボランティアの方々への感謝の気持ちが薄くなっている気がする。趣味の作品展での作品の展示など、力を発揮している。自らの作った帽子などの作品をバザーにて販売する方もいる。気功教室、歌の会をボランティアの方に行っていただいている。ボランティアのエステも行っている。シルバー優待カードで動物園に遊びに行く。			
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支援している	家族さんの同意を得て、医療機関を決めている。昔馴染みのかかりつけの病院へ受診している方もいる。受診の際には事前に家族へ連絡をし、結果の報告をしている。病院への通院が困難な利用者に対して往診の可能な医院への変更を支援している。市民病院への入院より訪問診療によるホームでの看取りを希望する家族もいる。			
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	松岡医院の訪問看護師の方が利用者の点滴を行いに来ている。週2~3日程度、看護師がパートで来ており利用者のバイタルチェックを行っている。両方の看護師に相談をしている。			
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。	家族、医療機関と情報交換しながら利用者の状態や状況をスタッフ間で共有できるようにしている。かかりつけ医と相談をし、紹介状を書いてもらっている。往診の医師には週1回相談をしている。			
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、事業所の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	ターミナルケアについて研修を受けた。家族の意見を聞き話し合いをし、状況に応じてケアを行っている。入院をきっかけに話し合うことが多い。誤嚥を起こしやすい、肺炎になりやすい、食事がとれない等、毎日の様子から話し合っていく。			
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	毎年救急救命講習を利用者と共に受けている。いつも急変時に対応できるとはいえない。あわててしまい、スタッフで対応が異なることが多い。10月27日利用者が他界した際のスタッフの対応が適切だったか分からない。	全てのスタッフが落ち着いて同じ対応を身に付ける	マニュアルを作成し、勉強会を行い共有する。	

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	月2回、避難訓練を実施する事になっているが1回しか行っていない。連絡網も実際に回している。地域との協力体制は築けていない。夜間を想定した避難訓練でた課題は改善できていない。台風などの時は市から避難勧告が出される。地震や水害の訓練は実施していない。夜間は夜勤者一人なので不安がある。緊急時には5分以内に職員が駆けつける体制にある。	地域との協力体制を蜜にする。 全職員が災害時に的確な対応ができるよう問題点を改善	運営推進会議で地域の代表者、民生委員と連携を強化する。専門家方に聴く。	
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	プライバシーの配慮、利用者の個人情報には他に漏らさないよう心がけている。スタッフの携帯電話のカメラ機能での撮影禁止している。言葉遣いに関してはユニットミーティングにて話し合ったが理解していないスタッフもおり解決していない。ドアのノック。声かけを大切にしている。からかう職員がいる。態度が悪い。呼び方は名前か苗字にさんか先生をつける。	スタッフがお互い注意する。 尊厳を持った行動。	お互いの行動について素直に意見を言い、聴ける関係を大切にしていく。全体で話し合おう。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	自分から思い・希望を言う方が少ないため、こちらから伺うことが多い。スタッフだけで物事を決めてしまわずに利用者に関わりかけようように心がけている。答えやすいように選択肢を提示したり、ホワイトボードに字を書いて意見を伺うようにしている。力の強い方が決めてしまうことが多い。行動するさいには本人の了解を得て行っている。コーヒーが飲みたいなど叶えられる希望にはできる限り応えている。伊勢屋の広告を見て希望する方がいる。	自己決定とは何かを再確認する。本人の気持ちを引き出す。ゆっくり待つ。	7日かける2食＝14のメニューがある。利用者の個々の好きなメニューを1食ずつ実現することが可能である。言葉で伝わらないその方の行動や表情を見極め行動をとりたい。	
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、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	利用者の機嫌の悪いときには無理に介入せずに見守っていた方が良い事に気づいており、職員間で理解し希望に添うように支援している。体調の優れない方は居室にて休んで頂いている。また「寝たい」との訴えのある方には昼寝の時間をとっている。赤ちゃんと一緒に笑顔ですごしたり、自分の好きな時間に散歩へ行きたい方もおり、センサー反応時にはスタッフ付き添っている。スタッフの少ないときにはできないことも多い。88番地は居室で過ごす方が多い。他者との関係悪化に気がつけている。意思表示がすくなくなるとホーム側のスケジュールの中で動かしてしまう。	希望にそった1日一日を	今何がしたいか耳を傾ける。 言葉で伝わらないその方の行動や表情を見極め行動をとりたい。	
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	起床時には、洗面・整髪。行えない方は温めたタオルにて洗面を行っている。服を選ぶことができなくなっている利用者が増えており、何点か出して選んでもらったり、職員がその人らしさを想像しながら選んでいる。スタッフによってはしていない人もいる。外出時は顔はきれいか、髪はどうか洋服は汚れていないか、その日にふさわしい服を着替えていただくようにしている。	おしゃれをする 身だしなみの徹底 みだしなみやおしゃれに気を配る感性を持ち続けたい。	着替える時に何を着たいかたずねる。 早番対応できない場合、日勤でフォローする。 家族が託してよかったと思えるよう常に身奇麗にこころがける。	
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	毎朝献立会議を行っているが、「何でもいい」という方が多い。2ヵ月ほど家族さんの考えたメニューと一緒に作った。準備と片づけは一部の利用者がほとんど行っており手伝えないため、隣のユニットへ案内し、活躍の場を頂いている。特定の利用者に任せきりになることが多い。利用者の力関係で出番がない方には別ユニットで出番を作っている。嫌いなものは別メニューを提供。職員も食べるので自分たちが食べておいしい食事を作る楽しみがある。	できることは皆でしょう	当番制を検討する。	

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	利用者の好き嫌いを把握し、食べやすい、飲みやすいものを提供できるようにし、記録表で確認しながら調節している。一人ひとりに合わせ、提供している。きざみ・介助の必要な方が増えてきた。水分は記入欄があるが、1日に必要な量が必ずとれているとは言えない。食事が少ない方は捕食している。水分が少ない方にはゼリーを提供している。	年齢が高くなると健康一番なので食事を大切にしたい	食事量の減ってきた方もいるので、食べられるもの・食べられないものの把握ができるようにする。	
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	できるだけ毎食後に歯磨きを行うようにしている。職員が少ない時、朝はあまり出来ていない。毎週二回月曜日・木曜日はポリデントで洗浄している。舌にこげが生える方は舌もしっかり磨いている。口臭が気になる方はうがい薬を使用している。	毎食後口腔ケアを行う。	記録によるチェックを行い、ケア漏れをなくす。	
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	日中はできる限り布パンツにパッドを併用している。排せつチェックシートを活用し排泄パターンに合わせたトイレ案内を行っている。日中はトイレでの排せつを支援している。夜間は睡眠優先にしたため、以前に比べ声掛けの回数が減らした。		排せつ研究班の継続	
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	排泄研究班を立ち上げ、服薬や食生活の改善など便秘対策について取り組んでいる。スキムミルクヨーグルトは5年間続けている効果はよく分からない。		排せつ研究班の継続	
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	朝、浴槽の掃除を行い、いつでも入浴ができるようにしている。時間は決まっておらず、ほぼ毎日又は隔日で入浴できるよう支援している。便失禁のある場合、優先して入浴へ誘うこともある。入りたくないこともある為、あまり無理には誘わないようにしている。			
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	日中は活動をして夜間自然に安眠ができるように気をつけているが、訴えがあった場合や体調を見て居室へ案内し休んでもらうようにしている。うとうとしていたり、体力の消耗が激しい利用者については、自由な時間に休めるようにしている。他利用者に休息を強要される方もいるので、スタッフが間に入れる時は入るようにしている。夜間の排せつ介助を無理強いしないようにした。	本人が休みたい時に休んでいただく		
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	処方箋のコピーを記録表に貼りスタッフが見る事ができるようにしている。目的や副作用を記入した服薬一覧表を作成した。(88番地のみ?)状況に変化があれば医師に相談をしている。薬の処方箋記録といっしょに家族に送付している。	薬の整理 副作用について理解を深める	普段使わない薬(以前使っていたもの・塗り薬など)の整理 一覧表に副作用の欄を追加する。処方箋はスタッフの目の届くところにおく。	

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	調理・洗濯・買い物・散歩・外出・囲碁・教室(歌の会・気功)など、一人ひとり合った役割、気分転換の支援をしている。気の合わない利用者同士もいるため、隣のユニットで羽を伸ばすこともある。役割、楽しみごとがADLの低い利用者で見つけにくく悩んでいる。食べること以外の活動が少ない。サイダーが大好きで外出する方。伊勢屋の広告を見て買い物を楽しみにしている方。歌の会。気功教室を楽しみにしている方。エステが好きな方がいる。	食べること以外の活動を増やす。	朝食のメニューを変える。	
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るように支援している	天候が許す限り散歩の付き添い、買い物同行は毎日行っている。気分転換のドライブ、行事参加や行楽への外出を必要な場合は計画を立て行っている。買い物やドライブを兼ねたサービス利用者の送迎へ出かけることが多い。家族・知人の方との外出、又は協力で屋外へ出ることもある。本人の希望は特定の利用者の申し出が多い。田原の団子屋、伊勢屋、足湯、喫茶、墓参りなど。	外でリフレッシュしたい。	外出計画の作成。3ヶ月に1回。	12ヶ月
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	自己管理している方は2名。事務所で財布を預かっており外出時に使えるようにしている。外出時には本人の能力に応じて1万円以内でお小遣いを持って買い物ができるようにしている。レシートや領収証をもらい家族に報告している。小遣いは紛失しても良いよう1,000円まで持参してよいこととしている。			
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	利用者が電話を掛けたい時、不安になった時など、支援している。また、年末には年賀状を出す支援をしている。利用者からの要求が以前に比べ減ってきている。		電話や手紙の支援を定期的に行っていく	
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	室温はエアコンで調節しているが、季節感はあまり採り入れられていないと思う。(正月は玄関に門松を立てている。)リビングは物が置いてなく殺風景に感じる。季節の花などを共有空間に飾っている。数名、骨折・視力低下に応じて、部屋のレイアウトを変えた。夏にはゴキブリや虫がよく発生している。共用空間の照明や空調、テレビなど一人の利用者が管理してしまうので他の利用者の生活に影響がある。庭には居室から1本ずつ木が見えるように植樹している。中庭には金柑とゆずが植えてあり、冬至や料理に使う。	屋根裏の活用	衣類の量が多いため、部屋の荷物が多い(家族さんの出入りも少ないため持ち帰りが難しい)。衣替えの時期には屋根裏を活用し、少しでも居室内をすっきりさせたい。シーツなど大き目な物の置場を考える。	
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	気のあった利用者で事務所に集まりお茶やお菓子を食べて過ごしている。リビングでは思い思いの時間が過ごせるようにしている。利用者同士合う・合わないがあるため、テーブルを分ける等して落ち着けるようにしている。スタッフルームには、畳・ソファのコーナーがあり、TVも自由に見れるようになっている(玄関にも畳コーナーがある)。事務所は、朝喫茶店のように利用している利用者が数名いる。中庭のペランダは日向ぼっこ・室内散歩などに利用している。	他者に支配されることなく、本人のペースで休める環境をつくる。		

54	(20)	<p>○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</p>	<p>本人が使用していた家具等を入れたり写真を置いたりして、その人らしい部屋になるよう配慮している。私物(タンス・ベッド・仏壇等)の持ち込みが出来、居心地の良いように努めている。居室の細かいところの掃除ができていない。収納スペースがなく、パッドが出ていたり、使わない布団をしまえないなど雑然としている。</p>			
55		<p>○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</p>	<p>各部屋に表札を掛けたり、共用トイレに張り紙をする事で目印にしている。状況に合わせ声かけや案内を行うようにしている。玄関からフロア、居室まで段差はない。手すり等多く設置し、残った力を発揮できるよう努めている。(トイレ等、一人ひとりに合った場所に手すりを設置)安全・不安にならないように、見守りや援助に心がけている。ベッドから転落防止のため、畳をしき布団へ変更した利用者もいる。</p>		<p>手すりや家具、ベッドの位置再検討。</p>	