

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88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>

【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		

【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ことから始まる。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かったと人生を終えることができることを目指している。

【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 ↓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	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)		1. ほぼ全ての家族と
		7	2. 利用者の2/3くらいが			5	2. 家族の2/3くらいと
		3	3. 利用者の1/3くらいが			3	3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない			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)	5	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)	2	1. ほぼ毎日のように
		0	2. 数日に1回程度ある			2	2. 数日に1回程度
		5	3. たまにある			6	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)	0	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)	0	1. 大いに増えている
		5	2. 利用者の2/3くらいが			10	2. 少しずつ増えている
		5	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した表 情や姿がみられている (参考項目:36,37)	3	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. ほぼ全ての職員が
		5	2. 利用者の2/3くらいが			8	2. 職員の2/3くらいが
		2	3. 利用者の1/3くらいが			2	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)	2	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		1. ほぼ全ての利用者が
		5	2. 利用者の2/3くらいが			8	2. 利用者の2/3くらいが
		3	3. 利用者の1/3くらいが			2	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 く過ごしている (参考項目:30,31)	2	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		1. ほぼ全ての家族等が
		8	2. 利用者の2/3くらいが			7	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが			3	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				

自己評価および外部評価結果85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	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間
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	いつまでも普通に暮らせるノーマラーゼーションを基本とし、利用者の自己決定、自立支援、個別性、権利擁護を大切にし、身体拘束・抑制はしない、権利擁護を図る。いつも笑顔を大切にするため、今日も1日スマイリー！と朝の申し送りの最後に唱話している。「目くばり・気くばり・心くばり」を職員公募で追加した。従来からの理念が現状にあっているかは分からない。	日々定着する。	朝の申し送り、夕方の申し送り時に、その日の出来事(ヒヤリハットや事故)に対する大切な見方について伝える。	1年
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	町内の方が回覧板を持って訪問してくれる。通院・理美容・毎日の買い物は地域へ出て行くことを基本としている。年間を通しての外出行事。祭りや餅投げ、保育園との交流。子ども110番の連絡先。盆踊りへの参加呼びかけ、陶芸教室の開催、年2回挨拶周りをやっている。夏祭りや○周年イベント等季節ごとの地域交流の場を設けている。利用者らしき人が一人でできると地域の方が連絡をくれる。近所に迷惑をかけていることが多く良い関係なの分からない。	7年目で、地域での認知はされている。気軽に尋ねてくる交流までにはいたっていない。地域とのふれあいがもっとできるとよい。利用者の外出・散歩を増やす。	もう少し工房を利用し交流を図りたい。(作品を展示) ②職員がつき散歩をする。	②1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	自ら電話をかけて入居待ちをしている方や散歩の途中に寄り家族が自分を認知症扱いをしてどこかへ入れようとしていると尋ねてくる人。若年認知症で精神病院へ入れられている息子のについて相談をして下さる方がいる。ホームの行事で、認知症の方との関わりを伝えることができる。認知症介護研究研修大府センターのパーソンセンタードケア豊橋講演会の宣伝を手伝った。田原福祉専門学校の実習生を受け入れている。認知症実践リーダー研修の実習生を受け入れている。	行事を早く地域へ伝える。外部の人の意見を聴く。	1ヶ月前にはポスターやチラシを配布し参加を促す。地域の方が参加しやすい行事を企画する。意見箱を置いて自由に意見を書いてもらう。小学校へ講演を行ってみる。	継続
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1回開催をしている。地域包括支援センター、磯辺保育園、民生委員、家族の参加はある。地域の町内会長や老人会長の足が遠のいている。さまざまなテーマ(行方不明や作物を盗んでくる)など抱えている問題点を包み隠さず公開し助言をいただき、参考にしサービスの向上につなげている。一般職員で参加したことがない方は内容を知らない。議事録を閲覧できるようにしたが置く場所や周知が徹底していなかったの知らない職員が多かった。	町内の関係者の参加の復帰を促す。多方面からの助言を活かす。	議事録を閲覧しやすいようにする。会議の内容や意見を記録し参加していないスタッフにも情報がいくようにする。運営推進会議に交代で職員も参加する。	1年
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	利用料の不払いに対する、年金の家族による使い込みの恐れなどに対しては、市長申し立ての成年後見制度の活用について1年以上協議を重ねている。新規開設サービスの相談に2ヶ月に1回程度足を運んでいる。運営推進会議の議事録は毎回市に提出をしている。市の介護相談員を2ヶ月に1回受け入れている。			
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	必要な時間帯や必要に応じた施錠は行っているが、9時～19時までには、開放をしている。職員が足りない、安全のためという理由で施錠することが増えている。各居室は利用者の自由意志で内側から施錠できるようになっている。車椅子への固定、ベッドから降りられないようにする、ようなことは行っていない。言葉による制止や禁止をおこなっている関わりがときに見られる。他者居室以外は移動は自由である。	入居者の行動を制止する職員の行為の中にも、身体拘束にあたるものがあることを共有する。身体拘束をしない。	朝の申し送り、夕方の申し送り時に、その日の関わり場面での問題があれば、身体拘束について大切な見方について伝える。②玄関の出入りに全職員が気を配る。	

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	目標達成に要する期間
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	虐待防止法について研修を行ったことはない。利用者への言葉遣いや態度について、倫理について、外部講師による研修会を行った。精神的な虐待は本人が気づいていないときに行っているかもしれない。子ども扱いや命令口調など「尊厳」を大切にしない場面があればそれがよくないことであることを直ぐ伝えている。身体や様子に変化があれば記録している。スタッフで虐待がないように支えあっている。利用者間の力関係によるいじめや暴力などへの職員の介入は万全でない。	定期的に振り返る。 虐待の防止(身と心)	喉もと過ぎると直ぐ介護者優位の関わりを始めるので繰り返し伝える。職員同士で注意しあっていかなければならない。スタッフが仲がよくなないと孤立感を深めゆとりがなくなることを防ぐため、互いを尊重しあうことの大切さを確認する。身体の変化を記録に残す。職員間で声を掛け合う。	
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	一度研修を行った。日常生活権利擁護事業を活用している利用者1名。成年後見制度を利用している方が2名。成年後見の市長申し立てを依頼している利用者1名がいる。職員全体は周知していない人が多い。	職員が理解を深める	研修会を行う	6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	パンフレット、重要事項説明書、契約書を使い説明をしている。家族への説明は、介護報酬改訂時の料金変更時も説明と同意を得るなどを行っている。利用者は契約内容を理解したり同意したりする方は1名を除いてはいない。職員は、立ち会う機会がなく知らない人がほとんどである。	利用者にも職員にも分かるように伝えいく。		
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	自分の意思を伝えることができる利用者の意見は反映できている。家族からは毎月の生活記録に対する返信の便りで要望や苦情を伺っている。献立や外出などの希望を聴いている。家族返信を現場で回覧する場合と、個人ファイルに綴じている場合とがあり、周知が徹底していない。家族の意見が反映されているかは疑問がある。クレームについては現象を確認して新たな対応策を考えるようにしている。	家族便りの閲覧場所の徹底。 利用者・家族の要望をかなえる。	家族の便りは現場簿生活記録簿に綴じる。家族さんから意見が出たら職員に周知し、満足いくまで関わる。	継続
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	勤務時の業務ノート、各ユニット会議、各研究班からの提案やリーダーミーティング、家族からの毎月の要望・意見を書面にしたものに傾聴している。職員の多くは「ぐち」のような形なので、具体的理由や根拠をあげての提案は少ない。ユニット会議や日記には書いているが実行まではいかない。管理者が利用者の現状についていけてないので、忙しい毎日を送っている。	職員の意思統一を図る。 ②職員の意見や問題点を解決する。	一人一人意見は違うので問題が出たときはその問題点について業務ノートで意見を求める。	継続
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	サービス提供体制強化加算Ⅰ、介護職員処遇改善交付金を人事考課し還元している。最近では仕事へのやりがいが見つけられないが、管理者には言いづらいという声がある。一人一人やりがいや要望はあり全員の満足はむづかしい。職員の個々の要望にあった労働時間を選べる。利用者の重度化で大変と感じるときもある。スタッフの状況に応じて就業時間に変化を持たせている。心の病が改善された方もいる。研究班の発表には報酬が発生しやる気アップできている。スタッフの就業について、不透明な点があり不満が出ていたこともあった。業務ノートに返事をいただけることは大変ありがたいが、従業員一人ひとりに直接もっと声をかけてくださるともっと向上心をもって仕事をできるように感じる	明るく人間関係もよくストレスのない職場でありたい。	自分からは言いにくい面が多々あるので意見を聴いてほしい。	

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	目標達成に要する期間
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	東三河ブロックの2ヶ月に1回開催の研修会には順番に2～3名ずつ参加の機会を作っている。法人内でも2月に1回研修会を行っている。書く研究班ごとの研究発表会を研修会として行っている。勤務時間等の調整をしてくれてとてもありがたい。平等に研修を受けられていないという意見もある。研修が足りないという声が多い。	働きながらトレーニングができるようにしたい。研修をうける機会あれば参加し勉強したい。	職員の教育マニュアルを作る 研修に参加した職員は他の職員へ復命する。	
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	相互訪問研修は、市内4箇所のグループホームと行っている。他施設からの研修を受け入れており情報交換することができる。他グループホームへ研修に行ったり、受け入れを行ったりした。新しい発見が会ったり大変良い試みだったと思う。もう少し長い期間1週間入れ替えを行っても良いかもしれない。	同業者との意見交換・交流を増やす。	機会があれば色々な施設へ行く。	
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	利用時には、担当のケアマネージャーより、詳細なアセスメント情報を提供してもらい、サービス開始前に自宅でサービス担当者会議が行われるのに参加している。利用後1～2ヶ月に一度モニタリングを見直している。関わりの中で、表情や応え方で本人の変化に気づけるようにする。初期情報は、全体に共有されるよう3日間は繰り返している。最初の時には24時間シートを用いて本人の生活の様子などの確保に努めている	安心できる衣食住。	できる限り利用者さんとふれあい、会話する。	
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	家族と相談、協力しながら利用者の生活支援の体制を作り上げている。家族からの意見には真剣に耳を傾けて改善をしている。要望は、事務所、ユニットリーダー、ユニット会議を通して伝えている。入居にいたる背景を職員全体は把握していない。	家族の思いを共有する	記録や連絡ノートの確認、他スタッフに確認。	
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	その時必要な支援を目指して取り組んでいる。見極めているかどうかは自信がない。他のサービスの活用はない。新しい方にどう接して良いか分からないという意見もある。デイサービス利用者は、他のサービスからの情報も入ってくる。			
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	暮らしを共にするところまでは至っていない。利用者の生活ペースを尊重するという思いは持ちながらも介護者側が組み立てる日課に沿ってしまうことが多い。当日の当番の業務担当を優先してしまう。安全を第一に考えて消極的な声かけになっている。必要以上に手を出さず見守っている。手伝っていただいたら感謝の気持ちを伝える。私たちと同じ泣き笑い怒る感情を持っていることを大切にしている。楽しみ、悲しみの共有ができるように気をつけている。教えていただくことは、入居者の認知症の進行に伴って少なくなってきたが、一緒に行動すること、一緒に体験することで、一方向の関わりにならないようにしている	ハプニングの連続に振り回されない。 できることはいっしょにする。	自分の担当業務だけではなく、職員同士で声をかけ助け合っていく。利用者を中心としたチームワークの必要性についてユニット会議で話し合う。 家事は一緒にする。	

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	目標達成に要する期間
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	家族の中には、パート勤務に入っている方もいる。行事ではボランティアとして役割分担を受け持ってもらっている。家族訪問時には調理を一緒にしてもらいように誘っている。料理教室など行っていただいていた。入居時の家族の要望は書いてあるが今はどんな要望・気持ちなのか分からない。よく出会う家族とそうでない家族がいる。家族によってそれぞれの抱える状況があり難しい。	全職員が家族の意見要望を共有する。		
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	なじみの理美容院にはお連れしている。行きつけの洋服店に顔を出している。思い出の場所に行っている。知人の訪問は本人も嬉しそうにしており大歓迎である。電話の取次ぎも行っている。利用者が満足できるまでになじみの場所へいくことは実現していない。ただし、利用者によっては行かないで欲しいという要望も有り難しい。数回、なじみの場所に行くことでトラブルになったことがあった。	大切な人間関係	本人の希望する馴染みの場所へ連れ出してみよう(家族もいっしょに)	
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	一人一人が孤立はしてはいない。食事、献立会議、ラジオ体操、ユニットごとの行事には利用者がみんなに参加できるようにしている。認知判断能力、身体機能の重度化により、他利用者との関係性より一人一人が生活することで精一杯。認知判断力がしっかりしている少数の利用者には職員が注意しにくく、支え合える関係にもって行きにくい。数名の利用者と井戸端会議を開き話し合える場を作っている。食事の席は固定せず、違うメンバーで食事している。隣の利用者同士で話をしたり、散歩時には手をつないだりする場面もある。口げんかも生活のうちと見守るようにしている	人生の最後ぐらい仲良くして欲しい。だれもが満足できるような環境を作る ②利用者同士で楽しみをみつける	9人の個性や能力の違いの中で、より能力が低下した方を支援する関わり方の比重が高くなる。能力を残している方は、あいづばかり手をかけられている。自分ばかりまわってないと思われ続けている。②スタッフルームを活用し歌やゲームいっしょにする機会を増やす。	
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	退所後も入院先を訪ねたり、葬式に参列したり、半年に1回程度遊びに来られる家族も居る。仲が良かった家族には時々連絡を取っている。利用終了後は次第に関係は薄れていく。相談などの要請があれば行っているが、中々回数は少ない。			
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	かつてセンター方式のCシートを作成していたが、今はモニタリングシートの中で2ヶ月に1回見直ししながら希望や意向をアセスメントしている。以前暮らしていた環境に近づけて生活できるようにしている。利用者が発した言葉や行動を記録に残し、共有できるようにしている。	利用者さんのやりたいこと、できることを続ける。	目標をもうけ期限を決めて取り組んでみる。	
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	センター方式B・Cシートで把握している。十分に職員全体で共有化されていない。たまにファイルを見て確認している。家族に以前の生活を聴き少しでも近づけるように心がけている。中々見る機会がなく十分に把握はできていない。生活歴を理解し関わっている。家族来訪時の話で新たな情報が得られることもある。		記録に目を通す。	

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	目標達成に要する期間
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	心身の状態については毎日定時間にバイタル確認をしている。朝夕のミーティングで一日の様子を把握し気づいたことや変化があれば他スタッフに伝え記録表に書いている。関わりが少ない方だとあまり書いていないこともあり、一日の過ごし方が把握できていない面も多い。モニタリングシートで、1～2ヶ月に1回、見直している。日々の業務に追われ現状の把握を見過ごしている。休みの後は必ず連絡ノートに目を通し、顔色や食欲等で一人一人をきちんと見るようにしている。ミーティングに出ないときには他の職員から聴いている。(不十分だが)	ケアに入る前に現状を把握する。②以前の記録を振り返りやすいようにする。	勤務前に記録に目を通す。朝のミーティング時にポイントをつかみ、留守番の職員へ確実に伝える。②排便やアザなどいつからかが分かるような記録様式を考える。	
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	便秘解消法や足の筋力のリハビリなど、家族と連絡をとり相談をしながら計画を作成している。毎日一人ずつ利用者についてケア会議(15:40～15:55月～金)を両ユニットの職員、たまに家族も参加して行っている最近では職員の参加者が少なくみんなの意見の反映が不十分で、正確な見直しになっていない。デイサービスの利用者の情報が現場に伝わってきていないためケアの統一がされていない。パート職員が時間帯の関係で参加の機会が少ない。	ケア会議により多く参加できる。利用者一人一人を深く追求したい。	参加できる時間帯を検討する。	
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	毎日の様子を1週間分A3の記録用紙に記入する様式を使用している。食事量などの数字で表されるものだけではなく、本人の思いや気持ちを表した言葉や表情を書くように伝えている。気づきはよく記録できている。色などの区別がないため大切な記録については共有できていないことがある(相当大切な事柄については口頭で伝えている)利用者によって記録の量にばらつきがある。見直しに活かしていない。できるだけ職員間で情報を共有するようにしている。記録もれが改善をされていない。	記録から介護計画の見直しができるようにしたい。	記録表にケア項目をチェックできるようにし、その状況を記録する。できるだけその場で記録を残す。大事な部分には色鉛筆で目立つようにする。	
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	2006年6月より共用型デイサービスを始めている。365日営業、時間延長、緊急時の受け入れ、自費による泊まりも行ったことがある。陶芸教室があるので地域の方との交流がある。柔軟な対応ができるようにしている。	指定基準を柔軟にしてほしい	市役所と相談をしていく。	
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	校区地区市民館で行われる「作品展」で展示スペースをいただき、利用者、職員、家族の作品を展示、手作りクッキーを配るなどして、地域交流を図っている。本宮神社の餅投げ日程を連絡してもらい参加している。車椅子が利用できる1,000円床屋へ行く。近くの保育園と互いに行き来している。歌の会や気功教室、エステなどのボランティアの訪問がある。教室の先生との茶話会を楽しみにしている。以前は地域福祉センターに通っていたが通わなくなってしまった。			
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	協力医療機関は、さたけクリニック、田中医院、松岡医院の3医院。有賀歯科医院。松岡医院には週1回の往診、週2回の訪問看護を受けている。病気により紹介状を書いていた大きな専門病院を受診する支援をしている。現実には夜間緊急時には、救急車しか頼れない。家族は納得しているかは不明。最近一年で地域のクリニックから訪問診療に変更した人が増えた。急変時などには、電話や往診で的確な指示を頂けるようになり大変助かっているし安心できている。	できるだけ通院を継続したいが、重度化してくると往診に移行してしまう。		

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	目標達成に要する期間
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	週3回ほどパートの看護師が勤務している。週2回訪問看護が必要な方に入っており点滴をしてもらっている。便秘や床ずれなど治療、予防の相談を積極的に行っている。疑問に思っていること、普段と違うことなどを伝え適切な医療などを受けることができるように心がけている。シフトの関係で看護師と出会わない介護職員は伝えることができない場合もある。常勤看護師がいるとよい。			
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。	市民病院は、家族以外を関わらせないので家族と共に病院側と関係作りを行っている。その他の病院は家族が訪問できない場合に、洗濯物の入れ替えや手術後の退院予定やリハビリなどの相談を行っている。入院中には利用者と職員でお見舞いに行くこともある。			
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	事前指定書を取り交わしている。ターミナルの時期に入ったときには、再度事前指定書の確認を家族としている。内容としては、口から食事を摂れなくなった時の対応。入院をするかホームで自然死を選択するかを確認している。松岡医院の往診、訪問看護にも限界があることを伝えている。変化に対して話し合いが行われていないので個々の職員の判断での対応になっている。松岡医院による終末期の勉強会を行った。利用者個々について周知はされていない。	職員で変化を共有する	スタッフ全体で話し合う。	
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	救命救急の訓練を毎年1回、消防署を招いて行っている。防災担当の責任者には、救命講習の上級コースの研修を受けさせている。3ヶ月に1回程度行方不明になったりして対応に慣れている。もっと頻会に行わなければ身につかない。自信がない。	すべての職員があわせて応急手当を自信をつける。	色々な場面(喉つまり、のぼせ、火傷など)を想定した訓練回数を増やす。リスクマネジメント研究班で分かりやすいマニュアル作りをする。	6ヶ月
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	避難訓練は、2ヶ月に1回程度行っている。夜間を想定した訓練も行っている。夜勤者一人での避難は現実には難しく、近隣に協力をお願いするしかないが、外部に緊急事態を伝える効果的方法の準備はない。水害で水が入ってきたら避難は難しい。どこへどのように逃げるか分からない。本番になった時に優先順位が分かるのか不安。	外に緊急事態を伝える方法を考える。	屋外放送やサイレン、非常等の点灯など有効な方法を検討する。避難場所の確保を検討、準備する。	
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	職員は尊敬の思いを持っているが、人格の尊重について、個々の職員の理解力や価値観が異なる現状がある。スタッフごとに考えが異なり、一度話し合いを持ったが、あまりよい効果がなかった。本人としては軽く見たり馬鹿にしたりするつもりはないのだが、年長者を尊敬する態度や言葉遣いが身についていない職員もいる。認知症の方の一生懸命だがつじつまの合わない行動の結果を面白おかしく茶化してしまうことがある。長い時間一緒に過ごしているので慣れてしまい、友達のような話し方になってしまう注意し合えない。	職員も人として尊重されることがどういふことが実感できる。	職員一人一人の人格を尊重し、誇りを損ねない対応をする。禁止や命令口調は言わない、職員間で注意しあう。	

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	目標達成に要する期間
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	十分に働きかけ利用者の希望を聴くようにしている。行動するときには必ず声をかける。常に笑顔で接する。ホワイトボードに文字を書いたりして決められるようにしている。まだまだ工夫が十分とはいえない。介護者の思いや都合を結果として押し付けているのが実際である。安全を考え本人にあった暮らしになっていない。スタッフが見やすい場所に利用者を集めている。利用者から「何かすることない」「手伝おうか」という方もいる。	一人一人に合った環境を提供したい。 重度化に対応した自己決定の再確認。	一人一人の生活を見直す。	
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	入浴は無理強いはいしていない。起床も無理強いはいしていない。全体の生活では、個々の職員により異なる。ゆとりがない場合は職員側の決まりや都合を優先している場合が多い。その日をどのように過ごしたいか希望を推測する姿勢を中心としているとはいえない。利用者のペースに合わせ過ぎているため特定の利用者のペースになってしまうこともある。希望に添える人と添えない利用者がいる。ゆっくり向き合えるときと向き合えないときがある。	職員の意思統一を図る。 重度化に対応したその人らしい暮らしの考え方の再確認。	業務優先にしないためのユニット会議での話し合いを重ねる。	
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	お化粧をしたい方には口紅を塗っている。口紅をつけると笑顔になる。入浴後や寝る前に乳液を塗っている。職員のセンスの違いが現れてしまう。いい組み合わせの服を選んでいる人も居る。ほとんどが職員が決めてしまっている。理美容は定期的に支援している。	利用者の好みにそった支援	担当を決め時々洋服を入れ替える(手前側のものから着せてしまうことが多い)	1か月ごと
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	一緒に準備や食事、片付けをすることを心がけているが、全体にADLが低下してきており、調理に参加できる利用者、片付けに参加できる利用者が限られてきているので固定化している。好みの食事を別メニューで提供している。声かけによっては魚、肉などと答える。配膳カードを使って配膳・下膳を手伝ってもらっている。	食事が楽しみになる献立作りをする。	昼食・夕食×30日＝60献立あるので、利用者の好みのメニューを反映して、○○さんの日をつくっていく。	
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	特別の食事チェック表を使用している方が5名いる。水分でむせる方や水分はなかなか飲んでもらえない、その人が飲みやすい形を探しゼリーや果物で提供している。一日1500から2000MLを目指しているがなかなか難しい。きざみ、おかゆ、高栄養食ゼリー、ムース、好みに応じて、ぱんかご飯かなどきめ細かく個別に対応している。残食が多かったので、少なめの量にすることとした。食事、水分量を記入している。カロリー計算は難しいがバランスは考えている。			
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	毎食後の歯磨きは習慣化して行っている。必要に応じて口腔ケアテッシュも使用している。拒絶されたりゆとりがないときには全員はできていない。週2回ポリドントを使用している。歯磨きをするときには口の中の状態を確認している。口臭が気になる方にはうがい薬で毎回ぶくぶくしてもらい改善をした。			

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	目標達成に要する期間
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	排泄研究班を立ち上げて、排尿の仕組みなど研究している。原則、日中は布パンツ、パッドを併用している。寝たままでのパッド交換の方はいない。出てしまっていることはあるが、原則、トイレで座位による排せつの支援を行っている。食膳、食後にトイレ案内しできるだけ紙パンツを使用しないようにしている。出そうな気配を察知してトイレへ案内してトイレでの排せつを目指している。排せつパターンを活かしてトイレ案内をしている。突然立ったり、そわそわしたり、貧乏ゆすりなどのサインを見逃さないように気をつけている。	トイレでの排せつの自立	各利用者のパターンを知る。	1ヶ月
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	排せつ研究班が、排便について研究している。下剤、漢方薬。ヨーグルト、食物繊維、便通に良い献立など便の状態がよくなってきたという職員の実感がある。便秘の人には、腹部、肛門マッサージをしている。朝食後のトイレは長めに座ってもらっている。飲み物の工夫、歩いてもらうなど個々に応じた予防等を皆で考えている。	便秘をなくす	毎日の運動、水分、食事の工夫をする。	
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	基本として、毎日皆さんに入ることができるように誘うようにしている。誰がいつ入ってもよいように朝から湯を沸かし準備している。原則入浴は無理強いはいしていない。粘り強く本人がその気になるタイミングを計って誘っている失禁の場合には優先して入浴をしていただく。職員の都合で入浴してしまっていることが多い。夜間入浴をしている方もいる。風呂嫌いな方には、2日に1回は入れるように声をかけ、スタッフが交代したり、一緒に入ったりして工夫している。	入浴回数の少ない人への支援	陰部、わきの下の清拭	
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	昼夜が逆転しないように、一人一人の状態に応じて、休息を取れるように支援をしている。寒い日は湯たんぽあて安眠できるようにしている。デイサービスの方の休める場所がない。就寝時間に関しては最近職員の都合なのか早くなっているような気がする。			
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	服薬ミスがないように、1回ごとに名札のついたコップに配薬をして、服薬確認をできるようユニットごとに工夫をしている。処方箋はその都度コピーして現場で見られるようにしている。新しく処方されると受診ノートに記録し送り、処方箋をコピーし生活記録に貼り付けている。薬の目的、副作用は全て把握できていない。とくに非常勤職員へは伝わっていない。	薬に対する理解をする	88番地のように服薬・副作用一覧表を作成する。	
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	洗濯干し、たたみ、調理、片付け、草取り、寝そべり、散歩、居眠り、畑仕事、柿、荒城の月、仏壇お参り、スイカそれぞれに興味や生活歴を把握した関わりを工夫している。教室等への参加を呼びかけ参加しない人には他の楽しみを見つけ提供している。毎日楽しんでいるとは思えない。職員が一人一人に関わる時間が少ない。スタッフにゆとりがないと、リビングでただ座って過ごす時間が長くなることもある。	教室のある日以外の楽しみをみつける。 スタッフが多いときには関わる場面を作りたい。	担当を決めスタッフルームで楽しみを増やす(1時間程度)	

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	目標達成に要する期間
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	毎日の買い物、通院、季節ごとの行事、喫茶店や周囲の散歩など心がけているが、下肢筋力の低下により、行動範囲が狭くなっている。行ける人と行けない人があり特定の方に偏ってしまう。場所も限られてしまう。暑い、寒い、風が強いなど条件によって回数が制限をされてしまう。ドライブもたまに行っている。家族と協力して日帰り温泉へ行った。外へ出る機会が減った。	外出を増やす。	ドライブを増やす。	
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	バザーなどで働きかけが、85番地入居者で金銭を所持し使用できる方はいない。お金を使う機会が少ない。事務所で保管し、店に行く時に渡すようにしている。共用型デイサービス利用者2名は、送迎の途中でコンビニでおにぎりやたばこチョコレートを購入し自分で支払っている。	買い物に出かける	自分でお金を支払い少しの買い物ができるように機会をもうける。簡単な計算ができる方がいるので買い物へ行く機会をつくりたい。	
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	携帯電話で家族と交信をしていた方もできなくなり。電話で話をできる方はいなくなった。贈り物が届いたときにはできるだけ早く本人に電話をしていただいている。家族からの手紙を渡して読んでいる方は2名。本人の自筆での返事を出すよう支援している。毎年年賀状を書くよう支援している。家族への電話はできるだけ行っている。			
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	不安や混乱を招くような環境からの刺激はない。リビングは天井も高く広く、窓も大きい。そこから外の光から季節が感じられる。季節感を採り入れる特別な工夫はしていないが、毎日換気よくしているの、夏は暑く、冬は寒く日当たりの良いところへ移動、エアコンをできるだけ使わず季節を感じられるようにしている。中庭にはテラスがあり自由に外へ出られる。玄関やスタッフルームには季節ごとの花を生けている。毎日掃除を行い不快がないようにしている。	もう少しホットできる落ち着いた空間があってもいいのではと思う。落ち着いた場所を増やす。	リビングの配置を落ち着いたよう工夫する。使いにくい場所をミーティングで伝える。脱衣場での手すり。	
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	ソファをあちこちに配置したり、畳みのコーナーを作ったりしている。事務所にも応接コーナーがあり、自然に出入りしている。気に合う合わないを考え席を決めている。手を握ったり会話したりけんかしたりしている。ターミナル期の利用者が日中居家で孤独にならないよう、リビングで過ごせるようにしている。	居室で一人になる時間と皆で過ごすリビングでの時間を楽しく過ごせる	居室ではのんびりしていただき、リビングでは職員が中に入り楽しく会話をする。	
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は利用者のこれまで使用していたものを持ち込むようお願いし、一人一人に合わせて作っている。筆筒を壊すなどから安全を考え荷物が減っている部屋もある。各居室に担当をつけ、掃除や衣替えをしている。家族の写真を飾ったり、孫のプレゼントを置いている。	安全に配慮しながら清潔で居心地の良い居室を維持する。	家族と話し合い、居室のレイアウトをみなおす。	
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	声かけだけでなく、ジャスチャーも交え手伝える。トイレには便所などの張り紙をしている。各居室には大きめの表札、暖簾をかけ区別がつくようにしている。リビングの空間が広く安全な環境づくりが進んでいない。筆筒には何が入っているか紙を貼り分かりやすくしている。居室内のベッドやトイレの手すりは利用者の状態に合わせて対応して付け替えている。	家事室、風呂場、台所リビング、玄関それぞれの場を利用しやすくする。		