

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	2371501038		
法人名	旭日産業株式会社		
事業所名	あさひ名東		
所在地	名古屋市名東区勢子坊2-413		
自己評価作成日	平成21年12月23日	評価結果市町村受理日	平成22年4月7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)】

健康面も認知機能面も個性に基づいた改善を目指し特に軽度の認知症の改善に力を入れている
--

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.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ケア・ウィル		
所在地	愛知県名古屋市中区則武1-13-9 チサンマンション第三名古屋1109号		
訪問調査日	平成22年1月15日	評価確定日	平成22年2月10日

【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)】

モニタリングシートをホーム独自に工夫し、見落としがないよう多くの項目を挙げ、入居者の様子を詳しく把握できるようにしている。散歩や外出を重視して介護計画に取り入れ、今まで好きだったこと、楽しいと思えることができるよう支援し、症状や状態の改善を目指している。入居者の状態が改善したり、生き生きとした表情が見られるようになった例があり、家族から感謝の言葉があった。入居者が変わっていく様子は職員の励みにもなっている。庭に池を作って金魚を飼ったり、四季の花を絶やさず自然環境に気を配っている。2階フロアでは愛犬花子を飼っていて、入居者が世話をしており、慰めや喜びとなっている。毎月のホーム便りのほか、担当者が手書きで一人ひとりの近況を具体的に家族に報告している。地域の行事に参加したり、ボランティアを受け入れており、今後は地域に認知症について伝えていく活動をしていきたい

・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 (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、生き活きと動いている (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-) + (Enterキ-)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
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	理念の文書は重要事項説明書に明記。ホーム内でスタッフ、利用者、及び外来者が見えやすい場に掲示してある。ケースの検討をする際に理念を確認して行う。	管理者と職員は『楽しいと感じられる時間を一分でも多く』という言葉を念頭におき、家族的な雰囲気ですの人に合った支援を行い、地域に開かれたホームを目指している。しかし理念として明文化されていない。	地域密着型サービスの意義や役割を考えながら管理者、職員が話し合っホームとしての理念をつくりあげてを期待したい。
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	町内の行事には事業所として参加。運営推進会議に委員として参加して頂いている。	町内会に加入しており、行事に参加したり子ども会の行事に協力している。町内会長からの紹介により、地元のボランティアが多く訪れている。ホームの庭の池には金魚があり、保育園の散歩コースになっている。認知症についてホームのノウハウを地域に伝えていきたいと考えている。	
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	運営推進会議においての情報発信。		
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践、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	事業所の事業を報告しアドバイスを頂いている。地域の住人として認知症を家族として関わる人の意見を出して頂いている。	行事報告のほか外部評価や、インフルエンザ対策についてなどを議題としている。地域での活動については、町内会長から、家族介護をしている人が話し合える場をつくりたいと考えている。との話があり、ホームとしても参加、協力していきたいと考えている。	
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	地域包括支援センターの担当者に、認知症サポーター講座を随時開催して頂いている。運営推進会議に出席して頂いた。全体会議に出席して頂いてスタッフの観察と認知症ケアについての指導をして頂いた。	認定更新時に担当窓口へ声をかけ挨拶している。市の新人研修に協力し、介護保険課の職員が見学に訪れた。何かあった時には、地域包括支援センターに相談し、アドバイスを受けている。	
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	「拘束はしないのが当然」という基本とケース毎の対処の仕方を現場で実際にケースが出た際に実践の中での考え方や方法を指導している。例外の扱いも含めてマニュアルを策定している。	どのような時にも拘束はしないことを基本としている。禁止、指示の言葉を止めていこうと職員間で話し合っている。玄関は原則としてオープンにしているがフロアの入り口は職員の少ない時や入居者の様子によって鍵をかけている。	
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	根拠法として「虐待防止法」にのっとっている事を指導している。事実の事例について全体会議で取り上げ禁止を徹底している。事業所内での不適切な行為については管理者の判断で包括支援センターを通してその対処と根拠について相談に乗って頂いた。		

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	一般の職員に対しては、全体会議で制度を案内した。実際の運用については管理者の責任範囲になるとし 必要な事例について制度の説明と後見人業者について家族や本人に案内する範囲で支援している。		
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	条項の説明 質疑応答を行ったうえで記名と捺印をして頂いている。		
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	面会寺面接の機会を最大限に活用し 意見が言える場にいる。家族(身元引受人)からの要望 意見質問苦情は管理者かもしくはそれに順ずるものが応対することで統一し責任の所在と説明の一元化を実現している。	家族会はないが、ホームの便りで行事への参加や来訪を呼びかけている。来訪時には声をかけ、直接意見や要望を聞いて、必要な時には時間をつくり管理者は家族と話し合っている。外部評価の家族アンケートの要望には早急に応えていきたいとしている。	
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	月に一回の定期全体会議で意見を募る	全体会議で職員の意見を出してもらっている。また、フロアリーダーを通して意見も聞いており、管理者は職員からあがった意見に対して、答えを出していくようにしている。	
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	特化する必要のあるケースについては、各職員の経験年数等、レベルに応じて ケアの方法を管理者が直接説明する。その際各自の実力(課題 長所 実績 欠点など 合理的な目標の持ち方)を織り込んで説明する。		
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	名古屋グループホーム協議会の中で中心的に活動して職員が研修しやすい場を確保している。研修 講習などについて介護業界に限らず 本社の関わる業界での勉強の機会も内容を適当と判断できるものについては 介護職員にも参画を促すなど幅広い学習の場の提供を心がけている		
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	名古屋市グループホーム教会の活動を通じて他事業所との関係を保持し 職員のスキルアップに活用できる環境を確保し 職員に利用を具体的に促している。		
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	サービス提供契約締結前から 家族の不安の聞き取りに止まらず 自業者から家族や本人の不安や要望を推察し、その解決に第三者という立場をわきまえた上で出来る限り積極的に関わる。		

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
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	サービス提供契約締結前から 家族の不安の聞き取りに止まらず 自業者から家族や本人の不安や要望を推察し、その解決に第3者という立場をわきまえた上で出来る限り積極的に関わる。		
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	事業所としての見極めでなく 認知症ケアの専門家として グローバルな見地で対応を 共に考え具体的な方法などの方向付けをしている。		
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	生活を介護ツールとして捉え、各自の認知症の治療に最も合理的な関わり方をケアプランとする。但し、職員の中での考え方として、利用者だけの作業は厳禁としている。		
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	家族関係も認知症治療のツールとする。但し、その支店からはずれた内容で家族の負担軽減のニーズや必要性を認める場合は、認知症治療とは掛けはなして捉え 具体的な対応については、家族と充分に考える野は無論、結論は家族に出して頂く様にしている。		
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	なじみの人や場所は 認知症治療の上で特に有効なツールとしている。面談や外出等 具体的で合理的な活用方法を実践することを重要課題としている。山が好きな人は裏山での散策の実施 同級生宅の訪問の動向 美容院 医師 に動向	入居者の馴染みの美容院への送迎や近くの同級生宅の訪問に同行して、今まで築いてきた関係を断ち切らないよう支援している。本人の希望により、コンサートに同行することもある。近所の喫茶店とは、新しく馴染みの関係を築いている。	
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	常に変化する人間関係を各スタッフが正確に把握し スタッフ全員で共有している。日々の生活では スタッフがいっしょにする 愚痴を聞く 考えないようにリードする等ストレスとならない関わりをケアプランにしている。また 複数の利用者が共に過ごす時間を習慣として作り 利用者がほかの利用者と関わる機会を作っている。さらに訪室するなどスタッフが個人のかかわりを持つ方法も探っている。		
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	入院者には見舞いをする ホームの大きなイベントに誘う		
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	促すときは 必ず本人が意向を言えるようにしている。「…します。それでいいですか」「…していただけますか」各自が返答(判断)できる言い方で促す。飲み物を出そうと思いますが どうですか?または「…を飲んで頂けますか?」	本人、家族との会話を通して希望を聞いている。管理者は職員が入居者に関心をもち、思いを感じ取ってほしいと考え、表情や行動を観察しながら本人の思いを把握するよう、なるべく長く一緒にいるよう指導している。ケア日誌で本人の状態を細かく把握し、全体会議やカンファレンスで話し合っている。	

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
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	入所検討の段階で 情報として精細に記録に残す。 入所後も 本人や家族との会話 本人と他利用者との会話などを通して随時 過去の情報を採るよう勤めている。例外的に 過去のケアマネやサービス提供者に尋ねる。		
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	認定調査の条項や神経心理検査 観察調査などで シートを作成し 客観的にアセスメント やモニタリングをしている。		
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	定期的に(概ね6ヶ月毎)家族との面接(ケアカンファレンス) 関係者間の話し合い(サービス担当者会議)を開催している 全体会議で 計画担当者やスタッフの視点で検討が必要とした利用者について 話し合っている。	ホーム独自に工夫したシートを使い、きめ細かくモニタリングを行い、本人の好きなことを取り入れ、現状に即した計画を作成している。職員の観察はケア日誌や全体会議で情報共有している。居室担当者、計画作成担当者、管理者の話し合いに家族にも参加してもらって、説明し意見を聞いている。	
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	独自のケア日誌を作成し 本人の生活 身体状況を把握すだけでなく、スタッフの気づきや工夫の発言(評価)のばとしている。 計画担当者はケアプラン作成 評価に際しての根拠にしていることをスタッフに周知し 活用を促している。 概ね毎日内容を確認し 変更時効を変更し 記入が充分にされているかをチェックし指導の場としている。		
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	「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加した。(スタッフが行った)		
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	傾聴の活動をしている地元の人に話を聞いて頂いていた。 花屋さんに利用者が生ける花を調達して頂いている。「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加させて頂いた。(スタッフが行った) 町内会長の案内で地域行事 他施設行事に参加させて頂いた。		
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	提携医療機関は持ちながら 本人や家族の要望があればかかりつけ医に受診している。(=桂名会クリニックが 提携医療機関だがAさんの希望で東名古屋病院で定期受診)	入居時にホームの協力医(在宅療養支援診療所)が主治医になり、月2回の往診を受けている。他のかかりつけ医の受診も、ホームが通院介助し、家族と情報交換している。また、歯科医や看護師と連携を図り、健康管理に努めている。	
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	介護スタッフは随時 質問事項を看護師に申し出ている。随時のカンファレンスで話し合いもする。 看護師は介護日誌に 看護師の視点での気づきや健康管理の職責からの情報 指示を記録し 内容によっては 口頭で伝えている。		

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
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。	入院時に 看護師からと計画作成者から管理者を通して情報を提供している。定期に面会し看護師や意思との情報の交換や相談に応じる機会を確保している。		
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	重度化については 入所(契約)時に説明しその上で契約している。 それに沿った内容で 各自の対応方法を随時に話し合っている。 医療的な範囲においては 現状を説明した上で医師と家族が意思を決定するものとしている。	重度化した場合における対応に係る指針があり、入居時に本人や家族に説明している。高齢で入居年数が長い方も多く、重度化しないようにケアに取り組んでいる。看取りについては、主治医や家族、本人、職員と話し合い、方針を決めていくように努めている。	
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	急変時 事故発生時における連絡方法をマニュアルにしている 全体会議の場で実践訓練をしている。(救急車要請緊急時の究明措置)		
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	消防署員に避難の方法について講習 指導に来て頂いた。 それに基づいて全体会議で 避難の実践訓練をしている。	避難訓練は職員の役割分担も決め、消防署の協力を得て定期的実施しているが、入居者の参加は無い。災害時の備蓄品は水、乾パンなど準備している。	入居者も訓練に関わることができるような方法の検討や、備蓄品のさらなる充実、地域の方への協力を呼びかけるなど、取り組みに期待したい。
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	排泄の確認は他の人に聞こえないよう本人の直ぐ近くで小声で尋ねる。 個人的な相談や話は出来るだけ他の利用者が聞こえない場で行っている(ケアステーションの中や居室の中) 掛ける言葉は「です・ます調」を原則としている。 呼び方については さんづけを原則にしながら これにこだわらず 人格の尊重の原則は堅持しながら柔軟に統一している。	入居者との会話は馴れ合いにならないよう職員は気をつけている。排泄で失敗した時には、本人の気持ちを考えて、他の入居者に分からないよう、目立たず、さりげない介護を心がけている。	
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	水分補給に出す飲み物は 本人に希望を聞いている。何が飲みたいですかアとイとウのうちどれがいいですか アとイでどちらにしますか アを飲みたいですか 等等各自の能力に応じて判断出来るようにしている。 食事についてはおしゃべりの中で 食べたいものを把握し スタッフ間で共有し提供に努めている。個人又は仲間同士の外食を実践している。料金はホームもち。		
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	全体の決まりは 認知症治療に合理的という範囲で成立するものと限定している。 設定時刻以外の食事 入浴 外出等は 優先課題として 安全確保の原則に則って実施することでケアプランになる。 入浴について、21時30分から22時に限りであるが希望するときは夜間に入って頂いている。		
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	認知症アセスメントの因子の中でも当事業所の利用者については 特に重要な因子として扱っている。 十分な身だしなみが出てくるか毎日評価し、できなかりかけた時の対処がいち早く取り掛かれるようにしている。 具体的には各自のニーズを理解して脳機能が 活性化する働きかけを 特に実施する。(一定期間計画作成者や管理者が担当する) 訪室・外出回数を増やす シャベルの機会を増やす。特に感動できる場を多く提供する等)		

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
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	調理から配膳までで 合理的(安全で脳活性に結びつく範囲、つまり失敗が無く強制でなく達成できるレベルで)な方法で関わって頂いている。今のところ スタッフの能力も原因で、調理をして頂く事はすくないが 配膳 片付けは大部分を利用者が取り組んでいる。今後はもっと調理に取り組む。また、 自主的に取り掛かっていただけるようになる事がスタッフの課題である。	食堂で職員と共に、食材切りや食器を拭いたり、本人ができることを行っている。食事の時はテレビを消し、職員とテーブルを囲んでゆったり食事する雰囲気を大切にしている。また、入居者が楽しみにしている外食や店屋物を、希望により定期的に取り入れている。	
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	水分は 日1000ccから1500ccを 利用者に飲んで頂く標準として統一している。 食事は1日1200カロリー程度で献立を立てている。 水分も食事も摂取について(時刻と量を)記録して、健康状況把握やサービスの質の維持の 更に生活パターンや好き嫌いを理解するデータとしている。		
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	1日3回毎食後 歯磨きを促している。 定期的に歯医者で口の中の清掃をしている。 その際歯科医からのアドバイスを頂いている。更に 口腔ケアの実際を評価し その向上のきっかけにしている。		
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	出来るだけ 排泄物品は使わないことで統一している。 摂取のパターンを参考にして 失禁しない生活を作るようにしている。 失禁防止体操に取り組んだこともあった。	トイレは広く、稼動式手すりの設置で清潔が保たれている。排泄の失敗や、紙パンツ、パットの使用を減らすことができるよう、排泄チェック表を利用して、個々のパターンを把握し、自立支援に取り組んでいる。	
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	排便をチェックしている。本人の申し出によるなど 正確度には不十分なケースもあるが出来る限りデータを取っている。 3日続けて排便が無いときは マッサージ 薬の順で対応する。場合によっては浣腸をするがそれは看護師の判断にのみによる。		
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	ホーム側の事情による入浴日や時刻の設定はただの基準と捉えている。 曜日も時刻もずらして入っていただくことは日常行われている。 但し、他の利用者のことも充分に考慮した上で判断している。	隔日の午後に入浴している。職員の見守りのなか一人ずつ入浴し、個々に応じた介助をしている。水曜日は入浴のない日だが、それ以外は本人の希望に応じて入浴できる。1階にリフト浴の設備があるが、まだ使用してはいない。	
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	各自の状態を精細に把握する為ケア日誌に「状況記録」の項目を作り 定期的に(2時間に1回は)確認する 居室を最大限に利用する デイスベースにはソファを設置していつでも誰でも休めるようにしてある。 夕食後の空き時間にみんなでの茶話会を設定し 食後不適切な時刻に入眠する事を避け、同時に 眠気が生まれやすいようにしている。		
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	服薬は 全員スタッフが管理している。 渡すだけでなく 出した薬の確認 飲んだ確認もスタッフ自ら実施記録するマニュアルになっている。 服薬の確認は 渡すとき のんでいる時 飲み終わってから 夜間と4重のチェックを マニュアルで統一している。 副作用については 薬奈書と特に必要場合は 特記し 口頭で説明している。		

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	
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	当ホームでは最も重要な項目としている。「楽しいと感じれる時間を1分でも多く」が当ホームのケアの原則である。特に入所時に本人の過去から現在の楽しみごとを聞き取りなどで把握し入所後に実践する。役割は程度 全体のバランス等関連項目が多く複雑だが 日々の暮らしの中で出来る限り多くの情報を仕入れる。花の世話 掃除の仕事 食器拭きの家事など定期的にやって頂いているものから 雑巾縫い 新聞折ごみ箱作りなど 随時取り組むものもある。			
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	9時からの全員の散歩 11時と13時と16時の一部の人の散歩 外出を日課にしている。人によっては1日に4回出る人もある。認知症の治療と予防のために1日5000歩をルルマにしたいが現実的ではないともしている。万歩計と歩行時間でチェックしている。自然の中を歩く事が好きという人にとってはこの上も無い楽しみになっている。歩くことを中心にしない外出も 参拜 買い物 音楽鑑賞 喫茶など利用者が楽しいと感じれるものであればなんでも実施している。外出は「基本の日課を保証した上で、を基本的に 管理者が主に実施しているが 利用者が望めば(望むようにすることも含めて)決められた入浴を中止して外出したことも数回あった。外出は、個別・小集団を問わず随時利用者の様子を中心に判断して実施している。当ホームで優先するケア方法である。「1日に一回は楽しいと思えること」を基本にしている。	水曜日は外出を重点に取り組んでいる。気分転換にドライブに出かけることもある。散歩は全員の毎日の日課になっている。管理者は、入居者との関係をより深めることができると考え、本人の希望する個別の外出支援に取り組んでいる。外出後は手洗い、うがいを励行している。		
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	原則としては 現金の持ち込みは遠慮して頂いている。個人の買い物はホーム費用で立替え、月次の請求で清算している。どうしてもという場合は 個人で持っているが管理責任は本人及び家族とし ホーム(スタッフ)は関わらないとしている。			
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	ホームへの郵便物はすべて受け取りも発送も管理者で把握している。			
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	すべてのドアや扉に消音対応をし モップも角が物に当たっても出る音が小さいものになっている 季節ごとに共用スペースの飾りつけをする担当者を設定している。日内リズムに合わせた採光 の調整を徹底するようにしている	ホームはバリアフリーで、広い廊下には手すりが設置され、掃除も行き届き、温度湿度も保たれている。事務所が中心にあり、カウンター越しに玄関、食堂がよく見える。庭は花壇、菜園、池、ベンチがあり、職員と世話をしたり、保育園児との交流の場になっている。ホームでは犬も飼っている。		
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	共用空間には1人になれる場所はない ソファを置いてあるソファでゆっくりしている利用者がある 居室で利用者同士が話している場面を見る			
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホームで備え付けてあるものはエアコンとつり棚1個だけ 以外は自分のいいものを使って頂いている 今のところ一般のケースを買って使ったりしてなじみの物にこだわった事例は無いが入居前の案内で好きな物を使って頂きますという安心する様子が見られる。			
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	共用部分と居室は字で案内をつけている 日課を(原則的な流れ)居室に掲示することも、必要な人にはプランにして実施・評価をしている 自分でもわかりたいという要望を受けてスタッフから提案して共用部分に掲示している。アセスメントでも時専用法の利用が出来ると評価されたから利用者同士と話し合っ入浴のパターンを掲示してある。一時期抵抗を感じて嫌だった時期もあったがそこでスタッフが粘れば「文字情報で自分の生活を理解する」ようになった。			

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	
法人名	
事業所名	
所在地	
自己評価作成日	評価結果市町村受理日

【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)】

--

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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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、生き活きと動いている (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-) + (Enterキ-)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
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	理念の文書は重要事項説明書に明記。ホーム内でスタッフ、利用者及び外来者が見えやすい場に掲示してある。ケースの検討をする際に理念を確認して行う。		
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	町内の行事には事業所として参加。運営推進会議に委員として参加して頂いている。		
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	運営推進会議においての情報発信。		
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	事業所の事業を報告しアドバイスを頂いている。地域の住人として認知症を家族として関わる人の意見を出して頂いている。		
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に取り組んでいる	地域包括支援センターの担当者に、認知症サポーター講座を随時開催して頂いている。運営推進会議に出席して頂いた。全体会議に出席して頂いてスタッフの観察と認知症ケアについての指導をして頂いた。		
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	「拘束はしないのが当然」という基本とケース毎の対処の仕方を現場で実際にケースが出た際に実践の中での考え方や方法を指導している。例外の扱いも含めてマニュアルを策定している。		
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	根拠法として「虐待防止法」にのっとっている事を指導している。事実の事例について全体会議で取り上げ禁止を徹底している。事業所内での不適切な行為については管理者の判断で包括支援センターを通してその対処と根拠について相談に乗って頂いた。		

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	一般の職員に対しては、全体会議で制度を案内した。実際の運用については管理者の責任範囲になるとし 必要な事例について制度の説明と後見人業者について家族や本人に案内する範囲で支援している。		
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	条項の説明 質疑応答を行ったうえで記名と捺印をして頂いている。		
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	面会寺面接の機会を最大限に活用し 意見が言える場になっている。家族(身元引受人)からの要望 意見質問苦情は管理者かもしくはそれに順ずるものが応対することで統一し責任の所在と説明の一元化を実現している。		
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	月に一回の定期全体会議で意見を募る		
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	特化する必要のあるケースについては、各職員の経験年数等、レベルに応じて ケアの方法を管理者が直接説明する。その際各自の実力(課題・長所・実績・欠点など合理的な目標の持ち方)を織り込んで説明する。		
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	名古屋グループホーム協議会の中で中心的に活動して職員が研修しやすい場を確保している。研修 講習などについて介護業界に限らず 本社の関わる業界での勉強の機会も内容を適当と判断できるものについては 介護職員にも参画を促すなど幅広い学習の場の提供を心がけている		
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	名古屋市グループホーム教会の活動を通じて他事業所との関係を保持し 職員のスキルアップに活用できる環境を確保し 職員に利用を具体的に促している。		
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	サービス提供契約締結前から 家族の不安の聞き取りに止まらず 自業者から家族や本人の不安や要望を推察し、その解決に第三者という立場をわきまえた上で出来る限り積極的に関わる。		

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
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	サービス提供契約締結前から 家族の不安の聞き取りに止まらず 自業者から家族や本人の不安や要望を推察し、その解決に第3者という立場をわきまえた上で出来る限り積極的に関わる。		
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	事業所としての見極めでなく 認知症ケアの専門家として グローバルな見地で対応を 共に考え具体的な方法などの方向付けをしている。		
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	生活を介護ツールとして捉え、各自の認知症の治療に最も合理的な関わり方をケアプランとする。但し、職員の中での考え方として、利用者だけの作業は厳禁としている。		
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	家族関係も認知症治療のツールとする。但し、その支店からはずれた内容で家族の負担軽減のニーズや必要性を認める場合は、認知症治療とは掛けはなして捉え 具体的な対応については、家族と充分に考える野は無論、結論は家族に出して頂く様にしている。		
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	なじみの人や場所は 認知症治療の上で特に有効なツールとしている。面談や外出等 具体的で合理的な活用方法を実践することを重要課題としている。山が好きな人は裏山での散策の実施 同級生宅の訪問の動向 美容院 医師 に動向		
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互に関わり合い、支え合えるような支援に努めている	常に化する人間関係を各スタッフが正確に把握し スタッフ全員で共有している。日々の生活では スタッフがいっしょにする 愚痴を聞く 考えないようにリードする等ストレスとならない関わりをケアプランにしている。また 複数の利用者が共に過ごす時間を習慣として作り 利用者がほかの利用者と関わる機会を作っている。さらに訪室するなどスタッフが個人のかかわりを持つ方法も探っている。		
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	入院者には見舞いをする ホームの大きなイベントに誘う		
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	促すときは 必ず本人が意向を言えるようにしている。「…します。それでいいですか」「…していただけますか」各自が返答(判断)できる言い方で促す。飲み物を出そうと思いますが どうですか?」または「…を飲んで頂けますか?」		

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
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	入所検討の段階で 情報として精細に記録に残す。 入所後も 本人や家族との会話 本人と他利用者との会話などを通して随時 過去の情報を採るよう勤めている。 例外的に 過去のケアマネやサービス提供者に尋ねる。		
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	認定調査の条項や神経心理検査 観察調査などで シートを作成し 客観的にアセスメント やモニタリングをしている。		
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	定期的に(概ね6ヶ月毎)家族との面接(ケアカンファレンス) 関係者間の話し合い(サービス担当者会議)を開催している 全体会議で 計画担当者やスタッフの視点で検討が必要とした利用者について 話し合っている。		
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	独自のケア日誌を作成し 本人の生活 身体状況を把握すだけでなく、スタッフの気づきや工夫の発言(評価)のばとしている。 計画担当者はケアプラン作成 評価に際しての根拠にしていることをスタッフに周知し 活用を促している。 概ね毎日内容を確認し 変更時効を変更し 記入が充分にされているかをチェックし指導の場としている。		
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	「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加した。(スタッフが行った)		
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	傾聴の活動をしている地元の人に話を聞いて頂いていた。 花屋さんに利用者が生ける花を調達して頂いている。「生涯学習センター」の講座に数ヶ月参加させて頂いた。(スタッフが行った) 町内会長の案内で地域行事 他施設行事に参加させて頂いた。		
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	提携医療機関は持ちながら 本人や家族の要望があればかかりつけ医に受診している。(=桂名会クリニックが 提携医療機関だがAさんの希望で東名古屋病院で定期受診)		
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	介護スタッフは随時 質問事項を看護師に申し出ている。随時のカンファレンスで話し合いもする。 看護師は介護日誌に 看護師の視点での気づきや健康管理の職責からの情報 指示を記録し 内容によっては 口頭で伝えている。		

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
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。	入院時に 看護師からと計画作成者から管理者を通して情報を提供している。定期に面会し看護師や意思との情報の交換や相談に応じる機会を確保している。		
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、事業所ですることが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	重度化については 入所(契約)時に説明しその上で契約している。それに沿った内容で 各自の対応方法を随時に話し合っている。医療的な範囲においては 現状を説明した上で医師と家族が意思を決定するものとしている。		
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	急変時 事故発生時における連絡方法をマニュアルにしている 全体会議の場で実践訓練をしている。(救急車要請緊急時の究明措置)		
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	消防署員に避難の方法について講習 指導に来て頂いた。それに基づいて全体会議で 避難の実践訓練をしている。		
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	排泄の確認は他の人に聞こえないよう本人の直ぐ近くで小声で尋ねる。個人的な相談や話は出来るだけ他の利用者が聞こえない場で行っている(ケアステーションの中や居室の中) 掛ける言葉は「です・ます調」を原則としている。呼び方については さんづけを原則にしながら これにこだわらず 人格の尊重の原則は堅持しながら柔軟に統一している。		
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	水分補給に出す飲み物は 本人に希望を聞いている。何が飲みたいですか アとイのうちどれがいいですか アとイでどちらにしますか アを飲みたいですか 等等各自の能力に応じて判断出来るようにしている。食事についてはおしゃべりの中で 食べたいものを把握し スタッフ間で共有し提供に努めている。個人又は仲間同士の外食を実践している。料金はホームもち。		
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	全体の決まりは 認知症治療に合理的という範囲で成立するものと限定している。設定時刻以外の食事 入浴 外出等は 優先課題として 安全確保の原則に則って実施することでケアプランになる。入浴について、21時30分から22時に限りであるが希望するときは夜間に入って頂いている。		
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	認知症アセスメントの因子の中でも当事業所の利用者については 特に重要な因子として扱っている。十分な身だしなみが出てくるか毎日評価し できなかりかけた時の対処がいち早く取り掛かれるようにしている。具体的には各自のニーズを理解して脳機能が 活性化する働きかけを 特に実施する。(一定期間計画作成者や管理者が担当する) 訪室・外出回数を増やす シャベルの機会を増やす。特に感動できる場を多く提供する等)		

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
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	調理から配膳までで 合理的(安全で脳活性に結びつく範囲、つまり失敗が無く強制でなく達成できるレベルで)な方法で関わって頂いている。今のところ スタッフの能力も原因で、調理をして頂く事はすくないが 配膳 片付けは大部分を利用者が取り組んでいる。今後はもっと調理に取り組む。また、 自主的に取り掛かっていただけるようになる事がスタッフの課題である。		
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	水分は 日1000ccから1500ccを 利用者飲んで頂く標準として統一している。 食事は1日1200カロリー程度で献立を立てている。 水分も食事摂取について(時刻と量を)記録して、健康状況把握やサービスの質の維持の 更に生活パターンや好き嫌いを理解するデータとしている。		
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	1日3回毎食後 歯磨きを促している。 定期的に歯医者で口の中の清掃をしている。 その際歯科医からのアドバイスを頂いている。更に 口腔ケアの実際を評価し その向上のきっかけにしている。		
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	出来るだけ 排泄物品は使わないことで統一している。 摂取のパターンを参考にして 失禁しない生活を作るようにしている。 失禁防止体操を取り組んだこともあった。		
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	排便をチェックしている。本人の申し出によるなど 正確度に不十分なケースもあるが出来る限りデータを取っている。 3日続けて排便が無いときは マッサージ 薬の順で対応する。場合によっては浣腸をするがそれは看護師の判断にのみによる。		
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	ホーム側の事情による入浴日や時刻の設定はただの基準と捉えている。 曜日も時刻もずらして入っていただくことは日常行われている。 但し、他の利用者のことも充分に考慮した上で判断している。		
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	各自の状態を精細に把握する為ケア日誌に「状況記録」の項目を作り 定期的に(2時間に1回は)確認する 居室を最大限に利用する デイスベースにはソファを設置していつでも誰でも休めるようにしてある。 夕食後の空き時間にみんなでの茶話会を設定し 食後不適切な時刻に入眠する事を避け、同時に 眠気が生まれやすいようにしている。		
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	服薬は 全員スタッフが管理している。 渡すだけでなく 出した薬の確認 飲んだ確認もスタッフ自ら実施記録するマニュアルになっている。 服薬の確認は 渡すとき のんでいる時 飲み終わってから 夜間と4重のチェックを マニュアルで統一している。 副作用については 薬奈書と特に必要場合は 特記し 口頭で説明している。		

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
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	当ホームでは最も重要な項目としている。「楽しいと感じれる時間を1分でも多く」が当ホームのケアの原則である。特に入所時に本人の過去から現在の楽しみごとを聞き取りなどで把握し入所後に実践する。役割は程度 全体のバランス等関連項目が多く複雑だが 日々の暮らしの中で出来る限り多くの情報を仕入れる。花の世話 掃除の仕事 食器拭きの家事など定期的にやって頂いているものから 雑巾縫い 新聞折ゴミ箱作りなど 随時取り組むものもある。		
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	9時からの全員の散歩 11時と13時と16時の一部の人の散歩 外出を日課にしている。人によっては1日に4回出る人もある。認知症の治療と予防のために1日5000歩をノルマにしたいが現実的ではないともしている。方歩計と歩行時間でチェックしている。自然の中を歩く事が好きという人にとってはこの上も無い楽しみになっている。歩くことを中心にしない外出も 参拜 買い物 音楽鑑賞 喫茶など利用者が楽しいと感じれるものであればなんでも実施している。外出は「基本の日課を保証した上で、を基本にし 管理者が主に実施しているが 利用者が望めば(望むようにすることも含めて)決められた入浴を中止して外出したことも数回あった。外出は、個別・小集団を問わず随時利用者の様子を中心に判断して実施している。当ホームで優先するケア方法である。「1日に一回は楽しいと思えること」を基本にしている。		
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	原則としては 現金の持ち込みは遠慮して頂いている。個人の買い物はホーム費用で立替え、月次の請求で清算している。どうしてもという場合は 個人で持っているが管理責任は本人及び家族とし ホーム(スタッフ)は関わらないとしている。		
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	ホームへの郵便物はすべて受け取りも発送も管理者で把握している。		
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	すべてのドアや扉に消音対応をし モップも角が物に当たっても出る音が小さいものになっている 季節ごとに共用スペースの飾りつけをする担当者を設定している。日内リズムに合わせた採光 の調整を徹底するようにしている		
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	共用空間には1人になれる場所はない ソファを置いてあるソファでゆっくりしている利用者がある 居室で利用者同士が話している場面を見る		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホームで備え付けてあるものはエアコンとつり棚1個だけ 以外は自分のいいものを使って頂いている 今のところ一般のケースを買って使ったりしてなじみの物にこだわった事例は無いが入居前の案内で好きな物を使って頂きますという安心する様子が見られる。		
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	共用部分と居室は字で案内をつけている 日課を(原則的な流れ)居室に掲示することも、必要な人にはプランにして実施・評価をしている 自分でもわかりたいという要望を受けてスタッフから提案して共用部分に掲示している。アセスメントでも時専用法の利用が出来ると評価されたから利用者同士と話し合っ入浴のパターンを掲示してある。一時期抵抗を感じて嫌だった時期もあったがそこでスタッフが粘れば「文字情報で自分の生活を理解する」ようになった。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームあさひ名東

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 3 月 31日

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	35	避難などの訓練に利用者が参加していない。	年に3回程度、利用者が参加する訓練を企画し実施する。	3月の訓練に利用者も参加した。 地震発生時の訓練。「地震です」で机などに隠れる。「移動します」の案内で玄関に移動。スタッフがマンツーマンで誘導。 結果 突然の案内には非常に落ち着いていた。 誘導時、スタッフの動きが少しでも悪いと利用者が大いに混乱する。	2ヶ月
2	1	職員と話し合いながらホームの理念をつくる	1月の会議で話し合った。	自立支援に向けてやるべきことをスタッフの知恵を絞って実行していく。そのために、一時でも多く「楽しい時間」を過ごしていただく。命を預かっていることを自覚してケアに当たる。以上を確認し、スタッフの教育ツールに入れ込んだ。	1ヶ月
3					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。