

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	0970102158		
法人名	ファミリーケア有限会社		
事業所名	グループホーム おおぞら		
所在地	栃木県宇都宮市上欠町1253-7 電話番号 028-648-4195		
自己評価作成日	平成26年11月 7日	評価結果市町村受理日	平成27年 1月15日

※事業所の基本情報は

基本情報	http://www.kaigokensaku.jp/09/
------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク栃木福祉調査センター		
所在地	栃木県 宇都宮市 大和 2-12-27 小牧ビル3F		
訪問調査日	平成26年12月 1日	評価確定(合意)日	平成26年12月16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)】

私達は認知症になっても笑顔を忘れないで欲しいと思っています。
 その為に私達が笑顔で接し
 利用者さんの持っている力を引出し
 笑顔が見られるよう心がけています。
 利用者さんの笑顔は、私達の笑顔を引き出してくれます。
 そんな笑顔の関係を目指しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

宇都宮西部の団地に隣接して立地している2003年設立のグループホームです。笑顔の共有が理念であり、笑顔は穏やかな生活が送られている証であるという考えで、心からの笑顔を大切にしながら、利用者の笑顔に少しでも多く接することが出来るよう支援に取り組んでいる。散歩での日常の挨拶や桜の時期の公園での触れ合いなど近隣との交流もあると共に、ボランティアの受け入れや、緊急時の連絡網に地域住民も加わってもらうなどの協力も得られている。更に親の介護で相談に来た住民がいるなど、身近な介護事業所としての貢献もしている。介護事業所の責務でもあり、出来る限り最期まで支援したいという思いで、医療連携と看取り体制を整え、利用者、家族の思いにも出来る限り応えられるようにしようと取り組んでいる。運営推進会議は全家族への参加呼びかけに毎回多くの参加が得られ、家族の不安解消や介護に対する理解を深める会議にもなっている。家族の理解を得ながら、地域の協力も得て利用者を支えて行こうとしている事業所です。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、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、活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	「笑顔の共有」を理念とし、笑顔で接して利用者さんの笑顔と共に喜び、利用者さん・ご家族はもとより地域の方からも頼りにされるサービスを目指しています。	笑顔の共有が理念であり、穏やかな生活が送られている証が笑顔であるとの思いで、管理者が中心になって作成した。日々の生活で利用者の笑顔に多く接することが出来るよう、支援に取り組んでいる。行動の指針となる社員心得を作り、心からの笑顔の大切さを折に触れて話題にするなど、共有と実践に繋げている。	
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	散歩中に立ち話から庭の花を頂いたり、毎年さくらの下で地域有志による「よさこい踊り」や、避難訓練と一緒に参加して頂いたり、近隣から介護相談を受けたり民生委員に会議へ参加頂いて交流を図っています。	顔なじみの近隣の住民とは挨拶を交わしたり、桜の時期の公園での触れ合いや、ボランティアの受け入れなどを通して交流がある。更に介護に関する相談を受けたり、認知症サポーター研修を企画するなど地域貢献の事例もある。緊急時の連絡網への近隣住民の参加も実現でき、地域の一員としての交流が広がりつつある。	緊急時の連絡網など交流が広がりつつあることが伺われますが、身近な介護事業所の存在に関わりを期待している住民も多いと思われます。その期待に応える取り組みを工夫し、更なる地域交流の深まりや、地域貢献に期待します。
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	ご家族と認知症について話し合い、これから認知症との関わりを経験する方の参考にして頂くような内容を栃木県認知症高齢者グループホーム協会のホームページに掲載しました。		
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	サービス状況、評価結果、看取り、行事の意見交換して、行事日と運営推進会議を同日に開催し出席率をアップしたり、薬物療法の使用についても意見を反映しています。	全家族に参加を呼びかけ、行事の後に行うなど参加し易いような配慮もしながら定期に行われている。利用者の暮らし振りや行事、事故などの報告を行い、意見、提案が得られている。更に薬物療法など家族の気掛かりなことについて説明を行い、相互理解を図るなど家族との交流の場にもなると共に、サービス向上にも繋がっている。	
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員も参加頂き情報交換しています。また医療連携や看取り加算の適用に当たり意見交換したり、市の実地監査指導等を通して互いの考えを交換しています。	利用状況報告の折などには、適宜情報提供をすると共に、新たな加算取得時などにはアドバイスも得ている。地域包括支援センターとは運営推進会議の参加などで連携が図られており、協力を得て認知症サポーター研修の開催にも繋がった。	
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	ベッドだと転倒しやすい方には畳に布団で、また外を歩きたい方にはその気持ちを優先して対応し身体拘束をしないケアに努めています。玄関は利用者でも開けられる簡単な施錠で、日中は施錠していません。	強い外出志向のある利用者は今はいないが、転倒のリスクのある利用者は数名居り、家族の了解を得てセンサーを使用した見守りを行っている。言葉かけなども職員間でのチェックを怠らないようにしている。マニュアルを備え、研修の機会も設け身体拘束排除に努めている。	
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	身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクト等の基本的な定義を確認すると共に、他施設の問題を契機に第三者から見ると不快に感じる事もある事を再認識し、注意を払うと共に防止に努めています。		

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
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	管理者・ホーム長は、研修で学んでおり公証人役場の立会いもし職員にも教育しています。また地域福祉権利擁護事業を活用している他に、運営推進会議でも成年後見制度の説明したりして理解を広めています。		
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	契約前の説明は元より、入院して状態が変化した場合でも常時医療的な処置が不要なら継続利用可や制度改正に伴う料金変更も説明をし納得頂いています。		
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	日頃からご利用者さんの発言には耳を傾け、それを日誌に記録し必要に応じて会議で改善するように心がけています。また寝たきりに近い利用者さんのご家族が食事を持ち込んで食べさせたいとの意向やなるべく歩いて生活できるように等の意見を大事にしています。	日常の面会時などにも意見を聴くようにしているが、ケアプラン作成時の話し合いでは入念に意見、要望を聴くようにしている。歩く機会を増やして欲しいなどの日常生活に関する要望が多く、こまめに対応している。行事の写真に利用者の状況を手短に付け加えて毎月家族に届けている。	
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	運営者・管理者は現場も兼務し、普段から職員と一緒に働き、日常的に肌で感じておる他、会議や個人面談・コミュニケーション等を通して意見を聞き、適時対処しております。	職員会議や個別面談などで意見や、個人的な悩みを聴く機会もある。管理者自身も現場を担当しながら感じたことについて改善策を示し、実現していくことで共感を得て働きやすい職場づくりに取り組んでいる。負担を考えての職員増や、休憩スペースの整備などに繋がっている。	
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	代表者は現場も携わり状況を把握し、面談を行うと共に、処遇改善加算を利用し給与水準の向上に努めています。また職員の表彰制度や休憩時のマージャン機やパーテーション等の整備もしています。またスライディングシートの活用やシフトも疲労が蓄積し難いように工夫しています。		
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	法人内でのOJTはもとより、法人外での研修を受講した場合はレポートを作成・閲覧すると共に会議で発表してもらう。また関係する新聞・図書を回覧並びに閲覧し、全員のレベルアップに勤めています。		
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	全国GH協会及び栃木県GH協会に所属し協会の冊子を回覧したり、GH協会での交流や他GHのイベント等に参加しています。また他GHとの情報交換や活性化する仕組みとして県GH協会のホームページにブログや掲示板を作成しました。		

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
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	事前にホームに来て頂き、ご本人の状態を把握すると共にホーム雰囲気や職員・他利用者さんとのコミュニケーションを楽しんで頂き不安軽減に努めています。また面談した管理者やケアマネを中心にサポートし早期の安心確保に努めています。		
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	ご家族の困っていることや状態・ニーズ等をじっくり話を聞くと共に、ホームの支援姿勢を説明した上で利用するかどうかを判断して頂いています。また皆さん玄関に入って明るいホール雰囲気を感じて安心されています。		
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	状況を確認し、場合によっては他のサービスや他事業者を紹介するなど支援しています。また最初の期間はケアマネや管理者がサポートして早期に安心出来る環境作りをしています。		
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	レクリエーション・料理・皿洗い・草むしり・編み物等の得意な事を一緒にしながら経験談を披露して頂いたり、また教えて頂いたり、また自分ではきずかない身だしなみを注意頂くなど、暮らしを共に楽しみながら利用者さんと職員が支えあう関係を心がけています。		
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	終末期では医師も交えて治療法や暮らし方を状態変化に合わせて一緒に考えるようにしています。またご家族が、利用者さんの入浴介助や自分で作った食事を食べて欲しい、また利用者さんが花が好きだからと庭の花を手入れして下さったりとご家族の気持ちを大切にしています。		
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	ご家族には、利用者さんとお知り合いの関係を断つことのないように、面会、電話、年賀状等での交流をお願いしています。またご家族にもイベントにも参加頂き、楽しい時間を一緒に過ごして頂いています。また馴染みの場所の写真や資料を基に話に花を咲かせています。	10年を超える利用者もおおり、継続を大切に支援している。家族の訪問は比較的多く、友人、知人に対して手紙の代筆や、電話の支援などを行っている。更に盆正月の帰宅や、自宅に帰っての誕生会など家族の協力も得て支援をしている。外出が難しい場合は自宅の写真を撮って来るなどもしている。	
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	気の合う利用者さん同士で一緒にお風呂に入ったり、着替えや布団たたみを手伝ったり、元気な利用者が車いすを押して下さったり、椅子から立ち上って危険な場合に教えて下さったりと助けたり助けられたりしながら暮らしていけるように支援しています。		
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	在宅や他グループホーム・特養へ移った場合の情報提供や訪問して行事に誘ったり、またターミナルを経験したご家族に運営推進会議でその時の想いについて話を頂いたりしています。また亡くなられた後も、手紙を交換したりと交流が続いています。		

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
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	センター方式を採用し、日々のケアを通して思いや意向を把握したり、ご家族からの意見も取り入れて把握に努めています。具体的には、ご家族となら入浴される方が職員の誘いには拒むケースでは、入浴する前と入浴中の話題等を工夫する事で今では楽しそうに入浴されています。	日常接する中での意思表示や表情、家族からの情報、生活歴の聴き取りなどで、思いや意向の把握に努めている。全盲聾の利用者や言葉での意思表示が難しくなっている利用者も増える中、笑顔をバロメーターに支援している。書道や編み物などの趣味に取り組んだり、一緒に図書館に行って本を借りてくるなど希望に沿った対応をしている。	
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	ご家族からの情報の他に、ご家族の了解を得て在宅サービスのケアマネやデイホーム管理者からも情報を入手しケアに活かす様にしていると共に、過去の写真をお持ち頂いたり、利用者の思い出の場所へ行ってみたいと把握するように努めています。		
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	日誌を詳細に記載したり、センター方式を活用して把握しています。また日々状態も変化するので、固定的に捉えず現状を把握するように再チャレンジするように努めています。また薬の副作用等もあるので、医師と相談しながら薬の見直し等も進めています。		
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	家族の方にもセンター方式の心身の情報シートを記入して頂いたり、希望や意見を聞かせて頂き、ケアカンファレンスを通じて介護計画に反映しています。また変化に応じてケアも柔軟に対応しています。	12か月毎の定期的見直しを原則にして、2～3ヶ月毎にケアカンファレンスを行い、日々の支援を通して職員が感じていることなどを話合っている。本人や家族の希望は現状の維持、継続が主であり、体操なども取り入れて希望に沿った支援になるような計画を作成している。入院など体調の変化があった場合は、状況に応じた支援になるよう計画の見直しを行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録にエピソードや食事・排泄の状況を詳細に記録し、申し送り等で情報を共有したり、全スタッフに連絡する場合は連絡ノートに記載して情報の共有と徹底を図っています。またこれらの情報源を基に介護計画に反映しています。		
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	病院で食欲を無くして寝たきり状態だった方が元気になったり、病院で床ずれが出来たが訪問診療・看護で改善したり、病院から車椅子の生活と言われたが、ホームの生活リハビリで杖歩行が可能になった事例もあります。		
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	開所当初から体操の先生や近隣の方の紹介による民話の会の方、更に介護相談員OG、近隣のボランティア、傾聴ボランティアの方々が定期的に来て下さったりと外部との交流を図りながら生活しています。		

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
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	基本的にかかりつけ医へご家族付き添いで受診をお願いしています。しかし高齢化・重度化が進み医療との緊密な関係が必要な場合や通院介助が難しい場合は訪問診療を紹介し、現在は9人中9人が訪問診療を利用しています。	入居前からのかかりつけ医へ家族同伴での受診をお願いしていたが、重度化や家族の高齢化で、同伴での受診が難しくなってきた。現在は全員が2週間毎の協力医の訪問診療を受診している。受診は職員が立ち会い、受診結果や服薬情報は毎月書面で家族へ報告している。歯科の受診も適宜協力医の訪問診療で対応している。	
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	訪問看護ステーションと医療連携を契約し週1回の定期訪問と24時間の連絡体制を取ると共に、在宅療養診療所から月に2回訪問診療して頂くなど手厚い体制を整えています。		
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。	入院時は職員が見舞うようにし、回復状況をご家族とも情報交換したり医師の判断を仰いだり、病院での長期入院による筋力低下や退院後の混乱を少なくする為に入院期間を短くするように努めています。		
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	看取りについての研修受講や運営推進会議で終末期の考えを話し合う機会を繰返し、在宅療養診療所と訪問看護ステーションと医療連携と看取り介護可能な体制を整えました。また終末期の段階では状態変化に合わせて医師からの状況報告とご家族の意向、施設としての対応等を意見交換しながら進めています。	出来る限り事業所で支援を行いたいという思いと、介護事業所としての責務でもあるという考えにより、医療連携と看取りの体制を整えた。まだ看取りの経験はないが、医師、看護師と連携しながら本人・家族の要望に出来るだけ応えられるよう取り組もうとしており、家族との意見交換や、職員教育なども行っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	救急訓練や消防署での訓練予定を掲示し訓練を促したり、実際に経験した職員の経験談を聞いたり、また救急対応マニュアル・応急手当手順を整備し有事に備えています。また急変や事故時には、必ず管理者に連絡し相談すると共に必要に応じて管理者が駆けつけるようにしています。		
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	スプリンクラーと自動火災報知設備等の必要な設備を設置すると共にマニュアルを整備し、消防署との避難訓練・通報訓練・初期消火訓練を実施しています。また訓練には近隣の方も参加頂くと共に、協力して頂けるご家族・近隣・スタッフを非常通報先にも登録し有事の体制を整備しています。	年2回消防署の立ち合いで、家族や近隣住民の参加も得て、夜間想定などの避難訓練を実施している。高齢化などで車椅子の利用者も増え、夜間の対応を課題と考えており、家族や近隣住民にも緊急連絡網に入ってもらうなど課題解決に取り組んでいる。更により迅速な避難誘導に繋げるため、居間の掃き出し窓にスロープを付けることなども検討している。	訓練で明らかになった課題の解決策を考え、次の訓練では解決策の実施を図ることを繰り返し、全職員が緊急時にも臨機応変に対応できるようになることを期待します。更に協力の得られる家族、近隣住民の役割を確認し、役割に沿った訓練の実施にも期待します。

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
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	日頃から関り方を点検し、会議や連絡ノートで改善を図るようにしています。具体的にはトイレ・入浴・更衣時の配慮や申し送りはイニシャルで行うとか、QOLの向上を目指してアクティビティの声かけはしますが、最終的にはご本人の意向に合わせています。	声掛けは姓にさん付けを徹底し、自己決定を引き出す言葉かけに心掛け、正面から同じ目線で行う様にしてはいる。言葉づかいも敬う気持ちを大切に、馴れ馴れしくならないよう職員間でもチェックしている。利用者間のトラブルも家族と相談しながら、時には医師の指示を仰ぐなど深刻にならないよう対応している。	
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	日々のケアを通じて入居者の希望・関心・嗜好を見極めると共に、食事や飲み物等の選択、レク等の参加についても、声かけし自己決定できるように支援しています。		
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	日々のケアを通じて、その人らしさやその人のペースを把握し支援しています。事例としては、「本を読みたい」「居室で静かにしたい」、「歌を唄いたい・聞きたい」、横になりたい方には休んで頂いたり意思を確認して支援しています。		
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	髪を一度も切らずに伸ばしている方に結って差し上げると、気持ちよさそうに一番良い顔をされます。そんな些細な支援が重要だなと感じます。また服装も今までの好みの物を着て頂いています。		
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	食事前から季節の野菜や美味しそうな食材を見て頂いたり、話題にして雰囲気盛り上げたり、力に応じて調理・盛り付け・片付けを行うようにしています。利用者さんの中には、皆で食べる事を嬉しそうに話される方もいます。	利用者の希望を聞きながら、偏らないよう肉と魚のバランスなども考慮し、メニューを決め、食材の調達、調理を職員が行っている。利用者も下準備や下膳を手伝っている。とろみ、刻みの対応や介助の必要な利用者もおり、介助しながら職員も同じ席で同じもの食べている。餅つきなど変化を付けたり、家族の費用負担が発生しないよう工夫しながら外食を楽しむなどしている。	
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	食事は1200cal/日、水分は1.2Lを目安に摂取量を管理し、本人の摂取しやすい形態や物、容器等も検討しています。また体重を毎月測定し、増減に合わせて食事のコントロールもして支援しています。		
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	一人ひとりの力や口腔状態に応じて、毎食後に口腔ケアの支援をしています。今年は口の中を確認するツールを購入しより充実した口腔ケアをしています。		

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
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	昼間は立位可能な方には布パンツにパット使用、立位困難者で尿意の訴えの無い方でおむつ等使用でも時間を見計らってトイレ誘導しトイレでの排泄を支援しています。	約半数は自立しており、見守る程度の支援になっている。支援の必要な利用者については日中は排泄チェック表に基づき誘導してトイレでの排泄支援を行っている。夜間についても自分で起きてトイレに行く自立した利用者以外は、定時にトイレ誘導やおむつ交換をしている。	
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	ヨーグルト(1回/日)や繊維質の多い食材の摂取、更に体操(2回/日)・散歩・家事等を通じて身体を動かし、朝食後の自然排便に取り組んでいますが、年齢的に便秘の方が多く下剤も併用し三日に一回はお通じがあるようにしています。		
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	基本は夕方に2日から3日に1回の頻度で入浴して頂いていますが、ゆっくり入ってほしい等の希望対応や入浴を拒み1ヶ月に数回しか入らなかった方が対応方法を改善し、今は笑顔で入浴して頂いています。	入浴の記録に基づいて入浴の案内をし、2～3日に一度の割合で、夕方の時間帯に入浴している。長風呂を好む利用者にも希望に沿うよう対応している。入浴剤を使ったり、季節湯の演出もしながら入浴が楽しめるよう支援している。家庭風呂の個浴槽でADL低下の利用者の支援に難しさはあるが、足浴などを取り入れて冬場も寒さを感じないよう工夫しながら支援している。	
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	なるべく日中の活動を促しリズムが整うようしたり、日中でも状況に応じて休息したりと支援しています。寝付けない方には添い寝したり、話を聞いたり、暖かいものを飲んで頂いたりして安眠を促しています。それでも難しい場合は医師と相談し薬物療法を取っています。		
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	薬の変更を記録すると共に、薬の変更があった場合は連絡ノートで全員が認識して変化を見逃さないようにしています。また薬の目的・副作用等は処方箋並びに「薬の事典」や必要に応じてネットから情報を入力し閲覧しています。		
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	生活歴や力に応じて掃除・お茶入れ・裁縫・調理・漬物つけ・洗濯物たたみ等をまた月に1回は皆が楽しめるイベントを企画しています。今年はホーム内に屋台風のお店を出して食事を楽しみました。		
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	本人の希望により、散歩・買い物・外食等の外出を支援しています。また家族の方やガイドヘルパーやボランティアに協力して頂き、外出をしているケースもあります。また早朝や夕方に散歩を強く希望する方には、素直に受け入れて散歩に付き添うようにしました。	日常的には希望に応じた散歩や、必要なものの買い物などの支援をしている。計画的には季節の花見や、懇意にしている介護事業所の盆踊りに出かけるなどしている。高齢化して外出が難しくなっている利用者も多い中、家族の協力で帰宅したり、外食を楽しむ利用者もいる。	

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	全盲ろうの方には、権利擁護支援を活用しお金の支払い等をして頂いています。また、お金を所持したい方には低額を所持して頂き安心感を持って頂くようにしています。また外出時に買いたい場合には支援しています。		
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	遠方の娘さんからの電話や手紙の繋がりや自ら携帯電話で特定の方と連絡を取り合ったりしています。また利用者さん名で年賀状を出すように支援し、全盲の方には手紙内容を伝えたり、代筆で手紙を出したりしています。		
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	玄関には昔の下駄箱、採光のよい居間には床暖房も設置され足元から温めてくれます。また本・新聞・ホームの写真が閲覧され自由に楽しめ、明るいホールはレク等もし易く皆が集う場になっています。また対面キッチンからは、料理を作る音や匂いが食事を楽しませてくれます。	居間兼食堂は東側に面し、食卓に加えて窓側にソファが置かれて寛げるようになっている。更に一角が掃き出し窓になっており、窓の正面に花壇を作って季節の花を楽しめるよう工夫している。室内は季節の花やイベントの写真、利用者も手伝って作った日めくりカレンダーなどが飾られ季節感や生活感が感じられる。全体に清潔も保たれている。	
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	居間には、小さなテーブルやソファを置き、絵画や植栽で居心地良い空間を演出しています。また窓際から庭の花や周辺の様子を一人でのんびり鑑賞できます。また廊下中間にある脱衣室のベンチは、風通しが良くちょっと休憩する場所になっています。		
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	畳に炬燵など以前の生活が継続できるような居室で、表彰状や家族等との写真を飾りそれぞれに居心地の良い環境造りをして頂いています。なかには仏壇等にお祈りすることが日課のかたもいました。	入り口側が板の間で、奥側に畳敷きになった構造の部屋となっている。全て持ち込みとなり、各利用者の好みや状況に応じてベッドか畳に布団敷きを使い分けている。それぞれ、家族の写真や自分の作品を飾るなど居心地の良い空間になるよう工夫をしている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室には手作り風の表札を掲示しています。またトイレと浴室のドアは、居室と色違いにし識別し易い様にしています。また夜間は、トイレ前の電気を付け混乱や失敗を防ぐようにしています。また床はクッションフロアを採用し安全面の配慮もしています。		