

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	0292000023		
法人名	株式会社 リバース		
事業所名	グループホーム いきがいの里		
所在地	青森県東津軽郡外ヶ浜町字蟹田内黒山12-164		
自己評価作成日	平成29年9月15日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成29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)】

<p>自然に恵まれており、季節に応じた採れたての物を味わいながら、利用者と職員が共に、季節を感じながら生活を送っている。 また、利用者一人ひとりの経験を基に、山菜等の下処理作業や裁縫等を行い、共同生活の中で馴染みある生活を継続できるよう、また、ホーム内に毎日、笑い声が響きわたるように取り組んでいる。</p>
--

【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)】

<p>「住み慣れた地域の中で、笑顔を絶やさず、感謝の気持ちを込めて、生きがいのある生活(暮らし)を」という理念のもとに、日々、利用者の自立に向けたサービス提供がなされている。 ホームは自然に囲まれた場所に立地し、近くに山があり、四季折々の景色が見えることから、ホームに居ながらにして、季節の変化を感じることができる。また、町は山や海がある地域なので、地元の豊かな食材を使用し、栄養士が作成した献立による、手作りの食事が提供されている。 職員は、定期的に利用者の希望に沿った外出支援に取り組み、地域住民との交流にも努めながら、利用者が笑顔で、充実した生活を送れるよう、日々のサービス提供に努めている。</p>

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拡がりや深まりがあり、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

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	管理者・職員は地域密着型サービスの役割を理解している。事業所の理念は開設時、全職員で作成し、玄関・各棟へ掲示している。その理念である「住み慣れた地域の中で笑顔を絶やさず感謝の気持ちを込めていきがいのある生活(くらし)を」に基づき、日々のサービス提供に努めている。	開設時に職員一丸となって作り上げた理念を大切にしており、管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解し、日々のサービス提供に努めている。また、ホーム内に理念を掲示している他、職員は毎朝理念を唱和し、共有化を図っている。	
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	地域の方に気軽に立ち寄ってもらえるように働きかけている。近隣の住民より野菜や山菜等の差し入れをいただく等、交流がある。町内の商店を利用する際は、利用者と共に出かけ、ホームを理解してもらい、交流を図っている。	役場等、関係機関との連携体制があり、ホーム自体が地域の福祉資源となっている。また、町内の行事には利用者が常に参加しており、地域とつながりながら暮らし続けられるよう、日常的に交流が図られている。	
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	中学生の施設体験の受け入れを行っている。また、町の健康祭りに参加し、認知症に関する予防・普及活動を行っている。利用者の名前・写真等を使用する場合は、本人・家族から同意を得ている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、利用者・家族・地域包括支援センター職員・地域住民代表・社会福祉協議会職員・福祉課職員が参加しており、ホームの運営状況や取り組み等を報告している。会議で出された意見等は、サービス向上に活かすように取り組んでいる。	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しており、ホームの日常の様子や行事の写真を掲載した、わかりやすい資料を作成し、メンバーがホームを理解しやすいように配慮している。また、メンバーの会議への出席率も高く、活発な話し合いが行われている。	
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	行政にパンフレットを配布している他、自己評価や外部評価結果を報告している。また、ケアに関する問題の解決に向け、運営推進会議で話し合う他、電話や出向いての相談を行うことで、連携を図っている。	運営推進会議には役場や地域包括支援センターの職員が出席しており、ホームの状況を理解していただいている。また、行政には日頃から連絡を取り、ホームの取り組みを伝えながら、適切なサービス提供ができるよう、協力関係を築いている。	

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
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	身体拘束廃止に関するマニュアルを作成している。勉強会を通し、代表者・全職員が身体拘束について理解している。やむを得ず拘束を行わなければならない場合は、その理由・方法・期間・経過観察等の記録を行い、家族への説明と同意を得る体制となっている。外出傾向がある利用者については、見守りを行い、察知した際には職員が付き添っている。また、無断外出時に備え、近隣の方々から協力が得られるように働きかけている。	ホームでは研修への参加やマニュアルの整備等を通じて、全職員が身体拘束の内容や弊害について学び、身体拘束をしないケアを正しく理解しながら、日々のサービス提供に取り組んでいる。玄関や居室は施錠せず、利用者が自由に出入りできるようにしている他、職員間で声をかけ合い、外出傾向を察知できるようにしている。また、やむを得ず身体拘束を行う場合に備え、同意書や記録様式を整備している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	講習・勉強会を通して、虐待について理解を深めている。管理者は職員の日々のケア場面を観察する等、虐待を未然に防ぐよう、細心の注意を払っている。また、職員は、虐待を発見した場合の対応を理解している。		
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	外部の研修や勉強会を通して、職員は概要を理解している。また、制度の利用が必要な人には、地域包括支援センターや関係機関と連携を図り、活用につなげていく体制となっている。		
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	契約時は重要事項説明書を基に、理念・ケアの方針・取り組み等を利用者や家族に説明しており、理解や納得が得られるよう、意見や希望、疑問等を十分聞いている。また、契約改訂時や退居時にも、今後の処遇について説明を行っており、退居時には退居先に情報提供を行う等の支援を行っている。		
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並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	面会時等に、家族が意見や要望等を話しやすい雰囲気づくりに努めている。意見等を上手に表すことができない利用者については、言動から、本人の不満や意見等を察するように取り組んでいる。また、玄関に意見箱を設置し、家族からの意見や希望には速やかに対応している。	利用者や家族代表が運営推進会議に出席しており、意見や要望を外部に表せる機会を提供している。また、玄関に意見箱を設置している他、重要事項説明書等に相談・苦情に関する事項を明記し、意見等が出された場合には、より良いホームの運営のために反映させる体制を整えている。	

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
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	毎月の常勤会議にて、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。代表者・管理者は内容を把握し、運営に反映されるように取り組んでいる。異動を行う場合は、利用者と職員の馴染みの関係を考慮し、利用者にも与える影響が最小となるように配慮している。	毎月、常勤職員の会議が開催されており、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。また、常勤職員の会議の前に、管理者が非常勤職員の話聞く機会も設けている他、年1回は職員が出席する全体会議も設けている。	
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	代表者は現場に入って、職員個々の努力や勤務状況を把握している。年に一度、健康診断を実施しており、職員の心身の健康を保つための体制を整えている他、労働基準法や就業規則に則り、職員の労働環境を保っている。		
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	外部研修を受けるよう、声かけを行っている。内部研修については年間計画を作成し、月に一度、勉強会を行っている。また、外部研修の後には報告書を作成し、伝達講習を行っている。代表者は職員が希望する研修に参加できるよう、勤務状況に配慮している。		
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	外ヶ浜地域グループホーム協議会へ参加し、交流会や勉強会において、意見交換や交流を図り、サービス向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス利用の相談があった時には、利用希望者に見学に来てもらったり、自宅へ出向く等して、直接話を聞く機会を設けている。相談の際は、利用を前提として話を進めるのではなく、利用希望者の身体状況・思い・希望・ニーズ・不安を把握し、利用者との信頼関係を築くことを意識して対応している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス利用の相談があった時には、利用希望者とその家族に見学に来てもらっている。また、自宅や施設等へ出向く等により、直接話を聞く機会を設けている。相談の際は、利用を前提として話を進めるのではなく、利用希望者や家族の身体状況・思い・希望・ニーズ不安を把握し、家族との信頼関係を築くことを意識して対応している。		

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
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時の利用希望者や家族のニーズに対し、初期の段階で、介護支援専門員がどのサービスの利用が適当か、見極めをしている。対応できる事については柔軟に実行し、すぐに対応できない事については、方策を検討している。また、必要に応じて地域包括支援センター等の関係機関との連携を図り、他のサービス機関に移行する支援を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者と一緒に過ごす機会を多く持ち、喜怒哀楽を理解するように努めている。また、花壇の手入れ・裁縫・調理等の得意分野で力を発揮してもらえるよう、利用者と職員がお互いに支え合う関係を築いている。		
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置かず、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	家族との情報交換を密に行う等により、利用者の様子や家族の思い、職員の気づきを共有しながら、利用者を共に支える関係を構築するように努めている。		
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	利用者がこれまでに関わってきた人や馴染みの場所を把握するように努めている。知人等の電話や手紙での連絡を取り持ち、これまで関わってきた人との交流を継続できるように支援している。	入居前の生活歴について、家族や関係機関から話を聞き、利用者が大切にしてきた人や場所との関係継続の支援に努めている。また、家族や親戚にハガキを書いたり、居室で携帯電話で話ができるよう、プライバシーに配慮しながら支援している。	
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	職員は利用者同士の関係性や、共に支え合って暮らしていくことの大切さを理解している。利用者が孤立しないように配慮し、利用者同士のトラブルが生じた際には、関係の調整を行っている。また、利用者同士の関係や持っている力、個性に配慮し、より良い人間関係づくりにつながる働きかけを行っている。		
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	サービス終了後も相談や支援に応じる姿勢を利用者や家族に示し、必要に応じて家族の相談に応じる等、これまで築いてきた利用者や家族との関係を継続するように努めている。また、退居先の関係者に対し、利用者の状況・生活歴・これまでのケアの情報を提供し、環境や暮らし方の継続性に配慮してもらえるように働きかけている。		

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
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	馴染みの関係性を築き、話しやすい人間関係の構築に努めながら、聞き取りが可能な利用者には、直接、本人に意向の確認を行っている。また、普段の何気ない会話の中で、それとなく「思いや願い、希望、訴え」がないかを探り、意向の把握に努めている。会話が困難な利用者に対しては、行動や言動から「何を求めているのか、伝えようとしているのか」を全職員で検討し、思いや意向の把握に努めている。	管理者及び職員は、利用者との日常的な関わりの中で、一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向を聞くように努めている。職員は利用者の視点に立って、真意や意向を把握するように努めている他、利用者をよく知る家族や関係者にも話を聞き、希望に沿った支援をできるように努めている。	
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	入居時に家族や本人から、生活歴やこれまでのライフスタイル、今まで利用してきたサービス等について情報収集を行っている。また、他事業者からも情報提供書をもらい、これまでの暮らしの把握に努めている。入居後も本人や家族から情報収集を行い、利用者が馴染みの暮らし方ができ、居心地良い生活環境となるように努めている。		
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	利用者の1日の暮らし方や生活のリズムについて、アセスメントシート・体調チェック表・排泄チェック表等、各種チェック表に記録し、職員間で情報共有ができるように努めている。センター方式D-1・D-2を活用し、利用者の「できる事、わかる力」の現状把握を行っている。		
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	カンファレンスや日々の申し送り等を通し、職員間で利用者に対する気づきや意見交換を行い、十分な話し合いの上、介護計画を作成している。介護計画はそれぞれ個別に、利用者の願いや現状に沿って、具体的なものを作成するように努めている。また、実施期間を明示して、終了後には見直しを行っている。	毎月、定期的にかンファレンスを開催し、利用者がより良く暮らすために、介護計画の評価を実施している。また、利用者本人は勿論、家族や医療機関等、必要な関係者とも話し合いを行い、それぞれの意見を反映させながら、現状に即した介護計画を作成するように努めている。	
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	職員は、利用者一人ひとりの介護計画書の支援内容を十分に把握した上で、支援内容に沿ったサービス提供を行っている。生活の様子・身体状況・職員の気づき・実践状況をアセスメントシートに記録し、全職員間で情報が共有できるよう、個人ファイルにまとめている。		

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
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	本人や家族からの希望に沿えるように、買い物の代行の他、町内のスーパー・昔からの馴染みの理髪店等への外出支援を行っている。利用者の町外の専門医受診の際は、家族へ受診依頼を行っているが、家族の支援が無理な場合は、職員が受診支援を行い、家族に代わってサポートしている。		
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	地域包括支援センター・民生委員・自治会・社会福祉協議会等と、ネットワークを形成している。病院主体の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等の施設連携会議へも、委員として参加している。また、外ヶ浜地域グループホーム協議会において、4つのグループホームが集まり、勉強会や4施設合同の交流会を開催している。		
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	健康管理及び適切な医療が受けられるよう、月1回、かかりつけ医による巡回診療を行っている。また、本人や家族からの要望も大切に、町外の専門医への受診希望があれば、かかりつけ医と相談した上で紹介状をいただき、受診できるように支援している。	これまでの受療状況を把握しており、入居前の病院に、継続して通院することができるように支援している。ホームでは利用者や家族等の希望を聞きながら、利用者が適切な医療を受けられるように支援しており、専門医への受診等、必要に応じて、町外の病院にも通院の支援を行っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護師が在籍していないので、利用者の内服薬の管理や巡回診療の際の医師とのやり取り、緊急時の病院受診、特変時の医師への相談等は、常勤職員が行っている。日々、利用者に関わっているため、利用者の体調の「変化」、「気づき」、「相談」といった情報も、他職員と共有が行われている。医療の専門職ではないので、利用者の状態に変化が見られた際はかかりつけ医へ状態報告を行い、担当医師より指示を仰ぎ、適切な対応ができるように努めている。		
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、また、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。	入院時には利用者が安心して治療を受けられるように、利用者のADLの状態やホームでの生活情報を記載した介護サマリーを、病棟へ提出している。また、担当医師・家族・ホーム職員が、治療方針や治療計画の話し合いを行うことができる体制を整えている。		

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
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	終末期ケアは行わない方針であるため、入居前に本人や家族へ説明を行い、了承を得た上で契約をしている。かかりつけ医も当ホームの方針を理解しており、利用者が終末期状態に入った場合は、本人や家族へ担当医師から説明を行ってもらい、入院の方向で対応を行っている。また、終末期ケアは行っていないが、担当医師・家族・ホーム側と十分に話し合いを行った上で、ホームでの日常生活が可能な限りは、ホームでの生活を継続してもらう体制づくりを行っている。	看取りの対応は行っておらず、入居時に、利用者が重度化した場合や終末期のあり方について話し合い、対応を決めている。また、利用者や家族と方針を共有しながら、病院等、地域の関係者と共に、日々の支援に取り組んでいる。	
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	利用者の急変や事故発生の時でも慌てず、統一した対応が行えるよう、緊急時対応マニュアルを作成している。かかりつけ医とも連携を図っており、事故や急変時にはかかりつけ医へ連絡を入れ、的確な指示を仰ぎ、対応を行っている。また、全職員が応急手当や救急救命の研修を受講し、万が一に備えている。		
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	消防署の協力を得て、避難・消火訓練(夜間想定を含む)を年2回行っている他、消火器や避難路の設備点検を定期的に行っている。非常災害時対応マニュアルを作成し、災害発生時に備え、2日分の食料や飲料水、簡易トイレ、毛布等を用意している。また、自治会長に依頼し、災害発生時における地域住民の協力体制を構築している。	いざという時に適切な避難誘導が行えるよう、利用者と職員と一緒に、定期的に避難訓練に取り組んでおり、地域住民の協力も得られている。ホームでは災害時の対応マニュアルを作成している他、事務室に、医療機関一覧表と共に、緊急連絡網を掲示している。また、災害発生時に備え、敷地内の倉庫に必要な物品等を用意しており、食料は賞味期限がわかるよう、整理して適切に保管している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者の言葉を否定したり、拒否しないよう、親身になって聞いている。トイレ介助時等は耳元で小さく声がけし、利用者の羞恥心に配慮している。また、利用者とは話す時は、年長者と接する上で、常識的な言葉遣いで声がけをしている。	日常的に利用者に声がけし、本人の反応や意思確認をしてから次の行動に移し、職員本位のケアにならないように心がけている。管理者は、職員が日常的にどのような声がけ、話し方をしているのか、また、馴れ合いの言葉遣いにならないように注意しており、職員同士でも気づいた時は、お互いに声をかけ合い、利用者一人ひとりを尊重した支援に取り組んでいる。	

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
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	利用者に対して手伝い等をお願いする際、目線を合わせ、優しい言葉で声がけし、自己決定を促している。利用者が言葉で意思表示できない場合でも、表情や仕草から読み取るようにしている。また、認知症状が強く、自己決定できない方には、いくつかの選択の中から選んでいただいている。		
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	職員のスケジュールに合わせるのではなく、利用者のペースや希望に合わせて支援している。利用者の希望やその日の気分、身体・精神状態に合わせた柔軟な支援を行っている。		
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	利用者の希望を尊重し、利用者の好みで衣服を選び、おしゃれができるように支援している。衣類や整容の乱れには、さりげなく場所を変える等して、サポートをしている。2ヶ月に1回、美容院が来訪して散髪しているが、利用者のこだわりを保つために、事業所で送迎・連絡調整を行う等、希望に応じて、馴染みの理・美容院に出かけられるように支援している。		
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	献立は、利用者の希望・好み・苦手なもの等に配慮されている。苦手なものが出る場合は、別メニューを用意している。利用者の状況や意思等に応じて、調理の下準備や後片付け等を促し、職員も一緒に行っている。また、職員も利用者と一緒に席に着いて食事をしたり、食べこぼし等のサポートを行っており、会話を楽しみながら、食事時間を過ごしている。	嗜好調査を行って利用者の好みを把握しており、栄養士が献立を作成し、職員手作りの食事を提供している。ホームが立地する町は自然豊かで、食材が豊富なため、地域住民に野菜等をいただくこともある。また、利用者一人ひとりの力を活かしながら、職員と一緒に、準備や食事、後片付けを行っている。	
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	体調チェック表に一日の食事摂取量や水分摂取量を記入し、把握している。嚥下機能が低下したり、病気によって普通の食事が摂れない場合でも、体調に応じて、食べるタイミング・調理方法・食事方法・食器等も工夫することにより、食が進むように支援している。		

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
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に、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	口腔内の手入れの必要性を全職員が理解している。毎食後に口腔内の洗浄や、夕食後は入れ歯の手入れ等を行っている。また、一人ひとりに声がけをして、能力に応じた支援を行っている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表に記録し、一人ひとりの排泄パターンを把握している。パターンに応じて事前誘導を行う等、自立に向けた支援を行っている。紙パンツやパットを使用している利用者には、紙パンツの使用を継続するか、見直しを随時行っている。尿意や便意の確認時、誘導時や失禁時の対応は、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮して、他の利用者には気づかれないよう、速やかに行っている。	排泄状況を記入し、職員は利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。ホームでは排泄の自立を支援する方針で、日々のサービス提供に取り組んでおり、トイレ誘導時や失禁時等は、利用者の羞恥心やプライバシーに十分に配慮しながら対応している。	
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	職員は便秘の原因や及ぼす影響を理解しており、便秘の原因を探ると共に、便秘の予防のため、食材やメニューの工夫を行っている。一日の食事や排泄、活動状況等を見直し、自然排便を促す工夫を行っている。下剤を使用している場合には、個々に合わせた使用量になっているが、安易に薬に頼らないよう工夫している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	利用者一人ひとりの入浴習慣や好みを把握し、「いい湯っこであった」と言ってもらえるよう、温度調整をしたり、羞恥心や負担感が無いように配慮して、安心して入浴ができるように支援している。また、入浴を拒否される利用者に対しては、声がけや対応の工夫を行っている。	最低でも週2回は入浴できるように支援しており、個浴を行っている。また、入浴を拒否する場合には、利用者の希望やタイミングに合わせ、利用者が入浴が楽しめるよう、柔軟な対応に努めている。	
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	利用者の生活習慣・体調・その時々状況に応じて、休息を取り入れている。眠れない利用者に対しては、温かい牛乳を提供したり、会話をする等して、安眠につながるよう支援している。また、必要に応じて家族や医師と相談し、眠剤の服用について調整している。		

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
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	全職員が全利用者の薬の内容を把握できるよう、薬情報のファイルを作り、いつでも見られるようにしている。飲み忘れや誤薬等が無いように、職員二人で声を出して確認し、利用者の前でも確認している。また、服薬による状態の変化や経過は記録に残すと共に、家族や医師に報告し、話し合いを行っている。		
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	利用者一人ひとりの生活歴や残存能力をを考慮した上で、花壇の手入れ・食器拭き・掃除等の役割を持ってもらい、生きがいを持って日々過ごせるように支援している。		
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。また、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	利用者の希望・状態に合わせ、天気の良い日には散歩やドライブに出かけ、気分転換を図っている。物品購入の希望があった際には、近所のスーパー等に一緒に出かける等、支援をしている。その際、利用者の身体状況に合わせ、移動方法や移動時間等に配慮した支援を行っている。	天気の良い日は近隣を散歩して季節を感じたり、スーパーまで買い物に出かける等、日頃から外に出る機会を設け、利用者の気分転換を図っている。また、できるだけ利用者の希望が叶えられるよう、必要に応じて、家族の協力を得ながら支援に取り組んでおり、お盆の墓参り等にも出かけている。	
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	家族の支援を得て自ら管理できる方は、お金を所持し、買い物の際も支払いを行っている。また、管理ができない方でも、外出や行事等の買い物をする時は、家族と相談して決めた一定の金額を渡し、買い物を楽しんでいただけ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	利用者から、家族や友人・知人に電話したい等の希望があった場合には、プライバシーにも配慮の上、居室内でホームの携帯電話を使用し、電話をしていただいている。また、一人で行うことが困難である場合には、取り次ぎや代筆等を支援している。		

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
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	調度品等は家庭的な雰囲気を保てるように配慮している。テレビや音楽の音量は、難聴の利用者もいるため、他の利用者とのバランスを考慮し、適切になるように配慮している。室内の明るさは、天気や時間に合わせて調整している。各居室に温・湿度計を設置し、適切な温度・湿度を保つように配慮している。また、季節を感じるができるように、季節に合った飾り付けや小物を設置している。	ホーム内は整理され、掃除が行き届いており、ホール等の共用空間は、利用者にとって快適な場所であるよう、温度・湿度も管理されている。また、調度品や装飾等で生活感や季節感を取り入れ、居心地の良い空間づくりを行っている。	
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	利用者同士の関係性等に配慮して、食卓テーブルの座る位置やソファの配置等を工夫している。		
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	利用者や家族と相談し、馴染みの物や家族の写真等を持参していただけるよう、積極的に働きかけを行っている。居室への持ちこみが少ない場合には、利用者の希望を聞きながら、職員と利用者が一緒に、心地良い居室づくりを行っている。	居室担当が決まっており、掃除や整理を行っている。また、居室は持ち込みが自由であり、利用者の馴染みのある物や好みの物を活かしながら、一人ひとりが居心地良く過ごせる居室づくりを行っている。	
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」や「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	場所間違いを防ぐため、利用者一人ひとりの状態を把握し、目印を設置する必要がある場合には、個々に合わせた飾りや名前を付ける等の取り組みを行っている。		