

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	4372301202		
法人名	有限会社 トータルライフケア		
事業所名	グループホームあゆみ		
所在地	熊本県熊本市南区富合町南田尻471		
自己評価作成日	平成25年10月3日	評価結果市町村受理日	平成25年11月11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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	平成25年10月22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)】

「なぜ」「どうして」とケアの根拠を考えて行動することを目標に、日々のケアに取り組んでいる。ひもときシートを元に考えてカンファレンスを行ったり、ケアに焦点をあてた記録ができるように記録シートの改良を行ったりして、問題解決できるよう工夫している。
 職員は、お一人お一人の落ち着く場所を理解し、その方らしく生活できる環境づくりを考えている。認知症ケアが大好きな職員ばかりなので、同じ理念の下ケアに取り組むことができている。
 入居者の重度化が進んでおり頻りに外出することが困難になっているので、地域とのつながりに関しては、個別に外出したり、職員が地域行事のボランティアとして参加したりしている。

【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)】

平成16年開設という経年による重度化(平均介護度3.7)や高齢化(最高齢102歳)の中、管理者の変更という変革期にある。今年は利用者から“感謝される施設づくりのため”にとするコンピテンシーのもと、強固なチームワークと各委員会や社内研修等によりスキルアップを図り、入居者一人ひとりの穏やかな表情でその人らしい生活を継続させている。年を重ねても大きな変化もなく過ごされる様子は健康管理の的確さや観察等の成果が表れ、担当職員による家族への現状報告の継続は家族との関係構築として生かされ、「ここで最期まで」との希望も多く、家族の協力や在宅診療に志のある医療機関・訪問看護との連携により看取り支援を行っていることに敬意を表したい。また、地域資源を活用した外出やボランティアとの交流等地域の中で暮らし続ける基盤は確立し、運営推進会議も相乗効果となってサービス向上に生かされている。地域の中での役割も十分に果たしており、今後の活動も楽しみなホームである。

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 ↓該当する項目に○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している (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	運営理念と職員から意見をまとめて作られた10の約束を常に目につく場所に掲示し、立ち戻り実践していくようにしている。地域交流行事には参加する意義や役割を職員皆で共有しスタッフ自ら連絡調整が出来るよう努めている。	“利用者から感謝される施設づくり”を大前提に行動指針3項目と“10の約束”を立て、掲示や唱和による意識付け、及び名札にも入れる等ケアの原点としている。全職員の意見が集約された今年のコンピテンシーが職員のケア規範として生かされており、まさに法人名である“トータルケアライフ”をチーム一丸となって取り組んでいる。職員の寄り添う姿勢や煩雑な業務の中にあっても笑顔を忘れない姿勢に高い意識であることが表出している。また、地域密着型事業所として地域の一員としての役割を認識し、多様な社会資源との密接な関係を築いている。	
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	毎月の老人会、ゲートボール大会の応援、地域の夏祭り、花壇の手入れ、新築祝い、どんどや等南田尻を中心に利用者様と一緒に参加させて頂き地域とつながりのある生活が送られるように努めている。	地域との密接な関係を継続する努力を惜しまないホームであり、民生委員とともに交通指導に出たり、子ども会との交流や子ども110番の受託、ごみ収集場所の掃除、小・中学生との交流、敬老会や毎月老人会へ参加する等世代間を超え多岐に亘って交流している。また、町の防災訓練への参加や近隣住民との散歩時の歓談や野菜・花の差入れなどもあり、地域生活は充実し、マラソン大会へボランティアとして参加したり、自治会への加入・ゲートボール大会には鳴り物入りで観戦する等地域の一員として積極的に活動している。	
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	老人会に参加させて頂く時に、作業療法士と一緒に参加し、健康体操や認知症予防体操、自宅で簡単に実践できる体操や高齢者特有の生活の注意などお話しさせて頂くように努めている。		

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
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	事業所の取り組みや地域交流行事参加について報告、情報交換を行い地域とグループホームでお互い様の関係を築いていけるように努めている。会議の内容は職員会議に持ち帰り職員皆で考える機会にしている。	定期的開催する運営推進会議は、メインテーマを設定した意見交換がホームのサービス向上のみならず地域高齢者支援につながっている。委員へのアンケート調査や防災訓練を組み入れる等創意工夫し、参加者からの意見や情報も多く出されており、その参加意欲に敬意を表したい。また、委員とともに一人暮らし高齢者宅の確認に出かけたり、委員も草取りやクリスマスケーキ作り等ボランティアとして訪問される等ホームに好意的であることも確認できた。家族には全員に参加を案内し、不参加者には手紙での報告により共有化を図っている。	
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	毎月開催される、地域包括支援センター主催の会議に参加し地域の事業所を含め意見交換会や事例検討に参加している。市の介護支援相談員の方との連携や社会福祉協議会からのボランティア受け入れ協力体制をとっている。	地域包括支援センター主催の会議の中で地域の情報や課題を検討したり、老人会で得た諸問題を包括に出向いたり電話での相談や介護相談員の情報をもとにケアサービスに反映させ、運営推進会議の議題によっては参加もされる等協力関係が築かれている。行政との集団指導への参加やグループホーム連絡協議会へ行政からも参加されている。また、介護認定更新に入居者と一緒に出かけ情報を発信し、市の委託事業を受託している。	
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	日中は自分で玄関は開けられるようにし、安全を確保しつつ自由な暮らしを支援できるように職員間で声かけ見守りに取り組んでいる。	身体拘束の基本的な考え方や身体的・精神的・社会的な拘束の弊害についての研修により意識向上を図り、車いすからの立ちあがりやその都度話し合う等日常の介護の中で理解し、考えたケアの徹底により自由な生活を支援している。また、外出傾向や帰宅願望等原因の追究や個々の状況を把握し、見守りの徹底などチームとして取り組み、常に見守り、一緒に外に出かけている。また、コンビテンシーの一つに具現化した、“思いやり・素直・誠実”もケア規範として、声かけ等職員同士が注意喚起している。	
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	高齢者虐待防止法について社内勉強会を実施し虐待に繋がる不適切なケアが行われない様、組織全体で雰囲気作りを行っている。		

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
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	成年後見制度を活用されている方は、入居時に後見人の方と情報交換の時間を持ち、今後の意向などについても話し合いを行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の時は安心して話せる環境を提供し、家族の不安や疑問が生じていないか相手の立場に立って確認するようにしている。面会時、家族の経済的不安もきちんと聞くようにしている。		
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	意見箱を設置しているが、そこからあまり意見を聞くことはできていない。面会時現在の様子を説明し不安な事や質問はないかなど家族の意見を直接聞くようにしている。家族から聞かれた意見は職員会議などで報告してケアに生かしている。	入居者との馴染みの関係が築かれ、日々会話の中から根底にある要望などを推察等しケアサービスに反映させている。家族には担当職員が毎月手紙により情報交換を行い、訪問時に日常の様子を説明しながら、意見や要望の他不安等を尋ねている。運営推進会議や家族会も問題提起の場として生かされ、ホーム運営に反映させている。	家族との関係は構築し、家族会の中で家族と担当職員との話し合いの場も作られている。更には家族会の中で家族のみの話し合いの場を検討され、家族の悩みの発信の場や忌憚りの無い意見や要望を聴集する機会とされることを期待したい。
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	職員は日々の業務の中で自ら気づきを持ち、朝礼や職員会議等で意見を述べ、管理者はその内容を経営会議で報告し、事業計画立案の参考にしている。	朝の申し送りの中で事例を検討する等常に業務改善意識や観察力を持ったケアに取り組み、職員会議や全体会議の中で意見交換を行っている。職員主導による事業計画や各委員会活動等役割分担は職員の責任感やモチベーションとなっている。代表・管理者は職員とのコミュニケーションを図り、職員も目標を立て、半年毎の個別面談も行われている。	
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	全職員と面接の機会を持ち、代表者と一緒に目標設定を行い、その後管理者は目標達成できるようフォローアップ面接を行っている。その評価を賞与に反映する基準の設定もしている。		
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	OJTの仕組み作りを実践している。法人外の研修には研修伺いを提出し内容が添えば料金免除等の配慮をしている。		

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
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	ヒューマンケア富合さんと合同研修への誘いを受け参加希望している。災害時に相互支援ができるように遠隔にあるGH等と協力関係を結んでおく必要性も考えているところである。		
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	入所初期にセンター方式を使用し、情報収集を行い、本人様の要望に耳を傾けている。本人様とゆっくり話す時間をもち安心感を感じていただけるように支援している。		
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	事前面接、センター方式によるアセスメントなどのツールを通し家族の思いに耳を傾けている。家族の介護に対する体験談なども聴いている。		
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	会社で統一した相談受付表を使用し、居宅ケアマネも含め現在どのようなサービスが必要なのか協議し、本人様にあったサービスの調節を支援している。		
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	ケアプランの中に本人様の役割遂行やそれに対する感謝の念を伝える事をあげている。全利用者が、十分に役割を持って活動している支援までには至っていない。		
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	これまでの両者の関係を踏まえ、面会時は、ゆっくりと話していただける環境を支援している。日頃、本人様から聞かれる家族への思いなども代弁し、近況報告を行っている。一緒に支えているという関係にはいたっていない。		

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
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	馴染みの関係を十分には把握出来ていない。入居期間が7～8年と長い人程なじみの関係が切れていっている。地域の行事などには少しずつ参加しているが、以前の社会とのつながりを支援するまでには至っていない。	入居が長く高齢化等により入居前の生活圏との関係が薄れてきたとのことではあるが、初もうでや神社参拝、どんどや見学、昔住まっていた場所にある喫茶店や入居者の畑周辺へのドライブ等これまでの関係性の継続に努めている。遠方の家族から手紙が送られたり、花植え・書道・編み物等の趣味や七夕短冊作り等様々な慣習の継続に取り組んでいる。	
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	職員は共に支えあっていく大切さを理解し、利用者間に入り話題作りを心掛けている。食事のときなどは、座席の位置を配慮し会話が弾むような支援をしている。		
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、家族の相談に応じたり、面会に行くなどの関係を築いている。移り住む先の関係者にも、これまでの支援の工夫など情報提供をしている。		
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	ひもときシートを基に独自のシートを使用し本人様の気持ちに立ち返る考え方を定着させ、カンファレンスに使用している。	アセスメントで得た情報や高齢化・重度化傾向にある中、職員は一人ひとりに寄り添い、その時々状況や背景を探り、真意を見極めケアに反映させている。入居者本位の実践であることは、準備シート(ひもときシートをホーム独自に改良)の利用や入居者個々に毎日目標を決め達成状況の評価に表れている。	
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	センター方式を活用し、生活歴の把握に努めている。馴染みの生活環境は不十分な点がある。		
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	日常生活の中で、出来る能力を発揮できるように、実施する環境や声掛けの工夫を記録に残している。		

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
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	ケアプランに沿って、各利用者の受け持ち職員が介護計画書を作成している。カンファレンスやモニタリングは受け持ち職員を中心に実施している。家族の要望やアイデアは面会時確認を行っている。利用者や家族を含めたカンファレンスは実施できていない	担当職員とケアマネジャーで話し合いながらのアセスメントや職員の観察や気づきをもとにしたモニタリング等支援の必要性を3か月毎に見直している。アセスメント表は入居者の変化を詳細に記録し、職員のケア統一に反映させている。また、家族には訪問時や家族会参加時に要望等を聞き取りし、ケアプランを説明し、了承を得ている。	
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	記録シートの改善をし、ケアの結果が記録できるようにした。今一番重要なケアについて目標を持ち、支援内容、気づきなどが時系列で分かるようにしている。介護計画書のコンスタントな見直しまでは実施できていない。		
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、その時々にも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	座位保持が不安定で皮膚ハクリができやすい利用者様には福祉用具購入を支援した。看取りで訪問看護の充実が必要な方は医療保険での訪問看護利用を支援した。		
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	地域の広報誌や回覧板から地域の情報を収集している。ボランティアの要請や地域行事参加時に車椅子を押していただいたりと社会との関わりが持てるよう支援している。		
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	主治医と家族の橋渡しをし、治療方針、看取り方針を一緒に考えられるようにしている。	入居者・家族の希望するかかりつけ医への受診や協力医療機関からの往診となっている。毎月の受診・往診結果や随時の報告により家族との共有化を図っている。バイタルチェックや法人の訪問看護師との協力体制により入居者の体調管理に取り組み、異常の早期発見や早めの受診に努めている。また、訪問歯科も採用している。	

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
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	担当の訪問看護師には朝礼に参加してもらい、情報の共有を図っている。訪問以外でも連絡をとりあい、訪問看護からの指示は記録し職員間の情報の共有に勤めている。		
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、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。	本人、家族、医療機関などと情報交換しながら意向を確認し、事業所として出来ること、継続して医療機関と連携することなどを話し合いながら早期退院計画に努めている。退院時カンファレンスには積極的に参加している。		
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	入所時に重度化指針を説明し、重度化した場合の希望や方針を確認している。状態変化時は、主治医、家族と三者でカンファレンスの機会を持ち意向を確認し職員会議などで職員の終末期体制作りに努めている。	看取り介護指針や看取り介護の流れを整備し、同意書を取り交わしている。体調の変化に伴い主治医を交えた話し合いにより、家族の意向を再確認し、訪問看護との連携によりホームで最期まで支援している。在宅医療に志のある医師の存在はアドバイスを受ける等職員にとっても心強く、職員も研鑽を積み、本人や家族の「ここで最期まで」との思いに応えている。	
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	緊急時の対応などは社内研修にて年2回学んでいる。状態によって予測される事は、事前に職員間で情報交換をし、対応を医師、訪問看護から事前に指示を仰ぐように努めている。		
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	隣接する有料老人ホーム職員と普段から交流し利用者の避難誘導手段などの情報交換に努めている。運営推進会議にて地域住民、家族にも避難訓練に参加して頂き、気づきや改善点などのアドバイスを頂いている。	年2回の火災避難訓練前にはシュミレーションを行い、運営推進会議に組み入れ参加委員と一緒に訓練している。毎月火気点検や防災備品及び家具転倒防止等の点検を行うなど危機管理意識が高く、一斉連絡網には区長等も加わり、緊急連絡網により一斉連絡等に取り組んでいる。散歩を兼ねた地域の避難場所確認や河川防水対策の外部研修等に参加し、水や食料の備蓄や毛布等を準備している。	

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
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	不適切なケアが虐待につながる事を、職員会議等で話し合い、自分のケアを振り返り、不適切なケアを発見したら、お互い注意し合える関係を築いていくように努めている。	職員が自ら考えた「10の約束」は自らの行動指針として生かされている。トイレ誘導時や入浴時のプライバシーへの配慮、言葉遣いで気付いた時はお互いに注意しあう環境を作りあげ、職員全員で質の向上に取り組んでいる。個人情報取り扱いや守秘義務を遵守し、書類管理を徹底し情報漏洩防止に努めている。	
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	日常生活の場面で、表情、仕草などから本人の思いや意向を察し、職員を交代して対応したり、時間を置くなどして本人様の選択しやすい環境、声かけの工夫に努めている。		
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	気候がいい時は外出、日光浴をしたり、表情が良好な時はレクや体操をしたりと、本人様の状態によって一日の過ごし方を柔軟に変えている。		
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	化粧品の充実を図り本人様が選択できるようにしている。衣類もなるべく本人様と一緒に選ぶようにしている。自己選択が難しい方への支援が今後の課題である。		
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	食材の皮むきや盛り付け、後片付けなど一連の動作を通じて役割を發揮できるように道具などを工夫している。食事時間は音楽を聴いたりゆっくりとした時間を提供している。好みの食事に配慮した工夫ができていない。	入居者の高齢化により食への関わりが少なくなる中、配膳やお茶入れ等出来る事に一緒に取り組み、レクレーションの一環としてオヤツ作り等(まんじゅうやホットケーキ作り等)に取り組んでいる。ご飯の炊ける匂いやメニューボードに書かれた献立により食意欲を引出し、職員の見守りのもと個々のペースでの食事を支援している。行事食やピクニックに出かけ弁当を広げ楽しんでいる。	入居者は個々のペースで自力での食事であり、時間を要するようである。職員は食の進み具合を確認はされているが、弁当でも一緒に食べることで入居者のペースにつなげたり、声のかけ方等食への関わり方を全員で検討いただきたい。

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
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	リーダー業務者を中心に一日の水分、食事摂取量の把握に努めている。食べ物、飲み物の趣味嗜好、温度、形状、介助方向などの気づきをあげ食生活の支援している。		
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	本人様の状態にあった口腔ケアの場所に誘導し、集中できるように個室にしたり、胸にエプロンを当てるなど本人様に合った口腔ケアの環境を支援している。		
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	排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握している。排泄間隔、色、臭いなどから体調不良がないか観察し、訪問看護と連携している。	入居も長くなり、時系列によるチェックにより個々の状況を把握し、尿意の訴えや立ち上げりをサインとしてトイレ誘導している。また、おむつ見直し等を検討し、昼夜の使い分けを行ったり、観察を生かしながら体調管理に生かしている。	
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	牛乳やオリゴ糖を飲んで頂いたり、腹部マッサージを実施している。便意の訴えを見逃さずトイレに誘導し、排泄の体位を工夫することなどを通して、自然排便を支援している。		
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、個々にそった支援をしている	寒いのが特に苦手の方は午後から入浴したり、午後からは入眠傾向が強い方は午前中に入浴したり、排便が予測される方は排便後に入浴ができるようにしている。	毎日入浴できるよう準備し、入居者の希望やその日の体調に合わせ、午前・午後と支援している。個々の状態に応じた手すりや安全に努め、高齢化や重度化により今年度はリフト浴(立位が難しくなった状況により)を導入している。又、季節に合わせたしょうぶやゆず湯を取り入れている。	
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	起床、就寝時間などは本人の習慣や状態を考慮し、一日の流れの中でも、本人の表情などから休息の必要性があるのかを把握し居室に誘導したり、安楽な体位の確保を支援しています。		

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
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	薬剤師、訪問看護と連携し、必要があれば症状や状態変化等を情報交換し、副作用などについても指導していただいている。誤薬を防ぐ為、複数の職員が関わりチェックしている。		
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	アルバムを見て昔の話をゆっくりする時間を作ったり、主婦だった方は広告が見れる支援をしたり、庭が好きな方は外を眺める時間を持つなどの支援をしている。新聞とり、テーブル拭き、洗濯物たたみ等の役割が定着している。		
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。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	外に出ようとする行動がある方は、見守り支援の下自由に外に出て行けるように支援している。なるべく月に1回は日程を決めて外出している。自ら行きたい場所を表現できない方への思いに沿った外出支援が不十分である。	日常的な散歩の他、様々な地域行事(地蔵祭り・どんどや・文化祭・運動会・入学卒業式等)に車椅子の方も一緒に出かけ、季節毎の花見(コスモス・ツツジ・あじさい等)やぶどう狩り・初詣等に外出する等、機会を見つけ多くの外出の機会を持っている。又、買い物ツアーではドーナツを食べたり好きな買い物を楽しんでいる。個別の支援として、本の好きな方と図書館に出かけたり、誕生日には本人の希望や職員が推察し行きたい場所をリサーチし外出している。	
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	預かり金などの金銭管理は、家族と事業所間での把握が中心である。外出、受診時などは本人の不安感がないように金銭を持っていただいたり、中身を一緒に確認している。		
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	電話、はがきでの関係をつなぐ支援が出来ていない。関わりが持てる工夫を考えなければならない。		

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	置の空間や、玄関にベンチを置くなど、自由な空間で外を眺められる様に支援している。月ごとに担当職員を決め季節感のある環境作りを実施している。	落ち着いた明るさのリビングホールを囲む様に居室が配置され、中心の居室を改装した畳スペースは団欒の場所となりベランダへと続いている。入居者の日常の写真や作品の書等が飾られ、季節の花やテーブルに置かれた果物に季節感が溢れている。田園が広がる静かな環境の中、清掃が行届き経年を感じさせないホームであり、温度管理等で快適な空間となっている。	
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	1人になれる空間作りが課題である。食事席は気の合う方を近くにしたりしているが、臨機応変に対応できていない。日当たりの良い場所や、一人で静かな場所を好む方などはそこに誘導したりしている。		
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	馴染みの物はあるものの、今までの生活の延長線になるような、その人らしく暮らせる環境となるには活用できていない面がある。	馴染みの品物の持ち込みを入居時に説明し、タンスやテーブル・ソファ・ラジオ等思い思いの品物が持ち込まれている。好みのベッド配置や畳にベッドの部屋等本人が過ごしやすい部屋となっており、本やアルバムが置かれたり、家族写真や誕生日のメッセージが書かれた色紙が飾れている。	
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	各自、居室が分かるようにネームを配置している。「便所」と表示しなおしているところがある。キッチンを利用者様から見えるように開放的な作りになっている。		