

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	1890500059		
法人名	社会福祉法人 光明寺福祉会		
事業所名	グループホーム 一乗ハイム		
所在地	大野市明倫町6-8		
自己評価作成日	平成 28 年 1 月 14 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	http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成28年2月18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)】

笑顔絶やさず楽しく生活していく事を日々取り組んでいきたいと思っている。市街地に中に立地しており、大野のシンボルともいえる大野城を眺められると言う好条件の施設でもある。ホームから近くにある商店街に出掛けたり、七間朝市やシルバー人材センターが運営するねりんりの里への買い物等に出かける事が可能である。また、近所には商工会議所及び大野公民館・結ステーション・平成大野屋・結とぴあ・図書館等の公共機関がたくさんある事でイベント・展示会等への参加が容易にできる、散歩を兼ねた買い物で近隣住民との交流を持つ事もできる。

【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)】

市街地の中心という立地条件を活かし、近所にあるスーパーや商店街などに出向き、地域住民との交流を図る取組みに努めている。また、法人の行事等にも積極的に参加し、交流を図っている。1ユニットで家庭的な雰囲気であり、利用者が穏やかに過ごすことができる環境となっている。職員同士も情報交換を密にしながら利用者一人ひとりの思いを尊重し、自立した生活に向け支援している。

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、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

[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	「ひとりひとりを大切に」「五感の刺激を大切に」「生きがい自立」「地域に開かれたホーム」を理念に掲げ日々努力し、出来ているか職員一同で日々確認するよう声掛けしあっている。適切な介護を笑顔で入居者に提供出来たか毎日振り返るようにしている。	法人全体の理念を掲げ、毎年理念について話し合いを行っている。4つの理念を事業所内に掲示して昼食前に唱和し、意識づけする取り組みを行っている。	
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	母体である光明寺福祉会の各施設等の交流は、日常的に行われている。月1回地域で行われる高齢者お楽しみ会に参加や施設前に来る移動スーパーで買い物をして、近所の方々やコーポめいりん入居者、多機能めいりん利用者の方々や交流を図っている。又、隣接するコーポめいりんの1F食堂で週2回開催されるラウンジを利用し、コーポめいりん入居者や多機能めいりん利用者との交流を図っている。ホームの「報恩講」には、家族の皆様や地域の方(運営推進委員会含む)等をお招きするようにしている。	ボランティアによる踊りやカラオケの披露、児童館の児童が来訪しての出し物があるなど、地域と交流している。また、法人の他施設に出向いて催し物に参加している。	
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	ボランティアの受け入れや、介護相談員の受け入れを行っている。研修生の実習を行っているが、現在地域の方々に向けた活動は行っていない。		
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回開始している。現在の利用報告、外部評価の報告等を行い、より良いホームにしていけるよう色々な意見を頂ける場として活用している。本年度より地域の民生員やおたのしみ会会長にも委員として参加してもらい少しでもより良いホーム作りができるようにしている。	運営推進会議を2か月に1回行っている。報恩講の時期には家族が来訪するので、その時に引き続き行うことで家族も参加しやすいよう工夫している。議事録はいつでも閲覧できるようにしている。	
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	年6回開催される運営推進会議に参加して頂き、色々なアドバイスを戴いている。広報「つるかめ通信」などにもホームの紹介を掲載して頂いたり、介護相談員の受け入れを行い色々なアドバイスを戴いている。多職種交流会に参加することで、より一層の連携が図れるよう努力していきたい。	市の広報誌に事業所を掲載したり、市役所を頻回に訪問したり、地域包括支援センター職員が事業所に来たりするなど、連携を密にしている。	
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	身体拘束廃止に向けてなるべく講習会に参加するようにしている。施設内での勉強会に於いても身体拘束の話し合いを行っており、何気ない介護の中に於いて問題意識を常に持つようになっている。日中玄関や勝手口は、施錠していない。	身体拘束防止を含むマニュアルは入口に置き閲覧できるようにしている。普段は玄関や勝手口の施錠はしていない。過去に利用者が出てしまったこともあるが、隣の事業所との協力体制を整えている。しかしながら職員が手薄になる時はやむを得ず施錠することもある。	
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	色々な講習会には、極力参加し、常に問題意識を持つようになっている。どのような事が虐待になるのか常に話し合う事で防止に努めている。		

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
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	福祉権利擁護事業や成年後見制度について講習会等に参加している。伝達講習を行うことで全職員が理解出来るよう心掛けている。家族から相談があった場合には、制度のパンフレット等を配布し大野市役所健康長寿課及び社会福祉協議会等への相談のアドバイスが出来るよう心掛けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	見学时や契約時には、ゆとりを持った対応を行うようにしている。常に家族に不安や疑問に対し十分な説明が出来るよう、又質問を受けられた場合には、適切な対応・アドバイスが出来るよう、ゆとりをもった対応を心掛けている。		
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	『ご意見箱』の設置、苦情処理委員会の設置、外部の相談機関の掲載を行なっている。外部評価時のアドバイスや運営推進会議での意見を参考に毎年の事業計画を立てよいホーム作り、(運営)に反映させるようにしている。面会時には、ホームでの生活の様子を報告を行い、利用者の希望が少しでもかなえられるよう話す時間を設ける事で何でも話せる関係を築くようにしている。	意見箱を設置している。法人で苦情処理委員会を設置し、苦情を職員間および法人全体で共有している。家族に利用者の日常の写真を提供するなど、日ごろの様子を伝え安心感が持てるよう工夫している。	
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	毎日のミーティング、申し送り、月1回行なわれる勉強会に於いて意見交換を行なっている。出た意見を基により良いホーム(運営)に反映させるようにしている。	毎月行っているミーティングや勉強会の際に職員が思いを伝え意見交換ができる。ケアプラン作成時も担当職員の意見を聞き反映するようにしている。	
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	研修レポートの提出、勤務態度、勤務状況等を考慮した昇給を行っている。資格習得に応じた資格手当の支給や職員の適性に応じた中間管理職登用等を行なっている。		
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	様々な研修が受けられるよう研修案内を掲示、閲覧し希望に応じて勤務調整を行なっている。職員の経験や習熟度に応じた研修への参加が出来るよう勤務調整を行なっている。資格習得や自己研鑽の為の研修会に積極的に参加できるよう配慮している。		
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	併設のGH(けいあい)と交代でGH連協への参加をし、各事業所との交流を行なうようにしている。併設のGH(けいあい)とは、勤務調整や運営、ケアに関するアドバイス等を受けることで、サービスの質の向上を行うようにしている。地域の施設職員との交流会に参加したり、奥越地区女性部会の研修会や交流会にも参加するようにしている。		

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
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	入所申込み時に必ず見学や体験(レクリエーション参加)をしていただくようにしている。家族からの希望を念頭に置き、日常生活での支援方法やケアプラン作成時にも本人の希望、訴えに耳を傾け対応するようにしている。		
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	本人が見学や体験を行なう前に、担当のケアマネジャーからの情報を頂くようにしている。家族の希望や不安に答える事が出来るようゆっくりとした時間を持つように心掛けている。入所後は、面会時やケアカンファレンス時にもゆっくりと時間をとって話しを伺うようにしている。		
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	相談時には、ホームで家族が必要としている支援が適切に出来るか等を見極めるようにしている。家族の状態、本人の状態を考慮した上で他の事業所などへの紹介を行なう場合もある。ケアプランは、3ヶ月毎に更新だが、状態に変化に応じて変更を行うようにしている。その際、必要としている支援を見極め、本人、家族の理解や納得のもと支援するよう心掛けている。		
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	常に一緒に過ごす事で、家族のような気持ちで接する事が出来るよう努力している。又入居者の経験に基づいた知恵を頂く事で、お互いに支え合える関係を築いて行けるよう努力すると共に常に感謝の気持ちを表現するようにしている。		
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	常に家族の協力がないと本人の生活が成り立っていないことを伝えるようにしている。本人と家族の関係を大切にしつつ、家族とも遠慮しないで話し合っていける関係を作るよう心掛けたり、協力して頂けた時は、常に感謝の気持ちを表現するようにしている。		
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	月数回外出する機会を利用し、ドライブ時や散歩時には、住んでいた地域や生まれた地域を廻るようにしている。家族に対しても、面会時になるだけホーム外(入居者の行きたい所)に出て頂けるよう声を掛けるようにしている。	入居前には必ず利用者の状態やなじみの場所、以前の職業、趣味など生活歴を確認し、ケアに活かしている。事業所での生活でも役割を持ってもらい、本人の馴染んできたことを継続している。	
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	入居者同士が協力し合える場面を作ったり、常に支えあう事の大切さの話しをしたり、同じ方とばかり過ぎさず誰とでも仲良く過ごせるような関係を作れるように職員が間に入り、きっかけを作れるように努力している。入居者同士の関係を把握し、トラブルを回避、予防したり、利用者同士楽しく生活出来るように努める。		

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
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	ホームを退所された方やその家族の方々とは、今でも挨拶や声掛けをするなどして、積極的に声を掛けるようにしている。状態に応じたアドバイスや愚痴話を聞く事で本人や家族の気持ちを和らげたり、職員の顔を覚えていて声を掛けて下さる方々と世間話をする事で何らかのフォローが出来ればと考えている。		
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	「一人一人の望みは、何か」について常に気を配るようにしている。利用者や寄り添うことで、本人が思っている事を探り、少しでも望みを叶えられるような対応を行うようにしている。本人が考えている暮らしが、少しでも継続でき、本人の希望を踏まえたケアプランが作れるよう日々、本人と話すようにしている。アセスメント・モニタリングを行い日々の情報等を活用しつつ、全職員が意見交換しながら希望や意向の把握に努めている。	食事など日常の関わりの中で、利用者に寄り添い、表情や思いを聞けるよう気を配っている。思いや意向は職員間で共有している。	
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	本人や家族と話をしたり入居時に「希望、要望シート」の提出をして頂いている。担当ケアマネジャーからは、情報提供をいただくことで適切な把握ができるようにしている。		
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	一人一人の現在の状態を把握し、本人が出来る事出来ない事を常に見極める事で、少しでも自立に向けた支援が行なえるように努力している。日常生活を送る中で、それぞれ役割や担当を決めることで、「できる喜び」を感じて頂けるような取り組みをしている。		
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	入居者ごとに担当を決め介護支援員と共に、日々の記録や本人の希望、家族からの要望等を踏まえ原案を作成している。プラン検討会で意見交換し、介護計画を作成している。家族に対しては、プランの原案作成時や普段の会話の中から要望を聞くと共に、プランの説明時にも意見を伺うようにしている。ケアカンファレンスで家族や入居者と再度意見交換をし、介護計画を作成している。	担当職員と話し合い、意見を反映させてケアプランを作成している。日々のケアチェック表を作成し、職員が利用者一人ひとりに合わせた個別ケアができたかを確認している。	
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	個人カルテには、日々の状態や、気づきを記入をしている。プラン検討会では、記録の中から様々な気づきを元に職員間で情報の共有に努め意見を交換している。モニタリングやアセスメント時にも、様々な気づきや日常の介護における工夫等を基に意見を交換し適切な介護計画が作成、実施出来るようにしている。		
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	本人や家族の状態に応じた柔軟な対応が出来るよう話し合いながら実施している。必要に応じて担当医師のアドバイスや、入所前のケアマネージャのアドバイスを基にGHで行える範囲で、最大限の支援が行なえるよう努力している。家族の協力を得ることが出来ない場合には、柔軟にヘルパーや訪問看護師、送迎サービスの利用を検討し、適切な対応が常に行えるようにしている。		

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
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	「一人一人の望みは、何か」について常に気を配るようにしている。利用者と寄り添うことで、本人が思っている事を探り、少しでも望みを叶えられるような対応を行うようにしている。本人が考えている暮らしが、少しでも継続でき、本人の希望を踏まえたケアプランが作れるよう日々、本人と話すようにしている。アセスメント・モニタリングを行い日々の情報等を活用しつつ、全職員が意見交換しながら希望や意向の把握に努めている。		
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	本人や家族と話をしたり入居時に「希望、要望シート」の提出をして頂いている。担当ケアマネジャーからは、情報提供をいただくことで適切な把握ができるようにしている。	定期の受診日は家族が付き添っている。近くの医療機関と連携しているが、利用者によってかかりつけ医がおり、訪問もある。緊急の場合は必ず家族に連絡し、職員も付き添い医師への情報提供を行っている。	
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	一人一人の現在の状態を把握し、本人が出来る事出来ない事を常に見極める事で、少しでも自立に向けた支援が行なえるように努力している。日常生活を送る中で、それぞれ役割や担当を決めることで、「できる喜び」を感じて頂けるような取り組みをしている。		
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。	入居者ごとに担当を決め介護支援員と共に、日々の記録や本人の希望、家族からの要望等を踏まえ原案を作成している。プラン検討会で意見交換し、介護計画を作成している。家族に対しては、プランの原案作成時や普段の会話の中から要望を聞くと共に、プランの説明時にも意見を伺うようにしている。ケアカンファレンスで家族や入居者と再度意見交換をし、介護計画を作成している。		
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	個人カルテには、日々の状態や、気づきを記入をしている。プラン検討会では、記録の中から様々な気づきを元に職員間で情報の共有に努め意見を交換している。モニタリングやアセスメント時にも、様々な気づきや日常の介護における工夫等を基に意見を交換し適切な介護計画が作成、実施出来るようにしている。	利用者の重度化、終末期の場合のマニュアルを作成している。状態によっては入院したりグループホームに戻ったりすることもあるが、家族やケアマネジャー、看護師で話し合っ方針を決めている。	
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	本人や家族の状態に応じた柔軟な対応が出来るよう話し合いながら実施している。必要に応じて担当医師のアドバイスや、入所前のケアマネジャーのアドバイスを基にGHで行える範囲で、最大限の支援が行なえるよう努力している。家族の協力を得ることが出来ない場合には、柔軟にヘルパーや訪問看護師、送迎サービスの利用を検討し、適切な対応が常に行えるようにしている。緊急時の応急手当講習・救急車が来るまでと題しての講習も受けている。		
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	年1回は、消防署職員派遣による自衛消防総合訓練を実施している。年2回のホームでの避難訓練を実施している。防災訓練時、利用者の誘導方法の確認を行っている。非常持ち出し物品を準備している。消防講習を受け、職員の知識を高めるよう努力している。運営推進会議に於いては地域の協力体制について話し合っている。緊急連絡網により全職員での対応が出来るようにしている。夜間の連絡網がしっかりできるかの確認を行っている。	年2回消防署と連携し、実際に利用者を誘導し消火器を使用して訓練を行っている。市の防災訓練時にはメール配信とともに出勤し誘導した。備蓄もあり職員も保管場所を把握している。災害対策マニュアルや連絡網を整え、実際に夜間の連絡も行ったが、夜間の訓練実施には至っていない。	職員が近所に住んでおり緊急招集できる体制だが、地域住民に協力を依頼できる体制も整えることが望ましい。夜間の防災訓練を実施することで出てくる課題を検討するなど、安全に向けてのさらなるステップアップに期待する。

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	個人個人の性格や行動パターンを理解する事で、その方に適した声掛けや対応を行なうよう努めると共に、声掛け時(個人対応時)には、さり気ない誘い方を行なうなどプライバシーに配慮した対応が出来るよう心掛けている。個人カルテは、勝手に見る事が出来ないよう事務所やカウンターに置く様になっている。	利用者の尊厳に配慮した対応を心がけている。不穏になるような利用者には職員と外出するなど気晴らしを促し、その人らしい生活を続けられるよう配慮している。個人カルテは事務所に適正に保管している。	
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	本人と話をすることで希望、要望を聞き自分で納得して決める事を大切にしている。自己決定出来ないときには、わかりやすい表現での説明や簡単な選択が出来るような声掛けを行っている。		
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し、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	規則正しい生活を送って頂く為の1日の流れはあるが、その中で一人一人のペースに合わせた対応や職員の都合を優先する事が無い支援を行なうように心掛けている。なるべく利用者の皆さんの希望に応じた行事等を行なえるよう努力している。		
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	美容は、本人の馴染みの店を家族に協力を得ながら利用されている。いつも同じ服を着る事が無い様に行事、天候、外出に合わせた衣装を心掛けている。地域の衣料品店にも出掛ける事がある。		
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	入居者の希望や誕生日、記念行事、季節の食材を考慮した献立のメニューを考える。時には、好みの物や食べたい物を各自から聞き取り入れるよう心掛け、一人一人が出来る事を手伝いながら食事の準備や後片付けを行なっている。	季節が感じられるように旬の野菜を取り入れ、イベント時は特別料理も提供している。皮むきや食器洗いなど利用者に役割を持ってもらっている。本人の箸やコップ、茶碗など馴染みのものを使用している。	
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	併設の管理栄養士に時々献立をチェックを依頼し、必要な栄養が摂取されているかアドバイスをもらっている。水分量、食事量のチェックを行い一覧表、カルテ記入する事で異常時には、Drや訪問看護師に報告出来る様にしている。		
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	毎食後個人の状態に応じた口腔ケアを行なっている。入れ歯の消毒(ポリドント)は、週2回行なっている。寝就前入れ歯預かりを行い、殺菌予防に努めている。		

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
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	各自の1日の排泄状況を記録し、それを職員間で把握しながら、誘導・声掛けして自立した排泄を促すよう見守りしている。	時間毎にトイレに誘導している。排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、夜間もトイレ誘導を行うなど個々に合わせた対応をしている。汚染した時もさりげなくトイレに誘導するなど、利用者を尊重して支援している。	
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	根野菜やきのこ類、わかめ、豆類等の食物繊維を多く含む食事の提供を心掛けている。水分や食事の摂取をチェックし確認出来る様一覧表、カルテに記入をしているリハビリ体操や散歩等運動を取り入れている。便秘に効くお茶(どくだみ茶・ヨモギ茶)やガゼリヨーグルトを提供している。薬に頼らない排便が出来るように対応している。		
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	入浴日は週3回と設定しているが、希望に応じて入浴が出来る様に対応している。『菖蒲湯』『ゆず湯』等季節に応じた入浴方法を取り入れている。利用者転倒予防等の安全確保に置き形の手すりを購入している。	入浴は週3回で、希望があれば個人のシャンプー等を使用し、季節に応じて入浴剤を使用し、保湿剤で乾燥を予防している。嫌がる場合は時間をずらすなど配慮している。職員から浴室の階段が高く介護負担があるとの意見があった。	昨年の課題であった手すりを設置し、転倒予防に努めている。リフト浴も備えているが、浴室の階段の段差が高いなど職員の介護負担の軽減に向けた検討が望まれる。
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	個々の習慣に応じた対応を心掛けている。夕食後には、談話室にて職員と一緒にTVを観たり話をしたりして過ごしている。布団を干したり、散歩、体操、家事等により身体を動かす事で昼夜逆転せず、ゆっくりと休めるよう援助している。又入浴後身体に保湿クリームを塗布する事により、乾燥肌を防ぐように心掛けている。		
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	個人カルテには、現在服用中の薬剤情報が綴られている。職員は、作用・副作用等把握するよう心掛けている。変更時には内容や気をつける事等の説明を申し送りノートに記載し、情報の共有に努めている。訪問看護師により、内服用の管理を行なっている。		
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	茶碗洗い、拭き掃除、洗濯たたみ、調理補助など各自の発揮出来る範囲内で参加して頂く事で「役に立っている」と張り合いや喜びを感じて頂けるよう努めている。餅つき、梅干し作りや野菜、山菜の処理など昔から行っていたものを通して役割、楽しみ事、気分転換を行っている。男性の方々にも、お茶碗洗いにもチャレンジして頂き、何事にも協力と言う意識を持って頂けるように声掛けをしている。		
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	天気の良い日には、散歩がてらに、図書館、公園、結ステーション、遊楽座、平成大野屋に出掛けるようにしている。外食、ドライブ等その時期に応じた戸外への出掛ける機会を多く計画し支援している。又家族との団欒を大切にする為にもただ共に出掛ける機会(冠婚葬祭・墓参り等)を作って頂けるよう声掛けをしている。	朝市祭りなどの催し物に職員が付き添って出かけるほか、日常の買い物にも出かけている。家族にも協力を依頼し散歩や墓参りに行くなど、普段から外出できるよう支援を行っている。	

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
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	金銭管理が出来る方には、自分で払える機会を作るように支援している。出来ない方にも外出、買い物時には、手渡した手持ち金の中から払って頂くようにしている。		
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	個人的に携帯電話を持っている方もおられる。ホームの電話も希望に添って使ってもらえるようにして家族とのコミュニケーションを蜜にとって使ってもらえる様になっている。遠方の家族からも手紙やはがきのやり取りを行っている。又年賀状書きを行事の一つとして取り入れている。		
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	入居者の方の手作り作品、心を癒してもらえる犬や猫の写真又大野公民館からの昭和の子供たちの絵画等を飾って工夫している。季節の花を飾ったり観葉植物で涼しさを演出したりしている。季節に応じてプランターにて季節野菜作り園芸、畑を利用してじゃが芋作りに植え付け収穫時参加し食する楽しみを味わってもらっている。	共用空間には手作りのものを飾るなどして季節感が出るよう工夫している。階段や手洗い場などにも犬や猫などの写真を貼り、居心地の良い空間づくりに努めている。隣接する小規模多機能型居宅介護事業所と行き来できるようにになっている。	
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	各自が思い思いの場所でくつろげるようホールでのソファやテーブル、椅子の配置をその都度心掛けています。2階談話室等でのソファや季節に応じてこたつでくつろがれている。		
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	各自の居室には、今迄使用していた品を運んで設置したり、家族の写真を飾るなど居心地良く生活できる場を提供するようにしている。	居室にはベッドやタンス、テレビが置かれ、写真を飾るなど、居心地よく過ごせるようにしている。窓は15cm程度開くようにしてあり、安全に配慮したものとなっている。	
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」「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	ホーム内は、バリアフリーとなっている。1階には、ホール、食堂、お風呂場があり、2階には居室があって、居室とホールに食堂と別れている事により、家庭的な生活感が送られているように思う。3階の屋上に出るには、階段の昇り降りはあるが、広い屋上では、洗濯干しや布団干し又ひなたぼっこをしたり、バーベキューの行事を行ったりとしている。階段を毎日昇り降りする事によって下肢筋力訓練が行われている。		