

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	0270301575		
法人名	有限会社 永幸園		
事業所名	グループホーム ケア・サポートふたつ家		
所在地	青森県八戸市糠塚字大開20番地32		
自己評価作成日	平成28年10月1日	評価結果市町村受理日	平成29年1月18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28年11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)】

<ul style="list-style-type: none"> 平成15年9月開設当初より町内会に加入し、行事に参加する等、地域住民との交流を積極的に図り、地域に密着したグループホームの運営(活動)に努めている。 平成23年9月より近隣住民のご協力(参加)をいただき、消防署立ち合いの下、地域合同夜間総合避難訓練を毎年実施している。 玄関の鍵は施錠せず、入居者様が自由に外出できるよう支援している。 八戸市主催による認知症サポーター養成講座の開催において、当市より依頼があった場合はキャラバンメイトとしてホーム長が出席し、協力している。

【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)】

<p>ホームの運営理念を実践するために、各ユニット理念を毎年職員で話し合い、作成している。また、ユニット理念を実践するための毎月の目標を、新人職員も含め交代で作成しており、チームの一員であるという自信を持って取り組んでいる。</p> <p>開設以来、町内会に加入しており、現在は班長として役割を果たし、地域の一員として受け入れられている。また、近隣住民6件の協力・参加で、日が暮れてから、消防署立ち合いの下で地域合同夜間総合避難訓練を毎年実施している他、全職員が避難方法を身につけるために、ホーム独自の訓練にも取り組んでいる。</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 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 3. 家族の1/3くらい 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(1階)

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	事業所の理念に基づき、ユニットの理念を毎年職員で話し合い、作成している。また、ユニットの理念を実践するために、毎月の目標を職員が考えて掲示すると共に、毎朝行う申し送りにおいて理念を唱和し、共有できるように取り組んでいる。	ホーム独自の理念を作成しており、その理念を実践するために、毎年職員が話し合い、各ユニット理念も作成している。ホームでは、ユニット理念を実践するための毎月の目標を、新人職員も含めて交代で作成しており、職員はチームの一員であるという自信を持ち、毎朝の申し送り時に唱和して日々のサービス提供に取り組んでいる。	
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	開設当初より町内会へ入会し、盆踊り大会や地区の運動会へ参加しており、毎年楽しみにされている利用者も多い。また、近隣の小学校や保育園との交流も年間行事として定着しており、子供達との触れ合いが良い刺激となっている。	開設以来、町内会に加入しており、地域の一員として受け入れられている。ホームは地域住民に認知症高齢者介護施設として認知されており、散歩や買い物等の外出時に、介護について聞かれることもある。また、近隣の保育園や小学校の行事に招待され、交流をしている他、中学生の職場体験や社会福祉専門学校の実習生を受け入れ、ホームを理解していただく働きかけを行っている。	
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	毎年、社会福祉専門学校の実習生をはじめ、中学校の依頼により職場体験の受け入れを行っている。ホーム長はキャラバンメイトを受講しており、地域における認知症普及活動に参加し、協力している。		
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	運営推進会議の要綱を作成し、メンバーへきちんと説明を行うことで、当該会議の意義について理解を得ている。主に生活の様子や行事報告、自己評価及び外部評価の結果等をテーマに取り上げ、サービスの改善につなげている。	運営推進会議は2ヶ月に1回の開催で、町内会会長(民生委員兼務)や副会長、老人クラブ会長、行政職員、家族等のメンバーへ案内文書を送付し、参加を呼びかけている。会議では利用者の状況や行事、研修、自己評価及び外部評価結果等の報告を行っている他、利用者の無断外出や災害対策についても話し合い、地域との協力体制を整えている。	

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
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	運営推進会議の開催1ヶ月前には、市担当課へ案内文書を送付している。当該窓口パンフレットを配布すると共に、自己評価及び外部評価等の報告を行っている。また、問い合わせ等があった際は情報を提供し、協力している。	運営推進会議の開催1ヶ月前には毎回、市担当課へ案内文書を送付して、参加を働きかけている他、パンフレットを配布したり、自己評価及び外部評価結果等の資料を持参して、報告している。また、生活保護や成年後見等の制度利用の相談を行う等、行政と連携を図っている。	
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	開設当初より正面玄関の施錠はしていない(午前7時から20時までの生活時間帯)。外出の希望がある場合はできる限り付き添い、支援している。身体拘束に関する具体的な行為についてはマニュアルを作成し、適宜勉強会を通じて周知している。原則、緊急時以外は身体拘束を行わないことをホーム内で確認している。	身体拘束についてマニュアルを作成している他、外部研修への参加や勉強会を行って理解を深めている。玄関や居室は施錠しておらず、2階出入口は急な階段のため、転落防止柵を設置している。また、転倒事故対策として、センサーマットの使用や頭部保護のニット帽、腰臀部に保護パッド入りの衣類着用等の工夫について家族に説明している他、無断外出時に備えて運営推進会議でも話し合い、地域から協力が得られるように働きかけている。	
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逃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	高齢者虐待防止マニュアルを作成すると共に、全職員を対象とした内部研修会を通じて、理解を深めるよう取り組んでいる。虐待が疑われる場合は上司へ報告すると共に、同僚等、複数の目で確認(チェックリスト)することで、早期発見・防止に努めている。		
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	開設以来、当該制度に関する相談・問い合わせをいただいたことはない(入居時において既に後見人の方がおり、サービスを利用)。当該制度については、過去にホーム長が裁判所や社会福祉協議会から情報を収集したことはあるが、職員を対象にした研修会は行っていない。		
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	入居契約時に事業所の理念や運営方針をはじめ、年間の行事や地域への取り組み等について説明すると共に、利用者及び家族に不安の表情等が見られた際には、より丁寧に説明している。退居する場合には退居先の情報を提供し、同行する等、必要に応じて支援している。		

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
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	開設当初よりご意見箱を下駄箱の上に設置し、入居時に説明している。現状はほとんど活用されていない。そのため、面会やケアプランの説明時をはじめ、運営推進会議の場において、意見や要望等を聞く機会を設け、運営に反映している。	重要事項説明書にホーム内外の苦情受付窓口、苦情処理体制を明記し、玄関に意見箱と共に設置している。また、日々の関わりを通じて利用者と信頼関係を築き、意見等を出しやすいように配慮している他、家族には利用者の暮らしぶりや健康状態、受診状況等を毎月報告し、面会時にも状況を報告をしながら、意見等を出していただけるように働きかけている。	
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	月1回、「①リーダー会議 ②ケース会議 ③勉強会」を開催し、事業所の方針の伝達や職員の意見を聞く機会を設けている。職員の異動時には、利用者の生活環境への影響を最小限にするため、職員のバランス(馴染みの関係や経験年数等)が維持されるよう配慮している。	毎月のリーダー会議、ケース会議、勉強会等で職員の意見を聞く機会を設けている他、年1回の個人面談を全職員に対して行っており、研修参加や資格取得、将来の目標等の意見や希望を反映させる仕組みを整えている。また、勤務体制について、職員の意見を聞きながら、夜勤回数やユニット間の異動を行っている他、普段からユニット間で職員の協力体制があり、異動によって利用者に与える影響にも配慮している。	
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	正職員(年2回)・準職員(年1回)について人事考課制度を整備(運用)することで、適正に業務の評価につながるよう取り組んでいる。また、年1回、ホーム長が職員全員と個人面談を行い、運営に関する意見や要望等の他、将来の目標等について確認している。		
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	職能等級基準書及びキャリアパスを整備して職員へ説明すると共に、研修受講や試験時には勤務体制を変更する等、日々のケアに支障がでないよう、勤務調整している。研修受講後は1週間以内に報告書を提出する他、ケース会議において全職員に伝達している。		
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	日本認知症グループホーム協会及び地区の認知症高齢者グループホーム協議会へ加入し、各種研修会等への参加を通じて、同業者との交流の機会を設けている。また、毎年(1名)、認知症介護実践研修を受講させることで、他のサービス事業所の職員と交流する機会としている。		

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	利用の申込み時(電話が多い。)には、見学をしていただき、事業所の概要等について理解をいただいた上で受付するようにしている。また、当該サービスの利用が適切かどうか、本人の健康状態等について不安等がある場合は、直接お会いした上でニーズを確認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	利用の申込み後(サービス利用の開始前)には、本人や家族のニーズに合っているかどうか、改めて面会させていただき、主治医に相談すると共に、ケアマネジャー等からも意見や情報をいただき、確認している。		
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	利用の申し込み後(サービス利用の開始前)には、本人や家族のニーズに合っているかどうか、改めて面会させていただき、主治医に相談すると共に、ケアマネジャー等からも意見や情報をいただき、確認している。また、他のサービス等が適切である場合は、その旨を説明している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	事業所の理念である「誠実・信頼・成長」を基本に、年間目標及び毎月の目標をユニット毎に作成している。本人が「①できること ②職員がある程度手伝えばできる事 ③できない事」についてアセスメントを行い、必要に応じて支援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	事業所の理念である「誠実・信頼・成長」を基本に、年間目標及び毎月の目標をユニット毎に作成している。定期通院が必要な場合は、原則、家族に付き添いをお願いしている。また、お花見や祭り見学等、行事で外出する際は、お便りや運営推進会議を通じて連絡(案内)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
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	本人の生活歴や希望等に関する情報は、ホーム長が家族や関係機関から確認し、職員へ連絡しており、得られた情報を共有し、ケアにつなげている。本人より馴染みのある場所へ行きたい等の希望がある場合は、可能な限り職員が付き添いできるよう、勤務を調整するようにしている。	入居前の情報収集や入居後のコミュニケーションから、利用者の馴染みの人や場所を把握している。電話の取り次ぎや面会の対応、携帯電話を持ち込んでいる場合の操作や充電等の補助、馴染みの場所への外出等、希望に応じて、家族の協力も得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	認知症の進行(症状の変化等)により、意思の疎通が困難な方が増えてきたが、職員が間に入り伝達することで、共に支え助け合う関係ができています。利用者個人のコミュニケーション能力を把握し、ケース会議で最良の伝達方法を話し合い、確認し、支援できるよう努めている。		
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	サービスの終了後においても「何時でもご連絡(ご相談)ください」と伝えている。特別養護老人ホーム等へ転居される場合は、当事業所での生活の様子や既往歴等の情報を、家族の同意の下で書面で提供する等、今までの生活が継続できるよう支援している。		
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	入居時に意思表示できる方は、その思いや希望を職員間で共有し、支援するよう努めている。認知症の進行等により意思表示が困難になった場合においても、今までの本人の望む支援ができるよう、その都度、またはケース会議等で意見を出し合い、対応方法を検討して支援している。	センター方式のアセスメントシートを活用し、入居前の様子を把握している他、入居後は日々のコミュニケーションの中から、言動や行動、表情等の変化に注意し、思いや意向の把握に努めている。また、担当の職員だけでなく、ケース会議等で話し合い、全職員で利用者の思いや意向の把握に努め、情報を共有している。	
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	入居契約時にアセスメントシート(センター方式4部)の必要性について丁寧に説明を行い、これまでの生活の様子等について記入いただいている。同様に、担当ケアマネジャーや医療機関等から、できるだけ情報を収集している。		

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
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	入居前にいただいた情報を基にケアプランを作成している。入居後は本人のペースで自由に過ごしていただくと共に、その様子をアセスメントすることで、ホームでの一日の過ごし方やできる事、できない事を把握し、必要な支援は何かについて把握するようにしている。		
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	利用者(個人)の担当者が、原則3ヶ月毎に目標の達成状況についてモニタリング及びアセスメントを行い、課題を抽出してケアプランを作成している。作成時には本人及び家族の意見を基に、計画作成担当者(管理者、主任、職員含む)のアイデアを取り入れる等、工夫している。	介護計画は、利用者の担当職員が中心となってアセスメントし、利用者の意見や家族の希望等を反映させて作成しており、家族に確認をとっている。また、3ヶ月毎にモニタリング・アセスメントを行って計画の見直しを行い、入退院等、利用者の状況等に変化があれば、随時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	個別記録と個別申し送りノートを整備して職員へ周知することで、利用者の生活の様子(情報)を共有できるよう努めている。その情報(課題等)について実際に行ったケアの成果は、毎月開催するケース会議で検証し、日々の支援の在り方やケアプランの見直しにつなげている。		
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	希望により、短期利用は可能である(過去に一度の利用のみ)。医療連携体制については、平成18年6月より訪問看護ステーションと契約していたが、費用対効果について検討した結果、現在は算定していない。しかし、主治医・訪問看護ステーションと連携を密にすることで、希望により看取りケアを行っている。		
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	開設当初より地域の祭り(三社大祭他)の見学に出かけたり、地域の行事(町内の盆踊りや区民運動会)への参加、また、小学校と交流する機会を設ける等、その都度意向を確認してお連れしている。誕生会では担当者が本人の希望を確認し、ドライブや外食(買い物)に出かけている。		

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
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	協力医療機関と契約を締結し、日常における健康管理をお願いしている(希望により他の医療機関でも対応可能)。体調不良等が見られた際には主治医へ連絡し、必要に応じて専門医療機関を紹介していただき、家族が付き添いできない時は職員が対応している。	受診は基本的に家族が対応することとしている他、協力医が2週に1回、訪問診療をしており、殆どの利用者・家族が訪問診療を希望して、入居時にかかりつけ医を変更している。歯科は協力医の往診が受けられるが、他の専門医受診は家族が対応できない場合には職員が対応している。また、診察後変わりがなければ後日お便りで、変化があればすぐに電話で報告することで家族の納得が得られており、情報の共有を図っている。	
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	当事業所に看護師はいない。そのため、体調不良等がある場合は介護職員が直接主治医へ状態を報告・相談をしている。主治医の指示により訪問看護師が処置をする際には、介護する内容(バイタル、排泄、体調変化、疼痛有無等)を確認する等の協力体制が構築されている。		
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。	救急搬送時(急変等)に医療機関へ提供する情報(保険証や情報提供書等)を所定の場所へ保管し、何時でも持ち出せるよう準備している。家族の要望があれば、職員が病院等へ同行し、看護師へ利用者の生活の様子を具体的に伝えると共に、できる限り職員も面会に行くようにしている。		
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、事業所ですべて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	サービス利用開始前(契約時)に、家族へ終末期における対応(延命治療の希望等に関する事項)について、看取り介護指針に基づき丁寧に説明し、理解をいただいている。入居時には、改めて主治医より本人の現在の心身状態や病歴の他、今後重度化(終末期)した場合に当該ホームでできる対応等について説明している。	看取りに関する指針を作成しており、終末期に積極的な延命治療を行わないことを前提に、希望により看取り介護を行っていることを、入居前に利用者・家族に説明している。また、「終末期における医療等に関する事前(意思)確認書」にて入居前の希望を確認し、意向を尊重したケアを実施している。看取り介護開始前には家族・主治医と意思統一を図り、「看取り介護同意書」、「看取り介護計画書」を作成し、協力体制を整えて終末期を支援している。	

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
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	急変時の対応マニュアルは作成しているが、当該事故を想定した訓練を行ったことはない。当該マニュアルを再検証すると共に、全職員と訓練の内容(必要性)について話し合い、定期的に訓練を実施する機会を設けることで、全職員が急変時に適切な対応ができるようにする。		
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	火災を想定した避難訓練は、平成23年度より迅速に避難誘導できるよう、近隣住民の参加(協力)をいただき、毎年実施している(水害は未実施)。地震発生時には連絡網(震度4以上でホームへ電話で確認)により参集する体制をとると共に、3日分の備蓄品を保管している。	日中・夜間想定避難誘導策を作成しており、消防署立ち合いの下、近隣住民6件の協力・参加を得て、日が暮れてからの訓練を毎年実施している。全職員が避難方法を身につけるため、ホーム独自の訓練も行っている他、消火器や設備等は業者が、避難経路や非常口等は担当職員が定期的に点検している。また、災害時に備え、3日分の備蓄を倉庫に用意し、定期的に期限を確認の上、管理をしている。	
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	「誠実・信頼・成長」を事業所の基本理念とし、個人の尊厳が保たれる、その人らしい暮らしができるよう、全職員が意識して支援している。また、利用者とは話す時は原則敬語を用い、言動を否定しないよう配慮すると共に、毎月ユニットの目標を掲げ、チームで取り組んでいる。	利用者の意向や家族の希望に配慮した呼び方で声がけをしている他、居室入口の名前やホールの行事写真の掲示等は、利用者や家族に確認して行っている。居室内のポータブルトイレやリハビリパンツ、パッドの収納棚には目隠しのカバーをかけている他、介助時や声がけ時は利用者の側で視線を同じくして小声で話す等、対応に配慮している。	
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	利用者個人の能力を把握し、特性に合わせたコミュニケーションの手段(言葉、ジェスチャー、アイコンタクト、表情等)を選択することで、意思の疎通が困難な方でも、思いを汲み取ることができるよう努めている。家事の手伝いや余暇活動時には意思を確認し、選択できるよう配慮している。		
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	利用者一人ひとりの思いを尊重し、自由に過ごしていただけるよう支援している。事業所の理念である「誠実・信頼・成長」を念頭に、誠実に接することで信頼関係が生まれ、そこから利用者の本当の思いを全職員が聞くことができるよう努めている。		

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
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	入居当時は自分で衣類を選択し、身だしなみができる方が多いが、現在は職員が手伝う場面が多くなっている。そのため、好まれていた衣類を数種類見ていただき、選んでいただくようにしている。厚着等で衣類調整が必要な時や身だしなみが不十分な時は、さりげなく直すようにしている。		
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	利用者個人の嗜好を聞いてメニューを作成し、職員が調理していたが、現在は諸事情(重度化等)への対策として、宅配サービスを使用している。ただし、食事作りの手伝いや片付け等、全員が何らかの作業に携わり、自分のペースで行っていただけるよう支援している。	利用者の重度化により、現在は宅配サービスを利用しており、献立は決まっているものの、好みや苦手なもの、禁食にも対応している。1階ユニットは嚥下の見守りが欠かせず、居室で介助のケースもあるため、揃った食事が困難であるが、2階ユニットでは利用者と職員と一緒に準備をしたり、テーブル拭きや茶碗拭きを行い、会話をしながら食事時間を楽しんでいる。	
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	食事介助が必要な方や自分で水分を飲めない方には、1日に必要な食事を摂取していただけるよう主治医に相談し、支援している。また、認知症の進行や機能の低下等により、咀嚼や嚥下が困難な方についても、できるだけ経口摂取していただけるよう協力し、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	毎食後口腔ケアを促し、実施(介助)している。自分でできない方には職員が手伝う等、必要に応じて支援している。う蝕(虫歯や口内炎等)に伴う痛みや義歯調整が必要な場合は歯科医へ連絡し、必要に応じて往診に来ていただいている。		
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	できるだけおむつを使用しないよう心がけると共に、尿漏れ等の失敗が見られる場合は様子を観察し、早めにトイレへ誘導する等の対応をしている。改善が期待できない場合は、状態に合わせてパットやリハビリパンツを使い分けている。	一人ひとりの排泄を記録し、パターンに応じて声かけや事前誘導をしており、トイレで排泄できるよう、自立に向けた支援を行っている。また、希望により同性介助を行っている他、入退院によりおむつ使用の利用者も、事前誘導等の支援により、リハビリパンツやパッドに変更している。	

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
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	果物やヨーグルトをメニューに取り入れたり、野菜ジュースを飲んでいただくことで予防に努めている。お通じの悪い方には腹部マッサージをしたり、適度に運動をすることにより、薬に頼らず、できるだけ自力で排泄できるよう取り組んでいる。		
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	現状、1日3～4人の入浴となっている(週2～3回の入浴)。希望がある場合はできるだけ柔軟に対応すると共に、逆に、入浴を好まない方にはタイミングを見ながら、様々なアプローチを通じて誘導している。それでも困難な場合は無理をせず、翌日に変更する等、状態に応じて対応している。	入浴日や入浴時間帯は決めておらず、1日3～4名(午前2名・午後2名程度)、利用者が週2～3回は入浴できるよう、希望を取り入れて支援している。また、同性介助や毎日入浴したい等の希望にも応じて支援している他、入浴拒否の場合には時間帯や職員、入浴日を変更する等、対応を工夫しながら、楽しく入浴できるよう支援している。	
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	昼夜逆転等、特段の事情が無い限り、利用者が休みたい時に休んでいただいている。また、意思表示が困難な方は職員が生活のリズムを把握すると共に、状態に応じてソファや居室へ誘導する等、支援している。就寝後は1時間毎に巡視を行い、安全を確認するようにしている。		
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	入居前に既往歴と処方薬を確認すると共に、入居後に薬の変更があった際には、協力医療機関バイタルチェック表に記録し、職員へ連絡・周知している。服薬時には職員が薬を準備し、確実に飲み込みましたか確認している。		
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	家事活動(中心)を主に日課に取り入れ、個々に役割を持って生活していただけるよう支援している。しかし、認知症の進行や身体レベルの低下に伴い、意思の疎通が困難な方が多い現状を踏まえ、個々の状態に応じて、関心がある(できる)活動を促し、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
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	現状の職員配置(生活時間帯3:1)では日常的な外出支援は困難な状況であるが、食材の買い物(週2回程度)に同行していただいたり、日勤者がいる日に対応する等の調整を行い、支援している。また、家族と一緒に誕生日外出やお墓参り等へ出かける際に、不安な場合は職員が同行する等、協力している。	天候に合わせて、近隣の散歩や食材の買い出しに出かけている他、保育園のお遊戯会や小学校の運動会、地域の盆踊り、運動会等の行事は、利用者が楽しみにしている。また、希望に応じて、誕生日の外出やお墓参り等、家族と外出できるよう支援している他、お花見や三社大祭には家族にも参加・協力を呼びかけ、利用者が外出を楽しめるよう配慮している。	
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	本人(または家族)の希望により、現在お金を所持されている方はいない。希望がある場合は、一人ひとりの管理能力等に応じてお金を所持したり、使えるよう支援している。		
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	電話や手紙の希望があった際には支援している。ただし、電話の内容がいつも同じ内容(帰宅の訴え等)である場合は、家族と相談し、偽電話で対応することもある。また、手紙を書く際に自筆困難な方は職員が代筆する等、協力している。		
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	ホール内の照明は日差しの度合いにより、事前に伺いをしてから点灯・消灯するようにしている。また、温室計を数ヶ所に設置し、適切に空調を管理することで、快適に過ごしていただけるよう配慮している。利用者の会話の妨げにならないよう、職員同士が申し送りや業務の伝達(連絡)をする際には、声のトーンに気をつけている。	玄関やホール、廊下、トイレ、洗面所、浴室等の明るさは適切で、日射しはカーテンで調節している。テレビの前にはソファを設置し、利用者が寛げる空間となっており、物音や声、テレビ等は騒がしくなく、適切である。また、全館パネルヒーター暖房で、ホールや各居室には温湿度計を設置し、加湿器で湿度調整をしている他、季節の飾り付けや出窓に鉢植えを置く等、季節感にも配慮して、快適な環境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	リビング用のソファ(2~3人用の椅子を各1個)をホールへ設置し、自由に使用していただいている。ソファで横になったり、二人で腰掛けて談笑する等、気の合う利用者同士で過ごしている場面も見られている。また、ホールのテーブル(3台)を移動することで、希望に沿うよう支援している。		

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
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	入居説明時に「居室に入る物であれば何でも構わないので、本人の馴染みのある物や使い慣れた物品等を持ってきてください」とお話ししている。また、長年暮らした自宅の環境を参考に、居室のベッドや筆筒を配置したり、少しでも安心して過ごせるよう配慮している。	居室にはベッドやタンス、床頭台が備え付けられているが、利用者に合わせて配置したり、自宅で使い慣れた馴染みの物を持ち込んでいただくよう、家族に働きかけている。寝具、衣類の他、椅子や人形、写真、テレビ等の持ち込みがあり、利用者が安心して居心地よく過ごせるよう、居室づくりの工夫をしている。	
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」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	自室が認識できるよう、入口に表札を掲示したり、トイレがわからない場合は紙に「便所またはトイレ」と大きく書いて表示することで、自分で行動できるよう工夫している。玄関や踊り場に手摺りや椅子を整備することで、できるだけ自立した生活が送れるよう、環境整備に努めている。		