

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	4171400197		
法人名	株式会社 三栄		
事業所名	株式会社 三栄 グループホームすぎの子		
所在地	佐賀県唐津市巖木町岩屋1373番地1		
自己評価作成日	平成25年11月20日	評価結果市町村受理日	平成26年3月25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.espa-shiencenter.org/preflist.html
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	平成25年12月25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)】

自己表現を的確にできない方の思いに耳を傾け、心身状態の把握に努めている。できる限り自立した生活を継続できるようにすることで、ホームの運営理念である”その人らしく、笑顔ある生活づくり”の実現を目指している。このため、生活リハビリを積極的にすすめて、利用者の残存能力を活用することに注力している。また、外部に開かれたホームを目指し、家族や地域社会との交流を深め、社会的なつながりを維持し、利用者の生活を活性化させている。認知症介護に関する情報を発信し、認知症に対する理解や支援を広めることで地域に貢献したい。

【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)】

山のふもとでの静かな場所で、また、主要道路も近く交通の便も良い立地にある。商店も近いので入所者と食事の材料等を散歩がてら買いに行く事もできる。安心して生活できる要素のひとつとして、協力医療機関が近いことがあり、定期・必要時の受診、往診もしやすくなっている。地区行事、老人会の集会への参加等、一住民として積極的に地域へ外向き交流を図られている。ホームの行事には、地域への呼びかけ行い参加があつている。理念に沿った支援ができるように、職員一体となり、取り組まれている。

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		
	たちばな	あじさい			たちばな	あじさい	
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 利用者や職員が、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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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

[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	ホーム独自の理念“その人らしく笑顔ある生活作り”をホーム内に掲示したり、毎月発行しているホーム便りに掲載している。実際の介護現場でいつも実践できているとはいえ、さらに職員全員が理念を実現できるような能力・技能を習得し、実践につなげなければならない。	理念は、ホーム内に掲示され、毎月発行のお便りに記載している。入居者個別の対応ができるよう、認知症理解を深めるための研修にも積極的に参加して、理念の浸透に努めている。	
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	散歩や買い物で会えば気軽に挨拶し、年に4回の地域交流会開催やボランティア受け入れ、運営推進会議など地域の方とのコミュニケーションが取れるよう努めている。毎月地域の民生委員会へ参加しホームの状況報告を行っている。地区清掃や配布物の当番等の役割も荷い、地域の一員として活動している。夏祭りや高齢者生きがい教室など地域の行事にも参加している。	散歩や商店への買い物のほか、地区の行事や会合にも可能な限り参加し、作業や当番も引き受け、地域の一員として日常的な交流ができている。ホームの演歌クラブで地区のカラオケ大会への参加もされている。	
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	地域行事への参加、地域交流会や運営推進会議の開催などで認知症介護に関する理解を求めている。認知症の介護に困っている地域の方から相談を受けた場合、アドバイスや情報提供などで支援している。		
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	2ヶ月に1度開催。家族、地域住民(老人会長、区長、民生委員ほか)、市町村担当者、介護相談員など様々な方の出席をいただき、ホームからの情報発信や高齢者介護に関する意見交換等を行っている。ホーム運営に関する意見は職員へフィードバックし、サービス向上に活かすように努めている。	2か月ごとに開催している。各関係者の出席があり、活発な意見交換を行っている。会議録は、自由に見られるよう玄関先に置かれ、家族には毎月のお便りで報告している。	
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取り組んでいる	運営推進会議、介護相談員、民生委員会等の機会を利用して取り組んでいる。日ごろから密に報告相談し、協力関係を築いている。	日頃から協力関係を築いている。わからないことはすぐ聞くをモットーに、相談しやすい関係作りができている。	
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	ミーティングや勉強会で身体拘束の具体的や身体拘束の弊害などを学び、身体拘束をしない介護に取り組んでいる。安全確保のためどうしても必要な場合は、管理者、スタッフで検討したうえ、施錠やベットの柵・保護帯の使用を行うことがある。その場合、あらかじめご家族に状況を報告し、書面で了解を得ている。制止せず、見守る介護に徹するよう努めているが、さらに努力が必要。また、職員の言葉や態度などに目に見えない拘束がないか常に点検しなければならない。	職員は、勉強会等で身体拘束の具体的な行為と弊害について理解している。言葉かけ等でも拘束がないか注意し、ケアにあたっている。	
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	研修、勉強会、ミーティングを重ね、高齢者虐待に関する理解を深め、防止するよう努めている。利用者の気持ちを理解し、精神面での虐待にならないよう職員の言動を慎まなければならない。		

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
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	ホームの学習会や外部の研修で学んでいるが、職員全員が正しく理解しているとはいえない。利用を検討する場合もあったが、費用や家族との兼ね合いがあり、利用したことはない。今までのところ、ホームが支援することで日常生活に支障はない。		
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	契約の締結、解除、改定については、契約内容や提供するサービス内容について家族に十分説明し、理解を得るようにしている。		
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	家族へは面会時に会話を多くし、意見を聞きだすよう努めている。玄関に意見箱を設置しているが、利用されたことはない。意見・要望が出された場合はその都度対応し、速やかに解決している。重要事項説明書やホーム内の掲示物に意見・苦情相談窓口を明記している。唐津市の介護相談員派遣事業を利用し、利用者の意見を聞いてもらっている。	家族からは、主に面会時に意見や要望を聞いており、会話を多くするように努め、意見が出やすい関係作りを行っている。要望や意見に対し、速やかに対応するよう心がけている。	
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	管理者は現場に入るため、意見は言いやすい。朝の申し送り時、月1回のミーティング等、日常的に意見交換の機会はある。必要なもの、有効なものについては、検討のうえ実施。	管理者も業務に入り、職員が意見を言いやすい雰囲気を作り、毎月のミーティングや日常的にも意見を聞いている。意見は管理者が取りまとめ、検討内容は必ず職員に伝えている。	
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	職員の能力、実績、やる気、希望に応じ、労働条件を設定しているが、職員が満足する処遇はできていない。		
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	講習会や勉強会の情報を公表し、希望者へは費用の補助や勤務調整を行っている。積極的にホーム内で勉強会を開催したり、外部講習に派遣するよう努めている。		
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	唐津市内のグループホームが参加する勉強会へ参加し、知識の習得や意見交換を行っている。		

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
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	利用前は生活歴を把握し、面談を行っている。本人が本音で話せる環境作りを行い、どう生きたいのか、希望や願望を理解するように努めている。把握した情報とアセスメントを職員に開示し、利用者への対応を万全にするように努めている。職員は利用者のそばで話を傾聴し、安心感をあたえるよう努力している。		
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	利用前には家族や本人との面談を行い、困っていることや介護に関する希望を聞いている。傾聴することで家族への理解を深めるとともに、職員へ周知し、毎日の介護に活かしている。また、ホームの介護方針や運営に関する事項の説明を行い、双方が納得して利用できるようにしている。		
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	本人、家族、居宅介護支援事業所、医療機関等の情報をもとに、状況の把握に努め、必要な支援を検討している。入居当初は、入居者との信頼関係を構築し、ホームの生活に慣れていただくことに重点を置いている。様々な関係者に協力を仰ぎながら、必要なサービスが受けられるよう支援している。		
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	本人の生活歴や好むことを把握し、得意なことを教えていただいたり、好きなことを手伝っていただいたりしている。また、会話や一緒に行動する機会を多くして、コミュニケーションをとり、なじみの関係が作れるように努めている。		
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	月に1回の状況報告や随時の電話連絡、面会時の会話などで、ホームでの生活や心身の状況を密に報告し、利用者に対する認識が職員と家族で同じになるように努めている。また、話しやすい環境を作り、家族の介護に対する悩みや不安、愚痴を聞くことで、家族の気持ちを和らげ、信頼関係を築いている。		
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	面会に制限はなく、自由に出入りができるようにしている。面会時はゆっくりできるよう、イスやテーブル、飲み物を提供している。家族へは、毎月写真や状況報告書を発送している。また、なじみの場所や退居した方のところへお連れしている。	入居者が地元の方であったり、職員も近隣からであったりと、地域との馴染みは深く、知人の面会もある。地元のお祭りや商店街への買い物、美容院への送迎など、関係の継続を支援している。	
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	相性や個性を考慮し、座席や行動の組み合わせを決めている。レクレーションや家事作業、おしゃべりのなかに職員も入り、利用者同士の関係がつながるよう支援している。また、誕生日を祝いあったり、同じ趣味の方でサークルを作っている。重度化するなかで利用者同士の関わりが困難な方が増えている。		

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
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	契約終了後でもご家族にボランティアとして来所していただいている。別施設に移られた方には利用者とともに面会に行くこともある。介護に関する相談等あれば、いつでも応じるようにしている。		
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	会話や行動、表情から一人一人の思いや希望を汲み取るよう努めている。できるだけ本人の希望を叶えられるようにしているが、実現不可能な場合はその方が和むようなものを見出し、ストレス解消に努めている。集団生活のため、常に本人本位にはできない。	自分から思いを伝えられない方へは、家族への聞き取りや生活歴等から把握するよう努めている。また、日頃のケアから職員が観察し、課題分析して職員間で情報を交換し、思いを共有している。	
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	本人や家族からの聞き取り調査や担当ケアマネの情報から、生活歴、病歴、好みの把握に努めている。入居後も日常会話のなかで聞かせていただくことが多い。収集した情報はフェイスシートにまとめ、職員全員が把握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	毎日のバイタルチェックと一緒に行動するなかで、心身状態や有する力を把握するよう努め、状態に応じた対応を心掛けている。観察記録を残し、カンファレンスを行うことで気づきを職員間で共有している。		
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	ケアプラン立案の際は利用者や家族の意向をもとに、利用者の状態や能力にあったプランになるよう努めている。カンファレンスや必要場合は日々の申し送りで、計画作成担当者以外の職員も参加してケアプランの検討や見直しを行っている。担当制を取り入れモニタリングを行っているが、完全とはいえない。	家族や入居者の意向をもとに、職員全員参加でカンファレンスを開いている。モニタリング、評価は担当制を取り入れて、円滑に実施できるようにしている。	
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	個別記録のファイルには経過記録とともにケアプランも綴じて、常に確認できるようにしている。また、申し送りや連絡ノートで情報の共有ができるようにしている。しかし、職員の中には活用できていない者もあり、意識を高める必要がある。		
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	利用者の心身の状態、ニーズに合わせ、関係機関と協力しながら、柔軟にサービス提供を行っている。平成20年12月より、認知症対応型通所介護の事業を開始し、通所希望の方へも対応している。		

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
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	地域行事への参加、地域のボランティアの活用、地域交流会開催、保育園児との交流など、地域と交流を図ることで、生活に彩りを添えている。受診やリハビリの外出が多く、散歩や買い物、ドライブなどの時間がとれない。		
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	協力医に限定せず、利用者、家族の意向を確認しながら、かかりつけ医を決定している。ほとんどの受診に職員が付き添い、医療機関との連携を図っている。受診の際、もっと家族付き添いを増やして家族の関わりを深めていきたい。	これまでのかかりつけ医を受診できるようにしている。家族送迎での受診でもスタッフが付き添い、病院と直接やり取りし、確実な情報共有に努めている。	
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	利用者の体調に変化があるときは、ホームの看護職員へ報告し、対応を検討している。必要があれば早めに受診するよう心がけている。また、判断しづらい時はかかりつけ医へ電話連絡し、相談している。		
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。	入院時はホームでの生活や既往症・内服薬の情報を提供し、円滑に治療を受けられるよう配慮している。必要であれば、かかりつけ医の紹介状を手配する。入院中は面会に行き、病院の担当者から治療の状況を聞いたり、利用者とは話するなどして状態の把握に努めている。		
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、事業所の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	家族とは入居時や体調悪化時に終末期のあり方について話し合いを行っている。終末期にあたりホームで対応できること、対応できないことを説明、理解していただくよう努めている。必要に応じ主治医、家族、ホームの三者で話し合いを行い、治療方針を決定している。今後は利用者本人の意向を把握するよう努めていかなければならない。	入居時に重度化の指針を説明し、同意を得ている。重度化した際は、その都度家族や医療関係者と話し合い、方針を共有されている。過去に看取りも行い、スタッフ一丸でとなり支援している。	
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	緊急時のマニュアルを作成し、周知している。1年に1度は消防署から講師を招き、救急蘇生法の講習会を開いているが、骨折や裂傷などに対する応急手当の訓練は行っていない。今後実施するようにしたい。		
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	訓練ごとに状況設定(出火時間、出火場所など)を変えて、定期的に避難訓練(年3回)や消火訓練(年1回)を行っている。平成24年度は原子力災害発生時の避難訓練を行った。職員間の緊急連絡網や災害時マニュアルを作成している。協力が必要な場合は区長へ連絡するように区長と取り決めている。ホーム外にサイレンや赤色灯を設置し、ホーム内の異常が外部にわかるようにしている。	年3回の避難訓練と、年1回の消火訓練を実施している。最寄の公民館への避難を消防署員とともにしている。区長が緊急連絡網には入っており、細かなアドバイスももらっているが、近隣住民との協力体制構築までには至っていない。	区長だけでなく、近隣住民の方々へも理解や協力を働きかけ、地域との協力体制が更に進むことに期待したい。

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
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	各職員が常に心がけ、以前に比べ向上している。まだ、声が大きすぎたり、慣れなれしかつたりする場面があるため、今後もホーム全体で取り組みを継続していかなければならない。	理念に沿った対応ができるように、職員が意識して介護にあたっている。口調や適切な言葉かけに、職員相互で意識し、入所者に合った対応を心がけている。	
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	密に関わり、話を傾聴したり、行動を観察することで思いや希望を汲み取れるように努めている。また、利用者に問いかけたり、確認することで、自己決定できる環境を作るように心がけているが、全利用者が自分の思いを素直に表現できているとはいえない。人間的なつながりを深め、思いを打ち明けやすい存在になることを目指したい。		
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	1日の大まかなスケジュールは決まっているが、利用者の希望や身体状況にあった生活となるよう、本人の意向を伺いながら対応している。しかし、意思疎通が困難な利用者は希望を把握するのが困難で希望通りにはなっていないと思う。また、ホームの都合優先になる時もある。		
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	毎朝必要な方には本人の好みを尋ねながら更衣介助や洗面の介助を行うが、行き届かない場合もあり、もっと配慮が必要である。外出や行事の時は更衣やお化粧を促している。出張理容もあるが、パーマや毛染めを希望される方は美容室へ送迎している。自信を持てるよう、賛美の声かけを行っている。		
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	献立は栄養、彩り、季節感を考慮し、偏らないように作っている。できる方には調理や盛り付け、片づけに参加していただいている。また、食事時はテレビを消し、音楽を流しながら、職員も加わって会話しながら一緒に食べている。最近ではそうめん流しやお好み焼きなど、楽しみながら食べられるメニューも取り入れている。	職員が栄養やカロリーを考慮し、入居者の意見を聞き献立を立てている。ホームの畑で採れた野菜を使ったり、品数も多くすることで食べる楽しみが持てるよう工夫されている。	
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	食事量を記録し、常に栄養が確保できているか確認している。体調や嚥下状態に合わせ、形態や献立を変えている。食事量が少ない利用者には栄養補助飲料を準備することもある。飲水量が少ない利用者については水分摂取量の記録も行い、職員が水分補給の意識を高めるようにしている。		
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、声かけ、誘導、介助と利用者の力量にあわせ対応している。うがいができない利用者は口腔用ティッシュを使って清潔保持に努めている。夜間は入歯を預かり、洗浄液に漬けている。必要な方には訪問歯科診療を利用している。		

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
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	排泄チェック表を作成し、個別に排泄パターンを把握するよう努めている。排泄の状態に合わせ、紙オムツ、リハビリパンツ、パットを使い分けている。汚染したからすぐに紙オムツに頼るのではなく、トイレ誘導のタイミングを変えたり、ポータブルトイレや失禁パンツを活用して、紙おむつ類を使用しないでいように工夫している。	サインや仕草、タイミングを見ながらトイレに誘導し、排泄介助が行われている。入居時よりもオムツ使用枚数も減ってきている。プライバシーを尊重しながら、排泄自立に向けた支援がなされている。	
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	便秘の方が多く、水分補給を心がけている。離床を多くして体動を促している。排便の記録をつけ、便秘の利用者には、下剤の調整や腹部マッサージ・肛門への刺激などを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	ホームの都合で曜日・時間は決まっているが、場合によっては臨機応変に対応している。入居拒否の方には、時間をずらしたり、言葉を工夫しながら声をかけ、入浴が円滑に進むようしている。入浴時は会話をしながら入浴を楽しめるように支援している。	週3回の入浴を基本としているが、希望時にも入浴できる体制がとられている。浴室と脱衣所の温度差がないよう暖房するなど安全に配慮されている。	
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	夜間安眠ができるよう日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し、自室や居間でゆっくり過ごしていただいている。夜間安眠できない方には、医師に相談、指示を仰いでいる。エアコンでの温度調整や寝具の調整をおこない、快適に休息できるようにしている。		
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	病院や薬局と連携をとり、知識習得に努めている。薬の説明書をファイルし、職員が随時参照できるようにしている。薬についてわからないことや、状態に変化がある時は、まず看護職員に相談報告し、必要な場合は看護職員から病院へ連絡するようにしている。		
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	能力や好みに合わせて家事作業やレクリエーションに参加していただいている。個々の趣味が楽しめるよう備品や材料を整備している。季節ごとの行事や誕生会、地域交流会、地域行事への参加、ドライブなどを通して楽しみごとを作り出している。企画は職員が立てているが、入居者も交えて話し合い、本当に望まれていることが実現できるよう工夫したい。		
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	散歩や地域行事への参加、ドライブ、買い物など外出の機会を設けているが、介護度が軽い方に偏っている。自由に外出できればよいのだが、安全確保ため職員の付き添いは欠かせず、個々の希望に対応できてはいない。重度の方でも体調をみながら、庭での日光浴や散歩など外出の機会を作るようにしたい。	近所への散歩は、スタッフ付添いにて日常的に行われている。また、散歩に行けない方でも、ホームの庭での日光浴など、外気に触れるよう支援している。お花見など手作り弁当持参で出かけるなど、楽しみを持った、外出支援が行われている。	

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	ほとんどの方がホームで預り金を管理している。管理能力や本人の希望により、ご自分で管理される場合もあるが、紛失の心配があるため、小額にしている。買い物希望される場合は、職員付き添いで出かけることもある。		
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	個々の希望にあわせて対応している。電話の取次ぎも行っている。自ら手紙を書きポストに投函している方もいる。毎月開催する絵手紙教室では年賀状を作成し、家族に送付している。		
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	絵手紙教室の作品や行事の写真を壁に掲示している。それを見て利用者の会話が弾んでいる。草花や室内装飾品で季節感を出しているが、時期がすぎてもそのままになっている場合があり、管理がきちんとできてい。窓やカーテンの開閉で温度や光の調整をしている。空調は暖めすぎ、冷えすぎ、乾燥に注意し、随時調整している。職員の足音・声の騒々しさは改善してきた。	季節毎にホーム内の飾りつけを変えるなど、季節感のある雰囲気作りに努めている。窓からは緑の多い周囲の山々が見え、落ち着いた風景もある。ホームの団欒スペースは床暖房設備で心地よく過ごすことができる。	
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	食堂の席は希望や状況により決め、利用者それぞれが落ち着いて過ごせるように努めている。食卓の椅子以外にホールに椅子やソファ等を設置し、利用者がそれぞれが落ち着く場所で過ごしていただいている。		
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	自宅からタンス、冷蔵庫、テレビ、仏壇等を持ち込んでいる方もいる。それらを活用し、居心地よく生活できるよう工夫している。ただし、車椅子利用者や異食のある方は安全確保のため、調度品を置かないようにする場合もある。	馴染みのある家具や仏壇、テレビなどが置かれ、個人ごとに過ごしやすい部屋となっている。各部屋からも外の景色が眺められる居心地良く過ごせるようになっている。	
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	手すり設置、段差解消、補助器具の利用、居室やトイレ入り口には目印など、できるだけ自立した行動ができるように工夫している。また、生活のあらゆる場面で利用者ができない部分のみを支援し、できる部分は見守りを行うようにし、入居者に対しやる気が出るような言葉かけを行うよう努めている。転倒の危険が大きい方はセンサーや鈴で居室内の動きを察知するように努めている。		