

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	3370201547		
法人名	社会福祉法人 郁青会		
事業所名	グループホーム	みつばちハウス	すみれ
所在地	岡山県倉敷市中帯江114-7		
自己評価作成日	平成25年7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	http://www.kaijokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvosvoCd=3370201547-00&PrefCd=33&VersionCd
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井2丁目2-18		
訪問調査日	平成25年8月21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)】

地元の幼稚園・小学校・老人クラブ等との関わり地域の行事への参加、近所の理解を得た地域の一人として生活できています。利用者の明るい表情と笑いが溢れています。利用者ご家族や親戚の方々が訪問しやすい雰囲気作りや、コミュニケーションに努めています。年に2回は、ユニット合同で、利用者・ご家族・職員で食事会を含めた敬老祝賀会・忘年会を開催し、交流・親睦を深めています。管理者・職員は、定期的にあらゆることを話し合い、認知症・介護についての勉強会を持ち、ケアの向上に努めています。職員の配置を充実させ、利用者への関わりに重点を置き利用者職員が共に暮らす我が家を目指しています。

【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)】

『利用者寄り沿う介護、地域社会・家族との積極的な交流・開かれた施設としての存在』という理念を職員全員で話し合いの上決定し、理想とする支援について職員が意識し、新たな気持ちで一歩を踏み出している。管理者より「利用者の中には精神科の医師の訪問診療を受けている方もおられ、日々の生活の中で問題にぶつかることも多い。しかし、それを問題で大変だと思うか、勉強だと思って自分がスキルアップするかは本人の気持ち次第、職員には後者になってほしい」と伺い、職員に対する思いと責任感の強さを感じた。健康管理の基本は食事だと考え、三食手作りで美味しく健康的な食事の提供を心がけている。訪問した日もボリュームのある食事だったが、利用者の皆さんはべろりと完食していた。また、日頃からバイタルチェックはもちろん、服薬変更後の観察や尿量チェックなどデータ等を細かく記録に残しており、かかりつけ医に情報提供し、適切な医療が受けられるよう支援に努めている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果（すみれ ユニット）

〔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	24年度より職員全員で考えた「利用者と共に寄り添う介護、地域社会・家族との積極的な交流・開かれた施設としての存在」を理念とし、毎朝の朝礼で唱和し理念を共通に認識している。	平成24年度、職員みんなで理想とするグループホームについて話し合い、それぞれの意見をピックアップし、事業所の理念として一つにまとめている。朝礼で唱和し、意識した支援に努めている。	事業所としての理念を職員全員で決めたことで新たな一歩を踏み出したと思います。今後、理念の実践に向けて、一定期間の目標を定めるなどし、計画的に前進して頂くことを期待します。
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	地域の老人クラブ・幼稚園・小学校の人たちとの交流、ホーム周辺の方々との挨拶を交わしたり、幼稚園の運動会に参加している。	地域との交流を大切にしている。団地の中に立地していることもあり、近隣の散歩途中で挨拶を交わしたり、庭のお花を見せてもらったり自然なお付き合いをしている。地元の中学校の職場体験の受け入れや幼稚園との交流など積極的に行っている。	
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	推進者会議での現状報告や病院受診や、買い物などの場での関わりから、地域に受け入れてもらえるよう努力している。		
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	隔月の推進者会議でホームの現状や、利用者の方々の体調、精神面の変化、事業所の体制、等を話し合い、理解をいただいている。参加者には民生委員・老人会・他のグループホーム管理者の参加があり多方面から意見を得ている。	2ヶ月に1回、定期的で開催し、地域包括支援センター職員や老人会の方、民生委員などが参加している。事業所の報告、各機関からの情報提供、成年後見人制度についての勉強会など行っている。同時に避難訓練も実施し、参加した方に手伝ってもらったり、意見を頂いたりしている。	
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	地域包括支援センターの職員の2ヶ月に一度の推進者会議への出席で、ホームの介護の現状等を細かく報告している。また介護についてのアドバイスを受けたり、介護保険制度についてなど情報を伝えてもらっている	地域包括支援センターとは運営推進会議を中心に連携を図っている。市町村には書類提出で窓口に出向いたり、分からない事があれば電話で連絡し、連携を図っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	23年度1件の身体拘束事例があり、代替性を実施した。このことから特に職員全員が身体拘束ゼロを意識している。目標達成計画で24年度は、言葉による身体拘束についても意識をもってケアに取り組んでいる。	身体拘束に関する勉強会を実施し、職員の意識を高め、身体拘束をしないケアを心がけている。精神科に通院している方もおられるため、投薬による副作用等について、医師と相談したり、利用者の行動を制限するような言葉遣いしないよう注意したりするなど、多方面から配慮している。	

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
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	虐待に関する施設内研修を行い意識をもってケアに取り組んでいる。身体的な虐待以外に言葉や態度、介護拒否が虐待に含まれることを職員に伝えて防止に努めている。利用者の表情や身体的異常の発見に気を配っている。		
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	今年度は後見人のついた方の入居はなく、現在民生委員の方がお世話されている利用者が居る。今後に向けて成年後見制度について職員研修等に取り入れたいと考えている。		
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	入居時、契約書、重要事項説明書の内容を細かく説明し同意を得ている。又不安な点や質問を受ける時間を設け十分に説明を行っている。		
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	ご意見箱や苦情受付窓口を設けご意見を受け付ける体制を作っている。利用者・ご家族より意見が出た場合は、書面に書き止め、問題解決に向け早急に対応するようにしている。	家族からの意見や苦情があれば、問題解決に向けて検討し、対応している。また、相談から対応経過、結果についてきちんと記録にも残している。出来る限り家族にも協力してもらえる体制作りをしていくためにも、利用者の近況を毎月メッセージを書き、伝えるなど信頼関係の構築に努めている。	
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	毎月の職員会議の時、管理者は法人の運営方針、職員への処遇等について、職員の思いや意見を聞き取りこれを代表者伝えるようにしている。また職員は日常的に疑問や意見を管理者に伝え易い環境づくりが出来るようにしている。	毎月1回の職員会議にて職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また、個人面談なども随時行い、一人ひとりの要望や思いを聞き、相談にも乗っている。資格取得など希望があれば、勤務希望など柔軟に対応している。	
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	年2回、個々の自己評価と同時に、上司が努力した点や、勤務状況を評価し、給与・賞与に反映している。また、自己評価・自己目標の記入から、やりがいのある職場環境条件の整備づくり役立てている。		

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
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	職員の介護力、経験に合わせた、施設外研修への参加と、法人が行う全体的研修、認知症ケアに関する施設内研修、日々の介護の場面での指導等で、認知症への理解を深めている。		
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	市の介護保険事業者等連絡協議会の開催する研修や、ケアマネ交流会への参加、推進者会議には他のグループホームの管理者の出席を受け、サービス内容の報告や意見交換等で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	事前のフェースシートや家族・本人の要望などの情報を職員全員が把握し、関わりを始めるようにしている。他入居者への紹介や、入居者同士の特性を考えた席の決定などで、不安にならないようにしている。入居前の見学を勧めている。		
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	入居前にホームを見学してもらい、ホームの雰囲気、環境を見てもらうと同時に、入居される方の姿、当ホームで暮らせるか、入居者・家族の要望、不安な点を聞き取り、ホームの介護の方針等互いに十分説明して理解を得るようにしている。		
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	担当ケアマネージャーからの情報を含め、ご家族が、まず必要としているサービス、関わりを優先にケアプランを立て、対応しその後、本人の姿の全体像を把握するよう努めている。		
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	入居者と共に食事やお茶を頂き、テレビや新聞等の話題で共に笑ったり、感動したり、日常の洗濯・掃除・食事作り等の家事を共に行っている。		

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
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	定期的に父親の散髪に来る息子さん、運動不足にならないようにと母親と散歩行く息子さん、気分転換に外出に出掛けたり、好きな物を食べに遠出されるご家族もあり、有難い。ホームの行事へのご家族が参加する場づくりにも努めている。		
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	訪問されるすべての方々に職員は明るく、雰囲気良く応接し、訪れ易いホーム作りを心がけ、目指している。入居者との周辺散歩時には近隣の方とも挨拶を交わし馴染みの関係を作っている	家族と相談し、本人の自宅のあった島の見える場所へ連れていったところ、本人は海に向かって手を合わせていたとのこと。できるだけ本人の行きたい場所や思い出のある場所に連れて行ってあげたいという思いを職員が持っており、支援を心がけている。	
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	本人の特性を考えた席の配置・コミュニケーションが取りにくい利用者においては、職員が間に入りトラブルにならないように気をつけている。		
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	退居後も入院先への面会に出掛けたり、長期入院から退院後の居場所について、再び当ホームに入居希望をされる家族や、同一法人の特養などの入居の希望などについて、相談を受けたり、支援を行っている。		
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	本人思いを聞き入れ、実行できるよう努めている。コミュニケーションの取れにくい利用者については、生活暦や、家人からの情報から推察している。	日ごろから表情や仕草、顔色等をよく見て、気持ちを推察しながらコミュニケーションを図るよう心がけている。把握が困難な場合には家族から生活歴や性格など情報を得て、検討している。	
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	生活暦や本人の性格、既往歴など、本人の今の姿に至るまでについて、家族や入所前のケア関係者からの情報提供を基にフェースシートに落とし、関わる職員が事前に把握し、介護に当たっている。		

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
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	今までの生活習慣や趣味、生活歴・既往歴、性格などを職員は受け入れながら、現状の姿をプランに移し介護に努めている。本人の意思、思いを受け止め添えるようにしている。		
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	本人、家族の意向を基に毎月カンファレンスを行い職員が気づいた点やアイデアを話し合い計画に反映させている。特別な変化については気づきノートに記録をし場合により主治医に相談し、関わり方、計画を変更する事もある。	毎月のカンファレンスにてモニタリングを行い、困ったことや気付いたことについて職員で意見交換を行っている。その中で、介護計画を継続するか、変更するか話し合っている。医療面については主治医に相談し、介護計画に反映している。	毎日ケアプランチェック表を用い、達成できたかどうか○、△、×など記入され、職員のケアプランへの取り組みが一目で分かりやすく整理されています。できれば家族にも見て頂くことで、事業所の支援やケアプランの大切さなど理解が深まるのではないかと思います。検討を期待します。
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	個別記録に介護計画を反映させて職員が情報を共有・日々確認・実行できるようにしている。		
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	利用者やその家族の状況に合わせたサービスの提供。身よりの居ない利用者や、病気や、精神疾患で来所が困難なご家族に代わっての病院受診。車椅子対応車での送迎。お墓参りにも出掛けます。		
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	老人会・生き生きクラブ・地域の幼稚園・小学校との交流。幼稚園の運動会への参加。近所を散歩して地域の方と会話したり、きれいなお花を頂いたり、馴染みの関係が築けている。		
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	入居前に、対応内容を細かく説明し、本人及び家族の意向でかかりつけ医を決めている。月2回の往診と訪問看護で適切な医療の提供と健康管理を受けられるよう、日々の様子について情報提供を行い信頼関係を築いている。	本人、家族の希望によりかかりつけ医を決定している。協力医療機関より月2回往診、訪問看護の訪問がある。利用者に合わせたバイタルチェックや尿量チェックなど職員がこまめに記録し、かかりつけ医に情報提供をしている。特に薬の変更があったときには様子観察など綿密に行っている。	

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
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	職員として看護師を配置している。そのほかにも週1回の訪問看護師の訪問もあり、日頃の健康管理が充実している。介護職と看護師が情報を共有し入居者の健康管理を行っている。		
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、まず病院関係者に情報を提供を行う。治療の状況や退院時期、退院後など医師や病院関係者と話し合いをもつなどして早期退院を目指している。		
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	入居時に看取りの指針、見取りの同意書の説明を行い、理解を得ている。重度化した場合もその都度家族・主治医・ホームと話し合いを重ね、事業所の出来る事できない事、体制、ご家族の協力などを話している。	今までに看取りの経験もあり、本人や家族の意向を第一に考え、出来る限りの対応をしている。また、長期入居している方が多く、職員としても最期まで看取ってあげたいという思いも強いが、できる事、できない事について家族や医師とその都度、話し合い確認しながら対応している。	
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	救命救急訓練は年1回法人全体で行ない職員全員が参加している。繰り返しの訓練で職員の意識が高くなり、訓練時の動きもスムーズとなっている。		
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	避難訓練は、夜間を想定して年2回行っている。施設連絡網以外に地域連絡網も作り、緊急時の協力体制の強化に努めている。訓練は推進会議時に行ない、メンバーにも避難訓練、消火訓練に参加してもらっている。	年2回、避難訓練を実施している。事業所内だけでなく、地域の連絡網も作成している。運営推進会議で避難訓練を行うことで、地域の方に参加して頂き、事業所の状況を知ってもらうようにしている。地震など災害対策について検討中である。	緊急連絡網が地域の方も含めて作られていることにびっくりしました。とても画期的なことだと思います。この連絡網を活かすためにも、一度シュミレーションで連絡をまわしてみるなどしてはどうでしょうか。時間がどれくらいかかるか等気付くこともあると思います。
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	職員としての守秘義務について職員全員が意識して関わっている。人権、プライバシー保護、個人情報についての研修を行い意識づけを行っている。	守秘義務を基本として利用者を尊重した声かけを心がけている。大きな声で本人が恥ずかしい事を言わないなど日常生活の中で慣れてしまいがちなので、管理者から折に触れて話している。また、研修も実施し、レベルアップを図っている。	

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
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	サービスを提供する時、手伝い・行事への参加・外出、散歩・・・本人に問いかけるこえかけで、意思決定ができるように心がけている。		
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	自室で過ごす人、ホールで過ごす人、テレビを見る人と、出来る限り本人が希望する過ごし方を優先している。		
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	日常及び外出の日の服装など本人の好みに合わせた、本人の決定に合わせる様にしている。毛染め、パーマの希望があれば美容院への送迎も行う。		
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	献立を共に考えたり、食事の準備、食事作り、食前のテーブル拭きや後片付けなど、それぞれが出来る事を手伝い、食事は職員も共に頂く。誕生日会のケーキは手作りとし、入居者に飾り付けを手伝ってもらい、みんなでお祝いしている。	毎日、職員が献立を考え、手作りのものを提供している。その日に利用者が食べたいと言ったものに献立変更することもある。野菜の皮むきやお盆拭きなどできることは手伝わってもらっている。また、5月にはヨモギ餅、2月は恵方巻きなど季節を感じてもらえるよう配慮している。糖尿病食にも主治医と相談しながら対応している。	
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	一人ひとりの体調や、病歴などを考えた食事、野菜を多く使った食事作り、糖尿病の方へは糖分を調節した食事、水分制限のある方へは摂取の管理などに努めている。また嚥下状態に合わせた食事形態で提供している。		
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	食後の口腔ケアの実行。自力で出来ない人、磨き残しがある人の介助や、残菌の無い方は、ガーゼ・舌ブラシなどを使っての口腔ケアを行い口腔内のマッサージ、衛生管理に努めている。		

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	トイレでの排泄に向けて早目のトイレの声掛け、行動のサインを読んだ誘導を行っている。	利用者の顔色、表情を見ながら早めに声かけを行い、トイレへ誘導している。また、声かけは周りの人に分からないよう、さりげなく行うよう配慮している。夜間、介助が必要な方には起き上がると感知するセンサーマットを活用し、必要な時にトイレ誘導を行っている。	
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	朝、起床時の牛乳、野菜や根菜類の多い食事に心がけて作っている。散歩も行っている。散歩に行けない時は室内歩行や、マシーンを使い下肢を動かし下腹部を刺激している。		
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ず、個々にそった支援をしている	大体の入浴日は決めていますが、その日、その時間入りたくなければ翌日にするなり、無理強いない。利用者一人ひとりに合わせた希望時間で入浴をしている。入浴中は職員との話が弾みコミュニケーションを深めている。	基本的に週3回、入浴支援をしている。お風呂が好きな人が多く、一対一で一緒に話したり、歌を唄ったりするなどゆったりと楽しんでもらっている。できるだけ本人の希望する時間に合わせて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	自由に自室に入出入りでき、一人ひとりの生活パターンで食後短時間横になる人、夕食後早々自室に戻る人、横になりテレビを観る人、テレビを観ながら眠りにつく人遅くまでリビングで過ごす人、と睡眠に入る時間帯もさまざまである。		
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	薬情を見やすいところに置き、職員がいつでも確認できるようにしている。朝・昼・夕・眠前と分けをし、確実な服薬に努めている。薬が変更された後の変化に気をつけている。場合によっては、主治医に状態を報告している。		
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	塗り絵、食事の下ごしらえ、洗濯たたみ、テーブル拭き、・・・出来る事に参加していただく。買物、畑仕事、散歩、ドライブなど、気分転換を図っている。		
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支援している	ホーム周辺の散歩、美容院へ髪を染めに言ったり、雑めぐり、外食、随時のドライブ、個別外出では、本人の希望で思い思いの場所へ出掛けている。お花見などは、ご家族も一緒に出掛け、思い出作りに努めている。	天気のいい日には近隣を散歩したり、ドライブに出かけたりしている。また、毎年5月には個別外出を計画しており、普段行けない場所や本人が行きたい場所など希望を聞き、出かけるようにしている。季節に合わせた外出には家族にもお知らせし、一緒に行くこともある。	

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	自分で管理が出来る人は、個人で持っており、自分で支払いをしてもらっている。日頃は、ホームが管理している方も支払い前にお金を渡し、自分で支払いをしていただくようにしている。		
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	事務所からいつでも電話でご家族や親戚と連絡が取れるようになっている。手紙を書く方については、切手の購入やポストへの投函の手伝いをしている。		
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	広いリビング、いつでも出入りできる台所、フロアーに6箇所のトイレがありゆったりと過ごせるようになっている。もちろんリビング居室、浴室は、冷暖房完備である。広い窓から外の様子が伺える。思い思いにリラックスできるスペースがあり個々の時間を大切にしている	廊下は広く、回廊になっている。リビングは窓が大きく、ゆったりと余裕があり、居心地がいい。壁には敬老祝賀会や夏祭りなど家族も入った集合写真が飾られており、事業所の歴史を感じることができる。リビングに机を置き、職員が記録などしながら利用者と話をし、穏やかな時間が流れている。	
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	一人ひとりの所定の場所の他にリビングの壁側にソファーや椅子を多く置き、自由に過ごせるようにしている。		
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	利用者のなじみの物や、好みの物を置いている。子供や孫の写真、若い時趣味で作った作品などで自室を飾っている。仏壇を持ち込んでいる方もある。	利用者の使い慣れたものや馴染みの人形などを置き、本人にとって心地の良い空間を工夫している。家族が面会に来た時に一緒に写真を撮り、居室に飾るようにしている。また、全居室に洗面台が設置されており、毎日の口腔ケアなどはそれぞれの居室で行っている。	
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」「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	自室の入り口には、表札を出し、自室の確認が出来るようにしている。トイレ、浴室、廊下には、手すりをつけ、安全に移動できるようにしている。居室は、一人ひとりに合わせたベッドを使用し、呼び出しコールも設置している。		

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	3370201547		
法人名	社会福祉法人 郁青会		
事業所名	グループホーム みつばちハウス なのはな		
所在地	岡山県倉敷市中帯江114-7		
自己評価作成日	平成25年7月15日	評価結果市町村受理日	

【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)】

--

※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/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigvoCd=3370201547-00&PrefCd=33&VersionCd=
----------	---

【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)】

--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井2丁目2-18		
訪問調査日	平成25年8月21日		

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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（なのはな ユニット）

〔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	24年度より職員全員で考えた「利用者と寄り沿う介護、地域社会・家族との積極的な交流・開かれた施設としての存在」を理念とし、毎朝の朝礼で唱和し職員は共通に認識している。		
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	地域の老人クラブ・幼稚園・小学校の人たちとの交流、ホーム周辺の方々と挨拶を交わしたり、幼稚園の運動会に参加している。		
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	推進者会議での現状報告や病院受診や、買い物などの場での関わりから、地域に受け入れてもらえるよう努力している。		
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	隔月の推進者会議でホームの現状や、利用者の方々の体調、精神面の変化、事業所の体制、等を話し合い、理解をいただいている。メンバーには民生委員・老人会・他のグループホーム管理者もあり多方面からの意見を得ている。		
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	地域包括支援センターの職員の2ヶ月に一度の推進者会議への出席で、ホームの介護の現状等を細かく報告している。また介護についてのアドバイスを受けたり、介護保険制度についてなど情報を伝えてもらっている。		
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	23年度1件の事例があり、代替性を実施した。このことから職員全員が身体拘束ゼロを意識している。身体拘束に関する施設内研修、法人全体での研修を行い意識をもってケアに取り組んでいる。		
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	虐待に関する施設内研修を行い意識をもってケアに取り組んでいる。身体的な虐待以外に言葉や態度、介護拒否が虐待に含まれることを認識し防止に努めている。利用者の表情や身体的異常の発見に気を配っている。		

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	現在後見人がついた方がなく、直接性にかけているが、今後に向けて後見人制度についての知識を持てるよう、職員研修等に取り入れたいと考えている。		
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	入居時、契約書、重要事項説明書の内容を細かく説明し同意を得ている。又不安な点や質問を受ける時間を設け十分に説明を行っている。		
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	ご意見箱や苦情受付窓口を設けご意見を受け付ける体制を作っている。利用者、ご家族より意見が出た場合は職員全員で話し合い、早急に対処するようにしている。		
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	毎月の職員会議の時管理者は、法人の運営方針、職員への処遇について職員の思いや意見を、聞き取り代表者に伝えるようにしている。また職員が日常的に疑問や意見を管理者に伝え易い環境が出来ている。		
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	年2回、個々の自己評価と同時に、上司が努力した点や、勤務状況を評価し、給与・賞与に反映している。また、自己評価・自己目標の記入から、やりがいのある職場環境条件の整備づくりに役立てている。		
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	職員の介護力に合わせた、施設外研修への参加と毎月1回の認知症ケアに関する施設内研修、日々の介護の場面での指導等で、認知症への理解を深めている。		
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	市の介護保険事業者等連絡協議会の開催する研修や、ケアマネ交流会などに参加、推進会議には、他のグループホームの管理者の参加も受けサービス内容の報告や意見交換でサービス向上に努めている。		

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
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	事前のフェースシートや家族・本人の要望などの情報を職員全員が把握し、関わりを始めるようにしている。他入居者への紹介や、入居者同士の特性を考えた席の決定などで、不安にならないようにしている。入居前の見学を勧めている。		
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	入居前にホームを見学してもらい、ホームの雰囲気、環境を見てもらうと同時に、入居される方の姿、当ホームで暮らせるか、入居者・家族の要望、不安な点を聞き取り、ホームの介護の方針等互いに十分説明して理解を得るようにしている。		
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	担当ケアマネージャーからの情報を含め、ご家族が、まず必要としているサービス、関わりを優先にケアプランを立て、対応しその後、本人の姿の全体像を把握するよう努めている。		
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	入居者と共に食事やお茶を頂き、テレビや新聞等の話題で共に笑ったり、感動したり、日常の洗濯・掃除・食事作り等の家事を共に行っている。		
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	花見・1日外出・敬老祝賀会・忘年会など、家族が参加する場づくりや訪問しやすい雰囲気作りに努めている。受診の同行、生まれ故郷に帰りたいと繰り返す利用者を家族の同行で何十年ぶりに故郷を訪れた。共に思いを受け止める努力をしている。		
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	友人・知人・親戚、などの訪問を歓迎し、来所しやすい雰囲気作りに職員、施設は努力している。本人の要望で親しい人に会いに行ったり、馴染みの美容室へカットや毛染めに行きます。		
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	本人の要望を取り入れたり、本人の特性、相性を考えた席の配置で利用者間でトラブルとならないよう気を配っている。全員で輪になり風船バレーを行なうなどコミュニケーション作りにも気をつけている。		

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
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	退居後も入院先への面会に出掛けたり、長期入院から退院後の居場所について、再び当ホームに入居希望をされる家族や、同一法人の特養などの入居の希望などについて、相談を受けたり、支援を行っている。		
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	食事、出かけた場所など、本人の思いを聞き入れ、実行できるよう努めている。コミュニケーションの取れにくい利用者については、生活暦や、家人からの情報から推察している。		
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	生活暦や本人の性格、既往歴など、本人の今の姿に至るまでについて、家族や入所前のケア関係者からの情報提供を基にフェースシートに落とし、関わる職員が事前に把握し、介護に当たっている。		
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	今までの生活習慣や趣味、生活暦・既往歴、性格などを家族より聞き、現状の姿をプランに移し介護に努めている。出来る事、出来ない事、したい事、したくない事など本人の意思に重点を置き、生活を支援している。		
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	本人、ご家族の意向を基に毎月ケアカンファレンスを行い職員が気づいた点やアイデアを話し合い計画に反映させている。特別な変化については、気づきノートに記録をしている。主治医に相談し関わり方、介護計画を変えることもある。		
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	個別記録に介護計画を反映させて職員が情報を共有し、日々確認・実行できるようにしている。個別の気づきノートへの記録から認知症状の変化の時期や内容を把握し介護計画の見直し、検討に役立てている。」		
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	利用者の家族が仕事、病気や、精神疾患で来所が困難な場合、家族に代わって病院受診や入院の援助を行なっている。家族の訪問や外出の少ない利用者を不定期にドライブや買い物に連れて行っている。		

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
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	老人会・生き生きクラブ・地元の幼稚園・小学校との交流。幼稚園の運動会への参加。近所を散歩して地域の方と会話したり、きれいなお花を頂いたり、馴染みの関係が築けている。		
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	入居前に、対応内容を細かく説明し、本人及び家族の意向でかかりつけ医を決めている。月2回の往診と訪問看護で適切な医療の提供と健康管理を受けられるよう、日々の様子について情報提供を行い信頼関係を築いている。		
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	職員として看護師を配置している。そのほかにも週1回の訪問看護師の訪問もあり、日頃の健康管理が充実している。介護職と看護師が情報を共有し入居者の健康管理を行っている。		
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、まず病院関係者に情報を提供を行う。治療の状況や退院時期、退院後など医師や病院関係者と話し合いをもつなどして、早期退院を目指している。		
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	入居時に看取りの指針、見取りの同意書の説明を行い、理解を得ている。重度化した場合もその都度家族・主治医・ホームと話し合いを重ね、事業所の出来る事できない事、体制、ご家族の協力などを話している。		
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	救命救急訓練は年1回法人全体で行ない職員全員が参加している。繰り返しの訓練で職員の意識が高くなり、訓練時の動きもスムーズとなっている。		
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	避難訓練は、夜間を想定して年2回行っている。施設連絡網以外に地域連絡網も作り、緊急時の協力体制の強化に努めている。訓練は推進会議時に行ない、メンバーにも避難訓練、消火訓練に参加してもらっている。		

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
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	職員としての守秘義務について職員全員が意識して関わっている。人権、プライバシー保護、個人情報についての研修を行い意識付けを行っている。また、適宜指導を行っている。		
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	食事のメニューを考える時、食べたい物を聞いたり、お手伝い、行事への参加、外出、散歩・・・本人が意思決定出来るように質問形式での声掛けに心掛けている。		
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	本人の健康状態、認知状態、出来る事、したいこと、したくないことなど職員は大体を把握している。無理強いせず出来る限り本人の希望や状態に合わせた過ごし方を優先にしている。		
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	毎日の普段着や外出の日の服装など本人の好みに合わせ、本人の決定に合わせる様にしている。訪問美容では、本人の希望や個性に合わせたカットにしている。美容院への送迎を行い毛染めの色やカットは本人が決めている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備、メニューの記入、献立を共に考えたり食前のテーブル拭きや後片付けの手伝いなど、出来る事は、手伝って頂く。		
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	一人ひとりの体調や、病歴などを考えた食事、野菜を多く使った食事作りに努めている。1日の水分量の確保、食べ易い硬さや大きさに合わせたり、トロミをつけたりと個々の嚥下状態に合わせた食事の提供を行なっている。		
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	食後の口腔ケアの実行。自力で出来ない人、磨き残しがある人の介助や、残歯の無い方は、ガーゼ・舌ブラシなどを使っての口腔ケアを行い口腔内のマッサージ、衛生管理に努めている。		

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	トイレでの排泄に向けて早目のトイレの声掛け、誘導を行っている。意思表示の出来にくい利用者について職員は排泄パターンを把握しており、表情の変化を捉えトイレでの排泄が出来るようにしている。		
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	朝、起床時の牛乳の提供、野菜や根菜類を多く使った食事作りを心がけている。散歩やフロア一歩行もやっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者一人ひとりのペースに合わせてゆっくりと時間をかけて入浴をしている。大体の入浴日と時間は決めているが、入りたくない日や時間は無理強いせず、本人の意思に合わせている。		
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	自由に自室に出入りでき、一人ひとりの生活パターンで食後短時間横になる人、夕食後早々自室に戻る人、横になりテレビを観る人、テレビを観ながら眠りにつく人遅くまでリビングで過ごす人、と睡眠に入る時間帯もさまざまである。		
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	看護師が薬の管理、確認を行っている。薬情を見やすいところに置き、職員がいつでも確認できるようにしている。朝・昼・夕・眠前と区別を確実な服薬に努めている。		
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	塗り絵、食事の下ごしらえ、洗濯たたみ、テーブル拭き、・・・出来る事に参加していただく。買物、畑仕事、散歩、ドライブなど、気分転換を図っている。		
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	ホーム周辺の散歩、近所の知人の家に花を見に行く。花見、秋の旅行は、多くのご家族の参加で出かけている。生まれ故郷に何年も帰ったり、行っていない利用者を家族の同行と協力を得て連れて行った。		

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	自分で管理が出来る人は、個人で持っており、自分で支払いをしてもらっている。外出先での買い物は出来る限り本人が支払いお釣りの確認をするようにしてる。		
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	自室に携帯電話のある利用者があり、家族と連絡が取れるようになっている。電話のない利用者はいつでも事務所から電話が出来るようにしている。		
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	広いリビング、いつでも出入りできる台所、フロアーに6箇所のトイレがありゆったりと過ごせるようになっている。もちろんリビング居室、浴室は、冷暖房完備である。広い窓から屋外の天気や様子などが伺える。		
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	一人ひとりの所定の場所の他にリビングの壁側にソファーや椅子を多く置き、自由に過ごせるようにしている。		
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	利用者のなじみの物や、好みの物を置いている。子供や孫の写真、若い時趣味で作った作品、習字クラブの作品で自室を飾ったり、植物を育てたりしている。		
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」「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	自室の入り口には、表札を出し、自室の確認が出来るようにしている。トイレ、浴室、廊下には、手すりをつけ、安全に移動できるようにしている。部屋の中は、一人ひとりに合わせたベッドを使用し、呼び出しのコールも設置している。		