

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	0175900083		
法人名	社会福祉法人 清光園		
事業所名	グループホームまどか		
所在地	夕張市清水沢宮前町2番地		
自己評価作成日	平成 26年 11月 20日	評価結果市町村受理日	平成27年12月25日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0175900083-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=tue&amp;JigyosyoCd=0175900083-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

【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)】

今年度の事業計画でもある地域との交流に力を入れている。食材購入も発注と買い物を併用、訪問診療から定期受診へ、ホーム内で散髪していた方も地域の理美容室に行き、早朝のラジオ体操や盆踊り、花火大会、地域の文化祭や市内の音楽祭等にも積極的に参加し、閉じこもりがちだった方も外出するようになった。外出先では思わぬ方と会い、「元気だったかい？」とお互いを気遣いながら楽しく昔話ができ、まどかと言う施設を入居者の実際の姿から理解と認識をしてもらえるようになった。外に出る事が入居者の行動範囲が広くなり、一人で出かけてしまう心配もあったが、現在はそのような事が無い。逆に外に出る機会が増えた事で満足して頂いていると感じられる。日々の生活では能力に応じた支援をさらに進め、日常の家事はほぼ毎日の日課や役割として継続されてきている。2か月に一度の運営推進会議を行い、避難訓練は1年に2度行っているが、避難時の協力として近隣の方々も訓練に参加し、地域住民とまどかの関係も良好である。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 ふるさとネットサービス
所在地	札幌市中央区北1条西7丁目1番あおいビル7階
訪問調査日	平成 26年 12月 3日

【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)】

当ホームは、清水沢駅から徒歩5分に位置し、消防署がすぐ目の前に有り、コンビニや郵便局、商店も近くに点在し、利用者が安心して暮らし易い環境に有ります。昨年改めて、職員全員で理念を作成し、利用者の「あるがまま」を大切にケアの実践に、職員が一丸となって取り組んでいます。管理者は、利用者に出る機会を多く持って頂く為に、地域行事参加は勿論の事、病院の往診を通院に変えたり、訪問理美容も地域の理美容室に出かける等、地域に根ざした、閉じこもらない暮らしの支援に取り組んでいます。運営推進会議や避難訓練時には地域住民の参加協力を頂いています。春の苗植え作業やセラピードックのボランティアの受け入れ、保育園児がホームでお遊戯を披露してくれる等、地域との交流を深めています。終末期対応として、法人の特別養護老人ホームへの入所やホームでの看取り等、利用者、家族の要望に沿った支援を行う事で、家族との信頼が築かれています。管理者、職員は共にケアサービスの質の向上に努め、利用者本位のより良い暮らしの実現に取り組んでいます。

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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (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)		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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	25年度に変更し、玄関に掲示しており、職員ばかりではなく入居者や家族、面会に来た地域の方にもわかりやすくなっている。理念は職員全員で考えられた物で、職員の理解もしやすい。地域密着型の施設として地域とも関わりを築けるよう努めている。	昨年、地域密着型サービスとして何が大切かを職員全員で考え、改めてホーム独自の理念を作り上げています。ユニット会議や日々の申し送り時などで、折に触れ話し合い、理念の具体化に取り組んでいます。理念を振り返り、更に見直しを検討しています。	
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	町内会に加入、通院、買い物や理美容室、地域行事(夏のラジオ体操や盆踊り)、市民文化祭や交通安全運動にも参加、法人で行われる行事や保育園・小中学校とも交流がある。災害時の避難協力で、まどか避難訓練時には地域住民も参加している。	町内会に加入し、祭りや盆踊りに参加しています。市の交通安全運動に協力したり、市民文化祭に出かけています。セラピードックのボランティアや医大の実習生を受け入れています。保育園児がホームでお遊戯を披露してくれる等交流を深めています。	
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	「認知症行動・心理症状緊急対応」「若年性認知症利用者受け入れ」等の加算の体制もとり、認知症実践リーダーの資格を持つ職員を中心に研修も行い、11月からショートステイの対応可能になった。		
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か月に一度の運営推進会議が今年度5回開催。まどかの取組や状況報告を行うと共に、意見、アイデアなども頂きながらサービス向上に努めている。	運営推進会議には、町内会会長、民生委員、消防署員、地域包括支援センター職員、市職員、家族の参加を頂き2ヵ月毎に開催しています。ホームの取り組みや利用者の状況を報告し、活発な意見交換が行われています。議事録は全家族に配布しています。	運営推進会議は、利用者が住み慣れた環境で快適に暮らし続ける為の会議で有る事を家族に理解して頂き、より多くの家族に参加して頂ける様に、積極的な声かけを期待します。魅力ある議題の提供や日程の調整など、家族が参加し易い環境作りに期待します。
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	運営推進委員や地域包括、介護保険課の方や生活保護係のケースワーカーとは情報のやり取りが多く、地域包括からは入居状況の確認や相談なども多く寄せられている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員や市の職員の参加を頂き意見や情報を得ています。利用者個々の課題についても、介護保険課に相談して解決に至っており、常に連携し協働関係を築いています。	
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「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	法人内の研修に参加し、身体拘束に関する理解を深めている。現在身体拘束をする事例はなく入居者の生活リズムを把握し、先取りのケアをするように努めている。玄関の施錠は重要事項の中で示されている通り、21時からよく朝6時までの時間になっている。	職員は、法人内の研修やホーム内の研修にて、身体拘束の弊害について理解を深め周知徹底を図っています。職員は、外出傾向にある利用者の行動を見守り、要因の分析に努め、自宅地域まで出かけるなど身体拘束をしないケアに取り組んでいます。玄関は夜9時～翌朝6時まで施錠しています。	
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	法人内の研修に参加し、虐待に関する理解を深めている。誤解されやすい言葉使いについては、事業所内の研修(接遇)を行い、接し方や言葉の言い換え等を行い、誤解にならない対応を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	法人内の研修に参加し権利擁護の理解を深めている。成年後見人制度を活用している方はいないが、認知症の症状から訴えが思うように出来ない方は、その表情や状態等から読み取り、適正に対応出来る様心がけている。		
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	入居時には十分に時間を取り説明をし、その場で不安や要望、疑問なども聞きとりを行っている。運営や料金改定時にも面会の時間を利用し説明を行い、面会に来られない家族には文書を送付している。		
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	家族の面会時や電話があった時に要望などがあった場合は、直ぐに話し合いを持ち、毎朝のミーティングや日誌で職員に周知している。玄関先に意見箱も設置されており、意見などは職員会議や運営推進会議で話される事になっている。	職員は家族の訪問時には、利用者の状況を伝えながら、意見、要望等を伺う様に努めています。遠方の家族には、毎月発行の「まどかたより」や個々の家族に向けた手紙も送付し、暮らしぶりを報告しています。出された意見、要望は日誌に記録し、日々の申し送り時に話し合い情報を共有しています。更に、職員会議にて協議し、運営に活かしています。	
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	毎月各棟でユニット会議を開催、1年に2度職員会議を行い意見や提案を聞く機会を持っている。年度末には個別に面談し直接意見を聞く機会を設けている。	管理者は、毎月のユニット会議や年2回の職員会議にて、職員の意見、要望を聞き取り、話し合う機会を設けています。更に年末には、管理者との個人面談も実施されています。また、職員の契約時更新時には、施設長との個人面談もあり、働きやすい環境整備への取り組みに活かしています。	
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	年度末に法人が行う個人面談があり、その際に勤務状況や給与、労働時間等の聞き取りを行い、管理者もそれを共有している。職員それぞれが働きやすい環境を整えている。		
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	法人内の研修に加え、事業所内でも1か月に一度研修を行っている。管理者と介護主任がキャリア段位認定者の資格を取得、今後の職員育成に活用する。また、地域主催の研修他、市外での研修にも参加しスキルアップやメンタルケアにつなげている。		
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	市内の事業所で構成される複数事業連携委員会、メロンネットなど地域の事業所が集まる研修にも積極的に参加。研修以外にもコミュニケーションの場ともなり、情報交換も積極的に行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	計画作成時に必要な情報収集、本人の生活歴を重視し、不安が少しでも解消されるように使い慣れた家具の持ち込みや、住んでいた地域での買い物や理美容室の利用など、以前の暮らしの継続が出来る様支援している。不安、要望は職員間で情報を共有し、ケアプランにも反映するよう努めている。		
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	入居希望や相談があった場合、家族の他担当ケアマネや入院先の関係者からも情報を集め、家族が伝えきれない部分や不安、要望を聞き取り対応している。入居後も家族との連絡を多く取る心がけ、日々の様子をお伝えした中から不安、要望を聞き取り、それに添える様に改善に努めている。		
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	入居前の情報から支援する事をあらかじめ検討するが、実際関わった中で必要・不必要と思われる事を見つけ出し、情報を職員間で共有しサービスを行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	入居者自身の残存機能を低下させない様支援しながら、押し付けの無い様に寄り添うケアをしている。女性入居者は以前の暮らしを継続出来る様家事全般や買い物なども職員と一緒に出来る支援しているが、男性入居者は家事に関わる事は少ないが、できる範囲でお手伝いをお願いし、少しでも役割を持つ様工夫している。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	面会や利用料金請求時に文書を同封、まどか便りなどで近況を伝え、特別な事があった場合は直接話あう機会を設け、情報を共有しながら入居者の生活を支えている。ケアプラン更新時は本人・家族にも参加してもらい会議を開催。本人・家族・職員が一体になりケアが出来る様努めている。		
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	行き付けの理美容室や店、散歩を兼ね昔の居住地までドライブ、地域行事に参加他、ご家族との外出や近所や親類の面会等、その方の関係継続に努めている。訪問診療から定期受診に変更した事で地域の病院に行く事となり、思いがけない方と再会する事も多くなった。	職員は出来る限りの支援に努めていますが、利用者も馴染みの人達も高齢化が進み、関係継続支援の難しさを感じています。それでも、自宅のあった地域までドライブしたり、行き付けの理美容室や商店へ出かけています。かかりつけ医への受診時や地域行事参加時に知人と再会し、交流を図れるよう支援に取り組んでいます。	
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	少ない人数だが相性もあり、趣味や興味も違う。その時々に合わせてさらに少人数で過ごす場所を用意、両ユニットの利用者がいつでも交流出来る場面を作りながら、ホーム内での生活がより楽しめる環境作りに努めている。利用期間の長い方々は関係が築けているが、自分の時間や空間を大切にしている方もいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入院や引っ越しでホームをはなれた方が今後の居住先が確定し引っ越すまで、家族と連絡を取り援助している。法人内の特養に移る方も多く、情報交換はスムーズで特養入居後も面会に行く機会が多くケアスタッフとの関わりも多い。		
<b>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</b>					
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	日々の会話や生活から見受ける行動からも、思いや希望をくみ取り、本人からの聞き取り、入居前の生活を継続出来る様に支援している。毎朝のミーティングでも議題として取り上げ検討している。	利用者個々の担当職員は、日々の関わりから触れ合う機会を多く持ち、利用者の思いや意向を汲み取り把握しています。気付きは、日々の申し送り時に職員間で情報を共有し、利用者本位で検討しています。	
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	入居前の情報を元に本人や家族から話を多く聞くようにしている。以前関わっていたケアマネージャーや職員からも情報を集めケアにつなげている。		
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	ケース記録や職員からの情報で把握、日誌や毎朝のミーティング、担当者会議で周知し問題解決に努めている。		
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	計画作成は本人、家族、担当職員、介護主任、ケアマネで話し合い、希望・要望を聞きながら作成する。その際、問題点も提示し、意見やアイデアも取り入れている。日々のケアの中から現状の情報収集を行いモニタリング。期間はそれぞれの状態に合わせており、参加出来ない方は聞き取りと報告を行っている。	利用者個々の担当者と介護主任、ケアマネージャーに本人、家族も加わり話し合い、介護計画を作成しています。3ヵ月～6ヵ月で見直され、緊急時は随時見直しを行っています。	前回からの期待項目ですが、日々の記録が時系列の記録に止まっており、介護計画に連動した記録の取り方には至っていないので、早い時期に整備検討し、ケアプランが活かされた介護記録を作成し、ケアサービスの質の向上に結び付ける事を期待します。
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	ケース記録を記入しているが情報源としては少し薄い部分がある。もう少し具体的に記述出来る様、工夫が必要である。		
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	ショートステイの実施体制は整ったが、入居で満室となり、空室が無いため現在ショートステイは実施していない。地域の方々が気軽に活用できるデイサービスの様な機能について今後検討していく予定。		
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	認知症であっても活用できる資源はあるが、現在は活用できていない。地域の老人クラブや福祉会館等の活用や地域行事への参加をもっと取り入れなければならない。		
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	主治医と契約の下、定期受診と訪問診療を受けられるようになり、受診できない場合は訪問診療となる。薬局との連携もとれており、期間途中の服薬の変更時(増減)も都度対応されている。	協力医及びかかりつけ医への受診は月1度、職員が対応しています。希望により往診も可能です。訪問看護師は2週に1度来訪し、利用者の健康管理に努めています。他のかかりつけ医への支援も希望に応じて職員が支援し、情報は家族と共有しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	24時間体制の訪問看護と契約し連携を取っている。訪問看護は2週に一度来所し入居者の状態の把握を行っている。記録による引き継ぎの他、日常で医療にかかわる疑問や不安を都度連絡。指示や助言があり、夜間でも主治医との連絡体制が確立されており、入居者・家族、職員も安心できる。			
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。又は、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。	入院した場合は定期的に面会に行き、ソーシャルワーカー、看護師などから情報を得ている。退院後の生活に変化もある事から、3者で情報交換と共有に努めている。			
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、事業所で行え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	入居の契約時に重度化や終末期についての説明と同意を得ている。重度化については法人内の特養への住み替えが出来、それについての支援と情報交換はスムーズに行っている。	重度化対応・終末期ケア対応指針を作成し、入居時に利用者、家族に説明を行い、ターミナルケア同意書を頂いています。重度化に伴い、利用者、家族の意向が有れば、系列の特別養護老人ホームへ入所の対応も行っていますが、ホームでは既に看取りも経験しています。	既に看取りを経験した職員が在籍していますが、医療連携加算及び看取り加算を取得していますので、改めて職員全員がターミナルケア研修を受け、利用者、家族の安心と信頼に繋がる倫理観と技術の向上に努める事を期待します。	
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	緊急時の搬送に対し、利用者の必要な情報を記した書式を用意、即座に情報提供が出来る様にしている。事故発生時の応急手当や初期対応の方法は口頭での説明と書類はあるが、今後訓練を取り入れていく予定。			
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	避難誘導に関わる訓練は1年に2度、日中・夜間の各想定で行っている。地域住民の協力も不可欠で、訓練時には参加している。近くの研修センターへの避難の他、法人内特養への避難も可能で、食糧・水などの確保もされている。	消防署指導の下、年2回昼・夜を想定した避難訓練を地域住民の参加を頂き実施しています。訓練後は各職員が反省課題をレポートに纏め、訓練の充実を図っています。緊急時通報先に地域住民も登録しています。非常用に水、食料も確保しています。	系列の特別養護老人ホームとも協力体制を築いていますが、自然災害時では自主防災が必要ですので、更なる課題として、地震、台風、洪水、停電、断水など様々な災害に向けての訓練を重ねる事を期待します。備蓄品も簡易トイレ、簡易ストーブ、防寒着等の補充も期待します。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	日々の生活の中で利用者との距離が近くなり、使う言葉の選択を間違えることがある。何が不適切なのかが見えなくなることがあり、接遇研修を通し職員の意識改善に取り組み、職員も意識しながら接している。	職員は、接遇マナー研修で人格の尊重を学び、日常のケアサービスにおいて、入浴時やトイレ誘導の際の声かけや対応など、利用者一人ひとりの状態に合わせ、誇りやプライバシーを損ねない支援に努めています。	浴室の脱衣所にオープントイレが設置されていますが、利用者が使用する場合、誇りやプライバシーを損ねない様にカーテンや屏風等、姿を隠す用具の検討を期待します。	
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	毎日の生活から利用者の次の行動を予測してしまい、自己決定する前に職員が手助けをすることがある。利用者自身が考え、選択出来る事の大切さを学び、ケアにつなげる必要がある。			
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	自己決定できる利用者は自分のペースで生活する事を支援しているが、利用者自身が回りのペースに合わせて行動することがあり、自身で考える事が難しくなった方の生活を見直す必要がある。職員の勤務都合で限られるケアは今後改善していきたい。			
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	男女問わず、理美容室を利用し好みに応じられている。着衣はその方の暮らしが継続されており、外出時の衣類と別になっているなどこだわりがある。判断が難しい方は職員が選ぶ場面が多いが、選択できる方法で自己決定に結びつける必要がある。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	食器拭きや野菜の下ごしらえ等を行っている。徐々に調理全般に関わる取り組みが始まっている。今後は献立を考え買い物に行く機会を増やしたい。好き嫌いの対応は出来ているが、周りの利用者との兼ね合いもありためらいが多い。	献立は、利用者の嗜好と栄養バランスを考えて、職員が作成しています。利用者は力量に応じて、料理の下準備や、片づけ、食器拭きなど一緒に行っています。行事食では寿司バイキングや焼きそば、流しそうめん等を楽しみ、誕生日には手作りケーキで祝っています。		
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	栄養バランスは法人内の栄養士に相談・確認する事で改善している。禁食の対応、食べる量や飲む量は好みや時間、環境や習慣等を考慮し、その方に合った提供を心掛けている。医師指示の塩分制限や水分制限、咀嚼に応じた食事の提供は常に行われている。			
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	朝晩の口腔ケアの他、毎食後のケアを実施し、口腔内の清潔保持に努めている。自力で口腔ケアをする方は不十分な事が多く、職員が手伝う事がある。週に2度洗浄剤を使用し、義歯の消毒を行っているが、毎日使用する方もいる。			
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	排泄チェックを行い排泄の間隔や量、有無を確認し、行動から排泄のサインを見極め自立した排泄が出来る様努めている。用心の為紙パンツとパットの併用があったが、排泄量や時間帯を考え、パットとパンツ（布）の使用に切り替え、パットも小型にするなどの取組を行っている。	一人ひとりの排泄をチェック表で確認し、声かけや誘導を行いトイレでの排泄支援に取り組んでいます。ほとんどの利用者が、パットのみで布下着を着用し、夜間でもパットの大きさを調整するだけで、オムツの使用は無く、気持ち良く生活出来るよう支援に努めています。		
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	便秘気味の方は、朝起きた後に冷たい牛乳を飲んだり、乳酸菌飲料を利用、小さな体の動きも運動と考え、出来るだけ自力での移動や動作を行い、薬に頼らない様に心掛けている。			
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	個々に希望は取っていない。職員の勤務時間による制限がある為入浴時間が決まっているが、今後は利用者から希望を聞き、それに対応できる様、勤務時間の改善をしたい。	現在は職員の体制が充実している12時～15時30分までの入浴支援をしています。利用者の希望に応じられるシフトを検討しています。入浴は週3回を目安に支援し、拒む利用者にはタイミング等を配慮し対応しています。入浴剤や入浴後の飲物等工夫しています。		
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	食後のうたた寝や自室での昼寝等、個々の時間を大切にしている。部屋の温度や掛物等も個々の希望に合った物を用意し、日中の運動量の確保や夜間の排泄もパットの使い分けで、安眠できる様工夫をしている。			
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	月に一度法人内での薬の勉強会に参加している。内服については説明書があるが、病気と薬の関係や副作用を知る事は徹底されていない。薬の変更や体調の変化時には訪問看護や医師指示などをミーティングや日誌、ケース記録で周知している。			
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	掃除や洗濯等の家事を役割としている方はいるが、生活歴から見てとれる力を発揮できる役割までには至っていない所もあるが、気分転換や楽しむ方法、場所、趣味や嗜好品も個人で用意されており、コーヒー、煎茶、紅茶なども希望に応じて提供出来る様用意している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	外出の機会を増やしている事で、満足されているのか、突然の希望はあまりないが、買い物や散歩に出る時間を作り都度対応している。職員の勤務に限りがあるが、できる限り希望に応えたい。もっと利用者から声が出る様な取り組みや工夫が必要と思われる。	ホームは、散歩や買い物、病院、理美容室に出かける等、閉じこもらない支援に取り組んでいます。お祭りや盆踊り、花火大会、文化祭などの地域行事にも出かけています。家族の協力を得て、温泉や夕食等の個別対応にも努め、気分転換を図っています。畑作業や日向ぼっこで外気浴も楽しんでます。	
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	全員では無いが自己管理しており、管理の難しい方や家族の依頼で詰所管理をしている方もいる。外出時には自由にお金が使えようになっているが、小遣いをもっていない方や所持金以上の金額の使用時は、ホームで立替る事も行っている。		
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	携帯電話を所持している方はいない。家族からの電話の取次ぎはあるが、自身から電話をかけたいという希望は無い。手紙も同様だが、1年に一度年賀状を家族に送っている。		
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	テレビ前のソファはそれぞれの居場所になっており、食堂の席も同様。音・光・温度等には配慮しているが、設えに季節感がなく配置された家具や小物などは、もう少し改善が必要である。	玄関は広く、天井は吹き抜けで二階まで続く窓ガラスからは陽射しが差し込み、サンルームの様に暖かく、利用者は椅子に腰かけのんびりと寛いでいます。玄関から左右に分かれ2ユニットが配置されています。各ユニットの食堂兼居間もゆったりとして、それぞれが寛げる空間となっています。玄関や居間には利用者手作りの作品が飾られています。玄関側に有るベランダからは人の出入りが分かり、利用者は手を振って挨拶してくれます。	
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	リビングや食堂の他、居室前のホールにもテーブルが用意されており、いつでも一人になる場所と時間がある。玄関ホールも同様に過ごせる様になっている。		
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	入居時になじみの家具や小物等の持ち込みを進めており、家族も協力的である。現在、布団を使用する方もおり、床に絨毯や座布団を用意し、家族が来てもくつろげる空間を作ったり、椅子とテーブル、ポット等のお茶道具を用意している方もいる。	各居室には、クローゼットが設置されています。暖房器具には安全を考えてカバーが掛けられています。居室には、馴染みの家具やベット、テレビに、大切な仏壇も持ち込まれています。利用者それぞれが写真やカレンダー、手作り作品等を飾り、落ち着いて過ごせる工夫をしています。	
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	トイレの認識が出来ない方用に文字表記、利用者が使いやすい高さの物干しを用意している。台所が対面になっており、食後の片づけもしやすい。洗面台前は立って洗面が出来ない方の為に椅子を用意。ベランダから外に出る時に大きな段差があったが、避難経路も考慮しスロープも増設、畑への出入りがしやすくなっている。		