

## 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	3290400161		
法人名	社会福祉法人神門福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホームかんの里		
所在地	島根県出雲市神門町13番地5		
自己評価作成日	平成29年2月1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	<a href="http://www.kaijokensaibu.jp/32/inday_nho2action_kouhyou_detail_2016_022_kanietruok&amp;filevoysGd=3290400161-008PratFd=32aVersionCd=022">http://www.kaijokensaibu.jp/32/inday_nho2action_kouhyou_detail_2016_022_kanietruok&amp;filevoysGd=3290400161-008PratFd=32aVersionCd=022</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	平成29年2月17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)】

かんの里は「尊敬」、「家庭的な雰囲気」、「安心」、「絆」をキーワードとして掲げて、地域と共に歩む事業所を目指している。開設一年以内に入居された方も入居を継続しておられ、高齢化・重度化が進行した昨今であるがそれを理由に他施設への異動を勧めずに継続性のある支援を行っている。新たに入居された方々には、事業所のある地域をその方の地域と捉えず、その方のなじみの地域を大切に支援に務めています。またこれまで通り事業所の近隣との交流も続けており、地元の夏祭りやとのどさんへ招待していただき、地区社会福祉協議会のB型サロン事業との共催による施設行事を行ったり、地域の子どもたちとのクリスマス会など行事を通して交流を図っています。これらの行事には学生ボランティアを募り、グループホームの理解・普及や認知症ケアや高齢者理解に繋がるように取り組んでいます。

### 【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)】

グループホームかんの里は地域密着型介護老人福祉施設と小規模多機能型居宅介護事業所が併設されています。地区社会福祉協議会と合同でのB型サロン事業も継続して行われている。地区行事への参加や地域のボランティアによる蕎麦打ち、窓拭き、草取りなど交流も継続され、ホームが地域の一員という位置付けが確立されて来ています。新しくホームを利用される方に対しても、管理者、職員は丁寧な対応や見守りで早期に馴染まれるよう支援されています。新任職員と利用者の間にも信頼関係が構築されており、カンファレンスや職員会議で、個々の利用者に対するケア方法について話し合われながら介護計画に沿った支援をされています。施設長、管理者、職員は「尊敬」「家庭的な雰囲気」「安心」「絆」の基本理念の基、利用者に笑顔で丁寧な対応をされています。

## 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)	○	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広がったり深まり、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

[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
<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	基本理念を掲げ、入職時に説明をしている。就業期間が長い職員は理念の理解をしているが、2-3年程度の職員はまだまだ出来ていない。毎年度の事業計画に掲げ、これに基づいた実践を行っているが、その意味が理解できているとは言えない。	理念として「尊厳」「家庭的な雰囲気」「自立支援」「絆」を掲げている。就業期間が長い職員は理解できている。新任職員に対しては入職時に説明をされている。毎年の事業計画内にも掲げている。職員会議で振り返りを行い、職員個々、自己評価票の提出を促し、理念を意識してケアを行えるよう管理者は指導されている。	職員の入れ代わりや職員習熟度の違いもあるので、理念を振り返りの機会を増やし、話し合い多くされても良いと思われる。
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	地域の行事には変わらず招待をして頂き、交流の場となっている。地区社会福祉協議会と共催のB型サロン事業もある。利用者にとっての地域を大切に、ご実家の辺りに出かけたり、友人を招待したりして交流を図っている。	神門地区とんどさん等の行事に参加されている。天候の良い時はホーム周りを散歩され地域の方と挨拶を交わされている。継続して地区の子ども達を招待されクリスマス会が行われたり、かんの里の納涼祭や文化祭は事業所を開放し開催されている。地区社会福祉協議会と合同でのB型サロン事業が行われている。地区のボランティアの方による草取り、窓拭き、そば打ちなども継続されている。	
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	地区社会福祉協議会と共催でB型サロン事業を行ったり、地域の子どもたちを招待してクリスマス会を行ったりしている。認知症の方との関わりの機会となったり、認知症の方への関わり方を見て頂く機会となっている。		
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	運営推進会議は施設の状況報告に留まっている。状況報告になるため概ね2月毎の開催が出来ない。	運営推進会議は2ヶ月に1回の開催としているが、開催難しい場合もある。会議では状況報告、行事報告が主となっており、地域の代表の方より、防災面を含め、意見等がある。	運営推進会議を行事の時に開催され委員さんに利用者の様子、行動や職員のケアを見てもらいホームをよりよく知って頂く事も良いと思われる。
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	介護相談員が3月に一度訪問されている。毎回その日の気付きなどを報告して下さっている。 管理者は事故報告や運営上の相談に市の担当者へ赴くこともある。	管理者は事故報告、職員数についてなど相談に市役所に出向かされている。各研修の知らせ、インフルエンザ等感染症、不審者の知らせ等連絡がある。介護相談員が年4回ホームに訪問されている。	
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	身体拘束は行っていない。年に1度は身体拘束に関する研修会もあり共通理解できている。職員会議やケアカンファレンスで意見交換をしてより良いケアを目指している。もし身体拘束になるようなことがあれば、意見できる施設である。	身体拘束は行われていない。年1回は身体拘束の研修会を行い職員も理解している。職員会議やケアカンファレンスで意見交換し身体拘束しないケアを実践されている。訪問時にも「スピーチロック」となる言葉の使用も無く、丁寧に分かりやすい声掛けが行われていた。	

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
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	職員会議で接遇に関するテーマで話し合いをしたり、ケアカンファレンスでケア内容を検討して虐待が起こらないようにしている。管理者への報告が直接難しいものはe-mailで受け付ける体制もとっている。今年度は2月に虐待防止に関する研修会を行う予定。		
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	6月に事例検討を行い当然という認識の危険性について学んだ。現在の入居者には積極的に成年後見制度を利用する状況の方が居られないが、管理者は成年後見制度の事例に関わった経験もある。同じく研修会にも参加した。		
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	利用申込の段階から本人や家族等からの相談を聞き、希望動機や緊急性について把握している。必要な場合は他のサービスも紹介している。申込みにあたっては施設見学や重要事項の説明をして同意を得た上で行って頂く。契約時にも本文の解説をして理解を深めて頂くようにしている。		
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	介護相談員が3月に一度訪問して利用者から直接意見を聞き施設に報告されている。入居前には本人の意向や生活歴を把握して本人中心の介護計画を作成している。介護計画は利用者やその家族へ説明をして意見を聞いたり、日常の生活状況を面会時に報告して家族からの意見を聞いてケアに反映している。	入所前に本人や家族から意向や希望を聞き介護計画に反映されている。家族の面会時に身体状況や様子を知らせ、意向や希望を聞いている。面会の少ない家族にはかんの里通信で行事、生活様子の報告や電話で意見・要望を聞いている。また、介護相談員による訪問が4ヶ月に1回あり、利用者から意見、要望を聞かれホームに報告頂いている。	
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	施設長や管理者は職員会議に出席して職員が意見交換する場面を見ている。発言の内容に対して評価は行わない。職員間でまとめた意見を実施に向け施設長・管理者は協力をしている。施設長・管理者は定例会や役員会に施設の運営状況を報告している。	施設長や管理者も職員会議に出席し、職員の意見交換等を聞かれている。目標の設定・反省、ケアの検討、連絡事項が話し合われている。会議内での内容評価は行わず、職員間でまとめた意見の実施に施設長、管理者は協力をされるようにされている。職員は最近会議に慣れたため意見交換ができるようになった。施設長、管理者は定例会や役員会に施設の運営状況を報告され職員の意見・要望が反映されるようになる。	
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	代表者は施設長・管理者に対し職員の働きやすい職場の第一は人間関係であると指導している。施設長・管理者は職員の個別の相談に応じる時間をとっている。人事評価制度の導入が半ばでとまっている。		
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	施設内の研修は毎月行い、その準備も職員が自主的に取り組むようにしている。管理者も職員と一緒に研修の準備を行い支援している。事業所内の職位や役割に応じた外部研修の機会も設けている。外部研修は報告会を行って、受講後のまとめの機会も作っている。		

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
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	出雲市認知症グループホーム連絡協議会に加入して、事業者間の交流の機会も設けている。代表者・施設長・管理者は出雲市認知症グループホーム代表者会に加入した。また日本認知症グループホーム協会にも加入しており、こちらへの研修にも参加している。		
<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	新規入居者の情報収集(訪問)の段階から介護職員も関わっている。入居後は職員一人一人が一人一人に対し声を工夫したり、その方の言葉を引き出せるような工夫をして、その情報を共有して、それを生かして利用者が安心して過ごされるよう努めている。		
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	入居申込時より介護状況や困りごとを聞いて傾聴の姿勢に務めることで相談者も本人も意見を表明し易いように努めている。入居後の面会では最近の状況を報告して意見を聞き、信頼関係ができるように努めている。		
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	本人がどのように生活したいのか、どのようになりたいのかを把握してそれに向けて、入居から当面をどのようにかかわるのかを介護計画に反映している。職員同士が相談しやすい環境なので情報を共有している。まずは入居後の相談に慣れて頂くことを大切にしている。		
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	入居前の暮らし方や生活歴を把握して、その人らしさを介護計画に位置付けるようにしている。掃除や洗濯、洗い物、調理、化粧など本人がこれまでできていたことは継続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	入居時の介護計画から本人や家族等の役割を示し、協力をして頂いている。日常の様子を伝え、家族等からの意見も聞いて日々の関わりや介護計画に反映している。		
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	かかりつけ医や行きつけの美容院、スーパーなどとの繋がりを大切にしている。入居前の情報収集の段階から友人や行きつけの場所について把握して、介護計画に位置付けている。喫茶店が好きな方は定期的に喫茶店に行って過ごしている。これらによって新たな情報が見つかることもある。	入所前の情報収集を基に介護計画にも取り入れられている。把握した友人や行きつけの場所などから新しい情報が見つかり、関係継続の支援に繋がっている。かかりつけ医の受診や行きつけの美容院、スーパーで買い物、家族が友人と一緒に面会され話ができるなど馴染みの関係が継続している。喫茶店が好きな方は定期的に喫茶店に行き過ごされる方もある。	外出しづらい方など、写真や映像を見ながらの回想法を利用される事も良いと思われる。

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
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	利用者同士の性格をみて席が隣同士になったり、職員が仲介して会話ができるようにしている。また共同で作業をしたり喫茶の時間に昔話をしたりして楽しさの共有をして頂いている。		
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	事業所で最期を迎えられた方の周忌の墓参りに、ご家族に連絡をしたうえで入居者と一緒に出かけている。		
<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	入居時に本人・家族の生活に対する希望を確認して介護計画に位置付けている。カンファレンスでは日々の関わりの中での様子、本人の言葉からその意向を共有し、表現も少しずつ変えながら本人らしい生活づくりに努めている。	入所時に本人、家族の希望、生活歴等を聞き取り介護計画は作成されている。24時間シートの活用しカンファレンス等で日々の様子や本人の言葉から思いや意向を把握するよう努力されている。言葉の出しにくい方等の場合、表情等に気を付ける様にされている。	思い・意向・希望より生きがいを持ちながら日々生活できるようになるためという視点で見られると良いと思われる。
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	入居前の相談・情報収集において生活歴や病歴・日々の過ごし方や行きつけの場所・友人等を把握してシートに記入して共有している。入居後も家族との情報交換や地域交流を通して本人のこれまでの把握するようにしている。		
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	介護計画に沿った記録以外にもその他の本人の活動や意思表示・表情などの記録を行い、職員同士の共有ができるようにしている。ケアカンファレンスではそれらの情報を合わせて共通理解ができるようにしている。		
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	入居前の調査には介護職員も同席している。概ね3月に一度のケアカンファレンスを個別に開催して、介護計画の実施状況や本人の到達度等を話し合っている。日頃から何かがあればその日勤務している職員同士で話し合い対応している。	入所前の相談、調査に管理者と職員と一緒に訪問し家族・本人の希望、意向を聞き介護計画を作成されている。ケア内容や日々の様子を話し合い、職員は情報共有しながらケアが行われている。3ヶ月に1回ケアカンファレンス、評価が行われ、プランの継続、見直しが行われている。	
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	体調の変化等は必ず記録している。過誤計画の実施状況の記録やその他の日常の様子についての記録を行って職員間の共有を図るほか、ケアカンファレンスではこれらの情報から検討をして次の介護計画の作成を行っている。		
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	季節に合わせた外出をしたり誕生日に個別に希望の場所へ外出したりして活動を事業所内にとどめないようにしている。就業期間が二極化しており、まだまだこれからの内容である。		

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
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	重度化された利用者にとっては地域資源の範囲がかなり狭くなってきた。一方新規の入居者にとっての地域資源の把握に務めている職員もいる。家族や自宅は地域資源として最後まで守るものと考えており、職員と一緒に自宅に帰って過ごしたりご自宅の近所を散歩したりしている入居者もある。		
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	かかりつけ医もこれまで本人が培ってきたネットワークの一つと捉え、グループホームの協力医療機関等への指定をしておらず、これまでのかかりつけ医を基本としている。希望により協力医療機関をかかりつけ医に替えられることもある。	入所前のかかりつけ医を利用されている方、本人、家族希望により協力医をかかりつけ医とされている方もある。入所前のかかりつけ医の受診は家族が同行される。独居の方や受診時状態説明が必要な利用者場合には、職員が同行し普段の様子を説明されている。協力医は夜間急変時に対応頂け、月に2回往診に来て頂ける。	
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	看護職員は常勤であり介護職員も兼務しており、一緒に日常の介護に携わっている。介護職員は看護職員に日常の疑問を気軽に聞くことができる。また介護職員からの情報によってかかりつけ医への報告をして必要な医療を受けられるようにしている。		
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。	入院時には出来るだけ情報提供書を提出して入院までの生活状況が伝わるようにしている。退院時には出来るだけ退院前カンファレンスを開いて頂き事前に本人の状態を確認している。同じく退院時には情報提供書を頂き継続性のある体制づくりに務めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りの指針を入居時に家族に説明している。入居者の状態変化に応じて説明をし、必要に応じてかかりつけ医からの説明を受ける機会も調整している。本人の状態に合わせ医療機関の希望があるのか、ここでみてきたいのか確認しながら、グループホームで出来る方法を検討して家族に説明している。	入所時に看取り指針を家族に説明されている。重度化など状態変化に応じて説明され必要時はかかりつけ医から説明を受ける体制がある。現在看取りの方はおられない。今までの看取りケアの記録や経験のある職員と勉強をされ経験の浅い職員も理念やケアの共有をし理解に努められている。ホームの体制上、出来る限りの対応は行われているが、食事摂取が困難、入退院の繰り返しがある時は他施設の対象となる場合もある。	新職員や経験の浅い職員がおられるので看護師を中心に看取りの勉強会をされても良いと思われる。
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。	AEDの使用方法や心肺蘇生の方法について消防署職員の講習を受けている。その他にバイタル測定の仕事についての研修も行っている。誤嚥事故発生時の吸引やAEDの使用方法、心肺蘇生については実践経験が殆どの職員に無い。		
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	消火訓練、通報訓練、避難訓練を年に2回行っている。消火器や水消火器をつかって消火器を実際に使う訓練も取り入れている。毎年行っているものの、いざとなると手順どおりに行えないのが実態。基本的な理解ができていない。今年度は自然災害のマニュアルも作成した。避難場所を確認する研修会を行う予定となっている。	消火訓練、通報訓練、避難訓練を年2回実施されている。今年度自然災害マニュアルを作成された。避難場所の確認の研修会を29年3月に実施される予定である。水、米等の備蓄もされている。	

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
<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	利用者への声掛けには気をかけているが、親しさから雑になることもある。月の目標として掲げて意識付けしている時はよいが、終了すると徐々にもとに戻ってしまう。その反面トイレ誘導では他の利用者に分からないように配慮したり、同性介護は出来る限り務めたりしている。	言葉遣いに気を付けるよう月の目標に掲げ、声掛けに注意されるよう心掛けておられる。丁寧さに欠けることがある婆には都度指導されている。新任職員に対しては接遇研修も実施され、職員会議等で伝達講習が行われ職員は周知されている。要望があれば同姓介助の対応が行われる。	
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	日頃から嗜好や食べたいものを聞いたり、何かを依頼するときは断られたらそれを強くないようにしている。利用者から声がかればそばに行って話を聞くようにしたり、本人の思い、希望を大切にして、職員が決めるのではなく、一緒に準備したり、選んで頂く事で自己決定のある生活を目指している。吃音や大声も抑制していない。		
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	24時間シートに沿って利用者個々の支援をしている。居室で過ごされている時はノックをしてから入ったり、外出を希望される時は出来るだけ出かけたりしている。しかし生活リズムをとるために本人の意向にすべて沿ってはいない。		
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	季節ごとに家族に衣類の入れ替えをして頂き、本人に見合うものを準備して頂いている。日常では本人と一緒に衣類を選択し、その人らしい服装をして頂いている。化粧をする方には持ってきて頂いている。理美容も本人の行きつけの店に言って頂くことをお願いしており、出来ない家族には事業所の近くの理美容店を使って頂いている。ご本人の体力が許す限りは直接お店に行くようにしており、訪問をお願いする場合もご家族に店の選択をして頂いている。		
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	食材の買物は利用者と職員で一緒に行き、施設の菜園では野菜を作っており収穫したものを利用者と一緒に調理している。季節や歳時記に合わせた食事やおやつを提供、干し大根、味噌、干し柿なども行い食の楽しみを感じて頂けるように努めている。配膳の出来る方、下膳の出来る方、食器洗浄の出来る方など個々の状態に合わせて自分で行って頂いている。利用者の重度化や職員の習熟度に大きな差があり、朝食と夕食は外部委託をしている。	食材の買い物に利用者と職員が一緒に行かれたり、施設の菜園で野菜を作り収穫した野菜を調理に使用するなどされ、季節や歳時記に合わせた食事やおやつ作りをされている。干し大根、味噌、干し柿など自宅で作っていた時と同じ様に職員と一緒に作り楽しまれている。配膳、下膳、食器洗いなどできる方は職員と一緒に役割とされている。朝食・夕食は利用者の重度化や職員の習熟度に差があるため現在は外部委託をされている。昼食は今までと同様ホーム手作りで利用者と職員が一緒に作られている。	
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	食形態や量は本人の食べられる量に合わせている。また食事摂取量が極めて少ない方には、補助食品中心の食事をして出来るだけ高い栄養素をとれるようにしている。水分摂取も必要な方には個々に一日の目標値を設定して水分摂取をして頂いている。飲みにくい方には嗜好を替えたり、形態を替えたりして摂取を促している。水分摂取の目標値が定めてある場合、“必ず飲ませなければいけない”と強い義務感を感じている職員もあり課題である。		

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	
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	食前にうがいの支援をしたり、ブラシでマッサージをしたり、食後の口腔ケアの声かけや介助などその方に合わせた支援をしている。義歯の洗浄は不十分な方には洗い直しをしたり、曜日を決めて洗浄剤による消毒をしたりしている。必要な方には定期的な歯科受診をして頂きメンテナンスを受けている。			
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むけた支援を行っている	トイレでの排泄を基本にし、間接・直接介助が必要な方にはチェック表を用いて排泄の状況を確認しながらの支援をしている。おむつ類の使用は、その方の尿量に合わせ、時間帯によって使う種類を変更している。また、おむつ代は事業所が取引業者に価格交渉をしたり、使用方法の検討をしておむつ代が負担とならないようにしている。	トイレで排泄支援を基にチェック表を活用し排泄状況を確認し声掛け、誘導、一部介助等の支援が行われている。リハビリ、パットは本人の尿量や時間帯にあわせ種類を変える等工夫されている。排泄用品は事業所が取引業者に価格交渉をしたり使用方法の検討をしておむつ代の負担軽減に努められている。		
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	食事、水分、排泄、運動、睡眠の生活リズムの重要性を介護職員の多数派理解できており、これらをケアの柱にして支援を組み立てている。排便困難な方にはかかりつけ医に相談をして下剤や整腸剤を処方して頂いている。			
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	同性による入浴介護を基本に行っている。入浴の時間は予め本人に伝え、希望される時間でない時は時間を変更している。季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯をしている。直前になって拒否されることやなかなか入浴をして頂けない方もあり更に楽しく入浴できるよう検討することも必要。	週2回以上入浴して頂けるようにされおり、予めお知らせをされるが、本人の希望にそうように時間や曜日の調整を都度行っておられる。入浴を楽しんで頂けるよう、同性介助を基本とし、季節感も取り入れながら支援されている。入浴拒否傾向のある方に対しては、本人の負担にならないように、声掛けや職員を変更する等工夫をされている。		
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	生活リズムを乱さないため消灯時間は21時と決めているが、個々に合わせてそれまでに入眠される方、居室内でそれ以降もTVを見たりされる方ある。毎日昼食後に昼寝の時間を設けたり、受診等で疲れている時は別の時間にも休んで頂いたり、睡眠・休息・活動のバランスがとれるようにしている。夜間に眠れずに居室から出てくる方もあり、飲み物を提供して対話をして過ごしたりしてその時に合わせるようにしている。			
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	薬の準備は看護職員が行い、服薬支援は看護職員、介護職員ともに行っている。服薬時には勤務する職員同士で確認し合い間違えないようにし、服薬後のチェックもしている。薬の説明書は個々の介護記録にファイルされ必要な時には内容の確認もできる。薬の変更は業務日誌と介護記録に記載し、介護記録には観察ポイントも記載されている。副反応についてすべて記憶は出来ていない。			
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	入居前の情報収集において本人の趣味や生活歴、交友等を把握している。介護計画において趣味や交友に関する内容を位置付けている。日常では本人の能力や意向に基づいて買物や調理、洗濯、掃除、後片付けなどを行って頂いている。			

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。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	今年度は外出ができていたと思う。行事、ドライブ、本人希望の買物、誕生日外出等行った。なじみの場所へ出掛けたり、施設の近所へ散歩もしている。交友は家族の協力のもと行うこともある。	日常的には、施設の近所の散歩や毎日食材の買い物、ドライブ等出かけられている。行事で花見、紅葉狩りに行かれたり、出雲大社や氏神様への初詣や墓参り等の希望を聞いての外出も行われている。定期的に喫茶店に行かれる方など希望に沿った外出支援が行われた。家族協力のもと友人と面会交流も行われた。	
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	お小遣いを預って必要な場合は引き出して本人が使えるようにしている。自己管理出来る方は小額を持っておられる。個別の外出(喫茶店や買物)で本人が使うこともある。		
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	ご家族が遠方に出かけられ(留学)エメールを数回交換した方もある。利用者個人にかかってきた電話は本人に取り次いでいる。希望があれば施設の電話を使って掛けて頂いている。年賀状や暑中見舞いを書いて頂いている。		
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	観葉植物を置いたり季節の飾りをしている。整理整頓と清潔保持に務めている。薬品は管理され利用者が一人で使えることは無い。リビングの窓は大きく、田舎や民家が見え、庭には花を植え、イチジクや栗が実り、中庭には畑もある。浴室と脱衣場の温度差があり暖房をしているが十分ではない。脱衣場には介護職員からの要望で手すりの取り付けを予定。リビング隣の和室にはこたつもあり居室以外の場所ですつろぐこともできる。	廊下の壁に季節の貼り絵や行事の際の写真等が飾られている。リビングにはソファや観葉植物、古いタンス等があり、のんびりくつろぐ事ができる。リビング隣の和室のコーナーもあり、冬場にはこたつが設置され、くつろぐ事ができるようになっている。リビングや居室は職員が時季にあわせエアコンの温度を管理され空気清浄器も使い、居心地よく過ごせるようにされている。職員の意見で風呂場の脱衣場に手すりが付く事となった。	
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	和タンスやソファで仕切り、個別空間を作っている。和室はふすまを閉めることができる。喫茶の時間の席は自由にしてその時一緒にになりたい方同士が集まるようになっている。		
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	ご家族には居室の造作以外は自由であることを説明し、本人がなじみの物を持ちこんでも良いことを説明している。テーブル、椅子、テレビ、ラジオなど色々な物を持ちこまれている。壁やベッドサイドには写真を飾っておられる方が多い。全室にベッドが配置されており、入居時や重度化したときに家族が経済的な負担を負わないようにしている。居室内にトイレがあり、本人のペースで排泄ができ環境としている。	持ち込まれた物品を自宅に近いような配置にされるなど工夫されている。自宅で使い慣れたタンス、テーブル、椅子、家族の写真、テレビ、ラジオ等持ち込まれている。ベッド、床頭台についてもホーム側で用意されており利用者の負担軽減につながっている。個々の居室内にトイレがあり、本人のペースで排泄ができ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	職員は“付き添いのもと”、“一緒に”、“見守りのもと”で利用者が日常生活行為を行えるように配慮し、歩ける状態の維持、座位保持、移乗動作の維持など、普通の生活が継続できるように努力をしている。		