

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	3191400021		
法人名	社会福祉法人 赤崎福祉会		
事業所名	グループホームきらり(二丁目)		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤崎きらり2540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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigvosyoCd=3191400021-00&PrefCd=31&VersionCd=022
----------	---

【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13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)】

ボランティア交流、地域交流に力を入れ地域の一人として実感できる場面作りに取り組み開かれたホームを目指している。傾聴ボランティアとの交流を通して馴染みの関係作りに取り組んでいる。さらに夏祭りの出し物にボランティアの方々、地域住民の参加があり交流を深めている。今年度は、初めて地域住民を交えた防災訓練を行い、ホームを知って頂くよい機会となったり、避難誘導後の見守りの協力をお願いし、地域との協力体制に取り組んでいる。医療機関と連携をとり、本人、家族の意向にそった看取り介護を行っている。小学校の福祉委員会児童と定期的に交流をもち、高齢者の理解、認知症普及啓発活動に取り組んでいる。

【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)】

利用者からの意見・要望を聞く機会として「おしゃべり会」が月1回開催され利用者が思いや意見を表すことができ支援に活かされています。
 法人研修からホームで伝達講習が行われ職員は周知され支援に取り組まれています。管理者が変わられ1年経ちますが利用者は落ち着いておられ職員は楽しく支援をしゆったりとした中で安定した生活を送られています。
 きらり夏祭りに地域の方の参加があり交流が続いています。傾聴ボランティアや歌や大正琴など定期的に交流が行なわれています。小学校の福祉委員会児童と定期的に交流を持ち、高齢者の理解、認知症普及啓発活動に取り組んでおられます。
 看取りの希望がある時は、家族、本人、医療機関、職員が連携を取り支援されます。

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. 全くいない
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	毎朝、朝礼時には理念を唱和し意識付け、理念の共有、実践に繋げている。また、理念について勉強会、ケアの振り返りを行い部署会で話し合い、理念に基づいたケアを目標に掲げ、実践に向けて取り組んでいる。	法人理念、グループホームの理念を事務所、ユニット内に掲示されています。朝礼は1丁目・2丁目一緒に行なわれ理念を唱和されており、部署会で勉強会やケアの振り返りを行なわれています。理念に基づいた月目標を掲げ実践されています。	
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	地域の催し物や奉仕作業に参加し地域交流を図っている。また、地域ボランティア、傾聴ボランティア、東伯けんこう(野菜等販売)、谷口鮮魚、赤碕小学校生徒との交流を通して顔馴染みになり信頼関係を築く機会とし、地域との繋がりを継続している。	公民館の催し物、地区のとんどさんや地域の草取りに職員、利用者が参加し、交流が図られています。事業所便り「きらり」を地区に回覧してもらい相談窓口の案内も実施されています。地域ボランティアも活発で、歌や大正琴、子ども達のダンスなど交流され楽しまれています。ホームのきらり祭りは地域の方もお招きし、盛大に実施されています。防災訓練にも地域の方に参加頂き、ホームの様子や訓練の様子を見てもらわれました。保育所、小学校の運動会や発表会の見学にも行かれます。小中学生のボランティアや実習生の受け入れをし認知症の理解の機会となっています。	
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	地域ボランティア交流、広報誌、小・中学生ボランティア、実習生受け入れを通して利用者の様子を知り認知症の理解を深める機会としている。また「きらり便り」を介して相談窓口の役割を担っていくよう発信している。		
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	3か月に1回開催し、ホームの様子やサービス提供状況等を報告している。会議メンバーから、質問、意見、要望等を頂き、サービスに反映するよう努めている。	参加者・利用者、家族各ユニットから、地域住民代表、町介護保険担当者、施設長、ホーム職員が参加し、3ヶ月に1回開催されています。入居者の様子、状態・行事・地域との交流、研修等話し合わせられホームで検討されサービスに活かされています。	会議の折に、委員の方にホームの昼食や行事に参加頂き、日常の様子を見て頂かれる事も良いと思います。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議にメンバーとして参加、助言して頂きケアサービスに取り入れている。	運営推進会議にも参加頂き、助言を頂かれています。琴浦町グループホーム連絡協議会が開催され、町内各ホームが参加し話し合いが行なわれています。町社会福祉協議会の介護ボランティア事業の連携が取られています。	
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「介指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	月1回身体拘束廃止検討委員会に参加し日頃のケアを振り返り身体拘束について事例を報告している。その中で出た意見、助言をケアに活かすよう努めている。身体拘束について勉強会を行い理解し、身体拘束しないケアに取り組んでいる。	法人の月1回身体拘束廃止委員会に参加し、身体拘束の事例報告やケアの振り返りが行なわれています。研修後ホームで伝達講習されています。日頃からスピーチロックをしないよう職員全員で気を付けておられます。	

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
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	高齢者虐待防止関連法について、部署内研修を実施している。事業所内でのケアや言葉かけによるもの全てにおいて、職員間で振り返り、虐待防止について周知徹底を行っている。		
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	部署内研修を実施している。必要時、関係者と話し合い、適切に支援提供出来るよう努めている。玄関にパンフレットを置き、面会者や家族にも目の触れるようにし制度の広報、相談の場としている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時、ケアに関する方針や取り組み、退居を含めた事業所の対応等について不安や疑問点を伺いながら説明を行っている。利用料金改定時も丁寧に説明をし同意を得ている。		
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	月1回、利用者が日常のサービスに関する意見や思いを表せる場として「おしゃべり会」を開催。面会時は、家族に意見、要望等を伺っている。利用者、家族の意見、要望は運営やケアに反映できるよう取り組んでいる。	月1回利用者がサービスや思い、希望など話し合える場として「おしゃべり会」を開催されています。家族には面会時等に意見、要望を聞かれ介護計画に反映されます。内容は検討されサービスに活かされています。年1回家族満足度アンケート実施され結果は百寿苑の便りに掲載されます。	
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	部署会を毎月開き、意見を聞くようにしている。また、年に2回、個別面談があり、意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回部署会で意見・要望、ケア等の振り返りをされています。研修の報告、ケアの共有も図られています。職員は意見・要望は言い易く、資格取得等の為の研修参加や目標を決めが出来る環境となっています。年2回係長、施設長による職員面談が行なわれ、意見や提案を話すことができます。また各ユニット主任にはいつでも相談ができる環境となっています。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りにも努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩みについて把握し、向上心をもって働けるよう目標設定し人事考課を行っている。		
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	就業年数に応じ階層別研修(新任・中堅・リーダー)を行っている。外部研修への参加、部署内研修の実施、OJTリーダー制度の活用等、職員育成に取り組み日々のケアに活かすよう取り組んでいる。		
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	GH連絡会開催時は(4回/年)参加し、他GHとの意見交換の中から参考にしケアに活かしている。また、階層別研修では、他施設の方を講師とし意見を聞きケアの参考としている。		

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	事前面接で、本人に会い、心身の状態や表情、会話から思いを汲み取り、事前に職員間で情報を共有している。それらの情報をもとに、関わりの中で、安心、快に繋がる関係づくりに努めている。		
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	今までのサービス利用状況等これまでの経緯について話を聞き家族が求めている事、困っている事、不安な事を理解していくようにしている。職員間で情報共有し、どのように支援していくか話し合い対応している。		
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	本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスに繋げるようにしている。		
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	本人の状態を見極め、生活歴とも照らし合わせ、出来る事、出来そうな事を把握し出来る力が発揮できる場面作りを提供している。共に生活し、互いに支え合う機会を意識して設けている。(家事、畑、昔の行事等)		
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	利用者の生活の様子をお便り、面会時等で伝え、日々の生活の出来事や気付きの情報共有に努め、家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。また、家族より本人の写真を提供して頂き、回想法にいかしている。		
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	在宅時から利用している美容院、お店等へ出掛けたり、知人、友人等の所へ行ったりと継続的な関係が続いている。買い物も、地元のスーパーへ出掛け、地域の方との交流の場となっている。	在宅時から利用されている美容院、スーパーなどへ出かけ地域の方と交流されています。在宅時近所の方に会う機会もあり馴染みの関係が途切れていない関係が継続しています。ホームの周りの散歩や玄関先に出る、近所のスーパーや移動販売の魚屋さんも馴染みである交流されています。隣接のデイサービスに来られる友人に面会されたり、施設入所の連れ合いさんに面会に行かれる方もあります。年末に外泊される方もおられ、関係が途切れない支援が行なわれています。	
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	利用者同士の関係について職員間で情報を共有し見守っている。ケアプランに取り入れ、関係が継続できるよう支援している。利用者、個々の思いを聞きトラブルを未然に防ぐ努力をしている。		
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	亡くなられ退所された家族の方に、きらりの行事には声を掛けて案内している。サービス利用が終わっても関係の継続に努めている。		

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
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから汲み取り、毎日、全入居者と会話をし、思いにそった支援に努めている。また、その事を職員全員が把握できるようカンファレンス、部署会時話し合いを行っている。	日々の生活で会話や表情から汲み取ったり、「希望の会」において聞き出したことから思いや希望を把握されています。困難な方はアセスメントや家族から聞き把握されています。ケース検討会を行い思いや意向の把握を検討し、役割や目的を持てる介護計画に繋げるようにしております。	
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	関わりの中から、生活歴、馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や外出先での知人からの情報も共有し支援へと繋げている。		
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	入所後、2週間は細かく言動を観察し記録している。毎日、個人ファイルに日々の生活の様子、気づきを記す事で職員間で情報を共有しケアに繋げている。		
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	日々の関わりの中で汲み取った本人の思いや意見、家族の意向、かかりつけ医との連携を図り介護計画を作成。月に1度モニタリング、本人を交えたカンファレンスを行い現状に即したプランを作成している。	家族、利用者よりの要望、意向など汲み取り、職員、かかりつけ医を交え介護計画書は作成されています。月1回モニタリング、評価3ヶ月に1回行なわれています。月2回法人施設より理学療法士・作業療法士に来てもらい、身体機能の指導・助言を受け、介護計画に反映するようにされています。状況の変化などがあれば、随時見直し、介護計画の変更も行なわれます。	
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	利用者個々のファイルがあり、日々の生活状況、発した言葉、それによって職員の気づきを記録している。個々のサービス計画チェック表も記入し、日々の記録を基に介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人、家族の要望を踏まえ町外の病院へ通院介助を行っている。利用者、家族の要望にそって医療機関と連携を図り健康維持、管理に努めている。地域交流、ボランティア交流を目標に掲げ取り組んでいる。		

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	きらり住民の方とのボランティア交流を行っている。小、中学校の運動会への招待、地区公民館のラン展示会への招待があり個々の思い、希望に沿って出掛けた。図書館を利用し、好きな本を借りている。		
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	本人、家族が希望する在宅時からのかかりつけの病院で、医療が受けられるよう継続して支援している。認知症の専門医の受診、歯科受診、眼科受診等必要に応じて支援している。	本人・家族が希望する在宅時よりの医療機関をかかりつけ医とされています。協力医をかかりつけ医とされている方は、月2回往診して頂いています。総合病院等は家族が付き添われ受診後の報告があります。必要に応じ認知症専門医、歯科、眼科の受診は家族が行なわれています。理学療法士の機能訓練指導も行なわれ介護計画に反映されています。家族、職員は医療機関と連携を取り支援が行なわれています。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。急変時は、かかりつけ医に報告、相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと迅速に対応している。		
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。	入院にともなうダメージを極力防ぐため、本人の病状、支援方法の情報を入院先へ提供している。入院中は、職員が見舞い、家族とも情報交換しながら回復状況等確認し、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に繋げている。		
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	契約時ターミナルケアについて家族に説明している。希望があれば重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を伝え家族、本人の意向に沿ってかかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い方針を共有し支援している。	契約時重度化や終末期の方針について説明が行なわれています。重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、できない事を説明し、家族、本人の意向に沿ってかかりつけ医、事業所の方針共有し看取りの支援が行なわれています。ホーム内で心のケアも含め、重度化や終末期の研修を行なわれています。	
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	職員は、救急救命訓練を受講し修了証を交付されている。		
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	地域の消防署の協力を得て、年4回、日中、夜間想定した避難訓練を利用者の方と一緒にしている。今年度、はじめて地震想定防災訓練を行った。また、地域住民を交えた防災訓練をはじめて行い、地域との協力体制の構築に努めている。	地域の消防署の協力を得ながら、利用者と共に年4回日中避難訓練、夜間想定訓練が実施されています。今年度地震想定訓練も行なわれました。利用者に防空頭巾を作られ対応に備えています。緊急連絡網の対応も行なわれています。また地域との防災訓練も行われ、地域との協力体制の構築も行なわれています。備蓄は3日分確保されている。ストーブも用意され灯油は施設で管理されています。	

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	プライバシー保護マニュアル、接遇マナーの研修を行っている。日頃の声掛けを振り返り、意識して尊厳のある声掛けや対応に努め互いに注意しあい業務を行っている。	法人の研修に参加されています。合わせて接遇、倫理の研修も行われています。ホームにおいては、マニュアルの読み合わせをして職員に周知されています。トイレのドア、浴室・居室の入り口の気くばりが行なわれています。大きい声で会話をせず耳元で聞こえるように話しプライバシーに配慮されています。	
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	月1回「おしゃべり会」を開催し、利用者が意見、要望を話し合う場がある。選択できる声かけをし、自己決定が出来るよう工夫したり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切に、利用者のペースにそって体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。		
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	着る服を本人に選んで頂いて。自分で決められない方でも、その人らしい服装をして頂いている。化粧水や乳液などを使用している方、預かり金で洋服を買いに出掛ける方もいる。今まで使い慣れた化粧品を継続して使われている。また、馴染みの美容室に行き、散髪をしている。		
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	「希望の会」や利用者の方との会話、買物時等、食べたい物があればメニュー変更し提供している。一緒に畑に行き季節の野菜を収穫し調理を行っている。調理、盛り付け、片付け等、日課となり共に行っている。 また、東伯けんこうや谷口鮮魚で食べたい物を選んで頂いている。	「おしゃべり会」や入居者の会話から買い物時の希望があればメニューの変更をして食事を作られています。週1回馴染みの移動販売で野菜や魚、さしみ等購入され食事のメニューにされ楽しめる事もあります。職員と一緒に盛り付け、片付け調理の準備をされ役割を持った日課となっています。おやつにホットケーキ、寒天ゼリーなども作られます。行事食も手伝われ、楽しみなひと時となっています。食事が進まない方には個別に食事形態を調整・工夫し提供されています。職員も同じ食卓と一緒に食事を摂ら、和やかな食事となっています。	
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	食事量、水分量が分かるチェック表を活用し把握している。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応し定期的に報告している。、食事がすすまない方は個別に食事形態を調整、工夫し提供している。		
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	毎食後、口腔内の状態に合った道具で口腔ケアを行っている。個々の力に応じ見守り、声かけ、介助を行っている。週1回ポリドントにて洗浄、また口腔内の観察をし義歯の状態、変化があれば歯科受診している。		

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	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握しながら尿意のない方も日中はトイレでの排泄に取り組んでいる。失敗してもプライドを傷つけない声かけやトイレ案内時も耳元で、そっと声かけし周りへの配慮を行っている。	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握し、尿意のない方も定期的に案内し、トイレで排泄できる支援が行なわれています。夜間は安全に排泄が行なわれるようポータブルトイレを使用される方もあります。排泄に失敗されてもプライドを傷つけない声かけが行なわれています。各ユニット会議で見直しを行いオムツの削減に努められています。	
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	ヨーグルト等の乳製品、食物繊維を多く含む食材をメニューに取り入れ、便秘予防に努めている。また、体操、歩行による運動、散歩、腹部マッサージ等に努め、定期的にトイレ案内を行い自然排便に心がけている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴チェック表を活用し体調確認、バイタルチェックを行い、その日の希望を伺いながら入浴して頂いている。手浴、足浴、シャワー浴と希望に合わせて行っている。羞恥心に配慮し一対一での入浴をして頂いている。	バイタル、体調管理を行いながら、週2～3回の入浴が実施されています。拒否の方は声掛けや時間をずらすなど対応し入浴されています。手浴、足浴、シャワー浴等希望に沿った支援が行なわれています。羞恥心に配慮され、一対一の入浴支援が行なわれています。利用者に希望の入浴ができるよう来年度特浴を導入される予定です。	
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	生活習慣を大切にリラックスして入眠できるよう、その人に合った方法で対応している。日中の活動を促し、生活リズムをつけながら安心して入眠できるよう支援している。寝付けない方には傍で話をし眠れるよう支援している。		
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	処方箋を個々のケースに綴り服用している薬の効能、副作用を確認、理解している。受診時は健康チェック表を持参し報告、治療や服薬調整に活かしている。薬の変更時は必ず報告し職員間で情報共有している。		
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	出来る力を活かした役割を支援している。草取り、切干大根作り等、経験や知恵を発揮できる場面づくり、馴染みの場所への外出、地域行事への参加等利用者と相談しながら対応している。		
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	一人ひとり希望にそった場所への外出支援を日常的に行っている。地域での生活、馴染みの関係が途切れないよう継続して取り組んでいる。家族の協力を得て墓参りに行ったり、外泊、外食、部落の敬老会等へ参加している。	天気の良い日はホーム周りを散歩が行なわれています。外出支援表は各ユニットで作成されています。ホーム玄関前まで出る方や、食事の食材の買い物外出、また、家族と外出、外泊、墓参りに出かける方もおられます。地域の敬老会参加など希望に添って支援が行なわれています。行事での外出、風景、商店、近隣の山など馴染みの関係や場所が途切れないよう継続して外出に取り組まれています。	

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
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	利用者の方に合わせて、自分でお金を持っている人もいます。預かり金の管理は、職員が行っている。買いたい物があれば、預かり金からお金を出し買ってもらっています。		
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	本人が電話をかけたい時、プライバシーに配慮してゆっくりと電話が出来るよう支援している。家族、知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。		
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	食事時、音楽を心地よい音量で流している。テーブル、洗面台に季節の花を活けて心が落ち着くよう工夫したり茶碗の洗う音、戸の開閉、足音等ストレスにならないよう配慮している。食事作りの音や匂いで五感の刺激を行っている。利用者同士の会話が不快にならないよう職員が見守っている。	食事の時、心地よい音量で音楽をかけ、落ち着いて食事ができるよう配慮されています。玄関やテーブルに花が飾られ季節を感じられる工夫もされています。廊下やホールにソファがありくつろげる空間となっています。食後に換気をされ新鮮な空気の入換えが行われています。	
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	廊下、ホールにソファを設置し一人で過ごしたり、仲の良い方同士くつろげるスペースを作っている。廊下のソファで歩行途中、一息つける等の工夫をしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の写真を飾ったり使い慣れた家具を使用し、心地よく過ごせるよう利用者個々に合った工夫をしている。家族の方も、面会時、孫、ひ孫の新しい写真を持ってこれ身近に家族を感じられるよう配慮されている。	家族の写真や使い慣れた家具を揃え、居心地よく過ごせるよう配慮されています。面会時、孫やひ孫の写真を持参され家族の関係が途切れないようにされています。利用者の状態を理学療法士などに相談、指導が行なわれ、ベッドの位置を変更され居心地よく過ごせるようにされています。加湿器を持ち込まれ風邪等の対応も行なわれています。	
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」「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	混乱や失敗を防ぐため「何が分かりにくい」を観察し状況に合わせて環境整備を行っている。理学療法士に相談し、身体状況に合った福祉用具の使用やリハビリ等について助言して頂き実践している。		