

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 第1ユニット)

事業所番号	0270301385		
法人名	有)ゆき		
事業所名	グループホーム そら		
所在地	青森県八戸市大字久保西ノ平25番207		
自己評価作成日	平成22年12月24日	評価結果市町村受理日	平成23年3月30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)】

・認知症について、職員による寸劇隊を結成し講演をしており、地域や在介の依頼が増えている。
 ・資格取得する事でスキルアップに繋げる。・外部の講習や内部研修を毎年行い、ケアの向上につなげている。
 ・年に一度家族の集いを行い、職員の思いや、家族の思いなどを話しあったりコミュニケーションを図っている。
 その人らしいあり方や、馴染みの暮らしの継続が出来るよう支援してる。
 ・郷土料理と一緒に作ったり、一年の行事、故郷の行事を取り入れている。・春は花見、花植え、畑など、夏はバーベキュー、盆踊り、花火など、秋は野菜の収穫、日帰り旅行など、冬は漬け物作り、新年会など年間を通し活動している。

【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)】

利用者一人ひとりが生まれ育った地域で、その人らしい暮らしの実現を支援しようという取組みを行っている。ユニットごとに毎年度の目標を掲げ、全職員で利用者との日々のサービスの実践に取り組んでいる。運営推進委員等の協力のもと、地域との交流を図るために積極的に地域行事へ参加したり、外部・内部研修会を実施しケアサービスの向上に繋げるとともに、認知症をテーマにした寸劇を通して地域への啓発活動を実践している。介護計画はケース会議を持ち、家族や主治医等の意見を全職員で検討し、利用者本位の個別具体的なものとなっている。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)
 (公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人青森県社会福祉協議会		
所在地	青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ2階		
訪問調査日	平成23年2月3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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活き活きと働いている (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

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	独自の理念を作成している。地域の中で当たり前暮らして行くことや尊厳が盛り込まれおり、地域密着型サービスに沿った内容になっている。理念の実践に向けて年度毎に目標を立て、ホーム内に掲示したり、研修やケアプランに盛り込み、理念の共有に努めている。	利用者が生まれ育った地域に根ざし、穏やかでその人らしい老後の実現を支援しようという思いを込めた理念を作成し、全職員で理念の実現に前向きに取り組んでいる。また、毎年度の目標を決め、利用者への日々のサービス場面に反映させている。	
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	町内会へ入り、地域の祭りや花見、いきいきサロン等に参加し、ホームを理解してもらおうと共に、町内会のボランティアや、運営推進会議、家族の集いを行う等交流を図っている。避難訓練に町内会長が参加している。回覧板を利用者と一緒に届けに行っている。	町内会に加入し、利用者と一緒に回覧板を届けている。また、町内会長・民生委員等の協力を得ながら町内の行事等に積極的に参加し、ホームの新年会に婦人部のボランティアが駆けつけてくれる関係に発展させている。地域の公民館を利用し、認知症をテーマに職員による寸劇を通して地域の啓発活動を実践している。	
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	キャラバンメイト職員による、認知症サポーター養成講座と寸劇による啓発活動を行っている。見学や相談には随時対応している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議の委員に会議の意義を説明している。会議では、資料やスライドで日々の生活・サービス内容、各委員会の活動、自己・外部評価の結果を報告し、介護とは別の視点での改善策についても意見交換を行っている。担当職員が持ち回りで参加し、様々な意見が反映されるようになっている。	町内会長、民生委員、老人クラブ、家族代表等から運営推進会議委員のメンバーとして協力を得て、2ヶ月に1回委員会を開催している。会議では自己評価・外部評価結果を報告し、それぞれの委員の意見を取り入れ、サービスの質の向上に繋げていく取組みを行っている。	

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	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>自己評価・外部評価の結果は提出している。認知症サポーター養成講座・介護予防教室での講演・寸劇についての意見を頂き、参加を働きかけている。運営推進会議には毎回参加して頂けるように働きかけている。実地指導では好事例の取組みを提供している。</p>	<p>運営推進会議には市担当課職員が参加し、会議を通してホームの広報誌を配布し、自己評価・外部評価結果報告を行っている。また、困難事例に関して地域包括支援センターと連携したり、年に1度の家族会に市担当課・地域包括支援センター職員の参加を得る等、利用者の課題解決に取り組むための意見や情報提供を得られる体制となっている。</p>		
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p>	<p>身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催、会議録は全職員に回覧している。ホーム内研修を行い、禁止となる具体的な行為を理解している。やむを得ず行う際にも取り決めがある。外出傾向の利用者に対し、行動を止めるのではなく背景に何があるのかを考えながら付き添いや見守りの対応を行っている。</p>	<p>身体拘束・虐待防止委員会を設けると共に、身体拘束を行わないという理念や方針を明確にし、研修会やマニュアル等で理解して日々のケアを実践している。徘徊のある利用者が、入居間もない頃関わった近隣の派出所や地域住民からも情報が提供されるまでになっており、徐々に地域との協力体制が形成されている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>身体拘束・虐待防止委員会を設置し、定期的に会議を開催、運営推進会議・全体会議で報告している。また、外部や内部研修に職員が参加し、虐待について学び防止に努めている。理念にある尊厳を大切にすることが一つの予防策にもなっている。取り決めや対応方法は業務マニュアルに記載されてある。</p>			
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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に支援している</p>	<p>権利擁護や成年後見制度は、虐待防止委員会でホーム内研修を実施している。実践者研修は毎年何人か受講している。</p>			
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>契約の締結、解約または改定等の際は、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</p>	<p>契約時は、利用者・家族にホームの理念や方針を一方的にならないよう丁寧に説明し、意見を伺っている。入居時は、文書と口頭で説明、話し合いを行っている。退居先へは情報提供を行っている。</p>			

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	
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	本人、または家族と相談し、利用者の症状に合わせ言動・しぐさ・表情等から、本人の思いをくみ取るよう支援している。また利用者は、町内の行事へ参加し外部の方と接している。プラン更新時、家族の意見や要望を取り入れ、ユニット会議や運営推進会議にて話し合いもしている。	運営推進会議の委員として家族代表が参加し、利用者や家族等の意見や要望を話せる機会を設けている。また、年に1回「家族会」を定期的に開催し、市担当職員、地域包括支援センター職員や近隣の派出所等にも参加を呼びかけて家族の意見を外部に伝える機会として継続している。出された意見等はユニット会議や計画作成者会議等で迅速に検討し、運営に反映させている。		
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	利用者の受け入れについて、職員の意見を聞き、話し合いを設けている。計画作成担当者会議は、事前のユニット会議で職員から意見や提案が活かされるようになっている。会議録は回覧している。	毎月のユニット会議の中で全職員から出された意見を吸い上げ、更に計画作成者会議において検討される体制がとられている。また、利用者の受け入れに関して、情報提供し、職員の意見交換もなされている。		
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	運営者は職員の日々の努力や勤務状況を把握している。勤務希望の受け入れや職員が組織する青空会に理解を示している。また、キャリアパスガイドラインを設置し、段階的な資格の取得にも積極的である。年2回の職員健診を実施している。			
13		○職員を育てる取組み 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	新人研修・フォローアップ研修・各委員会主催研修の年間計画を立て実施、受講後にはレポートを提出し、資料は回覧している。計画作成担当者によるOJTも行っている。外部研修参加者は伝達研修を行っている。また、研修の際は、ケアに支障の無いよう勤務に配慮している。同法人内に、認知症ケア専門士のスーパーバイザーがいる。			

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つくり、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組みをしている	家族会には同業者にも参加して頂いている。また、認知症サポーター養成講座や介護予防教室の依頼があり、寸劇や講演を通して交流する機会がある。全国グループホーム大会で研究発表を行い、同業者と意見交換も行った。認知症ケア学会事例検討会で事例の提供や、認知症ケア専門士と意見交換している。			
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	本人と面談する機会を設け、グループホームの特徴等、スライドも使って説明している。信頼関係を築く事を意識し、本人が自由に話せるような雰囲気を作り、不安や思いを汲みとるようにしている。必要に応じて自宅や入院先への訪問や、当ホームを利用しなくても定期的に相談に乗ったり、突然の見学も受け入れている。			
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	家族と面談する機会を設け、家族の思いや不満が表出できる雰囲気を作り、信頼関係が築けるようにしている。本人と家族の思いのギャップやズレによる課題の整理にも努めている。必要に応じて自宅や入院先への訪問や、当ホームを利用しなくても定期的に相談にも応じたり、突然の見学も受け入れている。			
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	本人、家族のニーズを見極め、小規模多機能型居宅介護等、他のサービスの紹介もしている。市担当者、介護支援専門員などとも協力、連携を図っている。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者と毎日一緒に食事作りをし、同じ物を食べ、生活を共にしながら理解するよう努めている。日々の生活の中で郷土料理や漬物作り、畑での野菜作りなど得意分野で能力を発揮してもらい、本人から学んだり、支え合う関係を築いている。			

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	
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	家族来訪時や電話等で利用者の様子や職員の気づきを伝え、家族の思い・希望を聞き話し合っている。また、ケアプラン更新時に再度家族の希望や要望が無いか確認している。運営推進会議や家族会を開催し、率直な意見交換に努めている。			
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	家族や知人と、気兼ねなく面会や電話での連絡ができるように支援している。面会時間の取り決めはない。誕生日や新年会などの行事に誘い、一緒に時間を過ごすことで関係が途切れないように支援している。	入居時のアセスメントと日々のケアの中で、馴染みの人や場所の把握に努めている。ホームの行事に家族や知人を招く等、これまで利用者が関わってきた人との交流ができる機会を設ける支援を行っている。		
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	利用者間の関係を把握した上で、利用者同士が交流できるよう活動内容、場所等考慮している。また、利用者の人間関係の変化を見逃さず、孤立することのないようにしている。仲の良い、悪いで分けるのではなく生活歴や性格、趣味などから仲良くなれるよう仲介したり、配慮している。			
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	サービス終了後も面会に行ったり、家族の集いに招いたりし、本人の写真を送る等、関係を継続している。必要に応じて認知症やその後の生活、移行先の家族の相談に応じている。			
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	家族から情報収集を行い、本人の状況を把握出来るように努め、ケアプラン説明時にも要望を聞き、プランに活かしている。本人からも希望を伺っている。困難な場合は本人の日常生活の中での言葉や表情やこれまでの暮らし方などからアセスメントし、本人本位となるように職員間で情報共有している。	利用者に声かけし、利用者一人ひとりの思いや意向を把握するよう努めている。日々の情報の記録を共有し、利用者の視点に立った支援を行っている。必要に応じて家族や関係者等からの情報収集を行っている。		

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	
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	センター方式のアセスメントシートの活用、家族から生活歴や前施設からのサマリー、本人との会話の中から生活歴、ライフスタイル、個性など、その人らしさを引き出せるようこれまでの暮らしの把握に努めている。			
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	24時間アセスメントシートを活用し、情報収集した生活歴等から日課表を作成・記録している。出来る事や、分かる事、支援があれば出来そうなことを把握するよう努めている。食事量・バイタル・睡眠時間・排泄などから、体調の変化や問題行動の現れる時間・要因の把握に努めている。			
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	センター方式を採用。全職員の気づきや意見、本人の生活場面での言葉、表情などからケアのあり方を話し合い作成している。看護師の意見や、受診時に医師より日常生活や食生活についてアドバイス頂いたり、家族からそれまでの暮らし方から意見や要望を取り入れるよう努めている。	ケース会議には、日課表やケース記録、カードデックスを基に全職員の意見交換を行うとともに、利用者や家族の意見等を把握し、利用者一人ひとりの実情に沿った介護計画を作成している。利用者の状態変化等に応じて迅速な見直しが行われ対応がなされている。		
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	個別のケース記録、日課表がある。記録は介護計画に沿って行ったこと、対応と分けて記入し、ケアの状況や結果、職員の気づきを記載しており、実践や介護計画見直しに活用している。一日の暮らしの様子や身体状況について具体的に記録し、内容はカードデックス、申し送りノート、申し送りにより共有出来ている。ヒヤリハットの記入も行っている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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				

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	地域のボランティアの協力で、ホームでのえんぶりなどを行っている。消防訓練は地域消防署の協力を得て行っている。民生委員・婦人部の協力で、いきいきサロン等の公民館での活動に利用者が参加している。			
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、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	利用者によっては、以前からのかかりつけ医へ継続して受診が出来るように家族と協力し受診支援をしている。かかりつけ医が無い場合は、家族と話し合い適切な医療機関を主治医としている。定期受診の他に体調に変化がある時は、家族と相談し受診している。結果についてはその都度報告している。	協力医療機関のほか、利用者や家族の希望する医療機関を受診できる支援を行っている。受診結果は家族に報告し、医療機関との情報交換や話し合いが行われ、利用者が適切な医療が受けられるよう支援している。受診後の情報は逐一家族に電話連絡し、情報の共有が図られている。		
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	看護職員が配置されており職員は24時間いつでも報告、相談することが出来、必要な指示を受けている。看護職員へ利用者の状態を週1回報告している。医療連携体制を整えている。			
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、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。または、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した場合は、本人が安心できるように毎日面会に行き、病院の看護師へ状態や変化等を尋ね、情報交換、連携を図っている。早期退院に向けて家族・職員・医師・看護師と話し合い、退院後は介護計画を見直している。			
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期の指針や取り決めがあり、入居時に家族へ体制を説明し同意を得ている。本人からは早い段階から日常生活の中での言葉などから意向や希望を推測しその気持ちをアセスメントシートに記入、家族へも伝えている。ターミナルケアの研修も行っている。家族の集いで終末期について意見を頂いている。	利用者の重度化や終末期の対応について、事業所としての方針を明確にしている。重度化や終末期を迎えた場合には、利用者の状態に沿った支援を行い、家族等の思いを踏まえ医療機関も含めて連携を図りながら意思統一が行われている。		

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
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、救急対応マニュアルがあり、定期的に応急手当や対応の講習を受け、伝達講習も行っている。ホーム内研修で心肺蘇生、AEDの講習を行っている。職員が救急救命講習を受けている。		/	
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	避難訓練を定期的に行い、全職員が参加している。運営推進会議で警察、消防、町内の協力が得られるよう働きかけている。実際に隣家火災の時は協力してもらった。全体会議で地震対策について話し合い、実行している。非常食と水はユニット毎に準備している。		年2回避難訓練を実施しており、通報、非常ベルの始動、水の入った消火器を使用しての消火訓練も行っている。夜間想定誘導策が作成されており、消防署職員や地域住民の協力が得られるよう働きかけを行っている。消火器の定期点検も実施しており、災害時に備えて飲料水や非常食等を用意している。	

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	声掛けが心理的虐待につながらない様、利用者の羞恥心に配慮したり心理的虐待に繋がらないよう研修をしている。言動を否定したり拒否したりせず、対応について職員で日々の確認や改善の取り組みをしている。		プライバシー保護の取組みや個人情報の保護について、マニュアルや研修会等を通して共有し、理解を深め、利用者一人ひとりのプライバシーを配慮したケアサービスを心掛けている。日々のケア場面での気づきやヒヤリハット場面は事業所全体会議において検討・改善に向けて話し合われる取組みを行っている。	
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	日々の関わりや家族等からの情報により、利用者の希望・関心・嗜好など把握している。一緒に嗜好品を買いに行き、自分で選択・決定できる場面を作るなど、主体性を持って生活できるようにしている。意思表示できない利用者の場合は、表情・しぐさなどから何を希望しているのか、思いを探りながら対応するように努めている。		/	
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	日課はなく、起床・食事・入浴・昼寝・就寝時間など一人ひとりのペース、希望に合った生活となるよう努めている。利用者の訴えは受容、共感し、待つ姿勢で接している。		/	

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
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	訪問理美容は2ヶ所利用し、本人の希望する方を選べるようにし、負担が無く定期的に行えるよう支援している。また、家族や本人と相談し、好みの髪型を維持できるようにしている。服装は、本人の好みを配慮し季節にあったものを心がけている。外出時は、化粧やおしゃれをして出かけるよう支援している。		/	
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	一緒に買い物に行き、希望を取り入れた献立にしている。また、ホームの畑で収穫した旬の物や郷土料理、行事料理を取り入れている。食事準備、片付け、食事は一緒にし、会話を楽しみながら過ごしている。食べこぼし等はさりげなく片付けている。苦手な食べ物のある利用者には、同じような栄養価の別メニューを提供している。		利用者の嗜好が把握されており、利用者に合わせた食事を提供している。出来る範囲で食事の準備や片付け等を職員と一緒にしている。職員も利用者と一緒に食事を摂り、さりげなくサポートし、会話を楽しみながら食事時間を過ごしている。	
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	食事量はすべて、水分摂取量は、季節・体調等必要に応じて看護師に相談の上記録、調整している。全体会議でも話し合い、回覧している。		/	
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に、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	食後は、職員が声かけし、個別に歯磨き義歯の洗浄を行っている。また、それを日課表に記入している。		/	
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向けた支援を行っている	排尿や便の確認は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら、他者へ気付けられないようにしている。オムツ使用のタイミングについても、何度も話し合い安易にオムツなどに変えていない。パターンをチェックシートに記入把握し事前誘導を行う等、利用者の自立に向けた支援をしている。		排泄チェック表により排泄パターンが把握され、安易にリハビリパンツを常用せず、基本的に事前誘導により利用者の自立をバックアップする支援を心掛けている。また、介護計画と連動した観察記録「日課表」による継続した見守りの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	
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	薬にだけに頼らず、牛乳、ヨーグルト、寒天、野菜等、食材やメニューの工夫をしている。また、ラジオ体操や散歩で適度な運動をしている。服薬は主治医、看護師と相談している。			
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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	バイタル測定等健康状態を確認した上で、本人の希望する時間帯にしている。入浴を拒否する方にはケアプランにも載せ原因を探り、効果的な声かけや、タイミングをみて気持ち良く入浴できるよう努めている。利用者の習慣、入浴方法に合わせ、湯の温度を調節している。	入居時のアセスメントや日々のケアの中で入浴習慣や好みを把握し、利用者の意向を取り入れ入浴できるよう支援している。入浴を拒否する利用者に対しては職員が入れ替わりで声がけしたり、一緒に入浴する等の工夫を行っている。		
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	日中はその日の状態に合わせて、体操・散歩・昼寝等活动と休息をバランスよく取り入れ、一日のリズムを作るようにしている。一人ひとりの睡眠状態、一日の様子は日課表に記録し把握している。夜間眠れない方には、好みの飲み物を提供したり、話を聞いたりし安心できるように対応している。			
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	カーデックスに薬の処方箋がある。分包や服薬介助の際、飲み忘れ・誤薬がないかスタッフ間でダブルチェックしている。薬の変更の際は、カーデックスや申し送りでも全職員が分かりやすいようにしている。服薬による症状の変化については家族や主治医と相談し、調整をしている。			
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	利用者独自の今までの暮らし方から、出来ることは何か、したいことは何か把握するようにしている。一人ひとりの希望・状態に合わせて、掃き掃除やゴミ捨て・料理・裁縫などの生活に沿った活動や、カルタ・トランプなどのレクリエーション、散歩・買い物・ドライブなどの外出を支援している。			

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	
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	天気の良い日は散歩や、外気浴・畑・日光浴・バーベキューを行い、利用者の希望で楽しみや気分転換につながるよう支援している。習慣やその日の気分、能力、身体状況に合わせて、外出の際、移動方法や移動距離に配慮した支援を行っている。	散歩や買い物、ドライブなど日常的に外出する機会を設け、利用者の希望や習慣を日々のケア場面で把握し、その日の状態に合わせた外出支援を行っている。また、家族や地域住民の協力が得られるよう働きかけている。		
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	家族や本人の希望、能力に合わせて少額の金銭管理をしている方もある。金銭管理が難しい利用者でも、買い物時の支払い、つり銭を受け取るなどは力に応じて行っている。お金の心配が多い事は把握しており、個別に支援している。			
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	利用者への電話や手紙を歓迎する等、利用者が家族や知人等、電話しやすい雰囲気づくりをしている。電話の操作介助し、他の利用者に知られないようスタッフルームや居室にて話してもらうなどプライバシーに配慮している。			
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	家庭的な雰囲気を保てるよう調度品を配置している。共有空間には窓を多く設け、換気、景色から生活感、季節感を感じられるようにし、カーテンで光を調節している。行事毎に共同空間へ関連の物品を飾っている。（ひな人形、七夕かざり、お盆用品）神棚もある。	各ユニットに畳の小上がりがあり、コタツ等を置き、利用者がくつろげる空間となっており、居心地よく過ごせるよう配慮されている。ホーム内も適切な温度管理となっており、湿度調整の工夫も行われている。中庭や窓からは四季の風景が感じられ、利用者との会話も弾み和やかな雰囲気である。		
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	共用空間は家庭的な作りで、気の合った利用者同士、テレビ前のソファでくつろいでいる。中庭やホールで食事や日光浴、外気浴を楽しまれている。他ユニットより気の合う利用者の訪問もある。マッサージ機があり、気兼ねなく自由に使える。			

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
54	(20)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>出来る限り入居前の状態に近いように家族と相談し、本人の使い慣れた馴染みの物を持ち込めるよう促している。また、本人の状態の変化に合わせて調整している。(タンス・テレビ・布団・食器・化粧品・仏壇など)</p>	<p>入居前から愛用しているコタツやタンス・位牌等を置き、利用者の好みに合わせた居室作りとなっている。また、家族が利用者の好きな物を飾るなどの協力も得られ、一人ひとりにあった居室作りが行われている。</p>		
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>手摺りや流し台、洗面台の高さ等を入居者に合った高さに調整している。車椅子、シャワーチェア等の点検シートを作成し、業務で点検している。一人ひとりの分かる事や出来る事を考慮し、トイレと便所、両方を表示したり、字の大きさ、配色等にも配慮している。</p>			