

# 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	3990300026		
法人名	医療法人 瑞風会		
事業所名	グループホーム ひのでの館		
所在地	高知県安芸市日ノ出町7番33号		
自己評価作成日	平成26年4月30日	評価結果 市町村受理日	平成26年7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)】

運営理念に掲げているように「その人らしさ」を重要と考えています。その人個人個人の特性や日々の状態変化の把握に努め、出来るだけゆったりとした生活が送れるように努めています。健康管理、医療面でのサポートは同法人の医療機関が近くにあることから、緊急時の対応や体制も出来ており、入居者や家族のみならず職員にとっても心強いところであります。

津波災害避難場所の指定もあり、今年度に入り、3階以上の一時避難場所として屋上への避難が可能となりました。これまで以上に地域の方との繋がりが求められている状況にあり、互いに協力し合って生活が出来るように取り組まなければならない。これからも地域に開放されたホーム作りを目指し、いつでも誰でもが立ち寄れる環境、交流が出来るように持っていきたい。「ひのでの館祭り」は地域の方からも好評を頂き、年々来場者も多くなっています。

※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.kajikensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JgvosyoCd=3990300026-00&amp;PrefCd=39&amp;VersionCd=022">http://www.kajikensaku.jp/39/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JgvosyoCd=3990300026-00&amp;PrefCd=39&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	高知県社会福祉協議会
所在地	〒780-8567 高知県高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ
訪問調査日	平成26年6月11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)】

事業所は、「利用者が毎日笑顔で自分らしく生活できる」という理念に沿って介護計画をたて、チームワークの取れた実践により、入居後に介護度が改善した事例も出ている。特に、「自立」に焦点を当てて利用者一人ひとりの生活能力の維持に努めている。地域との関わりも大切に、毎年、秋に開催する事業所の納涼祭には100人を超える住民の参加があり、くじ引きや子供会の踊りなどで賑わい、年々規模が大きくなっている。納涼祭は、地区の行事として定着してきており、利用者が旧知の人に出会う場ともなっている。事業所が海の近くという立地上、災害対策への意識も高く、事業所の屋上が地域の避難場所として整備されたことから、今後地域とともに訓練を行い、連携体制を築いていくことにしている。利用者の生活面では、母体病院が近距離にあり、医療連携体制の下で健康管理が行われ、利用者が安心して暮らせる環境にある。地域と相互に協力し合いながら、利用者が生き生きと暮らしていける事業所になっている。

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:あさひ

自己評価	外部評価	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)	<b>○理念の共有と実践</b> 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	開設当初より運営理念を作成し、各フロアに掲載し、日々確認しながら達成出来るように努力している。介護計画の見直しの際にも内容に理念が反映できるようにしている。	「笑顔のたえない“その人らしさ”で暮らす家」という理念を掲げ、利用者の自立を重視したケアを行っている。理念は、フロアや事務室等目につきやすい場所に掲示し、週1回のフロア会や介護計画のカンファレンスの時に実践に反映するよう話し合っている。	
2	(2)	<b>○事業所と地域とのつきあい</b> 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事、イベントへ参加しており、案内を貰えることも多くなっている。事業所の行事「ひのでの館祭り」の際には多くの方にも来て頂けている。	毎年開催する事業所の納涼祭には地元住民が多数参加して、屋台や夜店、イベント等で利用者も一緒に交流を楽しんでいる。納涼祭をきっかけに地域に根差した関係が築かれ、近隣から散歩のときに声をかけてくれたり、食材の差し入れも行われている。	
3		<b>○事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	地域の認知症勉強会への協力参加もやっている。地域包括支援センター、社協、居宅介護事業所等と協力させていただき、ホームの内容も知ってもらう事が出来ている。		
4	(3)	<b>○運営推進会議を活かした取り組み</b> 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	現状報告や行事の計画、また現状で困難なケースについての報告、相談、助言も貰えるようになっていく。参加者には地域の自主防災組織委員がいて連携をとれるようになっていくことが強みである。	運営推進会議は年6回定期的に開催し、地区長等の地域代表、家族代表、行政が参加し事業所の報告をもとに運営上の話し合いを行っている。屋上の避難場所を使用している訓練計画や、地区運動会への協力、保育園との交流等地域と結びついた協議が行われている。	
5	(4)	<b>○市町村との連携</b> 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	運営推進会議以外でも地域包括支援センターをはじめ困難事例などを相談できる体制がある。ホームとしては地域見守りネットワークの登録を行い、必要に応じて連絡、協力体制をとっている。	運営推進会議以外に市や地域包括支援センターとは、市主催の住民対象の介護研修会への協力や、徘徊等の見守りへの協力を通じて日頃から連携しており、運営上の相談も円滑に行われている。市からの傾聴ボランティアの協力も得られ、ケアに活かされている。	
6	(5)	<b>○身体拘束をしないケアの実践</b> 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、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	身体拘束はしていない。日中に関しては玄関の施錠はなし。夜間に関しては防犯の為に施錠している。ただし、徘徊や単独での行動による階段の利用などの危険性を減らす為にアラームの活用をしている。	身体上だけでなく、言葉による抑止等の拘束がないよう努めている。身体拘束の弊害について職員会で伝達し、職員に浸透させている。昼間は玄関に施錠せず、階下への階段使用の危険に配慮してチャイムを設置していたが、現在は外し、利用者を見守りながら不穏な状態の時は原因を把握して、気持ちを落ち着けるように努めている。	

自己評価	外部評価	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		<b>○虐待の防止の徹底</b> 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	研修会への参加を推奨している。参加者だけに留まらず他の職員への伝達も出来るようにし、知識、意識の向上にも努めている。身体的虐待に限らず、言動一つをとっても精神的虐待に繋がるのではないかなどと話し合っている。		
8		<b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 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	現状ではあまり関わった事例がなく認識は薄いと考える。今後、関わることも十分に理解し研修会などへの参加も勧めていきたい。		
9		<b>○契約に関する説明と納得</b> 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居前、入居時の面談時に説明し、理解、納得された上で契約するようにしている。入居後でも不明なことがあればその都度説明できるように対応している。全体に関する内容となれば文書での交付も行っている。		
10	(6)	<b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 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	家族会の開催時には、職員を抜き家族のみで話せる環境も作っている。その際には、全体的な意見を頂くことが出来る。ホームにも意見箱を設置している。	家族が意見を表す場として、年2回の家族会、運営推進会議等があり、家族会では家族だけの話し合いの機会を設けている。その他、面会時には利用者の近況を話しながら意見を聞くようにしているが、家族からは感謝の言葉が多く、運営に関する意見はほとんど出ていない。	
11	(7)	<b>○運営に関する職員意見の反映</b> 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	職員会は月1回は開催し、法人事務長の参加も要請し直接意見を言える環境を作っている。ホーム内で対応できる内容であれば、職員の同意を得て行い、法人の協力が不可欠な事案は、法人部会に挙げ、検討、指示を貰うような体制をとっている。	職員は、週1回のフロア会や月1回の職員会で意見や要望を出している。職員会には、時々母体病院の事務長が出席し、職員からの要望を聞いている。繁忙時のパート職員の雇用や、シャワーチェア等必要物品の要望が出され応えている。	
12		<b>○就業環境の整備</b> 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	一部の職員に負担が増大しないように勤務形態などに配慮している。各委員なども振り分け、また定期的に見直しもし、各自が自覚を持って行動できるように考えている。		

自己評価	外部評価	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		<b>○職員を育てる取り組み</b> 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	外部の研修会の参加も一部の者に偏りがないように、順に参加出来るように勤務調整も行っている。自主的な参加希望も勿論聞き入れている。法人内の勉強会参加も同様に交代で参加出来るようにしている。		
14		<b>○同業者との交流を通じた向上</b> 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GH連絡会へ参加し、意見交換や困難事例の相談、研修会への参加も出来ている。参加者も管理者、ケアマネジャーだけにならないように、参加も交代で行けるように考慮している。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>○初期に築く本人との信頼関係</b> 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	状態によっても様々であるが、話を聞くことを大切にしている。ホーム側から一方的に難しい話をして理解は得られず、不安も考えられる。入居後もその人の状態に合わせた生活リズムも見ながら支援していくことにしている。		
16		<b>○初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	家族の思い、意向も確認出来るように話している。入居されてからも不明な点や不安なことに関してはいつでも話すようにしている。遠方であまり来られない家族には電話連絡もしている。		
17		<b>○初期対応の見極めと支援</b> 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	面談を行うに当たって、本人の身体、認知症、精神的な状態を把握し、同時に在宅での困っていることなどを家族や在宅の担当ケアマネジャーからも聞き取りを行う。		
18		<b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b> 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	入居者の中には依存心の強くみられる方も多い。日常生活の中で出来る所は自力で行えるように声かけ、見守りをしている。ただ押し付けるのではなく、一緒に行うことで出来ることも多い。		

自己評価	外部評価	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		<b>○本人を共に支えあう家族との関係</b> 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	ホームに依存してしまう傾向の家族も正直あるが面会を出来るだけしてもらったり、来られない場合でも電話での連絡も依頼している。現状では参加家族は少ないが外出行事やイベントの際には案内している。		
20	(8)	<b>○馴染みの人や場との関係継続の支援</b> 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	持ち込みの物は自宅で使用されていた家具などを使用している方もある。家族や知人の面会も勧めている。近隣の散歩やドライブの外出で知人にも会うこともあり、その際は出来るだけゆっくりと過ごせるように対応している。	利用者の馴染みの人や場所について、家族から情報を得たり、面会簿で把握している。家族には知人等の訪問への協力を依頼している。時々、利用者の自宅近辺や、市内の観光場所へドライブして馴染みの場所に接するようにしている。	
21		<b>○利用者同士の関係の支援</b> 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	比較的自立度の高い方には、危険や無理のないように他者の支援や声掛けもしてもらう等依頼する事もある。食事の席なども本人の意向も聞き入れ、可能な限り本人の意向に沿えるように配慮している。		
22		<b>○関係を断ち切らない取組み</b> 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	同法人の医療機関であれば不定期ではあるが面会に行かせてもらったり、地域連携室やスタッフからも情報を確認している。他の施設への面会は少ない状況だが、施設職員との連携もあり状況の確認ができています。		
<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)	<b>○思いや意向の把握</b> 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	出来るだけ本人の意向に沿えるように考えているが、全て沿える事は不可能であり、家族への説明、協力が必要な事も多々ある。本人のペースで生活する事が重要であるが、逆にならずと臥床されるケースもあり必要に応じて日中の活動を促す事がある。	利用者との日々の会話から思いを把握し、把握した思いに応えるよう努めている。入居後の様々な思いや、新たに知ることのできた生活歴等について個々の職員が把握し伝達しているが、記録して共有できる仕組みがない。	利用者の生活への思いや、現在の状態をよりよく知るために、センター方式のアセスメント様式も参考にしながら、把握した事項を記録して職員で共有しやすくする方法を検討し、ケアに活かすことを期待したい。
24		<b>○これまでの暮らしの把握</b> 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	入居前に本人、家族からの聞き取りで現状を把握している。個人の記録、カンファレンス等で情報を共有できている。入居後も日々の会話の中でも昔話も含め情報を収集できるように考えている。		

自己評価	外部評価	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		<b>○暮らしの現状の把握</b> 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	入居されて間もない方の状況把握は見守りも含めリズム、パターンが掴めるように考えている。比較的、リズムが安定している方も日々の変動に十分注意し個人記録、職員間でも情報を共有し同じ支援が出来るように考えている。		
26	(10)	<b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b> 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、家族からの意見が少ない現状があるが、現状を把握し、安心、安全に日常生活が送る事が継続できるように介護計画を作成している。	介護計画に沿って、ケアマネジャーが利用者の様子を毎日観察し、職員から情報を得ながら月1回モニタリング表を作成している。3カ月ごとの見直し時には、利用者、家族の意向を聞き取りフロア会での意見も含めてカンファレンスを行い、理念に沿った計画を作成している。	
27		<b>○個別の記録と実践への反映</b> 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	日々の個人記録は必ず勤務職員がとっている。安定し変化のない事も大切であるが、その中で小さな変化、気づいた事も必ず記録を取るようにしている。勿論、日々の変化もケアプランの見直し、作成時には欠かさず振り返り確認、活用できている。		
28		<b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b> 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	本人からの要望に出来るだけ答えていきたいが、他者の対応、職員数の現状もある。家族等の力も不可欠で協力して頂く事もある。		
29		<b>○地域資源との協働</b> 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	散歩コースに地域の喫茶コーナーや他の施設(以前利用されていた方)に寄らせて頂いたり、地域の公園が整備されたこともあって、新たな散歩コースも拡大中である。		
30	(11)	<b>○かかりつけ医の受診支援</b> 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	勿論かかりつけ医を変える必要はなく、入居前と変わらず受診、処方を受けられる。受診時に家族が同行した際には、受診結果等を確認している。必要があれば専門医の受診を勧める事もあり、また緊急時には法人医療機関への連絡を優先しているので定期的な往診を受け、状態の把握もしてもらっている。	利用者、家族の希望による受診を基本とし、入居時に協力医療機関との医療連携体制の説明を受けて、協力医をかかりつけ医に希望する利用者及び家族がほとんどである。協力医の月2回の往診と週1~2回の訪問看護を受け、健康管理が行われている。職員は受診記録ノートで情報を共有している。	

自己評価	外部評価	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		<b>○看護職との協働</b> 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	月に2回の定期往診、週1回の訪問も受け状態の確認をしてもらっている。それ以外でも状態の変化があれば報告し、必要があれば受診もしている。		
32		<b>○入退院時の医療機関との協働</b> 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。	往診時の情報提供や外来受診時にも積極的に話せるようにしている。入院や医療機関からの入所に関しても看護スタッフ、地域連携室との連携も出来ており、入院された場合でも面会を含め常に連携をとっている。		
33	(12)	<b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	入居契約時に説明し、その時点での同意を貰っている。実際にそういった場合になった時点で再度意思確認をするようにしている。	事業所の看取りに関する指針について入居時に説明し、家族等の同意を得ている。重度化が見られたときに、家族、主治医、看護師、事業所で話し合い、家族の意向に沿って体制を組むことにしている。これまで、医療連携体制の下で介護し、最終的に入院となった事例があるが、事業所での看取り事例はない。	
34		<b>○急変や事故発生時の備え</b> 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	緊急時の連絡体制は出来ている。訓練は定期的には行う事が出来ていないが、研修会や法人内の勉強会への参加もできるように促している。		
35	(13)	<b>○災害対策</b> 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	年に2回の訓練を計画し実行している。地域の方の協力も得ての避難、誘導訓練を行っており、水害時等の地域の方が一時避難された場合の互いの協力体制を作っている。	年2回の防災訓練には地区の役員から地域に声をかけてもらい、住民の協力を得ることに努めている。事業所の屋上に津波避難場所を設置し、地域の防災訓練に利用する予定である。実際の避難時の方法についても運営推進会議で議論し、水や食料、必要物品等は3日分を備蓄している。	
<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)	<b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b> 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	人格、性格も生活の中から感じ取り、情報を共有し声掛けの重要性も考えながら支援している。言葉かけひとつで、表情も変わったり、行動も違う事もあるので十分気を付けている。	利用者一人ひとりの性格を把握し、人格を尊重した声かけをするよう職員全員で心がけている。本人の気持ちを表情から読み取り、プライバシーに関することは、居室で話すようにしている。	

自己評価	外部評価	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	殆どの方が自己決定は難しい状況だが、その中でも全てを職員に依存するのではなく、小さな事の決定や考える事が重要であると考え、可能な方には声掛けも工夫し自己決定を促している。		
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	一日のおおまかな流れは決めているが、本人の自己決定を促し、出来るだけ見守り支援が出来るように考えている。ただ昼夜を問わず臥床したり、何もされない事もあるので職員からの働き掛けで日中は活動できるように支援もしている。		
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	自力で行える方に関しては見守り、ある程度任せている。いつもお気に入りの衣類になる方等は一緒に選んだりする。特に起床時には整容にも声を掛け、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	本人の意向も聞くが、入居者同士の状況や関係性に配慮し、座席も工夫している。職員も毎食一緒に食事をする環境がある。必要に応じて食器の工夫、食材の大きさ等も気をつけている。可能な方は、テーブル拭き、下膳、食器洗いを行っている。	食事は母体病院が委託する業者からの配食であり、事業所で盛り付けを行い、きざみ食等本人に適した形で提供している。食事に変化を持たせるため、利用者と一緒におやつ作りをしたり、月1回は五目ずしを作り希望する1品を添えるなどの工夫をしている。職員は同じ食事で会話しながら楽しい雰囲気を作っている。	
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、水分量を日々チェックし、水分量の少ない方への促し、また少しでも自然に摂取できるような工夫もしている。食事中でも急須等で足したり勿論、好みの物で摂取を促したり、浴後には必ず水分補給を勧めている。		
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	自力で行える方に関しては見守り、ある程度任せている。時々確認、指導したり協力歯科の検診も受けている。夕食後や夜間は義歯洗浄剤も使用している。		
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むけた支援を行っている	排泄のチェック表も活用し、排泄パターンの把握とその人にあった定期的な排泄誘導をしている。また食事や入浴の前にも必ず声掛けし、トイレでの排泄を促している。	排泄の自立を目標に掲げ、排泄パターンを参考にトイレ誘導を行っている。支援により昼間は、13人の利用者が布パンツと尿パッドで過ごしている。夜間は紙パンツが主体になっているが、ポータブルトイレの使用や声かけによるトイレ誘導に努めている。	



自己評価	外部評価	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		<b>○便秘の予防と対応</b> 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	便秘薬を定期的に服用したり下剤の服用が必要な方もありますが、日々の生活の中で体操、散歩等で身体を動かす事を勧めたり、水分摂取も大きな要因である事も説明しながら対応している。排便についても確認している。		
45	(17)	<b>○入浴を楽しむことができる支援</b> 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	入浴に関する制限はないが、現状では殆どの方が2日に1回のペースで入浴されている。そのパターンが決まってきており、それに合わせて声を掛け促している。出来るだけ本人のペースに合わせる事としているが、行事や、業務にかかる場合などやむを得ず制限が生じる事もある。	利用者の希望による入浴になっている。毎日の入浴や、1番目の入浴を望む利用者の要望に応じている。体調や生活習慣から、2日に1回の入浴が多くなっており、入浴を拒否する利用者には声かけの工夫や、タイミングを見計らって少なくとも3~4日に1回の入浴につなげている。	
46		<b>○安眠や休息の支援</b> 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	おおまかな就寝時間の把握、夜間の巡視、排泄誘導、水分提供等の対応を本人に合わせて行っている。		
47		<b>○服薬支援</b> 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	内服状況、内容が理解できるように調剤薬局からの説明書も確認出来るようにしている。特に内服の変更のあった場合などは、体調の変化等に更に注意するようにしている。		
48		<b>○役割、楽しみごとの支援</b> 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	出来る方に関しては本人の力を活用し、掃除、食事の片づけ、洗濯物等の役割を持ってもらっている。裁縫や、おやつ作りも協力しながら行っている。		
49	(18)	<b>○日常的な外出支援</b> 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	近隣や、病院の売店等には散歩も兼ね外出する。家族との外出に関しては制限していない。家族の協力で地元に戻られ過ぎされたり、受診外出の際に一緒に外食されたりする方もある。	天気が良ければ毎日散歩に出かけ、住民と挨拶を交わしている。時々スーパーや洋品店へ買い物にも行き、家族の協力で喫茶店や外食にも出かけている。行事では年2回、桜の花見とみかん狩りに弁当持参で遠出をして楽しんでいる。	

自己評価	外部評価	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		<b>○お金の所持や使うことの支援</b> 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	金銭の管理は難しい方も多く、殆どの方が事業所で管理している。数人の方が所持されているが、本人、家族にも入居時にも説明し、高額の金銭の所持は置き場所を忘れる等で不明になる事もある為、出来るだけ所持は控えてもらっている。		
51		<b>○電話や手紙の支援</b> 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	希望される方には内容も可能であれば確認し対応している。本人から要望される方も少なく、反対に家族に対し電話連絡を依頼する事もある。不安になる方や落ち着かなくなる方も安心できる事がある。		
52	(19)	<b>○居心地のよい共用空間づくり</b> 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	花や飾り物で、季節を感じられるように工夫している。入居されて間もないころは不安になる方もあるかと思われるが、比較的これまではの方は環境に馴染むのも早い。	居間は3面にガラス窓があり、明るい空間になっている。廊下の一部に畳コーナーを設け、自由に休憩できるようにしている。廊下幅は広く車いすの行き違いができ、利用者の行動の妨げにならないよう配慮している。また、季節行事に合わせて飾り付けを行い、季節感を出している。	
53		<b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b> 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	ホール内で完全に独りになる事は少ないが、それぞれ好みの席が定着しており、その中でもゆっくりとテレビを見たり、入居者同士や職員も交えて話したりのんびりできている。		
54	(20)	<b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b> 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	基本的に室内で使用されるものは、本人、家族に入れてもらっている。ベッドやタンス等の家具類の配置も本人の使いやすいように任せているが、配線の制限や危険性の考えられる場合には助言させていただき、配置変更する事もある。自宅で使用されていた物の活用も勧めている。	利用者及び家族が馴染みの人形や、家族写真、筆筒、小物入れ等を持ち込み、自分らしく落ち着いて暮らせる居室づくりをしている。	
55		<b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b> 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	廊下、トイレ内は広く作られており車椅子使用も安全に行える。共用スペースは可能な限り手すりも設置している。		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
項目		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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、生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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない

# 自己評価および外部評価結果

ユニット名:ひので

自己評価	外部評価	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)	<b>○理念の共有と実践</b> 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	開設当初より運営理念を作成し、各フロアに掲載し、日々確認しながら達成出来るように努力している。介護計画の見直しの際にも内容に理念が反映できるようにしている。		
2	(2)	<b>○事業所と地域とのつきあい</b> 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、イベントへ参加しており、案内を貰えることも多くなっている。事業所の行事「ひのでの館祭り」の際には多くの方にも来て頂けている。		
3		<b>○事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	地域の認知症勉強会への協力参加も行う。地域包括支援センター、社協、居宅介護事業所等と協力させていただき、ホームの内容も知ってもらう事が出来ている。		
4	(3)	<b>○運営推進会議を活かした取り組み</b> 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	現状報告や行事の計画、また現状で困難なケースについての報告、相談、助言も貰えるようになってきている。参加者には地域の自主防災組織委員がいて連携をとれるようになってきていることが強みである。		
5	(4)	<b>○市町村との連携</b> 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	運営推進会議以外でも地域包括支援センターをはじめ、困難事例などを相談できる体制がある。ホームとしては地域見守りネットワークの登録を行い、必要に応じて連絡、協力体制をとっている。		
6	(5)	<b>○身体拘束をしないケアの実践</b> 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、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	身体拘束はしていない。日中に関しては玄関の施錠はなし。夜間に関しては防犯の為に施錠している。ただし、徘徊や単独での行動による階段の利用などの危険性を減らす為にアラームの活用をしている。		

7		<p><b>○虐待の防止の徹底</b></p> <p>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</p>	<p>研修会への参加を推奨している。参加者だけに留まらず他の職員への伝達も出来るようにし、知識、意識の向上にも努めている。身体的虐待に限らず、言動一つをとっても精神的虐待に繋がるのではないかなどと話し合っている。</p>		
8		<p><b>○権利擁護に関する制度の理解と活用</b></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支援している</p>	<p>現状ではあまり関わった事例がなく認識は薄いと考える。今後、関わることも十分に理解し研修会などへの参加も勧めていきたい。</p>		
9		<p><b>○契約に関する説明と納得</b></p> <p>契約の締結、解約また改定等の際は、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>入居前、入居時の面談時に説明し、理解、納得された上で契約するようにしている。入居後でも不明なことがあればその都度説明できるよう対応している。全体に関する内容となれば文書での交付も行っている。</p>		
10	(6)	<p><b>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</b></p> <p>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</p>	<p>家族会の開催時には、職員を抜き家族のみで話せる環境も作っている。その際には、全体的な意見を頂くことが出来ている。ホームにも意見箱を設置している。</p>		
11	(7)	<p><b>○運営に関する職員意見の反映</b></p> <p>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</p>	<p>職員会は月1回は開催し法人事務長の参加も要請し直接意見を言える環境を作っている。ホーム内で対応できる内容であれば、職員の同意を得て行い、法人の協力が不可欠な事案は、法人部会に挙げ、検討、指示を貰うような体制をとっている。</p>		
12		<p><b>○就業環境の整備</b></p> <p>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</p>	<p>一部の職員に負担が増大しないように、勤務形態などに配慮している。各委員なども振り分け、また定期的に見直しもし、各自が自覚を持って行動できるように考えている。</p>		

13	<p><b>○職員を育てる取り組み</b></p> <p>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</p>	<p>外部の研修会の参加も一部の者に偏りがないうように、順に参加出来るように勤務調整も行う。自主的な参加希望も勿論聞き入れている。法人内の勉強会参加も同様に交代で参加出来るようにしている。</p>		
14	<p><b>○同業者との交流を通じた向上</b></p> <p>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</p>	<p>市内GH連絡会へ参加し、意見交換や困難事例の相談、研修会への参加も出来ている。参加者も管理者、ケアマネジャーだけにならないように、参加も交代で行けるように考慮している。</p>		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
15	<p><b>○初期に築く本人との信頼関係</b></p> <p>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</p>	<p>状態によっても様々であるが、話を聞くことを大切にしている。ホーム側から一方的に難しい話をしても理解は得られず、不安も考えられる。入居後もその人の状態に合わせた生活リズムも見ながら支援していく。</p>		
16	<p><b>○初期に築く家族等との信頼関係</b></p> <p>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</p>	<p>家族の思い、意向も確認出来るように話している。入居されてからも不明な点や不安なことに関してはいつでも話すようにしている。遠方であり来られない家族には電話連絡もしている。</p>		
17	<p><b>○初期対応の見極めと支援</b></p> <p>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</p>	<p>面談を行うに当たって、本人の身体、認知症、精神的な状態を把握し、同時に在宅での困っていることなどを家族や在宅の担当ケアマネジャーからも聞き取りを行う。</p>		
18	<p><b>○本人と共に過ごし支えあう関係</b></p> <p>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</p>	<p>入居者の中には依存心の強くみられる方も多い。日常生活の中で出来る所は自力で行えるように声かけ、見守りをしている。ただ押し付けるのではなく、一緒に行くことで出来ることも多い。</p>		

19		<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>ホームに依存してしまう傾向の家族も正直あるが、面会を出来るだけしてもらったり、来られない場合でも電話での連絡も依頼している。現状では参加家族は少ないが外出行事やイベントの際には案内している。</p>		
20	(8)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>持ち込みの物は自宅で使用されていた家具などを使用している方もある。家族や知人の面会も勧めている。近隣の散歩やドライブの外出で知人にも会うこともあり、その際は出来るだけゆっくりと過ごせるように対応している。</p>		
21		<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>比較的自立度の高い方には危険や無理のないように、他者の支援や声掛けもしてもらう等依頼する事もある。食事の席なども本人の意向も聞き入れ、可能な限り本人の意向に沿えるように配慮している。</p>		
22		<p>○関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>同法人の医療機関であれば不定期ではあるが面会に行かせてもらったり、地域連携室やスタッフからも情報を確認している。他の施設への面会は少ない状況だが、施設職員との連携もあり、状況の確認ができます。</p>		
<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)	<p>○思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>出来るだけ本人の意向に沿えるように考えているが、全て沿える事は不可能であり、家族への説明、協力が必要な事も多々ある。本人のペースで生活する事が重要であるが、逆にずっと臥床されるケースもあり、必要に応じて日中の活動を促す事がある。</p>		
24		<p>○これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>入居前に本人、家族からの聞き取りで現状を把握している。個人の記録、カンファレンス等で情報を共有できている。入居後も日々の会話の中でも昔話も含め情報を収集できるように考えている。</p>		

25		<p><b>○暮らしの現状の把握</b></p> <p>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</p>	<p>入居されて間もない方の状況把握は、見守りも含めリズム、パターンが掴めるように考えている。比較的、リズムが安定している方も日々の変動に十分注意し個人記録、職員間でも情報を共有し同じ支援が出来るように考えている。</p>		
26	(10)	<p><b>○チームでつくる介護計画とモニタリング</b></p> <p>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</p>	<p>本人、家族からの意見が少ない現状があるが、現状を把握し、安心、安全に日常生活を送る事が継続できるように介護計画を作成している。</p>		
27		<p><b>○個別の記録と実践への反映</b></p> <p>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</p>	<p>日々の個人記録は必ず勤務職員がとっている。安定し変化のない事も大切であるが、その中で小さな変化、気づいた事も必ず記録を取るようになっている。勿論、日々の変化も、ケアプランの見直しや作成時には欠かさず振り返り確認、活用できている。</p>		
28		<p><b>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</b></p> <p>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</p>	<p>本人から要望に出来るだけ答えていきたいが、他者の対応、職員数の現状もある。家族等の力も不可欠で協力して頂く事もある。</p>		
29		<p><b>○地域資源との協働</b></p> <p>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</p>	<p>散歩コースに地域の喫茶コーナーや他の施設(以前利用されていた方)に寄らせて頂いたり、地域の公園が整備されたこともあって、新たな散歩コースも拡大中である。</p>		
30	(11)	<p><b>○かかりつけ医の受診支援</b></p> <p>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支援している</p>	<p>勿論かかりつけ医を変える必要はない。入居前と変わらず受診、処方を受けられる。受診時に家族が同行した際には、受診結果等を確認している。必要があれば専門医の受診を勧める事もあり、また緊急時には法人医療機関への連絡を優先しているので、定期的な往診を受け、状態の把握もしてもらっている。</p>		



31		<p><b>○看護職との協働</b></p> <p>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</p>	<p>月に2回の定期往診、週1回の訪問も受け、状態の確認をしてもらっている。それ以外でも状態の変化があれば報告し、必要があれば受診もしている。</p>			
32		<p><b>○入退院時の医療機関との協働</b></p> <p>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。</p>	<p>往診時の情報提供や外来受診時にも積極的に話せるようにしている。入院や医療機関からの入所に関しても看護スタッフ、地域連携室との連携も出来ており、入院された場合でも面会を含め常に連携をとっている。</p>			
33	(12)	<p><b>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b></p> <p>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</p>	<p>入居契約時に説明し、その時点での同意を貰っている。実際にそういった場合になった時点で再度意思確認をするようにしている。</p>			
34		<p><b>○急変や事故発生時の備え</b></p> <p>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</p>	<p>緊急時の連絡体制は出来ている。訓練は定期的には行う事が出来ていないが、研修会や法人内の勉強会への参加もできるように促している。</p>			
35	(13)	<p><b>○災害対策</b></p> <p>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</p>	<p>年に2回の訓練を計画し実行している。地域の方の協力も得ての避難、誘導訓練を行い、水害時等の地域の方が一時避難された場合の互いの協力体制を作っている。</p>			
<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)	<p><b>○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</b></p> <p>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</p>	<p>人格、性格も生活の中から感じ取り、情報を共有し声掛けの重要性も考えながら支援している。言葉かけひとつで、表情も変わったり、行動も違う事もあるので十分気を付けている。</p>			

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	殆どの方が自己決定は難しい状況だが、その中でも全てを職員に依存するのではなく小さな事や決断や考える事が重要であると考へ、可能な方には声掛けも工夫し自己決定を促している。		
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	一日のおおまかな流れは決めているが、本人の自己決定を促し、出来るだけ見守り支援が出来ればと考えている。ただ昼夜を問わず臥床したり、何もされない事もあるので、職員からの働き掛けで日中は活動できるように支援もしている。		
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	自力で行える方に関しては見守り、ある程度任せている。いつもお気に入りの衣類になる方等は一緒に選んだりしている。特に起床時には整容も声を掛け、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	本人の意向も聞くが、入居者同士の状況や関係性も配慮し、座席も工夫している。職員も毎食一緒に食事をする環境がある。必要に応じて食器の工夫、食材の大きさ等も気をつけている。可能な方は、テーブル拭き、下膳、食器洗いを行っている。		
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、水分量を日々チェックし、水分量の少ない方へ促し、また少しでも自然に摂取できるように工夫もしている。食事中でも急須等で足したり、勿論、好みの物で摂取を促したり、浴後には必ず水分補給を勧めている。		
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	自力で行える方に関しては見守り、ある程度任せている。時々確認、指導したり協力歯科の検診も受けている。夕食後や夜間は義歯洗浄剤も使用している。		
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むけた支援を行っている	排泄のチェック表も活用し、排泄パターンの把握とその人にあった定期的な排泄誘導もしている。また食事や入浴の前にも必ず声掛けし、トイレでの排泄を促している。		

44		<p><b>○便秘の予防と対応</b></p> <p>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</p>	<p>便秘薬を定期的に服用したり下剤の服用が必要な方もありますが、日々の生活の中で体操、散歩等で身体を動かす事を勧めたり、水分摂取も大きな要因である事も説明しながら対応している。排便についても確認している。</p>		
45	(17)	<p><b>○入浴を楽しむことができる支援</b></p> <p>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</p>	<p>入浴に関する制限はないが、現状では殆どの方が2日に1回のペースで入浴している。そのパターンが決まってきており、それに合わせて声を掛け促している。出来るだけ本人のペースに合わせることにしているが、行事や、業務にかかる場合などやむを得ず制限が生じる事もある。</p>		
46		<p><b>○安眠や休息の支援</b></p> <p>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</p>	<p>おおまかな就寝時間の把握、夜間の巡視、排泄誘導、水分提供等の対応を本人に合わせて行っている。</p>		
47		<p><b>○服薬支援</b></p> <p>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</p>	<p>内服状況、内容が理解できるように調剤薬局からの説明書も確認出来るようにしている。特に内服の変更のあった場合などは、体調の変化等に更に注意するようにしている。</p>		
48		<p><b>○役割、楽しみごとの支援</b></p> <p>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</p>	<p>出来る方に関しては本人の力を活用し、掃除、食事の片づけ、洗濯物等の役割を持ってもらっている。裁縫や、おやつ作りも協力しながら行っている。</p>		
49	(18)	<p><b>○日常的な外出支援</b></p> <p>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</p>	<p>近隣や、病院の売店等には散歩も兼ね外出している。家族との外出に関しては制限していない。家族の協力で地元に戻られ過ごされたり、受診外出の際に一緒に外食されたりする方もある。</p>		

50		<p><b>○お金の所持や使うことの支援</b></p> <p>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</p>	<p>金銭の管理は難しい方も多く、殆どの方が事業所で管理している。数人の方が所持されているが、本人、家族にも入居時にも説明し、高額の金銭の所持は置き場所を忘れる等で不明になる事もある為、出来るだけ所持は控えてもらっている。</p>		
51		<p><b>○電話や手紙の支援</b></p> <p>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</p>	<p>希望される方には内容も可能であれば確認し対応している。本人から要望される方も少なく、反対に家族に対し電話連絡を依頼する事もある。不安になる方や落ち着かなくなる方も安心できる事がある。</p>		
52	(19)	<p><b>○居心地のよい共用空間づくり</b></p> <p>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</p>	<p>花や飾り物で季節を感じられるように工夫している。入居されて間もないころは不安になる方もあるかと思われるが、比較的これまでは環境に馴染むのも早い。</p>		
53		<p><b>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</b></p> <p>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</p>	<p>ホール内で完全に独りになる事は少ないが、それぞれ好みの席が定着しており、その中でもゆっくりとテレビを見たり、入居者同士や職員も交えて話したりのんびりできている。</p>		
54	(20)	<p><b>○居心地よく過ごせる居室の配慮</b></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>基本的に室内で使用するものは、本人、家族に入れてもらっている。ベッドやタンス等の家具類の配置も本人の使いやすいように任せているが、配線の制限や危険性の考えられる場合には助言させていただき、配置変更する事もある。自宅で使用されていた物の活用も勧めている。</p>		
55		<p><b>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</b></p> <p>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</p>	<p>廊下、トイレ内は広く作られており車椅子使用も安全に行える。共用スペースは可能な限り手すりも設置している。</p>		

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)							
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	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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない