

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	4073000376
法人名	特定非営利活動法人 茶屋本陣の会
事業所名	グループホーム 茶屋本陣 (ユニット名 I号館:II号館)
所在地	福岡県筑紫野市大字山家5259-6
自己評価作成日	平成28年9月22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.kaigokensaku.jp/40/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人福岡県介護福祉士会
所在地	福岡市博多区博多駅前中央街7-1シック博多駅前ビル5F
訪問調査日	平成28年10月21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)】

*平成13年に家族会を立ち上げ、年間行事を家族会と共に考案し、家族会が中心となって実施している。*自然豊かな環境を生かし、ホームの畑で野菜を作ったり、地域の方や、サロン利用者からの提供もあり、毎日新鮮な季節野菜を豊富につかっている。*平成12年より、毎週水曜日(10:00~16:00)にサロンを開催しており、地元の高齢者を受け入れている。サロン利用者と入居者が共に過ごす時間を持つことで施設に入居しても、昔馴染の友人との関係が持続できるよう努めている。*スタッフが利用者と一緒に、漬物や梅干、干し柿を作るなどをし、利用者に昔ながらの知恵を教えてもらう等、利用者の活躍の場を作るよう努めている。*地域行事の参加(文化祭、夏祭り、避難訓練)、小学校や地域のいきいきサロンとの交流、ホームでバザーを開催し地域住民との交流や関わりを大

【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)】

長崎街道の宿場町に位置し、幹線から入った車の往來の少ない場所に、平屋でI号館とII号館のユニットがある。管理者は認知症の在宅介護経験があり、認知症の理解がされていないことで地域で暮らすことが出来ないのではないか、理解が進むことで地域とともに、住み慣れた環境で「最後まで自分らしく」幸せに暮らせるのではないかと強い思いを持ち、開設している。職員も「自分だったら」との意識を持ち日々のケアを行っている。地域行事への参加や地域サロンの開催、老人会や小学生との交流も継続的に行い、地域の方も気軽に訪問できる雰囲気づくりをしている。敷地内には庭や畑があり、季節を感じながら、テラスでの日光浴や近隣の散歩を日課にしている。地域の方とは顔見知りになっており、野菜をもって来てくれたり、気軽に健康チェックに訪れたりされ利用者とも馴染みの関係が築けており、施設の開口の広い窓から道ゆく方に利用者が手を振るなどの交流もある。管理者は利用者、家族、職員、地域のつながりを大切にしており、「地域とともに暮らす」ケアの実践が行えている事業所である。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~57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
58 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:25,26,27)	○ 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	65 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:9,10,21)	○ 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
59 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:20,38)	○ 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	66 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:2,22)	○ 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
60 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:40)	○ 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 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
61 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:38,39)	○ 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 職員は、活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
62 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:51)	○ 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	69 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
63 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:32,33)	○ 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	70 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
64 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:30)	○ 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	・事業所独自の理念を作り、日々実践するよう心掛けている。	「さいごまで自分らしく」との理念のもと、地域とのつながりを持ち、管理者と職員が声を掛け合いながら理念の共有をし、「自分だったら」と考えて日々のケアを行っている。	
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人として日常的に交流している	・日常的に散歩に出かけるときは、近隣の住民や子供達と挨拶を交わしている。・地域行事には積極的に参加している(文化祭、夏祭り、宿場祭り、避難訓練)。・年に1回バザーを開き、利用者、家族会、地域住民の交流の場としている。	地域の行事にも積極的に参加し、週1回の地域サロンも継続的に実施している。地域の方から自家栽培の野菜の提供もある。食材として使用したり、管理者が調理の方法を地域の方に教えたりもしている。地域の方が血圧を測るなど健康チェックに気軽におとずれていて、日常的に交流がある。	
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	・年に2回、山家小学校の4年生児童との交流会があり、1回目と2回目の間に、スタッフが小学校に出向き、授業の一環で認知症サポーター養成講座を行っている。・地域の各区サロンに出向き、認知症についての講座を開いている。		
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	・運営推進会議を1回/2カ月実施しており、会議の中で、民生委員、福祉委員、地元社協、区長より地域の情報を収集し、参加できる行事等を共に考えている。・地域の独居、認知症の方の対応等について話し合をしている。	2ヶ月ごとに実施している。運営推進会議は区長、社協代表、民生委員、福祉委員、包括支援センター、家族会代表2名、管理者、事務長、ケアマネジャーが参加している。施設の状況報告を行い、近隣の方やサロンの利用者など地域の方の情報も提供している。外部評価の結果は報告をし、事業所内にも掲示をしている。	
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取り組んでいる	・運営推進会議の時、介護保険課の方に出席して頂き、事業所の活動報告や事故報告、問題点を開示し、随時指導を仰いでいる。	行政の行う認知症徘徊高齢者捜索模擬訓練に職員が参加するなど協力関係を築いている。権利擁護事業を利用する必要性のある利用者について市町村に相談を行ったことがある。包括支援センターには運営協議会で空き状況や利用者の状況、地域高齢者の状況を随時発信している。	
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「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	・研修に参加。研修に参加したスタッフが勉強会を開催し、身体拘束やスピーチロックについて説明。その後、どういう場面で、拘束に当たるのかスタッフ全員で検証、考察する機会を作っている。	防犯のため19時から翌朝6時半までは施錠をしている。研修会には交代で参加し、伝達研修を必ず行っている。職員が自分たちの行う介護を検証するために事業所内に防犯カメラを設置している。夜間センサーマット使用は一名のみで、布団に鈴を付けるなどの工夫で対応している。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	・虐待防止委員会を設けており、担当スタッフは研修会に参加。虐待につながる様な事例は全員で検証している。・虐待抑止のため、カメラを設置している。		

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
8	(6)	○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	・家族による年金釋種等、虐待にあたる事例が生じたため、市役所高齢者福祉課に相談。市役所、包括、社協スタッフと共にコア会議を実施。裁判所を通じて成年後見人制度を利用されるようになった。現在は後見人とともに、1回/1月処遇について話し合いをしている。	成年後見制度を利用している利用者が居り、制度について職員全員が理解できるように、研修に参加したり伝達研修を行っている。利用者や家族には入所時に管理者や事務長が説明を行い、職員にも都度の説明を行っている。	
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、即時契約ではなくお試し期間を設け(7～10日)、利用者、家族に施設での生活の様子を見ていただくようにしている。又、施設は利用者が共同生活が可能であるか判断し、お互い納得できてから契約を交わすようにしている。		
10	(7)	○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	・認知症が進んだ方は、本人が要望を訴えることが難しい為、日常のケアの中で常に本人の意向を観察するよう努め、処遇会議で話し合い、家族に確認を取っている。・全ての利用者家族が1回/月来所されるので、意向を尋ねるよう心掛けている。・玄関に苦情受付箱を設けている。	月一回は家族に来所してもらう機会を作り、利用者の状況を伝えるとともに、要望を聞いている。運営推進会議にも、家族の代表2名に参加してもらい、意見要望があればすぐに対応できるようにしている。	
11	(8)	○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	・1回/1～2月勉強会、処遇会議を開催し、スタッフが意見を出し、みんなで話し合い方向性を決めている。・施設行事がマンネリ化してきたため、スタッフ全員で担当の月をチーム分けし、その月のレクレーションを任せている。	普段から職員が意見を出しやすい雰囲気づくりをしている。管理者の自宅が地域内にあり、職員が個人的な事も、訪問し相談することができている。職員の思いは管理者が先に察して対応するようにしている。	
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	・就業規則の中に役職手当、資格手当など設定している。又、ヘルパー資格や介護福祉士の資格受験を日頃から、進めている。		
13	(9)	○人権の尊重 法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮し生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保障されるよう配慮している	・常勤、パート共に定年はなく、他事業所を定年退職されてから、当事業所に来られる方も多い。スタッフ1人1人、個性があり得意な事、不得手な事があるので、得意な分野を十分に発揮し不得手なところは、みんなでカバーするよう話し合いをしている。	職員個々の能力を発揮して勤務している。年齢や性別で採用対象に制限は設けていない。自己研鑽のための研修や資格取得には、勤務として参加ができるように配慮がなされている。	
14	(10)	○人権教育・啓発活動 法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる	・人権を尊重する為、リーダーを中心に研修会に参加。勉強会にて、他スタッフに教育を行っている。	市や地区で行われる人権研修に代表が参加し、伝達研修を行っている。言葉使いや声のかけ方に注意をし、必要に応じ勉強会を行っている。頻度は不定期であるが気付きのあった時には都度の開催を行っている。	

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
15		○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	・福岡県高齢者認知症GH協会、日本認知症GH協会に入会しており、協会が企画する研修会や、社協、福岡県高齢者地域包括ケア推進課が主催する研修に各スタッフのレベルに合わせ積極的に参加を促すため、勤務時間内に設定している。		
16		○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	・福岡県高齢者GH協会の活動や、地域支援事業活動を通じ、近隣のGHとの関わりや、情報交換に努めている。又、日本認知症協会の活動を通じ、県外(九州、関西、関東、東北、北海道)のGHとも親交を深めている。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
17		○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	・事前に家族に生活史や活動状態を聴取しているため、本人の口から、不安や困っていること、好みなど訴え易い雰囲気作りと言葉かけに努めている。・他の施設に入院、入所中は、スタッフが事前に訪問し面談するようにしている。		
18		○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	・相談の連絡があったときには、まず家族にホームの見学に来て頂き、本人の状態や家族の苦勞を傾聴し、安心感を持ってもらい、次回本人と一緒に来所して頂くようにしている。		
19		○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	・相談内容に応じて、地域包括支援センターのスタッフと連絡を取りながらすすめている。		
20		○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	・生活や作業の場で人生の先輩である利用者から知恵や教えを頂いている。・昔の踊りや歌を利用者から教えてもらい一緒に楽しんでいる。・休憩時間や手が空いたときは、利用者と同じソファーに座ったり、和室で共に昼寝等している。		
21		○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	・常に、「スタッフがどんなに家族のように思っても、利用者が待っているのは、本当の家族が逢いに来て下さる事。」を説明している。・来所時や電話で近況を報告し、スタッフでは解決できない問題は家族と協力し解決するよう努めている。		

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
22	(11)	○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	・外出が可能な利用者は、散歩や病院受診の帰り道に自宅(実家)近辺に立ち寄り等をしているが、ほとんどの方が、場所を理解できていない。・1回/週のサロンで友人達と和室でおしゃべりを楽しんで頂く等をしている。	お寺や自宅などに行きたいとの希望があるときには、家族または職員と外出している。環境の変化があり「ここは自分の家ではない」と言われることもあるが、無理に理解を促さず「探しておきます」「聞いておきます」と対応している。週一回のサロンの利用者が馴染みの人となっている。	
23		○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	・レクリエーションや作業、外気浴の時など、スタッフが間に入り、会話が多くなるよう、皆が発言の機会を持って、利用者同士のコミュニケーションが円滑にいくよう努めている。・言葉でのコミュニケーションが困難な方に対しては、スタッフが付き添い、疎外感を感じさせないように努めている。		
24		○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	・退所された家族に行事の案内を出し、今でも「毎年楽しみにしている」と言われ、敬老会やバザーにボランティアで参加して下さいている。		
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					
25	(12)	○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	・日常の関わりや会話の中で本人の意向や希望の把握に努めている。・意思疎通が困難な場合は家族から情報を得るようにしている。・職員には耳で聞かず心で聴くよう指導している。	担当職員を決め、日々の会話や行動から利用者の思いをくみ取るようにしている。意思の疎通が困難な方は、家族から好きなものや若い頃のことを聞き取り意向を把握している。食後には横になる等、一人ひとりの思いや意向に対応している。	
26		○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	・入居時に本人や家族から聴き取りをしたり、前利用施設から情報を得るようにしている。・家族に昔のアルバムを見せて頂いたりしている。		
27		○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	・入居時に、一人ひとりの一日の過ごし方や生活パターンの情報収集を行い、さらに日々の生活で総合的に把握するようにしている。		
28	(13)	○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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・本人や家族から思いや意見を聞き、ケアプランに取り入れるようにしている。・日常勤務の中でスタッフ間で意見を交換し、処遇会議でスタッフ全体で話し、のち担当者と計画作成担当者がまとめてケアプランを作成している。	利用者一人一人に担当の職員がおり、日頃のかかわりの中で本人・家族から思いや意向を聞き取っている。毎月のカンファレンスでは職員全員で話し合いを行い、計画作成担当は利用者の意向を反映した計画を作成している。モニタリングは定期的な見直しに限らず必要に応じて行うようにしている。	

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
29		○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	・個別に1枚の紙面に、バイタルサイン、食事量、排泄睡眠状態、一日の生活の様子、考察を記録し、申し送りにて伝えている。また、問題が生じた時には、振り返り読むことで、問題解決やケアプラン作成や変更を活用している。		
30		○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	・入院中のお世話をする家族がいない利用者に対して、洗濯や必要物品の購入代行等を行っている。・キーパーソンが男性しかいない場合、家族と相談し、依頼があれば、下着(女性物)や洋服の購入を代行している。・骨折後のリハビリ通院の付き添い代行など行っている。		
31		○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	・民生委員、福祉委員や地域ボランティアとの意見交換は常に行っている。山家駐在所に1回/日のパトロールを依頼している。		
32	(14)	○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	・2回/月の訪問診療を受け、緊急時主治医との連絡が取れる体制をとっている。・入居時家族と相談し希望の病院での医療を継続して受けられるよう、通院介助や家族同行の受診を行っている。	事業所は2つの医療機関から協力医として訪問診療を受けているが、利用者、家族の希望で入居以前からのかかりつけ医へ受診をしていることもある。受診は家族や事業所の看護師が同行しており、医師からの指示等は適切に情報交換している。	
33		○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	・日勤帯は看護師が常駐している。・看護師が施設から10分圏内に自宅があり、緊急時や夜間も連絡が取れる体制を整えており、日常の健康管理や医療活用の支援を行っている。		
34		○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、管理者や看護師が、医師や家族と情報交換をしながら、認知症進行予防のため早期退院できるよう支援している。・また、認知症進行予防や本人の不安軽減のため、スタッフが頻回に面会に行っている。		
35	(15)	○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、事業所です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	・看取り支援をしていることを、書面にて入居時説明している。・看取りを希望される時は、状態の変化がある都度、家族、医師、管理者、看護師との話し合いを行い、方針を確認している。・本人への確認は取れていない。	これまでに看取りは多く経験しており、管理者は利用者が安心して最期をむかえることができ、家族も後悔のないように宿泊等希望に応えられるように準備している。職員には看取りの教育や急変時の対応を常に伝えている。事業所で最期を迎えられた利用者家族との交流が続いている事例もある。	

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
36		○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	・窒息、高熱対処、骨折事故、火傷、火災、風水害発生時、外傷出血時等、緊急マニュアルを勉強会で訓練している。		
37	(16)	○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	・2回/年の避難訓練と緊急通報訓練、職員緊急連絡訓練、自治体と合同避難訓練を実施している。・夜勤帯は夜勤者2名、管理者の自宅(施設隣)に連動火災報知ベルの設置、施設周辺200mにスタッフが3名、家族7名、計13名で対応する。	火災時のマニュアルを作成し、夜間想定を含め年2回の避難訓練を実施している。複数の職員が地域に居住しており、有事の際の連絡体制や避難経路を周知している。スプリンクラーの設置や必要品も備蓄している。管理者は熊本地震でのボランティアで学んだことを基に、より現実的なマニュアルを作成中である。	現在作成中の、より現実的に対応できるマニュアルの完成を目指し、その内容に沿った訓練の実施を期待したい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
38	(17)	○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	・言葉かけや対応に問題がある時、スタッフ間で注意しあったり、各館主任が中心となって指導をしている。・スタッフが採用されると、個人情報の取り扱いの説明を受け、誓約書を交わしている。	管理者は利用者への言葉かけや対応については、常に自分や自分の親に置きかえて、相手がどう思うか考えるように指導している。個人情報の取り扱いについては、常に注意喚起しており記録等も適切に保管がなされている。	
39		○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	・利用者の気持ちを尊重し、自分で決断できる方は自分で決め、自由にできるように、している。本人が希望を話せるよう、その都度、声掛けを行っている。		
40		○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	・自己判断ができる利用者は本人の気持ちを大切に、本人に合わせた支援を行っている。自己決定が出来ず、意思疎通が図れない利用者に対しては状況に合わせスタッフで決めている。		
41		○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	・自己判断できる利用者は着替えを自分で選んだり、スタッフと一緒に選んだりしている。・1回/月の訪問内容を受けている。(カット、顔そり)・希望される方は、スタッフが毎日メイクのお手伝いをしている。		
42	(18)	○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	・利用者に日常会話で食べたい物などを聞きメニューに取り入れている。・食材の下ごしらえや食器拭き等、座ってできる仕事をしてもらっている。・旬の食材を使う事を心掛け、季節の行事に合わせたメニューを提供している。	利用者の好みは日頃の会話から聞き取っている。畑で採れたての野菜やご近所からの頂き物等を使い季節感のある食事を提供している。利用者には下ごしらえなど出来ることは一緒にしてもらっている。茶碗や汁碗、箸は利用者が自宅で使い慣れたものを使用している。季節の行事食や月に一回の外出時に夕食をおこなっている。	

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
43		○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	・食事の摂取量をチェックし記録している。・水分摂取量が少ない方や、脳梗塞の既往がある方、腎不全の方等、必要な水分量を医師、看護師が相談し一日の目標摂取量を決定し、毎日達成できるよう、摂取量を測っている。		
44		○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、自立している利用者には歯磨きの声掛けを行い、状態に応じて、スタッフが見守りをしたり、一部介助をしている。また、嚥下障害がある利用者は歯ブラシで歯磨き後、ガーゼを使用し口腔洗浄を行っている。		
45	(19)	○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	・利用者の排泄パターンを把握し、定期的にトイレへ誘導し、トイレでの排泄ができるよう支援している。・入居後、オムツ外しお試み、極力オムツの使用を減らすようにしている。	排泄のリズムを把握し早目の声かけをおこなっている。トイレでの排泄を大切に羞恥心に配慮した介助を心がけている。利用開始時は紙パンツを使用していた利用者も排泄はトイレで行うことを基本に考え支援している。	
46		○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	・繊維を多く含む食材を利用したメニューや乳製品を提供している。・適度な運動(体操やホーム内の歩行運動)や散歩を促し、水分補給を多くすることで自然排便を促すようにしている。		
47	(20)	○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	・利用者一人ひとりの希望する時間に合わせた勤務体制がとれず、メンバーが時間を決めている状況である。・入浴拒否する利用者に対しては、無理強いせず、時間をおいたり、スタッフを替えて声掛けをおこなっている。	週2回の入浴支援を行うが、汚染等で必要な場合は清潔が保てるようその都度入浴を行っている。入浴を拒まれる場合には、時間をずらしたり声かけを工夫したりして支援している。パラ湯や柚子湯などで季節を感じ入浴を楽しんでもらっている。	
48		○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	・身体状況により、居室や和室で午睡される。・昼夜逆転しないように、日中活動をうながしている。・夜間は寝具調整を適宜(訪室ごと)に行っている。		
49		○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	・薬の内容副作用の説明書を個々のファイルに閉じ薬の変更時は申し送りノートに記載しスタッフが把握できるようにしている。・服薬時は、本人に手渡したり、直接口腔内に入れ服薬確認をしている。		

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
50		○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	・洗濯物畳や茶わん拭き、掃除や食事の下ごしらえ等、利用者の能力に合わせて、一緒にしている。・スタッフが梅干しや干し柿作りの仕方を利用者に習うなど、活躍の場を作っている。		
51	(21)	○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	・地域の行事やドライブ、買い物に行き、外食やおやつを食べたり、お弁当を作って、季節の花見に行ったりしている。・気候の良い時期には、身体レベルに合わせ、スタッフと近所を散歩したり、季節の草花を取って居室に飾ったりしている。	天気の良い日は近隣へ散歩に出かけることで筋力低下を予防することに繋げている。地域の行事、ドライブや花見などの外出で季節を感じてもらっている。希望があれば個別での外出支援も行っている。	
52		○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	・現在、お金を手持ちしてある方はいない。買い物に行き、欲しいものがある場合は家族に話し、立替で購入、後日家族に請求している。		
53		○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	・本人が希望されるときは、スタッフが家族に電話を掛け、会話して頂く。・手紙を書きたい利用者さんは、手紙を書いて頂き、スタッフが宛名や住所を確認し投函する。		
54	(22)	○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	・フロアの飾りや、調度品は家庭的な雰囲気になるよう設置し、休めるスペースを心掛けている。・新聞や雑誌はいつでも読める場所に置いている。・季節の花木を室内にも飾り季節感を出すよう努めている。	料理の匂いがするフロアには耳に心地よい音楽が流れ、利用者は思い思いの場所に座り穏やかに過ごしている。廊下には地域行事に参加した利用者の笑顔の写真や作品が飾られ、生活を楽しんでいる様子が伺える。	
55		○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	・椅子やソファは馴染の場所を作るため、本人の場所を固定し、本人用のクッションなどを置いている。気の合う方同士が隣の席になるよう配慮している。・認知症の進行により状態が変化する都度、話し合いをもち席替えをしている。		
56	(23)	○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	・自宅で使用していた家具や調度品を持ち込んでもらい、本人や家族と配置し、見慣れた物に囲まれて、安心して生活できるよう努めている。・持ち込みが困難な利用者に対しては、施設の物を貸し出している。	自宅での生活で使っていた家具や布団等、馴染みの物を持ち込んでもらい、落ち着くことができる空間を作るようにしている。	
57		○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	・トイレや居室の前には、目印を付けている。・洗面所のタオルはわかりやすいようハンガーに名前を書いている。		