

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	4171400197		
法人名	株式会社 三栄		
事業所名	株式会社 三栄 グループホームすぎの子		
所在地	佐賀県唐津市巖木町岩屋1373番地1		
自己評価作成日	平成27年10月30日	評価結果市町村受理日	平成28年3月4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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	平成27年11月25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)】

自己表現を的確にできない方の思いに耳を傾け、心身状態の把握に努めている。できる限り自立した生活を継続できるようにすることで、ホームの運営理念である”その人らしく、笑顔ある生活づくり”の実現を目指している。このため、生活リハビリを積極的にすすめて、利用者の残存能力を活用することに注力している。また、外部に開かれたホームを目指し、家族や地域社会との交流を深め、社会的なつながりを維持し、利用者の生活を活性化させている。認知症介護に関する情報を発信し、認知症に対する理解や支援を広めることで地域に貢献したい。

【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)】

山間部に位置するホームで、今年で開設12年目となり、地域の集落にすっかり溶け込まれている。地区の区長や民生委員からの協力を得ながら、地域との繋がりを深められており、ホーム自体も地域資源の一つとして、情報発信や交流の場となっている。また、入居者の生活リハビリにも力を入れている。日中の生活の場となっているリビングからは入居者と職員の明るい話声が聞こえ、入居者は活気のある生活を送られている。ターミナルケアについても協力医療機関との連携を密にされており、最後まで、精神的に安心して過ごせるサービスの提供に日々努められている。

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		
	たちばな	あじさい			たちばな	あじさい	
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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	ホーム独自の理念“その人らしく笑顔ある生活作り”をホーム内に掲示したり、毎月発行しているホーム便りに掲載している。また、毎朝唱和して業務に従事している。新任の職員にはオリエンテーションを行い、施設の理念や介護方針を説明している。実際の介護現場でいつも実践できているとはいえず、職員の能力や意識に差があるため、職員の能力や意識の向上に努めたい。	理念や介護方針をできるだけ新しい職員にも理解しやすいように理念の浸透を図っている。ベテラン職員が新人職員の理解度や意見を確認しながら指導を行うことで、理念の浸透を図られている。また、パート職員も利用者と関わる時間を増やすことで、理念の共有にも繋がられている。	
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	散歩や買い物で会えば気軽に挨拶し、年に4回の地域交流会開催やボランティア受け入れ、運営推進会議など地域の方とのコミュニケーションが取れるよう努めている。毎月地域の民生委員会へ参加しホームの状況報告を行っている。地区清掃や配布物の当番等の役割も荷い、地域の一員として活動している。地域の夏祭り等の行事にも参加している。小学生や中学生の訪問も受けている。	地区の区役や回覧板の回覧等日々の生活を通して地域に馴染まれている。近くに住む職員も多く、地区の行事、近隣の施設や病院の行事にも参加されている。今年の敬老会には地区の中学生が踊りを披露されており、地域とのかかわりあいは深い。	
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	地域行事への参加、地域交流会や運営推進会議の開催などで認知症介護に関する理解を求めている。認知症の介護に困っている地域の方から相談を受けた場合、アドバイスや情報提供などで支援している。		
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	2ヶ月に1度開催。家族、地域住民(老人会長、区長、民生委員ほか)、市町村担当者、介護相談員など様々な方の出席をいただき、ホームからの情報発信や高齢者介護に関する意見交換等を行っている。ホーム運営に関する意見は職員へフィードバックし、サービス向上に活かすように努めている。	区長や介護相談員などからの助言をサービスの向上に役立てられている。異なる視点からのホームへの意見を得ることで、課題に気づき、新たな取り組みに活かされている。	
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、介護相談員、民生委員会等の機会を利用して取り組んでいる。わからないことや迷うことは密に報告相談し、丁寧に対応していただいている。	気軽に電話で相談できる関係を築かれており、ホームで行う研修会の講師の依頼等も気兼ねなく行われている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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	ミーティングや勉強会で身体拘束の具体的や身体拘束の弊害などを学び、身体拘束をしない介護に取り組んでいる。安全確保のためどうしても必要な場合は、管理者、スタッフで検討したうえ、家族の了解のもと、施錠やベットの柵・保護帯の使用を行うことがあるが、現在はおこなっていない。制止せず、見守る介護に徹するよう努めているが、徹底できていない面がある。	現在、身体拘束を必要とする対象者はいない。物理的な身体拘束だけでなく、「待つ、無理。」等の言葉での心理的な制限にならないよう日々振り返りをされている。	
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、勉強会、ミーティングを重ね、高齢者虐待に関する理解を深め、防止するよう努めている。精神面での虐待にならないよう、利用者の気持ちを理解し、言動に配慮するよう努めているが、不十分である。		

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
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	ホームの学習会や外部の研修で学んでいるが、職員全員が正しく理解しているとはいえない。利用を検討する場合もあったが、費用や家族との兼ね合いがあり、利用したことはない。今までのところ、ホームが支援することで日常生活に支障はない。		
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	契約の締結、解除、改定については、契約内容や提供するサービス内容について家族に十分説明し、理解を得るようにしている。		
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	家族へは面会時に会話を多くし、意見を聞きだすよう努めている。玄関に意見箱を設置している。意見・要望が出された場合はその都度対応、速やかに解決し、口頭や申し送りノート等で職員にも周知している。重要事項説明書やホーム内の掲示物に意見・苦情相談窓口を明記している。唐津市の介護相談員派遣事業を利用し、利用者の意見を聞いてもらっている。	家族の面会時には入居者の日頃の状況等を伝えたり、面会から帰られる際には、何か気になること等がないか尋ねられており、意見や疑問を確認しやすい関係づくりに日頃から努められている。しかし、職員によっては、うまく家族からの疑問等に答えられないこともある。	家族からの意見に対して、伝達方法について検討を行ない、すべての職員が確実に対応できる体制づくりに今後、期待したい。
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	朝の申し送り時、月1回のミーティング等、日常的に意見交換の機会はある。必要なもの、有効なものについては、検討のうえ実施。	今年の4月から主任職を置かれており、職員の意見について検討・まとめを行い、管理者へ報告がなされている。必要がある場合は再検討を行い、サービス等に反映されている。	
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	職員の能力、実績、やる気、希望に応じ、労働条件を設定している。本年度は介護職員処遇改善加算で基本給の昇給と夜勤手当の増額を行った。		
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	講習会や勉強会の情報を公表し、希望者へは費用の補助や勤務調整を行っている。職員の希望や経験、能力、業務上の必要性を考慮し外部講習へ派遣するようにしている。外部講習へ参加した後は勉強会で他の職員へフィードバックしている。		
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	唐津市内のグループホームが参加する勉強会へ参加し、知識の習得や意見交換を行っている。		

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
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	利用前は生活暦を把握し、面談を行っている。本人が本音で話せる環境作りを行い、どう生きたいのか、希望や願望を理解するように努めている。把握した情報とアセスメントを職員に開示し、利用者への対応を万全にするように努めている。入居当初は不安感が強いことを念頭におき、職員は利用者のそばで話を傾聴し、安心感をあたえるな対応や環境整備に努めている。		
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	利用前には家族や本人との面談を行い、困っていることや介護に関する希望を聞いている。傾聴することで家族への理解を深めるとともに、職員へ周知し、毎日の介護に活かしている。また、ホームの介護方針や運営に関する事項の説明を行い、双方が納得して利用できるようにしている。		
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、家族、居宅介護支援事業所、医療機関等の情報をもとに、状況の把握に努め、必要な支援を検討している。入居当初は、入居者との信頼関係を構築し、ホームの生活に慣れさせていただくことに重点を置いている。様々な関係者に協力を仰ぎながら、必要なサービスが受けられるよう支援している。		
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	利用者を介護しているとは考えず、一緒にご飯を食べ、一緒に作業を行なう共同生活をする人と考え対応している。本人の生活暦や好むことを把握し、得意なことを教えていただいたり、好きなことを手伝っていただいたりしている。また、会話と一緒に行動する機会を多くして、コミュニケーションをとり、なじみの関係が作れるように努めている。		
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	月に1回の状況報告や随時の電話連絡、面会時の会話などで、ホームでの生活や心身の状況を密に報告し、利用者に対する認識が職員と家族で同じになるように努めている。また、話しやすい環境を作り、家族の介護に対する悩みや不安、愚痴を聞くことで、家族の気持ちを和らげ、信頼関係を築いている。面会や行事参加の呼びかけを行っている。		
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	面会に制限はなく、自由に出入りができるようにしている。面会時はゆっくりできるよう、イスやテーブル、飲み物を提供している。家族へは、毎月写真や状況報告書を発送している。また、なじみの場所へドライブへ行っている。催しに参加した際に知人と出会う機会もある。	面会者には、外から入ってきやすい雰囲気づくりを心掛けることで、馴染みの関係支援に努められている。また、公民館や病院受診など馴染みの場所でも、少しでも知人と話す機会が持てるよう配慮されている。	
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	相性や個性を考慮し、座席や行動の組み合わせを決めている。レクリエーションや家事作業、おしゃべりのなかに職員も入り、利用者同士の関係がつながるよう支援している。重度化するなかで利用者同士の関わりが困難な方が多くなった。		

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
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	契約終了後も行事に参加して下さるご家族もいる。別施設に移られた方には利用者とともに面会に行くこともある。介護に関する相談等あれば、いつでも応じるようにしている。いつまでも大切な交わりだと考える。		
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	会話や行動、表情、生活歴等から一人一人の思いや希望を汲み取るよう努めている。「待つ。」の言葉は出さないよう心掛けている。できるだけ本人の希望を叶えられるようにしているが、実現不可能な場合はその方が和むようなものを見出し、ストレス解消に努めている。集団生活のため、常に本人本位にはできない。	意向を伝えることができない入居者に対してはそれまでの生活歴や行動から、職員が取り組めることを検討されている。意向を伝えることのできる入居者に対しても、会話の中で意向を引き出すよう、意識しながら関わりを持たれている。	
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	本人や家族からの聞き取り調査や担当ケアマネの情報から、生活歴、病歴、好みの把握に努めている。入居後もレクリエーションで回想法を取り入れたり、日常会話のなかで聞かせていただくことが多い。		
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	毎日のバイタルチェックと一緒に行動するなかで、言動や表情から心身状態や有する力を把握するよう努め、状態に応じた対応を心掛けている。経過記録を残し、カンファレンスを行うことで気づきを職員間で共有している。		
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	意志疎通が取れる方には直接意向を尋ね、家族には面会時を利用し意向を伺っている。把握した意向をもとに、利用者の状態や能力にあったプランになるよう努めている。カンファレンスや必要な場合は日々の申し送りで、計画作成担当者以外の職員も参加してケアプランの検討や見直しを行っている。担当制を取り入れモニタリングを行っている。	3ヶ月ごとにプランを立てられているが、必要に応じて現状に即したプランを立てられている。また、担当者が中心になって本人や家族、介護職、看護師でよりよいプランを検討されている。	
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	個別記録のファイルには経過記録とともにケアプランも綴じて、常に確認できるようにしている。また、申し送りや連絡ノートで情報の共有ができるようにしている。しかし、職員の中にはそれらを活用できなかったり、記録の記入もれがある者やがあり、意識を高める必要がある。		
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、その時々にも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	利用者の心身の状態、ニーズに合わせ、関係機関と協力しながら、柔軟にサービス提供を行っている。平成20年12月より、認知症対応型通所介護の事業を開始し、通所希望の方へも対応している。		

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		○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	地域行事への参加、地域のボランティアの活用、地域交流会開催、小学校や保育園との交流など、地域と交流を図ることで、生活に彩りを添えている。受診やリハビリの外出が多く、散歩や買い物、ドライブなどの時間が十分にとれないことが悩み。		
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	協力医に限定せず、利用者、家族の意向を確認しながら、かかりつけ医を決定している。ほとんどの受診に職員が付き添い、医療機関との連携を図っている。受診の際、もっと家族付き添いを増やして家族の関わりを深めていきたい。	本人・家族の希望に応じてホームで受診の支援を行っている。現在、歩行訓練等のリハビリの希望が多く、整形外科への受診支援も積極的に行われている。	
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	利用者の体調に変化があるときは、ホームの看護職員へ報告し、対応を検討している。必要があれば早めに受診するよう心がけている。また、判断しづらい時はかかりつけ医へ電話連絡し、相談している。		
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。	入院時はホームでの生活や既往症・内服薬の情報を提供し、円滑に治療を受けられるよう配慮している。必要であれば、かかりつけ医の紹介状を手配する。入院中は、必要な物品を届けたり、病院の担当者から治療の状況を聞いたり、利用者とは会話するなどして状態の把握に努めている。		
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	家族とは入居時や体調悪化時に終末期のあり方について話し合いを行っている。終末期にあたりホームで対応できること、対応できないことを説明、理解していただくよう努めている。必要に応じ主治医、家族、ホームの三者で話し合いを行い、治療方針を決定、可能な場合はターミナルを受け入れている。ターミナルケアに関する職員の知識や理解をさらに深めていきたい。	入居時にホームで終末期にできる対応について説明されている。また、重度化した際には随時、意向を確認し、協力医療機関と連携を取りながら、今後の方針について入居者本位で検討を行っている。緊急時のマニュアル作成等、職員のサポート体制の整備も行われている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し、周知している。1年に1度は消防署から講師を招き、救急蘇生法の講習会を開いているが、骨折や裂傷などに対する応急手当の訓練は未実施。今後実施するようにしたい。		
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	訓練ごとに状況設定(出火時間、出火場所など)を変えて、定期的に避難訓練(年3回)や消火訓練(年1回)を行っている。原子力災害発生時の避難訓練も行っている。職員間の緊急連絡網や災害時マニュアルを作成している。協力がが必要な場合は区長へ連絡するように区長と取り決めている。11月に行った避難訓練には近所の方にも参加していただいた。	避難訓練では、地域の方にも参加してもらい、車イスへの移乗の指導も行われている。また、水害や原子力災害などに対しても避難の確認行われている。非常時に地域の方から、応援が受けられるよう。看板の設置等の工夫も凝らされている。しかし、夜勤職員全ての参加とまではなっていない。	今後の夜間想定火災訓練には夜勤専門職員の参加が望まれる。

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
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	視力低下や難聴等の障害や入居後の様子を観察し、各職員が心がけ対応しているが、声が大きすぎたり、慣れ慣れしかつたりする場面がある為、ミーティングや研修を通し職員の意識を向上させたい。	馴れ馴れしい言い方や悪い面を指摘するような言い方にならないよう日々心掛けられており、ミーティングや研修で振り返りが行なわれている。	
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	話しの傾聴や、問いかけ、積極的にコミュニケーションを図ることにより自己決定ができる環境を作る様に心がけている。意思表示困難な利用者に対しては本人主体を念頭に何がしたいのか、何を希望しているのかを表情や行動を観察し対応できるよう努めている。		
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	1日の大まかなスケジュールは決まっているが、本人の希望や要望を聞き、一人ひとりのペースを大切にしている。意志疎通が困難な利用者は、希望を把握するのが困難で希望通りにはなっていないと思う。病院受診や行事などで時間の関係からホームの都合優先になる事がある。		
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	朝の起床時や、入浴時など自分好みの洋服を選んでもらっている。又購入が必要な方や、希望される方には購入支援を行っているが、意志疎通困難の方や、身体麻痺があられる方には職員の介助しやすい着衣を選んでいる事がある。2ヶ月に一度訪問理容を利用して		
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	入居者の希望を聞きながら、季節感や、栄養面も考慮し献立は作成している。又お好み焼き、鍋、たこ焼きなど入居者と一緒に調理し職員も一緒に会話し楽しみながら食べている。食材の皮剥きや、片づけに参加していただいている。	できるだけ入居者にも台所に入ってもらい、役割を担ってもらう事で食事に対する関心を持ってもらうよう、取り組まれている。また、食事を楽しんでもらう為に入居者の希望を献立に反映したり、外食を実施されることも多い。	
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	食事を記録し、常に栄養が確保できているか確認している。体調、咀嚼、嚥下状態を確認し、食事形態を変え対応している。食事が低下されている利用者には好きな物を聞き提供している。日中の水分量や排泄面を観察し水分量が少ない時は随時水分補給を促している。		
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、声掛け、誘導している。利用者の状態に応じ、うがいができない方は口腔用ウエッティを使用し清潔保持に努めている。夜間は義歯を預り、洗浄剤に漬けている。必要な方には訪問歯科診療を利用している。		

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	排泄チェック表や、しぐさ等を観察し個別に排泄パターンを把握できるよう努めている。排泄チェック表を確認し長時間空けば声掛けを行い誘導している。夜間オムツ使用の方も、日中トイレに座っていただいている。オムツを減らしていくための取組を職員全体で行ってきたい。	生活リハビリの一環として、排泄の意思表示のない方に対しても日中はトイレに座ってもらい、トイレでの排泄を促されている。できるだけおむつの使用者が増えないよう排泄支援に取り組みされている。	
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	水分補給を心がけ、レクリエーション等で身体を動かしていただいている。排泄チェック表を活用し便秘時には看護師に報告し下剤の調整や、摘便など行っている。排泄が自立されてる方の排便確認が出来ない時もある。		
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ず、個々にそった支援をしている	ホームの都合で曜日・時間は決まっているが、曜日以外の日でも希望があれば臨機応変に対応している。入浴拒否の利用者に対しては、時間をずらしたり、言葉かけを工夫し対応している。入浴時は利用者個人にあった会話をし、入浴が楽しめるように心がけている。	ユニットごとに入浴日が決まっているが、希望があれば、随時対応されている。入浴の順番や温度、時間等入居者に合わせて提供するよう努められている。ゆずや菖蒲など、季節に応じて、入浴を楽しむことができるよう工夫されている。	
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	夜間安眠ができるように、散歩に出かけたり、玄関ホールで日向ぼっこしていただいたり等の日中の活動をふやしている。日中の表情や姿勢など観察を行い、疲労感があられる時は時間にとらわれず休息していただいている。夜間安眠できない方には、医師に相談し指示を仰いでいる。		
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	病院や薬局と連携をとり、知識習得に努めている。薬の説明書をファイルし、職員が随時参照できるようにし、薬の変更した時などミーティングなどで報告しているが全員が理解しているとはいえない。状態変化時には、看護師に報告し、必要な場合は看護師職員から病院へ連絡するようにしている。		
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	能力や好みに合わせて家事作業やレクリエーションに参加していただいている為、日常生活における役割については継続していき、新たな役割をみつけられるように努めたい。季節ごとの行事や誕生会、地域交流会など職員担当者を振り分け、入居者も交えて話し合いを行い、入居者が望まれる企画を実現できるように努めている。		
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	散歩や地域行事への参加、ドライブ、買い物、外食など外出の機会を設けているが、介護度が軽い方に偏っている。安全確保のため職員の付き添いは欠かせず、個々の希望に対応できてはいない。ドライブでは入居者に何処に行きたいか聞き、行ける場所であれば出かけている。家族や近隣の協力しあえるような関係を築いていきたい。	入居者に希望を確認しながら、外出支援が行われている。特に希望を訴えられない方に対しても、できるだけ偏りが出ないよう、日常的な外出支援に努められている。	

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
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	ほとんどのの方がホームで預かり金を管理している。希望により、ご自分で管理される場合もあるが、紛失の心配があるため、少額にしている。又管理能力が低く紛失の恐れがある方に対しては、ホームでお預かりしている事を説明し、使えるよう支援している。		
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	利用者自ら希望される時は、電話をしたり、難聴の為、電話での会話が困難時には、言葉の橋渡しを行っている。		
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	入居者が折り紙で作成した、季節の花や、行事の写真などリビングの壁に掲示している。玄関には季節の草花を植え、入居者の散歩時など見学されているが、草花が枯れても、そのままになっており管理ができていない時もある。毎日清掃し、清潔の保持に努めている。職員の声や、足音、物音が大きくなりすぎる時がある。	広い玄関には、数人が腰かけられるような椅子があり、外の景色を見ながら、入居者同士で会話を楽しむことができる。また、共有スペースには金魚の水槽や観葉植物なども設置してされており、入居者にとって癒しの空間ともなっている。	
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	食堂の席は決まっているが、本人の希望にて席替えを行い、落ち着いて過ごせるように努めている。玄関にはベンチ、リビングにはソファを設置しそれぞれが自由に、落ち着く場所で過ごしていただいている。		
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	自宅から、タンス、冷蔵庫、テレビ、仏壇など馴染のある物を持ち込んでいる方もいる。それらを活用し、居心地よく生活できるよう工夫している。又居室に写真を貼られたり、ファンである歌手のポスターを飾られたりと、好きな物を飾られている。ただし、車椅子や異食のある方に対しては、安全を考慮し調度品を置かないようにする場合もある。	特に持ち込みの制限はされていない為、入居者は思い思いの品々を居室に置かれており、居心地良く過ごせるように工夫されている。	
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	手摺の設置、段差解消、補助器具の利用、居室やトイレの入り口には目印など、できるだけ自立した行動ができるように工夫している。小さな事でも、出来る事に着目し、入居者に対しやる気がでるような言葉かけや、アドバイス、環境を整えたりと、自力でできるように努めている。転倒の危険が大きい方はセンサーや鈴で居室内の動きを察知するように努めている。		