

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	3370106456		
法人名	株式会社 さつき		
事業所名	グループホーム みらい(1F)		
所在地	岡山市南区妹尾883-1		
自己評価作成日	平成 27年 11月 20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.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3370106456-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	平成 28年 1月 28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)】

施設の立地は好条件の場所にあります。昨年同様利用者様と一緒に買い物に行ったり、夏には近所のかき氷屋さんにおやつを食べに行きました。また、年が明けてからは近くの神社へ利用者様全員で初詣に行きました。敬老会では1F2F合同で行い、利用者様の昔の写真を見て誰かを当てるという「私は誰でしょう」のゲームを行いました。このゲームで利用者様の若かりし頃を知る事が出来ました。11月には家族の方にみらいの食事を食べて頂きアンケートを実施しました。作品展示は地域の方のご協力により、昨年同様ふれあいセンターでさせて頂きました。今年度は運営推進会議に外部の方より出前講座をしていただき運営委員の方々と共に学ぶ機会を得る事が出来ました。

【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)】

事業所は閑静な住宅街にあるが近くにスーパーやふれあいセンター等があり、利用者にとっての利便性は高い。家族等の面会を考慮し、玄関には勤務者を明示するなどしている。地域と深くつながり、保育園・小中学校との交流をはじめ、多くのボランティアも受け入れている。また、地域にある他事業所とも2ヶ月に一度交流し、職員を研修に行かせたりもしている。訪問看護師とのケアミーティングを定期的の実施し、医療面での安心感を家族・利用者に与えている。利用者のケアも細やかで、入浴は一人ずつ湯を張り替える等の配慮もしている。

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. 全くいない
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

[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	理念に基づき、利用者に関わるよう努力している。地域の行事等、出来る限り参加している。	玄関の1階入り口と事務所に掲示している。月に一度のスタッフ会議、毎日の申し送り時に指導等することで共有し、実践に努めている。	
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	町内会にてゴミ当番など参加。利用者も保育園児や小・中学生と定期的に交流し、地域の行事にも参加している。交流のあるGHの管理者に運営推進会議に参加をさせていただいた。	町内会に加わり、ごみ当番を始め公民館の防災キャンプ等に参加している。保育所・小中学校との定期的な交流や福寿会など、多くのボランティアも受け入れている。	
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	地域の桜祭りでは近隣のGHと出店。作品展示。認知症についてチラシを配布。相談所を設け理解に繋げている。地域の方の協力で、昨年同様利用者の作品をふれあいセンターで展示させていただいた。		
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	ホームの様子を見て現状報告や色々な事について話し合いを行い、より良い運営が出来るよう努め職員にも内容を回覧。今年度は外部より「悪質商法」「エンディングノート」について話をさせていただいた。	町内代表・愛育委員・福寿会・包括支援センター・家族等が参加し、2ヶ月に一度開催している。内容は、活動報告・行事予定・町内会総会の報告・研修などである。出された意見は、イベント時の職員の名前の表示等に反映している。	
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	地域包括支援センターの職員に運営推進会議に参加していただき、ホームの現状など理解して頂き助言を頂いている。	各ユニット管理者が窓口となり、運営推進会議等で連携している。困りごと等について、必要に応じて連携している。年1回、福祉事務所の視察も行われている。	運営推進会議の案内や活動報告等、日常的な連携に期待します。
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	今年も月一回の勉強会時キャリア形成訪問指導事業で、講師を呼び身体拘束をしないケアについて学ぶ機会を持った。また、やむを得ない場合、家族の同意書を作成し理解を得ている。	年1回、外部から講師を招いて研修するとともに、申し送り時に職員と話し合っ、身体拘束の必要のないケアに努めている。拘束マニュアルも整備している。	
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	管理者・職員は虐待防止について勉強会で学び、理解と共有に努めている。また、虐待はない。今後も見過ごされる事のないよう注意を払い防止に努める。		

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	成年後見制度を利用している利用屋はいないが、対象となる利用者が入居された時には活用したい。		
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	入居時、契約書・重要事項説明書等の内容を説明し、理解して頂き締結にあっている。		
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	年一回ご家族にアンケートを実施。日頃の面会・行事・運営推進会議等で意見・要望を聞けるように機会を持っている。	家族へのアンケート、面会やカンファレンス時に利用者・家族の意見を把握している。試食会の実施や会計報告の内容等、出された意見は運営に反映している。	
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	代表者とは年2回職員との個人面談する機会を設けている。要望や相談があれば述べている。可能な事は反映されている。職員会議などで意見交換している。また、利用者との外出時、名札を装着するようになった。	代表者は年2回、管理者はスタッフ会議と個人面談をとおして、意見を把握している。職員間の活動の調整等、出された意見は運営に反映している。	
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	管理者や職員との個人面談での意見や要望を聞き取り、可能なものについては改善しやすい環境整備に努めている。		
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	内部では月に一度訪看ミーティングを行っている。外部研修は必要と思う内容のものを、個々に受ける機会を可能な限り参加を促している。		
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	管理者は定期的に地域のGHの管理者と情報交換をしている。また、相互研修も年一回行い、サービスの向上に取り組んでいる。		

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
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	本人や家族の要望を聞き、出来る限り気持ちを理解し、不安を取り除くように努めている。入居後も十分な関わりを持つようし、信頼関係を作るように努めている。		
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	面談や電話で話を良く聞き、不安や要望を聞きだし・耳を傾け・思い等確認し、関係づくりに努めている。		
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	相談時に本人・家族の意向を良く聞き、本人の現状もよく確認し、支援内容について提案・説明を行う。		
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	本人の拒否がなければ能力に応じた手伝いをしてもらう。		
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	電話や面会時、近況報告したり2ヶ月に一度手紙を出す。家族が出来ることは協力してもらっている。		
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	知人や馴染の人が来られた時、落ち着いて会話が出来るよう、雰囲気作りに努めている。	家族や習い事をしてきた時の友人や、利用者の犬を世話している友人等の面会や電話の取次ぎなど、馴染みの人との関係が継続できるよう支援している。	
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	気の合う人同士を同じテーブルにしたり、利用者同士が良好な関係を築けるよう支援している。時々部屋に行き、会話したり一緒にテレビを観たりしている。		

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
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	時々ご家族と一緒に遊びに来てくれることもある。		
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	日々の何気ない会話から、本人の思いや要望を把握し、共同生活の中、可能な事は希望に添えるように努めている。	利用者の行動や言動から思いや意向を把握している。また、担当職員は日頃の会話から聞き取った内容を「今の私」としてまとめている。困難な場合は、生活歴や家族との会話から本人本位に検討している。	
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	家族・本人からの聞き取りやフェイスシート等から、介護連絡表を個々のファイルに備え、職員間で共有している。		
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	日々の様子は記録に残し、気になることは申し送りやノートに残し、職員全員が現状を共有出来るようにしている。		
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	カンファレンスは家族にも参加してもらえるよう心掛けている。また面会時や電話で意見や要望を聞いたり、訪問看護にも意見を聞いている。	家族・利用者の意向を基にケアマネージャーが案を作成し、家族との面談を行った後、提示している。その後の状況をスタッフ会議で話し合っている。見直しは3か月に一度行っているが、状況に応じて対応している。また、ミニカンファレンスを行ったり、毎週水曜日には訪問看護師を交えて話合うこともある。	
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	介護記録に日々の様子やケア等記録に残し、気になることは申し送りや会議等で共有。実践できたかどうかは、介護支援チェックシートで毎日チェックしている。		
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	落ち着きのない時など、本人の話を良く聞き支援。家族の協力も得ながら支援している。		

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
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	日々の生活の中で、出来ることは協力してもらっている。買い物に行ったり、地域の催し物に参加する際には、社協や民生委員や中学生ボランティアに協力していただいている。		
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	通院できる利用者は職員が付き添う。通院が難しい方は、往診していただいている。必要に応じて家族にも同行していただくこともある。	利用者の多くはかかりつけ医への受診を継続している。協力医の往診が月に一度、歯科については毎週1回の往診があり、利用者・家族に医療面で安心感を与えている。	
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	訪問看護に1回/wの健康チェックを行ってもらい、相談やアドバイスをしてもらっている。緊急時はその都度連絡を行い、指示を仰ぎ対応している。		
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。	入院時は本人の情報を提供し、入院中は面会に行き、医療関係者や家族から情報を得ている。		
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	身体の急激な変化や重度化・終末期には事前に医師・看護師・家族と話し合いはしている。説明した時は確認書にサインをもらっている。また、必要に応じて再確認している。	指針を作成し、年1回研修している。看取り実施後は職員全体で振り返り、共有とより良い看取りについて学び合っている。医師・訪問看護師・家族が連携し、チームとしての体制が整っている。	
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	年に一度は訪問看護師の指導で訓練が。個人的にも何が起きても対応できるよう意識し仕事をしている。		
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	年2回火災・1回は地震の避難訓練を行っている。地域の公民館の災害対策の訓練も職員が参加している。	消防署の指導の下、利用者・地域・職員が参加して年3回、夜間と地震を想定した避難訓練を実施している。災害に備えた備蓄も準備している。	

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
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	声掛けや関わりには気を付けている。特に排泄時は他者が入らないように鍵をかけるようにしている。	研修を契機とし、入浴時に利用者の体をタオルで覆う等の工夫をしている。また、入室時やトイレ誘導の声かけ時にもタイミングや音量等に配慮している。	
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	本人の思いや希望を聞いたり、会話することで思いを汲み取り、可能な事は実現できるよう支援している。		
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	職員の都合を優先しがちになるが、出来るだけ本人の話を聞き、希望に添えるよう支援に心掛けている。		
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	定期的に散髪の訪問を利用している。衣類の選択等できる方は自分でしていただく。出来ない人は髭剃りや整髪を介助したり衣類の選択を支援している。		
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	野菜の皮むきや盛りつけ等、個々に応じできることを職員と一緒にしたり、声をかけるようにしている。食材や彩にも気を付けている。ホールにメニューを掲示しながら利用者との会話に繋げている。	職員が作成した1週間のメニューに基づき、毎食、手作りの料理を提供している。利用者も持っている力を活かして、下ごしらえや盆を拭くなどしている。昨年、管理栄養士を招いて食の勉強会を行っている。職員と一緒に会話を楽しみながら食事をしている。	
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、必要に応じて水分量をチェックし不足がある時は、好みの物や食べられるもので補い栄養のバランスに気を付けている。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。介助の必要な方は職員が介助。2回/w義歯洗浄剤を使用。訪問歯科を利用している方もいる。		

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	トイレでの排泄を支援している。自力でトイレに行く事が困難な方は排泄チェックや個人の排泄パターンを把握し、日中なるべくトイレで排泄できるよう支援している。	利用者が自分の力でトイレに座ることを基本とし、きめ細やかなケアに努めている。トイレ誘導時は、把握している一人ひとりのパターンに応じた声かけで対応している。	
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	便秘気味な方は医師に相談し、薬を処方してもらっている。また、水分量が不足しないよう注意し、毎日皆で体操している。		
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、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	入浴日時はあらかじめ決まっているが、本人の気がすまない時は時間をずらして再度声かけする。違う職員が声をかけたり、別の日に入浴してもらっている。	週2～3回を基本とし、午後に実施している。利用者の要望に応え、柔軟な対応に努めている。嫌がる利用者については、曜日の変更や足浴等の工夫により対応している。利用者一人ひとりに対して、毎回お湯を張り替えている。	
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	昼食後はなるべく昼寝を促し、休息をとるようにしている。日中はなるべく身体を動かしたり、コミュニケーションをとり穏やかに過ごしていただき、夜間の安眠に繋がるように努めている。		
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	医師・訪問看護師・薬剤師からの説明を理解している。個人の薬の量・副作用等確認し、日々の様子観察で変化の確認にも努めている。		
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	季節の行事や外出ボランティアの訪問等で気分転換を図っている。個々の出来ることは役割分担している。歌の好きな方は夕食後、テレビの歌番組で夕食後のひと時を楽しんでもらっている。		
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に支援している	買い物はなるべく一緒に行くようにしている。時々散歩に行ったり、ふれあいセンターに行って遊んで来ることもある。家族と出かける利用者もいる。	日々の買い物や小学校・公民館の行事等に積極的に参加している。また、花見や紅葉狩りなど、定期的な外出の機会を設定し、ボランティアの協力を得ながら外出支援に取り組んでいる。	

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
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	お金はホームで預かり保管している。		
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	自ら電話する事はないが、要望があれば家族に電話するようにしている。その時本人と変り話をすることもある。携帯電話を持っている方もいる。		
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	毎日の清掃で清潔を保ち、温度や湿度にも気を配っている。壁に季節に応じた展示物を貼るようにしている。時代劇や歌番組などくつろいでテレビが見られるソファや椅子がある。	広くて明るく、壁には利用者や職員の書初めやちぎり絵等、季節を感じさせる作品が飾られている。音や光、温度等が適切に管理され、空気の淀みもない。	
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	気の合った利用者同士テーブルが同じになるよう配慮している。ひとりになりたい時は何時でも自室に戻るよう介助。自室でテレビを観ることもある。		
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	壁にペットや家族の写真を貼ったり、好きな物を飾って居心地良く過ごせるようにしている。	落ち着いた色調で統一され、馴染みの家具や写真・色紙・小物等が持ち込まれ、利用者一人ひとりが居心地よく暮らせるよう、工夫されている。動線を確保するため、備え付けのクローゼットを活用している。	
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	トイレや洗面所の表示を大きく解りやすくしている。また、通路には障害物を置かないようにしている。玄関にセンサーを設置し、安全にも配慮している。		

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	3370106456		
法人名	株式会社 さゝき		
事業所名	グループホーム みらい(2F)		
所在地	岡山市南区妹尾883-1		
自己評価作成日	平成 27年 11月 17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.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3370106456-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	平成 28年 1月 28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)】

今年目標達成計画の一つに、「家族の集まる行事毎にアルバムをお見せできるように更新していくこと」とした。会が始まるまでの間アルバムを利用者様と一緒に見て過ごされ、とても和やかな様子だった。また、今年ホームで看取りを行ったご家族から、利用者様と一緒に過ごす最後の時間にアルバムがあったことがとても良かったと言って頂き、今後もいつでもアルバムを見ることができるようになると思う。もう一つの目標達成計画として、職員が高齢者の食事について学びご家族に食事の様子や食事の工夫点等知って頂く件があり、8月に勉強会を行い10・11月にかけて試食会と題しご家族を招き感想を頂いた。利用者の中には大変喜ばれた方もいて食事を共にする喜びを感じる事ができ目標以外の事も得る事ができた。今後もこのような機会を設けたいと思う。

【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)】

事業所は閑静な住宅街にあるが近くにスーパーやふれあいセンター等があり、利用者にとっての利便性は高い。家族等の面会を考慮し、玄関には勤務者を明示するなどしている。地域と深くつながり、保育園・小中学校との交流をはじめ、多くのボランティアも受け入れている。また、地域にある他事業所とも2ヶ月に一度交流し、職員を研修に行かせたりもしている。訪問看護師とのケアミーティングを定期的の実施し、医療面での安心感を家族・利用者に与えている。利用者のケアも細やかで、入浴は一人ずつ湯を張り替える等の配慮もしている。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input checked="" type="radio"/> 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	理念は事業所の見えやすい所に掲示し職員間で共有。地域に開かれたホームを目指す点として、今年は地域の小学生がボランティアに来てくれた。	玄関の1階入り口と事務所に掲示している。月に一度のスタッフ会議、毎日の申し送り時に指導等することで共有し、実践に努めている。	
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	町内会の総会や資源ゴミ当番に参加、毎年公民館主催の防災キャンプ等を地域の人達と一緒に体験している。利用者も保育園児や小学生・中学生と交流があり触れ合っている。	町内会に加わり、ごみ当番を始め公民館の防災キャンプ等に参加している。保育所・小中学校との定期的な交流や福寿会など、多くのボランティアも受け入れている。	
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	地域で開催されるさくら祭りで、近隣のGHと共同で毎年GHの紹介や認知症についてのパンフレットの配布・相談コーナーを設けている。小学生との交流ではGHについて説明し知ってもらうように努めた。		
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	会議では利用者がホームを出てしまうことへの対応について、ご家族・近隣代表の方々から色々な意見をいただき、新しいマニュアル作りの参考になった。イベント時に着用する職員のTシャツに名前を付けて欲しい等の意見も頂いた。	町内代表・愛育委員・福寿会・包括支援センター・家族等が参加し、2ヶ月に一度開催している。内容は、活動報告・行事予定・町内会総会の報告・研修などである。出された意見は、イベント時の職員の名前の表示等に反映している。	
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	包括支援センター職員とは事業所の取り組みや実情など知って頂いている。事業者指導課は運営等分らない事があった時のみ相談している。	各ユニット管理者が窓口となり、運営推進会議等で連携している。困りごと等について、必要に応じて連携している。年1回、福祉事務所の視察も行われている。	運営推進会議の案内や活動報告等、日常的な連携に期待します。
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	職員はやむを得ず身体拘束を行う場合の手順は理解できている。日中の施錠は行っていないし、身体拘束の必要性について悩む利用者も今はいない。	年1回、外部から講師を招いて研修するとともに、申し送り時に職員と話し合っ、身体拘束の必要のないケアに努めている。拘束マニュアルも整備している。	
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	秋にキャリア形成訪問指導事業により講師を招いて虐待についての勉強会を行った。身体虐待は無くても心理的虐待について自身を振り返るよい機会になった。		

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
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	成年後見を活用している利用者はおり、今後も学ぶ機会を持ちたい。		
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	入居に当たり契約書・重要事項説明書等の内容を理解して頂いた上で締結にあたっては、また、内容が変わった際はご家族に説明・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	毎年ご家族へのアンケートを実施。カンファレンスや面会時にご家族・利用者の要望の確認等を行っている。運営推進会議に参加していただくことで外部者との意見交換が可能で、毎回の報告書を家族に送付している。	家族へのアンケート、面会やカンファレンス時に利用者・家族の意見を把握している。試食会の実施や会計報告の内容等、出された意見は運営に反映している。	
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	代表者とは年2回面談する機会を設け、管理者は毎月の会議または、個別面談の機会を設けている。春・夏・秋の家族交流会の内容は全ての職員の意見を会議により決定している。	代表者は年2回、管理者はスタッフ会議と個人面談をとおして、意見を把握している。職員間の活動の調整等、出された意見は運営に反映している。	
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	面談で出た意見で可能なものについては実行に移してもらっている。就業規則はいつでも見ることのできる場所に置いている。		
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	内部研修は全ての職員に、外部研修は個々の職員に対し必要と思われる研修内容を学べるように確保している。内部研修については学びたい内容を職員からも聞いている。		
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	管理者は2か月に1回地域のGH管理者と情報交換の場を作り、職員も他のGHへ毎年施設実習に出かけている。今年は他施設の管理栄養士を招き勉強会を開催できた。		

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
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	必ず入居前に本人に面会し、本人の話を傾聴する。		
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	ご家族とは面談や電話でお話を聞き、ご家族の困っていること等は細かく傾聴・共感の姿勢で対応している。		
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	相談時に本人・家族の思いをよく聞き取る。本人の様子が良くわかるように、相談時の段階で利用者と共に過ごす時間を設け観察を行っている。		
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	利用者の平均年齢はどんどん高くなり車イスの方が多く、洗濯物をたたんだりお盆拭き等機で出来る家事をして頂いている。毎年作っている干し柿では職員が利用者に指導される場面もある。		
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	2ヶ月に1度の手紙や面会時、気になる時は電話連絡等で利用者の様子は知ってもらっている。家族交流会は年3回行っているが多くの家族に参加してもらい楽しんでもらえるように心がけている。		
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	入居者の平均年齢が高くなるにつれ身体機能も低下し、以前ほど馴染みの場所に行けなくなったが、お友達が会いに来てくれたり、電話をもらったり。かけたりしている	家族や習い事をしていた時の友人や、利用者の犬を世話している友人等の面会や電話の取次ぎなど、馴染みの人との関係が継続できるよう支援している。	
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	気の合う利用者同士が傍の席になるようにしている。レクリエーションの時間は皆で関わりを持てるように心がけている。入院した利用者を職員と一緒に見舞われ、毎日見慣れている人の姿が無いと心配される人もいる。		

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		○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	今年亡くなられた利用者のご家族は敬老会に参加して下さい。また数年前亡くなられた利用者のご家族の中にもボランティアで来て下さる予定。		
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	利用者の担当スタッフが主になって毎年「今の私」を作成。要望や困っていること等聞き出している。聞き出せない利用者については担当スタッフが日頃の関わりから気付いたことを書いている。	利用者の行動や言動から思いや意向を把握している。また、担当職員は日頃の会話から聞き取った内容を「今の私」としてまとめている。困難な場合は、生活歴や家族との会話から本人本位に検討している。	
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	入居前の面談や事業所からの情報提供・入居後に得た情報等記載された内容を個人ファイルに載せ、職員間で共有している。		
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	心身の状態は朝の申し送り時に夜間から朝の様子を、夕の申し送り時に日中の様子を伝え、気になることは申し送りノートにも記載している。気付き等は会議や朝の申し送り時間を利用し伝えている。		
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	モニタリングは3ヶ月に1回を基本に行い、状況により早めに行うこともある。家族を交えてのカンファレンスは年1~2回は行っている。訪問看護師に参加してもらうこともある。	家族・利用者の意向を基にケアマネージャーが案を作成し、家族との面談を行った後、提示している。その後の状況をスタッフ会議で話し合っている。見直しは3か月に一度行っているが、状況に応じて対応している。また、ミニカンファレンスを行ったり、毎週水曜日には訪問看護師を交えて話合うこともある。	
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	介護記録に気付きを記入する欄を設けている。申し送りノートも活用。個人の日々のサービス内容を実践できたかどうか記入するチェックシートを作っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	外出は年間で予定を決めている物はあるが、気候の良い時はおやつや弁当等を屋外で食べ、気分転換を図る気まぐれ外出も時に行っている。		

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
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	保育園・小学校・中学校との交流は毎年続ける事ができている。今年の秋小学校6年生の一部の生徒たちが数日間放課後ボランティアに来てくれた。生徒は戦争の頃の話聞き、利用者は子供が好きなのでとても和やかな時間だった。		
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・家族が希望するかかりつけ医を基本としているが、こだわらない場合は協力医に主治医となって頂いている。重度化が進んでいるため、利用者によっては家族にも職員と同行の協力をしてもらうことはある。	利用者の多くはかかりつけ医への受診を継続している。協力医の往診が月に一度、歯科については毎週1回の往診があり、利用者・家族に医療面で安心感を与えている。	
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	週1回、訪問看護による健康チェックを行っており、1週間に起きたこと・気になることを看護師に伝えている。看護師から気になる点があれば助言をもらい、主治医に連絡をしてもらうこともある。		
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。	入院時には本人の情報を提供し、入院期間内では病院に行き、本人の様子等を医療関係者から確認している。退院時はホームと契約している訪問看護師にも出席してもらい、カンファレンスを行っている。		
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	入院時に本人及び家族の意向を確認し、意向の変化は起こると思われるので必要に応じ話し合い、再確認を行っている。主治医・訪問看護師・訪問歯科の協力を得て今年お一人看取りを行った。	指針を作成し、年1回研修している。看取り実施後は職員全体で振り返り、共有とより良い看取りについて学び合っている。医師・訪問看護師・家族が連携し、チームとしての体制が整っている。	
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	年1回、看護師の指導の下訓練を行っている。緊急対応マニュアルを作成し、目のつく所に貼っている。		
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	年2回火災時の夜間対応避難訓練を行い、1回は津波対応の避難訓練を行った。公民館主催の防災にも毎年参加し地域との関わりを持っている。	消防署の指導の下、利用者・地域・職員が参加して年3回、夜間と地震を想定した避難訓練を実施している。災害に備えた備蓄も準備している。	

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
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	昨年内部研修でプライバシー保護について勉強会を行ったことで、入浴時に気を付けるべき点等意識して対応するようになった。	研修を契機とし、入浴時に利用者の体をタオルで覆う等の工夫をしている。また、入室時やトイレ誘導の声かけ時にもタイミングや声量等に配慮している。	
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	食事に関しては何人もの利用者が苦手な食べ物があり、別メニューを聞いたり、ご自分からなかなか言わない方にはAとBとどちらが好きか等聞き出すようにしている。		
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	朝食時間の前には声掛けをするがまだ寝ていたい人には朝食を遅めに用意している。夜も食後まもなく休まれる人もいればテレビを観て過ごされる人も。昼夜逆転にならない程度に就寝時間も皆異なっている。		
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	行きつけの美容院を利用される方もいたが、重度化が進むことで困難となり、訪問美容師による毛染めやパーマを利用され納得されている。		
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	台所に立って一緒に調理する事は困難になっているのでテーブルで皆と一緒に出来る家事を依頼している。甘いパンが大好きな人が多く朝食では時々取り入れている。	職員が作成した1週間のメニューに基づき、毎食、手作りの料理を提供している。利用者も持っている力を活かして、下ごしらえや盆を拭くなどしている。昨年、管理栄養士を招いて食の勉強会を行っている。職員と一緒に会話を楽しみながら食事をしている。	
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	体重は月1回測定し、日々の食事については毎回食事量を記録している。利用者の状態に合わせ、食事の形態を工夫したり、食事時間外の軽食の用意や栄養補助食品等も利用し栄養状態の安定に努めている。		
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	毎回の食後の口腔ケアを基本としているので声掛けを行う。一人で出来ない方や細かいケアの必要のある方には再度職員が磨いている。ご家族の同意のもと歯科の訪問も利用している。		

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	日中は介助の必要な利用者であっても、尿意がはっきりしている場合は、布パンツで対応している。自立困難な利用者には、時間を見てトイレ誘導を行なっている。	利用者が自分の力でトイレに座ることを基本とし、きめ細やかなケアに努めている。トイレ誘導時は、把握している一人ひとりのパターンに応じた声かけで対応している。	
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	入居者の重度化により運動不足にならないように毎日レクリエーションに運動の時間を取り入れている。お茶を好まれない利用者には別の飲み物で水分補給を心がけている。訪問看護による適便や服薬で調整もある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	日中の入浴を基本にしているが、利用者の要望で夕食後の入浴の人もある。一番風呂希望や曜日を決めた方がいい人にはそのようにし、一般浴層での入浴困難な利用者でも2人対応で希望に沿うようにしている。	週2～3回を基本とし、午後実施している。利用者の要望に応え、柔軟な対応に努めている。嫌がる利用者については、曜日の変更や足浴等の工夫により対応している。利用者一人ひとりに対して、毎回お湯を張り替えている。	
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	昼夜逆転にならない様には気を付けるが、食後休みたい人・疲れやすく自ら横になる人様々なのでその人に合わせている。		
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	薬の説明書に目を通し、訪問看護時に尋ねたりして確認する。また症状の変化した場合は医師に相談したり、訪問看護師から医師に相談して頂くこともある。毎年勉強会で利用者の服薬する薬について学ぶ機会を設けている。		
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	どの利用者も子ども達が大好きで毎年秋・冬にある小学生・保育園児との交流は楽しみの一つ。ホームで季節の花を生けるだけでなく公民館に出かけて見る生け花はいつも感動される。		
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に支援している	利用者の重度化により一度に全員の外出が難しくなっているが、利用者の希望などを聞き外出先を2カ所に分け、別の日に外出するなどの工夫をしている。地域への外出はボランティア・ご家族の協力を得て皆で出かけるようにしている。	日々の買い物や小学校・公民館の行事等に積極的に参加している。また、花見や紅葉狩りなど、定期的な外出の機会を設定し、ボランティアの協力を得ながら外出支援に取り組んでいる。	

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
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	お金は職員が預かり保管しているが、本人の希望と家族の了解があれば小銭の財布を所持されている。支払いのできる人はお出かけ時にバックに財布を入れてお買い物をされることもある。		
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	利用者が家族に会いたい・電話したい気持ちがある時は夜間以外はかける事ができるように支援している。年賀状を出すときは担当者が必ず出したい人や人数を確認している。		
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	食後ソファでゆっくりテレビを見ながらくつろぐ人もいれば、仲の良い利用者とテーブルを囲んで新聞を観たりお喋りをされる人もいます。ホールの壁は季節に応じた手作りの作品を飾っている。	広くて明るく、壁には利用者や職員の書初めやちぎり絵等、季節を感じさせる作品が飾られている。音や光、温度等が適切に管理され、空気の淀みもない。	
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	気のあった利用者同士と一緒に過せるように席を隣にしたり、廊下の端の長いすは利用者が外の風景を見たり、面会に来た家族とお話の場所になっている。		
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	入居前に本人・家族と話すことで、慣れ親しんだ家具を持ち込まれたり、家族との写真等を置いたり、畳の部屋にしたり、小さな仏壇を置いたりされ本人が過ごしやすい環境づくりを工夫して下さっている。	落ち着いた色調で統一され、馴染みの家具や写真・色紙・小物等が持ち込まれ、利用者一人ひとりが居心地よく暮らせるよう、工夫されている。動線を確保するため、備え付けのクローゼットを活用している。	
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	最も多い事故は転倒で、可能性の高い利用者・良く転倒される利用者に対し、居室内を工夫したり床をクッションフロアに変えるなど行った。居室やトイレを間違え利用者のため分かりやすくしている。		