

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	3171400397		
法人名	社会福祉法人赤崎福祉会		
事業所名	グループホームあかさき		
所在地	鳥取県東伯琴浦町赤碕1062-4		
自己評価作成日	平成30年1月5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	https://www.kaijokansaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action_koubou_detail_2017_022_kanistrus&livevo0d=3171400397-004Praf0d314Version0d022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2-7-7		
訪問調査日	平成30年1月22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)】

入居者の体調管理をおこない、異常の早期発見に努め、家族、医療、専門職との連携を図り身体維持に努めています。利用者家族との信頼関係を築き穏やかな生活が送れるよう本人、家族の思い、意向を聞き出来る事を見極めて、能力を発揮、継続出来るよう支援しています。利用者、職員が笑顔で過ごされるホームに努めています。

【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)】

赤崎福祉会の特別養護老人ホーム百寿苑に隣接した1ユニットのグループホームです。理念の「笑顔」「和の心」を基本にされ、職員は、利用者がゆったりとした穏やかな支援をされています。利用者の意見、要望を聞く会(ひまわり会)が月1回開催され、利用者が楽しく生活できるよう支援されています。
法人全体で専門的な研修も多くサービスの質の向上に努めておられます。法人の理学療法士等の専門職に助言を頂きより良い支援を提供されています。

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 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	理念として「笑顔」「和の心」として、利用者、職員が関わりを持つことで、健康で楽しく過ごせるように心がけている。毎朝理念の唱和をして共有を図っている。	理念「笑顔」「和の心」で利用者、職員が関わりを持ち健康で楽しく過ごせるよう心掛け実践されています。毎朝理念の唱和をして共有が図られています。事業所理念は職員事務室の壁やホーム玄関等に掲示されています。	
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	地域の催事の案内が届き利用者と一緒に小中学校行事、展示会に参加している。学生のボランティアが来て、交流をしている。鮮魚を売りに来られる希望の物を購入している。紙芝居、傾聴、草取りボランティアの方に来ていただき交流を図っている。	地域の行事案内が届き、利用者と職員は地元の小中学校行事や公民館の行事に参加されています。紙芝居、傾聴、折り紙、草取り等、地域ボランティアの方が多く来られます。花壇の世話をしてくださる方もあります。地域の商店に買い物に出かけられたり、鮮魚の行商が来られた時に希望のものを購入される利用者もあります。中学生による職場体験や夏休みのボランティア交流も実施されています。様々な方が来所され地域との繋がりも広がっています。	
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	防災訓練への参加を呼びかけを行っている。利用者の状態、顔を覚えてもらっている。訓練時に施設内を見て頂き訓練の手伝いをしてもらった。折り紙ボランティアに来て頂く際に地域住民の方と一緒に関わりを持ち理解してもらっている。		
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	年4回開催している。利用者の健康面、専門職との連携、防災訓練、出来事報告を行い意見、助言、要望を頂きケアのサービスに反映するように努めている。	年4回開催されています。利用者の健康状態、日常生活の様子、防災訓練、ヒヤリハット等報告され意見交換が行われています。意見・要望等をサービスに取り組みようになっています。	会議後や防災訓練後に推進会議メンバーと一緒に昼食をして頂く等し、ホームの様子や利用者の食事の手伝い、食事風景、利用者の行動などを見てもらい、次回の会議で委員さんが聞かれたい事の参考にされ手も良いと思います。
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に取り組んでいる	運営推進委員に参加して頂き、担当者から、感染症災害、防災訓練体制等の課題について情報を頂く。GH会に参加され、町内のボランテイ、ネットワーク作りの提供をもらっている。	町の担当者と地域包括職員には運営推進会議に参加して頂いており、町担当者と日常的にも連絡を取り協力体制が取られています。利用者の健康面、感染症、ヒヤリハット、専門職等との連携が行なわれています。町のGH会に参加され、意見交換、情報提供、町内のボランティアネットワーク作りの提供等が行われています。	町の担当部署と共に、琴浦町内グルーホームの待機者の把握、分析に努められる事も良いと思います。また、記録用紙等、町内ホームで統一様式の検討される事も良いと思います。
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	月1回の身体拘束委員会で拘束52項目の勉強会をして共有を図った。身体拘束を実際に体験する事で拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人の月1回身体拘束委員会に参加し、拘束52項目について勉強会から学び、拘束をしないケアの共有を図られ取り組まれています。法人の理学療法士によるポジショニングの指導が行なわれ利用者に安心な対応を学ばれました。「スピーチロック」については、職員全員言葉遣いや声掛けに気を付けながらケアに当たられています。	

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
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ごされることのないよう注意を払い、防止に努めている	部署会にて虐待防止の勉強会を行っている。虐待には身体的、心理的虐待等があり職員が注意を払い防止に努めている。		
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	部署会で勉強会を行い、面会者や家族にも説明できるよう取り組んでいる。必要な方に対しては活用できる事を伝えている。パンフレットを玄関に置いて閲覧できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入所の際は時間を設け、利用料金や、援助に対する事を説明させてもらっている。心配ごと、不明な点を伺い、理解納得して頂き契約を行っている。		
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	毎月1回開催(ひまわり会)意見、要望を聞いている。面会時には、健康面、状態変化があればその都度伝えている。家族の要望を聞き反映して。いつでも意見を入れるように意見箱を設置している。	利用者には、毎月1回の「ひまわり会」(利用者の会)開催時に意見・要望等を聞き、(食べ物や外出、環境など)すぐできることは対応されています。家族には、家族面会時に意見・要望等を聞き取り、サービスに反映されています。家族が県外の方は帰省された時や介護計画見直し時に電話等で、意見・要望を聞きサービスに反映されています。意見箱も設置されていますが、直接お話されることが多いです。	
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	年度当初は、苑の方針を周知している。年2回の自己評価、コーチングを行う事で運営、意見を聴くことができている。	日々の引継ぎやカンファレンス等で職員間の意見を聞くようにされています。年度当初に法人の方針を周知されています。個人面談は年2回行なわれ、目標の評価、課題について面談されています。面談者は、コーチングの研修を受講し、職員の思い等を引き出すようにされています。法人が毎月職員育成の勉強会を実施しサービスや質の向上に繋がっています。県グループホーム協会に加入し、相互研修にも参加され、ホームの質の向上に繋がられています。	
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	年2回自己評価は目標を上げて、成果課題について個人面談している。働きやすい職場作りができるように、休憩時間を取りやすくしている。委員会やホーム内の担当業務を持ちやりがいへと繋げている。		
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	法人の苑内研修を階層別に計画をたて、中堅・リーダー研修に参加し学んだ事を振り返りシートに記入している。外部研修に参加、部署会で計画的に伝達研修し質の高いケアに繋げている。		
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	GH会の研修に参加してた事業所のケア情報を交換している。琴浦町GH連絡会は、議題を出し合い情報交換を行い、ケアに反映するように努めている。相互研修で他事業所のケア、取り組みを参考に出来る場所は学び持ち帰っている。		

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	事前面談でご本人に会い生活状態、状況を把握するよう努めている。ご本人の思いに向き合いながら口頭、記録により伝達し全職員が共通認識の下援助にあたっている。		
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	家族の不安な事、困っている事、サービス利用状況等、これまでの経緯を聞くようにしている。ホームでの様子を伝え、家族との関係の継続に努めている。		
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	面談時にご家族やご本人の状況をよく伺い、ニーズを探り、本人に何が必要なのかを見極め改善に向けた支援を行うように努めている。		
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	利用者個々の能力に合わせて出来る事を促し、役割の機会を提供している。利用者同士で料理を作り作業をしてもらい、盛り付け会食をしている。畑に季節の野菜植え、収穫を一緒に行っている。		
19		○本人と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1度生活状況、写真を添えてお便りしている。遠方の家族に電話で会話をしてもらっている。日々の様子を報告し家人に協力が得られ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	DSに近隣の方、姉妹さんが来られ、会いに行くと会話を楽しまれる。地元のスーパーに行くとな馴染みの方が声をかけて下さる。長年務めていた店に行き交流を図っている。	併設のデイサービスに知人や姉妹が利用されている時に会いに行かれ会話を楽しまれたり、病院受診時に知人に会われ話しをされる方があります。地元のスーパーに行かれると馴染みの方が声をかけてくださいます。自宅を見にドライブで出かけたり、自宅の仏壇を拝みに行かれる方もあります。服屋さんに2、3ヶ月に1回出掛け服を見たり、馴染みの美容院に行かれる等職員や家族はそれぞれの利用者が馴染みの関係が途切れない支援に努めています。	
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	居室で休んでおられる利用者の傍に他利用者に寄り添い声をかけ励ましている。一人の利用者が軽作業をするのでなく、みんなが出来るように職員が間に入り人間関係作りに努めている。		
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	退所された家族の面会があり、ホームの生活様子の思い出で会話が弾む。来苑された際は家族の体調、様子を伺っている。退所された家族から年賀状が届いている。		

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	
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	毎月のカンファレス、ひまわり会で本人の希望、意見を確認している。困難な方は家族から意向も伺ったり、在宅時の様子を伺い本人らしい生活に繋げている。	毎月のカンファレンスや「ひまわり会」で本人の希望、意見等が確認されています。困難な方は家族から在宅時の様子を伺い思いや意向に繋げています。また、24時間シートも導入し、利用者の日々の観察し利用者の思いを汲み取るようにされています。		
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	入所前に本人との面談、他職種からの情報を聞きくようにしてる。家族からこれまでの生活歴、病歴、健康状態情報収集に努めている。			
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	個々の生活記録表を活用している。精神状態が気になる利用者には24時間シートを活用し状態把握に努めている。個々のADLに合わせて、PT、STに相談し専門職との連携に繋げている。			
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	毎月部署会で利用者に対して話し合いを行い、月1回カンファレスは本人、担当職員、計画作成者で行っている。主治医、専門職との連携を図り現状に即したプランを作成しサービス担当者会議には家族も参加し、意向を確認し説明・同意を得ている。	毎月部署会で一人ひとりについて話し合いが行なわれています。家族、主治医、専門職、担当職員で連携を図りサービス担当者会議を開催し介護計画が作成されています。月1回のカンファレンスでモニタリング実施され、評価・見直しは6ヶ月に1回実施されています。変化があれば随時計画の変更が行われます。介護計画は家族に説明、同意を得ておられます。	IADLについて、認知症が関わっているのか、どの程度まで支援をすれば良いか、加齢による低下なのか、再度検討する機会を持たれる事も良いと思います。	
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	プランに沿った記録をして、気づきがあれば分かりやすく記録している。ケアのまとめからケアプランに反映している。			
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	個々の状態に合わせて家族同伴で受診を行い受診時には現在の体調、生活の様子を伝えている。PT、STに診てもらい指導助言から介助方法、食事形態を調整している。			

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	地域の公民館の洋ラン展等の催し、美容院へ行き、馴染みの方と過ごされる。防災訓練に近隣の方の協力体制に取り組んでいる。ボランティアの方に来ていただき交流を図っている。		
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	本人家族の希望するかかりつけ医になっている。必要に応じて家族と職員が主治医から今後の方針を聞き連携を図れるよう取り組んでいる。特変があれば都度報告し、指示を仰いでいる。	利用者、家族の希望するかかりつけ医に受診されています。精神科受診はホームの様子を説明するため職員が同行受診されています。管理者はかかりつけ医と医療についての連携を心掛けておられます。特変があればかかりつけ医に都度報告し指示を仰がれています。家族希望で週1回訪問看護を利用され体調・バイタル測定・状態を見てもらわれている方もあります。	
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回看護師が来て、体調バイタル測定をして様子を見ています。体調面、なにかあれば助言をもらうようにしている。訪問看護には日々の体調を伝えている。		
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、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。	体調に変化があり、救急搬送された時は、一緒に病院に行き日々の健康状態を伝えた。利用者が不安な時は傍について気持ちが落ち着けるようにした。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時にターミナルについて家族に説明をしている。主治医と連携を図り状況を家族と一緒に聞く事で方針を確認し今後の対応方法の統一が図れた。訪問看護がこられるときは、その都度状況を伝えて連携を図っている。	契約時にターミナルについて、家族に対して説明をされています。重度化や終末期となった場合には、主治医と連携し家族と職員は説明を聞き、終末期に於ける方針の確認を行い、支援の対応方法の統一を図るようにされています。訪問看護の来所時に状況を報告し連携が図られています。	
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	部署内や苑内研修にて緊急時の対応について学んでいる。緊急時には、職員間で連携を図り、マニュアルに沿った対応をとっている。		
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3回避難訓練を1回は災害時訓練を実施し、消防署の方に来てもらい、訓練の状況を見て、助言をもらった。地域ボランティアの方に参加して頂き意見をもらっている。	年3回避難訓練が行われています。内1回は地震想定訓練が実施されました。消防署立会いの訓練の時は訓練の状況について助言を頂かれ今後活かされています。地域ボランティアの参加の方には避難場所で見守りをしてもらい終了後意見ももらわれました。備蓄は併設特別養護老人ホームに用意されています。	

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
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	職員間で研修を行い、プライバシーを損なわない対応、声かけを行っている。職員同士で排泄時にプライバシーを守るようにカーテンをしたり、排泄後は記号を取り入れて確認している。	職員間で研修を行い、プライバシーを損なわない対応、声掛けを話し合わせながら行なわれています。排泄時にはトイレの入り口にカーテンをしたり、排泄表に記号でチェックをする等、プライバシーの確保が行われています。希望されれば同性介助にも対応されます。	
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	余暇をどう過ごすのか、本人の思いを聞き、本人の希望のことをされている。外出支援への希望聞くようにして出かけている。		
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	これまでの生活を大切にして、起床時間、食事時間を崩さない様になっている。本人の意向を聞くようにしている。		
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	日々の整容時には、顔に化粧水をつけたり、衣類は一緒に選ぶ機会を設けている。本人希望で毛染めを希望される方もいる。月に1回は顔そりをするようにしている。		
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	利用者が自発的に調理をされる日を設けて、野菜を切る、炒める、盛り付けと発揮している。片付けのできる人は、茶碗を洗う、拭くと分担してされている。季節の食材を使って食べることを楽しんでいる。	野菜を切る・炒める・味見・盛り付け等調理全般に関わって頂き利用者が力を発揮できる日も設けられています。日常的には下ごしらえ、片付け手伝い等、分担され行なっておられます。魚をさばかれる方もあり、利用者各々の力が発揮されています。メニューも季節の食材を使用し手作りの料理を楽しんでいます。行事でクリスマス会や鍋等、季節のものを食されています。外食ではケーキ、コーヒーを楽しまれたり、饅頭を買いに行かれる方、家族と外食をされる方と様々です。誕生日にはケーキで会食をされます。	
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	水分摂取量を計算し少ない方には、摂取がすすむように、好みの物を提供している。個々に合った食事形態、代替を提供している。梅干し、金山寺味噌を希望される方は提供している。		
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	毎食後は口腔ケアを実施し介助の必要な方は、ブラシ、口腔ケアスポンジを使用している。義歯の方は週2回洗浄剤で消毒している。		

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	排泄パターンを把握出来るようにチェック表を活用してトイレへ案内をしている。トイレで排泄できるようにズボンの持ち上げ介助のみを行っている。	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握されています。トイレの声掛け、案内をトイレで排泄の支援をされています。トイレで排泄後ズボンの上げ下げがきちんとできるように、ズボンの持ち上げのみの介助を行われ自立に繋がってられています。立位不安定な方は2人介助が行われています。転倒の不安がある方は夜間のみポータブルトイレ使用する等、状態に合わせた支援が行われています。	
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	起床時に牛乳を飲んでもらい献立に1日1回ヨーグルトをいれている。排便がない時は、水分、ゼリーを食べてもらっている。運動の為に歩行訓練をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	その日の体調をみて本人の希望を聞きながら入浴していただいている。季節を感じてもらおうよう、ゆずを入れたりしている。	週2回その日の体調を見ながら午後入浴が行われています。入浴日の休みはない。ボランティア等が来られる時は終わってから入浴される。季節を感じてもらおうよう柚子湯が行われた。	加齢と共に介護度の高くなられた方も多くなり、浴槽に入っの入浴が困難になってきている利用者も増加してきており、ホームの今後の課題と感じておられます。
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	寝たきりの方には、ポジショニングを行い楽な姿勢で休んでもらっている。体調を見ながら、ゆっくりと休んでもらう事もしている。居室の明かりは本人の希望に沿って小さい明かりにしている。		
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	処方箋は個々のケース記録に綴り、効能、副作用について理解できるようにしている。薬の変更時には、副作用はないか、職員間で話し合い、主治医へ伝えるようにしている。		
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	朝買った魚を捌いて下さる方、畑に咲いた花で生け花をされる方もおられる。希望を聞いて買い物、ケーキを食べに行っている。		
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	本人に希望を聞きながら外出し実家の仏壇に手を合わせ、彼岸には家族と一緒に墓参りを行っている。ボランティアさんに来てもらい、ドライブ、買い物と一緒に外かけて支援援助してもらっている。	希望を聞きながら実家に外出し仏壇に手を合わせる方、彼岸には家族と一緒に墓参りをされる方や急に帰りたい方はドライブで家を見に行かれる等支援が行なわれています。介護ボランティアの方にドライブや買い物に付き添ってもらう支援も行われます。ホーム近くのコンビニや地元スーパーに買い物に行かれる方や気候の良い時はホーム周りを散歩される方もあります。	

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
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	本人に預かり金の説明をして、外出して、本人の欲しい物を購入できるようにしている。ホームに店が来たときは、本人に買い物をしてもらい、支払をしてもらっている。		
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	毎月手紙に写真を添えて家族に送っている。時々本人も手紙を書いて一緒に送っている。本人の希望がある時は、間に入って話をされている。		
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	ソファの横に衝立を置いて、休みやすくしている。ホールの壁には季節が感じられるように一緒に装飾を作って飾っている。季節に応じてレースのカーテンで明るさの調整をしている。気温は1日5回温度湿度を図り調整をしている。	玄関に季節の生花が活けてあります。ホールの壁には利用者と職員と一緒に作られた季節の感じられる作品が飾られており、今年の目標を書いた利用者の書初めが貼られていました。1日5回温度・湿度を計り、食後等に窓を開け管理されており、季節に応じてカーテンで明るさの調整も行われています。ソファの横に衝立を置き、ゆったりと出来る様配慮されています。	
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	ホール、廊下にソファを設置し、休息したり、仲の良い方同士ゆっくりとくつろげるスペースを作っている。衝立を置くことで、落ち着く場になっている。		
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	家族との思い出の写真を見れる場所に飾っている。自宅で使用していた棚を置いたり、好きな音楽を聞けるようにしている。	必要な場合は入所時の法人内の理学療法士に家具、タンスの位置を見てもらい安全に暮らすことができる様アドバイス頂かれます。転倒、しりもちがあった時にも、理学療法士に報告し助言、指導してもらわれます。自宅で生活されていた時と同様に使い慣れたテレビやタンス、衣装ケース、家族の写真等持ち込んで頂かれます。好きな音楽を聞き自宅と同じように過ごされる方もある。畳の部屋も用意されていますが、身体機能に合わせベッド使用にされています。	
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	一人一人の能力に合わせ、老人車、歩行器を使用してもらい、安全に繋げている。洗濯干し、茶碗拭きは座ったままで干してもらっている。洗い物は一緒にしている。		