

### 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	3290400161		
法人名	社会福祉法人神門福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホームかんの里		
所在地	島根県出雲市神門町13番地5		
自己評価作成日	平成28年2月8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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/32/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3290400161-00&amp;PrefCd=32&amp;VersionCd=">http://www.kaijokensaku.jp/32/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3290400161-00&amp;PrefCd=32&amp;VersionCd=</a>
----------	---

【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	鳥取県米子市宗像53番地46		
訪問調査日	平成28年2月12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)】

かんの里は「尊厳」、「家庭的な雰囲気」、「安心」、「絆」を基本理念のキーワードとして掲げて、地域と共に歩む事業所を目指している。平成26年度末から平成27年度当初において、もとより平均年齢が高かったこともあり、複数の入居者がほぼ同時に重度化や看取りの段階となり、地域交流の機会が激減した。しかし、入居者が望まれる限り、事業所が対応が可能な範囲であれば本人の状態に関わらず入居を継続して頂けるように努め、本人や家族が望むケアに努めてきました。重度化によって入居者本人と家族、職員の関係性はより深まりがあったように感じています。地域交流の場は日常の散歩などからは少なくなりましたが、地域行事へお誘いを受けたり、地区社会福祉協議会と合同の行事を開催したり、学生ボランティアを募ったりと地域や周辺からの支えは変わらないものがありました。看取りによって数名の方が退去され新たな入居者を迎えたため、再び入居者個々の思いの実現をテーマに関わりを始めています。

【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)】

グループホームかんの里は地域密着型介護老人福祉施設と小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており神門地区の福祉サービスの拠点として地域との交流を積極的に進められています。地区行事への参加、ボランティアの方のそば打ち、ホームの窓拭き、草刈や地域保育園との交流を深めておられます。施設長、管理者、職員は「尊厳」「家庭的な雰囲気」「安心」「絆」の四つの基本理念のもとケアを行っておられます。職員の離職が多くある中、新人職員とチームワークによるケアが行われ、日々利用者に寄り添い家庭的な雰囲気で支援が行われ利用者の笑顔が見られ穏やかに暮らしておられます。

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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	職員の移動が昨年度末から繰り返され、理念について深い理解ができていない職員は少なくなった。今年度は理念から離れて福祉の仕事をした自らを再び見つめ直すための研修を行った。今後は地域密着型サービスの理念の理解とかんだの里の理念の理解に向けた内部研修を行う予定である。	26年度末から職員の移動もありましたが、27年度は基本理念である「尊厳」「家庭的な雰囲気」「自立支援」「絆」の振り返りが行われました。今後は地域密着サービス、かんだの里の理念の理解の研修をされ更なる理念の共有と実践を深めていかれる予定です。	
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	毎年行われる地域行事には今年も招待を受け、体調が許す方のみ参加された(沖北ふれあい祭り、とんどさん)。職員は季節毎の水路掃除や草取りにも参加した。施設の行事を通して認知症理解を深めることをこれまで行ってきたが、平成25年から年2回(納涼祭、文化祭)は地区社会福祉協議会と共催で施設行事をB型サロン事業と合同で運営している。入居者の地域貢献としては、近くの無縁仏の墓参りを平成20年から継続している。地域のボランティアは多数あり(草取り、窓ふき、そば打ち、出前喫茶)が先方から申し出があり、行事の際には県内東部の大学・短大・専修学校に依頼をするボランティアの応募がある。	公民館の文化祭や神門地区のとんどさんに参加したり、出雲大社に初詣に出かけられています。天候の良い時は事業所の周りの散歩なども楽しめ近所の方と触れ合われています。納涼祭や文化祭を地区社会福祉協議会と合同で事業所を開放して開催されています。近くの無縁仏の墓参りはH20年より継続され地域とのつながりとなっています。ボランティアの方の草取り、窓拭き、そば打ち、出前喫茶が行われ交流が継続されています。行事の時は東部の大学、短大、専修学校にボランティアの参加もあり、地域の方々にグループホームの理解が深まっています。	
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	施設行事の一部を地区社会福祉協議会のB型サロン事業と共催している。元気な高齢者が要介護高齢者や認知症高齢者と交わる機会となっている。職員が入居者に関わる機会を見て頂く事でグループホームや介護の仕事についての理解に繋がるように願っている。		
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	運営推進会議の開催が難しい。特に今年度は職員の異動(離職)により不安定な介護体制であり、開催準備もなかなかできない状況だった。しかし別の会議において地域の方から地域の課題を聞く機会があり、運営推進会議を通して事業所が地域と共に課題に取り組む必要を強く感じた。	運営推進会議開催は小規模多機能事業所と合同で行われていますが、小規模多機能の外部評価の仕組みの変更と、ホーム職員の離職等の理由も重なり、年6回の開催が難しい状況となり、本年は2回の開催となっています。ただ運営推進会議以外の地域の会議や交流により、地域の方の意見や提案等は引き続き継続して頂いています。	
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取り組んでいる	離職による介護体制の不安定な状況にあることなどを報告し、事業所の課題について理解を求めた。出雲市の介護相談員は定期的に訪問して下さり、入居者からの声や介護相談人が感じた疑問等を率直に伝えて下さる。私たちの気付きに繋がっている。	市役所の担当職員とは連絡を密にされており、職員の離職による介護体制の不安定な状況等も報告されています。ホームに課題等がある場合には、ホーム内の確認や指導も実施されます。ホームではそれを受け、職員の指導や研修も行い更なる理解と防止の徹底が行われています。介護相談員による訪問も3ヶ月に1回実施されています。	
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	身体拘束に該当する行為は行っていない。介護体制の不安定さから施設内部の研修も開催が難しい状況にあるが、毎月の職員会議やケアカンファレンスで声かけの仕方や安定剤の使用などについて検討を行っている。主治医に相談して減薬となった入居者もある。	身体拘束をしないケアの研修は本年度は実施されていませんが、毎月の職員会議やカンファレンスの中で話し合いが行われ、スピーチロック等の検討が行われています。身体拘束となる行為は行われていません。	相互研修を実施され他ホームのケアの様子から実践の向上に取り組まれてはどうでしょうか。

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	今年度、虐待や不適切な介護、接遇について検討する機会を設けた。これに伴う内部研修も行った。		
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	現在の入居者のうち成年後見制度等を特に必要とする方は無い。H28.2に成年後見制度に関する研修を管理者と介護職員が受講予定。		
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	パンフレットを使用してサービスの特徴を説明し、生活のイメージや居室の設え、グループホームの支援内容を説明したうえで重要事項について説明をしている。料金や個人情報の保護、看取りの指針、契約書記載内容のポイントを説明し、不明な点や質問、不安な点などを必ず確認している。		
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	入居前に可能な方はご本人からこれからの生活の希望や今したいことを確認し、介護計画に位置付けるようにしている。同様に家族はご本人の生活をどのようにしたいのか、ご本人にどのような生活を送って欲しいのか、どのようになって欲しいのかを確認している。入居後も面会時にご本人の様子を確認し、病気やけが等でご本人の状態が大きく変化したときは家族から意向を確認し、定期的にケアカンファレンスを行って支援内容を確認して家族に説明している。	入所前に家族から本人の希望や意向を聞き介護計画に取り入れています。家族面会時や定期連絡の際に身体状況、様子を説明し、都度家族より意見や要望を聞いておられます。かんだの里通信を郵送し日々の様子も報告されています。	かんだの里通信や日々の様子、また緊急連絡に電子メールを活用されることも検討されても良いと思います。
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	毎月職員会議やケアカンファレンスを開き、職員が検討事項について個々の意見を発言できるようにしている。施設長や管理者は発言の内容を否定せずに聞き、一人ひとりの言葉を意見として皆で共有し、職員総意による方針を立てるようにしている。	毎月の職員会議、カンファレンスで検討事項について意見や提案等を聞く機会が持たれています。出てきた意見等を、施設長や管理者は大切に、職員の意見を運営に反映するようにされています。	相互研修を実施する等、他ホームの運営の様子を学ぶ機会を持たれても良いかもしれません。
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	今年度は人事評価の準備のため、個々の目標設定を行わなかった。職員体制が不安定な事もあり、施設長や管理者は職員からの相談の申し出に応じ時間をとるように努めた。新入社員の不安やストレス、中間層のストレスなど個々の思いを把握する良い機会となった。		
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	平成26年度末より資格取得支援制度を取り入れた。今年度から介護職員初任者研修を実施する養成期間と連携し、その養成機関を卒業して就職した職員を中心に定着支援を行っている。		
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	出雲市認知症グループホーム連絡協議会から事例発表の依頼を受けたものの、職員体制が不安定で承諾できなかった。管理者は事例発表の聴講も難しいと考えていたが、職員から発表会には参加したいと申し出があり聴講をした。		

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
<b>Ⅱ 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前の相談では本人と必ず面談をしている。あくまでも住まいを変えることの確認ではなく、不安を抱かれないように関わりをしている。入居後も、職員全員で本人の事を知るために声かけや対話を意識的に行っている。入居後の帰宅願望はあっても、強く拒否をされる事例は無い。		
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	ただ入居して頂くだけではなく、地域で暮らし続けることを具体的にするための相談を行い、介護の内容や家族の困りごとよりも生活着目した相談を行っている。介護に関する話だけでなく、ご本人の生活をどのように支援するのかを話し合うことで今後の生活のイメージしやすくなるように相談を行っている。		
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	グループホームの入居においては、総合的な方針としてどのような生活を送っていきたいのか(入居してどのような生活を送りたいのか)を職員全員で共有している。そのうえで、まずはかんの里の生活に慣れること、職員との関係作りができること、他の利用者との関係づくりができることを中心に支援をしている。また安全に対する配慮を必ず介護計画に設定している。		
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	入居前の相談・調査においてご本人の生活状況や介護問題の発生状況を把握し、支援の見通しを立てている。環境適応や関係作りと並行してご本人のできる力の把握をして少しずつご本人に役割付けをしている。		
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	介護計画において家族の役割や本人の役割を示すようにしている。入居期間が長くなり、重度化してくると家族の役割やご本人の役割が徐々に記述されない傾向があり、最近の入居者には入居等当初から役割を示している。		
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	入居者の出身は徐々に河南圏域に縁のある方やその周辺の方となってきた。かかりつけの病院や行きつけの理美容店、自宅近所の友人や遠く離れた家族などご本人の大切なものを入居前から把握して、入居によって関係を断ち切らないように介護計画に位置付けている。	入居者の出身が徐々に地域の河南圏域に縁のある方やその周辺の方となり、行きつけの理美容店の利用や友人の訪問など馴染みの関係の継続支援が行いやすくなっています。手紙での馴染みの関係の継続も行われています。	
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	利用者同士でも関係の深い方がいるため、その方がたが一方の重度化によって関係を疎遠にしないように職員は配慮している。また利用者同士が作業を通じて共に会話をしたり、楽しさを共有したりされる場面を大切にしている。		
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	病状により入院を希望された方には、退去後の道筋をつけ、入院先のソーシャルワーカーと連携して本人のその後の支援を行った。また、退院後の場所から、次の特別養護老人ホームへの手続についても支援を約束したが、結果的には退院後の場所でも最期を迎える方針となった。 かんの里で最期を看取った方の周忌墓参りを行っている。入居者も過去に共に生活した方の事を忘れないようにしている。看取りをした親族からもお礼の連絡がある。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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>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)	○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	入居時より本人の思いや暮らし方の希望、家族のこうなって欲しいの意向を確認し、総合的な援助方針に位置付けている。入居後も本人の気持ちを聞いたり、表明できない方には本人本位で検討して意向を文章化して、職員だけでなく家族と共に共有するように努めている。	本人、家族から入所前の暮らしや思い、意向等を聞き、介護計画は作成されています。把握が困難な方は家族に意向を確認したり、入所後の生活などから職員が検討し介護計画に反映するようにされています。	利用者の生きがいや生きる目的を把握されると良いと思います。
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	入居前の相談・調査においては、居間の介護の困り事や生活状況の把握だけでなく、その方のこれまでの暮らし方を知ること、現在の意向の裏付けとしている。		
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	現在の過ごし方や介護状況と、介護が必要になる前或いは、グループホーム入居を決める前までの状態を知ることによって、支援の見通しを立てるようにしている。		
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	入居時の相談・調査には管理者だけでなく介護職員も一緒に訪問するようにしている。入居時の介護計画は本人と家族との相談のもとで作成するが、その後の介護計画の更新にあたっては、サービスの提供状況や日頃の関わりから把握した意向や本人の能力などをケアカンファレンス参加者が職種を問わず意見を出し合って敬語計画を更新している。	入所時の相談、調査に管理者と介護職員が一緒に訪問し本人、家族の要望、意向を聞き、入所時介護計画が作成されています。ケア内容を日々の関わりやカンファレンスで話し合い、介護計画を共有されています。3ヶ月に1回カンファレンス、評価し継続、見直しをされています。	
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	介護計画の実施をそれぞれに記録し、特別な内容は文章にして記録している。介護計画に無い事柄も、本人の発見は記録している。発熱等の状態変化の記録は言うまでも無い。		
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	グループホーム、ユニットケアと言えども、職種と職員数の少ない事業所においては施設ケアになり事業所内で物事を完結してしまう傾向に陥りがちである。職員の異動(離職)が今年度は多く、経験年数の少ない職員が多くなったこともありアイデアはなかなか出てこないが、外出が少なくなったことについては全職員が感じており、天候を見て外出している場面がある。こうしたことをきっかけに色々な生活のアクセントを提案できる体制を取り戻そうとしている。		

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	重度化によって一人ひとりの地域資源との関係は極めて希薄になった。そうした中である入居者の自宅へ職員と一緒に帰省したことによって職員は本人の社会資源(地域との繋がり)の大切さを感じることができた。新規の入居者には個々のネットワークを繋ぎ直すための介護計画を接してしている。			
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	かかりつけ医においても本人の培ってきた地域のネットワークとして考えている。かんの里に入居するから、事業所の都合のよい医療機関へ転院することを推していない。あくまでもこれまでのかかりつけ医との関係性を大切に頂くように入居前に説明をしている。なかには希望によってかんの里の協力医療機関に転院される方もあるが、これは希望によるものとして理解している。受診先について相談があれば、かかりつけ医と一緒に検討している。	かかりつけ医は利用者や家族の希望される医療機関とされています。協力医を希望される方もあります。協力医の往診は月2回行われ、夜間特変時に対応されています。かかりつけ医の受診は家族が同行されるが、家族が状態説明が出来ない場合や都合の悪いときは職員が対応されています。看護師が電話で情報提供や同行受診の時もあり適切な医療が行われています。		
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	看護職員は常勤であり、介護職員を兼務している。介護職員の築きを看護職員は尊重し、介護職員からみた体調変化も記録に残すように指導している。			
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。	入院されたときや退院される時、或いはかんの里へ戻れない病状になったときなど、そのつど医療機関のソーシャルワーカーや医師と情報交換や協議をしている。 入院時情報提供、退院時カンファレンス			
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	平成25年にそれまでであった看取りの指針をベースにして内容の再検討を行った。記述内容を分かり易く整理し、内容を現在の状況に合わせた。それまで看取りの指針の内容を知らなかった職員もあり、勉強になった。実際に入居者が重度化したときには、状態の変化に合わせてその都度家族等に状態の説明や介護内容の説明を行い、必要に応じてかかりつけ医から直接説明を受けて頂く時間を設けた。かかりつけ医からの意見を参考にしてケアカンファレンスを行って、方針の修正や再確認を行っている。	今までの看取りのケア記録内容を元に看取り、重度化のケアの検討、勉強をされ看取りを知らない職員も方針の共有と支援の理解が出来、今後のケアに活かすことが出来ています。看取りが必要となった場合にはカンファレンスを開催し、ホーム、かかりつけ医、家族がチームで取り組まれています。		
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	救急法研修を毎年行っている。合わせてAEDの使い方についても研修を行っている。食事中の誤嚥や突然の意識消失は殆ど発生しないが、誤嚥されたときの蘇生に成功したこともあり重要な研修として位置付けている。			
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	今年度は計画していた時期に天候が不安定になり、まだ実施できていない。 年度内に実施をする計画である。消火訓練には、防災設備業者の協力により消火器を準備している。本物の消火器を使用して消火訓練をすることを計画で	今年度は計画の時期に天候不安定となり実施されていない。今年度中に小規模多機能事業所と実施される予定です。地元消防団による施設見学も実施されました。水・米等の備蓄もされています。水害時避難場所まで1キロ程度あり、利用者の避難対応をどうするか検討課題となっています。		

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
<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)	○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	月毎の目標として毎年出てくるテーマであるが、その時の状況によって言葉かけが適切であったのか、態度が適切であったのか繰り返し行動を願っている。完全ではないことを自覚しながら日々の研鑽が行えていると考えているが、繰り返しテーマとして上がることが返って問題点であるとして認識している。	日頃より声掛けに注意してケアを行っておられ、職員同士でも気を付けておられます。日々人格の尊重やプライバシーを損ねない対応を心掛けておられます。入浴、排泄介助に同性の希望があれば対応されます。	
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	吃音や大声も制止、抑制しない。声が上がれば、職員がそばに行って声をかけている。「物が無くなった」、「盗られた」と訴えがあっても、肯定はしないが、否定はしないようにしている。「〇〇したい。」と言える方が減ってきているが、本人の過去の意向を参考にして関わっている。職員が決めるのではなく一緒に準備したり、選択肢から選んで頂いたりして自己決定のある生活を目指している。		
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	トイレ誘導、入浴の声かけも是つたではなく、「行きませんか」の声かけで促している。その時がだめでも、暫くしてから、その次の日とゆとりを持って関わるようにしている。入居者の関わりは24Hシートを作成している。24Hシートの“好み・意向”を多く記入できることを重視している。		
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	家族にはその方らしい洋服の準備をお願いしている。季節毎の衣類の交換も家族に依頼して行っている。家族はその方にあった洋服を準備して下さっており、施設の制服のような洋服を使う方は無い。職員は本人と一緒に衣類を選択し、必要な介助を行って身だしなみを整えている。衣類が汚れたときも更衣を心掛けている。		
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	職員体制の不安定さから、朝食と夕食は外部委託した。昼食はこれまで通り入居者と職員と一緒に調理している。野菜などの下処理は入居者が手伝って下さる。歳時記に合わせた献立(七草粥、年越し蕎麦など)や味噌づくり、干し大根作り、干し柿作りなどを今年度も行った。	職員体制の事もあり朝食・夕食は外注委託で対応されています。昼食は今まで通り利用者と職員と一緒に調理をされています。下ごしらえ、食器洗い、テーブル拭きなど出来る事を手伝ってもらっています。七草かゆや年越しそばなど時期にあった献立で食事を楽しまれています。切干大根、味噌作り、干し柿作りは利用者の楽しみとなっています。出雲大社参拝時には出雲そばを食べ外食を楽しみました。新年会は家族と食事をされ喜ばれました。	
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	水分摂取が少ない方や水分制限のある方には一日の水分量を設定し、食事やおやつに何ccずつ提供するの、どのくらい摂取できているのかを確認している。食べる量も入居者によって違うためその人にとっての食を概ね決めている。		
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	毎食後全ての利用者の口腔ケアを行っている。できる方には自分でブラッシングをして頂き、出来ない部分や義歯洗浄の磨き直しを支援している。義歯の方にはモアブラシを使って口腔内の残渣物の除去や口腔内(舌)の清拭を行っている。週に一度、義歯洗浄剤を使用している。		

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	排泄の訴えの無い方も感覚の無い方も、トイレへ誘導して排泄して頂くことを基本としている。24Hシートに排泄支援の時間を設定しており、個別の時間に支援している。夜間も同様であるが、立位保持や歩行困難な方もありパッド交換を行い、早朝にトイレ誘導をする方もある。おむつ類の種類はご本人に合わせて検討している。	24時間シートを活用し排泄の把握しケアが行われています。トイレで排泄の習慣を大切にされており、利用者に合わせたリハビリ、パッドの購入をされ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	排便の有無や量を記録し経過の把握に努めている。居室で過ごされ運動不足にならないように声かけをしたり、水分不足にならないようにしたり(41)、食事のバランスに配慮している。下剤を使用する方もある。		
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	入浴前に声かけや説明をして入浴を促している。同性介助を希望される方にはできるだけ同性介助をするようにしている。できる方には浴室まで入ったの介助を行わず、時々見守りや声かけをプライバシーと安全への配慮をしている。夕食後の入浴をされる方もある。季節によって菖蒲湯やゆず湯をすることもある。	週2～3回入浴を実施されています。同性介助を希望される方には対応されます。また、夕食後の入浴を希望される方があり対応されます。季節感を大切にされており菖蒲湯やゆず湯も楽しんでもらってられます。	
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	昼食後には皆が一旦寝られる。身体状況が重度化してリビングの和室で昼寝する方はおられなくなった。本人の身体的負担を考慮しベッドでの昼寝をして頂いている。消灯時間は21時としているが、必ず寝られなければならない時間ではない。入居者によっては居室で自分の時間を過ごされる方もあり、眠れず居室から出られる方もある。職員は強要せず本人の話を聞き、自然と入眠できるように関わっている。		
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	薬の準備は看護師が毎日に朝昼夕睡前、食前と分けている。職員は薬の取り間違えが無いように、他の職員に確認してもらってから服薬支援をしている。自分で薬の準備をされる方には、持ちだされたものが間違っていないか確認している。薬の説明は介護記録に入れてあり、どのような薬が出ているのか分かるようにしている。		
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	一人ひとりの生活歴からその方の役割を導くこともあれば、入居後にご本人の能力を見て役割付けをすることもある。利用者は援助を受けるだけの人は捉えずに、共同生活者として生活の主体に位置付けている。買物、洗濯、掃除、調理、配膳、下膳、食器洗浄など出来る能力を発揮して頂いている。		
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	入居者の多くが重度化した状況での外出は難しかった。近所の散歩も本人の体力の問題から日常的には出来なかった。しかし、天気の良い時に少しでも職員は屋外への連れ出しをしている。最近では再び初詣などの時間をかけた外出も行うようになってきた。新たな入居者にはこれまでされていた定期の墓参りや近所の友人との交流を位置付けており、外出につなげたい。	外出の機会が少なくならないよう声掛けをし体調の様子を把握されていますが、重度化が進み外出が難しくなっている利用者も増えてきています。近所の散歩も入居者の体力を考え日常的に行えなくなってきました。天気の良い時に本人の体調を見ながら声掛け支援を行ってられます。外出も体調を見ながら実施されています。昼食の食材の買い物に職員と共に近所のスーパーに出掛けられる方もあります。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	外出の時に昼食を食べて帰られたり、ドライブに行っ てソフトクリームを食べて帰られたり、出かけた先で自 分で選択して食事をして頂く機会を、少ないが設けてい る。毎月定額のお小遣いを出金しておいて、職員と一緒 におやつを買いに行かれる方もある。お金の所持は禁 止していないため、施設が関与しないお小遣いを数名の 方は持たれている。	
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	通信の制限は設けていない。手紙や電話の内容も職員 は干渉しない。電話をかけたいと希望されることがほ んどなくなった。家族に地域の親しかった友人へお手 紙を書いて頂いたりする協力を依頼した方もある。	
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	共用空間は危険が無いように整頓に心掛けている。ソ ファに座り易いようにクッションを使用したり、膝かけを 使ったりして快適に過ごして頂けるように配慮している。 リビングは危険の無い程度に古い筆筒を飾ったり、植物 や季節の飾りをしたりしている。時間帯に応じてカーテン で光を調整している。和室にはこたつを設けている。	リビングは日当たりもよく明るく温度調整がさ れている。ソファも多く設置されており思い思 いにゆっくりできるになっています。お雛 様等季節感の感じられる装飾もされており、 古いタンスや昔の風景写真等も飾られており 落ち着いた雰囲気です。
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	一人ひとりに落ち着かれる場所があり、一人ひとりの 居場所となっている。	
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	居室の設えは共用空間と同様に大切にしている。住 み替えによるギャップを少なくすること、落ち着くブラ イベート空間を作るため入居前から家族に趣旨を説明し て協力をして頂いている。	使い慣れたタンスを持ち込まれたり、自宅で使われてい た物を持ち込むなどベッド周りは整頓されていて居心地 良く過ごせるような工夫がされていました。居室内にトイ レやクローゼットが設置されており、使いやすさが伺え た。利用者自分で作られた俳句を飾られていた部屋も あった。
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	職員は「一緒に」、「付き添いながら」、「みまもりのも と」を基本にして関わり、出来ることを把握して手を出し すぎないように努めている。24Hシートの支援内容を詳 しく表現したり、ケアカンファレンスで介助方法のすり合 わせをして職員間の共有を図っている。介護を提供す ることのみに着目せず、生活に目を向けて洗濯や調理、 買い物など自宅でこれまでできていたことを主体的に 行って頂けるように、出来ることを見つけ出来ることを活 用して頂いている。	