

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	0174700856		
法人名	有限会社グループホームあさひの里		
事業所名	グループホームあさひの里		
所在地	北海道中川郡本別町柏木町156-1番地		
自己評価作成日	平成30年8月30日	評価結果市町村受理日	平成30年11月12日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigvosyoCd=0174700856-00&PrefCd=01&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	平成30年10月23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)】

◆「ケアの質」「自宅で暮らしていたような生活の提供」「チームワーク」を大事に思い、入居されている方々が自宅に居るように思っていただけのように、その人らしく過ごせる支援している。

◆1ユニットと小さな施設にこだわり管理者がケアの質が維持できる範囲での運営。職員体制を十分に確保し、職員の負担軽減、さらに【ケアの質】が低下しないように努めている。

◆家族の理解もあり「可能な限り歩く、立つ、トイレで排泄等」の自立した日常生活が営めるよう支援を実施している。

◆職員の自己研鑽や研修会への積極的参加により、スキルの向上により【ケアの質】向上を目指している。

◆地域との関わりが多く持て、自治会、近隣住民との連携が十分に取れている。他事業所(町内、近隣町村の事業所等)との連携、また家族との関係を大事にしている。

◆町内の医療機関との連携により訪問診療による対応や主治医、家族、看護師との連携にてターミナルケアの取り組みを行っている。

【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)】

当事業所は閑静な住宅地に建てられており、周辺は豊かな自然が残されて、商店街や大規模公園にも近く、ゆっくりと過ごせる環境下に立地している。建物は住宅地に溶け込んだ木造二階建てで、1ユニットの特性を十分に発揮した造りとなっている。当事業所の優れている点は、介護の基本が明確であり、理念とする6項目に従って介護に臨んでいる姿勢が挙げられる。具体的には、利用者ひとり一人の特性を見極めた対応に徹しながら、全体的に行われるレクや散歩等も潤沢に行われ、満足度の高いサービスが日々提供されている。このことは、代表者と管理者が目指す介護の質のための充分な人員配置と、その趣旨を理解している介護員との一体化で培われ、結果したと思われる。小さな町の唯一の民間事業所が担っている大きな取り組みに今後も強く期待したい。

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、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
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			

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念に基づき職員全員が入居者への支援を実施。施設内に掲示。また、職員自ら作成した理念を掲示している。理念に基づく「あさひの里の取り組み」も作成し契約や見学时に説明している。またH29.10に道GH協会での認知症GH相互評価事業(333項目)に参加しサービスの改善に努めた。	職員一同で作成した6条からなる介護指針を事業所内に掲示し、またパンフレットにも記載する等、介護の取り組みを内外に示しながら、実践で活かせるように日々臨んでいる。	
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	自治会の行事への参加、町の行事等に積極的に参加。近隣住民の理解もあり避難訓練の参加があり、緊急連絡網に近隣住民を登録、豪雨による避難時には協力もあり、十分に地域に根付いたGHとなっている。	地区自治会に加入しており、毎月の介護予防事業等々各行事に積極的に参加し、事業所の役割を果たしている。また過日の自然災害時には地域住民の協力体制により速やかに安全が確保されており、日頃からの交流の深さを示している。	
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	介護保険外での利用者(ショート、デイ、緊急)がいる。居宅ケアマネより利用の相談もある。また町内の独居の方からの相談に応じたりしている。また緊急時の受入も可能である。町内事業所でのショート空き情報は毎月行われる相談担当者会議にて報告される。		
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度実施、家族代表、自治会会長、福祉関係者、地域包括センター職員、近隣住民、介護相談員等で構成、近況を報告し意見、助言を頂きケアの質の向上に努めている。年に1度家族交流会も会議と兼ねて開催し、家族との共通認識を得るよう努めている。	各方面の多層な参加者を得て2ヶ月毎に定期的開催され、議事内容も報告から提案まで多岐にわたっており、出された議題は意見や助言で検討され、サービス向上に活かされている。	
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	認知症ケアパスへの記載、介護サービス事業者連絡会(GoGo介護オープンキャンパス事業等)、相談担当者会議(町内事業所での困難事例の検討)、オレンジ会議、長寿まちづくり会議、認知症初期集中支援チーム等に参加。情報の共有に努めている。GoGo介護オープンキャンパス事業では実習の受け入れも行った。	町では長野の鎌田先生を講演に呼ぶなど、福祉関連に強い関心をもって臨んでおり、就労斡旋から資格取得等の支援、学生の実習援助などを進めている。事業所は町で唯一の民間事業所としてその実務を担っており、行政との関係は強く築かれている。	
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	高齢者虐待防止、身体拘束に関わる研修会等に参加し事故に至らないよう努めている。また運営推進会議にて毎回拘束虐待について話し合いを行う。事例を全体会議にて職員と話し合っている。	拘束防止マニュアルを基本に、定期的研修で不適正ケアを学び、毎回の会議や日々の申し送り時に実際の事例を検討するなど、常に拘束や虐待、抑制に対して注意を喚起し、抑制も拘束も無縁な介護に取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	暴力だけではなく言葉(スピーチロック)やネグレストによる虐待もあることを認識した支援に努めている。認知症の正しい知識を取得し職員が周辺症状に対し正しい対応ができるようにスキルアップに努める。困難なケースにて職員のスレスににならないようチームとして対応するよう心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	管理者が市民後見人研修の修了者であり、家族にも制度の活用について契約時説明を実施している。		
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	家族には「入所にあたって」との書類を用意し契約や入所準備がわかりやすいようにしている。契約時には十分な説明を家族に行い入居者に関わる聞き取り調査、家族の意見を取り入れインフォームド・コンセントが行われている。また「あさひの里の取り組み」との資料にて支援の方針についても説明し家族の理解を得て支援を実施。		
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並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	運営推進会議にて家族代表を委員に選出し意見を頂いている。家族とは面会時等話しやすい関係を努めている。また苦情に関する窓口を情報公開表に記載し、苦情がある場合苦情処理表の作成をおこなっている。介護相談員の受け入れを毎月行っている。	家族と接触を深めるため月々の費用は事業所へ持参してもらう方法をとっており、また家族との交流会を定期開催し、意見や要望を収集している。利用者一人ひとりの毎日の様子を個人別に作成し、お便りにして家族宅に送り、好評を得ている。	
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	全体会議(1回/月)にて職員の意見、提案を聞いている。話し合った内容について確認をしつつ反映させ出来ることから改善に努めている。	月1回の全体会議や毎日の申し送り時に意見、提案を聴取し、具体的なサービスに繋げている。また個々の目標を設定し、自己点検を通してケアの改善に努めている。	
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	多くの人員配置にて職員の負担軽減、日中職員が多数居ることで質の高いケアが提供できる。早番・日勤・遅番・夜勤、希望休みと勤務の調整は十分にとれ、夜勤回数も月4回にてシフト調整が可能である。子供が小さい職員にも送迎に対応したシフト調整を行っている。		
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	北海道認知症GH協会、十勝高齢者GH協議会、町社協、振興局等の研修会や講演等に積極的に参加している。参加した報告は月例会又は連絡簿にて周知している。新卒採用者へのOJT実施。H30.08現在、12人中8人が介護福祉士の有資格者。		
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	北海道認知症GH協会、十勝高齢者GH協議会へ加入し研修等に参加することで同業者とのつながりが出来ている。また理事として道GH、十勝GHIに加わり同業種の管理職ともつながりが取れている。町内事業所との連携も各種実行委員会等への参加で十分に取れている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	独自の介護調査票を作成し初期に聞き取り調査を実施、面接時だけでは把握出来ないこともあり、その都度家族から聞かせて頂くよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入所前の自宅への訪問や施設への見学時に説明し家族が相談しやすい体制をとっている。また理念で「家族の精神的負担の軽減」を掲げ、常に相談に応じ対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	医療機関または福祉機関(地域包括支援センター、老人健康保険施設、小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、民間の訪問介護ステーション等)からの情報を集め必要な支援を見極め努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者に対し笑顔、挨拶、言葉遣いに気をつけてコミュニケーションをもちレクリエーション等楽しんでもらうよう配慮。常に馴染みの関係をつくり入居者から信頼を得るよう心がけているが、馴染みの関係になり過ぎないようにも配慮が必要である。(馴れ合いから発生する言葉や見落としに十分注意するよう周知している。)		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	毎月の利用料請求書に担当職員より入居者の近況を書き郵送している。時々家族の方に面会に来てもらえる様に呼びかけを行ったりしている。入居者と一緒に行事参加して頂いている。		
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	時間に関わらず、いつでも気軽に面会に来て頂けるようにしている。地域の行事等へ参加し昔からの知人等と馴染みの関係を深めて頂いている。家族の協力にて外出や外泊も多くある。	利用者也職員も同町内の出身者であることが多く、地域的な親しみが基本としてあり、馴染みの場所や関係、味覚など共通の話題を繋ぎ、関係性を忘れないように努めている。墓参等についても家族の協力を得ながら支援している。	
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	認知症の方々の共同生活と言う事もあり上手に他の入居者とコミュニケーションが取れないケースもある。アセスメントを活用し入居者同士の関わりを配慮し、ソファでの座席位置や食事でのテーブル位置の工夫等を行い、楽しんでレクリエーションを行ったりTVを見たり食事を取れるよう配慮をしている。		
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	年賀状、暑中見舞い、あさひの里便り当の送付を行っている。また家族からの相談や亡くなられた方の家族が来所されるケースもある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入居者毎に職員が数ヶ月ローテーションで担当し個別のアセスメントを作成し、毎月の全体会議で全職員が把握できるようにしている。アセスメントはケアプランや担当者会議に反映。	日常生活を支えながら希望や思いを理解し、アセスメントとしてカンファレンスに活かしている。個々の意向を尊重し、本人本位のケアになるよう取り組んでいる。	
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	入所時の調査や家族や本人から聞く等し生活歴を把握している。入居者の高齢化、最高齢が104歳、101歳の方も入所されており、全体的にADL機能の低下が見られる。高齢な方には無理のない生活リズムにて支援を実施、また健康面を配慮し状況に応じた対応を実施。家族の協力もあり自宅での外泊もある。		
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	基本的には規則正しい日常生活を心がけるよう支援を行っているも、入居者の心身状態に合わせた日常生活ができるよう支援している。また毎朝のバイタル測定と検温を実施、血圧に問題のある入居者に関しては就寝前や必要時(入浴前)に測定。非常勤看護師による指示や医師との連携も含め配慮している。		
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	毎月の全体会議にて入居者のアセスメントを作成、カンファレンスを実施。	担当者を中心にしてケアプランを検討し、家族の意向や日々のモニタリングを踏まえながら、6ヶ月で更新しているが、病気や衰退等の状況の変化に応じて見直し、現状に即したケアプランを作成している。	週間の介護記録が一読できる様式を使用しており、日々の実践に効果を発揮しているが、様式上にも記載欄があるケアプランの項目の更なる活用で、より実践的で、より有効性の高いケアプランになるよう期待したい。
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	介護記録にて1週間単位での状況(食事、排泄、薬の内服等)が把握できるようになっている。		
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	介護保険外での日中利用、ショートステイ利用の実施。毎月の介護相談員の受け入れ。必要に応じて町外への受診対応、同伴など。		
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	避難訓練に自治会の方々が多数参加し避難誘導等を行ってくれる。また自治会の認知症予防教室への参加。介護相談員の訪問、地域ボランティアの訪問。中学生の職場体験実習受け入れを実施。		
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	平成20年12月より医療連携体制を実施。主治医、正看護師との24時間オンコール体制を取っている。H30年8月現在訪問診療での対応は6名(ほんべつ循環器内科クリニック、ホームケアクリニックあずま)、また現在受診可能な方々でも緊急時には主治医が往診に来てくれる体制となっている。H30胆振東部地震での停電では各主治医より入居者の状況確認や指示の連絡があった。	町外への受診は家族の協力を得ているが、利用者や家族の希望によるかかりつけ医は継続し、職員同行で受診している。また往診も対応しており、医療の24時間対応にて、安心感のある医療体制を築いている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	正看護師との24時間オンコール体制と週1回または適時での入居者の状態を見て頂いたり、電話での相談あり。重要度が高い受診時には看護師にも同伴しカンファレンスに参加している。		
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、また、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。又は、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。	今年度は入院された入居者がいなかった。入院時の面会や洗濯物対処にて入院時でも入居者に安心して頂けるように努めている。入院時や退院時には家族と併席し医師への提供や医師からの症状説明を聞いている。病状によっては早期退院を願ひし、認知症の進行防止、寝たきりの予防等、ADLの低下防止に努めている。		
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	看取りケースはH28からH30で主治医、家族の協力にて2件実施した。現在ターミナルケアを101歳の入居者が1名実施中。また高齢な入居者が多く家族には毎年「重度化した場合や看取りについての事前確認」を行い情報共有と、状況報告を密にしている。事前確認では、殆どの家族が最後までここでお願いしたいと返事を頂いている。また主治医の協力もあり今後の対応について家族も交えてカンファレンスを実施している。	看取り介護の指針は見学時や契約時に説明し同意を得ており、また年に一度は事前確認を行い相互で意識や思いを確認している。また重度化した場合の介護について、意識や技術について、看護師から研修を受け、チームで支援できる様取り組んでいる。	
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	個別に緊急時マニュアルを作成し対応。H30年8月には職員全員が救急救命の一般講習を受講した。		
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	防災マニュアルを作成し掲示してある。年2回、消防署の協力を得て避難、消火訓練を実施。訓練には自治会や近隣住民の参加がある。平成21年6月にはスプリンクラー、火災報知機、自動通報装置の設置済みである。自動通報装置には職員だけではなく近隣住民、自治会長を登録している。 H30胆振東部地震での停電では、町内の飲食店や商工会青年部等からの食事の提供もあった。	年に2回の避難訓練を消防署の指導により実施している。防災備品についても食料から暖房装置まで用意し、緊急連絡網には町内会役員も登録されており、土砂災害や停電等の突発的な災害に備えている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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	自尊心や羞恥心を傷つけないような言葉かけや配慮に努めている。入居者を尊重した対応を心がけている。トイレ誘導時等プライバシーに配慮し大きな声での言葉かけに注意したい。職員間でも入居者のプライバシーや羞恥心に関わる会話には十分注意している。プライバシーポリシーの入所時の説明、施設内の掲示、パンフレットへの記載あり。	個人への尊厳の重視は、介護員の声掛け等の対応以外にも職員同士の会話内容にも注意をしている。また何事に対しても利用者ひとり一人の意向・同意が大切であると考慮し、いつでも自分で決める、自己決定できるケアに臨んでいる。	
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	個々の話を良く聞き思いや希望をかなうよう支援している。自己決定が出来るような言葉かけに配慮。馴染みの関係を作り、受容に努め支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	高齢な事もあり倦怠感の訴えが多く「一日中寝たい」等話されるも、本人の希望通りにさせてあげたい一方生活のリズムが崩れたりやADLの低下が無いよう支援を行う。ADLの低下や生活のリズムを崩さないよう自己決定を支援している。		
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	手鏡やくしを用意し入居者自ら朝の身だしなみが出るよう支援している。104歳の方は毎朝お化粧を行う習慣あり、職員の支援にて継続職員のている。自立されている方は自分で服を選び更衣している。またかかりつけの美容室へ行ったり、時々職員が散髪を行っている。		
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	小さいホームなので入居者が日中過ごす場所から台所が見えるので食事を作る音、臭いが感じられる。また食事の手伝いとして食材を切ったり盛り付け等を職員と行っている。可能な方は配膳、下膳を自分で行っている。体調に合わせた食材の工夫も行っている。食事前の口腔体操にて咀嚼・嚥下機能の維持に努めている。調理する職員の嗜好にならないように注意したい。	献立はその日の雰囲気や利用者の希望、食材等を考慮して立てており、また円形のテーブルに集い職員も同席して、楽しい食事になるよう努めている。料理の過程や盛り付け、下膳、テーブル拭き等々、体調や体力に合わせ、可能な方にお手伝いをお願いしている。	
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	献立表を確認に担当職員が栄養バランスや入居者さんの状態をみて食事の用意を行う。また入居者に合わせた食事量の調整、糖尿病も方にも配慮。水分量は十分に確保出来るよう日頃から配慮している。		
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	毎食後の口腔ケアと週1回または必要時のポリドント実施。舌の衛生保持の実施。ターミナルケアの入居者には特に口腔内の衛生に配慮。口腔ケアについての研修参加。		
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	「最後までトイレで排泄」を心がけている。ADL的に難しい(立位不可)場合は職員2名にて支援を継続している。介護記録または排便チェック表を活用し排便・排尿パターンを一人一人把握に努めている。また自分で衛生面の配慮が出来る方には尿パット等が取りやすい位置に置いて対応。	最後までトイレで排泄、を基本として取り組み、立位不能な場合は複数で対応している。また一人ひとりの排泄パターンや排泄の仕草、サインを共有し、自然な排泄となるように支援に努めている。	
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	下剤に頼らない排便支援に努めている。(運動や食事のみで便秘の対応、現在下剤使用者はいない)		
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	1日置きに入浴を実施。入浴剤等を使用し入浴を楽しめるよう支援を行っている。体調や入居者の希望やタイミングによって入浴が難しいケースは、時間帯をずらしたり対応する職員を変更し入浴を行っている。またトイレと同様にADL的に困難な方は職員2名にて入浴を支援している。	二日に一度、お風呂にお湯を張り、入浴できる様に努め、拒否者には無理強いすることなく、時間や介護者に変化をつけて対応し、入浴剤やお喋り等でお風呂になるよう支援している。	
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	布団やベット等、本人が利用しやすいもの、馴染みの物を使用している。布団干しや洗濯を定期的に行う。殆どの入居者が午睡を30分程度行う。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	臨時薬の内服は介護記録に記録に記入。服薬情報（作用・副作用）を作成し職員は薬の目的や用法の理解に努めている。配薬ミスの防止徹底を実施。（配薬時に名前を呼び確認することによりミスなく、薬ポケットの利用、また薬の多い入居者へは朝・夕で色分けを行いミスを防止する。）		
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	食事の手伝いや、裁縫の得意な方にはフキン縫いや、文字を書くのが得意な方には手紙や習字、昔ピアノが弾けた方にはキーボード演奏など趣味を生かした役割を持ち楽しみながら過ごせるよう支援している。		
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。また、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	車椅子での乗車が可能な車両がありADLにより個別に対応が可能である。 自立出来る入居者さんには職員が見守り、自分で出掛ける方には声かけている。天気のいい日には入居者同士で散歩を楽しんだり、家族の協力にて毎週自宅へ外出される方が居る。 今年度は「ふるさと訪問ドライブ」を実施した。	花見や紅葉狩り等の定期的外出以外にも、気軽に近所を散歩できるように努め、特に天候に恵まれれば一日に何度も出かけ、散歩や外気浴が日常的に行われており、閉じこもらない介護に取り組んでいる。	
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	個人で財布を所持している入居者は1名。現在の入居者のIADL状態では金銭管理できる方がいない。		
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	電話や葉書や手紙で入居者と家族との関係を密にするよう支援している。毎月家族より電話があり話される入居者もいる。家族への年賀状作成、字が上手くかけない等、困難な場合は職員が支援し自ら書くようにしている。また、近況がわかるような写真の送付も行っている。		
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	ホールは吹き抜けで天井が高く明るく開放感がある。季節ごとの行事（ひな祭り、クリスマス等）に合った飾りを付け、季節感がわくように工夫している。季節の花や観葉植物を置き癒やし効果をだしている。天候にもよるが外気浴を出来るだけ行っている。また近隣住民から寄贈されたベンチで外気浴・森林浴を楽しんでいる。	居間は吹き抜けとなっており、高い天井で採光に満ち、開放的な空間となっている。また円形のテーブルがいくつか置かれ、数人が集まったり、一人二人で寛いだりと、また季節感溢れた花や装飾が見られ、ゆっくりと過ごせる工夫が感じられる。	
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	居室で過ごす入居者がいなく、ホールにソファとテレビがあるので入居者が日中集まる。気の合った者どうし座れるよう配慮している。		
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	入所時、家族と話し合い、今までご本人が使用していた物、馴染みの物を持ち込むように勧めている。また居室に家族との写真を貼っている。	居室は、使い慣れた家財や小物類が置かれ、壁には家族の写真等も見られ、落ち着いた居心地の良い自分の部屋となっている。	
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」や「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	腰掛ベンチ、手すり、エレベーター等を設置、車椅子でも楽に通れるようスロープを設置している。また夜間等居室での転倒事故防止のためタンスやベッドの位置を工夫して事故防止に努めている。		