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	3597820012		
法人名	社会福祉法人 阿武福祉会		
事業所名	ひだまりの里 グループホーム		
所在地	山口県阿武郡阿武町宇田2251番地		
自己評価作成日	平成28年6月24日	評価結果市町受理日	平成28年12月14日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度ホームページで閲覧してください。

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク		
所在地	山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内		
訪問調査日	平成28年7月27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)】

・利用者本人主体でのケアを支援し、生活暦を活かしてホームでも「これまでの生活」が継続で出来るように支援に取り組んでいる。・学校跡地であることから、地域への行事も参加しやすい現状があり、また地域からもボランティア活動などはもとより、協力が得やすい環境にある。そのことが利用者々と地域の繋がりを継続することにつながっている。・学校跡地であることから、広々としたスペースが確保されており、利用者も職員もゆったりとした気持ちで暮らしを続けること・支えることができる。

【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)】

利用者の日々の暮らしの様子や言葉、エピソードなどを日常ケース記録に記録され、全ての職員が確認できるよう日中日誌や夜間日誌にまとめて共有され、利用者の思いや意向の把握に努めておられます。利用者のその人らしさを実現されるために家族の協力を得て「外出企画予定表」を作成され、一時帰宅(2時間程度)をされて、昔の書道教室の生徒や近所の人達との交流を楽しまれる支援をしておられる他、家族の協力を得られて、外食や買い物、葡萄狩りや魚釣り、墓参り、馴染みの美容院の利用など、家族と共に利用者を支えていくための支援に取り組まれています。地元の婦人会と認知症の勉強会や日常生活ボランティアなどで定期的に交流を重ねておられ、今年度は婦人会との緊急時連絡網を作成されて、夜間想定訓練時に婦人会の協力を得られ、通報や見守りの訓練を実施しておられるなど、災害時の協力体制の構築に向けて取り組まれています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～56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	
57	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:24. 25. 26)	○	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	64	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:10. 11. 20)	○	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
58	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:19. 39)	○	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	65	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. 21)	○	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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○	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	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:5)	○	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
60	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:38. 39)	○	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	職員は、生き活きと働けている (参考項目:12. 13)	○	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
61	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:50)	○	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
62	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:31. 32)	○	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	69	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
63	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:29)	○	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

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	独自の基本方針の元に3つのケア方針を開設時に職員間で話し合い事業所内に掲示している。課題が生じた際には月1回のケア会議等で職員間で「理念」を再認識し合いケアの実践に繋げている。例えば「精神疾患」があるケースの場合は、それら関連しておきる事柄を特別視するのではなく「疾患を含めてその人である」という受け止め方をし日常のケアを対応しようと試みている。	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、事業所内に掲示している。月1回のケア会議やカンファレンス時で話し合っ確認をし、理念を共有して実践につなげている。	
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	・地域行事の参加(ふれあい祭り11月・スポーツ大会10月・地区別敬老大会9月・地区運動会10月・花火大会8月・さんさんふるさと祭り11月・芸能大会4月) 地域のボランティア:つくし会(8月・11月・2月・5月と年4回の傾聴ボランティア、清掃作業5月) 婦人会(12月ミニクリスマス会・5月春のコーラス・6月・7月・8月と年3回の認知症勉強会・月4回から6回の日常生活ボランティア活動) 同法人行事への参加(光と恵の里盆踊り大会9月・光と恵の里祭り6月に参加して利用者と一緒に模擬店(ゲームコーナー・クッキー販売・里で収穫された野菜の販売・利用者の作品展示など) 日常生活ではデイサービスの利用者との交流や近所散歩や一時帰宅による対応・または面会時はゆっくり話せるようにと交流室や自室でお茶を提供して対応している。	地域のふれあい祭り、町のスポーツ大会や花火大会、地元の敬老会、地区の運動会、ふるさと祭り、芸能大会に利用者と職員と一緒に出かけ地域の人と交流している。法人の盆踊り大会に参加している他、法人の行事(光と恵の里祭り)に利用者の作品を展示したり、利用者と職員と一緒にクッキーなどを販売して地域の人や子ども達と交流している。婦人会のコーラスとクリスマス会の開催、地元のボランティアによる傾聴(年4回)、清掃活動(年2回)、日常生活介助ボランティア(月4～6回)の来訪があり、交流している。施設内のデイサービス利用者と交流している。散歩時に地域の人と挨拶を交わしたり、魚やワカメ、野菜の差し入れがあるなど、日常的に交流している。	
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	平成23年度より宇田婦人会の要望を受け認知症勉強会を年3回実施。時には利用者も一緒に参加してお茶や食事を一緒にしている。その中で地域の中での認知症に関する相談を受けたりする。入所相談を含めて施設見学等も2件あり。また「光と恵の里祭り」ではひだまりの里を写真や作品などの展示によって地域へ向けてグループホームとは?という内容をより身近にわかり易く発信している。		

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
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。	管理者より「外部評価」について4月から5月に月1回の集まりで説明する。各項目ごとに全職員で話し合い検討している。前回の外部評価後に月会議で目標達成計画を作成し「改善」に向けて取り組んでいる。例えば月一度の会議でのバイタル測定の実技実施など。	管理者は評価の意義について説明し、自己評価をするための書類を全職員に配布して、4月と5月の月1回の集まり時に全職員と話し合い、管理者がまとめている。前回の評価結果を受けて、目標達成計画を立て、利用者一人ひとりのバイタル測定の実践や事業所の緊急時の連絡網への婦人会員(5人)の加入、火災時の避難訓練での見守りの協力など、改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○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6回開催。「現状報告や活動報告・年間行事・年間目標など」をはじめとして「地域との防災訓練の実施」「PTによる実技講座」「ボランティア活動の取り組み」「皆様の要望から」「新年会」などの内容で実施。いただいたご意見を記録して参加できなかったご家族へも送付している。今年度はそれぞれ職員が受け持ちを持つようにとし職員の意識向上も図っている。またご意見を多数いただけるようこと書面での工夫を検討している。	会議を年6回開催している。現状報告や活動報告、外部評価結果の報告を行い、年間計画(年間目標、地域との防災訓練、終末ケア、転倒の勉強会、ボランティアの活動等)について、話し合っている。職員が交代で議事録を作成して、議事録を家族に送付しているなど、サービス向上に活かすように努めている。	
6	(5)	○市町との連携 市町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	役場職員・地域包括センター職員などの「運営推進会議」への参加、また、合同防災訓練などの参加を頂き、その際や、またはこちらから役場に伺った際に利用者・施設環境面・地域との関連など)現状について報告や相談を行っている。地域性もあり大変細やかに対応を受けている現状である。また月1回の「地域連携会議」へ参加して互いに意見や情報を交換している。	町担当者とは運営推進会議時や防災訓練時に相談や情報交換をしている他、出向いて相談や地域との連携について情報交換をするなど、協力関係を築いている。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時や地域連絡会議参加時に相談や情報交換をして連携している。	

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
7	(6)	○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	マニュアルあり。年2回(11月・5月)委員長を主に「勉強会」を行い。全職員が参加し拘束のないケアを意識して取り組んでいる。特に11月の勉強会では「馴れ合いの言葉使いや態度」の見直しを図りみなで話し合った。その結果日頃よりより一層注意を図ることに繋がった。5月ではテレビで報道された「施設転落死」の新聞記事を元にみなで話し合い、職員間で「情報を共有すること」の大事さを再確認した。当施設内に施錠はなく、夜間不眠時も「話を聞く」などの支援を行い委員長や管理者により日常的にも昼食後の休憩時間を話し合いに有効に使い情報の共有化や意識付けなどを図っている。	身体拘束マニュアルがあり、年2回身体拘束委員長が中心となって研修を実施し、職員が理解して、抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関には施錠せず、外に出たい利用者には職員と一緒に出かけたり、見守りの工夫をしている。スピーチロックについては、管理者が指導している他、職員間でも注意し合っている。	
8		○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	マニュアルあり。年2回委員長を中止に見直しを含めて勉強会を開催している。(11月と5月)		
9		○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	新任研修で「権利擁護」について必修として研修あり。また対応を必要時とする場合には、「町役場」「苑長」との連携を図って対応を図ることとしている。		
10		○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	入所時に「利用者契約書」「重要事項説明書」を用いて、管理者よりご家族へ説明を行い理解をいただいた上で、氏名記入と捺印をいただいている		

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
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	相談・苦情受付体制の説明を、入所時に説明を行い里内にその内容を掲示している。入所時には、必ず「ご意見・要望」をお尋ねして、ケアプラン作成時にも、都度必ずお尋ねしている。面会時や、遠方におられるご家族に対しては電話などで対応したり、ご家族とのケアプラン会議や運営推進会議の場などで対応する。この1年間、苦情としては受けてはいないが、相談等は管理者が対応し、その旨を月1回の会議で全職員に周知している。	契約時に相談や苦情の受付体制、第三者委員、処理手続きについて家族に説明している。面会時や運営推進会議時、議事録送付時、ケアプラン作成時、電話等で、家族から意見や要望を聞く機会を設けている。利用者や家族の意見や要望には、その都度対応している。	
12	(8)	○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	月1回の集まりで、管理者より職員の「意見・要望」を聞いている。今年度4月より、さらに職員の1名増員へと繋がっている。また職員の提案により「利用者の一時帰宅」の計画実行している。またさらには来年度に向けての「光と恵の里祭り」での案が出ている。	月1回のグループホームの「定期集まり」時で職員の意見や要望を聞く機会も受けている他、日常業務の中でも聞いている。パソコンの購入や職員の増員の提案などを反映させている。	
13		○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	年度初めの「自己啓発」の勉強会で、昨年度の自分自身を振り返った上で、気持ちを新たに今年度の自己目標を持ち、3月の集まりで自己や他者の評価を行っている。日々の支援の中でも利用者と一緒に一日のスケジュールを立てて対応していく中、いかに利用者の思いを引き出す事が出来るかと言う事は職員としてもやりがいがあることである。		

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
14	(9)	○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	外部研修(緊急時の介護・宇田地区会議研修会・老人福祉新任研修会)への参加。内部研修会(外部より講師以来→口腔内ケア研修・骨粗しょう症とは?転倒予防の運動)への参加・一つ屋根のした勉強会で「口腔ケアに携わる人の歯磨きのスキルアップ;支援研修会・車椅子のシーティングへの参加。内部研修会として(自己啓発2回・身体拘束2回・感染症2回・事故防止2回・緊急時の対応実技研修2回・施設の消防対応について)を実施。外部研修などについては参加した職員より、月1回の会議で復命を行う。参加者が講師となり、または内部研修においても職員一人ひとりが講師となることで互いに学ぶ場を設けている。新任職員は管理者や先輩職員が指導して、日々働きながら学べるようにしている。	外部研修は、職員に情報を伝え、希望や段階に応じて勤務の一環として参加の機会を提供している。受講後は復命をし、資料はコピーして配布している他、閲覧出来るようにしている。緊急時の介護、口腔ケア支援者研修、地域連携等の研修に参加している。法人研修は、口腔ケア、車椅子のシーティング等に参加して、受講後は復命報告をしている。内部研修は年間計画を作成し、月1回職員が交代で講師を務め、身体拘束、転倒、ノロウイルス、緊急時の実技などのテーマで実施している。新任職員は法人研修で権利擁護や接遇を学んだ後、日常業務の中で先輩職員について介護技術等を働きながら学べるように支援している。	
15		○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	外部研修・町役場と阿武福祉会との合同研修会等を開催して取り組んでいる。又整形外科の医師や理学療法士や看護師との合同研修等での交流や精神科の職員との意見交換で交流あり		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	入所前にご本人・ご家族に必ず面談してお話しを聞き要望をお尋ねしている。事前にお話しを聞く事で少しでも様々な不安を軽減して頂けるように対応している。		
17		○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	ご本人とご家族、又は職員、それぞれの良い関係の構築が、より良い支援に繋がると考えて、それぞれの言葉に耳を傾けている。現在ご家族は入所を強く希望されていたが、ご本人は真に納得されておらず帰宅願望が強いケースに於いてはご家族とご本人の双方の意見を常にお尋ねしながら対応した結果、この5月より「一時帰宅」を計画・実施する事で、ご本人も納得しつつある現状である。又帰宅に当ってご家族のご協力もあり。		

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
18		○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	入所前にご本人・ご家族の要望をお尋ねし記録する。入所後に都度必定時には(状態変化・プラン更新時等)必要に合わせて双方にお尋ねし、プランに反映させている。他サービス利用についても必要とされた場合には役場と包括センター等との連携を図ることとしている。		
19		○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	常に尊敬に気持ちを忘れずに、共に生活を送る人として、家族にはなれないが近い存在に慣れるように関係を構築し支援を図っている。入所に気がすすなかった利用者においては、その気持ちに寄り添い、その結果ご家族のご協力を得て「一時帰宅」・「畑の為の帰宅」等を実施している。その結果「家に帰れないのではない」と言う思いが利用者さんにわき「ここにきてよかった」と言う言葉が聞かれ始めている。		
20		○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	遠方のご家族が多い為、ご本人とご家族との絆を第一に考えて対応している。面会時や電話連絡等を活用して「現状報告」を行っている。結果身近なご親戚等のご協力などご家族のご協力を得てきている。		
21	(10)	○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	入所の際にご本人やご家族からの情報を頂く等馴染みとされる物をまず知ることから始める。例えば「書道」である方にはこれまで使ってこられた道具の持参をご家族へお願いしてホームで使われている。作品は同法人のお祭りで展示させてもらっている。また「書道教室」での生徒さんとは自宅に戻った際に交流を図るなどの場面を提供してきたことで、生徒さんからの面会やお手紙をいただくようになってきている。「農業」をされていた方は道具を持参されて里の畑で使用されている。また「墓参り」「美容院」「買い物」「誕生日祝い」等をご家族のご協力も得て実施している。	家族の面会、親戚の人や孫、甥、姉妹、近所の人や友人の来訪がある他、年賀状や手紙、電話での交流の支援をしている。地元の敬老会への出席、一時帰宅時の書道教室の元生徒との交流などの他、家族の協力を得ての買い物、外食、外出(葡萄狩り、鮎つりなど)、墓参り、馴染みの美容院の利用、誕生日祝いなど、馴染みの人や場との関係継続の支援をしている。	

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		○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	個々の性格と心身状態の全てを含めて「その人」をして理解して、集団生活を共にする仲間として互いに暮らしを支え合い・楽しむように職員が時には間に入り支援している。		
23		○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	医療が主となり、ご家族の希望で「療養型」に転移されたケースがあるが、先方施設へ必要な情報等を提供。半年経過した現在も、ご家族と町内でお会いする事があるが「良い選択であったと思う。あの時に良く話をきかせてもらって良かった」と言われ現状報告もお話あり。又亡くなられて1年が経過したご家族には今現在も「衣服」等の寄付を頂いている。		
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					
24	(11)	○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	入所時にご本人の希望・ご家族の希望を聞き記録する。その後は、プラン更新など必要に合わせて都度希望をお尋ねして、これらをもとに「その人らしい」暮らしを支える事が出来るように支援している。認知症などにより聞きとりが困難なケースはご家族はもとより、地域の情報や日々の里での暮らしの中、またアセスメントを活用して職員間での話し合いのもと、本人主体で検討している。	入居時のアセスメントの活用や、日常の関わりの中での暮らしの様子や本人の言葉、エピソードなどを日常ケース記録に記録して、すべての職員が確認できるよう日中日誌、夜間日誌にまとめて共有し、思いや意向の把握に努めている。その人らしさを実現するために、家族の協力を得て「外出企画予定表」を作成して一時帰宅(2時間程度)を行っている。困難な場合は職員間で話し合い、本人本位に検討している。	
25		○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	これまでのサービス利用の把握は、ご家族やご本人。包括支援センターあるいは地域連携会議等で把握に努めている。生活歴や馴染み等についても同様であり、時には地域の方の情報も参考にさせてもらっている。(面会時・散歩等で得ること)		

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
26		○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	基本理念の中の「今日出来る事が明日出来るとは限らない」「まるごとその人であるとうけとめて」等を基に、例えば、個々の心身状態に合わせて日々の暮らしの中で掃除・洗濯(たたみ・干し→個人の場合・共同の場合)・食器拭き・畑・趣味等を含めて、自分が楽しく出来る事を探しだしそれが継続できるように支援している。一日の行動なども10時のお茶の時間を活用し、自分のしたい事を言える場を提供し決定している。		
27	(12)	○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	介護計画は、まずは担当者が要望等を重視した上でアセスメント表を活用して情報を収集して作成案を出す。それを全職員で検討する。ケアマネ・担当者・看護師・参加可能であればご家族・ご本人が会議に参加して「介護計画書」を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行い6ヶ月後に見直しを行う。本人の状態変化時等必要時は都度検討して見直しを行っている。	計画作成担当者と利用者を担当する職員を中心に、月1回カンファレンスを開催し、本人、家族の意向、主治医や看護師、職員の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月毎に見直しをしている他、利用者の状態の変化や要望に応じて、その都度見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。	
28		○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	日誌(日中・夜間)・ホーム独自のケアプラン・プラン経過表・ケース記録・看護日誌・緊急時対応記録等の記録を日々付けている。それを月1度の集まりで必要に応じて利用者の支援に反映できるようにしている。		
29		○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	利用者の心身状態の変化に合わせて、各職種が連携を図り話し合いや勉強会の場を持ち意見を交換して利用者の支援に反映できるように取り組んでいる		

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
30		○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	例えば、本人が散歩で一人で出かけた時には「漁協」より電話連絡があり。地域の中でも入所当初は「徘徊されたら危ない」という意見もあったが最近では、「徘徊ではない散歩しているんだね」という優しい思いで見守りが始まってきている。また「駐在所」においては、4月にお話をしたり運営推進会議や防災訓練などに参加していただけるなか、利用者さんを覚えてもらえるように也さまざまな面において協力をいただいている。		
31	(13)	○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	もとからかかりつけ医であったケースが多いが、ご家族の同意を得て、事業所の医療機関をかかりつけ医として、緊急時の対応や健康診断を含む、定期的な受診に対応している。その結果については電話や面会時等でご家族へ報告している。現在他科に於いては眼科が2件・耳鼻科が1件・皮膚科が1件・精神科が1件と定期的にご家族（遠方はホーム対応あり）のご協力で受診している。また、多科であることからホームとは看護師から電話連絡を病院に行ったり、時には受診につき添わせてもらうなどで互いに情報を交換するなど連携を図っている。	協力医療機関をかかりつけ医とし、年1回の健康診断と月1回の定期受診がある。他科受診は家族の協力を得て受診の支援をしている。受診情報は看護師が電話で医師に連絡している他、付き添うこともある。受診結果は電話や面会時に家族に伝えている。職員間では日中日誌や薬ファイルで受診結果を共有している。緊急時や夜間は協力医療機関と連携を図り、適切な医療を受けられるよう支援している。	
32		○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	職員は日々の記録の中で、医療に関する事は日誌上で赤字で記録。又看護師に報告する。その後の対応・指示事項も赤字で分かりやすいように記録する。緊急時には「緊急対応実施記録」へ記録している。日々の暮らしの中で利用者のちょっとした変化に気づく事が出来るように表情等の変化を見逃さないようにしている。個々のバイタルを把握して食事の摂取量等にも注意を行い、必要時には看護師と管理者での検討でかかりつけ医（看護師含む）との相談の上、ご家族の希望をお尋ねした上で受診を行っている。		

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
33		○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。	主治医との連携を図り、ご家族の意見を尊重しながら、必要時には入院対応を行っている。その際ご家族へ連絡して入院手続き対応等を行ってもらう。入院中は主治医・看護師・ケアマネとの連携を図りながら、それを記録して退院後の支援に検討する。		
34	(14)	○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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時管理者から、ご家族あるいはご本人へ終末についての意向を伺っている。殆どのご家族が「里での最後をお願いしたい、延命は望まない」と答えられるか、「今は考えられない」と答えられる。これまで、終末ケアを1件おこなってきた。現在は1件支援中である。遠方のご家族であることから電話で現状を報告させて頂いている。時にはご家族より電話もあり。主治医の意見等も含めて里で出来る範囲のケアについてお話しをした上で、都度ご家族へ「今の気持ち」をお尋ねしている。又近所の方の面会や、親戚の面会など、最期の時のご家族の対応についてなど、ご家族からのご協力も得ている。	契約時に事業所のできる対応について家族に説明している。実際に重度化した場合は、本人や家族の意向をふまえて、早い段階から主治医、看護師、利用者を担当している職員等で医療機関や他施設への移設、看取りについて話し合い、方針をきめて共有して支援に取り組んでいる。	
35	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。	事故発生時は、緊急対応の後にヒヤリハット・緊急対応実施記録、必要に応じては事故報告書へ記録する。月1度の集まりの際に委員長が主となり事故防止に向けて話し合っている。年2回委員長が主となり勉強会を実施。又看護師による実技の緊急時勉強会を年2回実施。AED講習については、全職員受講済み。前回の外部評価のアドバイスのより月1回の集まりの前にバイタル測定を実施している。実際に事例については、「転倒」があり、実務1年の職員の対応であったが、勉強会などの訓練を活かしてまずは落ち着くことを前提に利用者の安全を優先し、現状把握に努めたとのことであった。後日、全職員で話し合い、「転倒を防ぐためには？」「転倒時の処置」などについて話し合った。どのような場面でも職員が落ち着いて行動する事が大切であると考えている。	事例が生じた場合は、ヒヤリハット、事故報告書にその日の職員間で話し合っただけで対応策を記録し、朝礼時に共有している。緊急対応実施記録で経過確認をしている他、予想ヒヤリハットで再発防止に取り組むとともに、必要があれば月1回の定期集まり時に検討して事故防止に取り組んでいる。事故発生時に備えて熱中症予防、転倒、ノロウイルス、危険予防トレーニング、バイタル測定、看護師による年2回の緊急時の勉強会の実施などで、実践力を身につけるよう取り組んでいる。	・全職員による応急手当や初期対応の訓練の継続

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
36	(16)	○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	火災訓練(日中想定11月・夜間想定8月・3月実施。内8月は宇田婦人会の皆さんと電話連絡を含めて合同実施)土砂訓練(6月役場と同法人で合同実施)宇田婦人会の皆さんより利用者さんの状況を把握する為に日頃から関わりを持ちたいと日常ボランティアの開始がここからはじまった。今後も地域の協力をのんだん会等で求めて行きたいと考える。	年3回(昼間想定1回、夜間想定2回)、避難通報訓練を実施している。今年度は、婦人会との緊急連絡網を使って、連絡、避難誘導や見守りの協力を得ての訓練をしている。町役場と法人合同での土砂災害訓練を実施し、駐在所の参加がある。	・地域との災害時対策についての取り組みの継続
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
37	(17)	○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	新任時に、法人より「接遇研修」で、人格の尊重とプライバシーの保護について学んでいる。自己啓発勉強会に於いて、自身の介護が適切であったか?ということ振り返ることからも、人格尊重を重んじる機会となっている。また身体拘束の勉強会においても同様である機会があり。日々のケアの中でも、管理者やケアリーダーが主となり指導している。	新人職員は法人の接遇研修を受講している。日常業務の中で確認し合い、職員は理解して、一人ひとりの人格の尊重と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。不適切な対応に対しては管理者が指導している。個人情報取り扱いに注意し、守秘義務について遵守している。	
38		○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	日常的な例えば衣服を着替える場面でも、本人が選びやすいようにと、個々の心身状態にあった選択方法をでの支援を行っている。担当者が主となり一人ひとりの希望を把握して、日常的にも自らが選んだり決定できるように支援に取り組んでいる。例えば「今日今から何をします? (ホーム内のスケジュールは特になし)」をお茶の時間を活用して「私は体操がしたい」「散歩がいい」「何もしたくない」等～9人で話し合い個別であったり、全体で会ったりと皆で決定している。		
39		○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	日常生活の中では、利用者がどのように1日を過ごすのかを10時のお茶の時間や昼食後のくつろぎの時間を使って尋ねている。職員が日程を決めるのではなく、利用者が決定できるように取り組んでいる。ホームという集団生活ではあるが、本が読みたい方は本を読み、体操をしたい方は体操を行い、手作業が言い方は手作業をされるといったそれぞれに好きな時間を過ごしている。勿論時には全員での行動もある。		

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
40		○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	モーニングケア等、時間がかかっても「待つ介護」を実践している。現在、利用者は全員が女性であり「お洒落」を個別に合わせて楽しめるように必要であればご家族の協力(美容院・化粧品の購入・顔剃り等)をえて対応している。「顔を剃りたい」「紙をピンで止めたい」といった利用者からの要望があり、ご家族にお尋ねした所「昔からの習慣であった」と話を聞く。又入所にあたり衣服を用意したのが娘さんであり、「どうしても自分で選んだ服が着たい」と要望があり、ご家族にお話しをして一緒に買物に出かけたり今まで来ていた服を取りに帰られたりしたなどの例があり。		
41	(18)	○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	畑で採れた野菜や、地域やご家族からの差し入れ(魚・ワカメ・野菜等)の食材を使い、三食ホームの台所で早番職員が主となり調理をしている。時には利用者さんの個々の状態に合わせて、野菜を剥いてもらったり、味付けを見てもらったり、下膳、台拭き、食器洗い・食器拭き等を一緒に行っている。職員は同じメニューを一緒に頂く(朝食・夕食は夜勤者)会話をしながら食後はゆっくり過ごすようにして職員も席を立たないようにしている。又一人一人に嗜好等のアンケートを実施している。時にはお弁当を持って出かけたり、「花見」「おせち」「おはぎ」「ケーキ」「誕生会」「新年会」等季節に合わせた食べ物などを提供している。特に誕生会では、本人が希望されたメニューで対応する。差し入れや利用者の希望でメニューが変更になるときもある。	家族や地元の人からの差し入れの野菜や魚、畑で収穫した旬の野菜を使って、利用者の好みや形状の工夫をして、三食とも事業所で食事づくりをしている。利用者は下ごしらえ、味見、下膳、台拭き、食器洗い、食器拭きなどできることを職員と一緒にしている。利用者と職員は、同じテーブルを囲んで会話をしながら同じ物を食べ、食事を楽しんでいる。誕生日には利用者の希望するメニューを用意したり、弁当持参の花見、道の駅での外食、季節の行事食、おやつづくり(ホットケーキ、どら焼き、ゼリーなど)の他、家族の協力を得ての外食など、食事を楽しむことのできる支援をしている。	

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
42		○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	状態に合わせて必要時には食事や水分の摂取量を記録して把握し不足に注意し対応する。食器や形態など個々の状態に合わせて出来るだけ本人が自身で食べられるようにケアをしている。水分をなかなか取ろうとしない方が多く「お茶ではなく「冷水」ならのめることなどの個人の把握に努めたり、10時のお茶の前に「黒砂糖」と一緒に麦茶を1杯つつ提供するなど工夫を行って熱中症予防に努めている。		
43		○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	毎食後に声がけや・見守り・介助などそれぞれにあった対応で口腔ケアを対応している。これまでに歯磨きの習慣がなかった方などがおられるが、拒否がある場合も上手な声がけや時間を置くなどで対応している。12月に「口腔内ケア」で地域の歯医者さんより研修会を受けて、職員の中でも「口の中の手入れ」の重要性も再認識している。		
44	(19)	○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向けた支援を行っている	排泄表でチェックして、それぞれに合った排泄時間を知り、排泄道具・間隔で個別に対応している。排泄は人として大切なことであり生きる力に繋がることと新任時管理者より学び、なおかつ本人にとって「排泄」が負担にならないように対応している。	排泄表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握して、習慣を活かし、声かけの工夫や誘導をして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。	
45		○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	排便チェック表を記録して、看護師と連携を図りながら個別の排便周期を把握している。便秘傾向にある方や本人から訴えがある方などに対しては「朝の冷水」や「食べ物（繊維製品）」「牛乳」「ヨーグルト」「オリゴ糖」などで対応。また昼中の運動（散歩）を促し体を出るだけ動かし水分量にも注意している。		

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
46	(20)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	身体状況に配慮しながら、一人ひとりに希望をたずねて15時～19時の時間で対応している。ゆっくりと入浴を楽しめるように、準備→誘導→脱衣→洗身→着る→誘導→水分補給などの一連を一対一で対応している。時には入浴の拒否があるが、その人にとって上手な声かけを把握して対応。また男性職員から女性職員に代わったりしている。また入浴が難しい方については、清拭・足浴・陰部清拭などで対応している。現在終末期の方に対しては医師や看護師と連携を図りながら基本的には清拭であるが、調子のよいときには、少しでも気分がはれるようにとシャワー浴で対応している。	入浴は毎日、15時から19時までの間可能で、利用者一人ひとりの希望を聞いて、ゆっくりと入浴できるよう支援している。入浴したくない人には無理強いせず、職員の交代や声かけの工夫をするなどの支援をしている。体調に応じてシャワー浴、足浴、清拭など一人ひとりに応じた入浴の支援をしている。	
47		○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	身体状況に合わせて、日中でも昼食後は足を伸ばしての休息時間を取れるように進めている。夜間は特に就寝時間は決めていないが、2時間ごとに巡回して、不眠の方には話をしたり足浴をしたりして眠りがとれるように対応している。また日中の活動を提供したりして「安眠」に繋がるようにと支援している。		
		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	看護師と連携を図り、個々に合わせた服薬介助を行っている。服薬等に関することはケースファイルへ添付し、または、「お薬ファイル」を作成して必要時には、「内容」「副作用」「時間」などをすぐにみれるようにしている。入所時にはかかりつけ医に相談をして「不必要」な薬ははずせるように対応している。		

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
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	個々の性格や生活歴などを生かして、作品作り(習字・絵画・墨絵など)であったり、おしゃべり・読書・花の手入れ・草取り・鯉のえさやり・畑作り・五目並べ・はさみ将棋・カルタ取り・百人一首・体操などの場を提供している。日常においては食器拭き・台拭き・野菜の皮むきなどの台所仕事やホールのモップがけ・庭の掃き掃除・玄関の掃除など。または個人のお部屋の掃除(きれい好きなかた)・洗濯干しやたたみ。おやつの際の他の利用者さんの呼びかけで会ったりと個々に合わせた場面で出来ることを行ってもらっている。また季節に合わせた行事では新年会で演芸を披露してもらうなど。一人ひとりが好きなことを楽しめるように、またこれまで行ってきたことがホームでも継続できるようにと支援に取り組んでいる。	テレビ(時代劇、サスペンスなど)視聴、読書、作品づくり(習字、絵画、墨絵)、野菜づくり、花の手入れ、部屋の掃除、モップ掛け、玄関の掃除、食事の下ごしらえ、台拭き、食器拭き、洗濯物干し、洗濯物たたみ、体操、五目並べ、はさみ将棋、カルタ取り、百人一首、新年会などの季節行事、ボランティアによる傾聴やコーラスミニコンサート、敬老会など、利用者の趣味や得意なことを活かして、活躍できる場面づくりや楽しみごと、気分転換等の支援をして、張り合いや喜びのある日々が過ごせるように支援している。	
50	(22)	○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	日常的には、地域の協力の下、見守りで本人が散歩を楽しめるような環境がある。「徘徊」であっても、それが「散歩」であるという理解ある見守りもあり、ともに歩きホームへ一緒に戻ってこられる。(近所の方や駐在所お店の方など)。またご家族の協力を得られる場合は、「墓参り」「買い物」「美容院」「ぶどう狩り」「鮎つり」「畑の手入れ」「法事」など本人がこれまで行ってこられたことを継続できるように対応している。ホームでは日頃の散歩や買い物・自宅帰宅・誕生日での希望地(外食・ドライブ)などのドライブのほか、土曜日を主に活用して1週間に1度は大きなお出かけ(地域の行事参加;福賀こいのぼり・道の駅祭り・菖蒲や桜などのお祭り・萩夏みかん祭りなど)を行い気分転換が図れるように対応している。時にはテレビの(地域チャンネル)情報を見て利用者から「ここに行ってみよう」という言葉で出かける場所を決定することもある。	地域の人の協力を得ての周辺の散歩や買い物、松陰神社や八幡宮への初詣、地区の運動会、鯉のぼり祭り、夏みかん祭り、道の駅祭り、ふるさと祭り、町のスポーツ大会、花火大会、地元の敬老会、ふれあいまつり、芸能大会、法人の盆踊り大会や光と恵の里まつり、自宅への一時帰宅、誕生日の外食、ドライブなどの他、家族の協力を得ての外出、外食、葡萄狩り、鮎つり、畑の手入れでの一時帰宅、馴染みの美容院の利用、墓参り、法事への出席など、戸外に出かけられるよう支援している。	

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
51		○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	主には、ご家族が管理されている方が多い。中には「お小遣い程度」を持っておられる方が1名おられる。買い物時使われたり。ホーム内では自販機で好きなジュースを買っておられる。また、ご家族からお金を預かっているが、自身が管理することが難しい方は(3名あり)ホームの金庫でお預かりをして、使用状況をご家族へ報告している。お金を預かっていない場合の「買い物」については、ご家族の納得の元、事業所で一時立て替えて後に利用料とともに使用用途説明とともに請求を行っている。		
52		○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	年1回～2回広報と一緒に現状報告(自筆は可能な方は自筆で対応)をおこなっている。5月送付済み。ご家族や親戚の方からの手紙や小包が届いた場合は、お礼の手紙を本人が書き一緒に郵便局へ投函している。電話で対応する場合もあり。「年賀状」は、ホームと、自筆での記入が難しくなっている方が多いが1字でもと昨年12月は自筆のものを送っている。		
53	(23)	○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	共有スペースのホールには天井が高く、圧迫感がないようなつくりで広々としている。ソファや籐の椅子を置き、学校がこれまでに使っていた物を本棚にして使用したり飾り棚として使用している。畳の間もあり冬にはコタツを出して休みやすいようにしている。天候に合わせて空調のほか天井のプロペラを使用して温度を調節している。また、利用者さんが作成した作品を展示したり、季節の花を飾ったりして季節感を感じることが出来るように対応している。食堂や玄関など学校が使用していたものを活用するなど親しみやすさに工夫し、利用者が居心地浴暮らせるように工夫している。	玄関ホールの天井は高く、季節の花が活けてあり、窓越しに周囲の山や庭が見える。共用空間の壁には利用者の折り紙や習字の作品や絵画を飾っている。畳の間があり、ソファを配置して、利用者がくつろげる場所となっている。台所の傍に食卓があり、利用者が食事の支度がしやすい工夫をしている。温度や湿度、換気に配慮して、利用者が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	

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
54		○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	現在入所されている皆さんは、ホーム内のソファであったり。ホールの際の椅子であったり、本棚の前であったり、自販機の前であった、畑であったり。もちろんお部屋であったりと、それぞれに好きな場所を見つけ、時には気のあった方と一緒に過ごされている。人によっては「一人の時間」が好きな方もおられそれはそれで尊重している。が、孤独にならないように職員が間に入ったりして対応している。		
55	(24)	○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	入所前に、ご本人・ご家族へ、安心してこれまでの家での暮らしが継続できる為にもと「馴染みの品も持ち込み」をお話して進めている。現在入所されている方は、「配偶者のお位牌」「枕や布団などの寝具」「筆筒」「写経をされてきた机」「椅子」「時計」「写真」「お花」「使い慣れた大型テレビ」「読み続けている本」「習字の道具」「好きな服」を持ってこられて自分の思う場所に置かれておられる。畑の道具に関しては畑のストックハウスへ保管して必要時本人に使用してもらっている。	テーブル、ダンス、本棚、テレビ、寝具、位牌、写経机、人形、本、習字の道具、時計、椅子など使い慣れた者を持ち込み、家族の写真、孫やひ孫の写真、行事の写真、カレンダー、習字の作品を飾って本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
56		○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	校舎跡地であるが、設計の段階で介護者の意見を導入してもらっている。また開設後は、町役場より網戸の設置・ベランダの手すり・スロープ・ホール内の仕切りなど、職員の意見を聞かれ対応してもらっている。事業所としては畑の水遣りの為のホースの設備・個別に利用者のお部屋の見直し(目の不自由な方への「角対応」を行うことで一人で部屋の中を自由に歩けるように対応など)また洗濯物を自身の部屋に干すために身体にあわせた「竿」を部屋に設置などを行っている。		

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

2. 目標達成計画

事業所名 阿武町地域交流 高齢者複合施設
ひだまりの里 グループホーム

作成日: 平成 28 年 12 月 7 日

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	全職員が様々な場面に於いて事故防止を認識したケアに努める事ができる。又、『応急手当』『初期手当』等の実践力を身につける事で、安全・安心のあるケアに繋げることができる。	全職員が、様々な場面に於いて「応急手当」「初期手当」の実践力を身につけて、現場におき、活かす事が出来る。	定期的に訓練を、計画・実施する。 1. 月1回の職員会議での30分のバイタル等の測定の実施を継続する 2. 実技訓練 ・看護師による実技訓練→年2回 ・協力機関(主任看護師・PTなど)による訓練を受ける→年1~2回 ※事故防止委員会より、検討により必要時はプラン化移行の推進を図り職員の認識を高める(月会議で委員長より検討を図る)	12ヶ月
2	35	様々な災害に対して、その対応を職員が訓練を通じて身につける事が出来るようにする。(利用者と共に訓練実施)又災害に対する地域の理解の必要性を少しずつ認識していただけるように訓練・話し合い等を通じて協力体制を整える	地域との協力体制を築く	1. 地域との防災訓練の実施と継続 2. 地域との緊急連絡網の作成の継続 3. 運営推進会議の中での、防災計画の取り組みの実施	12ヶ月
3					
4					
5					

注1)項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2)項目数が足りない場合は、行を追加すること。