

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	4271102297		
法人名	有限会社スローライフ・プランニング		
事業所名	グループホーム ぎんなん (ユニット:ありがとう)		
所在地	長崎県西海市西彼町下岳郷733番地1		
自己評価作成日	平成29年7月24日	評価結果確定日	平成29年10月31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.wam.go.jp/wamapp/hyoka/003hyoka/hyokekka_nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=4271102297&SVC=00010966&JN=00&OC=01
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 医療福祉評価センター		
所在地	長崎市弁天町14番12号		
訪問調査日	平成29年8月9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)】

利用者の方と共に物づくりを行い、壁や玄関周りを飾る事で皆さんに気持ち良く笑顔で過ごして頂けるよう工夫している。ユニットの年間目標として野菜栽培計画を立て、畑を作る事から始め、草刈り、苗植え等、利用者の方と共に季節の野菜作りに取り組んでいる。利用者の方の経験、知恵を借りながら、野菜の日々の成長と一緒に共有し、ホームでの生活を楽しく頂けるよう新しいことにチャレンジしています。経験の浅いスタッフが多いが、発想が豊かで、新たな計画を立て実践と迅速に取り組めるスタッフの協体制が強みである。利用者お一人お一人の生活スタイルを尊重し、ターミナルケアに入っている方がある銘柄のカステラを食べたいとの要望が有り、ご家族・スタッフ・管理者・医療機関など含め体制を整えており、お一人の方の想いなどを事業所全体で支えられるようケアを行っている。

【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)】

運営推進会議に多彩なメンバーが参加し、意見を出し合って、様々な問題点の解決を模索している。これが多種職との顔の見える継続的な連携に繋がっている。「ケアプラン立ち上げシート」に沿って、全スタッフで意見やアイデアを出し合い介護計画を検討し、具体的な支援内容を話し合っていることが、統一されたケアに繋がっている。共用空間の中でも一人ひとりが居心地よく過ごせるようにソファや椅子の配置を工夫して、利用者が安心して暮らせるようにスタッフ間で検討している。スタッフのアイデアで、身近な素材を用いて利用者と共に季節感のある共用空間を作り上げ、暮らしの場を整えている。理念は、常に立ち戻るべき根本的な考えであるとの信念に基づき、日々のケアを実践している今後が期待される施設である。

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、活き活きと働いている (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	認知症の人が地域で安心して自分の力を発揮しながら生活する為に、理念は重要と考える。ミーティングやカンファレンス等、常に確認し、共有している。新人スタッフにもOJTで伝えているが、まだまだ理解できてないところもあると考える。今後も理念をチームで共有し、お年寄りの幸せを考えながらケアの実践を行っていきたい。	理念は、「運営や支援を提供する上で常に立ち戻るべき根本的な考え方」であるとの信念に基づき、日々のケアを実践している。理念に沿って各ユニットは今年の目標(情報の共有)を挙げ、利用者一人ひとりに寄り添い、傾聴する事を大切にしている。スタッフ間で日常的に利用者の「できること」を考え、話し合う事(ミニカンファレンス)で、情報を共有しケアの統一を図っている。	基本理念を理解し、同じ目標でケアを実践する事を大切にしている。今年の目標である「情報の共有」をどのように生かして行くかが今後の課題である。把握した情報や思いを伝えるためのコミュニケーション力、伝達力をアップすることで、多種職との連携を深め、チーム一丸となって理念に沿ったサービスの質の向上を目指し、それが利用者スタッフの幸せに繋がる事を期待したい。
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	地域の方との関わりは深く、床屋さんにお連れしたり、時折ホームに訪問していただく事もあり顔見知りである。地域の方から野菜や芋の苗を頂いたり、野菜やコメも地域の方から購入している。夏祭りの参加や敬老会のお声もかかる。積極的に交流している方ではないかと考える。	家族や地域住民、昔からの友人、スタッフの家族等が頻りに訪問している。地域の行事に協力し、地元のボランティアに来てもらい(マンドリンや太鼓の演奏、蓄音機で音楽を聞く等)地域住民との交流を楽しんでいる。訪問客をスタッフが歓迎して会話を楽しむ姿を日常的に見る事により、利用者は少しずつ人を受け入れる事ができるようになり、地域との繋がりが深まっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=4271102297&SVC=0001096&BJN=00&OC=01	口腔リハビリチームで支援することで、誤嚥性肺炎の予防につながる事等を報告し、認知症の方にとって重要な一つであること等、少しずつ理解を深めて頂いている。また、玄関先にお年寄りの写真を展示したり、スタジオジブリの展示物をしており、子供さんが遊びに来やすい環境にしている。		
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	運営推進会議は、年に6回実施しており、利用者の方々の状況を報告したり、地域の方々や行政の方から意見等を頂いている。昨年、口腔リハビリの先生方、レクレーションインストラクター、アロマセラピストの先生方に参加していただき、ホームの取り組みを地域の方に、理解していただけるようになった。	運営推進会議に地域医療機関(言語聴覚士、歯科衛生士、訪問看護スタッフ等)、行政(市の職員、包括支援センター等)、社会福祉協議会、民生委員等が参加し、研修報告や事業所の課題を積極的に問題提起する事によりアドバイスや意見交換が活発に行われ、問題点の解決を模索している。これが多種職との顔の見える、継続的な連携に繋がっている。	

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
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	運営推進会議で事業所の様子など伝えている。生活保護や地域権利擁護事業を利用されている方がいるため、協力を頂きながらケアを行っている。いつでも相談できる環境である。	運営推進会議で行政との顔の見える関係ができており、利用者の状況に応じた手続きや申請の相談がスムーズに行われている。また、市からも事業所に依頼や相談がある等、双方向的な連携が構築され、日々の支援に繋がっている。	
6	(5)	○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	身体拘束についての研修を行い、マニュアルに沿って学習している。夜間の転倒などで命の危険があるとカンファレンスで判断した時は、家族に相談し了承を頂いた後、ベッドの柵をすることもある。玄関は防犯の関係上夜間は施錠するが、日中は誰でも玄関を開けて出る事ができる。身体拘束は基本おこなっていない。「ちょっと待って下さい」等の言葉も拘束に当たることを9割のスタッフは理解している。	身体拘束をしない基本的ケアについて、事例を通して繰り返し研修を行っている。今年目は目に見えない拘束(時間的なこと、言葉、自らやりたいことを抑制していないか等)を研修や会議、毎日のケアの中で、スタッフが自ら考えアイデアを出し合いながら実践している。今後は、「拒否を受け入れる」事を目標にケアに取り組んでいる。	
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	虐待は絶対にあってはならないとスタッフは理解している。OJTやカンファレンス・ミーティングで常々確認し合っている。事業所内で虐待が見過ごされることがないように、スタッフの申し送りはもちろんの事、一時一時に注意を払う努力をしている。言葉使いも虐待に繋がるので、スタッフ同士言葉をかけながら特に留意している。		
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	権利擁護事業を活用して利用者のお金の管理などを依頼し、必要に応じて相談・支援をさせて頂いている。権利擁護に関しては数人のスタッフが外部研修に参加しているが、全職員が周知しているわけではない。今年度は権利擁護に精通した外部講師にOJTの依頼をお願いしている。		

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
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者を中心に説明、ご理解を得た上で、契約の締結を行っている。その際、利用者・家族の不安・疑問に思っている事を伺うようにして、安心してご利用できるよう務めている。		
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	利用者へは、日々思いに寄り添うようにしているが、家族は本当の思いを伝えられない方もいらっしゃる。ご意見など、できる限りお会いした時や電話などで伺うようにし、運営に反映させる努力をしているが、まだまだ、家族の声や思いに添えてないとも思われる。海外にいらっしゃる家族にはメールでやりとりを積極的に行っている。	家族の訪問時や電話等で、常に利用者の様子等、話しをする中で家族の思いを把握している。家族から出された相談や要望は全スタッフで話し合い、食事メニューを変更する等、利用者の健康促進に繋いでいる。また、家族の要望を受け、メーカーにお願いして研修を行う等利用者、家族の意見をサービスの質の向上に繋いでいる。	
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	職員は宝であると考えている。職員が働きやすい環境を作っていくためには、職員の意見や提案は謙虚に受け止め、実現可能な事であれば皆で話し合い、反映させている。些細な事であるが、最近ではスタッフの要望で、コーヒーコーナーを設置した。	代表や施設長、スタッフ間で話しやすく相談しやすい環境が整っている。スタッフに緊急事態が発生するとローテーションの変更を早急に行う等、チームワークがとれて協力し合う体制が構築されている。スタッフから出された意見やアイデアはすぐに実行され、反映される事がスタッフの働く意欲の向上や質の確保に繋がっている。	
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	スタッフの努力や勤務状況を把握し、就業規則に沿って、給与に反映させている。時間外手当やその他能力に応じて計らっている。パートから正社員への道も開かれている。年度はじめに自分なりの目標をマンダラートシートにて設定し、向上心を持って働けるよう努めている。		
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	毎月テーマごとのOJTを行い、外部から専門の講師を招くことで、視野を広げている。研修後は必ず研修報告書を作成し、他職員の考え方なども参考にし、日々のケアに活かしている。特に口腔リハビリには力を入れており、職員全員参加で西彼保健所まで出かけ、歯科医や医師、STや管理栄養士等と意見交換勉強会に参加し見識を高めている。		

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
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	認知症の基礎研修や実践者研修には積極的に参加し、グループホーム連絡協議会等のあらゆる研修に参加している。口腔リハビリに力を入れる事で、誤嚥性肺炎を5年程発症させておらず、自分たちの学びが資質の向上に繋がっていると考え。これに満足することなく、ネットワークを構築し、謙虚さを忘れず学んで行きたい。		

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	理念に基づいて寄り添うことが重要と考える。利用者に敬意を持って思いに耳を傾け、言葉の中の本当の思いを探るためのノンバーバルコミュニケーションは特に大切な関係づくりである。その人の本当の思いに近づくためにICFの視点でチームでアセスメントに取り組み、本人のお困り事を探りだし、安心して頂けるよう努力している。		
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	家族が困っている事や不安等に耳を傾け、共感しながら家族との関係づくりに努めている。しかし、家族も遠慮があり、私たちが、本当の思いに耳を傾けていないところもあるのではと考えている。家族と共に行うケアなので、謙虚さを忘れず、積極的にコミュニケーションを図っていきたい。		
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	本人や家族と相談する中で、その時必要としている支援を見極め、必要であれば他のサービスの検討や提案をしている。		
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	スタッフの視点に偏らないよう、本人の立場で支援し、側に寄り添う気持ちでケアを行っている。ICFの視点で本人のストレングスに目を向け、苦手なところをスタッフが補いながら、共に暮らす関係を築く努力をしている。		
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	スタッフが一方的に支援するのではなく、家族の協力なしでは支援は難しいことを理解しているので、常に家族に相談し協力を得ながら、家族と二人三脚で支援したいが、十分ではないのではないかと反省する。相談にのって頂けない家族もいて、共に支える事の大切さなどを伝えられるように努力したい。		

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
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	家族や親戚、主治医、床屋さんも馴染みの関係ではないかと考える。今までお付き合いのあった方々もよく、訪問に見える。スタッフの子供なども顔なじみになり、訪問すると喜ばれる。また、元学校の先生が入居して利用同士、話しに花が咲く等、関係継続の支援をしている。	地域住民の訪問や遠方から来る友人、檀家の人たち等が頻りに訪れ交流を深める等、これまでの馴染みの関係を継続させる支援を行っている。訪問者が訪れやすい環境を整えるため、「ウエルカムの気持ちを表す」「おもてなしの心を伝える」ことを実践している。これも理念を反映した取り組みのひとつである。	
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	好きな場所で好きなように時間を過ごしている方もいれば、リビングで新聞折り、洗濯物たたみ、音楽鑑賞をする方もおられる。輪には入らず中間的な場所で過ごす方も居る。お互いの関係を認め合って生活されているように見受けられる。スタッフは孤立しないよう常に配慮し言葉かけを行い、一緒に得意なところを発揮して頂いている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	ぎんなん入居中にお亡くなりになったかたは忌明けや、初盆にお参りに行っている。入院をされた方についても、ターミナルケアを望まれるようであれば、相談を受けるようにしている。入院等で退去されても、病院や家族に連絡し様子を伺っている。しかし、全ての方にできているとは言えない。退去後のきめ細やかなフォローは足りないのかもしれない。		

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	尊厳を重視し、利用者の思いに添ったケアを行うために、アセスメントは最重要と考える。基本、ICFの視点でぎんなんオリジナルの「Aさんらしさシート」を活用し、スタッフ全員で11分類シートを作成している。BPSDの出現で介護のしにくさが表れた時に、「ひもときシート」を活用し、本人の望みに近づけるよう努力している。	日頃より、利用者の気持ちに寄り添って見守りを行っている。一人ひとりを大切にその人らしい生き方に寄り添い、日々の暮らしにつなげている。内部だけでなく専門的意見も取り入れ、思いの把握につなげている。	
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	家族にも尋ね、基本情報も参考にアセスメントを行っている。出来る限り馴染みの暮らし方に近づけるよう、本人や家族と相談しながら、本人に合った環境を整えている。		
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	ICFの視点に立った「Aさんらしさ探しシート」や「11分類シート」等を活用し、暮らしの現状の把握に努めている。言葉で表現できなくても、バイタルの状態はもちろんの事、表情や様子から身体の状態、心の動きを把握し、チームでその方にとってのより良いケアの方法を話し合っている。		
26	(10)	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	本人の日頃の何気ない言葉や、言葉の裏にある思いを推察しながら、家族や医療機関、スタッフ等の意見を反映し、利用者の思いに近づけるような介護計画を作成するよう努めている。気づきや課題に直面した時は、その都度ミニカンファレンスを行い、チームで共通認識を心がけている。月2回程カンファレンスを行い、チームでモニタリングしている。	ケアプラン立ち上げシートをスタッフ全員が意見を出し合い作成している。利用者一人ひとりの具体的な支援を決め統一された援助につながるような介護計画が作成されている。	
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	ケアプランに沿っての記録になってきている。ケアを行った結果と考察を組み込んでいる。記録を活用しながら申し送りを行っている。職員全員で情報を共有できるようになってきたが、まだまだアセスメントやモニタリングに活かせてないところもある為、今後の課題と考える。		

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
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	グループホームに捉われず、その方の状態や状況、生活環境等を鑑み、他のサービスを勧める事もある。実際、医療を重視されていた家族には、病院の療養型も選択肢のひとつであることを説明し、転居されたこともあった。		
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	地域の資源は大いに活用している。床屋さんには10年以上馴染みである。個人で牛乳を頼んでいる方や欲しいものをコンビニから配達もして頂いている。近隣の方の草刈り及び施設環境の手入れや、お米や野菜の仕入れ、花なども飾って頂いている。七夕には幼稚園の子供たちが短冊を作って訪問して頂いたり、節分には子供会が豆をまきに訪問して下さっている。地域資源は沢山ある。		
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	本人とかかりつけ医との関係を大切に、本人が信頼している医療機関にお連れしている。また、家族の意向をよくお聞きし、本人が判断できない場合は、家族が納得・信頼できる医療機関にお連れしている。	なじみの医師と継続した支援を行っている。主にスタッフが通院の支援を行っているが、家族が付き添って受診した場合でも内容を確認し共有できるよう支援を行っている。	
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	日々の生活記録やバイタルチェックを通し、利用者の様子を主治医に報告・相談し、健康管理の支援を行っている。必要に応じて、訪問看護師に訪問頂くこともある。非常勤看護師に、日々の様子やスタッフが困った事等を相談し、アドバイスを頂いている。近所に看護師が数名おり、困った時はすぐに駆けつけてきてくれる。		
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。	利用者が入院した際、安心して治療でき、早期に退院できるよう、病院のソーシャルワーカーや看護師等と情報交換や相談を行い、病院との関係づくりに努めている。		

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	(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	入居時終末ケアのあり方について、家族に伝えている。意思表示はその時に同意書を頂いているが、後から家族の気持ちが変わる事もあるので、家族とは十分に話し合い、主治医からも説明をし納得して頂く。医師、看護師はもちろんのこと、口腔リハビリチームとして、歯科医、言語聴覚士、歯科衛生士、栄養士等の力もかりながら、チームで支援に取り組んでいる。	本人、家族の思いに沿った支援を行っている。無理な延命治療を優先せず、好きなものから食べていただくなど本人本位の支援を優先している。施設内外の全てのスタッフが連携し統一した支援が行われている。	
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	利用者の急変や事故発生時に備え、職場においてリスクマネジメントの研修を行い、マニュアルを整備している。応急処置等、随時、施設長やリーダーよりアドバイスを受けているが、消防署にも相談し、実践力を身につけていく機会を増やしたい。定期的に外部研修を受けることも必要と考える。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	定期的に訓練を行い、職員が火災時等スムーズに動けるように努めている。また、運営推進会議には地域の民生委員をお呼びし、協力等依頼している。災害を想定しての訓練も実施しているが、人の命を救うという意味でも、チームでしっかりと取り組んでいきたい。地域の消防団も定期的に訪問し、様子を確認して頂いている。	防災マニュアルを作成し、マニュアルにそった避難訓練が実践されている。太陽光の発電機やプロパンガスを設置し、公共のライフラインが途切れても自立した整備を整えている。備蓄も施設内で備えてはいるが地域からの食材の支援もあり協力体制を整えている。	

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	思いを受け止め利用者の立場に立って、言葉掛けを行い対応しているつもりである。できる限り否定的な言葉掛けをせず、スタッフの視点にならないよう心掛けている。	個人情報の同意書の契約書を、入所時必ず取っている。広報誌の写真にも気を配っている。ドアの開閉も利用者の思いに任せて個人の思いを尊重している。	
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	スタッフの思いを押し付けないように心掛け、利用者の言葉に耳を傾け、思いが引き出せるような言葉掛けに努めている。		
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し、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	スタッフは、利用者一人ひとりのペースを把握し「パーソンセンタード・ケア」を大切にしている。どのように過ごしたいのかのような思いなのか、希望に沿った支援を心掛けているが、まだまだだと感じている。		
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	希望に沿って、行きつけの理容室にお連れしたり、理髪師に依頼し、その人らしい身だしなみができるよう支援している。髪をおしゃれにしたり、爪にマニキュアを塗るなど利用者とスタッフで楽しんでいる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は皆さんが楽しみにしている。一緒にパンケーキを焼いたり、綿あめを作ったり、タケノコ掘り、やまももを採ってジュースづくり、枇杷を採ってきて枇杷ジャムを作るなど楽しんで頂いている。一人ひとりに合わせた食事形態や、食欲がない方がカステラを食べる事で元気になるなどの支援はできていると考える。片づけも一緒に行っている。	食欲の低下した利用者には好きな物から食べていただき、精神的な満足につながる支援をしている。専門的な意見を取り入れ主治医、歯科医、栄養士の視点からも連携した支援をし食欲を高める工夫をしている。	
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、水分量を生活チェック表に記録し、摂取量が減った方は主治医に相談をさせて頂いている。水分量は特にこまめに摂って頂き、脱水症にならないよう配慮している。食欲がない時は、好きな物を召し上がって頂くようにしている。		

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		○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	歯科医、歯科衛生士、STの指導のもと、毎食後口腔ケアを行っている。自分でできる方も言葉かけを行い口腔内の確認や、仕上げ磨きの必要な人は行っている。歯ブラシは定期的に交換し、週1回はコンクールでうがいをし、衛生に心がけている。口をあけて頂けない方には時間をかけてケアをさせて頂くなど工夫している。5年程誤嚥性肺炎がない。		
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	自力で排泄しにくい方は、スタッフがお尻やお腹を軽く刺激する事により、なるべくトイレにて排泄の自立に向けた支援を行っている。スタッフが排泄パターンを把握し言葉掛けを行う事で、失敗されることも減少している。	利用者一人ひとりの排泄状況を把握し、失禁などした場合は結果を考察し失禁が無いような支援につながるよう工夫をしている。病状等把握し、スタッフ全員が共通した支援を行っている。	
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	便通を促す飲み物や果物を摂取して頂いたり、入浴時、腹部マッサージをする等自力で排便できるよう努めている。どうしても難しい場合は、主治医に相談しアドバイスを頂いたり、便秘薬の処方をして頂いている。		
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	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、体調や気分なども考慮し、支援させて頂いている。体調を考慮し、午後からの入浴を行っているが、午前中に入浴される時もある。なかなか入浴して頂けない利用者に苦慮する時もあるが、足浴や清拭などで対応している。	利用者の能力・状況に合わせて、入浴の支援を行っている。利用者とスタッフが個別に対応し、会話を楽しみ、安心できる入浴支援をおこなっている。	
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	利用者一人ひとりの生活習慣やその時の状況に応じて、休息したり休んで頂く等、利用者に合わせた支援を行っている。時間が来ると「寝て下さい」等と無理強いない。温かいミルクを飲んで頂くなど、気持ちを落ち着けてから休んで頂くようにしている。一緒に夜勤をしたつもりでいる利用者もいるが、それもいいのではとチームで話し合っている。		

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
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	服薬支援を行うと共に、新しい薬が追加された時は、その経過を主治医に報告し指示を仰いでいる。また、利用者一人ひとりが使用している薬を把握し、症状に変化があれば、主治医に相談をさせて頂いている。		
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	できる限り、日々を生き生きと過ごして頂けるよう、一人ひとりにあった気分転換や楽しみ事を提供している。また洗濯物を畳んで頂く方や食事の下膳をする方等、その人の力を生かし役割を持つ事ができるような支援をさせて頂いている。最近ボランティアでアロマセラピストに來訪して頂き、利用者の楽しみに一役買って頂いている。		
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	その日の利用者の気分や希望に沿って短い時間ではあるが、戸外に出掛けている事もある。また、季節に応じた花見など、ドライブに出掛ける事もある。ご本人の意向に沿えない場合でもICFの視点に立ちスタッフ間で話し合いより良い支援ができるよう努めている。	日常的な買い物も同行してもらおうようにしている。近所の散歩などは定期的に取り入れ、できるだけ外気に触れるよう心掛けている。利用者の要望にも心を傾け支援ができるよう心掛けている。	
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	お金の大切さは皆さん十分わかっているが、管理が難しくなってきた方は、ご家族の同意でホームで預かったり、管理が可能な方は、ご自分で管理して頂いている。		
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	家族に電話をしたい時は、スタッフがお手伝いをさせて頂き掛けて頂いている。最近は申し出が少ないが、ご家族から電話を楽しみでされている方もおり、連絡がある際は、ご本人がやりとりをでき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
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	リビングのソファや玄関のソファなど、利用者はお気に入りの場所で過ごされており、玄関やリビングに季節の花を活けたりさせて頂くこともあり、楽しんで頂いている。トイレ、リビングなど共有空間は十分な広さや明るさを確保している。アロマの香りが認知症の人の脳によい影響があるとのことで、常にアロマやお香の香りに配慮している。音楽を聴きながら穏やかに過ごされているように感じる。	共有した空間でも居心地よく過ごせるようソファに専用のクッションや座布団を置き、椅子やテーブルの向きを変えたり工夫している。季節の装飾も利用者と共に身近な素材で手軽に楽しく作れるよう工夫をしている。	
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	リビングの中に食事の席とソファを別に設け、利用者が思い思いに過ごせるような環境作りを工夫しながら行っている。利用者が好きな花を飾ったり、スタッフと共に置物や最近では、提灯と一緒に作り出来上がった喜びを共に感じるなど心地よく過ごせる環境づくりを心がけている。		
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	入居時に、使い慣れたものを持参して頂いたり、馴染みのある環境作りに配慮し、ご家族と一緒に写った写真を、目につく所に飾ったりと居心地良く過ごして頂けるような工夫をさせて頂いている。	家族のつながりや過ごした思い出の物を置き 利用者の人生の沿った居室づくりができるよう工夫している。窓の外は緑の木々に囲まれ自然光を取り込み明るい居室になっている。	
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」「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	ICFの視点に立ちアセスメント、介護計画を立案、それに基づいてケアをさせて頂いている。例えば歩行に不安がある方には、居室内にポータブルトイレを設置させて頂く事で、安全に自立排泄が可能となっている。風呂にはのれんをかける事で風呂の場所がわかり、表札をかける事で自分の部屋がわかるなど、自立に繋がっていると考える。		