

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	4590500080		
法人名	株式会社ふくじゅ		
事業所名	グループホームふくじゅ		
所在地	小林市堤2413番地5		
自己評価作成日	平成27年9月18日	評価結果市町村受理日	平成27年12月4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.kaisokensaku.in/45/index.php?action=kouhou_detail_2013_022_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4590500080-00&amp;PrefCd=45&amp;Version=02">http://www.kaisokensaku.in/45/index.php?action=kouhou_detail_2013_022_kanistrue&amp;jisyosyoCd=4590500080-00&amp;PrefCd=45&amp;Version=02</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成27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)】

施設の周囲が自然にかこまれている為、季節を感じ、落ち着いた環境の中で過ごして頂けます。  
庭の畑で季節の野菜を栽培し、収穫した野菜を食材にして利用者様、職員で調理するなど、楽しみや役割を持った生活が送れるようにしています。  
職員の離職率が低く、人的環境の変化が少ない為、なじみやすく、安心して生活できます。

【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)】

管理者、職員は「近所付き合いや家族の方との交流を大切にし、利用者様の生きがいや楽しみを持ち生活が送れるようお手伝いします」の理念を基に、利用者との日々のかかわりの中で本人の視点に立った支援に努めている。「認知症が進まないように取り組んでほしい」「リハビリをとり入れてほしい」等の家族からの要望をとり入れ、職員は、運営者の理学療法士としての専門的立場からの助言をもらい、利用者一人ひとりに合ったリハビリを行っている。運営者、管理者は、職員育成の重要性を認識しており、法人内・外での勉強会・研修に積極的に取り組んでいる。

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 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

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	・施設理念の他に、全職員で話し合い、グループホーム理念を作成しています。事務所内に掲示し、出勤時は必ず目を通してから業務につくようにしています。グループホーム理念は、利用者様の状況の変化等も考え、一年に一度見直しを行っています。	運営者、管理者、職員は、地域密着型サービスの意義を認識しており、職員の意見を出し合ってホーム独自の理念を作り上げている。職員は利用者への言葉かけや態度など、日々のサービス提供場面において、理念がケアに反映されているかを確認し合っている。	
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	・近隣の公民館で実施されている小林市が推進している介護予防運動教室「ハッスル教室」に入居者・職員が参加しています。 ・地域の区長、民生委員さんに運営推進会議に参加していただき、地域での行事等の把握に努めています。また、去年は、夏祭りを開催し、地域の保育園の子供たちの出し物を披露していただきました。施設での行事に地域住民の参加の呼びかけを行っています。また、これからの時期、運動会や発表会・文化祭・マラソン大会等が近隣の保育園・小学校・中学校等で予定されています。それらの行事等にも応援等で積極的に参加を予定しています。 ・施設内の畑等を気にしていただき、苗をいただいたり、畝の立て方を教えていただいたりしています。 ・利用者様のご自宅の小菜園などでの野菜・果物の収穫を予定しています。	利用者と職員は、近隣の散歩時には挨拶や言葉を交わしている。普段の暮らしの中で、近隣の人たちから農作物の差し入れがあったり、ホームの菜園に来て手伝ってもらったり、近隣に住む人たちとの触れ合いがある。利用者と職員は地域の行事に参加し、また、地域の保育園児がホームの行事に参加するなど、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	
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	・地域包括支援センターからの提案で、地域住民に対する体操教室や認知症啓発活動を行う準備をしています。日程・方法を区長と調整中です。		
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ヶ月に一回、運営推進会議を開催しています。その中でグループホーム内での活動状況や利用者状況の報告を行っています。指導・助言して頂いた内容は、職員業務会議で協議し、業務の改善・見直しを行っています。	会議は利用者との共用の場の一角で行われるので、参加メンバーが、利用者へ声かけや傾聴の体験をしてもらえる機会にもなっている。参加メンバーから地域行事の情報ももらったり、ホームでの行事計画の調整などの相談をしている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2ヶ月に一度開催される運営推進会議に小林市役所長寿介護課から毎回参加いただいています。</li> <li>・グループホーム連絡会(市役所・地域包括支援センター・市内グループホームの管理者が集まり、情報交換を行う会が二か月に一回開催されている)で施設での取り組みや困りごとなどを報告・相談させていただいています。</li> <li>・運営基準等に疑問がある際などは、その都度小林市役所長寿介護課の担当者に確認させていただいています。</li> </ul>	市担当職員には、ホーム開設当初からいろいろなアドバイスをもらっている。不明な点を相談し、担当職員が即答できない場合でも、先輩職員に聞いたり指導を受けて必ず返答してくれるなど、ホームからの相談事項に応じて実直に対応してもらえる関係を構築している。	
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「介護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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者クラスは、1年に一回は施設外で行われている身体拘束に対する研修を受けるようにしており、常に最新の情報を得るように心がけています。また、その内容を施設内研修に反映させています。</li> <li>・施設内研修に必ず身体拘束・認知症研修を組み込み、1年に一回以上研修を行っています。全職員がその内容を理解し、どのような行為が身体拘束に当たるのかの理解を深めるように努めています。</li> <li>・利用者様の心身の状況により、やむを得ず身体拘束を行うことが予想される場合、事前に御家族に署名・捺印による承諾を頂きます。また、できるだけ身体拘束にあたる行為が短時間で終了できるように職員一同で努力し、常時それに代わる方法がないかを十分に検討する場を設けるようにしています。</li> </ul>	管理者、職員は身体拘束の内容とその弊害を認識している。ホームの玄関や居室に施錠はしていない。職員は、利用者が外に出たくなる場面や行き先等を把握し、一緒に歩いたり、声かけをするなど、利用者の安全を確保しながら抑圧感のない暮らしを支援している。ベッドから転落しやすい利用者の方は、床に緩衝マットを敷くなどの工夫をしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者クラスは、1年に一回は施設外で行われている虐待防止・権利擁護(後見人制度)に対する研修を受けるようにしており、常に最新の情報を得るように心がけています。また、その内容を施設内研修に反映させています。</li> <li>・施設内研修に必ず虐待に関する研修を組み込み、1年に一回以上研修を行っています。全職員がその内容を理解し、どのような行為が虐待にあたるのかの理解を深めるように努めています。</li> <li>・虐待防止に関するマニュアルを作成しており、利用者様の尊厳を守る対応が個人の判断ではなく、統一した対応となるよう努めています。</li> </ul>		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代表者自身が成年後見人をしており、常に実務をしていることから、手続き等の詳細に関しても熟知しています。利用者様等から相談があった際は、適宜相談に応じ、公の相談機関等の紹介も行っています。</li> <li>・その他、小林市社会福祉協議会が行っている「あんしんサポート制度」や成年後見制度の内容や手続き方法を確認しています。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・契約時や契約解除の際は、キーパーソンの方に直接来園して頂き、契約書・重要事項説明書等の読み取りを管理者と一緒に、不安や疑問等の解消に努めています。ご納得いただけたところで、署名捺印にて了承を得ています。また、控えをお渡しすることで、ゆっくりご自宅で読み返していただくように、お声かけをさせていただいています。</li> <li>・報酬加算等の変更等がある時は、御家族面談時に説明し、ご納得いただけたところで署名捺印にて了承を得よう努めています。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者様、御家族の意見は、面会時や日々のコミュニケーションの中で引きだすように努力しています。出た意見の中で検討の必要なものに関しては、業務会議において検討を行い、反映できるようにしています。</li> <li>・運営推進会議にも利用者様の御家族に参加いただいています。要望については、業務会議で周知・検討し、必要に応じて運営推進会議で提案し、助言を頂き、日々のケアに反映するようになっています。</li> <li>・玄関前に御意見箱を設置しています。入居時に利用者様、御家族に御利用の案内を行っています。</li> </ul>	<p>玄関に意見箱を置いたり、家族の来訪時には意見や要望を伝えられるよう働きかけている。家族から電話を通じての問い合わせに対応した職員の態度が悪いとの苦情が寄せられ、前向きに取り組んだ経緯はあるが、家族等が意見・不満・要望などを表せる機会を十分設けているとはいえない。</p>	<p>家族は意見や要望、苦情を言い出し、難しいという立場を理解し、意見箱の設置場所を工夫したり、家族会を設けるなど、家族等の意見、要望をサービスの質の確保・向上につなげていくために更に積極的に取り組むことを期待したい。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・GH業務会議で出た意見や運営推進会議で出た意見は、部署会議にて検討を行っています。会議で出た意見を検討し、反映できるようにしています。また、管理者や職員からも直接提案をうけることもあります。</li> </ul>	<p>運営者、管理者は、職員会議や業務会議を通じて職員の要望、意見を聞くよう心がけている。利用者の安全に配慮して、浴室の手すりの設置やベッドからの転落事故防止に床に緩衝マットを敷くなど、職員の意見、アイデアを運営に生かしている。</p>	

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
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	・定期的に個別に職員面談を行っています。その中で、各個人の目標や勤務を行う上で支障になっている物事を聴取し、勤務で配慮できるように心がけています。 ・資格取得のための勤務の優遇などには特に積極的に応じています。		
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	・年間研修計画を毎年作成しています。1ヶ月に1回ずつは法人内勉強会とGH内勉強会を開催しています。法人内勉強会では、年に3回程度、外部講師を招いているほか、法人内の専門職が講師になり、学びの機会をもうけています。 ・また、必要に応じ、介護技術の勉強会や認知症に関する勉強会を開き、利用者様に合った個別ケアの統一を目指しています。		
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	・2ヶ月に一度開催される小林市GH連絡会に管理者が参加し、市内各施設の管理者と交流を行っています。 ・行政が行う勉強会に時間外で参加した場合には、時間外手当をつけるなど、職員が積極的に参加しやすい取り組みを行っています。		
<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	・入居の相談が御家族や各居宅からあった場合であっても、必ず本人様との面談を数回行い、本人様の意向や希望を確認しています。 ・また、痛みなどの訴えがある場合には、病院受診等を行い、本人様の訴えが病気等に起因するものでないかの確認も合わせて行っています。		
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	・在宅介護中の苦労や御家族の思い、心配な事等、様々な話を時間をかけ、うかがうようにしています。その中で、御家族の施設に対する要望を見出し、可能な範囲で対応できるように努めています。		

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
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	入居前の面談で知り得た情報をもとに、必要事項(福祉用具の必要性、専門医の受診等)を見出すように努めています。必要時は御家族・利用者様に説明し、速やかに対応するよう努めています。		
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	・利用者様にとって職員が「お世話をしてくれる人」とならないよう、一緒に家事動作を行うようにしています。その中で、畑作りや調理実習の際は、利用者様が職員に指導する場も持つようにしています。		
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	・御家族が遠方におられ、面会が年2~3回しか出来ないという場合は、定期的に電話にて近況報告を行い、御家族の要望や思いを確認するようにしています。また、御家族との面談を行い、利用者様の援助内容を一緒に検討するようにしています。		
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	・コミュニケーションの中で、行きつけの場所や商店等の情報は得ていますが、実際にその場所へ出かける支援までには至っていません。しかし、カラオケによく行っていたなど、施設内で対応できる事は行っています。	利用者は家族の協力を得ながら、なじみの美容院や墓参りなどに出掛けているが、利用者一人ひとりのなじみの知人、友人、行きつけの場所等とのつながりを継続できる積極的な取組には至っていない。	利用者がこれまでの地域社会とのかかわりを継続していくために、できるだけ地域との接点を持ちながら、関係を継続させるための更なる取組を期待したい。
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	・利用者様一人ひとりの性格や生活習慣を把握し、共同生活空間で過ごす際の座席配置等を検討するようにしています。他利用者様とのトラブルがあった際は、速やかに職員が間に入り対応し、座席配置の再検討や利用者様が孤立したり気持ち不安定にならないよう支援しています。		
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	・住み替えが必要となった場合は、御家族・本人様に了承を得、心身状況等の報告に加え、当施設で行っていた個別ケアの内容等も情報提供するようにしています。可能であれば、事前に転居先の施設見学も行うよう努めています。入院による退居の場合は、退院後の方針について病院関係者と連絡を取り、相談に応じるよう努めています。		

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>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	・本人様の意向は、日々のコミュニケーションの中で聞き取りを行い、希望や意向の把握に努めています。聞き取り困難な利用者様については、御家族に本人様の生活習慣や性格、趣味・嗜好を確認し、本人様の思いに添えるよう努めています。	職員は、利用者との日々のかかわりの中で声をかけ、言葉や表情、態度等から利用者の思いや意向の把握に努めている。	
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	・入居の相談があった時点から、ケアマネや御家族・本人様から、これまでの情報を得るよう努めています。入居後も随時、利用者様の状況を御家族に報告し、これまでの生活習慣や性格等を繰り返し聞き取り、現在の利用者様の行動の原因が何なのかを把握するようにしています。		
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	・申し送りの徹底や申し送りノートの活用により、全職員が情報共有（利用者様の状態把握）できるようにしています。出勤者全員が申し送りに参加し、必要時はカンファレンスを行い、情報共有やケアの統一に努めています。		
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	・日々の記録をもとに、3ヶ月に一度モニタリングを行い、その内容を御家族に報告し、今後の意向を確認しています。御家族の意向やモニタリング内容をもとに、直接ケアにあたる職員と話し合いの場を設け、ケアプランの見直し・計画立案を行っています。	利用者が地域でその人らしく暮らし続けるために、地域の人々との交流や認知症が進行しないように取り組んでほしい、リハビリをとり入れてほしいなど、本人、家族からの意見、要望を聴き取り、ケアカンファレンスで検討して、介護計画を作成している。	
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	・ケアプランに沿った個別の記録に努めています。日々の個別記録をもとにモニタリングを行い、計画の見直しを行うようにしています。		
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	・利用者様が入院した場合の洗濯代行、または、利用者様の御家族が入院された場合のお見舞いの付き添い等、その時々で希望があった時は臨機応変に対応出来るよう努めています。		

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
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	・区長と連携を図り、近隣の地区行事や民生委員・ボランティアの活動内容の把握に努めています。ボランティアによる訪問レクの実施や消防機関の参加による防災訓練の実施、買い物へ出かける等の活動を行い、楽しみが持てるよう取り組んでいます。		
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	・協力医療機関はありますが、それに関わらず、本人様・御家族が希望する病院を主治医とし、受診の支援を行っています。主治医を変更する際は、必ず本人様・御家族の同意を得ています。また、専門医(歯科・眼科・神経内科・泌尿器科等)の受診も希望時や必要時は支援しています。	本人、家族が希望するかかりつけ医での受診を支援している。受診や通院は家族同行となっているが、不可能な時は職員が同行し、受診結果に関する情報の共有を図っている。	
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	・看護師1名(常勤・兼任)を配置し、健康管理や主治医との連携に努めています。申し送り後に、看護師1名、介護職員3名が参加し、カンファレンスを行い、情報交換や適切な処置が継続して行えるよう指示の伝達を行っています。また、隣接する施設の看護師とも情報交換や相談を行い、連携を図るよう努めています。		
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。	・入院時は情報提供書の記入に加え、直接、申し送りを行い、医療機関へ情報提供を行っています。随時、御家族や病院関係者と話し合いを行い、本人様・御家族の希望、意向を確認した上で、退院後の方向性を決めるようにしています。		
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	・重度化した場合における対応に係る指針を作成し、入居時に説明し、同意を得るようにしています。同時に重度化時対応希望書に沿って重度化対応及び看取りについて利用者様・御家族と話し合い、方針を共有しています。重度化対応については、利用者様・御家族の希望があれば、いつでも変更可能とし、その際は、その都度話し合いを行い、意思確認を行っていきます。	利用者が重度化した場合の意思確認書を整備している。重度化した場合や終末期支援のあり方について、随時意思を確認しながら取り組んでいる。	
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	・年1回、消防署へ心肺蘇生法とAEDの講習を依頼し、全職員を対象に受講するようにしています。また、急変や事故発生時等、各種フローチャートを作成し、全職員へ周知、指導を行っています。		



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
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2回以上、防災訓練の計画を立て、実施しています。その際、事前に作成している職員の緊急連絡網をまわす訓練も行っています。運営推進会議で防災訓練の予定を報告し、区長を通じて地域住民の参加を促しています。	職員の緊急連絡網対応や消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行っている。地域住民の協力体制については、区長を通じて呼びかけている。災害に備えての食料、飲料水等の備蓄がある。	
<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	・入浴や排泄、食事等のマニュアルを作成し、様々な生活の場面においてプライバシー保護に努めています。作成したマニュアルについては、全職員へ周知・指導を行っています。	職員は、年長者として利用者に敬意を払い、誇りやプライバシーを損ねない対応に努めている。ケアが必要な時は、自己決定しやすい言葉かけを心掛けている。	
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	・環境に配慮し、利用者様のペースに合わせてコミュニケーションを図る事で、思いや希望を確認するようにしています。言葉では十分に意思伝達が出来ない場合は、はい・いいえやうなづく動作で利用者様が意志伝達できるよう努めています。また、日々の観察の中で、利用者様のわずかな変化にも気づけるようにし、内容や発言を記録に残し、カンファレンス時に提示する事で、職員間の情報の共有に努めています。		
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	・その人らしい生活が送れるよう、入居時に、それまでの生活習慣や御家族の意向、本人様の希望などの情報を得て、利用者様の一日の過ごし方に反映させています。居室でゆっくり過ごしたいとの希望があった場合は、職員が居室へ行き、必要な援助や声掛けを行う事で、機能維持や安全確保に努めています。		
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	・髪型や髪染等は本人様の好むものにしていきます(オーダーは利用者様本人、会話が困難な方は、御家族に確認し行っています)。その日の服は利用者様本人に決めて頂く、入浴準備(化粧水使用等)は利用者様と一緒にいる等、可能な限りおしゃれや身だしなみは本人様の希望に沿うよう努めています。		

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
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	・毎食の盛り付け、夕食の味噌汁作りは利用者様と一緒にするようにしています。月に一度は調理実習を行っています。その際、メニューは利用者様がリクエストしたものを作るようにしています。利用者様が畑で育てた野菜を収穫し、調理に使用したり、御家族の承諾のもと、利用者様の自宅へ一緒に行き、柿や栗拾いを行い調理を行うなど、季節を感じ、食事が楽しめるよう支援しています。	食事は、同法人施設の配食サービスを利用しているが、月1回の調理実習とおやつ作りは利用者と職員が菜園で収穫した旬の食材と一緒に調理し、男性利用者には味見をしてもらうなど、食事に関する一連の作業を利用者と職員が一緒に行い、同じ食卓を囲んで同じものを食べている。時には利用者の希望により、弁当を作って外で食べる支援もしている。	
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	・栄養士が献立表を作成し、それに則り食事を作っています。食事形態もカンファレンスの実施、栄養士に相談を行い、本人様にあったものを提供するよう努めています。水分摂取量や食事摂取量は毎回チェックし、記録に残す事で、全職員が把握できるようにしています。2ヶ月に1回の体重測定の実施や主治医・栄養士との連携を図る事で、栄養管理に努めています。		
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	・一人ひとりの口腔内環境に応じたケア用品を使用し、主に夕食後、必要な方は毎食後に口腔ケアを行っています。まずは利用者様本人に歯磨きやうがいを行って頂き、不十分な所のみ介助を行うようにしています。		
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	・排泄チェック表を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンの把握に努め、誘導時間やオムツ交換時間を決め、個別対応に努めています。失敗しても利用者様本人が出来る事は見守りのもと、継続して行って頂く事とし、自尊心を傷つけないよう配慮しながら支援しています。	排せつチェック表を利用し、利用者一人ひとりの習慣やパターンに応じた個別の排せつ支援を行っている。トイレには手すりを設置し、利用者が安全に排せつできるように配慮している。	
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	・入居時に御家族や主治医に利用者様の排便状況や下剤の使用状況を確認するようにしています。水分補給や適度な運動、トイレで排便を促す等の対応を行っています。また、ヤクルトなどの嗜好品でも排便を促すように努めています。排便状況や性状確認を行い、主治医と連携を図り、随時、下剤の調整を行うようにしています。		

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	
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	・現在、利用者様からの入浴の希望が無い為、曜日を決めて入浴介助を行っています。それ以外でも、便汚染や発汗が多い時など必要時は、その都度、入浴介助を行っています。浴室は完全個室で、利用者様のペースに合わせて職員とマンツーマンで入浴を行っています。	浴室は広すぎず、利用者が安心して入浴できるよう設えてある。入浴を拒む利用者には、散歩から帰るとすぐに、タイミングを見計らって浴室へ誘導するなどの工夫をしている。	
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	・入居時に御家族・本人様に睡眠パターンや睡眠時間等の生活習慣に関する情報を得て、その情報をもとにカンファレンスを行い、一人ひとりに合った臥床介助や起床介助を行っています。また、夜間不眠の場合は、飲み物の提供や職員と共に過ごすなど、個別対応を心がけています。		
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	・薬剤師と連携を図り、薬剤の一包化、薬包に服薬方法や氏名の記入を依頼し、管理しやすいようにしています。また、服薬介助の際は、複数の職員で確認する、利用者様の氏名を声に出して確認するなど、飲み忘れや誤薬防止についても十分注意し支援しています。内服変更や増・減量があった場合は、どのような症状に注意が必要か等を看護師が介護職へ説明・指導し、服用目的や副作用の理解に努めています。症状悪化時は、看護師が24時間オンコール体制で対応し、必要時は主治医との連絡・調整を行います。		
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	・日常生活動作の中で、洗濯物のしわを伸ばす、片麻痺の方は片手でたためる物をたたんで頂く、調理実習の際、男性利用者の方は味見、味の決定をして頂くなど、利用者様個人の残された機能や出来る事を見出し、役割を持って生活が出来るよう支援しています。		
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	・季節に応じた内容の行事計画表を作成し、外出の支援を行っています。計画作成の際は、本人様・御家族に希望や意向を確認し、計画表に反映させています。それ以外でも、誰も住んでいない自宅が気になる、近所の商店に行きたい等の希望があった場合は、対応するよう努めています。	日常的に近隣の散歩や買い物、園庭の草取り、菜園の手入れ等、外気に触れる機会作りを行っている。また、庭園にテーブルを置き、お茶を飲んだり、遠出の外出や地域の行事に参加するなど、楽しみを兼ねた外出支援も行っている。	

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
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	・施設での預り金は金銭管理規約を作成し、家族・本人に同意、サインを頂いてから、1万円以内の額を預かるようにしています。その為、施設に預ける必要がないと言われる方は預かっていません。預り金は個人別ロッカーで管理し、出納帳の記入を行い、御家族に確認して頂いています。買い物へ出かけた際の支払いは、職員付き添いのもと、本人様に行って頂いています。困難な方のみ代行を行っています。		
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	・電話の希望や外線があった場合は、環境に配慮し、取り次ぎの支援を行っています。手紙が届いた時は利用者様本人に開封して頂き、居室にて代読の支援を行っています。また、余暇活動時に絵手紙や年賀状等を作成し、希望する御家族へ郵送の支援も行っています。		
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	・車椅子自走やシルバーカー歩行がスムーズに行えるよう環境調整を行い、照明や室温等も不快感のないよう配慮しています。余暇活動時に作成した壁画や作品、花壇に咲いた花を飾り、季節を感じられるようにしています。	利用者が多くの時間を過ごす食堂兼居間の床は、緩衝性の床材で設えてあるので、利用者は安全に行動できる。居間の壁には、カレンダー、温・湿度計が表示された大きめの文字のデジタル時計を利用者が見やすい位置に掲示している。	
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	・フロア内にテーブル席以外にも、ソファを置き、くつろぎながら会話やテレビ視聴が出来るようにしています。和室も併設しており、落ち着いた雰囲気の中で休憩や団欒ができるようになっています。		
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、使い慣れた馴染みの物を持ち込むように勧めています。テレビ・冷蔵庫等を持ち込み、住みよい環境にされている方や御家族の写真や飾り、落ち着いた環境にされている方等いらっしゃいます。居心地良く過ごせるよう、環境整備は職員が毎日支援しています。	居室には、家族の写真、時計、ヘアブラシ等の身だしなみ用品、枕、寝具、机、椅子、テレビ、冷蔵庫など、なじみの品々が持ち込まれ、個々の利用者が居心地良く過ごせるよう配慮している。	
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	・廊下に3ヶ所のトイレを設置し、どの居室からもすぐ行けるようにしています。床材はクッション性の高い物を使用し、転倒時の衝撃の軽減に努めています。個別対応としては、更なる転倒の衝撃の軽減を図る為、クッション性のあるマットの使用や浴室用のマットを使用しています。		