

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	4372900748		
法人名	(有)八代河内石材		
事業所名	グループホーム んぼん 花		
所在地	熊本県八代市鏡町両出1327-6 (電話)0965-52-8151		
自己評価作成日	平成21年08月28日	評価結果市町村受理日	平成21年10月30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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4372900748&SCD=320
----------	---

【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ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市水前寺6丁目41-5
訪問調査日	平成21年9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)】

運営推進会議での意見要望、日頃のご家族とのコミュニケーションの中から把握できた困り事・要望などを受け止め運営に反映、又認知症への理解を職員はもとより、ご家族様・地域の方々にも深めて頂けるよう努力しています。入居者と目と目・手と手を触れ合いながら「今」を大切にの理念が浸透し、入居者とご家族様の視点に立って「尊厳」を大事にするケアに取り組んでいます。なんぼんは広々とした敷地に緑の樹木・果樹・草花・作物が四季折々の風情をかし出し、入居者や職員の心も癒してくれる中、地域の住人として今までの暮らし振りを継続する為、日常的健康管理を重視し口腔機能向上(食前のうがい手洗い・口腔体操・食後の口腔ケア・機能訓練)、精神的・身体的機能の維持向上(健康状態把握、主治医・協力医との連携、生活リハビリ)に努めています。

【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)】

広い敷地に2ユニットのグループホームと小規模多機能所がある。運営推進会議には家族の誰でもが参加出来るなど工夫があり、家族が気軽に意見の言える雰囲気づくりが行われ、行事や避難訓練などの協力体制が出来ている。また、家族を含めた八代認知症研修会や高齢者疑似体験等へ参加し、認知症への理解を深める等の努力が行われている。また終末期の指針・覚え書きを取り交わし、話し合いながら終身介護への対応を変更していくなど取り組みが実施されている。母体法人では、新たに有料老人ホームの建設も始まり、将来は福祉村の計画も作られ今後の発展が期待される。

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広がったり深まり、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
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	定例会で話し合う場を設け、目と目、手と手を触れ合い共に今を生きる理念を理解し、入居者・ご家族様と共に行事・寄り合い・祭りなど地域の人と関わり地域の中で実践に繋げている。	地域密着型サービスの開始と共に、理念について職員間で検討し、開設当初からの「共に今を生きる」という理念に加え、八代の地で共に支え合い、暮らし続けることの可能な地域社会づくりに努めるという意義を加えている。理念は目につきやすいように玄関や事務所に掲示し、常に確認し職員間で共有し、日々の暮らしの中で理念を念頭に置いたケアの実践繋げている。	
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	小・中・高校生の研修・学習等の受け入れ、保育園児・ボランティア慰問受け。地域商店の活用、リサイクル出し等で気軽に交流している。入居者と公園の清掃ボランティア参加。	学校の体験学習や保育園の縁側事業等を受け入れている。八代認知症研修会へ家族の参加を得、認知症サポーターとなられ認知症への理解が増したと喜ばれたり、高齢者疑似体験に家族・民生委員への参加を呼びかけるなどの働き掛けも行っている。また、リサイクル活動や地域の清掃活動など入居者と一緒に参加し、地域との交流をが行なっている。	
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	家族と職員と一緒に研修参加し認知症サポーターに、2名がキャラバンメイトとなった。高齢者疑似体験は職員だけでなく家族・地域の方にも好評で高齢者の理解につながった。		
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	一ヶ月間の日常風景の写真を掲示。活動・入居者・職員状況報告、次回までの活動内容・行事予定説明。助言・知恵を頂いている。時には入居者からも意見が出、行事に反映。	区長・組長・民生委員・市担当者と入居者・家族全員の参加を得て毎月開催されている。議題は活動報告・行事予定・入居者の状況報告で、運営審議会で出された意見から、それまで中止となっていた餅つきを復活させたり、地域での行事を教えてもらったり、家族から行事等についての意見が出される等ホームの活動に反映されている。	検討内容が行事関係にとどまっているように見受けられる。ホームの抱えている課題や、より良い運営について更に踏み込んだ検討がなされると、さらに良いと思われる。
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に取り組んでいる	入・退居時の連絡、代行申請手続き、認定更新時の介護保険情報提供依頼書交付申請等必要な時出かけ、介護保険更新の際には相互に情報交換し行事で必要となる車椅子を相談し借用した。	行政担当課への連絡・報告や手続きに出掛ける等、会議や案内等文章は出きる限り持参して、相談や質問への対応協力を得、日頃から連携に努めている。	

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
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	禁止となる具体的な行為を常に掲示。入居者の帰りたいの気持ちを受け止め、同行や見守り、本人の好きな事得意な事で気分転換を図るなど取り組んでいる。	介護での禁止項目は全職員の目に留まるよう、更衣室やトイレに掲示されている。日中玄関は施錠せず、玄関の出入りはチャイムの音で確認が行われている。近隣の方の理解も得られており、入居者を見かけた時は見守り・声掛けをし、ホームへ連絡をしてもらう協力体制が出来ている。	
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	職員は心理的虐待やケアの放棄がなされていないか、勤務交代時に振り返り、日々のケアの中で無意識の虐待防止をチェックしている。管理者は常に職員の言動・介護行為を厳しくチェックしている		
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	研修を受講し制度の理解に努め当事業所において該当ケースがないか検討の段階で活用する段階迄は到っていない		
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	契約に到る課程で「説明と同意」を重視し、本人の納得を得られな時は、充分に本人と向き合う時間を取り、納得を得て契約の締結をしている		
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	面会、寄り合い・行事の機会に、管理者・職員はご家族様に、健康状態・暮らし振りを伝え、困り事・不安な事、意見や要望を伺い日誌に記録、利用者の意見やしたいことの発言も記録し、検討後運営に反映	家族会が年2回開催され、家族のみでの話し合いの場も設けられている。主に行事等説明し、家族の意見や要望等の収集や話し合いが行われ施設運営に反映されている。日頃から、入居者の暮らしや健康状態等、家族に伝えたいことを、個人毎に連絡ノートへ記録し、面会時に伝えている。尚、その際は家族からの意見・要望を必ず聞き家族と入居者の意向に添う介護サービスとなる努力が見られた。	
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	主任会、定例会で意見や要望を聞くようにしているが提案が少なく、出てもすべてが反映できているわけではない。勤務移動など意見を聞き、不満や苦情も聞くよう心がけるも把握しきれない部分もある	入居者のケアに関して、ミーティング等で日常的に意見を聞く機会を設けている。全体での食事会や交流会を実施し、意見を出し合ったり、職員のための参加による互助会等でも希望や意見を聞きホームの運営に反映させる努力している。また個人の相談等も気軽に受ける等努力が見られた。	

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
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	職員の希望に応じた勤務形態を考慮し、2ヶ月一回の食事会等行っているが、向上心を持って、働き甲斐のある職場環境について学習し、職員が生き生きと働ける環境・条件の整備に努める		
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	雇用形態に関係なく、経験・資格状況を考慮し、研修受講及び資格取得を勧奨。受講後は報告義務付け今年度から研修係を設け、外・内部研修計画立案し、全員がバランス良く受講できるよう取り組み始めた		
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	県・市のGH部会研修、部会懇談会に積極的に参加し交流を深めている。ネットワーク作りや交換研修には至っていない。		
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	ご家族様(代理人)のみの相談来所が多い為、ご自宅や入院先を訪ね、直接会って、本人の思いと心身の状態を掌握し、顔馴染みの関係作りに努めている		
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	ざぼんでの生活(入居者状況や職員状況等)について、しっかりと説明すると共に、ご家族様が実際に不安に思っている事、お困りの事を確認しながら関係作りに努めている		
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	「その時」必要な支援の見極めは、本人とご家族様の他これまでのケア担当者・主治医からの情報と観察から行っている		
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	職員は喜怒哀楽を共にしながら、人生の先輩として教えを頂いたり、又家族のように助けたり助けられたりの関係を大事にしている		

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
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	来所の機会を大切に、日々の暮らし振り、気づきを伝え、又ご家族様の困りごと・心配事を伺い、お互いに情報を共有し、共に家族として本人を支えあう関係が築けるよう努めている		
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	ご家族様の協力を得て馴染みの理・美容、かかりつけ医、知人・友人との関係の継続支援に努めているが高齢化・重度化により馴染みの関係が希薄になり、むづかしい面もある	知人・友人等の情報を得て、馴染みの関係の継続に努めている。面会の少ない家族については親族に相談し、訪問を働きかけたり、理美容やかかりつけ医の訪問を受けるなどの努力も見られる。家族の協力を得ながら、入居者の希望による墓参等も行われている。	
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	家事やレクリエーションなどを通して、相互に支え合う環境を作るように努めている。相性の合わない入居者同士には職員が配席を考慮したり、調整役となっている		
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	契約終了時に、以降の相談と定期的なフォローアップについて確認を取り、契約終了後も関わりが出来ることを説明。又移転先の関係者に、これまでのケアの情報を詳しく提供している。		
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					
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	入居時はセンター方式を活用し、以降は本人やご家族様・関係者から情報集め、日常の関わりの中で思いや意向をくみ取り、ご家族を交え、本人にとって最良の暮らし方について話し合っている	入居が決まった時点から、本人や家族・知人等からお元気だった頃の情報を収集し、センター方式の一部を利用し記録している。また、日々の生活や面会時に情報を得、本人の希望や意向を把握し、思いに添えるよう努めている。	
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	これまでの暮らし方・生活歴・価値観などの情報把握は、暮らしの継続につながり、本人を良く理解し行動障害を避け安心して生活が出来ることをご家族様に伝え、情報を提供して頂いている。		
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	朝の申し送り時、その日の一日の過ごし方や、利用者の状態を勤務者で確認し、処置一覧表・健康チェック表・日誌・ケア記録に記入する事で、一日の過ごし方や全身状態を把握している		

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
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	本人の思い・ご家族様の意向を大切に、スタッフの気づきを取り入れ、又主治医の助言・支持を得て、その人らしさが保てるよう作成。現状に合わない状況が生じればミニカンファを行い計画を修正している。	本人と向き合い、生活への目標・希望を見つめ、今出来ることを少しでも長く維持できるように、可能な限りの自立支援を介護計画に取り入れている。また変化が生じた時点で家族や主治医の意見を聞き、カンファレンスを行い現状に即した計画となるよう努めている。	
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	GH部会において記録の重要性を学び、気づきを取り入れた記録が出来るようにケア記録に工夫・改善を行った。		
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	2ユニットでお互いに訪問しあいお隣同士のお近所付き合いができています。本人の状況により救急外来受診の支援など必要に応じて行っている。		
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	近所のスタンドからの情報提供は大いに助けられている。「見守り隊だから」との声に地域との協働が感じられる。区役員・民生委員・地区消防団との連携は取れている		
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し、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	本人とご家族様が安心できるかかりつけ医との関係を大切に、受診票を作成 必要に応じ看護師が同行し助言を受けている。状況によって訪問診療を受けるなど複数の医療機関と連携を取っている	通院は、主に家族対応とし、無理な場合はホームでの付き添いが行われている。受診時はホームでの様子を伝える「受診連絡票」を作成し、医師からの指示を日々の生活対応の要としている。また、かかりつけ医の受診の他、認知症と内科の協力医を確保するなど、医療機関との連携を強化している。	
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	看護師と計画作成担当者は兼務しているが、保健担当者と共に、入居者の健康管理、医療面について相談支援を行っている		
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	入院時職員は交代で面会に行き、情報の共有と本人の安心につなげている。又ご家族様と主治医・ざぼんが一同に会して早期退院に向けて相談しあえる関係作りをしている		

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
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・プラン変更時、重度化・終末期を迎えた時、対応について話し合い「覚え書」を交わしている。本人の意向をくみ取り主治医・ご家族様と話し合う場を状況の変化事に設けている	入居時に重度の介護が必要になったり、終末期を迎えた際の生活支援について話し合いと、その希望について覚え書きを取り交わし、状況変化時には再度本人・家族と話し合いを持っている。詳細な終末期のケア指針を作成しており、ホームで終末期を迎えることを望まれる場合は、主治医と連携し、指針に添って対応し、ここ1年で2人の看取りを行っている。	
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	年一回消防署の救急救命法の部内講習会による技術の習得 緊急対応時のマニュアルを作成		
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回消防計画を立て、入居者と共に避難消火訓練を行い、内1回は消防署・消防団・近隣住民・家族の方に参加協力を得ている。災害時に備え非常食・水・懐中電灯・タオル等準備	年2回、真夜中の設定で、消防署・消防団・運営推進会議委員・近隣住民・家族の方々と入居者も参加し、避難訓練が実施されている。緊急連絡網の中に、地域住民も組み込まれ、消火訓練や水消火の体験等も実施している。	
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	「尊厳」を大事にする言葉掛け・支援のあり方が不適切な時は入居者の一人から厳しく指摘があり反省させられる。プライバシーに留意した支援、尊厳を傷つけないさりげない誘導について改めて取り組んでいる	利用者の誇りを傷つけないよう言動に注意し、特にトイレ誘導時には小声で声掛けをしたり、入浴時には誇りやプライバシーを損ねない対応を心がけている。入居者の尊厳への配慮に欠けるような対応には、その都度注意し人格を尊重したケアを目指している。	
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	お茶の時間や個別の面談で本人の解る力に合わせた説明をし、思いや希望の表出、自己決定の支援につなげている。言葉で意思表示が困難な方には表情・仕草からくみ取る努力をしている		
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	一日の予定を立て日課に沿って過ごす、一人一人の心身状況を見極め、個別的あるいは全体的に支援している。個別に買い物、理美容、墓参りの希望があれば希望に沿って支援している		
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	生活習慣や生活歴を把握し本人馴染みの理美容を継続して利用できるよう支援。外出前日は必ず入浴し、当日は本人好みでおしゃれが出来るよう支援に取り組んでいる		

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
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	食事の準備では得意なことを通して皆で食事作りを楽しみ 後片付けも協力しあい賑やかである。畑の収穫物を利用しながら見た目で食欲が湧くような献立作り・盛り付けを工夫している	協力医院の管理栄養士の作成した献立をホーム用にアレンジして利用しており、栄養バランスも充分満たされている。ホームの広い畑からカボチャ、なす、キュウリ等多くの野菜の収穫があり、頻繁に食卓にのぼり入居者の楽しみになっている。食事は職員も一緒に同じものを同じテーブルで、楽しく談笑しながら食べる様子が見られた。調理の準備・味付け・盛り付け等、できる人ができることに進んで参加し、もやしの根切りは誰にでも出来ると、毎日調理に使用するなど配慮がみられた。また、口腔ケアにも力を入れ、必要な方には歯科衛生士の指導助言を受け、楽しい食事の支援が行われている。	
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	本人の体調・運動量に応じ、食事量と食事形態を決め提供 食事・水分量・体重をチェックし、主治医の助言を受け随時見直し。摂取量の少ない方に好みの物を食べやすくし、時間に関係なく提供		
		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	口腔内の保清・口腔機能の維持に力を入れ食前のうがい手洗い・口腔体操の実施。歯科衛生士の助言指導を受け、一人一人の口腔状況に応じて食後の歯磨き支援・口腔ケアを実施している。		
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	排泄パターンの把握、排泄のサイン察知しトイレでの排泄に向けて支援。職員の気づきを受け本人・ご家族の意向を聞きながらパット・Rパンツを段階的に取り入れ常に見直しをし自立支援に繋げている	自力でのトイレ使用を基本に、一人ひとりの排泄パターン、排泄のサインの見逃さないように努力されている。定期的なトイレ誘導で、介護パンツやパット等段階的に使用し、排泄の自立への支援を行っている。	
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	散歩や運動を取り入れ、食後のトイレ座位を勧め自然排便の習慣化に取り組んでいる。健康チェック表から個々の状況に応じて冷水・牛乳の飲用、主治医の指示のもと下剤の調整を行っている		
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	入居者の状況に応じ夕食後や朝でも、入浴・シャワー浴を行っている。入浴を拒まれる時は、興味のある物や介助者の交代を試みたりの工夫で対応している	基本的に、何時でも入浴ができ、本人の体調や希望に合わせ気持ちよく入浴できるよう支援が行われている。拒否の方には興味のある入浴剤を使用したり介助者の交代で対応し、楽しみながら入浴出来るよう工夫している。	

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		○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	日中活動を促し、活動後は水分補給しゆっくり休息出来る様支援。本人の生活習慣、現状に応じた居室環境整備を心がけ、不眠・浅眠が続く入居者に対しては睡眠時間を記録し主治医・家族に情報提供		
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	職員は必ず処方箋を確認し、確実に服用出来るよう支援。個々の服薬状況については薬一覧表で確認。薬の内容・量に変更があった時は、副作用に注意し、体調の変化を詳細に記録している		
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	本人の生活歴などから、好みを把握しそれぞれの得意分野で活躍できるような場面作りをしている。行事計画も利用者を巻き込み楽しく参加できるよう工夫している		
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。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	隣棟の友人訪問、畑の見回り、お墓参り、買い物など本人の思いの実現、暮らしの継続が出来るよう支援。重度の方でも、園庭の散歩など短時間でも外気に触れ草花・庭木を楽しんでもらっている	広い敷地内での散歩、畑の見回りをはじめ、隣の施設を訪問したり、買い物へ出掛けるなど、一日一回は外気浴が出来るように心がけられている。職員が外出する際には可能な限り入居者をさそい一緒に行くなど心遣いが行われている。季節によっては家族同伴の花見やドライブ等、家族との協力で、外出の機会が多くなるよう努めている。	
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	手元にお金を所持しないと不安や寂しさを訴える方は家族了解もと、3名の方が金額に差はあるが財布、広告紙に包み筆筒にしまい、自ら買い物でお金を出したり、職員に買い物を頼まれたりされている		
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	入居者の思いを、発言内容・表情からくみ取り電話や手紙の支援を行っている。電話はゆっくり話ができるように子機を使い自室で話せるよう対応している		

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
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	広い窓近くにソファを配置、畳の間も利用し外の景色を眺め季節感を味わいながら過ごせる。常に換気に注意し空気の淀みがないようにしている。安全と効率優先で殺風景となりがちなホールに季節の花や作品を飾りアクセントにしている	玄関脇にテーブルやベンチが置かれ、のんびりとお茶や散歩を楽しむ仕組みが作られている。玄関を入ると明るく広いリビングが続く、絵や花、入居者の作品が飾られ楽しい雰囲気となっている。ソファに座ってテレビを見る人やテーブルでトランプを楽しむ姿が見られ、さらに洗濯物を整理する人がいる等、思い思いに過ごせるゆったりとした空間となっている。	
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	玄関先にベンチを配置し、庭の樹木・草花を眺め一人であるいは仲の良いもの同志でゆっくり過ごす時間が持っている		
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	ご家族と相談しながら、本人の意向も確認しながら、担当者が居心地の良い居室作りに取り組んでいるが、こちらの説明不足から家族の理解度に差がありまだまだ充分ではない。	部屋の入り口には思い思いの表札が掛けてあり、室内には持ち込みの家具や仏壇が見られた。思い出の品の利用をとお願ひしても、持ち込んでもらえない室内には、本人の意向を確認しながら、思い出の写真や入居者の作品を飾る等職員の工夫の跡がみられた。	
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	棟内は全てバリアフリー、廊下は全周に手すり設置。車椅子対応の洗面台・流し台は行動範囲の広がりにつながっている。三カ所のトイレには大きく「便所」と表示している		

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	4372900748		
法人名	(有)八代河内石材		
事業所名	グループホームざぼん 実		
所在地	熊本県八代市鏡町両出1327-6 TEL:0965-52-8151		
自己評価作成日	平成21年08月28日	評価結果市町村受理日	平成21年10月30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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4372900748&SCD=320
----------	---

【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ワークショップ「いふ」
所在地	熊本県熊本市水前寺6丁目41—5
訪問調査日	平成21年9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)】

運営推進会議での意見要望、日頃のご家族とのコミュニケーションの中から把握できた困り事・要望などを受け止め運営に反映、又認知症への理解を職員はもとより、ご家族様・地域の方々にも深めて頂けるよう努力しています。入居者と目と目・手と手を触れ合いながら「今」を大切にの理念が浸透し、入居者とご家族様の視点に立って「尊厳」を大事にするケアに取り組んでいます。ざぼんは広々とした敷地に緑の樹木・果樹・草花・作物が四季折々の風情をかもし出し、入居者や職員の心も癒してくれる中、地域の住人として今までの暮らし振りを継続する為、日常的健康管理を重視し口腔機能向上(食前のうがい手洗い・口腔体操・食後の口腔ケア・機能訓練)、精神的・身体的機能の維持向上(健康状態把握、主治医・協力医との連携、生活リハビリ)に努めています。

【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)】

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 実践状況	外部評価	
				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	各勤務に入る前に全職員は”目と目””手と手”で触れ合うことを通して「共に今を生きる」理念を確認し合う行動が日常的に出来つつある。		
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	・保育園との縁側事業の一環及び小・中学校の社会科学習の一環としての交流 ・買出し、ゴミ出し、リサイクル出し時の交流 ・地域の清掃ボランティアへ入居者と職員が参加		
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	・八代認知症研究会はご家族にも声をかけ共に参加し、サポーターとなられ「やっとなし解ってきた」との声 ・高齢者疑似体験はご家族や民生員、併設の利用者家族も参加		
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	助言や意見も活発に交換できる雰囲気となってきた。多くの入居者とご家族の参加が得られており、「意見」はその場での決定として実践している。家族よりの意見は少ない。		
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	文書等は郵送でなく出来る限り直接届け、顔の見える関係を心がけている。一方的な状況報告・説明にとどまっている。		
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	禁止行為項目は更衣室・トイレに掲示し、全職員の視覚に訴えている。第一に安全・安楽で個々が望む暮らしの提供を図り、近隣の協力者とも見守りや声掛け、連絡をもらえる関係を築いている。		
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	・管理者は常にホーム内外での介護行為に目を配り、職員の言動に注意を払うと共に、職員間でのチェック体制にも注意を払っている。 ・何よりも開かれたざぼんを目指している。		

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
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	制度についての学習機会を得て理解を深め、該当ケースの見極めが行えるよう準備している。職員の理解は低く、普及教育は十分ではない。		
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	契約時は、より多くのご家族の立会いをお願いし、重要事項、自己・外部評価等は熟読して頂き、疑問点や、不安事項に対しては時間をかけ説明し、同意を得るようにしている。		
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	運営推進会議、各種行事、家族会その他、面会やTEL時等、日常的に意見を尋ね、意見が出やすいようにしている。家族会では2棟の代表者による会の運営で貴重な意見を頂いている。		
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	職員の困りごとや提案事項についても優先して定例会で発表を求め、日常的にもいつでも提案を求めているが、十分出し切れているとはいえない。		
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	・職員個々の勤務条件を考慮した勤務 ・各種研修参加への勧奨(学習意欲の向上) ・職員と代表者による2ヶ月に1回の食事会		
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	・職員毎の研修及び資格取得の勧奨 ・研修受講後の普及教育の実施及び勉強会と各マニュアルの整備 ・今年度より研修係りを発足させ計画的研修の実践に繋げる		
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	県・市のGH部会の研修・事例検討会・食事会への積極的な参加を通して交流の機会も増加し、質向上へ繋がっている。		

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	
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	ご家族の前にまず本人自身の思い・不安を傾聴し、ざぼん生活のイメージ作りに向け、現入居者との会話交流、暮らしぶりの紹介などを行っている。		
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	健康面やざぼん生活について、健康管理や初期プラン等について理解が得られるまでしっかりと説明すると共にご家族も職員共々、ざぼん家族となったことを伝えている。		
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	まずご家族(本人をよく理解している)や担当ケアマネ及び主治医の情報など幅広く収集し、優先順位の高い支援内容を決定している。		
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	普通の家族体系(祖父母、両親、子供)のくらし(関係)当然の人生の先輩としての入居者を尊重し、教ええられる自分達(職員)の成長も大切に期待もしている。		
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	ご家族と職員との関係が信頼関係の基本姿勢にあることの相互理解について常日頃より確認し合い、家族会のあり方も皆で話し合っている。		
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	一部には高齢化・重度化によるなじみの関係が希薄になり不安もあるが、ご家族や、業者等の協力を得、かかりつけ医や理美容に出掛ける家(ホーム)に来て頂けるよう働きかけを続けている。		
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	24Hを通して、注意深く入居者同志が相互に支えあう場面作りに向け、声掛けや誘導する支援を行っている。		

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
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	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれない様に、これまでの生活環境・支援内容・留意点について情報提供し、相談への対応ができることを説明している。		
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					
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	センター方式の一部を利用し、生活習慣や解る事、解らないことの情報と本人・ご家族からも可能な限り収集し、以後は共に暮らしていく過程での情報も聞き取るようにしている。		
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	代理人に限らず本人のこれまでの生活をよく知っておられる家族(親戚・知人含む)等の協力を得て、センター方式を利用し、情報を得ているが、十分でない。		
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	全勤務員は日課の中でその日の体調について随時の変化を見逃さないよう、アイコンタクト・握手など五感を入居者ひとり一人と実行している。		
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	変化が生じた時点でのケアカンファレンス、本人・家族の意向確認、主治医の助言や指示を得て、その変更内容について経緯を説明の上、理解頂き同意を得ている。		
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	個人のケア記録の他、バイタルチェック・食事・排泄・入浴の状況を健康チェック表に記録及びミニケアカンファレンスやミーティングノートを職員は共有し、さらに意見交換からプラン修正にとつながっている。		
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	2ユニットと併設の小規模多機能、認知症対応型デイサービスとの交流の機会は増えている。病院受診や、散髪、買物にも家族の要望で出掛けている。		

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	防災時緊急連絡網の協力者や、運営推進会議の委員及び石油スタントの見守り協力者、定期的ボランティア慰問の人々の協力を得られている。		
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し、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	以前よりのかかりつけ医との関係は継続しながらも、現在の体調に対する専門的対応も考慮し、急変時でも相談できる関係を築くようにしている。受診時は相互に情報提供できる「受診連絡票」で連携している。		
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	看護職員を配置して、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行える様になっている。看護師を保健担当にしてアドバイス等を行っている。(体重コントロール・BP↑変動あり専門医受診)		
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。	入院時及び入院後においても情報を医療機関に提供している。職員が定期的に見舞い、家族等との情報・回復状況を共有している。家族・主治医・ざぼんが相談しあえる状況を入院当初から築いている。		
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	入居時のプラン説明に併せて「終末期における生活支援」に触れ、覚書きを取り交わしており、重度化等状況の変化時を区切り、家族や主治医と話し合い、方針をたて看取指針に沿った取り組みをしている。		
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	職員全員が年1回応急手当の講習会、消防署の協力を得て、心肺蘇生法をダミーを使用し、実施、体験・体得・習得する様にしている。		
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	消防署・消防団・地域の方々の協力を得て、避難経路の確認・方法・消火器の取扱い方の訓練を年2回利用者と共にしている。三月の訓練時は、実際に水消火器を使い消火訓練を全員している。		

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
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	トイレ誘導時や入浴時の声掛けは一応の気配りはできている。「尊厳」を大事にする暮らしの支援のあり方について学習の機会を多く持つてはいるがまだ十分とはいえない。		
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	本人の分かる表現方法での問いかけと、わずかな仕草や表情での読み取りを大事にしているが、納得のくらしまでは至っていない。		
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	一応の日課を基本に、その日の体調や気分を見極め、全員の状況をふまえつつも個性のある今日の暮らしを支援している。希望には十分に添えていない。		
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	近頃はざぼんでの理美容の機会が多くなっているが「顔剃りしてもらったよ」と満足の声も聞かれている。行事や外出(買出しでも)時のちょっとしたおしゃれへの支援が十分でない。		
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	もやしのめきり・皮むき・味付け・盛り付け等は、毎日の日課となり共に行っている。食後の後片付けも日常化しつつある。且、一献立の準備から仕上がりまでを通しての支援には至っていない。		
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	・健康・栄養状態に基づいた食事の形態と量(カロリー)の提供及び水分量の確保の工夫 ・管理栄養士の献立を参考とした食事づくりと、誤嚥防止の食材の工夫など		
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	個々の口腔機能や義歯の状態によって歯(歯間)ブラシ等選択し、毎食後の口腔ケアに力を入れている。又、トラブルの多い入居者は歯科衛生士の指導・助言を継続して受けている。		

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	排泄のサイン(立ち上がり・モゾモゾ・不安気な顔つき・表情)等から感じ取る。排泄チェック表を利用し、自ら訴える事の出来ない人を定期的に誘導し、トイレでの排泄支援につなげている。		
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	排泄のメカニズムについて研修会に参加し、全職員が学習している。水分の補給や食物繊維の摂取に心がけ個々の排便コントロールに取り組んでいる。		
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	当日の全般状況から入浴時間を設定するがその日の体調や、気分を考慮した支援、入浴を見合わせる場合は、清拭や手足浴等への変更で対応している。		
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	昼間の活動を高め、過昼寝を防止し、昼夜逆転を予防したり、居室の環境整備を通して安眠につなげている。		
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	新しく薬が処方された時は必ず薬名、量(mg)、用途、副作用について「説明書」で確認し、全職員が把握するようにしている。変更時も同様、確実な服用の為の服薬法と十分な水分量を摂るようにしている。		
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	食事づくり、買出し、新聞取り、食事前の代表挨拶等、個々の役割として発揮されている。		
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支援している	隣までの往復は日課となっている。近場の公園まで家族等の協力を得て、花見散歩を楽しんだ。遠出のドライブは春秋くらいでできていない。職員の用事で郵便局や、役所まででも必ず「出掛けたい」意向に添うようにしている。		

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
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	お金の管理が「できる、できない」に関係なく、お金を手元に持ちたい意志を確認できた入居者4名に対しては、ご家族の理解を得て、昔から使っていた財布を持って頂いている。		
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	本人が電話をしたい意向を受け止め子機を使用し、自室にてゆっくり会話できる様に対応している。市外の家族からも協力頂き、週3・4回の電話交流ができています。		
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	ベランダ越しに戸外の人や車の動きを見たり、季節の草花と鳥達との語らい「すずめが来てるよ。可愛いかなー」と安らぎに繋がっている。料理作りや洗濯たたみの人がお互いに気配を感じながら過ごせている。		
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	居間の広い空間に、椅子・テーブル・ソファの位置を変えたりして、その時々状況に対応している。仲良し入居者同志、その方の居室で花を眺めたり、歌謡曲を聴いたりして頂いている。		
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	安全を考慮しながらも、少しでも居心地のよい部屋であるよう、入居者一人一人のご家族と話し合い、「探してみますね」の声も頂き昨年よりも温かみのある居室ができつつある。且、壁掛けなど職員間で工夫できる面が十分でない。		
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	・居室入口の表札、トイレ表示「便所・べんじょ・トイレ」・車椅子の人に対応した洗面台と台所の水洗い場・フロー全周と風呂場の手すりを立位・下肢屈伸及び歩行訓練に活用している。		