

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2872700360		
法人名	社会福祉法人 正峰会		
事業所名	グループホーム さくらんぼ(新宅)		
所在地	兵庫県西脇市黒田庄町黒田1601-30		
自己評価作成日	平成28年2月22日	評価結果市町村受理日	平成28年4月14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.kaijokensaku.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyoVoCd=2872700360-00
----------	---

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館 6階		
訪問調査日	平成28年3月18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)】

・“いつまでも、自分の足で歩きたい”思いを大切に、週2回のアクアスポーツに参加し下肢筋力の維持に努めています。アクアスポーツに参加されていない方は、ホーム内で日常生活を通してリハビリを行なっています。
 ・最後まで、安心して暮らして頂けるよう、看取り介護にも取り組んでいます。また、出来ることは自分で行えるよう支援し、個々が生き生きと生活できるよう取り組んでいます。

【第三者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)】

ホーム名の「さくらんぼ」に由来のさくらんぼの木が庭で大きくなり毎年実を結び入居者、職員を和ませており、年数を重ねるごとに地域住民へのホームに対する理解が深まり、協力関係が構築されている。避難訓練に地域の参加もあり運営推進会議でも建設的な意見が得られている。法人が医療機関という強みもあり入居者の健康管理、入退院の連携、看取りにも取り組み入居者、家族への安心につながっている。入居者の体力向上を目指し、日々散歩や家事役割の取り組み、スポーツクラブへの参加を積極的に支援している。職員間の関係性も良好で会議で積極的な意見交換を行い相談体制も確立されており、風通し良く充実した介護が行えている。開設後年数が経過し、今一度自分たちの介護の立ち返る場としての理念を見つめなおす機会を持ち更なる向上が期待される。

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、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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三	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	事業所独自の理念を作成しているが、全職員に共有は出来ていない。 法人のクレド(行動指針)に関しては、毎朝、朝礼時に唱和を行なっており、クレドは事業所理念とも共通している。	法人の基本理念や事業所理念が各事務所に掲げられ、何時でも職員が共有できるようにしている。通信「さくらんぼの暮らし」の表紙にも掲載され、家族等にもアピールできている。 27年度に法人のクレド(行動指針)が作成され、朝礼時には唱和を行なったり、小冊子を所持し何時でも確認できている。事業所理念については、ユニット会議等で日々の業務に活かせるように努めているが、唱和や勉強会までには至っていない。	事業所の方針で、現在はクレド(行動指針)の周知徹底に努められている。事業所の理念についても、実践テーマ等を職員全員で話し合い掲げて、実践につなげてほしい。
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員として日常的に交流している	日常的に、交流を図るところまでには至っていないが、近隣の方との交流は図れている。	地域の自治会にも加入し、回覧・清掃活動・防災会議等にも参加している。日常的な交流の機会は少ないが、夏祭り・秋祭り・とんど等の地域行事には参加している。特に秋祭りの時には事業所が休憩所として協力している。ボランティアによる生け花教室や保育園、幼稚園との地域交流など、地域の一員としての取組にも努めている。	
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	直接、地域貢献を実施することはできていないが、27年度住民アンケートの実施を行い、地域ニーズを拾い上げている。アンケート結果より、施設として何が出来るのか、どのように取り組んでいくのかを検討中であり、明確には提示できていない。また、法人内の地域包括ケア推進部とも連携を図り、自施設への取り組みに繋げていく。	/	/
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	運営推進会議で出た意見は、責任者会議等でも検討を行なっている。 現在のところ、具体的な内容はなく事故等の削減に努めて欲しいとの内容にとどまっている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催が出来る。構成メンバーは、区長・副区長・民生委員・市の職員・家族代表・事業所職員等で運営されている。基本的には事業所からの報告や意見交換がされている。 運営に反映できた事例として、水害時の避難の際に、区長を中心に地域の協力体制が構築され、民生委員や民生協力員がその場の指揮を取る等の協力が得られた。住民アンケートでも実施に協力いただき、地域のニーズへの取り組みは、28年度の課題となっている。	
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	市町村との連絡については、必要に応じて行なっている状態で、運営推進会議でもアドバイス等を頂いている。	市の担当者とは日頃から連絡を密に取り連携は出来ている。運営推進会議にも出席されているので、必要な相談や指導も得やすい。地域包括支援センターが市の中にあるが、連携の機会は少ない。(市の担当者を窓口として連携できている) 市以外では、事業者連絡会(GH)は無いが、27年度に多職種連絡会が出来たので参加している。	

自己	者 第	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	玄関の施錠については、夜間のみで開設当初から行っていない。 身体拘束に関しては、年間研修内容に入れ込み、各ユニット会議にて実施している。	事業所の年間研修内容で、身体拘束に関してはユニット会議で実施されている。身体拘束の事例は無いが、転倒防止から夜間にベッド柵を一部する場合がある。(4点柵ではない) 玄関の施錠は行わず見守りで対応している。 スピーチロック(言葉による制圧抑制)は、日々のケアの中で「待っていて!」「座っていて!」等の言葉使いでは注意をしあっている。	
7	(6)	○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注意を払い、防止に努めている	虐待防止についても、年間研修内容に入れ込んでいるが、今年度については3月に実施予定である。 また、前年度より小さなアザに関しても、事故と捕らえ介助方法の見直しを行っており、27年度に関してはアザによる事故の削減に繋がっている。	虐待防止に関する研修は、外部講師により3月度に予定している。日々のケアの中で「アザ」についても事故と認識し、介助方法での注意や見直しで削減できている。(リスク委員会より) 職員のストレス対策に関しては、夜勤明けや身体状況・表情に気を配り、声かけに努めている。	
8	(7)	○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	成年後見人制度・権利擁護については、以前利用者様の後見人をされていた方に依頼し、研修を実施していただいた。	成年後見制度・権利擁護について、後見人より具体的な事例での研修を12月度に実施した。現在は制度利用者はいない。制度についての資料等はファイルされているが、今後職員や家族等が自由に閲覧できるよう、リーフレット等の整備が望まれる。	
9	(8)	○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	契約については、十分に時間を取らせていただき説明を行なっている。 不明箇所に関しては、その都度説明を行なっている。	契約に際しては、重要事項説明書や契約書・パンフレット・利用料金表等で十分に時間をかけ、説明を行なっている。 入居前の見学や自宅訪問での面接も行っている。 重度化や終末期での対応についても「医療連携体制」や「看取り介護について」の説明し、各々の同意書も得ている。	
10	(9)	○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	重要事項説明書の中に、相談場所の連絡先を記載させて頂いている。 また、その都度相談があった時には対応させていただいている。	運営推進会議に家族代表が出席されているが、運営に反映できた事例は少ない。年1回家族満足度アンケートも実施している。アンケートの中で「部屋がくさい!」「職員の連絡が不十分・・・」等の意見もあったが、ユニット会議等で都度改善している。意見箱の設置もあるが投函する人はいない。家族会は無いが、忘年会・夏祭りでは家族も参加され交流している。(その場で意見提案も聞いている。)	
11	(10)	○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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	事務所に、提案箱の設置を行なっている。 また、業務報告書の中に、提案事項等の記載枠が設けてあり、提案された事項に関しては検討を行なっている。	職員の見解や提案を聞く機会として、朝礼や申し送り、ユニット会議(毎月)・責任者会議(毎月)・各種委員会(毎月)・全体会議(年1回)・業務報告(毎月)・育成面接(年2回)・提案箱も設けている。 意見・提案はサービス向上委員会でも検討される。	

自己 者 第三	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	年2回の個別面談時に、半年ごとの目標を話し合い、目標が達成できるよう、毎月の振り返りとして業務報告書を提出してもらっている。提出された内容については、アドバイス等を行い、向上心を持てるよう努めている。		
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	年2回、チェックリストにより、個々の能力を把握している。また、必要に応じて、外部研修や法人内研修に参加していただいている。内部研修については、ユニットミーティング等を利用し、全職員が受けられるよう配慮している。		
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	法人内研修にて、同業者との交流を図ったり、近隣のGHとの交流を行い互いに相談しあうこともある。相互の訪問による交流には至っていない。		
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	面接時に、本人の不安や希望されること等について、ゆっくりと傾聴し安心して利用できるよう、思いを受け止めながら対応を行っている。		
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	入居申込時には、家族の不安や困っておられる事を傾聴し、安心して利用できるように対応を行っている。また、相談等があれば、いつでも連絡していただくよう伝えている。		
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	申し込み時や面接時の様子や情報より、利用者にとって一番必要とされているサービスを見極め、在宅サービスや他事業所の利用を視野に入れながら対応を行っている。		
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	日常生活の中で、今まで続けてこられたことや出来そうな事を見ながら、職員と一緒に頑張って頂いている。また、野菜づくりや花壇の整備については、昔の知恵などを教えていただきながら取り組んでいる。		
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	年末年始の、外出・外泊等に取り組み、ホーム内での行事にも参加を呼びかけ、ともに過ごしていただける機会を設けている。また、面会時には、日常の様子を伝え関係の構築に努めている。		

自己	者	第三	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	(11)	○馴染みの人や場所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	これまで、大切にされてきた馴染みの人や、友人・親戚等の面会については、積極的に受け入れている。遠方の方に関しては、なかなか馴染みの場所を訪れることができておらず、可能であれば訪れてみたいと考えている。	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、バックグラウンドを把握して支援に努めている。知人・友人等の面会では、家族の意向が無い限り積極的に支援している。自宅などに立ち寄りた利用するには、家族から鍵を預かり支援もしている。馴染の美容院へ行かれる人には同行の支援もしている。	入居が長い利用者や遠方の人に関しては、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう計画的な支援が求められる。家族の協力も得ながら、本人の思いや意向に添える支援を期待したい。	
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	少人数での散歩・外出を行い、話しやすい環境を提供している。また、仲の良い利用者同士が、一緒に過ごせるよう配慮を行っている。孤立しがちな利用者さんに対しては、職員が間に入り仲介役を行っている。			
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	同グループ内に、様々な事業所があり、入院により利用終了の場合には、時々お見舞いに行き様子を伺ったり、他施設に移られた場合でも、家族様からの相談等を受け入れている。			
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	(12)	○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	利用者が、何を求め望んでいるかを知るために、本人の言葉・行動・表情から推測し把握に努めている。また、家族様より情報を得ることで、本人の生活や生活歴を知り思いにつなげている。	担当職員が日常の会話や行動・表情等から、思いや意向の把握に努め、本人の経過記録に記載している。毎月のユニット会議で話し合い、情報共有する。ユニットの担当職員によっては、新規に入居された利用者には、利用者本位の視点からの記録分析方法(センター方式)を活用した情報把握も行っている。		
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	入居に至るまでの経緯を、バックグラウンドに出来るだけ詳しく記入していただき、「その人らしい生活」が送れるように努めている。			
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	毎月実施している、モニタリングから本人の現状を把握し、アセスメントシートより「出来ること・出来そうなこと・出来ないこと」の評価を行っている。			
26	(13)	○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	利用者の、現状を把握し本人の思いを汲み取った上で、家族には事前に希望調査票を送付し思いを伺っている。双方の希望に添えるよう、職員間で話し合いを行い、場合によっては主治医・看護師の意見を聞きながら、介護計画の作成を行っている。	担当職員が毎月モニタリングを行い、ユニット会議のカンファレンスで検討・評価している。家族には事前に「意向確認書」の提出をもとめ、関係者(主治医・看護師など)の意向も反映させた、介護計画書の見直しを行っている。(基本的には6ヶ月サイクル)状態変化時は、必要に応じてプラン変更を行っている。		

自己	者	第三	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
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	「誰が・いつ・何を・どのようにして・どう対応したのか」を基本に、本人の行動や訴えに対して、職員の行動等を記録に残している。また、記録や業務日誌から情報を共有し、介護計画にも反映させている。		
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	利用者・家族の状況を踏まえて、「その人らしい生活」が送れるよう、可能な限り対応を行っている。死亡された場合は、家族の要望にも答えている。		
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	近隣のスーパーに出かけ、必要な物品を選んでもらっている。また、近隣の美容室やお好み焼き屋さんにも出かけて行き、顔見知りになれるように努めている。		
30	(14)		○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	入居前に利用されていた、かかりつけ医からの情報を提供していただき、希望に添えるように協力病院に繋いでいる。 利用者・家族の希望に応じて、これまでのかかりつけ医への受診等も継続していただいている。	内科は協力医療機関を主治医に受診されている。訪問診療が月2回(全診1回・個別1回)ある。訪問看護も週1回あり、医療連携もできている。歯科の往診もある。他科のかかりつけ医を受診される場合は、基本的には家族の支援となる。必要な情報提供も行い受診情報の把握にも努めている。	
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	医療連携体制の契約を結んでいる、同グループ内の訪問看護が、週に1回定期的に状態をみに来てくれている。また、気がついたことがあれば、相談を行い場合によっては、医師に繋いでもらっている。		
32	(15)		○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。	ホームの母体が、協力医療機関のため、ほとんどがそこでの入院となっている。入院時には、職員がほぼ毎日様子を見に行ったり、必要に応じて食事介助を行っている。また、状態を把握するため、連携室との連絡を密に取り、退院時にはカンファレンスを行い早期退院につなげている。	入院はほとんど協力医療機関を選択されている。日頃から医療連携ができているので、介護・医療の情報提供でも円滑に連携できている。入院中はほぼ毎日面会や食事介助を支援して、安心して治療に専念できている。状態把握や退院に向けての情報把握では、病院関係者(主治医・看護師・地域連携室等)と連絡を密にしている。退院時はカンファレンスに参加して、受け入れ体制で情報共有に努めている。	
33	(16)		○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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期(看取り)については、入居される時に希望を聞き同意を得ている。ただ、医師より終末期の宣告があった時には、改めて指針により今後の方向性を相談することになっている。 家族の思いを汲み取った上で、医療関係者と連携を行い、終末期ケアに取り組んでいる。	契約時に「医療連携体制」や「看取り介護について」の説明も行い、各々の同意書も得ている。利用者の状態変化や終末期の対応では、主治医や看護師との連携も出ているので安心感がある。今期は事業所での看取り実績は無い。ターミナル研修は行ってない。医療連携や連絡体制が出来ているため不都合はないが、今後の取り組みに努めてほしい。	

自己 者 第三	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
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	救急救命法(心肺蘇生法)については、年1回実施しており、地域での講習会にも参加している。実際に、AEDを使用し対応したこともあるが、全職員が冷静に判断できるとは言い切れない。		
35	(17) ○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	避難訓練は、年2回実施しており、今年度は地域の方と一緒に進んだ。訓練結果は運営推進会議でも報告しており、地域の方の要望等も聞いている。地域の自主防災会にも組み込んでいただいております。何かあった時の協力員さんも配置していただいております。協力員さんはホームのことを知ってくださっている。	年2回の避難訓練が実施されている。1回は水害を想定した避難訓練を地域の協力を得て行われた。運営推進会議でも話し合わせ、地域の区長や民生委員が中心となり、水害時の連絡体制や支援体制で地域連携が出来ている。(特に初動の陣頭指揮を民生委員や民生協力員が担ってもらえる。)非常用の備蓄は無い。今後法人内でも検討が望まれる。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(18) ○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	出来なくなってしまうこと、分からなくなってしまうことに関しては、本人の自尊心を傷つけないよう配慮している。また、排泄については、特に重要視しており、声のかけ方や着替え等にも気を配っている。	利用者の人格を尊重し、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。特に排泄介助時の言葉かけには注意をしている。接遇研修等は実施されていないが、27年度に法人のクレド(行動指針)が作成され、朝礼時には唱和を行ったり、小冊子を所持し何時でも確認でき、場面場面での指導の指針となっている。	
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	日常生活の中で、希望されていることに関しては、可能な限り対応を行っている。また、本人が選択しやすいような声掛けを心がけている。		
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	本人の要望や、ペースに合わせてケアを実施しているが、場合によっては職員の都合で動いて頂く事もある。		
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	好みの服や化粧品等を持ち込んでいただき、外出時には少しお洒落をしていただけるよう工夫している。		
40	(19) ○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	同グループ内の、給食センターで作られた副菜を利用者と共に盛り付けている。また、週に1~2回ホームで食事を作って、献立や準備・片付け等と一緒にしている。	法人グループ内での給食提供を行っているが、週に一度、献立から調理までホームで入居者と一緒に取り組む機会がある。前日に一緒に買い物に行き、準備や調理、盛り付けも行っている。日々は盛り付けや後片付け等できることを手伝ってもらっている。	

自己	者	第三	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
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	減塩食で、カロリー計算された食事の提供と、状態によってはムース食・腎臓食・糖尿食などの提供を行っている。また、本人の状態に合わせて、食事の提供時間をずらすこともある。		
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	毎食後の口腔ケアは実施できてはいないが、起床時・就寝時には必ず行っている。また、機能低下により援助が必要な方に関しては、介助を行ったり口腔内をガーゼで拭き清潔を保てるよう支援している。		
43	(20)		○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	おむつやリハビリパンツの使用は、基本的に取り入れておらず、布パンツにパットの使用を行っている。また、排泄のリズムを図るために、尿量の測定やパット内での排泄の間隔を図っている。日中に関しては、基本的に声掛けを行い、トイレまで行って頂いている。	それぞれの排泄パターンを把握するため排泄チェックを行い声掛けやトイレ誘導で、自立支援に取り組んでいる。入居時や退院後、紙パンツやおむつを使用していた人も、布パンツとパットに変更できるよう取り組んでいる。トイレ誘導時や介助時にはプライバシーへの配慮を心掛けている。	
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	個々の、排便のペースを探り、必要な方に対しては個別に乳製品の購入等を行っている。また、水分に関しては、声掛けを行い負担にならない程度に飲んでいただいている。出来るだけ便秘については使用しないよう考えている。		
45	(21)		○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	毎日入浴を希望される時には、可能な限り毎日入浴していただいている。また、個々により入浴の時間が異なるため、時間帯には配慮を行っている。入浴は決まった曜日があるわけではなく、毎日行っており季節に応じてゆず湯や菖蒲湯等の提供を行っている。	入浴は毎日実施し、個人の希望に沿って午後3時から8時の間で行われている。プライバシーへ配慮し個浴で希望があれば同性介助を行い、状態低下時には二人介助としている。また、楽しく入れるよう季節湯も提供している。	
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	休まれる時間も、個々によって違っているので、声掛けを行い「寝るわ」と言われた時に、居室に案内するようになっている。また、眠前薬を服用されている方については、出来るだけ中止できるように関わっている。		
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	薬の目的や副作用については、お薬リストで周知している。また、薬の重要性を周知し、適切に服薬ができるよう支援している。症状に変化があった場合には、主治医に相談し対応を行っている。		
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	日常生活の中で、それぞれに役割を持ってもらい「自分は、必要とされている」と感じていただけるよう支援している。また、趣味や得意なことを活かせるよう、機会や場面を作っている。		

自己	者	第三	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		(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	誕生日や年末年始を中心に、家族と外出していただく機会を設けている。また、天候を見ながら、散歩に出かけたり、週2回のアクアへの参加、週に1～3回の買い物等にも出かけていただいている。	天気が良ければ庭先でくつろいだり、近所の散歩をしたり、週に2回程度、買い物や運動に行く等、外出の機会を持っている。誕生日には希望を聞き、家族にも声をかけ、行きたいところへの個別の外出支援を行っている。また、花見や地域行事への参加など地域住民と触れ合う機会も多くある。	
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	基本的に、現金の預かりは行っていないが、利用者本人と家族の強い希望があれば、本人(家族)管理にて所持していただいている。		
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	電話は、自由に使えるようになっているが、耳が遠くなっておられる利用者が多いため、利用される方は少ない。手紙を書かれることはないが、年賀状を家族に出していただいている。		
52		(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	台所などの共有スペースについては、天候により照明の調節を行ったり、カーテンの使用方法にも工夫を行い、不快のないよう対応している。また、温度計・湿度計を設置し加湿器等で調整している。	リビングは広く、畳のコーナーがあり、落ち着いた雰囲気です。季節感を出す工夫がされている。両ユニットとも中庭を囲んで回路型廊下となっており、テーブルとソファが設置され、くつろげる空間もある。また、ひろい庭にさくらんぼの木や藤棚があり、草花や畑も整備され、ちょっと玄関を出て気分転換を図れたり、洗濯物を干しながら四季を感じることができる。	
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	リビングや廊下などにソファを置き、気の合う片同士が会話を楽しめるよう工夫を行っている。天気の良い時には、日光浴を兼ねて、玄関先の椅子に座り会話を楽しまれている。		
54		(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	家族の協力を基に、個々の生活習慣に重点を置き、家族の写真・ご主人の位牌・馴染みのある家具等を持ち込んでいただいている。また、一人で過ごされる時には、さりげなく見守りを行っている。	ベッド等備え付けのものもあるが、使い慣れたものを自由に持ち込むことができ、それぞれ家族の協力により落ち着いて過ごせるよう家庭的な雰囲気となっている。	
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」「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	居室の表札を、各自で選んでいただき、自分の部屋を把握できるよう工夫している。トイレについては、「便所」と表示し混乱を防ぐように対応している。		