

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	2892100062		
法人名	ヒューマンライフケア株式会社		
事業所名	ヒューマンライフケア高砂グループホーム		
所在地	兵庫県高砂市高砂町浜田町1丁目7番18号		
自己評価作成日	平成30年5月1日	評価結果市町村受理日	平成30年6月6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.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=2892100062-00&PrefCd=28&VersionCd=022
----------	---

【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 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所 北別館内		
訪問調査日	2018年5月17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)】

<p>施設テーマ『信用・信頼・安心』 1階テーマ『みんな大事な家族』 2階テーマ『一人一人が主役』 施設全体、各リビングが施設目標を持って日々、ご入居者様と生活を共にしています。 特に最近、力を入れている取り組みは『自立支援』と『生活』です。 『自立支援』は、ご入居者様の出来る能力を最大限に引き出し、いつまでも出来る能力を維持する為の取り組みです。 『生活』は、食事作り、洗濯物干し、掃除等を共に行い、生きがいを作る事です。 これらをテーマに職員一同、頑張っています。</p>
--

【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)】

<p>全国に介護の事業所を持つ法人のグループホームである。同法人のグループホームは関西圏に5か所あり、それに加えて2市2町(高砂市・加古川市・播磨町・稲美町)のグループホームとの横の繋がりで、同業者との情報交換や勉強の機会がある。前回の評価から2年、2回目の受審となるが、今回は自己評価を職員で分担し、全員で取り組んでいる。利用者ができる事を支える支援を心掛け、調理や洗濯、掃除など日常的な生活の中で能力を発揮できる場を増やし、自発性がもてることを目標にしている。利用者・家族にとって安心できる環境を整えるため、細やかな情報の発信や病院受診時に同行し状態を伝えるなど、尽力している。家族とのつながりも良好である。地域との交流の機会も増えてきた。今後地域密着型サービスとしての役割を踏まえ、地域の方とより風通しの良い関係ができる事を期待する。</p>
--

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	第三者	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	事務所に施設テーマ、各フロアの生活目標を掲示板に掲げている。また、ヒューマンライフケアとしての理念も掲げている。毎日、その理念、テーマを目標に管理者、職員一同、日々のケアに努めている。	昨年度までは、法人理念とは別に、施設テーマと各フロアごとの生活目標を毎年設定していた。本年度は、月1回行っているフロアミーティングで職員から案を募り、全体会議で施設テーマとして一本化した理念を作り上げる予定である。昨年度までの施設テーマや生活目標については、月1回のフロアミーティング、全体会議などで共有し、日々のケアに繋げていた。	事業所独自の理念が6月にはできる予定である。ケアサービスを提供する際の拠り所となることはもとより、地域密着型サービスとして、地域との共生を意識した事業所理念が出来ることに期待したい。
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員として日常的に交流している	地域の民生委員さんの紹介をもとに地域でのふれあい交流会や地域で行っている催しに参加している。また、散歩の途中で近隣の方と挨拶や言葉かけをして、小さな交流を図っている。	自治会に加入している。自治会の会合には参加していないが、地域の催しを案内してもらったり、今年度からは近くの公園の清掃に参加する予定である。10月の秋祭りや地域で行っている三世代交流会にも参加している。交流会では、利用者がお手伝いをされる場面もあった。また2~3か月に1回は、フラダンスやマジック等、地域のボランティアの来訪もある。管理者が認知症サポーター養成講座を地域で行うこともある。	
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	現在は、実践を通じての取り組みはないが、管理者は認知症サポーター講座の講師役の資格がある。職員も今後は認知症サポーター養成講座を受講し、認知症の理解に向けて地域への発信ができるよう取り組んでいく。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議では、ご家族様、民生委員、地域包括支援センター職員、自治会長様の参加がある。会議の内容は、施設内での事故、ヒヤリハット、行事、介護度と言った報告に加え、日々の生活風景を写真で回覧し、お父様、お母様が日々、どのような生活を送っているのかを感じて頂く取り組みを行っている。また、報告後は、ご意見、ご感想を聞く場を設け、今後のサービス向上に向けた取り組みも行っている。	2ヶ月に1回開催され、自治会副会長、民生委員、地域包括支援センター職員、ご家族が参加されている。出来るだけ、多くの家族が参加できるように、積極的に案内している。家族の意見がきっかけとなり、1階と2階の利用者の交流が始まったり、ボランティアを紹介していただいたり、家事や散歩の状況を見直すことに繋がった。家族をはじめ、参加者の意見が運営に反映されている事例を多数確認できた。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	高砂市の高年介護課の担当者と密に連絡をとり、事業所内での事故報告等を行っている。また、日々の介護保険法に関わる相談も行い、連携をとっている。それらを行行政ヒヤリング報告書として記録にも残している。	制度に関して不明な点の照会や、報告事項について、電話やFAXで済ませず、必ず行政の窓口に出向いている。ケアの内容について疑義が生じた場合も、市の担当者とは相談することがある。必ず、顔を合わせて確認することで、協力関係の構築を図っている。	
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「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	年1回の身体拘束の研修は必須として行っている。また、日々の行動が身体拘束に該当しないか、職員とのミーティングで共有している。玄関の施錠、窓のロックは消防法に該当しないよう行っている。これらは、近くを山陽電車が通っており、施錠をはずす事で安全性が確保できないのではと以前、ご家族様より質問があった為、やむを得ず、行っている。施錠をしている事で身体拘束の概念がなくならないよう取り組んでいる事は、内ドアを開けて、外の景色が見れるようにする、日々、散歩やドライブに出かける事で閉じ込められているという気持ちが出ないように職員一同、取り組んでいる。	今までに、個別の身体拘束の事例はない。身体拘束に至らないよう職員同士の話し合いや工夫で回避できている。また、虐待防止とともに年1回の研修を実施している。玄関については、法人としての意向や家族の意見を鑑み、施錠している。閉塞感がないよう、内ドアを開けるなどの工夫をしている。今後職員は施錠は身体拘束であることを再確認し、常態化しないよう検討してほしい。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	年1回の身体拘束の研修は必須として行っている。資料は『スピーチ・ロック』という社内資料を用いて研修を実施した。また、日々の行動が心理的、身体的な虐待に該当しないか、職員とのミーティングで共有している。身体拘束ゼロへの手引きを置いており、いつでも回覧できるようにしている。課題は、研修後に入社された職員への研修が出来ていない為、今後、実施する予定である。	身体拘束とともに、年1回の研修を行っている。昨年度はスピーチロックについて重点的に研修を行った。また月1回のフロアミーティングの中で、言葉遣いや不適切な対応がなかったか振り返る時間を設けている。普段から職員の不安や悩みを聞き、ストレスを溜めないよう配慮している。管理者と普段話す機会が少ない職員に対しては、時間をとって話を聞くように努めている。		
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	権利擁護に関する理解について、管理者は研修等を通じて理解しており、ご家族様からもご相談はあるが、すべてを答える事が出来るまでは至っていない。職員は権利擁護の研修等もなく、理解出来ていない。今後の課題として、外部研修を通じて理解をする、社内研修として権利擁護がどのような事であるかを学ぶ必要がある。	研修は実施していない。以前は、成年後見制度の利用者が入居されていたが、現在対象となる利用者はいない。今後は運営推進会議等を通して、利用者・家族に周知したり、地域包括支援センターの職員に研修を依頼したり、パンフレットの設置をするなど、権利擁護に関する理解と活用の推進に期待したい。		
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に契約書、重要事項説明書等に関する説明を行い、署名、捺印を頂いている。契約変更の際も覚書にて説明をしている。ご家族様、ご本人様の不安解消に向けて契約前後でアセスメントを実施し、不安や疑問の解消を図っている。看取りの同意書に関しても説明し、署名、捺印を頂いている。	契約時には特に、身体拘束に関すること、料金、介護保険の更新、緊急時の対応、終末期の希望について時間を割いて説明している。終末期については意志確認書として契約時のみならず、定期的に更新も行っている。利用者や家族の不安や疑問に対して、十分な説明がなされていることがうかがえる。		
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	利用者様からの意見は日々の生活の中から聞きだし、日々の記録やミーティングで話し合い反映するようにしている。ご家族様の意見、要望は日々の面会時の話しや運営推進会議で時間を作り、聞くようにしている。意見、要望は職員にも発信し、運営に反映できるよう各担当者に伝え、実践している。日々の生活では、ご入居者様の意見に耳を傾け、可能な限りの要望を聞いている。	運営推進会議で出た家族からの意見が運営に活かされている事例を複数確認した。今後は、より多くの家族から意見を聞き取る機会を得るため、家族会の設立も検討している。利用者の意見や要望については、ケアプランを作成する際に改めて聞き取りをするほか、日々のケアの中で聞き取った内容を記録し、実現に向けて取り組んでいる。	事業所として利用者と家族の繋がりを大切にしているため、協力的な家族が多い。今後は、運営推進会議に参加しにくい家族からの意見を聴取する機会として、家族への満足度調査などにも期待したい。	
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意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	日々の申し送りの中で職員同士が意見を話し合える場を設けている。管理者も参加し、意見や提案を聞き、共有している。毎月行っている全体会議でも話し場を設けている。	月1回のフロアミーティングでは、職員へ議題を予め知らせ、意見を募るほか、議題自体が職員から積極的に出るような工夫をした様式を用い、会議を行っている。意見や提案は、エリア長・ブロック長・管理者・リーダー・トレーナーが参加する月1回の全体会議にて検討している。日々の細かな内容については、朝礼や夕礼の際に話し合うことも多い。		
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	管理者は職場のルールとして、毎月の希望休3日の確保、勤務時間の希望、有休消化を心がけて職員が仕事しやすい環境を作る努力をしている。会社として、夜勤給与の見直しを行った。			
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	社内でも管理者、職員の研修制度、個人のスキルアップにつながる取り組みがある。(例)シルバーマイスター取得支援、社内研修、新人研修、OJT 社外においては、認知症介護実践者研修の申し込みを毎年、行い、個々のスキルアップを目指している。			

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	
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市2町のグループホーム協会に加入しており、管理者同士の話し合いの場もある。職員には勉強会の参加を促している。課題として、現状、勉強会への参加人数が少ない点と、管理者からの会議等の情報共有が薄いため、職場での浸透性は薄い。今後、2市2町の情報を職場で共有する必要がある。			
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	ご入居前にはアセスメントや面談の場があり、その中でお話しをし、関係作りに努めている。この面談にはケアマネとケアワーカーor管理者の2名で参加するようにしている。特にご本人様のご家族様が何を望んでいるか等の話しを聞き出すようにしている。			
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	ご家族様も上記と同じでご入居者様のアセスメントや面談時にお話をする事で関係作りが出来るように努めている。また、ご家族様とは見学の時点でもさまざまな悩みや困っている事の話をし、ご本人様のご入居前から関係が築けるよう努めている。また、入居に当たっては、ご本人様も不安感が強くなる為、ご家族様にも協力をお願いしている。			
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	ご入居前のアセスメントをもとに職員とも検討会議を行い、必要としている支援を考える。その方の生活していた環境、生い立ち等を共有し、これからの生活で何が必要かを考える大切な時間をして実施している。			
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	高砂グループホームでは、出来る事、出来ない事を見極め、出来る事に関しては出来るだけして頂けるよう努めている。ただ、この事を実践するにあたっては、安全を考慮した上で行うようにしている。また、支えあう環境として、ご入居者様と職員が共に言い合える仲を目指して行っている。			
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	ご家族様には面会に来てお父様やお母様とよく話しをしてほしい、散歩にも行ってほしい、外に出て気分転換をして下さいと話しています。全員のご家族様がして頂けるわけではありませんが、実践として行っています。また、気になる事があれば、随時、お電話にて報告や相談もしています。ご家族様にも協力のもとでお父様やお母様が落ち着いて生活できる環境づくりを目指して行っている。特にご本人様は場合によっては「捨てられた」と思いがちになる為、ご家族様にも受診、面会等はお願している。			
20	(11)		○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	以前、お付き合いのあったご近所の方にも面会に来て頂いてお話をする場を作っています。また、近隣のスーパーや散歩をする事でご近所の方とお会いして話しが出来るように設けています。	利用者と自宅近くまでドライブに出かけたり、地元のスーパーで買い物をしている。また、友人が来訪され、一緒に喫茶店へ出かけられたり、地域で行われているふれあい交流会で知人に会われることもある。友人の来訪がボランティアの紹介につながった事例もある。また、家族とのつながりが途切れないよう積極的に働きかけ、お正月は多くの利用者が自宅で過ごされている。		

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	
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	手作り昼食、壁面制作等、他者と協力して一つの物を協力して作り上げる機会を設けている。気の合う、合わない等の関係を職員同士で把握し、ご本人様の希望を伺った上で席決め等を行っている。ご本人様の発言、表情を伺い、その場に合った対応を行うよう努めている。このような状況は記録にも残し、情報の共有を図っている。			
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	サービスが終了してからも新しい施設や入院先、自宅での様子を知る為、CM、SWに連絡をし、面会等も実施している。また、転移先(施設、病院等)のCM、相談員にもご本人様の情報をすべて共有するよう取り組んでいる。			
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	ご入居時のアセスメントにて、ご家族様の思い、ご本人様の希望を伺っている。ご入居後は、生活変化による戸惑いや不安に共感し、毎日、声かけを実施している。精神面、健康面の状態変化があれば、その都度、ご家族様に報告し、希望、意向を伺える機会を常に持つようになっている。	入居時に作成したアセスメントシートの内容をもとに、日々のケアの中で聞き取りした内容を赤字で追記し、ケアプランを更新するタイミングで、アセスメントシートの更新も行っている。また、支援経過記録にも思いや意向を記載している。日々の細かい内容は、業務日誌と申し送りノートを使い、職員間で共有している。	利用者の思いや希望を真摯に聞き取る姿勢が感じられる記録を多数確認できた。今後は、聞き取りした内容を職員間でより容易に共有できるよう、様式を整理したり、ケアプランに活かす仕組みづくりに期待したい。	
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	ご入居時のアセスメントにより、ご本人様、ご家族様よりしっかりと聞き取っている。ご入居後にも会話の中で新しく聞けた内容をご家族様確認の上、情報の更新を行っている。			
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	出来る能力を一人一人把握し、記録に残し、職員間で情報共有を図っている。一日の初めのバイタルチェックにて、ご本人の状態を把握し、行事やレクリエーション、入浴、体操を観ている。職員MT等でサービスの見直しも行っている。			
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	ケアプランを6か月ごとに評価、更新を行っている。評価、更新にあたり、サービス担当者会議を開催し、忙しくて参加出来ない関係者、ご家族様にも事前にお話しを伺っている。(面会やFAXにて返答を頂いている。)当日、参加出来ない職員からも書面にて意見を回収している。	ケアプランは半年ごとに更新している。モニタリングについては短期目標を半年に1回、長期目標を1年に1回実施している。ケアプランの更新の際に行うサービス担当者会議では、主治医、訪問看護師、訪問マッサージ師など多職種の意見を聞いている。モニタリングと評価の整理が求められる。		
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	日々のサービス提供と様子を記録に残し、職員間で情報の共有を図っている。1ヶ月に1回、又は、状態変化により、随時、職員間でケア会議を開き、プランの見直しを行っている。又、その都度、会議内容を記録に残している。			

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
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	その方のニーズに合わせ、体調面、精神面に配慮しながら、少しでも多くの望みに答えられるよう、家族様、ボランティア、マッサージ等と連携し、取り組んでいる。希望の方には、歯科医院との連携で口腔ケアチェックを定期的に取り入れている。		
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	ボランティアの来訪、地域の理美容店の訪問、民生委員さん紹介による地域のふれあい会に参加する等、楽しむ時間を設けている。		
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	施設医として、近隣の三木医院の医師による訪問診療が月2回ある。また、事前に信頼できる医師をかかりつけ医として施設に招く事もある。訪問時には、ご本人様の状態や気持ちをお伝えし、共有している。緊急時にも、かかりつけ医が訪問に来て下さる。	入居前からのかかりつけ医と協力医療機関の医師を自由に選択できる。地域特性として、元々協力医療機関の医師がかかりつけ医である利用者も多い。現在、入居前からのかかりつけ医を利用されている方は1名おられ、往診もして頂いている。他科については、基本的に家族の付き添いによる受診となっているが、必要があれば職員も同行している。	
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	週1回(火曜日)の訪問看護により、健康チェックを実施している。情報共有として、相談、報告用紙を作成している。また、訪問日以外でも状態に変化があれば、電話でのご相談の上、訪問して頂く事もしている。		
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。	入院となった際は、すぐにご本人様に関する情報提供を医療関係者に行っている。退院時も医療関係者より情報提供を頂き、共有できている。日頃より病院のソーシャルワーカーとの空き情報等で連携をとっており、情報共有できている。	入院時には、救急時の対応マニュアルに沿って情報提供票を病院に提出している。入院中は、お見舞いに行つて状況を把握している。退院時には、退院時カンファレンスに参加したり、病院で情報収集している。日頃から、病院のソーシャルワーカーと情報交換する機会も多い。	
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、事業所です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	終末期のあり方、希望等を早い段階よりご家族様と話し合っており、記録に残している。また、研修を通じてその方の終末期における理解を共有できるよう取り組んでいる。他の関係機関との連携をとり、情報を共有し、その方に寄り添うようにしている。以前、意思確認書を定期的に更新し、ご家族様の思いを確認するとよいとご意見を頂き、定期的に意思確認書を更新している。	開設から3名、昨年は1名看取った。職員もケースを重ねるにつれ、落ち着いて対応できるようになってきている。家族も協力的に看取りに臨まれており、事業所で寝泊まりできるようソファの貸し出しなども行っている。年1回のターミナル研修のほか、看取り後の振り返り研修で、職員から多職種との連携方法の改善や外部研修への参加等についての意見が出たため、今後対応していく予定である。	
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	ご入居者様の事故発生時や急変時のマニュアルを事務所に置いている。また、看護師や医師にも必要に応じてご相談をしている。		

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
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	火災や地震、水害等のマニュアルはありますが、実際の経験がないので、的確に対応できるか不安な点がある。避難に関しては消防訓練を通して実践で行っています。地域との協力体制は今後の課題である。貯蓄に関しても、水飲みである為、今後は備蓄をそろえる必要がある。	消防訓練に関しては年2回、夜間想定も含め避難訓練を行っている。隣接している企業と合同で避難訓練を行ったこともある。水害の時は2階に上がり、地震の時は机の下に潜ることになっているが、訓練は実施していないので実施が望まれる。食料品等の備蓄については、賞味期限が切れたところで、今後再整備する予定である。水は備蓄している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(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	日々、ご入居者様には尊厳の意を持って共に過ごしています。プライバシーにおいては、各居室を確保しており、日々の言葉かけは月1回の拠点ミーティングでも振り返りの場を持っている。職員研修でも年1回は実施するよう取り組んでいる。	特に言葉遣いについての研修を行っている。また、月1回のフロアミーティングや全体ミーティングで振り返る機会を設けている。さらに言葉遣いについて注意を喚起するポスターを貼付したり、朝礼で唱和することもある。男性職員が多いため、入浴などの介助の際は十分に配慮している。また、不適切な言葉かけや対応があったと思われる場合は、フロアリーダーなどからその都度声かけを行っている。		
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	入浴の時間や散歩の時間、食事は何が食べたいかでご入居者様自身が行きたい、またはしたい、食べたい内容を聞くような働きかけをしている時もある。			
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	入浴の時間や散歩の時間でご入居者様自身が希望する時間はできるだけ希望に沿える様に工夫している。			
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	ご自身で服を選べる方は選んでその方の好みで着て頂く。外出時にご家族様と服を選んで外出して頂く事もある。			
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	現在は食事は真空調理を利用して、食事の準備や片付けは職員で行っている。行事の一環として、おやつ作りや昼食づくりの際はご入居者様と行う場としている。嚥下や咀嚼に困難のある方への対応は行っている。	通常の食事は業者による調理食品を利用している。利用者はお皿を並べたり、盛り付けや洗い物などを手伝っている。月5回ほど調理の日を設け、リクエストに応じた献立を利用者と共に作っている。ちらし寿司やカレー、うどんや肉じゃがなど、野菜を切る作業が多いものを考えている。肉も食べたいというリクエストに応じて、今年はテラスでバーベキューをする予定である。		
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	日々の記録の中で食事量、水分量をチェックしている。食事もその方に合わせて好みの物を調整している。水分にも好みの物を工夫している。食事量もその方に合う量を提供している。			

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
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	毎食後に歯磨きを実施しています。夜間は義歯を預かり、消毒をし、2日に1回は歯ブラシとコップを洗っています。希望者は、口腔チェックの場として、定期的な歯科往診を受けている。		
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	排泄チェック表を用いて排泄の感覚やパターンを把握しています。リハビリパンツをはいている方でもトイレ誘導を行い、基本はトイレで行えるよう取り組んでいる。車椅子の方でも、トイレでの排泄希望があれば、実施している。	現在おむつ使用の方は3名おられる。排泄チェック表でパターンを把握し、失敗のないよう声を掛け誘導している。リハビリパンツから布パンツに改善された方が2名おられ、全部で7名が布パンツで過ごされている。トイレは3か所あり、内2つが車いす対応でその内の1つは跳ね上げ手すりと背もたれがついている。	
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	便秘予防の為に定期的に牛乳を飲むように促している。また、朝の体操、日々の散歩で腸を動かすようにしている。水分確認の為、水分表で1日の水分チェックも行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本は施設内で入浴のパターンは決めている。ただ、その日によっては、入浴をしたくないご入居者様もおられ、その場合は臨機応変に対応している。どの時間にお風呂に入りたいかを聞く事で希望に沿っている方もおられる。	基本は週3回、午前入浴支援をしている。希望で週6日入浴する方や、午後から入られる方もおられる。日曜日はイベントが多く、入浴の設定はない。浴槽の湯は、1人ひとり張りかえている。拒否される方には、玩具を浮かべるなどの工夫をして入浴を促している。	
46			○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	ご入居者様のペースでお部屋で休まれたり、ソファでくつろがれます。夜間は19:00消灯ですが、寝れない場合は、その方に合わせて安眠を促します。		
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	薬の説明書をもとに薬の理解を深めている。日々の記録で薬の服用状況や効果を確認し、かかりつけ医の先生と確認している。		
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	昼の時間に編み物や塗り絵、貼り絵等の時間を作り、楽しめる時間を作っている。散歩を趣味の方は定期的に散歩に行くよう支援している。		

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	日々の生活の中での買い物や散歩は施やご家族様の協力のもとで行い、普段、出掛ける事が難しい場所へはご家族様に協力のもとで出かけています。	利用者や家族からの要望もあり、日常的な外出の機会が増えるよう取り組んでいる。散歩チェック表を作り、散歩のほか通院や買い物など、外出できた日にチェックをしている。少人数でのドライブや同法人のサービスの車を利用して全員で花見に行ったり、外食の機会も設けている。	
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	在は、お金をご入居者様が使う機会はありません。お金をご自身で持っているご入居者様はおられます。買い物と一緒に出掛けた際にお支払いをして頂く事はあります。その際のお金はお預り金を使用します。		
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	ご家族様が対応できる時間を把握し、ご入居者様よりご家族様との話しを希望されれば、出来る限りでお電話するようにしている。字を書くご入居者様であれば、日記を書いたり、絵葉書を送り、ご家族様とのコミュニケーションをとっている。		
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	日々、廊下に様々なジャンルの音楽を流しています。廊下の壁に外出や行事の写真を閲覧しており、いつでも見る事が出来るよう工夫している。手作りのカレンダーや壁面を飾っている。入浴時は特に寒暖の差に注意し、不快な思いにならないよう努めている。	リビングは明るく、利用者で作成したカレンダーや利用者家族からもらった布を使ったこいのぼりなどが飾られていた。壁に飾ってある利用者の写真は大きめで見やすい。廊下の突き当りの窓辺にベンチを新たに設け、外を眺めながら寛げる。	
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	各居室があり、一人になる空間があります。ご入居者様同士は廊下に椅子やベンチがあり、コミュニケーションをとっている。リビングにはソファもあり、くつろげる空間を作っている。		
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	ご入居者様で出来る事、好きな事を居室でも続けて頂ける様、机や椅子を置いて字を書いたり、読書が出来るよう考えている。居室内の換気も行い、快適な空間づくりに努めている。	エアコン・ベッド・クローゼットは備え付けられている。電気あんかなどの発熱機器は持ち込めないが、それ以外の持ち込みに制限はない。好みのテーブルや椅子、テレビなどが置かれていた。壁に直接貼ったり、フッシュピンで飾ったりはできないが、ボードを設置して写真などをレイアウトして思い思いの居室づくりを楽しんでいる。	
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	ご入居者様、それぞれに合わせて出来る事してもらっている。料理のお手伝い、洗濯物をたたむ、食器を拭く等、出来る事を把握し、実施している。事故の可能性が想定される場合は、見守りのもとで実施をしている。		