

### 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 (母屋)・(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29年 12月 15日	評価結果市町村受理日	平成30年4月2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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2872700360-00">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2872700360-00</a>
----------	---

【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	姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所 北別館内		
訪問調査日	平成29年 12月 20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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・学習療法に取り組み、認知症の症状の緩和と進行を遅らせるよう取り組んでいます。</li> <li>・グループ内の、スポーツクラブに積極的に参加していただき、下肢筋力・体力の維持につなげています。</li> <li>・個別ケアを重視し、一人ひとりが今できることを探り、役割を持って生き生きとした生活が送れるよう支援しています。また、出来そうなことを探り、出来ることへの支援を行なっております。</li> <li>・最後まで、馴染みの関係の中で暮らしていけるよう、医療関係者・家族様と協力し見取りケアに取り組んでいます。</li> </ul>
--

【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>開設後14年経過し、法人の病院と密に連携し、入居者、家族が安心して暮らせるよう取り組んできた。入退院時の連携は勿論、看取り時も主治医、訪問看護と連携し家族の協力も得て最後まで慣れた暖かい雰囲気でごせるよう支援している。医療度の高い利用者の受け入れもできるよう職員が研修を受けたりレベル向上を図っている。また、地域の中で存在感も認められ運営推進会議を通じ協力体制が構築され災害時等心強い。外に出ると古加川、踏切等危険もあるが入居者の自由な暮らしを支えるため施設はせず見守りを強化し入居者の気持ちを第一に考えた外出の支援を行っており、結果落ち着いた生活が出来ている。</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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>○理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>事業所独自の理念を作り、個別ケアの実践と残存能力の維持向上に努めている。</p> <p>また、法人の基本理念・GH群での基本方針とともに事業所に掲示している。</p> <p>また、朝礼でクレドの唱和を行なっている。</p>	<p>前回の第三者評価後、目標達成項目に挙げて取り組んだ。法人の理念に基づいた「お一人おひとりが生き生きと輝き居心地のよい豊かな暮らしを支える」という独自の理念を制定し、事務所に掲示している。具体化した4項目を挙げ、実践に取り組んでいる。理念は事業所の「さくらんぼの暮らし」(年3回)というお便りにも明記し、家族にも認知されている。見直しの検討をし、馴染みある理念を継承することで一致した。法人の理念、私たちの挑戦(5項目)は朝礼で唱和している。</p>	
2	(2)	<p>○事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>地域のボランティアを通じ、交流を図っている。</p> <p>また、地域行事への参加や施設行事への協力等をお願いし交流を図っている。</p>	<p>自治会に加入している。年2回地域の祭りに参加したり、防災会議に出席している。幼稚園・小・中学校とは訪問やトライヤるを受け入れている。生け花クラブなどの地域ボランティアの活動もある。また近隣の子どもが事業所のサクランボを取りにくるなどの交流がある。</p>	
3		<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>事業所独自では、積極的に発信は行えていないが、運営推進会議を通して、理解を深めていただいている。</p>	/	/
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議では、近況報告を行い意見を頂くようにしている。また、ISO受審結果・第三者評価結果や、半期の報告・アンケート結果を報告し意見をいただいている。また、避難訓練に参加して頂きサービスの向上につなげている。</p>	<p>2か月に1回開催している。家族代表・地区長・副区長・民生委員(2名)・長寿福祉課課長らが参加している。事業報告をしたり、地域情報を得たりしている。ヒヤリはっと事例が挙げやすい工夫など、いろいろな観点から幅広い意見をもらっている。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>市町村担当者とは、運営推進会議を通じ連携を図っている。</p>	<p>市とは必要時、おもに電話で連絡を取り合っている。何か問題があればすぐに対応してもらっている。4月に新たな地域包括支援センターが開設された。包括との関わりはこれからである。</p>	

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
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	開設当初より、玄関の施錠は行っておらず、ベッド柵に関しても入居者様の状態に応じて、必要な場合は使用している。事業所を入居者様の自宅と捉え、一般家庭で行わない拘束については実施してはいけないと捉えケアを行っている。	身体拘束は行っていない。玄関のみならず居室の掃き出し窓の施錠もしていない。リスクはあるが本人本位のケアをしている。スピーチロックにも注意している。身体拘束に関する研修は年間計画に挙げているが、今年度はまだ行われていない。	身体拘束として禁止される行為はどんなものが該当するのか、研修を実施し職員の理解を深めてもらいたい。年間研修計画に沿って研修が実施できることを望む。
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に注意を払い、防止に努めている	虐待については、職員研修として12月に実施を行う予定である。また、普段から小さなアザ等も事故と捉え、介助方法の改善に努めている。職員については、出勤時の表情や状態を見ながら、声をかけるように努めている。	虐待に関する研修は今月末に実施予定である。日々あざ、内出血等身体の変化の有無には気を付けている。言葉がけがきつくないか、サービス向上委員会で検討し対応を考えている。職員のストレスには表情や態度から察知し、声かけをするなど配慮している。	研修で高齢者虐待禁止関連法についての知識を得てほしい。
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	成年後見人制度を利用されている方は居られないが、青年後見人様に依頼し研修を行っている。今年度に関しては、日程の調整中。	虐待と併せて、権利擁護の研修を実施する予定である。現在は成年後見制度を利用している方はいないが、利用者の後見人だった方を講師として招いている。	成年後見制度を必要とする方に、地域密着型サービスとして橋渡し役ができるよう、パンフレット等を備えてほしい。
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	契約時には、時間をかけて重要事項等と一緒に説明し、納得頂いてから同意を得ている。また、改定時にはその都度連絡を行い、理解と納得を得られるよう努めている。	契約前には見学をしてもらい、施設や病院に向いて面接をしている。契約には管理者と、リーダーかケアマネが立ち会う。不安に思っていることはどこなのかを探り、ポイントを押さえた説明をしている。家族の要望を把握し、できる事とできない事の納得を得ている。終末期医療についての方針を説明し、同意書をとっている。	
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	面会時や、電話等で頂いた意見に関しては、職員間で話し合い、迅速に対応するよう心がけている。また、報告書にて周知を行っている。	全家族に運営推進会議の案内をだし、複数の家族が参加している。年1回満足度調査を行っている。無記名で郵送にて回収し、結果を分析して運営推進会議で報告している。調査から得た要望を基に、水害時の避難訓練に家族にも参加してもらった、などの事例がある。夏祭り・忘年会・新年会のイベントには家族も参加してもらい、意見聴取の機会にしている。	
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意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	日常的に、話しやすい環境をつくり、いつでも話を聞けるようにしている。また、年に2回個人面談を行い、悩みや相談を受けている。個人的な相談については、状況を見ながら、本人の思いが反映できるよう努めている。	月1回ユニットごとの会議、年1回合同会議を行っている。管理者との年2回の個人面談時に、いろんな意見・提案が出ることも多い。業務に関する提案には迅速に対応している。4つ(行事・リスク・広報・サービス向上)の委員会があり、それぞれの内容で意見・提案を聞き検討をしている。	

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
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。		
<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	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。		

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
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、年3回の広報誌の発行と、面会時を通して、日常の様子を伝え関係の構築に努めている。		
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	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。	前回の目標達成計画項目である。土地がらか、近隣の利用者が少なく馴染みの場への外出は難しいが、出身地の方言で話しかけたり、友人の訪問を受けたりしている。面会は断らない方針で訪問客は多い。家族を通じて墓参りに出かけたり、お正月を自宅で過ごす方もおられる。	
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	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。		
<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	(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こつなげている。	利用者の担当制をとっており、密に関わることで思いや意向の把握に努めている。アセスメントは、利用者らしい生き方を旨とするセンター方式の一部を利用し、介護計画の見直し時に取り直しをする。家族から得た情報をもとに会話を投げかけて、生活歴も含めた本人本位の希望を聞き出している。今まで続けてきた事(日課の散歩、仏壇の水換え、毎朝の牛乳など)をグループホームでも可能な限り続けられるよう支援している。	
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	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。		

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
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。	本人・家族の意向を事前に確認し、アセスメントをもとに介護計画を立案し、毎月、担当者が中心となりチームで行うモニタリング、カンファレンスから、課題分析・評価を行い、計画を定期及び随時見直している。また、必要時は主治医や看護師等関係者にも意見をもらい、反映させている。	
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	「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。死亡された場合の対応についても、家族の要望に答えている。		
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。一人で、散歩される方に関しては、見かけた時に地域の方も声をかけてくださっている。		
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。	本人・家族の希望により、協力医療機関の訪問診療を受けている。精神科、リウマチ科、もの忘れ外来などへは家族の支援で継続した受診をしている。かかりつけ医とは家族を通して情報提供をし指示を受けているが、依頼があれば書面で情報交換や相談をしている。	
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	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。		

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
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。	入院先の多くは系列の病院のため、連携が取りやすくスムーズである。入院中は利用者が混乱しないよう、馴染みの職員が見舞いに行き、必要時は食事介助なども行っている。他病院の時も、退院時に訪問看護師やリーダーと共にカンファレンスを開いてもらい、退院後の生活について協議している。認知症の特性を踏まえ、早期退院ができるよう働きかけている。	
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との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、改めて意向確認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。	今年度3名の看取りを行った。終末期は主治医の指示を反映した「看取りケアプラン」を作成し、細やかな経過記録をしている。「看取り期の医療内容・看取りケア同意書」があり、家族に再度の確認と同意を得ている。最期を家族と過ごせるよう、泊りのための簡易ベッドを用意している。同法人の医療機関、訪問看護との連携も十分できており、職員にも不安感がない。	
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、訓練にも参加していただいている。また、結果を運営推進会議でも報告している。また、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回避難訓練を実施している。夜間・水害も想定して行った。地域の防災会議に出席し、災害時の協力体制を整備している。水害時は地域の方の自家用車も出してもらい、避難所である中学校まで移動することになっている。運営推進会議で避難経路の見直しの提案があり、実際に行ってみるなど積極的な取り組みを行っている。	
<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	(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。	職員は、入居者の誇りやプライバシーを損ねないさりげない支援を行っている。排泄の介助には特に気を配っている。トイレ誘導の声掛けや失敗した時、周りに分からないようにする気配りなど細やかな配慮をしている。接遇の研修を実施し学んでいる。	
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。		

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
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あり、献立や準備・片付け等を一緒に行っている。	土曜日は献立から希望を聞きながら皆で考え、一緒に買い物に行き、カレーやすき焼きなどを調理している。それ以外の日はご飯とみそ汁を事業所で調理し、副菜は給食センターのものを利用している。盛り付けや配膳・下膳、食器洗い・拭き、食器棚に片付けるなど、それぞれができることを一緒に行っている。職員と共に和やかに、大好きな時代劇を見ながらゆったり食事を楽しんでいた。行事食で、クリスマスにはオードブル、お正月にはおせち料理、節分には巻きずしを一緒につくり、毎年恒例にお餅つきも行い、家族も一緒に季節感を楽しめるよう配慮している。	
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	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なっている。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。	トイレでの排泄を基本とし、全員布パンツに必要な人はパットを使用しチェック表をつけ自立に向けた支援を行っている。夜間のみ紙パンツを使ったり、ポータブルトイレを使用する支援を行っている。声掛けするときはプライバシーに配慮し他の人にトイレとわからないようにしている。健康上必要な人には水分出納の把握を行い、便秘がちの人にはヨーグルト摂取や朝白湯を飲んでもらう等工夫を行っている。	



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
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。出来るだけ便薬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。	入浴日を決めず毎日午後3時ごろから夜まで希望に応じ入れるようにし、最低週に2回は入っていただき希望があれば毎日でも可能で夜間でも入れるような体制にしている。一人ずつの対応で、希望に応じ同性介助や自立している人は一人で入っていただき、変化時にすぐ対応できるよう職員が近くで待機する等プライバシーの配慮も行っている。楽しく入浴できるよう入浴剤や季節湯を提供している。	
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している。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に支援している。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。		
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。	玄関や窓に鍵をかけず自由に出入りでき、天気の良い日は散歩を取り組み、コースと回数を決めひとりで散歩を楽しみやストレス解消になるような支援もしている人もおられる。近所のスーパーへの買い物や誕生日には外食も行き外出の機会を持っている。季節行事には全員でお弁当をもってお花見に行ったりもしている。希望者はスポーツクラブへの参加も支援している。	

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
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	玄関は、少し腰を掛けられるように椅子を設置している。また、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。共有スペースには、温度計・湿度計を設置し加湿器等で調整している。	母屋、新宅という2ユニットで居室の造り等に少し違いはあるが、双方ともリビングは明るくゆったりとした感じで畳のコーナーもあり、人の気配を感じながら安心して午睡される人もおられる。中庭は回廊となっており、いすとテーブルが設置され陽だまりで落ち着きつろげる場所となっている。ホームの名前にもなっているさくらんぼの木が広い庭にあり、いろいろな植物、畑に作物を育て、洗濯物を干すときや散歩で外に出た時、季節感を味わうことができる。	
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	リビングにソファを置き、気の合う方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せている。		
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。	ベッドとタンスを備えつけ、入居時に本人家族と相談し使い慣れたものや馴染みのものを制限することなく持参してもらい、安心して過ごせるよう支援している。家族が宿泊することも可能でソファベッドを貸し出すようしている。各居室に温湿度計を設置し、職員が訪室時に確認し温湿度管理を行っている。	
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いたり、自宅で使った表札や自分で作っていただいた物を使用し、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。		