

(様式1) 平成 22 年度

### 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	2872300450		
法人名	有限会社 黎明		
事業所名	グループホームあけぼの		
所在地	兵庫県三木市芝町4-20		
自己評価作成日	平成22年4月8日	評価結果市町村受理日	平成22年8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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-8-102
訪問調査日	平成22年4月19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)】**

平均年齢88.8歳 平均介護度2.8 である。  
 1.寝たきりを作らない。各種歩行補助器を使用しながらも移動能力を維持すると共に、転倒等防止の為に安全面に十分注意する。  
 2.昨年6月から歯科医師の定期的な往診が受けられるようになった。嚥下・咀嚼力の低下防止の為に、義歯の適正と共に口腔体操 や発音練習を毎日取り入れ、むせ込みを防止する。  
 3.認知症高齢者の為の学習方法と実際を学び、入居者が楽しみながら集中力を高める試みを続ける。

**【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)】**

玄関周辺に植えられた花々が季節を感じさせ、さりげなく置かれたベンチからも立ち寄りやすい家庭的な雰囲気のあるホームはのどかな住宅地に溶け込んでいる。地域との関係作りを重視した理念掲げ、日常的に地域の自治会行事に参加し、また、近隣の神社への初詣や祭りには積極的に出かけ、近隣住民とのさりげない触れ合いを大切にしながら地域住民との交流を図っている。定期的な内科医の往診のほか、突発的な発熱や状態の変化時は適宜往診を受けることが出来る体制が整っており、看護師の資格を持つ管理者が中心となり利用者の健康管理に努めている。日々生活を共にしながら、利用者一人ひとりがその人らしい暮らしの継続できるように、思いや希望・意向等を定期的に情報収集し把握するようにしている。

**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

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)	○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	運営理念・基本理念に地域密着型サービスについての役割を明示している。月・木の朝の申し送り時に職員全員で声を出して読んでいる。	開設当初の理念を地域密着型サービスとして見直しを行い、地域密着型サービスとしての役割を運営理念・基本理念に明示している。理念は、朝の申し送り時に職員で唱和し共有するよう取り組んでいる。日々のケアの中で理念に基いたケアの実践が出来ているかフィードバックし、理念を共有し実践に活かしている。名札の中にも理念を明示し理念をいつでも見ることが出来るようにしている。	
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	施設前の駐車場を利用して、散歩・外気浴・ラジオ体操等を日常的に行っている。ご近所の方が声をかけてくださる機会もある。	地域との関係作りを重視した理念掲げ、日常的に地域の自治会行事に参加し、また、近隣の神社への初詣や祭りには積極的に出かけ、近隣住民とのさりげない触れ合いも大切にして、地域住民との交流を図っている。天気の良い日に行う外でのラジオ体操では、近隣の方が参加されたり、散歩や外気浴時に挨拶を交わして交流を持つようになっている。近隣の清掃には、地域の方に声かけをお願いし、参加出来るようにしている。	現在の事業所として地域と利用者が交流できる取り組みの継続を期待する。
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	1回/月近隣の道路や溝などのゴミ集めを継続している。買い物を通して店員さんとの会話などを楽しむようになっている。		
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	運営推進会議の場を、理解を深める場と捉えている。地域の方と、ご家族の方との会話をもっと深められたらと思っている。	運営推進会議は3ヶ月に1回の実施しているが、今年度は、2ヶ月に1回の実施に向けて取り組んでいる。区長・老人会長・民生委員・地域包括支援センター職員の方の参加のもと、入居状況・行事報告・ご利用者ひとり一人の抱負・情報の公表などについて報告を行い、参加者から活発な意見や情報提供を受けており、運営に活かしていくようになっている。	

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
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	市役所とは距離的にも近く、業務以外にも現状と方向性や課題についても報告し、助言を得ている。	市役所には、出向き事業所の課題や問題について相談や報告を行い、積極的に情報提供と共有を図っている。特にスプリンクラー設置に関しては、市に相談を行い助言を受けている。地域包括支援センター職員の方が運営推進会議欠席の場合は、議事録を市に持って行き報告をおこなうようにしている。	
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	研修にも参加し、研修での学習内容を職員間で話し合い、マニュアルも作成している。安全と拘束についての認識を間違わないようにしたい。	事業所として身体拘束をしない方針を事業所内に掲示している。三木市から配布された虐待防止の冊子を基に身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。マニュアルも虐待防止・身体拘束について作成している。外部研修へ参加し、参加した職員が勉強会の講師になり身体拘束・虐待防止へのケアの理解と実践を行っている。玄関は現在施錠しているが、閉塞感を感じないように個別に散歩を多く取り入れているほか、玄関施錠については、家族に説明を行い理解と協力を得るようにしている。言葉の拘束や虐待についても研修を行っており、職員は拘束や虐待防止について徹底を図っている。	家族から事故予防について、施錠の要望があった場合でも、弊害を説明し、事業方針を説明し、了解を得て、抑圧感のない暮らしの支援が望ましい。
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	研修の受講や施設内学習会を実施している。何気なく言った一言が心の傷になることもある。日々の入居者の対応に、より注意したい。	身体拘束と共に虐待防止についての研修を行うほか、接遇研修の中にも虐待防止について理解を深める研修内容を含めて実施している。	
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	入浴・排泄の場面での職員の対応や、言葉かけには十分注意している。後見制度については、過去に利用した人もあった。これからも必要があれば利用したい。	利用者から権利擁護の希望があり、制度の利用への支援を行った。職員は、制度があることは理解している。	職員への制度への理解を深める為に研修を実施し適切に制度が活用できるように職場内での周知を期待する。

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
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	重要事項説明書の内容については、入居時以外にも、苦情処理・利用者の権利等について必要時ご家族と話し合っている。	管理者より契約書・重要事項説明書の内容を分かり易い言葉で説明するようにしている。重度化や終末期に向けた取り組みについては、利用者・家族より質問がある場合のみ説明を行っている。	重度化や終末期に向けた事業所の方針についても契約時より説明を行い理解と協力を求める取り組みを期待する。
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	利用者から食事の時間や、入浴の順番などについての意見も傾聴している。運営推進会議にはご家族や入居者の代表の方に参加していただいている。自由に発言していただける雰囲気作りをしている。	家族来訪時に話しかけを行い、家族からの意見や要望を出しやすい雰囲気を作るほか、運営推進会議の席で意見や要望を表せる機会を持っている。普段の生活・身体状況は、毎月発送する請求書と一緒に手書きの文書で利用者の身体の状態・生活状況等報告している。	
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	1回/月のミーティング等で業務内容やケアプランについて話し合っている。自分たちでこのホームをより良くしようとする意見を聞くことは、とても嬉しい。	毎月行われているミーティング(業務ケア内容会議)や申し送りなどで意見を聴取できるようにしている。入職後期間に合わせて個々の職員と管理者が面談し意見を聴取できる機会を持つようにしている。	
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	職員の能力や、人間性は理解している。夫々が得意とする分野でその能力が発揮でき、お互いに認めあうことで仕事の調和を図り、向上できることを目指している。		
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	学習意欲の高い職員に恵まれている。日常の介護場面についてお互いに理解しあうことは勿論であるが、研修にも参加し、職場に生かすことを考えている。		
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	三木市には、同業者(グループホーム)との交流の場はない。お互いに刺激を受けながら、切磋琢磨することは必要だと思っている。		

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
<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	本人の意思でなく、家族の意向での入所が多い。そのことを理解した上で、言動に注意し、話しやすい雰囲気作りと、他の入居者との良い交流を大切にしている。		
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	最初は、家族のみの来所が多い。入居者のADL・精神状態・対応困難なこと等受容的態度で傾聴する。あけぼのが目指している理念についても説明する。		
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	他の利用サービスの適応はないが、希望があり必要と認めた場合は、考慮する。		
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	一人きりにする時間を出来るだけ少なくし、話しかける機会を持つことや、他の入居者や職員を含め、みんなで楽しむ時間を作っている。		
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	日常生活の変化や、訴え等は面会時に活かしたり、書面にして報告している。良い表情の写真はお渡ししている。作った作品も廊下に展示し、見ていただいている。外出・外泊が少なくなってきたことを残念に思っている。		
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	居室になじみの家具や、用具を持ってきていただく。お便りを送っていただくこと。遠方のご家族が来所された場合等は、入居者と同じ部屋で宿泊していただく等。	開設当初は、近隣のなじみの方の来訪があったが、来訪される方も高齢化し関わりがすくなっているが、来訪し易い雰囲気作りを心がけている。利用者の希望する馴染みの場所や場に出向けるように支援している。	

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
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	ゲーム・レクリエーション・行事・手作業などを日常的に取り入れるようになっている。入居者同士の感情のつまづき等には、早い段階で介入するようになっている。		
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	入院された方には、時々職員がお見舞いに行っている。亡くなられた方の告別式には必ず参列し、法事に参加することもある。		
<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	1回/6ヶ月生活過程判定用紙をチェックすることで、心身の状態をアセスメントする。1回/月のケアプラン立案には「私の思い・困っていること」について聴いている。自立心と依存心の間で揺れ動いている気持ちの受容を大切にしている。	日々生活を共にしながら、利用者一人ひとりがその人らしい暮らしの継続に向けて、利用者一人ひとりの思いや希望、意向等を生活過程判定用紙で13項目にわたり6ヶ月に1回実施しアセスメントすると共に、センター方式の一部を使用し利用者個々の思いや意向を把握するようにしている。日々の生活の中で言葉や表情から一人ひとりの思いや意向を把握するように努めている。	
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	生活歴の聴取により、節目となる出来事や、その時の思いや辛かった事、嬉しかった事等を話しやすい環境をつくり、小さな事でも聴取できるようにしている。新しい情報は追記する。		
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	出来ることを見つめる事を重視している。具体的なアセスメントより、心身の全体像を把握している。今までしてもらわなかった様なお手伝いをしてもらい、その中から出来ることを発見することがある。		

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
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	<受け持ち担当者>生活判定用紙・私の姿と気持ちシートにより、現在の思いや、心身の状態をアセスメントする。<サービス計画書>ケアマネを中心にして、職員と話し合い、その内容を家族に伝え、意見を聞いている。入居者の拒否のため、ケアプランが実践できなかった場合、その理由の記録がない場合がある。もう少し深めたい。	センター方式を参考にしたケアプラン表を作成し個別具体的な計画を作成している。毎月モニタリングを行い変化がないか確認を行い変化がある場合には見直しを行うほか、6ヶ月に1回定期的な見直しを実施している。モニタリングは、利用者個々の担当職員が毎月実施しており、ケアプラン立案時に評価・再プランニングを実施している。ケアプラン記録には、日々ケアプランを実施した状況・様子を記録し生活記録には、日々の日課・様子を記録し利用者個々の些細な変化を見逃さないケアの実践がおこなわれるように取り組み、具体的な独自の記録管理がなされている。	
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	日勤・夜勤別に介護計画に上げられている項目については<ケアプラン記録>に記載。生活状況については<生活記録>に記載している。		
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	H19.8.20 H19.11.8本人、家族の強い希望により、終末期ケア・看取りを行った。うち1名はあけぼののレク室を斎場として葬儀を行った。		
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	神社への初詣。えべっさんのお参り。公園でのブランコ乗り。河川敷の桜。秋祭りのおみこしのお迎え等施設外に出て多くの人たちとの触れ合う機会としている。施設の安全のため、警察・消防とも連絡を取り合っている。また、散髪・音楽等ボランティアの方の来所もある。		

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
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	内科・歯科の協力医を確保している。内科は2週間に1回の往診。歯科は必要に応じて往診を依頼している。家族の意向があれば指定の医療機関を利用している。	2週に1回内科医の往診があり定期的な診察をうけており、突発的な発熱や状態の変化時は適宜往診を受けることが出来る体制が整っている。歯科は必要に応じて往診を依頼している。内科医が長谷川式でテストしてもらい必要な内服を処方してもらっているが、身体状況により専門医への受診支援を行う他、看護師の資格を持つ管理者が中心となり利用者の健康管理に努めている。	
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	管理者が看護師である。必要時、適切な助言や指示を得ることが出来ている。	/	/
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。	<入院時>かかりつけ医の紹介状を持参する。その上で、ADLの現状・認知状態についてサマリーでお知らせする。<入院中>適宜お見舞いに行っている。<退院時>管理者が主治医や看護師と連携を取り、退院後の生活の留意点や処置において情報交換をし、連携をとっている。	入院時、かかりつけ医の紹介状を持参し情報提供するほか、事業所での生活状況なども情報提供できるようにしている。入院中は、適宜お見舞いに行き関係継続を図るほか、医師から家族への状態説明時は、管理者も同席し状態把握を行うと共に、早期退院に向けての支援を行っている。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化に関する指針・看取りに関する指針を作成しており、入居者家族全員から同意を得ている。あけぼので行う終末期医療については、かかりつけ医と家族・職員で話し合い、理解を貫いている。可能な限り、苦痛が少なく、安楽な日々であることを最優先している。	重度化や看取りに関する指針を作成し家族から質問があれば指針を見せて説明するようにするほか、病状の経過に応じて説明し同意を得るようにしている。重度化や終末期は、できる限り事業所で対応する方針である。過去には、デイルームで葬儀を行ったこともあり、利用者の安心と安定につながったこともある。	
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	緊急時のマニュアルはある。応急処置、救急車の手配方法は理解できているし、管理者への連絡も速やかに行えている。入居者の状態に応じて、適宜学習会を取り入れている。	/	/

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
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	年2回の避難訓練を行っている。H20に夜間の火災を想定して、2回訓練を実施した。その困難さ恐ろしさを実感した。H22.5には消防士の来所を依頼し、立会いの下夜間の消化訓練を再度実施する予定としている。地域の方々には、運営推進会議を通じて協力をお願いしている。	年2回昼夜想定で事業所独自の避難誘導訓練を行っている。今年度は、消防署の立会い依頼をおこなっている。運営推進会議で地域の方の協力依頼も行っている。		
<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	基本理念に「その人らしく」「ご入居者が主人公」と謳っている。職員にも浸透している。一人一人をよく理解し、違いを把握した上での接し方やケアの方法について話し合っている。接遇マナーの学習会も行った。	外部研修で利用者の尊厳・プライバシーについて知識を深め、事業所内での勉強会で周知するようにしている。	研修や勉強会を重ね知識を深めるほか、職員同士で日々のケアの中で尊厳やプライバシーを損ねないケアの実践に向けた取り組みを期待する。	
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	傾聴することを心がけ、可能な限り訴えを受け入れるようにしている。「明日は何が食べたいですか？」「おやつは何が良いですか？」「どの服をきましようか？」一緒に買い物に行けば「どのヨーグルトが良いですか？」			
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	日課を優先しているときもあるように思う。が、起床時間やレクリエーションの参加や不参加。食事の時間など、本人の意向とライフスタイルに沿った支援をしている。			
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	服装をほめる。また、「こうしたほうがカッコいいよ！」と話しかける。本人の希望の服を選んでいただいたり、なじみの服を持参していただいている。一緒に週刊誌のファッションを見ることもある。			
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	お茶・お汁・おかず等の配食などは、出来る範囲で手伝ってもらっている。お好み焼きなどは一緒に協力し合って作っている。摂食能力に応じて食事形態を工夫する。季節や行事。誕生日などには、普段とは違う食事の提供に心がける。	週2日(火・木)は、買物から調理まで、業者より食材搬入を受け調理している。利用者の希望や身体状況により調理や配膳・後片付けに参加してもらえるように支援している。利用者の食事摂取状況にあわせて調理や配膳の工夫も行われている。		

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
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	個々の状態や習慣に応じた支援を心がけ、問題のある人には、摂食量・飲水量を記録し、職員間で共通理解をしている。また、夜食の提供、高カロリー飲料も利用する工夫をしている。		
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	H21.6～歯科往診開始により、定期的な口腔内のチェックや、各人に応じた治療してもらっている。また、職員に対しても口腔ケアについてのアドバイスを頂いている。		
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	個々の排泄のパターンを理解し、時間を決めて誘導することにより、失禁は確実に減っている。失禁・失敗時には、羞恥心に注意したケアを行っている。	生活パターンにあわせた排泄誘導により失禁が減少している。また、夜間も睡眠状況を考え排泄介助をおこなって排泄の失敗を少なくし羞恥心や不安への配慮を行っている。	
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	下剤ばかりに頼らず、ホットパックやマッサージをしたり、牛乳やバナナ・みかん等を摂取していただいている。歩行を中心に出来るだけ体を動かす様に声かけを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望があれば、決まった日や時間をずらしての入浴が可能であるが、3回/週の入浴日と時間は設定している。湯温・時間は希望にあわせ、一人ずつ入浴していただいている。	利用者の個々の希望に合わせて入浴できるように支援する体制であるが、現在週3回でほぼ同じような時間帯で入浴している。入浴拒否される方に対しては、日や時間を変え声かけすることでスムーズで気持ちの良い入浴がしてもらえるように支援している。	
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	20:00頃には排泄や着替えを済ませておられる。一人一人のペースに合わせて休んで頂いている。23:00頃までテレビを観ている方もある。夜間、混乱がある方はその都度寄り添っている。		

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
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	「入居者内服薬」のつづりがあり、職員はいつでも見ることが出来るようにしている。服薬の変更があれば、職員間で周知できるように管理日誌とカルテに記入している。		
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	それぞれ出来ることを手伝っていただいている。毎日全員で行うラジオ体操。レクリエーションの時間はに小学校1・2年生の国語や算数の教科書を参考に学習を取り入れている。かなりの集中力で興味をもって取り組んでいる姿がある。		
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	天気の良い日は外気浴をしたり、施設周辺の散歩に行ったりしている。一緒に買い物に行ける機会も作っている。年中行事として、初詣・お花見・イチゴ狩り・日帰り旅行などの計画もある。	天気の良い日は、近隣の公園や神社への散歩や買物など戸外に出かける機会を持っている。年間行事の中で年1回に日帰り旅行を行っており、楽しみの一つとなっている。	
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	家族の方の許可の下、本人の希望があれば、お金を渡している。健康飲料・化粧品など直接購入している人もいる。		
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	電話をしたい。との希望があれば、出来るように支援をしている。また、プレゼントや手紙が届いた場合は、お礼の電話などをしている。		
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	共用の空間には、季節の花が生けられており、毎月、壁画も変えている。それらのことにより、季節感を取り入れていると思われる。	清掃の行き届いた玄関周辺に植えられた花々が季節を感じさせ、さりげなく置かれたベンチからも立ち寄りやすい家庭的な雰囲気ホームである。リビングのテーブルに花を飾り、利用者は思い思いにくつろぐことが出来る家庭的な空間となっている。また、ホーム全体は明るく清潔感があり壁面に飾られて絵画がホーム全体に潤いを感じさせている。リビングの中のキッチンの職員と利用者との会話が家庭的な雰囲気が見られる。	

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
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	利用者同士で談笑されていたり、食堂のテレビを個々で観られていたり…。思い思いに過ごされている。		
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	入居時に自宅から持ち込まれた馴染みの物や、家族の方が必要と思われ、新たに持ち込まれた物などにより、ご本人の過ごしやすい空間を工夫している。	利用前の生活との違いを感じさせないように、使い慣れた、家具や趣味の品物を持ち込み安心して過ごせる居室である。居室内は広く、清掃が行き届き、ゆったりとしている。色テープで部屋間違いを防いでいる。	
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	廊下に障害物を置かない。拭き掃除の後は、必ず乾拭きをする。廊下ごとに長さを表示している。自室がわからない人には、ビニールテープで誘導している。転倒が危惧される人には、センサーマットを導入したり、排泄に関しては、昼間はトイレを使用している人も、夜間のみポータブルを使用してもらう工夫もしている。		