

### 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	2894200076		
法人名	社会福祉法人あいおい福祉会		
事業所名	グループホームこすもす倶楽部なばの		
所在地	兵庫県相生市那波野1丁目933-30		
自己評価作成日	2018/2/7	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.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</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6-25-224		
訪問調査日	2018年2月21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)】

日常生活においては、その方の持てる力を最大限に発揮できる様、出来ることは自身でしていただく様にしている。その方にどれだけの力があるのか評価をし職員間で共有している。また、利用者の発言に耳を傾けケアに生かしている。ダイバーショナルセラピーを取り入れた個別ケアの実施。入浴、排泄マニュアル、リスク予測シートなどを作成し、半年ごとに更新している。ケアプラン更新時に家族へリスク説明をして同意を得ている。入居者担当制にしており、ご家族とも連携をとり利用者への細やかな対応が出来ている。また、職員教育に関しては定期的に勉強会を行い、資格取得支援等の人材育成にも取り組み、会議(リーダー会議、ユニット会議)は必ず月1回開催し、委員会も設置している。地域住民とは、自治会やボランティアを通して、野菜の収穫、地域の祭礼行事への参加等で交流を深めている。同法人の特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、居宅CM、事業所内託児所、とも連携をとり、情報収集、行事、レクの実施等に力を入れている。

自然豊かな静かな環境に恵まれ、ホーム内は落ち着いた木調で、玄関ホールを挟んで両ユニットが行き来できる開放的なグループホームである。散歩・買い物・地域行事の参加・ボランティアの受け入れ・訪問販売など地域資源の活用・認知症カフェの開催等、地域交流と地域貢献に取り組んでいる。献立・買い物からの手作りの調理を継続し、利用者の好みや季節感を採り入れると共に、家事への参加も支援している。ダイバーショナルセラピー月に外出・外食等で利用者個々の希望を叶える取り組みを行ったり、個別の排泄マニュアル・入浴マニュアルを作成し個別ケアに反映する等、利用者個々への細やかな対応に取り組んでいる。利用者担当制の導入・お便りの発行・家族交流会等で家族との関係づくりにも努め、医療連携や法人のバックアップ体制により安心を得ている。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	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
			実践状況			
<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	法人の基本理念とグループホームこすもす倶楽部なばのの理念、地域密着型サービスの基本理念を掲げている。	「グループホームこすもす倶楽部なばの」の基本理念として、5項目の具体的な理念を掲げ、その中に地域密着型サービスとしての意義・役割を盛り込んでいる。事務所に基本理念を掲示して周知を図り、重要事項説明書の表紙にも明記し、利用者・家族への周知にも努めている。地域交流や利用者個々の現状に即した個別ケア等、理念の実践に向けた取り組みを行っている。		
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	地域や、近隣の行事に積極的に参加している。また散歩や外周の清掃時に挨拶を交わすことで地域の方と顔見知りになれるように心がけている。	日常的には、近隣の散歩・食材購入の買い物・なばのふれあい祭り等地域行事の際に、地域に出かける機会を設けている。地域の清掃活動に参加したり、事業所の菜園での野菜作りに協力を得たり、近隣福祉施設の訪問販売やコープの訪問販売を利用する等、地域交流も行っている。編み物教室・ギター・歌のボランティアの来訪があり、小学生の福祉体験の受け入れも行っている。毎月の認知症カフェの開催・AEDの設置・地域の見守りネットワークへの加入等、地域貢献にも取り組んでいる。		
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	認知症カフェを毎月第4月曜日に開催し、認知症の相談や介護相談を受けている。認知症予防として脳トレプリント、体操とかも取り入れている。			

自己	第三者	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	2か月に1回のペースで開催している。運営状況やケア内容、課題、実践報告の場としている。色々なアドバイスを頂いたことは、職員教育、ケア実践に役立てている。リーダー会議、ユニット会議内で報告している。	市職員・地域包括支援センター職員・地域住民代表・知見者（保育所所長・障がい者施設園長）が参加し、2ヶ月に1回開催している。家族への参加案内を継続しているが、参加には至っていない。会議では写真を見てもらいながら、利用者状況や行事、事業所の取り組み、ヒヤリハット・事故報告等を報告している。地域の動向や行事についての情報や運営推進会議に家族参加を勧める方法等、参加者からの情報や意見をサービスや運営に反映できるように取り組んでいる。	運営推進会議は、利用者・家族が外部者へ意見等を話す機会としての位置づけもあることから、今後も参加に向けた取り組みを継続することが望まれる。個人情報に配慮しながら、玄関に設置している公開用ファイルで、開催後の議事録を公開することが望まれる。	
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	運営推進会議の案内や、介護保険更新申請時には直接窓口に出向くようにしている。情報交換や運営面での相談も出来る様、良好な関係を築けている。認知症カフェなどでも連携している。	運営推進会議への市職員・地域包括支援センター職員の参加を通して、利用者や事業所の状況について伝え、助言や情報を受けて連携している。相生市上郡町グループホーム連絡会に管理者が参加し、連絡会を通して市との連携がある。事業所運営や利用者について相談や疑問があれば、市の担当窓口に出向き、助言・指導を得ている。認知症カフェの開催については、市や地域包括支援センターと協働して取り組んでいる。		
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	施設内勉強会や研修を通して身体拘束についての知識と理解を深めるようにしている。また、玄関や通用口の施錠はしているが、外出機会を多く設けることや希望に応じて開錠出来る様対応している。	契約書に身体拘束をしない方針を明示し、契約時に利用者・家族に説明し同意をしている。年間研修計画を策定し、29年度は資料回覧での研修を実施し、確認印で周知を確認している。気になる言葉かけ等があれば、管理者やリーダーが注意を促し、職員の資質向上に努めている。玄関は防犯上施錠しているが、利用者に外出の意向があれば職員が対応している。また、玄関ホール・ユニット間は自由に行き来でき、閉塞感を感じない環境に配慮している。		

自己	第三者	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	勉強会の実施や、日々の支援の中で、心身ともに不適切なケアにあたらなないか、職員同士で話し合い見過ごされることがないように注意を払っている。	「虐待防止について」も、29年度は資料回覧での研修を実施し、確認印で周知を確認している。気になる言葉かけや対応等があれば、管理者やリーダーが注意を促し、不適切ケアについて職員の意識向上に努めている。日頃から管理者・リーダーは話しやすく相談しやすい職員との関係づくりに努め、また、ユニット会議や日々の申し送り等で意見交換・情報交換を行う等、職員の悩みやストレスの蓄積がケアに影響しないように配慮している。入浴などの際に身体状況に配慮し、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。		
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	成年後見制度、日常生活自立支援事業などについての勉強会が出来ていない。今後実施できるように計画を立てる。	29年度は研修実施には至っていない。現在までに、権利擁護に関する制度を利用した事例はないが、今後必要性があれば、管理者が窓口になり地域包括支援センターや市の担当窓口につなげ、制度活用を支援する仕組みがある。	職員全員が、成年後見制度など権利擁護に関する制度について学ぶ機会を持ち、必要時に支援できる仕組み作りが望まれる。また、研修全般についても、年間研修計画に基づいた研修の実施状況（開催日時・参加者・資料・欠席者への周知）が明確になる研修実施記録の工夫が望まれる。	
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	契約内容、契約解除については、出来るだけ分かりやすく丁寧に説明するよう心がけている。	入居希望者には見学を勧め、パンフレットと料金表をもとに、概略を説明し質問を受けている。契約時には契約書・重要事項説明書に沿って説明し、利用料金・緊急時対応・医療連携など特に質問の多い事項については詳細な説明に努め、文書で同意を得ている。「施設利用にあたってのご協力とお願い」に、入居後のリスクや事業所で出来る事・出来ないこと等を明記し説明を加えている。契約内容の改訂時には、変更内容を明記した文書で同意を得ている。契約の終了の際は、必要な情報提供を行う等、病院や他施設等に円滑に移行できるように支援している。		

自己	第三者	項目	自己評価	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
			実践状況			
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	ご利用者やご家族からの要望や苦情については、相談受付票を使用して改善策を講じ運営者や職員に周知し、よりよいサービス提供が出来るように取り組んでいる。	家族の面会時には近況を伝え、毎月ユニット毎の「グループホームなばの便り」を家族に郵送して様子を伝え、意見・要望が表しやすいように取り組んでいる。面会時に把握した意見・要望は申し送りノートで共有し、支援に反映している。6ヶ月毎のケアプランの見直し時には、利用者・家族の意見・要望を聴き取りケアプランに採り入れている。家族交流会を開催し、話しやすい関係づくりにも努めている。		
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	リーダー会議、ユニット会議を毎月1回開催し、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また法人に幹部会、管理者会議も月に1回開催され他部署の意見を聴く機会となっている。	ユニット会議を月に1回開催し、職員が意見・提案を出し合う機会を設け、管理者も参加して把握している。管理者と各ユニットのリーダーが参加するリーダー会議も月に1回開催し、主に運営について検討している。年2回管理者が個別面談を行い、個別に意見を聴く機会も設けている。法人内の幹部会議、管理者会議に管理者が参加し、職員の意見・提案を上位者に伝える機会となっている。		
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	年に2回自己の振り返りとして情意考課と能力考課を行っている。それを元にして個人面談を実施し、次への課題設定をし各自がやりがいを持って働けるように取り組んでいる。			
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	職能級に沿って業務分担や研修を実施している。法人全体で取り組む研修、グループホーム単独の研修等、スキルアップできる場を多く展開出来ている。			

自己 者 第 三	項 目	自己評価	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
		実践状況			
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	相生市・上郡町グループホーム連絡会に所属し、連絡会に参加することでネットワークを拡げている。運営面での相談や勉強会、研修会の開催情報等、情報交換の場となっている。連絡会主催の勉強会も開催している。			
<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	入居前に担当を決めておき、入居時には担当者が立ち会い受け入れる。可能であれば入居前に家族にも見学に来ていただき案内をすることで、少しでも不安を取り除けるように配慮している。			
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	契約時に家族等が不安に思っていること、困っていること、要望などを聞ける範囲で聞いておき、入居後においてはこちらから話しかけるようにすることで、話しやすい環境を作り、傾聴する姿勢を心がけている。			
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	相談時には、希望や必要に応じたサービスの情報提供を行う。また、各関係機関とも連携しより良いサービスが提供できるように努める。			
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	職員が家事等の生活の全てを行ってしまうことのないよう、出来ることは利用者様と共に行い、共に過ごせるように支援している。			
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	電話やユニット便り等で、都度の情報提供や、必要物品の依頼、受診や外出時の協力を依頼しご利用者との関係性を良好に保てるよう支援している。			

自己 者 第三	項目	自己評価	実践状況	
		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	友人などの訪問や一時帰宅など馴染みの関係を保てるように努めている。	入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報はアセスメント票に記載し、入居後に把握した情報は、センター方式の暮らしの情報シート等に記録し共有している。家族に記入をお願いする生活歴シートの情報も活用している。家族・友人・知人等馴染みの人の訪問があれば、ゆっくり面会できるように歓待している。馴染みの場所については、散歩・ドライブ・ダイバーショナルセラピー月の外出等を活用し、関係継続を支援している。	
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	利用者様同士の関係性を考慮して上で、食事やレクの席順や並び方を工夫し、各々が過ごしやすいように配慮している。又様子を見ながら職員が間に入り、より良い関係が築けるように支援している。		
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	退去先へ訪問することをご家族に了承を得、実際に訪問するようにしている。		
<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	食事のメニューや入浴、就寝時間など出来る限り本人の意向を反映できるように工夫している。	入居時に把握した利用者・家族の思いや意向はアセスメント票に記載し、入居後に把握した内容はセンター方式の心身の情報(私の姿と気持ちシート)等に記録している。家族に記入をお願いする生活歴シートの情報も活用している。「私の四つのお願い」の書式を活用し、医療・終末期対応等を含めた思いや意向を書面に残す取り組みもある。思いや意向を自ら表すことが困難な利用者については、家族からの情報や、表情や行動などから把握するように努めている。	

自己 者 第三	項目	自己評価	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
		実践状況			
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	アセスメントシートにご本人やご家族から知りえた情報を記入し職員間で情報を共有出来る様にしている。入居前に専用シートで情報を頂いている。			
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	日々の生活の様子を記録に残し、対応方法、変更を申し送っている。またケース会議で課題や対応策について話し合い現状把握に努めている。			
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	プラン作成時は、本人、家族の意向も含めケアマネジャーと担当職員が中心となり、本人の強みを生かすプランが出来るように努めている。ケアプランは半年ごとに更新し課題の再検討もしている。毎月の評価もしている。		施設サービス計画書を作成し、実施状況は各種チェック表や「生活記録」に記録している。月に1回のユニット会議で状況を検討し、計画作成者が計画内容の適性を確認している。利用者・家族の意向を確認し、定期的には6ヶ月毎にモニタリングとリスク判定を行い、計画の見直しを行っている。アセスメント票は年1回更新している。	サービス計画と実施が明確になり、モニタリングの根拠となる記録の工夫が望まれる。計画見直し時期に合わせて再アセスメントを実施し、課題抽出することが望まれる。計画見直し時期のユニット会議では、計画の評価についての検討を議事録に残すことが望まれる。
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	生活記録や送りノート、各チェック表等を活用し、情報を共有しながら実践、日々の生活支援に取り組んでいる。ケアプランの見直しにも生かしている。			
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	利用者やご家族から要望があった際には、必要に応じて受診対応することや、日用品の購入も個別に対応している。また理美容についても馴染みの店に行けるよう心がけている。			
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	消防署には定期的に挨拶に出向いて協力を依頼している。また、自治会や地域に活動にも参加している。			



自己	者	第三	項目	自己評価	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
				実践状況			
30		(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>ご本人とご家族の希望に応じてかかりつけ医は決めている。また協力医療機関と連携を取りながら受診対応等行うようにしている。</p>	<p>契約時に利用者・家族の意向を確認し、希望に応じた受診支援を行っている。内科・心療内科・歯科については連携医療機関の往診が受けられる体制がある。希望の医療機関への定期受診は家族支援を基本とし、医療機関に情報提供する文書を作成し家族に託している。受診後の家族からの報告は、受診結果や指示を受診記録に記録している。週に1回看護師の配置があり、健康管理・医療的支援・リハビリ等を行っている。利用者個別に往診記録・受診記録・看護記録を作成し、対応した職員が記録している。受診結果や薬の変更等は、必要に応じて家族に迅速に報告している。</p>		
31			<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>週に1回2時間ずつ看護師を配置し、医療的な支援やリハビリを実施している。看護師への情報連絡ノートを作成し、助言や指導が行いやすい体制も整えている。</p>			
32		(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時には、介護情報提供書を作成し速やかに届けている。またお見舞いの都度状態確認をし関係者からも話を聞いている。早期退院に向けてケア内容の確認や変更等の対応策について事前準備を行っている。</p>	<p>入院時には介護情報提供書を作成し、医療機関に情報提供を行っている。入院中は面会に行き、主に看護師等から状態の把握に努め、家族・医療機関と連携し、早期退院に向けた支援を行っている。退院前には可能な限り情報収集し退院後の受け入れ態勢を整え、退院時には看護情報提供書等で情報提供を受け、退院後の生活や支援に反映している。</p>		
33		(16)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>入居契約時に重度化や終末期における対応指針の説明をし要望を伺っている。看取りの実績はない。</p>	<p>重度化・終末期に向けた事業所の方針を、「重度化・終末期における対応指針」をもとに、契約時に説明している。これまでに事例はないが、主治医から終末期の診断があった際には、法人内のバックアップ体制や、事業所で出来ること出来ないことを説明し、家族の意向を確認しながら支援に取り組む方針である。</p>		

自己 者 三	項目	自己評価	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
		実践状況			
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	定期的に緊急時対応の勉強会を開催している。マニュアルの整備も随時行っている。		/	
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	火災に対してのい避難訓練は行っているが、地震や水害に対しての訓練は行っていない。今年度より非常災害時訓練が年2回義務づけられている。		平成29年度は、5月に昼間想定、10月に夜間想定で、通報・消火・避難誘導の総合訓練を利用者も全員参加して実施している。備蓄については、事業所内のロフトで保管・管理している。訓練実施記録はユニット毎に作成し、消防訓練実施報告書は事業所として作成し消防署に提出し報告している。	検討中の地震・水害についての訓練等、災害対策の整備が望まれる。
<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	利用者一人ひとりの生活歴や性格を職員が把握し各利用者に合った言葉かけを心がけ、支援するように努めている。また、入浴、排泄マニュアルを活用し、プライバシーへの配慮に努めている。		事業所の基本理念に利用者尊重を掲げ、周知と実践に取り組んでいる。言葉かけや対応で気になる場面があれば、管理者やリーダーが注意を促し、職員の意識向上に努めている。特に、入浴・排泄については、個々に作成した入浴マニュアル・排泄マニュアルにプライバシーに配慮した支援を明記しケアの実践に反映している。個人情報に関わる書類は鍵のかかる書庫に保管し、日常使用する記録類のファイルは背表紙をローマ字表示にし、キャスターにカバーをかける等、個人情報の適切な管理に努めている。	
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	自己決定を尊重し、選択肢のある言葉かけに配慮している。またティータイム時はメニュー表を見て飲み物を決めてもらったり、口頭でメニューを伝えて選んで頂いている。		/	
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	掃除、洗濯、買い物等の家事やレク等無理強いせず、利用者本人のペースを大切に支援している。		/	

自己 者 第三	項目	自己評価	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
		実践状況			
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	毎日の服装や外出時の身だしなみを自分の好みに合わせて選べるように支援している。また化粧品もこれまで愛用してきた物を用意してもらい、継続して使用できる様配慮している。			
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	利用者各々の得意不得意、性格的なことを考えた上で準備や片付けを分担して行えるよう工夫している。当番表を作成することで役割感も出てくる。	事業所内の栄養士の献立を参考に、ユニット毎に1週間単位で献立を立て、毎食手作りの食事を提供している。各ユニットで、利用者の希望や季節感を採り入れた家庭的な献立に工夫し、食材の買い物や準備・後片付け等、利用所個々の好みや力量に応じて参加できるように支援している。菜園で収穫した野菜も食材に活用し楽しんでいる。職員もテーブルを囲んで同じ食事をとり、家庭的な雰囲気大切にしている。外出の際には、外食や喫茶を楽しむ機会も設けている。		
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	栄養士に献立を作成してもらい、少しでも栄養バランスのとれた献立を作成している。また食事摂取量と水分摂取量の把握、排便チェック、毎月体重測定を行い、健康管理を行っている。水分摂取は好みの飲み物で対応もしている。			
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	朝、夕の口腔ケアは出来ているが、昼食後(生活習慣もあり)はうがいはしているが口腔ケアは全員は出来ていない。			
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	排泄確認表を付けながら、排泄パターンを把握し、失敗する回数を減らせるように取り組んでいる。またその方のADLに合わせた介助方法でトイレでの排泄を行っている。	排泄確認表を用いて利用者個々の排泄パターン・排泄状況を把握し、声かけ・誘導によりトイレでの排泄を大切に支援している。利用者個々に作成した排泄マニュアルに、個別の介助方法・排泄用品・配慮について明示し支援に反映している。マニュアルは定期的・随時に見直しを行い、現状に即したマニュアルとなっている。排泄用品の変更については、家族に連絡し同意を得ている。支援方法、排泄用品の変更が生じた場合には、連絡ノートに記載し情報共有している。		

自己 者 第 三	項目	自己評価	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
		実践状況			
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	毎日、水分量を確認し、毎朝飲むヨーグルトを提供し、運動する機会を持ち便秘の予防に努めている。			
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	出来る限り、希望日時に入浴できるように配慮している。入浴剤を用意しお好きな物を使用して頂き時間に余裕を持ってゆったりと入っていただけるように努めている。		週2回以上、午後の入浴を基本としているが、利用者個々に作成した入浴マニュアルをもとに入浴介助を行っている。入浴マニュアルは定期的・随時に見直しを行い、現状に即したマニュアルとなっている。入浴は個浴で1対1で支援し、一人ひとり更湯にし、ゆっくり入浴できるように時間を設定している。利用者個別のシャンプー・ソープ・洗面器・足ふきマットを使用し、希望に応じて入浴剤を使用する等、入浴が楽しめる配慮を行っている。	
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	日中の活動量を多くするよう努めている。また就寝前の空調設定にも注意し、ご家族には、ご本人の使い慣れた寝具を持参頂き、季節によっては、電気毛布やこたつを用意して頂いている。			
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	各利用者のケースファイルに薬情報を綴っており、都度確認できるようにしている。また新処方、変更があった時はそのお薬の効能や副作用等を調べ、申し送るようにしている。症状に変化があればDrやNsに連絡、相談している。			
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	各利用者様の生活歴や現在の思いを聞き、家事やレク、個別セラピーの実施に取り組んでいる。			
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	利用者様の希望があれば家族や職員と外出できるように支援しているが、一人ひとりのその日の希望には沿えてはいない。買い物同行などの外出は決まった方になりがちである。		天候や感染症等を考慮しながら、日常的には、近隣の散歩・食材購入の買い物・地域行事等に外出できるように努めている。初詣・花見・あじさい見学・案山子見学等、季節の外出も行っている。年1回程度、日帰り旅行も企画している。利用者の誕生日月をダイバーショナルセラピー一月とし、担当職員が利用者の意向に沿った外出を行う取り組みもある。	

自己 者 第 三	項 目	自己評価	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
		実践状況			
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	利用者様の希望でお金を持ちたい方にはご家族様とも相談し叶えられるようにしている。買い物同行の際に、好きな物を買って頂くこともある。入居契約時に金銭管理についてご家族にも説明している。			
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	利用者に希望に応じて、電話や携帯電話の使用も出来る。手紙は年賀状や暑中見舞いなどで、ご家族等から近況報告が届いたりしている。			
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	季節に応じた花や装飾品を設置している。またテレビや本棚の位置、レク用品の収納の方法についても、利用者が選び易く、手に取りやすいようにしている。トイレの中に、回想法で使用する写真を飾るなど工夫している。	共用空間は採光がよく、木調で温かみがある。各ユニットにテーブル席・ソファ席が設置され、廊下に小さなソファ・玄関ホールに椅子を置き、思い思いの場所で過ごせるように配慮している。行事セラピー委員が中心となり、季節感のある壁面飾りを工夫している。キッチンが設置され、家庭的な雰囲気も感じられる。椅子・ソファ・テーブルは利用者が自立して動きやすい高さや配置の工夫を行い、テレビ・本棚・レク用品も使いやすいように配慮されている。		
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	廊下に小さなソファを置いたり、玄関先に椅子を置いて少しでも気分転換できる場所を設けている。時には気の合ったメンバーで外出したり、個別セラピーを実施している。			
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	居室には出来るだけ馴染みのある家具や小物類、写真等を持ち込んで頂き、壁に写真を飾ったり、小物を置いたりしている。	ベット・クローゼットは事業所で設置し、その他は、家族の協力を得て、利用者が使い慣れた家具等が持ち込まれている。筆筒やテレビ、写真・作品等、馴染みのものや好みのものを持ち込まれ、居心地よく過ごせる居室づくりを支援している。メモリーボックスを居室前に設置し、部屋間違を防止している。		

自己 者	第三	項 目	自己評価		
			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
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	廊下やトイレ、浴室等に手摺を設置したり、必要な方には介助バーのついたベッド柵を取り付けて、転倒リスクの軽減に努めている。		