

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2297200236		
法人名	ウエル恵明会株式会社		
事業所名	グループホーム るびなすコート	ユニット名	春
所在地	浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	平成29年12月28日	評価結果市町村受理日	平成30年3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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&lgvosyoCd=2297200236-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成30年1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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念に、ご利用者の心身の状態に寄り添いながら、その人らしく尊厳を持って生活することができるようケアすることを心がけています。ご家族との関わりについても不安や負担の緩和はさることながら、ご利用者の在宅時の情報を聞き取りしたり、ご利用者の状態報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支えるチームとして一緒にご利用者の支援ができる関係作りにも努めています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立によりご利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【外部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)】

平屋建ての事業所は、木材をふんだんに使い、木のぬくもりを感じられるように床暖房を整備している。素足での生活ができるよう施されており、多くの入居者は素足の生活を満喫している。また、中庭は出入りが自由にできるウッドデッキがあり、入居者の人気の場所となっている。食事にも配慮がみられ、管理栄養士考案による献立を全て手作りで提供している。ほとんどの入居者はオムツに頼らない生活で、当事業所の理念である「オムツに頼らない」を実践している。毎日の散歩などで地域の方との交流も芽生え、地域の一員としての生活を送っている。

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 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)	○	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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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、生き活きと働けている (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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	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	理念を職員の目の届くところに掲げ、毎朝とミーティング前に職員全員で理念を唱和したり、勉強会を行なって生活歴や人柄に合わせたサービス提供を心がけるよう努めている。	毎朝の申し送り時やミーティング、勉強会の前には理念の唱和を行っている。一人ひとりの生活歴や人柄に合わせた介護サービスの提供を行うよう心がけている。	
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	夏祭りを重要な地域との交流機会として自治会の回覧にて多くの参加を呼びかけており、また近隣神社への初詣や地域での祭り、敬老会に参加して交流機会を作っている。	中学校の福祉体験学習の受け入れや、夏祭りによる地域交流や敬老会へ参加している。畑仕事を通しての交流や毎年行く近所の神社への初詣では、甘酒を振舞ってもらうなど地域への繋がりを広げている。	
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	広報紙や地域ケア会議、運営推進会議にて認知症介護に関する無料相談ができることを告知している。また自治会代表者には利用者の様子を見ていただき、その理解や支援について説明する機会を設けている。		
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	自治会代表者や民生委員、地域包括支援センター、行政、家族代表等の参加を得て2ヶ月に1回開催し、利用者やサービスに関する報告を行なって、得た意見やアドバイスの検討を会議にてその都度行なっている。	地域の方々のアドバイスにより、夏祭りに子供を呼んでどうかとの意見があった。早々に実施したところ、多くの近隣の方々の参加が実現した。	
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	運営推進会議やその議事録提出にて市担当者に利用者や事業、サービスに関する報告を行っており、事業に関する不明点は些細なことでも担当者に連絡・相談をして指示を仰いでいる。	運営推進会議の議事録は市役所に出向き、直接提出するようにしている。また、運営上での疑問があるときには、電話で相談するようにしている。	
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「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	マニュアルを用いて身体拘束廃止推進に関する勉強会を行っており、認知症の周辺症状や危機管理への対応についても身体拘束に該当しないか検討しながら行なっている。	「身体拘束ゼロ宣言書」の6つの基本事項を守り、事業所独自のマニュアルの作成に取り組む事で身近な問題として意識が深まっている。スピーチロックに関する勉強会も行っている。	
7		○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	セミナーへの参加や勉強会を行なって虐待防止に関して学ぶ機会を設けており、入浴時のボディチェックを行なうとともに、職員相互に注意して見合いチェックするようにしている。		

自己	外部	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
8		○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	実際に成年後見人制度を利用している利用者はいるが、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けることはできていない。		
9		○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	ケアマネージャーが担当者として説明を行ない、疑問点を確認して理解・了承を得た上でサイン・捺印をもらっている。		
10	(6)	○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	運営推進会議には利用者家族に交代で出席してもらっている。面会時に家族から寄せられた意見や、聴取された利用者の声はその都度職員から管理者に報告して迅速に対応するようにしている。	面会時に家族からの意見を聞いたり、意見箱への投書もある。それらの意見は直ぐに検討し、反映できるよう努めている。	
11	(7)	○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	毎月のミーティングにて連絡や相談、意見交換を行ない、そこで出た意見はすぐに管理者から会社代表者に報告する体制ができている。	毎月第一金曜日にはミーティングを行っている。職員間で意見交換を行い、必ず本部に報告している。ミーティングを欠席した場合には会議記録を確認している。	
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	努力や能力、実績等の評価に応じた賞与査定や昇給を行なっている。また研修や講演の告知を行ない、職員が希望するものに参加ができる体制となっており、勤務も希望休を反映させている。		
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	毎月勉強会を行っており、テーマにより外部講師も招聘。個人の力量に応じたものはまた別に、興味・関心のある外部研修が受けられる体制をとり、資格取得を推奨し配慮した勤務にする等の調整も行っている。		
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	外部の研修・講演を全て職員に告知し、希望するものに参加ができる体制をとっているが、他施設職員が集いグループワークが主体となる研修・勉強会への参加を推奨している。		

自己	外部	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
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	利用開始前にケアマネが必ず本人のもとを訪れて面談し、不安や心配事等を聴取して具体的な対応を説明し、安心して利用が開始できるよう努めている。		
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	施設見学や契約、入所の機会において、管理者・計画作成担当者・看護師等が立会い面談して家族の要望や不安、心配事等を聴取し、サービス計画等で具体的な対応を説明している。		
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	利用開始前の面談で利用者や家族の希望・不安等を聞き取りして具体的な対応を説明するが、事業所の特性等を踏まえて利用者・家族のニーズに合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	生活者としての意識が持てるよう、洗濯や清掃、調理、食器洗い・食器拭き等の家事作業において、取り組み可能な利用者は単独、或いは職員と共同で作業に取り組んでいる。		
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	面会では本人を囲んで家族・職員が一緒に談笑できるようにし、家族から利用前の情報を聴取したり、利用者の近況を伝えて情報共有している。また相談の上でサービス計画でも家族が担うことを設けている。		
20	(8)	○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	利用前に本人や家族から聞き取りし、趣味活動の機会や交友関係等、希望することについては継続ができるよう支援しており、友人・知人等の面会配慮や電話の取次ぎ等も行なっている。	近所の方や友人からの電話は取り次ぎ、今までの関係を継続できるよう支援している。また、馴染みの美容院へは、家族の支援で行くことができている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共用スペースにおけるテーブル席やソファ席、外出時の車中座席等を利用者同士の関係性や相性に配慮して対応している。		

自己	外部	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
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	サービスの利用終了後でも相談は受けることを伝え、連絡や要望があれば面談や相談の時間を設けている。特に高齢者世帯の場合にはこちらから電話をして状況確認している。		
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	(9)	○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	アセスメントやモニタリングでは必ず本人の意向や思いを聴取する。また会話能力の有無に関わらず、日常での言動や表情、その様子等から担当者会議で情報を共有して意向やその思いを検討している。	入居初期には利用者本人にどのように生きてみたいかを問い、意向の確認を行っている。日常での会話や表情などを汲み取るようにし、意向の把握にも努めている。	
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	利用前に本人や家族、前任ケアマネ、担当者等から生活歴や生活様式・生活環境等の情報を聴取し、調査表を作成してアセスメントを行なっている。		
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	生活スケジュールや心身機能、動作能力等について情報を収集し、シート上に整理してアセスメントを行っており、状態変化時には計画作成担当者が本人のもとを訪れて状態把握をしている。		
26	(10)	○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	モニタリングは3ヶ月毎、計画の目標は短期6ヶ月、長期1年を基本とし、担当者会議は管理者・ケアマネージャー・看護師・担当介護職員が参加して検討した後、計画作成担当者が家族と話し合い作成している。	介護計画書は、本人や家族の意向を聴き作成するようにしている。3か月に一度のモニタリングでは本人や家族に加えて職員への聞き取りも行い、目標達成度や必要な事柄は無いかなどの検討を行っている。	介護計画書を作成するための記録などは個々で書くことから、日により記録が全くない事もある。記録を毎日残していけるよう期待したい。
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	介護記録(ケース記録・排泄記録)に個々の利用者の情報を記録。計画作成担当者がアセスメントで活用するとともに、担当介護職員が記録を振り返って担当会議に参加するようにしている。		
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	個別の外出では送迎や付添い等も柔軟に対応している。本人及び家族には何か希望があればまず相談してほしいことを伝えており、本人及び家族と相談した上で双方の役割や支援・サービスについて検討している。		

自己	外部	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
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	ほぼ毎月ある外出や毎週のドライブにて地域資源を活用している。訪問リハビリマッサージを活用している利用者もあり、初詣や祭り、敬老会等の地域の行事にも参加している。		
30	(11)	○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	かかりつけ医は自由に選択できるが、現状では全員が24時間体制往診可能な協力医療機関を選択し、基本月2回の往診を受けている。往診時には看護師を主体に職員が立会い適切な情報交換に努めている。	ほとんどの利用者が協力医の往診を月2回受けている。24時間体制の往診が可能で、安心して過ごすことができている。協力歯科医の訪問診療も月1回ある。	
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	オンコール体制にて不在時も必要性に応じて随時看護職員に連絡をして報告・相談をしており、看護師からの指示もケース記録や申送り記録にて情報共有している。		
32		○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。	入院時には基本的に職員が付き添うか書面にて情報提供し、入院中はケアマネジャーが病院側と情報交換する。退院時にはケアマネジャー及び看護職員が病院を訪れ医師や看護師との情報交換を実施。病院には営業も兼ねて定期的に訪問。		
33	(12)	○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	利用開始時に看取り介護に関する指針を説明して終末期の希望を聴取。実際の終末期には特に施設で可能な医療対応について説明し、主治医・家族・看護職員等でムンテラを行なって同意を得てから、主治医との協力のもと看取り介護を行なっている。	「看取り介護に関する指針」に沿った終末期を迎えられるよう体制を整えている。職員は次回へに備え、振り返りを行い常にマニュアルの改正をしている。	
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	状態急変や事故発生等緊急時の対応についてはマニュアル化されており、年1回はその勉強会を行なっている。		
35	(13)	○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3回の防災訓練では避難訓練を行なっており、うち1回は消防署が立会いして利用者も一緒に消火訓練をし、うち1回は施設外の地域区域内避難所までの避難訓練を行なった。	年3回の防災訓練を実施している。避難訓練では夜間を想定して素早く避難できるよう訓練しているが、近隣の協力は得られていない。備蓄品は3日分の食料を保存している。	今後は近隣の方々の協力が得られるような方法を考え、避難訓練への参加も期待したい。

自己	外部	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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	利用者への尊重を守るため、理念である「寄り添うケア」に従い利用者の状態や状況を理解するよう努めており、また尊厳やプライバシーを損なう言動を利用者にとっていなか職員相互に見合いチェックしている。	尊厳のない言葉かけや行動など、職員が互いに注意し合っている。若い職員に対しては、その場で考えてもらえるよう、直ぐに注意している。不要な介助も極力排除するよう心がけている。	
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	理解しやすい表現や選択肢を設ける・狭める等、判断しやすいような声のかけ方や質問をして自己決定を促している。外出希望や外食メニュー選び等も基本的には自己決定により行なっている。		
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	基本的な生活スケジュールはあり、それに従い声はかけるが、強制はせず利用者の意思を尊重している。人により居室で過ごしたり、畑仕事をしたり、食事遅らせて対応。		
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	自身でしない利用者には洗顔や整髪、髭剃り等を誘導・支援して清潔が保たれるようにしている。入浴は週3回。行事や外出では衣類や化粧等のお洒落を支援し、可能な利用者には日常の衣類の選択も促している。		
40	(15)	○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	可能な利用者に調理、盛り付け、配膳の手伝いをしてもらい、食後の食器洗浄や拭き取りも可能な利用者が行なっている。メニュー選択はないが温度や味付けの調節は希望に応じ行なっている。	食事は管理栄養士による献立を職員がレシピをみて手作りしている。簡単な下ごしらえなどは利用者と一緒に、片付けや食器洗い・拭き上げなども分担している。行事食などの楽しみも取り入れている。	
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	化学調味料を使わない薬膳を取り入れた食事を個々の咀嚼・嚥下機能に応じた形態で提供しその飲食物量を記録。食事不足の利用者には飲む形で、水分不足の利用者には食べる形でその補填を支援している。		
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	基本的に毎食後口腔ケアに誘導。利用者の能力や歯科医からの指示に応じて見守り・一部介助・全介助をして口腔内の清潔が保たれるよう支援しており、義歯は夜間につけおきしている。		

自己	外部	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
43	(16)	○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	「オムツに頼らない」との理念に従い、ADLを問わず少なくとも日中は布下着用と座位排泄することを原則としている。個々の排泄記録を基に失敗を減らすための支援も検討し行なっている。	一か月の排泄記録を基に時間によるトイレ誘導を行い、日中は布下着と尿パットで過ごすことができている。理念「オムツに頼らない」を実践している。	
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	野菜中心の献立で食物繊維摂取を促し、水分は1日1ℓ以上の摂取を目安にして少ない場合は食べる形での補填を支援している。下剤に頼らないようオリゴ糖の摂取や腹部マッサージも実施。		
45	(17)	○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	入浴頻度は週3回で実施曜日は基本決められているが、本人の希望に応じて曜日や時間帯は変更可能となっている。入浴を嫌う利用者には、抵抗感が少なくその気になる誘い方を職員で共有している。	ユニットで交互に週3回の入浴を実施している。希望の時間や回数などの変更は可能で、体調不良の場合は清拭を行ったり、日を改めたりと個々への対応ができている。	
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	日中の離床や活動を促して生活リズムを整え、眠くなった時間に就寝するよう支援しているが、疲労や習慣を考慮し日中臥床する利用者もいる。冷感緩和のため布団や毛布、レッグウォーマー、湯たんぽ等も使用。		
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	必要時に確認できるようユニットに各利用者の薬の説明書が保管され、注意症状については介護計画書にも記載。新しい処方薬や減薬に関する情報もケース記録や申し送り記録に看護師が記載し情報共有している。		
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	生活歴や能力、趣味や特技等を踏まえ、家事や畑仕事、レク、行事、会話での話題提供等を支援しており、家事に関心がない利用者でも生活主体者として抵抗少なく可能な範囲で役割が担えるよう支援している。		
49	(18)	○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	季節や天候にもよるが可能な限り戸外への散策に希望者は出かけ、ほぼ毎月ある外出や毎週あるドライブでは利用者の希望に応じて行き先を決めることもある。個別では散髪や趣味活動、自宅への外出支援を希望に応じ家族と相談して行なっている。	天気の良い日には近所に散歩に出かけ、毎週日曜日にはドライブに出かける等、四季折々の風景や花を楽しんでいる。毎月外食に出かけ、希望の食事を楽しんでいる。	

自己	外部	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	紛失の可能性も考慮し普段利用者は金銭を所持していないが、買物外出では利用者個々にお金を預け、職員が見守り・補佐して希望する物を購入・支払いをする機会を作っている。		
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	本人希望時や利用者あてに電話がきた際には事務所で電話する支援を行っており、利用者宛ての手紙の受け渡しや利用者が書いた手紙の投函も支援をしている。利用者から家族への年賀状送付も実施。		
52	(19)	○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	建物内は木材をふんだんに用いた家庭的な雰囲気、樹木や草花がありウッドデッキになっている中庭を共用スペースから眺めることができる構造となっている。また共用スペースは床暖房により靴を履かず、自宅と同じ感覚で過ごすことができる。	共用スペースは床暖房が施され、素足で生活することで、脳への刺激を促している。中庭のウッドデッキからは出入りが自由に、ユニット間の交流を図っている。建物全体に木材がふんだんに使われ、天井も高く落ち着いた気分が味わえる。	
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	共用スペースにはダイニングとリビングがあり、隣ユニットの共用スペースやユニット間の渡り廊下、デイサービスフロアも含め、その時々で好きな場所で過ごすことができ、ウッドデッキの中庭にも出入り可能。		
54	(20)	○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	備え付けの収納棚があるため筆筒類の持ち込みは少なめだが、収納棚の天板部は日常的に使う物を置くスペースとして活用され、時計や家族の写真等も持ち込みされている。	一人ひとりの日常生活動作に合わせ、備え付けの収納棚やベッドの配置を考えた居室作りを行っている。自宅からの生活用品や衣装ケースなどを持ち込み、継続した生活を送ることができている。	
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	建物内の移動経路には手すりがあり、また共用空間にはテーブル・ソファ等が置かれ掴まり歩きしやすい環境となっており、居室内も利便性や安全性を踏まえベッド等家具の配置を本人・家族と検討し行っている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2297200236		
法人名	ウエル恵明会株式会社		
事業所名	グループホーム るびなすコート	ユニット名	秋
所在地	浜松市東区積志町1878		
自己評価作成日	平成29年12月28日	評価結果市町村受理日	平成30年3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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/22/index.php?action=kouhyou_detail/2017_022_kani=true&lgvosyoCd=2297200236-00&PrefCd=22&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限公司 福祉第三者評価 調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成30年1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)】

「寄り添うケア」「寝たきりをつくらない」「オムツに頼らない」を理念に、ご利用者の心身の状態に寄り添いながら、その人らしく尊厳を持って生活ができるようケアすることを心がけています。ご家族との関わりについても不安や負担の緩和はさることながら、ご利用者の在宅時の情報を聞き取りしたり、ご利用者の状態報告をして相互に情報を交換しつつ、本人を支えるチームとして一緒にご利用者の支援ができる関係作りにも努めています。また「健康は食から」をモットーに、化学調味料は一切使わず薬膳を取り入れた栄養士考案の献立によりご利用者の体質改善と健康管理にも努めています。

【外部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)】

※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価票に記入されています。

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 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)	○ 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と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、生き活きと働けている (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している (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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	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	理念を職員の目の届くところに掲げ、毎朝とミーティング前に職員全員で理念を唱和したり、勉強会を行なって生活歴や人柄に合わせたサービス提供を心がけるよう努めている。	※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価票に記入されています。	
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	夏祭りを重要な地域との交流機会として自治会の回覧にて多くの参加を呼びかけており、また近隣神社への初詣や地域での祭り、敬老会に参加して交流機会を作っている。		
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	広報紙や地域ケア会議、運営推進会議にて認知症介護に関する無料相談ができることを告知している。また自治会代表者には利用者の様子を見ていただき、その理解や支援について説明する機会を設けている。	/	
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	自治会代表者や民生委員、地域包括支援センター、行政、家族代表等の参加を得て2ヶ月に1回開催し、利用者やサービスに関する報告を行なって、得た意見やアドバイスの検討を会議にてその都度行なっている。		
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	運営推進会議やその議事録提出にて市担当者を利用者や事業、サービスに関する報告を行っており、事業に関する不明点は些細なことでも担当者に連絡・相談をして指示を仰いでいる。		
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「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	マニュアルを用いて身体拘束廃止推進に関する勉強会を行っており、認知症の周辺症状や危機管理への対応についても身体拘束に該当しないか検討しながら行なっている。		
7		○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	セミナーへの参加や勉強会を行なって虐待防止に関して学ぶ機会を設けており、入浴時のボディチェックを行なうとともに、職員相互に注意して見合いチェックするようにしている。	/	

自己	外部	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
8		○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	実際に成年後見人制度を利用している利用者はいるが、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けることはできていない。		
9		○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	ケアマネージャーが担当者として説明を行ない、疑問点を確認して理解・了承を得た上でサイン・捺印をもらっている。		
10	(6)	○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	運営推進会議には利用者家族に交代で出席してもらっている。面会時に家族から寄せられた意見や、聴取された利用者の声はその都度職員から管理者に報告して迅速に対応するようにしている。		
11	(7)	○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	毎月のミーティングにて連絡や相談、意見交換を行ない、そこで出た意見はすぐに管理者から会社代表者に報告する体制ができている。		
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	努力や能力、実績等の評価に応じた賞与査定や昇給を行なっている。また研修や講演の告知を行ない、職員が希望するものに参加ができる体制となっており、勤務も希望休を反映させている。		
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	毎月勉強会を行っており、テーマにより外部講師も招聘。個人の力量に応じたものはまた別に、興味・関心のある外部研修が受けられる体制をとり、資格取得を推奨し配慮した勤務にする等の調整も行なっている。		
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	外部の研修・講演を全て職員に告知し、希望するものに参加ができる体制をとっているが、他施設職員が集いグループワークが主体となる研修・勉強会への参加を推奨している。		

自己	外部	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
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	利用開始前にケアマネが必ず本人のもとを訪れて面談し、不安や心配事等を聴取して具体的な対応を説明し、安心して利用が開始できるよう努めている。		
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	施設見学や契約、入所の機会において、管理者・計画作成担当者・看護師等が立会い面談して家族の要望や不安、心配事等を聴取し、サービス計画等で具体的な対応を説明している。		
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	利用開始前の面談で利用者や家族の希望・不安等を聞き取りして具体的な対応を説明するが、事業所の特性等を踏まえて利用者・家族のニーズに合致する他サービスがあればその説明をして選択を勧めている。		
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	生活者としての意識が持てるよう、洗濯や清掃、調理、食器洗い・食器拭き等の家事作業において、取り組み可能な利用者は単独、或いは職員と共同で作業に取り組んでいる。		
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	面会では本人を囲んで家族・職員が一緒に談笑できるようにし、家族から利用前の情報を聴取したり、利用者の近況を伝えて情報共有している。また相談の上でサービス計画でも家族が担うことを設けている。		
20	(8)	○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	利用前に本人や家族から聞き取りし、趣味活動の機会や交友関係等、希望することについては継続ができるよう支援しており、友人・知人等の面会配慮や電話の取次ぎ等も行なっている。		
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	共用スペースにおけるテーブル席やソファ席、外出時の車中座席等を利用者同士の関係性や相性に配慮して対応している。		

自己	外部	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
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	サービスの利用終了後でも相談は受けることを伝え、連絡や要望があれば面談や相談の時間を設けている。特に高齢者世帯の場合にはこちらから電話をして状況確認している。		
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	(9)	○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	アセスメントやモニタリングでは必ず本人の意向や思いを聴取する。また会話能力の有無に関わらず、日常での言動や表情、その様子等から担当者会議で情報を共有して意向やその思いを検討している。		
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	利用前に本人や家族、前任ケアマネ、担当者等から生活歴や生活様式・生活環境等の情報を聴取し、調査表を作成してアセスメントを行なっている。		
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	生活スケジュールや心身機能、動作能力等について情報を収集し、シート上に整理してアセスメントを行っており、状態変化時には計画作成担当者が本人のもとを訪れて状態把握をしている。		
26	(10)	○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	モニタリングは3ヶ月毎、計画の目標は短期6ヶ月、長期1年を基本とし、担当者会議は管理者・ケアマネージャー・看護師・担当介護職員が参加して検討した後、計画作成担当者が家族と話し合い作成している。		
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	介護記録(ケース記録・排泄記録)に個々の利用者の情報を記録。計画作成担当者がアセスメントで活用するとともに、担当介護職員が記録を振り返って担当者会議に参加するようにしている。		
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	個別の外出では送迎や付添い等も柔軟に対応している。本人及び家族には何か希望があればまず相談してほしいことを伝えており、本人及び家族と相談した上で双方の役割や支援・サービスについて検討している。		

自己	外部	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
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	ほぼ毎月ある外出や毎週のドライブにて地域資源を活用している。訪問リハビリマッサージを活用している利用者もあり、初詣や祭り、敬老会等の地域の行事にも参加している。		
30	(11)	○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	かかりつけ医は自由に選択できるが、現状では全員が24時間体制往診可能な協力医療機関を選択し、基本月2回の往診を受けている。往診時には看護師を主体に職員が立会い適切な情報交換に努めている。		
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	オンコール体制にて不在時も必要性に応じて随時看護職員に連絡をして報告・相談をしており、看護師からの指示もケース記録や申送り記録にて情報共有している。		
32		○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。	入院時には基本的に職員が付き添うか書面にて情報提供し、入院中はケアマネジャーが病院側と情報交換する。退院時にはケアマネジャー及び看護職員が病院を訪れ医師や看護師との情報交換を実施。病院には営業も兼ねて定期的に訪問。		
33	(12)	○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	利用開始時に看取り介護に関する指針を説明して終末期の希望を聴取。実際の終末期には特に施設で可能な医療対応について説明し、主治医・家族・看護職員等でムンテラを行なって同意を得てから、主治医との協力のもと看取り介護を行なっている。		
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	状態急変や事故発生等緊急時の対応についてはマニュアル化されており、年1回はその勉強会を行なっている。		
35	(13)	○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3回の防災訓練では避難訓練を行なっており、うち1回は消防署が立会いして利用者も一緒に消火訓練をし、うち1回は施設外の地域区域内避難所までの避難訓練を行なった。		

自己	外部	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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	利用者への尊重を守るため、理念である「寄り添うケア」に従い利用者の状態や状況を理解するよう努めており、また尊厳やプライバシーを損なう言動を利用者にとっていなか職員相互に見合いチェックしている。		
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	理解しやすい表現や選択肢を設ける・狭める等、判断しやすいような声のかけ方や質問をして自己決定を促している。外出希望や外食メニュー選び等も基本的には自己決定により行なっている。		
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	基本的な生活スケジュールはあり、それに従い声はかけるが、強制はせず利用者の意思を尊重している。人により居室で過ごしたり、畑仕事をしたり、食事も遅らせて対応。		
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	自身でしない利用者には洗顔や整髪、髭剃り等を誘導・支援して清潔が保たれるようにしている。入浴は週3回。行事や外出では衣類や化粧等のお洒落を支援し、可能な利用者には日常の衣類の選択も促している。		
40	(15)	○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	可能な利用者に調理、盛り付け、配膳の手伝いをしてもらい、食後の食器洗浄や拭き取りも可能な利用者が行なっている。メニュー選択はないが温度や味付けの調節は希望に応じ行なっている。		
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	化学調味料を使わない薬膳を取り入れた食事を個々の咀嚼・嚥下機能に応じた形態で提供しその飲食物量を記録。食事不足の利用者には飲む形で、水分不足の利用者には食べる形でその補填を支援している。		
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	基本的に毎食後口腔ケアに誘導。利用者の能力や歯科医からの指示に応じて見守り・一部介助・全介助をして口腔内の清潔が保たれるよう支援しており、義歯は夜間につけおきしている。		

自己	外部	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
43	(16)	○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	「オムツに頼らない」との理念に従い、ADLを問わず少なくとも日中は布下着用と座位排泄することを原則としている。個々の排泄記録を基に失敗を減らすための支援も検討し行なっている。		
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	野菜中心の献立で食物繊維摂取を促し、水分は1日1ℓ以上の摂取を目安にして少ない場合は食べる形での補填を支援している。下剤に頼らないようオリゴ糖の摂取や腹部マッサージも実施。		
45	(17)	○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	入浴頻度は週3回で実施曜日は基本決められているが、本人の希望に応じて曜日や時間帯は変更可能となっている。入浴を嫌う利用者には、抵抗感が少なくその気になる誘い方を職員で共有している。		
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	日中の離床や活動を促して生活リズムを整え、眠くなった時間に就寝するよう支援しているが、疲労や習慣を考慮し日中臥床する利用者もいる。冷感緩和のため布団や毛布、レッグウォーマー、湯たんぽ等も使用。		
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	必要時に確認できるようユニットに各利用者の薬の説明書が保管され、注意症状については介護計画書にも記載。新しい処方薬や減薬に関する情報もケース記録や申し送り記録に看護師が記載し情報共有している。		
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	生活歴や能力、趣味や特技等を踏まえ、家事や畑仕事、レク、行事、会話での話題提供等を支援しており、家事に関心がない利用者でも生活主体者として抵抗少なく可能な範囲で役割が担えるよう支援している。		
49	(18)	○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	季節や天候にもよるが可能な限り戸外への散策に希望者は出かけ、ほぼ毎月ある外出や毎週あるドライブでは利用者の希望に応じて行き先を決めることもある。個別では散髪や趣味活動、自宅への外出支援を希望に応じ家族と相談して行なっている。		

自己	外部	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	紛失の可能性も考慮し普段利用者は金銭を所持していないが、買物外出では利用者個々にお金を預け、職員が見守り・補佐して希望する物を購入・支払いをする機会を作っている。		
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	本人希望時や利用者あてに電話がきた際には事務所で電話する支援を行っており、利用者宛ての手紙の受け渡しや利用者が書いた手紙の投函も支援をしている。利用者から家族への年賀状送付も実施。		
52	(19)	○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	建物内は木材をふんだんに用いた家庭的な雰囲気、樹木や草花がありウッドデッキになっている中庭を共用スペースから眺めることができる構造となっている。また共用スペースは床暖房により靴を履かず、自宅と同じ感覚で過ごすことができる。		
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	共用スペースにはダイニングとリビングがあり、隣ユニットの共用スペースやユニット間の渡り廊下、デイサービスフロアも含め、その時々で好きな場所で過ごすことができ、ウッドデッキの中庭にも出入り可能。		
54	(20)	○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	備え付けの収納棚があるため筆筒類の持ち込みは少なめだが、収納棚の天板部は日常的に使う物を置くスペースとして活用され、時計や家族の写真等も持ち込みされている。		
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	建物内の移動経路には手すりがあり、また共用空間にはテーブル・ソファ等が置かれ掴まり歩きしやすい環境となっており、居室内も利便性や安全性を踏まえベッド等家具の配置を本人・家族と検討し行なっている。		