

### 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	2872200619		
法人名	社会福祉法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホーム		
所在地	加古川市野口町長砂90-1		
自己評価作成日	H29.2.3	評価結果市町村受理日	平成29年5月29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	
----------	--

**【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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	平成29年3月8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)】**

日々の生活の中で入居者の方が、その人らしく生活を送れるように、色々な選択が出来るように心がけ支援している。  
 入居者の状態が変化してもありのままに受け止め、職員中心ではなく、最後まで人生の主役としての生き方が出来るようにサポートしている。  
 看取りから学んだ事を職員の糧として、次の入居者の介護に繋ぐように心がけていく。

**【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)】**

法人は約30年前に社会福祉法人として福祉事業を立ち上げ、「自由な行動とその人らしい暮らし」の実現を目指し次々に先駆的な事業展開を行なっている。地域と福祉を結ぶコミュニティとしての役割発揮し、法人敷地内に新築したアトリエでは認知症カフェや陶芸や造形、書道、ピアノ教室などが開かれ、利用者の自主サークル活動でボランティアを活用しカラオケや映画、自彊術が行われている。この中でグループホームの利用者は自由に、やりたいことを選択し、行きたいところへ行く自由を尊重されている。リスクも含めた上でのその人らしい生き方への支援は、時に現実とのギャップに悩むこともあるが、理念に立ち返り、改めて職員や利用者、家族と確認しあうことにより、相互にケアしあい成長する機会となっている。法人の将来を見据えた展開を意識し、グループホームとしての新たな取り組みを期待したい。

**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)	<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と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、活き活きと働いている (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している (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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>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	各会議を通して理念を共有し、それを基に入居者の方がその人らしく生活能力を発揮出来るように、個人を尊重し介護している。入居者からその人らしい生活とは何かを教えてくださいも多く、実際の事例を通じて介護の見直しを行っている。	30年前の法人開設の時と変わらない「自由な行動とそ の楽しい暮らし」の実現を目指して、自立、尊敬、参 加、自己実現、ケアの5原則の考え方を、ぶれることなく 継続し、実践につなげている。会議や事例を通して学 び、職員間で共有すると共に、広報誌やパンフレットに 具体的に明記し、家族や地域にも発信している。	
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人として日常的に交 流している	認知症カフェやのびのびルームではボラン ティアの方が主となり交流を行っている。他 にも小学生との交流やトライやるウィークの 受け入れ、行事としては夏祭りやお花見を 開催し交流の場となっている。	法人が展開する事業所が点在する敷地内に、新たに 地域交流の場として作ったアトリエや、のびのびルーム では多くのボランティアが参加し、入居者、地域の方、共 に交流している。また、介護について語る会やコンサ ートの開催など、地域と福祉の情報発信の場になってい 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	上記の取り組みを通しての発信や、機関紙、外 部からの依頼を受けて研修に参加している。ま た月1回、地域住民や家族に向けて、介護につ いてや認知症を知ってもらう場を開催している。 今年は地域の小学校に出向き、介護職について の説明を行い発信の場を持っていた。		
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	年6回の運営推進委員会にて、家族や職員が参 加し、行事報告、ひやりはつ・事故報告、ターミ ナル報告等を行う。それらについての質問や意 見交換が活発で、有意義な評価を受けて、サー ビスの向上、地域への発信を行っている。	人権擁護、民生委員、地域包括、家族代表、オ ブザーバー、時に実習生も参加し、2時間をか け、活発な意見交換が行われている。ターミナル や行事、報告などに加え、事故事例検討や障害 者差別などリアルタイムなテーマで討議すること もある。	
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	地域密着型として運営推進会議の案内、報告を 行い地域包括支援センター職員に委員を依頼し ている。事故報告や介護保険に関すること等で 、行政とつながりがある。	法人として、市とは30年間以上積み上げてきた信頼 関係があり、気楽に相談や情報交換などを行なってい る。通常は法人窓口が行政との連絡調整を行っており グループホームとして直接交渉の機会は少ないが、運 営推進会議で会ったり、事故報告後に来訪することあ り、協力関係を深めている。	
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケ アに取り組んでいる	理念に基づき、職員全員で取り組んでおり、 日頃から職員間で話し合いを行っている。 職員研修での議題でも取り上げ、職場間でも 意見を出し合い話し合いを行っている。	徹底して身体拘束しない方針を貫いている。契約の際 に家族に理念とともに、事業所の方針を伝え、了解され ない場合は契約に至らないこともある。事故発生時は利 用者のあるがままを見守ること、安全保持という点で 葛藤が生まれることもあるが、職員間で話し合い、方針 を再確認している。	
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	研修等で知識を学び、会議や職員間のミー ティング内で考えていく機会を持っている。 また事件、事故等の新聞、雑誌等の記事を 回覧して、課題として考える機会とし情報や 意識を共有している。	認知症の方へのコミュニケーション技法の一つである ユマニチュードについて研修を行なった。ケアの場面 を設定し、職員が演じ合うことにより、職員が勝手に判断し たり、配慮し過ぎていたのではとの反省点も生まれ、改 めて日常の接し方について学ぶ機会となった。	

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
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	研修を通して学び、全体会議や記録で共有している。必要性を重視し支援している。	法人内の相談室が窓口となり制度の利用に関する相談対応をしている。また、外部研修を受けた後に内部研修を実施し、周知に努めている。	グループホーム内にパンフレットを準備し、定期的に読み合わせの機会を持つてはかがが。
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	契約前に介護支援センター相談員が入居者、家族と話し合いを行い、問題やサービスの必要性を見極めている。契約時には重要事項説明書により理念や看取りについて確認し、了承して頂けた方に入所してもらっている。	法人内の介護支援センターが、入居の申し込み相談窓口になっており、利用者の特性や要望により情報提供し、受付を行なっている。契約時はできる限り利用者も施設見学を勧め、納得の上入居できるよう努めている。特に理念やターミナル時の選択については、丁寧に説明し、共に考えていく姿勢であることを伝えている。	
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	各事業所の玄関に意見箱を設置し、毎月サービス改善委員会を開催し問題の改善や、ケアの向上に役立っている。また、必要な家族とはサービス担当者会議を開催し家族、他職種が集まり話し合いを行っている。	イベント参加を勧めたり、事あるごとに利用者のホームでの状況を伝えるなど、家族との信頼関係を築きつつ、要望が言いやすい関係性作りに努めている。イベント時に、家族の食事が利用者よりも先に出た事への辛口の意見があったり、個別の提案も多い。	
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	各部署の会議や日々のミーティング、日頃のコミュニケーションを通じて意見を集め、管理職での会議で提案し反映させている。また、意見を言いやすいよう環境整備も行っている。	法人内で職員の意見が反映される組織体系が構築され、各種会議で討議されている。主任は個々の特性を知り、個人の課題の支援をすると共に、発言しやすい環境作りに努めている。日々の業務の中で、歯ブラシの消毒方法などの業務改善や応援体制の変更など、意見により、柔軟に検討し反映している。	
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	管理職での会議で、改善について話し合いを行っている。自己評価、面接を実施し個人や職場全体のモチベーション維持、向上につなげている。職員間で連携し定時に帰れるように連携、交代できるような環境を作っている。		
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	施設として全体的なスキルアップを図れるように勉強会、外部研修、他部署への応援を行なっている。また、日頃より会議やミーティングで成長できるような問いかけや話し合いを行っている。		
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	地域のグループホーム協会の勉強会や、管理者間の情報共有を行っている。会場は持ち回りで、相互の訪問活動等に取り組んでいる。		

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
<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	入所前に集めた情報を参考にし、不安な気持ちや思いに寄り添えるようコミュニケーションを図る。些細なことでも記録に残して職員間で情報共有し、家族とも連携する。		
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	契約や面接を通じて、入居者や家族の不安、疑問、希望を聞きケアに役立てる。入所後も、問題が解決されないようであれば、早期にサービス担当者会議を開催する。		
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	契約、面接時、入所直後の思いや希望を聞き、サービス計画を立て職員間で共有する。そして出来る事、出来ない事についてもよく話し合い、柔軟に対応する。		
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	本人らしく生活が出来るように、職員の価値観で声掛けを行うのではなく、入居者の気持ちに寄り添ったケアを行い、支え合っていく。		
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	入居者の現状について話し合い、家族が出来る範囲での協力を行ってもらう。必要物品の購入やサービスについても、職員の価値観を押し付けるのではなく、本人の意向に沿って家族と話し合いを行う。		
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	家族や友人等の面会については時間制限なく、受け入れている。希望すれば、家族の宿泊や食事の提供も行っている。必要であれば介護タクシーや、ヘルパー利用の相談、調整も行っている。	毎日の家族の面会や、外泊、家族旅行、友人の面会、希望により神社や公民館への外出など、馴染みの関係性継続を支援している。また、法人内の施設や、ボランティアとの出会い、近くのパン屋やスーパーなどが新たな馴染みの関係や場所となっている。	
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係が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士の関係を把握し、関係を見守っている。トラブルが起こっても、長年培った社会性で入居者同士で解決できることもある。良好な関係が築けるような配慮は行いが、職員の価値観だけで関係性の良い悪いを判断しない。		

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
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	定期的に機関紙を送付したり、行事の案内やボランティアでの協力等、関係を継続している。		
<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	本人の希望、意向を日々のケアから感じれるように努めたり、話し合いを行って把握している。そして職員間での情報共有や家族との連携の中で実現できるようにしている。	日常の中での何気ない会話や、仕草などを観察し、意向に気づくことがあり、情報は職員間で共有し意向に沿えるよう支援している。利用者は制限されることなく自由に行動し、終末期に好きなお酒だけ飲み最期を迎えた事例もある。	
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	契約前に本人や家族との話し合いを行い、これまでの生活歴や、生活環境を把握す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	日々のケアや見守り、本人との会話の中で個々で現状を把握し、それを職員間で情報共有している。また、入居者が家族と過ごす時間の中で、家族が気が付く変化についても状態報告の中で話し合っている。		
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	日々の申し送りや記録をもとにケアプラン、モニタリングを作成し、会議で話し合いを行っている。そして必要ならば他職種、家族とも連携してサービス担当者会議を開催しケアプランの再検討を行っている。	居室担当者が毎月モニタリングを行い、ケアプランを作成、カンファレンスで内容を検討し、ケアマネが最終的にまとめている。ケアプランは利用者が望むポジティブプランを意識し、作成している。定期的に包括的自立支援プログラムで利用者の状態をチェック、アセスメントし、ケアプランに生かしている。	
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	毎日の生活を記録し、そこから排便リズム、睡眠や食事量、趣味活動等、日々の様子を毎日の申し送りで確認、話し合いを行って情報の共有しケアに活かしている。		
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	入居者の希望を大事に受け取り、柔軟な対応が出来るように家族や、職員間で連携、話し合いを行い対応している。		

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
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	昔からのかかりつけ医への受診、介護タクシーの利用、家族との外出等、地域へ出やすい環境を整えている。		
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	馴染みのかかりつけ医に家族と受診されている。また、家族が難しい場合はヘルパーの利用や職員が付き添いを行っている。外出が難しい状態になると、往診医に変更する場合もある。	これまでのかかりつけ医の継続を優先しており、家族が付き添っている。多くは、協力医の往診医を利用している。他科受診の場合は、訪問看護と相談して紹介するなどしてつないでいる。状態変化時や服薬変更があった場合は、家族に連絡報告する。	
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	訪問看護師が週に一回、状態把握、健康管理を行っている。また、状態変化時の対応(24時間可)や相談、サービス担当者会議への参加も行っている。		
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。	本人、家族、職員、医療機関で連携を図り対応している。退院前や退院直後にはカンファレンスを行い状態把握や今後の方針について確認している。	基本、入院はできるだけしない方針であるが、やむをえず入院が必要な場合、又は家族が希望する場合は、協力往診医からの指示を受け病院に搬送する。入院時は職員が見舞い、利用者が安心して治療できるよう声かけし、関係者とは退院時期も含め共有を図っている。事業所での受け入れ体制を整備し、早期退院が可能となっている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に説明は行っているが、実際はそのような状態にならないと理解できない家族が多い。日々のケア、家族との関わりを大切に、重度化や終末期にチームとして連携できるように信頼関係を築く努力をしている。実際の終末期には家族、他職種と連携しその都度、カンファレンスを行っている。	契約時に事業所の方針を説明し、その時点での利用者、家族の意向を確認している。利用者の状態低下時には、その都度、主治医等と意向確認することで、家族の不安を和らげ、心がまえもなっている。利用者の意向を叶え、最後までその人らしく過ごせるよう職員はチームで関わっている。	
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	実際に起きた事故や急変時の対応の見直しや反省を会議や研修で行っている。また、これまでの事故報告書や研修資料を保管し見直すように努めている。		
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	年に2回の消防訓練とその後の反省会で災害への意識を高め、対応の見直しを行っている。また、訓練には他部署との連携も取り入れ協力体制を強化している。今年是他施設で実際に警報による避難があり、2市2町の勉強会で報告を受け参考になった。	3月、9月の年2回、定期的に法人合同により実施している。利用者の救出方法をいくつか試してみたり、施設間の連携体制について、各担当者で気づきを出し合い検討した。運営推進会議で、水害等についての避難対策についての意見があり、今後の検討課題とした。法人として福祉避難所に指定されている。	

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
<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	職員は常に言葉、態度に注意し一人の社会人として接している。尊厳やプライバシーについて会議や研修でも振り返りを行っている。	常に理念を通して、職員は意識している。一人の人として大事にするということをあたりまえのことでし、利用者に寄り添うことを心がけている。つい出てしまう不適切な声かけには、職員間で普段から注意している。利用者間のトラブルには、様子を見て職員が入る。	
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	入居者の思いに寄り添い、それに沿った生活が出来るように対応する。職員の判断で物事を決めるのではなく、入居者が考え選択できるよう対応していく。		
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	入居者のペースで生活出来るように見守りを行い、必要な時に声掛けやケアを行う。		
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	毎日更衣を行い、入居者によっては服を選んでもらう。起床時の洗顔、整髪をしっかりと行い、身だしなみにこだわりがあれば対応していく。理、美容師は外出だけでなく、出張依頼してそれぞれの希望に沿った髪形にしてもらう。		
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	決まった献立はあるが、入居者に合わせてメニューを変更することがある。また、食材が余ってあればたこ焼きやホットケーキと一緒に作り提供している。入居者と、ゆで卵の皮むきや、洗い物を行うこともある。	法人栄養士が立てた献立を、職員が手作りにしている。利用者の好みや形態により、柔軟に調理方法や味付けを工夫する。普段とは違うごちそうの日や郷土料理、誕生日メニューなどバラエティーに富んでいる。おかわりが自由にでき、好みの物が食べられる。職員も共に楽しむ。	
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	管理栄養士が立てた献立をもとに、入居者に合わせた食事量や形態で提供している。摂取量を記録し、状態の変化をみたり、水分摂取量の確保を目指している。		
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	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、見守りや介助を行っている。希望する方、必要のある方は週に一回の歯科衛生士による口腔ケアがあり、職員もアドバイスをもらっている。		

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
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	職員の都合でケアするのではなく、個々に合った排泄方法、タイミングでケアを行う。また、可能な限り自然排便ができるように取り組んでいく。	自分でトイレに行っている人は多く、職員はおおまかではあるが把握している。職員が声かけ、誘導する場合は、その人の習慣や様子からさりげなく声をかける。失敗を減らすために、排泄用品の選択や使用方法を検討し、家族にも相談するなど改善につなげている。	
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	日頃から排便周期や腹部の張り、食事水分量を把握している。状況に応じ訪問看護師や医師とも相談し対応している。		
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	週二回に入浴する契約ではあるが、それだけにこだわらず、入居者の思いにそったケアを行う。入居者の好みの温度や入浴時間についても把握し対応していく。	目安として3日に1回としているが、利用者の意向を優先し、好きな時に入ってもらっている。自分から入る人もいるが、タイミングをみて声をかけている。好まない人には、別のことで誘うなど無理強いはいしない。希望に応じて同性介助で対応する。	
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	暮らしやすいような雰囲気作りや、掃除や換気、室温調整等の環境整備を行っている。入居者が落ち着けるよう職員も忙しそうに動かない。夜間も安眠出来るような服装、布団を持参してもらい、入居者の生活リズムに合わせてナイトケアを行う。		
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	主治医、薬局、訪問看護師と連携し薬を検討している。また、薬の知識や服薬方法の指導や相談を受けている。職員間では誤薬がないように連携、確認を行っている。		
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	出来る範囲内で食事の準備や掃除、洗濯物を行ってもらっている。また、ボランティアによる映画や体操、歌、習字や陶芸が行われているので、行事毎に声をかけている。		
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支援している	いつでも外出できるように施設は行わず、見守っている。敷地内で喫茶や行事が行われているので、希望があれば誘導を行っている。また、職員で対応が難しい場所に出かけたい場合は家族と協力し対応している。	法人併設施設での様々なイベントに声をかけ、職員が付き添って行く。喫茶店で友人や家族とお茶したり、家族と外食に出かける人もいる。利用者からの希望で買物や周辺を散歩することもあるなど、意向に沿えるよう職員は支援している。	

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	お金だからといって、職員が必ず預かるというわけではなく、家族とも相談し希望や状態に応じお金を所持、支払してもらう。		
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	希望があれば手紙の手助けや、電話をつなぐ等の支援をしている。		
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	テレビやCDラジカセを準備しており、希望に合わせてつけている。調理の音や匂いも感じられるので、それを見に来たり、手伝って下さる方もおられる。それぞれが居心地が良いうように過ごされている。	オープンキッチンのリビングは広く、調理の匂いが食欲をそそる。利用者は、思い思いの椅子に座り利用者同士おしゃべりしたり、テレビを観ている人や自分の部屋で過ごしている人もいる。	
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	椅子とテーブルがあり、それぞれが自身で居場所を作られている。		
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	居心地よく過ごせるように馴染みの家具や昔の写真を飾る等、家と同じように好みに合わせた空間を入居者、家族と相談している。	ミニキッチン、バス、トイレ付の居室は広く、テラスには洗濯物が干してある。ソファや炬燵、小型の食器棚、冷蔵庫が置かれ生活の場となっている。	
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	廊下や共用トイレ、お風呂には手すりを設置している。エレベーターはあるが階段にも手すりを設置し選択できるようにしている。安全には気がつかうが、自身で危険を察知する能力もあるので見極めながら対応している。		