

### 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	2871500514		
法人名	社会福祉法人淡鳳会		
事業所名	グループホームフローラ		
所在地	兵庫県洲本市鮎屋字久シ原636		
自己評価作成日	平成26年10月3日	評価結果市町村受理日	平成26年12月18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	平成26年10月31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)】

事業所の理念「人を思いやる笑顔」を全職員が忘れず利用者様の思いや希望に沿った支援を行えるように心掛け、また、地域の行事にも参加させてもらい交流を深めていき地域の方々に気軽に立ち寄ってもらえる事業所になるように日々頑張っています。  
気候や体調にもよりますが少しでも外に出て散歩したり季節ごとの花や景色を見てもらえるようにしています。

【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)】

自然に恵まれ、家庭的な雰囲気の中で季節を身近に感じられる環境の施設である。「人を思いやる笑顔」を理念として、日々の支援の中に活かせるように努めている。年間の行事開催時には家族の方にも参加してもらう他、地域のボランティアの来訪を受け交流を図るようにしている。加齢に伴い現在は少人数や個別に地域的美容院や商店への買い物に出かけ地域交流できるように支援している。職員が手作りの献立を作成し、法人の管理栄養士の栄養状態や治療に必要な献立や調理への助言を受け事業所内で調理し提供している。利用者と共に買い物にも出かけ新鮮な食材を使用して季節感が感じられる手作りの食事を提供している。

**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、活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	者三	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	毎月1回ケア会議を行い問題点、気になったことを話し合い今後につなげて行くようにし、理念を忘れず業務に入るようにと話をしている。会議以外にでも問題点があれば話し合いを行っている。	「人を思いやる笑顔」と理念を謳い職員・利用者が見やすい位置に掲示することは継続している。毎月1回開催しているケア会議では、利用者への支援内容を検討する機会や業務上の課題や問題を話し合う機会を通して、理念について立ち戻るように管理者より働きかけている。日々の支援の中に理念を活かすように職員は意識し取り組むように努めている。管理者は理念が継続的に実践に活かされていることを確認し、浸透状況の把握を行っている。理念に基づいた各年度の事業計画を掲げ、毎年理念が具体的に実践できるように詳細を明文化している。明文化された事業計画を毎年職員へ書面を持って説明を行い浸透を図っている。年度中は理念と共に事業計画もいつでも見て確認できるようにしている。年度末には口答で理事業計画の実施状況・達成状況を管理者が聴き取り確認している。	今後は毎年度の事業計画の実施状況・達成状況を確認するだけでなく、会議やミーティングの年度末の機会に職員へ確認し、理念を具体的にした内容を継続的に実践していく取り組みを明確にすることが望まれる。
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	毎月1回県事業のミニデイサービス、地域の行事に参加させてもらい、フローラ夏祭りには地域中学校吹奏楽部、阿波踊りの連が参加してくれています。週に1回「100歳体操」も行っています。	年間の行事計画を立てており、行事開催時には家族の方にも参加してもらう他、地域のボランティアの来訪を受け交流を図るようにしている。初めはボランティアの来訪を事業所から働きかけ来訪してもらっていたが、現在はボランティアの方から来訪の申し出があり、来訪・協力してもらえる関係ができていく。これまでは集団で出かけることが多かったが、加齢に伴い現在は少人数や個別に地域の美容院や商店への買い物に出かけ地域交流が利用者に合わせてできるように支援している。週1回は「100歳体操」も別棟の建物で開催されており、利用者の状況に合わせて参加を継続し、地域住民との交流が継続でき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
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	2か月に1回開催している運営推進会議に地域代表の方2名出席して頂いています。その中で要望や意見を聞かせてもらっています。また、地域の方が集まる「100歳体操」の場でもお話を聞かせてもらっています。		
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	評価の報告は運営推進会議で行い、利用者、家族代表、地域住民代表2名、介護福祉課課長、地域包括支援センター、協力病院2に出席して頂き意見を伺っている。また、評価は事務所前に置き家族様にすぐ見て頂けるようにしている。	老人会代表、介護福祉課課長、地域包括支援センター所長、医療機関の事務長・社会福祉士、利用者、家族の方に参加してもらい2ヶ月に1回開催している。会議では参加メンバーからの意見を基に利用者の状況としてADLや認知の程度、入退院状況など詳細報告を行い、参加メンバーより意見や提案を受け運営やサービスに反映させるように努めている。毎回テーマを決めて会議の席で参加メンバーから意見や提案・助言を受けることは難しいが、事業所の現状からの課題や疑問があれば事業所側より参加メンバーに意見や提案・助言を求めているようにしている。	
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に取り組んでいる	2か月に1回開催している運営推進会議にて報告し意見を頂いています。また、介護福祉課に電話で問い合わせしたり窓口に行き相談をしている。	2ヶ月に1回開催している運営推進会議に介護福祉課課長、地域包括支援センター所長の方の参加があり事業所の現状把握してもらい、意見や助言を受け連携を図っている。普段から事業所の課題や疑問があれば介護福祉課には相談を行い、速やかな解決・反映を行うように協同を図っている。	

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
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	勉強会にて資料を基に説明し何が拘束にあたるかを再確認してもらい、マニュアルを作成しすぐ見れるようにしている。	高齢者虐待と共に計画的な研修の実施で身体拘束についても学ぶ機会をもっている。研修の機会には資料で学ぶ他、具体的な事例を提示し、職員が日々拘束をしないケアの徹底した取り組みが行えるように取り組んでいる。研修実施後には、研修参加や行事開催後感想や意見を出してもらおうアンケートを取り、次の行事や研修に活かし職員の意見を反映した運営や職員・サービスの質の向上に反映させるように取り組んでいる。	研修の実施で理解を深め実践に活かすように取り組んでいるが、今後は、研修の内容の理解の状況を確認し、次年度の研修実施に理解度を踏まえた研修の実施を行い、理解と浸透をより深める取り組みが望まれる。
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	勉強会にて虐待の事例を取り上げ、声掛け、対応が虐待につながることもあると説明をした。 また、アンケート実施し自己の振り返りもしてもらい、職員と話をする時間を少しでも作るようにしている。	身体拘束の研修と共に虐待防止についても研修で学ぶ機会を持ち虐待の範囲について理解し、ケアの実践の現場で防止の徹底を図るように活かしている。「虐待防止チェックリスト:職員セルフチェックリスト」を実施し職員個々が虐待について振り返る機会を持ち、虐待防止に努めている。他、チェックすることで日々の支援する中で虐待につながることや、虐待と考えられる支援がないか職員は認識し日々のケアに取り組むようにしている。チェックリストは無記名で提出をしており、管理者はチェック状況を確認し、チェックの項目を捉えて研修を実施し防止に努めるほか、職員と話し合う機会を持ち、虐待防止の徹底をより図るよう努めている。今後もチェックリストのチェックの継続で虐待を見過ごさないように注意を払い防止の徹底に活かすように考えている。	
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	勉強会にて資料を基に説明をしている。	計画的な研修を行う中で権利擁護について学ぶ機会を持ち、全職員で制度利用の必要性がある利用者・家族に対して速やかな活用ができる支援に活かすように努めている。現在制度を活用している利用者の方がおり、職員は実践の中でも権利擁護について理解を深めるように努めている。	

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
9	(8)	<p>○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</p>	<p>入所申し込み時、契約前にご本人様、ご家族様に説明し納得の上署名、捺印を頂いている。契約解除に関しては書類は作成していないが、契約時に説明の時間を十分取るようにしている。</p>	<p>地域包括支援センターや医療機関の地域医療連携室などから利用希望者の紹介を受けることが多くなっている。利用希望のがあれば、ご家族には見学に来訪してもらいパンフレットなどを渡し説明を加え、グループホームへの理解をしてもらいやすいようにしている。利用可能な状況になれば契約書・重要事項説明書の内容の説明を行い理解と納得を得て同意を得るようにしている。特に契約解除の項目では、利用者の状態や入院の状況など具体的な内容を含めて説明を行い十分な理解と納得を得るようにしている。利用者の急な状態の変化時の対応や受診についても質問があり、利用者の状態の変化を提示し対応・協力依頼を行い理解を得るように努めている。契約書・重要事項説明書の内容に変化が生じた場合には、変更内容について家族来訪時や電話連絡で説明を行い、理解をもらった上で契約書・重要講説明書の差し替え分を作成し署名・捺印を受けている。</p>	
10	(9)	<p>○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</p>	<p>利用者様とコミュニケーションを取り、話しやすい環境を作るようにしている。また、ご家族様面会時                      電話にて要望、意見を伺い、その内容は申し送り等で伝達し記録を残すようにしている。</p>	<p>利用者・家族とコミュニケーションを取り、会話の中から利用者・家族の意見を聴取する機会となっている。家族は面会時や電話連絡時、行事参加時に事業所側から話しかけ意見や要望を聴取するようにしている。家族コミュニケーションを十分とることで、普段の何気ない会話の中で家族からの意見や要望が出されることも多くなっている。出された意見や要望はサービスや運営に速やかに反映させるように努めている。</p>	

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
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	ケア会議、リーダー会議での意見、提案を聞き 法人合同会議にて報告している。また、個別で職員と話すようにしている。	ケア会議、リーダー会議の機会に意見や提案を聞き取り、検討・話し合いを行い反映させるようにしている。ケア会議の後で行われるユニット会議でも職員からの意見を出し話し合い、反映させる機会となっている。ケア会議(全体会議)、ユニット会議(各階のユニット別の会議)が開催されている。利用者個々の支援方法の検討やケアプラン更新時の担当者会議がユニット会議の中で行われている。ユニット会議の中で担当者会議が行われているが、必ず担当者会議録がユニット会議の会議録とは別に作成し検討や話し合いの内容が明確にされている。ユニット会議で検討・話し合いが解決難し課題であればケア会議で話し合い・検討が行われている。ケア会議前には、リーダー会議で検討課題や職員の意見聴取調整を行い、ケア会議で職員から出された意見や提案を効率的に話し合い、検討を行い運営やサービスへの反映が速やかに行い、反映状況を職員が把握し、業務の遂行やサービス提供を全職員で統一して行えるように取り組んでいる。通常の定期的な会議の機会に話し合い反映が難しい場合や緊急性を要する議題があれば随時の会議を行うこともあり、職員の意見や提案が速やかに反映できるように組織作りが行われている。	
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	国家資格取得者には、法人より祝い金が給付され、職員の向上心につなげている。		
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	法人内の研修会に参加したり、他の講習会等にも参加できるように考えている。		

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
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	他施設の管理者と情報交換をするようにしている		
<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	入所前にご本人様、ご家族様に現在の生活状況 生活歴また、入所後の希望などをゆっくり聞かせてもらう時間を作るようにしている。		
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	問い合わせ時、面談時その都度ゆっくり話を聞かせてもらうようにしている。		
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	他の事業所と連絡を取り、ご本人様、ご家族様の 希望に添えるようにしている。		
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	日々の業務の中でコミュニケーションを取りながら お互いに理解することを意識し心掛けている。		
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	ご家族様参加の行事を増やして行くようにし、利用者様と一緒に過ごす時間を作るようにしていく。 また、ご家族様と連絡を密に取っていくようにする		

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
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	面会は自由に制限はしていないが、インフルエンザ等の時期にはマスク、手指消毒の協力をお願いしている。外出・外泊はご家族様の協力にて行っている。	友人の来訪があり面会で馴染みの人との関係が継続できるように支援している。また、家族の協力支援を受け、自宅に戻り馴染みの人や住み慣れた地域の友人や知人との交流が継続できるようにも支援している。利用者・家族の個人情報保護に配慮するようにしており、事前に利用者・家族に知人や友人関係について確認するほか、連絡・面会に来訪された際の対応方法についても家族に話し、調整し馴染みの関係継続がスムーズに行えるように努めている。	
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	利用者様同士のコミュニケーションは自由にして頂いているが、トラブルなどが生じないように心掛けている。		
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	ご家族様に連絡は行うようにしている。		
<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	利用者様の状態、希望に合わせた支援を行っている。また、利用者様の生活リズムを崩さないように心掛けている。	入居時に生活歴・趣味・意向等を聞き取り記録として残すと共に、日々の利用者との関わりの中で職員が把握した利用者の状態や動き・表情を観察し違いがあることを認識し、利用者の意向や思い、気持ちの変化を汲み取るように努めている。	

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
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	入所前の面談にてご本人様、ご家族様に情報を聞かせてもらい、また、了解を得て他の関係者より情報を頂いている。		
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	利用者様の様子は職員間で共有し、常に新しい情報を申し送りしている。		
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	利用者の希望、状況に合わせ実現可能な内容 継続できるものを作成している。また、モニタリング後計画継続か否かを記入している。	アセスメントシートを利用者の変化や状況の変化で速やかに行えるように事業所独自でシートを作成し、介護サービス計画に反映させるようにしている。アセスメントは6ヶ月毎に実施し、利用者の些細な変化見逃さず、介護サービス計画に反映させている。介護サービス計画の援助内容・サービス内容に沿って職員は利用者への支援を行っている。モニタリングは毎月実施しており、日常生活動作の状況を確認し介護サービス計画書の支援状況等の項目に沿って計画作成担当者が実施している。介護サービス計画書に沿って支援したことや利用者の状況については介護記録に記載している。	介護サービス計画の援助内容・サービス内容を職員間でずれが生じないように具体的な詳細内容を支援計画として策定することが望ましい。支援計画に沿って支援したことを介護記録に詳細に記録として残していくことが望まれる。
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	介護日誌、個人チェック表等は個人ファイルにし 全職員が確認できるようにしている。		

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
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	通院、買い物同行、金銭管理等は利用者様、ご家族様の状況に応じてサービスを提供するようにしている。		
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	行事にボランティアの方が来所してくれる。		
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	契約時に協力病院、往診の説明をし理解していただいている。	協力病院からの月2回内科医の往診があり疾患・健康管理を行ってもらっている。協力病院への受診以外は家族の支援を受けることもある。看護師も週1回配置されており、日々の利用者の状態や健康管理状況を確認し、適切な医療を受けられるような支援につなげるようにしている。	
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	最低週1回看護師が勤務している。また、協力病院の看護師に連絡をとり、指示やアドバイスをもらっている。		
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。	協力病院は車で5分かからない場所にあり、日頃から医師、看護師と連携を密にしている。他の病院はご家族様を通じて病院との情報交換を行っている。	協力病院といつでも連絡が取れる体制が整えられており、入院が必要な場合には連絡を入れ適切な医療を受けられるように支援している。退院の目途が立てば状況に応じてカンファレンスに参加し早期に元の生活に戻ることができるように支援している。	

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
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	週末期のあり方については、契約時に事業所の指針を文章にて説明をしている。病状が悪化した場合は必ず管理者と職員、ご家族様とで話し合いを行っている。	契約時より看取りまでの対応は行っていないことを説明を行い、医療行為が必要な場合や入浴が事業所内で出来ない場合には、重度化・終末期に向け住み替えや入院など状態の変化に応じて必要な支援を行うようにしている。重度化・終末期に向けた対応については契約時に配布・説明が行えるように方針を明示した書類を作成している。	
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	マニュアルを作成し、勉強会や講習会を行い緊急時に対応できるようにしている。	/	
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	マニュアル作成し、消火訓練を行っている。また、運営推進会議にて地域の避難場所を確認し、協力をお願いしている。	併設の施設と合同で年2回昼夜の想定で避難訓練を実施している。運営推進会議を活かして地域住民や協力医療機関にも非常災害時の協力依頼を行っている。	
<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	個人情報使用の同意を得て条件の範囲内で使用している。	契約時より個人情報保護については方針を説明し同意を得ている。利用者の日々の生活暮らしの中でのプライバシーや羞恥心に関することは勉強会で理解を深めるように取り組んでいる。また、日々の具体的な支援の事例をあげ、支援方法や注意することを詳細に検討・話し合いを通して、日常的に注意しあい、徹底した取り組みを行っている。	

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
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	利用者様と話をする時間を多くとるようにし、納得してもらい、自分の気持ちを話してくれるように対応しています。		
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	その日の様子や話をしながら利用者様の希望に添うようにしている。		
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	自分の好きな服を選んで頂いたり、買い物外出等で服を買いに行ったりしている。また、月1回訪問理容が来所してくれます。また、利用者様の希望で美容院に行かれます。		
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	季節の食材を使用し、利用者様の希望を聞きながら献立作成し、家庭の味を楽しんで頂けるようにしている。	職員が手作りの献立を作成し、法人の管理栄養士の栄養状態や治療に必要な献立や調理への助言を受け事業所内で調理し提供している。利用者の状態や献立に応じた食材の購入に応じて利用者と共に買い物にも出かけ新鮮な食材を使用して季節感が感じられる手作りの食事を提供している。利用者の咀嚼や嚥下の状態に応じて刻みやミキサー食の提供や糖尿病や減塩食など治療に必要な食事の提供も法人管理栄養士の指導を受け提供できるように努めている。弁当をとったり、外食なども楽しめる機会も利用者の状態や状況に応じて作っている。	
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	水分摂取量表を作成し確認をしている。また、法人の管理栄養士に相談、アドバイスをもらい利用者様の状態に応じて調理している。		

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
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	毎食後声掛けをし行っている。利用者様ができないところは職員が行っている。		
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	利用者様に応じて声掛け、または介助にてトイレ誘導を行っている。	利用者全員排泄チェック表を活用して、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、各人の排泄パターンに応じた前誘導等、排泄の自立に向けた支援を行っている。昼間はトイレでの排泄ができるように排泄状況を把握しトイレ誘導等で、おむつを可能な限り減らすように支援している。夜間はおむつを使用している方もある。	
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	水分補給も十分に行い、献立に食物繊維を入れるようにし、毎日適度な運動を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回、曜日固定ですが、利用者様も体調等で曜日変更したり、その時に応じて対応している。	週2回は個別に入浴できるように支援している。以前は利用者の希望で一人で入浴される方もあったが、現在は何等かの支援が必要な状態になっており、利用者の安全を確保した見守りや支援を行うようにしている。入浴を嫌がる利用者には、声かけ等を工夫し、無理な日は無理強いはせず清拭などで対応している。異性介助を嫌がる人には同性介助で対応し、羞恥心やプライバシーへの配慮についても周知している。	

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
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	事業所内の1日の流れはあるが、利用者様の希望、体調に合わせている。		
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	個人ファイルに薬表を綴じ、また、別に薬ファイルを作成し管理しているが、職員間の申し送りは必ず行い、変更等があった場合はホワイトボードに記入するようにしている。		
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	利用様同士の話にはなるべく入らないようにして見守りをしている。お手伝いをしてもらったり、歌を唄ったり、色ぬりをしながら楽しく生活して頂いている。		
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	季節、天候、利用者様の体調を合わせ外(庭)に出て散歩したり、花や景色を見て頂いている。行事で外出するようにもしている。	気候が良い時期には、できる限り外で過ごす機会を多く持てるように支援している。近隣を散歩したり建物周辺に庭や畑があり散歩を来なうなど外気に触れ気分転換ができるように支援している。お楽しみ外出の機会を持つようしており、1ヶ月に1回は、買い物外出などで数人、個別に出かける機会を設け利用者の楽しみとなっている。	
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	事務所にお小遣いをお預かりして、外出時職員が付添いの使っていただいている。		

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
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	電話のやり取りはありますが、手紙はありません		
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	共有空間は広くゆったり過ごして頂き、大きな窓からは外の景色が見渡す事ができ太陽の光も十分入ってきます。その中で話をしたり、カラオケや塗り絵等をしています。壁には季節の飾りをしています。	利用者が家庭的な雰囲気の中で季節を落ち着いて季節を感じ過ごすことができるように壁面への季節に応じた飾りつけには、職員・利用者の意見や能力を活かして工夫している。建物に隣接する畑には季節を感じることができる収穫物があり、自然を感じて気持ちよく過ごせる空間が室内外で環境が整えられている。	
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	窓側に3人掛けのソファを置きひとりで座ってくつろいだり、2、3人で座って話をしています。		
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	利用者様の生活歴や希望、ご家族様の話を聞いて配慮しています。居室の片づけは利用者様と一緒にしています。	落ち着いた居室は、利用者の希望の家具や家族の写真・小物を置き、一人ひとりの思いにそった持ち込みを支援している。利用者の認知症の状態や生活歴・希望に応じて混乱することなく、居心地よく過ごせる空間づくりを家族の協力を得て支援している。	
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	利用者様一人ひとりのペースに合わせた対応をするようにしている。		