

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(2ユニット 1階、2階共通)

事業所番号	2790300210		
法人名	有限会社 リアル・ケアサービス		
事業所名	グループホーム こころ新家		
所在地	大阪府寝屋川市新家1丁目23-5		
自己評価作成日	令和元年6月20日	評価結果市町村受理日	令和元年10月11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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階		
訪問調査日	令和元年7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)】

<p>○地域包括支援センターに当ホームの入居相談・案内のポスターを掲示して頂き、またパンフレットも置いて頂いた。その後、入居相談や見学につながり地域住民の方に喜んで頂く事が出来た。</p> <p>○運営推進委員会にて地域住民の方々へ当ホームの事を今以上を知って頂きたい旨を相談し、自治会の掲示板に入居相談・案内ポスターを民生委員の方に協力して頂き掲示することが出来た。</p> <p>○寝屋川市には、グループホーム連絡会がなかったが、今後各事業所の質の向上を目標とし、今年6月に第1回目の交流会を発足することが決まった。</p> <p>○個々の入居者様のケアや方針について、スタッフ・医師・看護師と共に入居者様・ご家族様の思いに寄り添い話し合う場をもつことが出来た。</p> <p>○入居者様の日常を知って頂けるように毎月の新聞の発行を継続し行っている。</p>
---

【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)】

<p>事業主体は、北河内中心に各種の高齢者施設を運営しており、当事業所は守口に次いで2つ目のグループホームである。設立者は、自分の親を入れたいような施設を目指して開設し、その思いは現在も引き継がれ、職員は自分の親を入れたいような施設づくりに努めている。地域の各種行事への参加、事業所の夏祭りへの招待、介護の相談対応など、地域との双方向の交流は盛んである。看護師の常勤配置は心強く、日常の利用者の健康管理、医療機関との連携、職員との連携などに力を発揮し、利用者・家族の安心と信頼を得ている。毎日の体操や歩行訓練、菜園作業などで利用者のADL維持に努め、職員間のコミュニケーションを良く取り、利用者・家族・仲間の「こころ」を大切にして、笑顔あふれる事業所である。</p>
---

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、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
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	介護理念に地域密着を謳っている。また入職時のオリエンテーションでは、本部より介護理念について説明し、文章も配布している。職員の自覚を促す為、管理者は会議等も理念に基づいている。	事業所の運営理念「・地元の人々との係わりを大切にいたします・ゆっくりしたリズムで一人一人にあった生活をして頂きます・いつも私たちが傍にいます・出来る事はしていただきます・一人一人のプライバシーを守ります」を、パンフレットに掲載し、各フロアに掲示し、運営推進会議でも説明して関係者に周知している。利用者・家族・仲間の「こころ」を大切にしていケアを実践している。	
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	買い物・散歩等、地域を利用している。民生委員から声をかけて頂き、ふれあいサロンへ参加することが出来た。当ホームの夏祭りにも参加していただくことができ、交流を深めることが出来た。	自治会に加入し、地域の行事(敬老会・祭り・花見・ふれあいサロン)に参加している。地域の掲示板で事業所の夏祭りを案内し、子ども達も含めて総勢100人程の大イベントになっている。また、民生委員の紹介で地域高齢者の介護相談にも応じるなど、地域との双方向の交流は盛んである。	
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	運営推進委員会にてBPSDのある入居者様への対応やその対応により症状がどのように緩和されたのかを報告している。また、地域住民の方が民生委員の方へご身内の認知症の症状について相談があり、当ホームの事を紹介して下さり、見学後入居希望につながった。地域包括支援センターからの入居相談も行っている。		
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	2か月に1回の運営推進委員会において事業報告を行い、様々な意見を頂いている。知見の有する方より貴重な意見をアドバイス頂けた。また、高齢者の思いを一緒に考え、再確認することができ、入居者様への思いに寄り添うケアが行えた。	会議は、偶数月の第4土曜日午後定例化し、地域包括支援センター職員・自治会長・老人会会長・民生委員・他施設理事・家族代表の参加を得ている。会議では、事業所の運営状況を中心に、活発な意見交換や情報交換がされている。外部評価実施前に自己評価を配付し、評価結果も開示している。	
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取り組んでいる	市の高齢介護室・保護課や社会福祉協議会の方々に入居者の生活面・経済面等について相談にのっていただき、地域包括支援センターの方々には、他事業所の事例案等を教えて頂いている。	市の高齢介護室・保護課とは、報告・連絡・相談で常に連携している。経済的虐待を受けている生活保護者が、後見人を付けて入居できるよう相談したなどの事例がある。地域ケア会議・ケアマネジャー連絡会・ネットワーク会議に参加している。法人の総括部長も協力して、6月に第1回グループホーム交流会を開催した。	

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
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	マニュアルを作成し、会議の中でリスクのある方に対して拘束を行うのではなく、どの様に対応すれば安全でリスクを回避できるか話し合っている。気候の良い日に玄関やリビング窓を開け自由に開放的な雰囲気を味わって頂いている。外でティータイムを行っている。	身体拘束に関するマニュアルと指針を作成し、研修などで職員に周知している。3か月毎の身体拘束適正化委員会で、身体拘束のないケアについて検討・実施している。不審者侵入などの防犯のため、普段は玄関の施錠をしているが、目の行き届く時間には鍵を開けている。エレベータで1・2階は自由に行き来できる。	
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	日常生活では、更衣・入浴・排泄時に痔・傷等の観察を行い、言葉遣いに注意を払うとともに入居者への配慮・気づきも大切にしている。スタッフのメンタル面も把握できるよう気をつけている。		
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	認知症介護実践者研修の講習を受けた管理者が中心となり、会議等において制度の概要・必要性を具体的に学んでいる。実際に活用されている方や、入居相談に来られた際に相談内容に応じ権利擁護について説明を行っている。		
9		○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	契約内容において理解・納得頂けるまで十分に説明を行い入居への不安を取り除けるよう努めている。解約については医療的観点を重視し、かかりつけ医・看護師の意見を踏まえて家族と共に本人にとって最良となる方策を考えている。		
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	面会時に管理者・ケアマネジャーが入居者・家族と情報交換を行い気軽に意見や要望を話せ、一緒に考えていく環境を作れるように信頼関係を築いている。またご家族様の状況も含め運営者・管理者と共に検討会を行っている。また、運営推進委員会にも出席して頂いている。	毎日訪問する家族もおり、意見・要望を聞いている。遠方の家族には定期的に電話して聞いている。把握した内容は申し送りノートや支援記録に記入し、スタッフ会議などで検討し対応している。事故や利用者の身体状況低下時にはミニカンファレンスで検討している。利用者の元気な写真と近況コメント入りの「こころ便り」は家族に喜ばれている。	

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
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	職員が管理者・ケアマネジャーに対し日常業務の中での個人の考えを話せる環境を作り職員の意見を受け止めている。またスタッフ会議を開催し、意見・提案を集約して、その方策についても話し合いをもって	法人代表者は運営推進会議・スタッフ会議・管理者会議などに参加し、総括部長は頻繁に訪れて職員と話す機会がある。日常や毎月のスタッフ会議で職員の意見・提案を聞いている。職員の個人目標を設定し、年度末に面談で話し合っている。「カップ麺を食べたい」との利用者の要望を職員が聞いたのを受け入れて提供したり、看護師と協力して褥瘡を防止したり、意見反映例は多い。	
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	正社員・パートにかかわらず、仕事ぶりにより昇格できる。管理職が職員と話し合いながら個々のレベルに応じて目標設定と現状における不安や悩みを聞く等、一緒に考え答えを導き出せるような場を設けている。		
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	管理職による、職場内研修(OJT)を充実し個人指導を行っている。スタッフ会議にて方針や統一ケアの重要性を周知し、現場では管理職が模範となり一緒に実践している。		
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	管理者は地域ケア会議に参加させて頂いている。また、グループホームを地域の方々に知って頂く事と、質の向上を目標とし、グループホーム交流会の発足が決定した。		
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	入居相談時より親身に話を伺い、対象者の方へも行政等の紹介を行っている。面接時には、本人・家族との話し合いの時間をじっくりもっている。体験入居を通じて本人の思いも確認できるようにしている。		

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
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	面接時・体験入居期間において家族との面会の機会を多くもち、家族の置かれている状況・立場等を理解する様に努めている。		
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・面接時に何を必要とされているかを把握し、ホームでの生活に馴染んでいただくことから始め、家族への説明・相談を受けながら徐々に支援していくようにしている。		
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	職員には常に入居者は人生の先輩である事を認識するように指導している。日常生活の中でも共に行き、時には教わり、理念に掲げているように「いつでも傍で見守り」信頼関係を築いている。		
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	ご家族様から生活歴や思いを聞かせて頂いている。現在行っているケアの説明、今後起こり得る状態を伝え、どの様なケアが最良かを一緒に検討している。なかなかお会い出来ないご家族様には、電話や手紙を送り近況報告を行っている。毎月発行の新聞にも近況を書いている。		
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	家族・友人・知人が面会に来やすい環境をつくっている。スタッフが配慮・気配り出来るよう周知している。家族へ協力してもらい、普通だったお店等へも外出している。	入居時の問い合わせシートや入居後の面会簿などで、利用者の馴染みの関係を把握・共有している。自宅近くの人が頻繁に訪れる利用者もいる。家族と一緒に買い物・外食・墓参りなどに出かける人もいる。携帯電話所持や電話の取次ぎ、往復ハガキ差出しも支援している。入居後に公民館によく出かけたたり、民生委員と顔馴染みになる人もいる。	

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
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	入居者の性格を判断し、また入居者個人からの悩み等を聞いた際には速やかに対応している。散歩やレクリエーション等を通じて入居者同士は関わりあえるよう努めている。ユニット間でも制作やお菓子作りを通してコミュニケーションがとれている。		
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	今までの契約終了の方は退去理由もあり、契約終了後の様子を伺えない状況である。郵便物が届いた際には連絡を取り家族へ郵送している。		
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	本人との日常の会話や家族との話し合い、またケアプラン作成後のモニタリング等把握している。ケース担当を置き本人の希望等の把握に努め、会議で対応を検討している。利用者個別のレクリエーション等も行っている。	入居時に、問い合わせシートや家族から、利用者の生活歴・生活環境を把握している。日常的に把握した希望・意向は介護記録や申し送りノートに記録して職員間で共有し、対応している。意向を表出しにくい人は、ハイ・イエで答えてもらったり、動作や表情をよく観察して把握している。希望に沿って習字・編み物をしてもらったり、希望の映画や歌のDVDを買ったりしている。	
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	入居契約時、アセスメントシートに基づき、本人や家族から出来るだけ話を聞くようにしている。入居後も折に触れ昔していた事・好きな事・苦手な事等、情報を集めるよう心掛けている。		
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	モニタリング・アセスメントシートを繰り返し、現状を把握すると同時にかかりつけ医・看護師による医療的な意見も含め、トータルケアサービスが実施出来るよう努めている。また家族へも報告し確認の上、一緒に考えている。		

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
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	利用者の希望や家族の意見を取り入れ、利用者ごとの担当職員とケアマネジャーが中心となってケアプランを作成している。さらに職員全員が参加した検討会で、かかりつけ医や看護師の意見を取り入れながら作成している。	介護記録・支援経過記録・受診記録・申し送りノートや利用者の希望、家族の意見を基に、ケアマネジャーと担当職員中心に計画を作成している。長期目標半年、短期目標3か月とし、3か月毎にモニタリングし、随時カンファレンスして、3か月毎に計画を見直している。利用者の状態変化時は随時見直している。	
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	申し送りを緻密に行い入居者様の状況把握に努め介護計画の見直し活かし、また申し送りノートの活用で職員の周知徹底を図っている。		
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、その時々にも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	本人や家族の状況に応じて通院の付き添いや送迎、早期退院の支援等に臨機応変に対応している。また家族の背景にあるものを把握し、不安や負担の軽減に努めている。		
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	面会は家族だけにかかわらず、今まで関わりのあった方も来られている。ご家族様が遠方にお住いの方は、民生委員の方が金銭管理や通いなれた病院受診に付き添われたりされることで、安心した入居生活を送ることが出来ている。		
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、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	かかりつけ医の制度を啓蒙し入居前からのかかりつけ医を利用できるよう配慮している。また、かかりつけ医との連絡を密にし往診や通院のいずれかにおいても対応可能な柔軟な支援を行っている。	利用者・家族の希望するかかりつけ医を優先している。協力医院の内科(身体状態によって月1回か2回)と精神科の往診(月2回)や歯科と口腔クリーニング(2か月1回か月1回)は希望者が受けている。従来のかかりつけ医や眼科の受診は家族同行だが、内容把握のため、常勤看護師が同行する場合もある。	

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
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	申し送りには同席し、情報を共有している。利用者の変化・気づきについても指示を受け、早期発見・受診に繋がっている。ケース会議にも出席し連携して利用者の支援にあたっている。		
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	入院時には病院へ情報提供を行い、入院中の容体や経過については病院から随時情報をいただいている。なるべく早く日常生活に戻れるよう、看護師を中心に病院と連絡を取り、家族の意向を尊重した上で話し合いを行っている。		
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	入居契約時に説明を行っている。症状に変化が現れた段階でかかりつけ医・看護師で相談し、家族の意向を尊重し方針を共有しながら今後の支援方法を決め、本部看護師にも相談しながら支援を行っている。	入居時に、重度化・終末期の対応についてホームの取り組み姿勢と方針を説明し、利用者・家族の意向や希望を聞いている。利用者の身体状況変化時は、契約書の「看取り指針」の内容説明と主治医から説明を行い、全体で意思の確認と方針の統一を行い、過去3名看取っている。しかし、指針文書の作成と同意書の交付が課題となっている。	常勤の看護師による、利用者の身体状況変化時の対応やターミナルケアの職員勉強会は充実しているが、ホームの対応力と医療機関の連携を記した「重度化・終末期の対応指針」文書の作成と同意書の交付が望まれる。
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	マニュアルを配備しスタッフに周知している。看護師から随時、入居者個々の対処方法の指導を受けている。同時に実際に行った急変時の適切な処置・対応を振り返り質の向上に取り組んでいる。		
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	運営推進委員会にて、災害時協力していただける様お願いしている。民生委員の方へ協力して頂き、夜間においては、自治会長と防犯委員の班長へ連絡することにより、地域の方々へ連絡が回り、駆けつけて下さる協力体制がとれている。スタッフへは避難方法を周知している。	消防署指導の下での訓練と事業所の自主訓練を年2回(内夜間想定1回)実施している。非常時用の救急セット・軍手・レインコート・簡易トイレなどは整備しているが、非常食及び水の準備がない。地域の人の連絡・連携体制の協力について確約は得ているが、訓練参加には至っていない。	あらゆる災害を想定した具体的な避難策や、確実な誘導・経路を確認し、利用者の居室の位置関係と身体状態に沿った避難方法を全体で話し合い、それを基にした訓練の繰り返しと、備蓄品の充実、地域住民の訓練への参加要請を期待する。



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
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	入職オリエンテーション時に説明している。また個人情報保護法と保護マニュアルを職員に熟知させ、管理職が模範となって対応している。	理念の一つにある「ゆっくりしたリズムで一人一人にあった生活をして頂きます」の具現化に向けて、利用者に寄り添って思いや意向の把握に努め、尊厳やプライドを損ねない対応の徹底を図っている。入浴・排泄時には不安や羞恥心に配慮し、入室の際のノックを励行している。	
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	禁忌である言葉や態度は避けるよう全職員に周知徹底させている。自己決定しやすい声掛けや言葉を上手く表現できない方にもハイ・イエで答えられるような声掛けを行い、自己決定できるよう支援している。		
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	個人の日常生活のリズムを把握した上で、必ず本人に意思確認を行ってから何事も行うようにしている。また利用者がやり遂げられたと喜びに繋がり継続して行える事を一緒に考えながら支援している。		
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	毎日の整容・髭剃りはもちろん、出来ない方へは支援を行っている。また家族に協力してもらい、その人らしい身だしなみができるように努めている。入浴の際、着替える服を選択して頂いている。		
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	家庭菜園を行っており、新鮮な野菜を入居者様と収穫し、皮をむいたり出来る事を行って頂いている。食事中には入居者様とお話をしながら嗜好を知ったり、食後は一緒に片付けを行っている。入居者様のリクエストに応じて行事の時の食事に活用している。	献立と食材は配食業者に依頼し、調理は職員が交代で行っている。事業所敷地内にある菜園で育てた旬の野菜が食卓にあがり、利用者は職員と一緒にテーブルを囲み、会話を交わしながら楽しく食事を摂っている。行事食やおやつに利用者の好みを取り入れ、利用者は簡単な盛り付け・下膳・洗い物を行っている。	

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
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	カロリー計算は食材業者の管理栄養士に依頼している。一日の水分量が確保できるよう工夫し、食事量と共にチェックし記録している。個々の食事形態に配慮し、摂取しにくい場合は、器や箸・フォーク等の変更を行い、咀嚼・嚥下状態により食事形態を変更するなど支援している。		
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	毎食後、個人の能力に応じ口腔ケアを行い口腔状態の把握・清潔保持に努めている。また入居者のその時の状態に応じ歯科往診にて口腔内チェックや義歯調節や、歯科医師による口腔内クリーニングを定期的に行ってもらっている。食事中も食べ方をチェックし不具合ありそうなら歯科医師へ連絡する。		
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	立位をとれている方にはトイレ誘導を行い介助している。一人一人の排泄パターンを掴み、誘導・声掛けに配慮している。促しにより、ポータブルトイレ使用せず自発的にトイレへ行くことが出来るようになった方もおられる。排泄中は自尊心を傷つけないよう配慮している。	日中のオムツ使用者は2名で、他の人は布パンツ(3名)、リハビリパンツ・パッド併用で、トイレでの自然排泄を行っている。排泄記録を参考にパターンを把握し、気配や水分補給を視野に入れ、さりげない声かけと誘導でトイレでの排泄を支援している。リハビリパンツから布パンツへと自立度を向上させた人もいる。	
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	一日の水分量をチェックし水分補給に努めている。食物繊維を摂取できるよう、食べやすい軟らかさと切り方に配慮し調理している。また適度な運動・ホットパック・マッサージも行っている。頑固な場合は看護師・かかりつけ医に相談する。		
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	入浴の目安は個人ごとに決まっているが、本人の意思の確認を大切に無理強いを行わないが、衛生面等を考慮して声掛けを行っている。また体調や疾患にも配慮し、その都度看護師の指示を仰ぎ支援している。	週2回の入浴で、時間帯はその時々の利用者の希望で対応している。入浴時のリラックスした雰囲気や会話が弾む人もおり、身体チェックの好機として看護師が入浴支援する時もある。入居前の2年間は入浴拒否だった人に、言葉かけや気分・体調に合わせた対応で信頼関係を作り、週1回入浴してもらえるようになったケースもある。	

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
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	生活リズムを重視し、休息して頂いている。体調や下肢の浮腫がある方には休息してもらう様に配慮している。休息中や夜間時は安否確認を行っている。		
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	処方一覧を個人ファイルに挿入している。受診・往診時の内容や医師の指示は受診記録に記載して、かかりつけ医・看護師・家族に連絡を行っている。新たに服用し始めた薬については、申し送りで周知し変化も記録に残し報告する。		
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	入居者個々に「出来る事」が異なる為、一人一人にあった役割を提供し、出来た時の喜び・達成感を得られるように支援している。(全体レクリエーション・個別レクリエーション)また、家族からも情報を聞き参考にしている。		
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	週に一回程度、散歩へ行く日を設け体調に合わせて付き添いを行っている。ADL状況や体調により玄関先までの時もあるが外の空気を感じて頂いている。気候の良い日は畑へ行き土に触れ気分転換を行っている。また、ご家族様と誕生日のお祝いでお出されたり、お墓参りへ出掛けたりされている。また、地域の行事にも参加させて頂いている。	事業所の周辺散歩や近隣の公園に、日常的に出かけている。敷地内の菜園やテラスのベンチで日光浴・外気浴を行い、季節感を味わって気分転換を図っている。自治会主催の花見大会・祭り・敬老会などの行事へ出かけ、家族と一緒に墓参り・外食・結婚式などに外出するのを支援している。。	
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	契約時に家族と相談し、手元になれば心配な方には持って頂いている。管理ができない方は、事務所で預かり保管している。		

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
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	家族に電話をしたいと希望された場合は、希望により携帯電話の所持も可能。携帯電話をお持ちでない方は、事業所の電話を使用しお部屋でお話して頂いている。文字を書く事が出来る方にハガキを書いていただき家族へ郵送した。		
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	2階相談室を談話室に使っていただける様アットホームな雰囲気になっている。大人数の面会の際にも使用して頂いている。リビングは季節感を感じて頂ける製作品を利用者と共に作成し飾っている。日中も自然な光が入ってくるのがわかるように照明を調節している。窓も開け風も感じて頂けるようにしている。	居間兼食堂は明るく広く、各々ユニット合同の体操の場となっている。居室の中心にある長い廊下では、音楽のBGM付きで歩行訓練を行っている。壁面の折り紙や天井部の空間に手作りの風鈴を飾り、所々に絵画を掲示しているが、過度な装飾を避け、家庭的な雰囲気作りに配慮している。	
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	入居者個々の生活を把握し、座席配置を決めている。玄関前に椅子を配置している。外を眺めたり、来苑された家族と話したり日々自由に色々な方が座っておられる。		
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	契約時に使い慣れた家具や大切にされていた品を持ってきていただくよう説明している。本人が自分の家であると認識できるようタンスや仏壇等思い思いに持ち込まれる。	居室入口に花の表札と好みの折り紙を飾り、利用者は馴染みのタンス・小物・写真・仏壇などを持ち込み、今迄の生活が感じ取れる居室となっている。ベッド・クローゼット・エアコンが設置され、身体状態に配慮したベッドの配置や動線確保に留意し、て安心して過ごせる工夫をしている。	
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	本人の「出来る事」「わかる事」や介助方法・声掛け・生活面での注意点等カンファレンスを行い、職員間での情報の共有に努めている。また手すりに頼らず本人のADL・意思にも配慮し援助を行っている。歩行不安定な方への対応として、自尊心を傷つけない様にスタッフがさりげなく付き添わせて頂ける様に、座席の配置等を考慮している。		