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	2872201468		
法人名	社会福祉法人 グランはりま		
事業所名	グループホームはなたば		
所在地	加古川市平岡町高畑1-1		
自己評価作成日	平成26年 5月23日	評価結果市町村受理日	平成26年8月4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.jp/28/
----------	---

【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	兵庫県西宮市松風町2-5-107		
訪問調査日	平成26年6月25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)】

「地域の中の財産としてのグループホーム」を基本に、地域との交流を計るだけではなく、グループホーム入居の方々からも、地域にボランティアとして発信していけるような取組みを考え、夏祭りやクリスマス会など地域の独居高齢者を対象に喫茶やおやつ作りを行い、もてなしている。また、利用者と職員が一緒に暖かい家庭のようにゆったり安心して暮らせるよう、一人ひとりのリズムに合わせた細やかな対応を心がけている。

「地域の中でその人らしく」の基本方針を基に、自治会や地域の老人会から理解と協力を得て、地域との信頼関係も深まり地域に根付いた施設である。施設全体で開催される夏祭りには、地域住民の多くの来訪を受け、交流の機会を持っている。さらに、事業所の特色を生かして地域の方へ還元することができるように出前講習を行っている。かかりつけ医・訪問看護との連携を密に図り、普段から身体状況を観察・確認し積極的に利用者一人ひとりに合わせた日々の健康管理に努めている。利用者の希望や体調に合わせてコーヒー専門店や個別に買い物に出かけられるように支援している。施設周辺の散歩をしたり、玄関前のテラスでお茶の時間を過ごすなど、日々外気に触れる機会を持っている。

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)	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)
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)	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (参考項目:2,20)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	<p>○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</p>	<p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、施設独自の理念をつくっている。実際のケア場面を通じて職員間で理念について話し合い、実践と理念がつながるよう取り組んでいる。</p>	<p>毎年1月の研修会で「理念に沿った支援を考える」として施設長が講師となり、法人の理念・事業所の理念への理解を深め、より具体的に現場で実践につなげるようにしている。全職員対象に「抄読会」を開催し、援助者の腰痛予防と患者の活動性の向上を目指して「ペヤ・ハルウォール・ルンデ(移動・移乗の知識と技術) 一冊の本で介護の理論を学び介護技術の向上を図り、職員の資質向上を図るよう取り組むと共に、グループホームとしての理念で謳われている内容を具体的に実践できるように取り組んでいる。認知症のレベル評価・認識が統一されているか調査し、利用者一人一人に対して職員が同じように認知症レベルの評価を行い、認識し支援に活かすよう取り組んでいる。</p>	
2	(2)	<p>○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</p>	<p>地域の中の一員としてのホームを基本に、商店・近隣の薬局など地域に理解と協力が得られるよう働きかけを行っている。自治会・老人会との交流があり、近隣の方の訪問・夏祭り・秋祭りへの行事に参加等、様々な地域との交流に取り組んでいる。</p>	<p>自治会や地域の老人会から理解と協力を得て、祭りの神輿の来訪や地域住民で手芸の好きな方の来訪を受け、利用者と共に作品を作成する等、交流の機会を持っている。施設全体で開催される夏祭りには、多くの地域住民の来訪を受け、交流の機会を持っている。県の委託を受け、介護技術の講習会を施設全体で開催の準備をしており、事業所の特色を生かして地域の方へ還元することができるように出前講習を行っている。初詣、花見、コーヒー専門店でのお茶、中学生の朗読会の開催、沖縄舞踊など多彩な行事を開催し交流の機会を設けている。</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
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	地域包括支援センターがあり、地域の方からの相談を受け付けている。定期的に「介護のつどい」を開催し、認知症の人の理解や支援の方法を地域の方に向けて活かしている。		
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	運営推進会議は、ホームを利用して開催する他の会議や、家族の集まる行事の機会を利用して計画している。行政の方や地域包括支援センターの職員の参加も依頼している。	加古川市介護保険課職員、播磨町保険年金グループ職員、地域包括支援センター職員、民生児童委員(地域代表者)参加のもとに、2ヶ月に1回定期的に開催している。開催時には、参加メンバーに事業所全体を理解してもらい、意見や提案、助言などをより多く出してもらえるように会議を行事と合わせて実施し、運営推進会議の内容にも工夫している。意見や提案をサービスや運営に反映させるように取り組んでいる。	
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	市町担当者にホームを理解し、支援してもらえるよう積極的に働きかけ、協力関係を築けるよう努めている。運営推進会議の議事録を市町に持参している。	運営推進会議の開催の議事録を必ず提出して、市町村に事業所への理解を深めてもらう他、災害時の福祉避難所の登録を受け連携を図るようにしている。	
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「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	「身体拘束を行わない」を基本方針とし、施設内研修やケース検討会を通して職員に周知徹底を行っている。	高齢者虐待予防・身体拘束を含めて計画的な研修を施設全体で行っており、研修の中で職員同士で話し合う機会を持ち、拘束について理解を深めるよう取り組んでいる。理念への理解を深める研修の機会にも身体拘束について触れ、常に理解と浸透を深めるよう取り組んでいる。外部での研修の受講で受講した職員が講師となり、復講を行い全職員で情報を共有している。	

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
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	施設内研修・カンファレンスを通して、虐待について具体的な話し合いを行っている。個々に行うケアをオープンにし、職員同士が注意を払い防止に努めている。	カンファレンスや研修で虐待の範囲を正しく理解し、支援に取り組んでいる。個別のケアカンファレンスで、職員個々が日々利用者に対して行っているケア状況を出し合い、虐待の可能性や虐待につながりそうな場面・支援についてお互いに意見を出し合い、虐待を見逃さず、利用者の安心した暮らしの支援に活かしている。	
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	管理者は社会福祉士の成年後見人制度の研修を受講し職員にも伝達している。	年間の各研修項目の中で利用者の権利について学ぶ機会を持つようにしている。管理者・ケアマネジャーは権利擁護についての研修を受講しており、制度利用の支援が行えている。	
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	管理者・計画作成者が利用者一人ひとりのご家族と面接を行い文章と口頭で十分に説明し、了解を得ている。	管理者と計画作成担当者が利用者・家族と面談を行い、契約書・重要事項説明書の項目に従って説明し、理解と納得を得るようにしている。契約時にグループホームで利用・対応可能な範囲について明確に説明を行い、理解と納得を得るようにしており、契約解除や利用終了に関してのトラブルはない。契約書・重要事項説明書の内容に変更がある場合には書面化して説明を行い理解と納得の上で、同意を得ている。消費税増税により、利用料金の変更が生じたため変更部分の差し替えの書面を作成し説明を加えて同意を得ている。	
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	管理者は利用者一人ひとりに声をかけ日常の会話からさりげなく意見・不満等を聴き取っている。また、ご家族が面会に来られた時は、お茶を出し職員の方から声をかけ、気軽に話せる雰囲気を作るようにしている。	ほとんどの利用者家族が頻繁に面会に来訪されている。来訪される際には、職員から声かけを行い、普段の利用者の生活の様子を話して意見や要望を引き出すように取り組んでいる。管理者や計画作成担当者とも気軽に話しかけができるように配慮している。	

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
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	ホームにとって大事な決定について、現場職員の意見を聴き、反映している。共に取り組み、お互い積極的に意見交換を行っている。	認知症のレベル評価・認識が統一されているか行動観察方式AOSシートを用いて調査し、利用者一人一人に対して職員が同じように認知症レベルの評価を行い、認識して支援に活かすように取り組んでいる。今年度は研修で認知症総合アセスメント(DASC)を取り入れるように全職員で取り組んでいる。法人全体で職員一人ひとりの資質の向上に取り組んでおり、職員一人ひとりが目標を持ち、法人が資質の向上をバックアップしている。個別の面談も定期的に行い、職員からの直接の意見や要望等の聴取の機会となっている。	
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	管理者は、年に1回以上、全職員に対し個別面談を行い、職員個々の意見を聴いている。運営会議・リーダー会議を通して職場環境・条件の整備に努めている。		
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	外部研修については、案内を回覧し、参加の機会を確保している。また、月1回の研修会では、ケース検討会や講師を招く等行っている。		
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	他施設で開催される研修にも積極的に参加している。インターネットなどのITを媒介し、他のグループホームとの交流を深めている。		

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
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	入所時のみならず、随時本人・家族との相談を受けるよう窓口を広げている。入居者と話しをする時間をとり、関係づくりに努めている。		
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	入所時のみならず、随時本人・家族との相談を受けるよう窓口を広げている。		
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	在宅での相談窓口を設け、精神保健福祉士や看護職など専門職が対応している。		
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	食事の用意・洗濯など入居者と一緒に行う事で暮らしを共にする。職員が「～を教えて頂きたい」という促しを積極的に行い、入居者の昔話や知恵を引き出し、利用者に生きがいを持って頂くとともに職員と利用者間で支え合う関係を築いている。		
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	面接時間の制限を行わず、いつでも家のように気軽に来て頂いている。ケアプラン作成は、家族と共に、利用者をどのように支え合っていくか、話し合っている。		

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
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	利用者・家族のプライバシーを考慮しながら、面会の受入を行う。特に面会時間は決めず、自由に来所できるように配慮している。		
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	食事を一緒にしたり、お茶を飲んだりテーブルを固定していない。また、職員と利用者というケアのみでなく、職員が利用者同士の「接着剤」になるような声かけ、見守りを行っている。		
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	関わりを必要とされる利用者・ご家族に対しては、必要性を考えて、おたよりを送ったりしている。また、ご家族からも連絡を頂いたりしている。		
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	(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	一人ひとりの言葉の背景を推測し、職員の言葉で表現し直し、確認をする。これまでの生活歴・好まれていることなど把握に努める。また、本人の希望で過ごして頂いているが、困難な時は、職員で話し合いを行っている。	職員が利用者一人ひとりと関わりを持つ中で、利用者の意向・希望や利用者一人ひとりの持てる力を把握し、引き出し利用者本位の支援に努めている。自ら思いや意向・希望を言葉で伝えることが出来ない場合でも、継続的な関わりの中で表情や言葉、行動から、その時々思いや意向・希望を感じ取り把握に努めている。把握したことは日々の記録と気づきメモに記載し、職員間で共有すると共にケアマネジャーがケアプランに活かすように取り組んでいる。家族来訪時のコミュニケーションの中で、利用者のこれまでの生活歴などを把握し、利用者・家族の意見や要望・思いを引き出すように努めている。	

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	ご家族からの聴き取りや利用者との日頃の会話の中から生活歴を把握し、日々の役割作り等、ケアに活かしている。		
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	個別の日課を把握し、それに合わせた支援を心がけている。心身の状態の把握も行い、その日の状態に応じたケアを行っている。また、職員同士で連絡ノートを活用し、状態の変化の把握に努めている。		
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	センター方式を活用し、アセスメントを行い、ミニカンファレンスを通じて、利用者一人ひとりの希望や好み、できることを把握し、具体的な介護計画の作成に努めている。	センター方式を利用してアセスメント、計画作成を行い計画に基づいて利用者を支援している。支援経過記録にフォーカスチャータリングを取り入れ 記載書式を変更して利用者の様子や表情の変化、ワーカーがどのように考え判断し支援したかがわかるように記録として残すようにし、利用者個別の支援に活かすように取り組んでいる。今年度はフィジカルアセスメントを全職員で実施に向け取り組み、利用者のより詳細なアセスメントを生かして、利用者の具体的な個別支援計画作成に努めている。	記録の中でよく使われる表現、言葉一つ一つを取り上げ、研修・カンファレンスを行い、支援経過記録に利用者の状態の変化が詳細に残すことができるように取り組むことが望まれる。
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	日常の様子を具体的に個別のファイルに記録し、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。利用者の状況の変化・気づきがあれば、すぐに職員間で話し合いを行う。		

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	隣接した施設(デイサービス・特養等)の利用を無料でできるよう配慮している。		
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	警察・消防・商店・近隣の薬局など地域に理解と協力が得られるよう働きかけを行っている。		
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	定期的な受診の介助を行い、主治医と密に連絡を取り合っている。受診が困難な場合は、往診を依頼している。受診の結果を家族へ報告している。	定期的な受診は、希望のかかりつけ医への受診ができるように支援している。利用者状態で受診に行けない場合には適宜、往診を受けることができるように医療機関との連携を図っている。訪問看護ステーションとの24時間の連絡体制を整え、必要に応じて訪問を受けている。年1回胸部レントゲンで健康診断で撮影して、健康管理も行われている。利用者の状態の変化などがあればかかりつけ医や訪問看護師に連絡を取り、迅速な対応を心がけている。	
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	24時間体制で訪問看護師と連絡が取れるようにしている。日頃から、利用者の状態について相談や指導を受けている。主治医からの指導を受け、適切な対応ができる。		

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
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。	入退院時には、医療機関と情報交換を行っている。退院に向けて、入院中もご家族・医療機関と密に連絡を取り合い、退院時の受入体制を整えている。	健康状態に問題がある場合には、家族とかがかりつけ医で話し合いを行い、入院先を決定している。入院時には、医療機関へ医師の紹介状と共に日々の生活状況が分かるように情報提供を行い、速やかに適切な医療を受けることができるように支援している。退院が決まれば、入院中の状況や退院後の生活指導など情報提供を受けたり、カンファレンスに参加するなど、速やかにグループホームでの生活に戻れるように体制を整備し支援している。かかりつけ医・訪問看護との連携を密に図り緊急の入院にならないよう努めている。普段から水分摂取を勧め、排便状況を観察・確認し健康管理を行うことで入院に至らないように利用者一人ひとりに合わせた日々の健康管理に努めている。食事摂取が十分にできない方や摂取量が少ない方には、スープ食を施設全体で取り入れている。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期のあり方について、ご家族との話し合いを行い、内容を記録し、職員全員がケアの方向性を周知徹底できるようにしている。	利用開始時より終末期の在り方について話し合い、意向を確認している。利用者の状態の変化・段階に応じて家族と話し合いを繰り返し、終末期の状態の変化などの説明を行い、支援の方法や意向を確認し、医師・看護師・家族と協力を行いながら看取りを行っている。職員は看取りに必要な知識、死生観と共に看取りケアの研修の機会を持ち、家族・医療関係者との連携を図り、支援に努めている。	
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	急変時の対応等を施設内研修(AEDの使用方法・吸引等の具体的な訓練)で身に付けている。また、マニュアルを作成し、わかりやすい場所に貼り、落ち着いて行動できるようにしている。		

自己 番号	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
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	災害時のマニュアルを作成し、年2回消防訓練を実施している。訓練には地域の消防団も参加し 地域の協力体制の整備に取り組んでいる。	避難誘導訓練は年2回昼夜想定での実施が出来ており、利用者の安全を考えた避難ができるように取り組んでいる。計画的な研修の中で年2回、非常災害時を想定して、マニュアルに基づいて訓練を行うだけでなく、災害時を考え炊き出しも実施しライフラインの確保や整備を考え整えている。福祉災害避難所として加古川市と播磨町と契約を交わしている。	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

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	一人ひとりの誇りを尊重した優しい言葉かけや対応をこころがけたケアに努めている。実際のケアを研修などで振り返りながら職員全員で取り組んでいる。個人情報保護については、ファイルの持ち出し禁止など漏洩防止に努めている。	計画的な研修の中で尊厳やプライバシーについて学ぶほか、毎月実施されているカンファレンスの機会に利用者個々の尊厳やプライバシーについて繰り返し話し合いを持ち、全職員で周知し支援に活かすように取り組んでいる。利用者一人ひとりに合わせた支援を行うようにしており、プライバシーや尊厳、羞恥心などに触れる話しやケアを行う際には個室で行うように努めている。	
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	本人の気持ちや思いが伝わるよう、日頃から思いをくみ取れるよう働きかけている。言葉での表現が難しい方は、行動や表情から読み取れるよう心がけている。		

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
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1日の流れはあるが、日常的にご利用者の希望・要望を十分把握し、一人ひとりの体調やその日の様子に配慮しながらご利用者一人ひとりのリズムに合わせた細やかな対応をしている。		
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	ご利用者と共にその日の服を選んだり、スカーフ、腕時計など入居前に使用していた小物を取り入れる。また、お化粧品などを楽しめるよう、その人に合った身だしなみを支援している。		
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、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者一人ひとりの力量を活かしながら食事の盛り付けや準備を利用者と職員が一緒に行い、ご利用者が使い慣れた食器で職員と共に食事を楽しみながら、自然な流れで介助を行っている。行事食として回転寿司・バイキングなどを取り入れ、食事が楽しみの時間となるよう配慮している。	施設の厨房で調理され食事の提供を受けるが、利用者の希望や好み、季節に合わせて食べることが楽しみとなるように外食や行事食、ユニットでの調理など様々な機会を取り入れている。地元の新鮮な野菜や米を使うようにしている。また、施設の畑で作った季節の野菜や地域の住民の方が自ら作った野菜が届けられ食卓に新鮮な野菜がその時々調理され提供されている。利用者の嚥下や咀嚼の状態に応じて刻みやトロミ食の提供を行うようにもしている。水分摂取にも工夫をしており、お茶ゼリーを提供し一日平均1500CC摂取できている。施設全体の月1回の行事でたこ焼きやお好み焼き、キャベツ焼きなど利用者の前で焼き立てを食べてもらえる機会を持ち、施設全体の利用者が集まり交流しながら食べる楽しみを持っている。	

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
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	水分量や食事のカロリーの記録を行い、摂取量が少ない方には、好きな食べ物・飲み物を考慮し提供している。また、喫茶店で楽しみながら水分補給ができるよう支援している。		
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	毎食後の歯磨きの見守り・夜間の義歯洗浄など一人ひとりに合った口腔ケアを実施している。また、歯科受診時、相談・指導を受けている。		
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	排泄のリズムを把握するため、排泄表を活用している。個別に応じたトイレ誘導・介助を行っている。日中はできる限り布パンツを使用するなど、自立に向けた支援を行っている。	利用者一人ひとりの排泄の状況・パターンを把握し、個別に自然にトイレでの排泄ができるように支援している。できる限り自然な排便ができるように、食べ物や水分、運動、腹部のマッサージで対応し支援しているが、難しい時には医師に相談しコントロールを行っている。トイレでの排泄で、できる限り布の下着で排泄の自立ができるように誘導や見守りを個別に行っている。	

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
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	食物繊維の入っている食品を食べてもらったり、水分を良く摂ってもらう。また、散歩もできるだけ参加してもらうよう声かけをおこなっている。お茶ゼリーに、はちみつをかけるなど工夫している。可能な限り、トイレに座るように介助している。		
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	午前・午後と入浴可能な時間帯を作り、体調を考慮した上で、個人に合わせた入浴介助を行っている。当日、気分がのらなかったり、拒否の場合は時間を 変更したり、別の日に入浴してもらっている。また、入浴ができない状態の場合は清拭や足浴等行う。	午前・午後で入浴可能な時間に利用者の希望や体調に合わせて入浴してもらっている。利用開始当初に入浴拒否されていた方も利用者個別の状況やタイミングを考え声かけ誘導支援することで、現在入浴拒否者はいない。利用者の体調や気分が入浴ができない場合には足浴や清拭で清潔が保てるように支援している。	
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	一人ひとりの睡眠のペースを知り、夜の睡眠が少ない場合は、昼間に軽く昼寝を促したり、身体を動かすことで夜間にぐっすり眠ってもらえるよう支援している。		
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	薬剤情報を個人記録ファイルにし、確実に服薬できるよう、1日分を袋に入れている。毎日の状態の変化を記録し、主治医との連携を取りながら支援している。		

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	
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	花の水やり、食事の手伝い・洗濯・畑作業・喫茶店の仕事など日々の役割り分担がある。また、踊り・歌・習字・陶芸などが楽しめるように計画している。				
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	車椅子で作業できる畑へ出かける。玄関先のお花の水やりは日課となっている。受診時は、車椅子・徒歩で行くよう心がけている。少人数で近隣の喫茶・うどん専門店等外出し、食事を楽しむなどその日の気分・体調・天気などで判断し、なるべく戸外へ出かけている。	利用者の希望や体調に合わせてコーヒー専門店や個別に買い物に出かけられるように支援している。外食の機会には地域の店の理解と協力で利用者が外食を楽しめる機会を多く持っている。施設周辺の散歩をしたり、玄関前のテラスでお茶の時間を過ごすなど、日々外気に触れる機会を持っている。受診に出かける機会を活かして車椅子で出かけ、季節を感じるようにしている。また、花見や近隣の公園などにも季節に応じた外出に取り組んでいる。利用者の状況に合わせて外出の機会を今以上に持つことができるように全職員で検討を行っている。			
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	お金を持たないことで不安を感じたりしないよう、紛失の問題なども考慮し、家族の方とも相談しながら、無理に預かったりせず、本人の力に応じて所持して頂き、職員間で見守り支援している。				

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
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・家族・友人との手紙のやり取り、電話などはプライバシーに配慮しながら、いつでも行えるように支援している。		
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	玄関・居室などに花を置いたり、壁などに書道の作品・写真など飾っている。利用者に合った温度調整をしている。日常にある調理の音・匂いを大切にしている。	花や観葉植物が飾られ、広くゆったりと静かな和風の佇まいのグループホームは、各ユニット間を自由に行き来できるように開放されている。室内は清潔で、採光や温湿度も過ごしやすいように調整されている。また、ユニットの入り口にもソファが置いてあり、家族や他の利用者との会話を楽しんだり、くつろぎのスペースとなっている。季節の花や利用者の作品、写真などが飾られたフロアーに利用者と職員の落ち着いた話し声や笑い声が流れ、生活観や季節感を感じて日々すごせる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	居間から離れた場所に2人がけのソファとテーブルを置き、一人で過ごしたり気の合った利用者同士が思い思いに過ごせるようにしている。		

自己 番号	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
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	利用者の使い慣れた家具や好んでいる食器を使用している。居室には、家族の写真や利用者の手作りの作品を飾ったりしている。毎日、清潔を保つために利用者と一緒に掃除を行っている。	入居時より利用者や家族に使い慣れた好みの物を持ち込んでもらえるように話し、利用者が住み替えによるダメージを最小限にするように配慮している。利用者個々の趣味や好みを活かされ居心地よく過ごせる居室空間づくりに取り組んでいる。	
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	車椅子の方が使用できる高さの物干しや洗面台があり、トイレ・浴室等手すりを設置し、本人のできることが安全にできるよう見守りながら支援している。		