

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	0790700090		
法人名	特定非営利活動法人 豊心会		
事業所名	グループホーム すずらんあかり あかり I		
所在地	福島県須賀川市森宿字横見根66-7		
自己評価作成日	平成31年4月5日	評価結果市町村受理日	令和元年7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.mhlw.go.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	令和元年5月10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)】

理念にあるように、「もっと元気に、もっと笑顔で、もっと楽しく」自分らしい生活できるように、創意、工夫しながら支えていけるように、職員の創造性や個性を大切に、利用者と一緒に楽しむ」とことを大切にしています。また一つ一つの出会いを大切に、とぎれることのないようにつないでいけるようにしています。これからはありますが、地域住民の資源になるよう、事業所内だけに目を向けるのではなく、事業所外へも貢献できること、一緒に楽しめることを考え実行していきたいと思っています。職員の質の向上にむけ、内部研修の構築や情報共有、外部研修への参加に力を入れ、前進していける希望のあかりになっていきたいと思っています。

【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)】

1.入居時に「その人を知る生活史」から趣味や好きなこと、大切にしていること、困っていること、グループホームの生活に望むことなど詳細にアセスメントして、本人を家族の一員として迎える環境を作っている。
 2.利用者の生活を豊かにするため、畑、買い物、外泊や一時帰宅、趣味や自分史作成等個々の希望や意向を尊重しながら日課にとらわれず、やりたいことが実現出来るよう支援している。
 3.職員は寿司を握ったり竈でご飯を炊いたり、利用者と一緒に生活を楽している。また、職員会議も全職員が主体的に参加し、運営面や利用者のケアについて熱心に議論する等サービス向上に向けた実践に取り組んでいる。

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 ↓該当する項目に○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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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させている (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、その時々々の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	「もっと元気に、もっと笑顔で、もっと楽しく」自分らしい生活ができるよう、年度目標を作成し、振り返りながら共有と実践につなげています。	開所時に職員と検討し、利用者の生活を充実させる内容の理念を作り、それをより具体化させるため年度目標も作成している。理念を実践するため調理、買い物、外出等利用者と一緒にいき、利用者の笑顔ややりがいを引き出すよう努めている。さらに、振り返りの場を設け理念を活かしたケアになっているか、確認もしている。	
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	近所の床屋を利用し、歩ける方は出向いて、歩くことが難しい方は訪問していただいて散髪していただいています。また町内会に入っています。天気の良い日は散歩し、犬を飼っている方の家に犬を見に行ったりしています。	市社協が養成した介護予防ボランティアを受け入れ利用者の家事、散歩などの見守り支援をお願いしている。また、地域の高齢者グループに事業所の交流室を毎週貸しており、介護予防「ウルトラマン体操」が行われ、利用者も一緒に参加する等地域での周知度も上がり交流が広がってきている。	
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	法人としては須賀川市からの補助金を受け、認知症カフェを毎月開催し、その中で認知症の人の理解や支援等ミニ講座を開催しています。事業所としてはこれから、地域住民の通いの場として会議室を開放し、その中で活動、協力していきたいと考えています。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	運営推進会議の中で、事業所内の環境を見ただき、掲示物や表札などを生活整備しました。行事や日々の様子は写真を映し出し、利用者の状況を毎月報告しています。	区長や老人クラブ代表、家族会代表、地域包括支援センター職員が委員となり推進会議の狙いや、グループホームの運営や利用者の生活状況をスライドで伝え、理解を深めている。また、環境チェックシートで委員から個別に意見をいただき、居室やトイレの分かりやすい表示について提案を受け、利用者目線の表示に変える等サービス向上に活かしている。	
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	生活保護者の受入れや市で行っている介護予防ボランティアの受入れを行い、密に取り合える関係性を大切にしています。	生活保護受給者は市の担当ケースワーカーと連携し、支援にあたっている。また、介護認定更新時などは市の担当窓口に出向き、事業所の実情を伝えている。さらに法人が市の委託を受け、毎月認知症カフェを開催する等行政と協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束廃止に関する指針を基に委員会への参加、研修会への参加しています。夜間以外は玄関に施錠は行わず、それ以外の窓も施錠はしていません。職員会議や、新入社員が配属されたときは身体拘束について説明し、身体拘束がもたらす弊害の理解に努めています。	身体拘束禁止事項、適正化に向けた体制などを入れた指針を策定し、法人の委員会で取り組んでいる。また、自己点検シートで各職員が振り返りを行い、結果について職員会議で話し合っている。バーステックの7原則等具体例を入れ研修する他、日中は玄関、非常口とも施錠せず、拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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
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	法人として倫理委員会を設置し、研修会を行ったり、委員会の中で虐待について話し合う機会を設けています。また職員会議の中で不適切なケアについても話し合い、皆で考え話し合う機会を設けています。		
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	該当する方がいないこともあり、職員へは学ぶ機会がなく、対応となると管理者が行うこととなり、理解が不十分であります。		
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	利用開始前に実態調査を行い、その中で利用に向けての説明を行っています。また実際に本人、ご家族に見学して頂き、設備やサービス内容についての説明しています。それ以外に不安なことなどは契約時に書面を持って再度説明しています。		
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	年に1回ご家族にアンケート調査を実施し、事業所だけでなく法人として運営に反映しています。また1年に1回は家族会を開催しています。それ以外に家族会幹事に運営推進会議への参加や、行事案内し話す機会を持つことに努めています。ご家族の知人の方が演奏会を開催するということへも繋がりました。	行事や年1回家族会開催時に家族の要望を聞いている。また、家族アンケートも行い、きめ細かな要望の把握に努め、運営に反映している。利用者からは、毎日、今大切にしたいこと、行きたいところ、食べたいものなどを聞きスケジュールにとられない生活を支援している。	
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	年に1回、理事、副理事と事業所としての面談と、管理者と職員の個別面談を実施しています。それ以外にも職員会議で職員の意見を聞き、行事計画や備品購入、畑を借りるなど行っています。勤務体制や休日等も職員個別の意見を聞き反映しています。	法人役員が年1回事業所面談を行い、職員から要望を聞き取っている。また、管理者も年2回職員面談を行い、意見やアイデアを聞き、行事の予算、備品購入などに反映している。職員の要望を受け地主から畑を借り、野菜栽培など利用者の楽しみになっている。	
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	法人として年1回、職員表彰を行っています。また事業所の職員配置状況を観ながら異動や入職を調整しています。高価な備品や大規模な行事等も提案書の作成し提出することで承認していただいています。外部研修へも参加する機会を多く作っていただいています。		
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	法人内でのレベルアップ研修、外部研修を計画し学びの機会を設けています。また資格取得に向けた勉強会の開催等、学び続けられる環境を設けています。		

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
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	法人内でのレベルアップ研修会で同法人内の他事業所職員との交流、意見交換ができる機会を設けています。また福島県認知症グループホーム協議会に加盟し、他法人の管理者、職員と研修会や情報交換会を通しネットワークづくりや学びを通しサービス向上に努めています。		
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	入居前にご本人、ご家族と話し合い、どのように生活していきたいか、不安なことはないかを伺っています。また自宅の状況を伺い、居室の環境をできるだけ見慣れたもので安心できるよう持ち込んでいただいています。		
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	入居の際に「その人を知る生活史」という用紙を書いていただき、趣味やこだわり、ご家族の要望や不安等を記入していただき、職員間で共有し、本人のことをよく理解している職員がいるグループホームなるよう努めています。		
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	環境の変化に戸惑うこともある為、慣れていただけるよう職員が説明したり、他の利用者と打ち解けられるよう共同作業を行うなどしています。慣れるまでは面会に多く来ていただくよう話したり、目面会時間等決めずに、いつでも来れるように説明しています。面会時には不安など伺っていません。		
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	入浴の時間や飲み物を選んでいただくようにしています。また食事のメニューや外出先など一緒に考えています。調理、掃除も一緒に行い「共に暮らす」という考えで支援しています。		
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	入居後関わりを大切にしていこう考えで、行事に参加していただいたり、誕生日を一緒に祝っていただいたりしています。定期通院もご家族に協力していただいています。		
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	今まで通っていた理髪店、美容室がある方はご家族か職員と一緒に利用しています。またご家族だけでなく近所の方や、ヘルパーなどのなじみの方にも面会に来て頂いています。時には職員と一緒に自宅を見に行ったり、可能な場合は自宅へ外泊も協力いただいています。	家族から友人、知人に入居を知らせてもらい、訪問につながっている。また、なじみの理美容店に家族の協力を得たり、店の送迎を利用しなじみの関係を続けている利用者もいる。家族の協力で外泊したり、職員と自宅を見に行ったり、地区の子供相撲の見学に行くなどなじみの場所にも出かけている。	

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
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	得意な事や出来ることを把握し、一緒に作業ができるよう、リビングを利用し調理しています。またリビングに座る場所も決めずに、自然と気の合う利用者同士が座れるようにしています。職員が見守ることで自然と分かり合え、支えられる関係ができています。		
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	在宅に戻る方へ居宅支援事業所を紹介し、在宅で暮らしていくための担当者会議へ参加や、情報の提供をしています。終了後も何かあれば連絡いただけるよう、希望があれば待機者として申し込みを継続しています。		
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	「生活史」を基に本人に確認しながら、選択していただけるような声かけや、希望を伺っています。困難な場合はご家族へ相談し、以前の状況を基に検討し対応しています。記録にはできるだけ本人の言葉を残すように努めています。	入居時に「その人を知る生活史」を家族に記入してもらい、その人の歩み、趣味、好きなもの、仕事、特技など詳細に把握し、アセスメントに活かしている。入居後は利用者の生活や会話の中から意向の把握に努めている。また、利用者の言葉をそのまま記載し意向把握に活用している。	
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	入居の際に「その人を知る生活史」という用紙を書いていただいています。また事前に自宅を訪問したり、以前に利用していたサービスの担当者にこれまでの様子を伺っています。入居後もご家族に聞きながら把握に努めています。		
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	ご家族や以前のサービスの担当者などに伺いながら、ご本人に伺い、ペースに合わせながら行っていただき、できないところは支援しています。24時間シートの作成し活用しています。		
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	ご家族やご本人から楽しみや不安などを伺い、職員会議で話し合い計画作成担当者が介護計画を作成しています。時には会議以外で職員と管理者、計画作成担当者が話し合いながら作成することもあります。	家族や利用者本人から要望やしたいことを聞くとともにアセスメントから得た情報を活かして介護計画を策定している。職員会議でそれぞれの気づきを活かしてモニタリング、介護計画の評価を行い定期的に見直しをしている。介護記録はパソコンで行い職員間の共有に努めているが、計画と記録の連動を課題ととらえている。	実際の支援が介護計画に連動しているかを確認しながらケアを進めるためにも介護計画に基づいた支援内容の記録が望まれ、介護記録の関係性を持たせる工夫が望まれる。
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	ケース記録や日誌の申し送りに変化や気づきを記入し、口頭でも申し送りしています。それだけでは不足となる場合や実践した結果などは朝のミーティング時に話し合い、共有や見直し、実践につなげています。		

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
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	柔軟に対応できるよう勤務変更をしたり、ご家族と協力し対応しています。ご家族とご本人の要望で訪問鍼灸を受け入れたり、個別での外出、外食など行っています。		
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	利用者の中には犬が好きな方がおり、近所に犬を飼っている方がいるため、散歩がてら犬と触れ合う楽しみを持っていただいたり、地域の方から畑を借りて園芸しています。		
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	入居時に今までのかかりつけ医を継続するか法人の協力医療機関に変更するか確認しています。またかかりつけ医の協力を得て、往診してくださっている利用者もおり、できるだけ慣れ親しんだ医療機関を継続できるよう、事業所とご家族で協力し合っています。	入居時、家族の意向を確認し通院先を決めている。かかりつけ医への通院は基本家族が行い、病状に変化がある時は職員も同行する。また、協力医の受診結果は毎月の便りに同封し、病状に変化がある時は電話連絡をするなど常に家族と医療情報の共有を図っている。	
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	法人内の看護師が週1回から2回健康チェックや軽度な運動を行っています。また気付きや体調の変化を看護師に伝え、受診時に医師へ相談する内容等アドバイスいただき、チームで利用者を支えられるように支援しています。		
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。	入院になった際は職員が病院へ付き添い、担当看護師へ利用者の日々の様子や認知症の症状等、必要な情報を提供しています。入院後も定期的に面会へ行き、状況の確認をしています。退院の許可が出た際はすぐに対応できるよう、ご家族と相談し早期に戻れるようにしています。退院時も職員が付き添い、医師や看護師より情報提供していただき、ホームで安心して生活が送れるように努めています。		
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、事業所の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	入居時に「重度化・看取りの指針」をもとにご家族に説明を行い、「終末期の生活支援に関する覚書」にて現在における意向の確認をしています。また利用者の状態の変化が大きい時や看取りと診断された場合は再度ご家族や医師と一緒に意向の再確認を行い、その後の支援内容を決めています。職員へは重度化や看取りについて職員会議やミーティングを通し共有しチームで取り組んでいます。	入居時、家族へ説明し同意を得ている。また、面会等折に触れ、家族の意思確認をし、病状に応じて主治医、家族を交えた話し合いをしている。協力病院、かかりつけ医の往診があり、看取り期の連携体制も築かれている。また、会議の中で看取りへの認識を共有しながら取り組んでいる。	
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	急変時のマニュアルや連絡網を作成しています。初期対応等は、個別に起こりうる事故や急変に対しては個別の対応マニュアル等も作成しています。応急手当等は学ぶ機会を設けていなかったため、計画に盛り込んでいきたいと思えます。		

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
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	災害時マニュアルの作成と自主訓練は行えて入るが、風水害の訓練や、職員全員が身につけるまではできていません。計画を作成し、職員全員が訓練に参加し初期対応が確実にできるようにしていきたいと思ひます。また委員会活動を通し、備蓄品、防災グッズの管理をしていきたいと思ひます。	災害時マニュアルを作成し、昨年度は避難訓練を1回実施する他自主訓練をしている。今年度は年度計画を作成し、隔月の行事に組み入れ計画的に行うこととしている。また、非常口からスロープを整備し、戸外に避難できるようにしてあり、入り口の鍵は、誰でも解錠できる簡易なものを取り付け緊急時に備えている。備蓄は法人で一括管理している。	消防署立会いによる総合避難訓練や風水害想定訓練等経験の積み重ねが望まれる。また、備蓄は、法人本部で行っているが、道路、通信障害等非常事態を想定し、若干事業所でも保管することが望まれる。
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	居室に入る際にノックをしたり、排泄時に介助が必要な利用者にはひざ掛けをかけるなどしたり、排泄の声かけをする際も、他の利用者に気付かれないう、耳元でおこなうなどし、人生の先輩であることを忘れず、強制的にならぬよう、提案するような案内にしています。	会議でスピーチロックの話し合いや、チェックリストを活用し入居者を人生の先輩として尊重した支援ができるよう研鑽している。また、入室時には必ずノックや声掛けをすることを徹底し、人権の尊重とプライバシーの確保に心がけている。	
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	買い物やドライブに行く際に声かけし、希望を確認してから一緒に行ったり、飲み物も数種類の物を準備し選んでいただけるよう支援しています。入浴の時間も特に決めておらず、本人に聴きながら入れるようにしています。できるだけ一緒にお茶を飲みながら思いや希望を聞く時間を設けています。		
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	食事の時間はある程度決まってはいるが、それ以外は本人に聴きながら、あるいは特に誘導するのではなく自由に過ごしていただいています。天気の良い日は敷地内を自由に散歩するなどしています。また図書館に2週間に1回出かけたりしています。		
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	同じ服が続かないよう一緒に選んだり、髪の毛が乱れている際は洗面所や居室の鏡を見ながら櫛で溶かすことができるようにしています。男性はひげが無造作に伸びてしまわぬよう、起床時等にそるようにしています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	職員がすべて行ってしまふのではなく、教えてほしいという気持ちで声かけし、できる方であれば台所に立って調理に参加して頂いています。長時間立っていることが困難な方にはリビングで座って作業できることをしていただいています。また盛り付けから配膳、下膳から食器洗い拭きまで役割として一緒に行えるよう、支援しています。	献立は、利用者の希望を入れた季節感のあるものを職員が週替わりで立てている。入居者は、野菜の皮むきや盛り付け、洗い物などできる範囲で一緒に行っている。また、テーブルクッキングを取り入れ食への意欲を引き出す工夫をしている。	
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	食事量、水分量の把握をしています。一人一人の盛り付けの量や形態に合わせて提供しています。誤嚥性肺炎のおこりやすい方に医師とご家族と相談し食事の内容や形態もみなと一緒の物ではなくソフト食やミキサー食にとろみをつけ食べて頂いています。		

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
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	習慣に合わせ毎食後はできていない方もいますが、声かけをしてできるだけしていただけるように心がけています。自身ではできない方は声かけや介助を行い、清潔の保持に努めています。		
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	排泄記録で排泄のリズムを把握しています。間隔がいつもよりあいている場合は声かけし案内することもあります。また迷わず自分で行けるよう目印や表札を付けています。立てる方や介助することでトイレに座れる方であれば、トイレでしていただくことを大切にしています。現在はオムツしている方はいません。	おむつ使用で入居した利用者も、入居後、排泄記録からリズムを把握し、トイレ誘導をすることで現在は夜間においてもおむつの使用者はいない。また、自らトイレに行けるよう、声掛けやトイレのドアに分かりやすい表示や目印をつけるなどの工夫をしている。	
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	水分と食物繊維の多くとれる食事、朝はもち麦を混ぜたご飯の提供など工夫をしています。そのほかにも乳製品を提供したり、日常の役割として体を動かす機会を設けています。それでも便秘になってしまう方は医師に相談し下剤にてコントロールしています。		
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ず、個々にそった支援をしている	全員に声かけし、希望のある方を順番で入浴していただいています。柚子や菖蒲等季節に合った入浴の工夫をしたり、入浴剤を使用したりし、楽しめるようにしています。	入浴は週2回を目安としているが、毎日入浴している方もいる。また、時間帯もこだわらず、希望に合わせて夕食後も対応している。廊下に看板を立て自主的に入浴を促す雰囲気を作っている。拒否する場合は様子を見ながら声掛けをしている。また、ゆず湯や入浴剤で季節感を味わえるようにしている。	
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	居室の温度や湿度などの調整をしています。また照明も一人一人にあった暗さにしています。週に一回はシーツ交換を行い、天気の良い日は布団を干すなどして気持ちよく休んでいたデカるようにしています。特に消灯時間等もなく、眠くない場合はリビングでテレビを見て過ごすなどしていただいています。		
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	個人の内服している説明書のファイルを置き、いつでも確認できるようにしています。また臨時薬や変更があれば申し送りしています。		
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	食事の買い出し、調理、下膳、廊下掃除、畑仕事など日常生活のことをご本人に確認しながらすることはしていただき、役割としてお願いしています。時には好きなおやつを買いに外出したり、外食したりしています。趣味の継続できるよう必要物品と一緒に買いに行ったり、事業所で準備したりしています。		

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
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	好きなものを食べに外食したり、おやつを買いに行ったり、花を見に出かけたりしています。誕生日には希望に出来るだけ沿い、外食や外出しています。ご家族も一緒に出かけたり、家族水入らずでかける関係性の継続も大切にしています。	牡丹園等季節に応じたドライブや地域交流センターの中の図書館へ月2回出かけている。また家族の協力で誕生日の外食や盆・正月などの外泊で外出している。さらに日常的な近隣散策、スーパーへ食材の仕入れのほか朝の広告を見た入居者からの情報をもとに臨機応変に外出支援をしている。	
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	ご本人がお金を管理されている方もおり、外出時に自由に使っています。多くはお菓子などが多いです。また管理が難しい方は事務所で預かり、必要時に使えるようにしています。		
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	電話を希望される方は事業所の電話を使用いただいています。手紙が届くこともありますが、返事をだすことがまだできていないので、今後はご本人と話し合いながらできるようにしていきたいと思っています。		
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	季節の花をリビングや、リビングから見える外に花壇やプランターを置き、利用者と一緒に植えています。また季節にあった掲示物の作成や展示をしています。午後になると日光が入りまぶしくなることも多いので、カーテンでその都度調整しています。また加湿器を設置し、温度や湿度の調整をしています。	居間には、五月人形の兜を飾り、壁面に鯉のぼり、桜の花の貼り絵など季節感のあるものを掲示する他、廊下壁面にも旅行時の写真を掲示している。また、廊下は天窓が設けられ自然光で明るく、ベンチを置き気の合う入居者同士が自由に集えるように工夫してある。建物全体がゆったりとし開放感がある。	
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	リビングにはソファを置き、食事の時とは別にくつろげる空間を設けています。また和室や廊下に椅子などを設け、気の合う利用者同士が職員に気を使うことなく過ごせる空間づくりをしています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	個人の自宅のように表札を掲示しています。また居室で安心し、のんびり過ごしていただけるよう、馴染みの棚やテレビ、ソファを持ち込んでいただいています。ご家族の写真を居室に掲示するなども行っています。	居室は、本人や家族と相談しながらレイアウトを行い、馴染みのタンスやソファ、テレビ、家族写真、手芸品、植木鉢等に囲まれ居心地の良い空間になっている。また、和室を好む方は畳敷の部屋も用意されている。利用者が書いた表札を見やすいよう表示する等利用者が不安にならないように配慮している。	
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	居室に表札を掲示するにも高さなども一人ひとりに合わせています。トイレの目印や表札、ある場所を指した矢印等も掲示しています。掲示物の大きさや、ご本人がわかる言葉などにも気を付けています。		