

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	2871200370		
法人名	医療法人 敬愛会		
事業所名	三田温泉シルバーホーム		
所在地	兵庫県三田市東山897-1		
自己評価作成日	平成24年12月15日	評価結果市町村受理日	2013年2月12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.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【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25年1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)】

1ユニットゆえ少人数ですので複数ユニットの施設と比べ、落ち着きあるゆったりとした空間で利用者も職員も過ごせています。当事業所の特徴は、併設に療養型病院や介護老人保健施設があり、看護師や医師との医療連携がスムーズに図れることが特徴です。療養型病院の担当看護師が、毎日ホームを訪れ、利用者とのコミュニケーションを図りながら健康状態の観察や、介護職員からの医療的な相談にのってくれ、必要があれば医師との連絡調整も図ってくれます。また、身体的状態等の理由により当グループホームで対応できなくなった場合、併設病院や併設介護老人保健施設へ入所希望されるご家族も多く、併設機関がある為に「先の不安」の解消となっています。

【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)】

事業所内は広々として、共有スペースから、周囲の山村風景が楽しめる。医療との関係は密に取れており、グループホームの特徴を活かす支援がなされている。利用者の希望による外出で、外食、買い物やスーパーへも出かけている。今年度は小学校との交流が定着する等、地域との関係も充実してきている。職員は常勤で介護福祉士等の資格保持者も多く、異動も少ないので、利用者も安心して暮らせている。利用者がお茶会を開いたり、毎日のメニューをボードに記入したり、菜園で野菜作りをしたり、持てる能力を活かした、きめ細かな利用者支援がなされている。事業所の取り組みや検討中のこと等、家族や地域へグループホームとしての存在、役割をアピールされ、事業所をより理解してもらい、共に連携を深めていかれるよう期待したい。

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)	○	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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	実践可能な理念を管理者と職員で考えました。理念をホーム内、スタッフルームに掲示し、日々の利用者との関わりやカンファレンス時等、サービス提供に迷いが生じたときに理念を振り返ることができるようにしています。	利用者の個性を尊重し、その方の地域生活が継続できる支援を理念とし、会議等で共有している。一人ひとりに寄り添い、遠慮なく希望を表出してもらい、希望がかなえられるよう努めている。利用者の外出希望の選択肢を増やすため、近くの軽食店の協力を得、利用が開始された。	
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	地域のお祭り、小学校行事への参加や、地元の奉仕活動へ協力参加をしています。しかし、各家庭との個々の交流は行えていないため、今後の課題といえます。	地域の小学校との交流が継続できている。年一回児童がホームを訪問、音楽会や運動会に利用者が学校を訪問する等、利用者の楽しみとなっている。又、民生委員の見学や、近隣住民からの相談もあり、事業所が地域から認識されるようになっている。	
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	地域住民代表(運営推進会議参加者)に地域とのパイプ役になっていただき、地域の活動等に役立てることがないか随時相談し、地域小学校との連絡調整もしていただいています。		
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	会議には入居者代表者、入居者家族も参加いただき、形式的な会議にならないよう心掛けています。会議での意見等については、全職員と共有し、再度検討のうえ、実践につなげるよう努力しています。	利用者、家族、地域住民、市介護保険課職員、保健師、介護相談員が出席、定期的開催。出席者から、小学校との交流の協力やお正月に事業所で黒豆を煮るなどしてお正月気分を味わってはどうか等、意見や協力が得られ有意義な集まりとなっている。今後は利用者とのふれあいも含めて、ホーム内での開催を検討している。	利用者の生活ぶりや職員の関わり等を身近で見聞きし、よき協力者となってもらえる機会として、実行していただきたい。
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	運営推進会議に市の担当者、三田市介護相談員に出席いただき、サービス提供の実情を伝えています。市の担当者、介護相談員共に前向きなご意見をいただき、関係良好です。	市介護保険課職員が運営推進会議に出席し、事業所の実情の把握を行い、必要な提案等もなされている。市は、それぞれの事業所の課題解決等に協力的である。	
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	不安等がある場合は付き添い、一切の身体拘束を行わないことをモットーとしています。本来玄関施錠は身体拘束である旨をご家族、職員に周知の上、利用者の安全確保の為、約10ヵ月間のみ時間を決めて施錠を行いましたが、現在は行っていません。	身体拘束は行わず、ことばの拘束も含め、法人内研修や会議で話し合い、職員間で共有している。利用者が帰宅願望が強かった一時期、施錠したが現在は行っていない。職員の異動を抑え、馴染みの関係が保てるようにしている。	
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	管理者は職員や利用者の様子を随時観察し、些細な変化を見逃さないようにしています。特に職員の職務上のストレスには注意を払い、利用者へのサービス提供に影響を与えないよう取り組んでいます。	職員に虐待を意識づけるため、新聞記事の回し読み等を行っている。管理者、リーダーは職員の表情や、ことば遣い、行動から、ストレスや介護負担に注意している。職員の離職は少なく、年齢も20代から60代までで、それぞれの気づきや経験等を大事にしている。	虐待防止の理解を徹底するため、新聞記事の回し読みだけでなく、お互いの意見交換等の話し合いの場を設けられたい。

自己	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	成年後見制度を利用されている利用者が入居されているため、制度の必要性について職員の理解は得られています。今後は研修などへ参加を促したいと考えています。	利用者が一人、後見制度を利用している。後見人の訪問があり、職員もある程度の理解はしている。利用者の状況に応じて、制度利用のはたらきかけを行っている。パンフレットは事業所に用意されている。	職員への制度の研修と利用契約時に制度紹介を行う等さらなる権利擁護の取り組みを期待したい。
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	入退居時は管理者、ケアリーダー、計画作成担当者がそれぞれの立場から十分な説明を行い、不安なくご利用いただけるよう努めています。また、改定時にもその都度文章にて説明し同意書をいただいています。	費用に関しては独自の料金表を用い、見学にも来てもらい納得の上、利用につなげている。利用者、家族の心配(どのような場合退去しなければならないか)や入居後その人らしく暮らすための馴染みの品の持ち込み等も十分時間をかけて説明している。	
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	重要事項説明書に外部への相談窓口を記載。また、ご家族への状況報告の際には、ご自宅での様子を聞きつつ、希望や意見を伝えやすくなるよう心がけています。うかがえたご希望等に対してはスタッフ間で共有、検討しサービスに反映するよう努めています。	利用者には介護相談員がホームを訪問して、困りごと等を聞き取り、家族等には訪問時に管理者やリーダーが意見、要望を聞き、運営に反映させるように努めている。第三者評価の家族アンケートの「質問項目」を職員にも知らせ、利用者、家族の気持ちに寄り添える介護を目指している。	
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	職員は管理者やリーダーに常日頃から些細なことでも相談できる環境であるといえます。スタッフ会議では職員から毎回運営上の新しい提案が議題として出され、その都度管理者等と相談、検討を行っています。	スタッフ会議で、職員から気づきや提案が活発に出されている。利用者が楽しんでいるカラオケの設備は現在法人のを使っているが、新たに購入する提案や、職員の休憩室の環境整備等出された提案や意見を検討し、運営に反映させている。	
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	職員個々の特技や特徴を日々の関わりから把握し、各々に応じた研修や資格取得への支援をはじめ、処遇改善などの環境・条件の充実改善に努めています。		
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	介護福祉士資格、介護支援専門員資格取得に向けた支援をはじめ、各々の能力に応じて認知症実践者研修等を順次受講する計画をたてています。また、同法人における各種研修会へ参加するとともに、ホーム内においては「認知症勉強会」を定期的に行っています。		
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	平成20年より市内グループホーム連絡協議会を立ち上げ、定期的に情報交換や意見交換を行っています。また、年に1回現場職員を対象に研修会を合同開催しています。		

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
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	ご家族の協力を得て、入居前にゆっくりとご本人とお話する時間を確保しています。日常生活の様々なお話の中からご本人の不安や要望を傾聴し信頼関係構築のきっかけを作るよう努力しています。		
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	上記と同様にゆっくりとお話する時間を確保しています。信頼関係が築けるよう、ご家族のご本人への思いをはじめ、これまでの介護状況や将来への希望や不安などを傾聴しています。		
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	入居相談時には今現在必要なサービスが何かを見極め、ニーズによっては、居宅介護支援事業所や、地域包括支援センターなどへの連絡を行っています。		
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	食事や家事活動と一緒にいること、一緒に余暇を楽しむこと、一緒に悩みを解決することから「なじみの関係」を築くことをモットーに家族という意識を忘れないよう努めています。		
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	利用者の生活、利用者の健康、利用者の変化などすべてをご家族と共有し、利用者へのサービス提供時に迷いが生じたときはまずご家族に相談することで「家族と共に」支援できる関係を築いています。		
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	行きつけの理容室、歯科医院などの利用をご家族の協力を得ながら行っています。また日常的に電話や手紙のやりとりを支援し、お正月にはご家族や知人へ年賀状を出すことを恒例としています。	本人が長年馴染んだ習慣や好み、現在できること、できないこと等をまとめ、その人の全体像を把握している。毎年職員の支援で、全入居者が年賀状を家族に出し、家族とのつながりと年末年始を肌で感じてもらう支援を行っている。利用者の馴染みの場への、少人数の外出も行っている。	
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	個々の利用者の性格、特徴を職員が把握し、利用者の個性を生かしながら、利用者同士の良い関係づくりを目指しています。場合によっては、職員が仲介役となり関係構築に努めています。		

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
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	併設病院や併設介護施設への入院、入所時は職員が利用者への面会も可能であり、ご家族とお会いする機会もあります。お話の中で希望や要望など相談を受けることも多くあります。		
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	(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	例えば、表情の変化、返答の仕方など利用者の小さな変化を見逃さず、希望や意向をひとつでも多くキャッチできるよう努力しています。キャッチできない場合には、利用者本位はもちろんのこと、ご家族からのご意見や、過去の生活歴等も参考にしています。	利用者、家族との日頃のコミュニケーションやアセスメントシート(本人の嬉しいこと、不安なこと等の気持ち、できること・できないこと、わかること・わからないこと等をまとめた)を活用し要望の把握をしている。把握困難な場合は表情や態度を見逃さないよう観察している。	
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	利用者、ご家族から聞き取り把握することが基本となりますが、サービス利用の経過等について関係者(ケアマネジャーやケースワーカー等)から聞き取ることもあります。いずれの場合も強引に聞き出すのではなく、プライバシーの配慮に注意しています。		
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	職員間で利用者の変化等の情報の共有、申し送りを徹底しています。生活リズムの変化や状態把握を職員が共有することで、利用者の有する力を正確に把握することができると考えています。		
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	画一的、機械的な介護計画とならないよう、利用者、ご家族の意見を取り入れています。また、主治医や併設病院の薬剤師、管理栄養士など専門的な意見やアイデアを取り入れ、利用者に必要な介護計画を作成することを意識しています。	把握した利用者、家族の思いや意向をもとに、職員間で話し合い、本人が穏やかに落ち着いて過ごせるよう計画を作成している。毎日訪問する法人の看護師からの意見も参考にしている。職員の普段からの気づきをメモ書きしてもらい、計画の見直しに反映している。	
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	ケア内容、気づき等は随時介護記録に記しています。また、ケア中に感じたことや提案は申し送りノートに記載し職員全員が共有できるようにしています。これらの気づきや提案は介護計画作成、見直し時に振り返り検討材料となっています。		
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	利用者、ご家族からのニーズには事業所機能を十分に活用してニーズに沿った支援を行っています。前例のないニーズに対しても、代表者、管理者とも相談の上柔軟な対応を心掛けています。		

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
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	地域ボランティア、近隣の喫茶店やスーパー等を利用し、地域の小学校への訪問なども行っています。また、併設施設で行われる行事も利用し、事業所では行えない大きな規模でのレクリエーションなども楽しむことができるよう工夫しています。		
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し、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	利用者、ご家族の希望を尊重しています。事業所の協力医療機関(併設病院)を希望される場合と、診療科目によってはかかりつけ医での継続診療を希望される場合があります。事業所はそれぞれの医療機関から治療内容や指示を文書で報告をいただいています。	入居契約時に主治医継続を確認し、家族送迎で馴染みの医院に通院しているのは1名である。法人病院の院長の往診や受診が週1回行われている。さらに病院の看護師が1日2回来訪し健康チェックをしているので、利用者の体調悪化は未然に防げている。	
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	協力医療機関(併設病院)の看護師が毎日事業所を訪問しています。また、看護師資格保持者1名(非常勤)を配置しており、介護職は様々な場面で看護師に相談でき、利用者は適切な看護を受けることができる環境です。		
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。	職員は利用者入院時には介護サマリーを作成し、入院時の利用者の支援方法に関する情報提供を行っています。管理者はMSWから情報提供を受け、利用者やご家族と退院について随時相談を行っています。病院関係者との関係づくりにおいては管理者が地域医療機関との連携会議などに出席し、関係構築ができています。	日々の健康チェックにより利用者の体調は安定し、この2年間の入院者はない。入院の際は介護サマリーをもとに病院関係者と連携し、家族とも話し合い、安定した治療につながるよう努めている。必要があれば主治医間の話し合いがなされ、早期退院につなげている。	
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	できるだけ早い時期に、重度化や終末期における利用者、ご家族の希望や意向をうかがうこととしています。重度化が進みだす時期や、病状の変化時にはご家族、主治医、管理者、職員で話し合いを行い、方針を共有するよう努めています。また、事業所で対応できる事、できない事を説明し、対応できないケースの場合は極力、状態や希望に沿った支援を行っています。	入居時に利用者や家族の意向を聞き、事業所のできる最大の介護について説明している。利用者の状態変化時には、主治医を交え利用者や家族とともに話し合い、終末期に向けた方針を共有するよう努めている。法人が総合的施設であり、できるだけ利用者の状態に適した介護を提供するよう支援している。	
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	現実的に、介護職員が急変時の応急手当をすることは困難であり、訓練の機会も確保できていません。		
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回の消防避難訓練を実施し避難経路確認や、避難誘導、消火器等の使用方法を身につけています。今後は利用者も実践に近い形での訓練参加を検討し、地域との協力体制も築き、今後は防火訓練を実施することが課題です。	法人合同の消防避難訓練を、昼間・夜間想定で年2回実施している。災害時の備蓄は法人内で整えられており、避難経路の確認は万全であるが、管理者としては、事業所独自で利用者参加の訓練を実施することが今後の課題と考えている。	民家とは離れているので、初期段階での近隣住民の協力は期待できない。事業所独自の訓練時に地区消防団などに参加を呼び掛け、災害時等にどんな協力体制を依頼できるか、話し合いの場をもたれてはどうか。

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
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	利用者の自尊心に配慮した声掛け、親しい声掛けの良し悪しについて全職員が理解し対応しています。	利用者を年長者として敬うことを介護の基本とし、親しさが増した中で、利用者の誇りを傷つけたりプライバシーを損ねる対応となっていないか、職員全員で話し合っている。	
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	思いがしっかりと表現できない利用者には特に注意をして言動や表情、様子から思いをくみ取るよう努めています。一つでも多く利用者が自己決定できるように、さりげないサポートもおこなっています。		
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	ホームの日課に捉われるのではなく、利用者個々の生活リズムに合わせるよう注意しています。また、日課への声掛けは希望がうかがえるように注意して利用者が意思表示できる声掛けに努めています。		
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	おしゃれを楽しめるように、入居前の衣服の好みやスタイルを利用者、ご家族から伺い、ご家族の協を得て、好みの衣類を持参いただくようになっています。また、外出するときだけでなく、普段から衣類の乱れ等はさりげなく直すようこころがけています。		
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	管理栄養士が献立を作成しますが、利用者の嗜好により代用食の準備が可能です。楽しい食事の後には利用者と職員と一緒に後片付けを行っています。また、利用者と相談し、利用者と一緒に、利用者の食べたい食事やおやつ作りを行っています。	献立は管理栄養士が作成し、併設の法人厨房から調理済み料理が届く。主食は事業所で炊いている。検査の職員が同じものを食し、利用者の要望や感想は栄養士に伝えている。月1回「調理実習」として利用者の希望の昼食と一緒に手作りし、時にはおやつ作りも楽しんでいる。外食は2か月に1回程度である。	利用者が希望するものを一緒に手作りしてみんなで食する日をもう少し増やし、食事が出来るまでの過程を楽しまれてはいいかがか。「調理実習」というネーミングも少し工夫を。
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	食事摂取量や水分摂取量のチェック表を使用し、摂取量に変化があるときは、嗜好等の確認を行うようになっています。場合によっては嗜好に合わせ、代用食等の検討を行っています。		
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	朝昼夕、声掛けにて口腔ケアを行い、口腔状態に注意しています。義歯を使用されている場合は、夜間職員が義歯洗浄剤にて洗浄するなど、利用者個々により対応が異なります。		

自己	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	排泄チェック表使用し、利用者の排泄パターンを把握しています。極力トイレでの排泄が行えるよう、利用者の状況に応じ、声掛けや誘導、介助を行っています。	布パンツ使用は3人、布パンツにパット使用は1人、紙パンツは5人である。利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、さりげなく他の人に聞こえないように声掛け誘導している。できるだけトイレでの排泄を促し、排泄の自立支援に努めている。	
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	個々の食事量や運動量に注意し、薬に頼らず、できるだけ自然な排便ができるよう支援しています。また、併設病院の管理栄養士には便秘に配慮した飲食物の工夫をお願いしています。		
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	入浴は毎日行い、利用者の希望に応じて入浴回数は様々です。利用者の希望に応じ柔軟な対応を行っています。	基本的には週3回の入浴としているが、利用者の希望に合わせて柔軟に対応しており、毎日入浴する利用者もある。入浴への抵抗感のある利用者には、タイミングを計りながら声掛けを工夫し、安心の入浴につなげている。	
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	利用者の生活リズムにあわせ、日課活動を強制することなく、思い思いに過ごせるよう配慮しています。居室ベッドだけでなく、他の利用者やスタッフの声が聞こえる安心できる場所として、ホールのソファなども自由に休める場所として使用できるようにしています。		
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	利用者ごとの「薬一覧表」を使用し、職員の周知を図っています。薬について不明な点は、居宅療養管理指導時に医師、薬剤師に、効果や副作用について確認を行っています。		
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	毎日が与えられる活動だけにならないよう、個々の特技や能力に応じた役割を持っていただくよう配慮しています。出かけたい場所や、食べたいものなども、出来るだけ希望に添えるよう努力し、楽しみを持って生活できるよう支援しています。		
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	利用者の希望や気候に合わせ、外出計画を立てています。以前と比べ、頻度は多くありませんが、飲食店やスーパーも利用者の行きたい所、食べたい店へ行けるようになってきています。外出を多く希望される利用者にはご家族の協力などをお願いしている状況です。	事業所は傾斜地の高台にあり、近隣に商店などがなく散歩には適していないため、車での外出計画を立て前向きに取り組んでいる。遠出のドライブは全員で年2回出かけ、利用者の希望によるスーパーへの買い物などには時々出かけている。不穏状態の利用者にはドライブで気持ちの落ち着きを図っている。	

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
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	利用者の能力に合わせ、金銭所持することで安心される場合や、希望される場合は金銭所持されています。買い物へ外出した時には自身で支払うことで、社会的感覚を維持していただくようにしています。		
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	ご家族からの電話や、利用者からかける電話にはコードレスホンを使用し、居室で使用してもらうことができます。また、現在1名の方が携帯電話を所持し、ご家族に連絡をとられています。手紙やはがきのやり取りは自由に行えるように支援しています。		
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	季節感や生活感に配慮し、季節の壁絵を利用者と共に作成したり、季節の花を飾るなどの工夫を行っています。また、換気をこまめに行い、自然の風や光を取り入れるよう配慮しています。	玄関前の広い平坦地にはベンチ、テーブルや椅子が置かれ、桜の木の下で利用者がお茶を飲むなどくつろぎの場所となっている。玄関ロビーや広い廊下には適宜ソファや椅子が置かれ、利用者がほっとして休憩できるよう配慮されている。リビングは床暖房であり、全体的に穏やかな温かさが保たれている。	
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	独りで過ごすことも、利用者同士で過ごすことも自由にできつろげるよう、共有空間とは少し隔てた場所となる、居室前にソファを設置しています。		
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、馴染みのものを持参、設置していただいています。家具などだけでなく、自宅で飾っていた写真なども持参いただき、その人らしい居室空間ができるようにご家族にも協力をお願いしています。	入居後も在宅生活と環境が大きく変わらないよう、広い居室には使い慣れた家具等の持ち込みを勧めている。それぞれ家族の写真や手作り作品などが飾られ、利用者の個性がうかがえる居心地の良い居室となっている。	
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	トイレや浴室を掲示するとともに、居室に関しては、居室が利用者自身で確認できるように、目印となる、花や人形、矢印など個々に合わせた印を掲示しています。		