

### 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	2874200195		
法人名	社会福祉法人みどり福祉会		
事業所名	グループホームみどり		
所在地	兵庫県相生市若狭野町雨内800-146		
自己評価作成日	平成29年12月10日	評価結果市町村受理日	平成30年3月20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29年12月28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)】

利用者個人々の意思を尊重した支援を行うことで、その人らしく快適な生活が送れるように支援しています。  
すべてのニーズに応えることは難しいですが、利用者自身が選択し自己決定することで自立した生活が送れるように援助しています

【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)】

山間部の自然に恵まれた環境に立地し、総合福祉施設の中にある1ユニット9名のグループホームである。採光よく四季の移り変わりが感じられ、ゆったりと広い共用空間は、テーブル席・ソファ・畳の縁台等を設置し、思い思いに過ごせる環境がある。献立から手作りの食事を提供し、利用者も好みや力量に応じて積極的に参加している。日常生活動作や掃除・調理等、自立した生活が継続できるように支援している。余暇係、行事・外出係を設け、日々のレクリエーションや季節の花・地域行事を楽しむ外出等、楽しみのお機会が持てるように取り組んでいる。施設内の他事業所との合同の行事に参加し、地域の高齢者の交流も継続している。利用者会議・家族交流会・納涼祭・運営推進会議等、利用者・家族の意見・要望を積極的に把握し、サービスの向上に努めている。

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 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、生き活きと働いている (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	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
<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	ホーム玄関及び事務所に理念を書いた額を掲示し常に見えるようにしている。職員会議の最初に全員で唱和を行い毎回確認している。	「私たちみどりの職員は利用者の人格を尊重し可能な限り自立した生活が営めるよう且つ地域や家庭との絆を保てるよう援助します。」を事業所独自の理念を明文化し、地域密着型サービスとしての意義を盛り込んでいる。玄関・事務所に掲示し、月1回の職員会議で唱和して職員への周知と意識づけを行っている。居室の掃除や調理・後片付け等家事に参加できる場面作りを行い自立支援を行ったり、地域行事への参加や地域からの来訪を受け入れ交流を図る等、理念の実践につなげている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	建物が集落から離れた山の上であり日常的な交流が難しい。地域行事に参加したり、2か月に1度の運営推進会議等で地域の方と話すことで交流を持っている。	立地条件から日常的に地域に出かけるのは困難であるが、秋祭り・とんど焼などの地域行事や小学校の運動会の機会に地域に出かけ交流している。事業所に、音楽・歌唱・活け花・パン作りの定期的な来訪がある。併設のデイサービスや小規模多機能事業所との合同行事で、幼稚園児・ボランティア・地域の高齢者と交流する機会がある。職員が地域の清掃活動に参加したり、認知症サポーター研修開催に協力する等、地域貢献にも取り組んでいる。	
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	村祭り等の地域の行事に参加したり、運営推進会議に地区の自治会長に出席してもらう中で地域の人に向けて発信している。又、地域で介護講座を開き認知症の理解を広めている。		

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
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議の中で出てきた支援についての話や意見をサービス向上に行かせるように努めている。</p>	<p>市の健康介護課職員・地域包括支援センター職員・自治会役員・利用者・利用者家族が参加し、2ヶ月に1回開催している。家族が交代で参加できるように参加案内し、利用者も家族と一緒に出席できるように配慮している。会議では、行事・事故ヒヤリハット・利用者会議・利用者状況を報告し、参加者から質問・意見等を受けている。自治会長からの地域の行事開催等の情報提供、市職員や地域包括支援センター職員から助言を受け、事業所の運営やサービスに反映できるように取り組んでいる。</p>	<p>運営推進会議の議事録は、個人情報保護に配慮したうえで公開することが望まれる。</p>
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>2か月に1度の運営推進会議で定例報告を行い、その他必要に応じて随時相談連絡を取り連携を取っている。</p>	<p>運営推進会議に市職員・地域包括支援センター職員の参加があり、利用者の状況や事業所の取り組み等を伝え、情報や助言を受け連携を図っている。認知症サポーター研修開催、ケアマネ協会やグループホーム事業所連絡会を通して、市と連携する取り組みがある。</p>	
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>代表者および全ての職員が「介指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</p>	<p>マニュアルを作成し職員が認識できるようにしている。また、研修にも参加している。ペランダや勝手口の施錠は行っていないが、玄関は車の往来があり安全の為に中からはロックしている。</p>	<p>重要事項説明書に、身体拘束・行動制限を行わないことを明記し、契約時に利用者・家族に説明し、身体拘束を行わないケアを実践している。スピーチロック等については、管理者が注意喚起意識向上につなげている。玄関は駐車場に面しているため事故予防上施錠しているが、通用口は施錠せず、利用者に外出の意向が感じられる場合は職員が対応し、閉塞感を感じないように支援している。</p>	<p>「身体拘束廃止」「虐待防止」「権利擁護に関する制度」「プライバシー保護」等、必要な研修については、「年間研修計画」をもとに計画的に実施することが望まれる。職員会議での事業所内研修や伝達研修については、参加できなかった職員も含め、職員の周知が確認できる仕組みづくりが望まれる。</p>

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
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	マニュアルを作成し、虐待が起こらないように常に見守りを行っている。研修に参加し虐待防止の意識を高めている。	高齢者虐待防止について外部研修に参加し、職員会議で伝達研修を行っている。管理者が、職員の言葉かけや対応が不適切ケアにつながるがないように、注意喚起し意識向上に取り組んでいる。管理者は希望に応じたシフト調整や話しやすい職場環境づくりに努め、法人は衛生委員会の設置・ストレスチェックの実施・福利厚生の実施に努め、職員の疲労やストレスがケアに影響しないように取り組んでいる。入浴時等には利用者の身体状況に留意し、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。	
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	研修や勉強会を行い理解を深めている。以前利用されていた方もおり、相談に応じて必要な方へ紹介できるようにしている。	成年後見制度等、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を持ち、職員全員が一定の知識を持つことが望まれる。以前に成年後見制度利用の事例があり、制度利用の必要性や相談があれば、管理者が窓口となり、関係機関と連携して支援できる仕組みがある。	
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	契約時に重要事項説明書に基づいて契約内容、ホームでの生活について口頭で説明し、書面を確認してもらい理解してもらっている。	利用希望者には見学を勧め、パンフレット・料金表をもとに概略を説明している。契約時には契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って説明を行い、理解と同意を得ている。質問が多い重度化・終末期対応については、「看取りの指針」と法人内のバックアップ体制について説明を行、家族の不安の軽減を図っている。契約書・重要事項説明書の内容に変更が生じた場合には、変更前・変更後の内容を記載した文書でわかりやすい説明に努め同意を得ている。	

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
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	来所時に直接職員が聞く他に、運営推進会議に家族に交代で出てもらい意見や要望を聞き運営に反映させるように努めている。	運営推進会議に、利用者と一緒に家族が交代で出席できるように参加を案内し、外部者にも意見を表せる機会を設けている。毎月利用者会議を開催し、利用者一人ひとりに意見や要望を聴き、行事や食事等に反映している。家族の面会も多く、面会時には職員から近況を報告し意見や要望等を引き出せるように努めている。「陽だまり心聞」を2カ月に1回発行して行事や活動を、毎月「はがき」を送って本人からのメッセージと生活の様子を伝え、家族が意見・要望を出しやすいように努めている。家族交流会を年に1回開催し、納涼祭に家族を招待し、家族同士の交流・家族と事業所の交流を持ち、話しやすい関係づくりに取り組んでいる。家族からの意見や要望は個人的な内容が多く、介護計画に反映する等個別に対応している。	
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	職員会議で話をするほかに、必要に応じて個別に管理者と話し合っている。	月に1回職員会議を開催し、職員が意見や提案を出し合い、管理者も参加して把握している。職員の意見・提案は、利用者へのケア・行事の運営・業務分担などに反映している。月に1回、担当職員が法人の衛生会議に参加し、事業所職員の意見を伝える機会を設けている。利用者との馴染みの関係に配慮して、職員の異動は最小限にとどめている。	
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	職員会議等の場で職員の意見が反映できるように努めている。		
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	外部の研修や法人内での研修で個々の職員に合った研修に出来るだけ参加できるようにしている。		

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
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る。	近隣のグループホームとの連絡会を定期的に持ち、施設研修や勉強会等の機会を持っている。		
<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	本人や家族に望まれていることや不安なことを確認しながら、一緒に考え支援を行い安心につなげている。		
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	家族から希望や意見を聴く機会を持ち直接話を行い、それ以外でも電話で相談を行い関係作りに努めている。		
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	サービス導入する段階で他のサービス担当者とも相談を行い必要とされている支援が行えるように努めている。		
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	食事の準備・片付けや洗濯、掃除等の日常の家事はそれぞれが得意な部分で役割を持ってもらい一緒に行っている。園芸作業では利用者に教えてもらいながら作業を行うなど共に行い関係を築いている。		
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	家族交流会や納涼祭等機会ごとに行事に参加してもらい普段面会の少ない家族にも出来るだけ関わってもらうようにしている。面会時には本人の状況を伝えると共に、支援のための協力を求め共に支える関係を築いている。		
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	住んでいた地域の行事に参加したり、馴染みの場所での買い物や外食を行い、馴染みの人や場所との関係が途切れないような支援に努めている。	家族・友人・知人等馴染みの人の来訪時には、居室に案内しゆっくりと居心地よく過ごしていただけるように配慮している。買い物・地域行事・外出行事の際などに、馴染みの場所に出かけたり、車で立ち寄りたりできるように努めている。複合施設の利点を活かし、デイサービスや小規模多機能事業所を訪ね合ったり、合同行事に参加し、馴染みの人との関係継続を支援している。	

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
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	利用者同士の関係を把握したうえで、それぞれが得意なことで他の利用者を助けていけるような役割を持ってもらい、一人ひとりが孤立せずに支え合えるような関係が築けるように支援している。		
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	利用終了後も何か相談があれば何時でもお受けしていることを伝えている。また、何時でも気軽に来所して欲しいことを伝えるようにしている。		
<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	毎月利用者会議を開き一人一人の意見や要望を聞いている。意向が聞き取りにくい方に関しては、今までの生活で好まれていたことを取り入れ暮らしやすくなるように努めている。	日々のコミュニケーションの中で把握した思いや意向は、ケース会議で共有し支援に反映している。月に1回利用者会議を開催し、利用者一人ひとりの意見や要望を聴取し、行事・外出・食事等に反映している。認知症状の進行等に伴い思いや意向の把握が困難な場合は、利用者が理解しやすく答えやすい質問の仕方を工夫して把握に努めている。	
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・家族からの直接以前の様子を聴いたり、今まで関わりのあったサービス担当者から情報提供を受け、これまでの暮らし方や生活環境の把握に努めサービスに反映するようにしている。		
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	利用者の状態を日々観察し、職員間で情報を共有して現状を把握す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
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	家族とは来所時や電話で利用者の課題について話を持ち、職員間では月1回のケース会議で話し合う機会を持っている。訪問看護師や医師とも必要に応じて話す機会を作っている。	アセスメントシートでADL・IADL等を把握して課題抽出し、居宅サービス計画書・週間サービス計画書・日課計画表を作成している。サービスの実施は、日中・夜間に分けて経過記録に記録している。利用者担当職員が経過記録と利用者本人への聞き取りをもとにモニタリングを実施し、モニタリング表を作成している。毎月のケース会議で、利用者の状況や支援方法について検討している。定期的には6ヶ月に1回計画の見直しを実施している。見直し時には、モニタリングをもとに、家族も参加して担当者会議を実施している。	介護計画に基づいたサービス実施状況が確認できるような記録の工夫が望まれる。見直し時には再アセスメントの実施と、担当者会議録に関係者（医師・訪問看護師等）の意見等を記録として残すことが望ましい。
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	日誌やケース記録以外にも毎日の申し送りノートや医療記録等で情報を共有し実践や計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の個別の希望に対しても可能な限りこたえるように取り組んでいる。		
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	祭などの地域行事に参加し地域とのつながりをもち楽しめるように支援している。		
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	隔週で主治医に往診して頂いている。何かあれば相談を行い受診するようにしている。	契約時に、利用者・家族に、協力医療機関の説明と意向確認を行っている。協力医療機関により、2週間に1回の内科の往診と、必要時の歯科・精神科・皮膚科等の診療を受けられる体制がある。協力医療機関での受診には職員が同行している。往診・受診については、内容に応じて分冊した受診記録に記録し、情報共有を行っている。必要に応じて、電話等で家族に報告し連携している。法人内の訪問看護事業所から週1回訪問があり、健康管理と医療連携が行われている。内容は訪問看護記録に記録し、職員に周知している。	

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
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	訪問看護ステーションと医療連携体制をとっている。週一回訪問してもらい一人一人の健康状態の把握と医療に関する相談やアドバイスをしてもらっている。		
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。	入院時は病室を訪問し病棟の看護師や担当医に状態を確認するようにしている。また、必要に応じてワーカーとも相談を行うようにしている。	入院時には介護サマリーで医療機関に情報提供を行い、適切な医療・看護が受けられるように支援している。入院中は面会に行き、看護師・医師から利用者の状態を把握し、早期退院に向けて支援している。退院カンファレンスや地域連携室との連携で退院前に情報を得て、退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の支援に活かしている。	
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	家族や主治医と話し合い、出来る限り希望に添えるような支援が行えるように取り組んでいる。	「看取り指針」を策定し、契約時に説明し手交することになっている。重度化・終末期介護の事例はないが、重度化の傾向が見られる場合は、家族に法人内のバックアップ体制を説明し、医師とも連携を図り、利用者が現状に即したサービスが受けることができるように支援する仕組みがある。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成。AEDの講習や避難訓練、救命講習等を定期的に行っている。		

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
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	夜間想定を含めた避難訓練を行っている。地域とは離れており協力を取ることが難しいが、近隣の施設と協力・連携を取るようになっている。	年に1回、若狭野福祉村合同で自然災害の防災訓練を実施し、29年度は土砂災害のシュミレーション訓練を実施している。隣接する施設と合同で、年に2回、昼夜想定で、通報・避難誘導・消火の総合訓練を、利用者参加で実施することとし、29年3月に昼間想定で実施している。次回は、30年3月に実施予定である。水・非常食等三日分の備蓄を、事業所内で備えている。非常食のリストを作成し消費期限等も確認している。懐中電灯やカセットコンロも設置している。	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られるように、年2回以上避難訓練を行うことが望まれる。
<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	利用者一人一人の性格や誇りに配慮した言葉かけや対応を心掛けて支援している。	外部講師を招いた施設内研修で接遇研修を行い、事業所から職員が参加し、利用者を尊重した言葉かけや対応について学ぶ機会を設けている。職員会議での伝達研修を予定している。居室訪室にはノックする等、共有空間とプライベート空間との区別をつける、介助時にプライバシー・羞恥心に配慮するなど、管理者が注意喚起し意識向上に努めている。個人記録類は事務所の鍵のかかる書庫に保管し、個人情報の管理を行っている。	利用者の写真の、掲示・「陽だまり心聞」「広報誌」への掲載・ホームページへの掲載等については、文書で同意を得ることが望ましい。
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	日々の生活の中で思いや希望が表出し易いような関係性を築くようにしている。利用者会議で希望を聞く他、行事や余暇活動への参加の有無を個々に確認し自己決定ができるように努めている。		
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	今までの生活に近い生活が送れるように個々の思いを把握し、利用者が主体となれる生活が送れ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
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	日常の更衣は、本人の意思を確認しながら身だしなみに気を付けて行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎月の利用者会議では食事の希望を聞き、誕生日には本人の希望メニューを出している。食事の準備や片付けはそれぞれが出来ることを活かして職員と一緒に行うようにしている。	隣接する施設の献立を参考に、職員が利用者の好みや季節を取り入れ献立を立てている。献立に沿った食材を発注し、搬入を受けて、毎食事業所で手作りの食事を提供している。利用者会議で利用者の希望を聴取し献立に反映している。誕生日には、本人の希望メニューで昼食を提供している。下ごしらえ・配膳・下膳・食器洗いなど、利用者の力量や意向に合わせて参加できるように支援している。定期的に、おやつ作りやボランティアによるパン作りの機会を設け、外出行事で外食を楽しむなど、食を楽しめる機会作りに取り組んでいる。	
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	毎日の食事と水分摂取量のチェックを行っている。食事量が少ない方には調理方法や提供方法を工夫し、水分摂取が少ない方には個別に対応し飲んでもらえるように支援している。		
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	毎日口腔ケアを実施。見守りや声掛け、必要に応じて介助を行っている。口腔内の状態により随時歯科受診を行っている。		

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
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	排泄チェックを行い個々の排泄パターンを把握し声掛けやトイレ誘導を行い失禁が少なくなるように支援している。	排泄チェック表で利用者個々の排泄パターンと排泄状況を把握し、昼間は可能な限りトイレで排泄ができるように支援している。夜間は安眠にも配慮し、利用者の状況に合わせて排泄支援している。必要時にはケース会議で、現状に即した介助方法や排泄用品について検討している。介助時のトイレのカーテン・居室の扉の開閉や、誘導時の声かけに留意し、プライバシー・羞恥心に配慮するように周知している。	
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	便が出にくい方には起床時に水を飲んでもらったり、朝食時に牛乳を飲んでもらう等の対応を行っている。また、毎日の散歩やラジオ体操で運動が出来るようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日や時間帯は決めているが、その中で一人ひとりの希望を聞き、入りやすいタイミングで入浴してもらっている。	週に2回、午後入浴を基本としているが、利用者の体調や希望などに応じて柔軟な対応に努めている。異性介助を嫌がる利用者には同性介助を行っている。入浴を嫌がる利用者も、気持ちよく入浴してもらえるように声かけや誘導を工夫して支援している。個浴で、利用者の好みに合わせた湯温でゆっくり入浴でき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	日中は本人の意思や体調に合わせて居室や居間のソファで休んでもらっている。夜間は他の利用者の迷惑にならない限り好きな時間で就寝してもらっている。		
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	個々の利用者のケースファイルに薬の情報を添付。それぞれの薬について種類や効果・副作用等を把握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
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	手芸が好きな方、絵が好きな方などそれぞれが好きなことをしてもらえるように材料等を用意し支援している。また、週一回飲酒日を設けたり、随時で買い物外出を行ったりし気分転換が図れるように支援している。	/	
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	それぞれの希望を聞いて外出支援を行っている。すぐに対応できない場合は話し日程をずらすなどし対応するようにしている。	行事・外出係を設置し、月1回は外出する機会が持てるように取り組んでいる。初詣・地域行事、また、梅・桜・チューリップ・藤・アジサイ・ひまわり・コスモス・紅葉等季節を感じる外出等、外出の機会を設けている。外出時には外食を楽しむことが多い。日常的には、敷地内の散歩を日課としている。	
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	日常的に所持が可能な方は家族と相談の上持っていたい。外出時の買い物では持っている方は自分で支払いを行い、普段持たない方はお金を渡し本人が支払いをできるように支援する。	/	
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	公衆電話を設置し好きな時に電話が出来るようにしている。希望があれば手紙のやり取りを支援している。又、毎月ハガキを作成し家族に出してもらっている。	/	
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	玄関や居間に季節ごとの花を飾ったり、季節の貼り絵を利用者と作成し貼り出している。室内温度や室内光度も常時気を付けて調整している。	ゆったりと広いリビングは、採光よく明るく開放的で清潔感がある。テーブル席・ソファ・たみみの縁台を適所に設置し、思い思いの場所で過ごせる環境である。玄関からリビングへの廊下も広くて長く、椅子も設置され、一人になれる場所もある。月に2回のボランティアによる活け花を、玄関やリビングに飾り季節感が感じられる。壁面には、利用者と共に制作した季節の飾りや、外出やイベント参加時の写真などが飾られている。加湿器を設置し、感染症予防にも努めている。	

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
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	玄関や居間にベンチやソファ、畳の縁台、椅子を置きそれぞれ一人になったり一緒に過ごせたり出来るように工夫している。		
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	居室に使い慣れた家具や好みの物を置いてもらったり、家族の写真を壁に飾り安心して暮らせるように工夫している。	居室はゆったりと広く、洗面台・ベット・クローゼット・床頭台の設置がある。タンス・椅子・テレビ・家族の写真・自身の作品など、利用者の馴染みのものや好みの物の持ち込みを勧め、居心地よく過ごせるように支援している。日曜日には全員で掃除する日を設け、また、週に2回各居室の掃除の日を設け、利用者が可能な範囲で参加できるように自立支援に努めている。	
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	居室やトイレなど間違えやすい場所には張り紙を表示し、一日の予定をホワイトボードに書きだす等でそれぞれが自分のペースで生活できるようにしている。		