

### 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	2891300028		
法人名	社会医療法人社団 正峰会		
事業所名	メディケア柏原		
所在地	兵庫県丹波市柏原町柏原1436-1		
自己評価作成日	平成27年12月3日	評価結果市町村受理日	平成28年2月24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)】

・認知症対応型グループホームでの取り組みとして脳活性リハビリ(くもん学習)、運動療法、生活リハビリを取り入れ進行予防に努めています。  
 ・生活リハビリにて食事の盛り付け、食器拭き、食器すすぎ、洗濯物たたみ等の役割を見つけ職員と共に取り組んでいます。  
 ・健康面においても水分量1500cc・食事・排泄・運動・に力を入れ体調管理にも努めています。  
 ・母体病院との連携にて月2回の往診や週1回の訪問看護にて健康管理の充実を図っています。  
 ・地域資源を利用して、外出買い物、理美容室の利用、書道教室、音楽療法、ハンドマッサージ、ボランティア来訪等地域交流の場として取り組んでいます。

※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/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2891300028-00">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2891300028-00</a>
----------	---

#### 【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館 6階		
訪問調査日	平成28年1月12日		

#### 【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)】

入居者が日々くもん学習、足の運動、体操、その人にあった役割の取り組みの継続・積み重ねが一番のリハビリと捉え取り組んでいる。入居者と家族のつながりが良好に継続できるよう支援し、家族の訪問回数が増える等実績も見られる。また、母体法人の協力病院と連携し入居者の健康管理に努め一人ひとりにあった細かいケアを行っている。緊急時の対応で家族の意向確認する書式を整備し希望に沿った対応ができるような取り組みがみられターミナルケアの取り組みもある。地域の社会資源やボランティアを利用し、地域交流を図り入居者と地域とのつながりを大切にしている。

### 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 (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、活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

[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
<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	玄関及び、事務所に理念を掲げている。 出勤時、朝礼時、毎月のユニット会議にて音読や、唱和をおこなっている。 法人の取り組みである、クレドを4月から朝礼時、ユニット会議にて唱和するとともに、ユニット会議において、職員一人づつ、クレドの目標を発言し、共有している。	クレド(法人理念)に私たちの挑戦という5つの目標を掲げている。 理念は平易な言葉で記述され、誰にとっても理解しやすく、実践的な内容である。朝礼、会議時に唱和し、日々の介護を振り返る際に活用している。	
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	地域ボランティアの来訪、書道教室、ハンドマッサージ、コーラス等共に過ごし楽しんで頂いている。 近隣の店への買い物等を通して地域に密着した生活に取り組んでいる。	地域から定期的にボランティアが来所して交流が継続されている。 入居者の散歩・外出を積極的に行い、途中で出会う地域の方との会話や相互交流も日常的になされている。	ホームでのケアへの取り組みや活動内容を積極的に地域に発信し、双方向の交流を活発にすることが期待される。
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	3ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、地域の区長、民生委員、介護相談員に参加して頂き、対応に困ったケースやその対応などを報告し、理解を深めて頂いている。認知症サポーター養成講座を開催し認知症について学習をして頂いた。		
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	運営推進会議に家族会代表として家族にも順番に参加して頂き、ホームでの取り組み(音楽療法、書道教室等)の説明や見学をして頂き、意見を頂いた。今年度は、3ヶ月に1回奇数月に開催できた。(丹波市では地域密着型サービス第三者評価の実施回数の緩和に係る適用通知書に基づく)	区長、民生委員、介護相談員、市役所職員が会議に参加し、相互の情報発信と意見交換がされている。家族は毎月順番に参加している。ホームの状況報告に加えて地域の悩み事が提示され、一緒に解決策を考える場になっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議、丹波市グループホームネットワーク会議、柏原地区地域ケア会議等に積極的に出席し、情報交換や情報共有に努めている。	運営推進会議をはじめ、各種会議に参加して頻りに外部関係者と情報交換がなされている。 市の担当者とはすぐに相談できる関係が構築されている。	

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
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	利用者の身体的安全、職員の手薄な時間帯(特に夕方以降)にやむを得ず、玄関の施錠を行うことはあるが、身体拘束ゼロ、拘束をしないケアを目指し日々取り組んでおり、これ以外の身体拘束に類する対応は行っていない。…H27年11月5日、6日には身体拘束に関する勉強会を開催している。	できるだけ自由に歩けるホームを目指して、身体拘束を行わない方針でケアにあたっている。 対応が難しい事例を話し合い、拘束をしない対応方法を検討し、それが職員の意識向上の研修の一環となっている。	
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	虐待防止マニュアルを基に、情報や職員間の意見から問題視し、検討することで虐待防止に努めている。	個別事例の対応については申し送りやユニット会議で話し合い、虐待に至らないよう職員間で意識共有している。 ユニット間で適宜職員を交代しながら対応困難な入居者に接する等、職員間でフォローし合っている。 また職員が悩み等を抱えている時は、法人内の病院の心理士に相談できる窓口がある。	ストレスや疲労がケアに影響を与えないよう、管理者を含めた職員全員のストレスを定期的に確認、軽減するための仕組みを整備することが望まれる。
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	平成26年12月26日に内部研修を行った。今年度についても開催予定あり。	制度を利用する入居者はいないが、研修を実施して権利擁護の周知を図っている。 パンフレット等はホーム内においていないものの、制度利用の相談の折には、市や地域包括支援センターに紹介できるよう取り組んでいる。	
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居前の見学時や契約時に、契約書・重要事項説明書に沿って、家族に説明し、同意を得ている。また、質問、疑問点等があれば、いつでも相談に応じる旨も伝えている。	見学時や説明時に管理者が書類を元に説明している。 入居者も入居前に面談等を行い、納得した上で入居している。 入居待機者に対しても、半年から一年ごとに現況と入居の意思確認の連絡をしている。	
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	家族の面会時や日々の生活の中で会話をし、要望、苦情などを聞き取り、業務に反映している。	ホーム訪問時に家族に意見を聴取する他、年2回、土日に家族会を開催して家族同士の交流機会を設けている。 満足度調査を年1回実施し、そこでも意見を確認している。 苦情については、苦情相談書に記録して申し送りを通して職員間で共有し、解決に努めている。	
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	月1回、ユニット会議、責任者会議、各委員会を開催し、職員からの意見や案を抽出し、改善できるよう検討している。法人全体としての取り組みで「クレド」を立ち上げ、職員が目標に向かい意見や提案が出来る体制作り役に立っている。	ユニット会議では職員でローテーションで司会と記録係を分担する仕組みに変更した。その結果、管理者から一方的に情報伝達するだけでなく、職員一人ひとりから思いや意見を主体的に伝え合う会議に変化し、それが業務改善に寄与している。 また年2回人事考課を行い、職員意見を運営に反映する機会となっている。	

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
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	年2回、個別に育成面接を行い、日頃の努力を認め、事業所における役割を見出し、モチベーションが下がらないよう、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	職能チェックリストにて、個々の力量を把握している。不足している業務を目標チャレンジシートで目標に掲げ、具体的遂行手段を挙げ、不足分を充足できるよう努めている。また、法人内外の研修、講演会に参加し、自己研磨に努め、会議にて研修報告を行なう機会も設けている。		
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	丹波市サービス事業者協議会に参加し、情報交換や研修会、他事業所見学等を行っている。また、柏原地区地域ケア会議にも出席し、柏原地域の事業所とも交流を行っている。丹波市地域密着型サービスネットワーク会議が3ヶ月に1回開催され各事業所の報告や情報提供、相談等を行っている。		
<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	バックグラウンドや自宅での生活習慣等を参考に、スムーズな会話へ繋げ、今後の信頼関係の構築につながる様努めている。また、本人の表情や言葉から、悩み・不安・要望などを読み取り、安心した生活を送って頂けるよう対応している。		
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	家族と話し合う場を設け、不安や要望、自宅での対応方法など聞き取り、安心して利用して頂けるよう対応している。その中で必要に応じ、安全・安楽確保のための福祉用具の購入やレンタル他、個別に協力を依頼し、共に本人を支えていく関係を築く様に努めている。		
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	本人のその時の状態や本人からの相談、また面会時の家族からの相談内容等から、その方の今に何が必要かを検討し、必要に応じて地域の他サービスの提案も行なっている。また、入居後間もない利用者や状態に特に留意が必要な方については、入居前からの主治医との関係性を重視し、必要時には書面でのやりとりも行いながら、医療面のサポートを確実に受け続けることができる様に支援している。		
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	24時間共に生活する仲間として、支え合い、助け合い、協力しながら人間関係を築いている。		

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	
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	入居受入れ時や援助計画作成時、また日々の生活の中で必要が生じた際に、家族にケアへの協力、また参加を求め、共に本人を支えるスタンスを共有している。また家族に行事やアクティビティに参加していただき、本人とホーム内で接する機会を増やしていくことで、職員とも関係を密にしている。	/		
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	数ヶ月に1度、少ない方でも年1回はご家族の協力を得て生まれ育った地域への帰郷外出を支援している。親戚や近隣の方と久しぶりに会えるなど、有意義な機会になっている。	入居者・家族にしたいことを聴取して、年1回の誕生日会で外出・外食をしたり、入居前の地域に帰郷したりしている。地域の親類や近隣の方と交流してなじみの関係が途絶えないように配慮されている。		
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	共同生活の場として助け合い、励ましあい、協力しあう関係作りを職員、利用者同士共に行なっている。時に利用者が利用者の体調を気にして声をかけたり、更衣介助をして下さったり、散歩時手をつないで一緒に歩いて下さっている事がある。	/		
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	入院時または他事業所へ移れる時は、利用者の心身状態をサマリー等に記録し、情報提供を行っている。また、入院先、退居先の事業所との連携を継続して図るとともに、退居後も介護、医療に関する相談に応じている。	/		
<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	センター方式アセスメントを活用して利用者の思いや希望の抽出に努めている。また、必要時にケアカンファレンスを開催し、家族、また可能であれば本人にも参加して頂くことで思いや希望を聴取している。	半年に1回アセスメントシートを用いて、入居者の希望を確認している。意思疎通が困難な方については、日々の身体状況や観察、家族への聞き取り等から情報を収集し、職員間で話し合いながら本人の思いをくみ取るようにしている。		
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	入居時に自宅での生活の様子や生活歴、家族構成(家族の呼び名まで)等を書面化し、把握している。日々の会話の中で何度も出てくる言葉は、家族に聞き、情報収集している。	/		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、その日のバイタル、状態の変化などは毎日記録に残し、その中でも特に重要な情報は、記録の確認とは別に口頭で申し送りをした上、朝礼にて報告し職員間で共有を図っている。	/		

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	月に一回はモニタリング会議を開き、現プランが現状と合っているかを職員間でチェックしている。また、プランの改定時は家族からも希望や意見を聴取し、それらを反映するように計画作成者と担当者が共同で作成している。	意向を入居者・家族に確認した上ケアプランを作成している。毎日モニタリング評価用紙を用いてケアプラン項目の実施有無を記録し、月1回出勤した職員間でケアプランの評価をしている。	
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	日々の様子やケア実施内容は個々のケース記録に残している。その記録をもとに担当者がモニタリングを実施し、モニタリング録をプランの見直しに活用している。		
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	1人ひとりの嗜好や趣味を活かす視点から、地域の書道教室への参加、出身地への里帰りなどの個別外出を援助した。また、家族対応の受診の際にも、不安を訴えられる家族には、利用者の介助として付き添いを行った。		
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	地域活動、ボランティア、店、介護相談員訪問、など地域を利用する事で密着した生活を支援することができる。		
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	2週間に1回、協力医療機関（法人母体病院）からの往診診療がある。緊急時や時間外、休日対応も行ってくれる。本人や家族の要望により、その他のかかりつけ医への受診の支援も行っている。	協力医療機関からの定期的な往診があり、熱発等の際は職員が受診同行している。協力医療機関以外の受診時は、家族が受診に付き添うが、事業所から日頃の状況を病院に連絡したり、受診後に家族に薬等の確認をする等、情報共有が図られている。	
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	週1日の訪問看護があり、利用者の健康状態を把握した上で報告し、同時に医療面の相談などを行っている。また月2度の往診に付き添い、主治医とコミュニケーションを図っている。		

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
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。	入院は、ほとんど法人母体病院になるため、病棟看護師や医療連携室職員とのネットワークは構築されている。入院された場合は、こまめに様子を伺いに行き、看護師、医療連携担当者から状況確認を行い早期退院に向けての相談も行っている。	入院時には病院にサマリーを送り、入院前情報を伝達している。入院中の様子を見に行き、看護師や医療連携担当者から状況確認をしている。退院前カンファレンスにも参加し、退院後の安定した生活支援に必要な情報を確認している。	
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、事業所です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	重度化、終末期にさしかかった場合は、医師、家族を交えた話し合いの場を設け、本人・家族の思いにできるだけ寄り添った支援ができるよう取り組んでいる。家族様へ重度化、終末期のアンケート調査を行い家族様と情報の共有を行っています。地域で支える為の相談業務も説明させて頂き、今後も家族様利用者様の要望に傾聴していきたい。	延命治療に係る意向確認を実施している。回答内容は協力医療機関とも共有して、可能な限りホームで生活が継続できるよう支援に取り組んでいる。近隣の訪問看護事業所と連携を図りながら、重度化した後もホームで最期まで生活できる体制作りに取り組む姿勢がみられた。	
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	救急救命講習の開催を予定している。また日々、緊急時の対応について学ぶ機会を設けるとともに、訪問看護師による勉強会を開催している。		
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	消防署指導の下、水難想定訓練年1回、また地震・火災想定訓練年2回を実施している。地域の消防団の協力体制を区長を通じ、お願いしており、5月の地震・火災想定訓練では消防団の立会い、助言を頂いている。	年2回の避難訓練を行い、今回地域の消防団が初めて参加した。また水難想定訓練を年1回独自に実施している。災害対策について運営推進会議でも議題にあげられ、ホームを避難所として活用し、地域に職員が応援に行くことも想定している。	
<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	H27年度は6月にお1人の利用者の事例を通し、接遇面の改善を全職員で図っていくことを学ぶ機会を持った。また10月～11月にかけても、別の利用者の援助を通して、本人の思いや誇りを尊重し、不安感をやわらげ、穏やかに生活して頂くための援助を実践する取り組みを行っている。	本人・家族の立場を考えた言葉遣いや対応を心がけ、優しい言葉かけや対応をする姿が確認された。また、実際の事例を検討する形で研修を行い、会議や文書等で意識共有を図っている。外出時の入居者への接し方が丁寧であると地域住民から評されたこともある。	
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	自分の思いをなかなか表現できない方に対して、まずは事前の声かけにて反応を見、その様子によって思いを汲み取るように努めている。また、本人の行動や言動などを記録し、アセスメントを行うことで、そこから本当のニーズを掴む様に努めている。		

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
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	一人ひとりのご希望、嗜好や生活歴から得た情報をもとに日課や楽しみになるものに取り組む援助を行っている。(援助計画は少なくとも6ヶ月に1回、また必要な場合は随時見直しを行っている。)また日々、個々の生活において無理のない程度に声掛けを行い、本人の行動、表情、様子から今の状態を把握、判断することで個々の生活リズムを大切に支援している。		
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	お気に入りの素材や好みの色を毎回、尋ねながら、その日の気分にあったおしゃれができるよう支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者、職員が同じテーブルを囲み、食事をすることが当たり前になっている。また一人ひとりの能力に応じ、食材切り、盛り付け、洗い物、食器拭き、食事準備や片付けに参加されており、日々の日課となっている。月1回のおやつ作りにも参加、作るよこびから食べる楽しみを支援しています。	食事は準備から後片付けまでのなかでそれぞれできることを手伝ってもらい、役割を持ちその人の残存能力を活かすよう取り組んでいる。状態に合わせて食事形態を変えたり、とろみをつける等工夫している。また、楽しみとなるよう食事時はテレビを消し、職員が間に入り会話を楽しむようにしている。月に一度はおやつを手作りし楽しい時間を共有している。	
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	法人内管理栄養士が献養を作成しているため、栄養バランスは十分にとれている。配膳時、個々に応じた大きさ、軟らかさ、量を調整し、配膳を行っている。水分不足に注意し、寒天で摂取して頂く等の配慮も行い、全員の水分量をチェックしている。		
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	食前に食事前体操、うがいを、食後には口腔ケアを行い、清潔保持に心掛けている。		
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	日中は排せつに介助が必要な方でも極力パッドを外し、排泄パターンや排泄前のサインを理解して、トイレ誘導を行っている。個別に排泄アセスメントを行い、個々に合わせた排泄サポートが行えている。TENAを導入したことで夜間の睡眠確保と日中の余暇活動の支援にも繋がっている。	個々の排泄パターンを把握したり、しぐさ等でトイレ誘導を行い、トイレでの排泄支援を行っている。トイレ誘導時の声掛けの仕方に注意したり排泄中は外で待つなど羞恥心へ配慮した介助を心掛けている。	
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	適度な水分量を摂っていただくために一人ひとりの一日の水分目標値を設け、摂っていただいている。水分が不足になりがちな方に対しては寒天ゼリーで代用している。排便促しにてヨーグルト毎夕食時提供するなど排便コントロールを行っている。		



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
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	入浴の時間帯は広く設け、夕食前に入りたい方、夕食後に入りたい方、毎日入りたい方、隔日で入りたい方など、個々の希望に添うかたちで支援している。	入浴は全身状態の観察の機会でもあり一人ひとり個別に入り、時間も今までの習慣で夕食後に希望される方も多い事より夕方から夜間にかけていつでも入れるよう体制をとっている。 脱衣所にトイレもありプライバシーにも配慮したつくりになっている。	入居者は年数がたつにつれ状態変化が考えられ、将来重度化した時に対応できるよう、介護力の向上や設備面の検討が望まれる。
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	一人ひとりが夜間最もよく休めるように個々に応じた就寝時間にお声かけをし、就寝介助を行っている。TENAを導入したことで、夜中のトイレ誘導やおしめ交換を省き、安眠に繋がっている。		
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	現在服用されている薬の種類や用法は、説明書をケースファイルに閉じておりいつでも確認できるようにしている。また処方薬が変更された時は往診記録や受診報告にて周知している。		
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	一人ひとりの役割や楽しみはサービス計画のひとつとして日々取り組んでいただけるように支援している。(調理、テーブル拭き、食器片付け、自主学习、ウォーキング、読書、書道、音楽など)		
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	個々のその日の要望によって、買い物や喫茶、散歩などの外出を実施している。特にお誕生日には外食を企画させて頂くことが多く、好評を得ている。また家族の協力を得て遠方への外出行事を実施したこともある。運動療法として散歩を掲げホーム周辺利用者様の歩行状態に応じた距離を散歩行ったり近くの公苑にて散歩行うなどしている。	日々、買い物や散歩等多くの外出の機会を持ち、近所のスーパーや商店とは馴染みの関係ができています。 花見や季節ごとの外出も企画し楽しめる支援を行っている。 また、一人ひとりの誕生日には本人希望を聞き、家族の協力も得ながら外食や希望の外出支援の取り組みがうかがえた。	
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	個人購入分は全て立替にしていますが、外出買い物時には、金額に応じた買い物、支払い時にお金を手渡しする等、希望や能力に応じてご自分で購入して頂けるよう支援している。		
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	個々の希望に応じ、家族への電話や手紙の支援を行っている。		

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
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	リビングルームに季節を感じられる飾り付けを施したり、玄関やベランダに草花を置くといった工夫をしている。	リビングは、過ごしやすいよう季節感を出したり、テレビをつけたままにせず落ち着いた雰囲気になっている。 また、畳のスペースでくつろげたり、気の合った人とゆっくり過ごせる場として廊下にベンチやソファを設置している。	
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	リビングルームに畳スペースを、廊下に椅子(対面に配置)を、また玄関前にベンチを設置し、ゆっくり談話できるスペース作りに努めている。		
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	家具は備え付けのものがあるが、馴染みのあるものがあれば持ってきていただけることをご説明している。写真や本などのほか、仏壇やテレビ、トレーニング器具、観葉植物、ミシン、卓上炬燵等を持ってこられている方がおられる。	居室には個別の支援がしやすいようトイレと洗面所が設置され家具も備え付けられている。 入居者が落ち着いて過ごせるよう持ち込みに制限せず使い慣れたものや馴染みのものを持ってこられ、思いおもいに過ごせる配慮がなされている。	
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	居室前に表札や目印となるものを掲げることによって一人ひとりが自分の居室を判別できるようにしている。またリビングルームの椅子のみならず、畳スペースや廊下の休憩スペースをつくり、一人ひとりが思い思いの場所でゆっくり過ごすことができる様に配慮している。		