

### 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	2892000239		
法人名	株式会社ファイブシーズヘルスケア		
事業所名	まんてん堂グループホームあかし魚住東		
所在地	兵庫県明石市魚住町錦が丘3丁目4-13		
自己評価作成日	令和元年10月18日	評価結果市町村受理日	令和2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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;igyosyoCd=2892000239-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;igyosyoCd=2892000239-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和元年11月11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)】

JR魚住駅から徒歩7分の住宅街にあります。静かな環境の中すぐ近くには錦が丘中央公園や小学校・幼稚園がありホームの前を子供達のにぎやかな声が聞こえます。介護の経験が豊富な職員が多く  
30代・40代が中心となり50代・60代の先輩職員とご利用者様を中心に毎日笑い声の絶えないアットホームな施設です。自治会に参加し地域のコミュニティ活動を通じて地域住民の一員として暮らされています。また、協力医療機関と連携し加齢に伴う体調不良に対し早期発見・早期治療を心がけ安心して生活して頂けるよう家族様にもご理解ご協力頂いています。

【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)】

開設から7年、静かな住宅街にある2階建て2ユニットのグループホームは、周りの住居とも違和感なく地域に馴染んだ印象をあたえる。一人ひとりに寄り添う介護を目指し、細やかな日々の支援に取り組んでいる。利用者の介護度が高くなり、今年度は複数の看取りを行った。看取り後は職員にアンケートを取ってデスクカンファレンスをもち、次につなげている。家族との関係も密で、運営推進会議には毎回10人以上の参加がある。食事や水分の摂取量に気を配り、体力が落ちないように留意している。管理者と職員間のコミュニケーションがうまく図られており、定着率も高い。今後民生委員の情報も得て、より地域密着型サービスとしての拠点になるよう、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ます (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 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
<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	「一人一人に寄り添う介護」と定め日々個別に対応している。年齢や認知症状・既往歴も違う為、毎日行う申し送りは特に細かな情報も共有できるようにしている。 月2回のカンファレンス以外でも、状態変化が著しい場合は緊急で話し合い家族様と相談・医療連携を取り支援の方法を決めている。	法人理念を玄関に掲示し、地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念を広報誌に明示されている。さらに事業所のケアの方針として「一人一人に寄り添う介護」を定め、細やかな支援の実践に努めている。わかりやすく、大切なケアの基本として、申し送りなどで職員に周知している。	
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	自治会への参加。回覧板で地域の催しや錦が丘夏祭り・敬老会への参加。 小学校の運動会の観覧などにも参加している。 地域の廃品回収へホームからでるダンボールなどを資源として定期的に出している。	自治会や地域の一員として自治会に参加され、地域の夏祭りや敬老会への参加を継続して取り組まれるなど、地域の方々と事業所と馴染み関係づくりが築かれている。管理者は、魚住東地区のゾーン会議のメンバーとして会議への参加や、地域の方とも交流を続けられる。その中でもリサイクル運動を積極的に協力されているとうかがった。	
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	魚住まちなか協議会のメンバーとして会議では意見交換を行い健康教室や魚住駅前地区健康まつりの実行委員として地域の方々と交流している。 7月には、「認知症って何？」という講演も魚住総合支援センターにて行った。		
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	魚住総合支援センターの主任ケアマネや社会福祉士の方々の参加により一層地域福祉への参加や情報が細かく確認できるようになった。毎回家族様の参加も多数あり、直接ご意見を頂きサービスの向上に努めている。 自治会長様も毎回参加していただき、より近い地域の情報を確認できている。	運営推進会議は定期開催がなされ、地域のコミュニティセンターを借り、総合支援センターの職員の方や自治会長、家族が多数参加され、活動報告や事故などの経過や改善を伝えている。また歯科医師の講演会など内容にも配慮している。	地域での困りごとや事業所に求められているニーズ、事業所の課題など、多様なメンバーの参画について検討し、さらにサービスの質の向上に向けた会議の工夫に期待したい。
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に取り組んでいる	明石市福祉局福祉政策室の介護保険事業運営の集団指導に参加し情報を得ている。指導にも従っている。 施設内の事故に対しての報告は適正に行えている。	市の担当者とは、集団指導に参加したり委員会などで顔を合わせ、報告をしている。事業所内の事故については、担当者を直接訪問し、説明を行い、指導してもらうなど連携を図っている。	
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「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	「身体的拘束適正化検討委員会」を設置し3か月ごとにカンファレンスを行い、身体拘束に対して正しく理解し取り組んでいるか確認している。 年2回の研修も職員全員が受けている。 委員も介護職員の数を増やしより現場の状態が把握できるように努めている。	「身体的拘束適正化検討委員会」を職員5名で設置し、最低3か月ごとにカンファレンスを行い、言葉かけや身体拘束防止に対して正しく理解しているか確認している。また年2回の研修も職員全員が受けている。危険防止や不審者侵入防止を目的とした玄関の施錠が行なわれている。	利用者の共有空間スペースとして捉え、例えばユニット間の出入り口を施錠している時間を減らす取り組みなど、全職員で出来る事がなにか、日々の実践を振り返る議題として検討してほしい。

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逃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	入社時研修を行っている。職員全員が年2回2時間の「高齢者虐待防止・身体拘束行動抑制」について、研修部会担当・管理者等から研修を受けている。研修では、グループワークを行い「不適切ケア」についても意見を交換している。 KJ法を用いて意見が出やすくするなど工夫もしている。	年間研修計画に基づいて年2回、高齢者虐待防止・身体拘束防止について職員研修が行われている。全員参加を目指し、参加できない職員については何度かに分けて研修を行い、虐待が見逃されぬよう努めている。		
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	成年後見制度利用のご利用者様はおられない。 研修として項目に挙げており年に一度制度について学んでいる。	成年後見制度を活用されている利用者は今はいないが、職員研修は年に一度行われている。今後は利用者の家族や地域の方に向けて紹介できるようにパンフレットを準備されることが望まれる。		
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	契約には時間をかけご利用者様・ご家族様に丁寧に説明している。また、一部変更が出た場合は直ちにご家族様に説明し同意を得ている。 緊急時の対応についても、定期的にお話を伺っており、書類にも署名捺印を頂いている。	契約前には、必ず施設見学をしていただき、医療的なことや受け入れ基準など管理者がパンフレットを基に伝えている。サービス内容や金額的なことを説明し、納得していただいたから、申し込みをもらうようにしている。契約時には、今後の金額について、加算内容について十分説明し、不安がないように質問には丁寧に答え、時間をかけて説明が行われている。		
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	ご家族様の面会時できる範囲でお話を傾聴している。また、遠方や働かれていますご家族様には適時電話にて近況を報告している。 ホーム入り口には、意見箱を設置している。	事業所内の玄関に意見箱を設置し、家族の面会時に意見や要望を聞いている。通うのが大変になった理容店に、訪問理容をしてもらいたいとの要望を受け、来てもらえるようにした事例がある。家族との関係は密であり提案などが言いやすい環境づくりがなされている。	運営推進委員会にはほとんどの家族が出席されているが、家族の心理として意見を率直に言い出しにくい心情があることを想定しながら、意見や要望が言える場面づくりについて工夫されることを期待したい。	
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	毎日の申し送り、月2回のカンファレンスを行っている。業務でカンファレンスに参加できない職員は「ミーティング提案用紙」に記入して参加している。コアメンバーでのミーティングは随時行っている。	業務部会においてそれぞれの意見を出しあったり、日頃のサービスの中で職員の困ること、提案などは直接管理者に相談し、迅速な対応が行われている。管理者レベルで改善できない事項は法人に報告を挙げて改善している。		
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	月1回面談をできる限り行っている。健康状態や不安な事などを傾聴しながら目標を確認している。 本部役員との月イチ面談にて「報告・相談・連絡」を行っている。			
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	法人内のステップアップ研修や介護支援専門員・介護福祉士・実践者研修などにも参加している。 実践者研修・・・3名 管理者研修・・・1名			

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
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	明石地区の連絡会(小規模多機能・グループホーム)に参加し、意見情報を交換している。		
<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	入居前面談にてご本人様・ご家族様からお話を聞く機会をできるだけ多く持ち、些細な事柄も傾聴し入居後もホームでの生活に安心して頂けるよう、出来る限り関わる時間を持つようにしている。ご利用者様の生活面での情報も職員全員が共有できるように、詳しく申し送りしている。		
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	ご家族様の不安な事・要望・心身の状態・人なりなどを詳しくお聞きし情報を職員間で共有している。		
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	ご利用者様に必要な支援を見極め、ご本人様・ご家族様と話し合い当面の介護計画を作成し改善点があれば速やかに対応している。		
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	ご利用者様が主体になるように、職員は常に一人一人に寄り添いながら、他の方々と交流して頂けるように支援しています。一緒に作品作りを提案したり、グループに分かれてレクリエーションを楽しんでいただけるように工夫している。		
19	○本人と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	来訪して頂けるような雰囲気づくりをしています。毎月のお便りや来訪時には近況をお話している。 ホームの夏祭りでは、ご家族様も参加できるような内容にしている。		
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	行きつけの美容院がある方もおられる。馴染みの理髪店の方が来訪して整髪して頂ける。高齢者大学のお友達が訪ねて来られる事がある。	利用者の近隣の友人や同じサロンに行っていた知人、親せきの方などが面会に来られている。個別の馴染みの関係の把握は全員までは把握されていないが、家族の協力を得て、馴染みの場所へ行ったり、自宅へ戻るなど、関係が途切れないように努めている。	

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	
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	気の合うご利用者様と近くの公園に散歩に出かけられる事がある。自分から馴染めない方へは職員が介入し交流が持てるようにレクリエーション等にも工夫している。席替えを行っている。同じ方ばかりでなく皆さんと自然に関わりが持てるようにしている。			
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	入院されている方には病室へお見舞いに尋ねご家族様からご様子を伺えるようであれば傾聴している。入院が長期化し退所となったご家族様から、電話での近況報告などもあり残念な報告を受けることもある。			
<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	ご利用者様の行動には注意深く観察し意味を想定し、仕草や態度で思いを感じ取り相手の立場になり支援している。その方の能力に応じた活動を支援している。(花の手入れや新聞を読む)	入居前の基本情報や入居後のアセスメント要約表に本人の意向や要望を把握し取りまとめが行われ、年に1度は更新している。入居後の生活を職員が日頃から観察し、コミュニケーションを図りながら、意向の把握に努めている。市の取り組みにより、エンディングノートを「元気なうちに病歴や必要な事柄をまとめよう」との動きがあり、本人の意向把握に今後役立つことが期待される。		
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	入居前情報を作成し、出来る限りお話を伺い入居後の生活がスムーズに運べるように努めている。			
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	個別の予定を申し送りで職員全員が把握できるようにしている。日々の生活の中で体調変化があれば医療連携を取り、ご家族様に報告し場合によっては早期治療のご理解を得ている。			
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	情報収集した内容をもとにケアプランを作成し、実行している。改善点があれば、ご本人・ご家族様と話し合いプランの変更や追加を行い職員全員が周知できるようにしている。	入居後のアセスメント表を基に情報を収集し、半年を待たず、利用者の状態においてその都度介護計画を作成している。モニタリングは居室担当と計画作成担当者で話し合って作成している。サービス内容の重点的な3項目を毎日チェックし、計画に即した支援が行われている。医療面からは、医師や訪問看護師の意見を反映し、健康や生活に即した介護計画を作成している。		
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	健康状態・夜間の様子・食事・排泄など、生活に直結する内容は介護記録や申し送りにて細かく情報を共有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
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	ご本人様・ご家族様希望にて、マッサージを受けられる方へは準備などの支援を行っている。 ヤクルトを毎日飲まれる方へはホームが業者より預り毎日提供している。		
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	地域の魚住総合支援センターと連携し情報交換している。		
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	月2回の往診・訪問看護を受けている。日常医療連携を取り指示を仰いでいる。また希望者には毎週訪問歯科往診がある。ご家族様が行けない場合は職員が同行し眼科・皮膚科に受診される事もある。	協力病院の内科医師の往診が月に2回あり、他科に継続受診されている利用者は家族の協力によって、通院されている。退院についても医師と家族と事業所との話し合いによって決定されている。訪問看護は協力病院の訪問看護師であり、医師との連携が図られている。	
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	医療連携をとっている。月2回の訪問以外にも、その時々でご利用者様に関わる健康面での相談や指示を仰いでいる。		
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、情報提供書を作成し持参している。職員は医療機関に対して出来る限りの情報を伝えている。退院に関しては、医療面だけではなく生活面での注意事項を医師・看護師・リハビリ・ソーシャルワーカー等からお聞きし職員にはカンファレンス等で伝えている。	入院時は、管理者が同行し、情報提供書は介護計画作成者が医療関係者に提出している。入院中は状態確認を行い日頃から病院の地域連携室に伺い、連携を図っている。退院時のカンファレンスに参加し、退院後のケアや医療面の支援を確認し職員に伝達している。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化や終末期における指針を説明している。体調変化が見られる場合、早い段階からご家族様と密にお話し合いを持ち、ご意向を伺うようにしている。訪問看護師とも連携を取っている。	契約時に重度化した場合の対応に係る指針を説明し、看取りが近くになった場合には、医師、訪問看護師と家族で話し合い方針を決定する。緊急時には市からの要望書を記載し、必ず救急車を呼び、家族の決定によることとしている。看取り後は、家族の方からのアンケートや職員カンファレンスを行い、次回に繋げている。	
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	急変時対応のマニュアルを見やすくしている。また主治医より救急対応時の服薬情報もいただいております。ファイルにご家族様緊急連絡先と一緒に常時準備対応できるように職員全員が周知している。		

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	年2回夜間想定で消防訓練を行っている。近隣住民へも協力と訓練への参加を呼び掛けるチラシを配っている。自治会長様へは、協力体制のお願いを行っている。訓練時の消防署の指示や助言をお聞きし避難誘導訓練を行っている。町内の避難訓練にはご利用者様の状態もあり、参加できていないが避難場所として自治会へは申し出を行っている。	年2回、夜間想定にて消防署の立ち合いを得て火災避難訓練が行われている。消防訓練の際には近隣の住民への呼びかけを行い協力を呼び掛けている。消防署員の方から地震災害時の訓練や事前の対応を指導してもらっている。	
<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	丁寧な声かけを心がけている。その方にあった声かけを行っている。対応に苦慮している場合はアドバイスをしたり交代することをしている。	プライバシーに関しての職員研修は、職業倫理や虐待防止として、言葉かけなどを学び行っている。また同性介護を希望する利用者には、職員のシフトに考慮はするが、どうしてもできない場合もあり家族への説明を行い、同意を得ている。	
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	出来る限り寄り添いご希望に応えられるように努めている。ご自分で伝えにくい方の場合、前後の様子やご家族様からの情報をもとに支援している。		
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	入浴や着替え、食事量などは、問題がない範囲であればご利用者様の希望を優先している。		
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	ヘアークットのご希望を伺っている。美容院へ出かける場合もある。お化粧を手伝う事もある。毎日の洋服は相談したり、選んで差し上げる事がある。		
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	ご利用者様と献立表を見ながら、季節の食材のお話をしたり、雑誌のメニューを見て食事に関心をもって頂けるようにしている。できる範囲で、盛り付けや皿洗いや片づけも参加して頂いている。	食事は業者の半調理品を利用している。炊飯と汁物は事業所で作っている。利用者は盛り付けや食器拭きなど、できる事を手伝っている。簡単なババロアや頂いたサツマイモでスイーツポテトなど、おやつ作りを楽しんでいる。クリスマスにはケーキなど季節行事に応じたメニューも盛り込んでいる。	
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	嚥下機能が低下されているご利用者様へは、極刻み食を提供し安全に召し上がって頂けるようにしている。水分摂取の少ない方へは好みの飲み物を用意し水分量には気をつけている。		

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
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	訪問歯科医師の指導のもと、毎食後口腔ケアを行っている。 スポンジブラシを使用する場合もあり、ご利用者様の状態に合わせた口腔ケアを行っている。		
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	個別の排泄表を参考に前もって声かけを行い、自立されている方には下着の汚れやパッドの汚れを、タイミングを見ながら確認させていただいている。	現在おむつ使用の方は4人おられる。あとはリハビリパンツで対応している。表情やしぐさの合図を見逃さず、タイミングを図った声掛けで支援している。「排尿・水分アセスメント」表でパターンのチェックをしている。トイレはリビングに3か所。いずれも車いすで入れるスペースがある。	
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	水分摂取に力を入れている。体操や歩く機会をできるだけ増やしている。 季節にあった飲み物を提供している。		
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	入浴の時間帯をお伺いし準備している。 出来る限り同性介助に努めている。 私物のシャンプーや整髪剤を用意される方もおられる。	前回の入浴から日にちが開いた利用者から順に、入浴の支援をしている。無理強いせず、4日以上は開かないようチェックしている。午前か午後かの希望を聞き、お湯は1人ずつ張り替える。医師の助言を受けてシャワー浴対応になる利用者には、家族にも説明をして、足浴をしながら行っている。	
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	昼寝を希望される方へは準備している。 寝具は清潔を保ち、気持ちよく休んで頂けるようにしている。 私物の寝具(羽布団)で休まれる方もおられる。		
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	往診医師より服薬指示を受けている。服薬に関する情報は調剤連携の薬剤師が来訪するので直接飲み方など指示がもらえる。それ以外でも電話での相談を行える。 医療連携の訪問看護師に連絡・指示をもらう事もある。		
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	その方ができることを手伝って頂いている。 近くの公園へ散歩に出かけたり、ご家族様と外出されている。 歌をうたったり、職員とゲームをしたりレクリエーションを楽しまれている。 お花の手入れを手伝ったりされている。		



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
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	散髪やドライブに出かける事がある。 小学校の運動会へも見学に出かけた。 庭の花壇の手入れを職員と一緒に参加された。	利用者の介護度が高くなってきたため、外出の頻度は少なくなってきたが、小学校の運動会を見に行ったり、近隣の公園に散歩に出かけたりしている。玄関先の植木の水やりも外気に触れる機会になっている。近くに喫茶店があり、そこに出かける計画がある。		
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	ホームが立替え支払いをしている。			
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	希望時にご家族様と電話でお話をされることもある。 誕生日カードやクリスマスカード・年賀状などが届いている。			
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	作業レクの時間を利用して、職員と一緒に制作した季節の壁面飾りを掲示している。共有スペースは毎日清掃している。	リビングは明るく、台所からも様子がうかがえる。利用者で作った、季節を感じる壁飾りがあった。冬はインフルエンザ対策で換気に努め、タオルや洗濯物を干して加湿を図っている。		
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	リビング席でお話されている。 庭の縁台にすわりお話をされる方もおられた。			
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	ご希望があれば模様替えやベッド位置の変更を行っている。 設備品に関しては季節ごと清掃したりメンテナンスを行っている。	備え付けの家具はなく、整理ダンスなどでそれぞれの居室の個性が出ていた。ベッドの持ち込みも可能であるが、ほぼレンタルベッドを利用している。仏壇を持ち込んでいる方もあり、写真を飾ったりしてその人らしい落ち着ける居室になっている。		
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	口腔ケアが行いやすいように、棚に整理している。 テーブル席に私物の座布団を置き自分の場所が分かりやすいようにしている。 洗濯物は各自カゴを用意し分かりやすくしている。			