

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	2891800050		
法人名	社会福祉法人 正峰会		
事業所名	グループホーム ゆうゆう		
所在地	兵庫県西脇市西脇 518-2		
自己評価作成日	平成30年1月12日	評価結果市町村受理日	平成30年4月17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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvoVoCd=2891800050-00
----------	---

【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	姫路市安田四丁目1番地 姫路市役所 北別館内		
訪問調査日	平成30年1月29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)】

・日々お客様の体力作り、体調管理を継続して行っています。28年度においては感染症の方は発生はしておらず、開設以来の稼働率を達成する事が出来ました。29年度においても取り組みを継続するとともに、お客様の過ごしやすい空間作りをモットーに環境整備に力を入れ取り組んでいます。
 ・個別ケアの充実を図る為、ケアプラン作成時からアセスメントやモニタリング等しっかりと行い、個別のニーズを拾い、その人らしい生活が送れるように支援しています。又、お客様の楽しみとして外出の企画や、外食、地域に出ていく事を積極的に行っています。

【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)】

母体法人が医療法人であるため、医療連携が密であり、緊急の場合や、終末期のケアについても体制が整っている。法人全体で行われる研修や、看護師等より感染症や看取りについても勉強会が行われ、医療面について、安心したケアが提供されている。接遇委員の設置により、言葉遣いや、一人ひとりの尊厳を守る取り組みが行われている。地域密着型サービスの意義を踏まえ、地域、市町との協力関係が築かれ、事業所から地域貢献に向けて積極的に取り組まれている。今後、利用者の個別支援に努めたいとの管理者の熱意を伺い、さらなるサービスの向上に期待が持てる。

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広がったり深まり、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、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	朝礼にて法人の理念、職場の教養を唱和し、意識しながら実践に繋げている。「地域と共にあなたと生きる」という基本理念とともにクレドの唱和もあわせて行い、一つの夢、一つの目標に向かって進んでいけるように取り組んでいる。	社会福祉法人の「地域と共にあなたと生きる」という理念がある。クレド、私たちの挑戦を5項目に挙げ毎日唱和している。今年度は理念に基づき、良い所を見つけて褒めあい、伸ばすことに力を入れて取り組んだ。	法人で2つのグループホームを持つ。それぞれに法人の理念を基にした独自の理念をもってほしい。職員みんなで、分かりやすい文言で、事業所らしい身近に感じられるものを考えてもらいたい。
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	地域の秋祭りや、餅つき、運動会、いきいきサロン、地域の清掃活動に参加し地域交流を図っている。	自治会に加入し、役割として清掃活動などに参加している。2か月に1～2回開催のいきいきサロンでは、民生委員から声をかけてもらい認知症サポーター養成の出前講座を開くなど、参加の機会が多くなった。月2回の絆カフェは事業所のスペースを提供し、近隣の方と喫茶を楽しみ交流を深めている。小学校には卒業生に手作りのブローチを贈ることを試み、喜ばれた。傾聴ボランティアなど定期的なボランティアの受け入れをしている。	
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	地域に出向き、認知症サポーター養成講座やゆうゆうで絆カフェを開催させて頂いている。		
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	運営推進会議を2か月に1回3事業所合同で開催している。今年度については初めての取り組みとしてGH単独での運営推進会議を実施した。年度内に3回を予定していたが、2回目の開催が自然災害と重なり実施する事が出来ず、1回のみで留まっている。内容はGHゆうゆうでの活動報告や、事業計画について、ご家族様の意見抽出等。	2か月に1回開催している。グループホーム・デイサービス・小規模多機能との合同の開催である。家族・民生委員・長寿福祉課職員などが参加している。昨年の第三者評価後、目標達成項目に挙げ、グループホーム単独での開催を実施することができた。2か月に1回開催分とは別に行ったが、地域の人や市からの参加には至らなかった。	
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	運営推進会議に参加して頂き、ご意見やアドバイスを頂いている。電話や、電子メール等相談、情報交換をし協力関係を築くように取り組んでいる。	市の職員に運営推進会議に参加してもらっている。連絡は主に電話やメールで行っている。最近では共用型デイサービスについての情報や、基準についての質問などのやり取りがある。	

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「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	基本身体拘束をしないケアを実施している。身体拘束をはもちろんスピーチロックについての研修等も研修計画に盛り込み実施した。普段から職員間で注意、意識し合っている。入口は常に解錠にしており、自由に行き来が出来るようにしている。	年1回、身体拘束についての研修を行っている。特にスピーチロックに注意を払い対応している。スピーチロックとなる用語表を配り、それぞれが自己チェックをしている。玄関の施錠はしていない。ユニットと玄関に扉があり、出入りすると、邪魔にならないチャイム音が鳴る。利用者が自由に外に出て、上手な声掛けで一回りして帰ってこられる姿が見られた。		
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	虐待についての研修を行っている。また、虐待についての事例集を用いて自分の行動が虐待にあたるかを自己チェックしている。	身体拘束と共に研修を行っている。身体の痣などには気を配っている。どこで、どんな状況で痣になったか検証した事例がある。2ユニットがつながり行き来できる構造で、夜勤も2人で協力し合える。職員のストレスに配慮し、年2回は個人面談を行い、発散し愚痴が言える場として親睦会を年2・3回催している。		
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	成年後見制度については年度内に研修を予定している。理解出来ていない部分が多い為、繰り返し研修や、学ぶ機会を持つ。	現在まで成年後見制度を活用した利用者はいない。研修を実施し、基本的なことは理解している。		
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	施設見学や、面談、契約の際にはゆっくりと時間を設けわかりやすく説明をさせて頂いている。また契約の際には不安な事が家族様、お客様にとっては多い為、不安の解消に努めている。	契約は1階にある相談室で行っている。特に質問の多い、加算のことや退居となることについては、かみ砕いてより丁寧に説明し、納得を図っている。看取り介護についての方針を示し、契約時に同意書をとっている。		
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	・玄関には意見箱を設置し、法人共通の意見等を記入するはがきに記入して頂き、運営に反映させている。年に1回顧客満足度アンケートを実施し、要望等を把握に努めています。	運営推進会議に家族代表に参加してもらっている。年1回顧客満足度アンケートを取っている。郵送にて無記名で回収する。昨年は利用者個々の要望がほとんどだった。今年度は環境面を視点にした項目を設け、現在は回収中である。いろんな角度からの意見要望が挙がるよう期待する。		

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
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	職員会議にて職員の意見、提案を聴く機会を設けている。言いにくい事に関しては個別で話しを聴くようにしている。	月1回合同会議を行っている。ユニット毎では月1回のカンファレンスを実施している。会議の前には提案したいことを事前に考えて参加するように促している。管理者と職員間のコミュニケーションは良好で、意見提案は言い出しやすい。	
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	目標チャレンジシート、職能チェックリストを用いて評価を行い、それにより昇給等を行っており、向上心を持って働けるように環境を整えている。		
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	毎月3事業所合同で内部研修を行い、スキルアップを図っている。また力量に応じて外部研修に参加して、職場でフィードバックを行い、トレーニングを行っている。		
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	法人内の事業所と交流や情報、意見交換の場がある。又、勉強会や親睦会等法人内外の事業所とも情報の交換や共有をして交流を深めている。		
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	入居前の面接からご本人様を始め、家族様、CMから様々な情報収に努めている。アセスメントシートに反映し、職員に周知して意向、ご要望を重視したケア方法を考えている。		
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	入居前の面接時や入居時に家族様より意向・要望等を聞くようにしている。ご本人様と家族様の意向を踏まえたケアプランを作成し、分かり易くサービス提供につなげている。 面会時や電話・毎月の写真つきの手紙で状況報告を行い、信頼関係を築いている。		

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
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	ご意向・ご要望やアセスメントシートからしっかりと現状を把握し、必要としている支援を検討している。ケアプランに反映し、安心してサービスが受けられ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	それぞれに役割を持って頂いている。自身で出来る事を継続、または増やしていけるように取り組んでいる。出来ないこと、分からないこととは工夫しながら支援している。生活を通して、お互いが支え合いながら良い関係を築けるように努めている。人生の先輩として教えて頂くこともある。		
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	面会時、手紙などで生活の様子などを報告している。手紙はできるだけ手渡しし、家族様の想いも伺っている。 ご本人様と家族様が一緒に過ごす時間を大切に、必要に応じて御協力を依頼している。		
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	家族様をはじめ、知人等の面会は積極的に受け入れている。 他事業所(小規模多機能など)に知り合いがいる場合は、こちらから会いに行ったりと関係が途切れないように支援している。 普行かれていた場所に出掛け、支援に努めている。	知人・友人の訪問は多い。家族とのつながりを大事にしており、正月には帰宅の声掛けをし、毎年自宅で正月を過ごす人もいる。近隣の利用者が多く、散歩がてら自宅を訪ねることもある。馴染みのうどん屋に行ったり、墓参りに同行したり、関係が途切れないよう支援をしている。	
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	個々の性格や利用者様の関係を把握し、職員がきっかけを作ったり橋渡しの支援をしている。 行事や物づくりの際は、利用者様同士で協力しながら取り組んで頂き、交流を深めている。		
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	サービスご利用終了後も必要に応じて相談・情報提供している。		

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
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	アセスメントシートを用いて思いや暮らし方を把握している。また把握が困難な際には本人の思いに沿ってアセスメントを行っている。	アセスメントはケアプラン更新時に取り直しをしている。追記のたびに色を変えて記録し(パソコン入力)、分かりやすい工夫をしている。職員との会話やしぐさなどから得られた情報は介護記録に記入しているが、実施や状態の記録に埋もれている。	利用者と日々接する中で得られた気づきを記録し、共有できる仕組みを考えてもらいたい。気づきだけを別枠に記録するなどの工夫が欲しい。
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	情報提供表やバックグラウンド等の資料、面接時にご本人、ご家族様やケアマネ等から情報を収集し、それを参考に経過観察を行っている。		
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	入居前に情報を収集している。基本的にはそれぞれのペースで生活して頂いている。介護記録、医療関係書類、申し送り、業務日誌で情報の共有を行い、職員全員で現状の把握に努めている。		
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	モニタリングは各居室担当者が主に作成し、月1回合同カンファレンスで話し合いをしている。楽しみや今必要としていることを考え、現状のケアについても振り返り、職員で気付いた点や課題・提案事項を両ユニット間で意見を出し合い、今後のケアプラン作成に繋げている。又、今後はケアプランの様式を変更し、ケアプランとモニタリングを連動出来るように様式の変更を検討している。	介護計画は居室担当者が立てている。家族や看護師の意見も反映して担当者会議を開き、ケアマネジャーが確認している。モニタリングは月1回、担当者が行う。具体的な短期目標に連動した達成状況が記録されている。再アセスメントとモニタリングの状況を踏まえて、新たな計画を立てている。	
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	ケアプランにあげているサービスを中心に連動した記録(番号の記入)の充実に努めている。日々のケアや関わりを通して気づきや変化、本人様や家族様の言葉は詳細に記録に残すようにしている。申し送りで伝え、職員間で情報共有して実践につなげている。サービス提供時の様子などについてはモニタリング時にも話し合い、ケアプラン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	家庭に近い生活を意識して一人ひとりに合った柔軟なケアを実践するように心がけている。認知症状の進行状況の理解を深めながら、個別支援に力を入れている。既存のサービスのみではなく、状態に応じて幅広くサービスを提供できるようにデイサービスや小規模多機能との交流も図っている。		

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
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	地域の理髪店や歯科、商店を利用している。状態に応じて必要な福祉用具を使用して頂く等、残存能力を活かして頂ける様に支援している。		
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	ご本人・家族様の希望で馴染みのかかりつけ医を受診される方もいるが、殆どのお客様が同法人内の協力医療機関や訪問診療を利用されている。受診の際は、受診内容連絡票に日常の様子や変化などを記入し、かかりつけ医とスムーズな情報交換や指示を受けている。ご本人や家族様のご負担にならないように、意向を聴きながら納得が得られる形をとっている。	本人・家族の希望によるかかりつけ医へ受診している。家族の介助で通院される方や、かかりつけ医の往診を受け入れている方がいる。かかりつけ医からは、受診内容連絡票にて、薬の変更や状態に合わせた指示を受けている。協力医による往診は月2回あり、皮膚科の受診も可能である。歯科治療は必要時に訪問歯科に来てもらっている。	
31			○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとれた情報や気づきを、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	事業所(他部署)内の看護職員や訪問看護師に相談や指示を受けている。週1回の訪問看護では、日々の状態や気づき等を報告している。又、訪問看護は24時間体制の連携をとっているため、訪問日以外でも緊急時や困った時は電話で随時相談できるので、適切な受診や看護をお受けられるように努めている。		
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。	地域連携室との連携・情報収集に努めている。入院時は定期的な面会や電話で状態確認を行い、早期退院・再入居がスムーズに行えるように、ご本人・家族様とも情報交換や意向確認を行い、関係性の維持に努めている。受け入れ前には、カンファレンスを開催し、注意すべき点の相談や協力依頼に努めている。毎週木曜日に開催している法人内連携会議にも可能な限り出席し、法人内での情報の共有を行っている。	入院はほぼ同法人グループの病院に搬送される。情報提供など密な連携がとれることは大きなメリットである。入院中は2日に1回は見舞いに行くか、メールで連絡をとり、状況の把握に努めている。退院時は地域連携室や看護師、作業療法士、理学療法士など、必要な関係者とカンファレンスを持ち、退院後の生活について検討している。認知症が進まないよう早期退院を促している。以前利用者の様子に異変があり、通院ののち、緊急入院、手術に至った事例がある。緊急時の移動手段としても事業所所有の車が必要だと思われる。	

自己	者三	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
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	入居時に医療連携体制同意書にて家族様の御意向を伺っている。 ターミナル受け入れ前には、医療職を含めた研修・定期的なカンファレンスを開催している。そこで今後のケアの方針を話し合い、不安も取り除けるようにしっかりと情報交換している。 ターミナル終了後は医療職と振り返りを行って次回に活かしていく。 訪問看護師とは24時間連絡がとれる体制にあるため、蜜に状況報告を行い、アドバイスももらっている。	昨年は立て続けて2例の看取りを行った。法人で看取り介護について、という方針を制定している。重度化した時には家族と再度、終末期の意向確認をしている。看取り介護実施計画書を作成し、実施の記録をしている。外部講師による、看取りの基本、介護の実践の研修を行っている。家族と十分な時間を過ごせるよう、泊り時は1階の休憩スペースを提供している。	終末期の意向確認書には延命治療の希望の有無の項目があった。併せて本人の意思確認ができるうちに、緊急時の意向の把握をしてもらいたい。胃ろうや気管切開、手術の希望など具体的な項目を挙げて意向を聞き、緊急時に備えてほしい。
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	急変時や事故発生時には対応マニュアルを参考にしておこなっている。 消防署職員の指導のもと、心肺蘇生やAEDの研修も開催している。 基本的な対応も十分にできない職員もいるので、今後も実践力を身につけるように取り組んでいく必要がある。		
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	毎年2度回、施設全体で避難訓練(日中と夜間想定)を実施している。内1回は消防署職員立会いのもと避難訓練を行い、直接指導やアドバイスを受けている。利用者様の避難には3事業所合同で行っている。今年度については、地震、自然災害に向けた避難訓練を実施した。	年2回、合同で避難訓練を実施している。今年度は地震の後に火災が発生した、と想定して行った。いろいろな課題が挙がり、地震時のマニュアル作りの土台にした。オール電化で事業所内で出火するリスクは低いが、ごみ置き場の不審火なども想定して避難経路を検討している。備蓄は食料と水を1ヵ月分備えている。	
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	接遇マナー、言葉使いの研修を行い、目上の方であるお客様に対して人格、尊厳を尊重し、対応を行っている。	CS委員が接遇について検討している。毎月のCS目標を挙げて取り組んでいる。特に言葉づかいはスピーチロックに当たらないか、互いに気を付けている。職員の介助はさりげなく、尊厳を損ねない。	
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	食べたい物を伺い行事企画に反映している。また飲み物や、着たい服を都度伺い、自己決定出来るように支援している。		
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	日々の体操・レク等はそれぞれに参加の有無を決めて頂いている。体調や気分配慮して無理強いはないようにしている。 歌や作品作り、学習療法などそれぞれの希望に沿ってレクを行っている。その日、その時の様子を観ながらしたいことをして過ごして頂いている。		

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
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	できるだけ入浴や更衣時、外出の際は、好みの服を着て頂くよう職員と一緒に選んでいる。季節に応じた服装ができるように、衣替え等は家族様にも協力して頂いている。 衣類の汚れがあるときは、言葉掛けに配慮して更衣して頂く。 整容等はくしや髭剃りを準備してご自身でできるだけ行って頂くようにしている。仕上げは職員が確認している。 理美容院については、現在は地域の散髪屋に来て頂き、髪型については本人様の希望・好みに合わせている。小物や装飾品、整容道具は、馴染みの物を使用されている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や片付けなど、お客様各々のできることや得意なことを協力して行っている。 2か月に1回、第3日曜日は行事食として、旬の食材やお客様の食べたい物などを踏まえて一緒に食事作りをしている。 見た目や雰囲気でも食事を楽しんで頂けるように、メニューに応じてワンプレートや丼、おにぎりなどにして盛り付けも工夫している。食事摂取量の増加につながっている。 食事前には口腔体操を行い、誤嚥等の防止にも取り組んでいる。 毎食職員と一緒に食事をしながら、好みや食事量を把握している。食事の席は、職員は時間帯で席を交代、お客様は気の合う方同士や男女別に分けて、食事しやすい環境をつくっている。	業者が栄養管理された献立表に従って、調理されている。半調理されたものもあったり、揚げ物や和え物などは、職員が調理している。1か月の当番表に沿って、盛り付け、テーブル拭き、下膳、洗い物など手伝っていただいている。2か月に1度は行事食として、献立から買い物、調理までみんなで関わって、食事を楽しむ支援が行われている。	
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	食事量は、個人の体格や体調に合わせて調整している。 個人の状態にあわせて一口大に刻んだり、小粒のおにぎり等で提供している。義歯の具合や嚥下状態も併せて配慮している。 食事の偏りなどがある場合は、言葉かけを工夫してバランスよく召し上がって頂く。 水分量が少ない方には、1日の水分量のデータを取り必要な水分量を把握する。好みの飲み物を提供したり、ゼリーを作り水分を確保できるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアは言葉掛け・見守りで行っている。義歯等の状態も確認し、2日に1回義歯の洗浄を行っている。 準備が必要な方には、環境を整え口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	テナと協力し、定期的な排泄の研修を行い、その人にあったアイテム選びと、排泄の自立を目標に取り組んでいる。時間や、その人の排泄のサインを察知しトイレでの排泄を促している。また、情報の共有も行っている。	業者のオムツの研修を受け、オムツをしない方法や支援方法を考えて、排泄の自立に向けて取り組まれている。両足が立てない方は、ベット上でのパット交換をしているが、他の利用者全員がトイレでの排泄が行われている。リハビリパンツや布パンツにパットを使用し、オムツを使用せずに支援が行われている。	
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	個人の体質、既往歴、排便の間隔、便の状態、水分摂取量、運動量など総合的に見て判断している。精神面や既往より便薬が欠かせない方もいるが、薬を服用されていても食事・牛乳、ヨーグルトなどを積極的に取り入れ、定期的な排便を促せるように取り組んでいる。		
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	その日の気分や体調面に配慮して入浴日や入浴時間の調整を行っているが、希望される曜日や時間での入浴は出来ていない。同姓介助を希望される方には同姓の職員が対応している。湯船に入られない方には、シャワー浴と足浴を同時に行っている。洗髪が嫌な方には、洗髪は最後に回したりと工夫している。湯船に浸かられている際は、脱衣場で様子を見守り、羞恥心やプライバシーに配慮してゆっくりと入浴できるように心がけている。又、今年度はお客様のニーズに合わせて夜間浴にも取り組んでいる。	基本的には午後からの入浴であり、最低週に3回入って頂いている。必要な方には同姓介助を行い、季節のゆず湯、しょうぶ湯、入浴剤等、使用し入浴を楽しんでもらえるよう支援が行われている。また夜間浴に取り組まれ、寝る前に温まって、気持ちよく眠れるよう、希望に応じて支援が行われている。	
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	起床・就寝時間は個人の生活歴に合わせている。居室の湿温、照明の環境も配慮して、馴染みの寝具も持ち込み安眠につながるようにしている。日中の休息については個人に任せている。体調不良などの際は職員が様子を観て対応している。		
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	既往歴を確認し、薬の内容等について把握するように努めている。誤薬事故防止のために薬セット時・服薬前には複数の職員で確認し、用法や用量などを声に出して読み上げている。服薬方法も個人に合わせてスプーンを使用したり、薬が苦手な方にはオブラート使用や水分と一緒に摂取して頂いている。誰もが統一して行えるようにあらかじめ手順を決めて統一して服薬支援を行っている。薬については医療職と密に連携をとり、薬が変更時には様子を記録に残すようにしている。		

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	ご本人様や家族様に生活歴や楽しみを伺っている。それぞれの性格や能力に合わせてできることや役割を持って頂いている。 共同生活の一環として家事、日常掃除、各自の居室掃除、ゴミ捨て、草引きなどを一緒に行っている。又、役割の分担を行い、お客様に偏りの無い様に支援に努めている。楽しみごとや得意なことも含めて意欲的に取り組め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	毎月、外出の機会をつくるようにしている。外出先については、利用者様の要望や季節を考慮して考えている。 集団行動が苦手な方には、少人数で外出をしている。 家族様と相談し、御協力を頂き個別での外出にも取り組んでいる 日常的な外出としては施設周辺・駐車場を散歩したり、スーパーなどに買い物に行ったりと地域の方との交流の機会もつくっている。	日常的には、散歩、畑の水やりや手入れ、喫茶店にコーヒーを飲みに行ったり、必要なものの買い物や、お饅頭を買ったりしている。地域の祭り、盆踊り、夏祭り、神社の持ち巻きなど行事にも参加されている。計画書を挙げて、季節ごとの花見外出、初詣なども行われている。今後は、皆で行く外出よりも、利用者の意向を踏まえた個別外出、外食などや、家族と過ごす時間を大切にするなど、一人ひとりに合わせた外出支援に取り組まれている。	
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	現金の所持は遠慮して頂いている。現在、現金を所持している方はいないが、希望があれば家族様と相談の上、希望に添えるように支援する。 外出等では現金を使用する機会をつくっている。		
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	電話については事前に家族様の了解を得て、希望があれば電話を使用している。 手紙については、毎月写真付きで生活の様子を伝えているので、その際に本人直筆の手紙を同封することもある。 手紙の宛名はご本人様にお願いすることもある。		
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	共有空間は食事場所とリビング(くつろぎの場所)と両機能を兼ね備え、家庭的な雰囲気になるように家具等を配置している。利用者様が安心して過ごして頂けるように2ユニットの家具の配置はできるだけ同じようにしている。 基本的には2ユニット間の仕切りはなくしている。開放的で利用者様が自由に行き来できるようにしている。又、観葉植物を設置し安心出来る場所、空間作りに努めている。	2つのユニットの仕切りがなく、開放的な明るい共有空間であり、利用者の動線の確保がなされている。ところどころに観葉植物や絵画が飾られ、ソファに座ってテレビを鑑賞されていた。加湿付きの空気清浄機が置かれていたが、30%と表示されており、ナフキンやタオルを干して湿度の調整が図られている。外は、まだ寒いので、端から端まで歩いておられる利用者もおられ、部屋の雰囲気を壊さないような、壁にもたれて一休みでき、畳の薫るようなベンチなど何らかの配慮があればよいのではないかと思います。	

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
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	今年度の課題の一つとして取り組んでいる。物の配置や場所を検討している。又、畳みの間を設置し寛ぐ事の出来る空間作りを目指している。		
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	ご家族様協力のもと、居室空間は馴染みの物や思い入れのある物を持ち込んで頂いている。本人様が落ち着いて過ごせる、自宅に近い居室作りを心掛けている。 家具やベッドの配置についても、可能な限り自宅に近い環境にしている。	タンスや椅子、テレビなど、今まで使っておられたものを、持ち込んでもらうように、家族にお願いされている。家族の写真や、作品、ぬいぐるみなどが飾られ、部屋ごとに加湿温度計が設置されている。空調管理がなされ、一人ひとりの個性に応じた居室作りに努めている。	
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	建物内部はバリアフリーで、家庭的な雰囲気大切にしている。 居室の入り口には、個々の表札をかけて居室と共用スペースを区別している。 不安や混乱を招かないように、落ち着いて暮らせる環境づくりに努めている。		