

(様式1) 平成 22 年度

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	2872201468		
法人名	社会福祉法人 グランはりま		
事業所名	グループホームはなたば		
所在地	加古川市平岡町高畑1-1		
自己評価作成日	平成22年1月27日	評価結果市町村受理日	平成22年4月15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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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6-8-102
訪問調査日	平成22年2月19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)】

「地域の中の財産としてのグループホーム」を基本に、地域との交流を計るだけでなく、グループホーム入居の方々からも地域にボランティアとして発信していけるような取り組みを考え、夏祭りやクリスマス会など地域の独居高齢者を対象に喫茶やおやつ作りを行い、もてなしている。また、利用者と職員が一緒に暖かい家庭のようにゆったり安心して暮らせるよう、一人一人のリズムに合わせた細やかな対応を心がけている。

【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)】

地域の中の一員の基本方針を基に、地域の夏祭りや秋祭りなど地域の行事への参加の継続を行なっている。回転寿司やバイキング等の地域交流会を実施し家族の参加だけでなく、地域の方の参加で活発な地域交流が行われ、利用者の楽しみの一つとなっている。介護者のつといを法人で開催し、地域の介護者の方々の悩み相談や介護相談を受け在宅で過ごす高齢者の支援を法人と共にこない施設全体で地域への貢献が出来るように取り組んでいる。日々外出の機会を多く持ち、季節に応じてお花見・食事会・コンサートなど利用者が楽しみとなるような外出を行い、五感刺激やストレス発散の機会を多く持つようにしている。

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 過ごしている (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

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	地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、施設独自の理念をつくっている。実際のケア場面を通じて職員間で理念について話し合い、実践と理念がつながるよう取り組んでいる。	開設当初からの理念を継続している。会議やミーティング・連絡帳などで理念に基いたケアが出来るように取り組むとともに、グランはりまの現状と課題についての研修時に理念を浸透させている。研修実施後日々のケアの振り替えりとして、理念に基いたケアの実践・職員への浸透状況をアンケートで確認をとり、アンケート結果から現状を把握し、課題抽出を行い、課題解決に向けた取り組みが行われている。アンケートの内容は、福祉評価の項目などから項目を分け作成している。	高齢者の尊厳を大切にしたい現在の取り組みの継続を期待する。
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	地域の中の一員としてのホームを基本に、商店・近隣の薬局など地域に理解と協力が得られるよう働きかけを行っている。自治会・老人会との交流があり、近隣の方の訪問・夏祭り・秋祭りへの行事に参加等、様々な地域との交流に取り組んでいる。	地域の夏祭りや秋祭りなどへの参加は継続している。回転寿司やバイキング等の地域交流会を実施し家族の参加だけでなく、同法人で委託を受け行っている地域包括支援センターの協力を得て、地域に向け開催を呼びかけ多くの方の参加がある。地域のボランティアの申し出も多くあり、受け入れをおこなっている。地域に部屋を開放しており、老人会の開催する行事への参加や夏祭り・秋祭りへの参加、祭りのみこしの来訪など、利用者の楽しみとなっている。介護者のつどいを法人で開催し、地域の介護者の方々の悩み相談や介護相談を受け在宅で過ごす高齢者の方々の支援を法人と共におこない施設全体で地域への貢献が出来るよう取り組み地域交流が年々深まっている。法人で行われる研修には、地域の介護事業所の職員も参加を呼びかけ、多数の参加がある。	地域密着型サービスとして地域交流は欠かせない取り組みである為、今後も地域の一員として地域で必要とされる事業所として現在の取り組みの継続を期待する。

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
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	地域包括支援センターがあり、地域の方からの相談を受け付けている。定期的に「介護のつどい」を開催し、認知症の人の理解や支援の方法を地域の方に向けて活かしている。	/	
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	運営推進会議は、ホームを利用して開催する他の会議や、家族の集まる行事の機会を利用して計画している。行政の方や地域包括支援センターの職員の参加も依頼している。	利用者・家族・地域住民代表・地域包括支援センター職員の参加のもと2ヶ月に1回定期的に開催している。行事開催後に運営推進会議を行うようにしており参加メンバーの方には、行事へ参加してもらいホームの状況を理解してもらいやすいように工夫し多くの意見をもらえるように取り組んでいる。現状報告と家族からの要望を聴取し意見交換を行っている。	
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	市町担当者にホームを理解し、支援してもらえるよう積極的に働きかけ、協力関係を築けるよう努めている。運営推進会議の議事録を市に持参している。	地域へ向けての行事開催や研修会開催の報告を含めて市町村へ報告し、事業所の現状の情報を提供し積極的に交流・連携を持つよう取り組んでいる。	
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「介指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	「身体拘束を行わない」を基本方針とし、施設内研修やケース検討会を通して職員に周知徹底を行っている。	身体拘束マニュアルに沿って身体拘束を行わない方針で取り組みを行っている。高齢者の虐待を含め身体拘束をしないケアの実践について研修を行い職員へ浸透を図っている。会議の席で振り返りも行っている。	何気なく日々使われる言葉の中での身体拘束についても今後継続される研修の中で取り上げ抑圧感のない暮らしの支援に活かしていく取り組みを期待する。
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	施設内研修・カンファレンスを通して、虐待について具体的な話し合いを行っている。個々に行うケアをオープンにし、職員同士が注意を払い防止に努めている。	施設内研修で虐待について実施し虐待について正しい理解を深める他、カンファレンスを通して職員同士で日々行っているケアについて話し合いを行い全職員で虐待防止に取り組んでいる。	身体的な虐待に加え暴言や無視など心理的虐待についても深く研修を継続し、全職員で虐待防止に向けての取り組みを期待する。

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
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	管理者は社会福祉士の成年後見人制度の研修を受講し職員にも伝達している。	外部の権利擁護の研修に参加した職員が講師となり伝達研修を行い浸透を図り、日々職員は制度が必要な利用者が適切に制度を利用し安心して過ごせるように配慮している。	
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	管理者・計画作成者が利用者一人ひとりのご家族と面接を行い文章と口頭で十分に説明し、了解を得ている。	施設長が面談、契約を十分に時間をとって理解しやすい言葉で説明し、同意を得ている。契約時より看取りに関する指針を明示し説明することで理解と協力を得られるように取り組んでいる。	
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	管理者は利用者一人ひとりに声をかけ日常の会話からさりげなく意見・不満等を聴き取っている。また、ご家族が面会に来られた時は、お茶を出し職員の方から声をかけ、気軽に話せる雰囲気を作るようにしている。	面会時に職員より声かけを行い普段の生活状況などを話す中で意見や要望を聴取するようにしている。意見や要望を出しやすいように家族には、「はなたばだより」を毎月郵送して現状を把握してもらえるように取り組んでいる。積極的に出された意見や要望を聴取し取り入れようとする姿勢がある。	
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	ホームにとって、大事な決定について、現場職員の意見を聴き、反映している。共に取り組み、お互い積極的に意見交換を行っている。	研修や会議・現場の中で職員は積極的に意見や提案を行い、意見を運営に反映させるように取り組んでいる。また、現場の意見を聴取し毎月リーダー会議では話し合いを行い、運営へ反映できるように決定している。施設長と年2回面談を実施しており現場職員から直接意見を聴取する機会を持っている。	

自己	第3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
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	管理者は、年に1回以上、全職員に対し個別面談を行い、職員個々の意見を聴いている。 運営会議・リーダー会議を通して職場環境・条件の整備に努めている。		
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	外部研修については、案内を回覧し、参加の機会を確保している。また、月1回の研修会では、ケース検討会や講師を招く等行っている。		
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	他施設で開催される研修にも積極的に参加している。 インターネットなどのITを媒介し、他のグループホームとの交流を深めている。		
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	入所時のみならず、随時本人・家族との相談を受けるよう窓口を広げている。 入居者と話しをする時間をとり、関係づくりに努めている。		
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	入所時のみならず、随時本人・家族との相談を受けるよう窓口を広げている。		
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	在宅での相談窓口を設け、精神保健福祉士や看護職などの専門職が対応している。		

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
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	食事の用意・洗濯など入居者と一緒に行う事で暮らしを共にする。職員が「～を教えてください」という促しを積極的に行い、入居者の昔話や知恵を引き出し、利用者に生きがいを持って頂くとともに職員と利用者との間で支え合う関係を築いている。		
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	面会時間の制限を行わず、いつでも家のように気軽に来て頂いている。 ケアプラン作成は、家族と共に、利用者をものように支え合っていくか、話し合っている。		
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	利用者・家族のプライバシーを考慮しながら、面会の受け入れを行う。特に面会時間は決めず、自由に来所できるように配慮している。	利用者の社会とのつながりを継続できるように利用者・家族のプライバシーに配慮しながら友人や地域との交流が保持できるように支援している。	
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	食事を一緒にしたり、お茶を飲んだりテーブルを固定していない。また、職員と利用者というケアのみでなく、職員が利用者同士の「接着剤」になるような声かけ、見守りを行っている。		
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	関わりを必要とされる利用者・ご家族に対しては、必要性を考えて、おたよりを送ったりしている。また、ご家族からも連絡を頂いたりしている。		

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	一人ひとりの言葉の背景を推測し、職員の言葉で表現し直し、確認をする。これまでの生活歴・好まれていることなど把握に努める。また、本人の希望で過ごして頂いているが、困難な時は、職員で話し合いを行っている。	意思疎通が困難な方には、言葉かけ・会話をする中で利用者本人の話しや表情から利用者本人の思いや意向を把握するようにしている。センター方式で言葉で表現できないことも記載しアセスメントツールとして記録し共有を図っている。	
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	ご家族からの聴き取りや利用者との日頃の会話の中から生活歴を把握し日々の役割作り等、ケアに活かしている。		
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	個別の日課を把握し、それに合わせた支援を心がけている。心身の状態の把握も行い、その日の状態に応じたケアを行っている。また、職員同士で連絡ノートを活用し、状態の変化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	センター方式を活用し、アセスメントを行い、ミニカンファレンスを通じて、利用者一人ひとりの希望や好み、できることを把握し、具体的な介護計画の作成に努めている。	施設独自の基本的アセスメントシートとセンター方式のアセスメントツールを使用し計画を作成している。計画は計画作成担当者(ケアマネ)が収集した情報と家族の希望や要望を聴取し、更にカンファレンスを行い職員の意見も取り入れ計画に反映させている。計画に基づいたケアの実践を全職員でモニタリングし、カンファレンスを行い3ヶ月に1回サービス計画を見直しをしている。利用者の変化があれば適宜会議で見直しを行う他、グループホーム会議で利用者一人ひとりに関して変化の有無を確認している。支援経過記録には、普段の生活の状況や観察内容が詳細に記載されており利用者の様子が分かる記録となっている。認知症の方への個別のケアの実践に活かしていく為に利用者の喜怒哀楽を記録するように指導している。	基本はケアマネージャーが作るサービス計画であるが、今後は、自分たちが実際にケアを実践していく上で統一したケアを行うためのケア計画を立案すつ取り組みを期待する。計画には、利用者個々の状況にあわせた予防的なケアの内容を支援計画に盛り込まれる取り組みも期待する。

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
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	日常の様子を具体的に個別のファイルに記録し、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。利用者の状況の変化・気づきがあれば、すぐに職員間で話し合いを行う。		
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	隣接した施設（デイサービス・特養等）の利用を無料でできるよう配慮している。		
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	警察・消防・商店・近隣の薬局など地域に理解と協力が得られるよう働きかけを行っている。		
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	定期的な受診の介助を行い、主治医と密に連絡を取り合っている。受診が困難な場合は、往診を依頼している。受診の結果を家族へ報告している。	利用者の受診は、提携病院へ受診支援している。心療内科の医師は往診してもらっている。整形外科も週1回往診がある。身体状況により家族に理解してもらう必要がある場合は、直接医師から説明を聞いてもらうようにしている。利用者個々のファイルに医師の診療録があり、支援経過記録には、受診・往診した結果を記載している。訪問看護ステーションと医療連携体制を整備しており、24時間連絡や必要時には訪問可能である。訪問看護実施時は訪問看護表があり訪問時の状況が確認できる。	
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	24時間体制で訪問看護師と連絡が取れるようにしている。日頃から、利用者の状態について相談や指導を受けている。主治医からの指導を受け、適切な対応ができる。		

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。	入退院時には、医療機関と情報交換を行っている。退院に向けて、入院中もご家族・医療機関と密に連絡を取り合い、退院時の受け入れ体制を整えている。	入院時には、入院先にホームでの生活状況や身体状況など情報提供を行い、入院中も継続して連絡を取り合いながら早期退院に向けて支援している。退院が決まれば入院先から継続看護連絡表で情報提供を受けスムーズなケアにつなげるように取り組んでいる。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期のあり方について、ご家族との話し合いを行い、内容を記録し、職員全員がケアの方向性を周知徹底できるようにしている。	契約時より重度化や終末期に向けた指針に沿って説明を行い同意を得ている。実際に重度化や終末期の時期に応じて細かな説明を行い説明内容を文書化し同意を得て統一した方針で支援するように取り組んでいる。日常生活の中でできる医療は限られていることを十分に説明し同意を得た上で看取りを行っている。日常介護士が行う以外の吸引など医療処置が必要な場合は、訪問看護を利用している。	
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	急変時の対応等を施設内研修(AEDの使用方法・吸引等の具体的な訓練)で身に付けている。また、マニュアルを作成し、わかりやすい場所に貼り、落ち着いて行動できるようにしている。	/	/
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	災害時のマニュアルを作成し、年2回消防訓練を実施している。訓練には地域の消防団も参加し地域の協力体制の整備に取り組んでいる。	消防計画を作成し消防署に提出している。地域消防協定書・職員が災害時に連絡に困らないように一覧表を作成している。昼夜想定で避難誘導訓練を行っており、次回ははしご車に来てもらい訓練を実施する計画を立てている。	

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
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	一人ひとりの誇りを尊重した優しい言葉かけや対応をこころがけたケアに努めている。実際のケアを研修などで振り返りながら職員全員で取り組んでいる。個人情報の保護については、ファイルの持ち出し禁止など漏洩防止に努めている。	研修会で援助される人がどのような状況にあるのかなどを統合的に理解し、プライバシー保護について理解を深めるようにしている。	今後も利用者一人ひとりの尊厳・プライバシー・誇りを大切にされたケアの実践が継続できるような取り組みを期待する。日々ケアする中で利用者個々に合わせた細かな尊厳やプライバシーについて全職員での取り組みを期待する。
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	本人の気持ちや思いが伝わるよう、日頃から思いをくみ取れるよう働きかけている。言葉での表現が難しい方は、行動や表情から読み取れるようこころがけている。		
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し、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	基本的な1日の流れはあるが、日常的にご利用者の希望・要望を十分把握し、一人ひとりの体調やその日の様子に配慮しながらご利用者一人ひとりのリズムに合わせた細やかな対応をしている。		
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	ご利用者と共にその日の服を選んだり、スカーフ、腕時計など入居前に使用していた小物を取り入れる。また、お化粧品などを楽しめるようその人に合った身だしなみを支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者一人ひとりの力量を活かしながら食事の盛り付けや準備を利用者と職員と一緒に、ご利用者が使い慣れた食器で職員と共に食事を楽しみながら、自然な流れで介助を行っている。行事食として回転寿司・バイキングなどを取り入れ食事が楽しみの時間となるよう配慮している。	加齢に伴う身体機能低下がすすむ中で、利用者一人ひとりが役割を持ち、盛り付けや配膳を職員と共に協力しながら行っている。利用者の食事状況の観察・介助を行ないながら利用者と職員と一緒に食卓を囲んでいる。地域の方も参加する回転寿司やバイキングなども食事の楽しみとなっている。	

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
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	水分量や食事のカロリーの記録を行い、摂取量が少ない方には、好きな食べ物・飲み物を考慮し提供している。また、喫茶店で楽しみながら水分補給ができるよう支援している。		
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	毎食後の歯磨きの見守り・夜間の義歯洗浄など一人ひとりに合った口腔ケアを実施している。また、歯科受診時、相談・指導を受けている。		
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	排泄のリズムを把握するため、排泄表を活用している。個別に応じたトイレ誘導・介助を行っている。日中は出来る限り布パンツを使用するなど、自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表で利用者個々の排泄リズムを把握し、なるべくオムツを使用しない自立した排泄支援に向けて取り組んでいる。排便に関してもリズム把握しており、必要に応じて医師の指示の緩下剤を使用し不快のないようにしている。殆どの利用者が布パンツを使用している。	
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	食物繊維の入っている食品を食べてもらったり、水分を良く摂ってもらう。また、散歩もできるだけ参加してもらうよう声かけを行っている。 お茶ゼリーに、はちみつをかけるなど工夫している。可能な限り、トイレに座るように介助している。		
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	午前・午後と入浴可能な時間帯を作り、体調を考慮した上で、個人に合わせた入浴介助を行っている。当日、気分がのらなかったり、拒否の場合は時間を変更したり、別の日に入浴してもらっている。また、入浴ができない状態の場合は清拭や足浴等行う。	利用者個々の状況により見守り・介助を行っている。毎日入浴できるようにしており体調や安全性・希望に合わせて個別に入浴介助・支援を行っている。入浴が出来ない方には、清拭を行うなどして保清している。入浴を嫌がる方には、声かけを工夫したり、時間や日を変えて入浴をしてもらえるようにしている。	

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
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	1人ひとりの睡眠のペースを知り、夜の睡眠が少ない場合は、昼間に軽く昼寝を促したり、体を動かすことで夜間にぐっすり眠ってもらえるよう支援している。		
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	薬剤情報を個人記録ファイルにし、確実に服薬できるよう、1日分を袋に入れている。毎日の状態の変化を記録し、主治医との連携を取りながら支援している。		
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	花の水やり、食事の手伝い・洗濯・畑作業・喫茶店の仕事など日々の役割り分担がある。また、踊り・歌・習字などが楽しめるよう計画している。		
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	車椅子で作業できる畑へ出かける。玄関先のお花の水やりは日課となっている。受診時は車椅子・徒歩で行くよう心がけている。その日の気分・体調・天気などで判断し、なるべく戸外へ出かけている。	定期的な受診は、なるべく車椅子などで歩いて行くようにしており散歩も兼ねている。外出の機会を多く持ち、季節に応じて花を見に行ったり初詣など利用者が楽しみとなるような外出を行っている。ボランティアで演奏に来られる方のコンサートへ行ったり、畑仕事では今年度ひょうたん作りをおこない緑を楽しんだりと五感刺激やストレス発散の機会を多く持つようにしている。来年度、泊りがけでの外出行事を検討中である。	
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	お金を持たないことで不安を感じたりしないよう、紛失の問題なども考慮し、家族の方とも相談しながら、無理に預かったりせず、本人の力に応じて所持して頂き、職員間で見守り支援している。		
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	利用者・家族・友人との手紙のやり取り、電話などはプライバシーに配慮しながら、いつでも行えるように支援している。		

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
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・居室などに花を置いたり、壁などに書道の作品・写真など飾っている。利用者に合った温度調整をしている。日常にある調理の音・匂いを大切にしている。	幹線道路に面しているが、施設内は静かで、共用スペースは広く清潔で、採光や温湿度も過ごしやすいように調整されている。室内は利用者が移動しやすいように椅子や手すりが設置され気分に合わせて自由に移動し、過ごせるように工夫されている。季節の花や利用者の作品、写真などが飾られたフロアに利用者と職員の落ち着いた話し声や笑い声が流れ、生活観や季節感を感じて日々過ごすように配慮されている。	
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	居間から離れた場所に2人がけのソファとテーブルを置き、一人で過したり気の合った利用者同士が思い思いに過ごせるようにしている。		
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	利用者の使い慣れた家具や好んでいる食器を使用している。居室には、家族の写真や利用者の手作りの作品を飾ったりしている。	入居時より利用者や家族に使い慣れた好みの物を持ち込んでもらえるように話をし、利用者が住み替えによるダメージを最小限にするように配慮している。利用者個々の趣味や好みを活かされ居心地よく過ごせる居室空間づくりに取り組んでいる。	
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	車椅子の方が使用できる高さの物干しや洗面台があり、トイレ・浴室等手すりを設置し、本人のできることが安全にできるよう見守りながら支援している。		