

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	2870902174		
法人名	医療法人社団 甲有会		
事業所名	アネシス西宮		
所在地	西宮市柳本町8番7号		
自己評価作成日	平成29年8月1日	評価結果市町村受理日	平成30年4月6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.kaigokensaku.jp/28/
----------	---

【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8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)】

介護施設にありがちな介護する側・される側といった関係性ではなく、もてなしやイベントを取り入れた特別なものではなく、あくまでも入居者がこれまで営んできた、もしくは認知症にならなければ送れたであろうごく当たり前の自然で普通の生活であり、それを継続できるようにアネシス西宮で可能な限り支援している。入居者はホーム内だけの生活ではなく、地域に密着して暮らせるように、買い物や地域行事など外出の機会を多く確保するようにしている。生活の中で調理や清掃など関わりをもつことで自身の今まで培われた家事技術や生活の知恵などを活用することで、喜びや満足など存在意義を感じていただけるよう配慮し、入居者、職員共に「自分がここにいることは無駄じゃない」「いて良かった」と感じながら安心できる日々を過ごすことを目指している。

【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)】

近隣にスーパー・商店・公園・神社等があり、気の合う利用者同士での外出や趣味の合う利用者同士での外出など、日々積極的に外出支援に取り組んでいる。戸外では車イスが必要な人にも、管理表で実績を把握しながら均等な外出の機会が持てるよう支援している。食事づくり、洗濯物たたみ、レクリエーション等の活動を通じて、利用者の好みや力を活かしながら自立支援に取り組んでいる。具体的な介護計画・項目ごとに実施状況を把握するモニタリングシート・本人視点でのアセスメントシート等、記録に関しても事業所独自の工夫が見られる。年間研修計画に沿って、研修を全員参加できるように複数回行って職員の資質向上に努め、職員の定着率も良い。

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	理念は毎日昼礼後に出勤職員全員で唱和している。 地域との繋がりを持ったケアや、入居者の個別性・自主性を重んじた取り組み等を進めている。	法人の理念・基本方針を共有しており、その中で地域密着型サービスの意義を明確にしている。新入職者には、必ず理念の大切さについての研修を実施している。本年の法人アンケートでも職員に理念について意見・提案等を求め、理念の意識づけに取り組んでいる。毎日昼礼後に出勤職員全員での唱和・詰所等への掲示・正社員登用試験への採り入れ等、理念の共有と意識づけに取り組んでいる。介護計画作成時には、理念を拠り所に検討するよう努めている。地域との繋がりを持ったケアや、入居者の個別性・自主性を重んじた取り組み等理念の実践に向け取り組んでいる。	
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	盆踊り大会や公民館の催しに積極的に参加している。職員が実行委員を務めることもあり、また、地域住民をホーム内の催しに招待している。	地域の盆踊り大会や公民館の催しに参加している。クリスマス会等事業所行事には地域住民に声かけを行い、食材等の買い物時には地域の商業施設等を利用している。音楽・フラダンス等ボランティアやトライやるウィーク中学生が来訪して地域との交流を深めるとともに、地域の人がかき煮や枝豆等季節感のある物を届ける等、日常的な地域との付き合いが行われている。「大社地区ネットワーク会議」に近隣施設代表として参加し、認知症の人が地域で安心して過ごせるよう話し合っている。地域行事では実行委員として世話役を務め、また、介護相談(リーフレットに記載)等地域で必要とされる役割や活動を担っている。	
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	トライやるウィークの受け入れ時や、見学案内時の説明において、認知症の支援について説明する時間を設けている。またパンフレットには介護の相談窓口として管理者・ケアマネジャーの名前を明記している。		

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
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	2ヶ月毎に実施している。活動報告として施設行事(外出行事も)や実施した委員会や研修などを紹介する。民生委員から地域行事の案内を貰い、参加に繋げている。	家族代表・民生委員等地域代表・地域包括支援センター職員(年度ごとに市職員と交互に参加)・知見を有する者等を構成メンバーとし、2ヶ月に1回開催している。利用者の状況、行事・研修等事業所の取組みや、意見・提案・課題について話し合っている。他事業所の取組みについての意見交換や、民生委員から地域行事の案内を参加に繋げる等そこでの提案・意見をサービスの向上に活かしている。議事録は、ファイリングし玄関に設置している。	より多くの意見や提案をサービスの向上に活かし、また、外部者に意見等を表す機会づくりともするために、家族の参加を促す工夫や、利用者にも状況に応じて参加を呼び掛けることが望まれる。また、第三者評価の受審結果等の報告や、請求書等に議事録の設置案内を掲載してみようか。
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市の担当者と直接または電話による相談を行っている。	地区ネットワーク会議に近隣施設代表として参加し、地域包括支援センター等とも連携して地域の介護・医療・福祉のネットワークづくりに努めている。また、地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加しており、そこで事業所の状況や取組みを伝えている。市担当窓口を訪問したり電話等で、福祉的支援を要する利用者への支援や医療保険でのサービスの採り入れ相談等、連絡を密にとり協力関係が築かれている。	
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「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	フロア出入り口・エレベーター・居室サッシ等全て施錠しておらず。スピーチロックを含む身体拘束の完全廃止を目指し、研修にも力を入れている。	年間研修予定表に沿って身体拘束廃止について研修を実施している。研修は、全職員が参加できるよう複数回実施し、拘束3要件・禁止の対象となる具体的な行為・弊害等を学んでいる。参加できなかった職員にも資料閲覧研修を行い、研修参加報告書の提出を促している。リスクマネジメント委員会で話し合った内容について、議事録閲覧により職員へ周知を図っている。家族にも予測されるリスクを説明し、拘束に至らない代替策の検討と支援を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。事業所の玄関である2Fフロア入口は施錠せず、エレベーターも自由に使用できる。1階玄関はデイサービスと共用のため施錠しているが、利用者の外出希望があれば付き添って外出している。	

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
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	介護手順チェックリストに掲載し、全職員に周知を図っている。虐待防止委員会を設置し、介護放棄に繋がる環境整備の不備やケアプラン内容の未実施等、細かな視点で注意を払っている。	上記と同様の方法で、虐待防止について学ぶ機会を設けている。入職時には、DVD研修後にレポート作成を促している。悩み等があれば随時管理者との相談機会を設け、3連休を組み入れたリフレッシュ休暇、甲有会ダイレクトラインで本部へ直接相談ができる仕組みづくり、介護技術向上のための研修の採り入れ等、職員のストレスが利用者のケアに影響を与えないよう努めている。また、年1回、ストレスチェックと面接相談を実施している。家族との外出時等には利用者の状況説明を行い、介護負担軽減のための支援に努めている。入浴時等には利用者の身体状況に留意し、事業所内外での虐待防止に努めている。	
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	成年後見人制度利用中の入居者については、その入居者の担当職員が必要時の連絡等を行い、ケアマネジャーがフォローする体制を取っている。	この2年では権利擁護に関する制度についての研修機会を設けるには至っておらず、制度の理解には職員間で温度差がある。現在も成年後見制度を利用している人があり、領収書等金銭管理関係資料の整理・提供、定期的な身体状況の報告等利用のための側面的支援を行っている。制度の活用が必要な人があれば、今までの実務経験を活かしながら地域包括支援センターと連携して支援を行う体制がある。	利用者一人ひとりの制度活用の必要性の検討や、制度を活用する利用者が出てきた場合に適切な支援ができるよう、職員へ一定レベルの制度理解を深める取り組みが期待される。また、パンフレット等を準備し玄関等に設置しておいてはどうか。
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	見学時にケアマネジャー・管理者から説明している。改定の際には覚え書き等、書面を作成し具体的に説明を行う。	契約前の見学時に、パンフレット等でサービス内容の概略を説明している。契約時には、不明・疑問点等に答えながら、契約書・重要事項説明書を項目ごとに説明を行い納得を得て契約している。特に苦情対応の仕組み、虐待防止への取り組み、また、利用料金については介護度別のシュミレーション表を用いて説明している。契約書の内容を改定する時は、覚書での同意、説明文書でのお知らせ等、改定内容に応じて適切に対応している。契約終了時には、契約書の退居時の援助の項目に従って、サマリーで情報提供を行う等、退居後の介護の継続性に配慮した円滑な退居に向けた支援に取り組んでいる。	

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	年2回の家族交流会を実施。 エントランスにご意見箱を設置。家族来訪時には、職員から近況報告を行うことを徹底しており、ケアプラン更新の説明時と併せて家族からの意見聴取の場としている。	夏祭り・クリスマス会等の事業所での行事の際に家族交流会を開催し、食事を共にしながら直接要望を聴き取ったり、ケアプラン説明の機会にも意見・要望等の把握に努めている。ご意見箱は、家族の目につきやすいよう玄関に記載用紙と共に設置している。家族訪問時には、利用者の状況を報告するよう心がけ、毎月家族に写真付きで「家族だより」を送り、意見等が出やすくなるよう努めている。個別の意見は個々に対応しており、運営に関して出された意見は請求書に同封して公表・公開する仕組みはあるが、この2年間では事例はない。	
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	リスクマネジメント・感染対策・記録・美化・研修・虐待防止の各委員会を設置し、運営については業務分担している。1～2ヶ月毎に話し合いの場を持っている。	管理者は日常的に職員へ声かけを行うとともに、会議・申し送り、各委員会等に参加して運営に関する意見や提案を聞く機会を設けている。また、職員との年2回の定期的な面談等で意見や要望の把握に努めている。本年度は法人のアンケートで理念に関する意見・提案を聞いている。甲有会ダイレクトラインを使用して、本部長に直接意見等を表す仕組みや、管理者等の意見や提案を電話や法人会議で代表者に伝える機会がある。退職金制度の整備等職員の提案を運営に反映させている。職員の異動は行っているが、利用者との馴染みの関係に配慮して極力控えている。	
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	人材育成としてステップアップ面談、資格取得のバックアップ、退職金制度の整備など法人主体で行っている。法人全体への要望は、月1回の法人会議にて検討される。		
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	年間研修計画を立て、計画的に実施している。 職員は参加だけでなく、講師を務めることで意識を高め、終了後は報告書の提出を徹底している。		

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
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	大社地区ネットワーク会議や他施設運営会議に積極的に参加することで、他事業所や地域との関係性を密にし質向上できる体制を取っている。		
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	面接時情報や「私の暮らし方シート」等を利用し、意見や要望を収集している。また入居前にGH共用型デイサービス利用の機会を作り、環境に慣れてもらいつつ、本人が不安なことを見極める機会を作っている。		
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	面接時情報や「私の暮らし方シート」等を利用し、意見や要望を収集している。また入居前にGH共用型デイサービス利用の機会を作り、環境に慣れてもらいつつ、本人が不安なことを見極める機会を作っている。		
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	緊急性が高いケースであれば空室のある他事業所や、法人内の大型施設等を紹介している。担当のケアマネジャーとも連絡を取り合い、その時に最適なサービスが受けられるように支援している。		
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	調理や掃除、洗濯等において、個々の自信を持って行える作業を見出し、時には職員が教えてもらう形を取っている。家事だけでなく、歌の会や書道教室等、得意な分野を役割として生活の中に取り入れている。		
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	家族として協力が得られること、もしくは家族が望む形での関わりをサービスとしてケアプランに取り入れている。実際のケアについて、これまでの方法を家族から聞き取るようにしている。		

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
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	入居前の友人に手紙を出す・いつも行っていた喫茶店へ行く・趣味のパチンコを楽しむ…といった個別性の高い内容のサービスをケアプランに取り入れている。	入居時、家族記入の「私の歴史と暮らし方シート」から、趣味・信仰等の情報を把握している。利用者との日々の係わりの中から、今までの利用者と地域社会との関係を把握し、「介護記録」に記録として残し、必要に応じて介護計画にも反映させて支援している。知人・友人等の訪問時には、気軽に訪問できるような雰囲気づくりに努め、再来訪を依頼している。入居前の友人との手紙のやり取り、馴染みの美容院の利用、カラオケを楽しむ支援等、利用者がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場との関係継続に努めている。	
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	トラブルを招くからと言って過度に引き離すことはしないが、外出時の組み合わせや、個別ケアの企画において、どのような顔ぶれで実施するかを考えている。食事の席は定期的に見直し、人間関係に柔軟に対応出来るようにしている。		
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	退居後も困りごとがあれば相談に乗る旨を伝え、実際の訪問もある。家族は近隣に住んでいる場合が多い為、いつでも立ち寄りてもらいたいと声を掛けている。		
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	独自のアセスメントシートを活用し、本人の視点で生活の意向を汲み取るように努めている。アセスメントシートについてはケアプランの研修時に説明し、改めて要望を聞くだけでなく、日頃の関わりの中での言動に目を向けるようにしている。	入居時の「面接シート」の意向欄、思い・意向等を本人の立場になって職員が想定した「アセスメントシート」等を活かして、利用者一人ひとりの思いや意向を把握している。日々の係わりの中でもコミュニケーションを大切に、「介護記録」に記録として残し、意向等への支援がタイムリーに行えるよう取り組み、また、介護計画にも反映している。意思の疎通が難しい利用者は、家族から聞き取ったり、表情や言動等から、本人本位での支援ができるよう職員間で話し合い、状況に応じた個別支援に努めている。	

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
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	入居時に家族等、本人の近親者に「私の暮らし方シート」を記入してもらい、これまでの生活の把握に努め、ケアに繋げている。入居後も家族に声を掛け、情報収集を継続している。		
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	個々の能力やこれまでの生活習慣、意欲や関心のあり方に配慮し、「出来ること」を見極めて家事や作業に取り組んでもらっている。具体的な内容はケアプランに取り入れている。		
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	独自のアセスメントシートを活用し、本人の視点で生活の意向を汲み取るように努めている。数名分のアセスメントシートを回収した後、計画作成担当者とケア担当者と話し合いを持ち、その後カンファレンス、と段階を踏んでいる。	面接シート・私の暮らし方シート等でアセスメントを行い、初回の介護計画を作成し、その後は利用者の状況に応じて3～6ヶ月毎に計画を見直している。介護計画を意識した支援や記録ができるよう、個別にファイリングしている。短期目標に対してのサービス内容ごとに、「モニタリングシート」で日々モニタリングを行っている。モニタリング結果を参考にしながら家族からの聞き取りやアセスメントシートで本人視点での意向確認を行い、カンファレンスを開催して見直しを行っている。見直しに当たっては、かかりつけ医・看護師・薬剤師・歯科医師等関係者の意見も採り入れている。利用者の状況変化や家族の意向変更があれば、期間に関係なく現状に即した新たな計画を作成している。	介護計画の見直しの際には、介護計画の項目ごとの評価と、ADL・IADLの再アセスメントにより課題抽出を行うことが望まれる。また、評価結果や関係者の意見等もカンファレンス議事録に記載してはどうか。
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	出勤職員の中でその日の入居者担当を決定し、観察や対応、ケアプランの実施、介護記録の記入までを中心となって行うようにしている。担当者が明確になることで気づきが多く生まれ、介護計画の見直しにも反映しやすい。		
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	甲山散策・外食・植物園などへの外出・パチンコ・カラオケ・自宅でのひとときといった個別の思いを重視したサービスを実施。		

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	地域行事への参加は増えているが、資源の把握や活用には至っていない。		
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し、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	それぞれの主治医による往診や受診時の情報提供、相互間の連絡調整などを行っている。	利用者や家族の希望を尊重した受診支援を行っているが、現在、利用者は2週に1回往診を行う医師を、利便性等からかかりつけ医としている。かかりつけ医と連携を図り、適切な医療が受けられるよう支援している。家族の希望も含めた受診前の情報提供や指示・受診結果は、「訪問診療記録」に記録として残し、重要な事項は個別の医療に関する申し送り記録(メディカルシート)で周知している。緊急時等以外の他科受診の通院介助は基本的には家族が行うこととして薬手帳や書面を託け、受診結果は介護記録に記載している。希望者には、歯科の往診もある。	
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回の看護師の訪問時に入居者の状態についての報告を行い、必要な情報(介護記録・事故報告書等)を提供している。看護師に判断してもらいたい事柄については事前に各担当者が整理し、当日の出勤職員に引き継いでいる。		
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。	入院時は定期的な訪問を行い、家族とも密に連絡を取ることでタイムリーな情報収集に努めている。また治療の内容に加えて、生活全般からの情報が得られるように、医療・看護職だけでなくMSWから多くの聞き取りを行っている。退院時の院内カンファレンスに参加することもある。	緊急入院時には「情報提供書」を準備している。通常の入院時には事業所からは「現在の薬」シートで、かかりつけ医からは「診療情報提供書」等で、入院時における本人の支援方法に関する情報を提供している。入院中は家族とも連絡を取り合って病院を訪問し、状況確認や医療連携室等関係者と早期の退院に向け情報交換を行っている。退院前には、カンファレンスに参加している。入院中の情報は「介護記録」に記載し、特記事項は医療に関する申し送りシートで情報を共有している。退院時には「看護サマリー」等の提供を受けて、ADL等退院後の事業所での支援に活かしている。	

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
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	ホームでの生活の継続が困難になることが想定される場合は、早期に家族との話し合いを持ち、医療機関や大型施設等次の受け入れ先を調整。家族が納得して受け入れられるように、少しずつ段階を踏んで説明している。	契約時に、重度化した場合に事業所が出来ること出来ないことを「対応指針」で説明し、家族の意向を確認して介護記録に記録として残している。家族等の希望があり、事業所での緩和ケアや限定医療での対応に同意が得られれば、看取りを行う方針がある。利用者の重度化が進んできた時は、かかりつけ医等関係者を交えて、今後の支援方法について話し合っている。看取りを希望する人には、看取り開始時に「看取り介護についての同意書」で家族の同意を得、介護計画の見直しも行って支援に取り組んでいる。看取りに関する研修と無記名アンケートを実施している。	
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	2ヶ月毎の定期研修にて、毎回設定を変えてのシミュレーションを行い、動きを体得するように努めている。また、全職員が参加する2時間の研修においては初期対応(処置)から医療職への連絡・報告までを学び、実践に繋げている。		
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	年2回の火災・地震等を想定した避難訓練を利用者・職員全員にて行い、動きを体得するように努めている。 地域との協力体制については今後の課題。	年2回、火災訓練を実施している。うち1回は事業所単独で夜間帯想定で利用者も参加して、避難誘導・消火・通報等の総合訓練を、他1回は施設合同で昼間帯想定で訓練を実施している。(事業所単独訓練は、法定訓練手順計画書で、合同訓練は消防署への届け出書で確認)。緊急連絡網を整備し周知を図るとともに、運営推進会議等を通じて、近隣への協力を呼びかけている。米・水・カセットコンロ・防災ラジオ等を備蓄している。	夜勤専従職員にも、訓練への参加を促すとともに、避難誘導方法や避難経路の周知等を徹底する機会等を設けることが望まれる。また、備蓄に関する責任体制の明確化、消防に訓練への立ち合い呼びかけ等が望まれる。地域住民の事業所訓練への参加、事業所の地域訓練への参加等、地域との協力体制構築の取り組みも検討して見てはどうか。

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
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	虐待防止委員会を設置し、不適切なケアへの気づきと注意喚起を行っている。また無自覚からの不適切発言を防止するためにも互いに声掛けしやすい環境作りに努める。	年間研修計画に「プライバシー保護」「接遇」を採り入れ、研修を実施している。虐待防止委員会で不適切ケアについて話し合った内容を、議事録の回覧により周知を図っている。記録委員会で介護記録等の不適切な表現についてチェックを行っている。職員間でも、不適切なケアへの気づきと注意喚起に取り組んでいる。写真については、ブログ、館内掲示、便り等細分化して同意を得ている。また、個人記録類はスタッフルームの鍵のかかるロッカーに保管している。職員の守秘義務についても誓約書を交わし個人情報の適正な管理に努めている。	
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	自分の希望を伝えられない入居者については日頃の言動や表情、しぐさ等を観察し、思いの表れとしてとらえ、それを定期的にアセスメントに反映させる材料とする。		
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	職員側の都合を優先させることはせず、無意識にそのような言動が見られた際には相互に指摘や助言が出来る風土がある。起床・就寝・食事等の時間は決めておらず、その人のこれまでの生活習慣を考慮して支援している。		
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	洗濯や更衣介助の都合だけで衣類を選ぶことはせず、その人が着たいものやこれまで着ていた馴染みのものを多く持ち込んでもらっている。化粧や整髪をその人らしいサービスとしてケアプランにも取り入れている。		

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
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	買物・調理・後片付けと全ての行程を入居者で行っている。調理の下ごしらえについては素材によって入居者によって得意とするものがあり、それぞれ担当として役割になっている。	朝食は職員が献立・食事づくりを行っている。昼・夕食は委託業者が献立と食材を届け、ユニット毎に調理を行い、手作りの食事を提供している。同じ食材でも調理法の変更や、利用者の希望やその日の体調に沿ったメニューづくりも行い、アレンジしている。一人ひとりの好みや力を活かすため、野菜のカット・盛り付け・洗い物等一連の食事づくりに参加できるよう、介護計画にも反映させながら声かけや場面設定の工夫を行っている。家族交流会では、家族と利用者が共に食事をして、食事がより楽しみになる機会となるよう努めている。また、時には外出を兼ねて全体や個別での外食や、仕出し弁当や好物の買い出し等の機会を設けている。	
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	健康管理上、水分摂取量は1500cc/一日以上を目安とし、ゼリーなどを活用したりすることで、8割以上の入居者が達成出来ている。食事については食べたいものを食べに出掛けたり、席を工夫するなど環境作りにも配慮する。		
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声掛けもしくは支援する。訪問歯科医の指導を受けつつ、就寝前に時間をかけて7割程度の入居者の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	排泄介助のタイミングは個別に設定しており、一律同時刻に対応することはない。必要な範囲の介助に留め(トイレの場所を教える、使用後に水を流す等)、自身で行えることを減らさないように努めている。	「ケアサービス管理表」を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄介助のタイミングを個別に設定し、トイレでの排泄を大切にしたい個別支援に努めている。「トイレ」と言う言葉は使わず、さりげなく声かけを行い、利用者の不安や羞恥心の軽減に努めている。夜間はおむつを使用する人も昼間はリハビリパンツで対応する等、カンファレンス時に本人の立場を踏まえて検討し、排泄用品が安易な使用にならないよう努めている。	

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
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	水分摂取量の確保を前提に、階段昇降等の腸の働きを促進する運動を生活に取り入れ、薬に頼らない便秘予防に努めている。また、食物繊維の摂取目的で海藻のアガーを使用している。		
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	入居者の希望を全面的に取り入れるには至っていない。排便があったタイミングや、予め決めた曜日の中で本人が入りたいと感じた時に案内するように努めている。	基本的には週2日の入浴支援に取り組んでいる。可能な限り希望やタイミングに合わせて入浴出来るよう支援している。異性介助を嫌がる人には同性介助で対応し、負担感等で入浴を嫌がる人には、時間や声かけの工夫、職員の変更等一人ひとりに応じた支援を行っている。脱衣場にはパーテーションを使用する等、プライバシーの確保や羞恥心の軽減に努めている。ゆず湯やしょうぶ湯の機会も設け、季節を感じながら入浴が楽しめるよう支援している。	
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	日中の活動量やこれまでの生活リズムを考慮し、就寝時間は個別に設定している。無理に寝かせたり起こしたりすることはせず、夜間覚醒していれば事務所で職員と一緒に過ごす等の工夫をしている。		
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	ケア担当者が個々の服薬内容を更新し、常に全職員が目を通すようにしている。介護職であっても最低限の知識は必要と考え、今後年間研修に落とし込んでいく。		
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	一人ひとり個別の楽しみの時間を作るようにしている。歌がお好きな方には歌会を催したり、おはぎ作りが得意な方はふるまえる機会を盛り込んだりと、他者とも関わられるような支援を行う。		

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
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支援している	甲山散策・会席料理・とんかつ・植物園・自宅・馴染みの喫茶店や盆踊りなどの地域の祭り、催しなど。外出回数が少ない入居者もいるため、そのためにも個別外出支援を検討していく。	ゴミ出し、近くの公園等への散歩、スーパー等への買い物等、利用者の希望・状況・天候等に沿って日常的に戸外に出かけられるよう支援している。花見や紅葉狩り等季節ごとの外出機会も設けている。戸外で車イスを必要とする人も、「ケアサービス管理表」で外出頻度を確認しながら、外出機会が可能な限り均等になるよう努めている。趣味の合う利用者同士、気の合う利用者同士での外食・植物園等への外出や、家族の協力を得ながら動物王国への遠足等、普段は行けないような場所でも出かけられるよう支援している。	
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	常に所持している入居者は2名のみ(使用はせず)だが、買い物時に職員が財布を預け、レジでの支払いを入居者に行ってもらうことがある。		
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	こちらから促すものではなく、本人が行いたいという気持ちがあるのであれば、ケアプランにサービスとして取り入れている。		
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	洗濯機置き場の一部が脱衣スペースになっている為、家具調のパーテーションを設置し、目隠しにしている。2Fのテラスでは季節に応じた花や野菜等を育て、水やりを日課にしている入居者もいる。	2Fのテラスでは春にはパンジー等季節の花や野菜等を育て、水やりを日課にしている入居者もいる。リビングでは七夕の飾りつけ・ひな飾り・クリスマスツリー等季節ごとに飾りつけを行っているが、季節感の採り入れに工夫がほしい時期もある。動線上には可能な限り物を配置せず、適所に安全面に配慮しながらテーブル、イスまたソファなどを配置し、利用者の心身状況や利用者間の関係により選択できる環境が提供できるよう努めている。	

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	共用場所にはテーブル、イスまたソファーなど適切に配置し、その方の心身状況により選択できる環境を提供できるよう工夫している。		
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	本人の書や画、好きな猫グッズ、家族の写真、テレビゲーム等、本人に馴染みのあるものが置かれている。レイアウトについてはケア担当者が中心になって家族と相談しつつ行っている。	ベッド・エアコン・洗面台は事業所が準備しているが、冷蔵庫・家族の写真・家具・人形・テレビ・好きな動物のぬいぐるみ等、利用者が使い慣れたもの、好みのもの、大切にしているものを活かして、居心地よく過ごせるよう支援している。また、持込の少ない人には、家族に持ち込みの協力を依頼し、職員が行事の写真等を飾っている。また、希望に沿って居室の床材をフローリングから畳に変更し、休息や布団での安眠等今までの自宅での習慣や環境が維持できるよう支援している。	
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	食事の席には名札を貼り、自分で場所を探せるようにしている。動線上には可能な限り物を配置せず、座っていない椅子は随時職員がテーブルの中へ入れている。		