

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	2015年8月24日	評価結果市町村受理日	平成27年12月28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27年8月26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)】

介護する側とされる側、という関係ではなく、「共に暮らす」ことを大切にしている。目標とする生活は、もてなしやイベントを取り入れた特別なものではなく、これまで入居者が営んできた、もしくは認知症にならなければ送れたであろう「自然な、普通の」生活であり、「自宅であれば当たり前に行うこと」をアネシス西宮で可能な限り継続している。入居者はホームの建物の中だけでなく、地域の一員として社会と触れ合いながら暮らせるように心掛け、外出の機会を多く確保するようにしている。生活の中で喜びや満足を感じることが出来るのは、他者からの「感謝」と「労い」であると考え、「ありがとう」「あなたがいてくれて良かった」という言葉や態度を互いに交わせるように工夫し、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、日常的な外出に恵まれた環境にある。戸外では車イスが必要な人にも、均等な外出の機会が持てるよう努めており、気の合う利用者同士での日常的な外出や、趣味の合う利用者同士の小グループでの外出など、積極的に外出支援に取り組んでいる。「家でやっていたことをそのまま継続するケア」をめざし、買い物・食事づくり・掃除等を職員と一緒に、「共に暮らす」ことを大切にしている。その人らしく、その人のオリジナルな生活の確保に向け、職員が利用者の生活を管理しないよう努めている。年間研修計画に沿って、全職員が参加できるように複数回研修を行い、職員の資質向上に努めている。モニタリングシート・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。

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

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)	<p>○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</p>	<p>理念は毎日昼食後に出勤職員全員で唱和している。一部のパート職員を除き、ほとんどの職員が暗唱出来る。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。</p>	<p>法人理念6項目をアネシス西宮の理念とし、その中で「住み慣れた地域でその人らしく・・・」と言う地域密着型サービスの意義を明確にしている。理念を毎日昼食後唱和すると共に、職員が携帯する職員証裏面に印刷し、また、社員登用試験に出題する等理念の共有と浸透を図っている。日々のケアで迷った時等は会議等で理念に立ち返って振り返る機会を持っている。理念具現化のための目標を事業計画に落とし込み、年2回経営会議時に進捗を報告し、振り返りを行っている。利用者の体験発表等の役割づくりや、社会参加等理念の実践に向け取り組んでいる。</p>	
2	(2)	<p>○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</p>	<p>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。</p>	<p>公民館のふれあいサロン等での交流、小学校の夏祭りへの出店参加、音楽・フラダンス等ボランティアやトライやるウィーク生徒の来訪、クリスマス会等行事には地域住民を招待する等、地域との交流に努めている。散歩時や食材等の買い物時には地域の人達とお互いに挨拶を交わし合い、地域の人がかぎ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。地域の人達への介護相談(リーフレットに記載)や各種実習生の受け入れ等、共に暮らす地域住民の一員として地域で必要とされる役割や活動を担っている。</p>	

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	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、リーフレットには介護の相談窓口としてケアマネジャーの名前を明記している。		
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	2ヶ月毎に実施している。活動報告として家族宛てのお便りや、食事・おやつメニューのレシピを紹介。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代参加)・知見を有する者等が参加し、2ヶ月に1回開催している。利用者の状況、行事・研修・第三者評価の受審結果等の報告、家族あてのお便り等事業所の取り組みや課題について話し合っている。職員が朝食後居室を定期的に巡回して、利用者一人ひとりの状況に沿った温度管理を行う等そこでの提案・意見をサービスの向上に活かしている。	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するために、利用者にも状況に応じて可能な限り参加を呼び掛けてみてはどうか。
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り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、事業所の状況や取組みを伝えている。管理者等も市担当窓口を訪問したり電話等で、法令上の解釈や事業所の課題相談等連絡を密に取っている。また市職員も事業所を訪問したり、課題解決や相談に適切な助言をしており協力関係を築くよう取り組んでいる。	

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。「座っていて」等の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。	事業所の年間研修計画に採り入れ、リスクマネジメント委員会主催のもと、同じ内容で複数回実施している。研修ではグループワークを採り入れ、スピーチロック等の具体的事例を用いて拘束がもたらす弊害や、禁止の対象となる具体的な行為を学んでいる。研修終了後には研修報告書の提出を義務づけている。職員同士で気づいたことを言い合える環境関係づくりに努め、見守りの徹底を図ることにより、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、ユニット間のエレベーターも自由に使用できるが、1階玄関はデイサービスと共用のため施錠している。利用者の外出希望や気配を感じた時はさりげなく付き添って外出している。	
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	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。	年間研修計画に採り入れ、高齢者虐待防止関連法等について学ぶ機会を設け、言葉等による心理的虐待についても知識と意識の向上に努めている。利用者への不適切な声かけがあった時等は職員同士お互いに話し合い、注意し合う環境がある。管理者は職員の日々の表情や言動に留意すると共に、希望に沿ったシフト調整や、有給休暇の取得促進をはかり、職員のストレス等が利用者のケアに影響を与えないよう努めている。また、外泊時には、家族に利用者のリスク等の現状を伝えている。入浴時や更衣時には身体状況に留意し、傷等を発見した場合の職員の責務や対応方法を周知徹底し、家庭や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い防止に努めている。	

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
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。権利擁護制度そのものについては研修課題として取り上げている。	年間研修計画に採り入れた「倫理・法令順守」の中で、権利擁護に関する制度について大まかな説明をおこなっているが、権利擁護に関する制度とし独立させた研修の機会は未だ持っていないので、理解には職員間で温度差がある。成年後見制度を利用している人があり、領収書等証憑類の整備、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、地域包括支援センターと連携して支援を行う体制はある。	権利擁護に関する制度について、学ぶ機会を設けることが望まれる。また、パンフレット等も準備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（もしくは対応した職員）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済み。	見学時に現場を見てもらいながらサービス内容の概略を説明している。契約時には、主としてケアマネジャーが疑問点を尋ねながら、理解・納得が得られるよう時間をかけて説明している。特に退居の条件についてはしっかり説明している。契約書の内容改定時には、根拠を明確に説明した文書を作成し、覚書や重要事項説明書取り換えにより同意を得ている。他施設への入所等での解約時には、解約後の支援方法についての情報提供や施設へのサマリー提供等を行い、円滑な退居のための支援を行っている。	

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
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、出勤していれば必ず担当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。	家族訪問時には、利用者の状況を必ず報告するよう心がけ、毎月家族に「家族報告書」を送って家族から意見が出やすくなるよう努めている。報告書には、相談窓口として担当職員名を記載している。家族との意見・情報交換にメールを活用している。年2回開催している家族交流会では、写真を見てもらいながら利用者の暮らしぶりを振り返り、意見等が出やすいよう工夫している。運営に関して出された意見等は事業所内に掲示して公表・公開する仕組みはあるが、この2年間では実施例はない。また、第三者評価時の家族アンケートも貴重な意見として運営に活用している。	
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	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。	管理者等は日常的に職員に声かけを行い、ミーティングや委員会時、また年2回の個別面談時等に職員からの意見・提案等を聞く機会を設けている。タイムカード横に職員用の意見箱を設置している。「副理事長110番」「管理者評価制度」等、職員が管理者を経ず直接上位者に意見・提案できる制度も採り入れている。また、副理事長が事業所を訪問したり、理事長が行事に参加し、職員の意見を管理者等から把握する機会となっている。職員の異動を行う時は、半年ごとのスパンで一人ずつとし、他ユニットの勤務を週1回程度入れる等、異動時の利用者への影響や馴染みの関係に配慮している。事務所にソファを設置して、利用者の気分に合わせて自由に過ごせるよう取り組む等、職員からの提案・意見を運営に反映させている。	

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			<p>○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</p>	<p>全職員による無記名での管理者の評価及び、法人全体への要望を年2回集計。管理者評価は本人へフィードバックされる。法人全体への要望は、月1回の法人会議にて検討される。</p>		
13			<p>○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</p>	<p>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。</p>		
14			<p>○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</p>	<p>GH連絡会を通じ、他事業所の職員と連携を図り、緊急性の高い申込者等に対してはスムーズに他事業所を紹介出来る体制を取っている。</p>		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15			<p>○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</p>	<p>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、入居前にショートスティ利用の機会を作り、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。</p>		
16			<p>○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</p>	<p>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、入居前にショートスティ利用を通じて環境に慣れてもらいつつ、家族と話す機会を持ち、不安なことを見極める機会を作っている。</p>		

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	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。		
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、家族に記入してもらう「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」に記録として残している。知人・友人等の訪問時には、お茶等を出して気軽に安心して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。電話や手紙のやり取り、馴染みの喫茶店での喫茶やパチンコを楽しんでもらう支援等、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の支援に努めている。	

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
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、いつでも立ち寄っ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。	入居時のアセスメント資料等を活かして、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、散歩時等職員と利用者が二人きりになった時の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、思いや意向の把握に努めている。意思の疎通が難しい利用者は、利用者の仕草・表情・言動等から本人の立場に立って話し合い、時々状況に応じた支援を行っている。	
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	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。		

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
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で話し合いを持ち、その後カンファレンス、と段階を踏んでいる。	担当職員以外の職員が、「職員の気づき・課題」、「本人・家族の希望や意向」等を、事業所独自の「アセスメントシート」に記載して担当職員がまとめている。それを踏まえてカンファレンスを開催し、基本的には3ヶ月毎に介護計画を作成している。かかりつけ医・歯科医・看護師・薬剤師等必要な関係者とも相談している。ニーズに基づいたサービス内容を項目別に設定し、項目毎に実施状況を日別に確認し、毎月「モニタリングシート」でモニタリングを行っている。毎月のモニタリング結果を3ヶ月分まとめて検討し、検討結果を次の介護計画に結び付けている。入院等利用者の状況や家族の意向が変化した時は、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。	
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・好きなメニューの外食・宝塚歌劇鑑賞・植物園や酒蔵等への外出・パチンコ・晩酌・自宅でのひととき…といった個別のサービスを実施。		

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			<p>○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</p>	<p>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。</p>		
30	(14)		<p>○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</p>	<p>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。</p>	<p>本人・家族の意向を確認し、希望を大切にしたい受診支援を行っている。2週ごとに内科医による定期的な往診があり、多くの利用者は通院や投薬等の利便性から往診医をかかりつけ医としているが、今までのかかりつけ医で引き続き受診している利用者もある。往診医以外の通院介助は基本的には家族が行うこととしているが、家族が遠方等で出来ないときは、事業所が臨機応変に対応している。往診医や家族から報告を受けた受診結果は「介護記録」に記録として残し情報を共有している。また、歯科医の往診もある。</p>	
31			<p>○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</p>	<p>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。</p>		

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
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。	入院時にはかかりつけ医から入院先医療機関に「紹介状」等で情報提供を行うと共に、職員が同行して「生活情報」で入院時に於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い、適時見舞いに行き、早期の退院に向け医療連携室等関係者と情報交換を行っている。退院時にはカンファレンス等にも参加し、「看護サマリー」等の提供を受けて、退院後の事業所での支援に活かしている。	
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「重度化した場合の対応に係わる指針同意書」と「アネシス西宮看取りに関する同意書」で、事業所が対応し得る支援方法の説明を行い同意を得ると共に、家族の意向等を確認している。利用者の重度化が進んできた時は、今後の支援方法についてかかりつけ医等関係者を交えて繰り返し話し合い、家族の同意を得て支援に取り組んでいる。この2年間、重度化対応事例はないが、年間研修計画に「看取り」に関する研修を採り入れ、研修を実施している。	
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。		

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
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	2ヶ月毎の定期研修にて、毎回火災・地震等設定を変えてのシュミレーションを行い、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、施設(デイサービス・認知症対応型デイサービス・グループホーム)合同で夜間帯想定も含め利用者也参加して避難誘導・消火・通報等の総合訓練を実施している。また、2ヶ月毎に、事業所独自で火災・地震等を想定した定期避難訓練を実施しており、台本の無い抜き打ち的なより実践的訓練を実施している。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。緊急連絡網を整備し周知を図るとともに、災害時の避難場所の取り決めを行い、家族にも連絡している。市から提供された防災ラジオや米・水・カセットコンロ等を備蓄している。	
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	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。「自分が言われたくないことは言わない」「認知症だからどうせ〇〇は禁句」として考えている。	年間研修計画に「個人情報・プライバシーの保護」「接遇」を採り入れ、研修を実施すると共に、日々不適切なケアへの気づきと注意喚起に取り組んでいる。特に「自分が言われたくないことは言わない」よう、言葉かけや対応に留意し、気が付けばその都度注意し合い、改善に向けてミーティング等で話し合っている。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、仕草等を観察し、思いの表れとして考えている。全ての入居者について定期的にあセスメントを行い、発言のみに捉われず真意を知ろうとしている。		

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
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。		
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「肉」「卵」「葉物野菜」「南瓜」「青葱」「バナナ」と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。	朝食は利用者の希望を採り入れながら、食材の買出しに利用者と共に出かけ、食事づくりを行っている。昼・夕食は委託業者が献立を考え、食材を搬入しユニット毎に調理等を行っている。同じ食材でも調理法を変更したり、食材を止めて利用者の希望に沿ったメニューづくりも行っている。バルコニーで収穫した野菜を食材に活用している。食事づくりに一人ひとりの好みや力を活かすため、買物・調理・盛り付け・片付等一連の食事づくりの流れに参加できるよう声かけや場面設定の工夫を行っている。家族交流会では、一緒に作り一緒に食べて、食事がより楽しみになる機会となるよう工夫している。また、月1回、業者とメニュー変更や要望を伝える機会を持っている。時には外食や出前の機会を設けている。	

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	水分摂取量は1500cc/一日以上を目安とし、ゼリーを作ったりスポーツドリンク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、席を工夫したりしている。		
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行えていない。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。	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握しながら排泄のサインを見逃さないよう努め、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(14番と呼んでいる)」という言葉は使わず、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。新たにパッドやおむつ等を使用する時、カンファレンス時等に「本人がどう思っているか」という本人の価値観を踏まえて話し合い、安易な使用にならないよう努めている。	
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	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。		

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。	基本的には中2日から中3日の間隔で、少なくとも週2回以上の入浴が行えるよう取り組んでいる。希望があれば毎日でも、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。入浴を嫌がる人には、時間や声がけの工夫や職員の変更等を行っている。異性介助を嫌がる人には同性介助で対応し、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。時には、ゆず湯やしょうぶ湯の機会を設け、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、一律就寝(消灯)時間を決めることはしていない。 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状況表を更新し、常に全職員が目を通すようにしている。パート職員や経験の浅い職員の副作用等についての理解が今後の課題である。		
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	晩酌や好みのおやつ提供等、楽しみ時間を作るようにしている。調理の下ごしらえについては「肉」「卵」「葉物野菜」「南瓜」「青葱」「バナナ」と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。		

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)	<p>○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</p>	<p>宝塚歌劇鑑賞・甲山散策・酒蔵見学・会席料理・とんかつ・植物園・自宅・馴染みの喫茶店・センバツ高校野球等。まだ個々のばらつきがある為、実施回数が少ない入居者の個別外出支援を検討していく。</p>	<p>近くの公園等への散歩、食材の買い出し、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。戸外で車イスを必要とする人は、片道は歩行を入れる等の利用者の状況に応じた移動に配慮し、「ケアサービス管理表」等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小グループ毎の外出や、年2回程度、家族の協力を得ながら動物王国・海遊館への遠足等、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。</p>	
50		<p>○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</p>	<p>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っていることがある。</p>		
51		<p>○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</p>	<p>全員に強いるものではなく、本人が行いたいという気持ちを持っているのであれば、ケアプランにサービスとして取り入れている。手紙だけでなく職員との交換日記もあり。</p>		

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	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。	リビング兼食堂兼キッチンがワンフロアとなっており、自然光が差し込んで明るくゆったりとしている。事務室にソファを設置する等、ソファや家具等を適所に配置し少人数や気の合うもの同士でくつろげる工夫を行っている。2Fのテラスには季節ごとの花や野菜を植栽し、リビングでは七夕の飾りつけ・ひな飾り等季節ごとに飾りつけを行い、季節感や生活感を採り入れて居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	事務所を職員だけのスペースではなく、入居者が自由に出入り出来るように開放している。仕事をしているつもりで職員のそばで過ごしたり、ソファで休んだりと思い思いに過ごしている。		
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。	ベッド以外の家具・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や好みのものを活かして、居心地よく過ごせ、安全面にも配慮してADLに沿った居室となるよう努めている。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。	
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。		