

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	2870902091		
法人名	医療法人社団董会		
事業所名	甲陽園すみれホーム		
所在地	西宮市神原15-65		
自己評価作成日	平成29年11月8日	評価結果市町村受理日	平成30年2月16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11月16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)】

入居者が今まで暮らしてきた環境と施設での生活のギャップを埋めるために入居時のアセスメントをしっかりと行ってなじみのある環境、生活リズム作りができるように努めている。地域のボランティアや近隣の小学校の訪問などを通じて地域とのつながりを維持できるようにしている。

【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)】

近隣に公園やスーパーマーケットがある住宅地に位置し、デイサービス事業所を併設している。家庭的でゆったりとした生活が送れるよう努め、利用者が今まで暮らしてきた環境とギャップが生じないよう取り組んでいる。理念に謳っている「その人らしい生活」が送れるよう、アセスメントを深め、聞き取りシートの情報を介護計画に反映するよう取り組んでいる。計画に沿ったケアの実施状況を記録に残し、計画に沿った支援の実践に向け取り組んでいる。ボランティアの来訪も多く、利用者の生活に潤いを与えている。また、内科医による定期的な往診もあり、利用者・家族に医療面で安心感を与えている。

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)	○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	事業所の理念をスタッフと話し合い「その人らしい生活を」と変更した、その後もカンファレンス等で伝達している。	理念をスタッフと話し合って「その人らしい生活を」に変更し、基本方針の中に、地域密着型サービスの意義・役割を明確にしている。理念を玄関に掲示すると共に、理念の持つ意味をスタッフ個別に説明して周知を図っている。ケアに迷ったとき等は、理念を拠り所にして話し合い、支援の方向性を共有している。介護計画見直し時には、アセスメントを取り直し、家族の思い・意向を再確認して「その人らしさ」を計画に盛り込む等、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	地域のボランティアに訪問してもらうことで地域との交流を行っている。	地域の自治会に加入している。地域の夏祭や近隣小学校のイベントに参加している。小学生のコーラス・地域住民のフラダンス等のボランティアが事業所を訪問しており、訪問時に認知症の人への関わり方等を伝えて、事業所や利用者への理解が深まるよう努めている。地域のメディカルケアネットに参画し、事業所の役割を確認している。施設内に設置したAEDは市のホームページに掲載され、西宮救命協力施設として地域に広報している。管理者は今年度、地域ケア会議メンバーに就任予定である。	
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	ボランティアの方たちとの交流を通じて地域に認知症の情報を発信している。施設内に設置したAEDは消防署にも登録されて、西宮救命協力施設に指定されている。		

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	地域とのかかわり方や行事をどのように行っているのか他施設に聞く機会にしている。	家族代表・民生委員・市職員・知見を有する者等が参加して、2ヶ月に1回開催している。会議では利用者・職員の状況、行事・研修等事業所の取り組みの報告を行うと共に、意見交換を行いながら助言・提案等を得ている。知見を有する者から、他事業所での災害時訓練の方法等の助言を参考にしながら、訓練の大切さを全職員へ意識づける等、会議での助言・提案をサービスの向上に活かしている。会議録は事業所玄関に設置し公表している。	より多くの意見・提案等をサービスに活かし、外部者に意見等を表わせる機会づくりとするために、利用者にも状況に応じて参加を呼びかけることが望まれる。
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	運営推進会議で市の担当者とコミュニケーションをとったり、グループホーム連絡会の活動を通じて市との関係向上を図っている。	市職員が運営推進会議に参加しており、事業所の取組みを伝えている。福祉的な支援を必要とする利用者、ソーシャルワーカーと共同して支援に取り組み、市の集団指導にも参加して把握した情報を運営に反映させている。管理者は西宮市グループホーム連絡会会長に就任しており、事業所間の共通の課題について解決に向け市と連携を図っている。また、事業所の課題や法令解釈等の相談で市の窓口を訪問して担当者と連絡を取る機会も多く、市も助言や課題解決に努めており、協力関係の維持向上が図られている。	
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	身体拘束廃止についてのマニュアルを閲覧できる状態にしている。	身体拘束をしない方針を運営規定・重要事項説明書に明示している。全職員に資料配布による研修を実施し、身体拘束がもたらす弊害・禁止の対象となる具体的な行為、止む得ず拘束を行う場合の手続き等について周知を図っている。家族には、身体拘束により予測されるリスクを説明して理解を得るとともに、拘束をしなくても良い対応を検討・支援し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、玄関・エレベータは、施錠しない時間帯を設けている。	必須とされる研修について、年間研修計画を策定し、資料配布による研修についても実施記録(実施日・資料・配布を受けた職員名等)を残すことが望まれる。また、研修内容の理解度・研修の見直し等を検討するために、アンケート等を探り入れてみてはどうか。

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
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	職員とのコミュニケーションを通じ、ストレスが虐待のきっかけにならないようにフォローしている。	資料配布による研修を実施し、通報の義務や虐待の種類等を周知している。意識しない不適切なケアがあれば、自分に置き換えて考えるよう話している。定時の退社、派遣会社の活用等で職員体制を整備し、新人職員には長期のOJTによる技術の標準化等に努め、職員のストレスや技術の未熟さが利用者のケアに影響を与えないよう努めている。家族との外出時には、利用者の状況変化等の説明や車イスの貸し出し等介護負担の軽減に努めている。入浴時等に利用者の身体状況に留意し、事業所内外での虐待が見逃されることのないよう注意を払い防止に努めている。	
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	成年後見制度や権利擁護についての研修を行っている。	資料配布による研修を実施し、成年後見制度と共に、日常生活自立支援事業についても理解を深めるよう取り組んでいる。現在成年後見制度を利用している利用者があり、後見人への定期的な身体状況の報告、金銭管理関係書類の提供、介護計画への同意等の支援を行っている。活用が必要と思われる人があれば、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活用に向けた支援を行う体制がある。	
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	契約の際には十分な時間をとって説明を行い、理解、納得してもらえるよう努めている。	見学や体験入所時に、パンフレット等でサービス内容の概略を説明し、契約書・重要事項説明書を事前に提供して、契約時に疑問点等を受けられるよう依頼している。契約時には、退居の条件や支援について、不安を生じないように丁寧に説明している。契約内容を改定する時は、書面による同意や通知文の送付等、改定内容に応じて適切に対応している。契約の終了に当たっては、重要事項説明書の退居時の支援の条項に従って、支援方法について説明を行い、施設等への情報提供を行っている。	

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
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	家族の訪問時にまめにコミュニケーションをとり、意見をもらいやすい雰囲気作りを心がけている。夏の家族会でも意見の収集を積極的に行っている。	2ヶ月に一回、担当職員が「すみれホーム通信」とともに個別に利用者の状況を手紙として家族に送っている。家族面会時に利用者の近況等の報告を行い、家族が意見等を表わし易いコミュニケーションづくりに努めている。管理者、ケアマネージャーが参加して家族会を開催し、出された要望等は、議事録を作成して家族に送付している。家族からの意見・要望等は個別に対応している。	
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	職員とのコミュニケーションをまめに行い、意見を積極的に吸い上げるようにしている。	管理者は、職員の状況に応じて声かけを行い、随時、面談の機会を設けている。カンファレンス等では職員から意見等が出やすいよう努め、職員は申し送りノートに記載して、提案等を行う仕組みがある。利用者本位の視点をアセスメントに採り入れる等、職員からの意見・提案を運営に反映させている。管理者は、介護事業本部長が参加する管理者会議に参加して、意見表出や提案を行っている。法人間の異動は、利用者との馴染みの関係に配慮し、管理者等最小限にとどめ、止むを得ずユニット間の異動を行う場合でもユニット合同でのレクレーション実施等で、利用者へのダメージを防ぐよう取り組んでいる。	
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	処遇改善加算を手当として毎月分配し、グループ研修を所定時間受ける事で給与のランクが上がるような人事制度を採用している。		

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
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	グループ全体でキャリアに応じた研修や専門的な研修を行っており、参加することで職員の意識技術の向上を図っている。		
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	西宮市のグループホーム連絡会に参加し、他施設の取り組みや現状を知ることで自施設のサービス向上のヒントにしている。		
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	生活歴を本人や家族からしっかり聞き取り、今までの生活のリズムに近い生活ができるように支援している。それでも出てくる周辺症状には傾聴など本人のペースに合わせた対応を行っている。		
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	利用前から家族の不安要望を聞き取り、利用開始後(特に開始直後)も報告をこまめに行うことで不安を取り除けるように努めている。		
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	利用者の状態や家族の希望を元にサービス内容を検討して決めている。		
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	利用者の状態に合わせた役割を持ってもらい、それをスタッフが肯定することでお互いに尊重できる関係作りを行っている。		
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	家族にまめに報告を行い、理解してもらうことで利用者を支えるチームとして一緒に考え、協力していけるように努めている。		

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
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	本人や家族の了解のもと、友人知人と面会や外出ができるよう支援を行っている。	入居時のアセスメントシートや家族等からの聞き取りシートを活かし、入居後は聞き取りシートへの追記に努めて、利用者がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係を把握・共有している。デイサービスを利用していた時の友人との交流、知人訪問時の面会場所の提供や再来訪の依頼、手紙や電話のやり取り支援等、利用者のこれまでの地域社会との関係を継続できるように努めている。	入居前や入居後に把握した情報を、蓄積し共有するための記録の工夫が望まれる。
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	コミュニケーションの不自由さを補うような支援を行い、利用者同士の関係を作っていくように努めている。		
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	退所後もケアマネや施設担当者を通じて状況を把握するようにしている。		
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	入所時にしっかり聞き取りを行い、希望や意向を把握できるよう努めている。	入居前や入居後に利用者・家族から思いや意向を把握し、聞き取りシート特記事項欄への追記や介護記録等で記録として残し共有している。把握した思いや意向は個別カンファレンス記録にまとめ、ケアプランに反映させている。意思の疎通が難しい利用者は、家族からの情報、言動・行動等から、また、耳の不自由な利用者とは少し大きめの声で話しかけ、利用者の立場になって意向を検討しながら、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	事前面接、入所時のアセスメントなどでしっかり聞き取りを行っている。		

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
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	毎日の申し送りで利用者情報の共有化を図り、毎月の会議で全体の再確認をしている。		
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	スタッフが毎月気づきシートに変化した点を記入してケアカンファレンスで話し合うことで、ケアプランに反映できるように努めている。	本人・家族の希望、意向等をしっかり踏まえて、その人らしさを視点にアセスメントを行い、初回の介護計画を作成し、以降は認定期間も考慮しながら基本的には6ヶ月ごとに見直している。課題解決のための具体的な援助内容と連動させて、日々の実施状況を介護記録に記録し、介護記録評価欄を基にモニタリング、評価を行い文書化している。介護計画の見直しにあたっては、個別カンファレンスを開催し、かかりつけ医・看護師等関係者の意見を採り入れている。計画内容を変更した時は、ケアマネージャーが申し送りノートで周知している。利用者の状況が変化した時は、期間に関係なく現状に即した新たな介護計画を作成している。	利用者・家族等の希望や意向、かかりつけ医等関係者の意見を個別カンファレンス記録への記載、再アセスメントはアセスメントシートの活用等、記録方法の工夫が望まれる。
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	スタッフが毎月気づきシートに変化した点を記入してケアカンファレンスで話し合うことで、ケアプランに反映できるように努めている。		
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	グループホームで不穏な状態になった利用者をデイサービスで一時的に対応することで、気分転換してもらおうというような連携をとっている。		
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	地域のボランティアの訪問による催し物や地元の学校の町探検などを通じて、地域との交流を行っている。		

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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>かかりつけ医により2週間に1回以上の診察を受け健康管理を行っている。24時間対応なので夜中でも電話対応、往診をしてくれる。</p>	<p>入居時、利用者と家族にかかりつけ医について希望を聞いている。現在は、通院の利便性・緊急時の対応等から、定期的に往診する内科医をかかりつけ医としている。他科受診時の通院介助は、現状の説明や情報交換のため基本的には事業所が対応し、必要に応じて家族も同行している。往診医や他科受診時の情報提供・質問・受診結果等については「個人服薬管理表」に、大切な事項は「申し送りノート」に記載して家族に報告し共有している。。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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>普段から報告を行っており、かかりつけ医の往診時にも相談を行っている。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院中も病院や家族と連絡を取り、状況の把握をして関係を継続している。</p>	<p>入院時には利用者の暮らしぶりやADL等を「介護サマリー」で、必要に応じて医療機関書類に記載して、入院時の支援方法に関する情報を提供している。入院中は適宜見舞いに行き、看護師や医療連携室等関係者と情報交換を行いながら、早期退院の準備に向けた情報収集を行っている。収集した情報は、申し送りノートで共有している。退院時には、時にはカンファレンスに参加し、「看護サマリー」、かかりつけ医への「診療情報提供書」等の提供を受け、退院後の事業所での支援に活かしている。</p>	

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	重度化した場合の指針を作成している。看取りまでの対応が難しいことは入居時に説明している。	契約時に、重要事項説明書の「重度化した場合における対応について」に基づいて、重度化や終末期に向けて、事業所として看取りまでの対応が困難な状況にあることを説明し、家族等の意向を確認している。利用者の重度化が進んで来た時や状況が大きく変化した時は、今後の支援方法や家族の意向等をかかりつけ医等関係者を交えて繰り返し確認している。必要に応じて、円滑にサービス移行が行えるよう支援している。確認した内容は申し送りノートに記載して周知を図っている。	今後の支援方法や家族の意向等をかかりつけ医等関係者を交えて繰り返し話し合った内容は、個別の介護記録に記録として残しておくことが望まれる。
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、消防署から人形を借りて救命講習を実施している。	/	/
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	消防、避難訓練を実施している。	29年度は、現時点でデイサービスと合同で火災訓練を1回実施している。訓練は夜間出火想定で、通報・避難誘導・消火等の総合訓練を利用者も参加して実施している。夜勤専従職員には、自動通報装置の操作法や避難経路について説明している。運営推進会議を通じて、地域住民に敷地内での利用者の見守り等、災害時の協力依頼を呼びかけている。また、管理者が責任者となり、米・カセットコンロ等を備蓄している。今年度、さらに1回火災訓練を計画している。	

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
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	個人情報の保護、プライバシーの尊重について、マニュアルを整備し、研修を実施している。	「接遇」「認知症の人への関わり方」についての資料配布による研修で、プライバシー確保・自尊心を傷つけないような声かけ等を周知している。カンファレンス等で、具体的事例を用いながら、プライバシーや本人の意思の尊重について確認し合っている。不適切と思われる事例があれば、個別に注意を促している。すみれホーム通信や館内写真掲示については重要事項説明時に同意を得、ホーム通信は配布を家族等に限定し、掲示は館内のみとしている。個人記録類の保管は鍵のかかる保管庫で、契約書等は事務所の保管庫に保管している。	
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	入居者自身が答えやすい質問や家族への聞き取りを行うことで利用者自身の希望を汲み取りやすくなるように努めている。		
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	日課はだいたい決まっているが、参加不参加については本人の意思を尊重するようにしている。		
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	自分で服装を決められる人には選んでもらって、自分で決められない人には相談してなるべく好みの服装になるように努めている。		

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
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	調理に参加してもらえる部分には参加してもらえるように誘導している。買い物に行く際には好きなものを買って食生活を楽しんでもらえるように努めている。	食材が素材で届けられ、食材業者の献立に沿ってユニット毎に調理を行い、利用者の嚥下機能や当日の体調に合わせた食事形態で提供している。利用者一人ひとりの好みや力が活かせるよう、野菜の皮むき等の下準備や、盛り付け・配膳等に職員とともに参加できるように努めている。利用者の摂食状況や好み等を委託業者に伝え、利用者の好みや献立に反映できるように努めている。また、行事等の際にはおやつに地域の老舗の和菓子、デザートに季節の果物を提供し食事やおやつが楽しみなものになるよう努めている。	
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	食事量の記録をとっている。水分摂取量の少ない人には記録をとり、飲みやすい形での水分提供を行って、しっかり摂取できるように努めている。		
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	毎食後口腔ケアの誘導、介助を行っている。歯科の訪問もあり、口腔衛生には配慮している。		
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	排泄チェック表を利用して、適切なタイミングに誘導、パットチェックが行えるようにしている。自尊心を傷つけないような見守り、介助を行えるよう声かけに配慮している。	排泄チェック表を活用して利用者個々の排泄パターンを把握し、残存能力を活かして、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。支援方法を検討しながら、安易な排泄用品の使用を避け、排泄用品の使用軽減に取り組んでいる。ドアは必ず閉めて自尊心を傷つけないような見守りに努める等、プライバシーへの配慮、羞恥心の軽減に努めている。	

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
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	歩行を中心とした運動と水分補給を心がけている。それでも出ないなら緩下剤の利用を主治医と相談する。		
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	入浴時間を入居者の予定に合わせていけるよう努めている。	週2回午前入浴を基本としているが、利用者の希望、状況に応じて支援している。入浴を嫌がる人には、タイミングを見計らった声かけの工夫や職員・入浴順の変更等、利用者個別の原因に応じた支援に努めている。入浴時には必ずアコーデオンのカーテンを閉め、脱衣場では利用者同士が顔を合わさないよう配慮する等、プライバシーの確保に取り組んでいる。また、好みのシャンプーの使用や、ゆず湯の機会も設け入浴を楽しむことができる支援に努めている。	
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	日中はその人に合わせた運動、レクリエーション、場合によっては臥床休養など、状態、体調に合わせた活動を行っている。		
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	処方された薬は情報の申し送り、受診記録のチェックをする事でスタッフへの周知を図っている。		
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	散歩や買い物等のレクリエーションや洗濯たたみ、料理の盛り付けといった家事などを本人の状態、希望に合わせてやってもらうことでそれぞれの気持ちによりそった支援を行えるよう配慮している。		

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
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	体調、気候などを配慮した上で、散歩、買い物を行っている。外食など施設外に連れ出す機会を積極的に作ってくれる家族もいる。	利用者の体調や気候を配慮して、近隣の公園への散歩・スーパーでの買い物・川沿いや敷地内の散策等、戸外に出かけられるよう支援している。ドライブを兼ねて、花見・コスモス・紅葉等、季節を感じながら出かける機会も設けている。車イス使用等で歩行が難しい利用者は、車イス対応車両の使用で利用者の状況に合わせた移動に配慮した外出支援に努めている。美術館や緑化植物園等、普段は行けないような所にも出かけている。また、家族にも外出を依頼し、外出に必要な準備を行っている。	
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	入居者に金銭の所持をしてもらうことは可能だが、現在所持している人はいない。		
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	家族から了解を得たうえで、電話をかけたいときには対応している。		
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	リビングの窓は大きいものを使用して開放感が出るようにしている。共用部にソファを設置してゆったり過ごすことができるようにしている。	リビングの窓が大きく、自然光が採り入れられ、明るく開放感がある。清掃専任の職員が定期的に清掃を行い、清潔感がある。クリスマス・七夕・紅葉の写真や、季節感のある飾りつけ、また、キッチンからは食事づくりの音や匂いが感じられ、生活感・季節感が感じられる。リビングに続く共用スペースに、テレビ、ソファ、椅子等を配置し、利用者が思い思いにゆったり過ごせるよう工夫している。加湿器を設置し、健康管理に努めている。	

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
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	一人で過ごしたい人にはリビングの隣の部屋を利用してカーテンで区切ったりしている。ほかの人と一緒に過ごしたい人にはソファやテーブル席を利用してもらっている。		
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	洗面台、タンス、エアコンは備え付けている。ほかにもなじみのある家具を持ち込んで今までの生活とのギャップを少なくできるように努めている。	洗面台・タンス・エアコンは備え付けであるが、自作のちぎり絵・仏壇・鏡台・孫やひ孫の写真・テーブルセット・米寿のお祝いの品等利用者が使い慣れたもの、馴染みのもの、大切にしているもの等が持ち込まれている。今までの生活とのギャップを出来るだけ少なくし、その人らしい居室作りができてるように支援している。馴染みのものが少ない居室は、職員が利用者の作品を飾り、落ち着いて居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	館内はバリアフリー構造なので段差も少なく移動しやすい。トイレ、居室に表示をしてわかりやすいようにしている。		