

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	2873400614		
法人名	有限会社 アキタケメディカル		
事業所名	アキタケメディカル「さくら」グループホーム		
所在地	兵庫県神崎郡神河町吉富1597-1		
自己評価作成日	平成29年3月13日	評価結果市町村受理日	平成29年5月26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3月28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)】

家庭的な不囲気を大切にしながら、利用者が安心して暮らせる生活環境や不囲気作り心掛けています。利用者一人一人の生活リズムを維持出来るように心掛けながら、利用者が生活に混乱をしないように職員が適切にサポートするために、職員同士が意思統一を密に行っている。家事や、手作業を利用者と職員が一緒に行い認知症の進行を少しでも遅らせ、周辺症状の緩和に努めている。毎月1回の習字ボランティアや、季節毎のフラワーアレンジメント、併設事業所との行事やホーム内の大きな窓を通して季節を感じてもらい、メリハリのある生活を送れるよう支援している。地域の行事への参加や月1回のミニデイに参加したり近隣のスーパーへ買い物に行ったり、小学校の行事へ招待していただくなどして、地域の人々との交流を継続できるように支援している。職員は、毎月カンファレンスや研修を

【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)】

自然に恵まれた静かな環境にあり、デイサービス・ショートステイを併設している。大きな窓から外の景色が見渡せる、採光のよい共用空間は、共同制作の季節感のある作品や外出の写真や飾り、キッチンもあり、ゆったりとくつろげる環境である。定期的なカンファレンスで職員の意見を集約し、現状に即した個別支援により、重度化してもその人らしく暮らせるように取り組んでいる。複合施設の強みを活かし、合同行事やイベントに参加し、地域の人々やボランティアと交流している。買い物・散歩・ドライブ、地域のミニデイへの参加、習字やフラワーアレンジメントなど趣味活動が継続できるように支援している。家事への参加等で役割を持つことにより、生活の活性化にも努めている。年間計画にもとづいた研修、定期的なミーティングや会議の実施により、職員の資質向上と連携に努め、職員の定着もよい。

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、活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 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
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	職員会議や研修の場などで、基本理念について考え話し合いをし、実践につなげていけるよう努めている。	地域密着型サービスとしての意義を盛り込んだ「ゆっくりマイペースな暮らし・やすらぎと安心のもてる暮らし・尊厳ある生活・地域活動への参加」という事業所独自の具体的に理解しやすい理念を掲げている。詰所に理念を掲示し、事業所内研修の年間計画に「倫理法令順守、基本理念について」で学ぶ機会を持ち、共有と理解を図っている。パンフレットにも理念を明示し、利用者・家族にも周知している。年度初めに職員全員で、理念に基づいた年間目標を設定し、職員会議で目標の達成度の振り返りの機会を持ち、理念の実践に向けて取り組んでいる。	
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	運営推進会議で区長さんや民生委員の方々と情報交換を行ったり、ミニデイに参加したり、近隣のスーパーに買い物に行ったり、近隣の小学校や幼稚園との交流を通して地域に参加している。	買い物には近隣スーパーを利用し、ミニデイサービスへの参加、「かみかわ商工祭」や小学校の運動会の見学、「ふるさと文化祭」での書道の出展と見学等、地域に出かけられるように努めている。近隣の幼稚園児や小学生の来訪や、習字・フラワーアレンジメント指導に地域の講師の来訪もある。ボランティアによる歌や踊りのイベントや夏祭りは施設内合同で行われ、参加して地域の人々との交流を楽しんでいる。秋祭りの際は、神輿の立ち寄りもある。地域の認知症ケア会議に参加し、神河町ケアパスの作成に協働するなど、事業所の機能を活かして地域貢献にも努めている。	
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	運営推進会議の場で認知症についての話題が上がると、理解や支援の方法を話し合うこともある。		

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	毎回グループホームでの取り組みや利用者の生活の様子や状況等を報告している。運営推進会議で得た意見は職員へ伝えサービスの向上に役立っている。第三者評価後の評価結果は運営推進会議で報告して意見を求めている。	利用者・家族・地域の区長・地域包括支援センター職員・役場職員・民生委員が構成メンバーとなり、4ヶ月に1回開催している。ついで。会議では、写真を用いた資料を配布して、利用者の様子・事業所の活動・第三者評価の受審結果・消防訓練実施などを報告している。利用者・家族には毎回発言をお願いし、参加メンバーからは意見・用法の提供を受け、サービスに反映させている。毎回全員の家族に参加案内を送付し、より多くの家族に参加してもらえるように取り組んでいる。議事録はグループホームの玄関に設置し、公開している。	
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	運営推進会議に役場の担当者が出席し、家族からの質問があれば応じてもらっている。運営やサービスに疑問があれば相談している。	運営推進会議に、役場職員や地域包括支援センター職員の参加があり、利用者の状況や事業所の取り組み等を伝え、情報や助言を受けている。不明な点や課題があれば役場の窓口にお問い合わせ、指導や助言を受けている。3ヶ月に1回開催されている地域ケア会議に管理者が参加し、そこでも役場の職員との連携を図っている。	
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	研修や職員会議等を通して身体拘束について振り返り学習し職員全体で身体拘束をしないケアに努めている。	「身体拘束廃止のためのケアマニュアル」を整備し、運営規定にも身体拘束廃止の方針を明示している。事業所内研修の年間計画に、「身体拘束廃止」を位置付け、マニュアルを基に研修を実施し、研修後にはレポートを提出し、理解と浸透に取り組んでいる。研修に参加できなかった職員には資料配布と研修レポート提出により周知を図っている。グループホームミーティング等で振り返りを行い、意識向上に取り組んでいる。玄関は屋間は施錠せず、利用者に外に出たい意向があれば、閉塞感を感じないように職員が対応している。	

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
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	研修や職員会議等を通して高齢者虐待防止関連法について振り返り学習し事例や普段の介護現場での不適切ケア見つけ出し改善する機会としている。	事業所内研修の年間計画に「不適切ケア・虐待防止」を位置づけ、上記「拘束廃止」と同様の方法で理解と周知を図っている。グループホームミーティング等で介護上の課題や悩みについて職員が互いの気づきを話し合い、「ストレスが生じやすい介護場面と対処法」について学ぶ機会を持ち、また、シフト調整に配慮する等、職員の疲労やストレスがケアに影響しないように取り組んでいる。入浴介助や排泄介助時には身体状況の観察を行い、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	管理者や職員で、権利擁護や成年後見制度については資料をもとに研修を行い理解を深めている。今後必要があれば活用できるよう努めていきたい。	事業所内研修の年間計画に「権利擁護・成年後見制度について」を位置づけ、上記と同様の方法で理解と周知を図っている。現在、成年後見制度を活用している利用者はいない。今後活用が必要な利用者があれば、管理者が役場の担当窓口など関係機関と連携し支援できる仕組みがある。	
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	契約時、解約時とも家族とゆっくり時間をとって話し合い十分な説明を行い不安がないように支援している。	申込み前に見学を勧め、パンフレット等を用いて概略を説明している。契約時には、管理者が契約書・重要事項説明書の項目に沿って、また、確認書や同意書も用いて説明し同意を得ている。料金面・重度化・契約終了については、特に詳細に説明を行っている。契約の内容に変更が生じた場合は、変更内容を明示した文書を作成し、家族来訪時等に説明を行い書面で同意を得ている。契約終了時には、家族と十分に話し合いを行い、家族や移行先の機関に情報提供を行う等、円滑な移行を支援に努めている。	

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
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	家族会や面会時などに、利用者の状態や事業所の様子を報告するようにしている。	家族の面会時には職員から近況を報告し、毎月写真を用いた近況報告書を郵送して利用者の生活の様子を伝え、意見・要望が出やすいように工夫している。介護計画の見直しの際には、家族から意見や要望を事前に聞いて計画に反映している。中秋の集いには家族を招待し、年1回家族会を開催し、意見や要望を聞く機会を設けている。把握した家族の意見や要望は個人的な内容が多く、連絡ノートに記録して職員間で共有し、個別に対応している。内容に応じて、カンファレンスで話し合い計画に反映している。	
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	職員会議の中で日ごろの職員の提案を聞き運営やサービスに反映出来るようにしている。	月1回のグループホームミーティング・3か月に1回の全体会議で、職員が意見や要望・提案を出す機会を設けている。各会議に管理者が出席して把握すると共に、全体会議には法人の理事も出席し、職員が運営者に意見や提案を伝える機会となっている。また、管理者は日頃から職員が意見や提案を出しやすい関係づくりに努めている。グループホームミーティングでは、利用者への支援内容や業務内容についての意見・提案を出し合って検討し、サービスや業務改善に反映している。職員の定着がよく、異動もほとんどないことから、利用者との馴染みの関係が保たれている。	
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	事業所全体の会議に管理者が出席し職員の意見や要望を伝えられるように努めている。		
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	一人ひとりに合った研修や外部研修を受けられるようにいろいろな情報を提供出来るような機会を作っている。		

自己	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組をされている。	認知症ケア会議には参加しているが、他事業所との交流はないので、今後交流出来るよう考えたい。		
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	本人が意思を伝えられる場合は、本人と、本人が意思を伝えられない場合は家族に代弁してもらいコミュニケーションをとる時間を設け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	家族と面談を行い家族の思いや不安、疑問などを聞き取りホームでの暮らしについて意見を出してもらえるよう関係いづくりに努めている。		
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	本人と家族の今何に困っているかを理解して、本人や家族の要望に応じたサービスを提供出来るよう努めている。		
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	本人の意思を尊重するように配慮し日常の作業や家事を利用者と一緒に行うよう努めている。		
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	利用者の状態を毎月写真付きの手紙で報告している。家族が面会に来た時は、本人とゆっくり出来るよう配慮している。		
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	地域のミニデイやスーパーへ行くことで馴染みの人や場所との関係継続を支援している。	入居前に利用していたスーパーへの買い物、地域のミニデイへの参加、ドライブのコースに入れる等、馴染みの場所との関係継続を支援している。自宅に着替え等をとり帰ることができるようにも支援している。施設内のデイサービスの行事やイベントに参加し、馴染みの人と交流できる機会を設けたり、また、デイサービスの利用者がグループホームに面会に立ち寄る等、馴染みの人との関係継続も支援している。	

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
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	利用者同士の関係性相性を把握しながらトラブルや孤立がないように努めている。意思疎通困難な利用者とも関係が保たれるよう職員が間に入り会話するようにしている。		
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	サービスが終了する場合は家族と密に連絡を取り契約終了後の環境に本人・家族が出来るだけ不安なく入っていけるように相談に応じている。		
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	一人ひとりの会話の中で希望や意向の把握に努めている。意思疎通の困難な利用者や、家族の意見を聞いたりそれまでの生活歴をもとに検討している。	入居時に把握した利用者・家族の思いや意向は、基本情報に記録している。入居後に把握した思いや意向は、個別の経過記録に記録し、日々の支援や介護計画に反映している。把握が困難な利用者については、家族からの情報を参考にしながら、表情や反応の観察に努め、カンファレンスで本人の視点に立って検討し日々の支援や介護計画に活かしている。	
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	利用者や家族の会話の中からこれまでの生活や環境について話を聞きだしたりして、情報の把握に努めている。		
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	毎日の申し送りや朝のバイタル測定や観察による体調管理等の現状を把握するよう努めている。		

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
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	定期的なカンファレンスを行い本人や家族の意見を取り入れながら介護計画に反映出来るように努めている。	「基本情報」と「アセスメントシート」をもとに、利用者・家族の意向を反映して介護計画を作成している。サービスの実施状況は「経過記録」に記載している。計画のニーズに応じて、毎月モニタリングを実施し計画の見直しの必要性の有無を確認している。毎月のケースカンファレンスで、利用者2名について、事前に職員間で出し合った課題について検討し、「ケースカンファレンス議題のシート」にまとめている。それらをもとに、必要があれば随時見直しを行い、定期的には6カ月に1回介護計画の見直しを行っている。1年に1回程度、アセスメントシートを用いて再アセスメントを行っている。	計画見直しの時期に合わせたカンファレンスの開催と、利用者・家族の意向や関係者の意見を議事録に一元的に記録する仕組み作りを期待する。
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	日々の様子や利用者の言動などを個別に記録し職員間で共有している。利用者の小さな変化も観察できるよう努めている。		
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	日々変化していく利用者、家族の状況やニーズに応じて既存のサービス以外でも対応できるようにしていきたい。		
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	近隣のスーパーへの買い物やミニデイ、小学校との交流で地域の人々との関わりを継続し心身の活性化を目指している。		
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	本人や家族の希望されているかかりつけ医に受診出来るようにしている。状態によれば専門病院に受診することもある。月に一度物忘れ外来の医師の往診がある。	契約時に確認し、利用者・家族が希望するかかりつけ医での受診を支援している。通院を基本とし、身体状況を把握してもらえるように、家族に同行をお願いしているが、状況に応じて主に看護師が受診の支援を行っている。家族が受診同行する場合には、家族に利用者の状況を伝え医療機関に情報提供している。物忘れ外来については、毎月1回往診があり利用者全員が受診している。受診記録表に受診日・医療機関・受診理由・受診結果を記載し、職員間で情報共有をしている。	

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
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	介護中の利用者の体調の変化やケガ等を見逃さず事業所内や併設事業所の看護師に相談したり対応をお願いしている。	/	
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。	入退院時の情報交換は詳細に行うようにしている。安心して治療出来たりレベル低下を食い止められる様に職員の面会や家族との連絡や病院との情報交換を密に行うようにしている。	入院時には職員が同行し、サマリーで医療機関に情報提供を行っている。入院中は、家族と連絡をとり、また、看護師が面会に行つて医療機関と連携をとり、早期退院できるように支援している。退院前にカンファレンスが開催されれば参加し、退院時にはサマリーなどで情報提供を受け、退院後の支援に反映している。	
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、事業所です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	重度化した場合や終末期のあり方については、契約時に利用者や家族には説明し理解を得ている。重度化した場合は今後の対応について家族と相談し適した対応を考える。	契約時に、「急変時におけるの確認書」「同意書」を用いて、重度化・終末期に向けた事業所の方針について説明し、理解を得るようにしている。事例はないが、重度化が進み終末期を迎えた段階で、主治医から家族に説明を行い、家族と話し合いを重ね、運営母体のバックアップ体制も活用しながら、家族の意向に沿った支援を行う仕組みがある。	
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	定期的に応急処置やリスクマネジメントについて職員間で研修を行い学習をしている。実践の場で落ち着いて対処出来るように知識と技術の向上に努めている。	/	
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	年に2回火災避難訓練を行っている。災害時は、運営推進会議で地域の代表者と協力体制が築けるように話し合いをしている。	消防署の指導で、年に2回、1回は通報訓練・消防設備の操作説明、もう1回は通報・消火訓練を、デイサービス・ショートステイと合同で実施している。近隣の職員が多く、非常災害時には緊急連絡網を使って集合するようにしている。近隣住民にも、非常災害時に協力を得られる関係を構築している。運営推進会議で、区長から地震など災害時の避難場所について説明を受け確認している。事業所内研修の年間計画に「非常災害時対応」を位置づけ、理解と周知を図っている。管理責任者を決めて、厨房で、水・食料を共同備蓄し、懐中電灯は各居室に用意している。	備品についても、必要なものを検討し、備蓄することを期待する。

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
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	その人に合った声かけを行うようにしている。プライバシーに関することは他に聞こえないように配慮している。	事業所内研修の年間計画に「プライバシー保護・個人情報保護」を位置づけ、上記と同様の方法で理解と周知を図っている。日々のケアの中で気になる言葉かけや対応があれば、管理者から注意喚起している。個人のファイル類はスタッフルームの鍵のかかる書庫に保管し、事業所内の写真掲示については家族に口頭で了解を得る等、個人情報の適正な管理に取り組んでいる。	
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	日常生活の中で職員が本人の意思や希望を見逃さない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	自分の意思を伝えることができる利用者には、1日の過ごし方を利用者本位に決められるような支援をしている。認知症等で重症化している利用者にはその時々で出来ることをしてもらっている。		
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	季節に合った服装を利用者と一緒に選んだり、その人らしい身だしなみやおしゃれが出来るように清潔を心掛けて支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者に合わせた食事形態を実施している。時々利用者からの要望を聞きメニューを変更している。	施設の厨房で調理された食事の提供を受け、事業所で炊飯・盛り付け・配膳を行っている。ミキサーについては厨房で、刻みやトロミは事業所で対応し、利用者の状況に応じた食事形態で、経口摂取が継続できるように支援している。職員も利用者と一緒に同じ食事を味わい、利用者の摂取状況や意見などを検食簿に記載し厨房に伝えている。利用者の好みや力量に応じて、盛り付け・配膳・下膳に参加できるように支援している。厨房の献立にも季節感や行事を採り入れ、事業所で利用者が希望する献立で調理したり、おやつ作りを楽しんだり、誕生会にはケーキでお祝いする等、食が楽しめるように工夫している。	

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
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	毎月体重測定を行い体重増減により食事量を調整している。水分摂取量は毎日チェックし過不足無く摂取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	毎食後利用者全員の口腔ケアを行っている。口腔ケア困難な利用者は洗口液で歯磨き等を行っている。		
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	介助が必要な利用者もトイレで排泄を促している。一人ひとりの排尿や排便のタイミングに合わせて声かけをし誘導出来るように支援している。	利用者個々の自立度に応じて、基本的にはトイレでの排泄を支援している。声かけ・誘導が必要な利用者には、食事前など定時誘導で支援している。排泄状況は介護記録に、排便状況は申し送りシートにも記録し把握している。定期的なカンファレンス等で、排泄用品や介助方法を検討し現状に即した支援に取り組んでいる。声かけや職員間の伝達時には周囲に配慮し、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。	
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	運動したりココアやヨーグルト等の飲み物や食べ物で工夫したり、必要に応じて医師に相談し本人に合った服薬で対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週3回の入浴を行っており、利用者の状態に合わせて機械浴や一般浴での提供をしている。気持ちよく入浴できるよう配慮している。	週3回の入浴を基本とし、利用者の自立度や身体状況に応じて、デイサービスの機械浴や事業所の個浴を使用し、安全に快適に入浴できるように支援している。異性介助を嫌がる利用者には同性で対応し、自立度に応じて過介護にならないように、また、羞恥心にも配慮して、個々の利用者に応じた介助方法で支援している。	

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
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	午前中はなるべく活動してもらい午後は休息の時間を取るため昼寝をしてもらい、夜間は照明、室温、札音等に配慮して気持ちよく眠れるように支援している。		
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	個別のケースに薬の内容や効能ファイルし職員全員が把握できるようにしている。服薬時には、職員同士で確認し安全に服薬するように努めている。		
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	利用者一人一人が役割を持って、生活できるように、またその役割が継続していけ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	ミニデイや買い物、地域の行事等外出の機会が持てるように取り組んでいる。機会があれば家族との外出を出来るよう声かけも行っている。	利用者の希望や状況に応じて、買い物・散歩・ミニデイ・外食・地域の行事などに外出できるように支援している。初詣・ひな祭り展・花見・森林浴ドライブなど、季節や自然が感じられる外出機会も設けている。複合施設の利点を活かし、デイサービスの外出行事に参加して楽しめる機会もある。29年度の年度目標に設定し、外出の機会を多く持てるようむ取り組みを予定である。	
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	買い物時は、財布を持ってもらい本人に支払いができるように支援している。		
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	家族から電話があった場合は、本人に取り次ぎ話しができるようにしている。手紙は職員から促して利用者自身が家族へ書くこともある		

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
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	共用空間では、利用者の制作物や行事の写真等で壁飾りをしている。窓が大きく光を取りやすくしているのでカーテンを開け外の風景や季節感を採り入れて居心地よく過ごせるよう工夫している。	外の風景が見渡せる大きな窓から採光がよく、明るくゆったりとした共用空間である。利用者で作成した季節感のある作品や外出時の写真等を壁に飾り、また、キッチンが隣接し、季節感や家庭的な雰囲気大切にしている。テーブル席とソファを配置に工夫し、利用者が思い思いに落ち着いて過ごせるように配慮している。ソリューションウォーターを取り入れ、衛生管理にも努めている。	
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	ソファを置いて外の景色を見ながら気の合う利用者同士で話ができるように配慮している。共用空間では独りで過ごせる空間は少ない。		
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	本人が居心地よく過ごせるように、馴染みのある物を持ち込んでもらっている。	洋室4室・和室が5室の居室が、共用空間に隣接し、人の気配を感じて安心して過ごせる環境である。たんす・テレビ・写真・人形など、馴染みの家具等を持ち込み、居心地よく過ごせる居室となっている。利用者の塗り絵・書道の作品や誕生日カードなども飾っている。居室の前には表札と個別の暖簾を掛け、部屋間違いがないように配慮している。	
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	トイレや洗濯場等に表示を付けたり、居室には名前のひょうさつを付けたりしている。利用者にとって危険な物、場所がないかを話し合い安全に生活できるよう工夫している。		