

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	2872600404		
法人名	社会福祉法人 真秀会		
事業所名	グループホーム なごやか		
所在地	兵庫県加西市下宮木町576		
自己評価作成日	平成29年10月23日	評価結果市町村受理日	平成29年12月13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)】

終の場と選んでいただける施設を目指しています。看取り例も11年で18例となっています。生活の場としてとらえ、利用者の人となり理解したケアをしていきたいと考えています。認知症ケアは介護と医療の両輪と考えています。そうすることでより良いケアを提供できると思います。そのために看護や介護が連携を取ることが重要であると考え実践しています。

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成29年11月7日		

【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)】

開設後13年目を迎え、地域に根ざし、事業所の特性を生かした医療連携や地域交流、地域貢献が期待される事業所である。今年度は新たな理念を掲げ、当たり前の暮らしが継続できることを大きな目標としている。高齢化、重度化が進む中で、認知症、終末期のケアは特殊なことではなく、職員は自然の流れの中で専門職としてのスキルを用い、できる限り安心してその人らしい生活が選択できるよう支援している。老いの延長上にある死も隠すのではなく、馴染みの利用者と共に見送る姿勢を示している。管理者は看護師で医療、健康面で安心な体制が整備されているが、医療と介護がバランス良く相互に役割を発揮することにより、良いケアが提供できると考え人材育成に力を入れている。新たな理念に基づき、さらに質の高いケアが提供されることを期待したい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	基本理念は、各フロア掲示板や玄関に提示しており、29年度に理念を変更した。4月には全体会議の中で話し合い、理念の共有を行った。理念をふまえながら、スタッフ間で話し合い、ケアプランやレクリエーション等を考えている。	本年度から新たな法人理念として「当たり前の生活の実現、地域に選ばれる法人になる、その人の暮らしを支える専門職になる」を掲げ、会議の席などで確認しつつ職員間で共有を図っている。また、理念に沿ったグループホーム目標を立案しケアの実践に努めている。	
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	近隣の児童が授業の一環としてボランティア来訪し、リコーダー演奏やゲームを披露して頂いている。外出支援時、レジにて支払いを入居者様にして頂けるよう支援を行い、店員さんとの交流が出来る機会を設けている。キャラバンメイトとして活動も行っている。 地域の行事に参加や3年前よりRUN伴という認知症の啓発活動を北播磨で活動を起こし、他事業者、地域と利用者様と一緒に活動をしている。 絆カフェ(認知症カフェ)を2015の12月より月1回だが開催し、地域の方としてコミュニティとして、施設内外とのつながりとして開いている。	積極的な地域交流に取り組み、自治会の回覧板でイベントのお知らせをしたり、キャラバンメイト活動などの地域貢献、介護相談員や小学生の訪問、ボランティアやトライやるウィークの受け入れ、幅広い年齢層が集う絆カフェの開催、事業所の会議室を地域に解放するなど多彩な地域活動を展開している。管理者はさらに地域交流の機会を増やし、風通しのいい事業所作りをしたいと考えている。	
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	キャラバンメイト(事業所内3名)として地域の小学校、市役所、地域の老人会等にて認知症の知識の普及など啓発を行っている。RUN伴として啓発活動も行っている。 他施設等で研修講師(兵庫県認知症介護指導者)としても活動している。 出前講座としても対応することを行政を通じて伝えている。		
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	利用者様に提供しているサービス内容や、行事・外出支援など写真添付し報告している。また、グループホームの利用者状況や事故報告・ご家族様へのアンケート及び結果等資料添付し、報告している。現在の社会状況(人口構造からの課題)などを伝え、地域包括ケアシステムの必要性を伝える。	市職員、区長、家族代表、民生委員など固定メンバーにより開催している。報告内容やデータなどは写真や図式化し、視覚的にも理解が得られやす工夫がされている。アンケート結果や看取りの報告なども行い、運営に関する一定の理解が得られているが、意見交換や助言は少ない。案内や議事録は家族代表のみに送付している。	運営推進委員会をさらに活性化し幅広い理解を得るために、家族全員に会議の案内や報告書を送付したり、固定メンバー以外の参加を依頼してはかがか。

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
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	施設連絡会・グループホーム連絡会だけでなく、2016より地域密着型連合会を発足し、市内の小規模多機能、グループホーム、行政とで3ヶ月に1回集まり、地域課題、運営課題、地域に出来ることを話し合い、活動を行っている。例えば、就職・福祉総合フェアをイオンにて2016に開催。 その他、キャラバンメイト活動や徘徊訓練などを行政と一緒に地域向けに行っている。 RUN伴活動も行政職員と一緒に実行委員を立ち上げ行い3年目になる。	市職員とは定例の会議で顔をあわせることが多く、イベントやキャラバンメイトなどの活動を協働して行い、良好な協力関係が築けている。会議の席では、経営課題や地域の問題などを提起し、課題の共有化が図れるよう積極的に働きかけている。	
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	毎月ケアカンファレンスを行い、安全に配慮し身体拘束を行うことの無い様に心掛け、話し合いをしている。また、身体拘束についての勉強会を通じ、資料配布や意見交換を行う。 基本的に拘束のない、当たり前の生活を目指す。	センサーマットと4点柵を使用している。使用の場合は常態化しないよう、カンファレンスで討議し、ケアプランに追加、毎月見直しを行っている。玄関の施錠は行わず、見守りを強化している。身体拘束しないために一定の手順は踏んでいるが、身体拘束排除マニュアルは作成されていない。	職員間で統一した認識や手順に基づき実施するために、身体拘束排除マニュアルを作成されることを期待したい。
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	虐待の報告はないが、入居者様への言葉遣いが精神的な抑圧につながらないか、勉強会を行い、管理者・スタッフで意見交換をする場を設けている。過去には利用者様への言葉使いで、気になる点があった場合など権利擁護、専門職としての点でどうあるべきかを考えるよう、カンファレンスを行った。	精神的ストレスが不適切なケアや言動に結びつくことを管理者は認識しており、適宜面談を実施したり、職場環境整備を行い、ストレス回避に努めている。また、研修では報道された虐待事例や言葉遣いなど、具体的な内容を交え、専門職としてのケアのあり方を確認し合っている。	
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	カンファレンスにて利用者の権利擁護について話し合っている。(身体拘束、権利擁護、虐待と一緒に)	権利擁護の研修の中で制度についても学び、制度利用者もいることから、職員は最小限度の理解はある。職員に社会福祉士がおり、司法書士の定期的な訪問もあり、相談や学ぶ機会に恵まれている。	
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	契約時、配布資料を相互で読み合わせ・確認している。質問や疑問点等については、詳しく説明をし、了承を得て署名・捺印を頂いている。 契約内容の改定時には、家族会を開催し資料配布・説明し、理解・納得して頂けるよう対処している。参加されていないご家族様に対しては、資料・説明文を添付し郵送し、理解・納得して頂けるよう対処している。	時間をかけ丁寧に説明することを心がけている。特に日常ケア、利用料金、家族の協力などについて理解が得られるよう説明している。最期まで利用したいニーズが高く、重度化した場合の事業所の方針や看護、医療連携体制など、事例を交え説明している	

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
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	外部への機関に関しては、行政機関としており、その存在については重要事項にも記載している。ご家族様が要望などを表せる場として、面会時に管理者・スタッフとの意見交換や家族会を開催している。また、施設内にもご意見カードを設置している。	年に2回の家族会や運営推進会議、サービス担当者会議などの場で意見や要望について聴く機会がある。また来訪時や毎月「介護計画書兼報告書」を送付し、事業所での様子を伝え、相互に理解しあえる関係性を構築している。運営的な意見は少ない。随時意向調査を実施し、最近サービス担当者会議についてのアンケートを実施した。	
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	月1回業務カンファレンスを開催し、意見交換を行っている。必要に応じショートカンファレンス等も行っている。また、個人面談を通し、個々の意見を聞く機会も設けている。	管理者は職員の積極的な提案や意見に期待し、専門職として仕事の見える化や地域への還元、スキルアップを目標にしている。職員は各種会議や委員会活動が発言の場となり、データ分析から誤業防止案や業務、環境整備などの意見を提案し、反映されている。	
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	年2回自己評価シートを用い、自己評価及び上司評価を行う。個人能力評価を出来るような取り組みを行っている。また、努力しているスタッフを高評価出来る様に評価基準を設け、評価を給与にも反映するように対応している。 キャリアアップが出来るように、外部研修、資格取得のための研修費助成、集団施設内研修を行っている。		
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	評価表の作成と評価。 年間の施設内研修の企画・実施、外部(他機関)への研修の紹介・案内及び参加の促進を行っている。 キャリアアップが出来るように、外部研修、資格取得のための研修費助成、集団施設内研修を行っている。		
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・病院へ、利用者様の面談へ行くようにしている。また、外部(他機関)より講師を招き、勉強会を実施している。グループホーム連絡会、地域密着型連合会等にて、ネットワークづくりしている。 施設間合同研修も行っている。 RUN伴やキャラバンメイトなど外部への啓蒙活動を合同で行っている。		

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
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	入所時は、アセスメントシートを用い、ご本人・ご家族、また入所前に利用していた施設・病院のスタッフより情報の交換・収集をする。 情報を基に、カンファレンスを行い、ご本人に安心して頂けるサービス内容づくりを行っている。計画立案前にセンター方式を用い、本人の思いを取り込むようにしている。		
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	入所申し込み時に、ご家族からの情報収集やご本人及び家族と面談を行い、家族様の思いや困っていること等を伺う。 入所時においても、ご家族の求められる事など希望を聴いている。 また、入居者様に変化がある等の際は、適宜連絡を取りながら、要望にそえるよう対応している。		
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	ご本人・ご家族のニーズ・現状を総合的に考え、話し合いながら、どのようなサービスが必要であるか検討し、常に互いの最善策をとるようにしている。		
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	ご本人の要望を聴き、日常生活においてご本人の意見を取り入れた行事やレクリエーション等を行い、交流・関係性を築いている。 1対1の個別支援の時間も設けている。		
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	毎月1回、入居者様の状況を書面にてご家族へ報告している(介護計画兼報告書)。また、面会時に近況報告をしたり、ご家族の思い等を伺うように努めている。 入居様の変化時には、電話にて状況を伝え、相談をしながら最善のケアを検討している。		
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	デイサービス等と情報交換を行い、馴染み・知人の方が居られる際は、出会える時間を作る様努めている。また、他フロアに近隣の方や知人が入居されている事もあり、出会える機会を増やしていきたい。	家族の面会は多く、知人の来訪もあるが、長期入所の利用者も多く、高齢化に伴い知人と出会っても忘れていたり、馴染みの場所も変化している現状がある。その中で、地域の祭りへの参加や、法人内のカフェ、利用者同士の交流などが新たな関係や馴染みの場となってきている。個別支援として知人の葬儀に付き添ったことがある	

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	行事・レクリエーション、外出支援を取り入れながら、入居者様同士の交流を図り、スタッフが介入し更に関わり合い・関係性が築けるよう努めている。普段、自室で静養中の入居者様も、体調を考慮しながら一緒に過ごせる様対応している。また、スタッフ全員が状況・状態把握するよう、情報・意見交換を心掛けている。		
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	契約終了後に、問い合わせがあった場合には、情報提供を行うようにしている。相談例はないが、今後相談等あれば、対応出来るようにしたい。		
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	ケアプラン作成・更新時、またカンファレンス時に、ご本人の思い・ニーズを確認、汲みとる(センター方式を用いる)。スタッフ間で話し合い、把握するように努めている。利用者様との会話の中からも、情報を得るよう心掛けている。	入所前の生活歴や嗜好など情報シートにて情報収集を行い、定期的にあセスメントツールにて情報の追加や意向の把握に努めている。意向の表出が困難な利用者には、いくつかの選択肢を提示し、新たな体験の中で関心や興味があること、嗜好などを知る工夫を行っている。	
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	入所時に、ご本人・ご家族より生活歴など情報収集し、入居後も会話の中でご本人より聞き取り、カンファレンス等にて情報の共有・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	身体・精神的状態、ADLを日々観察し、引継ぎ時やカンファレンス時に、情報交換・共有、問題提起等話し合い、把握に努めている。また、ケース記録・介護日誌も大切な情報源なので、その日の状態を記録し、個々に把握するようにしている。		
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	月1回カンファレンスを開催し、日々の生活状況・状態について、またケアプランを基に、ケア内容について意見交換や見直しを行っている。また、状態に変化があれば、ショートカンファレンスを開き、ケア内容を検討している。ご本人やご家族からも希望や意見を聞き取り確認する。	毎月ケアカンファレンスにて、利用者の状態や家族の要望に沿った支援計画の評価や修正を実施し、課題を共有している。担当職員は利用者の情報収集やモニタリング、担当者会議に参加し、積極的に関わっている。支援計画内容を意識したケア記録が十分にできていないことが課題であると管理者は感じている。	

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
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	日々の状況・状態は、個別にケース記録に記入している。介護日誌にも、その日の状態であったり、大きな変化・観察点を記録している。記録物やスタッフ個々が持っている情報を用い、共有している。		
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	入居者様の介護度が高度化し、状態により看取りの必要性があるとなった場合、医師・看護師との医療連携体制を整え、また、ご家族との連携も密にし、看取りケアに対応出来るようにしている。その際、看取りケアプラン作成をする。		
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	地域ボランティアや地域の小学生を通じ、交流を深めたり、あったか相談員の方々とコミュニケーションを楽しめるように努めている。		
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	入所時にご本人及びご家族の希望がある場合は、希望されるかかりつけ医を主治医とし診察を継続して頂く。特に希望が無い場合は、ご家族の了承を得た上で、当施設の協力医を主治医とし、月2回の往診を受けて頂いている。	かかりつけ医の選択は自由であるが、協力医が毎月2回往診することもあり、約9割の利用者が協力医をかかりつけ医としている。かかりつけ医の外来や精神科を受診する際には、管理者(看護師)が同行する。受診結果、処方内容、X線所見を、毎月「介護計画書兼報告書」に記載して家族に送り、情報共有している。	
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	施設内看護師と、随時情報交換を行い、連携を密に図っている。電話連絡等、看護職に相談しやすいような体制を整えている。認知症にまつわる精神科受診は必ず家族だけに任せず看護師が同行し、入居者の日々の状態、内服薬の作用・副作用の表れなどを医師に伝え、また介護現場につなげ、共有・協力できるようにしている。		
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。	入院となった場合、看護師・管理者が同行のもと、申し送り・看護サマリーを提出にて、医療機関との情報交換に努めている。入院期間中も、看護師・管理者が訪問したり、電話での問い合わせにて、病院との情報交換を行い、退院に向けての調整を行っている。	転倒からの骨折、呼吸器疾患などで協力医療機関に入院することが多い。入院時には昼夜を問わず、管理者(看護師)が同行し、利用者のサマリーについて説明している。入院中は病棟を訪問し、医療関係者と情報交換しながら早期退院を目指し、退院前カンファレンスにも家族とともに参加している。入院によって自立度が1ランク程度下がるが、介護計画の生活リハビリなどの中で、入院前の自立度まで戻している。	

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
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	終末期の方針などは、ご本人・家族様、スタッフ、協力医(主治医)で話し合いながら決定している。医師より、ご家族へ終末期の話が行われた後、ご家族に事前指定書の説明を行い、書面上にても方針を明記するようにしている。指定書は、個人記録ファイルの1番前に綴じている。	契約時に「急変時の救急・救命医療に関する意思確認書」によって、経口摂取や心肺蘇生術に関する意思の確認をしている。看取りに関しては、契約時に事業所の指針を説明し、利用者の状態に応じて家族、主治医を交えて相談の上、看取りの介護計画を作成している。看取りを経験している職員が多く、事業所の看護師が24時間オンコール体制であることが、家族と職員の安心につながっている。	
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	急変時や事故発生時は、緊急マニュアルに沿って連絡・状況説明を行う。マニュアルはスタッフがいつでも閲覧出来るよう掲示・連絡ファイルに閉じ、周知徹底を行っている。急変があれば、他フロアより応援を呼ぶ・看護師への連絡を行う様にしている。また個人記録ファイルに個人情報・状態を記入する救急シートを綴じており、救急時に活用出来る様にしている。 心肺蘇生法の講習は、消防署員立会い実施している。		
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	防災訓練を年2回実施。緊急連絡網・避難救助マニュアルも作成しており、周知徹底を行っている。フロアに市内の防災マップを置き、スタッフが確認出来るようにしている。	夜間想定を含めて、年2回の避難訓練をしている。3名の夜勤者で、4階の利用者を簡易担架で階下へ下ろすには限界が有り、近隣住民の協力が必要で有ると管理者は考えている。隣接する同法人の特養の夜勤者や警備員との連携は視野に入れていない。	年に1度は、避難訓練に消防署員の立ち合いを要請し、専門的なアドバイスを受けられたらどうであろうか。隣接する特養の職員及び近隣住民と連携する工夫をして頂きたい。
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	不適切な発言や対応があった場合などは、カンファレンスを行い、スタッフの言葉づかいや行動を振り返り、全体また個々に見直すようにしている。日常生活の中で、トイレ誘導・入浴介助等の際は、特にプライバシーの配慮に気をつけている。	利用者が好まない食事の際のエプロン掛けについては、極力少なくしたり目立たない素材にする方法で実施している。洗濯室は脱衣所と別にあり、脱衣所のドアはリビングに面していないなど、フロアのレイアウトもプライバシーに配慮されている。相応しくない言葉遣いや声掛けに気づいた際には、その都度やカンファレンスの際に注意している。	排便確認に熱心な余りか、確認時に相応しくない声掛けをした職員を来訪中の家族が目撃した事例が有り、多忙な中でも人格を尊重するよう、再度周知をお願いします。
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	入居者様との日常の会話から、思いや要望を見出し、ご本人が出来そうな事を提案・考慮し、出来る限り自己決定が行える様対応している。入居者様から『〇〇に行きたい』『△△が食べたい』等の意見を取り入れた、行事や外出支援を計画している。給食委員会で入居者の意見を反映している。		

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
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	常に『入居者様本位』を、スタッフ間で周知徹底している。スタッフ側から一方的に支援するのではなく、入居者様の意思を尊重・確認し、出来る限り要望に副えるよう対応している。また、喜怒哀楽の感情を共にする。		
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	散髪に関しては、月1回の訪問美容を利用し支援している。 ご本人の嗜好を1番に考慮しつつ、アドバイスも兼ね、一緒に衣服を選ぶ機会をつくっている。外出時等に関しても、入居者様と一緒に衣服を選ぶ・帽子等の小物の着用を行っている。 入居者様にもよるが季節の変わり目に買物を一緒に行き選んでもらっている。		
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	食材の下準備や後片付け等、出来る事は入居者様・スタッフ一緒に行っている。味付けは、味見をしてもらったり、入居者様が作られてきた物の味を聞いたり意見を取り入れながら一緒に行っている。また、行事にて時期にあった食事を提供。例えば、巻き寿司・おはぎ等を入居者様と一緒に作り摂取する。	食事は、法人のセントラルキッチンが調理し、事業所では炊飯と吸い物を作っている。食事の後片付けの食器拭きなど、利用者は出来る範囲で手伝いをしている。給食委員や巡回してくる管理栄養士を通じて、利用者の希望や嗜好を献立に反映させている。月に数回設けている「手作り料理の日」には、利用者と一緒に献立を考え、元気な利用者が職員と一緒に食材の買い物に出掛けている。外出支援を兼ねて、回転ずしなどの外食を楽しむこともある。	
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	毎日、食事摂取量・水分摂取量を記録している。水分提供時に、入居者様に飲みたい物を聞き、提供し摂取して頂いている。水分摂取量が少ない方には、家族様に依頼し嗜好品(スティックコーヒー等)を持参して頂き、提供する党にて対応している。体重コントロールが必要な方においては、カンファレンスを行い、可能であればご本人とも話しをし、食事面で工夫するようにしている。また、栄養補助食品を取り入れ、栄養の確保も行っている。		
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	食後には歯磨きまたは義歯洗浄、うがい薬を用い嗽を実施している。自己で出来ない方に対しては、スタッフが口腔ケア用ウェットティッシュを用い、口腔ケアを実施。また、週1回歯科往診があり、必要時、必要な方は診察を受けられるよう対応している。歯科医との相談体制を設けている。		

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	
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	個々の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄が行えるよう声かけ・誘導・介助をしている。排泄後は、記録及びスタッフ間で情報共有している。	利用者それぞれの自立度に応じた支援を行っているが、基本はトイレでの排泄を支援している。昼間もオムツを使用している利用者があるが、一方で布パンツを使用している利用者も数名あり、オムツは無くす方向である。各居室内にトイレがあるが、利用者の状態によって、夜間はポータブルトイレを置いているケースもある。居室内のトイレへの入退室を、人感センサーが廊下側に取り付けられているランプの点灯で知らせ、職員の気づきを助けている。		
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	食事・水分摂取量及び運動量をチェックしている。ご本人の状態に応じて軽体操・軽運動などを進めている。また、医師・看護師と相談し、下剤や緩下剤を使用し、排便コントロールを行っている。			
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	入浴日は設定しているが、希望に応じて入浴出来るよう対応することもある。入浴時間に関しては、入居者様の希望に副う対応を心掛けている。入浴時は、1対1でのコミュニケーションが図れる場であると考えている。体調により、入浴が出来ない場合は、清拭・足浴を実施している。	入浴は、最低週に2回、午前と午後に分けて行っている。利用者が好む熱さや長さに応じた入浴の支援をしている。入浴を好まない利用者には、午前に引き続き午後誘ったり、日を代えて誘っている。殆どの利用者は各フロアの個浴を利用するが、重度の利用者5名が1階に有るデイサービスの機械浴を利用している。		
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	その日の体調に応じ、休息して頂くよう声かけ・誘導及び環境づくりに努めている。昼夜逆転の無いよう、日中は出来る限り活動時間を増やし、夜間は安眠して頂くよう心掛けている。下肢に浮腫が見られる入居者様には、午後に1時間程度自室にて臥床しキヤッアップし、浮腫軽減になるよう対応している。			
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	内服薬の説明書は個人記録及び処方箋綴りファイルに保管し、スタッフが薬の作用・副作用等を把握出来るようにしている(情報共有)。服薬時は、誤薬・飲み忘れ防止の為、担当者を決めると共にスタッフ同士声を出し合い確認(ダブルチェック)し投与している。毎月、薬剤師による薬剤指導がある。			
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	家事(食器洗い・洗濯物たたみ等)、行事(誕生日会等)などを通し、入居者様それぞれに適した役割りを持って頂き、張り合いや喜び、楽しみを見出すように支援している。デイサービスと連携し、入居者様にレクリエーション時間に来訪し参加、交流の機会を設けている。			

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
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	入居者様の意見を取り入れた外出支援や地域のスーパー・衣料販売店・お菓子工場の直売に出掛けるなど、気分転換も兼ね、外出する機会をつくっている。	事業所の周りは田園風景が広がり、散歩に適している。散歩を兼ねて、すぐ近くの菓子工場の直販日やお宮さん参り、あるいは車でフラワーセンターやいちご狩りへと出かける。利用者の意向を聴いて、図書館や喫茶店、回転ずしや焼き肉に出掛けることもある。	
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	買い物依頼時は、ご家族の了承得た上で、スタッフ同行し一緒に買い物を行うよう努めている。購入時は、入居者様自らお金を支払う様に付き添い支援にて対応している。ご家族へは、随時報告をおこなっている。		
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	入居者様の要望がある際は、スタッフ介入し、ご家族への電話を取り次ぐようにしている。		
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	共用スペースは、季節感の出るような飾りつけを行い、その月の予定を掲示している。また、室温・湿度を見て、空調調節し過ごしやすい環境づくりに努めている。冬期は乾燥しやすいので、加湿器を設置し作動して対応している。	利用者が職員と一緒に作った季節の作品や、職員が描いた利用者の笑った似顔絵が、壁面に飾られている。広い廊下は綺麗に磨かれ、リビングには大小のテーブルと、利用者に応じた幾つかの種類の椅子が並んでいる。各居室の目印用としてドアの横に釣り下げられたマスコット人形などの飾りが可愛い。	
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	定期的な席替えを取り入れ、入居者様同士トラブルの無いよう、仲良く楽しく過ごしてもらえるよう工夫をしている。テレビを観たい・音楽を聴きたい・談話して過ごしたい等、それぞれに適した空間づくりに努めている。スタッフは、個人個人の性格や興味のあることを把握する。		
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	居室内では、使いなれた家具・布団類、装飾品を持参し、ご本人が住みやすい・居心地のよい環境・空間を作って頂いている。入居者様のケース担当を決め、担当スタッフは衣替えや居室整理など、個々に関わりを持っている。	各居室に洗面台とトイレがある。事業所はベッドと空調機を準備し、利用者が普通の生活を送れるようにと、馴染みの家具やテレビが持ち込まれている。利用者は家具の上に家族の写真を所狭しと飾ったり、趣味の作品を並べ、それぞれが暮らしやすい部屋となっている。	

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
55			<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>個々に出来る事に関しては、ケアカンファレンスを行い、スタッフ全員で意見を出し合い、周知するように努めている。日常生活の中で(排泄・入浴等)、自己で出来る範囲は安全に配慮しながら行ってもらい、現存機能を活かすよう努めている。毎日午後の運動として、ラジオ体操・リハビリ体操を行い、身体を動かす時間を設けている。ベットにはL字柵を利用し、立位しやすいような環境を作っている。福祉用具を用い歩行が可能な方は福祉用具の業者に来訪してもらい相談している。</p>		