

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	2891500163		
法人名	社会福祉法人 弘道福社会		
事業所名	洲本中川原グループホームラガール		
所在地	兵庫県洲本市中川原安坂988番地		
自己評価作成日	平成30年10月7日	評価結果市町村受理日	平成31年1月30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30年10月30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)】

家庭的な雰囲気の中で生活を楽しく送って頂けるよう、四季の応じた行事・おやつ作り・外出等計画し実施するよう努め、地域の行事や100歳体操・カフェ等に積極的に参加し、地域の関わりを大切にしている。
車いすの方でも可能な限り対応出来る対応で、認知症があってもその人の望む生活で過ごせる様日常生活のあり方を日々真剣に取り組んでいる。
入居者が出来る事を重視し、自立した生活の実現の為に職員が支援し、本人の気持ちやペースを大切にしている。
入居者様の尊厳を重視し望む生活の為に支援しております。

【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)】

定期的に100歳体操・オレンジカフェ等、また、季節ごとに菜の花祭り・島祭り等、地域行事や祭りに積極的に出かけ、地域交流と馴染みの関係継続を支援している。季節に応じた外出行事や、食事レク・手作りおやつ・季節のメニューの日・外食など「食」の楽しみが継続できる機会作り等、利用者が生活が楽しめるように取り組んでいる。研修会・委員会・訓練等の体制整備、ボランティアを招いた多種のイベントや祭りの開催など、複合施設の利点を運営やサービスに活かしている。年に数回、サービス・食事・環境等について利用者に聞き取りでアンケート調査を行い、利用者の希望をサービスに反映している。合同会議・グループ会議の定期的な開催と、年間計画にもとづいた研修体制・人事考課制度等により、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 利用者や職員が、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、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 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	法人の理念・基本方針を玄関に掲示「地域と共に歩める施設」。行事やイベント等を通じて、地域の皆様との交流を積極的に行っている。	法人の理念・基本方針を施設の玄関と地域交流室に掲示して朝礼で唱和し、事業所の基本方針を各フロアのスタッフルームに掲示し、共有を図っている。法人の理念・基本方針をもとに、事業所の基本方針がつけられ、地域密着型サービスとしての意義が明文化されている。理念・基本方針をもとに事業所の年間目標を立てて取り組み、合同会議やグループ会議では理念・基本方針に立ち戻って検討し、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	週1回開催されている100歳体操・月に1回参加するひまわり会の参加で、入居者様と地域との交流を深め、望む生活の支援ができる様図っている。	定期的開催される100歳体操・ひまわり会・オレンジカフェや、随時に開催されるフリーマーケット・島祭りなど地域のイベントや祭りに参加し、積極的に地域に出かけ交流している。和太鼓・踊り・手品・歌など、地域から様々なボランティアの来訪があり、また、施設内で買い物市を開催し、施設内の他事業所の利用者も含め地域の人との交流の機会になっている。施設の「洲本ラガール祭り」には地域から多数の参加がある。地域交流の機会に、地域の人から介護相談を受けることが多く、相談対応・情報提供・関係機関への橋渡しなど、事業所の機能を生かした地域貢献に努めている。	
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	地域や家族の方に認知症についての相談や認知症になった御本人への支援方法をチームケアで行っている。、オレンジカフェ等に参加し、地域方と認知症について話し合いを深めるなどして取り組んでいる。		

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
4	(3)	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、地域委員の方からの質問・意見等を参考し、地域一体となる様実施している。また、行事等の活動が入居者様と地域との結び付きを深め、御本人が望む生活できる様、意見交換や質疑応答でサービス向上に取り組んでいます。</p>	<p>利用者代表者・家族代表者・民生委員・町内連合会長・町内会長・市の介護福祉課課長・地域包括支援センター所長が参加し、小規模多機能事業所と合同で、2ヶ月に1回開催している。会議では、利用者の状況・2か月間の活動状況等を次第と資料をもとに報告し、活動状況についてはスライドを用いてわかりやすく紹介している。また、制度改正の説明や看取り介護の報告等、その時々テーマを選んで情報提供している。参加者から地域の動向や行事・イベントについての情報提供や、家族から感想や意見などを受け、サービスや運営に反映している。議事録は、来訪者が閲覧できるように事業所カウンターに設置している。今後は、施設玄関にも設置し、地域に公開する予定である。</p>	
5	(4)	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、市の担当者・地域委員の方からの質問・意見等を参考している。利用者・家族様との情報交換を事業所と協力して行える様、連携を図っている。</p>	<p>運営推進会議に、市職員・地域包括支援センター職員・町内連合会長・町内会長の参加があり、事業所の状況や取り組みを伝え連携している。制度改正についての質問や支援上の課題などがあれば、その都度相談を行い、助言や情報提供を受け適切な対応に反映している。</p>	
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>拘束廃止委員会を実施し、身体拘束をしないケアであるべき支援で、其の人の思いを汲み取っている。入居者様で居室ベッドからずり落ちがある方に対し、ナースコールを鳴らして頂いたり、訪室回数を多くし対応している。見守り重視で、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。</p>	<p>身体拘束廃止に向けた指針を整備し、身体拘束廃止委員会を施設全体で設置して、2ヶ月に1回開催している。事業所からも参加し、会議の内容は会議で報告し周知を図っている。契約時に、利用者・家族に身体拘束排除の理念・方針を説明し、身体拘束を行わないケアを実践している。施設内研修の年間計画をもとに毎年研修を実施し、受講者が合同会議で伝達研修を行っている。毎月の合同会議でも、身体拘束廃止・虐待防止について学ぶ機会を設け、特にスピーチロック等について、意識向上に取り組んでいる。エレベーターの使用には操作が必要であるが、利用者に希望があれば職員が対応し、閉塞感を感じないように支援している。</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
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逃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	虐待等の勉強会・研修会で職員が学び、「虐待はしない、させない」を職員・グループ全体で取り組んでいる。認識がないままに行われる虐待を、チーム一体となり、虐待防止に努めている。	虐待防止についても、身体拘束廃止と同様に、研修や会議で学ぶ機会を確保し、周知徹底を図っている。朝礼の中で週に1回、「介護接遇16条」から1項目を選んで、職員が順番にスピーチを行い、言葉づかいや対応について意識向上に取り組んでいる。気になる言葉かけや対応があれば、ケアセンター長・管理者・フロアリーダーが、その都度注意喚起している。ストレスチェックの実施、事業所外にもケアセンター長などの相談窓口を複数設け、相談しやすい環境作りに努め、ストレスがケアに影響しないように配慮している。	
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	成年後見制度を利用している入居者が居ないが、施設内研修・外部研修への参加で学習し、必要な時は活用できるよう準備している。	権利擁護に関する制度についても、施設内研修で毎年学ぶ機会を設けている。外部研修に職員が参加した際は、資料を持ち帰り事業所内で周知を図っている。制度を活用している事例はないが、必要や相談があれば管理者が窓口となって関係機関につなぐ体制がある。	
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	契約書を2部準備し、事業所・利用者との契約が不備なく行える様、契約内容の説明を承りいただき結んでいます。質問や疑問点がないかの確認と介護保険制度の改定等に伴う手続きや必要書類の作成がある場合、説明し理解を頂いている。	契約時には、契約書・重要事項説明書に沿って、質問に答えながら丁寧な説明に努めている。重度化対応・身体拘束廃止指針とリスク説明・個人情報取り扱い等、特に確認が必要な項目については、別紙で説明し同意を得ている。契約内容の改定については、改定内容を説明した文書を作成して説明し、文書で同意を得ている。契約の終了時には、家族と十分な話し合いを行い、不利益が生じないように支援に努めている。	

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	家族の来所時には日頃の様子等を積極的に報告している。職員から個別に面接し不満や要望等を聞くように心掛けている。入居者本人に利用状況のアンケートを行い、本人の意向を確認している。運営推進会議で家族の代表の方に参加して頂き聞いている。	家族の面会時には近況を報告し、毎月「洲本ケアセンターラガール便り」を郵送して利用者の様子や活動等を伝え、意見や要望を表しやすいように取り組んでいる。施設の玄関に、「苦情受付ボックス」も設置している。利用者の意見・要望については、日々のコミュニケーションの中で把握に努めると共に、年に3回、サービス・食事・環境等について聞き取りでアンケート調査を行い、集計結果を施設内の環境改善委員会にも報告し、サービスや支援に反映できるように取り組んでいる。運営推進会議に利用者・家族の参加があり、外部者に意見を表す機会作りも行っている。	
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	職員から個別に面接を行い、参加できない職員にはアンケート等で意見や提案を記載していた抱いている。入居者様がより良い生活が反映できる様、提案要件を月1回第一月曜日に、グループホーム会議を開催し、協議している。	各フロアでグループ会議を月に1回、合同会議を2か月に1回開催し、ケアセンター長・管理者が出席し、職員の意見・提案を把握し、職員と共に検討している。年2回人事考課制度の面談があり、個別に意見を聴く機会も設けている。日ごろから話しやすい関係づくりに努め、ケアセンター長・管理者・フロアリーダーが、随時、意見・提案・相談に対応している。利用者の支援方法・業務の効率化や業務改善等、職員の意見・提案をサービスや運営に反映している。	
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	個別に勤務状況を把握し、個々にやりがいがある様、人事考課で目標を設定し、自己評価し面談で職員の意見等を聞き評価するようになっている。		

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
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	職員一人一人の実績に伴った研修を、施設内法人内で提供し、自身のスキルアップとなる様提供している。また、専門職である認知症の利用者に対する研修では、事業所より「認知症実践研修・リーダー研修」など勧めている。		
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	研修会・グループ会及び同業者との交流では、情報交換など行っている。また認知症の家族の方や他事業所からの見学の受け入れも行っている。		
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	基本的に入居前に、本人・ご家族から不安な事や困っている事がないか、思いを聞き取り相談し環境を整えています。本人の趣味や生活歴を伺う中で、楽しみを持っていただきながら、生活が送れるような提案する事で、安心・信頼に繋げている。		
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	入居にあたり、本人の生活歴・趣味・既往歴等他、再度確認し職員が共有している。入居者の身体的疾患等には、個別にチェックシートを作成し、確認できる様家族に説明し作成している。家族に身体的不安の軽減ができる様、努め安心と信頼関係を深めています。		
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	本人様の施設での生活状況を家族様に報告し、安心となる情報提供を行っている。本人が好きなき事や楽しみにしている事などを聞き、提供できる様に努めている。本人の出来る事は自身で行って頂いている。		

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
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	本人様ができる事を把握し、軽作業などのお手伝いをしていただいている。食器を拭いて貰ったり、洗濯物などをたたんで頂いたりしている。役割をもっていただき、共同作業などで、お互い助け合う関係作りにも努めている。		
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	訪問時には、普段の近況報告を行っている。島外に住んでいる家族様については、電話連絡等で普段の状況を報告し、本人の思いを伝えるようにしている。また、本人の病状について家族と共に受診同行を行い、身体面での困り事を共有し支援を行っている。		
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	近所の友人や知人に、気楽に訪問していただける環境づくりに努めている。100歳体操や地域の小学校の運動会などの行事参加を勧め、馴染みの方と交流が出来るよう支援している。	定期的に、また、随時に開催される地域の集い・イベント・祭り等に積極的に参加し、馴染みの人や場所との関係継続を支援している。施設内の行事や祭りでも、施設内の他事業所の利用者を含め、地域の馴染みの人との交流がある。友人・知人の来訪もあり、買い物・外食等、個別の外出支援で馴染みの店舗を利用することもある。	
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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	同年代同志、話し合う方との座席配置に配慮し、孤独や孤立がないよう努めている。食事作りで、ジャガイモの皮むきをして頂き、おやつ作りでは、ゼリーとフルールを混ぜて小鉢に入れて頂く作業を入居者同士で和気あいあいで行っています。他者との交流が困難な方は職員が間に入り、本人の思いを聞き促しています。		
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	退所者については、本人の様子を伺い、対面の機会には対話を通じて、今の状態を確認したり、家族との対面時には、今の状態について対談し、相談や支援に努めている。		

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
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	本人にやりたい事を確認し、できることを勧め行っていたり様勧めしている。できない事などは、説明を行い理解できる様勧めしている。本人より希望等を伺えない場合、家人に伺ったり職員間で話し合い検討している。	日々のコミュニケーションや、年3回の聴き取りのアンケート調査等から、利用者の思いや意向の把握に努め、把握した内容を共有しサービスや支援に反映できるように取り組んでいる。把握が困難な利用者については、家族からの情報や意見と共に、個々に応じたコミュニケーション方法を工夫したり、表情や反応から汲み取り、把握に努めている。	
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	一人一人の生活歴や情報を把握し、望む生活ができる様、趣味や得意な事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	毎日の生活で一人一人違うので、個々の様子を把握し、職員全員が共有する様努めている。申し送りノートで職員同士が情報共有している。1日の様子を日誌に記載し把握している。		
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	日中・夜間の様子を情報共有し、健康面やADLの変化に対応し、チームで情報提供を行い、毎月1回モニタリングを行っている。家族が訪問時、要望などを確認し、介護計画に取り入れている。	入居時はアセスメント表をもとに情報収集し、ケアチェック表で課題抽出し介護計画を作成している。グループ会議とファイルの閲覧により職員に周知を図り、サービスの実施状況は介護記録と各種チェック表に記録している。毎月モニタリングを実施し、大きな変化があれば随時に、定期的には3～6ヶ月に1回介護計画の見直しを行っている。見直しの際は、モニタリングと再アセスメントをもとに担当者会議を行っている。本人・家族の希望と共に、医師・看護師・理学療法士など関係者の意見を聴いて議事録に記録し、介護計画に反映している。	職員が利用者個々の介護計画の内容を把握し、介護計画とサービス実施の連動性が明確になる記録を行うと共に、記録から適切なモニタリングができる仕組み作りが望まれます。

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	日々の様子や状態の変化やを問題点等を個別に記録し、申し送りノートを活用で情報共有する事で、職員全員が周知できる様にしている。月1回のモニタリングを行って記録している。		
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	家族様によって状況が違うので、個々にその時の状況に応じた対応で取り組んでいる。特に遠方な家族は、急な受診が必要時に対応が難しい為、施設が対応している。		
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	100歳体操・地域行事等への参加を行い、楽しんで頂いている。ボランティアによる演奏会・夏祭りなどに参加する事ができる様に支援している。		
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	各入居者様に主治医がおり、2~4週間に1度の往診をうけている方もおられる。日々の血圧・体温・排泄・食事チェック等で、体調を確認している。変化等あれば都度、家族様や主治医に連絡・相談・指示を頂き対応している。	入居時に、受診についての利用者・家族の希望を確認し、希望に応じた受診支援を行っている。入居前からのかかりつけ医による往診や通院での受診を継続することが多く、家族から紹介の依頼があれば対応している。週1回訪問看護師が訪問し、内容については訪問看護記録に記録し、体調の変化等があれば随時主治医に連絡し連携している。主治医による往診結果や、家族から報告を受けた通院による受診結果は、介護記録に記録し、申し送りノートで職員間で共有している。	受診・入院等、医療についての情報共有が効率的にでき、経過を把握しやすい記録の工夫が望まれます。
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回訪問看護師と施設職員の看護師が日々の入居者の状態を確認している。身体状況で、主治医等に連絡し、指示を仰ぎ対応が図れる様連携している。		

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
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。	入院時には、医療機関に情報提供し、退院時には、注意点等及び情報交換を行い、早期の退院ができる様、連携を図っている。地域医療連携室に現在の状態や今後の対応について指示・助言を頂いています。退院時は、カンファレンスの日程調整を行い、退院後の支援方法を計画している。	入院時には、アセスメントシートや情報提供書により、医療機関に情報提供を行っている。入院中は面会に行き、看護師等病院関係者から状況を聴き、家族や地域医療連携室と連携しながら早期退院に向け支援している。退院前にカンファレンスがあれば参加し、退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の介護計画の見直しや支援方法に活かしている。経過については、支援経過記録に記録し、内容に応じて介護記録・申し送りノートにも転記し、職員間で共有を図っている。	
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	契約時、家族様に重度化や終末期に関して書面にて説明を行い確認頂いている。重度化した場合は、主治医・家族と相談し今後の対応と当施設で出来る事を伝え、今後の対応と当施設で出来る事を説明し、ADLの低下による状態の変化等を都度連絡し報告している。家族からの思いがあり、看取り介護を行っている。	契約時に、「重度化した場合における対応に係る指針」に沿って利用者・家族に説明し同意を得ている。重度化・終末期を迎える段階で、主治医から状態の説明があり、事業所は「看取りの指針」について説明を行い、事業所でできる事・できない事も説明し、家族の意向を確認している。看取りの希望があれば、看取りの介護計画を作成し、家族の意向を都度確認しながら支援し、経過は支援経過記録・介護記録に記録している。施設内研修で、毎年「ターミナル研修」を実施している。今年度初めて看取り介護を行い、家族から感謝の言葉があり、職員も学ぶことが多かった。運営推進会議でパワーポイントを用いて、看取り介護についての説明や報告を行った。	
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・離設マニュアルを作成とチャートを作成しスタッフルームに掲示している。急変時対応についての勉強会をに参加している。グループ内外での緊急救命の講習を受け、状態に応じた対応ができる様訓練を行っている。		

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
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・火災訓練・津波訓練等を計画し、特養による合同練習に参加し、ケアセンターで職員が災害時に対応できる様実施している。	毎年、リスクが大きい夜間想定での火災訓練を2回、地震など災害訓練を1回、施設合同で、利用者も参加して実施している。訓練では、施設内の各事業所間の連携・協力体制も確認している。消防署の立ち合いもあり、適切な指導・助言を受け、実施記録にも記録している。参加できなかった職員は実施記録を閲覧し、また、1年に1回は全職員が参加できるように勤務調整し、共有を図っている。事業所内の各フロアで備蓄を整備し、施設の栄養課がリストを作成して管理している。施設が地域の福祉避難所として登録し、災害時の役割を担っている。	
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	入居者一人一人の尊厳を尊重し、プライバシー・プライベートに配慮し、尊厳を遵守し対応している。入居者の気持ちや立場になり、言葉掛けを忘れず心掛けで支援している。	施設内研修で接遇・権利擁護・プライバシー保護・個人情報等について毎年学ぶ機会を確保し、「接遇16か条」の掲示とスピーチ、毎月の全体会議での研修等、人格尊重・プライバシー保護について意識向上に取り組んでいる。個人記録類はスタッフルームの鍵のかかる書庫に保管し、写真掲載については契約時に書面で意向を確認し、職員には守秘義務について周知を図り、個人情報の適切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	入居者自身の思いを確認し、した事や出来る事を聞き、自身で行って頂く様にしている。認知症の重度の方にも表情を観察し、対応している。日々のコミュニケーションから思いや希望を伺えるように言葉掛けしている。		

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	本人様の希望に沿った生活が頂ける様、趣味や日課を聞き、自己のペースで一日を過ごしていただけの様支援している。		
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	起床時には、言葉掛けにて自己で整容して頂き（髭剃り・整髪）をして頂いたり、自己にて出来ない方も鏡の前で言葉掛けを行いながら、職員が介助して行っている。着替えの際は、清潔な衣服と同じ服にならないように配慮し、言葉掛けを行っている。		
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	月に1度、おやつ作りや月に1回の外食が実施出来る様計画している。週に数回小鉢の盛りつけや野菜の皮むき等をして頂き、職員と同じテーブルで会話しながら食事の時間を楽しめる様にしている。食器拭きやテーブル拭きをして頂いている。	炊飯は各フロアで行い、施設の厨房で調理された副食を盛り付けて提供している。献立には季節感が採り入れられ、また、年に数回利用者に聞き取りで食事アンケートを行い、利用者の感想や希望を反映している。利用者の好みや力量に応じて、野菜の下準備・盛り付け・テーブル拭き等に参加できるように支援している。月に1回はおやつ作り、食事レクでは鍋パーティー等も行い、毎月季節のメニューの日を設ける等、「食」の楽しみが継続できるように取り組んでいる。個別支援で、外食を楽しむ機会も設けている。	
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	食事摂取量や水分量をチェック表で把握してる。水分・食事摂取量が少ない方は主治医や家族に相談し好みの物を購入し提供したり、管理栄養士からの指示・助言を頂き、カロリー制限のある方・病症による食事制限のある方に応じた対応ができる様支援している。		

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
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、口腔ケアの言葉掛けを行い、嗽・歯磨き・義歯洗浄を自己にて出来る方にして頂き、個々に応じて介助や見守りを行っている。		
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	居室にトイレがあり、周囲を気にせず排泄できる居室になっている。個々の状態に応じた対応で、パッド・オムツ等の選択を業者や職員等で相談し入居者に合った商品を選択し、本人の自立を促す支援を行っている。トイレへの言葉かけを行い、誘導等も行っている。チェック表を作成し、排泄パターンを把握している。	排泄チェック表に記録し、排泄状況や排泄パターンを把握し、必要な場合は声かけや誘導を行いトイレでの排泄・排泄の自立に向けて支援している。各居室にトイレがあり、プライバシーが守られる環境であり、声かけにも配慮している。グループ会議で検討したり、適宜排泄用品の専門業者に相談を行い、利用者個々の現状に応じた排泄用品の使用と家族の費用軽減に努めている。	
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	排便チェック表にて、排便の把握に努め、便秘気味の方は、水分を多めに摂って頂いたり、主治医やNSと相談し便秘薬の処方薬で便秘の軽減を図ったり、個々の状態に応じ乳製品やバナナ等排便を良くする食品の摂取などを勧めている。		
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	本人様の体調や希望を取り入れた入浴を実施している。季節ごとに「菖蒲湯・ゆず湯」を楽しんで頂いている。ADLに合わせ安全な入浴支援を行っている。	各フロアの個浴で、週3回の入浴を基本とし、体調や希望に応じて入浴できるように支援している。声かけやタイミングを工夫し、強い拒否なく入浴できている。ゆず湯や菖蒲湯など、季節感が楽しめる機会も設けている。利用者のADLの状況により、併設施設の機械浴を使用することも可能である。	

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
46			○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	室温は個々に応じた適切な温度設定し対応している。就寝時間・起床時間が個々に違うので、その方の時間に合わせている。		
47			○服薬支援 一人ひとりを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	処方された内服薬の説明書はファイルにまとめ把握できる様にしている。朝・昼・夜・寝る前等の医師からの指示による内容を個々の専用入れ管理し、服薬時に提供している。受診・往診時に処方された薬の説明書を頂き個人カルテに保存管理している。服薬確認チェック表で管理している。薬の飲みにくい方に対しては主治医と相談の上、個々に対応している。		
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	食器拭き・洗濯物をたたむ等の家事をさせていただいたり、個々の状態を把握し役割を持っていただいています。カラオケ・読書など好きな事を楽しんで頂く機会を提供している。また、ドライブや外出・買い物等楽しみづくりの支援も積極的に行っている。個々の生活歴や現存能力に応じて支援している。		
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	毎週木曜日に100歳体操に出かけ、定期的にオレンジカフェやひまわり会・地域での行事参加で交流を図っている。入居者にアンケートを実施したり、希望を聞き取り入れながら行事計画を立て、季節に応じた外出支援も行っている。	天候のよい時期には、日常的に散歩に出かけるようにしている。利用者への聴き取りのアンケート調査で把握した外出についての希望も採り入れ、外出支援に積極的に取り組んでいる。定期的には、週に1回の100歳体操・月に1回のオレンジカフェやひまわり会等、また、菜の花祭り・小学校の運動会・島祭り・フリーマーケット・クリスマス会等、地域で行われる行事や祭りに出かけている。初詣・お花見・紅葉ドライブ等、季節を楽しむ外出も行っている。買い物や外食には、個別に外出を支援している。	

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
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	事務所でお金は管理している。外出等必要時に応じて出金できるようしている。収支がある際は出納帳に記入し管理している。		
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	入居者様より希望があれば、家人様への電話対応を都度行っている。季節に応じ暑中見舞い等書いて頂き、家族に元気である事を伝えている。		
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	共用スペースに飾る季節の壁画等は職員・入居者様と一緒に作成し飾り付けを行っている。ベランダは日当たり・風通しがよいので季節の応じた花や野菜を育てている。	共用空間は、ゆったりと広く、採光よく明るく清潔感がある。共同制作の季節感のある作品を壁に飾り、キッチンも設置され、季節感や生活感を大切にしている。テーブル席とソファのコーナーがあり、配席にも留意して、利用者が穏やかに居心地よく過ごせるように配慮している。	
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	テイルームで過ごして頂いている座席に配慮し、本人様が落ち着いていただける様個々の状態に合わせてたり、仲の良い入居者と話しやすいように配置している。ソファを設置し、独りでゆったりとした時間が過ごす事ができる様にしている。		

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
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	本人様が作られたカレンダー・塗り絵等を飾ったりしている。また、テレビやラジオを持参されている方や家族・孫の写真を飾ったりしている。	木調で統一された居室には、ベッド・床頭台・洗面台・トイレ・壁一面のクロゼットが設置されている。扉とカーテンによるプライバシーへの配慮や、サンタリーの消臭設備による匂いへの配慮等がされている。テレビ・ラジオ・時計・ぬいぐるみ・写真等、馴染みのある希望のものが持ち込まれ、また、カレンダーや塗り絵など本人の作品を飾り、居心地よく過ごせる居室環境となっている。主に利用者担当の職員が家族と連携をとり、居室の環境整備を行っている。	
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	共有スペースに、カレンダーを作り、季節感が感じる様にしている。また、本人のお部屋がわかりやすいようにのれんをつけたり、花飾りをおいたりして、ご自身の部屋が解る様に配慮している。		