

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	2875201192		
法人名	有限会社 シリウス		
事業所名	グループホーム レラティブ 別府		
所在地	西区北別府5丁目31-4		
自己評価作成日	令和1年 5月 24日	評価結果市町村受理日	令和1年7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	令和1年6月15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)】

看取り介護をしている為か、介護度が高い入居者様が多くなってきている。医師や訪問看護の医療連携の中で、必要以上の薬は出さない為入居前より元気になっている。食事は職員の手作りを提供している。氣候いい季節には、出来るだけ外に出て利用者様の気分転換を心掛けている。リビングは季節ごとに装飾を利用者様と行っている。定期的に音楽療法を行っている。家族様との連絡も毎月の手紙を継続し、一緒に支援する体制を整えている。

【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)】

総体的に重度化が進んでいるが、毎月のカンファレンスで利用者個々の状態を共有し、自由な暮らしを大切にしたい個別支援に取り組んでいる。手作りの食事提供を継続し、季節感・行事食・食事形態等、各フロアで工夫しながら、食事の楽しみが継続できるように取り組んでいる。基本的に全員参加のもと、全体会議、フロア会議を定期的に行い、研修にも積極的に取り組み、職員の資質向上に努めている。毎月家族へ手書きの手紙を継続し、利用者の近況を伝える等、家族に安心感を与えながら家族との信頼関係の構築に取り組んでいる。定期的に内科医による往診があり、通院介助が必要な時は可能な限り事業所が対応して適切な医療が受けられるよう支援している。また、看取り介護も支援している。

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、生き活きと働いている (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している (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	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	理念をホーム内に掲示し、職員全員が意識できるようにしている。入居者様・職員が(共にいきる)の理念の下でケアに取り組んでいる。	住み慣れた地域で「共に生きる」と言う地域密着型サービスの役割を採り入れた理念を策定し、目につきやすい階段正面・玄関・各フロア等に掲示し、職員・家族・地域の人等との共有を図っている。重要事項説明書にも明示し、契約時に家族に説明している。管理者は、日々のケアの中で職員からの提案等に理念に立ち戻って検討し、意識付けを行っている。また、理念をもとに年間目標・中目標・小目標を設定し、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	近隣のボランティアや地域の小学生・中学生との交流も長年継続している。	散歩時等には近隣住民とお互いに挨拶を交わしあい、買い物・外食等では地域の社会資源を活用している。小学校での音楽会や福祉パチンコに出かけ、地域との交流を継続している。小学生の福祉体験・中学生のトライやるウィークの受け入れ、小中学校生及び先生へ認知症の理解を深めたり福祉用具の使用法を教え、学校教育への協力とともに、地域で必要とされる活動や役割を担っている。また、演奏ボランティアの活用を計画している。	
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	地域の小学生・中学生の受け入れを継続しており、認知症の理解や支援方法を伝えている。福祉用具の体験もしてもらっている。		

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
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	運営推進会議では、利用者様の状況や運営内容の報告を行っている。知見者や家族様の参加も毎回あり、意見も頂き運営内容の改善に努めている。	利用者・家族・地域包括支援センター職員・知見者・地域代表者を構成メンバーとして、2か月に1回開催している。地域代表の参加が困難な状況となっている。家族に案内を送付し、参加できない家族の意見把握のため案内状に意見欄を設けている。会議では、利用者の状況・事業所での行事・ヒヤリハット・事故報告等を行い、参加者全員から意見・情報の把握に努めている。地域の動向や、他事業所の取り組み、利用者・家族からの意見などを、サービスの向上に活かしている。議事録を玄関ホール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取り組んでいる	地域包括支援センターに運営推進会議に参加して頂き、運営内容や状況を報告している。また、西区グループホーム連絡会に参加しており、他施設との情報交換を行っている。	運営推進会議に地域包括支援センター職員の参加があり、事業所の取り組みを伝えている。2ヶ月に1回開催の西区グループホーム連絡会に参加し、時には市職員の参加もあり、情報交換等で連携を図っている。利用者支援で区の保護課と継続的に連携を図り、ケースワーカーも事業所を訪問し協働関係が築かれている。管理者が集団指導・研修等にも参加し、そこでの指導、情報を運営に反映させている。	
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	(身体拘束の弊害)(高齢者虐待)(人権擁護)等の勉強会を年間3回実施しており、職員全体が理解できるように努めている。	年間研修計画に沿って、身体拘束適正化についての研修を年3回実施している。研修は全体会議時に担当を職員輪番で行い、参加者は研修報告書を提出している。参加できなかった職員には資料を配布し、研修報告書の提出を促して周知を図っている。身体拘束適正化指針を整備し、拘束をしないケアを実践している。気になる言葉かけについては、管理者が随時注意喚起を行っている。玄関の鍵は日中開錠し、2・3階フロアの出入口は安全に配慮してナンバーロックとしているが、外出希望があれば職員が付き添って対応している。	

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	(身体拘束の弊害)(高齢者虐待)(人権擁護)等の勉強会を年間3回実施しており、職員全体が理解できるように努めている。	高齢者虐待防止についても、上記と同様の方法で研修を実施し、事例検討等も採り入れて理解を深めるよう取り組んでいる。言葉等による不適切ケアについても、日常的な意識付けや会議での確認を通して、防止に向け周知徹底を図っている。管理者は日常的にフロアを回って随時職員への声かけや面談を行い、また、職員の希望に沿ったシフト調整に努め、職員の疲労やストレスがケアに影響しないよう取り組んでいる。入浴時等に利用者の身体状況に留意し、虐待が見逃されることの無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	成年後見制度を利用している利用者様おり、職員も後見制度について学べる様パンフレット等を玄関に設置している。	年間研修計画に人権擁護を採り入れ、成年後見制度について学ぶ機会を設けている。成年後見制度活用のためのパンフレットを設置し、職員・家族が理解しやすいよう努めている。成年後見 制度を利用している利用者があり、後見人の定期的な来訪や協力支援の実務を通して理解する機会もある。今後も、利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり関係機関と連携して支援する仕組みがある。	
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	入居前に利用者様又はご家族様に見学をして頂きサービス内容を説明している。契約時に納得が得られるまで管理者またはケアマネージャーが説明を行っている。各種料金の変更については、運営推進会議で文書等で説明を行い同意をえている。	契約前の見学時に、資料もとにサービス内容等を説明している。契約時には管理者・ケアマネージャーが契約書・重要事項説明書・各種同意書をもとに説明し、文書で同意を得ている。特に、退居条項については誤解や不安が生じないようにしっかり説明している。契約書の内容改定時には、運営推進会議で説明するとともに、文書での通知や、同意書で同意を得る等、改定内容に応じて適切に対応している。契約の終了時には、契約書の条項に沿って、移行先等に情報提供を行う等、円滑な退居に向けて支援している。	

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
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	家族様には面会時にケース記録を読んで頂き、個別にお話しをする機会を設けている。面会時に、フロアーリーダーや管理者と話す機会が多くある。	家族の面会時には「ケース記録」を読んでもらい、意見・要望の聴取に努めている。電話で近況報告し、意見・要望を聴くこともある。毎月手書きの手紙で近況を報告するとともに、「レラ日記(3ヶ月毎発行)」やホームページで生活の様子や行事等を伝え、意見や要望が出し易いよう努めている。全家族に運営推進会議への参加を呼びかけ、利用者・家族に参加機会を設けて、外部者へ意見を表せる機会づくりに努めている。要望には個人的な内容が多く迅速な個別対応に努めている。	
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	管理者は、ほぼ毎日施設に居るので職員は日々話す機会を持っている。全体ミーティング・フロアーミーティングを毎月実施しており、意見や意識・情報の共有を行っている。	管理者(代表者)も日常的に業務に従事しており、職員とのコミュニケーションを通じて意見・提案を把握している。毎月の全体会議とフロア会議で、職員が意見・提案を出し合って話し合い、管理者も参加・報告により内容を把握している。会議は、ほぼ全員参加で実施されており、記録の書式変更・業務改善等、職員からの意見・提案を運営に反映させている。随時に個別面談を行い、職員個々の意見を聴く機会も設けている。スキルアップ等のため職員のユニット間異動もあるが、日常的な交流によりホーム全体で顔なじみの関係づくりを行い、異動時のダメージ防止に配慮している。	
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	管理者は、毎日各フロアーを回りながら職員の状況や努力・実績を把握し向上心が持てるように環境の整備に努めている。		
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	管理者は職員のレベルにあった研修を受ける機会を設けている。受講料や時間の確保もしている。		

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
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	職員は、外部研修に行き他施設職員との交流もあり交流を深めて自施設のサービス向上に努めている。		
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	入居前に利用者様又はご家族様に見学をして頂きサービス内容を説明している。その時に利用者様・ご家族様の要望などを聞き、不安なく入居出来る様努めている。		
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	在宅のケアマネジャーや病院のソーシャルワーカーと連携をとり、入居者様の身体の状態やご家族様の要望を伺いながら入居作業を進めている。		
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	ご家族様・入居者様が何を求めているか。困っているのは何かを話し合う様にしている。		
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	介護理念である(共に生きる)を実践し、出来る事は自分でして頂き、共に生活している事を実践している。		
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	普段からメールやお手紙などで状況を把握して頂き、家族様と一緒に入居者様を支援している。		

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
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	友人の面会や入居前に利用していた美容院の利用など馴染みの関係の継続を支援している。	入居時に家族が記載する「バックグラウンド」記録や、「フェイスシート」「面談記録」等から馴染みの人や場所についての情報を把握し、入居後に把握した情報は「ケース記録」に記載し共有している。家族の面会が多く、また、知人や友人の面会もあり、居室等好みの場所でゆっくり過ごせるように配慮している。馴染みの店での喫食等、馴染みの場所との関係継続を支援している。また、電話利用による関係継続の支援にも努めている。	
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	性格や行動を把握し、事故がない様に、入居者様どうしが支えあったり又は孤立しない様に見守っている。		
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	以前は入居者様の葬儀に出席していたが、最近ほとんどの家族様が家族葬にする為に出席する事が無くなってきた。時代の変化が感じられる。		
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	入居時に、生活歴や希望・要望を伺い、入居者様や家族の希望に近づくようにしている。	入居時の思いや意向は「バックグラウンド」「フェイスシート」「面談記録」等から把握し、入居後に日々の会話の中で把握した思いや意向は、申し送りノートに記載して共有し介護計画やケアに反映させている。意思疎通が困難になった利用者には、職員の気づきや今までの家族等からの情報をもとにして意向の把握に努めるとともに、表情や反応から本人の立場に立って検討し、利用者個別の思いや意向に沿える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
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	入居前に在宅ケアマネージャーや病院のケースワーカーらと情報交換を行い馴染みの関係を続けられる様に支援している。		
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	毎月20日に全体でカンファレンスを行い、利用者様の心身の状況や残存機能の把握をしている。		
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	毎月20日にのカンファレンスで職員が意見交換し、面会に来られた家族様からの要望や主治医・看護師・薬剤師の意見を含めて介護計画書を作成している。	バックグラウンド・フェイスシート等をもとに、初回の介護計画を作成し、その後は定期的に6ヶ月ごとに見直している。更新時や利用者の状況に大きな変化がある場合は随時見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。計画にもとづいた実施状況を、ケース記録と各種ケアチェック表に記録し、毎月のフロア会議で全利用者に対するカンファレンスを実施している。見直し時は、カンファレンスでモニタリングを実施している。再アセスメントについては、新書式で行う予定である。計画には、かかりつけ医・看護師・薬剤師等、関係者の意見を探り入れている。	計画の見直し時には、短期目標・サービス内容の項目に沿ったモニタリング・評価を実施することが望まれる。モニタリング・再アセスメントをもとに、利用者・家族の意向、関係者の意見を集約してカンファレンスを実施し検討したことが明確になる書類の整備が望まれる。
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	日々のケア内容の食事・水分量・排便周期など見やすくまとめている。5月から新しい書式に変更し第三者が見ても解るようにしている。職員間の情報の共有がしやすくなった。		
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	地域のお他サービスとの連携はとれている。最近では訪問歯科を利用して口腔ケアを意識して利用者様の健康改善に取り組んでいる。		

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
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	同行できるヘルパー業者などを利用し外出の機会を作っている。		
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	入居時にかかりつけ医から、施設の主治医に情報を提供して頂き、継続した医療を受けられるようにしている。他病院への受診には職員が同行し利用者様の状態を報告できるようにしている。	入居時に希望するかかりつけ医を確認し、利用者・家族の意向に沿った受診支援を行っている。内科医による月3回の往診と24時間対応が受けられる体制が整備されている。希望者には訪問歯科の受診ができるよう支援している。通院による受診時は、管理者が同行して医師に状態を説明し、家族とも相互に受診結果を確認している。往診については往診記録に記録し、通院の受診内容は「ケース記録」に記録し、職員間で共有を図っている。週に1回訪問看護師の訪問がある。事業所・主治医・看護師・薬剤師と連携を図り、健康管理に取り組んでいる。	
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	訪問看護事業と医療連携契約しており。週1で訪問してもらい、利用者様の健康チェックや相談などや緊急時の対応が出来るように支援している。		
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。	入院時には、家族様と一緒に職員も同行している。入院までの状態や行動、認知症の対応等普段の状態を病院に伝えることで、早期退院が出来る様に連携をとっている。	入退院時は管理者が送迎を行っている。入院時には「介護サマリー」等で情報提供を行い、適切な医療が受けられるよう支援している。入院中は面会に行き、医療機関から病状説明がある場合には家族の了解を得て参加し、利用者が早期に退院し元の生活に戻ることができるよう、医療連携室等と連携を図っている。入院中に把握した情報はケース記録に記載して共有している。退院時には「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。	

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	入居時から終末期の話し合いはしている。ご本人様やご家族様の考えを十分に把握し、終末期にも適宜話し合う機会を設けている。	重度化・終末期に向けた事業所の方針を、契約時に指針を用いて家族に説明し同意を得ている。重度化を迎えた段階で、利用者の状態の変化に合わせて、家族の意向確認とともに、かかりつけ医を交えて支援方針を話し合い、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。話し合った内容等についてはケース記録に残している。状況の変化に応じて介護計画を見直しながら、医師・訪問看護師・薬剤師等との連携の下で支援し、ケース記録に支援内容を記載している。看取りの研修を研修計画に採り入れて行っている。	
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	新しい職員は、急変の対応が不慣れではあるが、対応できる職員が、勉強会やOJTで教育に努めている。また管理者が常に出勤しているので対応はできている。		
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	定期的に消防・防災訓練をしている。水害に関しても立地的に避難所より安全な位置にあるため、施設の高い位置に避難するようにしている。	この1年では、2回昼間想定での総合訓練を実施し、内1回は自然災害時の避難訓練も兼ねていることが記録から確認できる。事前計画書を策定し、訓練には利用者や、時には消防署も参加している。訓練後には、課題等を訓練結果報告書にまとめている。全職員が2回の訓練のうち1回は参加できるよう配慮し、夜間災害時の対応については各フロアーに掲示して周知を図っている。米・乾物・水・カセットコンロ・発電機等を備蓄し、管理者が管理している。	夜間帯は最大のリスクが想定されるため、夜間帯想定での訓練を実施しておくことが望まれる。また、参加できなかった職員には、計画書・報告書等の閲覧により訓練内容や課題等を周知することが望まれる。

自己 第3	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	尊厳・プライバシーには職員全体が意識している。日々の申し送りや排泄時など。	年間研修計画に、「人権擁護について」を採り入れ、尊厳やプライバシーの確保について学ぶ機会を持っている。申し送り時には利用者の名前は使用せず、イニシャルや居室番号で情報を共有する等、プライバシーへの配慮を周知している。気になる対応等があれば管理者からや職員間で注意し合い、意識向上に努めている。「レラ日記」やホームページ等に掲載する写真については、その都度口頭で家族の同意を得ている。個人記録類は事務所の鍵のかかる場所に保管し、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	職員が常に利用者様とコミュニケーションをとっており、その中で聞き取った情報を共有しご本人様の意向に沿ったケアを行っている。		
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	日々のスケジュールは大まかにあるが、その時の体調や気分又は天候で希望があれば対応している。		
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	入居前の美容院を利用できる方は限られているが、好みの洋服を選んだり、お化粧をされたりと楽しまれている。		
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	食事の用意はリビング横のキッチンで作っているため、ご飯が炊きあがる香や調理している音を感じる事が出来る。下膳は出来る方にはお願いしている。	献立と食材が届けられ、各フロアで調理し、毎食手作りの食事を提供している。献立には、季節食・行事食の配慮があり、利用者の好みや状況に応じてアレンジも行っている。職員も介助しながら利用者と同じ食事をとり、家庭的な雰囲気ですぐに食事が楽しめるようにしている。食器拭き、後片付けなどに、可能な利用者が参加できるように活かせるよう支援している。利用者の嚥下や咀嚼の状況により、ミキサー食、刻み食等の提供も行っている。誕生日のお祝い、好みのものの購入・個別やグループでの夕食等、食事の変化を楽しむ機会も設けている。	

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	食事量や水分量は個々に記録し確保できるようにしている。ミキサー食やキザミ食にも対応している。		
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	口腔ケアは毎食後必ず行っている。舌ブラシも使用し、口臭がしないようにしている。		
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	個々の排泄パターンを把握しトイレでの排泄が出来る様に誘導している。	「排泄チェック表」を用いて利用者個々の排泄パターンや排泄状況を把握し、トイレでの排泄に向けて支援している。毎月のフロア会議でのカンファレンスで、利用者個々の状況や排泄ケアについて確認し、適切な介助方法や排泄用品を検討している。また、誘導時の声かけ・排泄介助時の対応等、羞恥心やプライバシーの配慮についても意識付けを行っている。アロマポットの使用で、臭気にも配慮している。	
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	混載類中心の食事メニューで作っている。また水分量を意識することで、薬に頼らない排便が出来る様努力している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	大まかな入浴スケジュールは有るが、拒否の強い方にはその方の気持ちにあわせて対応している。	入浴状況を「入浴チェック表」で把握し、週2回以上入浴できるよう支援している。利用者ごとに「さら湯」にし、自身のペースでゆっくり入浴できるように配慮している。利用者の状況に応じて、2人介助・足浴・清拭・シャワー浴等も採りいれている。入浴を好まない事例があれば、理由を検討して解消に努め、また、声かけやタイミング等を工夫し、個別の対応に努めている。	

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
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	昼食後等には、個々の居室に帰りゆっくりとした時間を過ごされている。		
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	職員全体が薬の目的・副作用を理解できるように薬剤師からの説明書をファイルしている。		
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	入居時に生活歴や趣味等を伺っているが、継続出来る方が少なくなっている。介護度の高い方が増えてきている。		
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	気候のいい季節などに外出をこころがけているが、介護度が高い方が増えて以前ほど出来ていない。	重度化に伴い外出機会が減っているが、戸外に出る機会作りに努めている。天候や利用者の体調・希望に応じて、近隣への散歩、中庭での野菜作り、ベンチでおやつを楽しむ等、外気浴と気分転換の機会を設けている。個別やグループでの外出支援を行い、買い物・喫茶・外食・行事・福祉パチンコ等に出かけたり、花見で季節を楽しむ外出も行っている。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	お金の管理はご家族様がしている。入居時にもっていた方が紛失したことがあり現在はご家族様におねがいをしている。		
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	手紙を書ける方がほとんどになってきているが、電話でご家族様と話し出来るように支援している。		

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
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	入居者様やご家族様が不快を感じないように施設の清掃には気を付けている。アロマなどを使い臭いなどにも気を使っている。	各フロアの共用空間は、採光がよく明るく、清潔感、開放感がある。3階からは明石海峡大橋も眺望できる。各フロアにアロマポットを配置して、匂いにも配慮している。共用空間にテーブル席のスペースとゆったりしたソファスペースがあり、思い思いにくつろげる環境である。キッチンで手作りの食事づくりが行われ、調理の音や匂いから生活感も感じられる。エアコン・空気清浄機等で適切な温湿度管理が行われ、快適に過ごせる環境となっている。中庭の花壇には、アジサイ・日日草等、季節の草花が植えられている。	共用空間でも、日常的に季節感を感じられる工夫をしてみてください。
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	テーブル席やソファで過ごされたり、新聞を読んだりと自由に過ごされている。一人で過ごしたい時は居室でテレビを見る方もいる。		
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	入居時に自宅で使っていたものを持参していただくようにしている。状況が変化しテーブルや椅子が置けない時もある。	各居室に、ベッドとクロゼットが設置されている。家族の協力を得て、筆筒・テレビ・引き出し等、自宅で使い慣れた家具や道具の持ち込みを勧め、また、家族の写真・誕生日祝いの色紙・行事の写真等を飾り、居心地よく暮らせる環境づくりを支援している。入居後の状況の変化に応じて、家具の配置や飾りつけの位置などを変更し、安全に暮らせるように配慮している。居室の担当を決め、家族と連携しながら環境整備を行っている。居室の入口には名前を付け、部屋間違いがないように工夫している。	
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	施設内にはバリアフリーで手すり等が設置しており、居室入口にはお名前を付けていて迷わない様に工夫している。		