

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	2870201197		
法人名	株式会社 日本ウエルフェア		
事業所名	グループホームひまわりの家		
所在地	兵庫県神戸市灘区都通3-2-5		
自己評価作成日	平成29年11月20日	評価結果市町村受理日	平成30年2月6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12月18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)】

基本理念にある「安らぎと喜びのある毎日を提供する」をふまえ、お一人お一人に寄り添いながら、日課の中で、家事作業・体操・レクリエーション・絵手紙・書道・音楽療法・脳トレなどを行ないながら、認知症の進行予防に取り組んでいる。また、利用者様ができる力を発揮し達成感が得られるように支援し、「その方が望まれる・その方らしさを大切にしたい暮らし」を利用者様・ご家族様・職員と共に笑顔で実現し、安心して過ごせる関係づくりに取り組んでいる。

【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)】

建物内にデイサービスを併設している。基本理念である「安らぎと喜びのある毎日を提供する」ため、その人らしさをいつまでも持ち続けられるよう、自己決定・自立支援につながるケアに取り組んでいる。グループホームらしさを失わず、家事や食事づくり、散歩等日常生活の中で、役割づくり等の生活リハに取り組んでいる。利用者ができる力を発揮し達成感が得られるように支援するとともに、音楽療法、脳トレ等を探り入れ認知症進行の抑制に取り組んでいる。記録類の作成、保管等も適切に行われている。また、研修・OJT等の充実により、職員の資質向上にも努めており、職員の定着率・チームワークが良い。

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、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	基本理念は、スタッフルームやフロアーの見やすいところに掲示し、ケアカンファレンス開始前に唱和している。また、基本理念を基にした「5つの約束」を朝礼で唱和し、職員全員で理念を深めるために接遇面を本年度の法人の目標とし、各フロアー目標にも掲げ職員全員で理念の共有に努めている。	法人理念を基に、地域密着型サービスの意義と役割を盛り込んだ事業所独自の「5つの約束」を策定している。理念・「5つの約束」を事務室、各フロアー等職員や家族の目に付きやすい場所に掲示し、朝礼やカンファレンスで唱和し浸透を図っている。理念の実現に向け、フロア別に「グループ別業務目標シート」、個人別に「業務目標自己申告シート」で不適切ケア防止等理念に関連した目標を立て、半期ごとに実践状況・進捗度等の確認を行いながら次の目標に繋いでいる。目標に対する実践状況・進捗度等が良好な職員には、表彰制度を採り入れ理念の実践に取り組んでいる。	
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	地域自治会に加入している。毎日の散歩での挨拶や会話、地域のまつり、地域こども園へ出向きイベントに参加、グループホームの行事に地域こども園児を招待したり、地域の花屋に出向きお花を購入したり、音楽療法・書道・音楽ボランティアなど外部ボランティアが来所することで地域、外部との関わりを持ち交流している。	自治会に加入し、自治会主催の盆踊り、だんじり見学、餅つき大会等に利用者と参加している。地域の花屋で花を購入したり、近隣のこども園での誕生会や音楽会に出向き、園児も事業所での夏祭り等に来訪して相互交流を継続している。園児来訪時には車イス使用体験も行っている。また、音楽療法・書道等各種のボランティアが来訪し、利用者の楽しみとなっている。地域の津波時の防災訓練への参加や、地域住民から介護相談を受け、必要に応じて専門機関へ繋ぐ等、地域で必要とされる活動や役割を担っている。	
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	介護相談や支援方法などの情報提供を行っている。また、場合により、地域包括支援センターを紹介するなどの支援を行っている。		

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
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	地域包括支援センター職員・社会福祉協議会職員・自治会役員・家族会代表・元家族・利用者・事業者で2ヶ月に1回開催しており、内容は、グループホームの行事・活動報告・利用者の状況・職員の状況・施設内外の研修の報告や地域包括支援センターから情報提供など行なっている。	利用者代表、家族代表、地域包括支援センター職員・社協職員(知見者)・自治会代表・民生委員・元入居者の家族等を構成メンバーとして2ヶ月に1回開催している。利用者の状況や行事・研修の実施状況等事業所の取り組みを報告し、意見交換を行っている。地域包括支援センターから認知症サポーター養成講座開催の情報提供を受け、職員が参加している。また、第三者評価機関から提供された地域密着型まとめ表と事業所の実情とを照らし合わせながら、家族の意見を聴取し、サービスの向上に活かしている。議事録をフロアー入口に備え付け公開している。	
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員が参加し情報交換などおこない。また、安心すこやかセンター開催の研修などに参加して情報交換し助言を得ている。	地域ケア会議への参加を通じて、市と連携して地域の課題解決に努めている。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、事業所の取り組み等を伝え助言を得ている。集団指導や市が主催する研修に参加し、事業所の運営や、利用者・家族の支援に活かしている。施設長、管理者が電話や担当窓口訪問で法令解釈等の相談を行っている。神戸市医師会来訪により医療介護サポートセンター設置について説明を受け、車イスの人の歯科受診について助言を得る等、協力関係が築かれている。	
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	新任研修・現任研修の年間研修計画に組み入れ、また、外部研修の参加し、グループホーム全体研修で報告したり、ケアカンファレンス時に繰り返しの研修を行ない共有している。	年間研修計画に採り入れ「高齢者虐待・身体拘束の廃止」に関する研修を年2回実施している。研修では、拘束による弊害・例外3原則・具体的な行為等を学んでいる。受講者は感想等を記載した研修報告書を提出し、参加出来なかった職員には資料配布の上、報告書の提出を促している。社協主催の外部研修にも職員が参加している。家族にも事業所の方針と予測されるリスクを説明している。申し送り時には別紙に個別の留意事項を記載して伝達し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関は昼間は施錠せず、エレベーターも自由に使用できる。	

自己 者 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
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	身体拘束の研修と共に繰り返し実施している。不適切なケア・スピーチロックなども研修内容に取り入れ職員の理解を深めると同時にストレスがケアに影響しないように管理者・職員間で話し合いながら、虐待防止に努めている。またフロア内に「高齢者虐待防止」のポスターを掲示し周知している。	上記研修で、不適切ケアなども研修内容に取り入れ虐待防止への理解を深めている。「コンプライアンスチェックノート」で不適切と思われる言葉かけや対応をしていないか、自身のケアを振り返り、反省欄に自らの気づきを記載することで未然防止に努めている。また、メンタルヘルス研修や外部講師を招聘してのOJT研修により、職員のストレス軽減や介護技術の向上に取り組んでいる。フロア内に「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」ポスターを掲示し、意識づけを行っている。入浴時等は身体状況に留意し、事業所内外での虐待が見逃されることがないように防止に努めている。	
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	職員年間研修計画の中に取り入れ説明し学ぶ機会を持っている。また、年1回の家族会において「成年後見人制度」の説明を行ない、理解を深めてもらい活用できるように支援している。	年間研修計画に「権利擁護・成年後見制度」を取り入れ、権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けている。家族会で「成年後見制度」の説明を行ない、理解を深めてもらい活用できるように支援している。成年後見制度を利用している利用者もあり、後見人への定期的な状況報告・金銭管理関係資料の整理、提供等の支援を行っており、利用が必要な時には実務経験を活かしながら支援できる体制がある。また、パンフレット等の資料も準備しており、家族・地域住民から相談を受けた時は、説明し提供している。	
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	見学時にサービスの内容と、契約時には、時間をかけて契約書・需要事項説明書・料金なども説明し、質問などにも応じ要望・意見が出しやすいようにしている。	見学時に、現場を案内しながらパンフレット等でサービス内容を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書の内容を、時間をかけ丁寧に説明している。特に料金関係については「料金表別表」でシミュレーションを行い、分かり易く説明している。退居条項については納得が得られるよう説明を加えている。契約内容を改定する場合は、運営推進会議や家族会で説明し、書面での同意やお知らせ等、改正内容に応じて適切に対応する仕組みがある。契約終了時は重要事項説明書の条項に沿って、情報提供を行う等、円滑な退居を支援している。	

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
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	ご家族様面会時に、スタッフや管理者が必ず声をかけ、また、毎月のお手紙で生活状況や近況報告を行うなど意見・要望などを表しやすいようにしている。また、ホームページで行事なども知らせわかりやすく参加しやすいようにしている。	毎月、個別の「お手紙」で生活状況や体調等の近況を家族に伝え、意見・要望が表しやすいよう配慮している。また、事業所での、夏祭り・クリスマス会等の行事は、事前に家族に「お手紙」やホームページで知らせ、参加しやすいように努めている。年1回、家族会を日曜日に開催し、家族の意見を聞く機会を設けている。会議前に自己紹介や食事会等を行い、話しやすい雰囲気づくりを工夫している。家族会議事録を作成し、参加出来なかった家族に送付している。把握した意見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	職員が意見や改善に向けて提案できる「業務改善書」を提出し施設長・管理者は意見や提案を把握に努めており、施設長・管理者・フロアリーダーで即決できる事から改善に取り組んでいる。	施設長・管理者は人事考課制度の中での個人面談の機会や、毎月のユニット会議・リーダー会議等で、職員の意見・提案の把握に努めている。全職員が年1回提出する「業務改善アンケート」や「自己申告シート」等は、運営に関する意見や提案を表す機会となっている。アンケート結果をリーダー会議で報告し、優先順位を決めて運営に反映させるよう取り組んでいる。法人代表者も定期的に運営推進会議に参加し、自己申告シートで意見等の把握に努めている。家庭状況に合わせた勤務時間調整等、職員からの提案を運営に反映させている。	
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	職員が個々に年間目標を定め一定期間で、自己評価し目標達成状況を代表者・管理者・ユニットリーダーで評価している。職員の「自己申告シート」で挙げた内容については、代表者・管理者が話を聞き働きやすい環境づくりをおこなっている。		
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	施設内研修以外に外部研修で学ぶ機会があり、研修後は、全体研修で報告し職員のレベルアップにつながるようにしている。また、OJT研修で現任職員が新任職員を育て共に高めていくようにしている。		

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
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	管理者は、地域包括支援センター開催の「地域ケア会議」に参加したり、職員は外部の研修に参加し情報交換で得た情報を職員で共有しサービスの向上に努めている。		
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	見学时、入居申し込み時に現在の状況、困っていること、入居後の要望等を聞き、入居後の安心した生活が送れるように努め、入居後は、ご本人の不安や訴えに傾聴し安心して頂けるような関係がある。		
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	見学时、入居申し込み時に現在の状況、困っていることを聞き対応と同時に、在宅担当ケアマネージャーからの情報提供・意見交換を基に入居後の生活に活かすようにしている。		
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	見学时、面接時にご家族様から、お話を伺いながら、家族様・本人のその時に必要なニーズ、希望等を把握し対応に努めている。		
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	利用者様とのコミュニケーションの中で、意向を聞いたり、職員と共に家事作業・調理などご本人のできることに着目し助けあっている。		
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	毎月のレターで近況報告を行ない、情報を共有している。誕生会、外出行事には、ご家族様も参加されたり買い物、外食などもご本人と共に過ごす機会を持てるようにしている。また、入居時持参された携帯電話で話すなどの関係が途切れないようにしている。		

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
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	なじみの友人が訪ねて来られ居室でゆっくりすごされたり、電話をされたり、外泊されお墓参りにいかれたりなど関係がとぎれないように努めている。	入居前のケアマネージャーから、また、面接時に把握した情報は、「基本情報シート」や「私の姿と気持ちシート」等に記録し、また、入居後に把握した馴染みの人や場所についても、上記アセスメント等に追記して情報を共有している。よく参拝に出かけていた神社等馴染みの場所へは職員が同行し、友人・知人等の来訪時には、ゆっくり過ごせる雰囲気づくりに配慮している。家族との墓参り時には、車イスの操作方法を教えて貸し出しの支援を行っている。また、デイサービスを利用している同じ県人会の知人と、入居後にも行事での交流等で馴染みの関係が継続できるように支援している。	
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	利用者同士で、協力しあい洗濯物を置くなど役割があり、お互いの支えながら暮らしている。また、他ユニットの利用者と一緒におこなう行事など利用者同士がかかわる関係づくりをしている。		
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	サービス終了後も、家族様の中で、運営推進会議の委員として参加されておられる方もおり、相談や情報提供などを行っている。		
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	入居時のアセスメントで、ご本人、家族様の思いや意向、サービス関係者からの情報提供で把握した情報をセンター方式アセスメントシートに記入し職員間で共有、また、日常の会話の中からも希望・要望が出しやすいように尋ね希望に沿えるようにしている。	入居時に把握した利用者・家族の思いや意向は、センター方式の様式を活用して記録し職員間で共有している。日々の関わりの中で把握した思いや意向は上記のシートに追記し、情報が共有できるよう取り組んでいる。プラン見直し時にも、家族来訪時や電話等で希望、意向を聞き取っている。意思疎通が困難な利用者には、表情・反応等から、また、質問の仕方や筆談等、個別の対応を工夫し職員間で共有している。把握した思いや意向はカンファレンスで利用者の立場になって検討し、ケアプランにも反映させ支援している。	

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
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	ご家族様の情報や、日常の会話の中で、利用者本人の今までの暮らし方・趣味など情報収集し生活に活かせるように職員間で共有している。		
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	生活の中で、ご本人の言葉や行動などから職員が気づいたことなどを共有し、援助・声掛けのヒントにしている。		
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	毎月のカンファレンスで、ケアのあり方や気づいたことを話しあい、アイデアがあれば実践してみる等現状に即した介護計画書にしている。	基本情報シート、面接記録等から、本人・家族の希望や意向を踏まえて、アセスメント・課題抽出を行い、初回の計画を作成し、以降は、かかりつけ医・看護師等関係者の意見を採り入れて、基本的に3ヶ月毎に介護計画を作成している。日々「介護サービスチェック表」で、短期目標の項目ごとに、実施状況を確認し、1ヶ月分を総括してモニタリングを実施し評価を行っている。毎月、各職種が参加して全利用者についてケアカンファレンスを開催している。評価結果やカンファレンスでの職員の意見等を検討してアセスメントシートを作成し、次の計画に結び付けている。	見直し時には、生活の変化と共に、ADL・IADL等についても確認して再アセスメントを行い、アセスメントシートに記載することが望まれる。また、アセスメントシートに記載している関係者の意見等は、いつ、だれから把握したものかを明確にしておくことが望まれる。
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	日常の中での特に様子の変化がみられたことや、ケアプランに記載のある事項を生活記録内に記載し変化があれば計画書の見直しに活かしている。		
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	本人や家族のその時のニーズに対し、その時に必要なサービスを紹介し柔軟に対応している。		

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
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	地域行事への参加(盆踊り大会やこども園への訪問)ボランティアによる書道・音楽療法・コンサートに楽しく参加できるようにしている。		
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し、納得が得られたか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、かかりつけ医の希望を聞き、入居後も変わりなく受診できるようにしている。受診時は、看護師からかかりつけ医への状況を連絡し安心して医療が受けれるようにしている。	入居前に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った医療が受けられるように支援している。協力医療機関の医師や、以前からのかかりつけ医による往診も行われている。通院介助は基本的には家族が行うこととして契約時に話し合っているが、事業所が臨機応変に対応している。家族が通院介助を行う時や、往診時の事前の情報提供は、FAXや口頭で医療機関に伝えている。受診結果は全て「医療ノート」に記録として残し、職員の捺印により医療に関する情報の周知に努めている。家族には、受診結果等を電話や「お手紙」で知らせている。	
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	毎日、午前・午後にバイタル測定・食事・水分摂取量の情報と日常の状態を看護師に伝え、急変時に適切な医療が受けれるようにしている。		
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。	入院時は、看護師から病院へ看護サマリーでの情報提供を行ない、入院中も病院へ出向き状態を確認したり、退院後の説明を家族・看護師・管理者で受け退院後の生活について情報を得て確認している。	入院時にはADLや食事状況等を「看護サマリー」で情報提供している。入院中は家族と連携しながら随時見舞いに行き、安心して受療できるように支援している。また、主治医等病院関係者と連携を密にして、状況の確認や早期退院にむけて情報交換や相談に努めている。入院中に把握した情報は「医療ノート」に記載して共有している。退院前にはカンファレンスに参加し、「看護サマリー」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	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	入居時の契約の際に、重度化、看取りについて明文化し説明している。また、終末期には、再度、主治医・家族様・管理者・看護師・介護職員で療養計画に沿っての支援を行っている。	家族等の希望があり、常時医療行為を必要としない場合は看取りを行う方針がある。契約時に事業所の対応指針の説明を行い、口頭で意向を確認しながら同意を得ている。毎月郵送する近況報告で利用者の状況の変化については逐次報告し、重度化傾向にある利用者については、その都度家族の意向を確認している。重度化の段階ごとに、かかりつけ医を交えて今後の支援方針について話し合いを重ね、個人記録に記録として残している。看取り時には看取り介護の同意書で同意を得て介護計画を「療養介護支援計画書」に変更し、支援する仕組みがある。看取りに関する研修を実施している。	
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	緊急時の対応マニュアルがあり、看護師から研修やカンファレンスで繰り返し学んでいる。		
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	災害マニュアルを作成しており、災害時の対応の研修を実施、緊急の連絡体制など確認している。また、年2回昼夜想定での避難誘導通報訓練を利用者も参加し実施している。	この1年間に、昼・夜で2回、利用者も参加して、避難誘導等の総合訓練を行っていることが記録から確認できる。夜間訓練は、非常災害時対応研修終了後の19時頃から行い、夜勤と遅出の職員が参加して夜間帯での実践的な訓練を行っている。近隣住民に協力を呼びかけ、緊急支援者名簿を作成し、支援者から避難誘導への協力承諾書を受領している。また、地域の防災訓練に参加している。事業所では、管理者が責任者となり、水・食糧等を備蓄している。	

自己 番号	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	研修で、プライバシー保護、個人情報保護、 接遇等は、「コンプライアンスチェックノート」 と「コンプライアンスルール」資料を全職員に 配布し学ぶ機会を持っている。	年間研修計画に「プライバシー保護」「接遇・ コミュニケーション」を採り入れ、「コンプライ アンスチェックノート」と関連資料を活用して、 各人が自分の話し方や対応をチェックしなが ら学ぶ機会を設けている。「5つの約束」の中 に、言葉遣い・身だしなみ等を盛り込み、利 用者一人ひとりに合った対応を実践できるよ うに取り組んでいる。利用者の写真は使用せ ず、個人記録は事務室の鍵のかかるロッ カーに保管する等、個人情報の適正な管理 に努めている。また、入職時に誓約書を交わ 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	日常の中で、本人の思いや意向が出しやす いように声掛けしたり、色々な場面で、本人 が選択・自己決定できるようにしている。		
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	その方のペースで、「今日、何をしたいか、 どうするか」をお聞きし希望に沿える支援を 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	入浴後に着用する衣類を職員と共に選ぶ。 ご家族様と外出の際にも化粧をされたり 買い物で好みの洋服を選び購入されるなど 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
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	朝食・夕食は各フロアのキッチンで職員と共に調理・盛り付けをしている。コーヒーをたてる・食事前のテーブル拭き・食後の下膳・食器洗いなどを職員と共におこなっている。	献立は委託業者の管理栄養士が作成し、朝夕は、搬入された食材で各フロアで調理している。基本的に、昼食は調理済みの食事が提供されているが、その日の利用者の体調等によっては事業所で食事形態等を変更している。検食簿を基に利用者の希望・好み等を委託業者に伝え、献立に反映させるよう努めている。キッチンはユニバーサルデザインを取り入れ、車イスの人も食事づくりに参加出来るよう造作している。炒め物・盛り付け・配膳・下膳などを、利用者の好みや能力を活かしながら職員と共に行い、毎月のおやつ作りや誕生会のケーキ作りも、利用者と一緒にこなしている。	
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	委託業者の栄養士による栄養計算がされている。利用者に応じた食器の工夫、食事形態で提供し、摂取量・水分量を記入している。		
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、口腔ケアを行っており、利用様の状況により、職員が付き添い実施している。口腔内の確認は、職員の中に歯科衛生士がおり、職員が学ぶことができる。		
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	一人一人の排泄パターンを把握して細めにトイレへの声掛けや誘導を行なっている。パット・オムツの使用をできるだけ控え不快感なく過ごせるようにしている。	必要な利用者には排泄チェック表を活用し、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や自立にむけた支援を行っている。夜間も睡眠に配慮しながらトイレ誘導を行っている。夜間はリハパンでも、カンファレンスで支援方法を検討し、昼間は、布下着の使用が継続できるように支援し安易な排泄用品の使用を控えている。直接的な声かけは避ける等、利用者のプライバシーの確保や羞恥心への配慮に努めている。外部研修で薬に頼らないような便秘予防法を学び、職員で情報を共有して個別に対応している。	

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
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	職員が排泄ケアの研修に行き、薬に頼らず便秘の影響を及ぼさないような方法を外部研修で学ぶ機会があり、職員で情報を共有し、個々に応じ対応している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴後に着用する服を職員と共に選んだり、本人のお好きなシャンプーなど使用するなどしている。また、季節を感じてもらうため、「菖蒲湯・ゆず湯」・利用者の思い出のある温泉地の「湯の花」を使用したり楽しい入浴を行なっている。	週2回以上を基本にし、入浴回数や時間帯を利用者の生活習慣や希望に合わせて入浴できるよう支援している。異性介助を嫌がる人には同性で対応し、入浴の一連の流れを職員一人で支援する等、プライバシーや羞恥心に配慮している。入浴を嫌がる時は、声かけ・誘導方法を工夫したり、思い出のある温泉地の「湯の花」を使用して支援している。マイシャンプーやトリートメントを使用する等、本人の好みを活かしながら入浴が楽しめるよう努め、また、ゆず湯・菖蒲湯など、季節を感じながら入浴できるようにも取り組んでいる。	
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	利用者に応じた就寝時間・その日の体調に合わせていつでも休息がとれるようにしており、冷暖房の温度調整もこまめに行なっている。		
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	医療用ノートがあり、薬名、服薬時間、服薬の仕方等の記載がされている。また、カンファレンスで薬の変更や副作用について看護師からの説明がある。服用薬の仕分けは看護師が行ない、服用時の確認は、2名ないし3名で確認し行なっている。		
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	食事メニュー書き・おやつづくり・掃除・趣味などを活かし活躍できる場面や各ユニット合同のレクリエーションや音楽療法・絵手紙・書道・体操などで気分転換を図れるようにしている。		

自己 番号	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	天候、利用者の身体状況に応じ、近隣の公園への散歩や季節の花見など外出行事では、家族様の協力を得て、一緒にできるだけご家族様との外出の機会を持つようにしている。	天候や利用者の身体状況に応じて、近隣の公園や神社への散歩・買い物等に、利用者の希望に沿って日常的に外出の機会が持てるように努めている。車椅子使用の人も、移動に配慮しながら外出の機会を持てるように支援している。家族の協力を得ながら、桜・チューリップ・アーモンドなど季節の花の鑑賞に出かけたり、乳製品工場・酒蔵・市役所展望台・だんじり会館でのだんじり見学等で遠足気分を楽しんでいる。また、車イスの貸し出し等で、家族との外食・買い物等も支援をしている。	
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	地域の美容院へ出向き、支払いは、職員と共に行なっている。		
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	携帯電話を持たれる方は、自由に電話をされておられる。また、何時でも電話ができるようにコードレス電話が設置しており、自由に電話をすることが可能である。		
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	玄関・フローアーは、利用者と職員と一緒に仕上げた作品で飾り、季節感が感じられるようにしている。また、フローアー内の温度調整をこまめに行ない、自由に過ごせるようにしている。おやつづくり、食事作りも歩行器や車椅子でもキッチンに入り行なえるようになっていく。	共用スペースは、ゆったりと広く、畳のスペースがあり、新聞や適所にソファーを設置して、利用者が思い思いの場所でくつろげる環境がある。キッチンユニバーサルデザインを採り入れ、車イスの人も食事づくりに参加でき、家庭的な音や匂いが感じられる。雪だるま・クリスマスの飾りつけ等季節感のある装飾品は、利用者と職員の合作のものである。整理整頓され、空気清浄・室温調整にも配慮している。昼食時には馴染みのBGMを流し、音も利用者にとって不快や混乱をまねかないよう配慮している。	

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
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	リビングのソファでテレビを見ながらお茶を飲みながら話されたり、気の合う方同志がテーブルを囲み会話を楽しまれている。		
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	使い慣れたタンス、ソファなど持ち込まれたり、ご自身の思いでの写真や、作品などを飾っている。	エアコンとカーテンは事業所が準備しているが、ベッド・タンス・ソファ等の馴染みの家具や、思い出のある作品・アルバム等の好みのもので持ち込まれ、その人らしい居室になるように支援している。若い頃の自身の歌声をカセットで聞いたり、また、職員が仏壇に炊き立てのご飯を供え、誕生日・クリスマスカード等を飾る等、居心地よく過ごせるように個別の支援を行っている。	
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	自室のネームプレートやトイレは、わかりやすいように表示を行ない、廊下・浴室など手すりを設置し安全に生活できるようにしている。		