

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28年3月17日	評価結果市町村受理日	平成28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28年3月24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)】

利用者が安心して暮らせるような雰囲気や環境を大切にしながら、家庭的な生活環境を作るよう心掛けています。出来る限り利用者個々の生活リズムを維持出来るよう配慮しながら利用者が日常生活に混乱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。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を通じ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。家事や手作業を利用者と職員と一緒に、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。地域の行事への参加や近隣のスーパーへの買い物、小学校の行事への招待、ミニデイへの参加を通して、地域の人々との交流や関わりを大切にしている。職員は定期的なカンファレンスや研修を行い、知識・技術の向上に努め意見交換を行い利用者の生活の質の向上に役立てられるよう努めている。

【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)】

四季の移り変わりが感じられる自然に恵まれた環境にあり、デイサービスを併設している。大きな窓から光が差し込み、外の風景が見渡せる、明るく開放感のある共用スペースに、テーブル席やソファが配置され、利用者が思い思いに落ち着いて過ごせる環境づくりに努めている。買い物・散歩・ドライブ、地域のミニデイへの参加など、地域との繋がりが継続できるように支援している。デイサービスと合同の行事やイベントにも参加し、地域の人々やボランティアとの交流の機会を設けている。また、習字やフラワーアレンジメントなど趣味活動も継続し、生活の活性化にも努めている。職員の定着がよく、利用者との馴染みの関係が維持され、カンファレンスでは職員全員が意見や気付きを出し合って話し合い、具体的な介護計画に基づいた個別支援に取り組んでいる。

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広がったり深まり、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	年度初めに職員全員で年間目標を決めて実践に取り組んでいる	「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理念をつくり、地域密着型サービスとしての意義を盛り込んでいる。詰所に理念を掲示し、職員の共有と意識付けを図っている。利用者・家族に配布するパンフレットにも理念を明示している。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、理念の実践に向けて取り組んでいる。27年度は、「故郷めぐり」「地域との交流を深める」を年間目標として取り組んだ。	
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	ミニデイ参加、スーパーへの買い物、地域小学校の行事の参加等 地域の方々と交流を持てるようにしている	近隣スーパーへの買い物・建物周辺の散歩・公園へのドライブ等、外出の機会が持てるように取り組んでいる。月1回のミニデイに出かけて、地域の高齢者との交流の機会を持っている。「かみかわ商工祭」「秋祭り」や小学校の音楽会・運動会に参加し、「ふるさと文化祭」では書道の作品を出展して見学に行っている。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。施設全体として介護相談を受け付け、事業所としても役割が担えるように努めている。	
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	運営委推進会議の場で介護職の立場から意見を述べ理解していただけるよう努めている		

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
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	利用者の状況を運営推進会議の場で話し合った意見を職員に伝え支援質の向上につなげている	行政の指導により、4ヶ月に1回開催している。利用者・家族・地域の区長・地域包括支援センター職員・役所担当窓口職員・民生委員が構成メンバーとなっている。会議では、4ヶ月間の事業所の活動を写真を用いた書面で、わかりやすく報告している。利用者の現状・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、参加メンバーと質疑応答を行っている。出席者から地域の動向や行事などについて情報提供を受ける等、そこでの意見や情報を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い意見・提案・要望を聴取できるように取り組んでいる。	運営推進会議の議事録は公表することが望まれる。参加できなかった家族には、議事録の郵送などで、会議の内容を共有することが望まれる。
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	運営委推進会議には役場の担当の方に出席できるときはしてもらい家族の質問等にも答えてもらうようにしている	運営推進会議への参加を通して、役場や地域包括支援センターの職員に事業所の現状や取り組みを伝え、情報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。不明な点や課題があれば役場の窓口にお問い合わせを行い、指導や助言を受けている。	
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	職員会議や研修などで身体拘束について振り返り学習し、身体拘束をしないケアに努めている	運営規定に身体拘束はしない方針を明文化している。年間の研修計画に「身体拘束防止」を盛り込んでいるが、今年度は実施するに至っていない。現在身体拘束に繋がる事例はないが、スピーチロック等心理的な拘束についても、職員会議等で意識付けを行っている。玄関は昼間は施錠せず、利用者が自由に外に出られる状態である。利用者以外に出たい意向があれば、職員が同行して安全性を確保している。	「身体拘束廃止」「虐待防止」「権利擁護に関する制度」「尊厳・プライバシー保護」等、必要な項目については引き続き年間研修計画に盛り込み、計画的継続的に学ぶ機会を確保することが望まれる。

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
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	職員会議や研修などで学習したことを振り返り、不適切ケアを見つけ出し虐待に繋がらない様に注意している	年間研修計画に「不適切ケア・虐待防止」について盛り込んでいるが、今年度は実施するに至っていない。虐待事例の報道があった場合は、施設全体の朝礼で取り上げた後、事業所内でも話し合う時間を設けている。職員は言葉かけや対応が、不適切ケアに繋がっていないかを振り返ると共に、職員間でも日常のケアの中で注意を促している。管理者は希望休を叶える勤務調整を行い、管理者層は話しやすい関係づくりと言葉かけに努め、職員の疲労やストレスの蓄積がないようにして配慮している。更衣・排泄介助時等には身体状況に留意し、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	成年後見制度については資料での研修で理解を深めている 活用はしていない	年間の研修計画に「権利擁護」を盛り込んでいるが、今年度は実施するに至っていない。現在権利擁護事業の利用をしている利用者はいない。管理者層はこれまでの経験から制度について知識を有しており、活用が必要な利用者があれば管理者層が窓口となり、施設や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	契約書、重要事項説明書の変更が生じた場合には変更部分の書面を作成説明し同意を得るようにしている	契約時には、管理者が契約書・重要事項説明書・パンフレットを用いて項目にそって説明を行い、理解と納得を得ている。退所・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、変更前と変更後を対照する書面を作成して、家族来訪時に説明を行い書面で同意を得ている。契約終了になる場合には、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、継続的にサービス提供を受けることができ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
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	面会時や介護計画書の説明時に家族から要望を聞くようにしている	家族の来訪時には近況を報告し、月に1回写真を用いた近況報告書で利用者の生活の様子を伝え、意見・要望を出しやすいように工夫している。家族の来訪の機会作りのため、事業所での利用料金の支払いを奨励している。半年に1回のプランの見直しの際にも、家族から意見や要望を聞いている。夏祭りには家族を招待し、年1～2回家族会の開催し、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、ミーティングやカンファレンスで共有して話し合い、サービスや運営に反映させている。	
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	職員会議や全体会議の場で自由に発言しやすい環境作りをしている	毎月1回開催する職員会議(グループホームミーティング)や施設全体の全体会議で、職員が意見や提案出し合って話し合い、管理者も参加して把握している。全体会議には施設長も出席しており、代表者に直接意見や提案を伝える機会にもなっている。事故防止策等、職員の意見や提案を取り入れている。職員の定着がよく、異動の希望がないことから、馴染みの関係を大切に考え異動はほとんど行っていない。	
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	全体ミーティング等に参加し職員の意見を聞き働きやすい職場環境を作るようにしている		
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	出来る限り研修の機会や外部研修に参加するようにしている		

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	町の認知症部会にさんかしている 施設同士の交流はない		
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	新規利用者には丁寧にコミュニケーションをはかり不安や要望を注意して観察するようにする」		
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	サービス導入時に家族の不安や要望を聞く機会を作っている		
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	本人や家族が相談に来た場合 今困っていることを理解して本人や家族の要望に応じたサービスをできる様つとめている		
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	一方的に指示することがないように、本人が自ら行動できるように見守り声かけを行っている		
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	家族の面会の際には、ゆっくり話ができるよう配慮をしたり職員が家族とコミュニケーションをとるようにしている 毎月 日常の様子や写真を手紙で伝えている		

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	地域のミニデイに参加し馴染みのある人達との関係を途切れない様になっている 利用者の知人が来られた時はゆっくり一緒に過ごせるよう配慮している	馴染みの人の来訪は少ないが、あればゆっくりと面会できるように配慮している。地域のミニデイや併設のデイサービスへの参加により、馴染みの人との関係が継続できている。地域の店舗への買い物、公園へのドライブ、地域の行事や祭りへの参加等、馴染みの場所との関係継続を支援している。家族の協力を得て、自宅で過ごしたり馴染みの場所に出かける等、個別の支援をすることもある。	
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	利用者の個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は職員が中に入り話ができるように努めている		
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	家族とは密に連絡を取りサービス終了後の環境に本人・家族が出来る限り不安にならない様に相談に努めている		
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	一人一人での会話の機会を持ち本人の意思を聞くよ努めている」	利用者本人が思いや意向を表すことができる場合は、日々の関わりの中で把握に努め、カンファレンスで情報共有し支援や計画に反映させている。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ながら、支援や計画に活かしている。	

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
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	利用者本人の会話の中から確認したり個々のケースを見たり家族に機会を見つけては聞くよう努めている		
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	ケース記録や申し送り朝のバイタル測定や観察により対等管理し行動をみまもり本人がかいじょを必要なのか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	定期的カンファレンスを行い本人や家族の思いを取り入れ介護計画書を作成している	入居時に基本情報シートとアセスメントシートを基に、利用者・家族の思いや意向を把握し、利用者のニーズを明確化し、介護計画を作成している。計画に沿って支援した結果や観察は、ケース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、必要があれば随時見直しを行っている。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。毎月利用者2名についてケースカンファレンスを行い、カンファレンス前には各職員が支援に対する意見や気づきを書面で提出し、担当職員が「ケースカンファレンス議題のシート」で現在困っていること・課題・ニーズ 解決策をまとめ、現状に即した介護計画を作成している。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。	計画作成・実施記録・モニタリング・介護計画の見直しが行われているが、介護計画のニーズの項目とモニタリング項目に連動性をとり、また、評価を明記し、PDCAサイクルが明確になるような取り組みが望まれる。
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	日々の様子や利用者の言動、行動、表情を記録するようにしている		

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
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既存のサービス以外でも対応できるように取り組んでいきたい		
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かい物やミニデイ、小学校との交流にて心身の活性化や近隣の方とのつながり続けるようにする		
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	出来る限り本人や家族の希望に沿った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、専門病院を受診する場合もある。月に1度、物忘れ外来の医師の往診があり、認知症状の相談をしている。	契約時に利用者・家族に確認し、希望のかかりつけ医での受診ができるように支援している。身体状況を把握してもらえるように、基本的には受診は家族に同行をお願いしているが、利用者・家族の状況に応じて事業者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、適切な医療を受けられるようにしている。家族から聴取した受診結果は、受診記録に残して職員間で共有している。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。	
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	日々の介護の中で、利用者の小さな体調の変化やケガ等も見逃さず、事業所内の看護師へ相談したり、併設事業所の看護師へ相談したり対応をお願いしている。		

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
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密に行うようにしている。入院時にレベル低下を出来るだけ食い止められるように、入院中に職員の面会や家族との連絡、病院との情報交換を密に行うようにしている。	入院になった場合には、入院する医療機関にサマリーで情報提供を行っている。入院中には看護師が適宜面会に行くと共に、家族と連絡・連携をとりながら状態把握に努めている。退院の目途が立てば、利用者の状態や病状について家族や医療機関から情報提供を受け、早期の退院に向けて支援している。退院時には、利用者の状況を職員間で共有し退院後の支援に活かしている。	
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	契約時に、利用者や家族には説明しており、理解を得ている。実際に重度化した場合には、今後の対応について家族と相談し、適した対応を考える。	重度化や終末期に向けた事業所の方針として、経口摂取ができない状況を退所の基準としていることを契約時に説明し理解を得ている。摂食状況に課題が出できた段階で、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、家族の意向に沿った支援に努めている。	重度化・終末期に向けた事業所の方針を明文化し、契約時等早い段階で利用者・家族に説明し、同意を得ることが望まれる。
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	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、定期的な訓練を行っていく必要がある。	/	
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	職員間で研修や実際の訓練や体制について話し合いをしている。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。	平成27年度は9月に避難・通報・消火の総合訓練を施設全体で実施している。消防署立ち合いで、デイサービスを含めた合同訓練で、昼間想定で、歩行可能な利用者のみ参加となっている。運営推進会議で訓練の実施について報告を行い、地域との協力体制整備につなげている。備蓄は施設内の倉庫で行っている。	個々の利用者の状況に応じた移動方法も検討し、リスクが最大となる夜間想定を含む、年2回の実践的な訓練の実施が望まれる。また、地震や風水害など自然災害時の対応・対策についても、全職員が把握・対応できる取り組みが望まれる。

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	遠くから話しかけない様気をつけ、そばに寄って話しかけたり、一緒に生活している、目上の人として接するように心掛け、プライバシーに関することは、他に聞こえない様に配慮している。	理念の中に「尊厳ある生活」を明示し、さらに、利用者に対しての禁止事項5項目をあげる等、利用者一人ひとりの尊厳やプライバシーを損ねない言葉かけや対応に配慮した支援に取り組んでいる。年間研修計画に採り入れて研修を行い、プライバシー保護と個人情報保護の違いについても学ぶ機会を設けている。職員会議の中でも採り上げ、接遇について職員間で理解を深めている。	
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	1対1での話しかけを多く持ち、指示を控え、自ら動かれる又は考えられる様に見守りしている。		
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	認知症等で重症化している利用者が多く、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、選択困難な利用者の場合は職員がその人に合った物を選択し、清潔を心掛けている。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。利用者と一緒に食器への取り分け、配膳、片付け等それぞれの出来ることをしている。	利用者の重度化に伴い、施設の厨房で調理された食事の提供を受けている。届けられた食事を事業所で盛り付け・配膳を行い、利用者の力量に応じて参加できるように声かけや場面設定している。ミキサーや極刻みについては厨房で、刻みやトロミは事業所に対応し、利用者の状況に応じた食事形態での提供により、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。誕生会には、利用者と一緒にデコレーションしたケーキでお祝いするようにしている。	
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	毎月体重測定をしており、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、個々に合った水分量を確保している。		
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。利用者の能力に合わせた方法で、うがいの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。個々の排尿・排便パターンを把握して声かけをし、行っている。	声かけや誘導が必要な方には、食事前などの定時誘導で支援している。排泄状況は介護記録に記録し把握している。昼夜とも、トイレでの排泄を大切に考え支援している。カンファレンス等で、利用者個々に合った排泄用品の使用と支援方法を検討している。声かけや職員間の伝達時には周囲に配慮して、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。	

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
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	運動をしたり、オリーブオイル・ココア・牛乳等飲み物や食べ物で工夫している。必要に応じて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	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。希望に沿った時間帯での入浴は難しいが、気持ちよく入浴していただけるように配慮している。	基本的には、週3回午前中の中の入浴となっている。デイサービスの一般浴と機械浴を利用して、デイサービス職員の介助で入浴している。現在入浴を拒否される利用者はいない。	
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	日中は出来るだけ活動してもらい、夜間は休めるように心掛けている。寝付けない場合は、話をしたりホールで過ごしてもらったり安心出来るように働きかけている。		
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	各利用者のファイルを確認し、把握に努めている。服薬介助時は、職員同士で確認し合い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	利用者の能力に合わせて出来ることをしてもらっている。毎日、継続してもらうよう支援している。外出や散歩で気分転換をはかっている。		

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
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	家族に受診付き添いをしてもらったり、外食に行ってもらったりしている。外出が難しい利用者には散歩介助を行っている。	重度化により、外出機会に差が生じているが、散歩や買い物、地域のミニデイ等、外出の機会が持てるよう取り組んでいる。車いすを使用する利用者も、リフト車を利用して外出できるように配慮して。家族会では、全員で喫茶店に出かける機会を設けた。デイサービスと合同で外出行事を行う際には、車いすを使用する利用者も、一緒に外出するようにしている。	
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	利用者と買い物に行った時、財布から支払いが出来るように支援する場合がある。		
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、話しが出来るようにしている。職員から促して利用者自身が家族へ手紙を書くこともあり、職員が郵送している。		
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	季節の移り変わりを楽しめるように、外が眺めれる位置にソファを置いたりしている。利用者の制作物で季節毎の壁飾りをしたり、行事の写真を飾ったりしている。季節の花を飾ったりしている。	大きな窓から光が差し込み、外の風景が見渡せる、明るく開放感のある共用スペースである。利用者と共に作成した季節に応じた作品を、玄関やリビングの壁面に飾り、テーブルにも職員が心がけて花を飾る等、季節を感じるができるように配慮している。テーブル席やソファの配置に配慮し、利用者が思い思いに落ち着いて過ごせる環境づくりに努めている。	

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
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、気の合う利用者同士で話 が出来るように配慮している。共用スペース では独りで過ごせる空間が少ない。		
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	利用者の使い慣れた物や、作られた作品 等を飾り、過ごしやすい空間作りに努めてい る。	明るく清潔感のある居室に、筆筒・机・ベット 等使い慣れた馴染みの家具を持ち込み、写 真や人形等思い出のものを飾り、居心地よく 過ごせる空間づくりを支援している。利用者 の作品や手作りのカレンダーなども飾ってい る。ベットの向きや動線確保など、安全性に も配慮している。	
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	利用者にとって危険なもの、場所がないか 話し合い、目に見えない又は触られない場 所に片付けている。自分で取りに行かれる 物の表示を解りやすくしている。		