

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31年3月9日	評価結果市町村受理日	令和元年5月15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31年3月27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)】

家庭的な雰囲気大切にしながら、利用者が安心して暮らせるよう雰囲気作り心掛けています。利用者一人一人の生活リズムを維持出来るように心掛けながら、利用者が生活に混乱を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。地域主催のカフェやミニデイなどに積極的に参加し地域住民の方や他事業所の方々との交流を深めています。週1回の音楽療法や月1回の書道教室や3カ月に1回のフラワーアレンジメント、また、日々の裁縫や料理の盛り付けなど活動に参加していただいています。南正面に全面に窓を取った造りで移り変わる季節を感じながら生活できるようにしている。

【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)】

静かな環境に立地し、デイサービス・ショートステイに併設された1ユニットのグループホームである。利用者が個々の自立度・生活リズムに応じて、季節感・生活感を大切にしながら居心地よく過ごせるよう個別支援に取り組んでいる。複合施設の利点を活かし、合同イベントへの参加や、書道・生け花・音楽など趣味の継続を支援している。地域のミニデイやカフェへの参加・ボランティアの来訪等により、地域交流を継続している。年間計画に基づいた研修体制・定期的なミーティング・会議で、職員の資質向上と連携に努め、職員の定着が良く、利用者・家族と信頼関係が構築されている。

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	職員会議や研修の場などで、事業所の基本理念について理解を深め周知し、実践につなげていけるよう努めている。	事業所独自の理念を掲げ、地域密着型サービスの意義・役割等を明文化している。理念をホールに掲示して職員間で共有し、パンフレットにも明示して利用者・家族への周知にも努めている。毎年、年間研修計画に「基本理念について」を取り入れ、理解を深めている。30年度は、外出機会を増やす等3項目を年間目標として設定してスタッフルームに掲示し、理念の実践に向けて取り組んでいる。年度末に年間目標の実践状況を振り返り、次年度の目標に反映させる予定である。	
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	ミニデイやカフェに参加したり、近隣のスーパーに買い物に行ったり、近隣の小学校との交流を通して地域に参加している。	買い物には近隣スーパー等、地域の社会資源を利用している。近隣小学校の音楽会・ミニデイサービス・虹色カフェ(認知症カフェ)等、地域に出かけられるように努めている。敬老会でのマジック・書道・フラワーアレンジメント等地域のボランティアが来訪し利用者の楽しみとなっている。デイサービスとの合同行事や、音楽療法に参加して地域の人々との交流がある。認知症ケア会議(地域ケア会議)に参加し、地域の高齢者支援に努めるとともに、施設として介護相談に対応する等、事業所の機能を活かして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	運営推進会議の場で認知症についての話題が上がると、理解や支援の方法を話し合うこともある。		

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
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	4か月に1回の運営推進会議において当事業所での取り組みやサービスの実際等を報告意見交換を行いサービスの向上に役立っている。	利用者、家族、地域代表(区長)・知見を有する者(民生委員)・町職員等が構成メンバーとなり、年に3回開催している。全家族に参加案内を送付し、より多くの意見等の把握に努めている。会議では、写真を用いた資料を配布して、4ヶ月間の利用者・職員の状況や、研修・第三者評価結果等事業所の取り組みを報告し、意見・情報交換を行っている。参加者から地域行事等の情報提供を受け、サービスの向上に反映させている。議事録は事業所玄関に設置し、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	運営推進会議に役場の担当者に出席を依頼し、家族からの質問があれば応じてもらっている。運営やサービスに疑問等があれば相談している。	運営推進会議に町職員の参加があり、事業所の状況や取り組み等を伝えて連携を図り、また、会議で家族等からの質問に回答していただく等協力を得ている。町職員も参加する地域ケア会議に管理者が参加し、地域の課題解決に向け行政と連携を図っている。また、事業所の課題や相談等があれば役場の窓口に出向き、指導や助言を受け、協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	研修や職員会議等を通して身体拘束について学習し理解を深め職員全体で周知し身体拘束をしないケアに努めている。	契約書等に身体拘束廃止の方針を明示し、契約時に利用者・家族に説明し、身体拘束をしないケアを実践している。年間研修計画に沿って「高齢者身体拘束防止・予防ケア」研修を実施し、身体拘束を行わない方針や、行わないためのケアについて学んでいる。受講者は研修後にレポートを提出し、参加できなかった職員には資料配布とレポート提出により理解・周知を図っている。玄関は昼間は施錠せず、閉塞感を感じないように配慮している。	

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	研修や職員会議等を通して高齢者虐待防止関連法について繰り返し学習し事例や普段の介護現場で不適切ケアがないか気づきを大切に防止に努めている。	上記と同様の方法で、「高齢者虐待防止関連法」についての研修を実施し、虐待の種類や不適切ケア等について理解を深めている。気になる言葉遣いや対応等があれば、職員会議等で注意を促し意識付けを行っている。「認知症ケア」についての研修で理解を深め、有給休暇取得促進、残業削減等職員のストレスや疲労等が利用者へのケアに影響を与えないように取り組んでいる。入浴時には身体状況の観察を行い虐待が見逃されることがないように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	管理者や職員は、権利擁護については資料をもとに研修を行い理解を深めている。今後必要があれば活用できるよう努めていきたい。	権利擁護に関する制度についても、資料「成年後見制度とは」を用いて研修を実施し、全ての職員が一定レベルの理解・知識を得られるように取り組んでいる。現在、成年後見制度を活用をしている利用者はいない。今後、利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が町役場・地域包括支援センター等関係機関と連携し、制度利用を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	契約時や解約時、解約時には御家族に説明する機会を持ち納得いくよう努めている。	見学時に、「ご案内」等を用いて、サービス内容や利用料金等、概略を説明している。契約時には、管理者が契約書・重要事項説明書・各種同意書の項目に沿って丁寧な説明に努めている。予測されるリスクや、退居条件については、別紙でしっかり説明して同意を得ている。契約内容に変更が生じた場合は、根拠を明示した文書を作成し、運営推進会議で説明の上、書面で同意を得ている。契約終了時には、条項に沿って、移行先への情報提供等、円滑に移行できるよう支援に努めている。	

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	家族会や面会時などに、利用者の状態や事業所の様子を報告するとともに要望をお伺いしている。	面会時等に、利用者の状況を報告するとともに、要望等の把握に努めている。毎月、写真を添えた近況報告書で家族に生活の様子等を伝え、意見・要望が出しやすいように工夫している。クリスマス会には家族を招待し、また、年2回開催する家族会でも、家族等から意見や要望を聞く機会を設け、話しやすい関係作りに努めている。運営推進会議の案内状に意見欄を設けるとともに、運営推進会議に利用者・家族等の参加があり、外部者に意見等を表す機会も設けている。把握した家族等の意見や要望は、介護計画や支援に反映し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	職員会議の中で日ごろの職員の提案を聞き運営やサービスに反映出来るようにしている。	管理者は、随時面談を行う等、日常的に職員が意見や提案を出しやすい機会づくりに努めている。月に1回グループホームミーティングを開催し、職員等が意見・提案を出す機会を設け、管理者も参加して把握している。職員から業務改善・職員体制・設備 関係等についての意見・提案があり、内容に応じて施設長とも相談しながら運営に反映させている。職員の定着がよく、異動もほとんどないことから、利用者との馴染みの関係が保たれている。	
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	事業所全体の会議に管理者が出席し職員の意見や要望を伝えられるように努めている。		
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	内部での研修や外部研修を受けられるように情報提供をしている。		

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	認知症ケア会議には参加している。地域主催のカフェにて他事業所の御利用者様や職員の方々との交流をしている。		
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	ご本人と面談を重ね、ご本人の言葉に耳を傾け、安心して新しい環境で暮らしていただけるような環境作りに努めている。		
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	ご家族との面談を行い、ご家族の思いや不安、疑問などに傾聴し、いつでもどんなことでも表出していただけるような関係が築けるよう努めている。又、そのために必要なコミュニケーション能力を学んでいる。		
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	ご本人とご家族が今、何に困っているかを理解し、必要に応じたサービスが提供できるように努めている。モニタリングを行い支援が適しているか確認しながら対処している。		
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	ご本人の意思を尊重しながら共に暮らす一員としての関係が作れるよう、又、相手を敬い、より良い関係が築けるように努めている。		
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	ご本人の状況を毎月写真を同封し封書で報告している。ご家族が面会に来られた時はまずは来所者を労い、そしてご本人が輪の中心となるように配慮している。		

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
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	入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報を記載している。来訪者やデイサービスの顔馴染みの利用者とも交流を継続している。地域のミニデイやカフェへの参加、スーパーへの買い物など馴染みの場所との関係継続も支援している。	入居時の面談や日々の会話の中で、馴染みの人や場所について把握に努め、「アセスメントシート(基本情報)」に記録し、随時追記し、定期的に更新している。家族・友人の訪問があり、また、デイサービスの行事やイベントへの参加、相互訪問等により、馴染みの人との関係継続を支援している。地域のスーパー等への買い物、地域のミニデイ・虹色カフェへの参加等、馴染みの場所との関係継続も支援している。	
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	利用者同士の関係性に配慮しながらトラブルや孤立がないように努めている。		
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	サービスが終了する場合はご家族と連絡を密にし、契約終了後の環境等に不安なく入っていくことができるように対応している。		
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	実践状況は変わらない。日々の暮らしの中での気づきを大切にしている。一人の気づきを共有し、ご本人の思いに反映できるように努めている。自分の思いを伝えることが難しい利用者については表情等を確認し、ご本人の視点にたって検討している。	入居時の面談で把握した利用者・家族の思いや意向は「アセスメントシート(基本情報)」に記録し、支援や介護計画に反映している。日々の支援の中で把握した思いや意向は介護記録に記録し、毎月のミーティングで共有している。サービス担当者会議でも、本人・家族の意向や思いを聴き取り、介護計画の見直しに反映している。意思疎通が困難な利用者については、表情や行動等から汲み取ったり、以前の情報を参考にしたり、家族からの情報を参考する等、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	入所時に時間をかけてできるだけ聞き取りをさせていただいている。ご本人、ご家族に加え、担当ケアマネジャーや利用されていた事業所にも協力をお願いしている。		

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
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	毎朝の血圧、脈拍、体温に加え、必要に応じ酸素飽和度を測定し経過を見る。月に一度、体重測定を行う。入浴時には全身状態の確認や日々の体調の変化に注意している。		
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	介護計画書の見直しは有効期間の半分での実施を基本としている。現在、要介護5の方は3年に延長されており基本1年毎の見直しとしている。入退院があった場合や状態が大きく変化した時は即時の立て直しとしている。	介護計画書と介護記録を個別にファイリングし、職員が計画の内容を周知し、計画に沿った記録が出来るよう工夫している。毎月のミーティングの中で、利用者個々の状況の共有とモニタリングを行っている。利用者の状況や家族の意向が大きく変化したときは、現状に即して見直し、定期的には6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。見直しの際は、毎月のモニタリング・評価、再アセスメント等をもとに、家族にも参加を呼びかけサービス担当者会議を開催している。主治医等の意見は家族を通じて把握し、別紙に記録として残している。	計画に沿ったサービスの実施が記録から明確になる、介護記録の記録方法の工夫が望まれる。また、利用者・家族の意向や希望、また、主治医等関係者の意見も、議事録に一元的に記録してはどうか
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	日々の暮らしの実施したことに加え、ご本人のエピソードやご家族との様子を記録し、その方の現在の姿が記録から映し出されるよう努める。主治医の指示やアドバイスは受診記録表に記載し個別ファイルに綴じ、周知できるようにしている。食事摂取量は別に管理していたが同ファイルに薬の説明書等も加え、把握している。		
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	日々、変化してく状況やニーズに応じてサービスを見直し、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	近隣のスーパーへの買い物やミニデイ、カフェに参加、地域のお祭りなどの行事にも出席できるように担当の方々と連携をとり協力を得ている。		

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
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	入居後も今までのかかりつけ医を継続していただく。受診は主治医との連携が図れるよう、できる限り看護師が同行する。同行しない場合においても情報提供し、指示やアドバイスを受けることとしている。緊急時の対応はご家族の希望に添っている。状態に応じて往診も実施する。月に一度、協力機関の往診を受け利用者の状況把握に努めている。	今までのかかりつけ医への通院受診の継続を基本として支援している。緊急時等は、協力医療機関の往診を受けられる体制がある。通院は基本的に家族の協力を得ているが、状態・状況に応じて、事業所から看護師等が同行している。家族が受診同行する際には、家族に利用者の状況を記載した手紙を託している。受診結果は個別受診記録表に記録し、職員間で情報を共有している。月に一度、物忘れ外来の医師による訪問診療があり、受診結果等は介護記録に記録している。	
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	いつでも相談体制をとれる状態においている。夜間も当施設の看護師に連絡を取り、速やかに対応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。	入院時には情報提供している。入院中は状況確認に努めると共に退院が円滑に行われるように支援している。入院が予想される場合は緊急時に慌てることがないように入院セットを準備することとした。	入院時には、看護師が情報提供書を作成し職員が同行し情報提供している。入院中は、家族と連絡を取り合い、看護師や職員が面会に行き、利用者の不安の軽減に努めている。また、医療機関の関係者と情報交換し、早期の退院に向け支援している。開催があれば退院前カンファレンスに看護師が参加し、退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の支援に活かしている。入院中の情報は、介護記録に記録し職員間で共有している。	
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	常時の車椅子利用や浴槽への出入りができない、食事が入らなくなり医療措置を必要とする場合などの支援に移行する方針であることを説明、理解していただくことに努めている。但し、緊急で重大な病気を発症した場合などに次の施設への入居が難しい場合などは相談に応じている。	契約時に、「急変時における確認書」「同意書」に沿って、重度化や終末期に向けた事業所の方針を説明し、同意を得ている。経口摂取が困難になる等、主治医が重度化段階と判断した時点で、家族を交えてカンファレンスを開催し、利用者が現状に即した適切な支援を受けられる環境への住み替えを提案している。	

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
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	定期的に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っている。実践の場ですできるだけ冷静に対処できるように知識と技術の向上に努めている。		
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	年に2回火災避難訓練を行っている。災害時は、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。	毎年、年2回災害避難訓練を実施し、今年度も2回、昼間・夜間を想定して利用者も参加する総合訓練を施設合同で実施していることが記録から確認できる。訓練では、手順表を作成し、訓練に参加できなかった職員にも手順表を配布し、また、消火器の使い方を説明している。運営推進会議で、区長から地震など災害時の避難場所について説明を受け、非常災害時に近隣から協力が得られる関係を構築している。「非常災害時の対応」研修を実施し、理解と周知を図っている。備蓄について備蓄庫に水・食料・カセットコンロ等を共同備蓄し、懐中電灯等は各居室に準備している。	
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	介護保険の原則である『尊厳を守る』ことについては日々、意識し、配慮している。ホーム内の掲示・運営推進会議で写真を使用する際にはご指摘のように文書での同意を得ることにした。	理念に「尊厳ある生活」を明示し、利用者に対する接遇での「禁止事項5項目」を掲示し、意識付けを行っている。上記と同様の方法で「プライバシー保護・倫理法令順守」研修を実施し、理解と周知を図っている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者・主任が注意を促すようにしている。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、写真使用については書面で同意を得ている。職員に守秘義務について説明し、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	自由にご自分の思いを表出することができるよう自己決定ができるように配慮している。		

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
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	フロアで過ごすことが疲れる方はベッド上で過ごし、手芸が好きな方は作品を作る等、その人に応じて提供し、過ごしていただくようにしている。その方に合わせて無理のないように、穏やかに過ごしていただくように努めている。		
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	ご本人、ご家族と相談しながら在宅の頃と変わらないおしゃれを楽しんでいただけるようにご家族の協力を得ている。		
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	実践状況は変わらない。食事は何よりの楽しみであることを認識し、より美味しく食べていただけるように常に心においている。	食事は施設の厨房で調理され、炊飯・盛り付け等は事業所で行っている。利用者の摂取状況や好み等を検食簿に記載して厨房に伝え、献立や調理方法に反映する仕組みがある。献立には季節感や行事食等が取り入れられている。また、利用者の状況に応じた食事形態で、経口摂取が継続できるように支援している。利用者の好みや得意に応じて、食器拭き・配膳・下膳等に参加できるように支援している。家族会で家族とともに食事を楽しんだり、外食の機会も設けている。職員も利用者と一緒に同じ食事を摂り、家庭的な雰囲気ですぐに食事が楽しめるよう努めている。	
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	月に1回の体重測定を行い経過を看ている。BMIも指標としている。水分摂取量は毎日チェックしている。決められた時間内の摂取が難しい方などは時間をずらしたり、その方の状態に合わせて摂取ができるように配慮している。		
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、口腔ケアを行い口腔内の清潔に努めている。特に、夕食後は丁寧に洗い誤嚥性肺炎の予防に努めている。		

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
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	実践状況は昨年と変わりはない。重度の方もできるだけトイレでの排泄を大切にしたいと考えているが体力的に困難と思われる方については介護計画は終了している。	介護記録に排泄状況を記録し、利用者個々の排泄パターンを把握して、トイレでの排泄・排泄の自立に向けて支援している。重度の利用者も、可能な限り1日1回はトイレに座り、トイレでの排泄を大切にしたい支援に取り組んでいる。介助方法や排泄用品については、随時、カンファレン等で検討し、現状に即した介助と使用に努めている。声かけや職員間の伝達時には周囲に配慮し、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。	
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	実践状況は変わらない。は便のコントロールのためご家族の希望で個別に乳製品を提供したり腹部のマッサージなど対応している。必要に応じて医師のアドバイスを受け、薬を服用している。		
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	実践状況は変わらない。職員のもののような都合があろうと利用者の週3回の入浴は確保している。	入浴状況を「介護記録」・「入浴チェック表」で把握しながら、基本的に週3回の入浴を支援している。本人のペースで、ゆっくり入浴が楽しめるように配慮している。利用者の身体状況に応じてデイサービスの特浴を使用することも可能である。同性介助を希望する利用者には同性で対応し、入浴を好まない利用者には無理強いせず声かけやタイミングを工夫している。暖簾の設置、自立度に応じて浴室の外で見守る等、プライバシーや羞恥心に配慮している。	
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	午前中はできるだけ活動をしていただき午後からは休息の時間をとっている。夜間は照明、室温、雑音等に配慮し、気持ちよく眠れるように努めている。		

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
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	個別のケースに薬の内容や効能をファイルし職員全員が把握できるようにしている。前日、夕に薬をセットする。朝に確認、服薬前に再度、確認している。服薬時には「薬を飲みます」と声に出し、誤薬がないように努めている。		
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	一人ひとりが役割や楽しみを持って暮らせるように支援している。台所仕事得意な方、手芸が好きの方など、できる喜びを感じていただけるように又、できることを継続していけるように努めている。		
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	ミニデイや買い物、カフェや地域の行事に参加できるように支援している。花見などの外出機会やデイサービスの外出行事に参加して楽しんでいただけるように働きかけている。ご家族との外出ができるようにご家族の協力もお願いしている。	介護記録に記録して、利用者個々の外出の状況を把握し支援している。利用者の希望に応じて、買い物・散歩・ミニデイ・地域行事・虹色カフェ等に出かけられるように取り組んでいる。初詣・花見・紅葉ドライブ等、季節が感じられる外出の機会も設けている。重度化等により外出が困難な利用者も、移動方法に配慮して、近くへの散歩や外気浴等、戸外で過ごせる機会を設けている。また、加西市の商業施設での買い物や食事等にも出かけられるように企画している。	
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	買い物時は自分で財布を管理してもらいご本人に支払いができるように支援している。		
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	ご家族からの電話は本人に取り次ぎ、話ができるようにしている。ご家族や友人等に電話をしたり手紙を書くことができるように働きかけをしている。		

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	段差のないフローリングで利用者が安全に移動ができ、一緒に過ごせるように空間作りを行っている。窓が大きく、自然の採光が入り気持ちよく過ごせる空間となっている。季節の変わり目が目に届くようになっている。行事に合わせた作品を壁面に飾っている。	玄関前には水仙等季節の花が植栽され、エントランスには季節感のある制作が飾られている。共用空間は、段差のないフローリングで窓が大きく自然の光が入り、清潔感があり居心地よく過ごせる空間となっている。生花や、季節に合わせた作品を壁面に飾り、季節感を大切にしている。また、行事や生活の写真が掲示され、調理スペースもあり、生活感が感じられる。夜間は、ソリューションウォーターの噴霧により感染予防に努めている。	
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	ソファや冬にはコタツを置いて談笑ができるようにしている。但し、共有空間には一人で過ごせる場所はない。		
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	居室はベッドとクローゼットを設置し、自宅で使い慣れた馴染みの家具を持ち込んでいただきその人らしい居室づくりを支援している。居室の入口は個別に暖簾を工夫し、表札を掲示し居室間違いの防止に努めている。	居室も採光がよく、明るくゆったりとした広さがあり、ベッドとクローゼットが設置されている。筆筒や寝具等使い慣れた家具や道具、写真や置き物等好みのものの持ち込みを勧め、その人らしい居室づくりを支援している。生活用品が利用者の障害物とならないように配慮し、安全に自立した暮らしが送れるよう支援している。居室の入口には個別の暖簾をかけ、表札を掲示して、居室間違えがないように努めている。居室担当職員を配置し、家族と連携しながら、衣替えや環境整備を支援している	
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	トイレや洗濯場に表示したり居室に表札を付けている。生活用品が利用者に障害物とならないように配慮し、安全に自立した暮らしが送れるようにしている。		