

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	2893000253		
法人名	有限会社みのり		
事業所名	次屋の郷 いな穂		
所在地	兵庫県尼崎市次屋4-3-9		
自己評価作成日	平成23年1月13日	評価結果市町村受理日	平成23年5月24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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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6-8-102		
訪問調査日	平成23年2月8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)】

ICFの”活動”と”参加”の考え方を基本に、理念にアクティビティ・生活リハビリを掲げて、利用者のできる活動を維持し増やしていけるよう、日常生活の中での取り組みを進めています。そこで、支援の実践にあたっては、本人の希望や得意なことを勘案し、できる活動に気づきながら、体操や散歩、ゲーム、音楽療法など、楽しみながらリハビリを実践していただけるように努めています。

【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)】

利用者一人ひとりの生き方を尊重し、残存機能の活性化、安心でき精神的にも安定して自立した生活が送れるよう職員は支援している。更に利用者のこれまでの生活を大切に、利用者の個々の役割と、自信を持ち自立した生活が継続できるような理念に添った実践がなされている。事業所として地域の自治会に加入し地域で開かれる行事への参加を行っている。事業所で行われた餅つき大会へは、地域の方や地域の子供の参加があり交流を持つことができている。23年度は、地域交流・貢献として、介護支援専門員等による小地域を対象にした無料の介護・福祉相談を開始する予定をし地域への貢献を計画している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	アクティビティ・生活リハビリを取り入れ、利用者の能力に応じた自立を目指す独自の理念を掲げ、具体的なサービス提供指針を策定して職員に周知、利用者及び家族への説明を行っている。	「残存機能の活性化・日常的にアクティビティや生活リハビリを取り入れた支援・利用者が安心して精神的にも安定して自立した生活が送れるよう支援します。」を理念として掲げている。更に理念を基に行動指針を分かりやすい言葉で表現し、実践できるように取り組んでいる。ミーティングや日々のケアの中で理念に基づいて話をする機会を持ち、職員への浸透を図っている。また、利用者一人一人のケアプランの中にも理念に基づいたものを盛り込み、ケアで実践している。職員からの意見で現在理念の見直しを検討している。利用者・家族への理念の周知については、ホーム内の掲示・パンフレットへの明示、契約時の説明で行っている。	現在検討している理念の見直しの際には、行動指針に謳われている地域との交流や家庭的な環境など、地域密着型サービスとしての役割を盛り込み謳われることが望ましい。
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	次屋東社会福祉協会(地域の自治会)に加入し、地域の一員として地元の住民の方々との交流に努めている。一例では、12月28日に、地域住民の方々との協働でもちつき大会を開催した。	個人で地域とつながっていくことが難しくなる中で、事業所として地域の自治会に加入し地域で開かれる行事への参加を行っている。自治会役員がホームの隣に住まわれており、自治会への加入を勧められ、地域の方にも理解と協力が得られる関係が築けている。地域交流スペースで地域住民の福祉介護相談を受けるスペースの開設準備をしており、地域への事業所の機能を還元させるように取り組んでいる。事業所で行われた餅つき大会へは、地域の方や地域の子供の参加があり交流を持つことができている。	今後は、ホームへ地域の方が来訪してもらうだけでなく、ホームから地域へ出向いての交流が活発に持てるような取り組みが望まれる。
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	近隣の方々に夏祭りなどの行事への参加を呼びかけさせていただくとともに、来年度の地域交流スペースの設置にあわせて、当事業所の持つ介護ノウハウ、介護支援専門員2人配置の人材を活かし、地域対象の福祉・介護相談を実施する予定としている。		

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
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	平成21年11月の開所以来、2か月おきに年6回運営推進会議を開催してホーム運営の現況等について説明し、それに係る意見をいただいている。特に地域住民代表については、単に代表者1名ということではなく、近隣の役員を含め3名の方に参加いただいている。	社会福祉協会役員・小田北地域包括支援センター職員・民生委員・隣保代表が運営推進会議メンバーになっている。開設当初から2カ月に1回開催している。会議では、ホームの状況を報告し、参加メンバーから意見や情報提供を受け話し合いが行われている。	
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	介護支援専門員2名のうち1名は市行政のOBで、高齢者福祉・福祉事務所・社会福祉協議会(派遣)各部門の経験を有することから、関係部署職員との密接な連携、情報交換を行うなど緊密な協力関係を構築している。	市の行政OBの職員が勤務しており、普段から高齢福祉・福祉事務所・社会福祉協議会などと情報交換を密にしている。	
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	施設前道路の事情もあり、安全確保の為、市とも協議を行い施錠を行っているが、利用者様が希望されればいつでも出られるよう対応している。 また、身体拘束排除マニュアルを作成し、ケアカンファレンス・ケア会議等の場において全職員に身体拘束をしないケアを徹底している。	玄関前の道路は、トラックの通行量が多く安全確保のために施錠しているが、利用者の行動や表情に注意を払い、いつでも外に出ることができるように支援している。ケースカンファレンスを実施し身体拘束をしないケア・虐待防止については話し合いをおこなっている。	
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注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待がホーム内で見過ごされることのないよう、管理者がケア会議等の場で全職員に周知を図っているほか、介護支援専門員がケア記録等にDVを含めて虐待の痕跡がないかの確認を行っている。	ケア会議の席などで管理者が虐待について話を行い、周知徹底を図り、未然防止に取り組んでいる。ケース記録などでも利用者への虐待につながっていないか確認を行い、虐待防止に取り組んでいる。	高齢者の尊厳を守るため、年間の研修計画の中で職員への理解・浸透を図る取り組みが望まれる。
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	地域福祉権利擁護事業(福祉サービス利用援助事業)や成年後見制度について管理者・総括責任者を中心に勉強会を行っており、利用者1名が成年後見制度の利用を行うべく手続きを進めている。	総括責任者が権利擁護事業について精通しており、管理者とともに中心になり勉強会で職員への制度の理解を深めるように取り組んでいる。	

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
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	契約の締結時等には、利用者・家族に利用契約書、重要事項説明書、個人情報使用や医療連携体制同意書の内容について時間をかけて説明を行い、疑問や要望にお答えしている。	利用申し込み時から、契約書・重要事項説明書の内容について口頭で説明を行い、理解と納得を得た上で、契約に至るようにしている。契約時には、契約書・重要事項説明書の内容の中でも、施設運営をしていく上で重要な部分を重点的に時間をかけて説明し、同意を得るようにしている。利用料金については、契約書・重要事項説明書の中にも含まれているが、より分かりやすいように別に書面化し説明を行い理解しやすいように配慮されている。個人情報保護方針・重度化・看取り介護対応指針も、契約時に説明するとともに書面でも渡し、ご利用者・ご家族の理解の上で同意を得るようにしている。	
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	家族の面会来訪時や運営推進会議の際に忌憚のない意見、苦情、要望をいただけるよう配慮するとともに、苦情等について記録しケア会議等の場で職員に周知するようにしている。	利用当初は職員と家族のコミュニケーションが取れていないため、管理者から家族来訪時に必ず声かけを行い、意見や要望・不満がないか確認をとるようにしている。苦情対応マニュアルを作成しており、苦情があれば管理者へ速やかに報告し、書面化されケア会議で話し合いを行い、職員へ周知する他、家族へも報告・説明を行っている。	アンケート調査などで利用者・家族の意見や要望を聴取する機会を持つことが望まれる。インシデントシート送付
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	ケアスタッフ全員と代表者との個別面接の機会を設けるとともに、自己の目標等について代表者・管理者に自己申告する仕組みをとっている。	ケア会議の席で聴取する他、日々のケアの中で管理者が聴取するようにしている。代表者と職員の個別の面接の機会を設けて、代表者に直接意見や要望を言う機会もある。職員は、自己の目標などについて代表や管理者に申告する仕組みを作っている。	職員が意見や要望を出しやすいように、日々のケアの項目別により具体的に意見を言いやすい工夫が望ましい。職員の要望を聞き、必要な研修を事業所内で役割を決め実施していくことが望ましい。
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	自己申告、職場ミーティング、個別のケアスタッフ面接などを通じて、職員のモチベーションの維持に気を使うとともに、日頃から職場環境の改善、処遇の向上等に努めている。		

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
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	○JTにより、スタッフのスキルアップ・接遇向上を図るとともに、地方公共団体・関係団体等の実施する研修、グループホーム連絡会など他事業所との交流の場に積極的に参加するよう取り組んでいる。		
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	グループホーム連絡会、グループホーム討論会その他福祉関係事業者の実施する行事等に積極的に参加し、職員の他施設介護体験のための相互交流研修も行っている。		
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	利用初期は帰宅願望がみられる方等がかなりみられるなどの状況がみられるので、ケアスタッフは、利用者の気持ちを受け止めて、コミュニケーションを密にする、傾聴と受容を大切にして支援するように心がけている。		
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	利用前から御家族が困っておられること、不安やホームへの要望等に沿ってサービス計画を作成、家族等と話し合っって計画を確定した後、ケアスタッフとケア方針を決めており、利用開始後も面会等の際に積極的に話し合うなど関係づくりに努めている。		
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	担当者会議を開催し、本人、家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャーと連携し、ケアの方向性を検討しているほか、社会福祉協議会の福祉サービス利用援助事業など他の地域資源の活用も提案するなどしている。		
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	利用者本位の視点から、利用者ができる活動、例えば掃除・食事の後片づけ、鉢植えの手入れなどその方の役割を発揮して頂く、同じ趣味を共に楽しむことなどを大切にして支援を行っている。		

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
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	利用者と家族の絆を大切にする支援を心が けており、日頃から利用者の話を聞き、職 員が必要に応じて利用者と家族の間の距 離を縮められるようコミュニケーションを図る などの努力をしている。		
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	例えば利用者の友人等の来訪、同窓会の 案内などの際には、必要な手続き等を利用 者様の希望に沿って代行するなどの支援を 行っている。	近隣の利用者の友人の来訪があり、居室で 気持ちよく過ごせるように配慮している。利 用者の希望により同窓会に必要な手続きを 代行するなど支援している。また利用者の馴 染みや思い出の場所への外出に、希望時 には対応するなどして、地域との関係継続や 精神的な安定を図ることができるように支援 している。	高齢になり住み慣れた場所での地域 交流が難しくなる中、事業所として ホームの周辺地域との接点や関係を 継続できるような支援が望まれる。
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	ケアスタッフが間をとりもち、利用者が共に 行う作業等とおして、利用者どうしの関係 づくりを支援している。		
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	ホームを出られた後も、利用時の人間関係 を大切にするように努めている。		
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	利用者・家族からの直接の聞き取り、また、 日々の会話や生活の様子を観察をとおし て、生活に対する希望や意向をお聴きし、 あるいは把握した場合、可能な限り、速や かにそれに沿った支援に取り組むよう努め ている。	共通サービスとして大まかに一日の生活の 流れはあるが、利用者の希望や体調、これ までの生活状況を加味して利用者一人ひと りが納得できる過ごし方ができるように支援 している。利用者へ思いや意向を聴取しよ うとするが、訴えが困難な状態の方が多く、利 用者の動きや表情・体調などを見ながら利 用者の心身の機能が維持、自立ができるよ うに声かけや誘導を行いながら利用者の思 いや意向を把握するように配慮されている。	

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	利用開始前の面接等を通して生活歴、暮らし方、人生観・価値観などを詳しく聞き取りフェイスシート及びサービス計画に反映、全スタッフで情報を共有するとともに、利用開始後も生活の中でこれまでの暮らしの把握に努め、ケアに活かしている。		
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	ケアの経過記録、業務日報等の記録をもとにケアスタッフ間で話し合い、ケアカンファレンスや申送り等で現状を把握している。		
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	フェイスシート等の情報、利用者・家族、医師・看護師等の意見を反映して介護計画を作成し、原則3か月ごとにモニタリングを実施、家族・ケアワーカーなどの意見を反映し、必要の都度計画の見直しを行っている。	施設サービス計画書で計画作成担当者が計画を立案している。計画に沿って実践されたケアを経過記録に残している。モニタリング票でモニタリング・評価を3カ月に1回実施見直しの必要性を検討している。	利用者のケア・支援方法にばらつきが生じないように計画作成担当者が作成する計画を基により詳細なケア計画を作成されることが望ましい。高齢であるため、些細な心身の変化がないかを確認し、利用者の機能維持・向上ができるよう予防的な関わりができるように、月1回程度は見直しを行うことが望まれる。また、経過記録には利用者のホームでの暮らしぶりがわかるような工夫を検討されることが望ましい。
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	ケアの経過記録、業務日報等の個別の記録を作成し、活動と参加の視点で必要に応じ日々のケア、計画の見直しを行っている。		
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	本人や家族の意向があれば病院のリハビリテーションに通う、大学図書館での図書借り出し支援などを行っており、近時、音楽療法の取り組みも開始した。		
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	ハードの資源としては近隣の公園や神社を活用しての地域の福祉協会(自治会)、人的な資源としては近隣住民の参加を得てのもちつき大会を実施するなどしている。		

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
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	小倉クリニック、さくら訪問看護ステーションとの医療連携により、24時間適切な医療が受けられる体制が整っている。	週1回ご利用者全員にクリニックからの往診があり、週1回訪問看護ステーションの訪問があり体調管理を行っている。医療連携体制が整っており、24時間連絡が取れ医療を受けられる体制が整備されている。利用者・家族が希望する医療機関への受診は家族の協力を得るようにしている。	
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	さくら訪問看護ステーションの看護師等と週1回の訪問時に相談を行いながら、日常の健康管理、適切な医療・看護の受診機会の確保ができるよう支援している。		
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。	利用者が入院された場合には、病院関係者と情報交換を密に行うとともに、職員が出来るかぎり面会に行くなど、入院中も利用者との関係づくりに努め、ホームに帰る環境の整備を図っている。	緊急で入院される場合は、職員が付き添って病院へ行く。体調の変化により適宜往診医が往診し入院する場合は、紹介状を持ち医療機関へ入院される。入院中も職員が面会に行くなど顔なじみの関係継続を図っている。医療機関からの情報提供を受け、早期に退院できるように支援している。	緊急時に医療機関へ速やかに情報提供ができるように、必要な情報を普段から書面化して情報提供方法の工夫を検討することが望ましい。
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	利用契約時に重度化した場合や看取りについてホームの方針を具体的に時間をかけて説明し、その際の家族の医療に係る考え方も確認している。	重度化・終末期に向けたケアの方針を書面化し、契約時に書面を配布し説明して同意を得ている。	
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	急変や事故発生時のマニュアル等を整備するとともに、応急手当等を含め過去の事例をもとにしたOJTを実施している。		
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	防災・災害時の対応マニュアルを作成し、職員全員がいつでも確認しやすい場所に置いている。また、年に2回、避難訓練と研修を実施している。	事故・防災および非常災害時のマニュアルを作成している。マニュアルを職員がいつでも見ることができる位置に設置している。事業所独自にも年に2回避難訓練を昼夜想定で行っている。事業所全体が電化されており、火元はない状況である。事業所自体での備蓄はないが、非常災害時は地域の消防署で公的な支援を受けることができるようになっている。また、事業所でも、1日分は多めに食材を確保している。	

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
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	ケア会議の場で毎回、人生の先輩への敬意を払っての人格の尊重、誇り・プライバシーに配慮した対応の徹底を意識づけている。また、プライバシー保護・接遇マニュアルを作成し、日頃から言葉かけ等について具体的な指導を行いながら対応している。	ケア会議の中で高齢者の人格の尊重や尊厳を損ねないように話し合いを行っている。プライバシー保護や接遇についてマニュアルを作成し、職員は言葉かけに注意している。外部講師を招いてプライバシー保護、接遇に関しての研修を現在計画している。	
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	常日頃から職員とのコミュニケーションの機会を多く設けることを大切にし、なんでも言いやすい雰囲気づくりに心がけて、利用者が自分の思いや希望を口にされれば、可能な限り意向に沿ったケアの実現に取り組んでいる。		
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	ICFの理念である個別性への理解を深め、利用者ができることを引き出すという視点を確認しつつケアに取り組むことを確認している。		
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	利用者の希望にあったみだしなみ等ができるよう配慮して支援している。		
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	利用者1人ひとりの能力と感心に応じて食事前の準備、片付けなどの役割を担っていただいている。	食材搬入を受けメニュー表に沿って、利用者の希望や能力に応じて職員とともに食事の準備・後片付けを行うようにしている。共有スペースにオープンキッチンがあり、利用者は調理の雰囲気や匂いを感じながら過ごすことができる。利用者の咀嚼・嚥下状況により刻み・ミキサー食・ペースト食などの提供を行っている。行事食は、利用者が食べやすいように形態を考え工夫をして、美味しく楽しんで食べることができるよう支援している。	

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
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	嚥下困難な方には、きざみ・ミキサー・ペーストなどの方法で摂取していただいております。とりわけ水分については1日少なくとも1000mlは摂取していただくよう、毎日、食事量・水分補給量を詳細に記録して支援しています。		
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(全介助・みまもり等)を徹底するとともに、歯科の往診も実施しています。		
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	排泄チェック表で細かく1人ひとりの排泄状況を把握し、全介助から見守りまで適切な支援に努めている。可能な限り、おむつよりはリハビリパンツを、できれば普通の下着をとの考えで取り組んでいる。	排泄チェック表で利用者一人ひとりの排泄状況を把握し、パターンを把握し一人一人に応じた自立した排泄が行えるように支援している。水分摂取だけでなく、室内の加湿についても注意を払っている。	
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	便秘の予防のため、水分・食事の摂取量に注意しているほか、日頃の体操、散歩などにより運動量の確保に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	1日おきの入浴を基本としているが、本人の希望を考慮して曜日・時間を決め対応している。	隔日の入浴ができるように支援している。入浴を嫌がる方には、時間や声かけ方法など工夫して気持ちよく入浴してもらえるように支援している。	
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	日中の生活を見直し、利用者の健康状態に配慮した無理のない活動を行っていただくことで、安心して夜間快眠していただけるよう配慮している。		

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
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	薬についての資料を作成し、ケアスタッフ全員が閲覧できる場所に備えるとともに、カンファレンスなどの際に学習の機会を確保している。また、各利用者の服薬には細心の注意を払い、症状の変化にも気をつけて支援している。		
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	外食会、近隣への散歩、買い物、洗濯物の整理、食事の後片づけ、かるたとり等ゲームを行うなど利用者の好みや関心に配慮した支援を行っているほか、音楽療法の実施や大学図書館での図書の借り出しなどにも対応している。		
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	利用者の体力やその日の体調などを考慮し、散歩を中心に行っていただいている。	利用者の身体状況や希望・その日の体調に合わせて散歩へ出かけるように支援している。利用者の中で散歩の意思表示ができる方には、意思に合わせて散歩ができるようにしている。他の利用者は散歩に出かけたがらない方が多いが、声かけを行い散歩に出るように働きかけている。外食での外出行事や季節的な外出行事を取り入れ、季節を感じながらストレス発散や五感刺激を大切に生活の継続ができるようにしている。日用品などの購入に行けるように買い物外出を現在企画中である。	
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	一部の利用者は金銭を所持しており、スタッフとともに買物に出かける機会を設けている。		
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	電話については、家族の了解を得て、利用者がかけたいときにかけていただいている。		

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
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	壁・床はウッディな色調とし、ダイニング・各居室の入口に本人の記念になる写真や利用者の作品を貼っているほか、例えばクリスマスツリーなどを飾り家庭の雰囲気を感じ出せるようにしている。加えて、利用者をなごませる音楽を低音量で流すなど居心地よく過ごせるように務めている。	明るい色調のリビングの窓から自然光が差し込み、フローアにテーブル、椅子を置き利用者同士が談話を楽しみながら、ゆっくりとくつろげるような工夫が見られる。利用者の様子が見渡せる対面式のキッチン、リビングの利用者が調理の風景や匂いを感じながら過ごせる共有空間となっている。	
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	カンファレンス等で意見を出し合い、仲の良い利用者同士を隣土の席に配置するなどの配慮を行っている。		
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	利用者のなじみの家具、テレビ、仏壇などを持ち込んで利用していただくなど、利用者のこれまでの暮らしを活かす取り組みをしている。	利用開始時に使い慣れた馴染みの物を持ち込み、違和感を感じさせないように配慮している。利用者の身体状況や希望に添って居室の模様替えをするなど安全で居心地よく過ごせる支援を行っている。ベットは使い慣れたものを持ち込んだり、利用者の身体状況により介護用ベットの導入をしている。	
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	各居室は室名を冠した花の絵の表示を採用、トイレ等もわかりやすい表示をするともに、段差をすべて解消、個室のプライバシーを確保しつつ、職員のいる場所からすべてが見渡せる構造としている。		