

### 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	2891300028		
法人名	社会医療法人社団 正峰会		
事業所名	メディケア柏原		
所在地	兵庫県丹波市柏原町柏原1436-1		
自己評価作成日	令和2年2月4日	評価結果市町村受理日	令和2年3月30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	<a href="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2891300028-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2891300028-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内		
訪問調査日	令和2年2月21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)】

・認知症対応型グループホームでの取り組みとして脳活性リハビリ(くもん学習)、運動療法、生活リハビリを取り入れ進行予防に努めています。  
 ・生活リハビリにて食事の盛り付け、食器拭き、食器すすぎ、洗濯物たたみ、簡単な清掃等の役割を見つけ、職員と共に取り組んでいただいています。  
 ・母体病院との連携にて月2回の訪問診療や週1回の訪問看護にて健康管理の充実を図っています。  
 ・地域資源を利用して、外出買い物、理美容室の利用、書道教室、音楽療法、ボランティア来訪等地域交流の場として取り組んでいます。また所属自治会の催しへの参加、地域に還元する催しの開催もしています。

【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)】

法人理念を基に事業所の方針、ユニットごとの目標を立て、職員一人ひとりのクレドの目標を明確にし、日々の実践に繋げている。利用者個々の生まれ育った生活歴を明確に記録され、それを基に意向把握から介護計画を作成し、利用者主体の支援に努められている。利用者の生活習慣に合わせた夜間入浴、一品ごとの食事形態の変更など、職員全体の細やかな配慮と強い熱意がうかがえた。脳活性リハビリ、運動療法など認知症進行予防にも努められている。地域密着型サービスの役割を担い、今行われている支援がありのまま地域へ理解していただけるような取り組みにさらに期待が持てる事業所である。

### 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、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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	玄関及び、事務所に理念を掲げている。 出勤時、朝礼時、毎月のユニット会議にて音読や、唱和をおこなっている。 法人の取り組みである、クレドを平成27年4月から朝礼時、ユニット会議にて唱和するとともに、ユニット会議において、職員一人づつ、クレドの目標を発言し、共有している。	法人としての理念及び基本方針を玄関の壁に掲げ毎日唱和されている。その理念・基本方針を実践するためにユニットごとにグループホーム独自の目標を定め、ユニット会議で検討し、スタッフ全員に共有を行い、さらにスタッフ一人ひとりの個人目標を作成が行われ、定期的に目標の到達状況の評価を行っていることが確認できた。	
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	地域ボランティアの来訪、書道教室、コーラス、朗読等共に過ごして楽しんで頂いている。 近隣の店への買い物等を通して地域に密着した生活に取り組んでいる。 また、所属自治会主催の催しへの参加、地域の方対象のイベント開催も行っている。	敷地内で併設のデイサービスと合同で行う夏祭りの開催や地域のボランティアが来られる催しに、利用者が参加されている。地域のつながりを大切にしたいという思いから、自治会が行う総会や地域住民参加の公民館での催しに職員が参加している。	事業所は地域から孤立しないように近所の付き合いや自治会とのつながりを作ることが求められ、職員はそのことを意識した取り組みがうかがえた。さらに利用者が地域とつながるために日常的な交流等の機会づくりを進めていくことが期待される。
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	3ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、行政の担当者、地域の区長等に参加して頂き、対応に困ったケースやその対応などを報告し、理解を深めて頂いている。また、認知症サポーター養成講座をご家族様や地域の方を対象に開催し、啓発に努めている。		
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	運営推進会議に家族会代表として家族にも順番に参加して頂き、ホームでの取り組み(訪問診療、運動療法、学習療法、音楽療法、書道教室等)の説明や見学をして頂き、意見を頂いた。今年度も3ヶ月に1回開催している。(丹波市では地域密着型サービス第三者評価の実施回数緩和に係る適用通知書に基づく)	運営推進会議には丹波市介護保険課課長と家族会から家族代表が参加された記録を確認ができた。自治会役員や民生委員さんに参加のお願いをされている。会議内容として入居状況の報告やレクリエーションの紹介また家族からの意見が出されている。さらに顧客満足度アンケートを実施し、グラフ等理解しやすくまとめられ報告されている。さらに会議内容を検討する取り組みなどが望まれる。	
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取り組んでいる	運営推進会議、丹波市宿泊型事業所ネットワーク会議等に積極的に出席し、情報交換や情報共有に努めている。	運営推進会議に介護保険課の課長が参加されているのでグループホームの取り組み状況が理解されやすい。また3か月ごとにグループホームと小規模多機能居宅介護の事業所が参加するネットワーク会議が開催されている。ネットワーク会議でも行政担当者が参加され協力関係が構築されている。	
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	利用者の身体的安全、職員の手薄な時間帯(特に夕方以降)にやむを得ず、玄関の施設を行うことはあるが、身体拘束ゼロ、拘束をしないケアを目指し日々取り組んでおり、これ以外の身体拘束に類する対応は行っていない。また毎年必ず、身体拘束に関する勉強会を年2回以上開催し、職員教育に努めている。	身体拘束のマニュアルが整備され、スタッフ全員が身体拘束についての理解が深まるように、年2回スタッフ会議において研修会を開催している。スタッフの理解が深まるよう具体的な事例を通じて考える「スピーチロックとは」など研修内容の工夫がうかがえた。午前9時～午後4時までは玄関の施設はしていない状況にある。現在、身体拘束のケースは無く、身体拘束をしない実践に取り組まれている。	

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
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	虐待防止マニュアルを基に、情報や職員の意見から不適切な対応がないかを日常的にチェック、検討することで虐待防止に努めている。	虐待防止についてのマニュアルが整備されていることを確認した。スタッフ全員が虐待についての理解が深まるよう年2回スタッフ会議において「虐待防止について」の研修会を開催されている。スタッフの理解が深まるよう具体的な事例を通じて職員一人ひとりが考える実践的な研修であり、日常的にチェックを行い虐待防止に努めている。	
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	今年度は3月に内部研修を行う予定。(毎年開催している。) 昨年度は3月に権利擁護、代弁(アドボカシー)とサービス提供についての内部研修実施。	毎年、権利擁護に関する制度の理解についての研修会をユニットごとに開催している。今年度は3月に予定されている。成年後見制度を活用している利用者が1名おられる。成年後見制度等の権利擁護に関するパンフレットを準備し、いつでも必要な方に紹介できるような取り組みが望まれる。	現在、成年後見人が必要な方は存在しないが将来のことを見据えて、家族や地域の方とともに、成年後見制度や権利擁護について、地域包括支援センターの協力のもと研修会を行う機会を持つなどの取り組みに期待したい。
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	入居前の見学時や契約時に、契約書・重要事項説明書に沿って、家族に説明し、同意を得ている。また、質問、疑問点等があれば、いつでも相談に応じる旨も伝えている。	契約前にグループホームのパンフレットを用いて説明され、見学に来ていただき理解されやすい工夫がされている。また家族の意向や不安についても、お聞きした上で理解を得られるまで説明が行われている。契約の終結については理解されやすい重要事項説明書や利用契約書を用いて実施している。	
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	家族の面会時や日々の生活の中で会話をを行い、要望、苦情など聞き取り、業務に反映している。また、苦情の相談窓口として管理者のほか、市の介護保険課に直接伝えることも可能である旨、入居契約時に説明している。また、年に1度、御家族様に対しての顧客満足度アンケートを実施し、次年度の取り組みに反映させている。	家族の面会時に日常的な意見を聞く機会として大切にしているほか、年2回の家族会が開催されている。家族会では貴重な意見交流の場となっている。さらに顧客満足度アンケートを取り集計結果をユニット会議で報告して日々の業務の在り方の振り返りや業務改善に反映している。	
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	月1回、ユニット会議、責任者会議、各委員会を開催し、職員からの意見や案を抽出し、改善できるよう検討している。法人全体としての取り組みで「クレド」を立ち上げ、職員が目標に向かい意見や提案が出来る体制作り役立っている。	ユニット会議や各種委員会などの会議を開催し、職員が職場運営に対して意見を出しやすい環境にある。また職員が記載する業務報告書の内容の中に業務について「提案」の項目があり、書面による意見を聞く仕組みが設けられている。	
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	年2回、個別に育成面接を行い、課題と成果を確認の上、各職員⇄管理者⇄法人間で共有している。また、日頃の努力を認め、事業所における役割を見出し、モチベーションを維持、向上できるように努めている。育成面接の中でチャレンジシートを管理者、職員間で話し合っ作成し、チャレンジシートに記した目標に向かって取り組む事で向上心、達成状況等により、給与等に反映させている。		
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	職能チェックリスト、チャレンジシートにて、個々の力量を把握している。不足している業務を目標チャレンジシートの目標に掲げ、具体的遂行手段を挙げ、不足分を充足できるよう努めている。また、法人内外の研修、講演会に参加し、自己研磨に努め、会議にて研修報告を行なう機会も設けている。		

自己 者 第	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	丹波市サービス事業者協議会に参画し、情報交換や研修会参加の機会を設けている。また、丹波市地域密着型サービスネットワーク会議が3ヶ月に1回開催され、各事業所の報告や情報提供、相談等を行っている。このほか、法人単位でも排泄ケアや学習療法をテーマにした会議、交流会を開催しており、参加を通して事業所のサービスの質向上につなげる様努めている。		
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	バックグラウンドや自宅での生活習慣等を参考に、スムーズな会話へ繋げ、今後の信頼関係の構築につながる様努めている。また、本人の表情や言葉から、悩み・不安・要望などを読み取り、安心した生活を送って頂けるよう対応している。		
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	家族と話し合う場を設け、不安や要望、自宅での対応方法など聞き取り、安心して利用して頂けるよう対応している。その中で必要に応じ、安全・安楽確保のための福祉用具の使用他、個別に提案、また協力を依頼し、共に本人を支えていく関係を築く様に努めている。		
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	本人のその時の状態や本人からの相談、また面会時の家族からの相談内容等から、その方の今に何が必要かを検討し、必要に応じて地域の他サービスの提案も行なっている。また、入居後間もない利用者や状態に特に留意が必要な方については、入居前からの主治医との関係性を重視し、必要時には書面でのやりとりも行いながら、医療面のサポートを確実に受け続けることができる様に支援している。		
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	職員は、お客様にサービスを提供する役割だけでなく、24時間共に生活する仲間として、支え合い、助け合い、協力し合う視点を持つことを教育し、日々より良い人間関係の構築に努めている。		
19	○本人と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	入居受入れ時や援助計画作成時、また日々の生活の中で必要が生じた際に、家族にケアへの協力、また参加を求め、共に本人を支えるスタンスを共有している。また年2回の家族会開催とともに、家族に行事やアクティビティに参加していただき、本人とホーム内で接する機会を増やしていただくことで、職員とも関係を密にしている。 また、御家族様訪問時には小さな変化などでもお伝えする事や月に1回御家族様への手紙をお送りする事で情報の共有を図っている。		
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	数ヶ月に1度、少ない方も年1回はご家族の協力を得て生まれ育った地域への帰郷外出を支援している。親戚や近隣の方と久しぶりに会えるなど、有意義な機会になっている。	アセスメントの中で利用者の「バックグラウンド」といったシートがある。このシートには幼少期～老年期までの8段階の時期において、どこで誰とどのような生活を過ごし、そのエピソードなど細かく聞き取りを行うものでその方の人生を理解する仕組みがあり、一人ひとりの馴染みの根拠を知る努力がなされている。また馴染みの外出支援が実践されている。	

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
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	共同生活の場として助け合い、励ましあい、協力しあう関係作りを職員、利用者同士共に行なっている。時に利用者が利用者の体調を気にして声をかけたり、散歩時手をつないで一緒に歩いて下さっている事がある。		
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	入院時または他事業所へ移られる時は、利用者の心身状態をサマリー等に記録し、情報提供を行っている。また、入院先、退居先の事業所との連携を継続して図るとともに、退居後も介護、医療に関する相談に応じている。		
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	バックグラウンド等の生活歴をご入居時に調査するほか、日々の会話やご家族様との情報交換の場を通して利用者の思いや希望の抽出に努めている。(センター方式のノウハウ活用) また、必要時にケアカンファレンスを開催し、家族、また可能であれば本人にも参加して頂くことで思いや希望を聴取している。	アセスメントの中で利用者の「バックグラウンド」といったシートがある。このシートには幼少期～老年期までの8段階の時期においてどこで誰とどのような生活を過ごし、そのエピソードなど細かく聞き取りを行うものでその方の人生を理解する仕組みである。本人が話せない部分については家族とともに振り返り、思いを聞き取る仕組みがあり、日々の利用者の想いにつなげている。	
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	入居時に自宅での生活の様子や生活歴、家族構成(家族の呼び名まで)等を書面化し、把握している。日々の会話の中で何度も出てくる言葉は、家族に聞き、情報収集している。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、その日のバイタル、状態の変化などは毎日記録に残し、その中でも特に重要な情報は、記録の確認とは別に口頭で申し送りをした上、朝礼にて報告し職員間で共有を図っている。		
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	月に一回はモニタリング会議を開き、現プランが現状と合っているかを職員間でチェックしている。また、プランの改定時は家族からも希望や意見を聴取し、それらを反映するように計画作成者と担当者が共同で作成している。	介護計画作成にあたり継続的なアセスメントシートを作成している。利用者のケア計画は担当を定めている上でユニット全員の意見を事前に聞き担当者会議に反映させる仕組みがある。利用者のケア計画の担当者で計画作成者が共同で介護計画を作成している。かかりつけ医の意見や訪問看護師の意見等の記録なども残してほしい。	
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	日々の様子やケア実施内容は個々のケース記録に残している。その記録をもとに担当者がモニタリングを実施し、モニタリング録をプランの見直しに活用している。		

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
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	1人ひとりの嗜好や趣味を活かす視点から、出身地への里帰り、お誕生日の外出などの個別外出を援助した。また、家族対応の受診の際にも、不安を訴えられる家族には、利用者の介助として付き添いを行った。		
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	地域活動への参加、ボランティア受入れ、近隣の店での買い物、介護相談員訪問受入れなど、地域資源の活用にて地域に密着した生活の支援に努めている。		
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、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	2週間に1回、協力医療機関(法人母体病院)からの訪問診療がある。緊急時や時間外、休日対応も行ってもらえる体制ができている。また本人や家族の要望により、その他のかかりつけ医への受診の支援も行っている。	かかりつけ医については強制する事はないが、事業所の協力医療機関の訪問診療をほとんどの利用者や利用者家族が希望され、法人内の協力医療機関に受診となっている。法人内の医療機関であるから日常的に連携が密に取りやすい体制となっている。その他必要な専門の医療機関受診については柔軟に受診の支援を行っている。これまでのかかりつけ医を受診希望されている方との医療連携についても、さらに取り組みを深めてほしい。	
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	24時間看護師と連絡を取り合うことのできる体制をつくっている。また、週1日の訪問看護があり、利用者の健康状態を把握した上で報告し、同時に医療面の相談などを行っている。このほか月2度の訪問診療に付き添い、主治医とコミュニケーションを図っている。		
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。	入院は、ほとんど法人母体病院になるため、病棟看護師や医療連携室職員とのネットワークは構築されている。入院された場合は、こまめに様子を伺いに行き、看護師、医療連携担当者から状況確認を行い、早期退院に向けての相談も行っている。	協力医療機関は法人が経営する医療機関であり、利用者は入院が必要な場合は協力医療機関へ入院することが多い。日常的に協力医療機関の病棟看護師や病院連携室とは連携が取れ相談しやすい関係にあり、利用者の入院時に必要な情報提供や退院カンファレンスについても参加している。	
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご入居時に医療連携に関する説明を行うが、その際に終末期に受けることのできるサービスについても説明する。また重度化、終末期にさしかかった場合は、医師、家族を交えた話し合いの場を設け、本人・家族の思いにできるだけ寄り添った支援ができるよう取り組んでいる。このほか、家族様へ重度化、終末期のアンケート調査を行い家族様と情報の共有を行っている。	重度化や終末期に向けた在り方については利用者及び家族に聞き取る独自のシートを作成している。事業所ではそのシートを用いて入居時に意向を確認を行っている。また事業所でも終末期の対応ができることなどを説明して思いの共有を行っている。現在も終末期の対応があり、意向確認はその都度丁寧に行っている。職員に対しては看取りケアの研修会も開催している。	
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	救急救命講習の受講を奨励している。また日々、緊急時の対応について学ぶ機会を設けるとともに、訪問看護師による勉強会を開催している。		

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
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	水難想定訓練年1回、また地震・火災想定訓練年2回を実施している。火災想定訓練のうち1回は必ず消防署の指導を受けている。また消防団ほか、地域の皆様の協力を頂くことを区長を通じてお願いしている。(逆に、可能なときは事業所側から地域への協力を働きかけることも提案している。)	水害、地震、火災それぞれ昼間と夜間について想定した避難訓練を実施している。参加できない職員にはユニット会議や書面を用いて伝達するなどの徹底を行っている。また災害に備えて飲料水の備蓄は行っているが食料については今後検討課題となっている。お風呂は24時間水を張っているため断水時には対応できる。		
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	接遇面の改善を全職員で図っていくことを学ぶ内部研修を実施。また今年度上半期には利用者の視点に立ち、根拠に基づいたケアを行える様にスキルアップを図るための勉強会を開催した。	ユニット会議において「接遇について」、「寄り添う気持ち」についてどのようなことが具体的な実りある研修会を開催している記録を確認する。理念や基本方針にも掲げられている一人ひとりのプライバシーや尊厳を大切にされていることが利用者へ接する職員の行動や発言からもからうかがえた。		
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	自分の思いをなかなか表現できない方に対して、まずは事前の声かけにて反応を見、その様子によって思いを汲み取るように努めている。また、本人の行動や言動などを記録し、アセスメントを行うことで、そこから本当のニーズを掴む様に努めている。			
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	一人ひとりのご希望、嗜好や生活歴から得た情報をもとに日課や楽しみになるものに取り組む援助を行っている。(援助計画は少なくとも6ヶ月に1回、また必要な場合は随時見直しを行っている。) また日々、個々の生活において無理のない程度に声掛けを行い、本人の行動、表情、様子から今の状態を把握、判断することで個々の生活リズムを大切に支援している。			
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	個々の利用者ができるだけ自分で整容が行える様、日常にお声かけ等で支援している。また、衣類等についてお気に入りの素材や好みの色を毎回、尋ねながら、その日の気分にあつたおしゃれができるよう支援している。散髪等は施設でも行っているが、その人の馴染みの美容室に行かれることを大切にしており、数名は今も入居前からの馴染みの美容室に行っておしゃれが出来るように支援させていただいている。			
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、職員が同じテーブルを囲み、食事をすることが当たり前になっている。また一人ひとりの能力に応じ、盛り付け、洗い物、食器拭き、配膳や片付けに参加をお勧めしている。食事準備や片付けへの参加が難しい重度の方についても、月1回のおやつ作りには部分的に参加していただき、作るよこびから食べる楽しみまでを支援している。	法人内の配食事業所の管理栄養士が栄養管理し、献立表と食材が運ばれ、三食、職員が調理を行っている。とろみ食やミキサー食の方も、食べられるものを配慮し形態を変えて提供されている。職員と共に準備や後片付けが行われ、食事中も談笑しながら同じテーブルで一緒に食事が行われている。月1回のおやつ作りには利用者の希望に合わせてメニューを決め、買い物から作り、食べるまで一緒に行われ、食を楽しむ支援に取り組まれている。		
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	法人内管理栄養士が献立を作成しているため、栄養バランスは十分にとれている。配膳時、個々に応じた大きさ、軟らかさ、量を調整し、配膳を行っている。水分不足に注意し、寒天で摂取して頂く等の配慮も行い、日々全員の水分量をチェックしている。			

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
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	食前に食事前体操を、食後には口腔ケアを行い、清潔保持に心掛けている。		
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	個別に排泄アセスメントを行い、個々に合わせた排泄サポートを行っている。尿パッド、オムツ類についてはTENAを導入しており、夜間の睡眠確保と日中の余暇活動の支援にも繋がっている。また、日中は排せつに介助が必要な方でもトイレでの排泄が当たり前になる様、排泄パターンや排泄前のサインの把握に努め、トイレ誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、排泄前のサインを見逃さないようにしている。排泄環境を整え、トイレでの排泄に努めている。紙パンツにバットの方も、様子を見ながら家族と話し合い、トイレ誘導に努め、布パンツへと変更になった事例も出た。一人ひとりの力に応じた、排泄の自立に向けた支援が行われている。	
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	適度な水分量を摂っていただくために一人ひとりの一日の水分目標値を設け、摂っていただいている。水分が不足になりがちな方に対しては寒天ゼリーで代用している。排便促進のためヨーグルトを毎食時提供するなど、排便コントロールを行っている。		
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	入浴の時間帯は広く設け、夕食前に入りたい方、夕食後に入りたい方、毎日入りたい方、隔日で入りたい方など、個々の希望に添うかたちで支援している。	生活習慣に合わせて、毎日入浴する方、寝る前に入浴する方、沐浴剤を使用する方など、利用者の一人ひとりの希望に沿った入浴支援がなされている。今まで夜間帯に入浴されていた方がほとんどであり、これまでの習慣を尊重して継続できるよう職員が努められている。また、好きな音楽を聴きながら、リラックスできるように配慮されている。	
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	一人ひとりが夜間最もよく休めるように個々に応じた就寝時間にお声かけをし、就寝介助を行っている。TENAを導入したことで、夜中のトイレ誘導やおしめ交換を最小限にし、安眠に繋がっている。		
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	現在服用されている薬の種類や用法は、説明書をケースファイルに閉じておりいつでも確認できるようにしている。また処方薬が変更された時は訪問診療記録や受診報告書にて周知している。		
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	一人ひとりの役割や楽しみはサービス計画のひとつとして日々取り組んでいただけるように支援している。(テーブル拭き、食器片付け、自主学習、ウォーキング、季節の飾り物づくり、読書、書道、音楽など)		



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
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支援している	個々のその日の要望によって、買い物や喫茶、散歩などの外出を実施している。特に誕生日には外食を企画させて頂くことが多く、好評を得ている。また家族の協力を得て遠方への外出を実施したこともある。運動療法として散歩を掲げ、ホーム周辺を利用者様の歩行状態に応じた距離で歩いて頂いている。	週に1度は買い物外出、散歩、外食、花見や紅葉見にドライブなど、戸外に出かける機会に努めている。家族の協力を得て、旅行や以前の自宅へ戻られる利用者もいる。自宅へ帰りたいとの希望で、歩いて付き添ったり、中には長距離まで歩きたい方の支援など、寄り添い、個々の希望や身体能力に合わせた外出支援に努めている。	
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	外出し買い物をする機会を個々の能力やご希望に合わせて設けている。予算に応じた品選び、支払い時にお金を手渡しする等、一連の手続きの中でできるところをご自分でして頂け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	個々の希望に応じ、家族への電話や手紙の支援を行っている。		
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	リビングルームに季節を感じられる飾り付けを施したり、玄関やベランダに草花を置くといった工夫をしている。	リビングは明るく、多くの窓から日差しが差し込み、中庭には、アーチ形のベンチが置かれ、木や観葉植物、シイタケの香木が置かれ、日光浴などが行われる。オープンキッチンから料理のにおいや音を聞き、生活感、季節感が感じられる。また加湿器を設置し、温度湿度計などで過ごしやすさが管理されている。	
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	リビングルームに畳スペースを、廊下に椅子(対面に配置)を、また玄関前にベンチを設置し、ゆっくり談話できるスペース作りに努めている。		
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	家具は備え付けのものがあるが、馴染みのあるものがあれば持ってきていただけることをご説明している。写真や本などのほか、仏壇やテレビ、トレーニング器具、観葉植物、ミシン等を持ってこられている方がおられる。	クローゼット、整理ダンス、スタンド付きの床頭台が備え付けであり、自宅から持ってこられたように部屋になじんでいる。人形やクッション、家族の写真、お孫さんの作品、仏壇など持ち込まれている。以前はミシンを持ち込まれていた方もあり、なるべく以前から使っておられたものを活かせるように支援がなされている。	
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	居室前に表札や目印となるものを掲げることによって一人ひとりが自分の居室を判別できるようにしている。またリビングルームの椅子のみならず、畳スペースや廊下の休憩スペースをつくり、一人ひとりが思い思いの場所でゆっくり過ごすことができる様に配慮している。		