

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	2870902273		
法人名	医療法人社団平生会		
事業所名	グループホームみどりの風		
所在地	西宮市大畑町2番13号		
自己評価作成日	平成25年2月17日	評価結果市町村受理日	平成26年4月22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/index.php
----------	---

【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	兵庫県西宮市松風町2-5-107		
訪問調査日	平成25年2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)】

入居者の皆様が楽しく笑顔で暮らせること、安全で健康な生活を提供すること、ご本人の希望を叶えられること、家族様の訪問しやすいホームであること等を重点項目としています。職員の定職率も良く、顔なじみの関係が構築できていることも大きな特色だと思います。また、健康管理の面では1日2回のバイタル測定を行ない、体調変化の早期発見に努めています。医療との連携で人工透析の方が入居可能なホームとしているのも大きな特色です。地域との関係性も良好で地域のイベント参加を相互間で行う交流もあります。

閑静な住宅地に立地している。職員は明るく、笑顔が見られ和やかな雰囲気を感じるグループホームである。運営主体が医療機関であるので、最低1日2回のバイタルチェック、緊急時対応等で利用者や家族に医療面で安心感を与えており、また、透析患者の受け入れを行っている。地域との交流にも積極的に取り組んでおり、管理者の認知症ケア専門士の資格を活かして、地域の人達の認知症予防活動等を担っている。毎月個人記録から利用者の詳細な暮らしぶりを抜粋し、サマリーとして家族に送っており家族に安心感を与え信頼関係が築かれている。職員の定着率も良い。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、生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している (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 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
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	ホームの理念を共有し実践につなげている。又ホームページでは外部への発信も行なっている。	「私たちは家庭的な環境と、地域住民との交流のもとで以下のことを行います」を事業所の基本理念として、具体的な6項目を展開している。理念を玄関やホームページに掲載すると共に、職員会議や朝のミーティング等で日々のケアを理念に立ち戻って振り返っている。また、新入職員や実習生にも理念の浸透と共有を図っている。プライドを傷つけず、気持ちを尊重しながら傾聴することの大切さを利用者との日々の関わりの中で具現化する等理念の実践に向け取り組んでいる。	
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	積極的に地域の方と交流を持ち地域の中の一員として交流している。老人会クラブとのカラオケ交流をホーム内で行い気軽に立ち寄っていただける環境が出来ている。地域の自治会会員として全員加入している。年2回の清掃活動に参加し入居者も地域の一員であることを相互理解することができている。	地域の自治会に加入している。公民館での新春の集いや地域のお茶会等に参加すると共に、「トライやるウィーク」での近隣中学生の受け入れ、老人会とのカラオケ大会、各種ボランティアの来訪等地域と交流している。散歩時には挨拶を心がけ、時には地域住民が家庭菜園で収穫した野菜を持参し、それを事業所で食材に活かす等、人々がお互いに支え合う双方向の関係が築かれている。地域の清掃活動へ参加している。管理者が認知症キャラバンメイトとして、また、認知症ケア専門士として地域の認知症予防のために活動する等、地域住民の一員として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	認知症キャラバンメイトとして認知症疾患医療連携協議会委員となり地域高齢者の暮らしの相談やアドバイスの対応を行なっている。又、認知症ケア専門士として地域包括ゆうゆう講座の講師にて認知症予防の知識を活かした活動を行なっている。		

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
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	運営推進会議での意見は議事報告として残すと共に、そこで得た意見はサービス向上に反映させている。	家族代表・民生委員・市職員・知見を有するものとして地域の介護サービス事業所職員等が参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では利用者の状況や事業所の取組み状況、第三者評価の受審結果等の報告や事業所の課題等を話し合っている。他事業所での感染症や災害防止に対する取り組み等を参考にしながら、そこでの意見・提案をサービスの向上に活かしている。	引き続き、可能な限り利用者にも参加を呼びかけ、利用者の意見を把握し外部者にも意見等を表す機会づくりとしてはどうか。
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	事業所のケアサービスの取組みを伝えたり、市町村担当者ととの連絡はこまめに取っ合っており情報交換をする事で協力関係を築いている。	市職員が運営推進会議に参加しており、事業所の状況や取組みの情報提供を行っている。グループホーム連絡協議会に、議題によっては市の職員も参加しており、そこで情報交換を行っている。管理者も市担当窓口を訪問したり電話等で障害福祉の相談や家族の要望の橋渡し等で市と連絡を密に取り、また、地域包括支援センター職員が利用者のフォローのため、市担当者も見学を兼ねて事業所を訪問する等協働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	「介指定基準～」について勉強会を行なう事で各職員の理解を深めている。ホームの基本は身体拘束はしないというケアを継続して取り組んでいる。	職員会議やサービス担当者会議、また、日々の関わりの中で、具体的事例を用いて身体拘束がもたらす弊害や禁止の対象となる行為を心理的な拘束も含めて学んでいる。家族にも、つなぎ服等での身体拘束により予測されるリスクを説明し、リハビリでの機能低下の防止やセンサーマットの使用、見守りの徹底等で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。エレベーターは自由に使用でき、玄関も内部からは自由に戸外に出ることが出来る。利用者の外出希望や気配を感じた時は職員がさりげなく付き添って外出している。	

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
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	高齢者虐待防止法について勉強会を行なう事で職員の知識向上に結びつけ日々意識を持ち業務についている。	職員会議等で高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持っている。特に言葉による心理的虐待等については、意識の向上に努めている。管理者は職員の日々の言動に留意すると共に、職員の希望を採り入れたシフト調整、職員旅行や飲み会の等を行い、職員のストレスや疲労が利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。また、日々のケアの中で職員の介護技術の向上にも努めている。家族との外出や外泊からの帰着時や入浴時等には利用者の身体状況等に留意し、傷等があれば家族にも確認を行い、自宅や事業所内での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	研修の機会を作り、学ぶことを行なうと共に必要に応じて話し合い活用できる様支援している。	職員会議等で成年後見制度等権利擁護に関する制度を学んでいる。過去に成年後見制度を利用していた人があり、後見人への身体状況の報告や証憑の準備提供等の支援を行った。新たに活用が必要と思われる人には、それまでの経験を活かし家族への情報提供を行っており、必要時には地域包括支援センターと連携して利用のための支援を行う体制がある。	制度等の理解について、職員間で温度差がある現状があるので、必要性の話し合いや活用への参加ができるよう、制度等について系統的に学ぶ機会を設けてはどうか。
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	見学の時から契約に至るまで、または改定時には、ご家族が理解され安心されるまで、説明している。又、疑問点には分かりやすい説明を心がけ理解・納得を図っている。	管理者が見学時にパンフレット等で契約内容の概略を説明し、契約時には質疑応答を随時採り入れながら、時間をかけて説明している。特に料金関係は別表を用いて、退居条件等は十分理解・納得が得られるよう説明している。契約内容の改定時には家族会で説明の上、根拠を明示した文書を提供して同意を得ている。施設入所等で家族から契約の解除の申し入れがあった時は、施設への申し込み、同行等円滑な退居のための支援を行っている。	

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
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	ホーム内に「皆様の声」という箱を設置すると共に利用者及び家族の意見を傾聴する姿勢を常に持つようにしている。家族より直接意見をいただけることがあり即サービスにつなげている。	家族訪問時には、利用者の近況報告を行っている。毎月各家族に「風のたより」とともに、個別記録から利用者が楽しかったこと等を日別・時間別に抜粋して「ケース記録」として送り、家族からの意見・要望の把握に努めている。また、年1回家族会を開催しているが、職員はオブザーバーとして参加し、家族会会長が意見を集約する等家族から意見が出やすいよう配慮している。ご意見箱を設置し「皆様の声」という親しみ易い名称を使用しているが、家族に利用を啓発するための取り組みを検討している。遠足の行き先やボランティアの活動状況等の情報を家族から得て、運営に反映させている。第三者評価時の家族アンケートも貴重な意見として尊重している。	
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、提案しやすい様な雰囲気作りを行なっている。また毎朝のミーティングでも意見・提案する場があり、運営に反映させている。	管理者は日常的に職員に声かけを行い、ミーティング・職員会議・「個人面談」等で職員からの意見・提案を聞く機会を設けている。また、職員へアンケートも実施し、より多くの意見・提案の把握に努めている。代表者（理事長）も随時往診を兼ねて来訪し、管理者・職員等から意見・提案の把握に努めている。配薬時間の工夫、業務日誌の記入方法改善等職員からの意見・提案を運営に反映させている。また、職員の異動は最小限に留め、居室担当制の採り入れ等、利用者との馴染みの関係継続の支援に努めている。	
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	職場環境、条件の整備に配慮すると共に各自が向上心を持って働けるように要望等への取り組みに努めている。、やりがいを持って働けるよう個々の得意な事(調理・レク等)を引き出し、発揮できる場を設けている。		

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	職員に積極的に研修に参加する機会を与えている。又、個々の力量、能力を把握した上で助言している。		
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に参加しネットワークを通じて同業者との交流を深めると共に情報交換を行い各種勉強会などで、サービスの向上に反映している。		
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	初期の面談の時から本人の希望や家族・ケアマネージャーより情報を聞きとり、本人の安心を確保した関係づくりが続けられるように努めている。		
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	ご家族の背景を理解しながら、要望をお聞きしサービスに対する不安を解消し、信頼関係が築けるよう努めている。		
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・家族の要望を聞き、何を望んでいるのかを見極めた対応を行い、。短期目標、長期目標を設定した対応に努めている。		
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	介護される立場のみにおかず、過去の生活歴から得意な分野を見つけ、職員が教わったり(調理や歌・裁縫など)互いに暮らしを支えあう関係を保ち行事、外出も共に楽しんでいる。		

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	職員と家族間の連絡、情報交換を常に行なっている。毎月送付するケース記録には本人の思いを素直に記録し、本人と家族の絆を大切にしながら家族と共に本人を支えていけるように努めている。		
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	家族だけではなく、友人や知人の方にも面会に来て頂けるような雰囲気を作り、なじみの関係が途絶える事のないよう努めている。希望者には馴染みの美容室へ通う支援も行なっている。	入居時に生活歴・趣味・意向等を聞き取り、「フェイスシート」に、日々の利用者との係わりの中から、新たに発見した利用者や地域社会との関係を「フェイスシート」に追記して情報を共有している。知人・友人等が事業所を訪問した時の湯茶接待やプライバシーに気を配りながらゆっくり会話を楽しめる場所として居室の使用推薦、近隣の馴染みの美容院への送迎、また、友人への携帯電話使用や年賀状投函等の支援を行っている。	
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	相性に考慮したテーブル席の振り分けを行なっている。また、作品作りや園芸、食事作り等を皆で分担してやる事で利用者同士の関わり合い、支え合いが自然に出来ている。		
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	サービスが終了しても家族との関係は継続する付き合いを大切にしている。		

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
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	食べたい物、行きたい場所等、一人ひとりの希望を聞き、日々の生活に取り入れている。時には、ホームでは対応しきれない要望もあるが、家族と相談し、出来る限り希望に添うよう努めている。	入居時に作成する「フェイスシート」や日々の係わりの中でも、入浴時等職員と利用者が二人きりになった時のコミュニケーションを大切に、思いや意向の把握に努めている。日々の係わりで把握した思いや意向は「引継ぎ連絡ノート」に記録として残し、時には家族とも話し合って思いや意向の把握と実現に努めている。意思の疎通が難しい利用者は、利用者の言動・表情等や選択肢を提供しての声かけを工夫し、利用者の代弁者として本人の立場に立って話し合い、時々状況に応じた支援を行っている。また、耳の不自由な利用者には「集音式の補聴器」を活用している。	
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	一人ひとりの生活・馴染みのある暮らし方を把握し、サービス利用に至るまでの経過資料や診断情報より把握に努めている。また、居室には馴染みのある家具や写真など思い思いに置いて頂き生活環境の変化を少なくしている。		

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	バイタル測定を朝夕2回実施し体調変化を見逃さず職員間で共有し、心身状態の現状把握を行っている。また、一人ひとりの能力を発揮する場面作りも行なっている。		
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	本人、家族、介護者以外にも必要に応じて医師や看護師の意見を反映した介護計画を作成している。	本人の意向をしっかりと把握し、それを踏まえて会議やミーティング等で話し合った気づき等を参考にしながらカンファレンスを行い、基本的に6ヶ月毎に介護計画を作成している。適宜かかりつけ医や看護師等とも相談している。利用者の状況、家族の意向等が変化した時は期間に関係なく現状に即した新たな計画を作成しているが、次回に引き継ぐ本人の思い等は現介護計画書に朱書きして支援方法の共有を図っている。全利用者について、概ね2ヶ月に1回短期目標に対するモニタリングを実施し、次の計画に結び付けている。	全ての利用者について、予防的な観点も含め、1ヶ月に1回程度介護計画の内容を確認することが望まれる。
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	些細な変化や援助の工夫など、個別記録はもちろんのこと申し送りノートにも記入し、情報の共有を図っている。その中でこれまでの支援を振り返り、介護計画の見直しに活かしている。		

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	ホームの重点取り組みとしても家族支援の充実を図っている。家族からの相談にも積極的に取り組みさまざまなサービスへ結びつけている。		
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	地域の中学生のトライやるウィークを通して交流を支援。手芸、食事会など地域資源を把握してホームに入っても継続した地域力を利用し、豊かな暮らしを楽しむ支援を行っている。		
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	家族、本人の希望を大切にして、協力医療機関と連携し、適切な医療が受けられるように支援している。また、通院が必要な場合は家族にも協力して頂き、職員・家族どちらかが同行している。	夫々、月2回往診を行う内科・心療内科の医師をかかりつけ医としている利用者や、今までの受診医療機関の医師をかかりつけ医としている利用者もあり、本人・家族の希望を尊重した受診支援を行っている。また、皮膚科・眼科医等の定期的な往診や歯科の往診もある。往診医以外の通院介助は家族が行うこととし、契約時に説明しているが、家族等の都合により事業所が通院介助を行ったり、診察の順番取り等の支援を行っている。往診医の受診結果や、家族、事業所が通院介助を行った時の受診結果は「個別記録」に記録として残し、お互いに報告し合いながら情報を共有している。	

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
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	介護職の気づきは記録として残し、又、緊急時は看護師に相談し適切、適時の受診や看護を受けられるよう支援を行っている。	/	
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。	入院されたときには情報提供を行い、安心して治療が受けられるようしている。又、入院中は利用者の情報を病院関係者との連絡で把握し、早期退院できるよう行っている。普段より病院関係者との交流はある。	入院時には事業所での暮らしぶりや経過を「介護サマリー」等で、入院時に於ける本人の支援方法に関する情報を提供している。面会許可のある病院への入院中は、家族と同行して面会に行き、関係者と話し合いながら入院によるダメージを防ぎ安心しての受療と早期の退院に向けた支援を行っている。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、地域医療連携室等とも連携を図りながら、退院後の事業所で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、事業所の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	家族会にて重度化した終末期の指針を説明、同意書にて確認をとり、職員全員で方針を共有している。『看取り』も数件実施。その場合、地域医療、主治医と共に職員などチームにて支援に取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合に於ける(看取り)指針」で重度化した場合や終末期において事業所が対応し得る支援方法の説明を行い、同意を得るとともに、家族の意向(緊急時も含めて)を確認している。利用者の重度化が進んできた時は、家族の意向を踏まえた今後の支援方法をかかりつけ医等関係者を交えて繰り返し話し合い、「看取り介護の具体的支援・家族との確認事項」に記録として残し方針を共有している。看取りに当たっては、疼痛管理を行う医師等地域の関係者の協力を得ながらチームで支援に取り組んでいる。	

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
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、事故発生時のマニュアル作成し、応急手当や初期対応の勉強会も実施し実践力を身に付ける機会を行っている。	/	
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	避難経路の確保、誘導方法等地域の消防署の協力のもと、地域住民と共に避難訓練を実施し学んでいる。	直近の訓練では、最大リスク時を想定し、夜間想定避難誘導・消火・通報の訓練を利用者も参加して実施している。また、訓練には運営推進会議のメンバー等も参加し、事業所の現状を話し合う機会としている。マスコミ報道等で高齢者施設の災害報道がなされた時には防火扉の再確認等を行い、職員が実際に利用者を避難誘導できる方法を身につけるよう努めている。運営推進会議を通じて近隣への協力を呼びかけ、缶詰・飲料水等の備蓄を行っている。	

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
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	それぞれの思いや人格を把握することに努め個々の人格に配慮、プライバシーを尊重した声かけ・コミュニケーションを行なっている。	入浴や排せつ介助時等の日々のケアの中で、特に不適切な言葉かけや対応になっていないか等に留意し、具体的事例でプライバシーの確保等について学んでいる。不適正と気がつけばその都度助言したり、改善に向けミーティング等で話し合っている。居室のカーテンの設置や脱衣時のタオルかけ等に留意して、プライバシーの確保、羞恥心の軽減等に努めている。「風のたより」やホームページの写真は家族の同意を得た人のみ使用し、同意を得ていない人は個人が特定されないよう後ろ姿のみの掲載等の配慮を行っている。個人記録類は事務室の鍵のかかる保管庫に保管し、個人情報の適正な管理に努めている。	
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	利用者と蜜に関っていくことで、その方の希望要望を理解していくよう努め、利用者が自己決定しやすい質問を投げかける工夫をしている。外食・外出など出来る限りの希望は聞き、支援を惜しまない。		
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	一人ひとりの生活のペースに合わせ、これまでの生活環境や介護計画に沿ったその人らしい生活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
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	月に1回ボランティアによるマッサージやメイクがあり、施行後は皆イキイキとしておられる。理容・美容は月1回訪問があり、本人の希望に沿った髪型にしている。		
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	献立は業者に依頼している。食材を調理、温め盛り付けをしている。時には希望の献立をお聞きし提供している。入居者の咀嚼や嚥下の状態に合わせてきざみやトロミ、ミキサーで対応している。個々の好みの食事を工夫して提供できるようにする。	昼食・夕食はケータリングを利用しながら、食事を提供している。朝食は職員が食事づくりを行っている。時には事業所で「ホーム食」づくりの機会を設け、利用者の希望を採り入れた献立づくりを行い、サンドイッチづくり・もやしひげ取り・盛り付け等に利用者も参加しており、声かけや場面設定等に一人ひとりの好みや力を活かすよう努めている。とろみ・きざみ・ミキサー食等利用者の状況に合わせた食事形態での提供も行っている。また、出前を取ったり、個別・少人数での外食支援等、食事が楽しみなものになるよう努めている。職員も同じ食事を同じテーブルで楽しんでいる。	
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	毎食の食事量の把握、個々の体調に合わせた調理法・水分補給など支援している。食事量や水分量は毎食記録し手いる。		
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	毎食後の口腔ケアの声かけや介助を個々の能力にあわせたケアの支援をしている。		

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
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	排泄リズムを良く観察していく中で自立に向けた支援方法を行っている。リハビリパンツも日中、夜間と分別使用している。日中はトイレでの排泄だが夜間帯や体調不調時はトイレではできないことが時にはある。	自立していない人には、必要に応じて排泄チェック表を活用して、タイミングに合わせた誘導等トイレでの排泄を大切にした支援を行っている。夜間も睡眠に配慮しながら声かけ、誘導を行っている。夜間はリハビリパンツを使用するが、昼間は可能な限り布パンツの使用を試みる等、羞恥心の軽減やおむつ類の使用を減らすよう取り組んでいる。また、トイレ介助時は安全確認後は扉の外で見守る等、プライバシーの確保に努めている。	
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	排便リズムや排便チェックを出来る限り把握し、植物繊維の多い食材を取り入れた調理や飲み物を提供し個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。	/	
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	曜日決めはしているが利用者の希望に添うよう声かけを行い、臨機応変に入浴日や入浴時間の変更調整を行っている。	基本的には週3回午前入浴としているが、利用者個々の希望やタイミングに合わせて入浴出来るよう支援している。負担感等で入浴を嫌がる人には、時間や職員の変更、声かけの工夫等を行い、異性介助を嫌がる人には同性介助を行っている。また、入浴時に会話を楽しみながらコミュニケーションづくりに努め、入浴が楽しめるよう支援している。脱衣時にはタオルかけを行う等プライバシーの確保や羞恥心の軽減に努めている。	

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
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	生活習慣やリズムに合わせて、自由に居室や居間で休息して頂いている。室温や湿度にも気をつけ毎夜タオルを濡らして居室に掛け乾燥予防を行なっている。又、空室から墨材を塗布した居室改装を行い消臭、体感温度の快適を確保するようしている。		
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	処方箋・お薬手帳の管理を行ない、職員誰もがそれを確認できるようにしている。又、薬情も家族に送付し服薬支援、症状の変化の確認も共に行っている。		
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	日々の生活の中で洗濯・食事の盛り付け・買い物など家事の他に、園芸・手芸・音楽・外食など個々に合った役割・楽しみを職員と共に行なっている。		

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	外出の機会を設け、喫茶店や買い物で楽しみをもてるよう支援している。外食も小人数またはマンツーマンで本人の食べたい物を食べに行くようにしている。地域主催の行事にも参加できる支援を惜しまない。	気候の良い時期等は、近くの公園への散歩・スーパーへの買い物等に日常的に戸外に出かけている。車を使用してコスモス畑や花見・梅見物等、季節に応じた外出支援に取り組んでいる。車イスの利用者も車イス対応車の使用等、利用者の状況に合わせた移動に配慮し、外出機会が均等になるよう努めている。外食も小人数やマンツーマンで利用者の希望に沿った支援を行っている。また、万博公園へのバス旅行等、普段は出かけられないような場所でも家族やボランティアの協力を得ながら出かけられるよう支援している。	
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	本人の希望で自己管理されている方もいるが、家族了解のもとホームで立て替え金という形ではあるが、買い物時には好きなものを買って頂いている。		
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	希望があれば、いつでも自由に電話や手紙のやりとり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
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	玄関周りやキッチン等水周りに花を飾ったり、季節の壁飾りや、皆の写真を飾る等して親しみやすい明るい雰囲気作りを心がけている。温度・湿度の調節も管理し、オゾンにて換気を行なっている。	食堂兼リビングには節分の鬼の面、シクラメンの鉢植え等季節感を採り入れている。また、カレンダーは利用者とともに毎日消込を行い見当識の低下防止にも工夫している。リビングは明るくソファも配置しゆったりしている。リビングから離れたところには長いすを配置し、利用者がその日の気分に応じて一人や少人数で過ごせるよう配慮をしている。アイランドキッチンが備え付けられて、利用者も一連の食事づくりの場面に参加しやすい。オゾン発生器で殺菌・換気を行い感染症の発生予防にも努めている。	
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	相性に考慮したテーブル席の振り分けを行なっている。ユーティリティーにソファを置いたり、居間以外でも入居者同士がゆっくりコミュニケーションをとれる場を設けている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ダンスや椅子等の家具は使い慣れた馴染みのものを、入る範囲で持ち込めるようになっている。好みのもので部屋を装飾したり、個々の個性がでている。	各居室毎にそれぞれ造りが少し異なるが、一人ひとり個性ある居室となっている。居室には家族の写真・鏡台・ダンスや椅子、テレビや冷蔵庫等、利用者が使い慣れたものや馴染みのものがあり、利用者が居心地よく暮らせる居室となっている。各居室は濡れタオルで乾燥防止に努めている。また、順次炭材を用いて壁面等の改装を行っており、より居心地よく暮らせるよう取り組んでいる。	
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	入居者の身体機能に応じた手すりの設置等を行なっている。また何も置かないのではなく、その場所に応じて必要な物は必要な場所に配置することで、自立した生活が送れる工夫をしている。		