

# 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	2870701303		
法人名	株式会社ケーエスメディカル		
事業所名	ゼフィール白川グループホーム		
所在地	神戸市須磨区白川台5-7-57		
自己評価作成日	平成31年1月18日	評価結果市町村受理日	平成31年4月16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="http://www.kaijokensaku.jp/28/">http://www.kaijokensaku.jp/28/</a>
----------	---

## 【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3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)】

地域に密着し、閉じこもりがない生活を目標に取り組んでいる。定期的に利用者個々の思い出の場所を巡る「思い出巡り」の実施。また、ご家族、職員と同じ時を過ごす宿泊旅行や食事会の開催にて、刺激のある生活を実現できるよう計画立てている。秋祭りの企画実行や地域イベントへの参加にて、地域に開かれたホームになれるよう取り組んでいる。安心・安全な生活が継続できるよう近隣ホームとも連携し、須磨区全体のホームがスキルアップできるよう力を入れている。

## 【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)】

静かな住宅地にある、有料老人ホームに併設された1ユニットのグループホームである。地域との交流に積極的に取り組み、利用者が地域と繋がった生活が継続できるよう取り組んでいる。ふれあい昼食会・秋祭りでは、家族・地域住民等と交流する機会を設けている。食事には特別メニュー・選択メニュー・昼食づくり等の機会を設け、外出は「思い出めぐり」「願いごとかなえます」企画、日帰り旅行・一泊旅行・近隣への遠足等利用者の希望や体調に応じて調整し、家族の協力や参加を得ながら細やかな支援を行っている。計画的・継続的な研修体制、プリセプター制度、定期的な詰所会議・委員会・カンファレンス、随時のミニカンファレンス等、職員の資質向上と連携に努めサービスの質向上に取り組んでいる。

## 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、戸外に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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	今までの生活史を大切に、入居後の新たな生活をご家族と共に支えあう思いを込めて作り上げている。玄関・ケアステーションに理念を掲げ、勤務前に毎日唱和を行っている。運営推進会議で、理念を掲示し共有できるようにしている。	事業所独自の理念・基本方針を定め、地域密着型サービスとしての意義も盛り込んでいる。玄関、ケアステーション前・内の掲示、職員証裏面の記載、毎朝の申し送り後の唱和等により、共有と浸透に取り組んでいる。また、毎年、年末の詰所会議で、理念・基本方針の見直しを行っている。パンフレットへの記載・玄関の掲示により、家族との共有も図っている。理念の実践に向けた具体的取り組みを年間のフロア目標として策定し、詰所会議で中間評価と年末評価を行い次の目標につないでいる。また、職員も同様に、個別に個人目標を立て、中間評価と年末評価を行い、理念の実践に向けて具体的に取り組んでいる。	
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	年間行事の秋祭りにて、地元の小中学生や近隣施設・住民の方々に多く参加していただき地域行事として定着している。年に数回の昼食会や学生行事の受け入れ、定期的な新聞発行等で交流や情報発信が行えるようにしている。	年3回程度、利用者と共に「グループホーム新聞」を地域に出かけて配布している。地域のスーパーや商店での買い物、喫食等で地域の社会資源を活用し交流している。ふれあい昼食会を年数回開催し、家族・地域住民等と交流する機会を設けている。事業所での秋祭りには、グループホーム新聞等で地域住民にも参加を呼びかけ、小中学生、近隣施設職員と利用者、地域住民等が参加し地域行事として定着している。施設内の合同イベントにボランティアが来訪があり、利用者も参加し楽しんでいる。小・中学生の職場体験も受け入れている。定期的に近隣の公園等の清掃活動に参加している。	
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	須磨区介護連絡会・リーダー会等で提案・企画があれば協力している。また、「認知症・介護よろず相談所」を設置している。近隣より認知症研修などの要請があった場合可能な限り出務できるようにしている。		

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
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	「そよかぜ会」として2か月毎に開催している。取り組みや個別ケアの実施・生活状況報告、意見交換を行い、要望などを踏まえより良いサービスに繋げる事ができるよう取り組んでいる。	利用者・家族・区役所職員・地域包括支援センター職員・民生委員・知見者等を構成メンバーとして、2ヶ月1回開催している。会議ではレジュメを配布し、利用者の暮らしの様子を掲示写真等で紹介しながら、利用者の状況・運営状況・日常生活報告を行い、意見・情報交換を活発に行っている。事故・ヒヤリハット事例への取り組みに良い評価を受ける等、事業所の取り組みを伝える機会となっている。また、断助成制度に関する情報提供等があり、会議での情報・意見・提案を運営やサービスの向上に活かすよう努めている。	運営推進会議の議事録を公開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取り組んでいる	須磨区介護連絡会や運営推進会議へ参加いただき必要な情報提供やアドバイスなどを受けている。	運営推進会議への、区役所職員・地域包括支援センター職員の参加を通じて、事業所の取り組みを伝え連携している。「すまグループホーム・小規模多機能地域連絡会」の管理者会、リーダー会に参加している。管理者会で、区と情報交換を行い、連絡会として課題・要望等を伝え区との連携を図っている。法令解釈等の相談では、市の担当窓口と電話等で連絡を密にし、協力関係を築くよう努めている。	
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	「リスク・身体拘束廃止委員会」を設置し、定期的な勉強会の開催、毎月の会議実施、詰所会での意見交換などにより取り組みを強化している。	月1回、「リスク・身体拘束・虐待・事故廃止委員会」を開催し、議事録を全職員が閲覧し周知を図っている。年間研修計画をもとに、毎年「身体拘束・高齢者虐待防止」勉強会を開催し、小テストの実施と講義、受講後の「研修アンケート」の提出を行っている。欠席者には個別で同様の勉強会を行い、「研修アンケート」の提出で周知を図っている。言葉による行動制限がないように、職員同士でも注意し合える関係を構築し、拘束のないケアの周知徹底を図っている。玄関の開錠には操作が必要であるが、利用者の外出希望や気配を感じた時は付き添って外出し、閉塞感を感じない生活の支援に努めている。	

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
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	外部研修への参加、伝達研修にて情報を共有している。また、定期的な勉強会・詰所会で日々の介護の見直しや意見交換を行い、重要性について意識づけている。	上記と同様の勉強会の実施、委員会の開催と議事内容の周知、外部研修受講と伝達等により、高齢者虐待防止について理解を深めている。気になる言葉かけや対応があれば職員同士でも注意し合い、詰所会議等でも意識付けを行い意識向上に努めている。定期的に、全職員にストレスチェックを実施している。日常的に、リーダー・リーダー補佐が職員に声かけを行って相談に対応し、また、新入職者にはプリセプターを配置し、職員の悩みやストレスが利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。毎日身体状況の把握を行い、ヒヤリハット事例や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。	
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	定期的な勉強会や外部研修などにより理解を深めることができるよう取り組んでいる。現状、窓口一本化により管理者が対応を行うが、簡単なアドバイスは各スタッフが行うこともできる。	年間研修計画に沿って、権利擁護に関する勉強会を実施し、成年後見制度等について全職員が一定の知識を持つよう取り組んでいる。現在、制度を利用している人はいないが、以前には、制度活用のための協力支援を行っていた事例がある。また、職員が閲覧したり、家族への説明のためのパンフレット等を準備している。制度利用の必要性や家族からの相談があれば、事務長が窓口となり活用のための支援が行える体制がある。	
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	十分な時間をとり説明を行っている。(相談時に必要な書類を配布。検討段階で方針・リスク・料金・重度化見取りの指針・医療・退去時の対応範囲・契約解除規約など説明)	相談・見学・体験入所時等に、「入居のご案内」等を用いてサービス内容を説明している。契約時には、基本的に相談員が、契約書・重要事項説明書・各種同意書等を丁寧に説明し、特にリスク・重度化対応等をしっかり説明している。契約内容の改定の際には、運営推進会議での説明、説明文書での説明、文書で同意を得る等、変更内容に応じて適切に対応する仕組みがある。契約終了時には、重要事項説明書の条項に沿って、円滑にサービス移行ができるよう支援している。	

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	「雰囲気づくり」に留意し、関係づくりに努めている。ご家族と職員の情報交換伝達ノートを作成し、日々の様子やお願い事を書き、ご家族からの意見や要望をスタッフレベルから聞き取れるよう行っている。また、ご希望されるご家族とメール交換にてリアルタイムで対応を行っている。	家族訪問時には近況を口頭で伝えると共に、日々の様子を記録している「家人伝達ノート」を閲覧してもらい、意見・要望等が出やすいよう努めている。年3回程度発行する「グループホーム新聞」でも、活動や取り組みを伝えている。面会時・カンファレンス・電話やメール等で意見・要望の把握に努め、また、「ふれあい昼食会」「秋祭り」「日帰り旅行」「一泊旅行」等に家族の参加を呼びかけ、話しやすい関係づくりに努めている。把握した意見・要望は、詰所会議やミニカンファレンスで共有し、迅速な対応に努めている。運営推進会議に家族・利用者の参加があり、外部者に意見を表す機会も設けている。	
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	毎月「詰所会」を開催し、意見交換を行っている。また、同法人のグループホームと代表者会議を実施している。	月1回詰所会議・リーダー会議・各種委員会を、随時ミニカンファレンスを開催し、職員が意見・提案を出し合う機会を設け、各種会議の内容は議事録に記録している。誤薬防止対策・介護計画の周知方法・利用者の状況に応じた外出行事の実施等、職員からの意見・提案を運営やサービスに反映させている。管理者は、職員が相談しやすい関係づくりを行い、随時個別に意見を聴く機会を設けている。法人の代表者会議・全体会議でも、職員の意見・提案を検討している。利用者との馴染みの関係に配慮し、職員の異動は基本的には行わない方針である。	
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	福利厚生の見直しや、スキルアップのための提案や支援、「やりがい」が持てるよう環境や条件の整備を行っている。		
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	年間教育計画の整備、必要な資格所得の支援、外部研修への参加機会を設けスキルアップを行っている。新人へのプリセプター制も行っている。		

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
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	「すまグループホーム連絡会」を立ち上げ10年になる。2年前より「北須磨地区」「本区」とし、施設間の連携・情報交換がより密になるよう変更し、須磨区内の認知症介護の質向上に向け取り組んでいる。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	グループホームの見学、体験入居、イベントへの参加、また訪室時等含め、なじみの関係が持てる様に寄り添い、本人の不安や思いを行動から受け止め信頼関係を築けるように努力してる。		
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	ご家族の立場に立って考え、思いを受け止める事が出来る様、関わりを持っている。		
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	相談時に状況を把握し、日々の生活の中での体験やイベントなどの参加などから「なじみ」を築き安心して生活して頂ける様にしている。必要時には、他の事業所と連携して他のサービスとつなげる対応を行っている。		
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	職員とご家族がともに支え合うパートナーとして情報交換を密に行い、一つの問題を互いに協力し、解決できる関係を維持している。		
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	一泊・日帰り旅行やふれあい食事会、思い出めぐり等へ参加いただける様に呼びかけ、本人・家族・スタッフの関係を維持し、更に交流を深められる様につとめている。また、お互いよりよいアドバイスができる様に取り組んでいる。昨年度の入居者の家族も含め、来所時にコミュニケーションを取り良い関係を築けている。		

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
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	個別サービスで思い出めぐりという取り組みを行っている。その際、出来るだけ家族にも参加いただける様に日程調整を行い、支援している。	馴染みの人や場所について、入居時の情報は「入居前事前面接調査表」で、入居後に把握した情報は「介護記録」「カーデックス」等で共有している。家族・知人・友人等の来訪があれば、居室や共有スペース・テラス等を提供し関係継続の支援に努めている。馴染みの場所へは、日常の外出や、「願いごとかなえます」「思い出めぐり」として企画し、希望に応じて家族も同行できるよう日程を調整し、関係継続を支援している。また、電話や手紙のやり取りも支援している。	
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	利用者同士がコミュニケーションを取れるよう家具やソファの配置や相性を考え、協力し合ったり、必要に応じてスタッフが間に入り、雑談できるよう工夫している。また、それぞれの個性や力をうまく発揮できる様配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	他の病院への入院や、他施設へ転居された際にもお見舞いや訪問を実施し関係保持に努めている。		
<b>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</b>					
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	日々の生活の中での訴えや、かかわりの中での些細な変化、表情や行動などから、それぞれの思いを把握するように努めている。今までの生活遍歴からも情報を収集し、本人らしく生活を継続できるように努めている。	日々の関わりの中で思いや意向の把握に努め、朝の申し送り・カーデックス等で共有したり、また、カンファレンス前の「課題分析概要」に記入して検討し、利用者が思いや意向に沿った生活を継続できるように取り組んでいる。思いや意向の把握が困難な利用については、質問の仕方を工夫し、表情や動作で思いや意向の把握に努め、また、今までの情報や家族からの情報を参考にして本人の立場に立って検討し支援に努めている。	

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
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	その人らしい生活が継続できるよう、その方のバックグラウンドを大切にしている。その方がどのような物語を送られてきたか、本人との会話や家族との面談・会話・協力によりその全体像把握に努めている。また個人伝達ノートを活用し、日々の生活を知って頂いたり要望を知るためのツールとしている。		
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	情報だけにとらわれず、日々の会話や生活からその方の全体像把握に努めている。		
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	利用者の方々が自分らしく暮らせるよう本人の思いを聞き取り、ご家族、職員、必要時事業所以外の関係者とカンファレンスを行い計画を作成している。モニタリングには、シートを新たに作成し行っている。ミニカンファレンスで話し合ったり申し送りやカードデックスを活用し、日々の気づきを介護計画に活かしている。	「入居時事前面談調査表」等をもとに、暫定の介護計画を作成し、概ね1か月後に、モニタリング・「課題分析概要」をもとにカンファレンスを行い見直しを行っている。実施状況は経過記録に記録し、計画書の#ナンバーと連動させている。毎月、HDS-R表・日常生活行動表を用いた再アセスメントと、モニタリングを実施している。必要時には、随時ミニカンファレンスを行い、基本的に3月毎に介護計画の見直しを行っている。見直し時には、職員一人ひとりが作成する「課題分析概要」・モニタリング・再アセスメントをもとに職員カンファレンスを行い、その後家族参加のカンファレンスを実施している。	介護計画作成時に反映したかかりつけ医等関係者の意見を、カンファレンス記録に記録することが望まれる。また、基本情報シート作成を検討してみてはどうか。
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	個々の状態については、介護記録やカードデックス、医療については、看護医療カルテに記載し情報を共有している。また、日々の実践や介護計画見直しの際のツールとして活用している。		
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	柔軟に対応できるよう心がけている。		

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
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	利用者の方々が、安心・安全に生活していただけるよう、連携を図っている。近くのスーパーに買い物に行ったり、なじみの関係を築いている。		
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	基本的には、施設の往診医が主治医となっている。しかし、希望に応じ、かかりつけ医や専門病院との連携も行っている。	入居時に利用者・家族の希望を確認し、希望に沿った受診を支援している。内科医の訪問診療・訪問歯科を利用できる体制がある。医師への事前の情報提供は、電話や訪問診療付き添い時に管理者が行っている。通院での受診については、基本的には事業所職員が対応し、日常生活や状態についての情報提供や受診結果の把握を行っている。訪問診療・通院共に、受診結果は「経過記録」「カードックス」等で周知を図っている。家族・職員・医師等関係者への医療に関する連絡、伝達等は管理者に窓口を一元化している。	
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	看護師を配置している。日々の健康管理や状態に応じた対応を行えるようにしている。オンコールにて24時間相談できる体制になっている。		
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。	長期入院によるストレスダメージを回避するため、ホームでの対応が可能な状態であれば、速やかに受け入れを行っている。家族とも連携を図り、状態の把握に努めている。	入院時には、事業所からは「介護サマリー」で医療機関に情報提供を行っている。入院中は、職員が随時面会に行き、アルバムを持参して元気づける等、利用者のメンタルケアに努めている。入院中の医療機関との情報交換は管理者が行い、早期の退院に向け連携している。入院中の情報は、「経過記録」で共有している。退院時には開催があれば退院カンファレンスに参加し、退院時には看護サマリー等の提供を受けて退院後の支援に活かしている。	

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
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	重度化したときの指針などにて、利用者・ご家族に説明し理解を得ている。意向をふまえ、各専門職員がチームとして連携し、最後を迎えることができるよう取り組んでいる。	重度化・終末期に向けた事業所の方針を、「重度化した場合の対応に係る指針」に明示し、契約時に説明し同意を得ている。重度化・終末期を迎えた段階で、主治医が家族に説明を行い、家族の意向を確認している。看取り介護を希望される場合は、支援方法を検討し、看取りの介護計画を作成し家族の同意をもとに支援を行っている。随時、管理者が家族の意向確認を行い、話し合った内容は記録として残し、職員に伝え介護計画や支援に反映している。看取りにあたっては、かかりつけ医・歯科医・管理栄養士等関係者の協力を得て、チームで支援に取り組んでいる。	
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	適切な処置や正確な報告。また、医療施設との連携がとれるよう定期的に勉強会を行っている。近隣職員の夜間協力体制が整っている。看護師もオンコール対応である。		
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	防火委員会を設け、対策や訓練を行っている。火元になりうる場所を毎週点検している。地域の方々や近隣スタッフが速やかに対応できるよう協力体制を取っている。	年に2回、利用者も参加して、夜間帯想定も含めた避難誘導等の総合訓練を実施している。訓練実施後に、参加者はアンケートを提出し、振り返りを行っている。また、訓練報告書を作成し回覧により周知を図っている。防火訓練とは別に「防火研修」を実施し防火管理について学ぶ機会も設けている。隣接有料老人ホームと、災害時に相互に協力できる体制がある。また、カレンダーに待機職員を明示し、夜間緊急時の対応が必要な場合には、速やかに職員等が駆けつけられる体制を整えている。食料等の備蓄は外部委託業者が行っている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	尊厳を守るケアを徹底し、かかわっている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応については、接遇の勉強会で学ぶ機会を設け周知を図っている。新入職者にはプリセプターから個別に指導を行い、評価表で達成度を確認している。気になる言葉かけや対応があれば、職員間で注意し合い、また、申し送り時等でも意識付けを行っている。個人記録類は鍵のかかるケアステーションに保管し、不在時には施錠している。写真利用については意向確認を行っている。	
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	すべての事柄において、本人の意思を尊重し対応している。		
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	ゆったりとした時間が流れるよう、利用者のペースに応じ、個々が過ごしたい場所で一人の時間を大切にしていだけるよう対応している。		
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	各個人の意向に沿った支援を行っている。		
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	栄養管理上すべてのメニューを決定や選択することはできないが、嗜好調査を行いメニューを考慮している。定期的に利用者とは相談し、レストランで外食を行ったり、お弁当やファーストフードをテイクアウトし、テラスで食事を楽しむこともある。月1回の昼食作りのメニューに入居者の意見を取り入れ、調理や見学をして頂いている。	食事は施設内の厨房で調理され、事業所内で炊飯・汁物づくり・盛り付け等を行っている。定期的に給食会議を開催し、利用者の意見・希望を献立に反映できるよう取り組んでいる。週1回、選択メニューや特別メニューの機会を設け、食事がより楽しめるよう取り組んでいる。月1回事業所で「昼食づくり」の日を設け、利用者とは相談して献立作り・買い物・調理を行い、利用者も希望や得意に応じて参加できるように支援している。また、お弁当やファーストフードのテイクアウト、グループでの外食、家族との外食を楽しむ機会も設けている。	

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
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	管理栄養士管理にて、本人の嗜好や状態に応じた対応を行っている。水分についても個々の飲用量を把握し日々対応している。		
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に、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	本人の能力に応じた対応を実践している。また、週1回訪問歯科医師に依頼し、歯科衛生士と共にケアの状態や方法など指導を受けている。		
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	安易にパットやおむつを使用せず、必要な場合はスタッフで話し合い、本人の排泄パターンを把握し、本人の能力に合わせてある程度時間を決めてトイレ誘導を行っている。	排泄チェック表を活用して個別の排泄状況を把握し、昼間は声かけと誘導により、基本的にはトイレでの排泄を支援している。随時ミニカンファレンスで、適切な排泄用品の選択や支援方法を検討し、日々のケアや介護計画に反映させ、できる限り排泄用品に頼らない支援に取り組んでいる。各居室にトイレがあるため、プライバシーが確保できる環境である。声かけや職員間の情報伝達を行う際には声の大きさに注意を払う等、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	管理栄養士がバランスを考えたメニューを企画、一日の水管理、リハビリや日常的な散歩・ラジオ体操など継続して実施している。必要な場合は、医師により内服での調整を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の声かけを行う時は、希望の時間を聞いたり、時間を提案して同意していただくなど、本人の希望に合せた時間になっている。	週2回以上を基本とし、利用者個々の生活習慣や希望、体調等に応じた回数で、更湯での個別の入浴を支援している。ADL等の身体状況によっては、ストレッチャー浴にも対応している。また、施設内の機械浴を利用しての入浴支援も可能である。現在、入浴を嫌う事例はなく、希望に応じて同性介助で対応している。	

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
46	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	個人の生活リズムや体調なども考慮して、必要な睡眠・休息時間が確保できるよう支援している。		
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	服薬は職員が管理、与薬介助を行っている。医師や看護師の指示のもと本人の状態に合わせて調節を行い、与薬をしている。部分的に自己で管理できる利用者には自己で服用していただき、服薬状況について職員が確認を行っている。与薬ミス・忘れがないようにチェックし合っている。		
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	個々の能力に応じ、自然な形で能力が引き出せるよう対応している。気分転換についても利用者のニーズに応じ職員主導にならないよう支援している。		
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	買い物やイベントなどで本人の希望があれば外出支援をしている。家族が利用者を連れて外出したい時は服薬状況や排泄についての情報を伝える、車いすの貸し出しをするなどの支援を行っている。年に1回は普段は行く事の出来ない本人の馴染みの場所を”思い出めぐり”として、家族と協力して出かけられるように支援している。	利用者の希望に応じて、近隣の公園や商店まで散歩したり、車で買い物や喫茶に出かけている。花見・初詣・とんど・近隣施設の盆踊り・小学校の祭り・中学校の文化祭等にも出かけている。外出行事では、利用者が体調に合わせて参加できるように、一泊旅行・日帰り旅行・近隣への遠足を企画している。また、「思い出めぐり」「願い事かなえます」の企画では、個別の外出支援を行っている。外出行事・個別の外出支援の際は、家族の協力得て、可能な際は家族の参加を呼び掛けている。	
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	基本的な金銭管理は本人、ご家族同意のもと、事務所で管理を行っている。利用者が希望時は、相談の上、どのように使うのか話し合い、スタッフ付き添いのもと本人に手渡し、自由に支払いしていただけるように支援している。		

自己 者 第3	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
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	本人の居室に電話機の設置が可能であり、また携帯電話を所持している方もいる。本人が希望する時間や、かかってきたときには、ご家族やご友人に電話をつないでいる。ステーションの電話も自由に使える様支援している。本人の希望時、手紙のやり取りも行っている。		
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	共用空間については、ソファや家具の配置飾りつけなどを利用者、スタッフと考え、居心地の良い場所となる様にしている。リビングなど、季節(クリスマス、お正月、お祭り)に応じた飾りつけを行い、廊下には、ここの生活の写真を貼り出したり、利用者のクラブ活動作品を展示している。	共用空間は、玄関ホール・広い廊下・リビングスペース・畳スペース・キッチン等、明るく広い生活空間である。窓からプランターに植栽された季節の花見ることができ、季節の飾り・旅行や食事づくりの写真・利用者の作品等が飾られ、季節感や生活感を採り入れている。随所に、テーブル席・ソファセット・ソファ・椅子を配置し、思い思いの場所で過ごせるように配慮している。利用者の関係性に配慮した配席を行ったり、利用者の趣味の物・好みの物が手に取れるように準備する等、居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	玄関ホールや廊下、テラスなどにテーブルセットや椅子などを設置、訪問者との談話や、一人で過ごせる空間作りを行っている。		
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	ご家族や利用者との相談し、なじみある居心地の良い空間となるよう家具や写真、飾りつけなど配慮している。	居室には、トイレと洗面所が設置され、その他は、使い慣れた家具や家電が持ち込まれている。家族の写真・仏壇・ぬいぐるみ等、思い出のものも持ち込まれ、家族に協力を依頼しながら居心地よい居室環境を整えている。また、粘土細工、陶芸、書道等、クラブ活動での自身の作品も飾られている。居室担当職員が中心になり、家族と連携を取りながら、環境整備や安全面への配慮を行っている。	

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
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	「出来ること」「出来ないこと」「わかること」「わからないこと」を把握し、能力に応じた混乱を生じない個別支援を実施している。また、自助具を設置し、利用者の自立支援についても対応している。生活道具や家具の配置など、安全を配慮した環境づくりを心がけている。		