

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	2890900315		
法人名	株式会社 ソラスト		
事業所名	グループホーム ソラスト西宮		
所在地	兵庫県西宮市本町2-13		
自己評価作成日	2019年1月15日	評価結果市町村受理日	平成31年3月11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	2019年1月25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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・アットホームな雰囲気の中で、ご利用者様が笑顔で楽しく、安心して過ごして頂けるように、ご家族様職員共に寄り添い支えあっている。 ・24時間対応して頂ける内科医と連携して、希望される場合は看取りを行っている。 ・介護職員だけでなく、看護職員・事務職員・調理担当職員も協力してご利用者様の生活を支えている。

【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)】

<p>2017年7月に運営主体が変わり、法人のバックアップ体制が活用できる体制が整備されている。新理念の共有と実践に努め、利用者が地域の中でその人らしく「元気」に過ごせるよう取り組み、アットホームな雰囲気がある。家族会の開催、行事への家族参加等、家族の協力のもと、家族との連携と関係構築に努めている。手作りの食事の提供、利用者も参加してのおやつ作り、イベント食等、食の楽しみが継続できる機会づくりを行っている。介護・看護・事務・調理担当職員が、チームで支援に取り組んでいる。24時間対応が可能な内科医と連携して健康管理を行っており、希望があれば看取りにも対応している。eラーニングを活用して、職員の研修体制充実に努めている。</p>
--

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、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、安心して暮らせている (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	玄関・多目的室・各フロアに掲示、職員は理念カードを各自持ちいつでも共有実践できるようにしている。また、ご家族様への毎月の便りにも明記している。	運営主体変更に伴い、運営法人の理念・基本方針を共有し、地域密着型サービスの意義を明確にしている。玄関・多目的ホール・エレベーター内・各フロアに掲示し、管理者・職員・家族等への共有と周知を図っている。職員は理念カードを携帯し、常に職員への意識付けを行うとともに、毎月家族に送付する「ソラストだより」にも理念を掲載している。今年度途中に、理念の実践に向けて、ソラスト目標とフロア目標を設定し、適宜フロア会議での進捗確認を行っている。年度末には振り返り評価を実施し次年度の目標に繋げる予定である。	
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	自治会に加入し、回覧板での案内や、年間の当番など受け持っている。近隣の保育園児との交流等も行っている。	自治会に加入し、回覧板の回覧や年間当番の役割を果たしている。敬老の日に近隣の保育園児の来訪、生け花・音楽療法、また、クリスマス会・夏祭り等事業所のイベントに地域のボランティアの来訪がある。喫茶店や外食に出かけたり、日用品や備品などの購入には、地域の社会資源の利用に努め、地域との交流を図っている。認知症サポーター養成講座ステップアップ研修時の体験学習の受け入れ、地域の清掃やごみ当番等地域で必要とされる役割・活動を担っている。	
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	毎年、西宮市社会福祉協議会の「認知症サポーターステップアップ研修」の体験学習を受け入れている。		

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	ご利用者様・サービスの取り組み等の報告を行い、その中で、ご意見を頂きサービスの向上に努めている。	家族、市の高齢福祉課職員、地域代表として民生委員、知見者として他事業所の副施設長の参加があり、2ヶ月に1回開催している。会議では、資料を配布し、事業所の状況や取り組み等を伝えている。参加者から、近隣商店街での行事開催や地域の高齢者の動向などの情報を得て、サービスや運営に反映している。また、民生委員からは、防災訓練時の助言を得て訓練に活かしている。	心身の状況を考慮しながら、利用者にも参加を呼び掛けることが望まれる。また、個人情報等に配慮した上で、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	メールで必要な情報を頂いたり、解らないことがある時は、市役所の担当者に相談、助言を頂いている。	運営推進会議に市職員の参加があり、事業所の状況や取り組み等を伝えている。制度上の手続き等相談事項は市役所に出向き、直接担当窓口と連絡を取り合っている。「グループホーム連絡協議会」で情報交換を行ない、事業者間の課題等について、連携を取っている。西宮市の集団指導、研修に参加し、身体拘束適正化等に向けた指導内容を運営に反映させている。	
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	玄関に身体拘束適正化のための指針をファイルにし、年間必要な研修・会議を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	新たに身体拘束適正化のための指針を整備し、玄関にマニュアルファイルを設置している。フロアー会議で、身体拘束について知識の習得と、身体拘束ゼロの手引きについて学ぶ機会を設けている。参加者はレポートを作成し、欠席者は資料閲覧とレポート作成により、職員の意識向上に努めている。また、事例検討の機会も設けている。3ヶ月に1回、管理者・エリア長等が参加して、適正化委員会を開催し、検討内容を議事録に記載している。エレベータは自由に使用することができるが、玄関は事故防止上施錠しており、外出の意向がある時は職員が対応している。	身体拘束適正化委員会での検討内容の周知を、議事録の回覧印等により確認することが望まれる。

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	入職時研修時やスタッフ会議時にマニュアルを確認、事例検討をする等、学びを共有し防止に努めている。	「高齢者虐待防止に関する研修」や個別eラーニングを活用して虐待の種類等を学ぶ機会を設け、フロア会議で言葉や対応4による心理的な虐待や不適切ケアについて事例検討を行い、職員の意識向上に努めている。ストレスチェック・公益通報制度の取り入れ、希望を取り入れたシフト調整、介護技術向上に向けた研修等により、職員のストレスがケアに影響を与えないように取り組んでいる。入浴時等には身体状況を観察し、虐待が見逃されることのないよう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	個人的に制度を学ぶ研修を受講しているが、今後、必要な方に活用できるようさらに学びを深める必要がある。	市の研修・認知症介護実践者研修等、外部研修を受講できるように奨励し、その中で権利擁護制度について学ぶ機会を設けている。現在、成年後見制度を利用している利用者があり、事業所として活用に向け支援している。制度利用の必要性や相談があれば、所長が窓口となり、実務経験を活かして関係機関と連携して支援できる体制がある。	職員間で、権利擁護に関する制度への理解度に個人差があるので、すべての職員が一定レベルの知識が得られる機会を設けることが望まれる。
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	見学時に、パンフレットの内容を説明、ご入居までの流れを説明させて頂き、契約時に読み合わせを行い、疑問、不安がないよう行っている。	見学時に、館内を案内しながら、パンフレットでサービス内容の概略を説明している。契約時に管理者が契約書・重要事項説明書の内容を、質疑応答を交えて説明し、重度化・看取り等の指針や肖像権使用への同意を得ている。特に、家族が不安としている退居条件等については、資料を用い時間をかけて説明している。契約内容を改訂する時には、根拠を明確にした文書を送付して同意を得る等、内容に応じて適切に対応している。契約を終了する時には、契約書の条項に沿って、病院・施設等に「介護サマリー」を提供し、利用者が円滑にサービス移行ができるよう努めている。	

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	玄関に意見箱を設置している。ご利用者様・ご家族様の貴重な意見が伺えるよう、面会時などにお声掛けし、必要に応じて組織の担当者に相談している。	家族来訪時には近況を伝え、また、毎月発行の「ソラストだより」に、利用者個々の写真と「職員からの一言」を添え利用者の近況の報告を行い、家族が意見や要望を表わしやすいよう努めている。敬老会・クリスマス会・家族会(年1回開催)で、和やかな雰囲気できげに意見や要望が出せる機会を設けている。把握した意見・要望等は、業務日誌・家族会議事録等に記載して共有し、運営や改善に反映させている。	
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	会議や面談時を中心に意見を聞き、組織の担当者に提案相談している。	管理者は、定期的にフロアー会議・リーダー会議・全館会議に参加し、また、必要に応じて、個別に意見・要望等を聞く機会を設けている。ディレクター等が参加する市内ソラスト事業部会で、管理者・職員の意見・要望等を伝える仕組みがある。上位者も定期的に事業所に立ち寄り、管理者や職員の意見等を把握している。フロアー間の職員の異動は基本的に行わず、事業所間の異動は最小限にとどめ、利用者との馴染みの関係に配慮している。	
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	事業所内部で職場の環境整備に努め、組織の担当者と問題点など話しをしながら、新しい環境での働き方を模索している。		
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	法人内研修の案内があり、インターネットで学習できる仕組みを持っている。個人で資格を取得するための援助もある。		

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
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	推進会議やグループホーム連絡会、入居情報、研修会の案内などで情報共有し、交流をおこなっている。		
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	ご利用者様の表情や言葉、行動を良く観察し、ご家族様からの情報を頂きながら安心して過ごして頂く為の関係づくりに努めている。		
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	ご入居前後でのご利用者様の様子をご家族様と話しをしながら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	契約前のご利用者様・ご家族様と面接を行いご希望も伺いながら、現時点で必要なサービスを紹介している。		
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	生活の中で、家事手伝いを協力して頂いて行ったり、会話を楽しむなどしながら関係づくりを築いている。		
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	ご利用者様の日々の様子を毎月の便りや面会時に話をしながら、ご家族様との現在までの関係や思いに寄り添いながら、共に支える関係を築いている。		

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	施設入居前からの美容院に行かれたり、居室に仏壇を持って来られお寺様に参って頂いたり、お墓参りにも行かれている。	入居時の「フェイスシート(補助シート)」等で、利用者の馴染みの人や場所についての情報の把握に努めている。入居後の日々の関わりの中でも把握に努め、「介護記録(日課表)」に記録し、「情報シート」で情報の蓄積と共有を図っている。近隣の知人等の来訪があった場合は、湯茶の接待など馴染みの人との関係継続ができるように支援している。また、美容院や墓参り等馴染みの場所への外出は家族の同行が多く、車いすの貸し出し等で外出しやすいように支援している。手紙や電話のやり取りの支援にも努めている。	
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	話しが合うご利用者様がテーブルを囲んで座っておられたり、家事手伝いを分担されて行っている。		
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	ご退居されたご家族様がご本人のお誕生日だった日に訪ねて来られたり、お手紙を頂く事もある。		
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	日々の生活の中でご利用者様とお話させて頂き、思いや意向をくみとれるように努め、意思疎通が難しいご利用者様は表情や行動などを通して本人本位に検討を行っている。	入居時や、日々のコミュニケーションの中で、利用者の思いや意向の把握に努め、「フェイスシート」「介護記録」等に記録し、「情報シート」で情報の蓄積と共有を図っている。認知症状の進行等に伴い把握が困難な利用者については、職員の気づきを大切に、利用者の表情や反応の観察に努め、利用者の立場に立って、思いや意向の把握と実践に向け支援している。	

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
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	ご入居時にご利用者様やご家族様からお話を聞いたり、今まで受けていたサービスの提供者や介護支援専門員に情報提供を頂いている。		
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	日々のご利用者様の様子を記録し、介護・看護職員と情報を共有し、現状の把握を努めている。		
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	ご利用者様・ご家族様の意向を伺い、月1回のフロアー会議やリーダー会議、介護記録、申し送りノートの記録などから、現状に即した介護計画書を作成している。	入居時の「フェイスシート」「アセスメントシート」を基に、要望や課題を把握し、介護計画を作成している。個別の介護記録に介護計画を挟み込み、職員が、計画を意識してサービスが実施できるよう各フロアーに設置している。日々の実施状況を介護記録に記録し、月に1回のフロアー会議で、各利用者の状態を確認し、大きな変化等があれば介護計画の見直しを検討し、検討内容は「介護計画見直し」記録に記録している。定期的には6か月に1回見直しを行い、見直しの際は介護計画の援助内容に沿ってモニタリング・評価を行い、再アセスメントの結果と共に、次期計画に反映させている。	介護計画にもとづいたサービス実施が明確になる記録への意識付けが望まれる。再アセスメントを介護計画の見直し時期に行い、課題の抽出に活用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	介護記録(日課計画表)や申し送り、個人の連絡ノートに記録を行い、お話しになった言葉なども記入、職員間で情報の共有を図っている。		

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
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	ご利用者様のニーズに対応し訪問看護ステーションのサービスを利用。ボランティアの方の協力も受けている。		
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	音楽療法や生け花、訪問理容など月に1～2回来て頂き、音楽ボランティアの演奏会が季節ごとに行われている。9月には近隣保育園児と交流を行っている。		
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	施設入居前からの主治医の先生に往診を受けておられるご利用者様もおられ、ご利用者様が希望される往診医に繋いでいる。	契約時に利用者・家族の希望を確認し、希望に沿った受診支援を行っている。内科は協力医療機関の往診を受けられる体制がある。通院支援は、家族が行うことを基本とし、必要時には職員が同行している。往診時の事前の情報提供は、利用者ごとの「往診時報告書」に、診療内容は個別の「医療機関受診記録」に記録として残し、職員間、家族と情報を共有している。希望に応じて、心療内科・眼科・皮膚科・歯科等の往診が受けられる体制がある。	
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	非常勤の看護師が2名勤務しており、日々のご利用者様の状態を伝え相談、必要な場合医師の往診をお願いしている。		

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
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。	入院先にお見舞いに伺ったり、ご家族様と連絡をとりながら、病院看護師や医療連携室と情報交換を行いながら、安心して治療を行い、早期の退院ができる様に努めている。	入院時には職員が同行し、ADL表等個人ファイルを持参して適切な医療が受けられるよう情報を提供している。入院中は面会に行き状態の把握、必要に応じて洗濯物などの支援を行っている。早期の退院に向け、地域連携室等関係者と情報交換を行い、退院前にはカンファレンスに参加している。入院中に把握した情報は介護記録に記載して情報を共有し、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。	
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	入居契約時に、重度化した場合の対応に係る指針、看取りに関する指針について説明を行い同意をして頂いている。	契約時に、重度化指針・看取り指針で、重度化や終末期に向けた事業所の対応方針を家族に説明し、意向確認の上同意を得ている。重度化を迎えた段階で、主治医から家族に状態を説明して今後の方針を話し合い、話し合った内容は介護記録ファイルに記録として残している。「看取りの介護計画」を作成し、支援方法を統一して、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。主治医・歯科医・看護師・薬剤師等関係者とともチームで支援に取り組んでいる。看取り時にはフロアで看取り介護マニュアルの再確認を行い、職員の不安軽減に努めている	
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	マニュアルが整備され、対応できるように確認を行っている。連絡・報告が速やかに行われるようにフロアに掲示している。		

自己 番号	第三者 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
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(昼夜)を想定した火災時の避難訓練を行い、推進会議で訓練の実施方法や結果を検討しアドバイスを頂いている。	直近1年で2回、利用者・夜勤者も参加して、昼間・夜間想定で「火災時の避難訓練手順」に沿って、訓練を行っていることが記録から確認できる。訓練参加者は、「研修レポート」を作成し訓練の振り返りを行っている。民生委員が地域の消防団員で、運営推進会議の委員でもあることから、適切な助言が得られている。運営推進会議でもテーマに挙げて話し合う機会を設け、地域との協力関係についての意見交換を行っている。管理者が責任者となり、各フロアで、水・レトルト食料・懐中電灯等備品類の備蓄を行っている。	
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	入職時に研修を行い、人格の尊重、プライバシーに配慮した言葉かけを行っている。会議で言葉かけや対応について検討することも行っている。	新人研修で、「仕事の基本姿勢」資料を用いて、尊厳やプライバシーに配慮した言葉づかいを学ぶ機会を設け、特に排せつ・入浴時には誇りやプライバシーを損ねないように、職員の意識向上に努めている。個人ファイル類はスタッフコーナーの鍵のかかるロッカーに保管し、写真等映像や制作物の使用に関しては「肖像権同意書」で家族の承諾を得る等、個人情報の管理も適切に行っている。職員の守秘義務に関して、入職時に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	ご利用者様の思いを尊重し、自己決定が行えるように色々な場面で働きかけている。		

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
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	ご利用者様の思いやペースを大切にし、生活のリズムもつけながら、起床・就寝・食事・入浴等、ご利用者様の希望に添えるように行っている。		
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	ご利用者様のご希望に寄り添えるように、できるおしゃれを支援している。化粧をされる方には、継続して頂けるように必要なお手伝いをしている。		
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	昼食・夕食は厨房職員が手作りし、各階で盛り付けや食器洗い、食器拭きをご利用者様と職員で行える時もある。	昼食と夕食は、委託業者の献立に沿った食材が届けられ、事業所の厨房で手作りの食事を提供している。キザミ食・ミキサー食・とろみ等、各フロアで利用者個々に応じた食事形態で提供している。利用者の意見・希望等は、献立に関する要望アンケートで業者に伝え、旬の食材使用や季節ごとの行事食等を探り入れている。食器洗い・盛り付け等、利用者の力や好みに合わせて参加できるように支援し、利用者も参加しておやつ作りを楽しむ機会も設けている。また、イベント食を楽しむ機会づくりも行っている。	
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	栄養バランスは業者の栄養士が献立を管理しており、食事の量、形態はご利用者様に合わせている。食事・水分摂取量はチェック表を見ながら提供している。		
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、声掛けを行いご利用者様に応じた口腔ケアを行っている。		

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
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	トイレで排泄が行えるご利用者様は、継続して行えるように、一人ひとりの力を生かし、排泄チェック表に記入し、パターンを把握し支援を行っている。	健康チェック記録と「別表排泄チェック表」を活用し、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向けた支援を行っている。毎月のカンファレンス等で現状に適した介助方法や排泄用品を検討し、不快感や排泄用品使用の軽減に努めている。誘導時の声かけは小声で行う、アコーデオンカーテンを使用する等、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	オリゴ糖・ヨーグルト・牛乳など飲用、腹部のマッサージなどを行い、テレビ体操を行っている。便秘が続く時は看護師に相談している。		
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	週に2回の入浴を基本としているが、ご利用者様の体調や希望により対応している。同性介助を望まれるご利用者様には適切に対応している。	週に2回の入浴を基本とし、健康チェック表、入浴表で入浴状況を把握している。利用者の体調・状況に合わせて車いすシャワーでの対応や、デイサービスのリフト浴も使用できる。異性介助を嫌がる利用者には同性介助で、また、負担感等で入浴を嫌がる利用者には、看護師とも相談しながら無理強いせず声かけやタイミングを工夫して個々に沿った支援に努めている。一人ひとり更湯で温度調整を行い、その人のペースでゆっくり入浴できるように配慮している。ゆず湯・しょうぶ湯の機会を設けたり、入浴剤の使用など、入浴がより楽しめるように工夫している。	
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	ご利用者様の状態を考えながら、日中でも休息をとって頂いたり、夜間は安心して眠れるよう環境を整える。眠れないご利用者様には、話を聞くなど眠れない気持ちに寄り添う支援を行う。		

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	処方箋を確認し理解できるようファイルに綴じ看護師から薬の変更があった場合は伝達を受けている。		
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	必要なものを買いに店に出かけたり、洗濯・食事・掃除などの家事を役割として、職員と行ったりして頂いている。		
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	ご利用者様のお好きな物を近隣のお店に買い物に出かけたり、行きつけの美容室に行かれたりされている。ご家族様とドライブや観光地、ご自宅に帰られることもある。	可能な限り、日常的な外出支援に努め、近隣への散歩・買い物等に出かけたり、気候の良い時期には外気浴等で気分転換を行えるよう支援し、外出の状況は介護記録に記載して把握している。初詣や花見等、季節を感じる外出の機会もある。車いすを使用する利用者も行き先や移動に配慮して、機会均等に外出できるように支援している。個別の外出には、家族の協力を依頼して対応している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	ご利用者様が入居時にご持参されることもあり、財布からは使用されることはないが、持っているとお安心されている。		
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	入居時から携帯電話を持参されご自分で使用する方もおられる。施設の電話はご希望により使用できるのでご家族様等にいつでも連絡ができる様にしている。		

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
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	各フロアで季節を感じていただける飾りつけを行い、室温管理を行い、テーブルもご利用者様に合わせ配置を行い、音や光などが刺激にならないよう環境を整えている。	共用スペースは、空気清浄や脱臭などに配慮した清潔で居心地の良い環境づくりに努めている。各フロアは季節感のある飾りつけを行い、明るい雰囲気づくりを行っている。廊下には、行事や外出の写真が飾られている。利用者の状況に応じて、フロア毎にテーブルやソファの配置を工夫し、また、食事時にはBGMを流す等、居心地よく過ごせるように配慮している。車椅子は移動の手段として使い、椅子に座り替えて過ごせるように支援している。	
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	気の合うご利用者様がテーブルをかこみ食事をしながら話しをしたり、ソファに座ってくつろぐこともできる		
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	入居時に使い慣れた家具を持参されたり、テレビを置かれ居室でも居心地良く過ごせるように工夫をしている。	居室にはベッド・戸棚・洗面台が設置され、家族と相談しながら、動線の助言等本人が使いやすい居室となるよう支援している。ダンス・椅子・テレビ等使い慣れた家具や、仏壇・家族の写真・自身の作品等、大切にしているものが持ち込まれ、居心地よく過ごせる居室づくりを支援している。イオン発生装置を設置し、空気清浄や脱臭等にも配慮している。	
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	トイレの場所を解りやすく掲示して、自ら使用できるようにしたり、ご利用者様の居室がわかるように工夫を行っている。		