

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	2870600265		
法人名	株式会社ライフサポートジャパン		
事業所名	ゆうとび庵 西神戸		
所在地	兵庫県神戸市長田区長尾町2丁目13-14		
自己評価作成日	平成29年6月30日	評価結果市町村受理日	平成29年9月19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	平成29年7月13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)】

「より良い介護」「感動ある介護」を理念とし、全職員にて理解・共有しながら、ご利用者様・ご家族様・地域の皆様に安心して頂けるよう実現に向けて精進しております。開設から17年を迎え、開設当初からの職員も多く勤務しており、離職率は低く「同じ職員に長く関わりを持って欲しい」と言う、ご家族様のご要望にもお応え出来ていると思います。お花見や夏祭り、クリスマス会等の年間行事、お食事会や馴染みのあるお店への外出等、日常生活での楽しみも感じて頂けるように支援させて頂いております。医療体制に関しては、主治医と24時間連絡が取れる体制であり、ご家族様から主治医へ直接連絡が取れる体制も出ております。職員のスキルアップの為、毎年、年間研修計画を作成し「高齢者虐待防止」「身体拘束廃止」「消防訓練・非常時災害訓練」等を実施し、介護のプロとしての知識・技術の向上に努めております。認知症についての介護相談やAED機器(自動体外式除細動器)を設置し、地域資源として近隣の方に活用して頂ければと思います。社宅改装型ですが、住み慣れた「我が家」のように、快適に過ごして頂けるように、職員一同、心を込めてケアに努めさせて頂いております。

【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)】

開設17年目を迎え、基本方針に掲げた「地域に根ざしたグループホーム」として運営している。自治会・民生委員・近隣住民の協力を得て、また、市・区・町と連携して連絡会やネットワークに参加し、地域交流と事業所の機能を活かした地域貢献に取り組んでいる。各種委員会を設置し、手作りの食事・食事会・行事食等で食の楽しみを継続し、花見・遠足などの外出行事、夏祭り等の事業所のイベント、フロア間の交流等、生活の中で楽しみが感じられるように支援している。毎月「ゆうとび庵通信」「近況報告書」を郵送して利用者個々の様子を家族に伝達し、通院介助は事業所で行い家族支援に努めている。主治医との24時間連絡体制・訪問看護の導入等、医療連携体制を整備している。職員研修・会議・委員会を定期的・継続的に実施し、職員の資質向上と連携を図り、運営とサービスに反映している。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	日々のケアに於いて、理念を基に実践している。また、理念の共有と、より良い理念となるように職員間で協議もしている。	法人理念と共に、事業所独自の基本方針を策定している。職員の行動指針となるような具体的な7項目に明文化し、「地域との連携に努め、地域に根ざしたグループホームを目指します」という、地域密着型サービスとしての意義を明記している。玄関に掲示し、毎年定期的に内部研修で検証し確認している。フロア会議や委員会で検討する際には、理念や基本方針に立ち戻り、理念の実践につなげるように取り組んでいる。	
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	地域の清掃や夏祭り等に参加させて頂き、地域の一員として交流を図っている。施設での行事等への御案内や、介護相談もさせて頂き、地域の方との関わりを心掛けている	自治会に加入し、地域行事の餅つきに参加、夏祭りに協賛したり、清掃に職員が参加している。近隣のスーパー・喫茶店・美容院なども利用している。近隣住民から花をいただいたり、介護相談を受ける等の交流もある。クリスマス会等、事業所のイベントにはボランティアの来訪もある。AEDの設置と案内、地域の介護研修会の講師、小地域ネットワーク・認知症早期発見システムの活動等、域貢献にも努めている。	
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	AED機器の設置の御案内や、介護相談窓口、地域での介護講習会等に参加し、認知症や介護についての御相談も受けさせて頂いております。		

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
4	(3)	<p>○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</p>	<p>年6回(2カ月に1回)開催し、当庵の運営報告等をさせて頂いております。構成員の方からの御意見を受けて、より良いサービスとなるように対応させて頂いております。</p>	<p>利用者・家族・地域代表(自治会長・副会長、地域住民・民生委員3名)・地域包括支援センター職員・知見者(他のグループホーム管理者)を構成メンバーとして、2ヶ月に1回開催している。会議では、ゆうとぴ庵通信を配布して、事業所の状況や活動、第三者評価受審結果・消防訓練の実施などを報告している。地域からの出席が多く、地域の情報が得られると共に、出席者を通して事業所についての情報を地域に発信する機会にもなっている。出席者からの意見や情報を運営やサービスに反映できるように努めている。議事録は玄関に設置し、公開している。家族の参加が増えるように、声掛けを継続している。</p>	
5	(4)	<p>○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に取り組んでいる</p>	<p>市・町の担当者とは、相談等での連絡を相互に行い、良好な関係を築いている。会合への参加もさせて頂き、協力的な関係となっている。</p>	<p>運営推進会議への地域包括支援センター職員の参加を通して、また、市への報告書の提出を通して、事業所の状況や取り組みを伝えている。長田区グループホーム連絡会・小地域ネットワーク連絡会・認知症早期発見システムに参加し、主に長田区との協働の機会になっている。福祉的支援が必要な利用者について、地域包括支援センター職員や区の保護課からの相談を受け、連携して支援に取り組んでいる。</p>	

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
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	年間研修計画にて年2回以上、全職員参加での研修を実施し、拘束にならないケアを考え実践するように学ぶと共に、日々のケアを振り返る機会として自己チェック表を活用しております。	「身体拘束廃止・虐待防止」について、資料確認による研修を年2回、不適切ケアについてのグループワークでの研修を年2回実施している。グループワークでの研修は、全員が受講できるように複数回実施している。身体拘束廃止の方針に基づいて、代替策の検討により、身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。言葉や接遇については、コンプライアンス委員会で現状把握と課題検討を行っている。建物の構造上、外出には職員の同行が必要であり、利用者が外出を希望した場合は職員が対応し、閉塞感を感じないように努めている。	
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に注意を払い、防止に努めている	全職員対象に年間研修計画で年2回以上、研修にて学ぶ機会を設けており、会社全体で防止に取り組んでいる。	虐待防止についても、上記身体拘束廃止と同様に、研修の実施とコンプライアンス委員会の活動等により、虐待や不適切ケアについての理解を深め、防止に取り組んでいる。気になる言葉かけや対応があれば、管理者層から、また、フロア内でも注意しあえる環境づくりに努めている。フロア会議と共に、日ごろから、相談しやすい話しやすい関係づくりに努め、介護についての悩みを抱え込まないように配慮している。個人表に身体確認の項目を設け、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	権利擁護マニュアルを活用し、年間研修計画にて学ぶ機会を設けている。また、権利擁護マニュアルも作成しております。	権利擁護に関する制度についても、資料確認による研修を実施している。成年後見制度を活用している利用者が継続的に多数あり、実務を通して理解する機会もある。今後も、制度利用が必要な利用者があれば、管理者が窓口となり、関係機関と連携し支援できる体制がある。マニュアルの整備・パンフレットの設置も行っている。	

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
9	(8)	<p>○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</p>	<p>契約の終結・解約・改定に関して、ご利用者様、ご家族様と話し合い、御理解と納得を得られるように努めている。</p>	<p>契約前に、見学や面談などを通して、できるだけ馴染みの関係が作れるように努めている。その際に、パンフレット・案内などを使って概略を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針などを説明し、文書で同意を得ている。利用料金・通院・退居条件等、質問の多い項目については、特に詳細に説明し、理解と納得を得るように心がけている。契約内容が変更になる場合は、変更箇所を文書で説明し、内容に応じて通知したり、文書で同意を得ている。契約終了時には、利用者・家族と話し合いのうえ、円滑な退居のための支援を行っている。</p>	
10	(9)	<p>○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</p>	<p>ご利用者様からは、日常の会話の中から要望等を汲み取り、ご家族様に対しては来庵時、電話連絡の際、要望等をお聞きするようしております。また、運営推進会議、ご意見箱の設置を通して、運営に反映出来るようにしている。</p>	<p>毎月、「ゆうとぴ庵通信」で事業所の行事や活動を写真も掲載して伝え、「近況報告書」で個別の身体状況や生活の様子を伝え、家族から意見・要望が出やすいように取り組んでいる。家族の来訪時や電話連絡時には、意見・要望を把握できるように努めている。把握した意見・要望は、個別の内容が多いため、フロア内で共有し個別に対応している。運営推進会議への参加・意見箱の設置でも、家族の意見の把握に努めている。</p>	

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
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	各フロアーミーティングに管理者が参加し、意見や提案等を聞く機会を設けている。	フロア会議・フロア長会議・各委員会を月に1回開催し、職員が意見・提案を出し合い、管理者も出席し把握している。各委員会やフロア長会議の内容はフロア会議で報告し、職員が共有し実践する仕組みがある。ホーム長会議が概ね2カ月に1回開催され、管理者から上位者に職員の意見・提案を伝える機会がある。管理者・フロア長が個別に意見・提案を聴く機会は、職員の希望時、また、必要時に随時設けている。利用者のケアについてが多いが、時間帯の検討による業務の効率化など、職員の意見・提案を運営やサービスに反映している。利用者との馴染みの関係を重視して、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	代表者、管理者は、従業員個々の状況を把握した上で、介護支援専門員・介護福祉士等の資格取得助成制度、各種研修会の会社負担での参加を通して、各職員がやりがい、向上心を持って、働けるように努めている。また、福利厚生も充実出来るように努めている。		
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	内部研修・外部研修等の職員の状況に合わせた研修へ参加している。研修に参加する機会を多く設け、福祉に関する知識や技術を学ぶ場を大切にしている。		
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	地域での研修会や会合等に参加し、地域包括や、同業者との交流や情報交換、サービスの向上等の取り組みを行っている。		

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
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	御本人様との面談回数を多くし、要望や困っている事等を汲み取り、不安なくサービスを提供出来るように努めている。また、介護職員同行にて面談もさせて頂き、お互いの信頼関係を構築出来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	入居される前から御家族様との面談を多くし、要望や不安に思っている事等をお聞きし、安心、納得してサービスを受けることが出来るように御説明させて頂き、ご家族様との関係づくりに努めております。		
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	御本人様とご家族様が今、何を必要とされ、どのような状況にあるのかを見極め、入居に至らなくとも、「地域の介護相談窓口」として、継続して御相談頂く体制があります。		
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	入居者様を人生の先輩として接すると共に、お互いが共感し、支え合い、信頼できる関係を築くようにしている。		
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	ご家族様、職員双方がお互いに協力しながら、ご利用者様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
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	馴染みのある場所へ外出し、関係を継続して頂けるように支援している。また、入居者様の友人の訪問等も受け入れをさせて頂いている。	馴染みの人や場所について入居時に把握した情報は、フェイスシートに生活歴欄に記録しているが、入居後に把握することが多い。家族・親戚の他に、友人の来訪もあり、居室でゆっくり過ごせるように配慮している。理髪店・病院・喫茶店など、馴染みの地域資源の利用を継続できるように支援している。各フロアに固定電話を設置し、電話や手紙でも関係が継続できるように支援している。	
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	ご利用者様、一人ひとりの個性を把握し、ご利用者様同士が関わりを持ちながら、支え合い、お互いの関係が良好に保たれるように、職員が間を取り持ちながら、関係づくりのサポートをしている。		
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	退去後もお見舞いに行かせて頂く等、退去後も関係を継続している。また、退去後も継続して相談出来るような体制を構築している。		
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	日々、入居者様と話をさせて頂く中で要望や希望を引き出し、汲み取るように心掛け、日常のケアに活かしている。また、困難な方へは、ご家族様とも相談し、ご本人様の立場になって考えて支援しております。	入居時に把握した利用者・家族の意向は、フェイスシートの備考欄やアセスメントシートに記録し、介護計画の意向欄に転記している。入居後は、日々のコミュニケーションや介護計画見直し時のアセスメントで把握し、主に、アセスメントシートの「願い・要望」欄に記録している。把握が困難な利用者については、表情や言動から汲み取れるように観察に努め、家族の意見も参考にし、利用者の立場に立って検討するように努めている。	

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
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	ご本人様、ご家族様より、これまでの生活歴等をお聞きし、今までの生活状況を把握した上で、日々のケアに活かせるように努めている。		
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	入居者様の生活リズムを把握し、ご自身のペースで過ごして頂けるように支援させて頂くと共に、カンファレンスを通じ、職員間で情報の共有にも努め、ケアの質の向上に努めている。		
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	ご利用者様、ご家族様からのご意見、ご要望を介護計画に反映させている。また、毎月のモニタリングを実施、体調、環境等に変化があれば、その都度、見直しを行っており、現状に即した介護計画を作成している。	入居時はフェイスシート・アセスメントシートを基に介護計画を作成し、基本的には3カ月ごとに計画の見直しを行っている。サービスの実施状況は、各種チェック表と個人記録に記録している。毎月のフロア会議で、ケアカンファレンスと計画内容に沿ったモニタリングを行っている。計画の見直し時には、モニタリングと再アセスメントを行い、フロア会議で検討している。利用者・家族の意向や主治医・訪問看護師の意見は、アセスメントシートの所定の欄に記録している。毎月のモニタリングで必要性があれば、随時見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画とサービスの実施状況の連動性が明確になり、モニタリングの根拠となるような個人記録の工夫が望まれる。また、個人記録には、体調・生活の様子・支援や対応の経過などを記録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	毎月、ケアカンファレンス、モニタリングを実施し、情報の共有やケアの統一を心掛け、介護計画の見直しに活かしている。日々の様子、ケアの実践等に関しては、個別のケース記録に記入を行っている。		
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	ご本人様やご家族様のご要望により、状況に合わせたスピーディーかつ柔軟な支援が出来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
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	近隣の喫茶店や美容院を利用したり、地域の催し物への参加、民生委員との交流、ボランティアの方に来て頂く等、地域の方との交流を持ちながら、ご本人様の暮らしを支援している。		
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	ご利用者様、ご家族様が希望される医療機関への通院を支援し、往診医師についても、ご理解と納得された上で適切な医療を受けられるよう支援している。	契約時に意向確認し、利用者・家族の意向に沿った受診支援を行っている。協力医療機関による定期的な神経内科の往診、必要時の歯科医の往診を受けられる体制がある。外部のかかりつけ医・皮膚科・眼科・整形外科・泌尿器科の通院での受診には職員同行し、直接様子や病状を伝えている。受診結果は施設日報・往診記録・受診記録に記録し、家族には電話や「近況報告」で報告している。訪問看護を導入し、週1回の訪問を受け、「健康管理チェック表」に記録している。	
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	看護師と連携し、ご利用者様の状態等、ご相談し対応させて頂いております。また、配薬等、薬剤に関しても指導、相談を受けております。		
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。	入院時には医療機関へ情報提供を行います。入院中は御家族様、医療機関と連携を密に取り、情報交換を行い、ご利用者様の状態把握に努めております。また、ご本人様、ご家族様が不安なく退院されるように職員間での情報共有等にも努めております。	入院時は職員が同行し、「介護サマリー」等で情報提供を行っている。入院中は面会に行き、必要があれば洗濯物などの支援を行っている。家族・地域医療連携室などと連携をとり、早期退院できるように支援している。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、退院後の支援に反映している。	

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	重度化した場合の対応に係る指針、看取りに関する指針に沿って、入居時から重度化や終末期について御家族様と、話し合いをさせて頂いております。また、状態に合わせ、段階に応じて話し合いをさせて頂き、ご利用者様や御家族様が不安なく過ごして頂けるように配慮しております。御家族様、かかりつけ医、職員とでチームケアに取り組んでおります。	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」に沿って、重度化・終末期に向けた事業者の指針を説明し、同意を得ている。アセスメントシートに「ターミナルや死後についての願い・要望」欄を設け、3カ月ごとに意向確認を行っている。経口摂取が困難になる等、重度化を迎えた段階で、主治医からの説明を受け、家族とも話し合い、家族に意向に沿った支援に取り組み、経過は「経過記録」に記録する仕組みがある。	
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	主治医や看護師に指導を受けると共に、救急対応マニュアルを作成しております。また、全職員「市民救命士」の講習の受講を会社負担で実施。職員の意識の向上に努めております。また、AEDを2F玄関に設置している。		
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	年2回の消防訓練・非常時災害避難訓練を実施し、その際、近隣の方にもお声掛けし、地域との協力体制を築いている。また、災害時マニュアル・非常持ち出し袋も用意しております。	年間計画に沿って、年に2回、通報・消火・避難誘導の総合訓練を実施している。昼夜想定で、可能な利用者は参加している。訓練時には近隣にお知らせし、見学をお願いしている。近隣に職員が多く、緊急連絡網で連絡する仕組みもある。非常災害時の非常災害時マニュアルを整備し、消防署来訪時に災害時の避難場所を確認している。各フロアにもち出し袋を設置し、水・乾パン・備品等備蓄を行っている。	利用者数も考慮して、備蓄の内容についての検討と整備、また、担当者を設置する等管理の仕組み作りが望まれる。

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	接遇、プライバシー保護、個人情報の取り扱いに関する研修を行い、理解や知識を深めると共に、毎日の自己チェック表にて振り返る機会も設け、職員の日頃からの意識向上に努めております。	プライバシー保護・個人情報保護・接遇について、資料確認の研修を実施している。プライバシーへの配慮・適切な言葉かけ・尊厳を傷つけない等、毎日の自己チェック表で振り返る機会を設けている。コンプライアンス委員会からも発信し、意識付けを行っている。個人ファイル類は事務所の鍵のかかるキャビネットに保管し、「ゆうとぴ庵通信」や掲示の写真については家族に意向確認し、個人情報の適切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	ご利用者様の思いや希望を傾聴し、自己決定が出来るような雰囲気作りを心掛けている。		
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	一人ひとりのペース、生活のリズムを大切にし、ご利用者様の状況に沿った支援を行えるように心掛けている。		
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	ご利用者様の好みを尊重し、おしゃれを楽しんで頂ける支援を心掛けています。		

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
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	定期的に開催しているお食事会では、ご利用者様と相談しメニューを決定しております。また、ご利用者様の力量に応じて職員と一緒に準備をし、お食事を楽しんで頂いております。	委託業者から献立と食材の搬入を受け、各ユニットで調理し、手作りの食事を提供している。利用者個々の摂食状況を献立ごとに「食事報告書」に記録し、必要に応じて管理者から委託業者に伝え、献立等に反映するようにしている。刻み食やミキサー食には、ユニットで対応している。毎月、食事委員会を開催し、「食事会」や変更メニューに、利用者の希望を採り入れている。野菜の皮むき等の下準備やお盆・テーブル拭き等、利用者ができることに参加できるように支援している。夏祭りにはバイキング、秋の遠足には外食や弁当など、変化が楽しめるように工夫している。	
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	ご利用者様の状態に合わせた食事形態で提供しております。食事量、水分量の記録も行っており、栄養状態の把握にも努めております。また、その結果を主治医に相談、意見を伺いながら、日頃のケアに活かす様にしている。		
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	毎食後の口腔ケア、口腔体操を行い、ご利用者様に合った口腔ケアを実施し、口腔内の清潔保持に努めております。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレの声掛け、排泄パターンに応じたトイレ誘導により、おむつやパットに頼らない、自立に向けた支援を行っております。	「個人記録」「個人表」に記録し、排泄パターンや排泄状況を把握し、声かけ・誘導により、日中はトイレで排泄できるように支援している。夜間は、安眠にも配慮し、個別の方法で支援している。状況に変化があればその都度検討し、現状に即した排泄用品や介助方法を試行し、毎月のカンファレンスで共有している。ドアの開閉・誘導時の声掛けなど、羞恥心やプライバシーに配慮した支援の周知に努めている。	

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
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	散歩や適度な運動にて便秘の予防に努めている。また、食事量、水分量にも記録を行っており、主治医と連携を取りながら、便秘の予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	ご利用者様の要望に沿って入浴して頂けるように、その都度、対応出来るように努めております。入浴介助指針に沿って、柔軟に対応しております。	週に2~3回の入浴を基本とし、利用者の生活習慣や状況に応じて臨機応変に支援している。入浴介助指針に沿って、安全でプライバシーに配慮した個別支援に取り組んでいる。異性介助を嫌がる利用者には同性介助で対応し、入浴を嫌がる利用者には、無理強いせず声かけやタイミングを工夫している。会話しながら一人ずつゆっくり入浴できるように、また、時には入浴剤を使用する等、入浴が楽しめるように配慮している。	
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	ご利用者様一人ひとりの生活習慣を尊重し、ご自身のペースにて過ごして頂けるように支援している。また、体調不良や睡眠不足等、その方の健康状態に合わせた対応を心掛けております。		
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	主治医・看護師の指導のもと、薬剤管理を行っております。また、薬剤に関しての相談・指導・助言も頂いており、適切な服薬支援が出来るよう取り組んでおります。		
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	ご利用者様の生活歴、残存能力を把握し、日常生活の中で楽しみや役割を感じて頂けるような支援を心掛けている。また、個別ケアでの支援も行っている。		

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
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	ご利用者様のご要望により外出する支援を行っている。福祉車両での送迎、同行もさせて頂き、柔軟に対応できるようにしてあります。	利用者の身体状況の低下や立地条件により、外出が困難になりつつあるが、散歩・買い物・喫茶店等、利用者の希望に沿って外出できるように努めている。受診で外出する際にも、希望の場所に立ち寄れるようにしている。行事委員会で花見や秋の遠足を企画し、秋の遠足では水族園・公園・食事・買い物等で、普段は行けないような場所に出かけられるように取り組んでいる。福祉車両を活用し、車いすを使用している利用者も外出できるように支援している。	
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	ご利用者様の状況に合わせて金銭管理をさせて頂いております。お買い物時には、ご自身で会計をして頂くなどの支援をさせて頂き、買い物をしていると実感して頂けるよう支援している。		
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	各フロアに固定電話を設置しており、電話して頂く声掛けをする等の支援もしております。手紙のやり取りもして頂けるよう柔軟に支援させて頂いております。		
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	建物内の湿度、温度調整に気を配り、季節感のある作品を展示し、居心地の良い空間となるように支援させて頂いております。また、ご利用者様のレクリエーションの写真を展示するなど、雰囲気作りを心掛けております。	基本方針に整理整頓・家庭的で季節感のある雰囲気づくりを明示し、取り組んでいる。温度・湿度調整に配慮し、各フロアの間取りや利用者の状況に応じてテーブル・椅子・ソファ等の配置を工夫し、快適に安全に過ごせるようにしている。利用者の配席を調整し、落ち着いて居心地よく過ごせるようにも配慮している。各フロアの壁面に大きなコルクボードを設置し、利用者で制作した作品や写真など、フロアごとに工夫したレイアウトを行い、また、七夕飾りや観葉植物なども飾り、季節感や生活感が感じられるように工夫している。	

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
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	ソファ等を設置し、一人になれる場所を作り、ご利用者様の状況に応じた支援をさせて頂いております。また、ご要望があれば模様替えも行っております。		
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	入居前に使用していた物や使い慣れた物を持って来て頂き、好みの空間にして頂けるように支援しながら、安全にも配慮するようレイアウトを検討している。	ベッド・クロゼット・机・椅子が設置されている。家族の協力を得て、キャビネット・椅子・テレビ等使い慣れた家具や道具、仏壇・家族の写真・人形・ぬいぐるみ等大切なものを持ち込み、馴染みのものに囲まれて落ち着いて過ごせるように支援している。利用者の状況に応じて配置を変更したり、クッション材を付ける等、安全面にも配慮している。	
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	スロープや手すりなどを設置し、自立した生活ができるように支援しております。また、目印や張り紙等にて表記し、ご自身で判断出来るように対応、声かけの際も具体的な声かけをするよう支援している。		