

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	2870902174		
法人名	医療法人社団 甲有会		
事業所名	アネシス西宮		
所在地	西宮市柳本町8番7号		
自己評価作成日	平成22年8月30日	評価結果市町村受理日	平成23年1月6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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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6-8-102		
訪問調査日	平成22年9月15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)】

入居者が、地域の一員として社会と触れ合いながら過ごせるよう心掛けている。独居は難しくとも、『共同』で行う事で一人ひとりが輝いて生活できるよう意識している。生活の中で、できない事に着目するのではなく、『共同』で行う事方法を探ることにより、生活リハビリの視点を持ちやられるのではなく、知らない間にしているリハビリを続け、生活能力の維持に努める。本人のできることを当たり前と思うのではなく、「ありがとう」という言葉を大切に、本人がすることへの満足感を得られるよう配慮している。

【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)】

基本理念に掲げられた「ふつうの暮らし」の中で、ADL、QOLの維持向上を目指し、利用者一人ひとりについて細やかな個別ケアに取り組んでいる。各利用者について毎月、日頃の様子、重点を置くケアについてなど、細かな項目にわけて文書にまとめ、現状の把握に努めると共に、家族にも報告している。職員が各委員会活動を企画・参加し、研修会に全員が出席できるように複数回設定し、時間を見つけてミニ研修会を行うなど、職員の育成に力を注いでいる。立地条件にも恵まれ、散歩・買い物・外食などに日常的に外出できている。協力医の往診と常駐の看護師との連携により、医療的にも利用者と家族の安心感を得ている。

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)	○	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

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
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	理念などは壁に貼るなどして見れる環境を作っている。新入職者が社員になる際、法人理念に関するテストを実施している。	法人理念を元に職員全員で話し合いを持ち、グループホーム独自の職員が理解し易いことばで理念を作り上げている。エントランスやフロアに理念を掲示し、利用者・家族・職員に浸透できるようにしている。新入職者には、オリエンテーション時に理念について説明し、法人理念については暗唱できるようにしてグループホーム独自の理念を浸透出来るように取り組んでいる。ミーティングや普段のケアの中で常に理念に立ち戻って話し合いを持ち、理念の浸透を図り、理念を共有し実践できるように取り組んでいる。理念に基いたケアの実践については利用者の自立支援について特に職員に浸透しており実践出来ている。	
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	あいさつの実施 夏祭りへの実行委員会からの参加 地域行事へ入居者の参加 民生委員とのかかわりなど、できる限り交流に努めている。	自治会の会合には出席できていないが、地域の会長や民生委員の方とは普段より話す機会がある。特に民生委員の方からは地域の行事・イベントの紹介があり、地域の祭りには出店し地域の子供との触れ合いが持てるよう取り組んでいる。中学生のトライアルウィークの受け入れも整えていたが、今年度は実習者がなかったため受け入れには至っていない。夙川大学の実習生の受け入れは行っている。元利用者の家族や元職員・利用者家族の方がボランティアで来訪され交流を持っている。利用者が外出や買い物などで出かけると地域の方とも日常的に気軽に挨拶や話をする事もできている。地域のスーパーも利用者と同様になり、気分不良時の連絡や品物の取り込みがあった際にも理解を得て、利用者が地域とつながりながら暮らせるように理解と協力を得ている。認知症介護相談を行っており(地域包括・近隣住民の方に広報している。)地域で暮らす方の介護相談を事業所として受ける取り組みを行っている。近隣の方もこの取り組みで気軽にお茶を飲みによられる方も出てきている。	

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
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	外出の際、積極的に挨拶をする。 介護相談の実施をしているが、まだまだ機会は少ない。	/	
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	地域行事の情報を民生委員より頂き、参加につなげている。	年6回実施、家族代表者・民生委員・地域の方・市役所職員・知見を有する者(他のグループホームのケアマネージャー)の参加で実施している。活動報告・入居状況・職員の移動・委員会の報告(リスクマネジメント・業務運営委員会・研修委員会・完成防止委員会)出席者の方からの地域の情報提供が行われている。事前に出席者の方に議題や話し合われる内容については文書で知らせ、会議に出席してもらうようにしている。	
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に取り組んでいる	市の担当者と電話による連絡をとり、現状の問題点の相談などを行っている。	質問や疑問・問題があるときには、電話や市に出向いて連携を図れるように取り組んでいる。頻りに相談を行い、助言をもらっている。毎月空き情報は、市に送付し状況を把握してもらえるようにしている。4ヶ月に1回行われるグループホーム連絡会に出席し、市の方の出席があるときは相談や助言を受けている。スプリンクラー設置の話があった時には参加し情報提供を受けている。市の介護保険課より定期的にメールで情報提供を受けている。	
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	委員会でのミニ研修、全体への研修を通じて知識と意識の向上に努めているが、現状では言葉による拘束はしている場面も見られる。	リスクマネジメント委員会で身体拘束についての研修を定期的実施している。研修は一つの項目について日にちを分け、全員が出席できるようにしている。ミニ研修会で具体的な事例を取り上げ話し合いを持ち浸透を図っている。言葉による拘束や虐待については、聞かれたときに管理者より注意を促している。建物内はエレベーターの自由に使い移動できるようになっている。先日離院があったが、職員で話し合いを持ち施錠で再発防止を図るのではなく、見守りや利用者の行動を把握することで安全性を確保し、拘束をしない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
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	委員会でのミニ研修、全体への定期的な研修を通じて知識と意識の向上に努めている。	言葉による虐待については、ミニ研修会を実施し浸透を図っている。身体的虐待より言葉による虐待は発見が遅れることが多いことを管理者は理解している。職員へは、有給をきっちり取れるようにし、リフレッシュできるように取り組んでいる。管理者より声かけを行い、不安や不満がある場合には、相談がいつでもできるように配慮している。	
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	研修では取り組みを行っているが、スタッフの中の知識や意識もまだまだ不足しています。	入居前より成年後見制度の利用をしている利用者があり、研修で職員の知識と理解を深めている。外部で行われる研修に参加し、伝達研修も行っている。	
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	見学时、契約時に管理者またはケアマネから説明を行い文章で提示している。	見学に来訪され利用申込書を出される事が多く、申込書を出されて1ヶ月以内には、管理者が面接に行くようにし、契約書の内容で問題や疑問が生じ易い項目に関しては、見学や面接時から話をし契約に至るようにしている。利用料金・入居・退去要件・医療連携の状況・受診・入院についてなど、施設によって違いがあるところを誤解がないように十分に説明を行うようにしている。契約書・重要事項説明書で変更が生じた場合は、変更部分を文書化し変更部分について同意をもらうようにしている。	
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	家族が来られたらできる限り話を聞き家族からの意見を聞くようにはしているが、家族会の実施や、家族同士が話をする機会は設けられていない。	直接家族が来訪されたときに話を聞くようにしている。利用者の方には、普段の生活の中で聴かれる話、利用者同士の話から希望や要望・意見を聴取するようにしている。面会簿に意見要望欄を設け、家族から聴取できるようにしている。面会が少ない家族の方には、利用者の状況報告時に意見や要望がないか話を聞くようにしている。評価時のアンケート結果から話し合いを持ち意見や要望を反映できるように取り組んでいる。	

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
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	ミーティングや委員会の場での意見の聴取。個別に面談の時間を設け意見を聴く機会は設けている。トップダウンの運営ではなくボトムアップの運営を目指しているが、まだまだであると感じている。	ユニットミーティング前に司会者がアンケートを事前に取り、意見や要望が出され反映されるようにしている。職員の適正人数についても利用者の状況で話し合いを持ち、時間帯の応じて職員配置を変えるような、職員の意見の反映も行っている。ショートカンファレンスでは、緊急性が高い事項や直ぐに改善できる事項、事故発生時などに話し合いを持ち、運営に反映させるようにしている。管理者へ直接話された事項は、必要に応じて会議で話し合い反映できるようにしている。	
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	職員によって感じ方はさまざまである。		
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	プリセプターシップを取り入れ、研修シートを作成し、フォロー体制をとっている。施設内研修を委員会中心に実施している。		
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	GH連絡会を通じ、他施設の管理者と連絡相談したり、待機者の中で緊急度の高い方に紹介したりしている。		
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	家族からの情報なども記録に残し、残スタッフが情報を共有でき信頼関係を気づいていけるよう取り組んでいる。		
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	家族様にはスタッフから声をかけさせていただき、関係を築くよう努め、要望などが聞き出しやすい関係づくりに努めている。		

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
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	家族・本人の希望を聞き、本人の自立支援が行えるように努めている。全スタッフが、基本情報を共有しサービスへ取り組めるよう努めている。		
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	『共同』で行うことを念頭に入れ、ケアに取り組むようにしている。できないから補うのではなく、どこを補えば一緒にできるかを考えながら役割を持っていただけるよう取り組んでいる。		
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	情報の交換をしたり、参加できる行事には参加いただけるようお声をかけていく。		
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・知人が安心して訪問できるような雰囲気づくりを心がけている。 字が書ける方には手紙を書いていただいたり、様子うかがいの電話をかけることなどを支援している。	日常的に散歩や買い物で馴染みの場所に出かけることができている。知人や友人の来訪もあり気持ちよく面会出来るように支援している。手紙が来た時には、返事が出せるように支援している。馴染みの人や場所を利用時より聴取するようにしており、入居後も普段の話から把握するようにしている。	
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関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士が安心して生活できる場づくりと、個人が負担を感じることをないように努める。 スタッフが会話の中に入り、円滑にコミュニケーションが図れるよう支援する。『団樂』の場を大切にする。		
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	入院などで退居された方などへは、定期的に連絡を取り、相談などに乗れるよう努めている。		

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	
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	個別性に重点を置き、ケアの選択をしている。見直しの際にも本人の意向や思いを大切にプランを立てるように努めている。	利用開始時には、家族にアンケート用紙の記載を依頼し意向や思い、暮らしぶりなどが把握できるようにしている。面接シートの家族確認事項のシートで詳細を把握している。入居後は毎月日頃の様子、重点を置くケア、食事、入浴、睡眠、排泄、行事参加、面会、外出など細かな項目について家族に報告を行い家族には状況が把握しやすいようにし、それに関する家族の意向を来訪時に聞き取るように努めている。利用者については、職員に観察・気づきの大切さを話し、日々のコミュニケーションの中から利用者の意向や希望が汲み取れるように指導している。		
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	入居後の生活変化が大きくなるよう、持参される用具などのアドバイスを行っている。家族・本人との会話の中で本人の歴史がわかるよう努め、記録し情報を共有するようにしている。			
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	ひとりひとりとできる限り偏ることなく個別に対応できるよう心掛けている。記録を通じて過ごし方、心身の状態、役割などが把握できるようにしている。			
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	ケアマネが中心となりプラン作成している。担当スタッフからの気づきを声を上げていくことや、ショートカンファレンスを通じて職員間の意見聴衆はしている。その反面、家族の意向は重視していても家族がプランに関わる場面が作れていない。	利用者・家族の意向や希望、職員の気づきを取り入れ、ケアマネージャーが中心となり介護計画を作成している。計画から出てくる指示事項や観察事項を书面化し、実施した内容が記録として残るようにしている。計画の実施状況の確認はケアマネージャーが行い、介護計画の見直しに活用しているが、モニタリング・評価が文書化されていない。計画の同意は、家族が来訪時に説明を行い同意を得ている。随時と定期的(3ヶ月に1回)見直しをおこなっている。	介護計画の実施状況を基にモニタリングと評価を行い、記録に残されることが望ましい。また、安定している利用者についても、月に1回程度は状態を確認し、介護計画が現状に即しているかを検討することを期待する。	

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
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	月に1回のユニットミーティングやショートカンファレンスでケアの方法などを話し合い実践や見直しを行っている。		
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	スタッフが余裕をもって一人一人の状況を見極め、現場からの声を上げていけるようにする。突発的なニーズには現場スタッフの判断で実行したり、カンファレンスで変更などに対応している。		
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	行事参加などはしているが、実際の地域資源を把握し支援に取り組んでいるとは言えない。		
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	それぞれの主治医による往診や受診時の情報提供、相互間の連絡調整などを行っている。	入居時、希望する医療機関や医師を選択でき、馴染みのかかりつけ医を継続することもできる。ホームの協力医の往診は月2回で、看護師が同席し、指示内容は個別の指示書に記入し職員で共有している。薬は薬局の薬剤師が配薬し、看護師が管理している。歯科は月2回、口腔ケアと必要に応じての治療と義歯調整に往診している。かかりつけ医への受診については、通常は家族が同行し、口頭または書面で情報提供を行っている。緊急時は職員同行で受診し、家族に引き継いでいる。	
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	日常生活の中で気づいた異変に関しては、細かいことでも看護師に報告相談している。緊急時も、24時間オンコール対応し、受診や看護へつなげている。		
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。	管理者、ケアマネ、看護師が情報交換しており、安心して治療できるようにしている。また、必要な情報はスタッフへも伝達し、退院後の生活支援につなげている。	入退院時には、入院時情報提供書、退院時サマリーなど書類によって情報を共有している。入院中はお見舞いに行き、混乱が少なく過ごせるように支援している。地域連携室と連携し、退院後の生活に向けて早期対応に取り組み、早期に退院し、職員間で情報を共有しスムーズにもとの生活に戻れ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
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、事業所ですることが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	ホームでの生活が困難になる時を見越して、早い段階より説明したり、相談に乗っていくなどの支援を行っている。看護師よりもしもの時の延命治療をどこまで望んでいるかなど、必要に応じ家族と話し合う機会を持つようにしている。	契約時に終末期についての指針や対応を説明し同意を得ている。入居時にも終末期についてアセスメントを行っているが、医師が判断した後、随時話し合いを重ね、対応している。事例が発生した時には看護師が中心になり、ミーティングで状況報告や対応について指示を行い方針を統一して対応している。	
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	対応マニュアルを作成し、研修を行うなどしている。ただ、スタッフ個人個人で理解、対応能力に開きはある。		
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	避難訓練の実施。研修をして対応方法の熟知に努めている。	緊急時対応マニュアルを整備し、避難訓練を年に2回、昼夜想定で行い、昼想定は利用者参加で行っている。ハザードマップを確認し、災害時の対策を検討している。運営推進会議で近隣の方との協力を依頼し、近隣に住む職員との連携についても話し合っている。備蓄はある程度準備できている。	
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	人生の先輩、目上の方として尊敬をもって言葉かけをするよう心掛けているが、時に不適切な場面も見受けられる。	個人情報保護・プライバシー保護についてマニュアルを整備し、研修を行い、職員に浸透を図っている。新入職者については、法人・事業所の両方の新人研修で指導し、共通認識が持てるように徹底している。気になる言動については、その都度助言したり、必要に応じてミーティングなどで対応策を話し合い改善を図ると共に、日常的な意識付けを心がけている。	
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	本人が選んで希望することができるよう、質問の仕方を意識し、選択方法も本人の能力によって工夫している。しかし時に不適切な対応も見られる。		

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
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	大枠としての一日の流れはあるが、起床時間や一日の過ごし方は本人の意思にある程度任せている。ただし、本人の意思を優先の仕方が時に不適切と思われる場面もある。		
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	出来る限り本人が選べるよう働きかけ、季節感等考慮できるような支援をしている。		
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	献立は決まっているが、調理などしていただける部分は一緒にしていくなど支援している。またおやつや外食などで入居者の好みを反映できる場を作っている。	昼食と夕食は食材と献立を業者から搬入しているが、利用者の好みや食べ易さを考慮し調理法を工夫しながら手作りで調理している。利用者ができるだけ調理・後片づけに参加できるように、状態や気分に応じて場面設定・声かけに工夫している。外食・出前も交え、変化を楽しんでいる。職員も、見守りながら同じ食卓で食事をとり、家庭的な雰囲気の中で食事を楽しめるように配慮している。	
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	栄養士の献立による食材サービスを、昼食・夕食利用することで、朝食やおやつ、たまの外食があってもおおむねバランスよく摂取できるようになっている。水分量も毎日把握し連日水分量が少ないということにならないよう努めている。		
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	個々に合わせて行っている。		

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	ショートカンファレンスなどを利用し、よく話し合っているが、なかなかうまくいかないことも多く試行錯誤している。安易におむつを使用せず、使用するか否かの判断の際も、本人の価値観などを考慮するよう心掛けている。	排泄チェック表で排泄パターンを把握している。安易におむつを使用しない事を前提に、利用者一人ひとりについて個別に話し合いを重ね、排泄の自立を目指して取り組んでいる。個人の身体状況・価値観を考慮し、よりよい方法を模索しながら個別対応している。	
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	野菜をしっかりメニューに取り入れ、水分補給や、寒天の利用、運動面での工夫している。		
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ず、個々にそった支援をしている	共用はしていないが、業務優先になりがち。その中でも、本人の習慣により夕食後に入浴されている方もある。	利用者の生活習慣と身体状況を把握し、人員体制なども考慮に入れ、できる限り利用者の希望に沿った時間帯で安全に入浴できるように努めている。チェック表で入浴状況を把握し、拒否傾向にある利用者も、声かけやタイミングに工夫し、3日に1回程度はの入浴できるように取り組んでいる。	
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	寝具の清潔面や室温など、安眠できる環境を整えるよう努めているが、不足していると感じる面もある。		
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	薬剤情報の一覧はスタッフがすぐに見れる環境にしている。薬剤師の服薬の研修を実施している。ミーティングなどで、看護師から服薬について話をしている。症状の変化があれば看護師に報告し、医師の判断を求めるよう努めている。		
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	気温等に左右される場面もあるが、ユニットの中だけで一日の生活が完結しないよう心掛け、外出への支援を行っている。ただ、本人の趣味の部分への取り組みはなかなか出来ていない。		

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	個別に行けそうな場所を考え、数名で外出できるように担当スタッフを中心に取り組んでいる。 季節・気候などにより、行き先を考慮し外出への支援をしている。	近隣にスーパー・商店や公園などがあり、散歩や買い物など、日常的な外出を頻回に行っている。希望を聞いて、少人数で外食や喫茶にも出かけている。外出を拒否される方も、他のユニットや中庭で過ごすなど、1日1回はフロアから出て気分転換が図れるように配慮している。外出記録を個別にとり、毎月家族にも報告している。年間計画を立て年に2回の遠足、新年会・忘年会での外食などを行事として企画すると共に、家族の理解と協力を得て、個別の外出も支援している。	
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	基本的にはお預りしているが、小銭程度は家族の了承の下本人が所持されている方もある。職員同行での買い物時、お預りしている金銭にて欲しいものを購入したり、本人所持の金銭にて購入したりされる場合もある。		
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	本人の希望があれば、家族などに支障のない範囲で施設の電話を使用し電話をかけた後、あらかじめ家族に同意の得ている方からの電話を繋いだりしている。郵便物も届けば本人に渡したり、出しに行く際の支援は行っている。		
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	植物を置いたり清潔に保つよう心掛けている。また、室温・湿度の調節をしたり、水濡れや汚染をそのままにしないなど事故防止、衛生面にも気をつけている。	各ユニットの利用者の状況に合わせて家具の配置や装飾を工夫し、利用者の状況の変化など必要に応じて随時変更している。換気に心がけ室温・湿度を管理し、快適な環境の確保に配慮している。ソファの位置に工夫し少人数でもくつろげるようにするなど、居心地のよい共用空間づくりに努めている。	

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
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	その時の入居者間の関係性などを考慮し、コミュニティを作れるよう配慮しながらリビングの机の配置やソファの配置を決めている。		
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、家族と相談しながら本人が使い慣れたものを持ち込んで頂くようお願いしている。SSの時、家具は貸し出しているが寝具は持ち込んでもらいできるかぎり本人の好みを活かせる工夫をしている。	入居時にアセスメントを行った際に自宅の状況を把握し、使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んでいただき、落ち着いて生活できるように支援している。居心地よく過ごせるように清潔に心がけ、安全面の環境整備にも努めている。	
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	居室に名札を貼ったり、トイレやお風呂にも分かりやすいマークを入れるなどして分かりやすくする。導線上にはできるかぎり物を配置しないようにし、安心して歩けるよう努めている。		