

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	2871000473		
法人名	株式会社 ユニマツトそよ風		
事業所名	グループホーム 芦屋ケアセンターそよ風		
所在地	兵庫県芦屋市松浜町13-18		
自己評価作成日	H25.11.19	評価結果市町村受理日	平成26年2月17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)】

地域密着型サービスに位置付けられている意味をしっかりと理解し、いかに地域に飛び込んでいけるかを考えてきました。さらに、地域に向けてのグループホーム・認知症についての情報発信を心掛けてきました。掲示板を使っのての情報発信、地域イベントがあれば出来る限り参加して、認知症の方々が実際はどの様な感じなのかを少しでも身近に感じて頂けるように取り組んできました。また、家庭的な雰囲気や大事にして、気軽に立ち寄れるようなセンターになれるように心掛けています。『大丈夫。そよ風があるから』と地域の方々に思って頂けるようにこれからも地域の一人として関わらせて頂きたいと思っます。

※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11月25日		

【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)】

事業所は住宅地に立地しているが、近くには海浜公園等、自然に恵まれた環境にある。食事づくりを事業所で行う等、家庭的な雰囲気づくりに努めるとともに日々の生活を大切にしている。夏祭り等での地域との交流や掲示板を活用しての認知症についての情報発信等、地域貢献に積極的に取り組んでいる。職員と利用者の関係も「介護する人」「介護される人」でなく、利用者から教えてもらったり、教えたりと「卒業証書」や「修了証書」等を上手く活用しながら、事業所で共に暮らし支え合う関係づくりに努めている。個別の介護計画、モニタリング、評価の過程が連動しており、個人記録も本人の生活の様子がよくわかる記述となっている。また、一定の条件のもとで、看取りの支援に取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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
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	事業所の理念は『利用者・家族・国のニーズを満たす事が自分達の使命である』です。また、会社のそよ風憲章を朝礼の際に復唱して、意識統一を図っています。	法人の基本理念である「そよ風憲章」をもとに、「利用者・家族・国のニーズを満たすことが自分達の使命である」という事業所独自の理念をつくりあげた。国のニーズは地域のニーズを満たすことであり、地域密着型サービスの意義・目的を踏まえた事業所づくりを目指している。理念を事務所に掲示するとともに、憲章を朝礼時に唱和し、ユニット会議・全体会議等で日々のケアを理念に立ち返って理解と浸透を図っている。また、新入職者には管理者が理念の内容を説明している。利用者・家族とのコミュニケーションづくりを通じて、希望や意向の把握に努める等、理念の実現に向けて取り組んでいる。	
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	地域のイベントに積極的に参加している。また、地域の方々とも交流を持てるように間に入って支援している。	自治会に加入し、自治会だより等で情報を把握しながら、地域の夏祭りやラジオ体操等、地域の行事に積極的に参加している。事業所での夏祭りに、地域の人達が飲み物を差し入れ参加している。毎月の近隣の花壇の清掃活動への参加や、老人会への事業所会議室の提供、事業所の掲示板を活用して認知症についての情報発信等、地域の一員として必要とされる活動や役割を担っている。また、管理者や職員が認知症サポーターとして地域の人達を支えている。	
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	センターの掲示板にて、グループホームとは？認知症とは？などの情報発信をしている。また、近隣の方々との挨拶などを通じて、実際に認知症の方々との交流の場を意識して作っています。		

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	2ヶ月に一度のペースで開催している。自治会長・民生委員・行政・家族等に参加して頂き、近況報告をさせて頂いている。	市職員、地域包括支援センター職員(少なくとも、どちらかが参加)、自治会長、民生委員、家族等が参加し、2ヶ月に1回開催している。利用者の状況や行事・研修内容など事業所の取り組み、第三者評価の受審結果とそれに対する目標達成計画等などについて報告し、質疑応答を交えて話し合いを行っている。会議の議事録は、すべての家族へ送付している。運営推進会議での提案により、クリスマス会で利用者の生活ぶりをスライドショーとして流す計画があり、運営推進会議を活かすよう取り組んでいる。	利用者の状況等を勘案しつつ、可能な限り利用者へも参加を呼びかけ、外部者に意見等を表す機会づくりとしてみてはどうか。
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	毎月、グループホームの空き情報を送ったり、利用者状況を密に報告している。また、運営推進会議にも参加して頂いている。	運営推進会議に市職員や地域包括支援センター職員の参加があり、事業所の状況や取り組みの情報提供を行っている。月2回、市から派遣される介護相談員の受け入れを行い、事業所の取り組みや実情を見てもらい、助言・提案等を得ている。随時、電話や窓口訪問等で市担当者と法令解釈や課題等の相談を行い協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	身体拘束委員を設置しており、また、職員には研修を通じて理解を深めている。身体拘束は現状なし。	年間内部研修計画に採り入れ、職員が輪番制で講師を務めて、身体拘束がもたらす弊害や禁止の対象となる具体的な行為等について学んでいる。研修後は研修報告書の提出と議事録の回覧により理解の浸透と共有を図っている。事業所内で「身体拘束・虐待防止友の会」を発足させ、月1回全体会議の中で「身体拘束をしないケア」への取り組みについて話し合い、特に言葉による拘束が起こらないように努めている。基本的には玄関は施錠しているが、職員が玄関近くで見守り可能な時間帯は開錠し、エレベーターは利用者の使用希望が表出された時は職員間で連絡を取り合って身体拘束をしないケアの実践に向け取り組んでいる。	

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
7		(6)	<p>○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</p>	<p>虐待防止委員を設置しており、虐待が出ない様に話し合い、毎月の全体会議にて注意喚起しています。</p>	<p>上記の身体拘束をしないケアへの取り組みと同様に、内部研修、「友の会」等で心理的虐待も含めて高齢者虐待防止関連法等を学んでいる。職員更衣室に啓発ポスターを掲示し、職員の理解がより深まるよう努めている。利用者の表情や、更衣・入浴時には身体状況に留意し、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。基本的には、残業はしないよう伝え、できる限り希望を取り入れたシフト調整を行うなど、管理者は職員の疲れやストレスが利用者へのケアに影響を与えないよう務めている。</p>	
8		(7)	<p>○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</p>	<p>研修を実施。成年後見制度についての理解を深めている。</p>	<p>「成年後見制度について」を年間研修計画に採り入れ、またプライバシー保護の研修でも権利擁護に関する制度について学ぶ機会を設けている。研修に参加できなかった職員には資料配布、議事録の回覧等で理解と共有に努めている。現在、成年後見制度を活用している利用者もあり、後見人への身体状況の報告や証憑類の準備・提供等の支援を行っている。制度の活用が必要であれば、円滑に支援出来る体制を整えている。</p>	
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>入居前の契約時に重要事項説明書等を使い、リスクについてや、質問を受けて、応えて納得した形での入居を心掛けており、説明しています。</p>	<p>契約前の見学・申し込時等に、管理者が契約書・重要事項説明書内容について概略を説明し、契約時には十分に時間をかけて説明し理解と納得を得ている。特に退居条件や自由と危険のリスク等については時間をかけて説明している。料金改正等契約書の内容を改定する時は、家族に変更の根拠等を明示した書面を送付し、同意を得ている。また、事業所から解約を申し出た事例はない。</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
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	運営推進会議で意見を頂いたり、家族の来訪時に要望などがあれば聞いて、そのニーズに応えられるように取り組んでいます。	家族訪問時には必ず近況報告を行い、介護記録を見てもらいながら、家族とのコミュニケーションづくりに努め、要望や意見などが出やすいよう取り組んでいる。遠方在住や訪問頻度が少ない家族には手紙による近況報告を行っている。把握した要望や意見等は「意見要望シート」に記録し、各ユニットの全職員に回覧している。年一回、クリスマス会後に家族会を開催し意見交換の場を作っている。運営推進会議には、全家族に参加を呼びかけ、家族の要望・意見を聴取する貴重な機会として活用している。また、介護相談員の受け入れにより、外部者へ意見等を表せる機会を設けている。エアコンの清掃等家族からの意見を運営に反映させている。	
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	リーダー会議・ユニット会議にて話を聞く様にしており、反映させている。	管理者は日頃から職員への声かけを大切に、職員が意見等を表せやすい環境づくりに努めている。全体会議・ユニット会議・リーダー会議などで意見・提案を聞く機会を設けるほか、年1回面談を行い意見や思いを聴取している。利用者との馴染みの関係に配慮し、居室担当制を採り入れるとともに、法人内やユニット間の職員の異動は基本的には行わない方針である。やむを得ず異動を行った時の利用者へのダメージを防ぐため、ユニット間合同行事の実施や他ユニット利用者への挨拶を心掛けている。また、エリアマネージャーや支社長も随時事業所を訪問し、管理者・職員等から意見・提案の把握に努めている。ユニット間で出された業務改善提案に積極的に取り組んでいる。	
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	人事考課・契約更改制度を使って、面談等を行い、話を聞いて、改善できるところは改善す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
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	毎月の研修を職員自身で話し合い、考え構成して発表してもらっています。そうすることで、考える力の育成をしています。		
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	市内の他のグループホームとの協力の元、交換研修行なうシステムの活用をしたり、地域の中での研修があれば、参加するように促しています。		
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	はじめのアセスメントでしっかりと情報収集をして、本人の困っている事・家族の困っていること等を掴み、いかに安心しての生活を送って頂けるかを考えてサービス提供しております。		
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	入居前にしっかりと情報収集し、話に耳をしっかりと傾け、一緒にどうすれば解消出来るかを考えるように意識しています。		
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	グループホームに入居したくて来られているので、グループホームのサービス利用はもちろんのことですが、それプラスインフォーマルなサービスの利用(地域行事への参加等)も視野に入れて考えている。		
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	人生の大先輩として尊重しながら、ともに共同生活を営む者同士として、協力しながら日々過ごして頂いています。		
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	普段より、家族様には日々の状態報告を行いながら、情報を共有しお互いに支え合えるように取り組んでいます。		

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	もともと住んでいた所からは同じ市内でも離れており、その馴染みのある場所へはなかなか行けていない。ただ、外出は行かない近くを通ること等はしている。	入居時や入居後の日々の関わりの中で、本人・家族から生活歴・趣味等を聞き取り、今まで大切にしていた人や場との関係が入居後も継続できるよう努めている。以前に住んでいた所や、経営していた書店の新規開店に出かける支援、甲子園野球ツアーへの同行、年賀状の作成や投函等の支援に努めている。	アセスメント様式の「社会との関わり」欄の活用等、利用者がこれまで大切にしてきた人や地域との関係について引き続き情報の把握に努めるとともに、より一層これまでの関係性が継続できる支援に取り組むことが望まれる。
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	周りの利用者同士で交流が持てるように、間に職員が入り、会話が進むように支援している。		
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	退去されてからも、近隣に住んでおられる方等は、普段からお会いする事があるので、近況を聞いたり、何か困ったことがあればご相談して頂く様に声を掛けている。		
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	本人の思いにより添えるように、普段より接触を増やし、ニーズの把握に努めている。	入居時の聞き取りや入居後の日々のコミュニケーションの中で、一人ひとりの思いや意向の把握に努め、「個人記録」に記録として残している。意思の疎通が難しい利用者は、表情や反応から意向を本人の立場にたって汲み取ったり、家族に聞き取りを行って意向等の把握に努め、状況に応じて本人の思いが実現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
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	入居時・家族来訪時に聞き取りを行い、少しでも多くの情報収集に努めている。		
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	3ヶ月おきにモニタリングを行い、状態把握に努めている。		
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	カンファレンスを行い、現状把握と共に情報を共有し、介護計画を作成。また、家族にも聞き取りを行い、ともに作り上げている。	本人・家族の意向・希望を踏まえて、かかりつけ医や看護師とも相談し、基本的には3ヶ月ごとに介護計画を作成している。作成1ヶ月後にモニタリングを実施し、サービス担当者会議での話し合いを経て次の計画に結び付けている。また、6ヶ月毎に「介護援助計画表」を作成し、現在の状態や問題点の抽出を行い、介護計画と連動させて個別支援に取り組んでいる。入院等利用者の状況が変化したり、家族から新たな要望などがあった時等には、期間に関係なく新たに計画を作成している。計画の内容ごとに、実践状況を日々「サービス経過記録表」に記録し、月末に評価を行って介護計画の内容が現状に即しているか確認している。	
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	サービス経過記録を作成。普段より気づきがあれば、そのシートに記入し、職員同士でも情報の共有化を図っている。		
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	地域のインフォーマルなサービスも視野に入れて、ケアプラン作成・実行している。		

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
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	地域のイベントなどにも積極的に参加して頂き、安全で豊かな毎日を送って頂くように心掛けている。		
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	訪問看護師と提携しているので、訪問看護師の協力ももちろんであり、かかりつけ医との関係も密に取れている。	契約時に意向を確認し、本人・家族の希望を尊重した受診支援を行っている。今までのかかりつけ医での通院や往診による受診、また、事業所の協力医療機関での通院や往診による受診等、事業所とかかりつけ医の関係を築きながら本人や家族の希望を大切に支援に取り組んでいる。眼科・歯科等も含め、往診医以外の医療機関を受診する時は、事業所が通院介助を行い、受診結果は「医療機関受診の記録」に記録として残し、家族に報告している。	
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	訪問看護師と連携を行い、必要であればかかりつけ医にも連絡を行い、連携している。		
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。	入院時には介護サマリーを提供し、情報を提供している。また、退院時には地域連携室の方々と連携を取って、速やかに対応している。	入院時には、事業所からは「介護サマリー」を、かかりつけ医からは「診療情報提供書」を医療機関に提供し、日々の暮らしやADL等入院時の本人の支援に関する情報を提供している。入院中は、家族とも連絡を取りながら可能な限りが面会に行き、安心しての受療とストレスや負担の軽減に努めている。また、看護師等関係者から状態を聞き取り、早期の退院に向け関係者と話し合っている。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、服薬状況等を退院後の事業所で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	普段より、身体状況を報告したり、看取りについての話し合いを重ねている。	事業所として一定の条件のもと、看取りを行う方針があり、契約時に事業所ができること、できないことを明確にした重度化・終末期についての事業所の対応方針について書面で説明し、本人・家族の意向を確認しながら同意を得ている。重度化が進んできた段階で、看取りについての事業所の方針の説明を行い、家族の意向を確認しながら、かかりつけ医を交えて繰り返し話し合い、「ターミナルカンファレンス」に記録として残し方針を共有している。看取り時には、訪問看護師等地域の関係者ととも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	緊急時の対応については入職時より指導しており、また、研修も行っている。		
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	年2回の避難訓練や、災害時の避難場所についても普段より、話している。	年に2回、マニュアルに沿って、昼間夜間帯想定で、消防署員立ち合いのもと、避難誘導・通報・消火訓練を実施している。訓練以外に避難経路の再確認等の研修を全職員が参加できるよう数回に分け実施している。運営推進会議を通じて近隣への協力を呼びかけ、災害時は近隣の独身寮からの応援・協力を得られる体制を整えている。事業所での訓練への参加を近隣の住民に呼びかけており、事業所も地域の自然災害訓練(地震・津波)へ参加する計画がある。災害時のための食料、水等を備蓄している。	

自己 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	プライバシー保護の観点から、何気ない声掛けが相手にどの様に受け取られるかを考えるように指導しています。また、研修を通じて接遇についても理解を深めている。	年間の内部研修計画に「接遇研修」を採り入れ、全体会議、リーダー会議、ユニット会議等でもプライバシーの確保について話し合っている。排泄時のプライバシー確保については特に配慮し、自尊心を傷付けない様に取り組んでいる。個人記録類は鍵つきロッカーで保管し、「そよ風だより」や事業所内での行事等の写真掲載についても、本人や家族の同意を得て、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	本人に決定して頂ける様な声掛けを行うようにしている。		
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	本人のペースで過ごして頂けるように配慮して、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	本人で選んで頂ける方には選んで頂き、難しい方に関しては、本人に合った服装を意識している。		
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	出来る方に関しては可能な限り行なって頂いています。難しい方でも声掛けの仕方次第で出来る事もあるので、可能な限り行なっています。決して、無理強いはしていません。	基本的には法人の管理栄養士が献立を作り、委託業者から食材が届けられるが、メニューの変更等ユニット毎に利用者の状況や希望に沿って調理している。食器洗い・下膳等、利用者の好みや力を活かすよう取り組んでいる。食事時は、車イスから椅子への移乗を行い、職員も利用者と同じメニューの食事を同じテーブルで食べ、食事を楽しむことができるよう努めている。手作りの「おやつ」や「うどんづくり」、また、「お好み焼き」や「鍋パーティー」等利用者が楽しく食事できるよう工夫している。時にはファミリーレストランでの外食等、普段とは違う雰囲気を楽しむ機会も設けている。	

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
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	本人にあった食事形態を考え実践している。ミキサー食・刻み食にて対応。また、水分チェック表等で一日のバランスを見ている。		
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、口腔ケアの実施。出来る方は本人で行なって頂き、見守らせて頂いている。		
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	トイレでの自己排泄が出来るように支援しています。また、排泄パターンの把握に努めています。	「排泄チェック表」や水分の出納を時間ごとに確認した「インアウトチェック表」を活用して前誘導に努め、トイレでの排泄を大切にしたい支援に取り組んでいる。また、表情・サイン等を見逃さないよう留意し、失禁を防ぐ様に支援している。排泄介助時のプライバシーの保護、羞恥心への配慮を重要ととらえ、ノックをする、座位を保てる人には外で待機する等、当たり前の事をしっかりと出来るよう職員に周知徹底している。	
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	オリゴ糖などの利用。また、適度な運動・マッサージを行い、自己排泄をして頂けるように支援している。		
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	出来る限り本人の希望に添えるようにしているが、なかなか完璧には出来ていない部分もある。	週に2～3回程度、14:00～16:00の間での入浴を基本としている。希望があれば、利用者の身体状況を確認の上、連日の入浴や午前入浴ができるように配慮している。個別で入浴し、保湿剤を使用する等、入浴を楽しむことができるよう支援している。異性介助を嫌がる人にはないが、負担感等で入浴を嫌がる人には、声かけの工夫等、一人ひとりの入浴忌避の理由に応じた工夫を行っている。	

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
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	その日の体調を考慮して、休息等も取り入れている。		
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	服薬に関して、最後まで飲み終わったかの確認を怠らない様になっている。また、薬の説明書にて、効用などの把握に努めている。		
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	アセスメントを通じて本人の嗜好等の把握に努め、本人がしたいことをして頂けるように努めている。		
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	家族・本人の希望に沿って外出している。映画や外食、ポストにはがきを出しに行ったりしている。	利用者の状況・希望、天候等に沿って、近くの公園への散歩、車でのスーパーへの買い物、外食等戸外に出かけられるよう努めている。天気の良い日には事業所前のベンチで過ごしたりして、気分転換を図っている。また、家族の協力も得ながら、年に一度はバスによる美術館等への日帰り旅行等、普段は行けないような場所にも出かけている。	
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	本人管理が可能な方は、本人管理して頂いている方もいる。管理が難しい方に関しては、こちらで管理している。		
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	電話・手紙の希望があれば、行なって頂いている。		

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	温度調節は出来ているが、季節感を感じて頂けるような空間作りには欠けているところが一部ある。	「クリスマスツリー」「七夕飾り」「書初め」「桜のちぎりえ」等季節ごとの飾りつけを工夫している。調理中の見守りに支障がないようにテーブルの配置を考えるなど、利用者が安全に過ごせるように配慮している。ソファが適所に配置され、畳のスペースにはマッサージ機もあり、利用者が思い思いに日中リビングでゆったり過ごせるよう配慮している。	共用空間での利用者の日々の暮らしの中に、継続的に季節感を採り入れる工夫が望まれる。
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	集まりやすいようにソファの配置を考えたり、仲の良い方同士でお話しされる様に配慮している。	/	/
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	家族様共相談させて頂き、本人のにじみの物の持ち込み等、声を掛けている。	エアコン、タンスは備え付けであるが、その他は家族の協力を得て、馴染みのある物が持ち込まれている。時計・使い慣れた家具類・配偶者の写真・飾り物などが置かれ、利用者が居心地よく暮らせる居室になっている。馴染みのある物の持ち込みが少ない居室には、職員とともに作った作品を飾る等、居心地よく暮らせるような支援を行っている。	
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	出来ることと出来ない事の把握に努めて、自立できるところは継続して出来るように意識している。	/	/