

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	2892000171		
法人名	社会福祉法人三幸福社会		
事業所名	グループホーム 清華苑ポートピア		
所在地	兵庫県明石市大久保町大窪3104-1		
自己評価作成日	平成25年3月19日	評価結果市町村受理日	平成25年6月3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/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3月28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)】

・運営方針である「普通の生活」の実現を念頭に置き、家事活動(炊事、洗濯、掃除等)への参加や近隣の散歩、定期的な遠方への外出行事の実施等により、生活する喜びや幸せを感じていただき、ご自身の価値や役割を再確認していつまでも自分に自信を持って頂きたいと考えている。
 ・協力病院等により、24時間体制で医療面のフォローアップを受けることができる。また、法人内には様々な福祉施設があり、ご利用者の状態に合わせた施設への利用の変更や、将来的なご相談も含めた様々なニーズに対応できるような体制をとっており、総合的な福祉ケアを展開している。
 ・常に「地域参加」を心掛け、近隣の自治会活動や地域の清掃活動への参加、地区の保健福祉医療連絡会等に積極的に参加している。

【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)】

幹線道路に面しているが、騒音も感じられず、落ち着いた静かな生活環境である。地域の自治会・商店会等に参加し、地域との交流にも積極的に取り組んでいる。大久保駅に近い立地条件を活かし、近隣の社会資源をうまく活用して外出支援に取り組んでいる。洗濯・掃除等の家事活動への参加や、食事づくりは事業所内で利用者とともに、利用者の好みや力を活かすよう取り組んでいる。法人として、各種サービスを複合的に運営しており、利用者の状況に合わせたサービスの利用や変更等、利用者や家族の多様化したニーズに応えることが出来るともに、診療所医師による往診が毎日あり、利用者の健康管理、緊急時の体制が整えられている。

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と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	毎年、事業所独自の運営方針(理念)を打ち出しており、その中に「地域貢献の視点」という項目で地域の関係づくり、地域との共存・共栄を目標としたアクションプランを掲げている。	法人の経営理念に、「地域に安心と信頼を届ける」という地域密着型サービスとしての意義や役割を明文化し、ホーム内に掲示すると共に職員が携帯する理念カードにも明示している。法人の経営理念にそって毎年事業所で事業計画を立案し、法人と地域の架け橋となるよう務める事を掲げ、具体的アクションプランとして朝礼・会議事等に浸透を図っている。例えば、事業所会議室(多目的室)を開放して、地域の人たちに利用を啓発することで地域での認知力を高め、誰もがいつでも気軽に来苑しやすい雰囲気づくりに務める等、理念の具現化に向け取り組んでいる。	
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	自治会、地域のゾーン協議会への参加や、隣接している在宅介護支援センター等の協力により地域活動や地域行事に積極的に参加している。	地域の自治会・商店会・地域ゾーン協議会等に参加し、地域住民と交流を図っている。散歩時等にはお互いに挨拶を交わし、外食等の外出行事では近くの駅前商店街を利用する等、地域と関わる機会づくりに努めている。訪問理容として地域の理容店の来訪や、南京玉すだれ・三味線・手品等多くのボランティアが来訪している。また、事業所前の歩道・駅前周辺の清掃活動への参加や、地域の認知症相談等、地域で必要とされる活動や役割を担っている。	
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	地区ゾーン協議会や在宅介護支援センター主催による健康教室、地域交流会等の実行委員の一員として、地域貢献に取り組んでいる。また、週1回、ホーム近隣の歩道や駅前周辺等を中心に、ご利用者と職員にて清掃活動をおこなっている。		

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		
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1回運営推進会議を開催し、メンバーである医師や家族代表者、在宅介護支援センター職員等から頂いた意見を毎月の職員会議において全職員に報告し、サービス向上のための検討材料の一つとして活用している。	家族代表・地域小学校区社会福祉協議会代表・診療所医師・地域包括支援センターとして在宅介護支援センター職員等が参加して2カ月に1回定期的に開催している。事業所の取り組みや利用者の状況・行事の実施状況・第三者評価受審結果等を報告し、課題等を話し合っている。出された意見等は、職員会議に報告し、サービス向上のための検討材料として活用しており、例えば、「箸」を使用する食事だけでなく、「フォークやナイフ」を使う洋食を献立に取り入れる等食事づくりに変化を持たせるように努めている。また、議事録は全家族に送付している。	より多くの意見・提案をサービスの向上に活かすため、利用者にも状況に応じて可能な限り参加を呼びかけて見てはどうか。		
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に取り組んでいる	・地区ゾーン協議会に参加することにより、市町村との情報交換、意見交換に努めている。 ・事故やご家族からのクレーム、その他問題が発生した際は、早急に介護保険課に連絡をとり、早期解決への対応に努めている。	地域包括支援センターとして、在宅介護支援センター職員が運営推進会議に参加しており、日常的にも情報交換を行なうなど協力合っている。市の職員も参加している、地域ゾーン協議会でも情報交換を行っている。認定申請等で市の担当窓口と相談し、感染症発生時等には、事業所を来訪して助言をもらう機会等も有り連携を図っている。また、市の派遣事業として、「ふれあい相談員」が月に1回来訪し、相談員と利用者や事業所との意見交換の機会もあり、相談員からの助言等をサービスの向上に活かせる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	当法人の方針として、拘束着や拘束用具等の一切の使用を認めていない。職員のケアの方法により事故や事件を防止するように努めている。	身体拘束廃止に向けた事業所の指針を明確にし身体拘束をしないケアの実践に取り組んでる。基本的に全員参加としている定期的な勉強会の実施や、日々のケアの中で不適切な対応があればお互いに注意し合う事等で、心理的拘束を含めて、禁止の対象となる具体的な行為を学んでいる。身体拘束をしないケアが出来なくなる原因を探り、家事活動への参加等役割づくりに努めている。しかしながら、安全面に配慮し家族にも予測されるリスクを説明の上、やむを得ずエレベータは暗証ロックシステムとしている。利用者の外出希望があれば職員が付き添って外出している。	エレベータの暗証ロックについて、引き続き、自由な暮らしの大切さや弊害等を話し合う機会を持ち続けることが望まれる。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止法に関する資料を「虐待防止マニュアル」として、職員の閲覧を義務づけている。 ・介護チーフ、フロアリーダーにより、虐待に繋がるような行為が行われていないか、常時チェックをおこなっている。 	虐待防止マニュアルを整備し、定期的な勉強会等の実施により職員に周知徹底している。高齢者虐待防止関連法で、罰則等を学ぶとともに、身体的虐待だけでなく心理的虐待についても理解を深めている。利用者への言葉遣いや対応で気づいた時はその場で注意し合い、リーダー会議等で具体的事例で改善に向け話し合っている。希望を採り入れたシフト調整や残業は30分以内とする等、職員の疲労やストレスが要因となる虐待の未然防止に努めている。ショートミーティング時や定期的な個別面談等、職員とのコミュニケーションづくりを大切にしている。また、入浴時や更衣時の外傷等に留意し、発見した場合の対応方法や責務を周知し、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃され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	<ul style="list-style-type: none"> ・地区の在宅介護支援センターからの情報提供や有事における相談等の協力によって、知識向上の機会を設けるように努めている。 ・成年後見人制度に関しては、必要と思われるご利用者に対して随時説明や、手続きに関する援助を行っている。 	在宅介護支援センター職員を講師として招聘し、定期的に勉強会等で権利擁護に関する制度を学んでいる。現在、成年後見制度を活用している人はいないが、利用者個々の必要性を関係者と話し合い、必要時には在宅介護支援センターと連携しながら支援できる体制を整えている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約を結ぶ前に必ず「重要事項説明書」による利用説明をおこない、ご利用者、ご家族の不安や疑問点に対する理解、納得を図っている。 	見学時や申込時にパンフレット等で概略の説明を行うと共に、契約時には管理者が重要事項説明書から契約書へと文書に沿って詳しく説明し、利用者・家族が理解し納得を得た上での契約となるよう配慮している。特に家族の関心が深い退居条件等については詳細に説明し、不安や疑問点の解消に努めている。改定や変更があれば家族へ根拠を説明した書面で説明するとともに、「変更同意書」で同意を得ている。施設入所等での解約時には退居後の医療や介護について情報提供を行い、安心・納得の上、次のサービスが受けられ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	ご家族やご利用者に対して積極的に意見や要望をお聞きし、ご利用者だけでなく、ご家族やその他誰でも不満や苦情を表すことが出来るように配慮をおこなっている。挙がった意見は運営者に報告し、早急に改善案を検討し実施するように努めている。	家族来訪時には必ず挨拶を心がけ、月1回請求書送付時に職員の思い等を加筆した「ケース記録(1ヶ月のまとめ)」を同封し、意見等が出やすいよう取り組んでいる。ケアプラン作成時には、家族に来訪を依頼して意向や思いの把握に努め、来訪が難しい家族にはケアプランを郵送して電話等で意見を聞いている。「ふれあい相談員」を受け入れ、外部者に意見等を表せる機会づくりに取り組んでいる。また、挙がった意見等は早急に改善案を検討し、例えば出来るだけ多くの利用者が食事づくりに参加できるよう配慮する等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	半年ごとに管理者による職員との個人面談を行い、業務に関する意見や改善案を聴取し、運営に反映するように努めている。	管理者は日々職員へ声かけを行うとともに、職員会議・フロアミーティング・リーダーミーティング等で職員の意見等の把握に努め、フロアミーティングで提案された提案等は、リーダー会議で検討・決定し職員会議で周知している。年2回管理者との面談の機会も設け、職員が率直に意見を言いやすいよう配慮している。法人の部門会議に管理者が出席し、職員の意見の代弁や代表者(理事長)等と意見交換を行っている。代表者も随時、事業所を訪問し、職員・管理者等と直接意見交換する機会がある。利用者との関わりとシンクロさせた休憩時間の設定等、職員からの提案を運営に反映させている。職員の異動については、職員の希望を重視するが、グループホーム間の異動は最小限に止め、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	・半年ごとに管理者による職員との個人面接を行い、各職員の努力や実績を評価するとともに、今後の更なる成長を促すための改善案を本人と一緒に検討している。資格手当制度を設けるとともに、法人で資格取得に向けた勉強会を実施している。 ・皆勤賞制度の実施。		

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
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	職員全員を対象に、1年1回外部研修を受ける機会を設けるとともに、毎月1回、内部研修会を実施する等の啓発活動をおこなっている。 ・同じ建物内に違う事業所が存在していることから、相互の事業の理解や取り組みを自部署に活かせるようにと施設内研修を実施している。		
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	「全国認知症グループホーム協会」、「明石市介護サービス事業者連絡会」等に参加することによって、同業者との交流をおこない、ネットワークづくりに努めている。		
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	利用申し込みをして頂く前に一度ホームを訪問して頂き、ホームの生活を実際にご覧になって頂くようお願いしている。その後、ご本人、ご家族からのご相談をお聞きし、ホーム側からの説明に納得して頂いた上で利用申し込みをして頂いている。また、相談の受付時間は可能な限り(土日祝日、夜間等)ご本人のご都合に合わせ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	利用申し込みをして頂く前に一度ホームを訪問して頂き、ホームの生活を実際にご覧になって頂くようお願いしている。その後、ご本人、ご家族からのご相談をお聞きし、ホーム側からの説明に納得して頂いた上で利用申し込みをして頂いている。また、相談の受付時間は可能な限り(土日祝日、夜間等)ご本人のご都合に合わせるように努めている。		
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	ご相談者の状況に応じて、パンフレットや資料を提供する等の他サービスの紹介をおこなったり、場所によっては関係機関への問い合わせを代行する等の対応をおこなっている。		

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
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	ご利用者に無理のない程度に家事活動を（調理、洗濯、掃除等）に参加して頂き、職員、ご利用者が共に生活をしている雰囲気をつくるように努めている。また、あくまでもご利用者が「生活の主体」であるといった姿勢を崩さずに、何事においてもご利用者に意見や思いを聞くように心掛けている。		
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	ご家族に面会、外泊、外出、衣替え等の依頼や、その時々にご相談をさせて頂くなど、ご利用者を共に支えていく姿勢でご協力をして頂いている。		
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	毎週「回想法」をおこなうことにより、昔のできごとを振り返って頂き、散歩や外出行事の際に思い出の場所に行く等おこなっている。ご利用者によっては馴染みの方にお手紙や暑中見舞い、年賀状を書いて頂いたりしている。	入居時にセンター方式の様式を活用して家族に生活歴や趣味等の記入を依頼し、また、家族から聞き取った「利用者基本情報」等とともに、週1回、回想法を取り入れて過去の懐かしい思い出を語り合う機会を設ける等、利用者が大切にしてきた馴染みの人や場所の情報を把握している。囲碁の友人との関係継続の支援や、年賀状・暑中見舞いの作成・投函、また、外出行事時に「魚の棚」等馴染の場所に出かけている。	
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事の席は、ご利用者同士（職員を含めて）が顔を合わせて食事が出来るように配慮しており、その他、ご利用者間で家事等の助け合いや体調の悪い際の訪室等が出来る環境づくりに励んでいる。また、毎日の余暇活動や、毎月の外出行事に全ご利用者が一緒に参加して頂け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
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	サービス(契約)が終了した後も、随時相談対応をおこない、ホームにも来訪して頂いたりしている。		
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	ケアプラン更新毎に、ご利用者一人ひとりから要望を聞き取り、ケアプランに反映するように努めている。	入居時の「センター方式記録」「利用者基本情報」「利用申込書」等を活用し、本人の意向・要望等を把握している。毎日30分程度ケース担当者に「ケース活動」の時間を設け、また、入浴介助時等の利用者とのコミュニケーションを大切にして思いや意向を把握し、介護計画に反映させるよう努めている。意思の疎通が困難な場合は、家族や担当ケアマネジャーの協力も得ながら、しぐさ、言動等から汲み取り、本人の立場に立って時々の状況に応じた支援に努めている。目の不自由な人には「ボードでの筆談」も活用している。	
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	ご利用前にご本人、ご家族から生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等を聞き取り、「基本情報シート」等に明記することにより、職員全員が把握出来るように努めている。まご利用後も生活歴等の聞き取り調査を続け、情報を個別に記録し、サービスに反映出来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	「基本情報シート」、「利用者状況表」、「介護記録」、「介護日誌」等を活用することにより、ご利用者の心身状態等の総合把握に努めている。		

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
26	(13)	<p>○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</p>	<p>ケース担当者を主として、ご家族、ケアマネージャー、管理者、また、必要な場合は主治医に相談する等、多角的な視点からケアプランを作成している。ケアプランを作成する際、担当者の思いだけににならないように、毎日の「ミニミーティング」等において職員間で意見交換をおこない、ケアプランに反映するようにしている。</p>	<p>本人・家族の希望等をしっかり踏まえ、かかりつけ医や小規模多機能型居宅事業所管理者等の意見を参考にしながら、基本的に6ヶ月毎に介護計画を作成している。計画の立案にあたっては、可能ならば家族にも参加を依頼してケアプラン会議を開催し、管理者・ケアマネージャーも参加してケース担当者の気づきを反映させ、利用者一人一人がよりよく暮らすための課題・目標等を設定している。入院等利用者の状況が変化した時は、期間に関係なく現状に即した新たな計画を作成している。目標に対する実施状況を、日々「ケアプランチェック表」で確認し、それを基に毎月評価を行い、次の計画につなげている。</p>	
27		<p>○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</p>	<p>「ケアプランチェック表」により、毎日のケアチェック、毎月の評価をおこない、見直しをおこなっている。気づきや状況等については、「介護記録」、「利用者状況表」、「介護日誌」等に記録するようにしている。</p>		
28		<p>○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</p>	<p>ご利用者の買い物代行や突発的な外出の要望、病院受診の付き添い等、可能な限りご利用者の要望に応えるように努めている。</p>		
29		<p>○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</p>	<p>地区サービスゾーン協議会を通じて、民生委員やボランティアの方達に協力をお願いしている。</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
30	(14)	<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>ご家族の希望をお聞きした上で、かかりつけ医となる医療機関を紹介し、月2回の往診に来て頂いている。また、緊急時や急変時等の24時間対応や必要時には専門科の紹介等、総合的な健康管理をお願いしている。</p>	<p>毎日、診療所の医師による往診があり、通院・投薬・緊急時対応等の利便性から多くの利用者が往診医を内科・精神科面でのかかりつけ医としているが、本人等の希望で入居前のかかりつけ医で受診する利用者もある。入居前からのかかりつけ医での受診時の通院介助は、基本的には家族が行うこととして、契約時にしっかり話し合っているが、往診医の判断による専門医受診時は、事業所が対応している。また、受診結果については、「介護記録」に記録として残して家族に報告し、家族通院介助時には、帰着時に聞き取りお互いに情報を共有している。</p>	
31		<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>かかりつけ医となって頂いている医院の看護師に、健康相談や必要時には簡単な処置等の対応をおこなっている。</p>	/	/
32	(15)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院治療が必要な際は、入院時に必ずホームの管理者が同行し、担当医やソーシャルワーカーと入院治療計画を話し合っている。また、常時病院と連絡を取り合い、早期退院に向けた働きかけをおこなっている。</p>	<p>入院時には管理者が同行し、事業所での暮らしぶりを「介護サマリー」等で、入院時に於ける本人の支援方法に関する情報を提供し、治療計画等を話し合っている。入院中は面会と電話等により、医療連携室(MSW)等関係者と情報交換を行いながら、入院によるダメージを防ぎ安心しての受療と早期の退院に向けた支援を行っている。退院が近づけば、退院時期等の相談等を行いながら、関係者と連携を図り「看護サマリー」等の提供を受け退院後の事業所での支援に活かしている。</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
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	ご利用者が重度化してきたと判断した際、かかりつけ医とご家族(ご利用者)、管理者の三者が集まり、今後の方針を話し合う場を意識的に設けるようにしている。	事業所として、基本的には希望があれば看取りを行う方針があり、重度化や終末期に向けた具体的支援内容を、「重度化した場合に於ける(看取り)指針」として作成している。契約時に指針の概略を口頭で、希望があれば文書を示して説明している。かかりつけ医の判断でターミナル期に入った段階で、文書に沿って指針を説明し、家族の意向を話し合いながら「看取り介護についての同意書」で同意を得る仕組みがある。また、職員はカンファレンス等で、看取り介護に関する共通認識を持つためのケア方法等を学ぶ機会を持っている。	
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	「緊急時対応マニュアル」を設置し、心肺蘇生法や誤嚥時の吸引法等の訓練を定期的におこなっている。	/	/
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	防火委員が中心となり、避難誘導訓練や緊急連絡網訓練等の災害時の訓練を定期的実施しており、防火設備の点検を月1回実施している。	防災委員会が主導して、年間に火災訓練2回、地震津波訓練2回・緊急連絡網訓練2回の計6回、利用者も参加して夜間想定を含めた避難誘導等の訓練を実施している。訓練後に反省点の抽出・評価等を行いマニュアルの見直しに結びつけている。スプリンクラー等は専門業者が定期的に点検を行い、防火係の職員が月1回チェックリストの項目に沿って防火設備の点検を行っている。食料等の備蓄は、事業所で数日分の米・水等を、また、法人施設でも共同備蓄している。	運営推進会議等を通じて、地域への協力依頼を呼びかけて地域との協力体制を築くことが望まれる。

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	全職員が法人共通である「個人情報保護方針」に沿って、ご利用者のプライバシー確保に努めている。・職員間で「申し送り」をする際、他者にご利用者が特定できないような工夫をおこなっている。	接遇や個人情報に関する勉強会で、言葉使いや態度等具体的内容を周知するとともに、法人の「個人情報管理委員会」に職員が参加し、人格の尊重やプライバシーの確保について話し合っている。言葉使いや対応で気づきがあれば、お互いに注意し合っている。ホームページ、広報誌への写真掲載は、夫々家族の同意を得ている。また、他者がいるときの申し送り時は番号で伝え、個人記録類も個人名は使用せず番号で行う等記録方法の工夫を行い、スタッフルームに保管する等、利用者の個人情報の取り扱いについて適切な対応を徹底している。	
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	職員から一方的にサービスを押しつけるのではなく、ご利用者が自己選択、自己決定が出来るような接し方や対応を心掛けている。		
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	余暇時間や行事、家事全般等のいわゆる日課について、ご利用者自身が参加の可否を選択でき、ご自分のペースで生活できるような柔軟な対応を心掛けている。		
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	毎日の衣類の更衣や、ご希望のある方についてはお化粧の援助(特に行事や外出の際)		

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
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	毎日の献立を管理栄養士が作成しているが、食材切りや味付け等、一つひとつの調理工程はご利用者と職員と一緒にこなすようにしている。また、嗜好に合わせておやつ作りをおこなったり、月1回は、外食や出前を利用している。	朝食は委託業者によって届けられているが、事業所内で法人の管理栄養士による献立のもと、昼・夕食の食事づくりを行っている。野菜のカット等の調理・味付け・盛り付け・後片づけ等一連の食事づくりの流れの中に利用者の好みや力を活かせるよう支援している。また、月1回程度、回転寿司等の利用者の希望に沿った外食や、手づくりのおやつづくりの機会も設けている。職員も利用者とともに同じ食事を同じテーブルで楽しんでいる。	
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	・毎日の献立は、法人の管理栄養士により栄養管理を念頭において作成されており、水分量や食事摂取量については、「日常生活状況表」によりその都度記録し、調整を支援している。		
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、ご利用者の口腔ケアの啓発と支援に努めている。		
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	・「排泄記録表」によってそれぞれのご利用者の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本とした考えでケアをおこなっている。	「排泄記録表」を活用し、一人ひとりのパターンや習慣に合わせた誘導に努める等、トイレでの排泄を大切にされた支援に取り組んでいる。「トイレ」という言葉は可能な限り使わず、記録では排便は「○」とする等、利用者の羞恥心や不安感の軽減に向け取り組んでいる。昼夜ともパッドに布パンツで過ごせるよう努め、おむつに移行しないよう取り組んでいる。また、水分の摂取・腹部マッサージ・小豆の摂取、等で便秘の予防に取り組んでいる。	

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	
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	・運動の促進、水分摂取の徹底、牛乳や小豆等、便通を促す食物の摂取、腹部マッサージの実施等をおこなうことによって、出来る限りの自然排便を促している。それらの対応の結果、3日以上排便が確認されない場合は、かかりつけ医により頓服薬として個々の体質にあった緩下剤を服用してもらっている。			
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	・時間帯の制限はあるが曜日の制限はない為、ご利用者の希望の日に沿って入浴することは可能である。	基本的には入浴が3日空かないよう留意し、利用者の希望の曜日に沿って入浴できるよう支援している。入浴時間も午後と夕食後のパターンを設定して、利用者の希望に沿って入浴が楽しめるよう支援している。「着替え」は見えないように持参してプライバシーに配慮し、異性介助を嫌がる人はいないが、あれば同性で介助する方針がある。負担感や不安感等で入浴を嫌がる人には、声かけやタイミングの工夫を行う等、一人ひとりに沿った支援を行っている。また、「ゆず湯」等の機会も設け、季節を感じながら入浴を楽しめるよう工夫している。		
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	・基本的には日中の過ごし方は自由であり、ご利用者のご希望に応じて居室でゆっくり過ごしていただくこともある。また、就寝時間の設定はなく、眠れない際には職員が話し相手になったり、暖かいお茶やミルクを飲んでいただき気持ちをリラックスしていただくように努めている。夜間については、職員が1時間に1回の頻度で各居室を訪室し、室内の温度や照明の調整等、ご利用者の状態に合わせてその人に合った安楽な環境作りに努めている。			

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
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	・調剤薬局により、毎回処方される薬の説明書とお薬手帳を個別のファイルに保管し、全職員がいつでも目を通すことができるようにしている。また、薬の管理については管理者や役職者が担当し、服薬ミスが発生しないような工夫を常に検討し実践している。		
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	・それぞれのご利用者の能力や特性を活かして毎日の家事活動や余暇活動に参加していただき、役割や喜び、達成感や自信等を持っていただくように努めている。		
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	・週2～3回のホーム近隣の散歩や買い物、月数回の遠方への外出行事をおこなうことで、ご利用者に地域とのふれ合いや出かけることの喜びを感じてもらえるように努めている。	利用者の希望や状況、天候等に沿って、ほぼ毎日、近隣へ朝の散歩に出かけるよう取り組んでいる。また、随時、買い物に駅周辺のスーパー等に出かけ、月に数回程度ドライブを兼ねて、少し遠方への外出に努めている。外部では車いすが必要な人も、シルバーカーでの対応等、利用者の状況に合わせた移動に配慮し外出支援に努めている。「菊花展」や「近くのホテルでの忘年会」等季節ごとの外出行事とともに、淡路日帰り旅行等、普段は出かけられないような場所へも家族の協力を得ながら出かけるよう努めている。	
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	・外出行事や定期的な買い物外出の際、可能な限りご利用者が支払いをできるように職員が側に付きそう等の支援をおこなっている。		
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	・電話については、ご利用者から希望がある際は職員が代行して電話をかけ、ご家族から電話があった際には取り次ぎをおこなう等の対応をおこなっている。手紙については、暑中見舞いや年賀ハガキ等の作成を促し、ご利用者本人が直接ポストに手紙を投函できるよう支援している。		

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
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	各フロアの共有空間を広く設置しており、窓も大きく開放的に採光や換気に配慮している。ホーム内の随所に季節の花を飾り、手作りカレンダーや切り絵の作品を掲示している。カウンターキッチンにて、ご利用者が気軽に食事作りの一連の流れに関わりやすく、職員も見守りやすいように配慮している。	共用空間は広く、開放的で、温度・湿度管理とともに、採光や換気に配慮し、幹線道路に面しているが、ペアガラス戸により騒音も感じられず利用者に不快や混乱を招くような刺激がないよう配慮している。テーブルには季節の花を飾り、壁面には利用者とともに作った桜の花の貼り絵等、季節感が醸し出されている。カウンターキッチンで利用者が食事づくりの一連の流れに関わりやすいよう配慮している。また、利用者が居心地よく過ごせるよう畳のスペースも設けている。	
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	・共有空間に1人掛け用、3人掛け用のソファを設置し、個人でも少人数でもくつろげる環境を提供している。また、廊下の2箇所小座を設置し、気の合った者同士で過ごせる環境づくりにも配慮している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご利用者やご家族に働きかけ、使い慣れた家具やテレビ、家族写真等持ち込み、それぞれの個性を大事にした安らぎの場になるように努めている。希望すれば携帯電話の持ち込みや家族の宿泊も可能で、家族とのつながりの継続に配慮している。	居室には三味線・植物の月刊誌・仏壇・家族の写真等が持ち込まれ、利用者の使い慣れたものや好みを活かし、本人の思いを大切にした支援を行っている。持ち込みが少ない人には家族に協力を依頼し、居心地よく過ごせるよう取り組んでいる。家族の宿泊も可能で、家族とのつながりの継続に配慮している。	
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	・廊下や床はクッション性の高い長尺シートを使用しており、転倒した際に身体の損傷が少なくすむように配慮している。また、ベランダを含め全ての箇所の段差を解消することによってつまずきや転倒を予防し、いつまでもご自分の脚で歩行ができるように支援している。		