

(様式1) 平成 23 年度

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	2893000253		
法人名	有限会社みのり		
事業所名	次屋の郷 いな穂		
所在地	兵庫県尼崎市次屋4-3-9		
自己評価作成日	平成24年2月2日	評価結果市町村受理日	平成24年8月8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24年2月16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)】

ICFの”活動”と”参加”の考え方、人としての尊厳をまもることを基本にした理念のもと、行動指針にアクティビティ・生活リハビリを掲げて、利用者様のできる活動を維持し増やしていけるよう、日常生活の中での取り組みを進めるとともに、安心して穏やかに、健康でその方にふさわしい暮らしを送っていただけるよう支援させていただくよう心がけています。そこで、支援の実践にあたっては、①利用者様の希望や得意なことを勘案し、できる活動に気づきながら、体操や散歩、ゲーム、音楽療法など、楽しみながらリハビリを実践していただけるよう努めています。②また、利用者様お一人おひとりのこれまでの生活の歴史を大切に、生活のすべてにおいて人としての尊厳をまもり、人生の先輩として親切丁寧に接することを職員全員で繰り返し確認しています。③さらに、地域との交流と地域貢献を大切に、地域交流室の開放と福祉・介護相談の展開を行っています。

【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)】

事業所付近にはマンション、戸建て住宅、商店等があり、交通量が多いと思われる道路に接しているが、事業所内では不快な音等を感じさせない。事業所内は清掃をはじめ環境整備に努めており、清潔感と整理整頓が行き届いている。介護記録等には必要事項がしっかり記録として残されており、情報の共有化が図られている。アセスメントや介護計画作成に当たって、順次、本人がよりよく暮らすための課題とケアのあり方について「センター方式」の導入を行っており、本人・家族の意向や思いを大切にケアの実践に向け取り組んでいる。

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、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	表紙「事業所が特に力を入れている点」に記載したいな穂の理念のもと、職員の行動指針等を策定して職員全員に周知・徹底を行い、利用者様及び御家族への説明も行っている。	前回の第三者評価で課題とされた地域密着型サービスの意義・役割を話し合い、「人としての尊厳を守る」という基本理念を基に、3項目の行動指針を、より分かり易い表現に改めた。その中で「地域との交流・地域貢献」を明確にしている。新たな理念を全職員に配布し、玄関・各ユニット等に掲示すると共に唱和する等、理念の共有と浸透を図っている。日々のケアをケア会議やカンファレンス等で理念に戻って振り返っている。「人生の先輩として接する」ために丁寧な言葉遣いを心がける等、理念の実践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	次屋東社会福祉協会(地域の自治会)に加入し、地域の一員として地元住民の方々との交流に努めている。12月には、地域住民の方々との協働と参加でもちつき大会を開催、あるいは地域の皆様を招いた歌手や男性ボーカルグループの公演等の機会を持つなどしており、また、近隣の神社のまつり・神輿の巡行にも顔をだしている。	地域の自治会に加入している。地域での神社の祭り等に参加し、神輿も来訪している。地域と共催での餅つき大会、歌手やボーカルグループの公演等で地域の人々と交流している。散歩時には挨拶を心がけ、時には地域住民が果物等を届けたり、餅つき大会でのおもちをおすそ分けとして配る等、地域の人々がお互いに支え合う双方向の関係が築かれている。また、小地域福祉活動へ地域交流室の開放、介護・福祉相談の実施、短期間の車イスの貸し出し等、地域住民の一員として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	近隣の方々に夏祭りなどの行事への参加を呼びかけさせていただくとともに、地域交流スペースの設置を行い、また、当事業所の持つ介護ノウハウ・介護支援専門員2人配置の人材を活かし、地域の皆様対象の福祉・介護相談を実施している。		

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
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	平成21年11月の開所以来、2か月おきに年6回運営推進会議を開催してホーム運営の現況等について説明し、事業所運営全般にわたる意見をいただいている。特に地域住民代表については、単に代表者1名ということではなく、近隣在住の役員様を含め3名の方に参加いただいている。	輪番制で家族代表・時には利用者代表・自治会役員・民生委員・隣保代表・地域包括支援センター職員等、地域住民が多く参加し、概ね2ヶ月に1回以上開催している。会議では、利用者や事業所の取組み状況、第三者評価の受審結果等の報告や、事業計画等について話し合っている。会議を通じて災害時の地域協力や日用品の寄付申し入れが行われる等、そこでの意見・提案等をサービスの向上に活かしている。	
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	介護支援専門員2名のうち1名は市行政のOBで、高齢者福祉・福祉事務所・社会福祉協議会(派遣)各部門の経験を有することから、関係部署職員と密接な連携、情報交換を行うなど緊密な協力関係を構築している。	事業所総括責任者が市のOBでもあり、市担当窓口とは福祉的な相談、法制度上の相談等で直接訪問・電話等で日常的に連絡を密に行い、また市からも相談等で電話・来訪があり、協働関係が築かれている。時には市の職員も参加するグループホーム連絡協議会で情報交換を行っている。また、月2回、市が派遣する介護相談員の受け入れを行っており、介護相談員を通じて、利用者や事業所の現状と取組みを伝えている	
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	ホーム前道路をトラックが頻繁に通る等の事情もあり、安全確保の為、市とも協議を行い暗証番号による開閉管理を行っているが、利用者様が希望されればいつでも外出していただけるよう対応している。 また、身体拘束排除マニュアルを作成し、ケアカンファレンス・ケア会議等の場において全職員に身体拘束をしないケアを徹底している。	「虐待防止・身体拘束排除の取組みについて」の研修を実施し、また、カンファレンス等会議で拘束がもたらす弊害や、禁止の対象となる具体的な行為を学んでいる。事業所としての「虐待防止に係る指針」を明確にし、事業所内に掲示すると共に、予測されるリスクを家族に説明の上、見守りの徹底等、身体拘束をしないケアに努めている。また、事業所内エレベーターと玄関ドアは暗証番号による使用・開閉が行われているが、外出の希望や気配を感じた時は、職員がさりげなく付き添って外出している。	エレベーター・玄関ドアの自由な使用・開閉について、弊害や自由な暮らしの大切さについて、話し合う機会を持ち続けることが望まれる。

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
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	高齢者虐待がホーム内で見過ごされることのないよう、管理者がケア会議等の場で全職員に周知を図っているほか、介護支援専門員がケア記録等にDVを含めて虐待の痕跡がないかの確認を行っている。	上記の研修・会議等で高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設け、ネグレクト等言葉による虐待等についても知識と意識の向上に努めている。総括責任者や管理者は、職員の日常生活等に留意し、日々職員に声かけを行うと共に、一人の職員の負担が過重にならないよう職員の交代を適時行う等、ストレスや疲労が利用者のケアに影響を与えないよう努めている。入浴時等には利用者の全身状態の確認を行い、傷等を発見した場合の責務や対応方法を周知徹底し、家庭や事業所内での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	地域福祉権利擁護事業(福祉サービス利用援助事業)や成年後見制度について管理者・総括責任者を中心に勉強会を行っており、利用者様2名が成年後見制度の利用手続きを進めている。	総括責任者が市に在職中、制度に係わっていたこともあり、その知識を活かして管理者と制度のより一層の理解と活用に向け努めている。また、職員にも制度の説明を行っている。現在、制度を利用中、また、手続き中の利用者があり、家族への概要説明、診断書取得のための同行、後見人との連絡等の支援を行っている。パンフレット等も準備しており、新たに制度等の利用が必要と思われる利用者があればいつでも支援できる体制がある。	
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	契約の締結時等には、利用者様・御家族に利用契約書、重要事項説明書、個人情報使用や医療連携体制同意書の内容について時間をかけて説明を行い、疑問や要望にお答えしている。	契約前に、他事業所も含め必ず見学を依頼し、契約書・重要事項説明書を、全項目質疑応答を交えながらしっかり説明している。特に共益費等事業所間で異なる料金等については、分かり易いよう別表を作成し説明している。契約書内容改訂時には根拠を明記した文書を家族に送り同意を得ている。入院等での退居に当たっては、退居後の他サービス等の支援方法についての情報提供を行い、十分な説明と納得を経ての円滑な退居のための支援を行っている。	

自己	者三	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
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	御家族の面会来訪時や運営推進会議の際に忌憚のない意見、苦情、要望をいただけるよう配慮するとともに、苦情等について記録しケア会議等の場で職員に周知するようにしている。	家族訪問時には必ず挨拶を心がけ、家族の体調を聞き、利用者の状況等の報告を行いながら、さりげなく家族からの意見等の把握に努めている。ご意見箱の横には、意見等を表し易いよう「アンケート用紙」を備えている。また、意見等を受け入れる窓口を原則として管理者とし、情報を一元化して共有を図っている。運営推進会議は家族の参加を輪番制とし時には利用者も参加し、また、介護相談員の受け入れを行う等、家族等が外部者にも意見を表わせる機会を設けている。また、第三者評価受審時の家族アンケートも貴重な意見として尊重している。季節ごとの服装の準備等、家族と相談しながら個々の要望に沿った支援を行っている。	事業所の運営に反映させるための意見等が多くは表わされていない現状を踏まえて、より多くの意見・提案等が表せるよう取り組むことが望ましい。
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	ケアスタッフ全員と代表者との個別面接の機会を設けるとともに、意見・提案も含めた自己の目標等について代表者・管理者に自己申告する仕組みをとっている。	総括責任者や管理者は日常的に職員に声かけを行い、カンファレンス等の会議や、年1回代表者との個別面談制度を採り入れて、職員からの意見・提案を聞く機会を設けている。また、前回の第三者評価受審時の助言を受けて、自己申告の仕組みを職員の提案等も記入出来るように変更した。フロア一間の職員の異動はあるが、基本的に法人間の異動は行わず、1階の居室担当制の採り入れ等利用者と職員の馴染みの関係に配慮している。1階の居室担当制の採り入れ、各居室への温度計の設置等、職員からの提案・意見等を運営に反映させている。	
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	自己申告、職場ミーティング、個別のケアスタッフ面接などを通じて、職員のモチベーションの維持に気を使うとともに、日頃から職場環境の改善、処遇の向上等に努めている。		

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
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	○JTにより、スタッフのスキルアップ・接遇向上を図るとともに、地方公共団体・関係団体等の実施する研修、グループホーム連絡会など他事業所との交流の場に積極的に参加するよう取り組んでいる。		
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	グループホーム連絡会、グループホーム討論会その他福祉関係事業者の実施する行事等に積極的に参加し、職員の他施設介護体験等のための相互交流研修も行っている。		
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	ケアスタッフは、利用者様の気持ちを受け止めて、コミュニケーションを密にする、傾聴と受容を大切にして支援するように心がけている。		
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	利用前から御家族が困っておられること、不安やホームへの要望等に沿ってサービス計画を作成、御家族等と話し合っって計画を確定した後、ケアスタッフとケア方針を決めており、利用開始後も面会等の際に積極的に話し合うなど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	担当者会議を開催し、利用者様、御家族、居宅介護支援事業所ケアマネジャーと連携し、ケアの方向性を検討しているほか、社会福祉協議会の福祉サービス利用援助事業、病院のリハビリなど他の地域資源の活用も提案するなどしている。		
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	利用者本位の視点から、利用者様ができる活動、例えば掃除・食事の後片づけ、鉢植えの手入れなどその方の役割を發揮して頂く、同じ趣味を共に楽しむことなどを大切にして支援を行っている。		

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
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	利用者様と御家族の絆を大切にする支援を心がけており、日頃から利用者様の話を聞き、職員が必要に応じて利用者様と御家族の間の距離を縮められるようコミュニケーションを図るなどの努力をしている。		
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	例えば利用者様の友人等の来訪、同窓会の案内などの際には、必要な手続き等を利用者様の希望に沿って代行するなどの支援を行っている。	入居時のアセスメント資料等による趣味・生活歴等の情報を踏まえ、利用者や家族との日々の係わりの中から、今までの利用者と地域社会との関係を把握している。友人等の来訪時の湯茶の接待、同窓会の必要な手続き、郵便物の投函、自宅へ同行して仏壇の水の差し替え等、利用者がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場との関係継続の支援を行っている。	
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	ケアスタッフが間をとりもち、利用者様が共に行う作業等とおして、利用者様どうしの関係づくりを支援している。		
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	ホームを出られた後も、利用時の人間関係を大切にするように努めている。		

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	利用者様・御家族からの直接の聞き取り、また、日々の会話や生活の様子を観察をおとして、生活に対する希望や意向をお聴きし、あるいは把握した場合、可能な限り、速やかにそれに沿った支援に取り組むよう努めている。	入居時のアセスメント資料等による趣味・生活歴等から、利用者一人ひとりの思いや意向を把握している。日々の係わりの中でも、利用者が穏やかに過ごしている時に声かけを行う等、利用者とのコミュニケーションを大切にしている。意思の疎通が難しい利用者は、利用者の表情・言動等から本人の立場になって話し合い、思いや意向の把握とその実現に向け取り組んでいる。例えば、囲碁が好きと思われる利用者には、ボランティアの来訪を依頼し、対戦中は利用者の表情が生き返る体験を持つ等、個々の状況に応じた支援を行っている。	
----	------	--	--	---	--	--

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
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	利用開始前の面接等を通して生活歴、暮らし方、人生観・価値観などを詳しく聞き取りフェイスシート及びサービス計画に反映、全スタッフで情報を共有するとともに、利用開始後も生活の中でこれまでの暮らしの把握に努め、ケアに活かしている。		
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	ケアの経過記録、業務日報等の記録をもとにケアスタッフ間で話し合い、ケアカンファレンスや申送り等で現状を把握している。		
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	フェイスシート等の情報、利用者様・御家族、医師・看護師等の意見を反映して介護計画を作成し、最低限3か月ごとにモニタリングを実施、御家族・ケアワーカーなどの意見を反映し、必要の都度計画の見直しを行っている。	本人・家族の意向をしっかりと把握し、全職員の気づき等を踏まえて、かかりつけ医、看護師、入居前のケアマネージャー等とも相談しながら、基本的に3ヶ月ごとのモニタリングを経て、6ヶ月ごとに介護計画を作成している。利用者の状況や家族の意向等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。また1ヶ月に1回程度、各ユニット毎にカンファレンスを行い、全ての利用者に対して、予防的観点も含め計画の内容を確認している。	
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	ケアの経過記録、業務日報等の個別の記録を作成し、全ケアワーカーが目をとおり、必要に応じ日々のケア、計画の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	利用者様や御家族の意向があれば病院のリハビリテーションに通う、大学図書館での図書借出し支援などを行っており、歌うことが好きな利用者様が多いこともあり、元宝塚スター等を招いたミニコンサート、専門家による音楽療法の取り組みも行っている。		
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	ハードの資源としては近隣の公園や神社を活用しての地域の福祉協会(自治会)、人的な資源としては近隣住民の参加を得るのもちつき大会を実施するなどしている。		

自己	者三	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
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	小倉クリニック、さくら訪問看護ステーションとの医療連携により、24時間適切な医療が受けられる体制が整っている。	協力医療機関(内科・整形外科・脳外科)所属の医師が週1回往診している。利用者は緊急時等の24時間対応、投薬の利便性等から、往診医をかかりつけ医としているが、今までの受診医療機関を併診している利用者もあり、本人・家族の希望を尊重した受診支援を行っている。往診医以外の通院方法や受診結果に対する情報の共有について、契約時にしっかり話し合っている。状況変化時等、定期受診以外の受診は事業所が家族と共に行い、受診結果も家族の同意を得て情報を共有している。	
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	さくら訪問看護ステーションの看護師等と週1回の訪問時に相談を行いながら、日常の健康管理、適切な医療・看護の受診機会の確保ができるよう支援している。	/	/
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。	嘱託医と週1回の往診診察日に利用者様の状況について意見交換を行い、入院が必要になった場合の対応についても話し合っている。利用者が入院された場合には、病院関係者と情報交換を密に行うとともに、職員が出来るかぎり面会に行くなど、入院中も利用者様との関係づくりに努め、ホームに帰る環境の整備を図っている。	緊急入院時は事業所から個人ファイル等を持参し、通常入院ではかかりつけ医からの「紹介状」と共に、事業所での暮らしぶり等、入院時に於ける本人の支援方法に関する情報を提供している。入院中は可能な限り面会に行き、入院によるダメージを防ぎ早期の退院に向けた情報交換を、家族を通じて関係者を行っている。退院時には家族を通じて関係者と情報交換を行い、退院後の利用者の支援方法について相談に努めている。	

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、事業所の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	利用契約時に重度化した場合や看取りについてホームの方針を具体的に時間をかけて説明し、その際に、利用者様と御家族の医療や終末期のあり方に係る考え方も確認している。	契約時に「重度化・看取り介護対応指針」で重度化した場合や終末期において事業所が対応し得る支援方法の説明を行い、家族等の意向を確認して記録として残している。利用者の重度化が進んできた時には、「看取り介護についての同意書」で事業所の方針を説明し、同意を得ている。かかりつけ医等関係者を交えて繰り返し対応方針を話し合い、家族の意向を踏まえた方針を確認して記録として残し、共有している。また、緊急時の対応については、必ず家族に連絡して、家族から対応方針・意向等確認し、関係者に連絡するよう図っている。	
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	急変や事故発生時のマニュアル等を整備するとともに、応急手当等を含め過去の事例をもとにしたOJTを実施している。		
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	防災・災害時の対応マニュアルを作成し、職員全員がいつでも確認しやすい場所に置いている。また、年に2回、避難訓練と研修を実施している。 23年4月には、東南海地震が発生、火災も起こったとの想定で2階利用者様の非常階段からの脱出避難訓練等を実施した。近隣の方から緊急時の避難についての協力申し出もいただいている。	年2回、避難誘導・消火・通報等の総合訓練を実施している。訓練後、反省点や課題について話し合う機会を設け、より実践的に対応できるマニュアルづくりに努め、災害時に利用者を実際に避難誘導できる方法を身につけている。津波時の避難場所の取り決めを行っている。運営推進会議等を通じて近隣へ協力を呼びかけ、協力の承諾を得ている。水・食料等を備蓄している。	
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	ケア会議の場で毎回、人生の先輩への敬意を払っての人格の尊重、誇り・プライバシーに配慮した対応の徹底を意識づけている。また、プライバシー保護・接遇マニュアルを作成し、日頃から言葉かけ等について具体的な指導を行いながら対応している。	日々の利用者との係わりの中や、ケア会議等で「人生の先輩へ敬意を払い、人格の尊重、誇り・プライバシーに配慮した対応の徹底」を意識付けている。馴れ馴れしい言葉にならぬよう、基本的に「さん付け」で丁寧に接するよう心がけ、問題があると思われる時には注意合っている。ホームページに掲載する写真等については家族の了解を得、また、個人記録類はスタッフルームの鍵のかかる保管庫に保管している。	「いな穂だより」は家族への送付、事業所内での掲示、運営推進会議での配布等第三者の目に触れる機会があるので、写真等の掲載について家族の同意を得ておくことが望ましい。

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
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	常日頃から職員とのコミュニケーションの機会を多く設けることを大切にし、なんでも言いやすい雰囲気づくりに心がけて、利用者様が自分の思いや希望を口にされれば、可能な限り意向に沿ったケアの実現に取り組んでいる。		
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	ICFの理念である個別性への理解を深め、利用者様ができることを引き出すという視点を確認しつつケアに取り組むことを確認しあっている。		
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	利用者様の希望にあったみだしなみ等ができるよう配慮して、御家族とも相談しながら支援している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様一人おひとりの能力と関心に応じて食事前の準備、片付けなどの役割を担っていただいている。	食事は委託業者が立てたメニューに沿って、食材が素材で届けられ、決められた調理法に従って事業所で野菜のカット等、一連の食事づくりを行っている。時には利用者の希望を採り入れたメニューに変更している。誕生日会には、一人ひとりの希望に沿って、回転寿司、ファミリーレストラン、出前等を楽しむ他、年2回程度外食の機会を設けている。エプロンの準備やおしぼりたたみ、コップ等の片付け等を手伝う場面設定や声かけを工夫し、一人ひとりの好みや力を活かすよう努めている。	
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	嚥下困難な方には、きざみ・ミキサー・ペーストなどの方法で摂取していただいております。とりわけ水分については1日少なくとも1000mlは摂取していただくよう、毎日、食事量・水分補給量を詳細に記録して支援している。		

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
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(全介助・みまもり等)を徹底するとともに、利用者様・御家族の希望に応じて歯科の往診も実施している。		
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	排泄チェック表で細かくお一人おひとりの排泄状況を把握し、全介助から見守りまで適切な支援に努めている。可能な限り、おむつよりはリハビリパンツを、できれば普通の下着をとの考えで取り組んでいる。	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを確認しながら、排泄のサインを見逃さないよう努め、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。おむつの使用は色々な工夫をした後の最終手段と考え、可能な限り「おむつよりリハビリパンツを、できれば普通の下着を」との思いで排泄の失敗やおむつの使用を減らすよう取り組んでいる。トイレの扉は必ず閉める等プライバシーの確保や羞恥心の軽減に努めている。	
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	便秘の予防のため、水分・食事の摂取量に注意しているほか、日頃の体操、散歩などにより運動量の確保に努めている。		
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	1日おきの入浴を基本とし、利用者様の希望を考慮して曜日・時間を決め対応しているが、失禁によるよごれなどの状況も考慮して回数を増やすなどの柔軟な対応も行っている。	基本的には週3回、午後入浴としているが、利用者個々の希望やタイミングにあわせて入浴出来るよう支援している。リフト付きの浴槽を備えており、利用者の状況に合わせた支援を行っている。負担感等で入浴を嫌がる人は、曜日・順番・時間等を変えて声かけを行う等、一人ひとりの忌避の原因に応じた工夫を行っている。	
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	日中の生活を見直し、利用者様の健康状態に配慮した無理のない活動を行っていただくことで、安心して夜間快眠していただけるよう配慮している。		

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
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	薬についての資料を作成し、ケアスタッフ全員が閲覧できる場所に備えるとともに、カンファレンスなどの際に学習の機会を確保している。また、各利用者様の服薬には細心の注意を払い、症状の変化にも気をつけて支援している。		
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	外食会、近隣への散歩、買い物、洗濯物の整理、食事の後片づけ、かるたとり等のゲームを行うなど利用者様の好みや関心に配慮した支援を行っているほか、音楽療法等の実施や大学図書館での図書の借り出しなどにも対応している。		
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	利用者様の体力やその日の体調などを考慮し、散歩を中心に行っていただいている。また、買物外出や外食行事、花見などの外出機会を可能な限り多く設けるようにしている。	利用者の状況・希望・天候等に沿って、近くへの散歩、買い物等に日常的に戸外に出かけている。桜の時期には近くの浄水場や、車で公園へ花見に出かけている。車イスの利用者も利用者の状況に合わせた移動に配慮し、外出機会が均等になるよう努めている。利用者の希望を確認しながら、外食や、園田カーニバル等普段は出かけられないような場所でも出かけられるよう支援している。	
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	一部の利用者様は金銭を所持しており、スタッフとともに買物に出かける機会を設けている。		
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、御家族の了解を得て、利用者様がかけたいときにかけていただいている。		

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	壁・床はウッディな色調とし、ダイニング・各居室の入口に本人の記念になる写真や利用者様の作品を貼っているほか、例えばクリスマスツリーなどを飾り家庭の雰囲気を醸し出せるようにしている。加えて、利用者様をなごませる音楽を低音量で流すなど居心地よく過ごせるように務めている。	節分の飾りつけやひな壇等で季節感を、時には菜園で収穫した野菜等を使ってオープンキッチンでの食事づくり等、生活感を醸し出しながら五感刺激となっている。また、不快な臭いもなく、清潔感があり、適所に椅子等を配置し、ウッドデッキ等でくつろげて居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	カンファレンス等で意見を出し合い、仲の良い利用者様どうしを隣あわせの席に配置するなどの配慮を行っている。		
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	利用者様のなじみの家具、テレビ、仏壇などを持ち込んで利用していただくなど、利用者様のこれまでの暮らしを活かす取り組みをしている。	クローゼットと洗面台は事業所が用意したものであるが、家族の写真・ぬいぐるみ・タンス等利用者が使い慣れたものや、好みのものがあり居心地よく過ごせる居室となっている。馴染みのもの等が少ない居室には、職員が利用者の作品等を飾り、本人が居心地よく過ごせるよう配慮している。	
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	各居室は室名を冠した花の絵の表示を採用、トイレ等もわかりやすい表示をするとともに、段差をすべて解消、個室のプライバシーを確保しつつ、職員がいる場所からすべてが見渡せる構造としている。		