

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	清華苑ポートピア		
所在地	兵庫県明石市大久保町大窪字大畑544-1		
自己評価作成日	平成28年9月19日	評価結果市町村受理日	平成28年度11月29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)】

<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p>
--

※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/
----------	---

【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)】

<p>駅に近く日常生活に便利な立地にあり、買い物・外食・理美容等での地域資源の活用・地域行事への参加・保育園児やボランティアの来訪・自治会や老年クラブとの交流等、地域とのつながりを継続しながら生活できるように取り組んでいる。手作りの食事作りを継続し、利用者が調理や後片付け等家事に参加したり、近隣の散歩・定期的な外出を楽しむ等、「普通の生活」の実現に向け、利用者個々の状況に応じた自立支援に取り組んでいる。広報誌と毎月の個別のお便りの送付、意見シート、イベントへの参加案内等を通して、家族との関係づくりに努めている。年間計画に基づいた研修体制・定期的な各種会議の開催・係り活動への参加など、職員の資質向上と連携に注力している。法人の総合的な福祉ケアの展開によるバックアップ体制や、協力医療機関との連携による24時間体制でのフォローアップ等、家族に安心感を与えている。</p>

【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28年9月30日		

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	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」という項目で地域との関係づくり、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。	法人の理念を事業所の理念として共有している。理念に地域密着型サービスの意義や役割を明文化し、職員が携帯する職員カードにも理念を明示し、常に職員への意識づけを行っている。理念の実現に向け、職員参画のもとで事業所独自の事業計画を立て、今年度は「地域貢献の視点」を採り入れている。計画達成のための、具体的アクションプランと達成基準を設け各フロアーに掲示して職員への浸透を図っている。プランに対する達成状況を、職員間で確認し合いながら、半年ごとに評価を行い、次年の事業計画に活かしている。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や地域交流会の実行委員として、地域貢献に取り組む等、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	自治会への参加や、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。 また、近隣にある保育所と3ヶ月に1度ほどの割合で交流の機会を設けている。	地域の自治会・商店会・地域に関わる多職種の人で構成されるゾーン協議会への加入を継続している。近隣の保育所と3ヶ月に1回程度、定期的に相互交流する機会を設けている。とんどまつり・月見会等の地域の行事への参加や、三味線・体操等多くのボランティアの来訪もある。買い物や外食等では近くの商店を利用し、また、地域の理容店から訪問理容を受けている。今年度は今まで継続していた上記の地域との関わりをさらに充実させるよう努めている。催しものによっては利用者も参加する地域高年クラブへ事業所多目的室を開放し、また、週1回清掃活動へ参加する等、地域貢献に取り組んでいる。	

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
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。		
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、サービス向上の為の検討材料の一つとして活用している。	小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、利用者・家族代表、校区社会福祉協議会代表、知見者として診療所医師、在宅介護支援センター(地域包括支援センター)職員、ボランティア代表等を構成メンバーとし、2カ月に1回定期的に開催している。事業計画やボランティア活動等の事業所の取り組みや、利用者の状況・職員異動等を報告し、課題等を話し合っている。出された意見・提案等は職員会議で共有し、「垂水健康公園」等地域の社会資源の情報を得て外出支援に努める等、そこでの提案をサービスの向上に活用している。議事録を全家族に送付している。	参加者に偏りが見られるので、より多くの意見を把握し、サービスの向上に活かす機会づくりとするため、可能な限り利用者や知見者・地域代表者・ボランティア等外部の人にも引き続き参加を呼び掛けることが望まれる。
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。	在宅介護支援センター(地域包括支援センター)職員が運営推進会議に参加しており、そこで事業所の取り組み等を伝えている。「明石市介護サービス事業者連絡会」の部会に参加し、市に事業所間の課題解決に向けた要望・提案等を行っている。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。市に事業所の課題相談を行って助言を得たり、また、実地指導を受け、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。定期的に市の「ふれあい相談員(介護相談員)」が来訪し、相談員からの利用者の要望等への配慮に努めている。	

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
6	(5)	<p>○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</p>	<p>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。</p>	<p>事業所の年間研修計画に採り入れ、「身体拘束・虐待防止について」のテーマで、対応・言葉遣い・禁止の対象となる具体的な行為等を学んでいる。勉強会では講義と共にグループワークを採り入れ、主体的に学び理解を深めている。勉強会は全員参加を基本としている職員会議後に開催し、やむを得ず参加出来なかった職員には資料配布により周知を図っている。予測されるリスクの検討とケアの方法を見直すことにより、身体拘束をしないケアに向け取り組んでいる。安全面に配慮し、やむを得ず下降時のエレベータ使用は暗証ロックシステムとしているが、日中は玄関は施錠せず、自由な暮らしの大切さについて話し合っている。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。</p>	
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。 ・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。</p>	<p>上記「拘束廃止」と同様の方法で、定期的・継続的に勉強会を実施し、虐待の発生要因や虐待の種類別に具体例を用いて虐待防止への理解を深めている。利用者への不適切な言葉遣いや対応、不適切ケアについても、管理者・フロアリーダーが注意を払い、日々職員に意識付けを行っている。また、懇親会の開催、希望を採り入れたシフト調整、認知症研修で困難事例への対応方法を学ぶ等、職員の疲労やストレスの軽減に努めている。入浴時等には身体状況に留意し、虐待が見逃されないよう注意を払い防止に努めている。</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
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えるようにしてる。 	年間研修計画に沿った勉強会で、県社協作成の資料を使って、成年後見制度等の権利擁護に関する制度を学んでいる。現在まで成年後見制度を活用している利用者はいないが、パンフレット等の資料も備え、必要時には在宅介護支援センター(地域包括支援センター)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	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。	見学時に事業所での生活を実際に見てもらいながら、パンフレットや重要事項説明書で大切な部分を抜粋して説明している。契約時には重要事項説明書と契約書に沿って説明し、質疑応答を交えながら理解と納得が得られるように努めている。特に退居条件や料金関係については、介護度別シミュレーションを用いて具体的に説明している。改定や変更があれば、根拠を明確にした書面で同意を得るとともに、運営推進会議議事録に記載して報告している。入院・入所等での解約時には、「退居時の援助」の条項に従って、紹介や情報提供等を行い、円滑な退所のために必要な援助を行う仕組みがある。	
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	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。挙げ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。	毎月、担当職員がケース記録からまとめた利用者の様子と、フロア毎に作成している広報誌「華ことば(行事等の写真付き)」を家族に送り、家族から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意見等の把握に努めている。介護計画作成後に「ケアプラン作成における意向聞き取りシート」を郵送し、ケアプラン以外のサービスについての意見の把握にも努めている。「ふれあい相談員」を受け入れ、利用者が外部者に意見等を表せる機会も設けている。把握した意見は上位者に報告し、早急に改善案を検討して実施するよう努めている。利用者の関心に応じたテレビ番組の選択など、利用者・家族の提案をサービスに採り入れている。	

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
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、職員会議・フロアミーティング・リーダー会議・係り活動会議等に参加し、職員の意見の把握に努めている。半年ごとに管理者は職員と個人面談を行い、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。管理者は法人の部門会議に出席し、職員等の意見を上位者に伝える仕組みがある。また、代表者や総施設長も随時事業所内をラウンドし、職員・管理者等と直接意見交換を行っている。食事提供時の安全性に配慮した調理用具の購入等、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、正職員はスキルアップ等の為実施しているが、フロア間の異動を含め利用者との馴染みの関係に配慮して最小限に留めている。	
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。		
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。		

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
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て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て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。	入居時の「利用者基本情報」等を活用して、生活歴や趣味を把握し、今までの関係が継続できるよう情報を共有している。毎週「回想法」を行って昔のできごとを振り返り、散歩や外出時に思い入れのあるスーパーや菊花展に出かけている。知人が敬老会の記念品を届けに来訪したり、以前来訪していた囲碁の友人に再来を依頼もしている。また、「魚の棚」・「天文科学館」・小学校等、馴染の場所に出かける支援に努めている。暑中見舞い、年賀状等手紙のやり取りも支援している	
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ご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	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でき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ける環境づくりに努めている。		
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	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」等を活用し、利用者・家族の意向・要望の把握に努めている。日々係わりの中で担当職員が居室の清掃等を行いながら、思いや意向の把握に努める「ケース活動」の時間を毎日30分程度設けている。また、「意向聞き取りシート」を介護計画書と共に家族に送り、シートをファイル化して各フロアーに設置し、利用者の代弁者としての家族の意向を職員で共有している。意思の疎通が困難な場合は、家族への聞き取りや、利用者の表情・しぐさ・言動等から思いや意向を察知し、本人の立場に立って支援に努めている。	
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。また、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)	○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	ケース担当者を主として、ご家族、ケアマネジャー、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。	基本情報やセンター方式の情報等を基に、アセスメントを行って課題等を抽出し、初回の介護計画を作成し、以後は3ヶ月毎に計画を見直している。計画の作成にあたっては、かかりつけ医・看護師等からの意見も取り入れている。利用者の状況や家族の意向が変化した時は、期間に関係なく見直しを行い現状に即した新たな計画を作成している。利用者毎のプランを各フロアーにファイル化して設置し、目標を意識しながら支援に努めている。目標の中から優先すべき項目を抽出し、それぞれの実施状況を毎日「ケアプランチェック表」で確認している。チェック表を基に毎月評価を行い、ケアプランミーティングを開催して議事録に記録として残し、次の計画の検討につなげている。	介護計画見直し前に、再アセスメントを実施することが望まれる。かかりつけ医の医療面での指示事項等は、「医療機関対応記録表」に記載しているが、計画作成にあたって、作成時に家族の意向やかかりつけ医の助言等を把握し、議事録への記録の一元化が望まれる。
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	「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。		
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。		
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。		

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>かかりつけ医について、入居時に利用者・家族の意向を確認している。2週に1回協力医療機関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、現在は全ての利用者が往診医をかかりつけ医としている。往診医の判断による専門医での他科受診時は事業所が対応し、往診医以外での通院介助は、基本的には家族が行うこととして、契約時に納得を得ている。往診前の医師への伝達事項は「医療機関対応記録票」の医師への伝達内容欄に記載している。受診種類、指示等の医療に関する記録も対応記録票に一元化し、相互に情報を共有している。また、希望者には、訪問歯科診療の便宜を図っている。医科・歯科とも特記事項は業務日誌に記録として残している。</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。また、医療連携に伴う訪問看護師の定期的な訪問により、健康管理や相談、医師との連携をおこなっている。</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>この1年、入院の事例はないが、あれば入院先に管理者が同行し、訪問看護師が作成する「サマリー」を入院先医療機関に提供している。入院中は面会や電話等により、入院治療計画等を医療連携室等関係者と話し合いながら、早期退院に向けた働きかけを行っている。話し合った内容は「管理業務日誌」に記録し、職員間で情報を共有している。退院が近づけば、カンファレンスに参加し、「看護サマリー」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。	家族等の希望があり、医療面での依存度が低い場合には、看取りを行う方針があり、入居時に「重度化した場合に於ける看取り指針」で説明し納得を得ている。かかりつけ医が終末期と判断した段階で、家族・かかりつけ医・管理者の三者で、対応方針を話し合い、家族の意向を確認している。現在までに事例がないが、家族から事業所での看取りの希望があれば、再度指針を説明し、「看取り介護についての同意書」で同意を得て、介護計画を見直し、チームで支援す仕組みがある。	入居時に事業所の指針を説明し、口頭で同意を得ているが、文書による同意を検討してみてもどうか。
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。	この1年では、事業所独自で夜間想定を含めた避難誘導等の火災訓練を2回、また、小規模多機能事業所と合同で消防立ち合いの火災訓練と、地震発生時の避難訓練を各1回実施していることが記録から確認できる。各訓練には利用者も参加し、訓練後に今後の課題等を話し合い、次回の訓練に活かすよう努めている。利用者と共に、明石防災センターに出かけ「煙」・「震度5」等の防災体験を行っている。運営推進会議等を通じて地域への協力依頼を呼び掛けている。職員が月に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。備蓄については責任者を管理者とし、事業所で3日分程度の米・スポーツドリンク等を、また、法人施設でも共同備蓄を行っている。	

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
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。	年間研修計画に採り入れて「個人情報保護」「接遇」に関する勉強会を開催し、プライバシー確保について学んでいる。法人の「個人情報管理委員会」にも管理者が参加し、SNSの取り扱いやプライバシーの確保について話し合い、勉強会で伝達している。ホームページ、広報誌「華ことば」への写真掲載は、区別して家族の同意を得ている。また、職員間の申し送りは部屋番号で伝え、個人記録類も個人名は使用せず番号・イニシャルで記録し、スタッフルームの鍵のかかるロッカーに保管する等、個人情報の適切な管理に取り組んでいる。職員の守秘義務についても、入職時・退職時に誓約書を交わしている。	
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、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) また、毎月1回理容師の訪問により、それぞれの希望に応じたカット等をおこなっている。		

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
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、外食等をおこなっている。	朝食は宅配食が届けられている。昼・夕食は管理栄養士が、季節の食材や季節感を取り入れた献立を考え、業者から素材で届けられた食材で、フロア毎に食事づくりを行っている。検食記録を作成し、利用者の嗜好や感想等を把握し、調理に反映している。また、利用者の体調や好みに応じて、献立や食事形態を個別に対応している。利用者が、野菜のカット・味付け・盛り付け・洗い物等、食事づくりに参加できるように支援している。月1回程度の外食や、手づくりおやつ等、変化を楽しむ機会も設けている。また、車イスの人も、食事の時にはテーブルの椅子に移乗することも徹底している。	
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	・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。また、訪問歯科診療等により、ご利用者の口腔状態のチェック及び、治療、専門的な口腔ケアをおこない、個別支援に努めている。		

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
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、一人ひとりの誘導のタイミングを把握し、タイミングや習慣に合わせた誘導により、トイレでの排泄を大切にしたい支援に取り組んでいる。「排泄記録表」を部屋番号で管理し、排泄について直接的な表現は避け、声かけの方法にも留意して、プライバシーの確保や羞恥心の軽減に努めている。誘導のタイミングや介助方法を検討し、ケアプランに反映させながら、排泄用品の安易な変更を行わない支援に取り組み、おむつ類の使用量にも配慮している。また、運動・水分の摂取・腹部マッサージ等で便秘の予防に取り組んでいる。	
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	・運動の促進、水分摂取の徹底、牛乳などの乳製品等、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ず、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。	基本的に週3回、午後と夕食後の時間帯での入浴を設定しているが、利用者の希望や生活習慣に応じて対応している。希望により、毎日入浴している利用者もある。個室でゆっくり入浴できるように配慮し、可能な範囲で脱衣室で見守る等、プライバシーへの配慮に努めている。異性介助を嫌がる利用者には同性で介助し、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、一人ひとりの入浴を好まない理由に沿って支援している。「ゆず湯」等、季節感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
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。		
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。	週2～3回、利用者の希望や状況、天候等に沿って、近隣への散歩や駅周辺の商店街・スーパー等へ買い物に出かけ、利用者が地域とふれ合ながら生活を楽しめるよう取り組んでいる。月1回程度ドライブを兼ねて、工場見学・健康公園・菊花展・防災センター等、家族の協力を得ながら少し遠方への外出も出来るよう努めている。屋外では車いすが必要な人も、車イス対応車を使い、外出機会が均等にな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
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。		
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、自然の光が差し込み清潔感がある。床・廊下等には長尺でクッション性が高いシートを使用し、安全性に配慮している。温度・湿度管理、採光・換気にも配慮して、快適な生活環境づくりに取り組んでいる。利用者とともに作った「彼岸花」や「月見」等の貼り絵が壁面を飾り、また季節ごとに、クリスマスツリー・七夕・ひなまつり等の飾りつけを行い季節感を採り入れるよう工夫している。アイランドキッチンで利用者が食事づくりに参加し、調理の音や匂いが利用者への五感刺激となり、家庭的な雰囲気ももたらしめている。また、畳のスペースを設けたり、数か所にソファや廊下にベンチを設置する等、利用者が思い思いの場所でくつろげるように配慮している。	
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	・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。		

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
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	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、ベッド・エアコン・洗面台が設置されている。家族の協力を得て、観葉植物・三味線・ぬいぐるみ・仏壇・家族の写真・テレビ等、利用者の使い慣れた物や好みの物の持ち込みを勧め、居心地よく過ごせる居室づくりを支援している。夜間は、職員が1時間に1回居室を訪室し、安否確認、室内の温度・照明の調整を行い、良眠できる環境作りに努めている。持ち込みが少ない利用者には、職員が利用者の作品を飾る等、その人らしく落ち着いた気分で過ごせるよう配慮している。また、希望があれば家族も居室で宿泊でき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	・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。		