

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	令和5年11月30日	評価結果市町村受理日	令和6年1月23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/
----------	---

【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	令和5年12月11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。

・法人セラピストとの連携により、身体状況に応じた運動の実施を行うことでご自身で出来る力を継続し、健康的な生活を送っていただ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。

【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)】

法人として総合的な福祉ケアを展開しており、利用者の状況に合わせたバックアップ体制を整備している。法人の作業療法士と連携して生活機能向上訓練や、日課としてラジオ体操・口腔体操を実施する等、日々の活動内容を「業務日誌」に記録し、楽しみや役割を感じながら生活リハビリにもつながるよう取り組んでいる。利用者の清掃活動参加・トライやるウィークの受け入れ・ボランティア養成講座開催や講師派遣協力等可能な形で地域交流・地域貢献に取り組んでいる。PDCAサイクルに基づくケアマネジメントにより、その人らしい生活が継続できるよう個別支援・自立支援に取り組んでいる。定期的な各種会議・勉強会の実施、人事考課制度、事業計画(アクションプラン)・フロア目標の共有等により、職員の資質向上と理念の実践に取り組んでいる。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 <input type="radio"/> 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)	<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、法人の掲げる経営方針をもとに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、交流の場を持つことを掲げ、地域に根差した施設となるよう努めている。	地域密着型サービスの意義・役割を明示した法人の理念・基本方針を共有している。理念カードの携帯・フロアへの掲示等により職員の共有を図っている。年度ごとに、理念実践に向け職員参画のもと事業計画・計画達成のためのアクションプランを策定し、各フロアへの掲示と職員会議での説明により意識付けを図っている。事業計画・アクションプランは数値目標や具体的な成果等を設定し、職員会議で達成状況を確認している。年度末に評価を行って事業報告を作成し、理念の実践につなげている。	
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	近隣中学校のトライやるウィークの受け入れやまた、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。	地域団体(商盛会)に加入し、開設以来協力関係を築いている。利用者と一緒に、ホーム近隣の歩道や駅前周辺等の清掃活動・地域の公園での植樹祭に参加し、併設の小規模多機能型事業所のボランティアイベントにも参加し、利用者が地域交流できるよう継続的に取り組んでいる。トライやるウィークの受け入れ・ボランティア養成講座の開催や講師派遣協力等により、地域貢献にも取り組んでいる。要請があれば、地域交流スペースを地域に開放する仕組みがある。	
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	ボランティア養成講座の実施や講師派遣により、実際の業務を通じて学んだ知識を地域の方に向けて発信している。		

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	コロナ禍により、対面での実施は中止していたが、その間は家族より要望等の聞き取りを行いサービス向上のための検討材料の一つとして活用。	利用者・家族代表、民生委員、大学教授、診療所医師、明石市大久保総合支援センター（社協）職員等を構成委員とし、2カ月に1回書面開催している。利用者・職員・地域状況等について報告書面を作成し、構成委員・家族に郵送している。報告書面（議事録）を公開用ファイルにファイリングし、1階玄関に設置して公開している。	書面開催の場合は、報告書面に返信用紙等を同封し、返信された構成委員からの意見や情報等を次回の報告書面で共有する等、書面会議でも意見・情報交換が行えるよう工夫することが望まれる。
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	・事故発生やサービス提供にあたって疑問が生じた際は、介護保険課への報告や問い合わせなどを随時行い、早期解決への対応に努めている。	相談や質問等があれば、随時、市の高齢者総合支援室等担当窓口にお問い合わせを行い、回答や助言を受け適正な運営につなげている。ボランティア養成講座開催や講師派遣協力・運営推進会議参加等を通じて市総合支援センターと連携を図っている。	
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	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。	「身体拘束適正化のための指針」を整備し、法人方針として身体拘束をしないケアを実践している。事業所で「身体拘束防止委員会」を3ヶ月に1回開催し、不適切ケアがないかの確認・センサー対象利用者の評価・不適切ケアの防止方法等を検討し、議事録の回覧により周知を図っている。「年間勉強会予定表」に「身体拘束防止研修」を年2回盛り込み、1回目（8月）は職員会議前に資料回覧研修を実施し、受講者の所感・意見等を収集して研修記録を作成している。欠席者も資料回覧と所感・意見等を提出している。次回は12月に予定している。エレベータ操作は必要であるが、ユニットのドアは常時・玄関は日中施錠せず、希望があれば散歩に出かける等利用者が閉塞感を感じないよう支援している。	

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
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。 ・研修会の実施や、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」についても、上記と同様の方法で研修を実施している。法人・エリア・事業所ごとに「虐待防止委員会」を毎月開催し、不適切ケアがない事の確認等を行い、法人と連携しながら委員会・研修を通じて虐待防止に取り組んでいる。「虐待防止マニュアル」の閲覧を義務付け、管理者やフロアリーダーが中心となって不適切ケアにつながる言葉かけや対応がないかに留意し、適宜注意喚起し、未然防止に努めている。	
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"> ・地域の総合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いる。 	社会福祉士等専門職を後見人とする成年後見制度の利用事例があり、面会対応・金銭管理資料の提出等、制度活用の支援を行っている。今後、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が、法人・総合支援センター等と連携して支援を行う体制がある。	成年後見制度等権利擁護に関する制度について「権利擁護研修」の内容に取り入れるなど、職員が一定の知識や理解が持てるよう学ぶ機会を設けることが望まれる。
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	契約時に利用に関する説明を契約書や重要事項説明書を用いて口頭と文章で行い、不安や疑問に応え承諾をいただいた上で契約をおこなっている	入居相談や入居希望があれば見学対応し、パンフレットをもとにサービス内容・料金等を説明している。契約時は、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。特に、医療連携体制、重度化や終末期対応についての法人内のバックアップ体制は詳細に説明し、退居要件は別紙で説明している。契約内容に改定がある場合は、別紙で変更内容を説明し、書面で同意を得ている。	

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	要望箱の設置により意見の抽出を図っているが実際に利用される方は少なく、主に家族の面会時に話をすることや、意向確認の際に聞き取りをすることが多い。出された意見は、経営者に報告し運営に反映をしている。	ケース担当職員を設置し、利用者の意見・要望等を把握しやすい体制を整備している。日常生活の中で把握した利用者の意見・要望等は「エバーノート」(パソコン内)で共有し、希望する活動等を個別に支援している。ケース担当職員が「1ヶ月の報告」に利用者の表情や日常の様子を記載し、「はなことば(月間通信)」とともに家族に送付し、家族の意見・要望が出やすいよう工夫している。面会・来訪時・電話連絡時や3ヶ月に1回の「ケアプラン作成における意向聞き取りシート」で家族の意見・要望の把握に努め、把握した内容は「エバーノート」で共有し、内容に応じて法人にも報告している。	
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	毎月1回のフロアミーティング実施時には聞き取りアンケートの配布により、職員が意見を出しやすい環境づくりに努めている。またフロアから出た改善案等は、リーダー、管理者で相談を行い改善に努めている。	毎月フロアミーティングを実施し、利用者状況や業務についての報告・検討を行い、職員の意見・提案を反映している。フロアミーティングの実施前に、欠席者も含めて事前にアンケートを配布し、職員の意見・提案の収集に努めている。実施後には、会議録の回覧により情報共有を図っている。年3回の定期的な人事考課面談・目標管理面談・随時の個別面談を通じて、職員の意見を個別に聞く機会も設けている。管理者は総施設長も参加する法人の部門会議に出席し、職員の意見等を共有する仕組みがある。	
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	・管理者・リーダーによる職員との個人面談を行い、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。 ・人事考課システムの構築により、職員一人ひとりの能力や実績、努力等を勘案して評価に繋げている。		

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
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1回施設内研修の実施により、職員自身が講師となり知識の発信の場を設けると共に、看護師による勉強会や他職員講師の研修会への参加により知識を深めている。		
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	「明石市介護サービス事業者連絡会」等に加入することによって、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	ご利用者一人ひとりに対して担当職員を配置し、毎日の生活の中からご本人の気持ちを聞き取るように心掛けている。		
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	初回相談の際は、利用申し込みをして頂く前に一度施設を訪問して頂き、施設の雰囲気を実際にご覧になって頂くようお願いしている。施設の雰囲気や取り組みの様子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ご本人やご家族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、場合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。		
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」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。		

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
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、ご利用者とご家族の関係が途切れないような働きかけを行っている。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	馴染みの人や場所を忘れないように、居室に昔の写真を貼ったり、電話やお手紙を書いていただくなどの支援を行っている。	法人の方針に沿って、家族・友人・知人等と居室での面会を再開し、馴染みの人との関係が継続できるよう支援している。電話・手紙・年賀状のやり取りの支援も継続している。かかりつけ医・鍼灸院への受診等で家族との外出を支援し、事業所としても近隣への散歩やドライブ外出再開により、馴染みの場所との関係継続を支援している。	
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、ご利用者同士が顔を合わせて食事が出来るように配慮している。その他、ご利用者間で家事等の助け合いや、毎日の余暇活動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。		
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	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	普段の生活の中から意見を聴取するように努め、ケアプラン更新時にも日頃の関わりの中から感じる希望や要望なども汲み取るように努め、ご家族の来苑時には声掛けをおこない、意見や要望を聞き取るようにしている。	入居時の「利用者基本情報」を活用し、利用者個々の思いや暮らし方の希望等を把握している。入居後は、日々の関りの中で把握した情報を「ケース記録」で共有し、内容に応じて「利用者基本情報」に追記し支援に反映している。また、介護計画更新時に、「ケアプラン作成における意向聞き取りシート」により意向等を把握し、計画に反映できるよう努めている。把握が困難な場合は、日々のかかわりの中で表情や反応から汲み取り、「ケース記録」で共有し、利用者・家族の意向に沿った支援に努めている。	

清華苑ポートピア

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
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」、「ケアチェック要約表」、「ケース記録」、「業務日誌」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。		
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やセラピストに相談する等、多角的な視点からケアプランを作成している。定期的な見直しによりご本人の状態に即した内容で作成するよう努めている。	「利用者基本情報」「ケアチェック要約表(ADL等)」をもとに、初回の暫定介護計画を作成している。初回は概ね1か月後に、必要時は随時、定期的には3ヶ月毎に、見直しを行っている。介護計画見直し時は、「ケアチェック要約表」による再アセスメントと、「ケアプランチェック表」によるモニタリング・評価をもとに、ケース担当職員・介護支援専門員等が参加してサービス担当者会議を開催している。サービスの実施状況は「介護日誌」に、介護計画のニーズ・サービス内容毎の実施状況は「ケアプランチェック表」に日々記録し、計画内容を職員に周知している。「ケアプラン作成における意向聞き取りシート」による本人・家族等の意見、かかりつけ医・作業療法士等関係者の意見、3ヶ月ごとの最終評価等をサービス担当者会議録に記録している。	
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、「ケース記録」、「ケアチェック要約表」、「介護日誌」等に記録するようにしている。		

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
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、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。また、本人の状態により法人内サービスとも連携をとり、その方にあった施設の検討も含めてご家族と検討を行っている。		
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	地域行事への参加や、ボランティアや学生の来苑により、地域の方とふれあいながらの生活を送ることが出来ている。		
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	ご家族の希望をお聞きした上で、かかりつけ医となる往診医を紹介し、月1回の往診に来ていただいている。また、馴染みの主治医を継続受診されている方もおり、受診時には様子を記載した書面を持参していただき連携を図っている。	月に1回、事業所紹介による内科医や、入居前からのかかりつけ医による訪問診療と、必要に応じて歯科の訪問診療を受けられる体制がある。専門医等他科受診は、基本的に家族対応としているが、必要に応じて事業所が対応している。家族同行での受診時は、様子を記載した書面で情報提供している。定期的な訪問看護体制があり、健康管理等で医療連携を図っている。通院・訪問診療・訪問看護等について、個別「ケース記録」で情報共有を図り、「1ヶ月の報告」で家族に報告している。訪問診療時等の処置指示は、医師の「処方薬等指示書」に基づいて「ケース記録」に記録して共有している。	
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	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。		

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
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。	入院治療が必要な際は、必要に応じて施設の管理者が付き添い、病院関係者と今後の方向性について検討するようにしている。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。	入院時には、必要に応じて管理者が同行し、「サマリー」・「別紙」・口頭説明等で情報提供している。入院中は、基本的には電話で家族や地域医療連携室の相談員等から現状を把握し、可能であれば管理者が面会訪問し、早期退院に向け支援している。入院中や退院時の情報は、「エバーノート」で共有している。退院時に「看護サマリー」で情報提供を受け、退院後の支援に活かしている。	
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	ご利用者の状態変化に伴い、今後の方向性についてご家族との面談を実施。施設の特性の説明を行い、ご本人がより安楽で安心して生活を送ることができる場の情報提供を実施している。	契約時に、「重度化した場合における看取り指針」を基に、事業所としては現状に適した病院・施設等への移行を支援する方針であることを説明し同意を得ている。重度化を迎えた段階で、主治医・家族・事業所で、今後の対応について話し合いの場を設け、主治医から現状の説明を行っている。家族の意向を確認し、法人内の施設や他施設について情報提供を行う等、利用者の現状や家族の意向に沿った病院や施設への移行を支援している。	
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	緊急時対応マニュアルの設置や、救急車要請訓練、看護師との連携の流れの把握など日頃から職員は訓練を行っている。		
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	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いる。	各フロアに防火係を設置し、「年間係活動実施計画(月別)」に火災2回・地震1回等の訓練を盛り込み、防火係主導のもと計画に沿って訓練を実施している。昼間想定火災訓練は、小規模多機能事業所と合同で、夜間想定は単独で実施している。参加出来なかった職員には、「訓練企画書」・「訓練議事録」の回覧により、実施内容の周知を図っている。地震時の避難訓練は今年度中の実施を計画している。	コロナ禍後に地域の防災教室が再開されれば、参加する予定である。BCP(事業継続計画)の備蓄リストに沿って、3日分程度の飲料水・食品・生活用品等を準備中である。

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。	「年間勉強会予定表」に沿って、プライバシー保護・接遇・認知症ケア・権利擁護等の研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について学ぶ機会を設けている。毎月の「虐待防止委員会」を通じて、不適切ケアの未然防止について意識向上を図っている。ホームページ・月間通信「はなことば」等への写真掲載は、入居時に書面で同意を得ている。また、申し送りや個人記録も利用者が特定できないよう工夫し、プライバシーの確保に取り組んでいる。	
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	利用者本位のケアを心がけ、ご利用者の意見に耳を傾けながらできる限り尊重するように努めている。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、また、2か月に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。		
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	食材切りや盛り付けなどを職員とご利用者が一緒に行ってる。食後の片づけは基本ご自身で行っていただき、その方の持っている力に応じて洗いや、お盆拭きなど役割を担っていただいている。	炊飯は各フロアで行い、委託業者から届けられた半調理の高齢者食を温め、盛り付けて提供している。委託業者の献立に、郷土料理・行事食や季節にちなんだ献立の工夫がある。週1回程度職員が献立を考えて各フロアで手作り調理の日(昼食)や、月1回程度おやつづくりを計画し、変化をもたせ食事をより楽しめる機会づくりを行っている。可能な利用者には、日常の米とぎ・食材カット・お盆拭きや、盛り付け、おやつ作りに参加できるよう支援している。	

清華苑ポートピア

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
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	・業者による高齢者食の導入により、栄養管理を行っている。水分量や食事摂取量については、「利用者状況表」によりその都度記録し、体調管理に努めている。		
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	・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。		
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。ご利用者の排泄状況やタイミングに応じてオムツやパット類を選定している。	排泄状況や排泄パターンを「排泄記録表」に記録し、日中は個々の排泄パターンに応じてトイレでの排泄、排泄の自立を支援している。夜間は、利用者個々の状況に応じた支援方法で対応している。介助方法や排泄用品の使用について検討事項があれば、主にケース担当職員とフロアリーダーが検討し、フロア会議でも検討や共有を行い、現状に即した支援につなげている。変更の経過等は、「エバーノート」・「ケース記録」で共有している。誘導時の声掛け・ドアの開閉・排泄記録表への記載方法の工夫等、プライバシーへの配慮を周知している。	
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	・運動の促進、水分摂取の徹底、牛乳などの乳製品の摂取、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、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。		

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
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。	午前・午後に入浴時間帯を設け、業務日誌を基に前回の入浴日から優先順位をつけ、週2回の入浴を支援している。一般浴槽での個浴で、利用者個々のペースでゆっくり入浴できるよう支援している。バスボード等も使用しながら可能な限り浴槽での入浴を支援しているが、利用者の身体状況に応じてシャワー浴でも対応している。入浴拒否があれば個別の配慮で柔軟に対応し、同性介助の希望にも対応している。ゆず湯などで、入浴がより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。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、職員が訪室時に室内の温度や照明の調整等おこないその人に合った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、職員全員が薬に関わる業務を行うことで、日頃から服薬支援に慣れ安全に行えるよう指導を行っている。		
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。		

清華苑ポートピア

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	感染症流行に伴い、活動制限を行っていたが、近隣のドライブ等の実施や家族による外出支援は行っている。今後、喫茶外出等計画をしていく予定。	天候や希望に応じて、近隣への散歩・地域の清掃活動・近隣へのドライブ等日常的な外出や、コスモス見物・花見ドライブ等季節のドライブ外出行事を再開している。家族との外出も再開している。また、屋上での外気浴や戸外での気分転換にも努めている。今後は、喫茶外出等、積極的な個別外出支援を予定している。	
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	週1回の買い物時に、ご家族やご本人の要望のものを職員が買い物代行をしている		
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	・電話については、ご利用者から希望があったり、ご家族から電話があった際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、友人への手紙を出す支援を行ったり、年賀ハガキ等の作成を促し、交流を継続できるようにしている。		
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。手作りの作品やご利用者と一緒に作成した壁画を掲示している。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。	共有空間は明るく、広さと清潔感がある。リビング・食席・ソファ・畳スペース・ベンチ等があり、思い思いの場所で過ごせる環境である。「華道の日」の生花、「書道の日」の習字等の利用者の作品や、共同制作のクリスマスツリー等の季節の飾りつけを行っている。可能な利用者は、洗濯干し・洗濯たたみ・掃除・調理等家事に参加できるよう支援し、生活感を取り入れている。畳スペースを活用し、作業療法士が生活機能向上訓練を計画に取り入れて行っている。また、ラジオ体操・口腔体操等も日課として行っている。日々の活動内容を「業務日誌」に記録し、楽しみや役割を感じながら生活リハビリにもつながるよう取り組んでいる。トイレ・浴室等は分かりやすく表示して混乱のないよう工夫し、廊下や床はクッション性の高い長尺シートを使用し安全面に配慮している。	

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
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、畳や小座に座り、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。	居室にベッド・洗面台を設置している。テレビ・筆筒・鏡台等の使い慣れた家具や、仏壇・家族の写真・趣味関連の書籍等馴染みのものが持ち込まれ、居心地よく過ごせるよう配慮している。利用者の作品や職員制作のカードも飾られている。作業療法士と連携して動線や安全性が確保できるよう、家具の配置の工夫や手すりの設置等を行っている。ケース担当職員が、家族と連携を図りながら衣替えや環境整備を行っている。利用者の状況に応じて、大きなネームプレートを掲示し、場所間違いの防止に努めている。	
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	・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。		