

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	2893300224		
法人名	社会福祉法人ジェイエイ兵庫六甲福祉会		
事業所名	オアシス伊丹池尻グループホーム		
所在地	兵庫県伊丹市池尻6丁目186-1		
自己評価作成日	平成30年11月1日	評価結果市町村受理日	平成31年2月4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	平成30年11月30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)】

・入居者一人一人のこれまでの生活に合わせたケアを提供している。提供するために入居時には生活歴アセスメントシートを入居者様、家族様と一緒に記入作成しています。各個人の「これまでの生活」を大切にしています。また入居されてからの習慣、人間関係など「これから楽しむための生活」も大切にしています。
 ・地域の方々との交流も大切にし、近隣の保育園児と定期的な交流、小学校行事への参加など事業所の立地を活かした交流を行っています。また入居者の近隣散歩を定期的に行い近隣住民の皆様へ挨拶するなど入居者が地域に一人と認識されるように取り組んでいます。
 ・阪神昆陽特別支援学校とは実習や職業体験の受け入れなど協力関係を築いています。
 ・食事は手作りを基本とし、JAの新鮮な野菜、美味しいお米などを使用しています。

地域行事への参加、近隣の保育園・小学校・支援学校等との地域交流に取り組んでいる。介護セミナーの開催、近隣清掃活動への参加、支援学校生の就労体験受け入れ等地域で必要とされる活動や役割を担っている。食材は地産地消を心掛け、手づくりの食事づくりを継続しており、食事が楽しめるよう取り組んでいる。職員はPDCAサイクルを意識して介護計画に沿ったケアに努めており、日々の生活を大切に支援に取り組んでいる。小規模多機能事業所と併設されており相互に連携、協力し合っ利用者との社会的な繋がり拡大のための機会づくりに努めている。正職・パート職員を問わず、資質向上に向け研修機会の充実に取り組んでおり職員の定着率も良い。

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広がったり深まり、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 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	事業所理念はスタッフスペースにに掲示している。毎朝朝礼で「事業所理念」「福祉事業5訓」を唱和し意識し行動できるようにしている。	事業所の理念・基本方針に地域密着型介護サービスの意義・目的を明文化している。理念をスタッフスペースに掲示するとともに、毎朝の朝礼で唱和し共有と浸透に取り組んでいる。年度初めの研修で、理念への理解を深める機会を設けている。理念実行に向け、30年度の具体的な行動計画を策定して進捗状況を毎月の正職会議で検討し、6ヶ月毎に部会長に報告している。毎日の散歩時には、近隣住民と挨拶を交わし合い、「こころのふれあい」が得られるよう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	保育園児と定期的に交流する。支援学校の学生により定期的な清掃や手作りのパンの販売を通じ交流する。2ヶ月に1回訪問理容を利用している。ほぼ毎日入居者が近隣散歩に出かけその際に近所の人達に挨拶をするなどしている。	自治会に加入している。買い物等は地域の社会資源を利用している。地域の夏祭り、秋祭り、小学校・まち協の運動会等に出かけ、敬老の日の保育園児との交流も継続している。地域の「多職種連携会議」に参加し、地域の独居高齢者が抱える課題解決等に向け話し合っている。近隣の特別支援学校生の就労体験やパンの訪問販売等学校教育への協力に努めている。認知症介護セミナー・近隣清掃活動への参加等、事業所の力を活かし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	JA兵庫六甲昆陽の里支店と協力し、地域の方に認知症に対して、理解や知識を深める、認知症介護セミナーをしている。		

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	2か月毎に実施している。有識者より具体的な改善案、家族より困っていることなどたくさん意見が挙がり、会議で話し合うことによりサービスの向上に繋がっている。	利用者代表、家族代表、氏子会・老人会関係者、市・地域包括支援センター職員・大学教授等を構成メンバーとし、小規模多機能型事業所と合同で、2ヶ月に1回開催している。会議では、レジュメ作成、プロジェクター活用、見学等を探り入れ、多くの意見が出るよう工夫している。前回の議事録の振り返り、課題への回答、利用者の状況、事故や行事等の報告を行うと共に、参加者から「事故・ヒヤリハット・気づき」事例等についての助言や地域の行事情報等を得てサービスの向上に活かしている。議事録は、各フロアー入口に設置し、議事内容をフロアー会議で説明している。	グループホームの家族代表が参加するには至っていないので、家族代表の選任見直し、全家族への参加呼びかけ等、家族が参加出来る仕組みづくりが望まれる。
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に取り組んでいる	運営推進会議に市法人監査課、社会福祉協議会より参加してもらっている。それ以外にも都度、相談を行い協力関係を構築できている。市からの介護相談員も定期的に来所され、意見を職員間で周知している。	市・地域包括支援センター職員等が運営推進会議に参加し、事業所の状況や取り組みを伝え、助言や情報を受けている。市が派遣する介護相談員の受け入れを通して連携がある。市職員等も参加している、サービス事業者連絡会やグループホーム連絡会に参加し、情報交換や事業所間の課題相談等を行い、協力関係を築いている。市からの情報の収集と確認に努め、身体拘束適正化委員会を発足させる等、制度改正内容を運営に反映させている。	
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	今年度より「身体介護に関する指針」を策定し「身体拘束廃止委員会」を立ち上げ毎月の職員会議内で開催している。検討する事項があれば話し合う。 玄関、事業所建物内は電子錠対応であるが身体拘束についての研修は定期的に行い拘束についてのデメリットを周知している。法定研修での身体拘束についての知識と意識を共有する。	今年度「身体拘束廃止に関する指針」の見直しを行っている。身体拘束廃止委員会を立ち上げ、毎月のフロア会議内で開催し、フロア毎の職員会議録を作成し、議事録の回覧捺印により委員会の内容を周知している。研修計画に沿って研修を実施し、参加者は理解度チェックシートを提出している。欠席職員にも、資料配布とチェックシートの提出で周知をはかっている。見守りの徹底、ソファの位置変更等、対応策を検討し身体拘束をしないケアを実践している。玄関・エレベーターは安全面に配慮して電子錠で対応しているが、散歩を日課に採り入れて閉塞感の無い暮らしの支援に努めている。	委員会で話し合った身体拘束適正化のための検討内容を、議事録に記載することが望まれる。

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	虐待についての研修を実施している。また入浴時などに身体への異常(あざ)を確認した場合は、記録に残し、家族に伝え、確認を行っている。	年間研修計画に沿って、虐待防止についても身体拘束廃止と同じ方式で研修を行い、早期発見のポイント・発見した場合の対応等を学んでいる。また、「ストレスを軽くする認知症介護」研修の実施、希望を採り入れたシフト調整、新入職者に対するOJT実施等、職員のストレス等が利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。入浴時等には身体状況に留意し、虐待が見逃されることのないよう防止に努めている。	
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	日常的な業務の中での指導を常に行うように心がけている。また、職員研修でも権利擁護について学習する機会を設けている。	年間研修計画に沿って、成年後見制度に関する研修を実施している。制度について説明したパンフレットも設置している。現在、成年後見制度を活用している人はいないが、今後利用の必要性や相談がある場合には、設置しているパンフレットを使用して制度利用の紹介を行い、地域包括支援センターと連携して支援する体制がある。	
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	契約時は必ず複数で対応し、説明内容に質問等が無いかどうかを途中で確認し、不安や疑問にはその時に理解していただけるよう、心がけて、契約に至る手順を踏んでいる。契約書を見ながら、項目毎に確認しながら説明している。利用者と家族から了解を得ている。	この1年、新たに契約を結んだ事例はない。契約時には、必ず複数職員で対応し、家族にも複数での対応を依頼している。重要事項説明書・契約書の内容を説明し、特に、看取りや入院時の対応を事例を用いて分かりやすく説明している。契約内容の改正を行う時には、運営推進会議で説明の上、基本的に文書で同意を得ている。施設入所等での契約終了時には、契約書の条項に沿って、介護サマリーの提供等、円滑に次のサービスに移行でき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	利用者、家族から意見、要望を日常から聞くように努めている。運営推進会議で外部からの意見、評価を得る。事業所内の「意見箱」設置。また、契約書に記載されている、第三者外部の相談機関「県、市、国保連」などの周知も行っている。戴いたご意見は直ちに職員へ改善できるよう周知している。	契約時に、意見・提案・相談等について複数の窓口があることを説明している。毎月写真付きの手紙で近況報告を行い、家族来訪時には利用者の様子を伝えて意見が出やすいよう努めている。夏祭りやクリスマス会等には家族にも参加を呼び掛け、意見交換に努めている。出された意見・希望等はケース記録に残し、申し送り・業務日誌等で共有している。駐車スペースの周知等家族からの意見を運営に反映させている。介護相談員の受け入れ、運営推進会議への利用者の参加等、外部者へ意見を表せる機会を設けている。	
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	フロア会議で意見交換をする場を設ける。毎月のフロア会議での意見交換、日々の業務の中での気づきはその都度聞くように心がけている。また、年1回の面談も十分に話が出来る環境を設けている。気づきノートを利用し意見を挙げやすいようにしている。	気づきノートを活用し、意見を出しやすいよう努めている。管理者は年1回全職員と個人面談の機会を設け、また、正職員会議への参加、フロア会議録の閲覧等で意見・提案を把握している。事業部長は事業所内に駐在しており、日常的に管理者や職員と話し合う機会を持っている。管理者は地域事業部会に参加するとともに、事業部長との個人面談時に、職員や管理者の意見・提案等を伝えている。介護用品や日用品の購入方法改善等、職員の意見・提案を運営に反映させている。職員の異動は、利用者との馴染みの関係に配慮し慎重に対応している。	
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	人事考課で1人1人の職員と面談を行い、意見を聞く場を設ける。面談時にはスキルアップの意欲が持てるような条件を提案できるように心がけている。		
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	内部研修では認知症研修、法定研修は毎月行っている。法人内で毎月行う「事業所管理者会議」にて、各事業所での問題や、取り組みなどを発表し、全管理者で問題解決に取り組んでいる。また三法人連携で実施される他法人での研修などにも参加を促している。		

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
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	3か月毎の「伊丹市サービス事業所連絡会」、不定期開催の「グループホーム事業者会」に積極的に参加し、他事業所との連携を図っている。		
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	ケアマネ、管理者ともこまめな連絡を行うよう心がける。また、日々の会話にも、情報を見落とさないように職員へ伝達しておく。表情、行動などを観察し、不快な思いをしていないかなど把握できる様に努めている。		
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	個別対応等で信頼関係を築き、環境に馴染んでいただけるよう、配慮している。		
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	入居開始まもなくは、些細なことでも連絡し、入居者の様子を伝え、不安を解消出来るように努めている。利用者の様子を、他のサービスの提案も含め家族に伝え、家族と本人が必要と思える支援をする。		
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	「支援させていただく」という基本姿勢を念頭に置き、ご本人が築いてこられた生活スタイルを重要視し、その人に寄り添うサポートを行うようにしている。 職員が「支援している」のではなく、共に寄り添うという思いで関係を築く。		
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	今迄の家族と本人の生活スタイルを尊重して、家族と連絡を取り合いながら、本人に必要なものを共に支援する。 サービス構築から家族の介護力や考えをしっかりと聞き取り、事業所、家族、その他支援団体等皆で、本人を支えていく考えを周知している。		

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
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	昔の馴染みの人に会い関わりを持てる様、一緒に地域の行事に参加して支援する。地域での催し物参加や、近隣の方へのコミュニケーション等は職員もご本人の関係性を損なわないよう行っている。	入居時に、生活歴・宗教・趣味等を聞き取り「生活史アセスメントシート」に記載している。日々の関わりの中で把握した情報は、アセスメントシートに追記し、ケアプランファイルにファイリングして共有している。地域行事や図書館への同行支援を行い、家族にも馴染みの場所への外出を依頼し、外出しやすいように支援している。教え子等知人の来訪時には居室や相談室でゆっくり過ごせるように配慮し、継続的な来訪を依頼している。併設事業所の利用者との日常的な交流を通じて、馴染みの関係づくりに努めている。	
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	利用者が出来る役割で、利用者同士が助け合い支え合いながら仲間意識を持ち、関わりあえる様配慮をする。		
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	契約が終了しても、いつ来て頂いても相談に乗れる居心地の良い事業所として、訪問しやすい様 笑顔で対応し、関係を大切にしている これからも訪問していただいても構わないことを伝える。また、いつでも訪問し易い事業所の雰囲気を作るようにしている。		
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	契約時の聞き取りでは不完全な為、入居開始後も継続して本人の意向、家族の意向を聞き、ご本人が満足できる生活を送っていただけるよう努めている。以降が確認できない際には日々の生活から職員が検討し、より良い暮らしが出来るように対応している。本人や家族の希望をカンファレンスの時に聞き取りを行う。意思表示が難しい人は、表情や反応で分かるようにしている。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、生活史アセスメントシートや、気づきノートからケース記録へ転記して情報を共有している。計画見直し時に、本人・家族の意向を聞き取り、ケアチェックアセスメント表を作成して、介護計画に反映させながら本人の意向に沿った生活が継続できるよう努めている。意志の疎通が難しい場合は、表情・言動等から利用者の立場に立って検討し、本人がよりよく暮らせるよう支援している。また、質問方法等を工夫し、利用者への「こころ通う介護」の実践に努めている。	

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
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	契約時の自宅訪問に聞き取りを必ず行うこととしている。(本人、家族)、生活史アセスメントシートを家族、本人にできる範囲で記入してもらっている。		
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	本人の様子を観察し、他職員からも様子を聞き、時間帯での様子の違いや入浴、排泄の状態を把握する。		
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	ケアマネが作成した計画目標を下に、介護職員で計画を実現にする為のかかわり方法を検討し、書式にしている。家族にも同意を頂いている。 担当者会議を開き、それぞれの分野で必要な意見を聞き、本人の希望を尊重し介護計画に反映している。 ケアプランチェック表を使用し、ケアプランの実施状況を把握している。	入居時に把握した情報を基に、アセスメント・課題抽出を行い初回の施設サービス計画・個別援助計画を作成している。サービス内容毎に、日々の実施状況を記録し、フロア会議で出された気づきとモニタリング結果を総括して3ヶ月毎にモニタリング記録表で評価を実施している。基本的に6ヶ月毎に見直しを行い、見直しの際にはフロア会議でカンファレンス(担当者会議)を開催し、検討内容、家族の意向・希望、かかりつけ医等関係者の意見等を会議録に記録しプランファイルで共有している。また、見直しの際には、ケアチェックアセスメント表で再アセスメントを行っている。	
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	個別記録は様子や気付いたことを職員が記入し、他職員も情報を共有し、必要な介護の見直しを行なっている。 入居者ごとの個別カンファレンスをおこない、介護計画に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	本人や家族の希望を可能な限り尊重出来る様、多様なサービスに対応できるよう柔軟な支援に取り組んでいく。 家族、本人からの換わり行くニーズには、日々の生活(会話、行動)の中からの情報等をこまめに管理者等と共有し、柔軟な支援を迅速に行うよう、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
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	地域の小学校の運動会、祭り等の行事に参加し地域住民と交流を図る。		
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	月2回の往診があるが、緊急時は主治医に電話による相談で適切な医療の指示を受ける。薬等の変更があればすぐ家族に報告する 必要な場合はケアマネが受診に付き添い、本人が適切な医療を受けられるよう支援している。往診医と密な連携に努め、薬剤の変更等の相談があれば、家族へ速やかに報告している。	入居時に利用者・家族の希望を聴き、希望を大切に適切な医療を受けられるように支援している。今年から全ての利用者は、月2回定期的に往診する医師(2人)をかかりつけ医としている。通院介助は基本的には家族が行い、管理者がケース記録を持参して同行し、医師と適切に情報交換ができるよう支援している。往診医にはそれぞれ「往診連絡表」「本日の往診者」で情報提供を行い、受診結果は、業務日誌・ケース記録に記録として残している。また、月2回歯科医による訪問診療を受けられる体制がある。	
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	医療連携にて、週1回訪問看護師の訪問があるが、介護職との情報共有、入居者状況を把握できるように、毎日業務日誌を確認してもらい、本人が安心して適切な看護を受けられるよう、心がけている。		
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。	医療機関へ入院時は情報提供を行い、退院時はカンファレンスを行い、医療機関と連携を取るようにしている。	入院時には、「介護サマリー」「ケアチェックアセスメント表」等で利用者の情報を入院先医療機関に提供している。入院中は見舞いに行き、地域医療連携室等関係者と情報交換を行いながら、早期の退院に向けた支援を行っている。また、退院カンファレンスに参加し、栄養上の留意点・医療的手技等の助言、指導を受けている。入院中に把握した情報はケース記録に記載し、退院後の準備に備えている。退院時には看護サマリーの提供を受け、退院後の計画への反映・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	事業所に対応できることについては契約時に説明している。医療連携加算に伴う、当事業所の指針は説明している。終末期になられた入居者については、往診医、訪問看護師より病状説明をして頂くなど対応している病状については、医師から家族に病状を説明して頂き、今後の方針を話し合っていく。	契約時に、事業所に対応出来ること出来ないことを重度化対応指針を用いて説明し同意を得ている。かかりつけ医が判断した段階で意向を確認し、かかりつけ医・訪問看護師等と交え支援方針を話し合っている。看取りの段階で、ケアカンファレンスを開催し、「看取り承諾書」で同意を得ている。かかりつけ医の説明内容・指示等話し合った内容は「ケース記録」、サービス担当者会議録に記録として残し、介護計画の見直しに反映させている。法人・事業所でターミナルケアについての研修を実施している。	
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	急変、事故発生時の対応について、事前に家族と話し合っている希望に添う。実戦力をつけるため、職員会議で緊急時に対応できるよう研修を行なっている。		
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	火災を想定した昼対応、夜間対応の防火訓練、地震を想定した避難訓練や、職員研修や消防士から消火器の使用法の指導を受ける。災害非常食の備蓄、非常災害時連絡網の配布をしている。	この1年で火災訓練を2回(1回は同時に地震発生想定)実施していることが記録から確認できる。訓練は消防立ち合いのもと利用者も参加し、日中と夜間想定で総合訓練を実施している。夜間想定では夜勤専従職員も参加している。訓練計画書と、前回の課題を踏まえた「留意点」、消防の指導事項、反省等を記載した訓練実施記録を作成し、訓練に参加出来なかった職員へも閲覧により訓練内容の周知を図っている。ミキサー食等も含め災害非常食を備蓄し「災害備蓄一覧表」で管理者が管理している。ランタン・カセットコンロ等も準備中である。	

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	職員会議で接遇研修を行い、言葉使いや対人の対応についての研修を行なっている。	研修計画に沿って「接遇」「プライバシー保護」等に関する研修を実施している。気になる言葉遣いや対応等があればお互いに注意し合い、利用者の誇りやプライバシーを損ねることがないように配慮している。また、ホームページ、事業所内、オアシス伊丹池尻通信等に掲載する写真使用について同意を得るための新たな書式を作成しており、すでに入居している利用者家族も含め、順次、文書で意向確認する予定である。個人記録類はスタッフスペースの鍵のかかるキャビネットに保管し、職員とは入職時に誓約書を交わして、守秘義務の徹底に努めている。	
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	利用者に選択肢を与えられるように、閉ざされた質問ではなく、選択できる質問で利用者に「自己決定」の達成感を感じていただけるよう、努めている。決定してもらうような言葉かけをする。		
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	皆一緒にサービスを受けるのではなく、出来る限り個別に対応する。臥床時や起床時間も個々に配慮している。		
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	本人が満足できるように、外出の際は着ていく服を本人と確認しながら更衣する。外出の際本人の希望を聞き、お化粧をする。定期的(2か月毎)な出張散髪の地域資源を活用している。また、服装についても事業所で洗濯を行うなどして清潔を心がけている。		

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
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	地産地消を心がけ、新鮮な食材で作りたいものを提供できるよう、心がけている。新鮮な食材を使い、作っている途中の匂いで食欲が出るように、手作り、作り立てを提供する。お手伝い出来る方には、準備や片づけを手伝って頂く。	利用者の希望や季節感を採り入れて、各ユニットで毎日献立を考え、手づくりの食事を提供している。食材は地産地消を心がけ、新鮮な旬の野菜を使った食事や行事食を提供している。日々の利用者の状態に合わせた食事形態、嗜好への代替食での対応も行っている。デリバリーの利用・外出行事での外食等、変化が楽しめる工夫も行っている。米とぎ・テーブル拭き・食器洗い等への参加を通じて、利用者の好みや力を活かすことが出来るよう支援している。茶碗・コップ等は陶器製の個別のものを準備し、家庭的な雰囲気づくりに努めている。	
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	健康管理表にチェックした摂取量を参考にし、不足しないように個々に応じた食事提供により支援する。通常より食事が少ないなどが続けば、本人の嗜好に合った物を柔軟に提供するなどの支援を行っている。		
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	月2回の往診歯科の診察を受ける。歯科医から職員が口腔ケアの指導を受け、1人1人に合ったケアを行なっている。歯科医より職員に対し、口腔ケアの指導も行ってもらっている。		
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	尿意のサインを見落とさないように、注意深く観察し、トイレ誘導するようにし、トイレでの排泄を継続してもらっている。羞恥心、自尊心に配慮した排泄介助を行うようにしている。 介助が必要な方も出来る限りトイレで排泄が行えるようにトイレ誘導する。自立の方は見守り、確認する。	排泄方法等を記載した健康管理表で排泄パターンを把握し、ケース記録に入力している。個々のタイミングやサインを見落とさないように注意深く観察し、必要に応じて声掛け・誘導を行い、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。カンファレンスで個々の現状に適した排泄用品が使用されているかを検討し、計画への反映と支援に努め、排泄用品の使用を減らすよう取り組んでいる。視界に入らない位置で見守る等、自尊心や羞恥心に配慮した支援に努めている。	

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
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	便秘をしない様に毎朝のヨーグルトや野菜をたくさん使う食事作りを心がけている。水分もしっかり摂取するように促す。 昼食の味噌汁には自然排便を促すために寒天を少量混ぜている。		
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	身体状態により毎日、シャワーや入浴の方もおられるが、基本週2日の入浴提供を行っている。入浴の希望がある際には、柔軟に対応している。	基本的には週2回の入浴とし、入浴チェックリストで入浴状況を把握している。回数・時間等は、利用者個々の希望に沿って柔軟に対応している。現時点では重度の人も2人介助で対応しているが、利用者の状況に応じ小規模多機能事業所のリフト浴を活用して入浴できる設備がある。入浴を嫌がる人には、きっかけづくりや入浴時間の変更、家族への協力依頼等で入浴ができるよう工夫している。入浴を嫌がる人への対応記録を残し、対応方法を共有している。保湿剤や入浴剤の使用、また、しょうぶ湯・ゆず湯の機会も設け季節を感じながら入浴が楽しめるよう支援している。	
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	清潔なリネンの提供。居室の空調、照明、清掃などに気をつけている。自宅で過ごしておられる環境に近い物を提供できるように心がけている。 個々の生活リズムを把握しリズムに合わせて起床、入眠誘導などを実施している。		
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	契約時には服薬についての聞き取りを行い、薬剤情報も頂くようにしている。それらについては往診医が薬局と連携し、服薬管理をしている。 薬の形態に変えてもらうなど、内服しやすいように支援している。 医師の処方箋で薬局から届けられる薬と説明書はすぐ分かるように個別ケースに挟み、服用後の様子観察を行い、記録する。		

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
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	生活歴の聞き取りを行い、楽しみごとが実現できるよう心がけている(土いじり、ドライブ、家事援助等)。		
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	裏の畑や、近所の神社、公園などの散策はこまめに出かけている。入居者の嗜好に合わせた外出も頻度は少ないが出来ている。春には神戸どうぶつ王国、海遊館などへ遠足へも行くことが出来た。買い物、衣類の購入なども一緒に行くようになった。集団での行動だけでなく個別での外出も回数を増やすように意識している。家族と連絡を取り合い家人との外出や、外出行事に参加してもらう。	日課として近くの公園・畑への散歩、また、スーパーでの買い物・神社等に少人数や個別に出かけられるよう支援している。初詣・花見・コスモス等、季節の移り変わりを感じられる機会を設けている。日常的な外出頻度等を健康管理表で把握し、車イスが必要な利用者も、車イス対応車の活用等で外出支援に取り組んでいる。どうぶつ王国・海遊館等普段は行けないような場所でも、家族の協力を得ながら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	一緒に近所のスーパーやコンビニに買い物に行き、職員が用意したお金を支払ってもらうように支援する。お金は基本、持参していたかないことになっているが、月に1~2回近隣高校がパン販売に訪れるが、その際は事業所から小銭を手渡しし、好きなパンを選んで召し上がってもらう(負担は事業所である)。		
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	希望があれば対応する。数名の方は個人の携帯電話をもっており、家族と自由に連絡がとれている。家族あての手紙の投函希望に関しては、一緒に近隣の郵便ポストに行くなどして対応している。今後も本人の希望があれば、継続し対応していきたいと思う。		

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
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	季節を感じる壁飾りを配置し、テレビやラジオの音響に配慮する。建物全てが落ち着いた白と木目で統一されており、季節のディスプレイも利用者本位となる様心がけている。生活する場という意識を持ち、必要以上の掲示物、幼稚な飾りつけは避けている。季節を感じて貰えるような飾りつけを心がけている。	利用者と花壇にチューリップの球根を植え、春に花が咲くのを楽しみにしている。リビングにはクリスマスの飾りつけや、地域の人からの生花を飾り、季節感を採り入れる工夫をしている。キッチンからの調理時の音や匂いが、生活感を感じさせている。また、ソファを適所に配置し、利用者が思い思いに過ごせるよう工夫している。トイレは混乱を招かないよう分かりやすい表示にし、各階に次亜塩素酸ソーダーを噴霧する加湿器を設置して感染予防に努めている。	
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	ソファの置く位置を複数配置し、1人で過ごしたい時は離れた位置で過ごせるようにソファを配置する。		
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	入居前から使っていた馴染みのある物や、思い出のある物を持って来て頂き、本人が自宅で過ごしているように居心地良く過ごせるよにする。	洗面台とエアコンは事業所が準備している。たたみ敷きにしている居室もあり、利用者の希望や習慣に配慮した居室づくりを支援している。テレビ・写真・位牌・時計・ぬいぐるみ等、好みのものや馴染みのものの持ち込みを依頼し、居心地よく過ごせる環境づくりに努めている。趣味が楽しめるよう書道用具を持ち込んでいる人もあり、思い思いに生活が楽しめるよう支援している。入り口に、利用者の顔写真を掲げ、部屋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	同じような色調の扉が並ぶ為、トイレの表示はわかり易く大きくしている。また、居室の名前は番号だけでなく部屋名を付けるようにし、愛着を感じてもらえるようにしている。居室内の整理、整頓。廊下、トイレ、浴室の手すりの設置。歩行不安定な人の歩行時の見守り。		