

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27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年3月10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.kai gokensaku.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27年12月23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)】

①敷地内にある農園作業、草花の手入れを行い、土に触れてもらえる時間を大事にしている。
②住宅街の中にある事業所の利点を活かし、近隣の、保育所、高校との交流を定期的に行っている。
③新鮮な食材で作る毎日の食事。
④認知症についての職員の研修体制(毎月研修を実施)。
⑤研修を積んだ職員のハンドマッサージ、フットケアの実施。

【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)】

開設後1年を迎えたJAが運営する事業所で、近くにはスーパーや公園等がある住宅地にあり、建物1階に小規模多機能型居宅介護事業所を併設している。事業所では、理念に掲げている「地域と共生できる事業所」を目指し、地域との交流に積極的に取り組んでおり、近隣の保育園・小学校・支援学校等生徒が定期的に訪問し、小学校の運動会に参加する等、相互に交流している。また、地域住民とも相互に交流している。事業所では季節の旬の食材を活かして、手づくりの食事づくりを利用者も参加して行っており、利用者に食事が楽しめるよう取り組んでいる。継続的に認知症に関する研修を行って、職員の資質向上に取り組んでいる。

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)	○	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)	○	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)	○	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	法人全体の理念である「福祉事業五訓」をはじめ。事業所のキャッチフレーズである「豊かな創造力をもち、地域と共生できる事業所目指して！」の通り、日々、新鮮な取り組みを行える思考と実践力を職員に求めている。	地域密着型介護サービスの意義・目的を明確にした「地域と共生できる事業所を目指す」という事業所の理念をつくりあげている。理念の基になる福祉事業五訓を事業所内に掲示するとともに、全体ミーティング時等に唱和して、理念の共有と浸透を図っている。事業所の「27年度部門別実行計画書」に理念を具現化するための「課題達成の行動計画」を策定して「職員会議」で職員に説明し、2ヶ月毎に職員で振り返りを行い進捗を確認した後、法人管理者会議で報告を行っている。年度初めの法人での「経営理念全体研修」で施設長が理念の内容の周知を図っている。また、近隣の学校の生徒たちと定期的に交流に努める等、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	開所当時の住民向け見学会を初め、近隣小学校、高校、保育園等と定期的に交流する機会を設けている。近隣の支援学校生徒による定期的なガラス清掃、パン販売など交流している。入居者と近隣への散歩時には畑作業している方に挨拶をするなどしている。	散歩時には挨拶を心がけ、地域の人達が散歩の途中に花や野菜を届けに立ち寄り、日常的に地域と相互の付き合いが行われている。地域の神社の夏祭り、秋祭り等の催しに出かけたり、小学校の運動会や高校の文化祭に招待されている。保育園児の定期的な訪問や、支援学校生徒が社会体験学習として、ガラス掃除やパンの販売に訪れており、地域と交流している。自治会の回覧板で案内しての地域の人達を対象にした「介護相談」の開催、小学校児童下校時の見守り、週1回公道清掃活動への参加等、地域で必要とされる役割や活動を担っている。また、支援学校生徒の受け入れ状況について、モニタリング・評価を行っている。	
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	地域への見学会を通じた介護相談を行うこととの回覧板広報等を行った。		

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ヶ月に1回実施している。地域住民、利用者家族も参加し、業務の向上につながるような意見を頂いている。	小規模多機能型事業所と合同で、利用者代表、家族代表、自治会関係者、市や地域包括支援センター職員、知見を有する者等が参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では、利用者の状況、地域との交流状況、研修への取り組み、消防訓練、第三者評価受審等の報告を行うと共に、意見交換を行いながら助言・提案等を得ている。会議の議事録は家族に送付していないが、契約時に開示請求があれば開示する旨を説明している。地域行事にタイムリーな見学時間等の情報を得て参加する等、そこでの意見・提案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	運営推進会議への参加。また、管理者が参加する「サービス事業者連絡会」などで事業の報告、相談を行っている。	運営推進会議に、市・地域包括支援センター職員等が参加しており、そこで事業所の状況や取り組みを伝えると共に、市職員等も参加する、サービス事業者連絡会に参加して情報交換を行っている。管理者が市担当窓口を訪問したり電話等で、制度改正等について質問・相談し、市も助言や課題解決に努めており、協働関係の維持向上が図られている。	
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	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。法人研修で「身体拘束」についての研修を実施。拘束のないケアに努めている。グループホーム職員対象の認知症ケア勉強会では「スピーチロック」の研修を行い、虐待防止に努めている。	事業所開設時と、以降の入職時にマニュアルを配布している。事業所内職員会議時に身体拘束廃止・高齢者虐待防止の研修を行い、身体拘束がもたらす弊害、禁止の対象となる具体的な行為やスピーチロックについて学んでいる。研修に参加出来なかった職員には、資料の配布を行っている。家族には、拘束により予測されるリスクを説明し、拘束の原因の検討と対応策の支援を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、不適切と思われる事例があれば注意し合っている。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おり、利用者の外出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。	身体拘束廃止・虐待防止・権利擁護・プライバシー確保等の研修について、年間研修計画を策定し、計画に沿って計画的、継続的に研修を実施し、研修受講報告書を作成することが望まれる。研修参加職員、欠席職員等受講状況、研修受講報告書、研修資料等、研修に関する記録の一元化の検討をしてみてもどうか。また、玄関等の施錠について、機会あるごとに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	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逃されることのないよう注意を払い、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、身体図に残し、家族に伝え、確認を行っている。	上記研修と同じ方法で、法令や虐待の範囲について学ぶ機会を持ち、心理的虐待等も含め虐待が行われないよう取り組んでいる。管理者は、日常的に職員への声かけに努め、職員が法人行事等に参加できるよう希望に沿ったシフト調整を行い、職員のストレスや疲れが利用者のケアに影響を与えないよう取り組んでいる。また、「ストレスチェックシート」の導入を計画している。家族との外出時には、利用者の身体的・精神的状況を説明し、介護負担軽減のための提案や助言を行っている。入浴時には全身観察を行い、異常を発見した時はヒヤリハット報告書を作成して家族に伝え、事業所や自宅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	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。	職員会議時に、権利擁護に関する説明会を実施しているが、職員間の理解には温度差がある。現在、成年後見制度を活用している人はいないが、利用について相談を受けている人があり、市のホームページからダウンロードしたフローチャートを家族に提供し、窓口の紹介を行っている。	成年後見制度等に関するパンフレット等を準備し、家族がいつでも見れるよう、また、説明できるよう玄関等に備え付けておいてはどうか。
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	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。	契約前の自宅訪問時や見学時等にパンフレットを見てもらいながら、サービス内容の説明をしている。契約時に、重要事項説明書・契約書を連動させて質疑応答を行いながらしっかり説明している。特に退居条項等を丁寧に説明している。制度改正等契約内容の変更時には、運営推進会議で改正の根拠を説明の上、自宅訪問や来訪時にも説明し、文書で同意を得ている。また、施設入所等での契約解除時には、家族や施設への情報提供等の支援を行っている。	

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
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	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。	家族来訪時に、また、毎月写真付きの手紙で近況報告を行っている。玄関の人目につかない場所にご意見箱を設置している。介護計画作成前には電話等で、また、クリスマス会等季節ごとの行事には家族に参加を呼び掛け、和やかな雰囲気のもとで意見等の交換に努めている。出された意見・要望等は個別的な些細なものも含めて「介護記録」に記録し、その中で全体的なものや運営に関するものは、法人の書式「苦情報告書」で部長・施設長に報告し、対応結果や再発防止策を法人全体で共有し改善に向け取り組む仕組みがある。	
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	毎月の職員会議での意見交換、日々の業務の中で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。	管理者は日々の職員とのコミュニケーションを大切にし、職員会議等で意見や提案を把握するとともに、非常勤職員も含め年1回、上位者との個人面談の機会を設けている。管理者は法人の「事業所管理者会議」や「東地域事業部会」に参加し、意見・提案等を表出している。法人の事業部長は面談記録の確認、運営推進会議への参加、第三者評価時の同席等で、管理者や他職員と話し合う機会を持っている。職員はほとんどが非常勤職員であるが、正職員も含めて極力異動は行わない方針があり、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	年1回の人事考課での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	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	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
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	「伊丹市サービス事業所連絡会」などに積極的に参加し、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。		
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。		
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、サポートを行うようにしている。		
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	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 評価	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	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。	入居前に、「生活史アセスメントシート」の「宗教」・「入居してからも続けたい生活習慣」の欄等を活用し、利用者・家族から生活歴・宗教・趣味等を聞き取り、今までの利用者と地域社会との関係を把握している。日々の関わりの中で把握した情報は、「ケース記録」に記録として残し情報を共有している。図書館への同行や、タカラジェンヌイベントへの送迎を行い、また、多人数での家族・友人・知人等訪問時にはプライバシーに配慮して相談室を面会の場所として提供している。また、手紙のやり取り支援等、利用者と地域社会のこれまでの関係性の継続に努めている。	
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	認知症状で、他入居者とのコミュニケーションが困難な方でも、「縁あって同じ時間を過ごす。」という意識の下、職員がコミュニケーションの橋渡しを行い、一人が孤立しない雰囲気意識している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	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。		

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
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。	希望や意向を表わせる利用者には、入居前での聞き取りや日々の関わりの中で希望や意向を直接聞き取り「生活史アセスメントシート」「ケース記録」等に記録として残している。意志の疎通が難しい人も、縁あって同じ時間を過ごすという意識のもと、日々の利用者の状況観察を大切に、表情・言動等から利用者の立場に立って話し合い、意向等を把握している。耳の不自由な利用者には筆談も活用している。利用者との日々の関わりの中で把握した情報は、「ケース記録」に記録として残し、サービス担当者会議開催時の再アセスメント資料「ケアチェック・アセスメント表」に追記して職員間で共有し、介護計画にも反映させながら時々の状況に応じた支援に努めている。	
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	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	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。		

自己 評価	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。	利用者・家族の希望や意向、日々の職員の気づきを等踏まえ作成した「ケアチェック・アセスメント表」を基に、課題等の抽出を行いサービス担当者会議を開催している。会議参加者以外に、かかりつけ医や歯科医師等の意見も採り入れ、介護計画を作成している。初回は暫定3ヶ月の計画、その後は基本的には6ヶ月毎に見直しているが、入院等利用者の状況が変化した時や家族等の意向が変化した時は期間に関係なく現状に即した新たな介護計画を作成している。支援目標に沿ったサービス内容に対する実施状況・達成状況を確認して、3ヶ月毎にモニタリング、6ヶ月毎に評価と再アセスメントを行い、次の計画に結びつけている。	介護計画に基づいたサービス実施状況の「ケース記録」への記録方法、また、ケース記録や各チェック表に基づいてモニタリングを実施が明確になる記録方法等の工夫を行い、それぞれの記録との整合性・連動性の確保が望まれる。サービス担当者会議開催記録に、参加出来なかった、かかりつけ医等の意見・指示等を記載しておいてはどうか。
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	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	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。		
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	地域の行事参加(小学校運動会、夏祭り、秋祭り、初詣等)を行い地域住民との交流を図っている。		

自己 評価	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、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>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。</p>	<p>利用者・家族の希望を尊重してかかりつけ医を決めている。月2回定期的に往診する医師をかかりつけ医としている人もあり、入居前からのかかりつけ医を継続している人もいる。通院介助は基本的には家族が行う事としているが、緊急時や家族の都合等で事業所が臨機応変に対応している。医療に関する記録を職員・看護師が見落としなく共有するために、医療に関する情報を「医師との連携個別記録」に一元化した。「連携個別記録」には医師に伝えるべき「報告内容」、医師からの「指示事項」、「往診医連絡内容」を記録し、健康管理に努めている。また、訪問看護師による「訪問看護報告書」を、毎月全てのかかりつけ医に送り、利用者の状態を伝えている。希望者には歯科医の往診もある。</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>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れるよう、心がけている。</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>入院時の情報提供、退院カンファレンス参加、入院中の本人訪問を行うなどして、医療との連携に努めている。</p>	<p>入院時には必要に応じて、利用者の状況等の情報を、「介護サマリー」で提供している。入院中は可能な限り見舞いに行き、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、退院が近づけば、退院カンファレンスに参加して、関係者と情報交換を行うと共に、「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 評価	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	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。	希望があり、高度な継続的医療処置を望まない場合は、事業所で看取りを行う方針がある。契約時に「重度化した場合における対応に係わる指針」で、重度化した場合や終末期における事業所の対応方針を書面で説明し、家族の意向等を口頭で確認しながら同意を得ている。重度化が進んだ段階で、上記指針を再度説明しながら、かかりつけ医等を交え繰り返し支援方針を話し合い「看取り承諾書」で同意を得ている。話し合った内容は「ケース記録」に記録として残し、介護計画の見直しに付けている。法人の「ターミナル期におけるスピリチュアルケア研修」に参加している。	家族から確認した意向等は、契約時や、看取りの方針を話し合うタイミング毎に、書面で残しておくことが望まれる。
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	急変時、事故時には家族が自ら記入した「緊急時連絡表」に沿い、対応を行っている。応急手当等については法人内での全体研修などで自己研鑽している。	/	
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	年2回の消防訓練に加え、月1回の職員研修時にも、防火管理資格を持つ職員からミニ消防研修の指導があり、万が一に備え、常にシミュレーションを行っている。	この1年間では、小規模多機能事業所と合同で、利用者も参加し、時には消防立ち合いのもと、日中出火想定で避難場所をベランダとして、避難・誘導・消火等の総合訓練を2回実施していることが記録から確認できる。また、夜勤専従職員も参加している。職員会議時に防火管理者がシミュレーションを行いながら、ミニ消防研修を実施している。運営推進会議を通じて地域住民へ協力を呼びかけるとともに、そこで得られた災害時の対応についての助言を、全体ミーティング時に職員に伝達している。今年度中に夜間想定での訓練の実施と備蓄を計画している。	災害時用の緊急連絡網の作成と、連絡訓練の実施が望まれる。

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
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	<p>接遇研修は定期的に行い、常に思いやりの感じられる対応を心がけている。</p>	<p>この1年間、プライバシー確保に関する研修は実施していないが、事業所での職員会議で声かけや対応で利用者の誇りやプライバシーを損ねないように繰り返し話し合っている。常に思いやりの感じられる対応を心掛け、声のトーン等不適切な言葉遣いや対応等があればその場で注意している。また、ホームページや、オアシス伊丹池尻通信等に掲載する写真使用については家族等の同意を得ている。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、個人情報の適正な管理に努めている。</p>	
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	<p>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。</p>		
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	<p>「利用者本位」のサービスを実践できるように職員は心がけている。しかし、どうしても現実無理な場合は、何故、無理であるか。ということの説明し了承してもらうようにしている。</p>		
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	<p>月1階程度の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。</p>		

自己 評価	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
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物を提供できるよう、心がけている。また、出来るかたには下膳の手伝いなどもお手伝いしてもらっている。	利用者の希望を踏まえた手づくりの食事・おやつづくりを、各ユニットで行っている。利用者と共に食材の買い出しに出かけ、地域住民が届けてくれる季節の野菜等も活用しながら、旬の食材を使った食事づくりを行っている。栄養バランス等に配慮し、澄まし汁に大根おろしを入れ誤嚥防止に努める等、利用者の状態に合わせた食事を工夫している。利用者も包丁を使っての皮むき、テーブル・食器拭き等、食事づくりの一連の流れに参加しており、利用者の好みや力を活かせるよう努めている。毎月一日は赤飯を、また、誕生日には利用者の食べたいものを提供している。食器は利用者が使い慣れたものを持参している人もあり、他の人も陶器の家庭的なものを使って食事を楽しめるよう支援している。	
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	水分量、食事量は細やかに把握しているが、通常より食事量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	往診歯科医による診療、口腔ケアを月2回実施している。歯科医から口腔内の情報を得て、個々人に応じた口腔ケアを行っている。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。		

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
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。	排泄チェック表を活用し一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を大切に支援を行っている。家族とも相談しながら、入所時はおむつでも、事業所では誘導回数を増やしてリハビリパンツを試みる等、おむつの使用を減らすよう努めている。入職時にマニュアルを配布して、排泄介助時のプライバシー確保について学ぶ機会を設け、日々の排泄介助時は必ずドアを閉め、見守りが必要な人には視界に入らない位置で見守る等、自尊心や羞恥心への配慮を職員に徹底している。	
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	朝食にヨーグルトを付けるなど食事面での工夫をしている。水分摂取量をしっかり把握し、水分不足にならないように注意している。また運動不足解消のために毎日体操をするようにしている。		
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、午前入浴としているが、利用者の希望により柔軟に対応している。シャワー浴や小規模多機能事業所のリフト浴での対応等、その時々利用者の状況に合わせて入浴出来るよう支援している。異性介助を嫌がる人には同性で、入浴を嫌がる人には声かけや入浴時間の変更等で、入浴できるよう工夫している。ゆず湯やしょうぶ湯の機会も設け、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。		

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
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。		
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。しかし日ごろいけない遠方の外出は、まだ実現できていない。	近くの公園・神社、裏の畑等に利用者の希望・状況・天候に沿って散策等に出かけられるよう支援している。ドライブを兼ねて食材の買い出しに出かける機会や、利用者の嗜好に合わせた外出機会も設けている。車イスが必要な利用者も、状況に合わせた移動に配慮し、外出支援に取り組んでいる。また、伊丹空港のスカイパーク等にも出かけている。	普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族等の協力を得ながら出かけられるよう支援することが望まれる。
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	お金は基本、持参していただ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	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	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。	建物すべてが落ち着いた白と木目で統一されており、清掃が行き届き清潔感がある。リビングには利用者が職員と共にクリスマスツリー等の季節の飾りつけを行い、季節の花を活かして季節感を採り入れ、家庭的な雰囲気を出している。キッチンからの調理時の音や匂いが、利用者の五感を刺激し、生活感を感じさせている。また、アロマテラピーにより、落ち着いて過ごせるよう努めている。	
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	個々人の認知症状、性別、性格、身体状況に応じ、座席の配置等を決めて、安心できる居場所作りを心がけている。		
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	出来るだけ馴染みの持ち物(時計等)を持参してもらおうようにしている。	居室扉には、利用者の顔写真入りの季節ごとのネームプレートを取り付け、季節感の採り入れと共に見当識の低下防止に努めている。将棋盤・仏壇・テレビ等好みのものや使い慣れたものが持ち込まれており、居心地よく過ごせるよう努めている。また、持ち込みの少ない人には職員が行事の写真を飾って、少しでもその人らしい居室となるよう工夫している。	
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	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。		