

### 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	2893000527		
法人名	株式会社ケア21		
事業所名	たのしい家 出屋敷		
所在地	尼崎市宮内町2-123-1		
自己評価作成日	平成28年3月24日	評価結果市町村受理日	平成28年5月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

【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3月31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)】

平成27年2月に法人内で尼崎市内3つ目のグループホームとしてオープンした。入居者様と一緒に毎日楽しく元気に暮らしていけるようスタッフ皆で取り組んでいる。またホームはゆったりとしたリビングダイニングや採光が良く明るく風通しもよい大きな窓がありいつも気分よく暮らせるように配慮されている。  
また事業所法人よりの充実した研修制度があり職員皆の意識の向上と着実なケアの質の向上に努め、地域から信頼されるされるホーム作りをめざしている。

【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)】

駅近くの閑静な住宅地に立地し、買い物・散歩・喫茶など日常生活に便利な環境にある。開設2年目を迎え、庭に植えられた季節の草花を窓越しに楽しむ共用スペースは、ゆったりと広く、明るく清潔感がある。散歩・食事づくり等の家事への参加・趣味の継続など、日常生活の中で利用者の残存能力や好みを活かせる場面づくりに取り組み、楽しくいきいきと暮らせるように努めている。お客様満足度アンケート等、利用者・家族の意見を反映させる仕組みがある。法人の研修制度とサポート体制により、職員の資質向上と働きやすい環境整備に努めている。訪問診療を行う医療機関の協力を得て、利用者の健康管理に努めると共に、継続的な医療処置が必要な利用者も内容によっては受け入れている。

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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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、安心して暮らせている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人の理念はあるが事業所理念はまだない。法人の管理者全体の課題として「理念の作成と見直し」が今季の課題となっており現在当ホームでも全員で検討中である。	法人経営理念を基に、事業所独自の理念を職員全員で話し合っ作ることを28年度の優先課題として検討している。法人経営理念をスタッフルームに掲示すると共に、全職員に配布している「職員証」「理念ハンドブック」「行動指針」等に記載し、理念の共有と浸透を図っている。ケアに迷った時や課題等があれば、ユニット会議等で理念に基づいて振り返っている。利用者本位の真心とやさしさのこもったサービス提供に取り組む等、理念の実践に向け取り組んでいる。	28年度に策定を検討している事業所独自の理念の中に、地域密着型サービスの意義・役割等を明文化することが望まれる。また、理念の具現化に向けた目標を定め、定期的実施状況や進捗度を職員参画のもとに振り返る等、理念を実践するための具体的な取り組みを期待する。
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	食材や日用品の買い物に入居者様も一緒に出掛けるようにしている。また散歩のついでに近所の喫茶店に立ち寄りたりその方にとってのいつもの店が作れるようにしている。	地域の自治会に加入している。自治会とは関わりを持ち、地域のだんじりが事業所を巡回している。散歩時には挨拶を心掛け、車イス対応が出来る喫茶店に立ち寄りたり、食材や日用品の購入は地域の店舗を利用する等地域との繋がりを大切にしている。協力医療機関が開催する花見にも参加している。また、地域のボランティアの受け入れを検討している。	地域の人が、事業所に来訪して交流する機会づくりや、事業所が地域住民の一員として地域で必要とされる役割や活動を担う取り組みが望まれる。
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	開設したばかりであり地域への貢献には至っていないため今後の課題となっている。		

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
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	現状のサービスや活動内容を報告し、その上でのご家族様の希望や意見を求め今後のサービス等に活かせる様取り組んでいる。	地域代表として町会長・地域包括支援センター職員・知見を有する者・また、家族には全員に参加を呼びかけ、27年7月以降2ヶ月に1回定期的に開催している。会議では、パソコンの写真を活用して、行事・利用者の暮らしぶり、また、研修等事業所の取り組みを伝え、事業所の課題等を話し合いながら意見交換を行っている。運営推進会議の議事録を掲示資料ファイルに綴じこんで玄関に設置して公表するとともに、6ヶ月毎に全家族に送付している。写真の日付が分かるようをパソコンを活用したり、変薬等医療面の情報を「連絡帳」に記載して家族に伝える等、会議での提案をサービスの向上に活かしている。また、把握している地域の行事の情報等を、サービスの向上に活かす計画である。	より多くの意見を活かし、外部者に意見等を表す機会づくりとするため、利用者にも状況に応じて可能な限り参加を呼び掛けることが望まれる。また、事業所の取り組み等を、タイムリーに家族へ伝えるため、議事録の送付を2ヶ月毎にすることを検討して見てはどうか。
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	地域包括支援センターより運営推進会議に出席していただきホームの現状を伝えたり情報の提供をしていただいたりしている。	運営推進会議に参加している地域包括支援センター職員を通じて、事業所の取組み等を伝え、情報提供を受けている。時には市職員も参加するグループホーム連絡協議会に管理者が参加し、情報交換を行っている。また、集団指導に参加し、運営上の助言を得る等市との連携に努めている。	

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
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	研修を行い、身体拘束について学んでいる。またやむを得ず行なう場合はご家族様に説明し同意をいただくとしていたが現在は該当がない。	法人の年間研修計画に採り入れて、管理者を対象に「人権・虐待防止研修」を実施し、「人権・虐待・身体拘束資料」を使用して、「身体拘束」について学んでいる。管理者は事業所内で伝達研修を行い、伝達研修受講者は研修報告書を提出している。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。また、希望職員対象の法人研修で「人権・虐待防止研修」を実施し、事業所からも職員が参加している。職員に「身体拘束・虐待について気づくことカード」を配布し、不適切なケアなどについての気づきを出し合い未然防止する仕組みがある。重要事項説明書で、身体拘束をしない方針を明確にし、契約時に家族に説明し、身体拘束を行わないケアを行っている。エレベーターを自由に利用し、ユニット間の移動は自由である。玄関は安全に配慮して施錠しているが、利用者の外出希望や気配を感じた時はさりげなく付き添って外出している。	
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	研修を行い虐待について学んでおりグレーゾーンも気付けるような知識と意識を皆が持ちお互いに注意し合えるように心がけている。	上記と同様の方法で、虐待防止についても学ぶ機会を設けている。不適切ケアについてのチェック表で職員一人ひとりがケアの振り返りを行い、職員の気づきを提起できる取り組みもある。管理者は職員の日々の表情や言動に留意して声かけを心がけ、風通しの良い環境づくりに努め、メンタルヘルスケア研修も実施して、職員の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。年間研修計画に沿って、全職員対象に「介護技術」「認知症ケア」研修を実施し、介護技術の向上や認知症への理解を深めるよう努めている。入浴時等には、利用者の身体状況等に留意し、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。	

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	現在数人が成年後見制度を利用している。また職員も権利擁護についての研修を受けている	職員は「人権虐待防止」研修の中で、権利擁護に関する制度について説明を受けている。現在成年後見制度を利用している人もあり、後見人への身体状況等定期的な情報提供や連絡、書類の整理提供等、活用のための実務面での支援を行っている。法人に相談窓口を設置しており、必要時には窓口と連携して活用・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	誤った理解が無いように分かり易く説明している。また場合によってはエリアマネージャーが同席し十分な説明を行なうこともできる。	見学時にパンフレット等を使って概ねのサービス内容を説明し、契約時には場合によってはエリアマネージャーも同席して、質疑応答を交えながら納得が得られるよう十分な説明を行っている。特に利用料金や退居条件に関する事項については、重要事項説明書に詳しく記載し、しっかり説明している。契約書の内容を改定する時は、運営推進会議で説明の上、根拠を明確にした文書を送り同意を得ている。入所等での解約時には、契約書の退居時の援助条項に沿って、施設の紹介や情報提供等、施設とも連携をとりながら、円滑な退居のための支援を行っている。	
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	意見箱を設置しているが活用されていない。ご入居者様・ご家族様が話しやすく相談しやすい関係作りを心がけ面会時等にゆとりお話しただけの時間を持てるようにしている。また法人が毎年お客様満足度アンケートを行なっている。	家族面会時には利用者の近況を報告し、定期的に「連絡帳」で利用者の健康状態や生活の様子を伝えている。また、来訪時に目につきやすい場所に、ご意見箱を設置している。4月の花見には、家族の招待を計画しており、意見・提案が出やすいよう努めている。運営推進会議には全家族に参加を呼びかけて、外部者にも意見を表わす機会を設けている。毎年法人が「お客様満足度アンケート」を実施し、分析結果をホームページや会社案内で公表している。意見等に対する対応結果については、運営推進会議で説明する仕組みがある。職員の制服にネームを付ける等、家族からの提案を運営に反映させている。	

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	従業員満足度アンケートを行い全従業員の意見を聞きその後担当者が各施設をラウンドし直接話しその内容を出来る限り運営に反映させたり改善する仕組みがある。またホーム内でも全職員対象の会議を開き皆が意見を言える様にしている	管理者は日常的に職員に声かけを行うと共に、時にはエリアマネージャーも参加するユニット会議で職員からの意見・提案等を聞く機会を設けている。「誰伸び制度」による個別の面談制度もある。また、年1回の「従業員満足度アンケート」や「ホットライン」により、法人本部に直接、意見・提案等を表せる仕組みを採り入れている。法人が意見や課題等を把握した場合は、担当部署がラウンドして詳細を把握し、改善や解決に向けて後方支援を行っている。また、代表者が出席する法人の「管理者会議」で、管理者が代表者に職員の意見等を表す機会もある。利用者の状況に合わせた業務分担の見直し等、職員から出された意見提案を、運営に反映させている。スキルアップ等のため職員の異動を行うこともあるが、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	代表者は職員皆が意欲を持って働けるように「誰伸び制度」を導入し人事考課を実施しておりその制度を皆が理解できるように各事業所にて説明会を行なっている。またその際には管理者が全員と面談し各々の想いを聞く機会を持つことになっている。		
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	代表者は入社時研修・新卒社内研修・定期社内研修を行っている。またその研修は必ず事業所内で伝達研修を行なうこととし全員が受けられるように工夫している。また認知症介護実践者研修にも参加予定である。		

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	運営者は事業所職員の事業者連絡会への参加を促し、また法人内の定期的な会議や勉強会への参加を勧めネットワーク作りや相互訪問を通じてサービスの質の向上に努めている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	いつでも見学していただけるようにしその際には本人様ご家族様からも情報収集している。また居宅や入居施設等利用されているサービスの担当者からも情報を得るようにし生活が継続できるように配慮している		
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	入所前でもいつでも何度でも相談できることを説明し入所に際しての不安や現在困っている事等を気軽に話せるような関係作りにつとめている。		
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	ニーズによっては同グループ内の他のサービスや、地域の他事業所のサービスを勧めることもある。		
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	入居者様本人もチームの一員と捉え職員と入居者間、入居者様間の人間関係が深まるように支援している。		

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
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	情報を共有しながら共にご本人を支援していけるように配慮している。		
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	ご親戚が面会に来たり一緒に出掛けたりされている方もいる。	入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報は「フェイスシート」に記録し、入居後の利用者・家族とのコミュニケーションの中から把握した情報は「介護記録」の「関わりの内容欄」に記録として残し共有している。親戚の人等の訪問時には、居室や多人数時には地域交流スペース等面談場所を提供し、気軽に訪問できる雰囲気づくりに努めている。また、散歩を兼ねての自宅周辺の馴染みの喫茶店への同行や電話・手紙のやり取り等、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	新しい生活の中で知り合った方たちがその出会いを「良かった」と思えるような支援に努めている。		
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	入院された方のお見舞いに伺う時等に今後の相談を受けたり、また必要な時はいつでも相談を受け付ける旨お伝えしている。		



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
<b>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</b>					
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	ご本人・ご家族よりこれまでの生活歴や望む暮らしを聞き取る機会を持ちご本人の思いに少しでも近づけるように努めている。	入居時に生活歴や望む暮らしを聞き取り、思いや意向を「介護計画」に反映させている。入居後の日々のコミュニケーションの中でも思いや意向の把握に努め、職員間で共有しながら日々の支援や介護計画に反映させている。意思の疎通が難しい利用者は、言葉だけでなく表情や行動の中にある思いに気づけるよう努め、自己選択できる場面づくりや選択肢を提供して本人の立場に立って検討し、時々の状況に応じた支援に取り組んでいる。	
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	ご本人・ご家族よりの聞き取りや居宅や前施設のケアプランより情報収集しリロケーションダメージを減らしたその情報をスタッフ間で共有しその方らしく暮らせるように支援している。		
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	介護記録に一人ひとりの様子・気分・体調をしっかりと記入するように努め、朝・夕2回の申し送りで職員間の情報を共有し現状の把握に努め、またカンファレンスで確認している。		

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
26	(13)	<p>○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</p>	<p>ご本人・ご家族の望む暮らしを直接聞ける機会を持つようにし、また職員の気づきを加えサービス担当者会議で検討している。</p>	<p>アセスメントを行い、サービス担当者会議で本人・家族の意向・希望に基づいて、職員の気づきと、かかりつけ医・看護師・福祉用具事業者等の意見を採り入れて、定期的には長期目標期間毎に介護計画を見直している。家族等の希望は来訪時・電話等で確認し、サービス担当者会議録に記録として残している。介護計画は個人ファイルに挟み込み、職員がいつでも見れる場所に備え付けている。サービスの実施状況は介護記録やチェック表に記録し、毎月のケースカンファレンスで利用者の状況や支援内容を検討している。それらを基に、計画作成担当者が3ヶ月毎に「モニタリングチェックシート(評価表)」でモニタリングを行い、再アセスメントを行って次の計画に結び付けている。利用者の状況や家族の要望等が変化した時は、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。</p>	<p>介護計画に基づいたサービスの実施が明確になり、モニタリングの根拠になるような、「介護記録」の記録方法の工夫が望まれる。</p>
27		<p>○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</p>	<p>介護記録は1日の流れと気づきの2項目に分け分かり易くしている。またスタッフノートや朝夕2回の申し送りを活用し情報の共有を徹底している。</p>	/	
28		<p>○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</p>	<p>外出時のタクシーの手配や福祉用具利用の相談を行っている。また自社他部門で解決できそうなニーズは繋げるようにしている。訪問理美容も利用している。</p>	/	
29		<p>○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</p>	<p>ここに新しいホームがある事を地域に周知するため地域行事への参加に努めている。</p>	/	

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
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	ホーム主治医には定期的な訪問診療、必要時の外来受診や往診、変化があった時の指示等願っている。連携歯科には定期的な口腔ケアと必要時の往診治療を願っている。	入居時に利用者・家族に確認し、希望を尊重した受診支援を行っている。通院介助・緊急時対応・投薬等の利便性から、現在は全ての利用者は訪問診療を行う医師をかかりつけ医としている。毎週口腔ケアの為、歯科の往診もある。他科受診等の通院介助は、基本的には家族が行うこととしているが、事業所が臨機応変に対応している。受診前の利用者の状況や受診結果は「医療連携ノート」のクリニック往診用メモに記録として残している。医師からの指示事項は赤字で記入し、職員がサインして情報を共有している。皮膚科等他科受診時の事前の利用者の情報は、基本的には家族に口頭で伝えているが、必要時は「診療情報提供書」を作成している。状況に変化があれば家族に報告し、家族からも報告を得てお互いに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	ぴーす淀川(訪看ステーション)の看護師にご入居者様の状態を報告相談し医師や薬剤師との連携に繋げている。また緊急時や体調変化時には24時間電話での対応体制とし必要な時に必要な対応が遅れずできる様に協働している。	/	
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。	入院時には本人様の必要な情報を提供し退院時説明に参加しリロケーションダメージが少ないように支援している。	入院時には、利用者の事業所での暮らしやADL等を「介護サマリー」として、入院先医療機関に情報提供している。入院中は可能な限り面会に行き、利用者の不安の軽減に努め、医療連携室等の関係者と早期退院に向けて話し合っている。話し合った内容は、「施設介護支援経過」等に記録として残している。退院時には、関係者と情報交換を行いながら、「看護サマリー」等の提供を受け、退院後の事業所での支援に活かしている。	

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
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	看取り介護はまだ該当がないが必要となった時にご本人・ご家族・主治医・看護師・担当者で今後のケアの方針、想定される状況などについて確認を行い共通した思いで支援できるように取り組みたいと思っている。	重度化・終末期に向けた事業所としての方針について、契約時に重要事項説明書にセットしている「重度化対応、終末期ケアに係わる指針」で説明し、家族の意向を確認しながら同意を得ている。現時点では事例はないが、必要となった時に利用者・家族・主治医・看護師・担当者で今後のケアの方針、想定される状況などについて確認を行い、方針を統一して支援に取り組む計画である。また、フロアリーダーとケアマネジャー対象に、職種別内容での「看取り」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	事故発生時・緊急対応のマニュアルを作成し事務所に掲示している。AEDが設置され使用方法の講習を行なった。		
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	定期的に自主訓練を行っている。	この1年で1回、昼間想定避難誘導等総合訓練を実施していることが記録から確認できる。2回目の訓練は、3月に昼間想定訓練を計画している。訓練には、利用者も参加している。火災時の避難場所として、取り敢えず1Fは外部へ、2Fはベランダへの取り決めを行い、職員にも周知している。また、運営推進会議等を通じて地域へ協力依頼を呼びかけている。災害時の非常持ち出し袋・食料・水等を備蓄している。	最大リスクの夜間想定、消防立ち合い、津波時等のより実践的な訓練を積み重ね、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ておくことが望まれる。また、緊急連絡網の訓練も行ってみたいかどうか。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	法人内での接遇研修がありをテーマにし、伝達研修としてホームに持ち帰り職員に落とし込み実践している。	法人の年間研修計画に基づいた「接遇マナー研修」に管理者が参加し、事業所内で伝達研修を実施し、一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保について周知を図っている。希望職員を対象にした「接遇マナー」研修にも職員が参加し、利用者との関りの中で「否定する言葉」等不適切な言葉かけや対応になっていないか、注意喚起に努めている。写真等の使用については契約時に確認し、個人記録類はスタッフルームの鍵のかかるロッカーに保管し、個人情報の適正な管理に努めている。職員の守秘義務についても入職時に誓約書を取り交わし、毎年更新している。	
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	ひとりひとりに合わせたアプローチや話やすい環境づくりに配慮し、言葉だけでなく表情や行動の中に有る思いにも気付けるよう支援している。また日々の生活の中で自己選択できるような場面を持てるように心がけたり選択肢を提供したりしている。		
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	ご本人のペースで起床・就寝されている。またご本人様の希望や体調を細かく記録してできる事できない事を把握してその方のペースでの日々の活動への参加を支援している。		
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	季節にあった衣類を一緒に選んで着ていただけるように支援している。また鏡の前で歯磨きや整容していただき自身で意識もできるように配慮している。		

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
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	調理好きな方には食事作りに参加していただいたり、できる範囲でのお手伝いをお願いしている。また目の前のキッチンで調理する事により生活の中での食事を楽しみにできるように配慮している。	委託業者から献立と食材を搬入し、各ユニットで手作りの調理を行っている。利用者も野菜のカット・味付け・配膳・食器洗い等を手伝い、利用者の好みや力を活かせる場面づくりを行っている。利用者と共に菜園で収穫した野菜を、食材に活用することもある。昼食は職員も同席して同じものを食べ、家庭的な雰囲気づくりを行っている。業者からの食材を止めて、鍋料理・ちらし寿司・グリルチキン等、利用所の希望や季節感を採り入れた食事が楽しめる機会も設けている。時には、ホットケーキ・たこ焼き等のおやつ作りを利用者と共に行っている。	
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	体調を考慮し調味料は減塩の物を、砂糖はカロリーのないものを使用している。また水分が摂り難い方にはゼリーや水分の多い果物で補えるように配慮している。また無理強いでなくその方がいつでも遠慮なく摂取できるようにふんいき作りを心がけている。		
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	毎食後の口腔ケアを支援している。また協力歯科により週1度の口腔ケアを行っている。		
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	排泄チェック表で把握し必要な方には定時誘導を行っている。またトイレ内に同行介助することで失敗を減らせるように支援している。	排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、必要な人には定時誘導により、トイレでの排泄を大切にされた支援を行っている。排泄のサインを見逃さず早めの誘導に努め、失敗を減らせるように支援している。トイレ誘導時には、周囲に配慮した声かけやドアの開閉に留意し、羞恥心やプライバシーに配慮している。	

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
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	排泄間隔を把握し、食事や飲み物で工夫したり散歩や体操を通してその方に合った間隔での自然な排泄を支援している。どうしても出にくい方は主治医に相談し下剤の服用を介助している。		
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	入浴日を決めず希望があれば毎日の入浴も可能としている。また入浴拒否のある方は強制せず気分良く入浴していただけるよう工夫している。また1:1でゆっくり話せる時間としての楽しみも提供できるように努めている。	基本的には週3回午前入浴としているが、入浴日を決めず、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。希望があれば毎日の入浴も可能である。入浴を嫌がる利用者には、一人ひとりの理由を検討し、声かけやタイミング等個別の工夫を行っている。また、職員と利用者が、1:1でゆっくり話せる時間としての楽しみも提供できるように努め、入浴剤の使用やゆず湯等季節を感じながら入浴を楽しめる機会づくりにも努めている。	
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	個室であるため個々の状況に合わせて空調をコントロールしている。また週に1度以上のリネン交換や環境整備も行っている。		
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	薬局の協力をいただき、主治医との連携調整や薬の管理を行っている。また薬剤師より薬に関する情報書を得て職員皆が内容を理解し確実に服薬していただけるように努めている。		
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	たまの行事として楽しみを提供するだけでなく日々の暮らしのなかでの張り合いや楽しみ、また趣味や特技を活かした活動等生活そのものが楽しみになるように支援している。		

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
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	気分転換し身体機能が維持が出来るように散歩・外出は継続的に支援している。また家族の方の協力を得て自宅に帰ったり外出したりする機会が継続できるように健康維持を支援している。	近くの川沿いや公園への散歩・スーパーへの買い物等、利用者の希望・状況、その日の天候等に沿って、日常的に戸外に出かけられるよう支援している。車イス利用者も、利用者が車いすを押したり、車イス対応リフト車で外出等、利用者の移動の状況に配慮した支援を行っている。利用者の希望に応じて、個別での電車を使っての外出等、普段は行けないような場所でも出かけられるよう支援している。外気浴や水やりを兼ね事業所の菜園で気分転換を図ることもある。また、近く花見を予定している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	預かり金としてホームで管理しているが、職員と一緒に買い物に行った際に支払いをお願いしたりその方のできる事を支援している。		
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	ご本人の希望があれば電話をかけたり取り次いだりする支援を行っている。ご友人からの手紙を楽しまれている方もいる。		
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	廊下壁にはご入居者のお習字や季節の物を飾っている。また食卓から見える庭に花を植えたり窓のカーテンを開け外が見えるようにもしている。換気や快適な室温にも配慮している。	庭に季節の草花が植えられ、窓越しに楽しむことができる共用スペースはゆったりと広く、明るく清潔感がある。ひな壇・クリスマスツリー等季節毎の飾りつけを行っている。隣接するキッチンで食事づくりを行い生活感を採り入れるとともに、音や匂いが五感を刺激している。思い思いの場所でくつろげるように、また、居心地よく過ごせるように適所にソファを設置し、食席の配置にも配慮している。	



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	リビング・ダイニング・廊下に腰を掛けれるスペースを確保しご本人がその時の気分で思い思いに座れるようにしている。		
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	ご本人に馴染みの物を持ってきていただいたり、家族の写真を飾ったりとくつろげる場所としていただけるように工夫している。また安全に過せるように環境整備にも注意を払っている。	居室には家族の写真・タンス・携帯電話・冷蔵庫等利用者が使い慣れたものや馴染みのもの、また大切にしているもの等が持ち込まれ、生活習慣の継続と居心地よく暮らせる居室づくりを行っている。居室入口には利用者の行事等での顔写真を掲示して場所間違いを防止し、安全に配慮した環境整備にも努めている。	
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	安全や動線に配慮し家具等をレイアウトしている。またトイレや居室をわかりやすく表示し混乱を招かないように工夫している。		