

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28年11月30日	評価結果市町村受理日	平成29年3月29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28年12月21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>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、近隣の小学校、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。</p>
--

【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>近隣の保育園・小学校・支援学校等生徒が定期的に来訪し、小学校の運動会等の見物に出かける等、地域との交流に積極的に取り組んでいる。地域老人会と連携しての介護セミナーの開催、近隣清掃、支援学校生の就労評価等、地域貢献に取り組んでいる。また、事業所でJAの季節の旬の食材を活かして、手づくりの食事づくりを行っており、家庭的な雰囲気の中で食事が楽しめるよう取り組んでいる。介護計画を認識したケアに努めており、アセスメント・介護計画・介護記録・モニタリング、それぞれの記録には整合性・連動性が確保され、計画に沿って日々の生活を大切にされた支援に取り組んでいる。</p>
--

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)	○ 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「豊かな創造力を持ち、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。	法人の理念を基に、事業所独自の理念をつくり、「地域と共生」という地域密着型介護サービスの意義目的を採り入れている。年度初めの職員会議で、理念を確認し合い、共有と浸透に向け取り組んでいる。また、課題等があれば、職員会議で理念を抛りどころにして振り返っている。事業所の理念実行に向けて「28年度部門別実行計画書」で、「課題達成の行動計画」として具体的な取り組み内容を策定している。計画に対する進捗状況等を、2ヶ月毎に法人管理者会議で報告を行い、「職員会議」で理念実践への意識づけを行っている。介護セミナー、介護者カフェ等の開催や掲示板での小学生向け情報発信等で地域貢献に努める等、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	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。 伊丹市老人連合会等と連携し介護セミナーを開催した。	自治会に加入し、自治会の共同清掃への参加やソフトボール大会見学等を行っている。買い物等は地域の店を利用し、散歩時には、家庭菜園で畑作業を行っている人との交流に努めている。地域の人達も、果物・野菜等を届けに事業所に立ち寄り、食材に活用している。地域の神社の夏祭り、秋祭り、小学校の運動会等に出かけ、敬老の日の保育園児とのプレゼント交換も継続している。支援学校生のガラス清掃やパンの販売の受け入れ、就労評価等学校教育への協力を努めている。地域老人会と連携しての介護セミナーの開催、休日の職員も可能な限り参加しての近隣清掃等、地域で必要とされる役割や活動を担っている。	
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	地域への見学会を通じた介護相談を行うことの回覧板広報等を行った。 不定期であるが介護者カフェを開催。		

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、業務の質の向上につながるような意見を頂いている。	利用者代表、家族代表、自治会・老人会関係者、市・地域包括支援センター・社会福祉協議会職員、知見を有する者等を構成メンバーとし、小規模多機能型事業所と合同で、定期的に2ヶ月1回開催している。家族には広報誌や契約時に会議への参加を呼び掛けている。会議では、利用者の状況、行事や事故、消防訓練での消防のアドバイス、第三者評価受審結果等の報告を行うと共に、助言・提案等を得ている。会議の議事録は、契約時に開示請求があれば開示する旨を説明している。消防訓練の地域の人の見学等、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、相談を行えている。	市・地域包括支援センター職員等の定期的な運営推進会議参加を通じて、事業所の状況や取り組みを伝えている。認定調査員の来訪時には、利用者の状況報告や情報交換を行っている。サービス事業者連絡会やグループホーム連絡会に、市職員等も参加しており、事業所間の課題相談等を行い、市から助言・指導等を運営に活かし、協力関係を築いている。また、保健所からの感染症対策情報等を事業所内に掲示し、市からの情報の活用に努めている。	
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	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。	昨年度、職員会議時に「スピーチロック」「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やスピーチロック等について学び、利用者本位とは何かを考える機会を設けている。研修に参加出来なかった職員には、資料の配布を行い、「内部研修報告書」の提出を必須としている。今年度も研修計画に沿って身体拘束排除のための取り組みについて研修を実施し、「身体拘束研理解度チェックシート」で理解度・感想等を把握する計画である。家族には、拘束により予測されるリスクを説明し、拘束をしないための対応策の検討と支援に取り組んでいる。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いるが、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。	

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
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。	上記研修で、法令や虐待の範囲、発見した場合の対応等について学び、虐待防止への一段の注意喚起に努めている。本年度も継続して虐待防止の研修を行い「高齢者虐待研修理解度チェックシート」で理解度等の把握を行う計画である。管理者は、職員の希望に沿ったシフト調整を行うとともに、新入職者に対するOJT、事業所内での認知症に関する研修等を実施し、職員のストレスや疲れ、介護技術の未熟さ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。また、ストレスチェックを実施し、必要時には産業医に相談し助言を得ている。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。	昨年度は、権利擁護に関する制度について学ぶ機会がなかったが、本年度は1月に成年後見制度に関する研修を計画している。現在、成年後見制度を活用している人はいないが、利用について相談を受けたり、利用が必要と思われる時には、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支援する体制がある。	成年後見制度等に関するパンフレット等を準備し、職員や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。	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、契約時には重要事項説明書・契約書の内容を、質問等がないか途中確認を行いながら説明している。特に入院時の利用料・重度化対応・退居条項等を、重要事項説明書等に沿って手順を踏んで説明している。今年度は現時点では契約内容の改正は行わなかったが、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、文書で同意を得る仕組みがある。また、施設入所等での契約解除時には、事業所として必要な援助を行うという条項に沿って、施設の相談員との連携や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、「ケース記録」「ケアチェック表」等を提示して利用者の様子を伝え、また、毎月写真付きの手紙で近況報告を行っている。介護計画作成前には電話等で、また、夏祭りやクリスマス会等季節ごとの行事には家族にも参加を呼び掛け、意見等の交換に努めている。利用者が入院中には見舞いに行き、家族との意見交換の貴重な機会としている。出された意見・要望等は「ケース記録」に記録し、その中で苦情に関するものは、「苦情報告書」を作成して「管理者会議」で報告し、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。気づきノートを開始し意見を挙げやすいようにした。	管理者は「正職員会議」、全職員が参加する「職員会議」等で意見等を把握するとともに、年1回全職員と人事考課時に個人面談の機会を設けている。管理者は法人の「管理者会議」や「東地域事業部会」に参加するとともに、考課時の事業部長との個人面談時に、職員や管理者の意見・提案等を表出している。また、事業部長は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。月2回、「喫茶の日」を設けて、利用者に喫茶店の雰囲気味わってもらい機会づくり等、職員の意見・提案等を運営に反映させている。また、職員の異動は最小限に留め、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。		

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	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。		
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	毎月の「グループホーム事業者会」、3か月毎の「伊丹市サービス事業所連絡会」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。		
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。		

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	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。		
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。	入居時に、利用者・家族等から、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」の「宗教」・「入居してからも続けたい生活習慣」の欄に、また、日々の関わりの中で把握した情報は、「ケース記録」に記録して情報を職員間で共有し、今までの利用者地域社会との関係継続の支援に努めている。自宅周辺への散歩、小規模多機能事業所の送迎車に同乗して馴染みの場所へのドライブ、図書館への同行等の支援に取り組んでいる。また、家族にも把握した情報を伝え、馴染みの場所等への外出を依頼している。多人数での家族・友人・知人等訪問時には相談室を面会の場所として提供し、手紙のやり取りの支援等にも努めている。	
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	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 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
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。	入居時に希望や意向を聞き取り「生活史アセスメントシート」に記録として残している。入居後も継続して意向等の把握に努め、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」に記録として残している。サービス担当者会議には可能な限り家族に参加を依頼して本人・家族の意向を聞き取り、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人は、アセスメントシートを参考にしながら、表情・言動等から利用者の立場に立って検討し、本人の意向に沿ってよりよく暮らせるよう支援に努めている。	
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)担当ケアマネ、利用中事業所に行き、聞き取りアセスメントを実施している。 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 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
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。 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。	利用開始時には、フェイスシートを基に、課題の抽出を行い施設サービス計画表を作成している。その後は、かかりつけ医や歯科医師等の意見も採り入れ基本的には6ヶ月毎に見直している。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。計画に基づいて、個別支援計画を策定し、短期目標に沿って「モニタリング実施記録」で日々の実施状況を確認し、毎月モニタリングを実施している。それぞれの記録には整合性・連動性が確保されている。モニタリング記録を参考に、サービス担当者会議を開催し「ケアチェックアセスメント表」で再アセスメントを行い、次の計画に結びつけている。家族の意向・希望、かかりつけ医等関係者の意見等があればサービス担当者会議の要点「検討内容欄」に記載している。	
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	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	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、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	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。	利用者・家族の希望により、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る。通院介助は基本的には家族が行う事として、利用者の情報を書面で託け、必要な場合はケアマネージャーが受診に付き添って、本人が適切な医療を受けられるよう支援している。往診医には看護師から情報提供を行い、受診結果はケース記録往診欄に入力し、医療に関する記録を職員・看護師が見落としなく共有できる仕組みが構築されている。希望者には歯科医の往診もある。	
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。	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。	入院時には必要に応じて、「介護サマリー」「アセスメントチェック表」等で利用者の情報を入院先医療機関に提供している。入院中は可能な限り見舞いに行き、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。	
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。	契約時に「重度化した場合における対応に係わる指針」で、家族等の意向を聞き取りながら、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ことを説明し同意を得ている。重度化の段階ごとに意向等を確認し、かかりつけ医・訪問看護師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つないでいる。終末期には、訪問看護師から看取り時における個別的な配慮について学んでいる。	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。

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
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。今年度の消防訓練には近隣住民の見学もあった。18名6日分の災害非常食を準備している。またミキサー食にも対応している。	この1年で火災訓練を2回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で利用者、夜勤専従職員も参加し、日中と夜間想定で避難・誘導・消火等の総合訓練を実施する。消防の指摘・指導事項等と共に写真で訓練の様子を記載した訓練記録を作成し、訓練に参加出来なかった職員へも閲覧による訓練内容の周知を図っている。訓練以外にも、防火管理者がシミュレーションを行いながら、定期的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、地域住民が訓練の見学に来訪している。水・おかゆ等の災害非常食を備蓄している。鳥取地震時の対応への教訓をもとに、今年度中に地震想定訓練実施を計画している。	
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	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。	年間研修計画に沿って「接遇」「プライバシー保護」等に関する研修を実施している。不適切な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なく、常に思いやりの感じられる支援に努めている。また、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、職員とは入職時に誓約書を交わして、個人情報の適正な管理に努めている。	
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	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
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	「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承してもらおうようにしている。		
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	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。		
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の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。	地域住民が届けてくれる季節の野菜等も活用しながら、各ユニットで手づくりの食事づくりを行っている。栄養バランス等に配慮しながら、地産地消を心がけ、新鮮な食材を使った食事づくりを行い、献立表は食事後に作成している。利用者の状態に合わせた食事形態を工夫し、嗜好にも代替食を提供して対応している。利用者の好みや力を活かすことが出来るよう、テーブル・食器拭き等への参加を支援している。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、時にはお重を使用したり、陶器の家庭的なもので食事を楽しめるよう支援している。また、クリスマス用のランチョンマットの使用等、季節感を探り入れる工夫を行っている。	
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	水分量、食事は細やかに把握しているが、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	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	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。	健康管理表で排泄のパターンを把握して、一人ひとりとタイミングに応じた誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。サインを見落とさないように、注意深く観察してトイレ誘導に努め、おむつ等排泄用品の使用を減らすよう取り組んでいる。研修でも、プライバシー保護について学ぶ機会を設け、声かけ方法に留意し、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排泄介助に努めている。毎日の体操や朝食にヨーグルトを加えるなど、個々に応じた便秘の予防に努めている。	
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ず、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、利用者の希望に沿った入浴、また、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、利用者の希望や状況に合わせた入浴を支援している。入浴を嫌がる人には、家族への協力依頼、声かけや入浴時間の変更等で入浴ができるよう工夫し、成功例を記録として残して入浴を嫌がる人への対応に活かしている。好みの入浴剤の使用や、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。入浴後には皮膚の保湿に努め、健康・衛生面での配慮を行っている。	
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	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。		
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。春には万博公園などへ遠足へも行くことが出来た。	近くのスーパーでの買い物・庭園見物・花見・公園・神社等に利用者の希望・状況・天候に沿って戸外に出かけられるよう支援している。小規模多機能事業所の送迎時に、ドライブを兼ねて近隣に出かける機会や、図書館等利用者の希望に合わせた個別の外出機会も設けている。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。また、万博公園等普段は行けないような場所でも、家族等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	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。 季節を感じて貰えるような飾りつけを心がけている。	建物内は清掃が行き届き清潔感がある。生活の場という方針のもと、リビングには利用者と共にクリスマスツリー等の季節の飾りつけを行って季節感を採り入れ、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、ソファの適所への配置やアロマテラピーにより、ゆったり落ち着いて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	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。	居室入口には、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場所間違いの防止に努めている。思い出の写真・仏壇・テレビ・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。趣味の将棋道具を持ち込んでいる人もあり、時には職員が相手となって趣味が楽しめるよう支援している。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。	/	/