（様式1）　　令和　5　年度

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	令和5年9月12日	評価結果市町村受理日	令和5年11月6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9月26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）】

【入居者様の個別対応】
それぞれの方の生活のペースに合わせて対応。夜間も就寝時間を決めておらず、テレビを観たり談笑されるなど個々の生活リズムや習慣に合わせて支援。日中の外出（近所に散歩など）についても、それぞれの気持ちと状態を尊重して望まれるように支援。
【手作りの食事。気分を変えた食事提供】JAの新鮮なお米や野菜を使用した料理とと共に、外出が困難な方に外食気分を味わってもらう為、デリバリーでの食事提供など工夫し、食事を楽しんでもらえるように工夫する。　【地域との交流】例年であれば保育園や小学校との交流や特別支援学校とは社会体験実習や職業体験実習などの関わりがある。今年度より地域で開催されている『こども食堂』に貢献

【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）】

広く高齢者福祉事業を展開するジェイエイ六甲福祉会が運営する、小規模多機能型居宅介護事業所を併設した事業所である。園芸活動や園芸講習会の開催・職員による屋外清掃活動など可能な形で地域交流・地域貢献を継続し、今年度から公民館での「子ども食堂」への参加に新たに取り組み、支援学校の学生の受け入れの再開に向けた準備も行っている。手作りの食事、菜園・花壇での園芸活動、ターフとテーブル席を新設した園庭での活動、近隣への外出の再開等、家庭的な雰囲気の中で日常生活が楽しめるよう取り組んでいる。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。協力医療機関・事業所看護師・訪問看護師等と医療連携体制を整備し、家族の希望に応じて看取り介護にも対応している。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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 実践状況	外部評価 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	4月の全体会議資料にて報告共有している。　事業所理念はスタッフスペース掲示している。 毎日朝礼時に「事業所理念」及び「福祉事業5訓」を唱和し、意識して行動できるように努めている。	法人理念の福祉事業5訓・事業所理念のキャッチフレーズのスタッフルームへの掲示と、朝礼時の唱和により共有を図っている。4月の法人全体会議で、法人理念に関する説明を受け共有と理解を深めている。キャッチフレーズの具体的な取り組みとして「部門別実行計画」を策定し、年度初めのフロア会議で取り上げ、計画実践に向け職員に意識付けを行っている。毎月のフロア会議で、職員の意見を集約して部門別実行計画の取り組み状況について振り返るとともに、半期ごとに管理者（所長）・フロアリーダーが振り返り、理念の実践につなげるよう取り組んでいる。	
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	隔月にて訪問理容を利用している。また施設周辺の屋外清掃を定期的に実施している。毎年は保育園児や小学生との交流、支援学校の生徒によるパン販売や清掃などの古流があるが、新型コロナの影響により実施できていない。『こども食堂』に貢献をしている。利用者と一緒に調理のお手伝いに参加する。	訪問理容の利用・園芸活動や園芸講習会の開催（まちなみガーデン賞を受賞）・職員による屋外清掃活動や小学生登下校時の見守り参加等、地域交流に継続的に取り組んでいる。支援学校生の清掃活動参加に向け、見学の受け入れを再開している。介護セミナーの開催や介護相談対応を継続するとともに、今年度から、月２回、併設の小規模多機能居宅介護事業所と合同で、地域の「子ども食堂」に参加し、地域交流・地域貢献に努めている。今後、利用者も参加して子どもたちと交流する機会づくりを計画している。	
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	見学相談へ来所されたり、電話相談のあった方に対して、当事業所だけでなく適切な介護サービスの提案や紹介を行なっている。ズームを活用して認知症介護セミナーなどを開催している。		

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カ月毎に実施している。有識者や地域の方より具体的な意見や改善策、家族からはアンケート等により困っている事など意見をもらうことで、会議で話し合い、サービス向上につなげている。（今年度は感染対策として書面での情報共有している）	利用者・家族代表（オアシス通信で参加を呼び掛けている）、氏子会・老人会・民生委員等複数の地域代表、市職員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、知見者（大学教授）、事業所職員等を構成委員とし、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、2ヶ月に1回集合開催している。開催時には、利用者状況・活動内容等各事業所の取り組み、ヒヤリハット・事故事例等を報告し、「子ども食堂」対応等について参加者と意見・情報交換を行い、「運営推進会議議事録」を作成している。議事録を玄関に設置している。	
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	運営推進会議に市法人監査課、社会福祉協議会より参加してもらい、また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し、意見を職員間で周知、共有できている。	運営推進会議への市職員・地域包括支援センター職員の参加、事業所で市の出前講座開催、高齢行方不明者捜索ネットワークの構築等を通じて市との連携がある。市による感染予防グッズの提供等を通じて連携し、事業所の感染予防に反映している。地域包括支援センターとも研修参加や相談対応等で相互に連携している。地域密着型事業者連絡会・伊丹市事業者連絡会が再開され、管理者が参加し、市・事業所間のネットワークづくりに努めている。通常は市から介護相談員の派遣があり、令和5年10月から受け入れ再開を予定している。	

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
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	「身体拘束廃止に関する指針」を基本に、毎月のフロア会議にて「身体拘束廃止委員会」を実施。身体拘束をしない工夫、取り組みを共有している。玄関、事業所建物内は電子錠対応しているが、希望時に可能な限り、付き添いにて出かけている。身体拘束についての研修を行い、心身の拘束におけるデメリットを周知している。研修にて身体拘束についての知識と意識を共有している。Èラーニングの活用。	「身体拘束廃止に関する指針」を整備している。毎月各フロア会議の中で「身体拘束廃止化委員会」を実施し、拘束・虐待事例がないことや、センサーマット使用が行動制限になっていないかを確認し、未然防止に向け検討している。（2階は会議録を回覧し、回覧印で周知を確認している。3階は委員会内容を申し送りノートに転記し、閲覧により周知を図っている。）年間研修計画に沿って、フロア会議の中でeラーニングを活用して「身体拘束」研修を実施している。受講者は電子報告し、参加できなかった職員も資料確認と別途視聴により周知を図っている。玄関・エレベーターは電子錠対応しているが、利用者の外出希望があれば、近隣への散歩・玄関前の花壇・菜園等へ出かけ、閉塞感を感じないよう対応している。	
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過ごされることが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。また入浴時や更衣時などに身体への異状（内出血など）を確認した時は記録に残し、家族に報告、確認を行なっている。Èラーニングの活用。	虐待防止研修についても、上記と同様の方法で9月実施を計画している。事業部エリアとして年1回「不適切ケアチェックシート」により振り返る機会を設け、集計・分析結果をフロア会議で共有し、不適切ケア防止に取り組んでいる。「気づきノート」・フロア会議等を活用し、言葉かけ・対応等が不適切ケアに繋がらないよう未然防止に取り組んでいる。法人としても、ストレスチェックの実施、メールでのアンケート、相談窓口の設置等、職員のストレスや不安がケアに影響しないように取り組んでおり、産業医も2ヶ月に1回来訪し、面接・問診等労働環境を確認している。	

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
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	日常的に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。	権利擁護に関する制度について、「成年後見制度の理解」に関するeラーニング研修を継続し、今年度も年内実施を予定している。成年後見制度を利用している事例はないが、今後、制度利用の必要性や家族からの相談があれば、管理者が窓口となり地域包括支援センター等関係機関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、解約又はや改定等の際は、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	契約時には必ず複数で対応し、説明内容に質問等がないかを都度確認し、内容の理解と不安や疑問の解決を心掛け、契約への手順を踏んでいる。契約書を見ながら項目毎に確認、説明し利用者、家族から了解を得ている。	併設の小規模多機能型居宅介護事業所からの入居も多く、情報共有が出来ている事例も多い。入居相談・希望があれば見学対応し、パンフレット・料金表をもとに説明している。契約時は、管理者が契約書・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、緊急時・受診対応等医療ニーズへの対応については、詳細に説明している。契約内容改定時は、変更内容を明確にした「新旧対照表」と「変更同意書」で同意を得ている。	
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	利用者、家族から意見や要望を常日頃から聴くように努めている。 運営推進会議では外部からの意見や評価を客観な視点で得る。事業者内に「ご意見箱」を設置している。また契約書に記載されている第三者、外部の評価機関、「県、市、国保連」などへの周知を行なっている。頂いた意見は直ちに職員へ周知し、改善していけるように努めている。	利用者の意見・要望等は日々の会話の中で把握に努め、申し送りノート・フロア会議で共有している。外出希望等内容に応じて計画に採り入れ活動等を個別支援している。家族の意見・要望は、面会時や受診結果等電話連絡時に把握に努めている。毎月フロアごとに発行する「オアシス通信」で利用者個々の近況や行事・生活の様子を伝え、意見・要望が出やすいよう工夫している。家族からは面会の要望が多く、事前予約・居室で短時間面会できるよう対応している。また、第三者評価時の家族意見等は職員へ周知し、改善に努めている。	

自己	第三者	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	毎月のフロア会議で意見交換する機会を設けている。 日常から職員の意見や考え、日々の気付きを聴くように心掛けている。 年に1回の面接では十分に話ができる環境を設けている。 気付きノートを活用して意見を出しやすいようにしている。	毎月フロア会議を実施し、拘束廃止委員会開催、入居者状況・業務等について情報共有や検討・研修等を行い、会議録の回覧により共有を図っている。日々の検討事項は出勤職員で検討し、決定事項があれば、朝夕の申し送り・申し送りノート・フロア会議等で共有している。また、「気づきノート」の活用により、フロアリーダ・計画作成担当者が意見等を集約し、検討が必要な事項があればフロア会議で検討しサービス・ケア・運営等に反映できるよう取組んでいる。管理者は、必要時は随時、定期的には年1回、考課表・目標管理表等を基に個人面談を行い、個別に意見・提案を聞く機会を設けている。法人としても、アンケートにより個別に意見等を把握する機会を設けている。	
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人ひとりの職員と面談を行い、思いや考え、意見を聴く場を設けている。面談時には職員がスキルアップの意欲が持てるような提案やアドバイスができるように心掛けている。		
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	内部研修では法定研修を毎月行なっている。　法人内では毎月行う「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。　外部研修情報を共有し正職員、パート職員問わず、受講を促している。		
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	3カ月毎の「地域密着型事業所連絡会」、不定期開催の「伊丹市事業者連絡会」に積極的に参加し、他事業所との連携・情報共有を図っている。		

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
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、管理者共にこまめな連絡を行うように心掛けている。 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。 表情や行動など観察し、不快な思いをしていないかなどを把握できるように努めている。		
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、環境に馴染んで頂けるように配慮している。		
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	入居開始間もない時期は些細な事でも連絡し、入居者の様子を伝え、不安が解消できるように努めている。 様子と共に他のサービスの提案も含めて家族に伝え、家族と本人が必要な支援に努める。		
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	今まで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聞き取り、事業所、家族、その他の支援団体等、皆で本人を支えていく考えを周知する。		

自己	第三者	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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、関わりが持てるよう、一緒に地域の行事に参加したり散歩に出掛けるなど支援する。 地域の催し物の参加や近隣の方へのコミュニケーション要は職員もご本人の関係性を損なわないように行なっている。	家族との面会、家族の了承を得て友人・知人との面会、フロア間の移動、小規模多機能事業所との交流等を再開し、馴染みの人との関係が継続できるよう支援している。初詣や近隣への散歩等で地域に出かけ、馴染みの場所や人との関係継続を支援している。墓参り・自宅への帰宅や外泊等、馴染みの場所への家族との外出を再開している。手紙の投函・携帯電話での通話支援等も継続している。	
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	利用者ができる役割で、利用者同士が助け合い、支え合いながら仲間意識を持ち、関わり合えるように配慮する。		
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、訪問しやすいよう、笑顔で応対し、関係を大切にする。家人にはこれからも訪問して頂いても構わないこと伝える。またその為にいつでも訪問しやすい事業所の雰囲気をつくるようにしている。		
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完全では無い為、入居開始後も継続してご本人の意向や家族の意向を聞き、ご本人が満足した生活を送って頂けるよう努めている。意向が確認できない際には、日々の生活から職員が検討し、より良い生活ができ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わかるように努めている。	家族記入の「生活史アセスメントシート」や面談等で聴き取った情報を記録した「アセスメントシート」を活用して、利用者の思いや暮らし方の希望・意向を把握している。入居後に新たに把握した情報は「申し送りノート」・「気づきノート」に記録の上、内容に応じて「アセスメントシート」に追記して共有している。サービス担当者会議開催時には、事前に本人・家族の希望等を聞き取って会議録に記録している。把握が困難な場合は、表情や支援後の反応から汲み取る等、把握に努めている。 把握した思いや意向は、介護計画・利用者支援に反映できるよう取り組んでいる。	

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	契約時の自宅訪問の際に聞き取りを必ず行うことにしている。（本人・家族）生活史アセスメンシートを家族、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ィアを反映し、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元に、介護職員で計画を実現する為の関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。	「生活史アセスメントシート」「ケアチェックアセスメント表」をもとに初回の介護計画を作成し、1ヶ月後に見直している。「モニタリング表」で介護計画の項目に沿った日々の実施状況をチェックしている。システム内の「ケース記録」にはサービスの実施内容や利用者の様子を記録している。毎月のフロア会議で利用者の状況の確認や情報共有を行い、3ヶ月毎に「モニタリング記録表」でモニタリングを行っている。必要時には随時、定期的には6ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。見直し時には、「モニタリング記録表」でのモニタリング・評価と、「ケアチェックアセスメント表」による再アセスメントを実施し、サービス担当者会議を開催している。会議には介護支援専門員・介護職員が参加し、必要に応じて看護師が参加している。利用者・家族の意見は事前に電話等で聴取し、かかりつけ医等関係者の意見も往診時等で事前に把握し、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	個別記録は様子や気付いたことを職員が記入し、他職員も情報共有しながら必要な介護の見直しを行なっている。 入居者ごとのカンファレンスを行い。介護計画の見直しを行なっている。		

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
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、その時々に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できるよう、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。 家族や本人からの変わりゆくニーズには日々の生活（会話、行動など）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に努めている。		
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	地域行事（小学校運動会、祭り等）に参加し地域住民と交流を図る。 近隣散歩時に畑などに訪れ、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にて適切な医療の指示が受けられる。必要な場合はケアマネが受診に付き添い、本人が適切な医療が受けられるように支援している。往診医には事前に入居者の状態を把握してもらえるように支援し、効率よく往診していただけるように努めている。	月２回の定期的な内科・歯科の訪問診療と、必要と希望に応じて、週1回の訪問看護・訪問リハビリの往診が受けられる体制がある。通院が必要な他科受診については、基本的には家族が同行し、必要に応じてかかりつけ医が情報提供を行っている。事業所専従の看護師を週４日配置し、利用者の健康管理を行うとともに、「本日の往診者」により事前に医師に情報提供し、往診時の立会いも行っている。受診結果・訪問看護内容等は「往診連絡表」「ケース記録」「支援経過記録等」に記録し、必要な事項等は「申し送りノート」で情報共有し、家族にも随時報告している。通院についての情報は家族から報告を受け、「ケース記録」「支援経過記録」「申し送りノート」に記録し共有している。	
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	医療連携にて週１回の訪問看護師の訪問がある。当事業所専従の看護師配置してもらうことにより、看護師がほぼ毎日、訪問できている。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
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。	医療機関への入院時には情報提供を行い、退院時にはカンファレンスを行なっている。それにより医療機関と連携を取るようにしている。入院中は状態を確認に行き、スタッフへ伝達し退院時にスムーズに受け入れられるように努めている。	入院時は、看護師から「看護情報提供書」で情報提供している。入院中の面会が困難な状況のため、家族と情報交換し、家族からの情報は「ケース記録」「支援経過記録」等に記録し、必要な事項は「申し送りノート」で周知・共有している。通常は退院前カンファレンスに参加しているが、現在は、退院前の情報は家族からの連絡や「看護サマリー」で把握し、退院後の状況に応じて支援方法や介護計画の見直しを検討している。	
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	事業所で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行うなど対応している。病状については医師から家族に説明して頂き、今後の方針を話し合っていく。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」に沿って事業所の方針を説明し、同意を得ている。また、「急変時における意向確認書」で意向確認を行っている。重度化を迎える段階で家族が主治医から病状説明を受け、事業所が再度指針を説明している。主治医・家族・事業所で今後の方針を話し合い、家族に看取り介護の希望があれば「看取り介護同意書」で同意を得ている。サービス担当者会議を実施し、介護計画・支援方法等について家族の同意を得ている。主治医・訪問看護師・事業所看護師・介護職員等と連携し、併設の小規模多機能居宅事業所の協力も得て、家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。家族対応や支援についての経過は、「ケース記録」「支援経過記録」に記録している。「看取りに関する研修」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	急変時や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沿う。 実践力を付ける為、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。Eラーニングの活用。		

自己	第三者	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	火災を想定した日中及び夜間対応の消防訓練や地震を想定した避難訓練の実施。職員研修や消防士から消火器使用方法の指導を受けている。訓練の案内を近隣住居へ配布、掲示している。 災害時の非常食の備蓄、非常災害時の緊急連絡網の配布を行なっている。Eラーニングの活用。	直近1年では、施設合同で夜間想定と日中想定の火災時総合訓練を実施している。夜間想定訓練を早朝時間帯に実施し、実践的な訓練に取り組んでいる。日中想定訓練後には参加者で訓練の振り返りを行い、「訓練実施後の振り返り」を作成している。災害対応訓練・e-ラーニングを活用した「非常災害時対応」研修を毎年実施している。今年度は、消防署のAED出前講座研修を受講している。外部倉庫に食料品・感染予防グッズ等を備蓄し、管理者・事務職員で管理しているが、充足に向け検討・調整中である。BCPを作成している。	夜間想定訓練についても、訓練の実施状況や振り返り等の実施記録を作成することが望まれる。また、参加できなかった職員にも実施記録の回覧等で共有・周知してはどうか。
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、言葉遣いや対人の対応についての研修を行なっている。Eラーニングの活用。	年間研修計画に沿って、プライバシー保護・接遇・認知症ケア等の研修を実施し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応等について学ぶ機会を設けている。「不適切ケアチェック表」での自己評価を通じて、意識向上を図っている。フロア会議でケアの振り返りや課題を共有し、人格尊重・プライバシーの確保に取り組んでいる。契約時に、写真使用等について「個人情報使用同意書」で意向確認し同意を得ている。	
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	利用者に選択肢をもらえるように、閉ざされた質問ではなく、選択できる質問をする。利用者に「自己決定」の選択肢を感じて頂けるように努めている。自分で決定してもらえるような声掛けを行なっている。		

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
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	皆一緒のサービスを受けるのではなく、可能な限り、個別に対応する。生活史アセスメントシートを参考に生活習慣の把握に努め、臥床時間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する際は着ていく服を本人と相談しながら更衣する。 外出の際本人の希望を聞き、化粧を行う。 定期的（2カ月毎）に訪問理容の地域資源を活用している。 服装についても季節感に配慮し、事業所で洗濯して清潔を心掛けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	地産地消を心掛け、新鮮な食材を使用して、作り立ての食事を提供できるように心掛けている。 新鮮な食材を使い、調理中の匂いが食欲をそそるように、手作り、作り立てを提供している。　　お手伝いできる方にはテーブルの準備や片付けを手伝って頂く。 外食気分を味わっていただけるように寿司やレストランのデリバリーを提供している。	米・野菜等はJA、他の食材は地域から調達し、菜園で収穫した食材も活用している。調理担当職員が当日の食材等を活用して献立を立て、手作りの食事を提供している。献立に利用者の希望や季節感・行事食を取り入れている。月１回、法人本部の管理栄養士の来訪があり、利用者の様子・血液検査データ等を参考にしながら指導・助言を行い、献立に反映している。歯科医の嚥下評価・かかりつけ医の助言等を得て、利用者の状況に応じた食事形態にも各フロアで対応している。 敬老の日等の行事の際は、デリバリーの活用等で食事の変化が楽しめる機会を設けている。可能な利用者は、下膳等に参加でき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	健康管理表にチェックした摂取量を参考にしながら、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。 通常より食事摂取量の少ない状態が続く時は、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
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回の歯科往診の診察を受けている。歯科医から職員が口腔ケアの指導を受け、1人ひとりに合ったケアを行なっている。		
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、便意のサインを見落とさないように注意深く観察し、トイレ誘導を行い、トイレでの排泄を心掛けて継続している。 羞恥心や自尊心に配慮し、プライバシーには十分配慮した排泄介助を行うようにしている。　介助が必要な方もできる限りトイレで排泄できるように、トイレ誘導している。自立の方については見守りと確認を行なっている。	ほぼ自立からベッド上での介助まで、排泄の自立度の個人差が大きい状況である。「健康管理表」を活用して排泄方法・排泄パターンを把握し、昼間は可能な限りトイレでの排泄・排泄の自立が継続できるよう支援している。夜間は安眠にも配慮し、利用者の個々の状況に応じた介助方法で対応している。検討事項があれば、随時「気づきノート」やフロア会議で検討し、家族の了解を得て現状に合わせた介助方法や排泄用品の使用につなげている。誘導時の声掛け・ドアの開閉等、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	便秘予防の為、毎朝ヨーグルトの提供や野菜を多く使う食事作りを心掛けている。水分もしっかり摂取してもらえるように促したり、介助している、昼食の味噌汁には自然排便を促す為、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	基本週2回の入浴を実施している。入浴の希望やその日に気分が乗らない時は日にちを柔軟に変更している。	入浴予定曜日を設定し、週2回の入浴を基本としているが、利用者の体調・気分等に応じて、日時を変更する等、柔軟に対応している。入浴状況は、「健康管理表（3階）」・「別紙（2階）」で把握している。手すり付き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。利用者の身体状況に応じて、シャワー浴・足浴でも対応している。入浴拒否等があれば個別の配慮で柔軟に対応し、週2回の入浴機会の確保に努めている。入浴剤の使用やゆず湯などで、入浴がより楽しめるよう工夫している。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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、居室の清潔、空調や照明、換気などに気を付けている。 自宅で過ごされている環境に近い状態を提供できるように心掛けている。 個々の睡眠状況や体調に配慮し、生活リズムを把握したうえでの離床や臥床、入眠の誘導など対応している。		
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や薬局と連携し情報共有しており、服薬管理している。状況により薬剤の形態を変えてもらうなど、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ファイルに挟み、服用後の様子観察を行い、記録している。		
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、楽しみ事が実現できるよう心掛けている。《土いじり、ドライブ、家事援助など。》		
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、公園などその散策はこまめに行なっている。入居者の嗜好に合わせた外出について頻度は少ないができている。施設内の園庭にターフやテーブルを設置して交流の機会を設けている。 但し集団での行動だけでなく、個別での要望にて対応できる限り、散歩に出掛けるなど行なった。	天候や希望に応じて、近隣の公園・神社・事業所裏の菜園等への散策、受診時を利用してのドライブ、初詣等、外出支援を再開している。また、ベランダでの外気浴、菜園での園芸活動、園庭にターフやテーブルを設置してのティータイム等、戸外で気分転換したり、楽しむ機会づくりにも努めている。今後は、地域行事への参加・ドライブ外出等の積極的な外出支援や、園庭での夏祭り開催を企画している。	

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
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	例年であればスーパーやコンビニに買い物に行ったり、支援学校生徒の訪問によるパン販売時などの際に職員が付き添い、、お金の支払いをして頂いているが、新型コロナの影響により外出による買い物の機会や訪問によるパン販売も中止となり、金銭の支払い等の機会が無かった。 ※基本的に金銭については持参して頂かないことになっている。		
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	希望があれば対応している。 数名の方は個人の携帯電話を持っており、家族と自由に連絡が取れる。家族宛の手紙の投函については、行ける方は一緒に近隣のポストまで行き、投函する。 今後も本人の希望があれば継続して対応していきたいと考えている。		
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	季節を感じる壁飾りを配置し、テレビや音楽などの音響、音量に配慮する。建物全体が落ち着いた白と木目調に統一されており、季節のディスプレイも入居者本位になるように心掛けている。　生活する場という事の意識を持ち、必要以上の掲示物や幼稚な飾り付けは避けている。	壁面にトンボ・コスモス・ブドウ等季節の作品を飾り、季節が感じられる。テーブル席とソファを配置し、食席にも配慮し、利用者が居心地よく過ごせる環境を整備している。サーキュレーター・空気清浄機等を設置し、テレビや音楽の音量にも配慮し、清潔で快適な環境作りに努めている。キッチンから手作りの調理の音や匂いが感じられ、可能な利用者は下膳等に参加し生活感を取り入れている。玄関前のベンチや花壇、菜園や園庭のテーブルスペースも、共用空間として園芸活動や気分転換・利用者交流等に活用している。	
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	ソファを置く位置を複数個所に配置し、1人で過ごしたい時には他の入居者と離れて過ごせるスペースづくりをしている。		

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
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愛着のある物、思い出のある物を持参して頂き、ご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うに心掛ける。	居室には洗面台等が備え付けられている。ベッド・たんす・椅子・衣装ケース・テレビ・ハンガーラック等の使い慣れた家具や道具、家族の写真・花鉢等の好みのものが持ち込まれている。ベッドは、レンタル利用にも対応している。生活動線を考慮してベッドの向きや家具を配置する等個別の配慮を行い、利用者が安全に自立した生活が継続できるよう支援している。入口に居室番号だけではなく部屋名を付けたり、写真付きの表札を掲げ、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	同じような色調の扉が並んでいる為、居室の入口には居室番号だけではなく部屋名を付けたり、写真付きの表札を掲げるなど愛着を感じて頂けるようにしている。 トイレの表示については分かりやすく大きくしている。 居室内の整理整頓、廊下やトイレ、浴室の手すりの設置しており、歩行不安定な入居者の方には、職員が付き添いや見守りを行なっている。		