

### 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   | 2870101413          |            |            |
| 法人名     | 社会法人鶯園              |            |            |
| 事業所名    | グループホーム御影           |            |            |
| 所在地     | 兵庫県神戸市東灘区御影石町1-2-18 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年1月25日          | 評価結果市町村受理日 | 平成25年5月22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/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | ライフ・デザイン研究所        |
| 所在地   | 兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14 |
| 訪問調査日 | 平成25年2月27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)】

|  |
|--|
| ○隣接特養や法人各施設との連携                              |
| ○車椅子使用者等へも対応できる設備や体制がある。<br>(隣接施設の機械浴や医療連携等) |

#### 【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)】

|  |
|--|
| ①理念(MIND)による運営・「個人が人間としての尊厳を持って、家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支える。」を理念(MIND)として掲げ、それらを達成するために『専門職としての自分を磨き』『事業所職員全体として気持ちよく働き』『地域に根ざした事業所になる』事を根幹に運営している。研修体制の充実及び職員のチームワーク。②運営主体の相互連携・同一敷地内には、「介護老人福祉施設」「通所介護事業所」が併設されており、職員研修・健康管理面(緊急時等)・災害時における避難訓練等の相互協力体制が整備されている。また、地域との交流関係も法人のスケールを有効に活用している。③居住環境・広々とした居住空間の中でゆったりと寛げるスペース(ソファ設置等)が設けられている。また、フロアには、回想法オブジェとして、利用者に馴染みのある家具や調度品(筆筒・食器棚等)も設置する等の工夫がみられる。 |
|--|

### 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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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                            | 目指す姿や大切にしている思い、具体的な行動の一部を法人統一の理念(MIND)として掲げ日々の規範としている。また、地域密着型サービスの意義、運営方針も説明。これらを入職時に行い、配布、各ユニットでの保管によりいつでも確認出来る様にしている。               | 「個人が人間としての尊厳を持って、家庭や地域の中でその人らしい自立した生活が送れるように支える。」を理念とし、入居者が心地よく過ごし、地域に根ざした事業所となるため、理念(MIND)に基づく運営の重要性を「浸透委員会」(月1回)を開催して周知すべく取り組んでいる。 |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | 自治会掃除や婦人会が行うふれあい喫茶への参加、地域の方の書道ボランティア、自治会や民生委員より地域の行事の紹介は定着した。今年度は地域包括主催の映画会へ参加し、在宅生活者支援への第一歩となった。                                      | 自治会主催の地域清掃(石屋川公園:月2回)に入居者と共に参加し喜ばれている。婦人会主催のふれあい喫茶へも参加し、地域の方々と交流している。地域ボランティア(書道、囲碁、将棋他)も受入れ『時』を共有している。                              | 更に、地域の社会資源として、認知症ケアの理解と浸透への積極的な取り組みの継続に期待をします。 |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | 近隣は若い家族をターゲットとした建て売り住宅が多く、新しく地域に入ったこと、認知症の理解に乏しい…と、自治会でも接し方を考えている状況だが、近隣の公園への散歩、居合わせた方と交わす挨拶や会話で、地域の理解が少しずつ進んでいると感じている。                |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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       | フロアリーダー、計画作成担当者、管理者、隣設特養施設長が定例出席(他職員参加もある)し、状況報告や通達等の説明を行う。また、家族の要望や委員のアドバイス等意見交換の場となっている。今年度は『認知症サポーター養成講座』や病院の地域医療連携室職員を講師とした講演も行った。 | 運営推進会議では、事業所からの情報発信にとどまらず、参加者よりの意見要望等が多く出され活発に開催されている。「認知症サポーター養成研修」や「成年後見制度について」等、勉強会は参加者よりの要望により企画され実施された。                         |  |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                 | 集団指導や監査などで啓発をいただいている。年末年始にはノロウイルス感染で区の保健部と連絡を取った。  | 「東灘区のグループホーム連絡協議会」(隔月開催)に参加し、地域包括支援センターや同業者との連携をはかっている。  |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 「身体拘束廃止委員会」を月に1~2度定例開催。どのようなことが身体拘束にあたるのか、やむを得ず行う場合の同意文書の必要性等を全職員が勉強会で学び、「安全のため」と希望する家族への説明も行い、しないケアに取り組んでいる。                          | 身体的拘束等の弊害を研修等を通じ理解しているとともに、「身体拘束廃止委員会」を月1~2回開催し、『声がけ』『薬の服用』等多岐にわたり留意する点を明確にし、職員と共有している。安全面を優先するが故に拘束を希望する家族へも「しないケア」への理解を促している。      |  |

| 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   |
| 7  | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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     | 毎年市の指導もあり高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。今年は監査で状況聞き取りもあった。掲げている理念との共通認識でもあり、身体拘束廃止と併せて日々意識して介護にあたっている。                         | 高齢者虐待防止に係る研修は、毎年実施している。理念に掲げている「人間としての尊厳」を充分理解し、日々のケアに取り組んでいる。また、職員のメンタルヘルスについても「不適切なケア」へと繋がらないよう配慮している。  |   |
| 8  | (7)  | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 実際活用している方が数名あり署名等手続きの依頼は行うも、後見人選任までの流れを知っている職員は多くない為、昨年は運営推進会議を活用してリーガルサポートを通じた『成年後見制度』講習を開いた。                          | 現在、制度利用の入居者がおられる。成年後見等は認知症高齢者支援の一方策であり、多くの職員がその制度等について理解を深めるべく、家族等も参加した講習会を実施した。                          | 権利擁護の所管である地域包括支援センターにも協力を仰ぎ、権利擁護に係る支援の幅を広げていかれるのは如何でしょうか。 |
| 9  | (8)  | ○契約に関する説明と納得<br>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                     | 入居前には契約・重要事項説明を行っている。実際に利用を開始しないと分からないことは随時に、また、運営推進会議を活用して質疑応答や報告の機会を設けている。  | 契約前に、見学や質疑応答等を行い、不安や疑問が極力無い状態にして契約を締結している。契約時には、重固化・終末期に関する事業所の方針も説明している。また、入居後もいつでも質問等に対応する姿勢でいる。        | 家族からよくある質問をまとめ、今後の契約や職員教育に活かせる取り組みにも期待をします。(Q&Aの作成等)      |
| 10 | (9)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                  | 運営推進会議や面会時、電話等、随時うかがい記録に残すこととフロアリーダーや管理者等への報告をしている。意見箱を設置し匿名での受付も(投書はまだない)。苦情・クレームは真摯に受け止め記録に残し、併設特養とも連絡して解決する体制を作っている。 | 運営推進会議、訪問時、電話、メール、意見箱等多様なチャンネルで意見・要望等を聴き取る機会を設けている。運営推進会議では、家族の参加が多く、今、話題となっているテーマ等含めて様々な意見等が出されている。      |   |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                   | 各ユニットで、ユニットリーダーと管理者で、管理者は隣設特養との合同主任会議で、と、毎月数回ミーティングを持ち、縦横に意見交換をしている。  | 介護職員は月数回のミーティングの時に管理者やユニットリーダーと意見交換し、管理者は合同主任会議の場で意見・要望を具申している。「気持ちよく働くために」を方針として掲げているため風通しのよい職場環境となっている。 |   |
| 12 |      | ○就業環境の整備<br>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   | 管理者は、隣設特養施設長や運営者に事業状況を日常的に相談・連絡・報告を行う。資格取得による昇級やリーダー登用等法人で検討も。<br>現場では知識を深める為の研修、やりがいや向上心の充実に委員会活動で研鑽させる一方で、有休等の配慮もある。  |   |   |
| 13 |      | ○職員を育てる取り組み<br>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      | 『新人対応』委員会より新入職者に認知症やMINDの説明をし、既存の職員のOJTで生の介護を勉強。理解度の把握、フォローする体制。外部研修も随時活用し、派遣した職員から各委員会(現在9委員会)主催でポイントを押さえた内部勉強会を実施。    |   |   |

| 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<br>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 | 区内グループホーム連絡会を隔月で開催し、地域包括支援センター職員も交えての情報交換の場を持っている。内容はホーム職員に連絡・報告している。計画作成担当者の会を設定する等職員数名参加する機会もあり、交流の機会となった。             |  |                   |
| <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<br>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           | 面接や見学に来所いただいた時の対応をなるべく同じ職員がし、少しでも顔馴染みとなり話しやすい関係作りをしている。<br>ホーム見学には随時対応できるよう全職員に運営方針等学ぶ機会を設けている。                          |  |                   |
| 16                         |      |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 入居申請の有無に関わらず、電話相談やホーム見学の段階からお困りごと等うかがっている。不安や質問等率直にお話いただける雰囲気作りや、本人の前では言いにくいことは家族だけで話を聞く環境を作るといった工夫もしている。                |  |                   |
| 17                         |      |    | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 繰り返す様々な行動障害対応を助けて欲しいとの相談が多い。家族の思いを傾聴し、担当ケアマネジャーの聞き取りや通所介護の現場へ足を運ぶ等して状況を把握。協議の上でサービス導入を決定している。                            |  |                   |
| 18                         |      |    | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 必要な介護・支援を行い安全で安心した生活をと考えている。が、一方の立場ではなく、日常会話や生活の中から出来ることを一緒に探し、希望や思いを表出できるように信頼関係作りを意識している。                              |  |                   |
| 19                         |      |    | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 職員は家族に成り得ない旨、家族にも職員にも伝えている。本人の症状進行から複雑な心境の家族もあるが、パイプ役となり共に支える姿勢を維持していく。状態の善し悪しにかかわらず連絡は常にとっている。<br>また、現況では面会、外出や外泊の例も多い。 |  |                   |
| 20                         | (11) |    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 入居前に「くらしの情報シート」を記入依頼して本人のあゆみや馴染みのものを把握。日常会話の話題にして回想したり、面会時に役立てる等活用している。  | 入居者の以前住んでいた辺りに出向き、本人の不安感を払拭したり、知人・友人が訪問しやすい環境を設計(ゆったりと過ごせるよう)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                                       |  |
| 21                                 |      |    | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 個別、全体の関わりから関係を把握。ユニットという小さいが社会の中での暮らしで、共通の話題で花を咲かせたり、不安を吐露できる時間・環境の確保、共感といった共同生活仲間の心の支援を心掛けているが、レベルの差があり難しい現実あり。 |  |   |  |
| 22                                 |      |    | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 解約し特養での生活後亡くなられた家族が挨拶に寄せられた例、同様前利用者の家族がクリスマスにバイオリン演奏を披露してくれた例、在宅復帰者と手紙や電話で近況報告をし合う例などがある。                        |  |   |  |
| <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<br>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   | 危険や衛生上問題が無い範囲では自由に過ごせるように支援している。信頼関係を作って本人の思いを率直に尋ねたり、仕草や様子で行動を読めるように観察の目を養う努力もしている。                             | 入居者と会話する機会を設け、じっくりと思い・意向を伺う様にしている。意思疎通の難しい方へは、その方の仕草や表情より「今」を読み取り本人本位での支援となるよう推察している。個々の情報は、介護記録、連絡ノート、申し送りを通じて共有している。 |   |  |
| 24                                 |      |    | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 家族記入の「くらしの情報シート」や面会時の会話等で情報把握している。が、情報量はまちまちで、親の若い頃等分からないことが多い現実はあるが、繰り返されるキーワード等ここでの生活から新たな発見があり家族と共有することも。     |  |   |  |
| 25                                 |      |    | ○暮らしの現状の把握<br>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   | パターンシートを作成し、24時間体制で健康面(水分摂取・摂食量、排泄面、血圧や温測定値)からと時間を追った観察記録を残すことで、状況把握をしている。                                       |  |   |  |
| 26                                 | (13) |    | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 家族の要望や日々記入したパターンシート、特記をピックアップした個別カレンダー等から各ユニット毎に、随時モニタリング、改善策の検討等カンファレンスを行い、それを元に介護計画を作成。                        | 本人の思い・意向に家族の要望、職員(居室担当者)よりの現況報告を踏まえ介護計画を作成している。現行介護計画と入居者現況との整合性確認は、居室担当者も含め行い、有用性の高い介護計画となるよう取組んでいる。                  | 更に、家族からのよりダイレクトな要望等を聴き取ることが出来るよう、検討されている書式等の活用にも期待をします。 |  |
| 27                                 |      |    | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ローテーション勤務のため、新たな介護方法や伝達事項が漏れないように、また、全職員が情報を共有出来るように「連絡ノート」「パターンシート」、申し送りを活用している。提案や意見の記入も出来、より良い方法を見つける手段でもある。  |  |   |  |

| 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 |
| 28 |      |    | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | リハビリ後での歩行器や車椅子使用者、ストマ増設者、在宅酸素使用者等医療職との連携必要な方の相談、入所が増えている。広がってくるニーズにどこまで応えられるか都度検討。   |   |                   |
| 29 |      |    | ○地域資源との協働<br>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                                      | 自治会、民生員、地域包括支援センターから地域行事の案内やボランティアの紹介、支援は継続している。ボランティアセンターを通じての人材探しや地域ケア会議への参加もしている。   |   |                   |
| 30 | (14) |    | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 往診や通院と形態はそれぞれだが、皆様定期的に診察を受けている。日常的に医療連携体制として看護師や医師に相談をし、専門医の診断を仰いだ方が良い場合や急変時には随時受診もしている。   | かかりつけ医の選択は本人・家族に委ねている。協力医(内科)による往診は月2回を基本とし、急変時の対応も行っている。また、併設施設の医師や看護師に必要な応じて相談できる体制も敷いている。                                      |                   |
| 31 |      |    | ○看護職との協働<br>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                          | 隣設の特養と医療連携体制として協働。日常的に健康に関して相談し、24時間のオンコール対応やケガの処置等の支援を受けている。朝・夕に申し送りをする事も定着した。  |   |                   |
| 32 | (15) |    | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には主治医の紹介状や介護面の情報を提供、治療方針説明に立ち会う。病院側や家族とは不定期だが連絡を取って経過の把握をし、スムーズな退院受け入れ体制を整えるようにしている。  | 入院時には、速やかに入居者の情報提供を行い、適切な医療受診ができるようにしている。入院中は、職員が面会し入居者の不安感を軽減するようはかっている。また、退院時のカンファレンスにも参加し事業所での生活に不具合が生じないよう連携している。             |                   |
| 33 | (16) |    | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 医療連携体制を構築時策定した「重度化した場合における対応に関する指針」を家族へは入居契約時、かかりつけ医や入院先へは折りをみて説明。延命措置や看取り等家族には様々な考えがあるので、都度意見合わせをしている。昨年度より数名ホームでの看取り者あり。退所後は都度「かえりみカンファレンス」開催。 | 重度化・終末期への対応方針は、入居時に説明している。そういう状況となった場合には、家族、医師等と連携しながら本人にとって望ましい支援となるよう取組んでいる。入居者が退居した場合には、「かえりみカンファレンス」を開催し、今後の行動の一助となるよう取組んでいる。 |                   |
| 34 |      |    | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | マニュアルを各ユニットに備え、折りに触れて確認を促している。また、看護師から対応講習の機会も設定。しかし、実体験無い職員が多い為、訓練・講習の回数を増やす意向。   |   |                   |

| 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 |
| 35                               | (17) | ○災害対策<br>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           | 入職時に設備説明を。また、隣施設と合同で年2回避難訓練を行った。災害対策委員会では定期的にミーティングを行い、急な災害や季節柄考えられることの対策を全職員へ注意、避難経路の環境整備等を行っている。                  | 併施設との合同で年2回避難訓練を実施している。災害対策委員会より、定期的に非常災害時における行動留意事項等が提供され、職員はそれを確認している。また、事業所単体での避難訓練を計画している。       |                   |
| <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<br>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                   | 人格尊重や個人情報保護に関しては契約内容の一つとして念書を交わしている。認知症の理解や人生の先輩であること、プライバシーに配慮することなど、理念・MINDとも併せて、人としての質や専門性を磨く意識、対応を常に心掛けている。     | 入居者の自尊心・羞恥心へ配慮することが理念運営につながり、その人らしい暮らしを継続することにつながる。との共通理解の下、日々のケアを実践している。                            |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人の思いや希望を尋ねることは基本と考えている。短く分かり易く伝える、耳元でゆっくり話す、選択肢を設ける等、利用者の状況に合わせたコミュニケーション方法の工夫もしている。<br>言葉だけでなく行動からも希望をくみ取る意識で。    |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 希望を尋ねることはしているが、理解力や決定力の低下がある方へは職員が提案することとなる。勤務体系で望みに沿えない場合や、本人の気分がのらないといったタイミングが難しい場合もあるが、時間を置いたり表情観察で再度声を掛ける等工夫する。 |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 毎朝の衣類選び、お化粧やひげ剃り、洗髪後にパーマ保持にカーラーを巻く等の支援をそれぞれに行う。また、髪をとかず手伝いをしながらや鏡に映った姿を共に見て理美容の日程を相談したりも。                           |  |                   |
| 40                               | (19) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 隣設特養の厨房食が基本。鍋やタッパで届けてもらい、盛りつけや後片付けをユニットで行う。月3回(0のつく日)昼食を、不定期でおやつ作りをそれぞれのフロアで計画、実施。現入居者では一緒に出来る方が数名ある。               | 月3回の昼食(0の月日)及び不定期でのおやつ作りをユニット単位で計画、実施している。食材購入から調理、配膳・下膳等得意な部分を入居者も一緒に行い「食」を楽しんでいる。また、外食(寿司等)も好評である。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 栄養士による献立で栄養バランスや季節感を考慮。それぞれの口腔や嚥下等身体機能に応じた食事形態や食器を提供。水分・食事摂取量は個別に記録し、主治医や栄養士に相談し、代替食や栄養補助剤を活用も。                     |  |                   |

| 自己 | 者<br>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 |
| 42 |         | ○口腔内の清潔保持<br>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                       | 食後や就寝前の口腔ケアや義歯管理手伝い、会話や食事中の不調発見を日常的に行っている。協力歯科医の確保をし、不調者をつなぐことや定期往診の支援もしている。  |  |                   |
| 43 | (20)    | ○排泄の自立支援<br>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       | 排泄リズムを把握、適したオムツ類の選別・使用、下剤調節に関して看護師や医師に相談等、個別に支援。バルーンカテーテル使用やストマ増設者の支援も。個室にトイレが設置してあることからプライベートの確保も出来ている。                | 入居者個々人の現況(排泄パターンやそのサイン、おむつ使用やバルーンカテーテル使用等)に応じた排泄支援を行っている。居室にトイレが設置されているため個人別対応・プライバシーが確保されている。 |                   |
| 44 |         | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 一日の水分量や排便、散歩や運動を把握している。ラジオ体操をし、少ない方へは腹部マッサージや、ウォシュレット活用の働きかけ、医療従事者による下剤や浣腸使用でのコントロール、乳酸菌飲料購入者等様々なアプローチをしている。            |  |                   |
| 45 | (21)    | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 二人介助が困難な方や隣設施設の機械浴使用者は調整から曜日固定としているが、各ユニットで毎日湯を張り、その日に入りたい方を募っている。体調で入浴が負担になる場合は清拭をしたり、水虫予防・改善で足浴を手伝う方もある。              | 週2~3回の入浴を基本とし、入居者の希望に応じて対応している。本人の現況で併設施設の機械浴を用いたり、清拭や足浴を行う事もある。菖蒲湯や柚子湯などの季節湯も楽しみとなっている。       |                   |
| 46 |         | ○安眠や休息の支援<br>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                        | 昼夜逆転の方はない。これまでの生活習慣として睡眠時間が短い、足元を温めないとい眠れないといったことは家族から情報収集しそれぞれ工夫。時間が分からない、昼寝が必要等心身機能低下は専門性知識を深めるとともに個別対応する。            |  |                   |
| 47 |         | ○服薬支援<br>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                   | 服用の重要性を意識し、薬表を保管し確認している。誤薬が無いよう支援し、薬変更直後の様子観察・報告と、健康管理の手伝いをしている。<br>ジェネリック薬に関してや副作用等、まだまだ勉強することは多い。                     |  |                   |
| 48 |         | ○役割、楽しみごとの支援<br>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      | 折り紙、写真集を眺める、囲碁など個別に楽しみがある方は継続支援の方向。書道、ペン字、生け花、野菜作り、カレンダー作りなど、ボランティアや職員の働きかけも。個別ケアの難しさ、重要さを日々実感。<br>買い物や花見などグループ外出もしている。 |  |                   |



| 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                                      |
| 49 | (22) | ○日常的な外出支援<br>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                      | シルバーカー使用者や段差がある戸外での歩行は不安な方多いが、ユニットを越えて独歩に支障が無い方数名で外出する機会を設けるようにしている。<br>家族の協力により外出されるケースも増えた。           | 食材等の買い物やドライブ、外食、美術館や花鳥園への見学等普段行けないところへも計画的に出向いている。お盆や正月には、家族との外出を楽しまれる方もおられる。               | 個々の利用者により「外出支援の目的」も様々と考えられます。今後も、利用者の思いに沿った支援の継続を願います。 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 金銭管理は子供に任せていると割り切った方、小銭は持っていないと不安な方、「無くなった、盗られた」と探すことを繰り返している方、つけておくとサインをされる方、様々。家族と相談して管理方法を決めて支援している。 |   |  |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話は、本人の申し出からかけたり、かかってきたものを取り次ぐこと、FAX活用等支援をしている。年賀状や日常の手紙のやりとり、電子メール(写真の添付)で状況お知らせをしている例も。               |   |  |
| 52 | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 光、音、匂い、温度・湿度等快適に過ごせるように配慮している。天気がスッキリしない日は「寒い」「夜？」と混乱しないように声掛けも意識している。                                  | 共用空間(リビング等)は広く、ユニット毎に入居者の個性に合わせた雰囲気(置き物、筆筒、ソファ等)となるよう設けている。加湿器の設置等温度湿度管理も行き届いている。           |  |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テーブル席、ソファ空間等意識して居場所作りをしている。「私の席」意識や、景色を眺めたり一人でゆっくりする空間等、その時々で活用されている。                                   |   |  |
| 54 | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 慣れ親しんだ調度品の持ち込み、または、新たな自室作りと、家族も交えて個々に相談している。目印になるものや写真・飾りで彩りを添えられたりどの部屋も似通っておらず、利用者も「自分の部屋、家」の意識が高い。    | 使い慣れた調度品や思い出の品、家族の写真や飾り付けを行い、自身の居室である雰囲気が醸成されている。居室毎に洗面台、トイレが設置され、衛生面・プライバシーに配慮された居室となっている。 | 今後も、利用者の状態の変化に合わせて、家族と相談しながら居心地の良い居室作りの継続を願います。        |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ユニットごとに印象の異なる家具を置きいつもの空間が否か感じてもらえるようにしたり、手すり取り付け、畳の敷き込みなどハード面の工夫をし、福祉用具や本人の目印などの導入もしている。                |   |  |