

### 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	2891000040		
法人名	株式会社 メディケアプランニング		
事業所名	シニアライフコート潮芦屋 きぼう		
所在地	兵庫県芦屋市陽光町4-55		
自己評価作成日	令和4年3月11日	評価結果市町村受理日	令和5年5月18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)】

利用者の一人一人が役割を持ち、それぞれの力が発揮できるような環境作りをしています。また、個人が望む暮らしに近づけるよう家族と職員で常に相談しながら個別ケアが充実し、生活に寄り添える支援をしています。

※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>
----------	---

#### 【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)】

特定施設・小規模多機能型事業所併設の複合施設内にあるグループホームである。手作りの食事を提供し、行事に因んだイベント食、誕生日にはリクエスト食等を企画し食事が楽しめる機会作りを行っており、食事準備・後片付けの過程に、利用者も参加できるよう支援している。コロナ禍のため制限はあるが、散歩を日課とし、利用者のADL・好みに応じたレクリエーション、制作活動、家事作業、園芸活動等に参加できるよう支援し、日常生活の中で楽しみや役割づくりを行い、心身機能の機能低下予防に取り組んでいる。職員全員が作成する「アセスメントシート」を活用し、利用者の言葉・行動・仕草・表情等から検討した「本人の気持ち」に基づいた「個別ケア」に取り組んでいる。医療機関・看施設内護師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。

#### 【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3月21日		

### 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	スタッフで話し合い、身近な部分を主に考えた理念を新たに作成した。一人一人に配布し業務開始時に再確認するよう努めている。	施設の理念・基本方針を共有し、基本方針の中に地域密着型サービスの意義を明示している。施設の理念に基づいて事業所理念を作成し、玄関・詰め所への掲示・職員への配布・業務開始時の再確認等で、職員の共有と意識付けに努めている。介護計画検討時には理念に立ち戻り、理念を反映させた介護計画の作成を通じて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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の祭りがある日には子供神輿が施設の駐車場まで回っている。地域の行事にも来年度から徐々に参加する予定。	コロナ禍のため、ボランティアの受け入れ・買い物・「いきがいデイサービス」への参加・地域のコンビニエンスストアの出張販売等の地域交流・地域貢献を休止しているが、令和5年度には上記の取り組みを再開する計画である。現在は、地域のこども神輿訪問・事業所の買物での地域の店舗利用、地域からの相談対応等、可能な方法で地域交流・地域貢献に努めている。また、非常災害時の福祉避難所として市から指定を受け、管理者が地域の防災計画作成会議に参加し、地域との協力関係を築いている。	
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	コロナ禍になってからは中々開けていない。徐々にまた以前のように取り組んでいく予定。		

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	運営推進会議を通して多くのご意見を頂いたり交換したりできている。ご家族の様々な意見が取り入れられるよう、各ご家族に参加を募る連絡も行っている。今後は利用者の参加も定着できるよう努め実践している。	家族・利用者・地域代表・市職員・地域包括支援センター職員・知見者を構成委員とし、事業所側職員も参加して小規模多機能型居宅介護事業所・特定施設と合同で、2ヶ月に1回開催している。令和4年度は4・6・12・2月に委員を交えて開催し、10月は書面会議としている。会議開催時は、運営、研修、委員会活動、事故・ヒヤリハット等について資料配布して報告し、意見・情報交換を行っている。通常は、利用者もおやつ提供等で短時間参加していた。家族の参加も困難な状況にあるが、状況を見ながら参加を呼び掛ける予定である。書面会議時は、上記報告事項を議事録として構成委員にFAX送信している。議事録は、エントランスホールに設置して公開している。	書面開催した場合も、議事録に返信用紙を添付送信し、返信された意見や情報等を次回の会議で共有する等、書面会議時でも構成委員と意見・情報交換できるよう工夫してはどうか。
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	苦情や受診を必要とする事故等は適宜報告している。現在困難事例での相談は無いが、アセスメントやモニタリングに関するアドバイスを頂きに介護保険課に出向いたりしている。	運営推進会議を通じて、市・地域包括支援センターと連携を図っている。市が開催するサービス事業者連絡会主催の芦屋川清掃活動に職員が参加し連携している。相談や課題等があれば、市の高齢介護課の助言を得たり協働し対応している。事故報告や他市からの受け入れ等の相談の際にも助言を受け、適正な運営に取り組んでいる。	

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
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	テキストを利用し、スタッフ各自に配布し、熟読するよう心掛けています。また、転倒リスクの高い利用者の安全確保については、カンファレンスを開催し、身体拘束にならないかを話し合っています。	「身体拘束廃止のための指針」を整備し「身体拘束廃止委員会」を、小規模多機能事業所・特定施設と合同で、3ヶ月に1回開催している。委員会では各部署での拘束事例の確認や、eラーニング研修資料をもとに不適切ケアがないか検討し、不適切ケア防止に向けて取り組んでいる。議事録・資料の閲覧により職員の周知に努めている。年間研修計画をもとに「高齢者虐待防止・身体拘束廃止」研修を年2回実施し、今年度はeラーニング視聴と資料配布による研修を実施している。研修はグループホーム会議の日に行い、多くの職員が参加できるよう工夫している。受講者は研修参加報告書を提出し、欠席者も視聴・資料配布により報告書を提出し、理解と周知を図っている。ユニットの扉は施錠せず、エレベーター・施設のエントランスの扉の開錠は操作が必要であるが、利用者に出発希望があれば散歩等に出かけ、閉塞感を感じないように支援している。	「身体拘束廃止委員会」での、事例の確認結果や適正化に向けた検討内容が明確になる議事録の工夫と、閲覧印等により議事録・資料の周知が明確になる工夫が望まれる。
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	テキストを参考に虐待について理解を深めるとともに、利用者に傷や痣が発見された場合は事故報告書を作成し、ご家族への連絡や原因究明に努めている。	上記「身体拘束廃止」と同様に、「高齢者虐待防止」についても研修を実施している。気になる言葉かけや対応等があれば、管理者が都度注意喚起するとともに、「身体拘束廃止委員会」でも不適切ケア防止に向け取り組んでいる。管理者は、相談しやすく協力し合える職場環境づくりに努め、職員の不安やストレスがケアに影響しないよう取り組んでいる。利用者の身体状況に留意し、不適切な介護が見逃される事のないよう注意を払い未然防止に努めている。	

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
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	実施できていない。今後研修に入れる予定。	成年後見制度を活用している事例があり、定期的な近況報告・金銭管理関係書類の提供等、制度利用を支援している。今後も、制度利用の必要性や家族等からの相談があれば、管理者が窓口となり、市役所等関係機関と連携して支援することとしている。	研修計画に採り入れる等、職員全員が一定の知識を得ることができるよう学ぶ機会を設けることが望まれる。
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	入居の際は相談時からのご本人やご家族の希望・不安の把握に努め、適切な対応ができるよう心がけている。また改定時は出来る限り口頭で説明し、質問にも答えられるよう配慮している。	入居希望・相談があれば、フロア等へ見学対応し、パンフレット・料金表等必要な資料をもとに、サービス内容や料金について説明している。契約時には、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。料金体系・退居要件・施設内の事業所間の連携体制等については特に詳細に説明し、家族の不安の軽減に努めている。契約内容に改定が生じた場合は、改定内容を説明した文書を作成し、口頭での説明も行い、文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	コロナ禍で交流は少なくなったが、LINEを使用して登録された方はビデオ通話や連絡、相談のツールとして使用している。	家族の面会(基本的にはエントランスホールの陰圧面会スペース)、電話、メール・ラインによるビデオ通話、毎月の写真を添えた「お便り(生活の様子・医療面・連絡事項等)」等で利用者個々の近況を報告し、家族の意見・要望等の把握に努めている。把握した内容は「相談記録」で共有し、個別に対応している。	

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
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	1ヵ月毎のグループホーム会議にて業務上の問題点を話し合い、現場の意見を参考に早急な対応を心掛けている。職員からの発信にて行事を開催する事もある。	定期的にグループホーム会議(月1回、ユニット合同)・各種委員会(隔月1回)を開催し、職員の意見・提案を反映できるよう取り組んでいる。グループホーム会議では、各委員会からの報告・業務についての検討・両ユニットの全利用者についての近況報告等を行い、課題等があれば検討し、検討結果を議事録で共有している。委員会(給食・感染予防・イベント・リスクマネジメント・身体拘束)での職員の意見・提案も、業務や運営に反映できるよう取り組んでいる。管理者が、職員の意見を個別に聴く機会も随時設けている。毎月、施設の経営会議が開催され、各部署の職員の意見を共有している。	
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回の人事考課で能力評価を、年2回の賞与で態度評価を行い、昇給等につなげている。 個人の能力を見極めながら個人面談にてより明確な目標など聞き取りながら役割がもてるよう努めている		
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	外部研修等の参加は特定のスタッフになってしまっているが、施設内の勉強会にて個人の学びになるよう努めている		
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	市内のグループホームで定期的に連絡会を開催しており、相互事業所間で交換研修を実施している。それによりサービスの質の向上に努めたいと思っている。		
<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	サービス利用前面接時では利用者の気持ちを傾聴し、信頼関係を構築するよう努めている。		

シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	サービス利用前面接時ではご家族の困りごとや介護の大変さを共感し、信頼関係を構築するよう努めている		
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	入居前見学やその時の相談時、また、利用面接時にお話しを伺う際に、他事業所、他施設も含めて案内、説明をしている		
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	大半の入居者がリビングで共に過ごし、一緒に時間を過ごしている。スタッフの存在を安心できる人として身近に感じて頂き、共に暮らせていると感じている		
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	メールやお手紙などで近況報告を行い、常に利用者様の状況、情報を共有している。また、行事へのご家族参加を募り、一緒に食事をしたりお茶を楽しんだり機会を作るよう心掛けている。		
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	ご本人がよく行った場所で交流関係をご家族からお聞きし、個別ケアとして今後も交流できるよう支援している。また、友人の面会やお手紙、ハガキなどやりとりをお手伝いし、関係が継続できるよう心掛けている。	通常は、家族・友人等の面会があり、個別ケアとしての外出支援を活用して、馴染みの人や場所との関係継続を支援していた。現在は、家族または、家族の了承を得た友人・知人とは1階エントランスホールの面会スペースでの面会、携帯電話・手紙・はがき等により馴染みの人との関係継続を支援している。また、ドライブ外出の途中に、以前住んでいた自宅等、馴染みの場所に立ち寄れる機会を設けている。	
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	食席や外出時のグループ等、利用者同士が互いに協力し合ったり、又楽しい時間が共有できるよう配慮している。		

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
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	サービス利用終了後も小規模多機能型居宅介護の利用等を説明する等、関係性を継続していけるよう努めていきたい。		
<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	聞き取りが困難な利用者も多いが、日頃の会話の中でちょっとした行動をもとに、ご家族とも相談しながら、本当の想いや願いを聞き取れるよう心掛けている。	入居時は、「利用者基本情報(フェイスシート)」「生活歴・主訴欄等」から、利用者の思いや暮らし方の希望等の把握に努めている。入居後は、日々の言葉や行動から思いや意向を把握し、介護計画を見直す6ヶ月ごとに、職員全員が「アセスメントシート」を作成し、利用者担当職員が内容を集約して「連絡事項」で共有している。意思の疎通が困難な場合も、「アセスメントシート」を活用して汲み取れるよう工夫し、意向に沿った生活を支援できるよう取り組んでいる。	
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	ご本人からの聞き取りとご家族からの聞き取りを行い、今までの生活で重要視すべき問題の把握に努めている。前のサービス利用があれば連絡をとり、情報を得ている。		
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	ご本人の意思を尊重した介護を心掛け、過剰介護にならないよう配慮している。それにより残存機能を活かした生活ができるよう支援している。		



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
26	(13)		<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>利用者ごとに担当のスタッフを作り、モニタリングへの協力を得ている。ご家族にはお便り定期的なアンケート面会時のカンファレンスを通じて新たなご意見やご希望がないか確認している。スタッフ間でのカンファレンスは何か起こる度に開催し改善している。</p>	<p>「フェイスシート」「課題分析(アセスメント)の項目」等をもとに、初回の介護計画を作成している。日々の支援状況を「介護記録」に、「介護計画」のサービス内容の日々の実施状況を「モニタリングシート」に記録している。「介護計画」と「モニタリングシート」をファイルに綴じ、「介護計画」の周知を図っている。毎月のグループホーム会議で、介護支援専門員が各利用者の近況を報告して共有している。概ね1～2か月後に、初回の「介護計画」の見直しを実施している。それ以降は、3ヶ月毎に「モニタリングシート」で評価を行い、定期的には6ヶ月毎に「介護計画」の見直しを行っている。見直しの際は、ユニット内の各職員による「アセスメントシート」を集約して利用所の意向を把握している。家族の意向は、来訪時や電話連絡に事前に把握している。「モニタリングシート」「課題分析(アセスメント)の項目」をもとにカンファレンスを実施して検討項目を検討し、検討結果と利用者・家族の意向を「介護計画」の見直しに反映している。主治医や看護師の意見があれば、カンファレンス記録に記録している。</p>	
27			<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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>記録をよりよい介護につなげるため、記録の方法や内容の勉強会を行った。何を何のために記録するのかを明確にすることで、情報の共有や新たな気づきにつながり介護計画の見直しに活かされている。</p>		
28			<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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>ご利用者の配偶者も高齢の為、面会時などに体調をお伺いするよう心掛けている。必要に応じて受診や介護を受けることを助言している。また、ご家庭におられる高齢の家族について民生委員に相談したりもしている。</p>		

## シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	近隣の店舗を利用した買い物、外出、出前などを行う。また、以前よく利用していた場所を知り、つながりを持ち続けることで心身ともに豊かに暮らせる支援を心掛けている。(図書館・足湯など)		
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	入居前に主治医をどうするか、受診・往診などの確認を本人、ご家族、担当医にも確認しており、本人の希望を優先している。家族受診の支援が困難な場合は、スタッフが付添うなど、医療の継続性には配慮できている。	入居前に、かかりつけ医について利用者・家族の意向を確認し、担当医にも確認の上、希望に沿った受診を支援している。協力医療機関と連携し、定期的な内科の訪問診療、必要に応じて心療内科・眼科・歯科の往診体制がある。他科通院については、基本的に家族が対応し、必要な情報を文書や口頭で伝えている。必要時には職員が同行し、施設看護師から利用者状況をFAXで送信している。往診時は看護師が立ち合い、「クリニック連絡表」に事前の情報提供や受診結果を記録し、通院時は「介護記録」で共有している。看護業務は「看護記録」に記録し、「管理日誌の医療面」で職員間で情報共有している。	
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	申し送り時や連絡帳などの活用により常に情報交換に努めている。又カンファレンスにも共に出席し、利用者一人ひとりについて情報を共有す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。	介護記録や看護サマリーを相互に交換し、利用者の情報交換に努めている。又定期的なお見舞いや一時外出などを行い、早期退院に向けてのカンファレンスを開催している。	入院時は「看護サマリー」を作成し、お薬手帳とともに、看護師が情報提供している。入院中や退院前は、近隣病院は訪問して、他は地域医療連携室と電話で情報交換を行い、早期退院や退院後の支援に向け連携を図っている。入院中の経過については概要を「管理日誌」で、詳細は「連絡事項」「相談記録」で共有している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の状態に応じて現状に適した介護計画に見直し、退院後の支援に反映している。	

## シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	看護師を中心として職員、ご家族そろって終末期について話し合いを持った。『医療行為などに関する意思確認書』への記入をお願いし、終末期をどのように迎えるのか、どのように希望しておられるのかなど確認を行い、今後のケアにつなげている。	契約時に、「重度化した場合の対応に係る指針」「終末期ケアの対応に係る指針」に沿って事業所の方針を利用者・家族に説明し、「医療連携加算同意書」で同意を得ている。重度化を迎えた段階で、主治医から家族・管理者に現状の説明があり、事業所方針の説明をもとに、「医療行為に関する意思確認書」で家族の意向を再確認している。看取り介護の希望があれば、看取りに向けた介護計画を作成し、主治医・看護師・介護職員が連携し、家族の意向に沿った支援にチームで取り組んでいる。経過は、「相談記録」「カンファレンス記録」に記録し共有している。毎年、「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	急変など緊急時の連絡対応は徹底されている。今後は急変時に全職員が適切な対応ができるよう、訓練を行っていきたい。		
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	防災訓練を実施し、職員の災害に対する意識を高めることに努めている。今度は訓練を重ね、地域との協力体制を強化しながら実際の災害に備えたい。	令和4年度は、施設合同で、同一日に、昼間想定と夜間想定で2回に分けて火災通報避難訓練を実施している。訓練時には「訓練概要」を作成し、ベランダへの避難誘導等、避難経路の確認を行っている。訓練参加者は「研修参加報告書」で振り返りを行い、訓練に参加できなかった職員には「訓練概要」を配布し周知を図っている。ユーチューブ動画(高齢者施設の訓練)の視聴研修も実施している。今後、津波避難訓練を計画している。福祉避難所として市から指定を受け、管理者が地域の防災計画作成会議に参加し、地域との協力関係を築いている。4階に水・食料品等の備蓄を施設合同で行い、施設長・リスクマネジメント委員会が管理している。	

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>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	排泄時や居室訪問時にはノック、声掛けを行い、個々のプライバシーを大切にする努力をしている。内側からの施錠も可能で安心して生活していただけるよう配慮している。	「接遇」「プライバシー保護」「認知症の基礎知識」「虐待、拘束」等の研修の中で、利用者尊重、誇りやプライバシーを損ねない言葉遣いや対応について学ぶ機会を持ち、利用者一人ひとりを尊重した支援につなげるよう取り組んでいる。排泄介助時や居室訪問時等に、気になる声掛けや対応等があれば、主に管理者が注意喚起や助言を行っている。議事録には利用者名を使用せず、居室番号で記録する等個人情報に配慮している。利用者の写真・映像の使用については、契約時に館内・広報誌等用途別に文書で同意を得ている。	
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	利用者が話しやすいような声掛け、会話に努めている。又、日常の会話から要望などを聞き逃さないようにも配慮している。		
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	出来る事、出来ない事、したい事、したくない事など本人の意思を尊重した支援を心掛けている。又日課が強制にならないよう、ご本人の意向を聞くよう努めている。		
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	服装や整容は出来る限り本人の要望に合わせている。又、化粧やマニキュアなども希望に応じて使用できるよう配慮している。		

## シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	食事の準備が毎日毎食とは行かないが、利用者と共に出来ている。食の好みをうかがい、外食や出前に反映させている。	朝食は施設厨房で調理された食事が提供され、昼食・夕食は、委託業者から献立と食材が届き、各ユニットで調理して提供している。献立に季節感や行事食の工夫もあるが、クリスマス等イベント時には、委託業者への発注を中止し、厨房からイベント食が届けられている。利用者の状態に応じた食事形態には、必要時にユニット内で対応している。誕生日には「リクエスト食」の機会を設け、好みの食事が楽しめるよう取り組んでいる。利用者の希望に応じて、メニュー書き・食材チェック・盛り付け・配膳・下膳・食器洗い等に参加できるよう支援している。また、個別レクリエーションとして計画に採り入れて園芸活動への参加を支援し、収穫した野菜等を食材として活用している。	
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	食事や水分の摂取量をチェックし健康維持に努めている。一人一人に合わせた量について医師にも相談し、より良い食生活が継続できるよう心がけている。		
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	口腔ケアの声掛けや介助を行い、残渣による事故にも注意している。口臭が強い時は洗口液の使用も併用し、改善に努めている。		
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	定期的なトイレ誘導や夜間のポータブル使用を行うことで排泄の自立に努めている。又、尿量に合わせてパット類の使用を検討し、一人一人の排泄パターンに合わせた支援を心掛けている。	タブレット内の「排泄チェック記録」で、利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、必要な利用者には声かけ・誘導を行い、基本的には、日中・夜間ともにトイレでの排泄・排泄の自立に向けた支援を行っている。介助方法や排泄用品の使用等について検討事項があれば、カンファレンスで検討して検討結果を「連絡事項」で共有し、現状に適した支援につなげている。扉の開閉・声の大きさ等、プライバシーへの配慮も周知している。	

シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	排便チェックをきっちり行い、便秘対策に努めている。牛乳、ヨーグルト等を毎日提供するなどの食生活の改善と、毎日の運動により下剤の服用量は減っている		
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	特に曜日を固定せず、体調や希望に応じて週2回を基準に入浴介助を行っている。通院などを考慮して曜日や時間の変更にも対応している。	利用者の体調・生活習慣・希望に応じて入浴支援を行っている。曜日を固定せず週2回を基本とし、実施状況はタブレット内と「入浴チェック表」に記録している。拒否のある時は声掛けやタイミングを工夫し、希望に応じて同性介助で対応する等、週2回の入浴確保に努めている。一人ずつ湯を入れ替え一般浴槽での個浴を基本としているが、個々の状況に応じてシャワー浴等で対応している。必要時には、施設内に機械浴の設備もあり、安全に清潔保持ができるよう支援している。入浴剤・ゆず湯等を採り入れ、入浴が楽しめるよう工夫している。	
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	屯用薬の支援を必要とされる方もおられるが、あくまで頓服であることをスタッフが理解して、なくても休んでいただけるよう支援している。		
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	薬の説明書を利用者のファイルに入れ、職員一人ひとりが把握できるように努めている。又、看護師との連携により薬の効果や症状の変化について常に確認し合える体制作りを心掛けている。		
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	利用者の希望を優先しながら家事のお手伝いなどを依頼している。その中で自分の役割意識を持って下さる事も多いと感じる。又、昔よく食べたものをお伺いし、実際に提供するなど喜びや楽しみを持っていただけるような支援を行っている。		

## シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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
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	その日の希望にそって外出するまでにはいかないが、外出の希望がある場合は買い物や公園の散歩にお誘いするなどの対応を心掛けている。また、一人一人行きたい場所の希望をお聞きし、個別レクとして実施できるよう取り組んでいる。	コロナ禍のため通常の外出支援は休止しているが、1日1回は戸外に出ることを日課とし、近隣公園への散歩、駐車場・ベランダでの外気浴等、可能な範囲で戸外で気分転換できる機会作りを努めている。また、個別レクリエーションとして、園芸活動への参加を通じて戸外で活動できるよう支援している。状況を勘案しながら、外出支援を再開する予定である。	
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	買い物に出掛けた時はご本人の好きなものを選んで支援している。ご自身で選べない方には、少しでもご自身の気持ちに沿ったものが買えるよう助言している。		
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	施設内でも携帯電話等による外部との交流を可能にしている。又、年賀状や手紙などを通じての交流のお手伝いに努めている。		
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	トイレの位置は分りやすく浴室は明るく温かく気持ちよく利用できるよう心掛けている、利用者の居室は持ち込みの制限などを行わず、ご自分の生活の場とできるよう配慮している。又、カレンダーや季節の装飾を用いて、今の季節のアピールに努めている。	ユニット間は自由に行き来でき、開放的な環境である。各ユニット前の掲示板に、桃の花等季節に応じた共同作品を飾り、1階のエントランスホールには大きなひな壇が飾られ季節感が感じられる。可能な利用者は、盛り付け・配膳・下膳・食器洗い等の調理参加や、また、個別レクリエーションとして園芸活動に参加できるよう支援し、家庭的な雰囲気や生活感が感じられるよう取り組んでいる。日課としてユーチューブ体操、レクリエーションとして計算ドリル・制作等を利用者のADL・好みに合わせて取り入れ、楽しみながら心身の機能低下予防に取り組んでいる。	

シニアライフコート潮芦屋 きぼう

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	ソファをリビングに設置し、自由に使ってもらえるようにしている。個々の空間としては居室内にそれぞれくつろげる椅子などを置かれており、自由に居室とリビングを行き来出来ている。		
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	使い慣れた家具や寝具を持ち込まれることで馴染の空間となるよう配慮している。又、カーテンの開閉なども自由にいただき、過ごしやすい環境を提供するよう心掛けている。	各居室にベッド・クローゼット・洗面台が設置され、テレビ・筆筒・衣装ケース・椅子等、使い慣れた家具や電化製品、馴染みのある物が持ち込まれ、自宅と同様に居心地よく過ごせる居室づくりを行っている。利用者担当職員を設け、家族と相談しながら、衣替え・寝具の入れ替え等を行い、利用者が自立した生活が継続できるよう環境整備に取り組んでいる。	
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	トイレや居室に印をつけたり、大きく表示することで自立につながるよう努めている。また、安全に移動できるようドアの端などにカバーを付けるなど安全面に配慮している。		