

## 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   | 2870800956            |            |            |
| 法人名     | 有限会社ほおずき              |            |            |
| 事業所名    | グループホームCHIAKIほおずき神戸垂水 |            |            |
| 所在地     | 神戸市垂水区霞ヶ丘1丁目3-13      |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年4月15日            | 評価結果市町村受理日 | 平成30年8月20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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2870600778&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2870600778&amp;SCD=320</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 ライフ・デザイン研究所 |
| 所在地   | 兵庫県神戸市長田区菰乃町2-2-14 |
| 訪問調査日 | 平成30年5月16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)】

ホーム周辺は、学校、商店、郵便局や地域福祉センター、公園や五色塚古墳等があり生活環境が整っている。ホーム前には山陽バスのバス停があり交通の便が良く、バスを使つての外出や家族様の来訪にも便利である。近隣地域の方との交流が多くあり地域に根ざしている。健康面は、ホームのすぐ前にかかりつけ医(協力医)があり、緊急時の対応をしていただける。日常的に近隣へ散歩や買い物の外出をしている。地域の老人会との交流が盛んである。

## 【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)】

①理念・方針に基づく運営・・「笑顔」「お互いの思いやり」「絆」を事業所の支援キーワードに、入居者の日常が豊かで楽しい時となよう全職員が一丸となって取組んでいる。「季節行事:花見(桜、紅葉他)」、「毎狩り(家族も参加)」、「地域老人会の催しへの参加(夏祭り、敬老会等)」、「様々なボランティアの協力(園芸、傾聴、音楽療法、バイオリン・キーボード、清掃等)」、「少人数での外出(ドライブ、喫茶、食事等)」。

③家族とともに・・家族の事業所への訪問頻度が高く、また、運営推進会議への参加も多い。会議では、家族からも事業所運営への貴重な意見が発信されている。

④地域貢献・・近隣の方々への認知症に関連する研修会の実施、トライやるウィーク(中学生)や特別支援学校生、大学生のインターンシップの実習受入れ等、認知症ケアのプロとしての知識を地域の方々へ還元している。

## 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<br>3. 家族の1/3くらい<br>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<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<br>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                                                                                                  |                                                                                |
| I.理念に基づく運営 |     |                                                                                               |                                                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                                |
| 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                            | ほおずきの理念に基づいた事業所理念を掲げている。理念は各パートナー室に掲示しており常に確認し毎日の申し送り時、定例会議時に共有し実践につなげている。                                                    | 「えみがこぼれる家庭・・・それがわたしのほこりです」(法人理念)を軸に、「笑顔で接し、お互いに思いやりの心で絆を深めよう」(事業所テーマ)を設計し、入居者の望む日常が送れるよう、全職員一丸となってその達成に取り組んでいる。    |                                                                                |
| 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                            | 近隣商店、病院の利用や地域老人会、学校と定期的に交流している。英会話教室の参観をデイサービス休業日の土曜日や日曜日にリビングを使用していただき、地域の子供たちと入居者様との交流をしている。地域で活動している演芸ボランティアの定期的訪問での交流がある。 | 散歩や買い物時での会話、地域(老人会等)との双方向での行事開催、ふれあい喫茶への参加、園児・児童との交流、様々なボランティアの協力等、地域の中での暮らしが常態化している。                              | 今後も、地域の方々の協力をいただきながら、地域における社会資源の一つとしての定着を目標に、事業所発信の積極的な活動を増やしていけることに大いに期待をします。 |
| 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                          | 運営推進会議で地域代表の参加者やご家族に認知症の対応等について報告している。また、地域への会議に積極的に参加し相談への対応を行っている。来訪、電話での認知症に関する問い合わせに対応している。                               |                                                                                                                    |                                                                                |
| 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       | 2ヶ月毎定期開催している。家族・地域の代表・地域包括支援センターの職員・知見者が必ず出席話し合いを持っている。生活状況報告を行い、意見交換の場を設けサービス向上に努めている。                                       | 会議には家族が相当数参加し、事業所報告に終始することなく、「地域交流について」、「熱中症・感染症対策」、「リスクマネジメント」等、様々なテーマで意見交換を行っており、その内容を運営に活かしている。                 |                                                                                |
| 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                 | 地域包括支援センター主催の地域ケア会議には毎回必ず参加している(区役所職員も同席)。GH連絡会(年4回開催)にも参加している。                                                               | 市・区の担当者には事業所の現況を十分理解いただいている(連絡・相談を随時に行っている)。区のGH連絡会(区の担当者も出席)に参加し、課題の検討・研修会等、ケアの質の向上を含め、事業所が閉鎖的にならないように努めている。      |                                                                                |
| 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 | 年に2回(1時間づつ計2時間)事業所内勉強会の実施。本社でも新入社員研修を開催している。神戸市が作成した人権の擁護・高齢者虐待のDVDを視聴し研修をおこなった。                                              | 本社での基礎研修、事業所内研修・勉強会を通じ、職員は「身体的拘束等の弊害」について十分理解している。入居者の自己決定を具現化するため「言葉かけ」の方法とタイミングには特に留意している。玄関、フロア出入口は開放している。      |                                                                                |
| 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       | 年に2回(1時間づつ計2時間)事業所内勉強会の実施。本社でも新入社員研修を開催している。神戸市が作成した人権の擁護・高齢者虐待のDVDを視聴し研修をおこなった。拘束をする具体的な方法を実技で学んだ。                           | 本社での基礎研修、事業所内研修・勉強会及び事例検討(日々のケアの振り返り含む)を通じ、職員は「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。また、職員が「孤立化」することのないよう、職員間のコミュニケーションも重視している。 |                                                                                |

| 自己<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 |
| 8        | (7)<br>○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 | 管理者・計画作成担当が家族様の相談を受け、必要な方には、地域包括支援センターより提供された資料を使って説明している。<br>後見人（現在入居中利用者様）が運営推進会議に参加され、お話をさせて頂いている。              | 現在、権利擁護に関する制度を活用している方が2名おられる。職員は、制度活用が認知症高齢者への支援の方策として有用であることを理解しており、状況に応じて家族等へ提案している。また、後見人は運営推進会議へも参加し意見交換も行っている。 |                   |
| 9        | (8)<br>○契約に関する説明と納得<br>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                      | 見学时より契約についての説明を実施し、入居契約時には更に丁寧に説明を行っている。家族様からの質問にその都度説明して理解と納得がいただける説明を行っている。                                      | 事業所見学、アセスメント、質疑応答等により、入居後に不具合が生じないよう疑問点・不安感がない状態にして契約を締結している。契約時には関連書類を丁寧に説明し理解いただいている（重度化・終末期への対応方針含）。             |                   |
| 10       | (9)<br>○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                  | 面会時や運営推進会議で意見要望を伺い、助言いただいたことを運営に反映させている。                                                                           | 運営推進会議、家族交流会、行事参加時、来訪時、電話・WEB、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。いただいた意見等は直ちに検討し、フィードバックするとともに運営に活かしている。                   |                   |
| 11       | (10)<br>○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                                  | マイチャレンジ、パートナー会議等の会議で意見を自由に発言できる場がある。また、本社主導の全職員対象の意向調査を実施し運営に反映させている。                                              | 月例会議（パートナー会議）において、各係りが中心となって業務面の遂行状況を報告し、その内容を全員で検証し改善につなげている。また、上席者との個別面談（マイチャレンジ）で提案等も吸い上げている。                    |                   |
| 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          | 人事考課制度を取り入れている。マイチャレンジを行い目標を持って業務に取り組めることが出来る。評価により昇給、賞与支給がされている。興味を持って受講できる研修、勉強会の開催があり向上心が保てるように配慮してくれている。       |                                                                                                                     |                   |
| 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             | 本社計画開催の研修があり、勤続年数や経験により受講できる研修がある。研修時は出勤扱いで働きながら知識、技術の向上が出来るような環境を整えてもらえている。                                       |                                                                                                                     |                   |
| 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     | 他市町村に17事業所を運営しておりその事業所との交流がある。近隣のグループホーム・デイサービスの運営推進会議に参加している。垂水区区内でのグループホーム連絡会では、リーダー会・管理者会が年に4回あり出席して交流の場を持っている。 |                                                                                                                     |                   |

| 自己<br>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 |
| 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<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 | 入居前のアセスメントと家族と本人から要望を聞き取りケアプランの作成につなげている。入居後間もない方へは、特に職員がかかわり本人の話を傾聴し、他の職員へ伝達している。                    |                                                                                                 |                   |
| 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            | 入居してからの様子を電話や面会時に伝えている。本人や家族の話を聞く時間を十分とって、安心していただけるようにと努めている。毎月のお便り送付時に生活の様子を撮り写真を送っている。              |                                                                                                 |                   |
| 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        | 入居前アセスメントをもとに、入居前カンファレンスを行い、職員間で情報共有をしている。事前に準備したサービスが現状に添っているか、対応した結果の情報を収集し話し合いをし必要であれば変更をしている。     |                                                                                                 |                   |
| 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                        | 毎日の過ごし方を一緒に考え、入居者から出た意見を取り入れている。年齢に応じて、嫁や娘、孫のような存在となる事もある。                                            |                                                                                                 |                   |
| 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         | 家族との外出のお手伝いをしたり、電話の取次ぎや連絡を取る支援をしている。                                                                  |                                                                                                 |                   |
| 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                | 親戚、友人の面会が自由にできる。地域の会に参加したりと今までの関係が途切れないように努めている。                                                      | 家族との外出(食事、買い物、法要等)・外泊、友人・知人の訪問、馴染みの方のおられる老人会へのお出かけ、遠隔地の親類との電話での会話等、今までの生活感ができるだけ長く継続するよう支援している。 |                   |
| 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                 | レクリエーションの参加で共に過ごす時間を持ち孤立しないように努めている。家事を一緒にに行い生活を共に支える支援に努めている。1階と2階、デイサービス利用時間の行き来をして多くの方と関わる支援をしている。 |                                                                                                 |                   |

| 自己<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                                                                 |
| 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                         | サービス終了時、退居後も相談に対応することを伝えている。退居後もご家族様がボランティアとして来訪していただくことがある。                               |                                                                                                               |                                                                                   |
| <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                                           | 事前面接の際に本人に聞き取りを行っている。意向を伝えきれない方は家族に聞き取りを行っている。入居してから本人との会話の中から希望、意向と思われる事があれば反映させている。      | 入居者お一人おひとりとの係わり(会話、言動把握、仕草・表情等より)の中から、ご本人が望む暮らしとなるようその思い・意向を汲み取っている。キャッチした情報は送り・連絡ノートとで共有している。                |                                                                                   |
| 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                                            | 事前面接で聞き取りをしている。本人、家族、利用サービス関係者や担当ケアマネージャー、病院関係者に聞き取りをしている。アセスメントシートの作成、施設、病院からの情報提供を頂いている。 |                                                                                                               |                                                                                   |
| 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                                                          | 毎日の過ごし方、心身状況の変化をケース記録に記録している。できる事、できない事など細かく記録し職員間で情報の共有をしている。                             |                                                                                                               |                                                                                   |
| 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 | 本人、家族、全職員からの意見を聞き、カンファレンスを行う。状態変化があった場合、現状に添った介護計画を作成している。                                 | 入居者の思い・意向、家族の要望に職員(パートナー)・医療専門職の意見も踏まえ、ご本人の「ニーズ」にマッチした有用性の高い介護計画を作成している。毎月のケアカンファレンス・モニタリングによりプランの見直し等へ繋げている。 | 今後も「本人本位」の視点を介護計画の基軸とし、ご本人の「思い・ニーズ」の把握に努められ、本人を含めた関係者(チームワーク)で、その達成を目指すことに期待をします。 |
| 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                             | ケース記録に介護計画の実践内容、毎日記録し職員全員が情報を共有している。記録を参考にし次回の介護計画を作成している。                                 |                                                                                                               |                                                                                   |
| 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                    | グループホームとして対応できない又不十分な場合は、在宅医療を取り入れ充実させている。                                                 |                                                                                                               |                                                                                   |

| 自己<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                                                                                        |
| 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                                      | 地域の老人会へ参加している。商店、病院、美容院など地域資源を利用している。                                   |                                                                                                          |
| 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                                  | 本人、家族の希望を聞き、かかりつけ医や受診先を決めている。病状により適切な医療が受けられるよう支援をしている。                 | 協力医(内科)及び入居前からのかかりつけ医による往診及び急変時への対応(24Hオンコール体制)により健康管理を行っている。また、希望者は歯科(毎週)、眼科・皮膚科、整形外科の訪問も受け付けている。       |
| 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                          | 体調面の変化や現状を看護師に報告・相談している。適切な看護・医療が受けられるよう状況判断し支援をしている。                   |                                                                                                          |
| 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。 | 利用者が入院した際には、定期的に様子を伺い状態の把握に努めている。担当医、看護師、相談員と連絡をとり退院受入に向けた話し合いを行っている。   | 入院中は入居者の不安感軽減のため、職員が面会に行っている。家族とも情報を共有し、病院とは早期での退院を目標に連携している。退院時にはホームでの暮らしに不具合が生じないように、情報を入手して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<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  | 家族の思いをしっかりと聞き取り、意向に添った対応が出来るように取り組む努力をしている。ホームとして出来る事、できない事はしっかりと伝えている。 | 重度化・終末期の状況が生じた場合には、入居者にとって望ましいケアとなるよう関係者(本人・家族、医療専門職、事業所職員等)で相談・検討しながら取り組んでいる。この一年では3名を看取らせていただいた。       |
| 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                                              | 新入社員研修で急変時事故発生時の研修を行っている。事業所内で勉強会を定期的に行っている。                            |                                                                                                          |
| 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                                              | 防災訓練を定期的に行っている。防災時の対応を事業所内の勉強会で話しあっている。                                 | 定期(年2回)での通報・消防・避難訓練(日中帯・夜間帯想定)を実施している(消防の立会あり)。防災機器の定期点検も怠らず、有事に備え非常食・飲料・簡易トイレ等も備蓄している。                  |

| 自己<br>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                                                                                           |  |
| 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<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                    | プライバシー保護の勉強会を行い、職員が丁寧な言葉遣いをするよう心掛けている。個人の尊厳を尊重し誇りやプライバシーを損ねない声かけを行っている。   | 入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に十分配慮しながら、今まで培ってこられた事柄(技能、趣味、習慣等)のうち、「本人の望まれること」をご本人のタイミングで行えるように支援している(ピアノ、生け花等)。        |  |
| 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                      | 日常会話のなかで、自分の思いや自己決定が出来るような話しかけや雰囲気作りを行っている。                               |                                                                                                             |  |
| 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 | 入居者一人ひとりその日の体調や気分に合わせて過ごしてもらえるよう支援している。                                   |                                                                                                             |  |
| 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                                   | 起床、外出時など日常的に身だしなみを整えられている。月に1度程度の訪問理容の利用や地域の理美容院へ定期的に通って毛染めやパーマをしている。     |                                                                                                             |  |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 食材を切ったり、盛り付け、後片付けの手伝いをしている。                                               | 食事タイムでは、調理の下拵え、盛り付け、洗い物等、「できてやりたい部分」を職員と会話を楽しみながら一緒に取組んでいる。行事食や外食、手づくりおやつ等も喜んでおられる。入居者の状況に応じて「ふるる食」も提供している。 |  |
| 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           | 食事量は個々にあわせて量の加減をしている。食事の形態は利用者の状況に応じて刻み食等食べやすいような工夫をしている。食事・水分摂取量を記録している。 |                                                                                                             |  |
| 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                    | 起床・就寝時と食後に口腔ケアを行っている。歯科衛生士による定期的な口腔内チェックを行っている。必要な方は歯科往診とブラッシングを行っている。    |                                                                                                             |  |

| 自己<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                                                                                                    |
| 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                              | 排泄パターンを確認し、一人ひとりに合った誘導の仕方、オムツの種類を工夫している。布パンツで対応できるようにトイレへの声かけや誘導を行っている。夜間帯にポータブルトイレを利用されている方がいる。   | 入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握し、ご本人に適合した方法(2人介助、同性介助等)により、トイレでの排泄が行えるように支援している。夜間帯は、安全・睡眠との兼ね合いでポータブルトイレ、パット交換の方もおられる。   |
| 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                                              | 朝食時にはヨーグルトの提供、野菜を多く摂取できるようにメニューの工夫をしている。毎日ラジオ体操等、身体を動かし予防に取り組んでいる。                                 |                                                                                                                      |
| 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                        | 本人の体調、入浴希望に合わせてできる限り希望に添える支援をしている。                                                                 | 週2回以上の入浴を基本に、ゆったりゆっくりとした入浴時間となるよう支援している(2人介助、同性介助、車椅子の方の機械浴、職員との会話等)。好みのシャンプー・リンスを用いたり、入浴剤・季節湯も喜んでおられる。              |
| 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                                               | 睡眠が十分でなく昼間にうとうとしてしまう時には、自室で休んでもらっている。朝の起床時間は、個々に対応している。気持ちよく安眠できるように寝具の衛生面、居室環境を整え、眠る身体の体勢を工夫している。 |                                                                                                                      |
| 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                                          | 入居者ごとのお薬手帳、処方薬一覧表を参考にして理解をしている。主治医の医師に相談し指示いただき服薬支援を行っている。                                         |                                                                                                                      |
| 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                             | 炊事や洗濯、掃除を積極的にしてもらっている。カラオケ、音楽療法の講師から定期的に音楽を楽しむ時間を持っている。                                            |                                                                                                                      |
| 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 | ホーム近隣の商店(スーパー、パン屋など)や公園への散歩に出掛けている。定期的に外出レクリエーションを企画し外出の機会を確保している。個人的な外出はご家族に依頼している。               | 日々の散歩(公園等)や近隣商店での買い物、玄関周りの草花への水遣り等、外気に触れる機会を意識して設けている。家族も参加する苺狩りや希望者で出かける花見、ドライブ(喫茶、食事)、老人会行事等、適度な刺激となるプログラムも演出している。 |

| 自己<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                                                                                                     |
| 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                                                  | 希望に応じて小額のお金を所持できることを入居契約時に家族に説明している。必要があれば引き出して買い物を行っている。                                                                                                |                                                                                                                       |
| 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                                                                           | いつでも使用できる対応をしている。希望があった際には待たせずに対応をしている。個人の携帯電話を使用している方へは使用方法などの支援を行っている。                                                                                 |                                                                                                                       |
| 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 | 気持ちよく生活できるように日々の清掃を行っている。明るさ、騒音、温度等の快適空間は入居者にあった調整をこころがけている。換気をこまめに行い夏の日差しのきつい時期にはすだれなどの日よけを使用している。                                                      | 玄関口の植栽やフロアに掲示されている季節飾り、行事写真が貼付されている壁面、適度な採光の入るリビング等、入居者が心地よく過ごせるように配慮された共用空間となっている。                                   |
| 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                                                      | 各フロアに違いはあるが、ソファやテーブル、和室等、居室と共有部を自由に行き来できるようにしている。思い思いに過ごすことができる。                                                                                         |                                                                                                                       |
| 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                                          | 家族には馴染みの有る家具や衣服、装飾品を持参して頂くように依頼している。安心して生活できる環境づくりを心がけている。仏壇を持ち込んでいる方もいる。                                                                                | フルネームの表札(墨での縦書き)が掛けられている居室には使慣れた馴染みの大切なもの(筆筒、テレビ、家族写真、仏壇等)を持ち込み、居心地の良い居室となるように支援している。ADLの変化へも対応(ソフトカーペットや設えの工夫等)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<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                                             | 目で見て確認できるように文字で表示したり、出来るだけ模様替えをせずに慣れた環境づくりをしている。各居室前に表札をかけて間違えの無いように配慮している。リビングから居室への移動で自由に移動できるように廊下には手すりを設置している。タイムスケジュールを張り出し時間で確認をしながら一日を過ごす工夫をしている。 |                                                                                                                       |