

### 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   | 2875200921              |            |            |
| 法人名     | SOMPOケアメッセージ株式会社        |            |            |
| 事業所名    | そんぽの家神戸伊川谷              |            |            |
| 所在地     | 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬字大末838-23 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年4月25日              | 評価結果市町村受理日 | 平成28年7月21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/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                      |  |  |
|-------|----------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 H.R.コーポレーション    |  |  |
| 所在地   | 兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-25-224 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年6月15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)】

個別性という部分に対して力を入れております。全員が同じタイミングでおトイレに行かれたり、お風呂に入る為に浴室の外で順番を待つ等の事が起きないように、個人ごとに1日の過ごし方についてご意見をうかがい、ご入居者様、ご家族様のご意見が日々の生活の中に取り入れられるように取り組みを行っております。それらは、障害を持ち、ご自身の思うように生活することが難しくなされた方に、少しでも障害を持つ前の生活に近づき、その人らしい人生を送って頂くために必要な事であると感じております。その為に、スタッフの皆様にも定期的な研修を通し、基本的な考え方や、介護に係る知識・技術を習得していただけるように取り組みを継続しております。

【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)】

利用者が安心して生活できるよう、介護に精通し専門知識をしっかりと持った職員が介助に当たっている。そのために、法人・施設内研修に介護に関わる知識・技術習得のための研修を積極的に採り入れ職員の資質向上に取り組んでいる。また、利用者がその人らしく生活できるよう、利用者一人ひとりに一日の過ごし方について希望や意見を聞き、毎月介護計画の見直しを行いながら、日々の生活の中で個別性を重視した支援に努めている。計画見直しのためのアセスメントは毎回詳細に行い、各種の記録にも工夫が見られる。医療機関・福祉用具・給食業者等、関係機関との連携にも努め利用者の生活を支えている。

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<br>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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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)   | ○<br>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<br>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)           | ○<br>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<br>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)                     | ○<br>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<br>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)                 | ○<br>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<br>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) | ○<br>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<br>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)   | ○<br>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<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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<br>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)                | ○<br>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<br>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                                       | ○<br>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<br>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)       | ○<br>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<br>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                                   | ○<br>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<br>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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○<br>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<br>第<br>三 | 項<br>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 | 玄関や詰所内などの掲示を継続し、定期的に行われているカンファレンス等で周知を継続している。 | 法人の理念を基に、「入居者様に地域の中で安心していきいきと笑顔で生活して頂けるよう取り組む」という事業所独自の理念を明文化し、地域密着型サービスの意義、役割を採り入れている。理念を事務所やスタッフルームに掲示するとともに、リーダーミーティング、ユニット会議、研修等で理念の内容を話し合っている。隔週ごとに理念を実践するための「やってみるか100」に沿った5分間テストを実施し、理念の共有と浸透を図りながら、理念実施状況の検証を行っている。事業計画の中に、理念を具現化するための目標を採り入れ、職員参画のもと半期ごとに実施状況、達成状況を確認し年度末に評価を行って次の計画に結び付けて、理念の実践に向け取り組んでいる。 |                   |
| 2                 | (2) ○事業所と地域とのつきあい<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 | 近隣幼稚園との交流や、ボランティアの取り入れ等を継続して行っている。            | 散歩時等には、地域住民に積極的に挨拶を交わし、外食時には近隣食事店を利用している。地域商店主催のムーミン谷祭り、近隣小学校の夏祭り、お寺の行事等地域の行事にも参加している。また、幼稚園児が切り絵等を持参して来訪し、利用者で交流している。アニマルセラピー・アロママッサージ・演奏等のボランティアや、季節ごとの衣装販売に地域の事業者が来訪している。地域包括支援センター主催の「介護リフレッシュ教室」で、認知症への理解を深める助言や、近隣中学校のトライやるウィークの受け入れを行う等、地域で必要とされる役割や活動を担っている。   |                   |

| 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 |
| 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                        | 近隣の飲食店への外食や地域の行事に参加を継続。トライやるウィークなどの中学生の受け入れや幼稚園児の受け入れなどを行っている。                                     | /    |                   |
| 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 | 定期的な運営推進会議を開催し、期間内に起きたことの報告や頂いた意見を取り入れるための努力をしている。また、他事業所の運営推進会議にも参加させて頂きどのような活動を行っているのか見させて頂いている。 |      |                   |
| 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取り組んでいる            | 地域包括センターの勉強会などには積極的に参加をさせて頂いている。また、定期的にお伺いさせていただき、施設の現状をお伝えさせて頂いている。                               |      |                   |

| 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 |
| 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 | 玄関のドア日中解放を行い、自由に入出りできる環境を作っている。また、社内の研修やカンファレンスにて身体拘束について具体的な事例を用いて知識を深めていけるように努めている。 | 法人の年間研修計画に「身体拘束」を採り入れ、10ヶ所以上の開催場所で同じ内容で実施し、全ての職員が参加できるよう配慮している。研修では、禁止の対象となる具体的な行為、弊害、不適切ケア等について学んでいる。パート職員にも参加を促し、受講者には研修報告書の提出を義務付ける等、周知に取り組んでいる。また、事業所内の研修計画にも年2回「虐待・身体拘束について」を採り入れ、スピーチロック等も含め、身体拘束の廃止に向け話し合っている。問題があると思われる事例があればその都度注意し合い、また、家族にも拘束により予測されるリスクを説明し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。日中は玄関、フロア出入口等は施錠せず、外出気配を察知した時は、付き添って外出し、近隣コンビニ等に情報提供と連絡依頼を行って安全の確保に努めている。 |                   |
| 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       | 社内の研修やカンファレンスにて定期的に虐待について学ぶ機会を作っている。また、定期的に管理者が施設内を見て回り、「不適切なケア」が起きていないか観察を行っている。     | 上記の法人内研修や事業所内研修とセットで「高齢者虐待防止」について学ぶ機会を持ち、言葉遣い等も含め不適切ケアについても、全ての職員に周知できるよう取り組んでいる。また、公益通報窓口についても説明している。管理者がユニットをラウンドし、問題があると思われる事例があれば、その都度注意している。法人での介護技術研修、管理者からの日常的な声かけ、有給休暇の取得促進、希望を採り入れたシフト調整等(に努め)、介護技術の未熟さやストレス等が虐待の原因にならないよう取り組んでいる。入浴時等に身体状況に留意し、事業所内外で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。   |                   |

| 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<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 | 管理者が研修の際に権利擁護について学び、スタッフに対して伝えることを繰り返している。玄関に資料を置くことで権利擁護について学ぶ機会を設けている。                                       | 直近の2年間では権利擁護に関する制度等について学ぶ機会を設けるには至っていない。現在、成年後見制度を活用している利用者があり、事業所として後見人に身体状況の報告や金銭管理のための書類の提供等の協力的支援を行っている。また、制度の理解や利用のための資料を設置している。  | 職員も利用者の制度利用の必要性等について話し合えるよう、制度について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<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                      | 契約前にご本人様、ご家族様へ見学をさせていただきようとしている。見学に来る事が難しい方は管理者が面会をさせて頂き説明をさせて頂いている。説明の際は理解してもらいやすくするため、内容や意味を説明しながら行うようにしている。 | 契約前に、利用者・家族に見学を依頼し、現場を見てもらいながらパンフレット等を活用してサービス内容の概略を説明している。契約時には管理者が、十分時間をかけて、質疑応答を交えながら、重要事項説明書・契約書の全条項について読み合わせを行っている。特に食事代、入院時の利用料負担等については、納得を得るよう留意し、苦情についても積極的に申し出られるよう、外部を含めた対応窓口をしっかりと説明している。契約の改正時には、根拠を明確にした文書を送付し同意を得ている。入所等での契約の終了時には、施設等の紹介や情報提供を行い、円滑な移行に向けて支援している。 |  |

| 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                            |
| 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 | 利用者様、ご家族様から頂いたご要望は直ぐに管理者に伝達出来る環境の整備を行っている。また、ご指摘をいただいた内容に関してはカンファレンス等で周知を行い、スタッフ共に共有出来る様にしている。 | 家族来訪時には近況を伝え、また、月1回写真付きで近況報告を行い、意見や要望を表わしやすいように努めている。運営推進会議には当該フロアの全家族に参加を呼びかけ、利用者にも参加を勧め、利用者・家族が、事業所や外部者に意見・要望を表せる機会づくりに努めている。忘年会・新年会等には家族も招待し、多くの職員が参加できるよう工夫して、利用者・家族と食事を共にしながら直接意見・要望等を聞く機会を設けている。様々な場面で把握した意見とそれに対する対応結果等は「サービス向上に向けたご意見・ご要望カード」、「介護支援経過」に記録として残し、共有している。玄関にアルコール消毒液を備え付ける等、家族からの意見・提案を反映させるよう努めている。   | 家族からの意見・提案等に対する対応結果について、全家族に公表する仕組みづくりが望まれる。 |
| 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                  | 定期的に管理者がスタッフのところに出向き、他愛のない会話から、介助についての深い部分まで会話を行うようにしている。また、事務所内の環境を整え、スタッフが事務所に来やすいようにしている。   | 管理者が日常的に職員へ声かけを行うとともに、ユニット会議やリーダーミーティング等で職員からの意見・提案等の把握に努めている。年2回個人面談の機会を設け、管理者が職員の意見・提案を個別に聞く機会を設けている。また、法人から職員への無記名アンケートや360度評価制度(管理者・スーパーバイザー評価制度)を採用入れ、書面で提案できる仕組みがある。管理者やスーパーバイザーは、法人会議で上位者に意見・提案等を表わせる機会がある。また、地区本部長も随時事業所を訪問し、管理者等から意見・提案の把握に努めている。事務所へ職員が気軽に相談等に訪れやすいよう椅子を配置したり、職員の有給休暇取得促進に努める等、職員からの意見・提案を運営に反映させている。また、利用者との馴染みの関係に配慮して、職員の異動は最小限に留めている。 |  |

| 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 |
| 12                           |   |    | <p>○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</p>      | <p>勤務時間内に業務を終えることが出来る様に取り組みを継続している。また、ユニットリーダーを中心に職場環境・条件の整備を継続的に行えるようにしている。</p>  |      |                   |
| 13                           |   |    | <p>○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</p>         | <p>社内研修を通し、知識・技術共に深めていけるようにしている。また、管理者が定期的にユニットへ出向き、介助方法など困っていることに対して説明をしていくようにしている。また、外部の研修についても、案内を行い、参加できるようにしている。</p> |      |                   |
| 14                           |   |    | <p>○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</p> | <p>運営推進会議や地域包括支援センターの勉強会などに積極的に参加を行い、交流を行えるようにしている。</p>   |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |   |    |  |   |      |                   |
| 15                           |   |    | <p>○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</p>           | <p>入居される前に管理者が何度も利用者様の下へ伺い、不安に感じていることや入居についてどのように感じておられるのか伺うようにしている。入居後も意識的に関わりを持ち安心して生活を行っていただけるように努めている。</p>            |      |                   |
| 16                           |   |    | <p>○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</p>                      | <p>入居される前に管理者が何度も伺い、どのような要望を持たれているのか伺うようにしている。また、入居後は密に連絡を行い、普段のご様子やどのようなことに困っておられるのか報告を行うようにしている。</p>                    |      |                   |

| 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 |
| 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 | 入居される経緯を伺い、どのようなことに困り入居を検討したのか確認を行い、本人様の能力を把握したうえで援助の組み立てを行うようにしている。                 |   |                   |
| 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                 | グループ形成を行うことで、社会的役割の構築をめざし、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。                                      |   |                   |
| 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  | 利用者様の日頃の様子を定期的に報告を行うことで関係性の継続を図っている。また、ご家族様が来訪しやすいように、関係性の構築や歓迎を行うようにしている。           |   |                   |
| 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         | 障害を持つ前の生活を聞き取り、入居後も障害を持つ前の生活が実現できるように努めている。可能な方であれば、定期的にスタッフ付添いの下、自宅に帰られたりしていただいている。 | 入居時に「ヒヤリングシート」を作成し、利用者の生活歴・趣味・信仰等、これまでの社会とのつながりを把握し、「生活目標プラン」に連動させている。入居後に聞き取った情報は「ヒヤリングシート」「ご意見・ご要望カード」等に記録として残している。以前お寺参りをしていたお寺の住職と友人が定期的に来訪し、また、知人・友人等の来訪時には、歓迎の意思を表して再来訪を依頼している。米寿の祝いや馴染みの食事店等へ、職員が付き添って外出している。また、利用者の希望を家族に伝え、家族に同行を依頼したり、時には職員も付き添って馴染みの場所へ出かけている。年賀状等の手紙のやり取りの支援も行っている。 |                   |



| 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 |
| 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                | 普段の様子から利用者様同士の関係性を把握し、孤立することが無いように配慮を行っている。また、関係性の構築が難しい方でも間にスタッフが入り、関係を取り持てるようにしている。                  |   |                   |
| 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 | 退去される際に、退去後の連絡先を伺い、必要に合わせてフォローを行っている。また、長期入院により退去になられた方は、退院後の受け入れを優先的にさせて頂いている。                        |   |                   |
| <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                   | 普段の生活や、ご家族様より障害をもつ以前の生活の様子や本人様のご意向について確認を行い、カンファレンスなどで検討し実現に向けて取り組みを行っている。実現が難しい時は、解決のためのアセスメントを行っている。 | 利用者との日々の関わりの中で、コミュニケーションを大切にし、思いや意向の把握に努めている。把握した思いや意向は、「ヒヤリングシート」「基本情報」「ご意見・ご要望カード」等に記録として残し、職員間で共有している。意思の疎通が難しい利用者には、家族からの情報や協力を得たり、日々の観察の中で利用者の表情や反応から汲み取れるように努めている。目の不自由な利用者には握手をしながら、また、耳の不自由な人には筆談を活用する等、個々の対応方法に留意してコミュニケーションづくりに努めている。 |                   |
| 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                    | ご入居者様のこれまでの生活について、本人様、ご家族様、近親者より伺い、職員間で情報の共有を行うようにしている。  |   |                   |
| 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                                  | 利用者の要望、能力の把握を行い、個人ごとにケアプランを作成するようにしている。  |   |                   |

| 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 |
| 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 | 生活の中でどのようなことに困っているのか把握し、能力低下の原因を分析・対策を行い、ご入居者様、ご家族様との協議のうえで補助具の導入や社会資源の導入を検討している。                      | 利用者・家族から聞き取った要望を踏まえ、ヒヤリングシート・ADL表等を基にアセスメントを行い、かかりつけ医・看護師・理学療法士等の意見も聞いて、ニーズを抽出し生活目標プラン（介護計画）を作成し同意を得ている。生活目標プランに沿って週間介護スケジュール表を作成して、職員がいつでも見ることが出来る状態で保管し、計画に沿った支援が出来るよう工夫している。ケアの実施状況は、時間単位で記載する書式の「介護記録」に記録として残しモニタリングを行っている。週に1回カンファレンスを開催し、全利用者について話し合い、基本的には月に1回再アセスメントと生活目標プランの見直しを行っている。入院等利用者の状況が変化した時は、期間に関係なく新たな計画書を作成している。 |                   |
| 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                             | 介護記録に本人様の状況や変化などを詳細に記載し、カンファレンスで情報の共有、検討を行いケアプランに反映し、介護計画を立てている。                                       |   |                   |
| 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                    | 本人様へは普段の生活の中で、ご家族様には来訪時やご連絡させていただく時にニーズの確認を行い、施設だけではなく、ボランティアなどの社会資源なども視野に入れて提案をするなど、柔軟な対応が出来る様に努めている。 |   |                   |
| 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                              | 施設周辺のお店への外出、地域の幼稚園児の来訪、アニマルセラピーや自治体の行事など積極的に参加をさせて頂くようにしている。   |   |                   |

| 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 |
| 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   | 主治医との連携を図り、密に連絡を取ること<br>で関係性を築き上げていけるように努めて<br>いる。また、往診の予定日をご家族様へ報<br>告し、可能な範囲で参加して頂けるようにし<br>ている。参加が難しい場合は、往診の際の<br>内容やどのような方向で話をするのか事前<br>に相談をしている。 | 入居時に意向を確認し、利用者・家族の希望<br>を大切に受診支援を行っている。内科医・<br>外科医の定期的な往診があり、利用者は、緊<br>急時の対応や家族の通院介助等の利便性から<br>往診医をかかりつけ医としている。皮膚科・<br>歯科等の往診もある。通院介助は、緊急時以<br>外基本的に家族が行うこととしているが、家族<br>の状況等により臨機応変に対応している。往<br>診時には事前に往診医へ情報提供を行い、受<br>診結果と共に「往診記録」に記録している。ま<br>た、往診の予定日を家族へ連絡し、参加が難<br>しい場合は、事前に家族の意向を聞き取り、<br>「介護支援経過」に記載し申し送りで周知を<br>図っている。家族による通院介助時には、受診<br>医療機関へ事前にFAXでの情報提供や家族<br>に手紙を託け、時には職員も付き添い、受診<br>結果は「受診記録」に記載して情報を共有して<br>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<br>づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝え<br>て相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を<br>受けられるように支援している                              | 日常の中で起きた変化や状況を看護師出<br>勤時に報告を行い、必要に合わせて主治医<br>と連携を取りながら対応をしている。  |  |                   |
| 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、<br>又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係<br>者との情報交換や相談に努めている。あるいは、<br>そうした場合に備えて病院関係者との関係づくり<br>を行っている。 | 週に1回お見舞いに伺うようにし、その時の<br>状況や様子について確認をするようにして<br>いる。また、定期的に病院へ伺い、有事の<br>際に対応をしてもらえるように関係性を気づ<br>けるように努めている。   | 入院時には、ADL等入院時の支援方法に関す<br>る情報を、「介護サマリー」で伝えている。入院<br>中は週1回程度見舞いに行き、本人の不安の<br>軽減を図るとともに、地域医療連携室等の関<br>係者と早期の退院に向け情報交換を行っている。<br>見舞い時の利用者の状況・情報等はかかり<br>つけ医に伝えるとともに、「介護支援経過」に<br>記録として残し、申し送りで職員に伝えている。<br>退院時にはカンファレンスに参加し、「看護サ<br>マリー」等の提供を受けて退院後の事業所の<br>支援に活かしている。   |                   |

| 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 |
| 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 | 入居契約時に終末期についての説明を行い、その後も定期的に、重度化した場合や終末期についての要望を、ご入居者様、ご家族様へ伺うようにしている。急変時にも確認を行うようにしている。 | 契約時に「重度化や終末期についての対応指針」で事業所で出来ることを説明し、家族等の意向を「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」で確認しながら同意を得ている。終末期に向けて変化した段階で、「終末期医療に関する要望書」で家族等の意向を再度確認しながら、かかりつけ医を交えて繰り返し支援方針を話し合い、話し合いの内容や決定事項を記録として残し、職員が捺印の上、方針を共有している。「介護支援経過」にも記載し、介護計画の見直しを行っている。職員とはカンファレンスで方針を確認しながら、最期までその人らしく生活できるよう話し合い支援している。また、看取り時には、「看取り介護についての同意書」で同意を得て、かかりつけ医・看護師をはじめ、かかりつけ薬局の薬剤師等地域の関係者とともチームで支援に取り組んでいる。法人及び事業所内で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<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   | マニュアル化したものを各フロアに掲示しカンファレンスや社内研修で周知するようにしている。消防訓練に関しても定期的に夜間、日中を想定し行っている。                 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 消防訓練を定期的に行い、結果についてカンファレンスで検討を行うようにしている。避難経路と消火器の設置場所については、入社時と訓練時に周知している。            | 年2回夜間・昼間想定を交互に、利用者も参加して火災時に於ける避難誘導・通報等の訓練を実施していることが記録から確認できる。この1年、消火訓練を行ったことは記録からは確認出来なかった。訓練後に課題等を話し合い「訓練後の反省と考察」を作成して全職員に回覧するとともに、参加出来なかった職員には個別に説明して周知を図っている。訓練以外にも、随時消火器の設置場所、取り敢えずベランダに避難する経路等の再確認を行っている。運営推進会議で訓練の状況を報告するとともに、災害時の協力を地域に呼びかけている。また、電気錠システム(停電時に自動的に開錠する)を採り入れ、水・けんちん汁、牛丼、缶詰等加工せずにすぐ食べられる食料を備蓄し、管理リストを作成して定期的にチェックしている。 |                   |
| <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         | ご入居者様はお客様として敬い、居室もご自身の家として対応をするようにしている。居室に入る時はノックと確認を行うようにし、プライバシーを侵害する事の無いように努めている。 | 法人内研修に「コンプライアンス・倫理法令」「ノーマライゼーション」等を採り入れ、「やってみるか100」に沿って利用者を顧客として敬い、接することを基本方針として学んでいる。事業所内研修でも「コンプライアンス」「個人情報保護」等を採り入れている。日々の関わりの中で言葉かけや対応に配慮し、居室を訪問するときは必ずノックを行って同意を得る等、人格を尊重し、プライバシーを損ねないよう取り組んでいる。写真の掲載は、ホームページ・チラシ・新聞広告・パンフレット等に区分の上同意を得た人のみ使用し、個人記録等は鍵のかかる書庫に保管して、個人情報の適正な管理に努めている。職員の守秘義務についても誓約書を交わしている。                              |                   |

| 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 |
| 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                      | 日常生活の中で選択が必要となった場合、ご入居者様へ伺うようにしている。ケアプランに関してもご本人様へ必ず提示を行うようにしている。ご入居者様が要望の表出が難しい時はご家族様へ相談をするようにしている。 |  |                   |
| 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、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  | 日々の生活については個々に合わせた生活の流れを作成し、出来る限り実現が出来る様に努めている。   |  |                   |
| 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                                   | 個々の好きな物や、拘りについて把握を行うようにし、日々の生活に取り入れられるようにしている。また、外出などの際にはアクセサリーや化粧品などを楽しんで頂けるように努めている。               |  |                   |
| 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 | 食事が楽しみとなる工夫として、能力に合わせて食後の片づけをスタッフと一緒にやって頂いている。また、料理を楽しんで頂けるように、お好み焼きやたこ焼きなどの調理を入居者様と一緒にやっている。        | 食事は半調理状態から温め・盛り付け等を行い、炊飯・汁物は事業所で作って提供している。下膳・片付等、利用者が好みや力を活かして参加できるように、声かけ・機会づくりに努めている。毎日食事に対するアンケートを記録し、週1回まとめて残食状況や希望等をFAXで委託業者に伝え、好み・希望等が献立に反映できるよう努めている。利用者の状況に応じた食事形態・嗜好に応じた内容変更等、個別の配慮に努めている。「おはぎづくり」等利用者とともにおやつ作りを楽しんだり、月1回程度郷土料理を提供する等、食事が楽しみなものになるよう取り組んでいる。車イスの人は食事時には生活リハビリを兼ねながら食卓の椅子に移乗し、また職員も同じ食事を同じテーブルで楽しんでいる。 |                   |

| 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 |
| 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        | 栄養に関しては、提携の給食業者の栄養士が管理をしてくれている。1日1400cal程度の摂取が出来る食事内容となっており、好みに合わせて代用食などの提供も行っている。                           |  |                   |
| 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                 | 口腔ケアに関しては、必要に合わせて援助を行うようにしている。誤嚥性肺炎を起こす可能性がある方には、毎食前後、就寝前に施行している。異常が見られた際は、すぐに歯科医へ連絡をしている。                   |  |                   |
| 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 | 失禁を引き起こしている原因を分析し、必要に合わせて専門医の受診、環境の整備を行い自立に向けた支援を行っている。また、自立では難しい方に関しては、アセスメントに基づいた定時誘導を施工し、失禁をなくせるように努めている。 | 排泄チェック表に基づいて「排尿チャート」を作成し、タイミングに合わせてトイレ誘導を行いトイレでの排泄を大切に支援を行っている。動作の遅れ等で失禁に至る人には個別に「排泄問題解決プラン」を作成し、おむつを減らす工夫と自立に向けた支援に取り組んでいる。タオル使用や扉の外での待機等、プライバシーの確保や羞恥心への配慮に努め、研修や日々の関わりの中で周知を図っている。「消臭剤」の使用等、快適な排泄環境づくりにも努めている。また、薬剤には出来るだけ頼らず、ヨーグルト等を活用して、排便コントロールに努めている。 |                   |
| 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                 | 個々の身体状況を把握し、便秘の種類を特定。それぞれの便秘の種類に対して、自然食品や運動療法、必要に合わせて緩下剤などを使用するようにしている。                                      |  |                   |

| 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 |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 定期的な入浴に関しては、個々の希望を伺い、希望に沿う形で対応をしている。また、それ以外の入浴に関しては、個々で要望を伺い、温泉や入浴剤の使用など楽しみとして感じていただけるように努めている。        | 基本的に週2回、午前または午後入浴としているが、希望や能力によっては毎日入浴する人もあり、希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるよう支援している。利用者の状況に応じて、機械浴での入浴支援も可能である。利用者ごとに更湯とし、希望により入浴剤を使用して入浴が楽しめるよう支援している。入浴を嫌がる利用者には原因を検討して、声かけの工夫、家族への協力依頼、銭湯の利用等、個別の対応に努めている。異性介助を嫌がる人には、可能な限り同性介助で対応し、「脱衣室と洗濯場の間にカーテンを設置する」「凝視しない」等、羞恥心への軽減に努めプライバシーの確保に努めている。 |                   |
| 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                   | 消灯の時間などは決めておらず、個々で好きなタイミングで休んでいただけるようにしている。また、個々の嗜好として居室内でアロマを焚かれたりして頂いている。                            |   |                   |
| 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              | 服薬の目的、副作用、用法、用量については各スタッフが把握できるように努めている。新しい薬が処方されたときは副作用を調べ、注意して観察を行うようにし、変化が見られればすぐに主治医へ報告をするようにしている。 |   |                   |
| 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 | 個々の拘りや楽しみについて把握を行い、日常生活に取り入れられるようにしている。役割の重要性を職員が理解し、支援するように努めている。                                     |   |                   |



| 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 |
| 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 | 外出については、行き先や頻度の希望を聞き取り、支援している。施設職員だけでなく、ご家族様やボランティアの協力を仰ぎ支援している。                                 | 利用者の状況、希望、天候等に沿って、散歩等日常的に戸外に出かけている。基本的には週1回以上外出できるよう努め、毎日散歩に出かける人もいる。車イス等の人も、福祉車両を利用する等利用者の状況に応じた移動に配慮しながら外出支援に努めている。事業所前のベンチで外気浴を楽しむ機会も設けている。また、日帰り温泉等、普段は行けないような場所でも家族等の協力を得ながら出かけられるよう支援している。 |                   |
| 50 |   |      | ○お金の所持や使うことの支援<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                             | 個々の能力に合わせて、管理可能な方は関していただいている。ご自身だけの管理が難しい方はご家族様の協力のもと、出来る限り管理が出来る様に支援している。                       |  |                   |
| 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  | ご入居者様の要望を聞き取りながら、対応をするようにしている。中には携帯電話を持ち、ご家族様と直接連絡を取られている方もいる。手紙に関しては、ご本人様へ伺い、お礼の連絡などを行うようにしている。 |  |                   |

| 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 |
| 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 | 共有空間には四季を感じて頂けるように季節ごとの花を活け、室温、湿度などにも留意するようにしている。換気なども定期的に行い、臭いについても配慮をしている。トイレや居室などにもわかりやすい目印を付けるようにし、不必要な混乱を招かない様に努めている。 | 玄関に水槽、各フロアのテーブルに季節の花を飾り、季節感や生活感を感じる空間づくりに努めている。広くゆったりとしたフロアに、馴染みの家具やソファが適所に配置され、利用者が思い思いの場所でくつろぎ、居心地よく暮らせるよう配慮している。室温、湿度などにも留意するとともに、換気も定期的に行い、臭いについても配慮している。トイレ・浴室等は分かり易く表示して混乱を防ぎ、また、フローリングは転倒時の衝撃を少なくする床材を使用し安全にも配慮している。 |                   |
| 53      |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | テレビを見る方、音楽を聴く方など、個々に合わせた生活が送れるようにソファやテーブルの設置をしている。個々に要望の聞き取りを行い、思い思いの過ごし方をして頂けるように努めている。                                   |   |                   |
| 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  | 入居されるときに思い入れのある家具や写真、仏壇など、ご自宅に合ったものをお持ちいただけるようにご家族様へ依頼をし、ご入居者様、ご家族様と相談をしながら居室環境を整えていくように努めている。                             | 居室には、使い慣れた家具・寝具、思い入れのある仏壇・家族の写真、好みのぬいぐるみ・日本人形等が持ち込まれ、今までの生活習慣や環境を大切にしながら居心地よく暮らせるよう支援している。また、利用者の状況に応じて、立ち上がり補助具を設置している居室もあり安全面にも配慮しながら自立支援にも努めている。   |                   |
| 55      |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 個々の能力に合わせた標識や目印などを配置し、動線の確保や滑りにくく、転倒しても衝撃を吸収してくれる素材の床など自立した生活が送れるように努めている。   |   |                   |