

# 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 | 2015/3/8          | 評価結果市町村受理日 | 平成27年8月7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27年3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)】

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。

## 【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)】

グループホーム・小規模多機能型居宅介護事業所・地域密着型特定施設が併設された複合施設として運営されている。「笑顔あふれる我が家づくりとその方の生活に合わせたケアをします」という事業所理念に基づいて、その人らしい生活に寄り添える支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの気持ちになって考える書式のアセスメントシートを導入し、食事・排泄・入浴・外出等、日常生活の中で個別ケアに努めている。毎月利用者の生活の様子・行事や医療面等の報告をスナップ写真と共に送付したり、家族会を開催するなど、家族との連携と信頼関係の構築に努めている。運営母体が医療機関であり、医療面での支援体制が整備されており、希望に応じて看取りも行っている。

## 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)     | 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)   |
| 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)           | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                      |
| 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)                 | 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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)  | 66 | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      |
| 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)                | 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                                       |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)       | 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                                   |
| 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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) |    |   |

## 自己評価および第三者評価結果

| 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 |
| <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 | 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。  | 法人の「愛着ある芦屋の地でいつまでもその方らしく」という地域密着型サービスの意義・役割等を探り入れた理念を基に職員で話し合い、「笑顔あふれる我が家づくりとその方の生活に合わせたケアをします」という事業所独自の理念をつくりあげた。理念はスタッフステーションに掲示し、全職員に配布し、また、唱和も行い周知を図っている。ユニット会議・ケアカンファレンスの中で、「その方の生活に合わせたケア」という視点で話し合い、理念の具現化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 | 近隣のコンビニエンスストアが出張していただき建物内で買い物をしていただいている。民生委員・福祉推進委員が主催するいきがいデイサービスや地域行事にも参加するようになっている。市内のコーラスや美術館の利用も個別に行っている。 | 市営集会所のいきがいデイサービスや地域の盆踊り・秋祭り・餅つき大会や他事業所での夏祭り等には、職員が準備段階から参加交流し、又、事業所主催の敬老会・夏祭り・クリスマス会等には、地域の人達に運営推進会議等で呼びかけ交流している。月2回地域ボランティアの「ハンドベル演奏」が来所している。近隣の商業施設での買い物や月1回のコンビニの出張販売等があり地域との交流に努めている。市の依頼により「赤ちゃんの駅」と、家族等に認知症対応方法を伝えるための場所提供等、地域で必要とされる活動や役割を担っている。 |                   |

| 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                        | 施設での行事に地域の方を招いたりボランティアを募るなど、交流を心掛けている。また、昨年11月より1階で小規模カフェが開催されており、地域の人々と交流がもてる場に浸透するまでに時間は要するが、そういう場を利用して家族や地域の方々に認知症の理解を深める場になるよう努めている。 |   |                   |
| 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 | 運営推進会議を通して多くの意見を頂いたり交換出来たりしている。ご家族の様々な意見が取り入れられるよう、ご家族様に参加を募る連絡も行っている。利用者も可能な時間の限り、参加して頂きました。  | 小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、市職員・地域包括支援センター職員・家族代表・民生委員・知見を有する者が参加し、偶数月に2ヶ月に1回開催している。各家族には郵送物に同封し、毎回参加を呼び掛けている。会議では、利用者の状況、事業所の取組、事故・ヒヤリハット事例等の報告を行い、参加者と意見・情報交換し事業所の課題についても話し合っている。利用者の日々の様子や行事での写真をパワーポイントで紹介し、理解を深めてもらうとともに、意見や要望が出やすいように工夫している。市職員からの「感染症等の発生状況」についてのタイムリーな情報提供や、地域の行事開催のお知らせ等、会議での意見・提案を運営やサービスの向上に活かしている。 |                   |

| 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 |
| 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                 | 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。         | 運営推進会議に、市職員や地域包括支援センター職員が参加しており、事業所の状況や取り組み等を定期的に伝えている。芦屋市グループホーム連絡会に参加し、市職員と情報・意見交換があり、助言も受けている。管理者が運営推進会議の案内文を市に持参する時に、市担当窓口で情報交換したりや相談に対してアドバイスを受けている。制度・法令解釈等の疑問があれば、電話でも相談し助言を受ける協働関係が築かれている。  |                   |
| 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 | 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る。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る。 | 施設長が作成した「身体拘束廃止」についてのマニュアルを職員全員に配布し、自主学習後に報告書を提出するという方法で、職員の理解と周知を図っている。転倒の危険性が高い場合等は、カンファレンスで安全性の確保を話し合い、身体拘束をしない方針でケアに努めている。家族にも身体拘束により予測されるリスクを説明の上、事業所の方針について理解を得ている。ユニット出入口、回廊ベランダ、エレベーターは昼間施錠せず、出入り自由に行っている。施設1階玄関は外へ出る時には開錠操作があるが、利用者の外出希望や気配を察知した時は、職員が付き添って外出している。 |                   |
| 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       | 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。                    | 虐待防止についても、身体拘束廃止と同様の方法で学習している。利用者の日々の様子に留意したり、入浴時等には身体状況を確認する等、異常があれば「事故報告書」を作成して家族にも連絡・確認し、虐待が見過ごされることがないように努めている。また、管理者は職員の心身の健康管理に配慮し、随時の面談やシフト調整などを行い、疲労やストレスの蓄積が利用者へのケアに影響しないように配慮している。  |                   |

| 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   |
| 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 | 社協の権利擁護事業制度など、実際に利用しておられる利用者はあるが、勉強会や研修の機会が少なく、テキストを参考に理解を深めている。年間の研修計画を作成し必要に役立つように利用方法や内容などのマニュアルの作成に取り組んでいく必要がある。 | 成年後見制度等権利擁護に関する制度については、一部の職員を除いては学ぶ機会が持っていない。現在、社協の権利擁護事業制度を利用している利用者が1名あり、管理者が窓口となって事業所として必要な支援を行っている。制度利用が必要な利用者・家族があれば、管理者が窓口となって支援につなげる体制はある。   | 27年度は、年間研修計画を立てて研修会を実施する計画がある。身体拘束廃止・虐待防止・権利擁護・プライバシー保護など必須項目を計画に組み入れ、定期的・計画的な研修を実施し職員間で知識と理解を共有し、さらなるサービスの向上に活かされることを期待する。 |
| 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                      | 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。                                | 見学時にパンフレットを用いて概略を説明し、契約時には重要事項説明書・契約書等を用いて時間をかけて説明している。特に緊急時や終末期の対応については、具体例を用いながら説明を行い理解を図っている。契約書の内容を改定するときは、運営推進会議での説明も含め、できる限り口頭での説明を加え、根拠を明確にした「利用料改定説明書及び同意書」を送付して同意を得ている。解約時には、適宜入所施設等の提案・情報提供・同行等の支援を行っている。               |   |
| 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                  | 日々、家族とのコミュニケーション作りに努めている。家族が意見を表出しやすいよう、毎月、スナップ写真と共に、生活の様子や医療面の報告等を手紙で行っている。運営推進会議や家族会にて多くの意見・提案を頂き、反映している。          | 毎月スナップ写真と利用者の生活の様子や医療面での報告等を記した文書を送付し、家族来訪時には近況報告を行うなど、家族が要望や意見を表出しやすいように工夫している。また、年1回開催する家族会でも、1年間の施設行事や日常の様子をパワーポイントで紹介し、要望や意見の把握に努めている。年1回アンケートを実施し、アンケート結果をファイリングし家族個々の意見等を把握している。家族の意見・提案から、布団乾燥機の寄贈やスリッパ消毒器の購入等、運営に反映させている。 |   |

| 自己 | 者 第<br>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 |
| 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                                 | 2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。                     | グループホーム会議・ユニット会議・カンファレンス・ミニカンファレンス等、職員が意見を出し合い話し合う機会を設け、業務や運営については、主にグループホーム会議で話し合われている。個人面談制度を採り入れ、自己評価・上司評価を経て、個別面談では個々に意見や要望を聞く機会にもなっている。利用者にかかわる時間を増やせるように勤務時間帯間の業務を整理するなど、職員の意見や提案を運営やサービスに活かしている。月1回開催される「経営会議」では、管理者が職員の意見や要望を社長等幹部職員に伝える仕組みがある。異動については、利用者との馴染みの関係を重視し最小限にとどめている。 |                   |
| 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 | 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。<br>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<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    | 外部研修等の参加は出来ない状況だが、施設内勉強会や各委員会を通して個々の学びに繋がるよう努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 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 | 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や事例発表を実施している。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<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           | 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。                                    |      |                   |
| 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                      | 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<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                  | 入居前見学やその時の相談時、また、利用面接時にお話を伺う際に、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<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                                  | 大半の入居者がリビングで共に過ごし、一緒の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いただき、共に暮らせていると感じる。     |      |                   |

| 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 |
| 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        | メールやお手紙等で近況報告を行い、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<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                    | ご本人がよく行った場所での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出来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。 | 入居時に把握した生活歴・趣味・宗教等今までの地域社会との関係はフェイスシートに、日々のコミュニケーションで得た情報は「介護記録」に記載し情報を共有している。誕生日等は居室担当者が希望を把握し、馴染みの飲食店に個別外出の支援を行っている。友人・知人の訪問時には、プライバシーを確保しながらくつろいで面談できる面談室を提供している。年賀状や手紙のやり取りも支援している。 |                   |
| 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                | 食席や外出時のグループ等、利用者同士が互いに協力しあったり、楽しい時間が共有できるよう配慮している。  |   |                   |
| 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 | 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、関係性を継続できる様努めて行きたい。  |   |                   |



| 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 |
| <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 | 聞き取りが困難な利用者もいるが、日ごろの会話や行動をもとに、何を望んでいるのか？ここで何をしたいのか？をアセスメントしカンファレンスを実施している。   | 入居時に利用者・家族から聞き取った意向や要望はフェイスシートに、入居後に把握した意向や要望は「介護記録」に、相談事であれば「相談記録」に記載し情報を共有している。職員は日々のコミュニケーションの中で、意向や要望を引き出しやすい言葉かけなどに留意している。また、アセスメントシートの導入により、居室担当者が利用者の気持ちを想像し、気持ちに沿った支援について考え明文化することに取り組んでいる。意志の疎通が難しい利用者には、日ごろの言動や表情・反応を見逃さないよう心掛け、利用者の視点にたってカンファレンス等で話し合っている。 |                   |
| 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<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                | ご本人の意思を尊重した介護を心がけ、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出来るよう支援している。            |   |                   |

| 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 | 利用者ごとに担当のスタッフを作り、より細かい情報収集に心掛けている。10月からスタッフ全員で個々のアセスメントを行い、毎月のモニタリング実施、定期的なカンファレンス以外にも、何か起こるたびにミニカンファレンス実施し、対応、改善に努めている。家族にはお便りや面会時で、新たなご意見やご希望がないかないか確認し、その都度、計画書の見直しをしている。基本は、3ヶ月で見直ししている。 | 来訪時やお便りで家族の意向や要望を確認し、基本的には3カ月ごとに介護計画の見直しを行っている。計画に沿った支援の実施については「モニタリングシート」で、利用者の状況や職員の気づきはミニカンファレンスや「アセスメントシート」でを把握している。計画の見直しに当たっては、かかりつけ医・看護師等関係者にも相談し確認している。利用者の状況や医療方針・家族の意向が変化した場合には、期間に関係なく見直しを行い、現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 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                             | ケアプランの実施状況が記録されていない事も多く、また、ケアプランをスタッフが周知出来ていない事もあり、グループホーム会議の中で意見を出し合い、記録の書き方や、情報共有の方法を見直した。新たな気づきにも繋がり、介護計画の見直しに活かされてる。   |  |                   |
| 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                    | 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。   |  |                   |

| 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 |
| 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             | 近隣の店舗を利用したの買い物、外食、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。(コーラス・美術館など)         |   |                   |
| 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    | 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、スタッフが付き添うなど、医療の継続性には配慮できている。 | 入居前に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った受診ができるように支援している。2週間に1回内科医が往診を行っており、利用者・家族の希望により、現在は全利用者が往診医をかかりつけ医としている。希望者には歯科・皮膚科・泌尿器科医等の往診がある。通院介助は基本的には家族が行うこととして契約時に説明しているが、家族の都合等によっては事業所が臨機応変に対応している。受診結果は「看護記録」に記録として残し、家族には毎月送付するお手紙の「最近の様子」欄に記載し報告している。 |                   |
| 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 | 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出席し、利用者一人一人について情報を共有するよう心掛けている。                              |   |                   |

| 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 |
| 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。 | 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的外出等を行い、早期退院に向けてのカンファレンスを開催している。                                    | 入院時には、「看護サマリー」や「介護記録」を基に情報を提供している。入院中は職員が見舞いに行き、利用者の回復状況をその都度「相談記録」に記載し、職員間で共有している。また、家族やMSW(医療連携相談員)等関係者と話し合い、早期退院に向けた支援を行い、退院が決まれば、病院での「聞き取り」と「看護サマリー」の提供を受けて、退院後の支援方法を確認し事業所での生活の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  | 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。 | 重度化や終末期に向けた方針は、契約時に、「重度化した場合における事業所の対応指針」と契約書の退居条項を合わせてを説明している。緊急時対応も含め利用者・家族の意向を、「医療行為等に関する意思確認書」で確認している。重度化や終末期の段階になれば、家族・かかりつけ医・職員を交えて、確認書を基に対応方針を繰り返し話し合い、方針を共有し支援している。看取りにあたっては、かかりつけ医・看護師・職員等関係者とともチームで支援に取り組んでいる。また、終末期ケアについてのマニュアルを整備し、勉強会も行っている。 |                   |
| 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   | 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、訓練を行なって行きたい。  |   |                   |

| 自己<br>番号                         | 第三<br>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   |
| 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3月中に実施予定。リスク委員会で担当を決めて訓練を行なう。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。                   | 新入職者には災害に関する機器の操作方法等の教習を行っているが、26年度は現時点では避難訓練を行えておらず、27年3月に防災訓練を実施する予定である。今後、津波を想定した災害訓練や地域との協力体制の構築・地域への避難場所の提供なども実施する予定がある。また、米・水等は3事業所共同で備蓄しているが、自動販売機の飲料・食べ物等を災害時には備蓄品として転用することとしている。   | 昼間・夜間を想定し最大リスクを想定した火災・津波等に対する実践的な訓練を年2回実施し全職員が話し合い、避難できる方法、避難経路の確保を身に付けておくことが期待される。また、災害時の地域への協力の呼びかけが望まれる。 |
| <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         | 排泄時や居室訪問時にはノック、声かけを行い、ここ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。 | 管理者・施設長が、新入職者のオリエンテーション時や日々のカンファレンス時に、「長年地域に貢献した人なので尊厳をもって接する」という基本姿勢のもとで、個人の尊厳・プライバシー保護に関して指導し、利用者のケアに努めている。不適切な言葉遣い・対応等があれば管理者が注意している。利用者が違和感を持たない範囲で「親しき中にも礼儀あり」の意識をもって日々の支援に取り組む、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排泄・更衣・入浴時の対応に努めている。 |   |
| 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           | 利用者が話しやすいような声かけ、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。                       |   |   |

| 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 |
| 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  | 出来る事、出来ないこと、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<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                                   | 服装や整容は出来る限り本人の容貌に合わせている。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。                    |  |                   |
| 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 | 毎日毎食の食事準備を利用者と共に行なっている。食の好みを伺い、外食や出前に反映させている。                                | 朝食は施設厨房で作られ、昼食・夕食は献立を委託業者が作成し、献立に沿った食材が素材の形で事業所に届けられ、事業所で調理を行っている。食事の準備や下膳・後片付け等、利用者が個々に応じて力が活かせるように声かけや場面設定を行っている。利用者の好みについて随時委託業者に伝え、献立等に反映するよう努めている。また、2ヶ月に1回程度、個別外食やケータリングの機会を設けたり、時にはホットケーキやプリン等おやつを手づくりするなど、食事やおやつを楽しめるように取り組んでいる。 |                   |
| 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様心掛けている。        |  |                   |

| 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 |
| 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                  | 口腔ケアの声かけや介助を行い、残渣による事故にも注意している。口臭が強いとき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<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  | 定期的なトイレの誘導や夜間のポータブル使用を行な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ド類の使用を検討し、一人一人の排泄パターンにあわせた支援を心掛けている。 | 全利用者に排泄チェック表と水分摂取チェック表を活用し、タイミングに合わせた声かけと誘導等で可能な限りトイレでの排泄を大切にしたい支援に取り組んでいる。夜間は睡眠に配慮しながら、誘導やポータブルの使用等、個々の状況に応じて支援している。ヨーグルト・牛乳の提供や運動により便秘対策にも努めている。適切な使用を検討し、パットやおむつの使用軽減にも努めている。病院退院後の支援でリハビリに努め、おむつを使用しなくなった事例もある。排泄介助時は、声かけの仕方に留意する、カーテン・ドアは必ず閉める等、羞恥心の軽減やプライバシーの確保に努めている。 |                   |
| 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                  | 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<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 | 特に曜日は固定していない。体調や希望に応じて週2回を基準に入浴介助を行なっている。通院やイベント等を考慮して曜日や時間の変更にも対応している。                 | 基本的には週2回、午前中から午後3時の間で、体調や希望に合わせて入浴できるよう支援している。羞恥心に配慮し、同性介助を行っている。入浴を嫌がる人には、無理強いせず職員やタイミングを変えて声かけ等を行っている。また、ラジカセで歌いながらの入浴等、入浴が楽しめるよう工夫している。身体状況に応じて、施設内の機械浴での入浴も可能である。  |                   |

| 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 |
| 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  | 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様支援している。   |   |                   |
| 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   | 薬の説明書を利用者のファイルに入れ、職員一人一人が把握出来るよう努めている。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あえる体制作りを心掛けている。                                |   |                   |
| 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                                  | 利用者の希望を優先しながら家事のお手伝い等を依頼している。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、昔よく食べた物をお伺いし、実際に食べに行ったり、提供するなど、楽しみを持っていただけるような支援を行なう。     |   |                   |
| 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 | その日の希望に沿って外出するまでは行かないが、外出の希望がある場合やケアプランに上がっている場合は買い物や散歩にお誘いする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。 | 天候や利用者の状況・希望等に沿って、近隣の公園への散歩やスーパー・ホームセンターでの買い物等に出かけている。季節ごとの花見等、ドライブに出かける機会も設けている。車イス等重度の人もリフト車での対応等利用者の状況に応じた移動に配慮しながら戸外に出かけられるよう努めている。春・秋には遠足を企画し、水族館や動物王国等普段は出かけられないような場所へも家族の協力を得ながら出かけている。個別の外出希望については、居室担当者が中心になって家族の了解も得ながら企画し、個別の外出支援に努めている。 |                   |



| 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 |
| 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   | 買い物に出かけた時はご本人の好きなものを選んでご自身でレジの支払いが出来るよう支援している。ご自身で選べない方は、  |  |                   |
| 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  | 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<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 | トイレの位置は分か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等を行わず、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。 | 2階の1フロアーに、2ユニットが自由に行き来できる状態で位置し、共用の廊下部分も広く開放感がある。各ユニットの入口には、行事などの写真が掲示されている。各ユニット内も、明るくゆったりと清潔感があり、各所に設置した椅子やソファでくつろいで過ごせる環境である。日めくりカレンダーの掲示や対面キッチンでの調理の音や匂い等生活感が感じられる。また、正月飾り・ひな人形・鯉のぼり・七夕飾り・クリスマスツリー等季節ごとの飾りつけを行い、季節感を大切にしている。 |                   |
| 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   | 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。ここの空間としては居室内にそれぞれくつろげる椅子、テレビなど置かれており、自由に居室とリビングを行き来できている。                             |  |                   |

| 自己<br>番号 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------|--|---|--|-------------------|
|          |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 54       | (24) ○居心地よく過ごせる居室の配慮<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 | 使い慣れた家具や寝具を持ち込まれることで馴染みの空間となるよう配慮している。又、カーテンの開閉等も自由にしていただき、過ごしやすい環境を提供するよう心掛けている。 | 居室には、ベッド・クロゼット・棚・洗面台・カーテン・エアコンが備え付けられている。家族の協力を得て、たんす・テーブル・寝具等使い慣れた家具・道具や、時計・人形・写真等好みのものが持ち込まれ、居心地よく暮らせる環境となっている。また、レクリエーションでの塗り絵作品・行事での写真・生きがいデイサービスでの生花等を飾りつけ、その人らしい居室づくりに努めている。 |                   |
| 55       | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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         | トイレや居室に印をつけたり、大きく表示する事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つけるなど安全面に配慮している。    |  |                   |