

### 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   | 2894200076         |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人あいおい福祉会      |            |            |
| 事業所名    | グループホームこすもす倶楽部なばの  |            |            |
| 所在地     | 兵庫県相市市那波野1丁目933-30 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年1月7日          | 評価結果市町村受理日 | 平成29年3月23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29年2月8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)】

日常生活の中で出来る事はできるだけ自身で行っていただくように、またその時に上がった声を汲み上げるように心がけている。ダイバーショナルセラピーを取り入れた個別ケアや、入浴・排泄マニュアル、リスク予測シート、行方不明者捜索マニュアル等のマニュアル整備にも力を入れている。食事面では、栄養士を配置し少しでもバランスの良い献立を作成できるように工夫している。入居者担当制にしているため入居者・ご家族を含めて細やかな対応ができています。また職員教育については定期的な勉強会の実施、新人職員教育、資格取得支援等の人材育成にも取り組んでいる。地域住民とは自治会や有志ボランティアを通して、野菜の収穫や地域の祭礼行事の参加、介護予防教室の実施で交流を深めている。同法人の特別養護老人ホームやデイサービスセンター、事業所内託児所との連携を行い、行事やレクリエーションの実施等も幅広く行っている。

【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)】

日常的に地域住民と交流し菜園での野菜作りにも協力を得ている。自治会の協賛企業となり、地域行事・清掃活動・防災訓練等に参加し、様々な地域ボランティアの定期的な来訪もある。認知症カフェの開催・健康予防体操・訪問販売車の来所等、地域交流・貢献に努めている。家事への参加・リハビリコーナーの設置・散歩や買い物・行事・レクリエーション等、日常生活の中で役割や楽しみを持ちながら、主体的に生活できるように支援している。個別の入浴・排泄マニュアルの作成、プランの定期的な評価により、現状に即した個別支援に取り組んでいる。全職員の意見を集約した定期的な会議の開催・委員会の設置・人事考課制度の導入・研修により、職員の資質向上に努めている。プラン作成時の面談・お便りの発行・行事への招待等により、家族との連携を図り信頼関係の構築に努めている。

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 | 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)           | ○ 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)                     |
| 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) |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<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)                | ○ 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                                       |
| 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)       | ○ 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                                   |
| 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) | ○ 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                 | 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 | 法人理念と地域密着型サービスの運営指針を掲げている。理念の共有については、毎朝申し送りにて唱和を行っている。                       | 「グループホームこすもす倶楽部なばの」として5項目の理念を掲げ、「地域と共に歩み地域の集いの場となるよう創造を続けます」という地域密着型サービスとしての意義を盛り込んでいる。理念を事務所に掲示し、朝の申し送り時の唱和を継続し周知と共有を図っている。重要事項説明書の表紙にも明記し、利用者・家族への周知にも努めている。利用者への支援についてユニット会議等で検討を行う際には、理念に立ち戻って話し合い、理念の実践に取り組みを行っている。  |                   |
| 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 | 地域や近隣の行事に積極的に参加している。また、散歩や外周の清掃時に挨拶を交わすことで地域の方と顔見知りになれるようにして、話しかけやすいようにしている。 | 事業者周りの清掃や散歩の際に、日常的に地域住民と挨拶や会話を交わしている。事業所の畑での野菜作りにも協力を得ている。自治会の協賛企業となり、餅つき・とんど等の地域行事、清掃活動、防災訓練等、利用者の心身の状況に応じて職員と共に参加している。習字・化粧セラピー・歌・演奏など定期的な地域ボランティアの来訪がある。高校生ボランティアのトーンチャイム演奏の来訪を今年度初めて受け、演奏後も利用者と折り紙をするなど交流の機会を持った。認知症カフェの毎月の開催も継続している。カイロプラクティックの2ヶ月に1回の健康予防体操などを取り入れ、地域の高齢者の参加を勧めている。定期的なコープの販売車の来所があり、地域住民も買い物に来訪し交流する機会ができた。近隣の高齢者が買い物に出て来られない時には、事業所から安否確認を行っている。AEDの設置・地域の見守りネットワークへの加入等、地域貢献にも取り組んでいる。 |                   |

| 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                        | 認知症カフェを毎月第3月曜日に開催し、認知症の相談や介護相談を受けている。  | /   |                              |
| 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か月に1回のペースで開催している。運営状況やケア内容や課題、実践報告の場としている。色々な意見を頂き、地域交流や職員教育に取り入れている。                         | 地域包括支援センター職員・市の健康介護課職員・民生委員・近隣施設の職員(保育所園長・障がい者施設長)が参加し、2ヶ月に1回開催している。利用者が会議で参加者にお茶を出したり、また、参加者が事業所内の見学やイベントへの参加の際に利用者と会話や交流し、外部者への意見を表す機会を設けている。家族への参加案内を継続しているが、参加には至っていない。会議では写真やスライドを見てもらいながら、利用者状況や行事・事業所の取り組み等を報告している。第三者評価受審の結果報告も行っている。民生委員から地域で暮らす高齢者の動向についての情報を受け、認知症カフェの運営などに反映している。また、家族への参加を勧める方法を相談し、アドバイスを得て取り組みを検討している。 | 運営推進会議の議事録を家族に公開する取り組みが望まれる。 |
| 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            | 運営推進会議の案内や更新申請時には直接窓口に出向くようにしている。情報交換や運営面での相談もできるように良好な関係を築けている。認知症サポーター養成事業や認知症カフェなどでも連携している。 | 運営推進会議に市職員、地域包括支援センター職員の参加があり、利用者状況や事業所の取り組みを伝え連携している。認知症カフェの開催や、全国の認知症の繋がりを持つイベント(ラン伴)に利用者と共に参加し、市や地域包括支援センターと協力関係が構築されている。事業所運営や利用者について課題や疑問があれば、随時市の担当窓口にご相談し助言・指導を得ている。   |                              |

| 自己 | 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 | 施設内勉強会や施設外研修を通して、身体拘束について理解を深めるようにしている。また、玄関や通用口に施錠はしているが、外出機会を多く設けることや希望があれば開錠できるように対応している。 | 新人研修と施設内勉強会で「身体拘束廃止・虐待防止」について学ぶ機会を持っている。今年度は資料の回覧研修を実施し、周知と理解を深める取り組みを行っている。契約書に身体拘束をしない方針を明示し、契約時に利用者・家族に説明し同意をしている。防犯上玄関は施錠しているが、利用者に外出の意向があれば職員が対応している。また、玄関ホール・ユニット間は自由に行き来でき、リビングや居室から建物外周に自由に出入りできる等、閉塞感を感じないような環境に配慮している。言葉や態度等による拘束についても理解を深めており、抑圧感のない暮らしの支援に努めている。 |                   |
| 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       | 勉強会の実施や日々の支援のなかでも心身ともに不適切なケアに当たらないか職員同士で話し合い注意を払っている。  | 「身体拘束廃止」と同様の方法で、「虐待防止について」も学ぶ機会を設け、今年度は資料回覧研修を行い周知・理解を深める取り組みを行っている。言葉や態度による不適切なケアが行われないように、管理者・リーダーが、また、職員間でも意識向上に努めている。管理者・リーダーは話しやすく相談しやすい職員との関係づくりに努め、また、年2回の面談も実施し、職員の悩みやストレスがケアに影響しないように配慮している。入浴などの際に身体状況に配慮し、虐待が見逃されることがないように注意を払い防止に努めている。                          |                   |
| 8  | (7) | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している   | 権利擁護についての勉強会や資料配布がまだ出来ていない。今後行えるように計画する。   | 今年度は資料の回覧研修を実施し、成年後見制度等権利擁護に関する制度について職員への周知を行っている。現在まで制度を利用した利用者はいない。今後制度の利用の必要な事例があれば、管理者が窓口になり地域包括支援センターや市の担当窓口につなげ、適切に制度活用ができるように支援する仕組みがある。  |                   |

| 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 |
| 9  | (8) | <p>○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</p>     | <p>契約内容についてや契約解除については、出来る限りわかりやすく丁寧に説明するように心掛けている。</p>                            | <p>入居希望者には見学を勧め、パンフレットと料金表を用いて、サービスや料金について概略を説明している。契約時には契約書・重要事項説明書に沿って、質疑応答を交えて説明を行い、文書で同意を得ている。「施設利用にあたってのご協力とお願い」に、入居後のリスクや事業所でできること・できないこと等を明記し説明を加えている。契約に改訂事項が発生した場合は、変更内容を明記した文書で同意を得ている。退去で他施設等へ移行する場合等には、必要な情報提供を行い、契約終了後も円滑に必要なサービス提供が受けられるように支援している。</p>  |                   |
| 10 | (9) | <p>○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</p> | <p>ご利用者やご家族からの要望や苦情については相談受付票を使用し、改善策を講じ、運営者や職員に周知し、よりよいサービス提供ができるように取り組んでいる。</p> | <p>家族の面会時やケアプラン作成時・作成後の面談時に、家族の意見や要望を聴取している。毎月、ユニット毎の「グループホームなばの便り」を家族に郵送して様子を伝え、意見・要望が表しやすいように取り組んでいる。把握した意見や要望は申し送りノートに記載して共有し、ユニット会議やリーダー会議で検討したり、プランに反映する場合もある。また、内容に応じて「相談(苦情)受付票」に記載し、運営者や職員に周知し速やかに反映する仕組みがある。法人で開催される夏祭り・文化祭には家族の参加も多く、家族の意見を聴取する機会となり、また、職員との話しやすい関係づくりの機会ともなっている。家族会の開催も予定している。</p> |                   |

| 自己                          | 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 |
| 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                                      | リーダー会議やユニット会議を月に1回開催し、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。また、法人の幹部会も月に1回開催され、そこでも他部署からの意見を聞く機会を設けている。                | ユニット会議・リーダー会議を毎月1回開催し、管理者も参加して職員の意見や提案を把握している。各委員会での意見・提案もユニット会議で周知している。ユニット会議の前に議題についての意見・提案を書面で提出し、決定した議題を事前に提示し、会議で意見・提案が出しやすく効率的に進行できる仕組みがある。会議に出席できない場合も、事前に書面で意見を提出することができ、議事録は全職員が確認している。人事考課制度を導入し、上位者評価を含めて年2回個人面談を設け、個別に意見を聴く機会も設けている。リーダー会議には統括施設長の参加があり、また、法人の幹部会には管理者が出席し、運営者に職員の意見を伝える機会となっている。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 年二回を目途に自己の振り返りとして情意考課と能力考課を行っている。それを基に個人面談を実施し、次への課題設定を行うように取り組んでいる。                                 |   |                   |
| 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         | 職能級に沿って業務分担や研修を実施している。法人全体で取り組む研修、グループホーム単独の研修等、スキルアップで場を多く展開出来ている。                                  |   |                   |
| 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 | 相生市・上郡町グループホーム連絡会に参加し、ネットワークを広げている。運営面での相談や勉強会や研修会の開催情報等の情報交換の場となり有意義である。                            |   |                   |
| <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           | 事前面接には出来る限り管理者とケアワーカーが同行して、顔見知りの関係を築いておく。入居時にはその職員が受け入れる。また要望があれば入居までに一度見学に案内し、少しでも不安を取り除け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 |
| 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     | 入居前入居後も来訪時には、こちらから話しかけるようにすることで、話しやすい環境を作り、傾聴する姿勢を心がけている。         |   |                   |
| 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 | 相談時には、希望や必要に応じたサービスの情報提供を行う。また、各関係機関とも連携しより良いサービスが提供できるように検討する。   |   |                   |
| 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                 | 職員が家事等の生活の一部を行ってしまうことがないように、利用者様と共に行い、過ごせるように支援している。              |   |                   |
| 19 |      | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている  | 電話やユニット便りで、都度の情報提供や必要物品の依頼、受診や外出の協力依頼し、ご利用者との関係性を良好に保てるように支援している。 |   |                   |
| 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              | 友人などの訪問や一時帰宅など馴染みの関係を保てるように努めている。                                 | 入居時に家族から聴取した馴染みの人や場所についての情報はアセスメント票の生活歴の欄に記載している。入居後の関わりの中で把握した情報については、センター方式の暮らしの情報シート・社会交流の項に記載し共有し支援につなげるように努めている。知人・友人の来訪があれば共有スペースや居室でゆっくり面会できるように支援している。友人に会いに行きたい希望があれば職員が同行し訪問したり、馴染みの理美容院・商店の利用も希望に応じて支援している。近隣であれば一時帰宅や自宅周辺を散歩コースに加えて、馴染みの人との交流が継続できるように支援している。手紙・はがき・電話でも、知人・友人・家族との交流継続を支援している。 |                   |

| 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 |
| 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                | 利用者様同士の関係性を理解した上で、食事や行事やレクの席順や並びを工夫し、それぞれの方が過ごしやすいように配慮している。また職員が間に入り、より良い関係が築けるように支援している。 |   |                   |
| 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 | 退去先への訪問することをご家族に了承を取り、実際に訪問するようにしている。  |   |                   |
| <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                   | 食事のメニューや入浴、就寝時間等出来る限り意向を反映できるように工夫している。  | 入居時に聴取した利用者・家族の思いや意向はアセスメント票に記載し、入居後に把握できた思いや意向はセンター方式の書式を使用して共有を図り支援につなげている。「私の四つのお願い」の書式を使用して、利用者本人で記載できる方には記載してもらい、記載できない方には職員が聞き取りを行い医療等を含めて思いや意向を書面に残している。HDS-Rを定期的実施し、思いや意向が自ら表明できる状態かを客観的に把握している。自ら表すことが困難な利用者については、表情や行動などから把握するように努めている。 |                   |
| 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                    | アセスメントシートにご本人やご家族から知りえた情報を記入し、職員間で情報を共有できるようにしている。   |   |                   |
| 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                                  | 日々の生活の様子を記録に残し、対応方法の申し送りやケース会議で課題や対応策について話しあい現状把握に努めている。                                   |   |                   |

| 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  |
| 26 | (13) | <p>○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</p> | <p>プラン作成の際は、本人、家族の意向も含め、ケアマネジャーと担当職員が中心となり、本人の強みを生かすプランが出来るように努めている。またモニタリングを定期的に行い、課題を再検討している。(現状6ヶ月に1回にとどまっている。)</p> | <p>施設サービス計画書を作成後、全利用者分をファイリングし、職員が計画の内容を把握できるようにしている。計画にもとづいて支援した内容を、生活記録に記録している。計画作成者が1カ月毎にニーズ・課題に応じた実行の確認を行い、6カ月毎に利用者・家族の意見・要望、ニーズの充足度、今後の対応についてモニタリングを行い、計画の見直しを実施し家族に説明し同意を得ている。計画の見直し時には、リスク予測シートで利用者のリスク判定を行い予防策を明示し計画・支援に反映している。</p> | <p>計画の見直し時に再アセスメントを実施することが望まれる。また、計画見直し時に把握した利用者・家族の意向や主治医・看護師など関係者の意見を、一元化して記録に残すことを期待する。</p> |
| 27 |      | <p>○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</p>                        | <p>生活記録や申し送りノート、各チェック表等を活用し、情報を共有しながら、日々の生活支援に取り組んでいる。</p>   |   |  |
| 28 |      | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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</p>               | <p>ご利用者やご家族からの要望があった際には、必要に応じて受診対応をすることや、日用品の購入も個別に対応している。また理美容についても馴染みの場所に行けるように心がけている。</p>                           |   |  |
| 29 |      | <p>○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</p>                         | <p>警察や消防には定期的に挨拶に出向いて協力を依頼している。また、自治会の活動にも参加している。</p>  |   |  |

| 自己 | 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) | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>                                  | <p>ご本人とご家族の希望に応じてかかりつけ医は決めている。また、協力医療機関と連携をとりながら受診対応等行う様になっている。</p>                          | <p>入居時に意向を確認し、利用者・家族が希望する受診支援を行っている。内科・心療内科・歯科の往診がある。週に1回看護師の配置があり、健康管理・医療的支援・リハビリ等を行っている。利用者個別に往診記録・受診記録・看護記録を作成し、対応した職員が記録している。医師・看護師別に、情報連絡ノートを作成し、職員と医師・看護師が情報交換を行い連携を図っている。受診結果や薬の変更等は、必要に応じて家族に迅速に報告している。家族のみで受診同行する場合には、文書で医療機関に情報提供し、受診結果の報告を受けている。</p> |                   |
| 31 |      | <p>○看護職との協働</p> <p>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</p>                          | <p>週に1回2時間ずつ看護師を配置し、医療的な支援やリハビリを実施している。看護師への情報連絡ノートを作成し、助言や指導を行いやすい体制も整えている。</p>             | /   | /                 |
| 32 | (15) | <p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p> | <p>入院時には、介護情報提供書を作成し速やかに届けている。またお見舞いの都度状態確認を行うようにしている。早期退院に向けてケア内容の確認や対応策について事前準備を行っている。</p> | <p>入院時には介護情報提供書を作成し、医療機関に情報提供を行っている。入院中は面会に行き、利用者の不安の軽減に努めると共に、看護師等から状態の把握に努め、早期退院に向け病院関係者と連携している。退院の際には、退院時カンファレンスがあれば参加し、医師や看護師から直接情報収集し、退院後の支援を検討し準備を行っている。退院時には、看護情報提供書などで情報提供を受け、退院後の生活や支援に反映している。</p>   |                   |
| 33 | (16) | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>  | <p>入居契約時に対応指針の説明や終末期の要望をうかがっている。看取りの実績はない。</p>   | <p>重度化・終末期における対応指針を作成し、契約時に説明し、終末期対応についての意向確認を行っている。これまでに看取りの事例はない。今後は、法人内のバックアップ体制や、事業所で出来ること出来ないことを説明し、家族の意向を確認しながら支援に取り組む方針である。</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 |
| 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           | 定期的に緊急時対応の勉強会を開催している。またマニュアルの整備も随時行っている。                               |   |                   |
| 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      | 火災に対しての避難訓練は行っているが、地震や水害に対しての訓練は行えていない。万が一の避難経路等は、運営推進会議等で話し合っている。     | 消防訓練は、年2回(4月・10月)、昼夜想定で利用者も参加して、通報・消火・避難誘導の総合訓練を実施している。水害の想定もあり、水害の避難誘導方法についても周知している。備蓄については、賞味期限を明示したリストを作成し、訓練の際に内容の確認を行っている。地域で実施された訓練には職員が参加し、近隣住民への協力依頼・関係づくりに取り組んでいる。 |                   |
| <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              | 各利用者様の生活歴や性格を職員が把握し、支援するように努めている。また入浴・排泄マニュアルなどを活用し、プライバシーへの配慮も記載している。 | 基本理念の中に「個人個人の生活を大切に主体性を尊重します」を掲げ、毎日の唱和で職員への周知を図り、尊厳やプライバシーの確保に取り組んでいる。管理者層や職員間でも気づきを伝え合い、意識向上に努めている。利用者個々に入浴マニュアル・排泄マニュアルを作成し、その中にプライバシーに配慮した支援を明記しケアの実践に反映している。            |                   |
| 37                               | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 自己決定を尊重し、選択肢のある言葉かけに配慮している。また、ティータイム時はメニュー表をみて、何を飲むか決めてもらえるように取り組んでいる。 |   |                   |
| 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 | 掃除や洗濯、買物等の家事や、レク等、無理強いせず、ご利用者のペースを重視して支援している。                          |   |                   |

| 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 |
| 39 |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                              | 毎日の服装や外出時の身だしなみを自分の好みに合わせて選べるように支援している。また、化粧品についてもこれまで愛用してきた物を用意してもらい、継続して使用できるよう配慮している。定期的にビューティーセラピーを実施している。 |   |                   |
| 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 | 食事の準備から後片付けまで、各利用者様の得意不得意を考慮して、分担して行えるように工夫している。   | 法人施設の管理栄養士の献立を参考に、事業所内の栄養士がユニット毎に2週間単位で献立を立てている。季節感や行事食、利用者の希望を採り入れ、栄養バランスが良いように配慮している。食材は、週3回利用者と一緒に買い物に出かけたり、コープの移動販売を利用して購入している。菜園で収穫した野菜も活用している。下準備・調理・盛り付け・配膳・食器洗い等に、利用者が好みや力量に応じて積極的に参加している。希望者が多い場合は交代で行うようにしている。職員も利用者とテーブルを囲み会話しながら同じ食事をとり、家庭的な雰囲気の中で食事が楽しめるように配慮している。嗜好に応じて代替食の提供も行うようにしている。食事前の口腔体操や毎食後の口腔ケアを行い、食事が長く楽しめるように支援している。日帰り旅行の際に外食を楽しんだり、おせち料理やオードブルを外注したり、希望により個別に外食に出かける等、変化を楽しむ機会も設けている。 |                   |
| 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      | 栄養士に献立を作成してもらい、少しでも栄養バランスの取れた献立を作成している。また、食べた量や飲んだ量を把握することと体重測定を行い、健康管理も行っている。                                 |   |                   |
| 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               | 朝・夕の口腔ケアは出来ているが、個人の生活習慣の事もあり、昼は全員が出来ていない。  |   |                   |

| 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 |
| 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  | 排泄確認表を付けながら、ご利用者の排泄パターンを把握するようにし、失敗する回数を減らせるように取り組んでいる。                             | 利用者個々の排泄マニュアルを作成し、利用者個別の介助方法・排泄用品・配慮について明示し支援に反映している。羞恥心やプライバシーへの配慮も明示している。ユニット毎に排泄チェック表を作成し、個別の排泄パターン・排泄状況を把握し羞恥心等に配慮した誘導・声かけを行い支援している。支援方法、排泄用品の変更が生じた場合には、連絡ノートに記載し情報共有し支援している。排泄用品の変更については、家族に連絡し同意を得るようにしている。 |                   |
| 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                  | 毎日の水分量の確認や運動、毎朝飲むヨーグルトを提供して、便秘の予防に努めている。  |  |                   |
| 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 | 出来る限り、希望日時に入浴できるように配慮している。入浴剤を用意し、好きな物を使用している。                                      | 入浴マニュアルを作成し、個々の利用者に適した介助方法で、利用者の希望に応じた回数入浴できるように支援している。週2回以上、午後入浴を基本としている。入浴は個室で1対1で支援し、利用者個別のシャンプーやソープ・洗面器・足ふきマットを使用している。お湯は毎回入れ換え、入浴剤も希望に応じて使用し楽しめるようにしている。体調により入浴が難しい場合や入浴に強い拒否がある場合には、清拭や足浴で身体の保清ができるようにしている。  |                   |
| 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                   | 日中の活動量を多くするように努めている。また就寝前の空調設定にも注意している。ご家族に使い慣れた寝具を持ち込んで頂き、季節によっては電気敷毛布やこたつを用意している。 |  |                   |

| 自己 | 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 |
| 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  | 各利用者様のファイルに薬情報を綴っており、都度確認できるようにしている。また新処方があった時にはその薬の使用目的や副作用を調べ、申し送る様にしている。症状に変化があれば、Dr.やNsに相談している。 |  |                   |
| 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                             | 各利用者様の生活歴や現在の思いを聞き、家事やレク、個別セラピーの実施に取り組んでいる。   |  |                   |
| 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 | ご利用者の希望があれば家族や職員と外出できるように支援しているが、買物の同行など外出は決まった方になりがちである。   | 周辺の散歩や週3回の食材購入への買い物、地域行事への参加等、外出の機会を多く持てるように支援している。花見やアジサイ見学など季節の外出は行事として企画し、ユニット毎に外出している。日帰り旅行も年1回企画し、姫路へ電車で行ったこともある。誕生日に外食する等、希望があれば個別の外出支援の機会を担当職員が企画し支援している。 |                   |
| 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、お金の所持したり使えるように支援している                             | ご利用者の希望でお金を持ちたい方には、叶えられるようにしている。買物同行の際に、好きな物を買って頂く事もある。入居契約時に金銭管理について、ご家族にも説明している。                  |  |                   |
| 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  | ご利用者の希望に応じて、電話や携帯電話の使用もできる。手紙については、暑中見舞いや年賀状を利用したり、ご家族から近況報告が届いたりしている。                              |  |                   |

| 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 |
| 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 | 季節に応じた花や装飾品を設置している。また、テレビの配置や本棚の配置、レク用品の展示の方法についても、ご利用者が選びやすいように、手に取りやすいようにしている。    | 明るく広い共有空間は木彫で温かみがあり、テーブル席とソファを設置し思い思いの場所で過ごせるようにしている。リハビリコーナーを設け、日常的・日発的にリハビリが楽しくできるように工夫している。季節や行事を意識した壁面飾り等を、利用者と共に考えて作成し室内飾りを行っている。ユニット間の玄関ホールにソファを置き、一人や気の合う人同士で過ごすスペースとなっている。椅子やソファ・テーブルは利用者が自立して動きやすい高さや配置の工夫も行っている。 |                   |
| 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  | 廊下に小さなソファを設置したり、玄関先に椅子を置いて、少しでも気分転換できる場所を設けている。時には気の合ったメンバーで外出したり、個別セラピーを実施したりしている。 |  |                   |
| 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  | 居室には出来るだけ馴染みのある家具や小物類、写真等を持ち込んで頂いている。また、居室前にメモリーボックスを設置している。                        | 家族の協力を得て、利用者が使い慣れた家具や、思い出のある調度品・写真等を持ち込み、落ち着いて過ごすことができる空間づくりを行っている。居室前にはメモリーボックスを設置し、部屋間違を防止している。各居室から建物周囲に出て、外気に触れることができるような環境になっている。ベランダでプランター菜園している利用者もある。  |                   |
| 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   | 廊下やトイレや浴室等に手摺りを設置したり、必要な方には介助バーのついたベット柵を取り付けて、転倒リスクの軽減に努めている。                       |  |                   |