

### 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   | 2870902174 |            |           |
| 法人名     | 医療法人社団 博心会 |            |           |
| 事業所名    | アネシス西宮     |            |           |
| 所在地     | 西宮市柳本町8番7号 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和1年9月10日  | 評価結果市町村受理日 | 令和2年3月26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 | 令和1年9月18日            |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

認知症ケア・残存機能を生かしたケアに特に力を入れており、日々の生活をしっかりと送って頂く事を第一に考えています。他の施設よりは派手なレクリエーションは少ないですが、これも日々のケアにしっかりと取り組んでいるからです。衣・食・住と人間がより良く生活していく為に当たり前に行っている事を大切にしています。毎日三食全てを認知症の方々と共に作るだけでも相当な労力です。こういった施設に入所する前や認知症が発症する前に当たり前に行ってきた生活を施設に入所以降も当たり前に来るのが私達の施設の強みです。

【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)】

近隣にスーパー・店舗・公園・神社等がある住宅地にあり、生活に便利な立地である。共用空間は、明るく清潔感があり、木調で落ち着いた生活環境である。本人視点でのアセスメントシートを活用し、職員のアセスメントを集約して介護計画を更新し、その人らしさを大切にしたい個別支援に取り組んでいる。手作りの食事提供を継続し、パン作りの日を設けたり、行事食やおやつ作り等、食を楽しめる機会作りに努めている。調理・後片付け・掃除・洗濯等の家事参加を活用した生活リハビリや、利用者個々の趣味や好みに応じたレクリエーション活動を通して、自立支援や機能の維持向上に取り組んでいる。

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、安心して暮らせている<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                 | 第三者 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |   |
|--------------------|-----|---|---|--|---|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<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                      | 法人が変わって以降まだ明確な理念がない為唱和を行えていない。  | 法人の変更後、法人の理念・基本方針の内容の見直しを検討している。   | 新たな理念・基本方針に、地域密着型サービスの意義を明示し、職員の共有と、実践に向けて具体的に取り組まれることが望まれます。 |
| 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                      | 地域会議には参加しており。自治会の方や民生の方等と地域の問題について話す機会を設けている。   | 散歩・買い物・理美容・喫茶などで、利用者が地域に出かける機会を設けている。音楽療法、ピアノ・ウクレレ演奏等ボランティアや、トライやるウィークの中学生等、地域からの来訪がある。「大社地区ネットワーク会議」に参加し、自治会や民生委員等と共に地域の課題解決に向け取り組んでいる。   |   |
| 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                    | トライやるウィークの受け入れ時や、見学案内時の説明において、認知症の支援について説明する時間を設けている。またパンフレットには介護の相談窓口として管理者・ケアマネジャーの名前を明記している。 |  |   |
| 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ヶ月毎に実施している。活動報告として施設行事(外出行事も)や実施した委員会や研修などを紹介する。民生委員から地域行事の案内を貰い、参加に繋げている。                     | 家族代表(輪番制)・地域住民・市職員・知見者等を構成メンバーとし、2ヶ月に1回開催している。利用者の状況、行事・研修等事業所の取組みを報告し、参加者と意見・情報交換を行っている。「身体拘束廃止について」「看取り介護について」等、事業所の方針を説明することもある。市の講演会やイベントについての情報や他事業所の取組み等を、運営やサービスに活かせるよう取り組んでいる。議事録は、ファイルを玄関に設置して公開している。 |   |

グループホームアネシス西宮

| 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                                      |
| 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                   | 市の担当者と直接または電話による相談を行っている。   | 運営推進会議に市職員の参加があり、事業所の状況や取り組みを伝え連携を図っている。西宮市グループホーム連絡会や大社地域ネットワーク会議への参加を通して、市との連携がある。福祉的支援を要する利用者に、市のケースワーカーと連携して支援している。課題や相談があれば、市の担当窓口や電話等で助言を受けている。  |  |
| 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 | フロア出入り口・エレベーター・居室サッシ等全て施錠しておらず。スピーチロックを含む身体拘束の完全廃止を目指し、研修にも力を入れている。                   | 重要事項説明書に「身体拘束廃止について」の方針を明示し、契約時に利用者・家族に説明し、身体拘束をしないケアを実践している。方針を運営推進会議でも説明し、身体拘束について研修の実施を報告している。エレベーターの使用は自由で、フロアのドア・玄関は施錠しない時間帯を設け、利用者が閉塞感を感じないように取り組んでいる。   | 研修計画・実施記録・受講アンケート・資料のファイリングの整備が望まれます。                  |
| 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        | 介護手順チェックリストに掲載し、全職員に周知を図っている。虐待防止委員会を設置し、介護放棄に繋がる環境整備の不備やケアプラン内容の未実施等、細かな視点で注意を払っている。 | 重要事項説明書に「虐待防止について」の取り組みを明示し、運営推進会議で虐待防止についての研修実施を報告している。「介護手順チェックリスト」による周知、虐待防止委員会での検討等、防止に向けて取り組んでいる。支援困難事例については、支援方法をカンファレンスや共有シートで共有・検討し、また、ストレスチェックの実施・リフレッシュ休暇取得促進等、職員のストレスがケアに影響しないように取り組んでいる。 | 虐待防止委員会の議事録の整備と、職員への周知が望まれます。                          |
| 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    | 成年後見人制度利用中の入居者については、その入居者の担当職員が必要時の連絡等を行い、ケアマネジャーがフォローする体制を取っている。                     | 権利擁護に関する制度についての理解は、職員により個人差があると認識している。成年後見制度を活用している利用者が1名あり、市の担当者とも協働して制度利用を支援している。今後制度利用の必要性や家族等から相談があれば、ホーム長やケアマネジャーが窓口となって支援する体制がある。  | 職員が、権利擁護に関する制度について一定の理解を持ち支援に活用できるよう、学ぶ機会を設けることが望まれます。 |

グループホームアネシス西宮

| 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 |
| 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                    | 見学時にケアマネジャー・管理者から説明している。改定の際には覚え書き等、書面を作成し具体的に説明を行う。                         | 契約前の見学時に、パンフレット・料金案内等で概略を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って説明を行い同意を得ている。特に、自由な生活とリスク、退居要件と退居時の援助については具体的に説明している。契約書の内容を改定する時は、案内・覚書での同意等、内容に応じて適切に対応している。  |      |                   |
| 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                | エントランスにご意見箱を設置。家族来訪時には、職員から近況報告を行うことを徹底しており、ケアプラン更新の説明時と併せて家族からの意見聴取の場としている。 | 家族の来訪時に近況を伝え、家族の意見・要望の把握に努めている。把握した内容は「ケアシート」に記録して間で共有し支援に活かしている。介護計画更新時には、利用者・家族の意見・要望を聴き、介護計画に反映している。意見箱の設置、家族会の開催、ブログで生活の様子を伝える等、意見・要望が表しやすいように取り組んでいる。   |      |                   |
| 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                                 | 申し送り(ショートカンファレンス)を毎日行いその場に管理者やケアマネも可能な限り参加。その場にて様々な事柄について話し合いを持っている。         | 毎日ショートカンファレンスを行い、利用者の状況やケア・業務などについて検討し、管理者やケアマネジャーも可能な限り参加し、内容の把握に努めている。検討し決定した内容は、ユニットごとの「業務シート」、利用者毎の「メディカル・ケアシート」に記録し職員間で共有している。管理者が年2回人事考課の面談を行い、個別に意見を聴く機会も設けている。管理者は法人会議に出席し、職員の意見等を代表者に伝える仕組みがある。 |      |                   |
| 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 | 人材育成としてステップアップ面談、資格取得のバックアップ、退職金制度の整備など法人主体で行っている。法人全体への要望は、月1回の法人会議にて検討される。 |  |      |                   |

| 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 |
| 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         | 年間研修計画を立て、計画的に実施している。<br>職員は参加だけでなく、講師を務めることで意識を高めている。   |      |                   |
| 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 | 大社地区ネットワーク会議や他施設運営会議に積極的に参加することで、他事業所や地域との関係性を密にし質向上できる体制を取っている。                                 |      |                   |
| <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           | 面接時情報や「私の暮らし方シート」等を利用し、意見や要望を収集している。また入居前にGH共用型デイサービス利用の機会を作り、環境に慣れてもらいつつ、本人が不安なことを見極める機会を作っている。 |      |                   |
| 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                      | 緊急性が高いケースであれば空室のある他事業所や、法人内の大型施設等を紹介している。担当のケアマネジャーとも連絡を取り合い、その時に最適なサービスが受けられるように支援している。         |      |                   |
| 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                  | 調理や掃除、洗濯等において、個々の自信を持って行える作業を見出し、時には職員が教えてもらう形を取っている。家事だけでなく、歌の会や書道教室等、得意な分野を役割として生活の中に取り入れている。  |      |                   |
| 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                                  | 調理や掃除、洗濯等を共にしていただく事により、共に生活を送る仲間となれる様に意識して取り組んでいる。   |      |                   |
| 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                   | 家族として協力が得られること、もしくは家族が望む形での関わりをサービスとしてケアプランに取り入れている。実際のケアについて、これまでの方法を家族から聞き取るようにしている。           |      |                   |

| 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 |
| 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                    | これまで利用してきたサービス(美容院)等を利用できる様に留意している。  | 入居時に家族記入の「私の歴史と暮らし方シート」から、生活歴の把握に努めている。入居後に把握した内容は、「介護記録」に記録している。家族・友人・知人等の訪問時には、共用空間や居室でゆっくり過ごせるように配慮し関係継続を支援している。日常の外出で、スーパー・ドラッグストア・理美容院など馴染みの店を利用できるように支援している。デイサービスを訪問し、馴染みの人と出会う機会も設けている。 |                   |
| 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                | トラブルを招くからと言って過度に引き離すことはしないが、外出時の組み合わせや、個別ケアの企画において、どのような顔ぶれで実施するかを考えている。食事の席は定期的に見直し、人間関係に柔軟に対応出来るようにしている。     |   |                   |
| 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 | 退去後もボランティアに来て頂きクリスマス会での演奏などもして頂いている。   |   |                   |
| <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                        | 独自のアセスメントシートを活用し、本人の視点で生活の意向を汲み取るように努めている。アセスメントシートについてはケアプランの研修時に説明し、改めて要望を聞くだけでなく、日頃の関わりの中での言動に目を向けるようにしている。 | 入居時に把握した思いや意向は「面談シート」に、入居後の日々の会話の中などで把握した内容は「介護記録」に記録して共有に努めている。介護計画見直し時には、複数の職員が本人の視点で記入する「アセスメントシート」を集約して想定した思いや意向を、介護計画に反映するよう取り組んでいる。把握が困難な場合は、表情や言動から推察したり、家族からの情報や以前の情報をもとに把握に努めている。      |                   |

グループホームアネシス西宮

| 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 |
| 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                                       | 入居時に家族等、本人の近親者に「私の暮らし方シート」を記入してもらい、これまでの生活の把握に努め、ケアに繋げている。入居後も家族に声を掛け、情報収集を継続している。                        |   |                   |
| 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   | 個々の能力やこれまでの生活習慣、意欲や関心のあり方に配慮し、「出来ること」を見極めて家事や作業に取り組んでもらっている。具体的な内容はケアプランに取り入れている。                         |   |                   |
| 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 | 独自のアセスメントシートを活用し、本人の視点で生活の意向を汲み取るように努めている。数名分のアセスメントシートを回収した後、計画作成担当者とケア担当者と話し合いを持ち、その後カンファレンス、と段階を踏んでいる。 | 「面接シート」「私の歴史と暮らし方シート」等をもとに初回の介護計画を作成し、その後は利用者の状況に応じて3～6ヶ月毎に見直している。日々の記録を「サービス管理表」「介護記録」に、介護計画にもとづく実施状況を「モニタリングシート」に記録している。介護計画の見直し時には、利用者・家族の意向を確認し、「モニタリングシート」「アセスメントシート」をもとにカンファレンスを開催し、評価を次の介護計画に反映している。 |                   |
| 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                        | 出勤職員の中でその日の入居者担当を決定し、観察や対応、ケアプランの実施、介護記録の記入までを中心となって行うようにしている。担当者が明確になることで気づきが多く生まれ、介護計画の見直しにも反映しやすい。     |   |                   |
| 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               | 以前行っていた様なパチンコ店に行ったりは、出来ていないがその時々で食べたいもの等のニーズには出来るだけ応える様にしている。   |   |                   |
| 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                         | よく取り組んでいるとは言えない。  |   |                   |

| 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 |
| 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</p>                                 | <p>それぞれの主治医による往診や受診時の情報提供、相互間の連絡調整などを行っている。</p>  | <p>契約時に利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った受診支援を行っている。定期的な内科、随時の歯科・皮膚科・精神科の往診を受けられる体制がある。緊急時等以外の通院は基本的には家族が行うこととし、受診時の情報提供を行っている。往診内容は「往診記録」と「メディカルシート」に記録し、職員間で共有している。週1回法人内の看護師の訪問があり、健康管理と主治医との医療連携を行っている。看護師の訪問内容は「介護記録」に記載し、情報共有している。</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1回の看護師の訪問時に入居者の状態についての報告を行い、必要な情報(介護記録・事故報告書等)を提供している。看護師に判断してもらいたい事柄については事前に各担当者が整理し、当日の出勤職員に引き継いでいる。</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>入院時は定期的な訪問を行い、家族とも密に連絡を取ることでタイムリーな情報収集に努めている。また治療の内容に加えて、生活全般からの情報が得られるように、医療・看護職だけでなくMSWから多くの聞き取りを行っている。退院時の院内カンファレンスに参加することもある。</p> | <p>入院時には職員が同行し、口頭と「救急シート」で医療機関に情報提供している。入院中は家族と連携をとりながら、管理者やケアマネジャーが面会に行き、医師・看護師・MSWから治療やリハビリの進捗状況等について情報提供を受け、早期退院に向け支援している。入院中の情報は介護記録に記録して、職員間で共有している。開催があれば退院前カンファレンスに参加し、退院時には「看護サマリー」の提供を受けて、介護計画の見直し等に活かしている。</p>       |                   |

グループホームアネシス西宮

| 自己                               | 第三者  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |   |
|----------------------------------|------|--|---|--|---|
|                                  |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 33                               | (16) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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 | ホームでの生活の継続が困難になることが想定される場合は、早期に家族との話し合いを持ち、医療機関や大型施設等次の受け入れ先を調整。家族が納得して受け入れられるように、少しずつ段階を踏んで説明している。 | 契約時に、重度化・終末期に向けた事業所の方針を説明し、同意を得ている。重要事項説明書にも退居基準を明記している。常時の車椅子の使用等、ホームでの生活が困難になることが想定される場合は、早い時期から家族と話し合いを重ね、法人内のバックアップ体制も説明しながら、現状に適した環境への円滑な住み替えを支援している。               |   |
| 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   | 入職後独り立ちをする前にマニュアルの読み合わせを行い教育している。また管理者より必要と感じた職員に個別でレクチャーを行っている。                                    | /  | /   |
| 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   | 年2回の火災・地震等を想定した避難訓練を利用者・職員全員にて行い、動きを体得するように努めている。<br>地域との協力体制については今後の課題。                            | 今年度は6月に、デイサービスと合同で、昼間想定避難訓練を、利用者も参加して実施している。年度内に、夜間想定訓練を、事業所単独で実施する予定である。備蓄担当者を設け、水・非常用食料・カセットコンロ等を備蓄している。   | 訓練ファイルを整備し、実施報告書の回覧等により、参加できなかった職員にも、避難誘導方法や避難経路を周知する仕組み作りが望まれます。また、災害に備え、地域との協力体制の構築に取り組まれることが望まれます。 |
| <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   | 虐待防止委員会を設置し、不適切なケアへの気付きと注意喚起を行っている。また無自覚からの不適切発言を防止するためにも互いに声掛けしやすい環境作りに努める。                        | 「接遇」研修の中で、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について意識向上に努めている。気になる言葉かけや対応があれば、職員間でも注意し合える環境作りに努めている。個人ファイル等の個人情報、事務所内の施錠できるキャビネットに保管し、利用者の写真や映像使用・居室前プレート・面会者の制限等については、入居時に書面で意向を確認している。 |   |

グループホームアネシス西宮

| 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 |
| 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                      | 自分の希望を伝えられない入居者については日頃の言動や表情、しぐさ等を観察し、思いの表れとしてとらえ、それを定期的のアセスメントに反映させる材料とする。                               |  |                   |
| 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  | 職員側の都合を優先させることはせず、無意識にそのような言動が見られた際には相互に指摘や助言が出来る風土がある。起床・就寝・食事等の時間は決めておらず、その人のこれまでの生活習慣を考慮して支援している。      |  |                   |
| 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                                   | 洗濯や更衣介助の都合だけで衣類を選ぶことはせず、その人が着たいものやこれまで着ていた馴染みのものを多く持ち込んでもらっている。化粧や整髪をその人らしいサービスとしてケアプランにも取り入れている。         |  |                   |
| 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 | 買物・調理・後片付けと全ての行程を入居者で行っている。調理の下ごしらえについては素材によって入居者によって得意とするものがあり、それぞれ担当として役割になっている。                        | 献立と食材の搬入を受け、各ユニットで調理した手作りの食事を提供している。利用者の得意を活かしながら、野菜のカット・盛り付け・テーブルセット・食器洗い等、役割を分担して参加できるように支援している。調理参加が日課として行われ、マイエプロンを着用して参加する利用者も多い。毎月出前の日やパン作りの日を設けたり、行事食(流しそうめん・夏祭り・クリスマス会)や、おはぎ等のおやつ作り等、食を楽しめる機会作りに努めている。 |                   |
| 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           | 健康管理上、水分摂取量は1500cc/一日以上を目安とし、ゼリーなどを活用したりすることで、8割以上の入居者が達成出来ている。食事については食べたいものを食べに出掛けたり、席を工夫するなど環境作りにも配慮する。 |  |                   |

グループホームアネシス西宮

| 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 |
| 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                       | 毎食後の口腔ケアは声掛けもしくは支援する。訪問歯科医の指導を受けつつ、就寝前に時間をかけて6割程度の入居者の口腔ケアを行っている。                              |  |                   |
| 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       | 排泄介助のタイミングは個別に設定しており、一律同時刻に対応することはない。必要な範囲の介助に留め(トイレの場所を教える、使用後に水を流す等)、自身で行えることを減らさないように努めている。 | 排泄について自立している利用者も多く、「ケアサービス管理表」に排泄状況を可能な限り記録し、必要に応じて、個別の声かけ・誘導、また、出来ることを減らさない自立支援に努めている。支援困難な事例については、経過をケアシートに記録して情報共有し、カンファレンスで検討して、現状に即した介助や排泄用品の検討を行っている。声かけ・誘導時の配慮、待機時の立ち位置など、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。 |                   |
| 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                       | 水分摂取量の確保を前提に、階段昇降等の腸の働きを促進する運動を生活に取り入れ、薬に頼らない便秘予防に努めている。また、食物繊維の摂取目的で海藻のアガーを使用している。            |  |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 入居者の希望を全面的に取り入れるには至っていない。排便があったタイミングや、予め決めた曜日の中で本人が入りたいと感じた時に案内するように努めている。                     | 週2回を基本とし、個浴で、可能な限り利用者の希望に沿った時間帯で入浴できるように支援している。声かけ・タイミングの工夫、職員の交代など、無理強いせず、気持ちよく入浴できるように個別の配慮を行っている。また、ミカンの皮や入浴剤の使用等、入浴を楽しむことができるようにも配慮している。   |                   |
| 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                        | 日中の活動量やこれまでの生活リズムを考慮し、就寝時間は個別に設定している。無理に寝かせたり起こしたりすることはせず、夜間覚醒していれば事務所で職員と一緒に過ごす等の工夫をしている。     |  |                   |

グループホームアネシス西宮

| 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                     |
| 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   | ケア担当者が個々の服薬内容を更新し、常に全職員が目を通すようにしている。介護職であっても最低限の知識は必要と考え、今後年間研修に落とし込んでいく。               |  |                                       |
| 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                                  | 一人ひとり個別の楽しみの時間を作るようにしている。歌がお好きな方には歌会を催したり、おはぎ作りが得意な方はふるまえる機会を盛り込んだりと、他者とも関わられるような支援を行う。 |  |                                       |
| 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 | 施設内・外に外出していない日数をカウントしており、外出実態の把握に努め機会を増やすように努力している。                                     | 近隣にスーパー・ドラッグストア・公園・神社等がある住宅地にあり、日常的な外出に便利な環境である。天候や利用者の希望に応じて、近隣への散歩や買い物に出かけられるよう支援している。外出状況を「ケアサービス管理表」に記録して把握し、週1回以上、戸外へ外出できるよう支援している。初詣・花見等、季節の外出の機会も設けている。 | 今後も、家族の協力も得ながら、季節の外出や外出行事の機会作りを期待します。 |
| 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                                  | 常に所持している入居者は1名のみだが、買い物時に職員が財布を預け、レジでの支払いを入居者に行ってもらうことがある。                               |  |                                       |
| 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   | 契約時にご家族やお孫様等、連絡を取りたいと思われる方には、可能な限り協力依頼を行い協力頂いている。                                       |  |                                       |

グループホームアネシス西宮

| 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 | 洗濯機置き場の一部が脱衣スペースになっている為、家具調のパーテーションを設置し、目隠しにしている。2Fのテラスでは季節に応じた花や野菜等を育て、水やりを日課にしている入居者もいる。 | 共用空間は明るく清潔感があり、木調で落ち着いた生活環境である。キッチンがあり、調理の匂いや音を感じ家庭的な雰囲気が感じられる。利用者の多くは、編み物・塗り絵・ドリル・パズルや、家事に参加しながら、日中を共用空間で過ごしている。各ユニットでテーブル・椅子・ソファ・テレビ等の配置を工夫し、利用者が思い思いの場所で快適に過ごせるように配慮している。              |                   |
| 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  | 共用場所にはテーブル、イスまたソファなど適切に配置し、その方の心身状況により選択できる環境を提供できるよう工夫している。                               |   |                   |
| 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  | 本人の書や画、好きな猫グッズ、家族の写真、テレビゲーム等、本人に馴染みのあるものが置かれている。レイアウトについてはケア担当者が中心になって家族と相談しつつ行っている。       | 居室にはベッド・洗面台・エアコンが設置されている。たんす・ソファ・テーブル・テレビ等使い慣れた家具や電化製品、家族の写真・ぬいぐるみ・本人の画や書の作品・ピアノ等好みのものを置いて、居心地よく過ごせるよう支援している。利用者のケア担当者が中心となり、家族の意見を聴きながら環境整備やレイアウトを行っている。また生活習慣や要望に応じて、畳と布団で対応することも可能である。 |                   |
| 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   | 食事の席には名札を貼り、自分で場所を探せるようにしている。動線上には可能な限り物を配置せず、座っていない椅子は随時職員がテーブルの中へ入れている。                  |   |                   |