

### 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   | 2870902273   |            |            |
| 法人名     | 医療法人社団平生会    |            |            |
| 事業所名    | グループホームみどりの風 |            |            |
| 所在地     | 西宮市大畑町2番13号  |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年3月8日    | 評価結果市町村受理日 | 平成30年4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30年3月24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)】

交通の便の良い閑静な住宅街の一角にホームがあり、家族様の訪問しやすい雰囲気作りと、入居者の皆様が楽しく笑顔で暮らせること、ご本人の希望を叶えられる、それと共に安全な生活を提供できるようバリアフリーを取り入れています。職員の定職率も良く、顔なじみの関係が構築できていることも大きな特色だと思います。また、健康管理の面では1日2回のバイタル測定を行ない、体調変化の早期発見に努めています。医療との連携で人工透析の方が入居可能なホームとしているのも大きな特色です。地域との関係性も良好で地域のイベント参加を相互間で行う交流もあります。

#### 【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)】

閑静な住宅街に立地し、明るく清潔感があり、生花や制作などで季節感を大切にしている。併設のデイサービスとの合同行事・ボランティアの来訪・老人会との交流・実習生との外出等、地域との交流や楽しみ事が継続できるように支援している。家族と一緒に過ごせる、ホーム内の行事や花見と外食を兼ねた外出行事も継続している。利用者の希望や季節を採り入れたホーム食や行事食、誕生会、おやつ作り等、食事が楽しめる支援に注力している。医療機関が運営母体であり、地域の医療機関とも連携がとれ、日々の健康管理・緊急時対応・人工透析への対応も可能であり、希望があれば看取り介護も行っている。

#### 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<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)     | <input type="radio"/> 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)   | <input type="radio"/> 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)           | <input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 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)                 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | <input type="radio"/> 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)                                      | <input type="radio"/> 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)                | <input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 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)       | <input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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   | ホームの理念を共有し実践につなげている。家庭的な雰囲気づくりを実践し利用者に寄り添いながらもその人の生活リズムを尊重しています。  | 事業所の理念を具体的な6項目に、それを基に基本方針を明文化している。理念・基本方針に地域密着型サービスの意義・役割を明示している。理念を玄関に掲示し、職員・家族等の来訪者にも共有を図っている。職員の定着が良く、職員への理念の共有・浸透は継続されている。利用者の生活歴を尊重した支援方法を話し合い、過介護にならないよう配慮しながら、利用者中心・その人らしさを介護計画に採り入れる等、理念の実践に取り組んでいる。                                     |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している   | 積極的に地域の方と交流を持ち地域の中の一員として交流している。老人会クラブとのカラオケ交流をホーム内で行い気軽に立ち寄っていただける環境が出来ている。地域の自治会会員として全員加入している。年2回の清掃活動に参加。年2回ホームの行事に地域の方も参加されています。 | 地域の自治会に加入している。買い物・喫茶等、地域への外出は個別に支援している。老人会とのカラオケ交流や、七夕・クリスマス等行事時に地域住民を招待し、地域との交流継続に取り組んでいる。音楽演奏・ビューティーケア等のボランティアの来訪があり、利用者の楽しみとなっている。デイサービスの行事にも参加し、地域の方と交流する機会もある。地域の清掃活動への参加、トライやるウィーク・大学の実習生の受け入れ、また、認知症ケアの専門性を活かして介護相談を行う等地域で必要とされる役割を担っている。 |                   |
| 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 | 地域交流や運営推進会議を通して認知症の人への理解や支援の方法を伝えている。   |  |                   |

| 自己<br>者<br>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                                  |
| 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        | 運営推進会議での意見は議事報告として残すと共に、そこで得た意見はサービス向上に反映させている。又、運営推進会議の開催をお便りで家族様へ伝えている。議事録は、家族訪問時に閲覧できるようにしている。 | 家族代表・地域代表(民生委員)・市職員・知見者(他事業所職員)等を構成メンバーとして、2ヶ月に1回開催している。開催フロアの利用者が同席する事もある。会議では、「行事表」「風のたより」を資料として配布し、利用者の状況・事業所の取り組み等を報告し、参加者から意見・提案・情報等を得ている。他事業所の取り組みや、地域の動向についての情報を得る等、そこでの情報をサービス向上に活かしている。家族に毎月郵送する「お手紙」で運営推進会議の開催日程について案内し、参加を勧めている。議事録は玄関に設置して公開している。 | 議事録に質疑応答の内容や参加者からの意見・提案・情報等を記載し、記録に残すと共に公開ことが望まれる。 |
| 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                   | 事業所のケアサービスの取り組みを伝えたり、市町村担当との連絡はこまめに取り合っており情報交換をする事で協力関係を築いている。                                    | 運営推進会議に市職員の参加があり、利用者の状況や事業所の取り組み等を伝え、市からも情報や助言を得ている。グループホーム連絡協議会に参加し、議題によっては市職員の参加もあり、情報交換を行っている。認知症サポーター養成講座開催に関して、市と連携を図っている。課題や質問があった場合は市の担当窓口にご相談して助言を受け、また、市からの問い合わせに意見・提案を行う等、協力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 | 「介指指定基準～」について勉強会を行なう事で各職員の理解を深めている。ホームの基本は身体拘束はしないというケアを継続して取り組んでいる。                              | 「身体拘束廃止」マニュアルを整備するとともに、資料回覧研修により学ぶ機会を設けている。日々の支援の中で拘束につながりそうな言葉かけ等があれば、その都度管理者や職員同士で注意を促している。止むを得ず拘束を行う場合は、家族に説明し同意を得ている。カンファレンスで解除に向けての検討を行っており、今後は、必要な書式に沿って記録等を残す計画である。玄関は短時間施錠を行うことがあるが、見守りに留意して基本的には開錠し、自由な暮らしが継続できるよう支援している。                            |  |

| 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 |
| 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     | 高齢者虐待防止法について勉強会を行なう事で職員の知識向上に結びつけ日々意識を持ち業務についている。又、常に職員同士で話し合い注意を払って行動しています。  | 「身体拘束廃止」と同様に、「虐待防止」についても資料回覧研修により学ぶ機会を設けている。気になる言葉かけや対応があれば、管理者から注意を促し意識向上に努めている。対応困難な事例があれば、朝のミーティング等で認知症への理解を深め対応についての留意点などを共有し、不適切ケアの防止に取り組んでいる。また、入浴時や更衣時には身体状況に留意し、虐待が見逃されることの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 | 研修の機会を作り、学ぶことを行なうと共に必要に応じて話し合い活用できる様支援している。                                   | 「権利擁護に関する制度」についても資料回覧研修により学ぶ機会を設けている。現在、入居前から制度を活用している利用者があり、入居後も継続し、定期的に金銭管理・身体状況の報告等で協力・支援を行っている。今後、利用が必要な事例があれば、ホーム長が関係機関と連携して支援する仕組みがある。   |                   |
| 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                      | 見学の時から契約に至るまで、または改定時には、ご家族が理解され安心されるまで、説明している。又、疑問点には分かりやすい説明を心がけ理解・納得を図っている。 | 見学前に必ず家族等に見学を依頼し、パンフレット・料金表を用いて、サービス内容の概略等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・同意書に沿って、疑問点を尋ねながら理解・納得が得られるよう説明している。費用面については、介護度別にシミュレーションし、立て替え払い対応等についても詳細に説明している。契約書の内容改定時には、家族会で説明し、根拠を明確にした文書で同意を得ている。契約終了時には、情報提供等を行い円滑に移行できるよう支援している。 |                   |

| 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                | ホーム内に「皆様の声」という箱を設置すると共に利用者及び家族の意見を傾聴する姿勢を常に持つようにしている。家族より直接意見をいただけることがあり即サービスにつなげている。              | 玄関に、「皆様の声」という名称で意見箱を設置し意見等が入りやすいよう工夫している。家族の来訪時には意見箱の設置案内や、利用者の近況報告を行い、意見・要望等の把握に努めている。毎月発行する「風のたより」と共に、利用者の日々の様子を記載した「ケース記録」、ホーム長からの「お便り」のコメントを送り、家族が意見・要望を表しやすいように取り組んでいる。七夕やクリスマス会等に家族を招待し、職員も同席し、家族や利用者から意見・要望の把握に努めている。出された意見・要望等は、「引き継ぎノート」や「業務日誌」に記載して共有し、速やかな対応に努め、内容に応じて介護計画に反映している。 |                   |
| 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                                 | 職員が意見、提案しやすい様な雰囲気作りを行なっている。また毎朝のミーティングでも意見・提案する場があり、運営に反映させている。                                    | 日常的に、ホーム長は意見・提案を出しやすい職場環境づくりに努め、随時個別に面談する機会も設けている。フロアごとのカンファレンス・合同で行う職員会議や、毎朝のミーティングで、職員が意見・提案を出し合い、ホーム長も同席して意見・提案等の把握に努めている。出された提案等は、「引継ぎノート」に記載し共有を図りながら、支援や運営に反映させている。必要に応じて、ホーム長から職員の意見・提案を理事長に伝えている。業務分担の見直し・物品の購入等、職員からの意見・提案を反映している。   |                   |
| 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 | 職場環境、条件の整備に配慮すると共に各自が向上心を持って働けるように要望等への取り組みに努めている。、やりがいを持って働けるよう個々の得意な事(調理・レク等)を引き出し、発揮できる場を設けている。 |   |                   |

| 自己<br>者<br>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 |
| 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         | 職員に積極的に研修に参加する機会を与えている。又、個々の力量、能力を把握した上で助言している。  |      |                   |
| 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 | グループホーム連絡会に参加しネットワークを通じて同業者との交流を深めると共に情報交換を行い各種勉強会などで、サービスの向上に反映している。                    |      |                   |
| <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           | 初期の面談の時から本人の希望や家族の要望をお聞きし、ケアプラン作成時にも意見を積極的に取り入れたものとしている。                                 |      |                   |
| 16                          | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                      | ご家族の背景を理解しながら、要望をお聞きしサービスに対する不安を解消し、信頼関係が築けるよう努めている。                                     |      |                   |
| 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                  | 本人・家族の要望を聞き、何を望んでいるのかを見極めた対応を行い、。短期目標、長期目標を設定した対応に努めている。                                 |      |                   |
| 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                                  | 介護される立場のみに立つのではなく、過去の生活歴から得意な分野を見つけ、職員と共に共有すると言う意識を大切にしている。。                             |      |                   |
| 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                   | 職員と家族間の連絡、情報交換を常に行なっている。毎月送付するケース記録には本人の思いを素直に記録し、本人と家族の絆を大切にしながら家族と共に本人を支えていけるように努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 家族だけではなく、友人や知人の方にも面会に来て頂けるような雰囲気を作り、なじみの関係が途絶える事のないよう努めている。又、長年の知人より連絡があった場合は、家族にも伝え、大切にしてきた関係を継続出来る様に支援している。 | 入居時に把握した馴染みの人や場所についての情報は「インタビューアセスメントシート」に記載し、入居後の日々のかかわりの中で把握した情報があれば追記して情報を共有している。知人・友人等の来訪時には、家族にも了解を得て、リビングや居室でゆっくり過ごせるよう配慮している。デイサービスでの合同行事に参加し、馴染みの人と共に過ごす機会もある。現在は、利用者の状況から馴染みの場所への外出は困難であるが、以前には積極的に行っており、今後も状況を考慮しながら取り組んでいく予定である。 |                   |
| 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                | 個性を理解し、職員と利用者同士が、時には間に入って関わり合いができるような支援に努めている。  |   |                   |
| 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 | サービスが終了しても家族との関係を継続し、必要に応じて相談や支援に努め居てる。。  |   |                   |
| <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                        | 食べたい物、行きたい場所等、一人ひとりの希望を聞き、日々の生活に取り入れている。時には、ホームでは対応しきれない要望もあるが、家族と相談し、出来る限り希望に添うよう努めている。                      | 入居時に把握した思いや意向は「インタビューアセスメントシート」に記載し、日々のかかわりの中で把握した思いや意向は、申し送りノートに記載するとともに、サービス計画書に赤字で追記し計画の見直しに反映させている。意思疎通の難しい利用者は、家族等から把握するとともに、利用者の表情・反応等の観察に努め、利用者の良き代弁者として本人の立場に立って話し合い、支援できるように努めている。   |                   |

| 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   |
| 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  | 一人ひとりの生活・馴染みのある暮らし方を把握し、サービス利用に至るまでの経過資料や診断情報より把握に努めている。また、居室には馴染みのある家具や写真など思い思いに置いて頂き生活環境の変化を少なくしている。 |   |   |
| 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  | バイタル測定を朝夕2回実施し体調変化を見逃さず職員間で共有し、心身状態の現状把握を行っている。また、一人ひとりの能力を発揮する場面作りも行なっている。                            |   |   |
| 26            | (13) ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人、家族、介護者以外にも必要に応じて医師や看護師の意見を反映した介護計画を作成している。  | 入居時には「インテークアセスメントシート」の情報から暫定のサービス計画を策定している。入居後、「生活活動表」等をもとにサービス計画書を作成し、その後は定期的には3ヶ月毎に見直しを行っている。「サービス計画書」と「日課計画書」をファイリングし、職員が計画を理解し計画に基づいたサービスが実施できるように工夫している。「記録」に記録する時には、「サービス計画書」のサービス内容の番号を記入し、実施状況が把握できるようにしている。毎月のカンファレンスで利用者の状況を共有し、サービス計画の変更の必要性の有無を確認している。3ヶ月毎に、モニタリングを実施して評価を行い、家族にも参加を促してサービス担当者会議を開催し、再アセスメントを行い、サービス計画の見直しを行っている。また、フェイスシートも6ヶ月毎に見直しを行っている。 | 家族の意向、かかりつけ医・看護師など関係者の意見を計画に反映させていることを、サービス担当者会議録に一元的に記録してはどうか。 |
| 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                             | 些細な変化や援助の工夫など、個別記録はもちろんのこと申し送りノートにも記入し、情報の共有を図っている。その中でこれまでの支援を振り返り、介護計画の見直しに活かしている。                   |   |   |



| 自己<br>者<br>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 |
| 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<br>に対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟<br>な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる   | ホームの重点取り組みとしても家族支援の<br>充実を図っている。家族からの相談にも積<br>極的に取り組みさまざまなサービスへ結び<br>つけている。                            |  |                   |
| 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<br>し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな<br>暮らしを楽しむことができるよう支援している   | 地域の中学生のトライやるウィークを通して<br>交流を支援。手芸、食事会など地域資源を<br>把握してホームに入っても継続した地域力<br>を利用し、豊かな暮らしを楽しむ支援を行<br>なっている。    |  |                   |
| 30                | (14) ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得<br>が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きな<br>がら、適切な医療を受けられるように支援している  | 家族、本人の希望を大切に、協力医療<br>機関と連携し、適切な医療が受けられるよう<br>に支援している。また、通院が必要な場合<br>は家族にも協力して頂き、職員・家族どち<br>らかが同行している。  | 利用者・家族の意向を確認し、希望に沿った<br>受診支援を行っている。内科・心療内科・歯<br>科・皮膚科・眼科・泌尿器科の往診体制があ<br>り、全ての利用者は利便性等から往診医を<br>かかりつけ医としている。他科通院は、家族<br>同行としているが、困難な場合は、職員が臨<br>機応変に受診支援を行っている。医師毎に<br>「往診記録」が作成されており、事業所から本<br>人の状態を、医師から指示等を記載してい<br>る。往診記録コピーを、「引き継ぎノート」に貼<br>付して情報共有を図っている。家族同行受診<br>も含め、受診状況は「業務日誌」と「記録」に<br>記載し、必要時は家族に伝えている。 |                   |
| 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<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                                   | 介護職の気づきは記録として残し、又、緊急<br>時は看護師に相談し適切、適時の受診や看<br>護を受けられるよう支援を行っている。                                      |  |                   |
| 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。 | 入院されたときには介護サマリーで情報提<br>供を行い、安心して治療が受けられるよう<br>している。又、入院中は利用者の情報を病院<br>関係者と連絡している。普段より病院関係<br>者との交流はある。 | 入院時は基本的に職員も同行し、「介護サマ<br>リー」等で情報提供を行っている。入院中は、<br>家族と連携をとりながら、適宜面会に行き、<br>状況把握と看護師等関係者と情報交換を<br>行って早期の退院に向け支援している。入院<br>中の情報は、「引き継ぎノート」で共有してい<br>る。退院時には、看護サマリー等の提供をを<br>受けて、退院後の支援に活かしている。   |                   |

| 自己<br>評価 | 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   |
| 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 | 入居当初より重度化した終末期の指針を説明、同意書にて確認をとっている。その確認は、職員全員で共有している。『看取り』も数件実施。その場合、地域医療、主治医と共に職員などチームにて支援に取り組んでいる。 | 契約時に、重度化・終末期に向けた事業所の方針を「重度化した場合における(看取り)指針」で説明し同意を得ている。緊急時の対応を「緊急時の対応(同意書)」で意向を確認している。重度化・終末期を迎えた段階ごとに、主治医・家族等と話し合いを重ねて方針を共有し、話し合った内容をホーム長が記録に残している。看取りの段階で、主治医・在宅医療の医師・看護師等も参加してサービス担当者会議を開催し、支援方針の共有・意向確認等を行い、会議録に記録として残している。家族の意向に沿った支援が行えるよう、看取りの介護計画を作成し、計画に沿って支援している。30年度は、年間研修計画に盛り込んで、ターミナルケアに関する研修の実施を予定している。 |   |
| 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   | 急変、事故発生時のマニュアル作成し、応急手当や初期対応の勉強会も実施し実践力を身に付ける機会を行っている。  |  |   |
| 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   | 避難経路の確保、誘導方法等地域の消防署の協力のもと、地域住民と共に避難訓練を実施し学んでいる。  | 29年10月に、デイサービスと合同で総合訓練を昼間想定で実施していることが、消防訓練報告書から確認できる。訓練実施記録を作成し、引き継ぎノートに貼付して情報共有を図っている。今回の訓練には、消防は参加していないが、2～3年に1回は消防来訪での訓練を実施しており、訓練実施後には消防より避難経路等の指導・助言を受けている。運営推進会議時に、地域へ協力を呼び掛けており、民生委員が訓練に参加することもある。水・乾パン・缶詰・米等の食料品の備蓄を行っている。   | 年2回以上夜間想定を含めた訓練を実施し、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を、夜勤専従職員も含め全職員が身につけることが望まれる。備蓄の管理責任者を決め、食料品・備品などの管理を行うことを期待する。 |

| 自己<br>者<br>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                              |
| <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              | それぞれの思いや人格を把握することに努め個々の人格に配慮、プライバシーを尊重した声かけ・コミュニケーションを行なっている。               | 理念・基本方針に「利用者の尊厳と自立」「丁寧な言葉遣い」等を盛り込み、「接遇」の資料回覧研修でプライバシーや人格尊重について学ぶ機会を持っている。朝のミーティング等で、尊厳やプライバシーに配慮した支援について話し合い、ホーム長からも注意を促し、常に職員に意識付けを行っている。個人記録類は事務室の鍵のかかる書庫に保管し、居室の表札、ホームページ等への写真の掲載については契約時に家族の意向を確認する等、個人情報・プライバシー保護に適切に取り組んでいる。 | 今後、写真使用に関し、館内掲示・広報誌・ホームページ等に区分して、文書で同意を得てはどうか。 |
| 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                     | 利用者の志向的な飲み物は自己決定出来るよう本人の希望を聞きお出している。外食・外出などの希望は自己決定出来る様に働きかけている。            |  |  |
| 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 | 一人ひとりの生活のペースに合わせ、これまでの生活環境や介護計画に沿ったその人らしい生活ができるよう支援している。                    |  |  |
| 39                               | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 月に1回ボランティアによるマッサージやメイクがあり、施行後は皆イキイキとしておられる。理容・美容は月1回訪問があり、本人の希望に沿った髪型にしている。 |  |  |

| 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 |
| 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   | 献立は業者に依頼している。食材を調理、温め盛り付けをしている。時には希望の献立をお聞きし提供している。入居者の咀嚼や嚥下の状態に合わせてきざみやトロミ、ミキサー食、ソフト食で対応している。個々の好みの食事を工夫して提供できるようにする。 | 朝食は職員が調理し、昼食・夕食はケータリングを利用している。行事食・季節感のある献立に配慮され、月に1回の給食会議で利用者の好み・彩り等について業者に伝え献立や調理方法に反映している。月に数回、事業所で、利用者の希望を採り入れた食事づくりや、おやつを手作りする機会も設けている。利用者の状況に応じて、盛り付け等に参加出来る機会作りも行っている。誕生日には、手作りケーキや誕生日メニューでお祝いしている。外出行事で外食を楽しんだり、七夕やクリスマス等の行事で家族も招いてバイキングを行う等、食事に変化が楽しめる工夫も行っている。とろみ・ミキサー食・ソフト食など、利用者の状況に応じた食事形態で対応している。 |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 毎食の食事量の把握、個々の体調に合わせた調理法・水分補給など支援している。食事量や水分量は毎食記録し手いる。   |  |                   |
| 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                 | 毎食後の口腔ケアの声かけや介助を個々の能力にあわせたケアの支援をしている。  |  |                   |
| 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 | 排泄リズムを良く観察していく中で自立に向けた支援方法を行っている。リハビリパンツも日中、夜間と分別使用している。日中はトイレでの排泄だが夜間帯や体調不調時はトイレではできないことが時にはある。                       | 業務日誌の「確認表」に、排泄状況を記録している。利用者個々の排泄パターンや排泄状況を把握し、必要に応じて声かけ・誘導を行い、基本的には日中はトイレでの排泄を支援している。夜間は安眠にも配慮し、個々に応じた排泄支援を行っている。朝のミーティングや毎月のカンファレンスで検討し、利用者の現状に適した排泄用品や介助方法で支援している。希望があれば居室の内カーテンの設置、扉の開閉、誘導時の声かけ等に留意し、羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。  |                   |

| 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 |
| 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                            | 排便リズムや排便チェックを出来る限り把握し、植物繊維の多い食材を取り入れた調理や飲み物を提供し個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。     |   |                   |
| 45            | (21) ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 曜日決めはしているが利用者の希望に添うよう声かけを行い、臨機応変に入浴日や入浴時間の変更調整を行っている。                  | 基本的には週に3回の入浴とし、利用者の希望や体調に応じて臨機応変に対応している。かかりつけ医の指示の下、1日2回以上バイタルチェックを行い、常に体調確認を行っている。異性介助を嫌がる利用者はいないが、いれば同性介助で対応し、入浴を好まない利用者には声かけやタイミングを工夫する等、個別の支援方法を配慮している。入浴中はコミュニケーションづくりの良い機会と捉え、歌や会話を楽しみながら気持ちよく入浴できるように支援している。しょうぶ湯・ゆず湯等、季節を感じながら入浴を楽しむ機会も設けている。 |                   |
| 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の状況に応じて、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                            | 生活習慣やリズムに合わせ、自由に居室や居間で休息して頂いている。冬季には加湿器や濡れタオルを置き、気持ちよく眠れるよう支援している。     |   |                   |
| 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                        | 処方箋・お薬手帳の管理を行ない、職員誰もがそれを確認できるようにしている。又、薬情も家族に送付し服薬支援、症状の変化の確認も共に行っている。 |   |                   |
| 48            | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている           | 日々の生活の中で洗濯・食事の盛り付け・買い物など家事の他に、園芸・手芸・音楽・外食など個々に合った役割・楽しみを職員と共に行なっている。   |   |                   |

| 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 |
| 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                      | 外出の機会を設け、喫茶店や買い物で楽しみをもてるよう支援している。外食も小人数またはマンツーマンで本人の食べたい物を食べに行くようにしている。地域主催の行事にも参加できる支援を惜しまない。 | 利用者の体調や気候に配慮しながら、日常的には近隣の散歩・買い物・喫茶への外出を個別に支援している。外出チェック表で外出状況を把握し、なるべく均等に外出できるように配慮している。また、梅・桜・こすもす等季節の花を楽しむ外出も行っている。春には家族も同行して遠出の外出行事を企画し、花見とホテルでの食事を楽しむ機会を設けている。大学生の実習を兼ねた外出支援で、外出・買い物・外食が行える機会を設けている。 |                   |
| 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  | 本人の希望で自己管理されている方もいるが、家族了解のもとホームで立て替え金という形ではあるが、買い物時には好きなものを買って頂いている。                           |  |                   |
| 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   | 希望があれば、いつでも自由に電話や手紙のやりとりができるよう支援している。又、携帯電話を所持している方には、通話ができるよう支援している。                          |  |                   |
| 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 | 玄関周りやキッチン等に花を飾っている。又居室の入り口には壁飾りを飾り季節感を感じてもらっている。温度・湿度の調節も管理しオゾンにて換気を行っている。                     | 共用スペースは、自然光が差し込み明るく清潔感がある。テーブル席・ソファ・長椅子を配置し、利用者が思い思いの場所で過ごせるように配慮している。季節の生花を入り口やフロアーに飾り、利用者と一緒に制作した季節感のある作品を壁に飾り季節感を大切にしている。アイランドキッチンからの音や匂いで生活感も感じられる。温湿度計・オゾン発生器等を設置し、健康・衛生管理にも留意している。                 |                   |

| 自己<br>者<br>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 |
| 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                  | 相性に考慮したテーブル席の振り分けを行っている。ユーティリティにソファを置いたり、居間以外でも入居者同士がゆっくりコミュニケーションをとれる場を設けている。 |  |                   |
| 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 | ダンスや椅子等の家具は使い慣れた馴染みのものを、入る範囲で持ち込めるようになっている。好みのもので部屋を装飾したり、個々の個性がでている。          | 2階に9室、3階に6室の居室があり、ベット・クローゼットが設置されている。ダンス・椅子・冷蔵庫・テレビ等、使い慣れたものの持ち込みを勧め、居心地よく過ごせる居室づくりを支援している。好みの調度品や壁飾り等で部屋を飾り、その人らしさの感じられる空間となっている。 |                   |
| 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を送れるように工夫している         | 入居者の身体機能に応じた手すりの設置等を行ない安全な生活を送れるよう工夫している。                                      |  |                   |