

### 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   | 2892000171           |            |             |
| 法人名     | 社会福祉法人 三幸福社会         |            |             |
| 事業所名    | 清華苑ポートピア             |            |             |
| 所在地     | 兵庫県明石市大久保町大窪字大畑544-1 |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成30年9月9日            | 評価結果市町村受理日 | 平成30年11月29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)】**

・運営方針である「普通の生活」の実現を念頭に置き、家事活動(炊事、洗濯、掃除等)への参加や近隣の散歩、定期的な遠方への外出行事の実施等により、生活する喜びや幸せを感じていただき、ご自身の価値や役割を再確認していつまでも自分に自信を持って頂きたいと考えている。  
 ・協力病院等により、24時間体制で医療面のフォローアップを受けることができる。また、法人内には様々な福祉施設があり、ご利用者の状態に合わせた施設への利用の変更や、将来的なご相談も含めた様々なニーズに対応できるような体制をとっており、総合的な福祉ケアをを展開している。  
 ・常に「地域参加」を心掛け、近隣の自治会活動や地域の清掃活動への参加、地区の保健福祉医療連絡会等に積極的に参加している。

※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9月20日           |  |  |

**【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)】**

共用空間はゆったりと広く、採光よく清潔感があり、アイランドキッチン・畳スペース・生け花の生花・季節感のある制作の飾り等、季節感・生活感が大切にされている。散歩・買い物、地域の祭り・清掃活動への参加、音楽や体操ボランティア・保育園児の定期的な来訪による地域交流や、サークル活動・高年クラブへの多目的室の開放、健康教室や介護教室の開催協力等、地域貢献に取り組んでいる。手作りの食事を継続し、調理・後片付けに利用者が参加し、また、その他の家事にも参加し、普通の生活の継続と役割づくりを支援している。散歩・ドライブ・季節の外出・遠方への外出行事を積極的に行い、利用者の心身の活性化に努めている。24時間体制の医療連携・法人内のバックアップ体制等が整備されている。

**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<br>3. 利用者の1/3くらい<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)   | ○                     | 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 | 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)                     | ○                     | 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 | 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) | ○                     | 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 | 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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 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 | 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                                       | ○                     | 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 | 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)         | ○                     | 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                                   | ○                     | 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 | 利用者は、その時々々の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) | ○                     | 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   | 毎年、事業所独自の運営方針(理念)を打ち出しており、その中に「地域貢献の視点」という項目で地域の関係づくり、地域との共存・共栄を目標としたアクションプランを掲げている。                         | 法人共通の経営理念に地域密着型サービスとしての意義を明文化し、職員の携帯カードに明記し周知を図っている。理念の実現のため、具体的な事業計画を策定して各フロアに掲示し、職員と共に達成に向けて取り組み、管理者会議で進捗を確認している。また、理念が日々のケアに反映できるよう、各フロアで目標を設定して掲示し、職員会議で実践状況の振り返りを行い、次月の目標につなげている。 |                   |
| 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   | 自治会への参加や、在宅介護支援センター等の協力により地域活動や地域行事に積極的に参加している。<br>また、近隣にある保育所と3ヶ月に1度ほどの割合で交流の機会を設けている。                      | 近隣の駅前商店街への散歩や買い物、保育園行事や地域の祭り、地域の清掃活動等、利用者が地域に出かけ交流する機会作りに努めている。三味線・ハーモニカ等の音楽ボランティア、体操ボランティア、保育園児の定期的な来訪があり交流している。地域のサークル活動や高年クラブの集会への多目的室の開放、健康教室や介護教室の開催協力等、地域貢献に取り組んでいる。             |                   |
| 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 | 地区ゾーン協議会や在宅介護支援センター主催による健康教室、地域交流会等の実行委員の一員として、地域貢献に取り組んでいる。また、週1回、ホーム近隣の歩道や駅前周辺等を中心に、ご利用者と職員にて清掃活動をおこなっている。 |  |                   |

| 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  |
| 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ヶ月に1回運営推進会議を開催し、メンバーである医師や家族代表者、在宅介護支援センター職員等から頂いた意見を毎月の職員会議において全職員に報告し、サービス向上の為に検討材料の一つとして活用している。     | 併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で2ヶ月に1回開催している。参加委員は家族代表・民生委員・ボランティア・医師・大久保地区の総合支援センター職員となっている。利用者への声かけを継続しているが、参加には至っていない。会議では、利用者の状況・人事・運営状況・活動等の報告を行い、委員と意見・情報交換を行い、サービス向上につなげている。議事録を家族に郵送し報告している。                        | 会議では、第三者評価結果や目標達成計画についても報告することが望まれる。また、議事録は、個人情報に配慮しながら、玄関等に設置して公開することが望まれる。 |
| 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に取り組んでいる                 | ・地区ゾーン協議会に参加することにより、市町村との情報交換、意見交換に努めている。<br>・事故やご家族からのクレーム、その他問題が発生した際は、早急に介護保険課に連絡をとり、早期解決への対応に努めている。 | 運営推進会議に大久保地区の総合支援センター職員の参加があり、連携を図っている。地区ゾーン協議会、明石市介護サービス事業所連絡会の小規模・グループホーム部会に参加し、情報や意見交換を行っている。課題や相談がある場合には、市の介護保険課に報告し適切な対応に努めている。   |  |
| 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 | 当法人の方針として、拘束着や拘束用具等の一切の使用を認めていない。職員のケアの方法により事故や事件を防止するように努めている。   | 重要事項説明書に方針を明記し、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。管理者・各フロアリーダーを委員とする「身体拘束防止委員会」を設置して毎月開催し、議事録の回覧を行い職員にも周知している。勉強会を職員会議の中で実施し、議事録の回覧と資料の配布により参加できなかった職員にも周知している。委員会・勉強会の実施により、スピーチロックやエレベーターの操作システムについて意識向上が図られている。 | 必要な研修項目について年間計画を作成し、計画にもとづいた研修を行うことが望まれる。                                    |

| 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 |
| 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     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止法に関する資料を「虐待防止マニュアル」として、職員の閲覧を義務づけている。</li> <li>・フロアリーダーにより、虐待に繋がるような行為が行われていないか、常時チェックをおこなっている。</li> </ul>                             | <p>法人の虐待防止委員会を年1回、エリア毎には年2回、事業所毎には年3回委員会を開催し、各委員会が連携して法人全体で虐待防止に取り組む体制を整備している。事業所の「虐待防止」研修は年度内に実施する予定である。気になる言葉かけや対応については、管理者・フロアリーダーが中心になって注意喚起し、意識向上に取り組んでいる。また、職員会議や個人面談等で課題や不安の解消に努め、法人でのサークル活動・運動器具の設置・親睦会の開催等、職員のストレスの軽減にも取り組んでいる。</p> |                   |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区の在宅介護(総合)支援センターからの情報提供や有事における相談等の協力によって、知識向上の機会を設けるように努めている。</li> <li>・成年後見人制度に関しては、必要と思われるご利用者に対して随時説明や、手続きに関する援助を行えるようにしてる。</li> </ul> | <p>総合支援センターの職員を講師として、パンフレットをもとに、権利擁護に関する制度について勉強会を実施している。現在、成年後見制度の利用者はいない。今後、必要性や相談があれば、管理者が窓口となり総合支援センターと連携して支援する仕組みがある。</p>   |                   |
| 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                      | <p>契約を結ぶ前に必ず「重要事項説明書」による利用説明をおこない、ご利用者、ご家族の不安や疑問点に対する理解、納得を図っている。</p>  | <p>契約時は、契約書・重要事項説明書に沿って、質問を受けながらわかりやすい説明に努め、理解と納得を確認し文書で同意を得るようにしている。法人のバックアップ体制等を説明し、利用者・家族の不安を解消できるよう努めている。契約内容の変更時は、変更内容を文書で説明し同意を得ている。契約終了時には、時間に余裕をもって家族の意向を聴き、事業所でできること・できないことを説明し、情報提供を行う等、円滑な退所に向けて援助している。</p>                       |                   |

| 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                | ご家族やご利用者に対して積極的に意見や要望をお聞きし、ご利用者だけでなく、ご家族やその他誰でも不満や苦情を表すことが出来るように配慮をおこなっている。挙げた意見は運営者に報告し、早急に改善案を検討し実施するように努めている。              | 家族の面会時には近況を報告し、広報誌と個別の「1ヶ月の報告」を毎月郵送し、また、利用者担当職員を設ける等、家族から意見・要望等が出やすいよう取り組んでいる。1階に「目安箱」も設置している。ポートピア祭り等の行事に家族を招待し、介護計画更新時には家族に聴き取りを行い、意見・要望等の把握に努めている。聴取した意見・要望はフロアリーダーに報告し、内容に応じて送りやエバーノートで共有し支援や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                                 | 半年ごとに管理者による職員との個人面談を行い、業務に関する意見や改善案を聴取し、運営に反映するように努めている。  | フロアミーティング・リーダー会議・職員会議を月1回開催し、フロアミーティングの内容をリーダー会議で検討し、職員会議で決定・報告する仕組みとなっている。職員の意見・提案を業務改善・行事・利用者支援等に反映し、管理者も参加して把握し、必要に応じて部門会議で報告している。また、年1回人事考課の面談と、半年毎に管理者との個人面談を実施し、意見・提案等を個別に聴く機会を設けている。                   |                   |
| 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 | ・半年ごとに管理者による職員との個人面接を行い、各職員の努力や実績を評価するとともに、今後の更なる成長を促すための改善案を本人と一緒に検討している。資格手当制度を設けるとともに、法人で資格取得に向けた勉強会を実施している。<br>・皆勤賞制度の実施。 |   |                   |
| 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    | ・職員全員を対象に、1年1回外部研修を受ける機会を設けるとともに、毎月1回、内部研修会を実施する等の啓発活動をおこなっている。   |   |                   |

| 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 |
| 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 | 「全国認知症グループホーム協会」、「明石市介護サービス事業者連絡会」等に参加することによって、同業者との交流をおこない、ネットワークづくりに努めている。  |      |                   |
| <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           | 利用申し込みをして頂く前に一度ホームを訪問して頂き、ホームの生活を実際にご覧になって頂くようお願いしている。その後、ご本人、ご家族からのご相談をお聞きし、ホーム側からの説明に納得して頂いた上で利用申し込みをして頂いている。また、相談の受付時間は可能な限り(土日祝日、夜間等)ご本人のご都合に合わせてるように努めている。 |      |                   |
| 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                      | 利用申し込みをして頂く前に一度ホームを訪問して頂き、ホームの生活を実際にご覧になって頂くようお願いしている。その後、ご本人、ご家族からのご相談をお聞きし、ホーム側からの説明に納得して頂いた上で利用申し込みをして頂いている。また、相談の受付時間は可能な限り(土日祝日、夜間等)ご本人のご都合に合わせてるように努めている。 |      |                   |
| 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                  | ご相談者の状況に応じて、パンフレットや資料を提供する等の他サービスの紹介をおこなったり、場所によっては関係機関への問い合わせを代行する等の対応をおこなっている。  |      |                   |
| 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                                  | ご利用者に無理のない程度に家事活動を(調理、洗濯、掃除等)に参加して頂き、職員、ご利用者が共に生活をしている雰囲気をつくるように努めている。また、あくまでもご利用者が「生活の主体」であるといった姿勢を崩さずに、何事においてもご利用者に意見や思いを聞くように心掛けている。                         |      |                   |

| 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 |
| 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        | ご家族に面会、外泊、外出、衣替え等の依頼や、その時々にご相談をさせて頂くなど、ご利用者を共に支えていく姿勢でご協力をして頂いている。  |   |                   |
| 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                    | 毎週「回想法」をおこなうことにより、昔のできごとを振り返って頂き、散歩や外出行事の際に思い出の場所に行く等おこなっている。ご利用者によっては馴染みの方にお手紙や暑中見舞い、年賀状を書いて頂いたりしている。                                | 入居時の情報収集・毎週の回想法等をもとに、馴染みの人や場所についての情報の把握に努めている。家族・知人・友人の訪問があり、フロアや居室でゆっくり交流できるように配慮し関係継続を支援している。把握した情報をもとに、散歩や外出行事を活用し、駅前の商店街・魚の棚・商業施設・菊花展等に出かけている。手紙・暑中見舞い・年賀状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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 食事の席は、ご利用者同士（職員を含めて）が顔を合わせて食事が出来るように配慮しており、その他、ご利用者間で家事等の助け合いや体調の悪い際の訪室等が出来る環境づくりに励んでいる。また、毎日の余暇活動や、毎月の外出行事に全ご利用者が一緒に参加して頂けるように努めている。 |   |                   |
| 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（契約）が終了した後も、随時相談対応をおこない、ホームにも来訪して頂ける環境づくりに努めている。  |   |                   |
| <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                        | ケアプラン更新毎に、ご利用者一人ひとりから要望を聞き取り、ケアプランに反映するように努めている。  | 入居時・介護計画更新時に、利用者・家族の思いや意向を聞き取り、支援や介護計画に反映している。日々のコミュニケーション・回想法・利用者担当職員の聞き取りなど、思いや意向の把握に努め、食事・外出・外食等に反映している。把握が困難な場合は、家族から聞き取ったり、利用者の表情や反応から汲み取るように観察し、本人の立場に立って検討に努めている。    |                   |

| 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  |
| 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  | ご利用前にご本人、ご家族から生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等を聞き取り、「基本情報シート」等に明記することにより、職員全員が把握出来るように努めている。また、ご利用後も生活歴等の聞き取り調査を続け、情報を個別に記録し、サービスに反映出来るように努めている。                   |  |  |
| 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  | 「基本情報シート」、「利用者状況表」、「介護記録」、「介護日誌」等を活用することにより、ご利用者の心身状態等の総合把握に努めている。   |  |  |
| 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 | ケース担当者を主として、ご家族、ケアマネージャー、管理者、また、必要な場合は主治医に相談する等、多角的な視点からケアプランを作成している。ケアプランを作成する際、担当者の思いだけにならないように、毎日の「ミニミーティング」等において職員間で意見交換をおこない、ケアプランに反映するようにしている。 | 利用者基本情報面接票をもとに介護計画を作成し、フロアにファイルを設置し、職員の周知を図っている。サービスの実施状況は、ケアプランチェックシート・介護記録・利用者状況表に記録している。定期的には、3ヶ月毎に介護計画の見直しを行っている。見直しの際には、担当職員が利用者・家族の要望を聴き取り、ケアプラン会議を実施し、上記記録から実施状況を把握して項目ごとの評価を会議録に明記し、また、関係者の意見や指示は照会記録で把握し、次の介護計画に反映している。 | 介護計画見直しの際に再アセスメントを行い、見直しの検討材料とすると共に、変化や経過が把握できる記録として残すことが望まれる。 |
| 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                             | 「ケアプランチェック表」により、毎日のケアチェック、毎月の評価をおこない、見直しをおこなっている。気づきや状況等については、「介護記録」、「利用者状況表」、「介護日誌」等に記録するようにしている。   |  |  |
| 28                | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる                    | ご利用者の買い物代行や突発的な外出の要望、病院受診の付き添い等、可能な限りご利用者の要望に応え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 |
| 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                                      | 地区サービスゾーン協議会を通じて、民生委員やボランティアの方々に協力をお願いしている。   |   |                   |
| 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、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                                  | ご家族の希望をお聞きした上で、かかりつけ医となる医療機関を紹介し、月1回の往診に来て頂いている。また、緊急時や急変時等の24時間対応や必要時には専門科の紹介等、総合的な健康管理をお願いしている。 | 入居時に利用者・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。定期的な内科医師の往診と医療連携に伴う訪問看護の訪問により、日頃の健康管理、緊急時の24時間対応が行われている。必要時には歯科の往診が受けられ、他科受診への通院介助は事業所と家族が連携して行っている。医療に関する情報・報告は、医療機関対応記録票に記録している。 |                   |
| 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                          | 医療連携に伴う訪問看護師の定期的な訪問により、健康管理や相談、医師との連携をおこなっている。  |   |                   |
| 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、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。 | 入院治療が必要な際は、入院時に必ずホームの管理者が同行し、担当医やソーシャルワーカーと入院治療計画を話し合っている。また、常時病院と連絡を取り合い、早期退院に向けた働きかけをおこなっている。   | 入院時は管理者が必ず病院に同行し、訪問看護師が作成するサマリーを医療機関に提供している。入院中は面会に行き、医師・ソーシャルワーカーと面談や電話で入院治療計画や治療の経過について話し合い、早期退院に向けて支援している。退院前カンファレンスができれば参加し、退院時は病院からの看護サマリーの提供を受け、介護計画の見直しを行っている。 |                   |
| 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  | ご利用者が重度化してきたと判断した際、かかりつけ医とご家族(ご利用者)、管理者の三者が集まり、今後の方針を話し合う場を意識的に設けるようにしている。                        | 契約時に、契約書の内容に沿って、重度化・終末期に向け事業所で出来る事出来ない事を説明している。現在までに事例はないが、かかりつけ医が重度化と判断した段階で家族の意向を確認し、かかりつけ医を交えた関係者で対応方針を話し合い、可能な範囲で家族の意向に沿った支援を行う方針である。                             |                   |

| 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 |
| 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      | 「緊急時対応マニュアル」を設置し、心肺蘇生法や誤嚥時の吸引法等の訓練を定期的におこなっている。  |   |                   |
| 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 | 防火委員が中心となり、避難誘導訓練や緊急連絡網訓練等の災害時の訓練を定期的に行っており、防火設備の点検を月1回実施している。                             | 毎年、年2回、併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、昼間・夜間想定地震・津波・火災時の避難訓練を消防署職員立ち合いで実施している。30年度の夜間想定訓練は、年度内に行う計画である。また、事業所独自で救急車要請訓練・緊急連絡網を使用した連絡の訓練を実施している。訓練の議事録を作成し、参加できなかった職員に回覧し、周知を図っている。防災設備の点検を月1回実施している。備蓄品は、管理者を管理責任者とし各事業所で、また、法人本部でも行っている。   |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |   |  |   |                   |
| 36                               | (18) ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている         | 全職員が法人共通である「個人情報保護方針」に沿って、ご利用者のプライバシー確保に努めている。・職員間で「申し送り」をする際、他者にご利用者が特定できないような工夫をおこなっている。 | 法人で開催される「個人情報保護委員会」の内容を、管理者が職員会議で伝達し職員に周知を図っている。誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応、介助時の配慮については、職員間で注意喚起し、意識向上に取り組んでいる。申し送り・個人記録類は部屋番号・イニシャルを使用し、記録類はスタッフルームの鍵のかかるロッカーに保管している。ホームページと広報誌への写真掲載は、区分して家族の同意を得ている。職員の守秘義務についても、入職時・退職時に誓約書を交わしている。 |                   |
| 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                | 職員から一方的にサービスを押しつけるのではなく、ご利用者が自己選択、自己決定が出来るような接し方や対応を心掛けている。                                |   |                   |

| 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 |
| 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し、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 | 余暇時間や行事、家事全般等のいわゆる日課について、ご利用者自身が参加の可否を選択でき、ご自分のペースで生活できるような柔軟な対応を心掛けている。                                 |   |                   |
| 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                                   | 毎日の衣類の更衣や、ご希望のある方についてはお化粧の援助(特に行事や外出の際) また、毎月1回理容師の訪問により、それぞれの希望に応じたカット等をおこなっている。                        |   |                   |
| 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 | 毎日の献立を管理栄養士が作成しているが、食材切りや味付け等、一つひとつの調理工程はご利用者と職員が一緒におこなうようにしている。また、嗜好に合わせておやつ作りをおこなったり、月1回は、外食等をおこなっている。 | 法人の管理栄養士が立てた献立と配達された食材で、フロア毎に手作りの食事を提供している。献立には、旬の食材や季節感を採り入れている。職員も同じテーブルで食事を取り、利用者の嗜好や感想を把握し、味付けや調理法に反映している。また、利用者の体調や好みに応じて、食事形態や代替食にも対応している。野菜のカット・味付け・配膳・下膳・食器洗い等、希望や力量に応じて利用者が参加できるように支援している。月1回程度、フロア毎の外食やおやつ作り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           | ・毎日の献立は、法人の管理栄養士により栄養管理を念頭において作成されており、水分量や食事摂取量については、「日常生活状況表」によりその都度記録し、調整を支援している。                      |   |                   |
| 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                    | ・毎食後、ご利用者の口腔ケアの啓発と支援に努めている。また、訪問歯科診療等により、ご利用者の口腔状態のチェック及び、治療、専門的な口腔ケアをおこない、個別支援に努めている。                   |   |                   |

| 自己<br>者<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 |
| 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  | <p>・「排泄記録表」によってそれぞれのご利用者の排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を基本とした考えでケアをおこなっている。</p>  | <p>排泄記録表をもとに、利用者個々の排泄パターン・排泄状況を把握し、排泄の自立・トイレでの排泄に向けて支援している。介助方法や排泄用品についての職員の意見をフロアリーダーが集約し、職員に周知して実践し、経過はエバーノートに記録している。誘導時の声かけは直接的な表現は避け、排泄記録表を部屋番号で管理する等、プライバシーの確保や羞恥心の軽減に努めている。</p> |                   |
| 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                       | <p>・運動の促進、水分摂取の徹底、牛乳などの乳製品等、便通を促す食物の摂取、腹部マッサージの実施等をおこなうことにより、出来る限りの自然排便を促している。それらの対応の結果、3日以上排便が確認されない場合は、かかりつけ医により頓服薬として個々の体質にあった緩下剤を服用してもらっている。</p>   |   |                   |
| 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 | <p>・時間帯の制限はあるが曜日の制限はない為、ご利用者の希望の日に沿って入浴することは可能である。</p>   | <p>週2回以上の入浴を基本とし、曜日の制限はなく利用者の希望に沿って対応し、毎日の入浴も可能である。異性介助を拒否する利用者には同性介助で対応し、入浴を拒否する利用者には声かけの方法やタイミングを工夫し対応している。個々のペースで、ゆっくりと入浴を楽しめる支援に努めている。</p>  |                   |
| 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                        | <p>・基本的には日中の過ごし方は自由であり、ご利用者のご希望に応じて居室でゆっくり過ごしていただくこともある。また、就寝時間の設定はなく、眠れない際には職員が話し相手になったり、暖かいお茶やミルクを飲んでいただき気持ちをリラックスしていただくように努めている。夜間については、職員が1時間に1回の頻度で各居室を訪室し、室内の温度や照明の調整等、ご利用者の状態に合わせてその人に合った安楽な環境作りに努めている。</p> |   |                   |

| 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 |
| 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   | ・調剤薬局により、毎回処方される薬の説明書とお薬手帳を個別のファイルに保管し、全職員がいつでも目を通すことができるようにしている。また、薬の管理については管理者や役職者が担当し、服薬ミスが発生しないような工夫を常に検討し実践している。            |   |                   |
| 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                                  | ・それぞれのご利用者の能力や特性を活かして毎日の家事活動や余暇活動に参加していただき、役割や喜び、達成感や自信等を持っていただくように努めている。  |   |                   |
| 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 | ・週2～3回のホーム近隣の散歩や買い物、月数回の遠方への外出行事をおこなうことで、ご利用者に地域とのふれ合いや出かけることの喜びを感じてもらえるように努めている。  | 近隣への散歩、買い物、ドライブなど、利用者の希望にそって戸外に出かけられるように取り組んでいる。天候のよい時期には、積極的に外出し、利用者状況表・余暇活動チェック表等で外出・参加状況を把握し、偏りなく参加できるように支援している。月毎の行事担当者が外出を企画し、花見・明石城の菊花展・明石大橋・コスモス畑等、季節感を感じられる、少し遠出の外出の機会も設けている。 |                   |
| 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                                  | ・外出行事や定期的な買い物外出の際、可能な限りご利用者が支払いをできるように職員が側に付きそう等の支援をおこなっている。   |   |                   |
| 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   | ・電話については、ご利用者から希望がある際は職員が代行して電話をかけ、ご家族から電話があった際には取り次ぎをおこなう等の対応をおこなっている。手紙については、暑中見舞いや年賀ハガキ等の作成を促し、ご利用者本人が直接ポストに手紙を投函できるよう支援している。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 各フロアの共有空間を広く設置しており、窓も大きく開放的に採光や換気に配慮している。ホーム内の随所に季節の花を飾り、手作りカレンダーや切り絵の作品を掲示している。カウンターキッチンにて、ご利用者が気軽に食事作りの一連の流れに関わりやすく、職員も見守りやすいように配慮している。 | 共用空間はゆったりと広く、採光よく清潔感があり、快適に過ごせる生活空間になっている。テーブル席・ソファ・畳・ベンチ等が、思い思いに過ごせるように設置されている。中央にアイランドキッチンが設置され、利用者と共に制作した壁画・習字・手作りカレンダー・季節の生花等を飾り、季節感・生活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   | ・共有空間に1人掛け用、3人掛け用のソファを設置し、個人でも少人数でもくつろげる環境を提供している。また、廊下の2箇所 <small>二箇所</small> に小座を設置し、気の合った者同士で過ごせる環境づくりにも配慮している。                        |   |                   |
| 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  | ご利用者やご家族に働きかけ、使い慣れた家具やテレビ、家族写真等持ち込み、それぞれの個性を大事にした安らぎの場になるように努めている。希望すれば携帯電話の持ち込みや家族の宿泊も可能で、家族とのつながりの継続に配慮している。                            | 居室に洗面台・ベッド・エアコン・クロゼットが設置されている。使い慣れた家具や、テレビ・仏壇・家族の写真等、馴染みの物の持ち込みを勧め、居心地よく過ごせる居室づくりを支援している。生け花教室で生けた花や書道の作品等も飾られている。利用者毎に担当職員を配置し、家族と連携しながら、快適に過ごせるように環境整備を行っている。 |                   |
| 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が送れるように工夫している  | ・廊下や床はクッション性の高い長尺シートを使用しており、転倒した際に身体の損傷が少なくすむように配慮している。また、ベランダを含め全ての箇所の段差を解消することによってつまずきや転倒を予防し、いつまでもご自分の脚で歩行ができるように支援している。               |   |                   |