

## 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   | 2875200921           |            |            |
| 法人名     | 株式会社 メッセージ           |            |            |
| 事業所名    | アミュー神戸伊川谷            |            |            |
| 所在地     | 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬838-23 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年5月10日           | 評価結果市町村受理日 | 平成23年8月31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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do</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6-8-102 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年6月14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)】

ノーマライゼーションを理念の基本として、障害を持つ前の生活を重視している。利用者が生活を送る上で、障害要因となっている原因を分析し、必要に合わせて補助具の検討や援助を行うようにしている。地域との交流に取り組んでおり、施設から地に出て行くだけでなく、地域ボランティアの受け入れを行い、施設と地域との相互交流に取り組んでいます。職員は利用者と一緒に過ごしなが、日常生活を通して利用者の気持ちに寄り添いながら、生活支援をしている。また社会的役割が損失しないよう、家族や知人、友人との繋がりが維持できるよう取り組んでいる。

### 【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)】

ホーム内は壁や床・家具の色調を統一し落ち着いた雰囲気が感じられ、利用者がゆったりと寛げる空間となっている。職員は日常の関わりの中で利用者や家族の思いを大切にし、一人ひとりの意向や意見・要望を把握できる場面作りに取り組み、得られた意見等は要望カードに記録し職員間で共有している。法人では職員の経験や能力に応じた研修を充実させ、一人ひとりが確実に受講できる体制を整え、専門職としてのスキル向上を目指している。利用者が重度化した場合のホームの対応指針を明確にすると共に、段階ごとに家族等の意向を汲み取りながら職員と家族・医療が連携し適切な支援が行えるよう取り組んでいる。

## 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 | 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)   | ○ 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) | ○ 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                | 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                      | 玄関や職員詰め所内の目につきやすい場所に掲示し、利用者個人個人に合ったケアを実践している。                             | ノーマライゼーションを基本とした法人理念をもとに事業所独自の理念として10項目を掲げ、職員詰所等に掲示している。新人研修で理解を深めていくと共に、業務の中で理念について問いかけ再確認し実践していく為に、職員は毎週のカンファレンス等で話し合い、浸透を図っている。また、理念が日常のケアや介護計画に反映されるよう意識し取り組んでいる。   |  |
| 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                      | 毎日の散歩の際、近隣の方には積極的に挨拶を行い、幼稚園やパチンコ店、お寺の行事や小学校の夏祭りに参加している。                   | 利用者の散歩時や買い物等で近隣住民と挨拶を交わしたり声を掛け合うなどの関わりが継続している。近隣の幼稚園との定期的な交流や地域の「福祉パチンコ」への参加、近くの学校のブラスバンドを招くなど積極的な取り組みがあり、近隣の夏祭りや地域フェスティバルでの交流も継続している。ドックセラピーや音楽療法のボランティアの受け入れがある。  | 地域交流の更なる拡大の為に地域自治会活動に参加し、今後も周辺地域の理解と協力が得られる事を期待する。 |
| 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                    | 近隣の飲食店に外食にお連れし、お店の方に顔を覚えて頂いたり、地域の行事にも積極的に参加し、地域の方の目にとまるような機会を多く持つようにしている。 |   |  |
| 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ヶ月に1回開催している。取り組みや施設状況を報告し、意見や助言を頂きやすい雰囲気作りに努め、頂いた意見や助言をサービス向上に活かしている。    | 会議は利用者代表・家族代表・地域包括職員・民生委員・他グループホーム職員の参加により2カ月に1回定期的に開催されている。ホームの利用者状況や行事への取り組みを報告すると共に第三者評価結果や介護サービス情報の公表結果も公開し意見をもらっている。毎回の議題については市からのアドバイスも得ながらタイムリーな内容について話し合わせ、サービス向上に反映されるよう取り組んでいる。会議の内容についてはその都度家族へ報告している。 |  |

| 自己 | 者 | 第三  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |  |
|----|---|-----|---|---|---|--|
|    |   |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                              |
| 5  |   | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる                 | 地域包括支援センター主催の交流会や勉強会にも積極的に参加し、情報の交換をしたり、密に連絡が取れる関係作りに努めている。                                       | 市や区の担当者と日頃から連絡を取り合い、運営面や利用者の現状について問題点など話し合い連携を図っている。三ヶ月に1回開催している西区のグループホーム連絡会に市の参加もあり協働関係を築いている。不定期な開催ではあるが、地域包括支援センター主催の交流会や勉強会に積極的に参加し情報の共有や知識向上に取り組んでいる。                           |  |
| 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 | 社内研修を行い、拘束行為については、職員に周知している。玄関の解錠は施設前の道路の交通量が多い為、1ユニットしか出来ていないが、不必要なベッド柵は使用せず、自由に動ける環境作りに取り組んでいる。 | 職員全員が参加できるよう開催時期を工夫した法人内研修があり、身体拘束についても研修で正しく認識できるよう取り組んでいる。施錠については1階玄関は開錠しているが、利用者の現状や周辺環境を考慮し、家族の意向も汲みながら現在1ユニットのみ開錠されている。職員は施錠による弊害を認識し改善に向け話し合う機会は継続している。                         |  |
| 7  |   | (6) | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | 社内研修で虐待にあたる研修を行い、カンファレンスで虐待と思われる援助をしていないかを話し合うようにし、問題がある場合は迅速に改善するようにしている。                        | 法人内研修にて関連法令を学び虐待の範囲や分類・通報の義務について理解を深めている。日常の業務の中での利用者への対応や言葉掛けが虐待につながらないように接遇研修でも学ぶ機会を持っている。職員の疲労やストレスが要因となる虐待の未然防止の為に、日頃から話しやすい職場環境作りに取り組み、食事会・交流会や個別面談等で個々の職員とのコミュニケーションの機会も確保している。 |  |
| 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   | 管理者は、管理者研修で権利擁護に関して学ぶ機会を持ち、職員に伝えている。  | 成年後見制度を活用している利用者が1名おり、相談等に随時対応できるよう取り組み、説明資料も玄関に設置している。管理者は権利擁護について外部研修を受講し、利用者や家族からの相談に適切に対応できるよう努めている。  | 権利擁護について職員一人ひとりの理解も深めていく為にホーム内でも伝達研修等の開催を期待する。 |

| 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)  | ○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                    | 契約前に、ご本人様と家族様に見学に来て頂き、不安な点を聞き取り、事前に説明するようにしている。そして、契約時にもご本人様、家族様に内容を分かりやすく説明するようにし、理解して頂けるように努めている。 | 契約前の問い合わせについても、ホーム内見学や説明にて疑問点の解消に努め、契約時には重要事項説明書等を本人・家族と読み合わせ、不明な点は納得のいくまで説明している。ターミナルケアについては「指針」をもとに詳しく説明し不安の解消に努めている。  |                   |
| 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                | 1日1回日勤者が聞き取るようにしており、月末に管理職に文書として提出を行っている。   | 毎月ホームの近況報告と法人の広報誌を家族に配付し、ホームを身近に感じてもらえるよう取り組んでいる。日々の相談や要望は面会時や電話等で聴いていくよう取り組み、毎月の請求書と共に要望等も記入できるような文書を家族に配付している。また、家族との食事会を定期的実施し、意見を聴く機会を設けている。利用者については、日常の会話や状態により利用者の要望を把握し、申し送り等で対応策を検討し支援経過を記録に残している。 |                   |
| 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                                 | 週に1回のカンファレンスでスタッフの意見をくみ上げ、ケアリーダーミーティングで報告している。  | 職員が意見を出しやすい職場環境作りに努めると共に、毎週のカンファレンスで職員の要望や提案を汲み取り、業務に反映できるよう努めている。また、職員間での食事会や交流会、管理者との個別面談等の機会を設け、出された意見や要望は運営面に活かしていくよう取り組んでいる。  |                   |
| 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 | 勤務時間内に業務を終えることが出来るよう、努めている。スタッフの積極的な援助に対する意見を取り入れるようにし、皆でユニットケアを作り上げるようにしている。                       |  |                   |
| 13 |      | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている    | 職員の個々の能力に合わせた社内研修を実施している。管理者研修、リーダー研修と社内研修は充実しているが、外部研修に対する案内が出来ていない。                               |  |                   |

| 自己<br>者<br>第三                | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------|--|--|------|-------------------|
|                              |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 管理者は、運営推進会議や地域包括支援センターの交流会に参加し、同業者との交流を持っているが、職員までは出来ていない。   |      |                   |
| <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           | 利用者の生活歴を把握し、生活を送る上での困り事や不安な事を、利用者に聞いたりと、観察し把握す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                      | 家族様には、いつでも面会に来てくださいと随時説明し、面会時にはおもてなしの心でお出迎えし、入居者様とゆったりした時間を過ごして頂けるよう取り組んでいる。面会時には、利用者の生活の様子を報告し、家族様の気持ちにも傾聴し、良い関係作りに努めている。 |      |                   |
| 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                  | 入居前に十分に聞き取りを行い、他サービスの必要性がある場合は、利用して頂く等、柔軟な対応を行うようにしている。  |      |                   |
| 18                           | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | 入居者様個々に応じた社会的役割を優先に考えさせて頂き、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。   |      |                   |
| 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                   | 遠方により、面会になかなか来られない家族様に対しても、利用者の日頃の様子を手紙や電話で報告している。食事会や日帰り旅行を企画して、家族様にも参加して頂くようにお誘いしている。                                    |      |                   |

| 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 |
| 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               | 利用者が以前住んでいた場所や故郷へ行って頂くように家族様に働きかけ、必要であれば職員も付き添うようにしている。行く際には、家族様に了承をもらい、近所のお付き合いがあった方にも連絡して頂くようにしている。 | 利用者一人ひとりの今までの暮らしや関わりがあった人との繋がりを把握し、これまでの関係が継続できるよう支援している。利用者一人ひとりの思いを尊重し、親しかった友人とお祭り行事に参加する、以前行っていたお寺へ参拝する等、家族や関わりがあった人々の協力を得ながらできる限り支援している。           |                   |
| 21                                 | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 日々の生活を観察し、利用者同士の関係に配慮しながら、食事席やリビングの間取りを決め、コミュニケーションが取りやすい環境作りに努めている。又、掃除や料理を職員と一緒に取り組み、孤立しない援助を行っている。 |  |                   |
| 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 | 関係を断ち切らない取組みについては出来ていない現状なので、今後の課題にしたい。   |  |                   |
| <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                   | 日々の生活の中でご本人様から聞き取りを行い、ケアプランに記載し、思いや意向に沿った援助を行うようにカンファレンスで検討している。                                      | 入居時に本人・家族から生活歴や今後の暮らしへの意向を情報収集し記録している。日常の関わりの中では、利用者の言動や表情から個々の思いや要望を把握し、申し送りやカンファレンスで情報を共有し迅速な対応に取り組んでいる。利用者の要望等は要望カードとして記録に残し、継続的に適切な支援ができるよう工夫している。 |                   |
| 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                    | 利用者のこれまでの生活を、ご本人様、家族様、親戚や近所の方等、良く知っている方から聞き取りを行い、情報を集め、職員で共有するようにしている。                                |  |                   |

| 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   |
| 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  | 利用者の要望を聞き取り、能力を把握し、個人に合わせたケアプラン作成を行っている。   |   |   |
| 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 | 生活の中での困り事を把握し、能力低下の要因を分析し、必要な補助具や援助を検討し、利用者や家族と話し合いを行っている。また、双方の要望も聞き取り、ケアプランに反映させている。 | 本人・家族から情報収集し、それぞれの利用者の身体面や精神面・生活面等の状況を知りアセスメントを行なっている。利用者の課題やニーズを明確にし個々に応じた支援を行っていく為に、担当職員と計画作成担当者が協力しながら介護計画を立てている。計画は毎月モニタリングし達成状況の確認がなされ、介護計画更新・変更を行っている。計画の見直し時は家族にも報告・説明し同意を得ている。  | 介護計画の目標達成状況についての記録を工夫し、提供したケア内容が適切であったかどうかを確実に振り返れるよう取り組むことを期待する。 |
| 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                             | 介護記録に本人様の言動や職員の行った対応等、細かく記録するようにしている。必要に合わせて、週に1回のカンファレンスで話し合い、検討している。                 |   |   |
| 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                    | 利用者の状況や家族様のニーズに合わせて、専門機関への受診やボランティアの導入等、柔軟な支援が出来るように努めている。                             |   |   |
| 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                              | 近隣のお店に買い物、外食、散髪に積極的に行くようにし、月1回幼稚園訪問、ボランティアの受け入れ、福祉パチンコ大会など地域に積極的に出かけるようにしている。          |   |   |
| 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                     | かかりつけ医を入居時に選択して頂くようにし、受診に関しても、利用者、家族の要望に沿って行っている。介護で出来る事を理解し、医療機関との連携を図っている。           | 利用者のかかりつけ医は入居時に選択できるよう支援しているが、内科や泌尿器科・歯科等の定期的な往診の機会もあり、適切な対応ができるよう取り組んでいる。1階にはクリニックもあり、緊急時の協力医療機関との連絡体制が整備されている。専門医等への通院は基本は家族が付き添うが、状況に応じては職員が付き添い柔軟に対応している。受診結果は記録に残し職員・家族間で情報共有している。 |   |

| 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   |
| 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                               | 介護職として出来る事を理解し、利用者が困っている点や不安な点について、看護師と連携を取るようになっている。                      |   |   |
| 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。 | 利用者が入院した際は、1週間に1度はお見舞いに伺い、主治医や看護師に状況を聞くようになっている。                           | 利用者の入院の際の付き添いや定期的に病院に面会に行く事で家族や病院関係者との情報交換を密に行い、入院による不安の除去や早期退院に向けた支援を行っている。退院時には関係者とカンファレンスを開き、退院後の生活に不安が生じないよう具体的な支援方法を介護計画にも組み込み適切に対応している。   |   |
| 33                | (16) ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居契約時に終末期についての説明を行うようになっている。定期的に重度化した場合や終末期についての要望を利用者、家族様に伺うようになっている。     | 医療連携体制を整え、利用者が重度化した場合も迅速な対応ができるよう協力医療機関との連携体制を整備している。重度化や看取りについてのホームの方針を文書化し、契約時に本人家族に説明し同意をもらっている。体調の変化に応じて関係者間で話し合い、家族の意向にそった対応ができるよう取り組んでいる。 | 利用者の病状の経過に応じて、その都度職員が家族や医師と話し合い、共通認識を持ち対応した事について「経過記録」に記録し、関係者間で共有していく事を期待する。 |
| 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   | マニュアル化したものを掲示しており、カンファレンス等で最新の情報を伝えるようになっている。消防署による初期対応の訓練を今後、実施していく必要がある。 |   |   |
| 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  | 消防訓練を年2回行っており訓練での結果をカンファレンスで周知している。避難経路と消化器の場所については、入社時に説明するようになっている。      | 消防署の協力のもと、年に2回、昼夜発生を想定した避難訓練を実施している。訓練では避難経路の確認や消火器の使い方等を再確認している。運営推進会議にて避難訓練の状況を報告し、災害時の地域協力を依頼している。   | 災害時に備え、非常食や飲料水等を備蓄する事が望ましい。   |

| 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 |
| <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                   | 利用者は顧客として敬い、接するようになっている。居室を訪室する際や援助を行う際には、プライバシーや誇りに配慮した対応を行っている。                      | 利用者の尊厳を守ることを理念にも掲げ、利用者への言葉掛けや対応に配慮したケアを行っている。法人内の接遇研修で継続的に学び、日常のケアの中では職員がお互い意識し合い気づきを話し合うよう取り組んでいる。個人情報の保護については、家族に利用目的を説明し同意を得ており、利用者の介護記録等は詰所に保管し管理を徹底している。    |                   |
| 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                     | 個々の能力に合わせて、ご自分で決定して頂けるような声掛けを行っている。利用者とのコミュニケーションに時間をかけ、希望や悩みを聞き取るようになっている。            |  |                   |
| 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 | 日々の援助に関しては、利用者の希望に沿ったプラン作りを行い、援助を行う際には、必ず説明を行い、本人様に選択して頂くようになっている。                     |  |                   |
| 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                                  | 身だしなみやおしゃれが楽しめるように必ず希望を伺い、ケアプランに反映するようになっている。化粧やアクセサリを楽しまれたり、髭も希望によっては、伸ばされている方もおられます。 |  |                   |
| 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     | 食事を作る楽しみとして、能力に応じて台所の手伝い、準備、片づけを行って頂いている。家族様と一緒に調理する機会も設け、調理を楽しまれていただいている。             | 食事は関連会社からの搬入が基本で、ホーム内では盛り付けを行ったり、ご飯やみそ汁を作っている。適宜おやつ作りや家族との会食・外食を採り入れ楽しく過ごせるよう工夫している。利用者一人ひとりの力を見極め、盛り付けや片付け等無理なく手伝えるよう支援し、職員も同じテーブルで食事を摂りながら、さりげない見守りや介助ができています。 |                   |

| 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 |
| 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         | 提携の給食会社から配送されており、栄養に関しては、栄養士が管理している。1日1500～1800カロリー。食事形態にも柔軟に対応し、パンとごはんや好みに合わせて代替食を用意する等、柔軟に対応している。               |   |                   |
| 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                  | 口腔ケアに関しては、必要に合わせて行っている。特に誤嚥を起こす可能性のある方は、食事前後と就寝前に口腔ケアを実施するようにしている。義歯の状態や口腔内に異常がある場合は、歯科往診で診て頂くようにしている。            |   |                   |
| 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  | 失禁の原因を分析し、必要に合わせて専門機関にて治療を行い、必要な援助を行い、オムツの使用を減らしていくように努めている。羞恥心に配慮し、環境を整え、自立に向けた支援を行っている。                         | 排泄介護については利用者の自立支援に向け昨年から重点的に取り組んでいる。個々の排泄の状況を再確認し問題点の分析を行い適切な支援に努めている。職員全体で自立に向けた支援に取り組む事で、おむつの使用が減少し排泄時の事故も減っている。  |                   |
| 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                  | 個々の身体状況を把握し、便秘の種類や原因を分析し、食品での工夫や排便を促すケアの工夫に取り組んでいる。   |   |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 入浴は楽しみとして、定期的な入浴日は、利用者の希望に沿って、決めているが、都度、希望を聞き取るようにしている。羞恥心に配慮し、お湯も都度入れ替えている。入浴剤の香りや音楽を聞きながら入浴して頂いたり、個々の希望に合わせている。 | 入浴は週に2回以上を基本とし、利用者が希望すれば体調等考慮しながら毎日の入浴も可能である。入浴に対する要望などを介護計画にも組み込み支援する事で、個々の利用者にとって入浴が楽しみで寛げる時間となるよう配慮している。入浴への不安や羞恥心に配慮し同性介助や見守りを工夫するなど、利用者の思いに応じた対応を心がけている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 就寝時間は決めておらず、習慣に合わせている。職員とTVを見ながらのティータイムを行っており、リラックスした雰囲気づくりを行っている。                                |   |                   |
| 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   | 服薬状況と目的、用法、用量は、職員全員が把握している。薬の変更があった場合は、必要に合わせて観察記録を作成し、変化を記載するようにしている。                            |   |                   |
| 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                                  | 家事や趣味、嗜好品の聞き取りを行い、役割や楽しみの重要性を職員が理解し、支援している。   |   |                   |
| 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 | 外出頻度や行き先の要望を聞き取り、外出日を設定して、支援している。施設職員だけでは要望にこたえられない場合は、家族様やボランティアの力も借りながら、支援している。                 | 近隣への散歩や買い物等気軽な外出があると共に、利用者の意向や要望を聴き、職員が個別に外出対応できるよう取り組んでいる。また、年に4回ほど家族の協力を得ながら遠方への外出も実施している。利用者の体調に応じて外気浴や車椅子での外出など工夫し、利用者の気分転換や五感の刺激になるよう配慮している。 |                   |
| 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、お金を所持したり使えるように支援している                                  | 個々の能力に応じて、管理可能な方に関しては、管理して頂いている。買い物が楽しめるよう、外出の時は自分の財布から支払い出来るよう、援助をおこなっています。                      |   |                   |
| 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   | 入居者様が家族に電話をかけたいと要望があれば、かけて頂いている。家族様や知人からの手紙は、本人様に手渡す際に、返事を出されるかの確認を行い、お礼の電話をかけるなど、要望に沿った援助を行っている。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | 共有空間には、季節を感じて頂けるように花を飾ったり、過ごしやすい室温、臭いにも配慮し、定期的に換気を行い、居心地良く過ごして頂けるように努めている。トイレ、浴室はわかりやすく表示し混乱しないよう気配りをしている。 | 共有空間は床や壁・家具の色調を統一させ落ち着いた雰囲気が感じられる。各ユニット毎に利用者の状況や季節にあった装飾を工夫し、ゆったりと寛げる空間となっている。利用者同士の関わりやそれぞれの思いに配慮しながらテーブルや椅子の配置を調整している。ベランダも洗濯物を干したり草花の世話をするなど利用者が自由に出入りし、思い思いに過ごせる場となっている。 |                   |
| 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   | テレビを観たい方、音楽を聞きたい方等、要望が異なっても対応出来るように空間を区切り、要望に応じた空間で過ごして頂くようにしている。  |  |                   |
| 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  | 以前自宅で使用されていた家具や布団、思い入れのある小物や写真、仏壇を持ちこんで頂いたり、お好きな花を飾って頂く等、利用者や家族様と相談しながら、居心地の良い居室スペースになるよう支援している。           | 居室のドアには利用者それぞれの好みに応じた装飾品を飾り、部屋間違いが生じないように工夫している。希望の家具や家族の写真・仏壇など個々の思いにそった持ち込みを支援している。居室の清掃は利用者の力量を見極めながら対応し、さりげない見守りや介助を行っている。   |                   |
| 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  | 個々の能力を活かし、標示、移動動線や休憩場所を設置し、滑りにくい床材を使用する等の配慮を行っている。   |  |                   |