

# 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   | 2873400614            |            |            |
| 法人名     | 有限会社アキタケメディカル         |            |            |
| 事業所名    | アキタケメディカル「さくら」グループホーム |            |            |
| 所在地     | 兵庫県神崎郡神河町吉富1597-1     |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年3月14日            | 評価結果市町村受理日 | 平成27年5月10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27年3月25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)】

家庭的な雰囲気を大切にしながら、利用者が安心して暮らせる雰囲気づくりを心掛けている。できる限り利用者一人一人の生活リズムを保てるように配慮しながら、利用者が生活に混乱をきたさないよう職員が適切にサポートするために職員間での意思統一を密に行っている。家事や、手作業を利用者と職員が一緒に行い、認知症の進行を少しでも遅らせ、周辺症状の緩和に努めている。毎月1回の習字ボランティアや、季節ごとのフラワーアレンジメント、併設事業所との行事を通して季節を感じてもらい、メリハリのある生活を送れるよう支援している。地域の行事への参加や近隣の小学校の行事への招待、ミニデイへの参加を通して、地域の人々との交流を継続できるよう支援している。職員は毎月カンファレンスや研修を行い、知識・技術の向上に努め、意見交換を行い利用者の生活の質の向上に役立てられるよう努めている。

## 【第三者評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

自然に恵まれた環境にある施設は、地域に定着している。地域で開催されているミニデイへの参加も利用者の希望や状況に応じて参加し、地域とのつながりを継続している。近隣の保育園の来訪・小学生の運動会や発表会など招かれて出向いて交流する機会を持つことができている。事業所全体で開催される夏祭りには近隣の方も招いて交流の機会を持っている。顧問医とは24時間連絡が取れる緊急時体制が整備されており、利用者の状態の変化に応じて相談するようにしている看護師にも必要に応じて相談できる体制が整えられ疾患・健康管理が行われているまた、顧問医が物忘れ外来を開始し事業所から認知症の症状などについて相談できる体制が整えられている。職員は利用者一人一人に寄り添い生活リズムを大切にしながら自立した生活が過ごせるように支援している。

## 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)<br>○     | 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)<br>○   |
| 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)<br>○           | 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)<br>○                     |
| 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)<br>○                 | 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)<br>○ |
| 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)<br>○  | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)<br>○                                      |
| 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)<br>○                | 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<br>○                                       |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている<br>(参考項目:30,31)<br>○       | 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<br>○                                   |
| 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)<br>○ |    |  |

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   | 年度初めに基本理念をもととして一年の援助目標を職員全員で定め、機会があれば振り返りその実践に取り組んでいる。                    | 理念を基にした年間の目標についての取り組み状況を半期ごとに、ミーティングで振り返る機会を持ち、目標の達成状況を確認することで理念の浸透が図られている。今年度は個別の外出支援・地域との関わりを目標に謳い取り組んでいる。誕生日を機会に個別に外で過ごす機会を持つよう取り組み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   | 地域のミニデイへの参加や近隣スーパーへの買い物、地域の小学校との交流など、日常生活の中で利用者と職員が地域に出でいける機会を設けるようにしている。 | 近隣の保育園に来訪してもらう機会を持ち、交流の機会をきっかけに利用者共に出向くことができる。小学生が高齢者との遊びを考え交流の機会を年1回持つほか、運動会や発表会など招かれて出向いて交流する機会を持つことができる。家族会を行った後に家族と共に近隣の喫茶店でお茶をする機会を持ち地域の店舗の利用をしている。地域で開催されているミニデイへの参加も利用者の希望や状況に応じて参加し、地域とのつながりを継続している。ミニデイでは様々なイベントが企画されており、民生委員の方からの情報提供により利用者が参加し社会とのつながりを持ちながら生活の継続が行えるように支援している。事業所全体で開催される夏祭りには近隣の方も招いて交流の機会を持っている。 |                   |
| 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 | 運営推進会議の場で、認知症についての話題が上がると、介護者の立場から介護についての意見を述べたり、実際の介護の様子を紹介したりしている。      |  |                   |

| 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   |
| 4                 | (3)<br>○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       | 毎回会議ではグループホームの取り組み、サービス内容について報告しており、第三者評価後には評価結果を報告して意見を求めるようにしている。   | 行政の指導通り、4ヶ月毎に運営推進会議を開催している。町の健康福祉課職員、吉富区長、山田区民生委員・吉富区民生委員・利用者家族の方が出席してもらい利用状況や事業所の活動報告などを行い参加メンバーよりの質疑応答を行い、質疑応答の内容を参考にサービスの質の向上や運営に反映させるように努めている。地区長の方からは地域で協力できることの情報提供があったり、参加メンバーからの出される意見や情報提供・提案などはサービスの質の向上を図るため重要であると捉えている。  |   |
| 5                 | (4)<br>○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                 | 運営推進会議では役場の担当者が出席し、家族の質問などにも応じてもらっている。運営やサービスの疑問や質問がある場合は電話などで相談している。 | 運営推進会議で町の健康福祉課職員の方が出席してもらっており、事業所の現状、利用状況報告から事業所の状況把握してもらっている。地域のグループホーム連絡会の定期開催はできていないが、電話などで連絡を取り合い地域のグループホームで情報共有を図り町などと連携を図るようにしている。   |   |
| 6                 | (5)<br>○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 | 研修や職員会議などを通して身体拘束について振り返り学習し、職員全員で身体拘束をしないケアに努めている。                   | 年間の職員研修計画を策定しており、身体拘束をしないケアについては毎年計画的に学び理解を深めるように取り組んでいる。NPO全国抑制廃止研究会発行の身体拘束廃止のための標準マニュアルを基に研修を行い理解を深めている。身体拘束廃止についてのアセスメント、転倒防止から抑制につながる事例などを通して拘束をしないケアについて現場で支援に活かすように取り組んでいる。身体的な拘束はないが、新しく利用開始になった方が生活に慣れておらず徘徊が強い時期に一時居室の窓の施錠を行った事はあったが現在は以前の通りに開錠している。施錠する際に家族との話し合いを行い施錠を行うことを理解と納得を得て実施したが、記録として残すには至っていない。 | 利用者の安全性を確保するための一時的な施錠であっても家族との話し合いや経過・施錠に対する同意など書面として残すことが望まれる。記録として残すことで職員間での情報共有を図り、普段のケアの中で拘束につながる事例などについて気づきを持ち抑圧感のない支援への継続的な取り組みが望まれる。 |

| 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 |
| 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     | 研修や職員会議などを通して虐待について振り返り学習し、事例や実際の介護現場での不適切ケアを見つけ出し虐待につながらないように職員で注意している。                                    | 不適切ケアと共に高齢者虐待について学ぶ機会を持ち、さまざまな事例を通して高齢者虐待や不適切ケアについて具体的に学び、理解を深めることで虐待や不適切ケアにつながらないように努めている。職員のストレスについても研修会の中で学ぶことで職員の疲労やストレスが利用者のケアに影響しないように注意を払うように努めている。 |                   |
| 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 | 成年後見制度については資料を基に研修をして理解を深めている。実際に活用した事例はないが、今度必要時に活用できるよう努めていきたい。   | 町で開催された成年後見制度についての研修に管理者が出席し、研修会の資料を職員へ配布・回覧を行い説明を加え、制度について理解を深めるように取り組んでいる。現在制度を利用している方はいないが、制度の利用の希望者等があれば、速やかに利用開始ので続きが行えるように支援するようにしている。               |                   |
| 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                      | 契約時には、契約前から家族と連絡を取り合い、悩みや心配事に応じられるようにしている。契約時はゆっくり時間をとり理解してもらえるよう説明している。解約時は家族と密に連絡を取り合い、解約後の不安がないよう支援している。 | 契約には管理者が契約書・重要事項説明書の項目に沿って説明を行い同意を得ている。特に重度化や終末期への対応や利用料金・加算について説明を加えて行うようにしている。契約書・重要事項説明書の内容に変更が生じた場合には、変更部分の書面を作成し説明を行い、同意を得るようにしている。                   |                   |

| 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 |
| 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           | 家族会や、介護計画書の更新時、面会時などに家族から運営や介護サービスについて意見や要望を聞けるよ働きかけている。        | 家族会を開催し家族との何気ない会話の中から家族の意見や要望を努めて引き出すようにしている。面会に来訪された際にも同様に職員から話しかけを行い意見や要望を引き出すようにしているが、来訪されない家族の方の意見や要望を十分に引き出せていないと感じており、毎月の利用者の生活の様子を知らせたり、行事への参加案内を送付するなどの事業所から働きかけを行うと共に電話連絡も利用して意見や要望を引き出すように取り組んでいる。話する中では不満や苦情を出されることはない。 |                   |
| 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                           | 職員会議や、全体会議の場で自由に職員が発言できる雰囲気をつくるよう努めている。出来る限り意見を反映できるようにしている。    | 職員会議や全体会議が開催され、会議の機会に意見や提案をだし話し合いサービスや運営に反映させるようにしている。当月の業務の振り返り、利用者の状態の変化など課題についての話し合いを職員会議の中で行っている。会議までに各自で意見をまとめる必要がある場合には、事前に職員に通達し会議で効果的に意見聴取や検討が行われるように取り組んでいる。カンファレンスは研修会と同日に行うようにしている。研修会は会議とは別の日に実施している。                  |                   |
| 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 | 事業所全体の会議に代表者が出席し、直に職員の意見を聞いたり、機会があるごとに管理者から職員の要望や勤務状況の報告を行っている。 |  |                   |

| 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 |
| 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         | 管理者が中心になり、現場職員の研修や職員の技術や知識向上が見込まれる外部研修を受けられる機会づくりをしている。           |      |                   |
| 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 | 町内の事業所との交流の機会を図り、情報交換を行っている。地域の勉強会を活用しサービスの質の向上につながるよう取り組んでいる。    |      |                   |
| <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           | 初めて利用される利用者には特に丁寧にコミュニケーションをとるようにし、本人の不安や要望を注意深く観察するようにしている。      |      |                   |
| 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                      | サービス導入時に家族等から不安や、要望・疑問などについて聞き取れるように職員から働きかけている。                  |      |                   |
| 17                           | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                  | 本人、家族が相談に来た場合に、まず今何に困っているのかを十分に理解し、本人、家族の要望に応じたサービスを提供できるよう努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                        | 日常の作業や家事を職員も利用者と一緒に<br>行うようにしている。利用者が負担に感じて<br>いないか見守っている。   |   |                   |
| 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、<br>本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支<br>えていく関係を築いている | 家族には毎月写真付きで利用者の様子を手紙<br>にして報告している。利用者の体調の変化や<br>困っていることなども家族に相談している。家族<br>が面会に来た際には本人とゆっくり過ごせる空<br>間を提供している。 |   |                   |
| 20            | (11) ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場<br>所との関係が途切れないよう、支援に努めている            | 馴染みの人や、利用者の友人が来訪した場<br>合は、本人と楽しく過ごせるよう配慮して<br>いる。また職員からもまた来てもらえるよう声<br>かけを行っている。                             | 多くは家族の方の来訪で面会を通して関係<br>継続されている。子どものころからの友人の<br>来訪があり交流の継続をしている方もある。<br>利用者の馴染みの理美容院や商店などの利<br>用を通して地域とつながりながら生活の継続<br>ができるようにも支援している。病院受診時<br>には、馴染みの人と会う機会になっているこ<br>とも多い。 |                   |
| 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<br>ずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような<br>支援に努めている         | 利用者どうして会話している時は見守りを行<br>い、必要時は職員が間に入りフォローして<br>いる。意思疎通の困難な利用者とも関係が保<br>たれる様職員が間に入り会話するようにし<br>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 |
| 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 | サービスが終了する場合は家族と密に連絡と取り、契約終了後の環境に本人・家族が出来るだけ不安なく入っていけるように相談に応じている。  |   |                   |
| <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                   | 本人との会話の中で希望を聞き出すようにしている。意思疎通の困難な利用者は家族やそれまでの生活歴をもとに検討している。         | 自ら思いや意向を訴えることができる方は少なくなってきた。言葉で思いや意向を出すことが少なくなる中、利用者が見たり・聞いて選択することができるように利用者の意思や意向を引き出す工夫をしている。意向確認のための工夫を利用者の状況やその場の状況から個別の引き出し方法を模索し支援につなげている。把握できた思いや意向、把握するに至った支援方法など職員間で情報共有を連絡ノート・申し送りなどで行い支援につなげている。 |                   |
| 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                    | 利用者とは1対1で話しかけ、本人からゆっくりと話を聞き出したり、家族や関係者から聞き取りをしたりして情報の把握に努めている。     |   |                   |
| 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                                  | 毎日のバイタル測定や観察による体調管理、利用者の行動を見守り、介助する前に本人がどこまでできる能力があるかを把握するようにしている。 |   |                   |



| 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 |
| 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 | 定期的カンファレンスを開催し、現場の意見を反映し、本人家族の意見を取り入れながら、必要があれば多職種の意見も取り入れ利用者の現状に適した介護計画書を作成している。 | アセスメント・基本情報の書式に従い情報収集を行い、得られた情報からアセスメント・課題抽出している。課題に応じて初期の介護計画書を作成している。約1ヶ月程度で担当職員が事前に利用開始後からの計画の実践状況、利用者の状態について情報収集を行いカンファレンスを実施して、利用者の現状に即した介護計画の策定を行っている。計画の課題に沿って毎月モニタリングを行い、変化があれば随時、定期的には6ヶ月に1回計画の見直しを行っている。介護計画はカンファレンスの機会に職員は把握するようにしている。計画に沿って支援を行い経過記録に残している。カンファレンス前には各職員から支援に対する意見や気づきを書面で提出してもらい担当職員がケースカンファレンス議題のシートで現在困っていること、課題、ニーズ解決策 とまとめ現状に即した介護計画に計画作成担当者が作成している。 |                   |
| 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                             | 日々の様子、利用者の言動などを詳しく記録するようにし、小さな変化も観察できるよう努めている。                                    |   |                   |
| 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                    | 日々変化していく利用者・家族の状況に応じて既存のサービス以外でも柔軟な対応ができるよう取り組んでいきたい。                             |   |                   |
| 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                              | 地域のミニデイへ参加することで地域の住民とのつながりが継続でき、近隣のスーパーへの買い物や小学校との交流を通して心身の活性化を目指している。            |   |                   |

| 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 |
| 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                                  | 出来るだけ、本人・家族の希望のかかりつけ医に受診できるようにしている。病状によっては専門病院を受診することもある。物忘れ外来の医師の往診があり、認知症状の相談などを相談している。 | 利用開始時に利用者・家族に希望のかかりつけ医の意向確認を行っている。顧問医とは24時間連絡が取れる緊急時体制が整備されており、利用者の状態の変化に応じて相談するようにしている。併設のデイサービスの看護師にも必要に応じて相談できる体制が整えられ疾患・健康管理が行われている。法人関連の顧問医が物忘れ外来を開始し事業所から認知症の症状などについて相談できる体制が整えられている。神崎病院の神経科でこれまで受診していた方は継続している。デイサービスの看護師の他、グループホームにも看護師が配置されている。 |                   |
| 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                               | 日々の介護の中で利用者の体調の変化やけがなど小さな疑問なども事業所内の看護師へ相談したり、併設事業所の看護師へ相談したり対応をお願いしている。                   |   |                   |
| 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。 | 入退院時の情報交換は詳細に行うようにしている。入院中のレベル低下を出来るだけ食い止められるように、入院中の職員の面会や家族との連絡、病院との情報交換を密に行うようにしている。   | 現在入院していた方はいないが、入院が必要な状態になれば速やかにサマリーで情報提供を行い医療・看護が受けることができるように支援している。入院となった場合には、医療機関と連携を密にとり利用者の状態把握に努めている。  |                   |

| 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  |
| 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 | 契約の際に、事業所としての重度化した際の指針を説明し、利用者・家族に理解を得ている。実際に重度化した場合には、今後の対応について家族や関係機関と相談を行い、出来るだけ利用者に適した対応を考える。 | 契約時より事業所としての重度化した際の対応について説明を行い、意向確認を行っている。事業所として重度化・看取りに対する指針を明文化はしていないが、重度化・看取りへの対応の意向があるようであれば事業所での対応可能範囲や家族の協力が必要であることを説明し理解と協力を得た上で支援につなげる必要性を感じている。現在まで終末期の対応を行った事は無い。 |  |
| 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  | 応急処置や、リスクマネジメントについて職員間で研修を行い、学習をしている。実践の場で落ち着いて対処できるよう、定期的な訓練を行っていく必要がある。                         |   |  |
| 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   | 災害時の対応について、職員間で研修や機会あるごとに実際の避難方法や体制について話し合いをしている。運営推進会議で地域の代表者と協力体制が築けるよう話し合いをしている。               | 防火訓練を年2回(7月・12月)に実施し実施記録に残している。出火場所を設定し通報・消火訓練を行っている。通報もワンタッチで連絡通報ができる設備を備えている。事業所内にある厨房で備蓄を行っているが、グループホームでも備蓄の必要性を感じている。   | 夜間想定での通報、避難訓練の実施が望まれる。火災だけでなく災害時想定での避難訓練の実施も検討することが望まれる。 |
| <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   | プライバシーに関する内容は、他の人に聞こえないように声かけを行っている。利用者が不安になったり嫌な思いをするような対応にならないよう配慮している。                         | 計画的な研修会でプライバシーや個人情報保護について違いを明確にして高齢者の尊厳やプライバシーに配慮した支援につなげることができるように学び、理解を深め支援につなげ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 |
| 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                      | 利用者一人一人の意思表示の仕方を把握し、本人の思いや希望を見逃さないように努めている。                              |   |                   |
| 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  | どのように過ごしたいか、本人が分からないときは、職員がその人本位に考え、好きなことなどをして過ごせ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                                   | 季節に合った服装を利用者と選んだり、出かける内容や場所に合わせて服装を支援している。男性の場合は、こまめに髭剃りを行ったりしている。       |   |                   |
| 40            | (19) ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 利用者に合わせた食事形態を実施している。盛り付けの器を利用者に選んでもらったり、食器洗いを利用者と職員と一緒に行うようにしている。        | 利用者の重度化、職員の入れ替わり等で施設内の厨房で調理された食事の提供を受けようになっていたが、現在は利用者が入れ替わり状態が落ち着き週2回夕食をグループホームで利用者の好みや季節を考え献立を立て買い物・調理を行うようになった。利用者の個々の希望や状態に応じて調理には参加してもらえるように支援している。ミキサーの方はいないが刻みの方はある。 |                   |
| 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           | 毎月体重測定を行い、体重増減により日常生活に支障が出ないよう食事量などを調整している。水分摂取量をチェックし一人一人に合った水分を提供している。 |   |                   |

| 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 |
| 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、利用者全員の口腔ケアを行っている。利用者の能力に合わせた方法で、うがいの困難な利用者は洗口液で歯磨きなどを行っている。                            |   |                   |
| 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  | 日中はトイレでの排泄を促している。利用者の排泄のタイミングに合わせて誘導できるように努めている。本人の尿意・便意を可能な限り尊重するようにしている。                 | 完全に自立されている利用者はいないが、声かけが必要な方は半数、衣類の着脱など全介助が必要な方もある。排尿はチェック必要な方だけである。排便についてはチェックしている。 |                   |
| 44            | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                       | 利用者一人一人の排便状態を把握し、便秘にならないよう食べ物や飲み物で工夫したり、医師に相談し、本人に合った薬を処方してもらっている。                         |   |                   |
| 45            | (21) ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている | 一人一人の体の状態に合わせて入浴を行っている。立位や座位の難しい利用者には機械浴を提供している。利用者の希望に沿った時間帯での入浴は難しいが、気持ちよく入浴できるよう配慮している。 | 何らかの支援が必要な方で、同性介助を基本としているが、ADLの低下で一般浴での対応が難しい状態であれば異性介助を行うこともある。                    |                   |
| 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                        | 日中は出来るだけ活動してもらい、夜間眠れるように支援している。夜間照明、室温、雑音などに気を配っている。寝付けない場合は話をして安心できるように働きかけている。           |   |                   |

| 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 |
| 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   | 薬の変更があった場合は、受診記録や申し送りを徹底して職員全員が把握するようにしている。服薬介助時は必ず職員2人以上で確認し、安全に服薬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                                  | 利用者一人一人の能力に合わせて、出来る事をしてもらい、それを毎日継続できるように支援している。外出や散歩などで気分転換を図っている。            |  |                   |
| 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 | その日の希望に沿って外出することはなかなか難しいが、希望を聞いたうえで出来るだけ早く実現できるよう努力している。                      | 年間の行事計画に沿って外で楽しめる機会を持てるように支援している。利用者ができる限り外に出て過ごすことができるように個別の外出支援に努めており、希望に応じて買い物や散歩、喫茶店でのお茶など利用者が楽しめるようにしている。 |                   |
| 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                                  | 利用者と一緒に買い物に行った場合は、財布を持ってもらい、支払いができるよう支援することがある。                               |  |                   |
| 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   | 家族から電話があった場合は本人に取り次ぎ話ができるようにしている。職員から促して利用者自身が家族へ手紙を書くこともあり、職員が郵送している。        |  |                   |

| 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 |
| 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 | 共用空間では利用者が不快な思いをしないよう配慮している。時々利用者に聞いて温度調節をしている。季節ごとに掲示物を変えたり、季節の花を飾ったりしている。                | 外観が見渡せる大きな窓から自然光が差し込むフロアは、季節を感じることができるように壁面の飾り付けを行い、居心地良く過ごせる環境である。利用者のADLの状況に応じて椅子やソファの配置を多少移動させ居心地よく自立した移動動作ができるように配慮している。対面式のキッチンで食事支度をする職員の様子から家庭的な雰囲気が感じられる。 |                   |
| 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   | 気の合う利用者どうしてゆっくり過ごせるようソファやこたつを活用している。共用スペースから少し離れたところにベンチを置いて一人になれる空間を作っている。                |   |                   |
| 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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている   | 入所時には出来るだけ本人の馴染みのある家具や寝具衣類を持ち込んでもらっている。利用者の行動パターンや身体状況に合うよう工夫している。                         | 明るく清潔な居室には使い慣れた品を持ち込まれ、親しみ易く落ち着いて過せるようになっている。利用者のADLや動きの状況・動線を考え居室内の家具や調度の配置を考え、居室内の移動動作を妨げず安全に過ごせるように配慮・支援している。利用者が作成した作品や持ちこまれた家族の写真などを飾り、その人らしい居室づくりを行っている。    |                   |
| 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  | トイレや洗濯場など場所の表示をしたり、食器棚やタンスに表示を付け、利用者が自分の力で片付け出来るようにしている。危険箇所には、保護材を取り付け、安全に生活できるように工夫している。 |   |                   |