

### 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   | 2874200252      |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人 あいおい福祉会  |            |            |
| 事業所名    | グループホーム こすもす倶楽部 |            |            |
| 所在地     | 兵庫県相生市野瀬1356    |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成29年7月         | 評価結果市町村受理日 | 平成29年9月29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29年8月16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)】**

ダイバーショナルセラピーを取り入れた個別ケア。入浴、排泄マニュアル、リスク予測シート、行方不明者捜索 マニュアルなどのマニュアル整備にも力を入れている。ケアについては入居者担当制にしているため入居者・ご家族を含めて細やかな対応が出来る。また、職員教育については定期的に行われている勉強会の実施、新人教育、資格取得支援、キャリアアップ制度の導入など人材育成にも取り組んでいる。市内の他事業所とも情報交換し勉強会を実施している。地域住民とは自治会や有志ボランティアを通じて、野菜の収穫や地域の祭礼行事の参加などで交流を深めている。併設の特別養護老人ホームやデイサービスセンター、事業所内託児所との連携を行い行事やレクリエーションの実施等の幅広く行っている。

**【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)】**

豊かな自然に恵まれた静かな環境に立地し、特別養護老人ホーム・デイサービス・在宅介護支援センター・託児所等を併設している。自治会・地域住民との関係づくりに努め、地域交流と協力関係を深めている。複合施設の利点を活かし、合同のイベントへの参加や日常的な交流がある。ダイバーショナルセラピーを採り入れ、定着セラピーや各種セラピー・行事参加等を個人セラピー記録で評価しながら、個別ケアに取り組んでいる。利用者個々の排泄・入浴マニュアルやリスク予測シートにもとづいて、安全で残存能力を活かした自立支援に取り組んでいる。献立作り・買い物・手作りの食事提供を継続している。看護師の配置や併設施設の看護師との連携を図り、健康管理や早期対応に努めている。

gumareta

**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   | 以前より地域密着型サービスの理念を作っており、職員と理念を共有し、地域交流を図っている。                                     | 法人の基本理念に基づいて、事業所独自の基本理念・地域密着型サービスとしての理念を明文化し、地域密着型サービスとしての意義と役割を明文化している。事業所の基本理念・地域密着型サービスとしての理念は、具体的で職員の行動指針となるような内容となっており、フーカー室に掲示し職員間の共有を図り、日々のケアに反映できるように意識付けを行っている。パンフレットにわかりやすく掲載し、玄関にも掲示して、家族や地域の人への理解も図っている。 | 基本理念の実践と連動した事業計画を基に取り組む等、基本理念の実践に向けて、職員参画で計画的に取り組むことを期待する。 |
| 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   | 以前より地域住民の方より、収穫した野菜などを頂いたり、地域の行事、祭礼への参加も定着している。また、事業所の行事にも地域住民の方が、たくさん参加して頂いている。 | 自治会と協力関係を築き、近隣の方から収穫した野菜や花をいただく等、日常的に地域との交流がある。地域の納涼祭には開催協力と参加を行い、施設の夏祭りには地域の方の参加がある。地域のふれあい昼食会で、地域の高齢者と交流している。編み物や歌等のボランティアの来訪や、託児所の園児の来訪もある。看護学生の実習や、高校生の職場体験の受け入れを行い、事業所の機能を活かし社会貢献に努めている。                        |  |
| 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 | ふれあい昼食会では、レクリエーションなどを通じて地域との交流を行っている。また家族交流会では家族様向けに勉強会を行っている。                   |  |  |

| 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回の実施を行っている。運営状況や 事故報告、ケアの内容など話し合っている。会議で出た意見を取り入れ、地域交流や職員教育に活かしている。                          | 長寿福祉室職員・地域包括支援センター職員・自治会会長・高年クラブ会長・家族代表者が出席し、2ヶ月に1回定期的に開催している。うち2回は地域で開催するふれあい昼食会と合同で開催し、利用者代表も参加している。会議では、利用者の状況・事業所の取組み・事故・苦情要望・第三者評価結果等を報告している。資料と行事の写真を用いて、わかりやすく説明し、意見や質問が出やすいように努めている。災害対応・捜索訓練時の協力について話し合ったり、地域や行政についての情報を得る等、会議での意見や情報を、サービスや運営に活かしている。議事録は、玄関ホールに掲示している。 |                   |
| 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                   | 介護保険更新時や運営推進会議の案内など必ず直接出向き、顔馴染みの関係を作っている。運営面での問題点などがあれば、すぐに相談できる関係作りをしている。                        | 長寿福祉室職員・地域包括支援センター職員が運営推進会議に出席し、事業所の状況や取組みを伝え、情報交換し連携を図っている。質問や相談がある場合や書類の提出時には直接窓口に出向き、担当者と馴染みの関係づくりに努め、情報交換したり助言を受ける機会を持っている。   |                   |
| 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 | 定期的に身体拘束の勉強会を行ったり、職員間で相談や対策などを行っている。玄関と通用口の施錠はしているが日常的な散歩や外出などは頻繁に行っている。また、希望があれば、すぐに開錠し都度対応している。 | 法人全体で身体拘束をしない方針で取り組んでおり、事業所では身体拘束の事例はない。28年度は、「身体拘束廃止・虐待防止」について資料回覧の研修を実施し、回覧印で周知を確認している。また、ユニット会議でスピーチロックについても意識付けを行っている。門は施錠しているが、外出の希望がある時は職員が対応している。また、ユニットの扉・中庭へのガラス戸・玄関は施錠せず、ユニット間の行き来や中庭への出入りは自由で、日々の生活の中で利用者が閉塞感なく暮らせるように支援している。  |                   |

| 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     | 施設内での勉強会や資料の配布を行い、虐待や高齢者の方への接遇に対する意識付けを行っている。事例はない。            | 上記身体拘束廃止と同様に、28年度は虐待防止についても資料回覧の研修を行った。ユニット会議で接遇について研修を行い、不適切ケアについても意識付けを行っている。入浴時や更衣時に身体状況の観察を行い、虐待が見逃されることが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 | 成年後見制度については施設内の勉強会では、まだまだ弱い部分でもあるので今後、外部研修などを通じて知識をつけなければいけない。 | 成年後見制度など、権利擁護に関する制度についての研修の実施には至っていない。現在までに、制度を利用したり、必要性が感じられる事例はない。今後、制度利用が必要になった場合には、管理者が窓口となり、法人内の担当者と連携をとり、制度利用が円滑に進められるように支援する体制がある。  | 職員全員が権利擁護に関する制度について一定の知識を持ち、必要な支援が行えるように、学ぶ機会を設けることが望まれる。また、必要な研修項目については、29年度も引き続き計画的に研修を実施することが望まれる。 |
| 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                      | 契約時に重要事項説明書などに沿って、家族様や本人様に十分な説明を行い理解が得られるように努めている。             | 見学時には、パンフレットを用いて、サービス内容や料金等の概略を説明している。契約時には、管理者が契約書・重要事項説明書を用いて、質問に答えながら、理解と納得が得られるように丁寧な説明に努めている。特に、利用料金については、個別にシュミレーションを行い具体的に説明している。契約内容の改定時には、変更部分を文書で説明して通知したり、内容に応じて、文書で同意を得ている。契約終了時は、十分な話し合いを行い、法人内のバックアップ体制も活用し、円滑な退居のための支援に努めている。 |   |

| 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 |
| 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                | 利用者様や家族様からの要望や苦情は相談受付票にて受付けている。また運営者や職員への周知を図り、改善策を講じることで利用者様の意見の尊重や生活への満足に繋げている。   | 家族の面会時には職員が利用者の近況を伝え、また、毎月「ユニット便り」で利用者一人一人の健康状態や生活の様子を写真と共に伝え、意見・要望を引き出しやすいように努めている。利用者・家族から出された意見・要望等は、リーダーに報告し、申し送りノートや生活記録に記録し職員間で共有している。内容に応じて支援経過記録にも記録している。年1回開催される家族交流会や夏祭り等にも家族の参加を募り、話しやすい関係づくりと意見・要望の把握に努めている。訪問マッサージの導入・デイサービスとの交流・外出支援等、家族からの意見・要望を実践できるように取り組んでいる。 |                   |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                 | 運営者は各ユニット会議や勉強会には積極的に参加し、現状把握や職員の意見、提案を聴く機会を作っている。また昼食を共に摂り、職員や利用者様との交流に努めている。      | 月に1回、リーダー会議・ユニット会議を行い、管理者も出席して、職員の意見や提案を把握している。各委員会活動でも職員の意見を反映している。人事考課制度を導入し、年2回の管理者との個人面談や、情意考課票の意見欄でも、個別に意見を把握する機会を設けている。内容に応じて、幹部会議や管理者会議で、管理者が職員の意見を上位者に伝えている。業務分担や業務改善など、職員の意見や提案を採り入れて実施している。また、職員の異動は利用者との馴染みの関係を重視し、必要最小限に行われている。                                     |                   |
| 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 | 年2回を目途に自己の振り返りとして、情意考課、能力考課を行っている。また今年度よりキャリアアップ制度の導入や、各資格手当や役職手当が増額され職員の向上心に繋げている。 |   |                   |
| 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    | 年2回、管理者と面談を行い今後の方向性を話し合ったり、今年度よりキャリアアップ制度の導入により資格試験や研修などの目安を立てている。                  |   |                   |

| 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 |
| 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 | 相生市と上郡町のグループホーム連絡会を2ヶ月に1回開催し、情報交換、ネットワーク作りを行っている。                               |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |  |   |      |                   |
| 15                           | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている           | 利用するにあたっての疑問や不安は、できるだけ取り除く。信頼関係を築くために誠心誠意を込めた対応を心掛けている。                         |      |                   |
| 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                      | 利用される前に必ず、ご自宅などに伺い、家族様の疑問や不安に、しっかりと応える。なんでも話せやすい雰囲気づくりを心掛ける。                    |      |                   |
| 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                  | 相談時には、希望や必要性に沿ったフォーマル、インフォーマルなサービスの情報提供を行ったり、各関係機関との連携を活用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                                  | 食事の準備や後片付け、掃除や洗濯など日常業務については利用者様と実施し、共に生活する関係を作っている。                             |      |                   |
| 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、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                   | 電話やユニット便りにて都度、情報提供に努め、面会や家族交流会、行事への参加を奨励している。また家族様に相談し支援方法や提案を募るなど関係作りに取り組んでいる。 |      |                   |

| 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 |
| 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               | 友人の方の面会受け入れや、以前利用されていたデイサービス利用者様の面会など希望があれば職員と一緒に伺う。また地域などの催しなどにも参加している。 | 家族記入の「バックグラウンドシート」や日々の会話の中で、利用者の馴染みの人や場所について把握に努めている。友人・知人の来訪の受け入れや、デイサービス利用者との交流等、馴染みの人との関係が継続できるように支援している。地域行事や地域の店舗など、馴染みの場所にも出かけられるように支援している。生まれ故郷へ個別の外出支援も行った。お墓参りなど、家族と馴染みの場所に出かける際は、必要に応じて、車椅子の貸出等、支援を行っている。 |                   |
| 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                | 食事席の工夫や気の合う方同士が過ごせる環境作りを行い、ユニット間の交流する機会を設けている。                           |   |                   |
| 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 | 特養へ上がられた方は時々様子を伺いに行ったり、特養との合同行事の際には家族様とも話をする機会がある。また、特養職員との情報共有に努めている。   |   |                   |
| <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                   | 普段の会話から出た希望や要望などを聞き取り、出来るだけ叶えられるように職員同士話し合ったり、時には家族様も巻き込む。               | 契約時に把握した利用者・家族の意向はアセスメント表に記録し、入居後に把握した意向は申し送りノートや、内容に応じて生活記録や支援経過記録に記録し、共有している。認知症状の進行等で、意向の把握が困難な場合は、以前に把握していた情報や家族からの情報、また、本人の表情や反応等から、本人の視点に立って話し合い、日々のケアや介護計画に反映できるように取り組んでいる。                                  |                   |

| 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   |
| 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  | 聞き取りシートにおける情報や面会時に家族様から得られた話、また本人様との普段の会話から情報を集め、ユニット会議などで話し合う。                       |   |   |
| 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  | 日々の観察や記録をもとに、変化時の対応を申し送ったり、ユニット会議で現実課題や支援策を検討している。不穏状況の出現頻度の高い方は特に緻密な記録をノートに記し伝達している。 |   |   |
| 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 | プラン作成の際は、ユニット職員同士、情報を集め家族様や本人様にも話を伺い立案する。またモニタリングで課題を再検討している。                         | 家族記入の「バックグラウンドシート」や「アセスメント表」をもとに、介護計画を作成し、サービスに実施状況は「生活記録」に記録している。課題があれば毎月のユニット会議で検討し、介護計画変更の必要性の有無については、毎月確認している。定期時には6ヶ月に1回介護計画の見直しを実施している。状況の変化等により変更の必要があれば、随時見直しを行い現状に即した介護計画を作成している。1年に1回再アセスメントを行い、変更について記録している。 | 介護計画に基づいたサービス実施が明確になる記録、目標の達成度・評価を明示したモニタリング様式、再アセスメントの様式の工夫が望まれる。また、介護計画見直し時の検討内容や家族・関係者からの意見の集約が明確になる議事録の整備が望まれる。 |
| 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                             | 申し送りノートやケース記録、チェック表などを活用し、情報を共有している。また担当者は、細かい情報収集を行い、ユニット会議などで話し合っている。               |   |   |
| 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                    | 利用者様や家族様の要望があれば以前、通われていたデイサービスやショートユニットに職員と一緒にいたり、食べ物や日用品の購入についても個別に対応している。           |   |   |
| 29                | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                              | 相生市の社会福祉協議会や長寿福祉室、地域包括支援センターなどと連携を図っている。また社会福祉協議会から遊具を借りたりして、余暇活動にも活かしている。            |   |   |



| 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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                 | 協力医療機関との連携はもちろん、希望に沿った受診、往診を実施している。   | 契約時に確認し、利用者・家族が希望する受診支援を行っている。協力医療機関から、内科・心療内科・歯科・眼科の往診を受けられる体制がある。他科については、家族の通院同行を基本としているが、緊急時など状況に応じて事業所が対応している。家族が同行する場合は、必要な情報を文書で医師に託している。受診結果は、受診記録に、また、内容に応じて生活記録・支援経過記録に記録し、必要時には家族に電話で報告している。週1回の看護師の配置や併設施設の看護師との連携により、健康管理や適切な対応が行える体制がある。 |                   |
| 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                               | 週1回、2時間ずつ看護師を配置し、利用者様の医療的な支援やリハビリを実施している。また併設の特養の看護師とも連携を図り、看護職との繋がりも多くある。                  |   |                   |
| 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。 | 職員は早期退院に向けて、退院後の生活注意点や通院頻度、介助方法など必ず医師や看護師と話し合っている。退院直前はケース会議を開催し、対応策やケア方法を確認できるように努めている。    | 近年、入院の事例はない。入院になった場合は、サマリー等で医療機関に情報提供を行い、入院中は医療連携室や家族と連携をとり、早期退院に向けて支援する体制がある。また、退院時にはカンファレンスへの参加や看護サマリーの提供により、退院後の支援を検討する仕組みがある。   |                   |
| 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  | 家族交流会でターミナルについての勉強会を家族様と行った。また併設の特養とも連携を行っている。まだグループホームでの事例はないが、今後行っていく必要性はあることを家族様にも伝えている。 | 「重度化・終末期指針」を整備し、契約時に説明し、利用者・家族の意向確認を行っている。現在までに事例はないが、重度化を迎えた段階で、主治医から家族に状況の説明を行い、再度意向を確認し、家族の希望があれば、協力医療機関と施設の看護師と連携をとり、看取り介護を行う体制がある。法人でターミナルケアについての勉強会を実施し、職員が理解を深める機会を設けている。また、家族交流会でも、ターミナルケアについての勉強会を行った。                                       |                   |

| 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   |
| 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           | 以前は定期的に心肺蘇生法やAEDの講習を受講していたが、最近は行えていないので早急に勉強会や講習を受けるようにする。                |   |   |
| 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、避難訓練は併設施設と合同で年2回実施している。地震や水害などの自然災害を想定し、地域や市町村との連携した対策は運営推進会議で話し合っている。 | 年に2回、消防署が立ち合い、併設施設と合同で、昼間想定での、通報・消火・避難誘導の総合訓練を実施している。自然災害時の地域との協力については、運営推進会議で話し合っている。水・食料・備品については、管理責任者を決め、事業所と施設で備蓄している。  | 昼間想定での訓練と共に、夜間想定での訓練の実施が望まれる。また、自然災害に対しても、具体的な対応を検討し、周知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                   | 各委員に専門性を持たせ、各委員よりユニット職員へ伝えていく。その際、各委員とプライバシーや言葉かけについて話し合っている。             | 勉強会やユニット会議で接遇や不適切ケアについて学ぶ機会を持ち、利用者の尊厳やプライバシーを損ねない言葉かけや対応への意識付けに取り組んでいる。排泄・入浴介助時のプライバシーや羞恥心への配慮について、個別の排泄・入浴マニュアルに記載して周知している。「ユニットだより」やフェイスブック等への写真の掲載について、家族の同意を得ている。個人記録ファイルの背表紙の表示を工夫したり、情報ファイルを鍵のかかる書庫に保管する等、個人情報の適切な管理に努めている。 |   |
| 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                     | 自己決定を尊重し、選択肢のある問いかけに配慮している。自己決定が難しい方には1つずつ丁寧に説明をすることを心掛けている。              |   |   |
| 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 | 料理や洗濯、掃除など同意や希望を都度伺いつつ、利用者様に合ったペースや能力に応じた声掛けを行っている。                       |   |   |

| 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 |
| 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                                     | 習慣を把握した上で化粧を促し、洋服を共に選択するなど楽しく取り組んでいる。また時々ネイルアートやメイクなどの行事をして、おしゃれを楽しんで頂いている。            |   |                   |
| 40            | (19) ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 買い物がある日などは利用者様に夕食のメニューを聞いて作ったりしている。また、テーブル拭きや食器の片付け、調理の準備などを手伝って頂いている。                 | 利用者の希望・季節感・行事等を探り入れて、栄養士の資格を持った職員が献立を作成し、各ユニットで手作りの食事を提供している。下ごしらえ・テーブル拭き・食器の片づけ・おやつ作り等、利用者の好みや力量に応じて参加できるように支援している。職員も利用者と一緒に食事をし、家庭的な雰囲気の中で食事が楽しめるようにしている。スイーツバイキング・パンバイキング・家族会やお花見でのお弁当・スイカわり・お茶会等、変化が楽しめる機会も設けている。                            |                   |
| 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             | 食事・水分摂取量の記録を行っている。また月初めには体重測定も行って健康管理をしている。記録は看護師とも情報を共有している。                          |   |                   |
| 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                      | 自身で出来る方には声掛けを行い口腔ケアをして頂いている。自身で難しい方は、お手伝いをさせて頂いている。口腔ケアの道具も看護師と協力して、その方に合った口腔ケアを行っている。 |   |                   |
| 43            | (20) ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている | 排泄委員が主体となり、排泄チェック表などで利用者様の排泄パターンを掴みパッドの選定なども行っている。                                     | 排泄チェック表を用いて、利用者個々の排泄状況や排泄パターンを把握し、できる限りトイレで排泄できるように支援している。排泄チェック表は、汚染の状況から原因を検討し、支援方法に反映できるように工夫されている。利用者個々の排泄マニュアルを作成し、利用者のADL等に応じて、残存能力を活かして安全に排泄できるように取り組んでいる。排泄委員が中心となり、利用者の現状に適した排泄用品を検討し、不快感や経済的な負担の軽減に配慮している。必要時には、看護師と連携して排便コントロールを行っている。 |                   |

| 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 |
| 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                            | 便秘のひどい方にはヨーグルトや乳製品を提供している。また水分摂取や運動を取り入れ便秘解消に努めている。                                    |  |                   |
| 45                | (21) ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 希望や能力に合わせた支援を実施している。利用者様の希望に出来るだけ合わせている。   | 週に2回の入浴を基本としているが、希望や状況に応じて臨機応変に対応している。1対1の個浴で、プライバシーに配慮しながら入浴支援している。個別の入浴マニュアルを作成し、利用者のADL等に応じて、残存能力を活かして安全に入浴できるように取り組んでいる。入浴を嫌がる利用者には、無理強いせず、職員・声かけ・タイミングを工夫して対応している。利用者個々の好みのシャンプーやリンスを使い、入浴が楽しめるように工夫している。 |                   |
| 46                | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                             | 日中、眠気の強い時などは居室にて、ゆっくりと休んで頂いている。また、状況や体調に合わせて、就寝前の飲み物や空調を調節している。寝具等も季節や生活習慣に合わせて対応している。 |  |                   |
| 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                        | 利用者様の個別ファイルに薬情を挟んでおり都度確認している。定期薬の処方内容に変更がある際は個別ファイルと職員連絡ノートに記載し情報共有している。               |  |                   |
| 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           | セラピー・行事委員が主体となり、年間の行事予定や日々のレクリエーションなどを企画している。また編み物教室や歌の会など外部からのボランティアもお招きしている。         |  |                   |

| 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                             |
| 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                      | 出来る限り希望に添えられるよう努めている。また家族様との外出も、あまり制限なく自由にして頂いている。   | 地域の納涼祭やふれあい昼食会に出かけ地域交流を図っている。気候の良い時期には、中庭で散歩やお茶を楽しんだり、敷地内の託児所を訪問している。生まれ故郷を訪ねる、個別の外出も支援している。家族が外出同行する場合は、薬の調整や必要に応じて車いすの貸し出しなど、安心して出かけられるように支援している。  | 季節の外出やプチ旅行など、現在企画中の外出を実施し、外出支援に取り組まれることを期待する。 |
| 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   | 個人の支払いや管理能力に合わせて保管方法や買い物支援など多様に対応している。   |  |   |
| 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  | 希望者には携帯電話などを持ち込みされている。また、電話を掛けたいと希望をされる方は出来るだけ協力をさせて頂いている。家族様宛に書かれた手紙も毎月の請求書と一緒に送らせて頂いている。 |  |   |
| 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 | 季節を認識できるような草花を生けたり、置物や飾りに工夫を凝らしている。食事の状況や日々の希望に応じて、テレビの音量も調節している。適切な温度・湿度になるよう確認している。      | 玄関前の花壇には季節の花が植えられ、植え替えは利用者と一緒にしている。玄関ホールには、ミシン・タイプライター・火鉢等昔懐かしい道具が飾られている。各ユニットはゆったりと広く、大きな窓から採光がよく、テーブルやソファで思い思いに過ごせる環境がある。七夕飾り等、季節感のある飾りもされている。ユニット内にキッチンがあり、調理の音や匂いから家庭的な雰囲気が感じられる。ユニット間や中庭への行き来が自由にでき、閉塞感なく過ごせる環境がある。 |   |
| 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   | リビングでのテーブル席は気の合う人同士で過ごせるように配慮している。ソファでゆったりと過ごして頂ける場所もある。                                   |  |   |

| 自己<br>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 |
| 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 | 家庭より、使い慣れた家具を持って来て頂いたり、家族様と一緒に買い物に行き、ご自分の好きな物を買って頂いたりしている。また、必要と思われる物は家族様に連絡し、購入させて頂いたりもしている。 | 居室には洗面台・クロゼット・ベッドが設置されており、その他は箆笥・机・椅子・テレビ等使い慣れた家具や、家族の写真・ぬいぐるみ等が持ち込まれ、居心地よく過ごせるように支援している。居室前にメモリーボックスを設置し、思い出の品やお気に入りの品を飾り、部屋間違いも防止している。 |                   |
| 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    | トイレや浴室には手すりを設置したり、下駄箱横には椅子を置き転倒防止を図っている。また、トイレが分かるように張り紙で工夫している。                              |  |                   |