

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 | 2870200629 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 光朔会 | | |
| 事業所名 | グループホーム オリμπピア灘 | | |
| 所在地 | 兵庫県神戸市灘区灘北通3丁目1-15 | | |
| 自己評価作成日 | 2019年1月1日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3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 | http://www.kaigokensaku.jp/28/ |
|----------|---|

【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31年1月24日 | | |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

新しいことにチャレンジを続けるオリμπピア灘は、「生活の主人公は利用者ご本人です」という理念のもと、利用者ひとりひとりの「そのらしさ」を大切に、利用者の可能性を最大限に引き出すケアを行っている。共用型デイサービス、グループホームと住み慣れた地域で継続してケアを受けることができ、より適切に地域のニーズに添っている。また、地域の方に楽しんで頂けるコンサート等の開催や、町内会からの依頼でこども神輿の中継所として交流を持ち、地域のお祭りへの参加や地域ケア会議に出席して、認知症ケアの拠点として地域密着サービスを進めている。神戸芸術センターで開催した認知症の基礎理解講演会では、地域住民や地域の事業所の方へ向けて、認知症の基礎理解を通して、光朔会オリμπピアの理念、活動への思いを伝えることができた。多くの内外の行事やイベントを行い、スタッフから幅広く自由な意見交換を行い、一層の飛躍を目指している。

【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)】

「理念」と「3つの約束」を明文化し、毎朝利用者と共に唱和し、実現に向けたユニット毎の年間・月間ビジョン・個人目標を設定して取り組み、カンファレンスで繰り返し共有を図り、理念の浸透と実践に継続的に取り組んでいる。利用者の地域交流、事業所としての地域交流と地域貢献が継続して深められ、また、地域を超えて活動・受け入れの範囲を広げて役割を担っている。ユニット毎の手作りの食事や事業所内外での多種の食事イベント、調理参加等日常生活の中での役割づくり、希望に沿った外出支援、季節ごとのイベント等、重度化しても、利用者個々の状態に応じて楽しく活動的に生活できる支援に取り組んでいる。研修体制の整備・人事考課制度導入・頻回なカンファレンス等、職員の資質向上がサービスの質の向上に繋がるように取り組んでいる。

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 ↓該当するものに○印 | 項目 | 取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23,24,25) | ○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 (参考項目:9,10,19) | ○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38) | ○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20) | ○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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 (参考項目:36,37) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | ○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30,31) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 |
| I.理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 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 | 「高齢になっても、誇りを持ってこれまでどおりの暮らしを安心して続けていただくお手伝い」を理念とし、理念実践のための3つの約束とともに、毎日の朝礼、理事長研修等を通じ、全職員で共有、実践している。課題があれば随時カンファレンスを行い、時には3ユニット合同でのカンファレンスも行い、理念に沿っているか見直す機会としている。 | 法人共通の理念、職員の行動規範となる「3つの約束」を明文化し、理念の中に地域密着型サービスとしての意義が盛り込まれている。新人研修・理事長研修等で共有と理解を図り、毎日の朝礼で利用者と共に唱和し浸透と意識付けに継続的に取り組んでいる。随時行われるカンファレンスで言葉遣い・対応・支援方法等を検討する際には、理念に立ち戻って話し合い、カンファレンス記録で共有し理念の実践に努めている。また、毎年、各ユニットで年間ビジョンを策定して半期ごとに振り返りを行い、また、毎月のユニット目標も設定し、理念の実践に向け継続的・計画的に取り組んでいる。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している | 地域の一員として自治会に加入し、地域の方が気軽に立ち寄れるホームとして、また日々の外出、買い物、地域の行事への参加を通じ交流を図っている。ワークキャンプやトライアルウィークの受け入れ、地域ケア会議の参加など、利用者と地域との繋がりを様々な場面でやっている。 | 自治会に加入し、自治会や民生委員と日常的に交流がある。散歩・買い物・喫茶など日々の外出、季節のお出かけ、地域の祭り等、利用者が地域に出かけ交流する機会を数多く設けている。コンサートやダンス、プリザードフラワーやリース作りの教室、クリスマスに教会や郵便局からの来訪等、ボランティアの来訪も多い。民生委員・地域住民からの見学・介護相談への対応、トライやるウィーク・ワークキャンプの受け入れ、子ども神輿・だんじりへの休憩所の提供、災害時の避難受け入れ、法人が開催する講演会や研修の開催協力など、地域貢献にも継続して取り組んでいる。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 神戸芸術センターにて、認知症理解の基礎知識として、地域の方へ向けて講演会を開催した。講演会後も、入居希望や相談の電話を受け付け、見学を通してグループホームでの活動を伝えるだけでなく、在宅でのお悩み相談を受け付ける。 | | |

| 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 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議では、写真やビデオ等を利用し、利用者と共に日々の生活やイベントの様子を報告している。また、評価への取り組み等についても報告し、質向上のための話し合いをしている。会議で出された意見・要望等には素早く対応し、サービス向上に活かしている。また、今年度よりデイサービスの運推も同時開催し、地域との関わり等意見交換を行っている。 | あんしんすこやかセンター職員・民生委員・大学名誉教授、また、各階からの利用者・家族も多数参加して、2ヶ月に1回開催している。「月刊オリμπピア灘」や、時にはビデオ等を見ながら、利用者の生活の様子・行事・活動等を報告している。参加者一人ひとりに自己紹介をお願いし、利用者・家族が外部者に意見を表す機会を設けている。参加者から地域の動向やイベント・行事の情報を得て、サービスや運営に反映している。開催内容は「月刊オリμπピア灘」で紹介すると共に、次回開催日も含めて議事録をホームページで公開している。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる | 市担当者とは役所に出向いたり、電話等により日常的に情報交換を行い、適切な指導を受けている。また、神戸市が開催する集団指導や講演会等にも積極的に参加し、日常業務に役立てている。また、民生委員の見学等、市担当者からの見学も受け入れ、より良い協力関係の構築に努めている。 | あんしんすこやかセンター職員が運営推進会議に参加し、事業所の状況や取り組みを伝え、地域について情報提供を受ける等連携を図っている。市が主催する集団指導や講演会に参加し、また、電話や窓口訪問で市の担当者から助言や情報を受け、運営に反映している。地域ケア会議やさくら塾(医療・福祉関係者・民生委員等の連絡会)にも参加している。市からの依頼を受け、民生委員や施設関係者などの見学を受け入れる等、協働関係を築いている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束廃止の理念をホーム長および全職員が共有し、身体拘束廃止に向けた理事専任研修を受けている。日々のケアにおいても、拘束に当たらないか常に話し合い、職員一人ひとりの意識の向上を目指している。また、玄関、エレベーターは日中施錠せず自由に出入りができるほか、心理的な鍵をかけないように取り組んでいる。 | ゼロにむけての指針を整備し、身体拘束をしないケアの実践を徹底している。「身体拘束廃止委員会」を設け、年4回の予定で、概ね3か月に1回開催し、身体拘束事例0件の確認と、スピーチロック・ドラッグロックを含めた適正化について検討している。議事録は、各ユニットで回覧し周知を図っている。法人の全体研修・事業所内研修で、「身体拘束廃止」の研修を年2回実施している。事業所内研修は複数回に分けて実施し、すべての職員が参加し周知徹底に努めている。また、ユニットカンファレンスでも、適宜身体拘束に関する議題を採り上げ、意識向上に努めている。玄関・エレベーターは施錠は行っていない。 | |

| 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 |
| 7 | (6) | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 高齢者虐待防止に関する理事長の研修を全職員がを受け、虐待の定義や高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。また、虐待につながりそうな危険がないか、日々のケアにおいて常に注意し、その都度話し合う機会を持ち、身体的な虐待だけでなく、心理的な虐待も見過ごされることがないように努めている。 | 身体拘束廃止と同様に、法人の全体研修と事業所内研修で、「高齢者虐待」に関する研修を実施し理解と浸透を図っている。研修受講後は、全職員が受講レポートを提出している。また、随時開催されるユニット会議でも言葉遣いや対応について具体的に検討し、心理的な虐待についても、職員の意識向上に取り組んでいる。 | |
| 8 | (7) | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 権利擁護に関する制度の理解と活用について行政書士による研修を実施し、日常生活自立支援事業や成年後見制度について知識を深める場を設けている。また、利用者ご家族等から相談を受けることが時々あり、適切な支援ができるよう努めている。 | 権利擁護に関する制度について、法人の全体会議や事業所内研修で学ぶ機会を設けている。現在は、成年後見制度を利用している利用者はいないが、必要性や相談があれば、事務長が窓口となり対応・支援する仕組みがある。また、司法書士事務所・行政書士事務所とも連携がとれている。 | |
| 9 | (8) | ○契約に関する説明と納得 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 | 契約の締結、解約、改定等の際には、十分な時間を取り、利用者やご家族の立場に立って、理解・納得が得られるように説明を行っている。疑問点に関しては速やかに解決できるように対応している。また、リーダーも現場からの声を伝えるように努めている。入居前には見学、打ち合わせを推奨し、不安を解消した上でご入居いただいている。 | 入居希望者には、本人・家族の見学を勧め、状況に応じて管理者・ユニットリーダーが自宅や病院などで面会し、「利用開始にあたって」の資料に沿って入居基準・利用料金等概略を説明している。契約時は契約書・重要事項説明書・各種同意書に沿って管理者が説明を行っている。ユニットリーダーも同席し、入居後の生活について具体的に説明し、家族からの質問に答え不安や疑問の解消に努めている。契約内容改定の場合は、変更内容を明記した文書を作成し、面会時や電話の際に詳しく説明し文書で同意を得ている。入院・他施設入所などの際には、円滑な移行ができるように情報提供等の支援を行っている。 | |

| 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 |
| 10 | (9) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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 | ご家族懇談会、運営推進会議、食事会等の行事やご家族来訪時、また来訪が難しいご家族にも定期的な連絡により、利用者、ご家族の意見・要望を聴く機会を数多く設けている。寄せられた意見や要望は、速やかに当該フロアへ反映させるために情報を集約し、申し送りを行っている。 | 家族の面会時には近況を報告し、「月間オリンピックア」で行事・活動・生活の様子等を伝え、家族が意見・要望を話しやすいように取り組んでいる。家族懇談会・家族を招待するイベントや外出行事等で、話しやすい関係づくりに努めている。運営推進会議に利用者・家族の出席があり、事業所や外部の人に意見を表す機会を設けている。様々な機会に把握した意見や要望は、各ユニットで情報共有し、個人的な内容は個別に迅速に対応を図っている。内容に応じて、ユニットカンファレンスで検討し実践している。 | |
| 11 | (10) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | ホーム長や管理者は、随時、職員からの意見や希望を聞く体制をとっている。ご利用者のケア、業務の改善案、設備管理について、現場の意見が直ぐにトップへ届く仕組みになっている。 | 各ユニットで随時カンファレンスを開催し、職員が意見や提案を出し合って検討している。議事録を回覧して職員間で共有し、ホーム長・管理者も把握している。利用者の介護・支援方法、業務・接遇面での共通理解等について、頻回にカンファレンスが実施されている。人事考課制度を導入し、全職員が自己評価シートを作成し、リーダー面談、管理者面談、ホーム長面談を行い、職員が個別に意見を伝える機会も設けている。日常的にも話しやすく相談しやすい職場環境づくりに努め、職員の意見・提案はリーダーが集約し、また、直接、管理者・ホーム長に伝えられる仕組みがある。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | 職員一人ひとりが能力を発揮することができるよう毎年目標を設定し、それに対する自己評価、人事考課を実施している。努力や実績を積極的に評価することにより、得意分野を活かし、向上心を持って働けるよう環境を整備している。 | | |

| 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 |
| 13 | ○職員を育てる取り組み 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 | 必須研修だけでなく、キャリアアップ研修のような学びが処遇に繋がる研修の受講。法人としてスウェーデン研修や初任者研修など、様々な側面から職員の学びとなる研修を開催している。また、認知症実践者研修やコンプライアンス研修など、法人外の研修にも参加している。 | | |
| 14 | ○同業者との交流を通じた向上 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 | 同じ地域の小規模多機能サービスの運営推進会議に参加している。各種研修の受講時、広報時にグループホームだけでなく居宅介護支援事業所やデイサービスとの情報を交換している。 | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | |
| 15 | ○初期に築く本人との信頼関係 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 | サービス導入段階において、「生活の主人公は利用者ご本人」という理念のもと、ご本人の立場に立って、困っていることや不安・要望等に耳を傾けている。安心して新しい生活を迎えていただけるように、スタッフ全員で情報を共有し、信頼関係の構築を目指している。 | | |
| 16 | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 入居までにご家族が抱えている不安や様々な要望を確実に把握するため、面談や来訪を通じてご家族の思いを十分聴く時間を設けている。ご家族の思いを受け止め、信頼関係を構築し、サービスの導入を行うようにしている。 | | |
| 17 | ○初期対応の見極めと支援 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 | ご本人とご家族が今置かれる状況を的確に把握し、その時に必要としている支援を見極め、早急かつ適切に対応できるよう努めている。必要に応じて、法人内外の他のサービスへの支援も行っている。 | | |

| 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 |
| 18 | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 生活の主人公は利用者ご本人であり、職員は生活のお手伝いをさせていただくという理念のもと、日々の喜びや悲しみを共有し、お互いに支え合い、向上することができる関係性を築いている。利用者から生活の知恵など多くのことを学び、利用者が職員を支えるという場面も生まれている。 | | |
| 19 | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | ご本人がこれまで通りの生活を行うために、ご家族はご本人の一番の代弁者であることを職員間の意識として共有している。ご家族もチームの一員として、日常から行事などの際も参加されている。 | | |
| 20 | (11) ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | ご本人のこれまでの人生をよく知り、日々の電話やお手紙を支援するほか、ご家族の協力も得ながら、馴染みの人との面会や同窓会への参加、ご自宅や思い出の場所(喫茶店等)、墓参り等への外出を支援するなど、これまで大切にしてきた関係性を途切れさせないように努めている。 | 「生活歴シート」や「私の暮らし方シート」をもとに、利用者個々の馴染みの人や場所についての情報の把握に努めている。「私の暮らし方シート」を定期的に更新することにより、情報を蓄積し支援に活かせる仕組みがある。家族の他にも友人・知人の来訪が多く、来訪時にはゆっくり過ごせるように配慮し、また、電話・手紙も活用し、馴染みの人との関係が継続できるように支援している。商店街での買い物・喫茶・外食・理美容・神社参拝・教会礼拝・自宅への一時帰宅など、馴染みの場所との関係も継続できるように、個別の外出支援を行っている。 | |
| 21 | ○利用者同士の関係の支援 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 | 利用者同士の関係を常に把握し、利用者同士が共に助け合い、支え合えるように支援している。利用者同士が相談して物事を決め、互いに思いやり、労る場面を常に尊重し、職員は介入しすぎることなく自然に関わるよう努めている。またユニットを越えての利用者同士の関係作りにも取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 22 | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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 | ご退去となった後も、家族や関係機関から相談や問い合わせはいただいている。また、入居されていたご利用者からの紹介で新たな入居者が決定するケースがある。 | | |
| 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 | | | | |
| 23 | (12) ○思いや意向の把握 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 | 利用者の日々の何気ない言葉を大切にし、思いや希望、意向を常に把握し、職員間で連絡・申し送りノート等を使い共有し、日々のケアに活かしている。意思疎通が難しい方も、表情や行動、言葉の端々から気持ちを汲み取れるよう努めるとともに、ご家族・知人等の協力を得て、利用者自らの思いや意向の把握に取り組んでいる。 | 定期的には3ヶ月毎に「心身の情報シート」を更新し、利用者個々の思いや意向を介護計画や支援に反映している。日常的には、日々のコミュニケーションの中で思いや意向の把握に努め、申し送りノートや介護記録で情報共有し、内容に応じてカンファレンスで検討している。把握が困難な利用者については、以前の情報をもとに推察したり、表情や反応から汲み取ったり、家族からの情報や意見を参考にする等、本人本位に検討できるように取り組んでいる。 | |
| 24 | ○これまでの暮らしの把握 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 | 「今まで通りの生活」を大切に、一人ひとりの生活スタイルに沿った支援ができるように、ご本人やご家族からの情報収集に努めている。また、センター方式のアセスメントを有効に活用することで、生活歴やサービス利用の経過等を把握している。 | | |
| 25 | ○暮らしの現状の把握 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 | 一日の暮らしの流れに沿って、一人ひとりの現状を総合的に把握するように努め、利用者の有する力の変化に柔軟に対応している。利用者の新しい発見、些細な変化等については、リスク予測シート、カンファノート等を活用し、情報を可視化して共有することで日々のケアに役立てている。 | | |

| 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 |
| 26 | (13) | | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング 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</p> | <p>利用者ご本人やご家族の意向、職員の日々の気づきを介護計画に反映させるように、ご本人、ご家族、職員、かかりつけ医がチームでケアプランカンファレンスを行っている。また、日々のカンファレンスや毎月の担当者中心のカンファレンスにおいてモニタリングを実施し、現状に即した介護計画を作成・実践している。またアセスメントシートの見直しに着手しており、より介護計画に反映しやすい物にしていく。</p> | <p>センター方式のシートでアセスメントを行い、ケアプランを作成している。サービスの実施内容は、チェック表と介護記録にタブレット入力している。ケアプランのサービス内容を行動表に記載して、日々の実施状況をプランの番号を付けて確認している。毎月モニタリングを行い、支援方法などで検討が必要な場合は随時カンファレンスで検討している。定期的な計画の見直しは3ヶ月毎に実施し、計画見直し前1週間はセンター方式で日々の生活の状況を記録し、その中の職員の気づきや意見を計画に反映している。また、見直しの際はセンター方式のシートとADL表で再アセスメントを、サービス計画評価表で評価を行い、ケアプランカンファレンスで検討している。議事録に本人・家族の希望、主治医など関係者の意見も記録している。</p> | |
| 27 | | | <p>○個別の記録と実践への反映 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</p> | <p>日誌の記録にタブレットを導入し、必要な情報を見やすくし、記入時間の短縮により、よりケアの時間を長くとれるようになった。チームとしてモニタリングを行い、介護計画へ落とし込むことで、評価の際の見直しも複数の目で行えている。</p> | / | / |
| 28 | | | <p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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</p> | <p>利用者一人ひとりの状況やニーズに応じて、話し合いを重ねながら柔軟なサービス提供に取り組んでいる。重度化や看取りに関しても必要な医療との連携を図り、要望に応えられるように尽力している。また、住み慣れた地域で継続してケアを受けることができるように取り組んでいる。</p> | / | / |

| 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 |
| 29 | | | ○地域資源との協働 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 | 運営推進会議などを通して地域包括支援センターとの協働のほか、近隣の商店街や理美容院、病院等の地域資源を把握し、利用者一人ひとりの持てる力を発揮しながら、地域の持つ力を活用できるように支援している。自治会や民生委員の協力により、地域のお祭りに参加している。 | / | |
| 30 | (14) | | ○かかりつけ医の受診支援 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 | ご本人・ご家族の希望に応じて、かかりつけ医、または協力医療機関に受診できるように支援している。また、かかりつけ医は定期的に往診し、利用者の健康状態を把握しているほか、心配事がある場合には24時間体制で相談や受診ができるよう整えている。 | かかりつけ医の継続、協力医療機関からの往診など、利用者・家族の希望に応じた受診支援を行っている。協力医療機関の内科の往診は定期的には2週間に1回あり、個人別の往診記録に記録している。受診については、状況に応じて職員や家族が同行し、家族のみが同行する場合は文書で情報提供している。受診結果は通院記録に記録している。受診結果や薬の内容などで伝達事項があれば、申し送りノートとタブレットの看護記録に記載し情報共有している。 | |
| 31 | | | ○看護職との協働 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 | 看護師は定期的に訪問しており、利用者の健康管理や状態変化に応じた適切な支援が行える体制が整っている。日頃からケアに携わっている職員が看護師に情報をきっちり伝え、急な変化にも電話連絡で適切な指示をもらっている。感染症予防、通院の判断など、多岐に渡って助言を受けいている。 | / | |
| 32 | (15) | | ○入退院時の医療機関との協働 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。 | 入院時には必要な情報提供を病院へ行き、ご家族、病院との情報を密にして、回復の状態を把握している。退院後の生活が入院前から落ちないように、無用な長期入院にならないように連携を深めている。 | 入院時には、医療機関からの要請に応じて情報提供を行っている。入院中は、仲の良い利用者と一緒に面会に行き、本人の不安の軽減に努めている。病院関係者と情報交換しながら、入院が長期にならないように、病状が安定すれば早期退院に向けた調整に努め支援している。退院前には退院カンファレンスに参加し、その後、ユニットカンファレンスで受け入れ態勢について検討している。退院時には、看護サマリー等で情報を得て、退院後の支援と介護計画に活かしている。 | |

| 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 |
| 33 | (16) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 入居時に、重度化や終末期の対応に関して方針を確認している。ご本人、ご家族の希望を第一にし、医療機関、看護師との協働により、住み慣れた場所での看取り対応を行っている。 | 契約時に、重度化・終末期に向けた事業所の方針について、「重度化した場合における対応に係る指針」に沿って説明し同意を得ている。実際に重度化・終末期を迎えた段階で、家族が主治医から説明を受け、カンファレンスを行い家族の意向を確認している。看取り介護の意向があれば、看取りの介護計画を作成し、医師・看護師と連携を図りながら家族の意向に沿った支援に取り組んでいる。職員は、医師や看護師から看取り介護についての指導を受け、介護計画にもとづいた統一した支援に取り組んでいる。看取り後には、偲びのカンファレンスを行い、ケアの振り返りを行っている。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 平時から看護師や医師に助言をもらい、緊急時の連絡手段等を確認している。現場の職員に権限を与え、緊急の際は職員の判断で即座に救急車を呼ぶなどの最良の選択ができるようにしている。 | | |
| 35 | (17) | ○災害対策 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 | 非常災害時の対応について職員が研修を定期的受講するほか、昼夜を想定した消防避難訓練を年に2回実施している。また日常的に交流のある自治会、消防署等との連携を図りながら、災害発生時には協力が得られるように取り組んでいる。災害に備えて備品等の準備もしている。 | 消防避難訓練を毎年2回実施し、30年度は4月に昼間想定で実施し、2月に夜間想定で実施を予定している。消防保守点検業者の協力を得て、利用者も参加して、実践的な訓練が行えるように取り組んでいる。多くの職員が参加できるように勤務調整を行い、参加できなかった職員にはカンファレンスで共有を図っている。非常災害時の対応についての研修も行っている。災害時の福祉避難所としての役割を想定し、自治会・消防署と連携を図っている。水・食料・必要物品の備蓄と、備品管理を行っている。 | |

| 自己 第3 | 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | |
| 36 | (18) ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 「誇りを持った暮らしを続けるお手伝い」の理念の実践に努め、全職員が、「敬語でお話すること、尊厳ある生活のお手伝いをする」ことをオリμπピア灘の約束として徹底している。誇りやプライバシーを損ねない声かけや対応等、職員同士常に注意し合い、カンファレンス等で振り返りながら日々のケアの中で活かせるように努めている。 | 「理念」・「3つの約束」を毎朝利用者と一緒に唱和し、利用者の尊厳保持とプライバシーの確保について、周知と実践に取り組んでいる。法人の新人研修で共有を図り、理事長研修・各種研修で継続的に理解を深める機会作りを行っている。各ユニットで、「敬語について」「介助時のプライバシー保護について」など、随時のカンファレンスで繰り返し意識付けを行い、日々の支援の中での実践につなげている。 | |
| 37 | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 「生活の主人公は利用者ご本人」という理念のもと、利用者が自己決定できるように職員は依頼型で声掛けをし、利用者が思いや希望を表すことができるよう取り組んでいる。意思表示が困難な方に対しては、表情や仕草から思いや希望を汲み取るようにしている。 | | |
| 38 | ○日々のその人らしい暮らし 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 | パーソンセンタードケアを基盤としており、お一人ごとに、その方の普通の生活がある。これまでの生活習慣を情報として入居時にまとめており、ご本人ごとの生活が実現できるように介護計画を作成している。 | | |
| 39 | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 利用者ご本人が洋服や化粧品を買いに行く機会を設けたり、近隣の行きつけの美容室で、利用者の好みのヘアスタイルを楽しめるよう相談したりと、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。 | | |

| 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 |
| 40 | (19) ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 献立作りから始まり、一人ひとりの能力を引き出しながらお料理をする。利用者と職員と一緒に生活することで食事を楽しむことができる環境を作っている。 | 利用者の希望・季節感・旬の食材を考慮して、各ユニットで1週間単位で献立作りを行い、法人の栄養士がチェックしている。食材は、地域の商店からの配達と利用者と一緒に買い物で調達し、また、畑プロジェクトで収穫した野菜も活用している。利用者の希望や得意に応じて、調理や後片付けに参加できるように支援し活躍の場を設けている。職員も共に食卓を囲み、家庭的な雰囲気での食事が楽しめるようにしている。利用者の食事づくりへの参加の重要性など、食事についてもカンファレンスで検討している。ユニット単位・ユニット合同・小グループ等で、希望の夕食を楽しむ機会を数多く設け、イベントやカフェで法人内の事業所間交流も行っている。また、事業所内や外食で、家族と共に食事を楽しむ機会作りも数多く行っている。 | |
| 41 | ○栄養摂取や水分確保の支援 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 | 職員が利用者とともに食事をするにより、好みや食事・水分量を把握し、異変があれば職員間で共有している。食事・水分量が低下しつつある利用者は、好みや生活習慣を見直し検討している。また、栄養バランス等については、法人内の栄養士のアドバイスを受けている。 | | |
| 42 | ○口腔内の清潔保持 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 | 職員は口腔ケアの重要性を理解し、一人ひとりの口腔状態や、ご本人の力に応じた口腔ケアを一緒に考え実施している。歯科医の定期往診を受けて、口腔状態の維持に努めている利用者もおられる。 | | |

| 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 |
| 43 | (20) ○排泄の自立支援 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 | 一人ひとりの排泄のパターンや習慣を把握し、排泄の自立に向けて支援している。パット等を安易に使用せず、本人の排泄パターンにあったお声かけをしている。また、本人の羞恥心に配慮した情報の伝達を心がけている。 | 排泄についての情報を詳細にタブレットに入力し、個々の排泄状況やパターンを把握し、トイレでの排泄・排泄の自立に向けて支援している。変化や課題があれば、随時カンファレンスで話し合い、現状に即した介助方法、排泄用品を検討し、本人・家族の同意のもとに実施している。声かけ・介助時・職員間の情報伝達時には、プライバシー・羞恥心への配慮の徹底を図っている。 | |
| 44 | ○便秘の予防と対応 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 | 水分摂取量をタブレットにより確認しながら十分な摂取ができるように働きかけている。また、散歩や体操により体を動かす時間を作り、看護師への相談により、必要に応じて医師に上申する。 | | |
| 45 | (21) ○入浴を楽しむことができる支援 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 | 入居前の生活環境に合わせて、ご本人の希望に合わせて入浴ができる。ご希望の方は毎日でも入れるが、お風呂が苦手な方も、ご本人との関係を大切にして入浴いただいている。 | 希望や体調に応じて曜日や時間を設定せず、週2回以上の入浴を基本とし、希望の回数で入浴できるように支援している。利用者毎にさら湯にし、自身のペースでゆっくり入浴できるように配慮している。入浴が苦手な利用者には、理由の解消・関係の構築に努め、安心して入浴できるように配慮している。お気に入りのボディクリームや入浴剤の使用、入浴後のビール等、入浴が楽しめるように工夫している。ADLの低下等の身体状況の変化に応じて、カンファレンスで検討し、2人介助を行う等安全に入浴できるように支援している。 | |
| 46 | ○安眠や休息の支援 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 | 利用者一人ひとりが必要な休息や睡眠をとれるよう、生活リズムやその日の状況に応じて支援している。一律の就寝時間などは設けず、一人ひとりの生活のペースを尊重し、就寝前にはリラックスして過ごせるよう配慮している。また使い慣れた枕等を持ってきている方もいる。 | | |

| 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 |
| 47 | ○服薬支援 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 | 全職員が薬の目的や用法を把握できるよう薬リストをファイルし、適切な服薬の援助ができるように、日々情報の共有を行っている。服薬時には確認を怠らず、誤薬等の事故防止に努めるとともに、身体状況の変化についても医師との情報交換を密に行っている。 | | |
| 48 | ○役割、楽しみごとの支援 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 | これまでの生活習慣、趣味嗜好をご本人、ご家族からお伺いしている。裁縫など、一度難しくなったことも、オリンピアにご入居したことで再び始められたりしている。 | | |
| 49 (22) | ○日常的な外出支援 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 | 玄関に鍵をかけることはなく、ご本人がお出かけしたい時にお出かけしていただいている。馴染みの場所や行きたかったところ、時には沖縄旅行など大きなお出かけも含めて、お一人ごとの支援をしている。 | 利用者の希望に沿って積極的に外出し、心身の活性化が図れるように取り組んでいる。散歩・買い物・喫茶・外食など日常的な外出、お花見など季節の「お出かけ」、地域の祭り等、地域に出かける機会を数多く設けている。美術館・作品展・空港への外出、四国へのバスツアー、ホテルでの外食等も行っている。沖縄旅行・クリスマス礼拝など、個別の希望を叶える外出支援も行っている。法人内の他事業所を訪問し、カフェやイベントで交流する機会も多い。外出行事には家族の参加も多く、利用者や職員との交流を深めている。 | |
| 50 | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 近隣の商店街でのお買い物、美術館などの施設利用等、お金を使用することが社会参加に繋がることを職員は理解して支援をしている。 | | |
| 51 | ○電話や手紙の支援 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 | 居室内に電話を繋げている方、携帯電話を使用されている方もいる。年賀状や時候に応じた手紙や葉書により、これまでの関係を続けておられる。 | | |

| 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 |
| 52 | | (23) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 各ユニットをひとつの家として捉え、個性を大切に、利用者と共に季節の花や写真を飾ったり、利用者の趣味の作品を飾ったり等、生活感や季節感を取り入れるようにしている。2階3階の和室は普段から憩いの場として開放している。屋上のスペースでバーベキューを楽しむことがある。 | 各ユニットの共用空間は明るく開放的で、随所にソファやテーブルセットを置き、2・3階には和室のスペースもあり、思い思いに過ごせる環境である。季節の花を飾る・美術館風に絵画や美術品を飾る・シンプルに整理整頓する等、利用者の希望や状況に応じてユニットの個性が感じられる。季節の花や装飾、リースなど利用者の作品を飾り、キッチンで利用者と共に調理を行い、季節感や生活感を大切にしている。屋上も、外気浴やバーベキュー等に活用している。 | |
| 53 | | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | ユニットの随所にソファやテーブルセットを設置することで、一人で過ごしたり、気の合う方とのんびり語らえたりする居場所となっている。通路にイスやテーブルを配置しており、その場所が落ち着く場所として語らう場所にもなっている。 | | |
| 54 | | (24) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 居室には、ご本人が以前から使用されていた家具や思い出のある物をお持ちいただいている。ご本人にとっての大切なものとして仏壇やご家族の写真など、思い思いに飾られている。 | 居室には洗面台・クローゼット・ベッドが設置されている。使い慣れた筆筒・机・椅子等の家具を持ち込み、思い出の写真や調度品、自身の絵やブリザードフラワーの作品等を飾り、その人らしさが表れた居室となっている。居室でアレクサ(AIアシスタント)を利用している利用者もある。 | |
| 55 | | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | お料理やお散歩など、チャレンジすることにより、ご本人の生活の質を上げることが基本姿勢である。その中で、その時々体調や思いに配慮した安全への支援を行っている。 | | |