

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |  |         |             |
|---------|--|---------|-------------|
| 事業所番号   | 4071101150                                   |         |             |
| 法人名     | 協栄興産 株式会社                                    |         |             |
| 事業所名    | ふれあいの家 長住                                    |         |             |
| 所在地     | 〒811-1362 福岡県福岡市南区長住1丁目7番8号 Tel.092-554-2610 |         |             |
| 自己評価作成日 | 平成29年10月05日                                  | 評価結果確定日 | 平成29年11月30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.mhlw.go.jp/40/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/40/index.php</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 北九州シーダブル協会                   |  |  |
| 所在地   | 福岡県北九州市小倉北区真鶴2丁目5番27号 Tel.093-582-0294 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成29年11月13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)】

民謡教室やボランティアによる音楽セラピー、フラワーアレンジメント等、充実したレクリエーションの他、花壇にお花を植えたり野菜作りも行っています。入居者様と一緒に水やりや収穫をしたり、天気の良い日には、お庭で昼食やおやつ等、季節を感じながら皆様と一緒に楽しい時間を過ごしています。

【外部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)】

県道沿いの住宅街の中に、認知症高齢者が安心して暮らせる家として15年前に開設された、1ユニット(定員9名)の、「ふれあいの家 長住」がある。民謡教室、フラワーアレンジメント、書道、音楽セラピー等、楽しみ事が多く、生き生きと暮らす利用者の方を見る家族からは、喜びと感謝の気持ちが寄せられている。協力医療機関医師による月4回の往診と医療機関看護師、介護職員との連携により24時間安心の医療体制が整っている。畑の野菜を収穫し、職員手作りの家庭的な食事を提供し、「ありがとう」「お願いね」と、利用者同士が言葉を掛け合い、力に応じた簡単な作業を手伝っている。近隣住民からボランティア申し出や差し入れがある等、少しずつ地域との繋がりも始まり、近隣の業者との交流も増え、地域貢献に向けての取り組みが始まっている「ふれあいの家 長住」である。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~57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 |   |
|----|---|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 58 | 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:25,26,27)        | <input type="radio"/> | 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 | 65 | 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:9,10,21)   | <input type="radio"/> | 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    |
| 59 | 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:20,40)              | <input type="radio"/> | 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                | 66 | 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:2,22)                     | <input type="radio"/> | 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                  |
| 60 | 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:40)                    | <input type="radio"/> | 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 | 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) | <input type="radio"/> | 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           |
| 61 | 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:38,39)     | <input type="radio"/> | 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 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> | 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       |
| 62 | 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:51)                   | <input type="radio"/> | 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  | 69 | 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                                       | <input type="radio"/> | 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    |
| 63 | 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:32,33)          | <input type="radio"/> | 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  | 70 | 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                                   | <input type="radio"/> | 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 |
| 64 | 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、安心して暮らさせている<br>(参考項目:30) | <input type="radio"/> | 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  |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。〕

| 自己                 | 外部 | 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                             | 事務所内に掲示し、入社してから業務に入る前に必ず確認します。また個人目標にも実践結果の振り返りを行い、より良いサービスが提供出来るように実践しています。  | 法人理念とホーム独自の理念を目につく場所に掲示し、職員は、出勤して仕事に入る前に必ず確認している。職員一人ひとりの目標を設定し、一月毎に達成状況を振り返る機会を設けている。それぞれが目標に向かって前向きに取り組む事で、全体のサービスの向上に繋げている。                     |                   |
| 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                             | 地域の行事への参加の他、保育園の訪問や中学生の体験学習、民謡教室、言葉音楽セラピー、バプテスト教会の訪問を受け入れています。施設の裏にお住まいの住民の方からボランティアをしますというお声掛けもあり、繋がりが増えてきました。又、地域包括ケア会議や地域の会議の参加を通じて、事業所の認知もして頂いています。 | 町内会に加入し、回覧板を回す中で、少しずつ近所の方とも顔馴染みになり、ボランティアの申し出を受けたり、差し入れを戴く等、日常的な交流が始まっている。中学生の体験学習、民謡教室、音楽セラピー、バプテスト教会や保育園児の訪問等、人の出入りが多く、地域と繋がりを大切にしたい暮らしの支援をしている。 |                   |
| 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                           | 地域運営推進会議等で施設の活動を報告し認知症についての資料を提供しています。又、自治会への参加を通じて、地域の人々に向けて事業所の存在や高齢者介護の助言等をして、活かしています。   |  |                   |
| 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ヶ月に一度運営推進会議を開催し、サービスの実施や入居者様の状況を参加した皆様に伝達しています。又会議の最後に皆様から事業所への助言や要望をお伺いし、サービスの向上に生かしています。   | 利用者や家族、地域代表、近隣の他事業所、地域包括支援センター職員参加の下、2ヶ月毎に開催している。会議の日に、避難訓練を実施したり、薬剤師を招き、在宅の方に向けて薬の管理方法についての話をしてもらう等、内容も工夫している。出された意見はサービスの向上に活かしている。              |                   |
| 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                  | 市に依頼して事務所を見に来て頂き、アドバイスの他、介護保険関係で判らない事があれば運営推進会議で相談する予定でしたが、当日欠席の連絡が多かったです。利用者の介護保険更新申請の手続きや生活保護受給者に関する介護計画書の提出やその他の記録等に関する相談は行っている。                     | 管理者は、行政担当窓口、ホームの空き状況や事故報告を行い、アドバイスや情報提供を受け、協力関係を築いている。また、地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加し、近隣事業所間の繋がりが出来てきたことで、情報を共有しながら、地域に貢献できることについて検討が始まっている。            |                   |
| 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「介護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 | グループ全体で、身体拘束廃止委員会を設置し、3か月に一度拘束しないケアについての討議をしています。各施設でもミーティング等で入居者のケアの方法についての見直しを行っています。マニュアルにも身体拘束ゼロへの取り組みを記載して、全スタッフに対しても周知させています。                     | 法人内に身体拘束廃止委員会を設置し、3ヶ月毎に各事業所から職員が参加し、話し合っている。ホームで伝達研修を行い、職員全員の周知を図り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の鍵は日中は開放し、見守りを強化する中で自由に過ごしてもらっている。                         |                   |
| 7                  |    | ○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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている          | 年に1度、ふれあい会内部研修の中で、高齢者虐待について研修を行っています。それぞれのスタッフが自分自身を振り返り、自分の対応は相手である利用者にとってどのような影響を与えているのか考えます。日々の業務の中でお互いに注意しあえるような体制にしています。                           |  |                   |

| 自己 | 外部 | 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 |
| 8  | 6  | ○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  | 内部研修等で勉強会を行っており、参加出来なかったスタッフについては、ミーティングの中で伝達研修を行っています。   | 日常生活自立支援事業や成年後見制度について、内部研修で学ぶ機会を設けている。資料やパンフレットを用意し、利用者や家族から相談があれば、制度の内容や申請方法を説明し、申請機関に橋渡し出来る体制を整えている。   |                   |
| 9  |    | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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  | 入居契約書・重要事項説明書については契約時に時間をかけて十分に説明しています。利用者や家族より質問を受け付けて、不安点や疑問点があればその都度説明して、納得と理解を頂いています。   |  |                   |
| 10 | 7  | ○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   | 利用者についてはスタッフ全員が意見や不満があった時にはしっかり話を聞き記録に残しています。家族については玄関先に意見箱を設けて面会時に利用できるようにしています。また、年に1度アンケートを実施し、意見を聞かせて頂いています。出された意見や要望はミーティングで話し合い改善に努めています。 | 職員は日常の関わりの中で、利用者の意見や要望を聴いている。家族の面会や行事参加の時に、コミュニケーションに努め、家族の意見や要望、心配な事を聴き取り、記録に残し、共有して、ホーム運営や介護計画に反映出来るように取り組んでいる。                                    |                   |
| 11 | 8  | ○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  | 苑の管理者として、月に1度のミーティング、年に2回の個人面談を実施している。また、本部職員とは、年1回の個人面談を実施しており、提案やその他の意見等を聞いてもらっている。   | 月1回、10時から2時間程度時間をかけてミーティングを開催し、ほとんどの職員が参加している。参加出来ない職員には議題を渡してコメントを提出してもらい、欠席者も書面で参加できるよう配慮している。出された意見は、ホーム運営や業務に反映させている。                            |                   |
| 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  | 年に2回スタッフとの面談を行い、個人目標を一緒に考えて決めて、やりがいや向上心を持って働ける様に環境整備に努めています。個々のスタッフの評価は、人事考課にて実績や努力を踏まえて査定しています。  |  |                   |
| 13 | 9  | ○人権尊重<br>法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また、事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している | 職員の募集・採用にあたっては、年齢や性別等を理由に採用対象から外すことはありません。又、苑で働く職員がそれぞれの得意分野で能力を発揮していけるようにしている。スキル向上の為、他の職場も見てみたいという職員の希望が有れば系列のグループホーム内での異動や研修も可能にしている。        | 管理者は、職員の得手不得手を把握し、適材適所に職員を配置して、職員がそれぞれの能力を活かして働くことが出来るよう配慮している。法人内研修の受講や外部研修受講を奨励し、職員の介護知識や技術の向上に取り組んでいる。また、職員の募集や採用にあたっては、年齢、性別等を理由に排除することはない。      |                   |
| 14 | 10 | ○人権教育・啓発活動<br>法人代表及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる  | 法人理念として「その人らしさ」を掲げ、利用者一人一人のその方らしさを尊重するように指導しています。又、ミーティングの中で、利用者一人一人を尊重した対応はどのようなものであるか、個人個人を大切に尊重し、希望を取り入れていくにはどうしたらいいか等について常に話し合っている。         | 利用者の人権を尊重した介護の在り方を、ミーティングや研修の中で話し合い、利用者の持っている個性や生活習慣に配慮した声掛けや対応を行い、利用者がホームの中で安心して暮らせる環境を整えている。また、職員は理念を常に意識し、利用者一人ひとりの「その人らしさ」を大切に介護サービスの提供に取り組んでいる。 |                   |



| 自己                           | 外部 | 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 |
| 15                           |    | ○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         | 採用時より1年間(個人差あり)は、プリセプターシップを導入しており、ふれあい会独自の「介護サービスマニュアル」に沿って、新人1名に対し、先輩職員1名を配置し、チェックシートを活用しながら、指導行っている。又、内部研修、外部研修の費用を法人で負担する等、それぞれがこの環境を活用していくことで、介護サービスの質の向上を目指している。  |      |                   |
| 16                           |    | ○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 | 城南区内の他施設と交流を深め、先方の行事に参加しています。また、懇親会も開催しています。地域包括ケア会議や地域の事業所間の協議会への参加や懇親会・運営推進会議への参加を通して交流が増えてきています。  |      |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |    |  |  |      |                   |
| 17                           |    | ○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           | 入居前に、本人のご自宅や利用されている事業所に伺い、家族や担当者等に本人の様子を細かく聞かせて頂き、本人の状況を把握した後、本人と直接お話をさせて頂く中で、悩みや希望をお聞きし、安心して新しい生活を迎えて頂けるように努めている。   |      |                   |
| 18                           |    | ○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                      | 電話等にて問い合わせを頂いた際、ある程度の本人の状況や家族の負担等についての相談を受け、その後来苑していただき、苑での生活状況を見て頂きます。その際、本人の状況や家族が抱えている不安や負担、要望について詳しくお話を聞かせて頂いている。その後、本人にお会いする機会を設け、担当者やケアマネジャーから本人の状況だけでなく、家族の状況も合わせて聞かせて頂いている。入居を進めていくにあたって、家族の不安や要望を聞かせて頂きながら進めていくことで信頼関係を築くことができるよう努めている。 |      |                   |
| 19                           |    | ○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                  | 電話でのお問い合わせや見学時にご本人・ご家族のお話をお聞きして、現在必要としている支援は何かを見極めて、グループホームだけのサービスに固執せず、さまざまなサービスの利用を考えて、提案をしています。   |      |                   |
| 20                           |    | ○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                                  | 利用者と職員との共同生活を行う上で、何事も助け合い、教えていただくことも多く、沢山のことを学ばせていただきながら、喜怒哀楽も当然共にしている。  |      |                   |
| 21                           |    | ○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                   | 家族の協力も必要不可欠であり、本人・職員と共に行事等を楽しんだり、本人の要望をかなえる為に、職員・家族で協力し合うことも有る。また、家族も居心地がよく苑内での一時を過ごされている。ケアプランについても、御家族の意向をお聞きして、ケアプランの作成に役立てています。  |      |                   |

| 自己                                 | 外部 | 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                                 | 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                                       | 一人一人の生活歴を大事にして、出来るだけ昔からの生活習慣を変えずに生活できるように、地域の馴染みの店や場所などに行ける機会を作っています。友人や知人の面会もありましたが、認知も進んできたこともあり、減ってきているのも部分もあります。   | 近隣から入居の利用者と一緒に、地域の夏祭りや近所の商店街に饅頭を買いに行くなど、馴染みの関係を大切に支援している。毎週、知人と電話で話をしたり、家族の協力を得て外食に出かけ、自宅へ一時帰宅する等、利用者が長年築いてきた人や場所との関わりが、ホーム入居で途切れないよう支援に努めている。 |                   |
| 23                                 |    | ○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                                      | 歌が好きな方がいますので、リビングで楽しく歌を唄ったり、会話をしたり等関わりが多く見られます。自分から他者と関わりを持つのが苦手な方に対しては、孤立しない様にスタッフが他者とレクリエーション等を行い、交流出来るように支援します。お互いに交流がスムーズに行えるように、話の仲介をしたり、一緒に外出する機会を設けたり等している。   |  |                   |
| 24                                 |    | ○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                    | 退去により、サービスが終了しても、本人様やご家族からの相談があった場合は対応できるように、信頼関係を持てるように努めています。  |  |                   |
| <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> |    |  |  |  |                   |
| 25                                 | 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   | 利用者及び家族の生活に対する意向について、本人や家族の要望を聞き取り、介護計画に盛り込んでいる。利用者主体の目標をたて、目標を実現するためのサービス内容を検討した介護計画を作成している。  | 職員は、日頃、利用者に関わる中で、思いや意向を聴き取り、職員間で情報を共有し、利用者の介護サービスに反映させている。意思を伝えることが困難な利用者に対しては、これまでの生活歴を振り返ったり、家族の意見を参考にして、利用者の思いを汲み取る努力をしている。                 |                   |
| 26                                 |    | ○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                                       | 利用者一人ひとりの心身状況や生活歴、習慣、認知症の経過等の情報を出来るだけ多く収集し、アセスメントシートに記載し、職員全員で情報の把握に努めている。   |  |                   |
| 27                                 |    | ○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   | 常にアセスメントシートを更新し、そこに記載されていることを職員の共通認識とし、現状把握に努めている。   |  |                   |
| 28                                 | 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 | 利用者には、日ごろの会話の中で希望や要望を聞き反映している。家族には、来苑時や電話で確認し、より良い介護計画の作成に努めている。担当者が中心となり、本人様との関わりの中で課題やケアのあり方について考えています。他のスタッフも必要な情報は記録し、担当に協力しています。ミーティングでスタッフ全員と意見交換を行い、原案を作成し、サービス担当者会議で本人様やご家族等と話し合い、介護計画を作成しています。モニタリングは毎日関わったスタッフがチェックを行い、月末に担当者が評価をして、計画作成担当者が確認しています。 | 担当職員は、利用者や家族とコミュニケーションを取りながら、意見や要望を聴き取り、カンファレンスの中で職員間で検討し、利用者本位の介護計画を、(3ヶ月毎の見直し)半年毎に作成している。また、利用者の状態に変化があった時には、家族や主治医と話し合い、介護計画の見直しをその都度行っている。 |                   |

| 自己 | 外部 | 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 |    | ○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                                     | 一人一人の生活の様子や実践したケアは関わったスタッフが個人記録に記載しています。その記録を見て、介護計画の見直しに役立てています。  |  |                   |
| 30 |    | ○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                            | 本人様やご家族の希望や状況に応じて、病院や外出の付き添い等の必要な支援を行っています。  |  |                   |
| 31 |    | ○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                                      | 地区の中学校の福祉体験も受け入れており、年に一回実施しています。幼稚園の訪問の他、バプテスト教会の訪問もあります。又ボランティアの協力も呼び掛けており、毎週月・水曜日に民謡と歌のボランティアの方が来苑されています。地域のお地藏様へのお参りを日頃から行なっています。                             |  |                   |
| 32 | 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                                  | 契約時に本人様が利用されていたかかりつけ医を今後も希望されるのか、本人様とご家族に確認しています。もし受けない場合は事業所の協力医療機関と契約して頂き、月に4回訪問診療を行っています。緊急時でも対応が出来るように、24時間体制で医療機関との連携を図っています。                               | 利用者や家族の希望に沿った主治医を決めている。現在は、ほとんどの利用者がホーム協力医療機関を利用している。毎月4回の往診と協力医療機関の看護師、介護職員の連携により、安心の医療体制が整っている。医療用の申し送りノートで情報の共有に努めている。                    |                   |
| 33 |    | ○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                          | 事業所の協力医療機関の看護師に日々のバイタルを介護日誌で報告しています。毎週1回利用者の健康状態を確認して頂く為に訪問して頂いています。緊急時は24時間体制で連携を取り、指示を受けています。  |  |                   |
| 34 |    | ○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。 | 入院時は本人様の日常生活状況や嗜好・性格等の情報を医療機関に伝達しています。入院中はスタッフが面会を行ったり、電話連絡で医療機関から情報を得ています。ご家族や医療機関からの情報を基にスタッフ全員が状況を把握し、退院に向けての受け入れの準備をしています。                                   |  |                   |
| 35 | 15 | ○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  | 契約時に看取りの介護についてをご家族に説明して、同意書のサインと印鑑を頂いています。利用者の状態が変化したり、重度化した場合はご家族・主治医・看護師・スタッフで話し合いを持ち、全員で意見を出し合い今後の方針を決めています。看取り介護についての同意書は利用者の状態の変化により、その都度作成し、印鑑とサインを頂いています。 | 重度化や終末期の方針については、契約時に話し合い、同意を得ている。利用者の重度化に伴い、家族や主治医と話し合い方針を確認し、関係者で共有して、利用者にとって一番良い終末期が送れるよう、情報交換しながら取り組んでいる。これまで、看取りを行ったことはないが、状況によっては可能である。 |                   |



| 自己                               | 外部 | 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 |
| 36                               |    | ○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            | 緊急時の対応が含まれた、介護サービスマニュアルを作成し、採用時に全職員に配布している。又、地域の防災訓練での講習を受けています。  |  |                   |
| 37                               | 16 | ○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            | 運営推進会議の内容として、利用者のご家族・地域の方(民生委員)の協力で年に2回避難訓練を実施しています。また、地域の方に協力頂く為に事前に事業所で作成した避難訓練の計画書をお渡しし、意見や質問を頂いています。協力して頂ける様に分かりやすい記載したシートも訓練時にお渡ししています。                                | 年2回、運営推進会議時に行う事で、家族や地域の方の協力と参加を得て避難訓練を実施し、1回(6月)は消防署の参加がある。利用者の状態に応じて色分けしたゼッケンを用意し、その説明書を地域の方に配布し、協力をお願いしている。非常時に備え、非常食、飲料水等も直ぐに持ち出せるよう玄関に準備している。    |                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |    |   |   |  |                   |
| 38                               | 17 | ○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                    | 職員は、居室訪室時には必ずノックや声掛けをしてプライバシーを守り、居室内に置かれているオムツ等も見えないように工夫している。その方のプライドを傷つけない様に配慮し、利用者一人ひとりの性格等に合わせた声かけや対応を行なっている。又、事務所内の個人記録等は第三者の目につかないようにドアは常に閉め、窓ガラスにもシートで見えないように工夫している。 | 利用者のプライバシーを守る介護の在り方を職員間で話し合い、利用者一人ひとりが持っている個性や生活習慣に配慮した言葉かけや対応で、利用者がホームの中で安心して暮らせる環境を整えている。また、利用者の個人情報の取り扱いや、職員の守秘義務については、管理者が職員に説明し、情報漏洩防止に取り組んでいる。 |                   |
| 39                               |    | ○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                      | 洋服の選択や行きたい場所・食べたい物・買い物等をスタッフがサポートしながら、出来るだけ決めて頂いています。   |  |                   |
| 40                               |    | ○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 | 日中の過ごし方もリビングで過ごされたりとそれぞれ一人一人のペースで好きなように過ごされています。入浴も毎日実施しており、本人様の希望に沿って入浴の声掛けをしています。   |  |                   |
| 41                               |    | ○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                                   | 衣類の選択は出来るだけ、本人様の好みで決めて頂きますが、自分で選ぶのが難しい方はスタッフが本人様の好みを把握して、衣類の準備をしています。理美容はご家族・本人様の意向により、訪問理美容を利用していますが馴染みの散髪店を利用している入居者様もいます。  |  |                   |
| 42                               | 18 | ○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      | 食事のメニューはスタッフの考えだけでなく、利用者の意見も取り入れています。食事の準備をスタッフだけがするのではなく、食材切りや料理の盛り付けは利用者にも手伝って頂き、協力して食事も作っています。片付けも一緒に食器を洗いや食器の拭き上げをして頂き、協力して行っています。                                      | 一日に30品目の食材を使って調理することを基本とし、畑で採れる野菜を使い、「利用者に美味しい物を食べて貰いたい」との思いで、職員が交代で作る家庭的な食事を提供し、職員も同じ食事を一緒に食べている。また、切ったり、研いだり、炒めたり、注いだりすることを、利用者の力に応じて手伝ってもらっている。   |                   |

| 自己 | 外部 | 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 |    | ○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              | 食べる量はスタッフが下膳する際に確認して記録に残しています。調理する時は30品目のチェック表を活用して、バランスのいい食事を提供出来るように配慮しています。水分は毎食時と10時と15時・入浴後にお茶やコーヒー等を提供しています。水分をあまり取られない方は好みの飲み物を提供したりしています。スポーツドリンク等の提供も行ってはいます。その他にも減塩食の提供も行ってはいます。 |  |                   |
| 44 |    | ○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                       | 毎食後に歯磨きの声掛けを行い、自分で出来ない方についてはスタッフが介助しています。夜間は義歯をお預かりして、ポリドント等で消毒しています。  |  |                   |
| 45 | 19 | ○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       | 一人一人の排泄のパターンを排泄チェック表を作成し把握しながら、それに合わせて、トイレの声掛けや誘導を行っています。排泄の支援に関しても、随時話し合いを行っています。汚染等排泄の失敗があった時も本人が傷つかないようにさりげなく対応をしています。  | 利用者が重度化してもトイレで排泄することを基本とし、職員は、利用者の排泄パターンを把握し、早めの声掛けや誘導を行い、トイレでの自立に向けた排泄の支援に取り組んでいる。また、夜間も尿意のある方はトイレ誘導を行い、本人に尋ねながら、思いに沿った支援に努めている。                          |                   |
| 46 |    | ○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                       | 毎日の食事は出来るだけ食物繊維が摂れるように野菜を多く使っています。牛乳の提供も行ってはいます。運動については散歩に出掛けたり、ゲームや体操等で身体を動かしています。  |  |                   |
| 47 | 20 | ○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 | 毎日入浴ができるように、準備をしています。時間帯も出来るだけ本人様の希望に沿うように配慮しています。長湯が好きの方がいますので、ゆっくり入って頂いています。入浴の声掛けも拒否のある方は無理には行わず、時間を遅らせたり、スタッフを交代する等で対応しています。   | 毎日の入浴も可能で、基本的に週3~4回は入れるように支援している。居室や生活経路に、温泉のポスターを作成して掲示し、それを見ながらさりげなく誘導する等、拒否の強い利用者への導入を工夫し、あっさり入浴してもらえるようになった。他にも、拒否がある場合は、ドライシャンプーや全身清拭で対応し、清潔保持に努めている。 |                   |
| 48 |    | ○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                        | 日中は無理のない様に一人一人が自由にリビングで活動したり、居室で休まれたりしています。無理をされる方や自分では休むことが出来ない方に対しては、スタッフが休息するように促したり、本人様の状態を見て、スタッフが居室にお連れして休んで頂いています。夜間は照明や室温を調整して、安心して休めるように努めています。                                   |  |                   |
| 49 |    | ○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                   | お薬については、処方された際に、薬剤師より詳しい説明を受けています。説明を受けたお薬の情報については申し送りノートに記載し、全スタッフが確認し、把握しています。処方箋についても一人一人の情報を個別にファイルしていますので、すぐに確認することが出来ます。お薬の準備については、スタッフがダブルチェックをすることで誤薬や飲み忘れがないように努めています。            |  |                   |



| 自己 | 外部 | 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 |
| 50 |    | ○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  | 役割としては日々の生活の中で、いろいろなお手伝いやレクリエーション等で、張り合いや自信を持って日常生活が送れるように支援しています。楽しみ事や気晴らしも、一人一人の好みを把握して、レクリエーションや外出の支援をしています。   |  |                   |
| 51 | 21 | ○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                      | 予め日時を決めて、外出や外食の計画を立てて実行していますが、天気のいい日は利用者の希望に沿って、近くの公園やお地蔵様参り・スーパー・喫茶店等にお連れしています。  | 天気の良い日には、近隣の公園でブランコに乗ったり、お地蔵様参りをしたり、喫茶店に珈琲を飲みに行く等、外出を楽しんでいる。また、外出レクとして、花見や買い物、外食、ドライブに出かけている。家族の協力を得て外食や自宅への帰宅は、利用者の楽しみなひと時である。        |                   |
| 52 |    | ○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  | お金の管理については、本人様達の管理能力を把握した上で又トラブルを防ぐ為、事務所の金庫でお預かりしています。所持していないことを気にされる方には、お預かりしている旨をその都度お伝えしています。買い物で支払の際は本人様にお金を預けて支払って頂く様にしています。                                 |  |                   |
| 53 |    | ○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   | 毎年年賀状や暑中見舞い等はがきを一緒に作成しています。はがきや手紙が届いた場合は、本人様にお渡しし、必要な場合はスタッフが代読しています。電話は自由に利用して頂き、スムーズに電話が出来るようにスタッフがサポートしています。   |  |                   |
| 54 | 22 | ○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 | リビングや廊下に季節の物を飾り、入居者様に季節感を感じて頂いています。音に関しては、テレビや音楽については、丁度いい音量にその都度調整しています。不快な物音は出来るだけ大きくならないように配慮しています。カレンダーはリビングやエレベーター横に設置し、利用者の皆様が見える様にしています。日差しはカーテン等で対応しています。 | 玄関周りの花壇や庭の畑を小まめに手入れし、季節の花や野菜の成長を楽しんでいる。玄関入り口には陶芸教室で作った作品や小物が飾られ、家庭的な雰囲気である。日当たりの良いリビングでは、民謡教室の先生の三味線に合わせて利用者が大きな声で歌を歌い、楽しい雰囲気の共用空間である。 |                   |
| 55 |    | ○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  | リビングや二階の廊下にソファやテーブルを設置して、気の合った入居者様同士が談笑したり、一人でくつろげるような環境を作っています。  |  |                   |
| 56 | 23 | ○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  | 一人一人の部屋にはそれぞれ馴染みの物を置く事で、過ごしやすい空間を作り、本人様にとって居心地の良い場所になるように工夫しています。   | 使い慣れた家具や身の回りの物、大切な物等を、家族の協力で持ち込んで貰い、利用者が安心して過ごせるよう配慮している。ホームで作った誕生日の色紙や記念の写真を飾る等して、壁面が殺風景にならないようにしている。換気や掃除を小まめに行い、清潔で気持ちの良い居室である。     |                   |
| 57 |    | ○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   | 内部はバリアフリーで高齢者の身体機能に合わせた構造になっています。手すりや洗面所の高さは低めに設定されており、手すりは所要所は設置されています。トイレも車いすの方が使いやすいように広めで両方に手すりが付いており、安全面も配慮されています。   |  |                   |