

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   | 0475500476    |         |     |
| 法人名     | 医療法人社団清山会     |         |     |
| 事業所名    | グループホームいずみの杜  | くすみユニット |     |
| 所在地     | 仙台市泉区松森字下町7-2 |         |     |
| 自己評価作成日 | 平成 23年        | 11月     | 16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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年12月8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)】

ホーム周辺は緑に囲まれた閑静な住宅街で、古い歴史を持つ地域でもあります。近くにある熊野神社は皆さんの散歩コース。地域の方との連携を大切にし、いつも皆さんに支えていただきながら、安心して暮らせる所だと思います。地域行事にも作画的に参加させていただき、特に運動会では、入居されている方も選手の一員として出場され、楽しんでおられました。ご家族との交流も大切にし、ケースカンファレンス、推進会議、季節の行事への参加をご協力いただいています。

【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)】

医療法人社団「清山会」が運営する診療所や居宅介護支援などの事業所に隣接して「グループホームいずみの杜」がある。前回の外部調査で浴槽内の手摺り設置による安全確保が取り組み事項となったが、現状維持である。ホーム独自の目標達成計画を掲げて「地域との関わり」「思いや意向の聞き取り」「カンファレンスへの家族参加」に取り組み、目的を達成したことは評価できる。職員は「入居者の性格を知り、普通の生活を続けることを支援したい」と言い、そのための技術習得に意欲をみせた。また、「人を思いやれるようになった。ケアは自分に返ってくる」と入居者によって職員が学んだという体験も聞くことができた。

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>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)   |
| 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>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)                     |
| 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>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) |
| 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>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)                                      |
| 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>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                                       |
| 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)         | ○<br>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                                   |
| 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) | ○<br>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    |    |   |

2自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **グループホーム いずみの杜** )「ユニット名 **くるみ** 」

| 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  | 法人の理念をベースにユニット目標を毎年度立てている。また、目標に関しての振り返りを職員全員で行う時間を作っている。 | 事業所目標を「1日1日を大切に1人1人の思いに耳を傾け、共に進んでいこう」としている。各ユニットでは笑顔で穏やかに暮らせることをうたっている。職員は個別に目標設定し、その達成について面談で評価している。                   |                   |
| 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  | 町内会に参加し、特に夏祭りや運動会は地域の一員として職員、利用者さんが積極的に参加している。            | 地域の夏祭りや運動会には、見学だけでなく種目に参加した。住民の反応は自然で、地域の一員として受け入れる雰囲気であった。防災訓練では、近隣住民に立ち会ってもらったことから始めている。                              |                   |
| 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  | キャラバンメイトとして、地域の小学校の社会学級へ出向き、認知症についてのお話をさせていたた機会があった。      |   |                   |
| 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ヶ月に一度の推進会議の場での意見は大切に、次期の事業所の取り組みに生かしている。                 | 地域包括支援センター職員は毎回出席し、悪徳商法や季節の感染注意などを話している。他の地区に居住する知見者がメンバーとなっている。運営に関する相談をしたり、提案がもらえるような会議にしたいと考えている。                    |                   |
| 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取り組んでいる  | 包括支援センターの職員の方に運営推進会議に参加して頂き、取り組みについて伝え、協力を得ている。           | 地域包括支援センター職員との連携が良く、困難な事例など一緒に関わってくれる。市担当課から研修会などの情報提供がある。仙台市の福祉相談員を受け入れている。  |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。                                      | 内部の伝達研修の学習で得たケアの工夫から、ベッドからの落下防止にサークルを使わずに部分的に柵を使い(家族の了解のうえで)、床にはベッドマットを使用した。入居者の「帰る日だよね」の問いに「泊まりだよ」と応えるなど拘束のないケアに努めている。 |                   |
| 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                                     | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。                                      |   |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○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    | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。  |  |                   |
| 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、制度改正時は説明を十分にしている。   |  |                   |
| 10 | (6) | ○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                     | 家族会を開催し意見を出し合う場をとっている。  | 家族には、ホームの行事に参加してもらうことが多く、その際にホームでの様子を報告し、家族の話を聞く機会をもっている。「任せろ」の意見が多い。言い難い家族の心情にも配慮して意見を引き出し支援している。 |                   |
| 11 | (7) | ○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                                      | ・随時、検討事項がある場合はアンケートなどで意見を収集し、話し合う機会を設けている。                                  | 職員は、個別目標に「他施設との交流を通じてスキルアップしたい」など掲げ意欲的に励んでいる。入居者同士の揉め事にどう関わるかの意見や提案を出し合い、必要に応じて職員間で検討しケアに活かしている。   |                   |
| 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      | 目標設定シートで職員が各自目標を定め、管理者との個人面談により、振り返りを行っている。入所者の方と一緒にできることを自由に企画できる環境を作っている。 |  |                   |
| 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         | 必要な外部研修には参加させる機会を設けている。また、内部研修や勉強会を開催し参加する機会を設けている。                         |  |                   |
| 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 | グループホーム情報交換会などで、事業所同士交換研修を行っている。  |  |                   |

| 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 |
| <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 | 事前面談にて、ご本人の思いや考えを理解し、信頼関係作りに努めている。   |  |                   |
| 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            | ご家族が求めているものを理解し、事業所で何ができるか、事前に話し合いをもうけている。                                   |  |                   |
| 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        | 入所に関しての相談があった時は、今の現状をお聴きし、状況に応じて必要なサービスのアドバイスなど行うよう努めている。                    |  |                   |
| 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                        | 職員は退勤する時は「行って来ます」出勤する時は「ただいま」です。ホームは「家」であり、皆家族であることを共有し、お互いの関わりを築いている。       |  |                   |
| 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         | 行事、外出、通院など、何かとご家族に声がけし可能な限り本人と一緒に過ごす時間をもっていただきたいと思い、努めている。                   |  |                   |
| 20                          | (8) | ○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                     | 毎週教会のミサに出掛ける方がおり、入所当初から続けている。また、これまで利用してきたデイケアを入所後も継続し、馴染みの関係が継続できるよう心掛けている。 | 趣味の絵画を活かし、活動に使用する「塗り絵」の下書きや将棋をするなどしたいことを継続している。法人へは認知症の特性を理解してもらい、馴染んだ職員の異動で受ける入居者のダメージを考慮し配慮していただきたい。 |                   |
| 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                 | 少しでも不快な思いをする方がいないように、日々の声がけに気を配り、皆居心地良く過ごせるよう心掛けている。                         |  |                   |

| 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 |
| 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                    | これまでの生活習慣などをお伝えし、移動先でも生活になるべく不自由がないよう配慮している。                                      |  |                   |
| <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                                 | (9)  | ○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   | 日々の関わりの中で把握すよう努め、利用者さん要望メモを活用し、そのメモを共有しながら1つでも要望をかなえることができるよう関わっている。              | 「100歳の誕生日を盛大にしたい」など、入居者の思いを聞き取って「希望ノート」に記録し、できることは計画に活かすよう努めている。行動には原因があることを理解し、入居者の内面の思いも汲み取るよう努めている。 |                   |
| 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                                       | 本人のバックグラウンドのは把握に努め、またご本人やご家族から話を伺い把握に努めている。                                       |  |                   |
| 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   | 本人が言ったこと、したこと、身体状況の変化などを個人記録に記入し、把握に努めている。  |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○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 | ユニットカンファを行い、6ヶ月ごとに介護計画を作成、3ヶ月ごとに評価し見直している。また、主治医の意見はもとより、家族、本人に関わる人たちの意見も反映できている。 | 計画作成会議には家族に同席してもらい、「結婚式に連れて行きたい」思いを実現したり、過去の経歴を聞いて「帰りたい」思いの背景を見るなど、入居者の立場に立った計画作成に役立っている。              |                   |
| 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                        | 本人の言ったこと、行動をそのまま記入することでわかりやすく、ご本人の意思や希望などがプランに反映しやすくなっている。                        |  |                   |
| 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               | ご家族の宿泊、ご家族との外食、外泊など本人や家族の希望にそって臨機応変に対応している。                                       |  |                   |

| 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 |      | ○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                                      | 運営推進会議にて町内会長、理容室の方、包括支援センターなど意見交換を行い、協力体制を得ている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○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                                  | 本人、家族の希望に沿うことができるようにかかりつけ医との連携を大切にしている。  | 全入居者のかかりつけ医は往診クリニックである。精神科や緊急時は主治医の指示で協力医の受診をする。各ユニットの看護師(職員)はバイタルチェックのほか、必要に応じて血糖検査や点滴などの対応を行う。                          |                   |
| 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                          | 毎朝、前日の日勤帯および夜間帯の報告を行うことで、早期の対応が必要な方の状況を把握することができる。   |   |                   |
| 32 |      | ○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。 | 入院時は職員がこまめに足を運び、本人が入院の不安が解消できるよう配慮している。また、早期に本人の状況、入院の期間、治療内容を医師から説明をいただき、退院後の生活をイメージして受け入れの体制を考慮している。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○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  | 重度化や終末期に関する指針にて説明し、その場面においてご家族の意向を確かめながら、事業所でできることを検討し対応している。  | 「重度化(看取り)における指針」に基本理念や支援内容、看取りチームの設置と介護の方法を示しており、その説明について「同意書」がある。3ヶ月前、ホールの一角で皆と一緒に過ごせる空間を確保して「最期までここで」の希望どおりに見送ったばかりである。 |                   |
| 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  | 職員全員がマニュアルを所持し、万が一に備えている。  |   |                   |
| 35 | (13) | ○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  | 避難訓練は定期的(3ヶ月に1度)に行い、町内の方にもいざという時は応援いただけるようきながあ防災のマニュアル作りをアドバイスいただきながら作成した。                             | 消防署立会い訓練(日中)が1回と隣接事業所合同訓練を1回実施した。3ヶ月毎の自主訓練記録は確認できなかったが、職員による「防災係り」が訓練後の感想・意見などをまとめ、次の訓練に活かしている。                           |                   |

| 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  |
| <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                               | (14) | ○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                   | なるべく本人の意思で決められるよう声がけをしている。   | 食卓でうどんに塗箸、排泄の話をするなど職員の配慮に欠けた不相应な場面が見られ、職員の声がけが尊厳を傷付けていないか気になった。対人援助の必須事項である基本原則について徹底されていない。             | 馴れ合いの中で、年長者(入居者)への敬意が疎かになったり、不適切な声がけによって相手を傷つけてしまうことを懸念し、誇りやプライバシー確保について具体的に確認し合っていたきたい。 |
| 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                     | なにをするにも本人に意思を確認して、なるべく本人の希望に沿って対応するよう心掛けている。   |  |  |
| 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 | ひとりひとりの希望にそってまずは予定をたて支援している。   |  |  |
| 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                                  | 季節ごとの着衣、小物などの整理整頓を可能な限りご本人と一緒にするよう心がけ、不足しているものは一緒に買いに出掛けることもある。またお化粧品やネイルも楽しんでいただいている。 |  |  |
| 40                               | (15) | ○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     | 調理や片付け、味見など入所者さんができるところを一緒に行っている。  | 屋食は隣の老人保健施設から給食が運ばれる。朝晩は法人の栄養士が作成した献立を、「給食係り」が季節や入居者の嗜好を取り入れてアレンジし調理している。春にしだれ桜を見ながらの「団子バイキング」を楽しみにしている。 |  |
| 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          | ひとりひとりの食事の摂取量、水分量を把握している。個別で主治医から高カロリー補食品を出してもらう方もいるが、なるべく嗜好品が食べられるように工夫している。          |  |  |
| 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                   | 食後、できる方は声かけ見守りをし、できない方に関しては介助にてケアを行い、習慣としている。またSTIにより口腔ケアについて指導する時間を設けている。             |  |  |

| 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 | (16) | ○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                              | オムツの使用は最小限に留め、トイレでの排泄を促している。また、個々に合わせた対応をすることで不快にならないよう対応している。             | 排泄チェック表は、便通の有無等を見て下剤の処方の判断に使用している。尿とりパッドは昼と夜で種類を使い分けて、安眠を優先している。入居者の持てる力を活用できないところを支援して排泄の自立を促している。                    |                   |
| 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  | 薬に頼らず、プルーン牛乳や冷水を試してみたり、腹部マッサージを実施することで対応している。                              |  |                   |
| 45 | (17) | ○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                        | なるべくご本人の意向に沿って対応している。  | 入居者の希望にあった時間に入浴できるように支援している。ずんだユニットの浴槽は大きく、気の合った2~3人で入浴し、会話やドライヤーをかけてあげたりして楽しんでいる。深い浴槽は見守りで安全に配慮した対応をしていただきたい。         |                   |
| 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   | ご本人の意向を聞きながら、日中の活動量を増やしたり、お部屋での休息を促している。                                   |  |                   |
| 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  | 薬についての説明書を個人ごとにファイリングし、常に確認できるようにしている。服薬時はご本人に手渡しし、最後まで服薬を確認している。          |  |                   |
| 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                             | 普段の会話の中から、その方にあった役割を考え、実行できるように努めている。また、「ありがとうございます」の感謝の気持ちを伝えることを大事にしている。 |  |                   |
| 49 | (18) | ○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 | 外食、買い物など、希望に合わせて外出をしている。また、ご家族の協力もいただきながら県外への外出も行うことができた。                  | 「お出掛けチェック」を記録し、入居者の外出に偏りがないように配慮している。定義山やプラネタリウム、どんと祭など皆で一緒に出掛けている。ファミリーレストランや回転寿司などの外食は入居者の大きな楽しみとなっている。個々の外出支援もしている。 |                   |



| 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 |
| 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  | 希望される方にはお財布を持っていただき、ご自分でお会計をしていただくよう支援している。  |   |                   |
| 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   | ご本人の要望がある時はいつでも電話できるよう支援している。ご本人へのお手紙は一緒に開封し、返事を書きたいという要望があればできるよう支援している。              |   |                   |
| 52 | (19) | ○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 | 季節ごとの装飾を行なっている。心地よく過ごせるようにアロマディフューザーを使用している。また臭いに気を配り、汚れ物がでた場合は速やかに処理するよう心がけている。       | 両ユニットのホールはキッチンを挟んで隣り同士になっている。「中央に人が居て、テレビを見たり、編み物をしたり、会話がある。それがホール。」ゆったり過ごす理念の実践がここにありと職員は言っている。ずんだユニットホールの段差はリハビリに良いようである。 |                   |
| 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  | 談話室、縁側、ソファのコーナー、各居室など、その時によって過ごせるスペースが確保できている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○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  | 入所時、必要な備品に関してはできるだけ自宅で使用していたものを持参していただくようお願いし、カーペットやカーテンなどもご本人が落ち着ける好みのものを用意していただいている。 | 全館が床暖房で各居室にはエアコンがある。夫婦での使用が可能な居室もある。和洋や洗面台の有無など多様な配置の部屋造りになっており、さっぱりした部屋や古い家具、遺影のある部屋など個性あふれる居室である。                         |                   |
| 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   | 居室の場所、トイレの場所などがわからなくなる方にはわかりやすく目印をつけるなど配慮している。   |   |                   |

### 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   | 0475500476           |
| 法人名     | 医療法人社団清山会            |
| 事業所名    | グループホームいずみの杜 ずんだユニット |
| 所在地     | 仙台市泉区松森字下町7-2        |
| 自己評価作成日 | 平成 23年 11月 16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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |
| 訪問調査日 | 平成23年12月8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)】

ホーム周辺は緑に囲まれた閑静な住宅街で、古い歴史を持つ地域でもあります。近くにある熊野神社は皆さんの散歩コース。地域の方との連携を大切にし、いつも皆さんに支えていただきながら、安心して暮らせる場所だと思います。地域行事にも作画的に参加させていただき、特に運動会では、入居されている方も選手の一員として出場され、楽しんでおられました。ご家族との交流も大切にし、ケースカンファレンス、推進会議、季節の行事への参加をご協力いただいています。

【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)】

医療法人社団「清山会」が運営する診療所や居宅介護支援などの事業所に隣接して「グループホームいずみの杜」がある。前回の外部調査で浴槽内の手摺り設置による安全確保が取り組み事項となったが、現状維持である。ホーム独自の目標達成計画を掲げて「地域との関わり」「思いや意向の聞き取り」「カンファレンスへの家族参加」に取り組み、目的を達成したことは評価できる。職員は「入居者の性格を知り、普通の生活を続けることを支援したい」と言い、そのための技術習得に意欲をみせた。また、「人を思いやれるようになった。ケアは自分に返ってくる」と入居者によって職員が学んだという体験も聞くことができた。

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、生き活きと働けている<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せている<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)<br>○ |    |  |

2自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **グループホーム いずみの杜** )「ユニット名 **ずんだ** 」

| 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  | 法人の理念をベースにユニット目標を毎年度立てている。また、目標に関しての振り返りを職員全員で行う時間を作っている。 | 事業所目標を「1日1日を大切に1人1人の思いに耳を傾け、共に進んでいこう」としている。各ユニットでは笑顔で穏やかに暮らせることをうたっている。職員は個別に目標設定し、その達成について面談で評価している。                   |                   |
| 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  | 町内会に参加し、特に夏祭りや運動会は地域の一員として職員、利用者さんが積極的に参加している。            | 地域の夏祭りや運動会には、見学だけでなく種目に参加した。住民の反応は自然で、地域の一員として受け入れる雰囲気であった。防災訓練では、近隣住民に立ち会ってもらったことから始めている。                              |                   |
| 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  | キャラバンメイトとして、地域の小学校の社会学級へ出向き、認知症についてのお話をさせていたた機会があった。      |   |                   |
| 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ヶ月に一度の推進会議の場での意見は大切に、次期の事業所の取り組みに生かしている。                 | 地域包括支援センター職員は毎回出席し、悪徳商法や季節の感染注意などを話している。他の地区に居住する知見者がメンバーとなっている。運営に関する相談をしたり、提案がもらえるような会議にしたいと考えている。                    |                   |
| 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   | 包括支援センターの職員の方に運営推進会議に参加して頂き、取り組みについて伝え、協力を得ている。           | 地域包括支援センター職員との連携が良く、困難な事例など一緒に関わってくれる。市担当課から研修会などの情報提供がある。仙台市の福祉相談員を受け入れている。  |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。                                      | 内部の伝達研修の学習で得たケアの工夫から、ベッドからの落下防止にサークルを使わずに部分的に柵を使い(家族の了解のうえで)、床にはベッドマットを使用した。入居者の「帰る日だよね」の問いに「泊まりだよ」と応えるなど拘束のないケアに努めている。 |                   |
| 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                                     | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。                                      |   |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○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    | 事業所内で勉強会を通じて、行なっている。  |  |                   |
| 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、制度改正時は説明を十分にしている。   |  |                   |
| 10 | (6) | ○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                     | 家族会を開催し意見を出し合う場をとっている。  | 家族には、ホームの行事に参加してもらうことが多く、その際にホームでの様子を報告し、家族の話を聞く機会をもっている。「任せろ」の意見が多い。言い難い家族の心情にも配慮して意見を引き出し支援している。 |                   |
| 11 | (7) | ○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                                      | ・随時、検討事項がある場合はアンケートなどで意見を収集し、話し合う機会を設けている。                                  | 職員は、個別目標に「他施設との交流を通じてスキルアップしたい」など掲げ意欲的に励んでいる。入居者同士の揉め事にどう関わるかの意見や提案を出し合い、必要に応じて職員間で検討しケアに活かしている。   |                   |
| 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      | 目標設定シートで職員が各自目標を定め、管理者との個人面談により、振り返りを行っている。入所者の方と一緒にできることを自由に企画できる環境を作っている。 |  |                   |
| 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         | 必要な外部研修には参加させる機会を設けている。また、内部研修や勉強会を開催し参加する機会を設けている。                         |  |                   |
| 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 | グループホーム情報交換会などで、事業所同士交換研修を行っている。  |  |                   |

| 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 |
| <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 | 事前面談にて、ご本人の思いや考えを理解し、信頼関係作りに努めている。                                     |  |                   |
| 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            | ご家族が求めているものを理解し、事業所で何ができるか、事前に話し合いをもうけている。                             |  |                   |
| 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        | 入所に関しての相談があった時は、今の現状をお聴きし、状況に応じて必要なサービスのアドバイスなど行うよう努めている。              |  |                   |
| 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                        | 職員は退勤する時は「行って来ます」出勤する時は「ただいま」です。ホームは「家」であり、皆家族であることを共有し、お互いの関わりを築いている。 |  |                   |
| 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         | 行事、外出、通院など、何かとご家族に声がけし可能な限り本人と一緒に過ごす時間をもっていただきたいと思い、努めている。             |  |                   |
| 20                          | (8) | ○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                     | これまで利用してきたデイケアを入所後も継続し、馴染みの関係が継続できるよう心掛けている。また、旧友のお見舞いに行かれる方もおられた。     | 趣味の絵画を活かし、活動に使用する「塗り絵」の下書きや将棋をするなどしたいことを継続している。法人へは認知症の特性を理解してもらい、馴染んだ職員の異動で受ける入居者のダメージを考慮し配慮していただきたい。 |                   |
| 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ず利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 少しでも不快な思いをする方がいないように、日々の声がけに気を配り、皆居心地良く過ごせるよう心掛けている。                   |  |                   |

| 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 |
| 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                    | これまでの生活習慣などをお伝えし、移動先でも生活になるべく不自由がないよう配慮している。                                      |  |                   |
| <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                                 | (9)  | ○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   | 日々の関わりの中で把握すよう努め、利用者の要望をかなえられるよう努めている。  | 「100歳の誕生日を盛大にしたい」など、入居者の思いを聞き取って「希望ノート」に記録し、できることは計画に活かすよう努めている。行動には原因があることを理解し、入居者の内面の思いも汲み取るよう努めている。 |                   |
| 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                                       | 本人のバックグラウンドのは把握に努め、またご本人やご家族から話を伺い把握に努めている。                                       |  |                   |
| 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   | 本人が言ったこと、したこと、身体状況の変化などを個人記録に記入し、把握に努めている。  |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○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 | ユニットカンファを行い、6ヶ月ごとに介護計画を作成、3ヶ月ごとに評価し見直している。また、主治医の意見はもとより、家族、本人に関わる人たちの意見も反映できている。 | 計画作成会議には家族に同席してもらい、「結婚式に連れて行きたい」思いを実現したり、過去の経歴を聞いて「帰りたい」思いの背景を見るなど、入居者の立場に立った計画作成に役立っている。              |                   |
| 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                        | 本人の言ったこと、行動をそのまま記入することでわかりやすく、ご本人の意思や希望などがプランに反映しやすくなっている。                        |  |                   |
| 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               | ご家族の宿泊、ご家族との外食、外泊など本人や家族の希望にそって臨機応変に対応している。                                       |  |                   |

| 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 |      | ○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                                      | 運営推進会議にて町内会長、行きつけの床屋の方、包括支援センターなど意見交換を行い、協力体制を得ている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○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                                  | 本人、家族の希望に沿うことができるようにかかりつけ医との連携を大切にしている。  | 全入居者のかかりつけ医は往診クリニックである。精神科や緊急時は主治医の指示で協力医の受診をする。各ユニットの看護師(職員)はバイタルチェックのほか、必要に応じて血糖検査や点滴などの対応を行う。                          |                   |
| 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                          | 毎朝、前日の日勤帯および夜間帯の報告を行うことで、早期の対応が必要な方の状況を把握することができる。   |   |                   |
| 32 |      | ○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。 | 入院時は職員がこまめに足を運び、本人が入院の不安が解消できるよう配慮している。また、早期に本人の状況、入院の期間、治療内容を医師から説明をいただき、退院後の生活をイメージして受け入れの体制を考慮している。 |   |                   |
| 33 | (12) | ○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  | 重度化や終末期に関する指針にて説明し、その場面においてご家族の意向を確かめながら、事業所でできることを検討し対応している。  | 「重度化(看取り)における指針」に基本理念や支援内容、看取りチームの設置と介護の方法を示しており、その説明について「同意書」がある。3ヶ月前、ホールの一角で皆と一緒に過ごせる空間を確保して「最期までここで」の希望どおりに見送ったばかりである。 |                   |
| 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  | 職員全員がマニュアルを所持し、万が一に備えている。  |   |                   |
| 35 | (13) | ○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  | 避難訓練は定期的(3ヶ月に1度)に行い、町内の方にもいざという時は応援いただけるようきながあ防災のマニュアル作りをアドバイスいただきながら作成した。                             | 消防署立会い訓練(日中)が1回と隣接事業所合同訓練を1回実施した。3ヶ月毎の自主訓練記録は確認できなかったが、職員による「防災係り」が訓練後の感想・意見などをまとめ、次の訓練に活かしている。                           |                   |

| 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  |
| <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                               | (14) | ○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                   | なるべく本人の意思で決められるよう声がけをしている。   | 食卓でうどんに塗箸、排泄の話をするなど職員の配慮に欠けた不相应な場面が見られ、職員の声がけが尊厳を傷付けていないか気になった。対人援助の必須事項である基本原則について徹底されていない。             | 馴れ合いの中で、年長者(入居者)への敬意が疎かになったり、不適切な声がけによって相手を傷つけてしまうことを懸念し、誇りやプライバシー確保について具体的に確認し合っていたきたい。 |
| 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                     | なにをするにも本人に意思を確認して、なるべく本人の希望に沿って対応するよう心掛けている。   |  |  |
| 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 | ひとりひとりの希望にそってまずは予定をたて支援している。   |  |  |
| 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                                  | 季節ごとの着衣、小物などの整理整頓を可能な限りご本人と一緒にするよう心がけ、不足しているものは一緒に買いに出掛けることもある。またお化粧品やネイルも楽しんでいただいている。 |  |  |
| 40                               | (15) | ○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     | 調理や片付け、味見など入所者さんができるところを一緒にしている。   | 昼食は隣の老人保健施設から給食が運ばれる。朝晩は法人の栄養士が作成した献立を、「給食係り」が季節や入居者の嗜好を取り入れてアレンジし調理している。春にしだれ桜を見ながらの「団子バイキング」を楽しみにしている。 |  |
| 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          | ひとりひとりの食事の摂取量、水分量、食の嗜好、食習慣を把握した上で対応している。   |  |  |
| 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                   | 食後、できる方は声かけ見守りをし、できない方に関しては介助にてケアを行い、習慣としている。またSTや歯科医師との連携を密にしている。                     |  |  |



| 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 | (16) | ○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                              | オムツの使用は最小限に留め、トイレでの排泄を促している。また、個々に合わせた対応をすることで不快にならないよう対応している。         | 排泄チェック表は、便通の有無等を見て下剤の処方の判断に使用している。尿とりパッドは昼と夜で種類を使い分けて、安眠を優先している。入居者の持てる力を活用できないところを支援して排泄の自立を促している。                    |                   |
| 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  | 薬に頼らず、牛乳や冷ヨーグルトを試してみたり、腹部マッサージを実施することで対応している。                          |  |                   |
| 45 | (17) | ○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                        | なるべくご本人の意向に沿って対応している。  | 入居者の希望にあった時間に入浴できるように支援している。ずんだユニットの浴槽は大きく、気の合った2~3人で入浴し、会話やドライヤーをかけてあげたりして楽しんでいる。深い浴槽は見守りで安全に配慮した対応をしていただきたい。         |                   |
| 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   | ご本人の意向を聞きながら、日中の活動量を増やしたり、お部屋での休息を促している。                               |  |                   |
| 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  | 薬についての説明書を個人ごとにファイリングし、常に確認できるようにしている。服薬時はご本人に手渡しし、最後まで服薬を確認している。      |  |                   |
| 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                             | 普段の会話の中から、その方にあった役割を考え、実行できるように努めまた、「ありがとうございます」の感謝の気持ちを伝えることを大事にしている。 |  |                   |
| 49 | (18) | ○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 | 外食、買い物など、希望に合わせて外出をしている。また、ご家族の協力もいただきながら県外への外出も行うことができた。              | 「お出掛けチェック」を記録し、入居者の外出に偏りがないように配慮している。定義山やプラネタリウム、どんと祭など皆で一緒に出掛けている。ファミリーレストランや回転寿司などの外食は入居者の大きな楽しみとなっている。個々の外出支援もしている。 |                   |

| 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 |
| 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  | 希望される方にはお財布を持っていただき、ご自分でお会計をしていただくよう支援している。   |   |                   |
| 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   | ご本人の要望がある時はいつでも電話できるよう支援している。ご本人へのお手紙は一緒に開封し、返事を書きたいという要望があればできるよう支援している。           |   |                   |
| 52 | (19) | ○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 | 季節ごとの装飾を行なっている。心地よく過ごせるようにアロマディフューザーを使用している。また臭いに気を配り、汚れ物がでた場合は速やかに処理するよう心がけている。    | 両ユニットのホールはキッチンを挟んで隣り同士になっている。「中央に人が居て、テレビを見たり、編み物をしたり、会話がある。それがホール。」ゆったり過ごす理念の実践がここにありと職員は言っている。ずんだユニットホールの段差はリハビリに良いようである。 |                   |
| 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  | ソファのコーナー、各居室など、その時によって過ごせるスペースが確保できている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○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  | 入所時、必要な備品に関してはできるだけ自宅で使用していたものを持参していただくようお話し、カーペットやカーテンなどもご本人が落ち着ける好みのものを用意していたらいい。 | 全館が床暖房で各居室にはエアコンがある。夫婦での使用が可能な居室もある。和洋や洗面台の有無など多様な配置の部屋造りになっており、さっぱりした部屋や古い家具、遺影のある部屋など個性あふれる居室である。                         |                   |
| 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   | 居室の場所、トイレの場所などがわからなくなる方にはわかりやすく目印をつけるなど配慮している。                                      |   |                   |