

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   | 0475101549            |  |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 共和会            |  |  |
| 事業所名    | 広瀬の郷 ユニット名 いきいき       |  |  |
| 所在地     | 宮城県仙台市青葉区大倉字大原新田26-12 |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成24年7月11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24年7月25日                     |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

静かで自然豊かな環境に立地し、屋内にいながら四季の移り変わりが感じられる開放感が自慢の和風建物です。多くの時間を過ごすホールは、職員とご利用者の寄り添いを考えた配置で、ゆったりとした時間が流れています。日々の散歩では、敷地内にある他の事業所職員(特養、デイサービス、ケアプランセンター、地域包括支援センター)との交流があります。毎月のイベントでは、ご利用者の希望を取り入れた献立で、調理や買い物も一緒に行います。また、外出や誕生日のお祝い、季節行事の他、他の事業所のイベントに参加したり、地域行事(運動会、学習発表会など)にも参加しています。広瀬の郷ではその人らしさ、出番と選択の機会、できることの継続支援を大切に、笑い声の絶えない雰囲気です。全個室にトイレ、洗面化粧台、スプリンクラーを設置し安全、快適な毎日を過ごしていただけます。

【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)】

社会福祉法人「共和会」が営む自然溢れた広大な敷地の中に特養ホーム、通所介護、包括支援センター、介護支援センターが隣接している。入居者は各施設の行事やボランティアの来所時等に行き来したり、四季折々の美しい景色を感じる敷地内の散歩を楽しんでいる。「笑顔であたかく」を理念とし、「信頼関係はコミュニケーションから」と日々のケアに努めている。家族の声に「本人が職員の言う事をよく聞いて、生活を楽しんでいる様子なので安心している」とある。管理者を中心に職員は明るく、元気がよく、寄り添う介護を実行、高齢化社会に伴う「認知症」に真剣に取り組む姿勢に好感がもてる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|----|--|--|----|---|--|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<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)                     | ○<br>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)                   | ○<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) | ○<br>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)    | ○<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、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                  | ○<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                                       | ○<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    |
| 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                                   | ○<br>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、安心して暮らしている<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 広瀬の郷)「ユニット名 いきいき」

| 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  | 今年見直しを行い、理念は変更せず再確認を行ない、改めて再掲示した。新任職員にはユニットごとに管理者か主任が説明している。                               | 課題項目であった見直しを今年3か月かけて職員全員の意見を集約し、話し合い内容を分析し、目標を明確にして理念を作成した。ホールの壁に掲げ、日々確認しケアに活かしている。                   |                   |
| 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  | 近隣学校の運動会や発表会に参加。床や、ボランティアの訪問、障害者施設から野菜購入。隣接する特養、通所介護事業所にボランティアが来た際に参加。運営推進会議の委員と一緒に昼食会を実施。 | 小学校の運動会、発表会に毎年招待状を頂き、入居者は楽しみにし、交流の場としている。民謡、踊り、ハーモニカ演奏等ボランティアの方々と食事会、西部施設職員対抗スポーツ大会に応援に行く等地域との繋がりはある。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 運営推進会議の場で地域の代表者からの相談に答えている。そこから地域の方々へ伝える一助になっている。  |   |                   |
| 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                                     | 運営におけるヒントや気づきになることがある。   | 会議は偶数月事業所ホールで開催する。町内会長、民生委員、包括職員は毎回出席している。事業所の現状報告、時々認知症の勉強会、食事会をしている。家族の参加がないので声がけ等工夫して促すよう期待したい。    |                   |
| 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  | 管理者、ケアマネージャーが窓口となっているが、必要その都度の相談になっている。  | 同敷地内に包括支援センターがあるので、相談、助言を頂きやすい環境にある。年1回の介護保険更新時に担当窓口に行く。また実施指導を受けている。県、市主催の研修には積極的に参加している。            |                   |
| 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 | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。玄関もなるべく施錠せず、センサーで対応している。                              | 年1回定期的に管理者が内部研修を行ない、職員は身体拘束による弊害を理解しケアに努めている。また管理者は日常的に身体拘束に近い行為を見かけたら、その場で注意して職員と話し合い、理解を求めている。      |                   |
| 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                                     | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。特に言葉遣いは乱れやすいため、日頃からお互いに指摘し合う雰囲気づくりに力を入れている。           |   |                   |

| 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    | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。                     |   |                   |
| 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                         | 入所時等に管理者が事前案内を送付し、必ず顔を合わせ説明し、同意を得ている。                     |   |                   |
| 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                     | 各ユニットごとに意見箱を設置し、匿名性にも配慮している。                              | 月1回は面会に来て頂くようにしている。その際に日々の様子等を話し、家族からの要望等を聞いている。月1回の入居者の状況を、写真入りで報告や行事案内等のお便りは家族に喜ばれている。      |                   |
| 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                                      | 特に決まった話し合いの場はないが、内容によっては管理者をとして代表者に代弁している。                | 月1回の全体会議は前半に全員で後半に各ユニットに分かれて開催している。前回は夏季休暇、冬季休暇のとり方が話題となった。資格取得は事業所の財産とし、勤務体制、給料に反映する等応援している。 |                   |
| 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      | 管理者、主任が中心になり実践している。23年度から開始された新制度でも半年に一回は面談で目標等を確認し合っている。 |   |                   |
| 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         | 内部、外部研修共に参加機会は多く確保されている。独自の内部研修も行い、一般の職員が積極的に活動している。      |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 毎年近隣施設合同のスポーツ大会、懇親会、他の施設との交換研修会を行っている。                    |   |                   |

| 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 | 管理者、入所先であるユニットの計画作成担当が中心になり行っている。  |   |                   |
| 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            | 管理者、入所先であるユニットの計画作成担当が中心になり行っている。  |   |                   |
| 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        | 入所前には必ず入所判定会を開催し、施設長、看護師、栄養士も加わり、より専門的な意見のもと検討している。                          |   |                   |
| 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                        | 施設生活全般において、各利用者ごとに役割や出番が確保されるよう、全体でも検討会を行っている。                               |   |                   |
| 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         | 面会や帰省、家族等の行事参加を呼びかけている。毎月1回生活の様子を記載した手紙を送り、本人の思いを伝えたり、代弁している。                |   |                   |
| 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                     | 電話、来訪、手紙等なるべく継続していけるよう管理者、主任が中心になり、相手に依頼している。                                | 高齢と共に馴染みの方が訪ねて来る事が少なくなった。家族に協力をお願いし、職員が「時間は遅くても構いませんから」と友達、知人、親戚の方々にホームで会う機会ができるよう声がけする等支援している。 |                   |
| 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                 | 必要に応じて職員が間にはいり、レクリエーションや制作作業、お互いの居室で過ごしたり、ユニット間の行き来など、日々の生活の中で構築できるように努めている。 |   |                   |

| 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                    | 年賀状の代筆や電話での会話、隣接する特養に移った利用者に会いに付き添ったりと、関わりが継続されるよう勤めている。                          |   |                   |
| <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                                 | (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   | 計画作成担当者が調整役となり、随時、また毎月1回は全職員間で検討会を踏まえ、ケアプランに反映させている。認知症の状態によっては、面談で家族の意向を確認している。  | 職員は日々の関わりの中で、一人ひとりの行動を把握し支援をしている。子供やお金の事が気になる方には、年金の振込み状況をお知らせする等安心できるよう声かけをしている。                 |                   |
| 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                                       | 入所時の調査票やケアプラン、その他の情報も全職員がいつでも閲覧しやすいようにしている。入所後に家族との会話で分かることも多く、その都度職員間での共有に努めている。 |   |                   |
| 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   | 全職員間でケース記録、介護日誌、個別記録を記入し、夜勤日勤間で伝達している。新たな情報は随時専用のノートに記録し確認している。                   |   |                   |
| 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 | 計画作成担当者が面会の際に話し合いを設けて意向を反映させている。直接の話し合いができない場合は、郵送での把握に努めている。                     | 3カ月毎に計画作成担当者を中心に全員で話し合い、かかりつけ医、栄養士の意見を参考に直し、介護計画を作成している。家族面会時に話し合った要望をプランに反映させ、家族に説明し確認していただいている。 |                   |
| 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                        | 介護日誌の裏面に、その日勤務している職員が気づきを記載しケース記録に反映している。その日出勤していない職員は、出勤した時に必ず目を通すようにしている。       |   |                   |
| 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               | 管理者、計画作成担当者が中心となり、全職員で検討し合っている。   |   |                   |

| 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 |      | ○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                                      | 移動図書館、近所の床屋、ボランティア等の来訪、近隣施設の行事に参加している。運営推進会議の委員の方と昼食を一緒に食べ交流している。       |  |   |
| 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                                  | 入所前にかかりつけ病院の希望を確認している。施設指定のかかりつけ病院の場合は、毎月1回は施設の送迎で受診している。               | 全員がかかりつけ医を受診し、職員が送迎している。皮膚科、整形外科等は家族対応となっているが、行かない時は職員が支援している。受診結果は介護日誌に記録し、家族へ報告している。                   |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 隣接する特養の看護師への相談、係りつけ病院、薬局と相談し協力を得ている。                                    |  |   |
| 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。 | 管理者が中心になって、入院先、本人の状態、家族の意向等を随時確認し対応している。                                |  |   |
| 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  | その都度の状況に応じて、管理者が中心になって家族と話している。   | 医療行為が必要となる等ホームでの生活が困難となった場合の対応は、契約書に記載し入所時に本人、家族に説明している。高齢化社会に伴いこれからのホームのあり方を代表者を囲み話し合い、取り組むようにしていただきたい。 |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 定期的な内部研修で確認(実践)している。  |  |   |
| 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  | 消防署立会いのもと、夜間の1人勤務を想定し、年2回訓練を実施している。地域との協力関係は、運営推進会議の場で依頼し、意思疎通は確認できている。 | 隣接する特養ホームにも宿泊が1名お、緊急時の連絡は取れている。消防署より避難ルートの確立、助言を頂いた。防災設備の定期点検は業者と行なっている。                                 | 避難訓練時地域住民の参加は要請はしているが、実現に至っていない。基準省令も改正になり、運営推進会議を活用し、協力が得られるよう更に取り組んでいただきたい。 |

| 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                   | 日々職員相互に注意し合いながら行っている。職員会議の場でも定期的に取り上げ、再確認している。                                      | 職員は日常のケアの中で入居者に話のかけ方、声の大きさに気をつけている。トイレ誘導はそっと寄り添い他の人に分からないような声かけの仕方に工夫している等プライバシーを大切にしている。        |                   |
| 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                     | 各利用者の得意なことや自発的に行っていることは、継続されるよう心がけている。職員からの働きかけにも力を入れている。                           |  |                   |
| 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 | 徘徊する利用者に自由に歩いてもらえるよう、危険な物は撤去している。随時の散歩や車での外出、食べたい物の希望は毎月の行事に反映させている。入浴も希望を把握し行っている。 |  |                   |
| 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                                  | 衣類は担当職員が本人が出し入れしやすいように整頓。夏祭りや敬老会は、化粧をしたり、浴衣を家族に持参してもらっている。パーマや毛染めも希望によって行っている。      |  |                   |
| 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     | 食事作りの参加に力を入れている。毎月数回、利用者の希望を取り入れた献立を一緒に作っている。買い物も一緒に行くことがある。                        | 献立は特養ホームの管理栄養士が作成し職員が調理している。刻む、米をとぐ等入居者はできることをしている。もんじゃ焼等作って食べる楽しみや9月の敬老会などの行事によっては、出前を取る予定している。 |                   |
| 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          | 献立は管理栄養士に依頼し、場合によっては医師にも相談している。代替え提供等は栄養士と相談し行っている。食事形態や自具も個別化している。                 |  |                   |
| 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                   | 夕食後に全利用者分の航空ケアを行っている。義歯使用者の洗浄、管理も徹底し、昼食後横になる利用者は、昼食後も行い、誤嚥性肺炎が懸念される方は毎食後洗浄している。     |  |                   |

| 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                              | 過剰な対応にならないように注意している。排泄用品も失禁程度に合わせた大きさ、着用時間を決めている。排泄チェックも細かく行っている。            | 職員が楽をする排泄用品は使わないよう話し合いケアに活かしている。リハビリパンツ、布パンツにパットでトイレでの排泄を支援している。夜間は安眠を考え転倒の危険のある方はセンサーマット使用する等、個別に対応している。 |                   |
| 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  | 便秘がひどい方は、医師と相談し本人に合った下剤で対応している。水分と食事摂取量の把握、繊維質の多いおやつを提供、運動に気がつかっている。         |   |                   |
| 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                        | 回数や時間帯は希望に沿うように対応している。入浴したがる利用者にも、最低3日に1回は入浴してもらえよう援助。希望者には入浴剤や音楽を聴いてもらっている。 | 曜日、時間は要望に応じているが、週3回は入浴して頂くよう支援している。現在2名の方が複数による介助、他は1対1で対応し、安全にゆったり入浴を楽しんで頂いている。菖蒲湯等お楽しみ湯もある。             |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 昼夜逆転しないように気をつけている。利用者によって、居室誘導かソファを判断している。                                   |   |                   |
| 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  | 各利用者ごとのファイルを整理し、用量や副作用については、いつでも確認できる。誤薬防止に毎朝二重チェックを実施している。                  |   |                   |
| 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                             | 毎月の行事、趣味や役割の支援もケアプランに反映させている。制作作業や散歩、家事参加は日常的に力を入れている。                       |   |                   |
| 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 | 家族と一緒に外出を促したり、毎月の行事で援助している。希望がある場合は家族へ協力を依頼したり、職員が個別に対応している。                 | 花見、紅葉等季節を感じる外出は隣接するデイサービスの車を利用して出かけている。日常的には敷地内の散歩、買物、中庭にある花壇、野菜畑、ウッドデッキの椅子に腰掛けておしゃべり、日向ぼっこを楽しんでいる。       |                   |



| 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 |
| 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  | お金の所持を希望する方には、ご家族了承のもと、紛失しても差し支えない金額で所持してもらっている。                                      |  |                   |
| 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   | 電話、投函の代行をいつでも行っている。   |  |                   |
| 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 | 毎日の清掃、季節ごとの掲示物の制作を利用者と一緒にしている。冷、暖房は温度計、湿度計で判断し、全居室に加湿器を置いている。花や植物、私物の家具も自由に置いてもらっている。 | 居間は広く、大きな窓から明るい光が入り、空気に澱みがない。毎朝一斉に掃除するので清潔感溢れている。七夕飾りが室内一杯に飾られ季節を感じた。和室があり、ソファ、ウッドデッキに椅子を置き談話したり、テレビをみたり、思い思いにゆったりと過ごしている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | ソファと和室を設置しており、普段から自由に利用している。  |  |                   |
| 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  | 使い慣れたものを自由に持ってきてもらい、よほど大きくなければ、仏壇なども置いている。  | 居室入口に花の名前と表札が掲げられ、部屋にトイレ、洗面台がありプライバシーに配慮されている。ベッド、布団と好みに使い分け、使い慣れた筆筒、テーブル等家具が持ち込まれ、居心地の良い自分の部屋となっている。                      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 施設内はバリアフリー構造で、タンスなどは倒壊防止用の措置を講じている。自分の部屋が分からなくなる利用者には、個人用の案内用掲示物を廊下などに貼っている。          |  |                   |

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   | 0475101549            |  |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 共和会            |  |  |
| 事業所名    | 広瀬の郷 ユニット名 ゆうゆう       |  |  |
| 所在地     | 宮城県仙台市青葉区大倉字大原新田26-12 |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成24年7月11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24年7月25日                     |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

静かで自然豊かな環境に立地し、屋内にいながら四季の移り変わりが感じられる開放感が自慢の和風建物です。多くの時間を過ごすホールは、職員とご利用者の寄り添いを考えた配置で、ゆったりとした時が流れています。日々の散歩では、敷地内にある他の事業所職員(特養、デイサービス、ケアプランセンター、地域包括支援センター)との交流があります。毎月のイベントでは、ご利用者の希望を取り入れた献立で、調理や買い物も一緒に行います。また、外出や誕生日のお祝い、季節行事の他、他の事業所のイベントに参加したり、地域行事(運動会、学習発表会など)にも参加しています。広瀬の郷ではその人らしさ、出番と選択の機会、できることの継続支援を大切に、笑い声の絶えない雰囲気です。全個室にトイレ、洗面化粧台、スプリンクラーを設置し安全、快適な毎日を過ごしていただけます。

【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)】

社会福祉法人「共和会」が営む自然溢れた広大な敷地の中に特養ホーム、通所介護、包括支援センター、介護支援センターが隣接している。入居者は各施設の行事やボランティアの来所時等に行き来したり、四季折々の美しい景色を感じる敷地内の散歩を楽しんでいる。「笑顔であたかく」を理念とし、「信頼関係はコミュニケーションから」と日々のケアに努めている。家族の声に「本人が職員の言う事をよく聞いて、生活を楽しんでいる様子なので安心している」とある。管理者を中心に職員は明るく、元気がよく、寄り添う介護を実行、高齢化社会に伴う「認知症」に真剣に取り組む姿勢に好感がもてる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|----|--|--|----|---|--|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○<br>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)   | ○<br>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)             | ○<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)                     | ○<br>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)                   | ○<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) | ○<br>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)    | ○<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、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                  | ○<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                                       | ○<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    |
| 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                                   | ○<br>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、安心して暮らしている<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 広瀬の郷)「ユニット名 ゆうゆう」

| 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  | 今年見直しを行い、新たに理念を設定し掲示した。新任職員にはユニットごとに管理者、主任が説明している。   | 課題項目であった見直しを今年3か月かけて職員全員の意見を集約し、話し合い内容を分析し、目標を明確にして理念を作成した。ホールの壁に掲げ、日々確認しケアに活かしている。                   |                   |
| 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  | 近隣学校の運動会や発表会に参加。床や、ボランティアの訪問、障害者施設から野菜購入。隣接する特養、通所介護事業所にボランティアが来た際に参加。運営推進会議の委員と一緒に昼食会を実施。 | 小学校の運動会、発表会に毎年招待状を頂き、入居者は楽しみにし、交流の場としている。民謡、踊り、ハーモニカ演奏等ボランティアの方々と食事会、西部施設職員対抗スポーツ大会に応援に行く等地域との繋がりはある。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 運営推進会議の場で地域の代表者からの相談に答えている。そこから地域の方々へ伝える一助になっている。  |   |                   |
| 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                                     | 運営におけるヒントや気づきになることがある。   | 会議は偶数月事業所ホールで開催する。町内会長、民生委員、包括職員は毎回出席している。事業所の現状報告、時々認知症の勉強会、食事会をしている。家族の参加がないので声がけ等工夫して促すよう期待したい。    |                   |
| 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  | 管理者、ケアマネージャーが窓口となっているが、必要その都度の相談になっている。  | 同敷地内に包括支援センターがあるので、相談、助言を頂きやすい環境にある。年1回の介護保険更新時に担当窓口に行く。また実施指導を受けている。県、市主催の研修には積極的に参加している。            |                   |
| 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 | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。玄関もなるべく施錠せず、センサーで対応している。                              | 年1回定期的に管理者が内部研修を行ない、職員は身体拘束による弊害を理解しケアに努めている。また管理者は日常的に身体拘束に近い行為を見かけたら、その場で注意して職員と話し合い、理解を求めている。      |                   |
| 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                                     | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。特に言葉遣いは乱れやすいため、日頃からお互いに指摘し合う雰囲気づくりに力を入れている。           |   |                   |

| 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    | 管理者が中心となって定期的に内部研修を実施したり、外部研修に参加している。                     |  |                   |
| 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                         | 入所時等に管理者が事前案内を送付し、必ず顔を合わせ説明し、同意を得ている。                     |  |                   |
| 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                     | 各ユニットごとに意見箱を設置し、匿名性にも配慮している。                              | 月1回は面会に来て頂くようにしている。その際に日々の様子等を話し、家族からの要望等を聞いている。月1回の入居者の状況を、写真入りで報告や行事案内等のお便りは家族に喜ばれている。     |                   |
| 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                                      | 特に決まった話し合いの場はないが、内容によっては管理者をとして代表者に代弁している。                | 月1回の全体会議は前半に全員で後半に各ユニットに分かれて開催している。前は夏季休暇、冬季休暇のとり方が話題となった。資格取得は事業所の財産とし、勤務体制、給料に反映する等応援している。 |                   |
| 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      | 管理者、主任が中心になり実践している。23年度から開始された新制度でも半年に一回は面談で目標等を確認し合っている。 |  |                   |
| 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         | 内部、外部研修共に参加機会は多く確保されている。独自の内部研修も行き、一般の職員が積極的に活動している。      |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 毎年近隣施設合同のスポーツ大会、懇親会、他の施設との交換研修会を行っている。                    |  |                   |

| 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 | 管理者、入所先であるユニットの計画作成担当が中心になり行っている。  |   |                   |
| 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            | 管理者、入所先であるユニットの計画作成担当が中心になり行っている。  |   |                   |
| 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        | 入所前には必ず入所判定会を開催し、施設長、看護師、栄養士も加わり、より専門的な意見のもと検討している。                          |   |                   |
| 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                        | 施設生活全般において、各利用者ごとに役割や出番が確保されるよう、全体でも検討会を行っている。                               |   |                   |
| 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         | 面会や帰省、家族等の行事参加を呼びかけている。毎月1回生活の様子を記載した手紙を送り、本人の思いを伝えたり、代弁している。                |   |                   |
| 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                     | 電話、来訪、手紙等なるべく継続していけるよう管理者、主任が中心になり、相手に依頼している。                                | 高齢と共に馴染みの方が訪ねて来る事が少なくなった。家族に協力をお願いし、職員が「時間は遅くても構いませんから」と友達、知人、親戚の方々にホームで会う機会ができるよう声がけする等支援している。 |                   |
| 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                 | 必要に応じて職員が間にはいり、レクリエーションや制作作業、お互いの居室で過ごしたり、ユニット間の行き来など、日々の生活の中で構築できるように努めている。 |   |                   |

| 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                    | 年賀状の代筆や電話での会話、隣接する特養に移った利用者に会いに付き添ったりと、関わりが継続されるよう勤めている。                          |  |                   |
| <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                                 | (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   | 計画作成担当者が調整役となり、随時、また毎月1回は全職員間で検討会を踏まえ、ケアプランに反映させている。認知症の状態によっては、面談で家族の意向を確認している。  | 職員は日々の関わりの中で、一人ひとりの行動を把握し支援をしている。子供やお金の事が気になる方には、年金の振込み状況をお知らせする等安心できるよう声かけをしている。                  |                   |
| 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                                       | 入所時の調査票やケアプラン、その他の情報も全職員がいつでも閲覧しやすいようにしている。入所後に家族との会話で分かることも多く、その都度職員間での共有に努めている。 |  |                   |
| 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   | 全職員間でケース記録、介護日誌、個別記録を記入し、夜勤日勤間で伝達している。新たな情報は随時専用のノートに記録し確認している。                   |  |                   |
| 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 | 計画作成担当者が面会の際に話し合いを設けて意向を反映させている。直接の話し合いができない場合は、郵送での把握に努めている。                     | 3カ月毎に計画作成担当者を中心に全員で話し合い、かかりつけ医、栄養士の意見を参考に見直し、介護計画を作成している。家族面会時に話し合った要望をプランに反映させ、家族に説明し確認していただいている。 |                   |
| 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                        | 介護日誌の裏面に、その日勤務している職員が気づきを記載しケース記録に反映している。その日出勤していない職員は、出勤した時に必ず目を通すようにしている。       |  |                   |
| 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               | 管理者、計画作成担当者が中心となり、全職員で検討し合っている。   |  |                   |

| 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 |      | ○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                                      | 移動図書館、近所の床屋、ボランティア等の来訪、近隣施設の行事に参加している。運営推進会議の委員の方と昼食を一緒に食べ交流している。       |  |   |
| 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                                  | 入所前にかかりつけ病院の希望を確認している。施設指定のかかりつけ病院の場合は、毎月1回は施設の送迎で受診している。               | 全員がかかりつけ医を受診し、職員が送迎している。皮膚科、整形外科等は家族対応となっているが、行かない時は職員が支援している。受診結果は介護日誌に記録し、家族へ報告している。                   |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 隣接する特養の看護師への相談、係りつけ病院、薬局と相談し協力を得ている。                                    |  |   |
| 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。 | 管理者が中心になって、入院先、本人の状態、家族の意向等を随時確認し対応している。                                |  |   |
| 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  | その都度の状況に応じて、管理者が中心となって家族と話している。   | 医療行為が必要となる等ホームでの生活が困難となった場合の対応は、契約書に記載し入所時に本人、家族に説明している。高齢化社会に伴いこれからのホームのあり方を代表者を囲み話し合い、取り組むようにしていただきたい。 |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | 定期的な内部研修で確認(実践)している。  |  |   |
| 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  | 消防署立会いのもと、夜間の1人勤務を想定し、年2回訓練を実施している。地域との協力関係は、運営推進会議の場で依頼し、意思疎通は確認できている。 | 隣接する特養ホームにも宿泊が1名お、緊急時の連絡は取れている。消防署より避難ルートの確立、助言を頂いた。防災設備の定期点検は業者と行なっている。                                 | 避難訓練時地域住民の参加は要請はしているが、実現に至っていない。基準省令も改正になり、運営推進会議を活用し、協力が得られるよう更に取り組みでいただきたい。 |

| 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                   | 日々職員相互に注意し合いながら行っている。職員会議の場でも定期的に取り上げ、再確認している。                                      | 職員は日常のケアの中で入居者に話のかけ方、声の大きさに気をつけている。トイレ誘導はそっと寄り添い他の人に分からないような声かけの仕方に工夫している等プライバシーを大切にしている。        |                   |
| 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                     | 各利用者の得意なことや自発的に行っていることは、継続されるよう心がけている。職員からの働きかけにも力を入れている。                           |  |                   |
| 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 | 徘徊する利用者に自由に歩いてもらえるよう、危険な物は撤去している。随時の散歩や車での外出、食べたい物の希望は毎月の行事に反映させている。入浴も希望を把握し行っている。 |  |                   |
| 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                                  | 衣類は担当職員が本人が出し入れしやすいように整頓。夏祭りや敬老会は、化粧をしたり、浴衣を家族に持参してもらっている。パーマや毛染めも希望によって行っている。      |  |                   |
| 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     | 食事作りの参加に力を入れている。毎月数回、利用者の希望を取り入れた献立を一緒に作っている。買い物も一緒に行くことがある。                        | 献立は特養ホームの管理栄養士が作成し職員が調理している。刻む、米をとぐ等入居者はできることをしている。もんじゃ焼等作って食べる楽しみや9月の敬老会などの行事によっては、出前を取る予定している。 |                   |
| 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          | 献立は管理栄養士に依頼し、場合によっては医師にも相談している。代替え提供等は栄養士と相談し行っている。食事形態や自具も個別化している。                 |  |                   |
| 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                   | 夕食後に全利用者分の航空ケアを行っている。義歯使用者の洗浄、管理も徹底し、昼食後横になる利用者は、昼食後も行い、誤嚥性肺炎が懸念される方は毎食後洗浄している。     |  |                   |



| 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                              | 過剰な対応にならないように注意している。排泄用品も失禁程度に合わせた大きさ、着用時間を決めている。排泄チェックも細かく行っている。            | 職員が楽をする排泄用品は使わないよう話し合いケアに活かしている。リハビリパンツ、布パンツにパットでトイレでの排泄を支援している。夜間は安眠を考え転倒の危険のある方はセンサーマット使用する等、個別に対応している。 |                   |
| 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  | 便秘がひどい方は、医師と相談し本人に合った下剤で対応している。水分と食事摂取量の把握、繊維質の多いおやつを提供、運動に気がつかっている。         |   |                   |
| 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                        | 回数や時間帯は希望に沿うように対応している。入浴したがる利用者にも、最低3日に1回は入浴してもらえよう援助。希望者には入浴剤や音楽を聴いてもらっている。 | 曜日、時間は要望に応じているが、週3回は入浴して頂くよう支援している。現在2名の方が複数による介助、他は1対1で対応し、安全にゆったり入浴を楽しんで頂いている。菖蒲湯等お楽しみ湯もある。             |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 昼夜逆転しないように気をつけている。利用者によって、居室誘導かソファを判断している。                                   |   |                   |
| 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  | 各利用者ごとのファイルを整理し、用量や副作用については、いつでも確認できる。誤薬防止に毎朝二重チェックを実施している。                  |   |                   |
| 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                             | 毎月の行事、趣味や役割の支援もケアプランに反映させている。制作作業や散歩、家事参加は日常的に力を入れている。                       |   |                   |
| 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 | 家族と一緒に外出を促したり、毎月の行事で援助している。希望がある場合は家族へ協力を依頼したり、職員が個別に対応している。                 | 花見、紅葉等季節を感じる外出は隣接するデイサービスの車を利用して出かけている。日常的には敷地内の散歩、買物、中庭にある花壇、野菜畑、ウッドデッキの椅子に腰掛けておしゃべり、日向ぼっこを楽しんでいる。       |                   |

| 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 |
| 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  | お金の所持を希望する方には、ご家族了承のもと、紛失しても差し支えない金額で所持してもらっている。                                      |  |                   |
| 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   | 電話、投函の代行をいつでも行っている。   |  |                   |
| 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 | 毎日の清掃、季節ごとの掲示物の制作を利用者と一緒にしている。冷、暖房は温度計、湿度計で判断し、全居室に加湿器を置いている。花や植物、私物の家具も自由に置いてもらっている。 | 居間は広く、大きな窓から明るい光が入り、空気に澱みがない。毎朝一斉に掃除するので清潔感溢れている。七夕飾りが室内一杯に飾られ季節を感じた。和室があり、ソファ、ウッドデッキに椅子を置き談話したり、テレビをみたり、思い思いにゆったりと過ごしている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | ソファと和室を設置しており、普段から自由に利用している。  |  |                   |
| 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  | 使い慣れたものを自由に持ってきてもらい、よほど大きくなければ、仏壇なども置いている。  | 居室入口に花の名前と表札が掲げられ、部屋にトイレ、洗面台がありプライバシーに配慮されている。ベッド、布団と好みに使い分け、使い慣れた筆筒、テーブル等家具が持ち込まれ、居心地の良い自分の部屋となっている。                      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 施設内はバリアフリー構造で、タンスなどは倒壊防止用の措置を講じている。自分の部屋が分からなくなる利用者には、個人用の案内用掲示物を廊下などに貼っている。          |  |                   |