

### 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   | 0471200360        |       |      |
| 法人名     | 有限会社 グループホームはさま   |       |      |
| 事業所名    | グループホーム はさま       | ユニット名 | たんぼぼ |
| 所在地     | 宮城県登米市迫町北方字金ヶ森6-2 |       |      |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月6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)】

|  |
|--|
| <p>利用者の立場に立った介護、自然食品(自家生産の米・野菜・卵)の提供を心がけている。又家族様と地域の方々とのつながりを大事にし、利用者がいきいきと生活できるよう心がけ実行している。体調管理にも往診して頂く医師や看護師の指導、勉強会に参加し細心の注意を心がけて、生き生きと自立した生活が送れるよう配慮している。</p> |
|--|

※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.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</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25年3月22日                     |  |  |

【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)】

|   |
|---|
| <p>法人設立から10年を迎えた2ユニットのホームである。毎年行われるホームの行事・七夕会ではバザーが開催され、地域住民の方も楽しみにしている。収益金は毎年社会福祉協議会に寄付している。また近隣の方からホームの畑のお手伝いを頂いたりと交流がある。ホームの居室から見える土手にはふきのとうが芽を出し、入居者が「天ぷらにして食べるの」と話していた。トライアル雇用で障害のある方も隔日勤務で働ける様に支援している。ホームでのケア特徴は車椅子で入居した方が手引きで自立歩行を勧めたところ出来るようになり、介護度が4から2に改善するなど、本人の残存能力を活かす取り組みを全員で共有し支援している。</p> |
|---|

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<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)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

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 はさま )「ユニット名 たんぽぽ」

| 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  | 地域との関わりや参加を考え、食材の買い物。豆腐や野菜などは地域の方々に来ていただき 社会参加をしている。         | 見直した「地域の皆に溶け込んで！ ゆっくり一緒に楽しみながら」を月2回のケア会議で、理念に沿ったケアが出来ているか話し合い、自分の思いを押し付けていないか？ など、入居者に合わせたケアを心がけている。                    |  |
| 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  | 自治会に入会し地域の行事に参加している。また地域の清掃、草刈などに職員が参加したりして交流が深まるよう努力している。   | 中学校(佐沼・新田)の職場体験(中学2年生・5日間)を毎年受け入れている。地域の方が理・美容で訪問してくれたり、また地区の健康診断に参加したり、佐沼のお祭りに出かけたり、地区の花壇作りに参加している。                    |  |
| 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  | 地域の方と交流を心がけ、理美容院又人の集まる場所などで認知症に対する理解を求めている。                  |   |  |
| 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                                     | 運営状況・入居状況及び近況を報告し運営委員各自から意見を頂きケアにいかしている。家族様には後日記録を見ていただいている。 | 年3回の開催であるが、地域包括職員、市の介護課職員、地域の方、家族、家族会会長がメンバーである。情報交換や家族アンケートについて、看取りについてなど双方向的に話し合いが持たれている。                             | 毎年の課題が「運営推進会議の開催」である。運営推進メンバーの理解を頂き、行事と一緒に開催など工夫し、2ヶ月毎の開催し、意見交換が出来るようにしていただきたい |
| 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  | 困難なケースは適宜関係機関に連絡相談し、アドバイスを頂いています。また、栄養指導もお願いしました。            | 高次機能障害を持つ方や生活保護の方の受け入れについて協議・相談の上入所いただいた。知的障害の方には権利擁護のため後見人をつけるなど、入居者にとって最善の方法を担当者と相談しながら進めている。                         |  |
| 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 | 玄関施錠等は行わず、スピーチロックにならないように研修等やミーティングなどで周知を図り実行に心がけている。        | 会話の中では否定することなく、黙って聞いてあげる事を皆で心がけている。立ち上がると転倒の危険がある方には、入居者も見守り役になり、気配ですぐ手を差しのべられるようにしている。外出傾向のある方も一緒に散歩して帰ると、落ち着かれることが多い。 |  |
| 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                                     | 虐待防止法に基づき、利用者などに沿った介護を心がけている。施設内で勉強会も行っている。                  |   |  |

| 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 |
| 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    | 対象となる利用者もおり、実践を通して支援できるよう学習会をしている。                             |  |                   |
| 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                         | 契約の目的内容、緊急対応等理解できるよう説明し、同意書をとっている。随時質問には説明をしている。               |  |                   |
| 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                     | 運営推進会議を適宜開催。面会時積極的に職員から話しかけている。頂いた意見等改善に向け具体的に取り組んでいる。         | 年2回家族会(良事会、敬老会)がある。家族からホームでの入居者の様子を見ての感動や日頃本人が書きとめた物を取って置いてもらいたいとの依頼があった。支払いは直接ホーム納入でその時の会話を大切にしている。 |                   |
| 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                                      | 毎日小ミーティングで検討している。意見交換できるよう日々コミュニケーションを図っている。                   | 勤務時間の調整は出来るだけ個人の状況を勘案し、希望に沿えるように工夫している。備品(加湿器、洗濯機等)の調達は、職員の要望にすばやく対応している。ケアについての情報共有もできている。          |                   |
| 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      | 代表者と就任以来、給与水準を見直し給与を上げ、労働時間の調節、面接などで勤務状況を把握し人事評価体制確立に向け努力している。 |  |                   |
| 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         | 職員に見学者、実習生の職場紹介や事業の内容を説明、研修参加も内外部に参加し力量のアップに心がけている。            |  |                   |
| 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 | 県、県北グループホーム協会に入会。意見交換や情報交換をしている。                               |  |                   |

| 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>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 | 初回面接時より入居者様の意向をしっかりと受け止め、解りやすい説明を行い要望によって生活できるように話し合い信頼関係を深めるようにしている。 |  |                   |
| 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            | 十分な時間をとり今後の関係を深める努力をしている。家族のことも出来る範囲相談にのり可能な限り家族の悩みを軽減できるよう努力している。    |  |                   |
| 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        | 内容を見極め緊急性のある事柄については、早急に関係機関との連携を取るようにしている。                            |  |                   |
| 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                        | 本人と共に料理をしたり、野菜摘みなどし、又洗濯物をたたんだり、共に暮らすという考えに基づき介護のみ提供できる施設でないようにしている。   |  |                   |
| 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         | 利用者の状況について、連絡報告し話し合いを行っている。又協力してもらったりイベントの参加についてもお願いしている。             |  |                   |
| 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                     | 利用者本人の生活暦や希望より外出を行っている。   | 以前の趣味のお友達や生徒さんが訪ねてきている。近隣の子ども達(小学生)が立ち寄り、一緒におやつを頂く事もある。面会人がいない方には、一緒に買い物に誘ったり、食事やお茶の時の声がけを大切にしている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士が共に話したり一緒に過ごせる場を提供、間を取り持つ支援をしている。                                |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 長期入院で戻れない方には、宅老を利用してもらい身寄りのない方にはフォロー支援をしている。                               |   |                   |
| <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   | 本人の意向を聞くように心がけ、それができない人には表情や仕草に目配りするよう心がけている。一人ひとりの意向は可能な限り実現できるよう話し合っている。 | 動き、表情から、トイレに行きたいのか、甘いコーヒーが欲しいのか、その特徴を見極めている。今年は選挙に行きたいという方が数人いて、出向き選挙をして来た。 |                   |
| 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                                       | 家族・主治医などの情報だけでなく日常の動作、言葉からも情報を把握し職員が共有できるように努力している。                        |   |                   |
| 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   | ひとり一人の体調や思いに合わせた過ごし方ができるように務めている。  |   |                   |
| 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 | スタッフ全員の情報収集すると共に、本人家族から意見を聞き計画を立てており、その都度心身の変化に伴い計画の見直しをしている。              | 動き、表情から、トイレに行きたいのか、甘いコーヒーが欲しいのか、その特徴を見極めている。今年は選挙に行きたいという方が数人いて、出向き選挙をして来た。 |                   |
| 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                        | ケア内容に沿って実施。気づいたことや工夫はその都度話し合い継続して実施し、改善を心がけている。                            |   |                   |
| 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               | 家族の要望や状態に合わせて病院受診に職員が同伴したり、家族さんがわかり難い手続きの際の支援をしている。                        |   |                   |

| 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                                      | 近隣の町内会や障害者施設など連携を密にし地区活動に参加。東日本大震災で被害にあった仮設住宅の方とも交流を行っている。                 |  |                   |
| 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                                  | 主治医の月2回の往診、協力医の往診など家族の希望を伝えながら行っている。定期受診は職員が同行している。                        | 主治医、協力医(皮膚科、歯科、精神科)の往診体制がある。受診報告は変化のあったとき家族に知らせ、先生から直接お話を聞いている。緊急時は家族の意向を確認の上、同行・同席いただいている。                              |                   |
| 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                          | 訪問看護師の対応を考えているが、主治医の協力もあり、夜間急変時に連絡できる体制を整えている。                             |  |                   |
| 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。 | 早期発見治療にも務め、入院時も早期退院が出来るよう情報交換を行える体制を整えている。                                 |  |                   |
| 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  | 入所等にも説明しますが、想定される場合は再度説明をし同意を得るようにしています。末期状態協力医院外でも家族の希望に合わせた連携を取れるよう努めます。 | 重度化、終末期の指針・意思確認書は作成済みであるが、意思確認書は取っていない。運営推進会議でも話し合いがされており、家族の希望もある。主治医の往診中今年も1人看取りをした。状況により家族・医師・ホームとの話し合いの中で進めて行くとしている。 |                   |
| 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  | 緊急時マニュアルに基づき適宜目を通すようにし施設内でも施設外でも周知できるように努めている。                             |  |                   |
| 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  | 火災訓練は時折開催している。マニュアルも配置している。運営推進会議でも地区の方から災害時の協力体制など話している。                  | 訓練は年4回(夜間想定2回)近隣の方の参加で実施している。災害備品は大型発電機、貯水タンク、井戸水の使用可・大型冷蔵庫などを揃えた。訓練では介護度の高い人から避難するなど決めている。                              |                   |

| 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 |
| <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                   | 一人ひとりの人格、尊厳、プライバシーに配慮したケアを心がけており、ケア会議や担当者会議以外にもその都度話し合いながらケアしている。 | 馴染みの呼び方、呼ばれて嬉しい呼び方をしている。物が無くなった時は一緒に納得するまで探したり、本人の触れて欲しくない事やプライドを損ねないように日頃から情報を共有して対応している。         |                   |
| 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                     | 言葉の表出のみならず表情、態度などの充分注意して本人の思いや希望をケアに組み入れるように取り組んでいる。              |  |                   |
| 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 | 個別性を重視し本人のペースに合わせた柔軟な対応を優先したケアを提供しています。                           |  |                   |
| 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                                  | 衣類の買い物に職員が同行し、散髪は外部から訪問し、本人の希望を聞きながら実施している。毛染め希望者については職員が支援している。  |  |                   |
| 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     | 調理方法、味付けなど職員と共にやっている。希望する食事の献立を聞きながら一緒に調理している。                    | 献立は管理者、職員で作り、市の栄養士に年2回見てもらっている。栄養指導では塩分控えめの対策として、食卓に醤油差しが無いのが良いと言われた。調理は出来る人が手伝い、食材の買出しは男性入居者が手伝う。 |                   |
| 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          | 嚥下状態に合わせ、トロミや刻み食など柔軟な対応をしている。                                     |  |                   |
| 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                   | 食後の口腔ケアに加え歯科の往診治療時アドバイスをもらうようにしている。                               |  |                   |

| 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                              | 排泄パターンを把握しチェック表を観察記録し、トイレ誘導をしながらなるべくオムツを着用しないよう支援している。                                | 入居者の平均年齢は高いが全員、下着か、リハビリパンツで過ごし、トイレ誘導を行っている。夜間も体力の無い数名がオムツ対応で、他の方はポータブルトイレで個別対応している。                                    |                   |
| 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  | 一人ひとりの状態に飲食物運動のみで、対応可否を検討して、場合によっては医療機関に相談するようにしている。                                  |  |                   |
| 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                        | 本人の体調や意思に沿って入浴支援を行っている。   | 2日に1回に好きな時間に入浴している。見守りでの入浴は1対1で思わぬ本音が出ることもある。入浴拒否のある方は時間を置いたり、「明日お風呂休みだから」「温泉だよ！」など声がけの工夫をしている。                        |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | その日の体調状態、希望に合わせて休息の支援をおこなっている。  |  |                   |
| 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  | 服薬は複数名で確認した上で行き、薬剤について主治医に説明伝達している。   |  |                   |
| 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                             | 洗濯物整理、料理のしたごしらえ、花壇の草取り等できることを行ってもらい、役割を見出す支援を行っている。また、レクリエーションにとどまらず地域の馴染みの場所に外出している。 |  |                   |
| 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 | 近隣の公園や散歩などの外出支援は職員主導で実施している。年末時の町のイルミネーション見学などにも出かけ、特産品を食べたり見学できるよう支援している。            | 車椅子が2台入る車や10人乗りの車もあり、月2回位、体調の良い人、希望の人は良くドライブに出かけている。長沼公園の芋煮会に全員で出かけ、自慢の歌や踊りを披露したり、近隣の方の三味線が入るなど楽しんでいる。お盆・墓参りは家族の協力がある。 |                   |



| 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 |
| 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  | 利用者のお小遣いに関しては、施設の金庫にて管理している。イベント外出の時など好きな物を買えるよう支援している。            |  |                   |
| 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   | 本人に手紙が来たときには手渡しし、家族等に投函する場合は職員が支援している。電話時には話せるように支援している。           |  |                   |
| 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 | 花を共通の玄関に置き、台所は入居者の皆が見える空間を作り、共通スペースには思い出の品々を飾り、常に自宅に居る雰囲気作りになっている。 | テーブル・掘りごたつのある畳・ソファなど自分の好きな所でくつろいでいる。大型のテレビがどこからでも見える。廊下には一年間の行事の写真やホームの文化祭で作った職員、入居者、近隣の子供達の素敵な作品が飾ってあって日頃のホームの様子が伺える。 |                   |
| 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  | 入居者ひとりひとりがおもしろい場所や過ごしてもらえようとしている。気の合う同士の会話ができるよう環境設定に心がけている。       |  |                   |
| 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  | 物品、家具はもちろん、思い出が想起できるような写真や絵画を飾っている。                                | 自分の趣味で書いた絵や家族の写真、孫のお習字や作品が飾られている。位牌を持ってきている方もいて、お茶やお水を供えたりお花を飾ったりするという。加湿器で湿度調整もされていた。                                 |                   |
| 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   | 共有スペース・手すりを設置。家具などは本人の意見などを尊重しつつ、行動パターンに合わせた配置をしている。               |  |                   |

### 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   | 0471200360        |       |      |
| 法人名     | 有限会社 グループホームはさま   |       |      |
| 事業所名    | グループホーム はさま       | ユニット名 | ひまわり |
| 所在地     | 宮城県登米市迫町北方字金ヶ森6-2 |       |      |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月6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)】

|  |
|--|
| <p>利用者の立場に立った介護、自然食品(自家生産の米・野菜・卵)の提供を心がけている。又家族様と地域の方々とのつながりを大事にし、利用者がいきいきと生活できるよう心がけ実行している。体調管理にも往診して頂く医師や看護師の指導、勉強会に参加し細心の注意を心がけて、生き生きと自立した生活が送れるよう配慮している。</p> |
|--|

※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.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</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25年3月22日                     |  |  |

【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)】

|   |
|---|
| <p>法人設立から10年を迎えた2ユニットのホームである。毎年行われるホームの行事・七夕会ではバザーが開催され、地域住民の方も楽しみにしている。収益金は毎年社会福祉協議会に寄付している。また近隣の方からホームの畑のお手伝いを頂いたりと交流がある。ホームの居室から見える土手にはふきのとうが芽を出し、入居者が「天ぷらにして食べるの」と話していた。トライアル雇用で障害のある方も隔日勤務で働ける様に支援している。ホームでのケア特徴は車椅子で入居した方が手引きで自立歩行を勧めたところ出来るようになり、介護度が4から2に改善するなど、本人の残存能力を活かす取り組みを全員で共有し支援している。</p> |
|---|

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<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)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

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 はさま)「ユニット名 ひまわり」

| 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  | 地域との関わりや参加を考え、食材の買い物。豆腐や野菜などは地域の方々に来ていただき 社会参加をしている。         | 見直した「地域の皆に溶け込んで！ ゆっくり一緒に楽しみながら」を月2回のケア会議で、理念に沿ったケアが出来ているか話し合い、自分の思いを押し付けていないか？ など、入居者に合わせたケアを心がけている。                    |  |
| 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  | 自治会に入会し地域の行事に参加している。また地域の清掃、草刈などに職員が参加したりして交流が深まるよう努力している。   | 中学校(佐沼・新田)の職場体験(中学2年生・5日間)を毎年受け入れている。地域の方が理・美容で訪問してくれたり、また地区の健康診断に参加したり、佐沼のお祭りに出かけたり、地区の花壇作りに参加している。                    |  |
| 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  | 地域の方と交流を心がけ、理美容院又人の集まる場所などで認知症に対する理解を求めている。                  |   |  |
| 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                                     | 運営状況・入居状況及び近況を報告し運営委員各自から意見を頂きケアにいかしている。家族様には後日記録を見ていただいている。 | 年3回の開催であるが、地域包括職員、市の介護課職員、地域の方、家族、家族会会長がメンバーである。情報交換や家族アンケートについて、看取りについてなど双方向的に話し合いが持たれている。                             | 毎年の課題が「運営推進会議の開催」である。運営推進メンバーの理解を頂き、行事と一緒に開催など工夫し、2ヶ月毎の開催し、意見交換が出来るようにしていただきたい |
| 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  | 困難なケースは適宜関係機関に連絡相談し、アドバイスを頂いています。また、栄養指導もお願いしました。            | 高次機能障害を持つ方や生活保護の方の受け入れについて協議・相談の上入所いただいた。知的障害の方には権利擁護のため後見人をつけるなど、入居者にとって最善の方法を担当者と相談しながら進めている。                         |  |
| 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 | 玄関施錠等は行わず、スピーチロックにならないように研修等やミーティングなどで周知を図り実行に心がけている。        | 会話の中では否定することなく、黙って聞いてあげる事を皆で心がけている。立ち上がると転倒の危険がある方には、入居者も見守り役になり、気配ですぐ手を差しのべられるようにしている。外出傾向のある方も一緒に散歩して帰ると、落ち着かれることが多い。 |  |
| 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                                     | 虐待防止法に基づき、利用者などに沿った介護を心がけている。施設内で勉強会も行っている。                  |   |  |

| 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 |
| 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    | 対象となる利用者もおり、実践を通して支援できるよう学習会をしている。                             |  |                   |
| 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                         | 契約の目的内容、緊急対応等理解できるよう説明し、同意書をとっている。随時質問には説明をしている。               |  |                   |
| 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                     | 運営推進会議を適宜開催。面会時積極的に職員から話しかけている。頂いた意見等改善に向け具体的に取り組んでいる。         | 年2回家族会(良事会、敬老会)がある。家族からホームでの入居者の様子を見ての感動や日頃本人が書きとめた物を取って置いてもらいたいとの依頼があった。支払いは直接ホーム納入でその時の会話を大切にしている。 |                   |
| 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                                      | 毎日小ミーティングで検討している。意見交換できるよう日々コミュニケーションを図っている。                   | 勤務時間の調整は出来るだけ個人の状況を勘案し、希望に沿えるように工夫している。備品(加湿器、洗濯機等)の調達は、職員の要望にすばやく対応している。ケアについての情報共有もできている。          |                   |
| 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      | 代表者と就任以来、給与水準を見直し給与を上げ、労働時間の調節、面接などで勤務状況を把握し人事評価体制確立に向け努力している。 |  |                   |
| 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         | 職員に見学者、実習生の職場紹介や事業の内容を説明、研修参加も内外部に参加し力量のアップに心がけている。            |  |                   |
| 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 | 県、県北グループホーム協会に入会。意見交換や情報交換をしている。                               |  |                   |

| 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>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 | 初回面接時より入居者様の意向をしっかりと受け止め、解りやすい説明を行い要望によって生活できるように話し合い信頼関係を深めるようにしている。 |  |                   |
| 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            | 十分な時間をとり今後の関係を深める努力をしている。家族のことも出来る範囲相談にのり可能な限り家族の悩みを軽減できるよう努力している。    |  |                   |
| 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        | 内容を見極め緊急性のある事柄については、早急に関係機関との連携を取るようにしている。                            |  |                   |
| 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                        | 本人と共に料理をしたり、野菜摘みなどし、又洗濯物をたたんだり、共に暮らすという考えに基づき介護のみ提供できる施設でないようにしている。   |  |                   |
| 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         | 利用者の状況について、連絡報告し話し合いを行っている。又協力してもらったりイベントの参加についてもお願いしている。             |  |                   |
| 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                     | 利用者本人の生活暦や希望より外出を行っている。   | 以前の趣味のお友達や生徒さんが訪ねてきている。近隣の子ども達(小学生)が立ち寄り、一緒におやつを頂く事もある。面会人がいない方には、一緒に買い物に誘ったり、食事やお茶の時の声がけを大切にしている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士が共に話したり一緒に過ごせる場を提供、間を取り持つ支援をしている。                                |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 長期入院で戻れない方には、宅老を利用してもらい身寄りのない方にはフォロー支援をしている。                               |   |                   |
| <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   | 本人の意向を聞くように心がけ、それができない人には表情や仕草に目配りするよう心がけている。一人ひとりの意向は可能な限り実現できるよう話し合っている。 | 動き、表情から、トイレに行きたいのか、甘いコーヒーが欲しいのか、その特徴を見極めていく。今年は選挙に行きたいという方が数人いて、出向き選挙をして来た。 |                   |
| 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                                       | 家族・主治医などの情報だけでなく日常の動作、言葉からも情報を把握し職員が共有できるように努力している。                        |   |                   |
| 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   | ひとり一人の体調や思いに合わせた過ごし方ができるように務めている。  |   |                   |
| 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 | スタッフ全員の情報収集すると共に、本人家族から意見を聞き計画を立てており、その都度心身の変化に伴い計画の見直しをしている。              | 動き、表情から、トイレに行きたいのか、甘いコーヒーが欲しいのか、その特徴を見極めていく。今年は選挙に行きたいという方が数人いて、出向き選挙をして来た。 |                   |
| 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                        | ケア内容に沿って実施。気づいたことや工夫はその都度話し合い継続して実施し、改善を心がけている。                            |   |                   |
| 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               | 家族の要望や状態に合わせて病院受診に職員が同伴したり、家族さんがわかり難い手続きの際の支援をしている。                        |   |                   |

| 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                                      | 近隣の町内会や障害者施設など連携を密にし地区活動に参加。東日本大震災で被害にあった仮設住宅の方とも交流を行っている。                 |  |                   |
| 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                                  | 主治医の月2回の往診、協力医の往診など家族の希望を伝えながら行っている。定期受診は職員が同行している。                        | 主治医、協力医(皮膚科、歯科、精神科)の往診体制がある。受診報告は変化のあったとき家族に知らせ、先生から直接お話を聞いている。緊急時は家族の意向を確認の上、同行・同席いただいている。                              |                   |
| 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                          | 訪問看護師の対応を考えているが、主治医の協力もあり、夜間急変時に連絡できる体制を整えている。                             |  |                   |
| 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。 | 早期発見治療にも務め、入院時も早期退院が出来るよう情報交換を行える体制を整えている。                                 |  |                   |
| 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  | 入所等にも説明しますが、想定される場合は再度説明をし同意を得るようにしています。末期状態協力医院外でも家族の希望に合わせた連携を取れるよう努めます。 | 重度化、終末期の指針・意思確認書は作成済みであるが、意思確認書は取っていない。運営推進会議でも話し合いがされており、家族の希望もある。主治医の往診中今年も1人看取りをした。状況により家族・医師・ホームとの話し合いの中で進めて行くとしている。 |                   |
| 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  | 緊急時マニュアルに基づき適宜目を通すようにし施設内でも施設外でも周知できるように努めている。                             |  |                   |
| 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  | 火災訓練は時折開催している。マニュアルも配置している。運営推進会議でも地区の方から災害時の協力体制など話している。                  | 訓練は年4回(夜間想定2回)近隣の方の参加で実施している。災害備品は大型発電機、貯水タンク、井戸水の使用可・大型冷蔵庫などを揃えた。訓練では介護度の高い人から避難するなど決めている。                              |                   |

| 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 |
| <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                   | 一人ひとりの人格、尊厳、プライバシーに配慮したケアを心がけており、ケア会議や担当者会議以外にもその都度話し合いながらケアしている。 | 馴染みの呼び方、呼ばれて嬉しい呼び方をしている。物が無くなった時は一緒に納得するまで探したり、本人の触れて欲しくない事やプライドを損ねないように日頃から情報を共有して対応している。         |                   |
| 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                     | 言葉の表出のみならず表情、態度などの充分注意して本人の思いや希望をケアに組み入れるように取り組んでいる。              |  |                   |
| 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 | 個別性を重視し本人のペースに合わせた柔軟な対応を優先したケアを提供しています。                           |  |                   |
| 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                                  | 衣類の買い物に職員が同行し、散髪は外部から訪問し、本人の希望を聞きながら実施している。毛染め希望者については職員が支援している。  |  |                   |
| 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     | 調理方法、味付けなど職員と共にやっている。希望する食事の献立を聞きながら一緒に調理している。                    | 献立は管理者、職員で作り、市の栄養士に年2回見てもらっている。栄養指導では塩分控えめの対策として、食卓に醤油差しが無いのが良いと言われた。調理は出来る人が手伝い、食材の買出しは男性入居者が手伝う。 |                   |
| 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          | 嚥下状態に合わせ、トロミや刻み食など柔軟な対応をしている。                                     |  |                   |
| 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                   | 食後の口腔ケアに加え歯科の往診治療時アドバイスをもらうようにしている。                               |  |                   |



| 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                              | 排泄パターンを把握しチェック表を観察記録し、トイレ誘導をしながらなるべくオムツを着用しないよう支援している。                                | 入居者の平均年齢は高いが全員、下着か、リハビリパンツで過ごし、トイレ誘導を行っている。夜間も体力の無い数名がオムツ対応で、他の方はポータブルトイレで個別対応している。                                    |                   |
| 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  | 一人ひとりの状態に飲食物運動のみで、対応可否を検討して、場合によっては医療機関に相談するようにしている。                                  |  |                   |
| 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                        | 本人の体調や意思に沿って入浴支援を行っている。   | 2日に1回に好きな時間に入浴している。見守りでの入浴は1対1で思わぬ本音が出ることもある。入浴拒否のある方は時間を置いたり、「明日お風呂休みだから」「温泉だよ！」など声がけの工夫をしている。                        |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | その日の体調状態、希望に合わせて休息の支援をおこなっている。  |  |                   |
| 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  | 服薬は複数名で確認した上で行き、薬剤について主治医に説明伝達している。   |  |                   |
| 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                             | 洗濯物整理、料理のしたごしらえ、花壇の草取り等できることを行ってもらい、役割を見出す支援を行っている。また、レクリエーションにとどまらず地域の馴染みの場所に外出している。 |  |                   |
| 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 | 近隣の公園や散歩などの外出支援は職員主導で実施している。年末時の町のイルミネーション見学などにも出かけ、特産品を食べたり見学できるよう支援している。            | 車椅子が2台入る車や10人乗りの車もあり、月2回位、体調の良い人、希望の人は良くドライブに出かけている。長沼公園の芋煮会に全員で出かけ、自慢の歌や踊りを披露したり、近隣の方の三味線が入るなど楽しんでいる。お盆・墓参りは家族の協力がある。 |                   |

| 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 |
| 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  | 利用者のお小遣いに関しては、施設の金庫にて管理している。イベント外出の時など好きな物を買えるよう支援している。            |  |                   |
| 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   | 本人に手紙が来たときには手渡しし、家族等に投函する場合は職員が支援している。電話時には話せるように支援している。           |  |                   |
| 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 | 花を共通の玄関に置き、台所は入居者の皆が見える空間を作り、共通スペースには思い出の品々を飾り、常に自宅に居る雰囲気作りになっている。 | テーブル・掘りごたつのある畳・ソファなど自分の好きな所でくつろいでいる。大型のテレビがどこからでも見える。廊下には一年間の行事の写真やホームの文化祭で作った職員、入居者、近隣の子供達の素敵な作品が飾ってあって日頃のホームの様子が伺える。 |                   |
| 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  | 入居者ひとりひとりがおもしろい場所や過ごしてもらえようとしている。気の合う同士の会話ができるよう環境設定に心がけている。       |  |                   |
| 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  | 物品、家具はもちろん、思い出が想起できるような写真や絵画を飾っている。                                | 自分の趣味で書いた絵や家族の写真、孫のお習字や作品が飾られている。位牌を持ってきている方もいて、お茶やお水を供えたりお花を飾ったりするという。加湿器で湿度調整もされていた。                                 |                   |
| 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   | 共有スペース・手すりを設置。家具などは本人の意見などを尊重しつつ、行動パターンに合わせた配置をしている。               |  |                   |