

令和元年度

事業所名： グループホームほほえみの家 B棟

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   | 0372100743       |            |           |
| 法人名     | 社団医療法人池田記念会      |            |           |
| 事業所名    | グループホームほほえみの家 B棟 |            |           |
| 所在地     | 岩手県滝沢市高屋敷平11-1   |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和元年8月1日         | 評価結果市町村受理日 | 令和元年11月5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)】

当事業所は同一法人が経営する老人保健施設と神経科・内科クリニックの隣接地にあり、福祉と医療が連携を密に図りながら、利用者様が安心して穏やかな生活が送れるよう支援している。また、介護支援専門員の有資格者5名、介護福祉士の有資格者13名(介護支援専門員も含み)の職員を基準より手厚く配置している他、認知症実践者(リーダー)研修を終了した職員もおり、専門的な知識や技術を活かした認知症ケアを提供している。また、利用者様の重度化が徐々に進行しているがホームにこもらないケアを実践しており、近隣の保育園への定期訪問や週5日の買い物など積極的に外出する機会をつくっている。新たな試みとして、ふるさと訪問やお墓参り、外食など利用者様の希望を把握した上で、家族と連携しながら個別に外出する取り組みを行なっている。地域との相互関係を目指し、沿道の清掃活動に参加するなど一方的に支援してもらう関係にならないよう努力を続けている。最近では自治会との交流も増えてきており、行事には(流しそうめん)家族の他、多くの地域住民に参加していただいている。

※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.kajikokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action=kouhouyou_detail_022_kan=true&amp;JikyoSyosyoCd=0372100743-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kajikokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action=kouhouyou_detail_022_kan=true&amp;JikyoSyosyoCd=0372100743-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|---|

【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)】

事業所は、主要道路に隣接し、周辺には住宅、農地、事業所、保育園、小学校などがあり生活環境に恵まれている。敷地内には、同法人のクリニックや老人保健施設があり、避難訓練への協力や業務への支援など、医療と福祉の連携が図られている。運営にあたっては、職員で定めた理念を職員間で共有し、利用者職員が共同の生活者としての認識の下、共に支えあい、助けあい、励ましあい、利用に寄り添い、利用者の意向に沿った細かな介護サービスを提供している。また、運営推進会議の開催ごとのテーマや資料を作成し、協議結果を詳細にまとめ次回の委員会に報告し、委員の意見や提案を業務に反映させている。さらに、地域版の広報紙の作成や地域の清掃活動への参加、住民参加の行事の実施など、地域との交流にも力を入れている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会      |
| 所在地   | 〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号 |
| 訪問調査日 | 令和元年8月28日                    |

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>↓該当する項目に○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<br>3. 利用者の1/3くらい<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  |  |   |

【評価機関:特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会】

令和元年度

事業所名：グループホームほほえみの家 B棟

2 自己評価および外部評価結果

| 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                      | 職員で話し合って決めた理念を常に意識して動けるようホーム内に掲示している。<br>理念に基づいた利用者個々のケアのあり方を職員会議等で話し合い、統一を図っている。   | 職員で話し合い定めた理念を、職員会議や申し送りを通じて、職員間で確認、共有し、具体的な取り組み内容を表示し、共同の生活者としての認識のもと、日々、利用者への介護サービスを提供している。   |                   |
| 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                      | ホームの行事で顔見知りとなり、買い物中に声をかけてくれる地域の方がいたり、店内で子連れの親子と触れ合う機会が日常的にある。少し離れた場所のA保育園には年4回訪問して交流していたが、今年度は園側からの提案もあり、1回はホームに慰問に来てくれるようになった。近隣のB保育園とはホーム裏のバラ園を活用して交流会を開催したり、園行事に招待されるなど日常的に交流を深めている。 | 地域版の広報紙を作成し、地域に情報を提供しているほか、自治会に加入し、清掃活動やお祭りなどに参加している。また、保育園との交流のほか、ボランティアによる押し花教室の開催、誕生会の歌、踊りの披露、地域住民参加の流しそーめんの実施、傾聴ボランティアの受け入れなど、地域との交流に様々な形で取り組んでいる。 |                   |
| 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                    | 地域で生活している方が認知症の症状で対応が難しいことがあれば、いつでも協力できることを運営推進会議内で伝えている。又、滝沢市からの委託を受け『認知症まちかど相談室』の窓口を設置し、いつでも相談に応じられる環境を整えている。   |  |                   |
| 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 | ホームの中で課題になっていることや取り組みたいことを会議内で相談報告し、委員一人ひとりに意見を伺っている。その内容を踏まえ運営の方向性を決めている。  | 会議ごとのテーマや検討資料を作成し、協議を行うほか、結果を詳細にまとめ、次回に報告し、会議の充実を図っている。バラ園の整備や避難訓練の内容などの意見や提言を運営に生かしている。ゲストとして、年2回自治会の会長の出席を得て、自治会活動の説明や助言などを得ている。                     |                   |
| 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           | 認知症があるなど、対応が難しい家族との関わりの際、市職員に間に入ってもらうことで良い関係作りの手助けとしている。一例として、定期訪問の際に利用者の近況報告やケアプランのサインをもらうなど協力していただいている。   | 運営推進委員である地域包括支援センターの職員から、感染症予防や行政に関する情報を得ているほか、介護認定の相談、生活自立支援など市や社協の指導を得ている。市主催の会議や研修会への出席のほか、介護相談員の受け入れ、地域版の広報紙の掲示依頼、認知症カフェへの参加などに取り組んでいる。            |                   |

| 自己 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|-----|---|--|--|-------------------|
|    |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 安全を確保するためにセンサーを使用しているが、日中は玄関の鍵をかけていない。利用者の表情や仕草から不安な気持ちを察知し、帰宅願望による行動が起きる前に本人の好む活動を提供している。3ヶ月に1回はスピーチロック月間として、標語を勤務者で復唱するなど職員間で身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。            | 身体拘束適正化委員会を開催し、協議するとともに、運営推進会議に報告し、助言などをいただき、運営に反映させ、特に、スピーチロック月間を定め、利用者との触れ合いを大切にしている。玄関は防犯カメラを設置し、施錠は夜間のみである。居室のベッド、床用マットに転倒予防のセンサーを一部の利用者に使用している。 |                   |
| 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注意を払い、防止に努めている                                      | 高齢者権利擁護養成研修に積極的に職員を派遣している。また、参加した職員だけでなく、他職員も自施設研修と一緒に取り組むことにより認識を深める良い機会になっている。   |  |                   |
| 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                                 | 該当者はいるが、職員の入れかわりもあり十分に理解しているとはいえない。そのため、勉強会や研修に参加する機会をつくり、理解を深める必要がある。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている   | 入居の申込をいただく時は、利用者やご家族が十分に理解し納得していただけるよう時間をかけて分かりやすい説明を心掛けている。また、生活の中で起こりうるリスク、重度化について細かく説明し確認書にサインを頂いている。   |  |                   |
| 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  | 利用者からは介護相談員を通すなどして希望を聞き出す機会をもっている。職員も日常生活の中で出される希望や要望を大切に、会議などで話し合いの場を設けている。重要だと思われる事項については運営推進会議でも報告するようにしている。家族にはアンケート調査を実施しており、意見や要望は会議で話し合い、対応策などをまとめ報告している。 | 家族の来所時に要望等を聴き取っている。また、家族会議や家族アンケートで家族の意向を把握し、要望等のあったトイレの清掃、外出の際の衣服、行事への参加などについて、具体化している。職員から利用者に誘いかけ、お手伝いや外出などの利用者の要望を引き出し、日々の生活に生かしている。             |                   |
| 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   | 毎月1回職員会議を開催している他、必要に応じて会議を開催し職員の意見を聞く機会を作っている。会議で検討課題がある場合は、管理者が上司と相談しながら職員の要望、意見の実現に努めている。  | 職員会議や申し送りなどで、職員の意見や提案を受け、身体拘束の事例と対策、行事計画の変更、植物用プランターの活用、備品や日用品の確保などについて具体化している。また、勤務体制や資格取得、研修への参加などの職員の要望に応えている。                                    |                   |



| 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 |
| 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      | 代表者は、管理者との協議の中で各職員の個々の努力や実績等を把握し、人事考課も加味し、向上心を持って働けるよう努めている。  |      |                   |
| 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         | 各職員は外部研修に年1度参加するようしており、研修後は他の職員に研修報告を行っている。ホーム内では年4回の勉強会をチームごとに分担し、立案から実践まで行うようにしている。                               |      |                   |
| 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 | 1ヶ月に一回程度定例会があり職員を交代で参加させている。定例会では他のホームと情報交換したり、事例検討や職員の交換研修などを行い質の向上に努めている。   |      |                   |
| <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           | 事前調査の中で生活状況を把握するよう努めると共に、利用者にもホームに来所してもらい、不安なく安心して入居してもらえるように工夫している。また入居時には家族に『私の基本情報シート』を記入してもらい、情報の把握に努めている。      |      |                   |
| 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                      | 入居を希望するまでに至った経緯や今困っている事を聞き出し、在宅での生活が継続できないかも含めてホームの利用について説明している。  |      |                   |
| 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                  | ホーム利用に不安のある方は、入居するまでにホームの雰囲気馴染んでもらうために短時間でもホームで過ごすように勧めている。又、相談時に緊急を要する場合、他のグループホームの空き状況を確認したり、他の施設を紹介するなどの対応をしている。 |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 自分が必要とされていると思って頂けるようにその方の能力に応じた役割をお願いしたり、活動に参加できるように配慮している。利用者は人生の先輩であることを再認識し、尊敬と感謝の気持ちで接している。   |  |                   |
| 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        | 面会の少ない家族には2ヶ月に1度電話で近況報告し、利用者の健康状態や生活の様子を伝え、家族と情報共有するよう努めている。運営推進会議の委員となった家族が、ホームの事情を知ることで、行事に積極的に参加してくれるようになるなど変化がみられている。                 |  |                   |
| 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                    | 入居時、家族に『私の支援マップシート』を記入してもらい、情報の把握に努めている。馴染みの場所(昔住んでいた地域)や自宅に行ったり、訪ねてくる知人との面会や外出には柔軟に対応しているが、認知症になったことですでに関係性が途切れている利用者もあり、対応が困難なケースも見られる。 | 親戚や近所の方が花やお菓子などを持参し、来所している。外出の際は、自宅周辺を周遊、散策している。スーパーでの買い物の際に、近所の方や親戚の方からの声掛けもある。チャグチャグ馬っ子の当日には、神社にお参りし、馬との触れ合いやちびっこ相撲の見学などを通じ、地域と地域の方々との係わりを大切にしている。 |                   |
| 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に利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 利用者同士が、自然と生活の中で助け合ったり支え合っているのを見守っている。何か困っているような時は職員が間に入り支援している。また、利用者が個々に他の方を気にかけて支え合っている。  |  |                   |
| 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 | これまでの生活環境が損なわれないように、支援の内容、注意が必要な点について情報提供する体制を整えている。  |  |                   |
| <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                        | 日々の関わりのなかで利用者の言葉や表情から意向の把握に努めている。また家族からも情報を得るようにし、記録上に残してケアに活かすようにしている。   | 外出や草取り、料理の手伝い、食器洗い、モップかけなどのお手伝いの要望を聴き取っているほか、習字、お絵かき、フーセンパレー、漢字書き取りなどの趣味、週2回のお好み食事の希望の聴き取りなど、利用者の要望等の把握に努め、意向に沿った対応をしている。                            |                   |

| 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 |
| 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                                       | 入居前の生活歴や嗜好など把握するために専用のシートを用意しご家族に記入を依頼している。また、不足している部分があれば本人や家族から聞いたことを記録に残して、職員同士で把握できるようにしている。                    |   |                   |
| 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   | 職員が利用者対応で気付いた事を詳しく記録に残すようにしている。状態変化がある時は必ず申し送りで伝達し、職員会議で話し合い共有するよう努めている。  |   |                   |
| 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 | 担当者が作成した計画を基に、カンファレンスで支援の方向性を共有した計画を作成している。訪問看護や法人の作業療法士に助言を頂いたり、家族にも意見を聞き要望があるときは計画に反映させている。症状の変化や状態に応じて見直しも行っている。 | 6か月ごとに計画の見直しを行っている。計画作成担当者によるモニタリングと職員による毎月のカンファレンスを経て、ケアマネが内容を確認し、家族に説明し意見を聴き、計画を作成している。なお、クリニックの医師の指示によるリハビリや看護師の助言なども計画に反映させている。 |                   |
| 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                        | 日々の様子や気付いた事を詳しく記録に記入し、情報を共有するため申し送りで伝達している。介護計画はケアチェック表、記録を参考にしたり、職員から話しを聞きながら見直しをしている。                             |   |                   |
| 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               | 通院の付き添いなど家族と利用者のその時々々の要望に応じ柔軟に対応している。また、家族から身内の介護に関する事で相談にのってほしいと要望があり、面談して対応方法を助言したことがある。                          |   |                   |
| 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                         | 運営推進会議に自治会の代表や包括の職員に参加して頂き、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。また月1回傾聴ボランティアが訪問している他にも、余暇活動の充実を目標に掲げ、ボランティア活動の受入ができた。        |   |                   |
| 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                     | 医療連携体制をとっているため同一法人内のクリニックが、かかりつけ医となっている。専門科目以外の病気については他科受診等で対応している。   | 入居時に家族等の同意を得て、協力医である法人のクリニックをかかりつけ医としている。かかりつけ医の受診は職員が対応し、他科の受診は原則家族の付き添いをお願いしている。歯科は2週間に1回の訪問診療を受診している。                            |                   |

| 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                   |
| 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                         | 訪問する看護師に利用者の健康状態など気になることを報告し、対応方法など助言をもらっている。また医師への報告が必要な場合は、看護師が伝達する役割を担うことで、正確な情報が伝わる仕組みになっている。   |   |                                     |
| 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 | 利用者が入院した場合には情報提供書などを利用し、本人の情報を細かく伝えるようにしている。病状説明の際には家族だけでなくホーム職員も極力参加し医療機関との連携をはかっている。また、早期退院が可能な場合は部屋を確保しておくなど、退院後スムーズにホームに戻るができるよう対応している。 |   |                                     |
| 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 | 重度化等の対応指針を定めており、契約時に説明し理解を得ているが、基本的には家族の意向を尊重しながら対応している。ホームでの看取りを希望する時は隣接する医療機関と連携して対応し、他の施設を望む時は施設や医療機関を紹介することになっている。                      | 入居時に重度化した場合の指針(看取りを含む)を家族等に説明し、同意を得ている。重度化してきた時は、改めて家族の意向を確認し、希望があれば特養、老健の入所申し込みを進めている。看取り経験はあるが、看取りへの知識を深め、対応策を習得するため、老健の看護師による勉強会を予定している。                 |                                     |
| 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   | 応急手当の勉強会を実施し習得するようにしている。また、夜間の緊急事態に対応できるようにマニュアルを整備し、周知徹底をはかっている。   |   |                                     |
| 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   | 年2回の消防訓練の他に、夜間の避難訓練も行っている。その訓練では土砂災害・地震・火災を想定して実施している。地域との協力体制については、災害協力員を引き受けてくれる近隣住民が見つかり、今後は訓練への参加など具体的な話を進める予定である。                      | 年2回、避難訓練を実施している。1回は消防署員の立ち合いで実施し、講評で指摘があった職員の移動方法、煙対策、消化器の使用方法などを次回には改善することとしている。夜間訓練では、ヘッドランプや首掛けライトなどの確保が課題となった。ハザードマップや避難場所を確認し、発電機などの備品や所要の備蓄食材を確保している。 | 新たに依頼した災害協力員の参加、支援による避難訓練の実施を期待したい。 |



| 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                   | 入浴時や自室での更衣等、プライバシーや羞恥心に配慮したケアを心掛けている。また、排泄についての情報を共有する時に配慮が行き届いていない場面があったが、最近スピーチロック月間の効果もあり、お互い略称で情報交換するなど配慮したやり取りができるようになってきた。                    | 個人情報、個別にファイルし事務室で管理している。広報紙(スマイル:家族用、一般用)への氏名、写真掲載は家族等の同意を得ている。入浴の異性介助への要望や失禁した場合の対処など、利用者の心情を大切に対応している。   |                   |
| 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                     | 利用者に合わせた声掛けをし、自己決定が出来るように支援している。自己決定出来ない方は飲み物リストなど利用して選びやすいような働きかけをしている。夕食メニュー、飲み物、おやつ選び、買い物に出掛けた時は嗜好品を選んでもらうようしている。また、誕生日には希望の物を召し上がって頂く取り組みをしている。 |  |                   |
| 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 | 買い物や散歩など、その日の利用者一人ひとりの希望やペースに合わせて支援しているが、対応が難しい場合は本人に説明をし、待ってもらるか他の活動に気が向くよう誘っている。  |  |                   |
| 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                                  | 入浴に限らず、爪が伸びている時は切るよう心掛けている他、衣類が汚れていたらすぐに着替えている。着替える際利用者の希望を聞き、衣類を選ぶ機会を持っている。定期的に理容師に来ていただき、本人の希望に沿いながらカットしてもらっている。                                  |  |                   |
| 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     | 食事は利用者個々の力を発揮する機会であることから、食べたい料理を作るために買い物に出掛けたり、収穫した野菜等を調理したり、下ごしらえから盛り付けまで参加してもらっている。食事への関心や意欲を高めながら食事を楽しめるよう支援している。                                | 食材は、利用者が同行し希望に沿った物を確保している。週2回は、利用者の好みのメニューを提供している。家族や運営推進委員からの差し入れや、菜園の野菜も活用している。外食は家族にも案内し、要望に沿ってかきやお刺身などの専門店にかけ、誕生会では誕生者の希望職や敬老会などの行事では行事食も提供している。地域住民参加の流しソーメンも恒例行事として実施している。 |                   |



| 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 |
| 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         | 水分量は大まかに把握している(10時、15時、入浴時、各食事)が、排泄チェック表で排尿が少ない方には水分を取るよう声がけをしている。ホールにお茶を設置していつでも飲める環境を整えている。食事量もチェック表を利用し把握している。嗜好についても個別に対応しており、形態も状況に応じた対応を行っている。 |  |                   |
| 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                  | 口腔ケアが出来る方は見守りや声掛けをし、出来ない方に関しては毎食後のケアを行い、嚥下障害による肺炎防止等に努めている。舌苔がある方は専用のブラシを使用している。   |  |                   |
| 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  | 一人ひとりに合わせて日中は吸収量の少ない尿とりパットを使用し、夜間は吸収量の良いパッドを使用している。尿意のない利用者には排泄チェック表を利用し時間を見計らって誘導することにより、トイレでの排泄ができるように支援している。                                      | 利用者ごとの排泄チェック表を作成し、失敗も含めてマークで標記し、利用者のパターンや仕草をみて、誘導している。自立は3名で、他の6名は見守りなどの介助をしている。布パンツは4名で、他の利用者は、リハビリパンツとパットを併用している。夜間のポータブルトイレの使用は1名である。 |                   |
| 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                  | 玄米ご飯や雑穀ご飯を食事に取り入れている他、食物繊維の多い野菜の献立にする工夫も行っている。便秘気味の方は、看護師に相談し適切な下剤の量を調整しているとともに、早い段階での下剤服用を心掛けている。また、体操や運動を取り入れ自然排便を促すように心掛けている。                     |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている | 自己決定できる方は入りたい時間や同性職員介助希望で入ってもらっている。職員が一方向的に決めず利用者のその日の希望を確認したり、入浴を好まない利用者には声がけなどの工夫をして入浴していただいている。   | 週3回、午後に入浴している。夕食後の入浴希望にも対応している。透明の入浴剤やゆず湯、菖蒲湯のほか、行事として日帰り温泉にも出かけている。血圧が高い利用者については、入浴前に血圧測定を行い、冬季間は、脱衣所に温風ヒーターを使用している。                    |                   |
| 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                   | 家事への参加や外出する機会が日常的にあることで、日中の活動量を増やし夜間の安眠につなげている。家事はその日の体調や利用者の希望に合わせて参加をお願いしている。また、できるだけ利用者の生活リズムに沿って休息がとれるようにしている。                                   |  |                   |

| 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 |
| 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   | 薬の作用など薬剤表をファイルし、すぐに確認できるようにしている。また、薬を利用者に出す際にも3重にチェックをし誤薬がないように注意している。薬の変更があった場合には、本人の状態を観察、記録し変化がみられた場合には医療機関と連携を図れるようにしている。           |  |                   |
| 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  | 家族から情報を得た生活史をもとに、編み物や折り紙など、好みに合わせた楽しみごとを取り入れている。家事など一人ひとり役割を持ってもらい、手伝ってもらった時には必ず感謝の言葉を伝えるようにしている。また、外出や行事に参加し一緒に楽しめるように支援している。          |  |                   |
| 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                      | 個別の外出支援で、自宅訪問や墓参り、自宅の敷地での栗拾い、じゃじゃめんや寿司など好みの物を食べに出掛けている。天気の良い日はホーム裏のバラ園を散策したり、畑で野菜を収穫するなど日常的に外に出る機会をもうけている。週末など時間のとれる時はドライブなど遠方にも出掛けている。 | 天気の良い日は、畑作業やバラ園の見学、敷地内の散歩などを行っている。帰宅願望の強い利用者とは外のベンチでゆっくり話を聴き、気分転換に努めている。年間計画によるドライブのほか、3カ月に1回、利用者の外出支援に取り組んでおり、家族の協力を得ながらふるさと訪問や外食、お祭り見学などに出掛けている。利用者同伴の買い物は、月～金曜日としている。 |                   |
| 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  | 現在は常時お金を所持している利用者はおらず、支払いをする機会も少ない。近くのスーパーが認知症にやさしい店づくりを進めており、今後個別ケアなどを利用して利用者本人がお金を所持、使用する機会を作っていきたい。                                  |  |                   |
| 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   | 毎年、年賀状を出しており、できるだけ本人に書いて頂くようにしている。また、家族への手紙を書く取り組みを行い、家族にとっても喜んで頂けた。  |  |                   |
| 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 | ホールには3畳の畳を敷いたスペースとソファを配置おり、玄関の中と外にはそれぞれベンチが配置している。季節ごとの掲示物や花、干し柿、干し大根などを置き、季節を感じる空間にしている。   | 温度や空調は、大型のエアコンや空気清浄機で管理され、冬季は加湿器を使用している。広々としたホールには、食食用テーブルやソファのほか、3畳の畳敷きがあり、利用者はそれぞれの場所で、テレビを見たり趣味にふけったりしている。壁には、利用者の作品や活動の写真が掲示され、七夕などの季節の飾りが置かれている。清潔感のある快適な環境となっている。  |                   |

| 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 |
| 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             | ホールに複数人が座れるソファ、玄関先にベンチを設置している。利用者が個人や数人でくつろげる空間になっており、玄関先のベンチや椅子を移動し利用者が日光浴をしながらおやつやお茶を楽しむ環境づくりをしている。気の合った利用者同士が気軽に部屋を訪問できるような雰囲気作りが出来ている。          |   |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 思い出の物や使い慣れた物を持参して頂くよう働きかけている。居室内はテレビや椅子などこれまで自宅で使用していた物が置かれ、本人や家族の写真、鉢や花、家族やホームからの贈り物が飾られている。   | ベッド、タンス、クローゼット、手洗い、ナースコール、テレビ端子が設置され、衣装ケースやイス、テーブル、家族写真、ぬいぐるみなどが持ち込まれ、利用者の個性に応じた配置となっている。温度はエアコンで管理され、居心地の良い居室となっている。 |                   |
| 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    | 福祉用具をうまく活用し、利用者の行動を抑制せず職員の見守りで対応できるようにしている。また、歩行器を使用している方や歩行不安定の方がいるので、家具の配置など工夫している。共同の場所は大きく表示している。状態が変わった場合、その都度職員で話し合い、本人の不安など取り除き自立支援に取り組んでいる。 |   |                   |