

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 | 0473100204 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人ひまわり | | |
| 事業所名 | グループホーム後楽庵 もみのき | | |
| 所在地 | 宮城県遠田郡涌谷町字刈萱町14 | | |
| 自己評価作成日 | | 評価結果市町村受理日 | |

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年12月9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)】

平成12年の4月、介護保険のスタートとともに開所し15年以上の実績を重ねてきました。開所以来、定員6名で運営しており、入居者、家族、スタッフが馴染みの関係を築きやすく、また一人ひとりに目が行き届く介護を提供することができています。スタッフの介入がなくても、入居者同士での会話や、お互いの体調を気遣うなどは、日常にあり、時にはスタッフのことも気にかけてくれます。来訪者を交えて楽しく会話している光景も、よく見られ、いつも笑いの絶えない家庭的な雰囲気を感じる事が出来るのが特徴です。建物や庭も古民家を改築、増築しているため高齢者にとって懐かしさや安心感を感じられるものになっています。後楽庵というホーム名は家主さんが代々大切にしてきた言葉の『先憂後楽』に由来し、一生懸命生きてきた方々の後の楽しむ場所という願いを込めています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

住宅地に立地し、近くには小学校、保育園、教会等があり、元気な子ども達の声が聞こえる。後楽庵は、H12年開所の築80年以上の民家を改修した「もみのき」とH23年開所した「ゆずりは」の趣を異にする2ユニットからなる家庭的雰囲気のあるホームである。「後楽庵」という名称は、『先憂後楽』に由来し、一生懸命人生を生きてきた人が「後の人生を楽しむ場所」という願いのもと、理念を「私たちが年を取ったときに暮らしたい場所を、自分たちの手で作ろう」とし、笑顔を決やさず、利用者の立場でケアに当たっている。涌谷町は福祉や医療への取組が先進的で、事業所と町との連携も取れている。利用者は、同法人のデイサービスひまわりの習字や誕生会、季節行事等に参加し、多くのボランティアと交流し、小学校の行事等に参加したりと地域との関わりを深めながら生活している。

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 ↓該当するものに○印 | 項目 | 取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23、24、25) | ○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 (参考項目:9、10、19) | ○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18、38) | ○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2、20) | ○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない |
| 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 (参考項目:36、37) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11、12) | ○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30、31) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | |

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH後楽庵 ）「ユニット名 もみのき」

| 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 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 法人の理念は常に確認出来るようにし、日々の勤務で振り返ることができるようにしている。そのほかにユニットでの目標を掲示し共有できるようにしている。 | 理念「私たちが年をとった時、暮らしたい場所を自分たちの手で作ろう」は、玄関に掲示常に確認しながら利用者の立場に立って、ケアに当たっている。悩みや迷いが生じた時は理念に立ち返るよう心掛けている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 近隣の小学校や保育園との交流や、地域の商店での買い物や通院、近隣住民の方へ行事のお誘い等をしている。 | 近くの保育園児から6月の「花の日」に、家庭で用意した花が届く。小学校の運動会やマラソン大会の応援をしている。地域の「折り鶴の会」からは季節ごとの作品が提供され、日舞や民謡やフラダンスのボランティアなど、2ヶ月に1度の割で事業所を訪れるなど多くの交流がある。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 事業所内に居宅支援事業所もあることから、常に認知症の介護相談を受け入れている。入居者の家族を通じて相談を持ち掛けられることもある。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 計画中 | 区長、民生委員、町の健康福祉課職員、地域包括職員、家族と日常的に連携はあるが、日程調整がうまくいかず運営推進会議の開催にはいたっていないが必要性を感じている。 | 地域との連携を密にしながらケアの向上を目指すために、運営推進会議開催の早期実施を期待したい。 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 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 | 合同の研修会や情報交換会への参加するなどし、交流の機会を設けている。訪問や電話などで気軽に相談しあえる関係も築き、事業所の特徴も理解して頂いている。包括支援センターや老健から紹介受け、利用につながることもある。 | 外部評価結果と目標達成計画は町に提出している。外部研修の知らせがあり、可能な範囲で参加している。ホームに空きが出た場合や生活保護の方の後見人などを相談している。町との合同研修会や情報交換会で交流の機会をもち、関係を深めている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 日中玄関の施錠せず、外出傾向のある方は傾向を把握し見守りを実施。散歩などをするなどし対応している。居室の変更や、模様替え福祉用具の活用など工夫しながら拘束のないケアにとりくんでいる。ユニット同士の連携も大切にしている。 | 利用者の状態に応じた、日々のケアで対応している。外出傾向を把握し、デイサービスのスタッフとも連携を取り、見守りや、気分を紛らわすなど配慮している。転倒防止のため、低床ベッドなどの工夫や、ポータブルトイレや戸に鈴を付けたりして、スタッフが行動に気づけるよう工夫している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 研修や資料などにより、学ぶ機会を設け、また日常のケアの中でお互いに注意を払いながら、虐待防止に努めている。 | | |

| 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 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 必要性を感じ、町の協力を得ながら、制度の利用に繋がった入居者もいる。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 入居時の説明、また、必要に応じて説明する機会を設け、理解、納得を得るようにしている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 家族の面会時や電話連絡の際に管理者を中心として、関係性を築きながら、意見や要望を伺うように心掛けている。 | 支払いや面会で家族が来た時に意見や要望などを聞き、利用者の様子や行事などをお便りで定期的に知らせている。医師と連携を取り、事業所でけがの処置をする等家族の要望に応じている。第三者委員を委嘱している。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | スタッフ会議や日常業務の中で提案された、意見や要望は随時報告、また、月1回の幹部会議の際に報告し、検討されている。 | 月に1回のスタッフ会議や、日々の業務の中で意見や要望を聞き、改善に努めている。洗濯物の物干し場に屋根が付き、避難通路が整備されたりと職員意見が反映された。申し送りノートに安全面などで気付いたことを自由に記入し、確認し合いケアに当たっている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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 | 就業環境、条件をより良いものにするために見直し、整備に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 認知症介護実践者研修やリーダー研修など、経験や力量を考慮した上で受講者を決め、個人や事業所のスキルアップを目指している。日々の業務時にも助言や指導をしている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 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 | 勉強会などを通じて同業者と交流出来る機会を設けている。気軽に相談や情報の共有が出来ると関係性を築けている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居時には本人、家族と面談し、知り得た情報をスタッフ間で共有し本人に安心して貰えるよう、寄り添い、傾聴し、状況に合わせた支援をするように心掛けている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 入居者の状態、状況を小まめに報告しながら、家族に出来ることはお願いし、要望や不安を伺うようにしている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 本人や家族などに面会した際の情報を基に、ケアマネ、介護職、看護職など様々な視点で考えそれぞれに適した生活を送れるように努めている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 生活をともにしながら、時に家族のような関係性を築いている。役割を担っていただくなどし、それぞれが活躍出来る場を提供している。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 全てホーム側で担うのではなく、家族だから出来ることを伝え、自宅で暮らしていた頃からの関係性を継続でき、より良いものになるよう共に支えている。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 面会時間などに決まりはなく自由に面会者が訪れている。家族の協力も得ながら、外出するなどし、馴染みの関係を断ち切らないように支援している。 | 家族と馴染みの美容院やお茶屋、墓参り、外食などへ外出している。家族や親せき、知人が来訪し、ホールや居室で談笑している。訪問者に、利用者が楽しみにしていることを伝え来訪し易いよう配慮している。ボランティアの訪問も多く、子どもたちとの交流もある。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 一人ひとりの認知症の状態や性格を考慮した上で全ての入居者が心地よく過ごせるように配慮している。席や居室の変更なども視野に入れて柔軟に対応できるようにしている。 | | |

| 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 |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み 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 | 他施設へ移られた際には、面会や電話、手紙のやり取りなどで関係を断ち切らないようにし、必要に応じて、相談や支援に努めている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 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 | 生活背景などを念頭に置き、日常生活や会話の中から希望や要望を引き出すように心掛けている。上手く表現できない方に関しては、表情や仕草、傾向などから入居者本位の視点で考え対応している。 | 入浴時や就寝時、日々のかかわりの中で声掛けし、思いや意向の把握に努め、介護計画に活かしている。把握が困難な方は表情や言葉などからサインを見逃さないように心掛けている。生活歴など家族や関係者からの情報も職員で共有し、塗り絵、文字の練習、裁縫、力仕事など本人の得意なことややりたいことを大切にしながらケアに当たっている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 本人や家族、入所以前のケアマネ、医療機関などから情報を伺い把握に努めている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | 一人ひとりの状態や変化にきを配り、個人日誌、申し送り、会議などでスタッフ間で周知するようにしている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | スタッフ会議や日常での提案などを基に、それぞれの立場の意見を反映させながら、生活がよりよいものになるよう、入居者本位の計画を心掛けている。 | スタッフからの聞き取りや連絡ノート、家族の要望、医師からのアドバイスなどを参考に、3ヶ月に一度のモニタリング、6ヶ月に一度介護計画の見直しを行っている。腹部マッサージで便意を誘導するなど個々の課題に対応している。計画は家族に説明し、同意を得ている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 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 | 個別記録は時間経過が分かるように記録する事で一日の流れや傾向を掴むことに役立っている。重要な部分にはラインを引いたり、申し送りにより口頭で伝えるなどしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 事業所側で何が出来るか、出来ないのかを判断し、、ニーズに出来る限り添えるように柔軟な対応を心掛けている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | 福祉機器レンタルの利用やボランティア、サークル団体から協力を得ている。区長さんや民生委員さんも利用者の状況を気に掛けてくれている。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入居以前のかかりつけ医に受診出来ている。通院は基本家族にお願いしており、必要に応じて、同行や、書面での情報提供をしている。要望に応じて歯科往診も利用出来ている。 | 希望のかかりつけ医に家族付添いで受診している。その際、書面や口頭でホームでの状態を伝え、適切な診療が受けられるように支援している。緊急時には事業所でも対応し、心療内科の受診の際は職員も同行し、日常の細かな情報を提供している。病院からの診断結果を職員、家族で共有しケアに活かしている。歯科医は往診を受けることができる。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | 1日2回、体温と血圧の測定を実施し記録している。一人ひとりの状態に気を配り、変化、異常が見られた際には随時、看護婦に報告し、適切な対応がとれる様にしている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 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。 | 協力医療機関には医療地域連携室があり、連携パスシートを利用し情報の交換をしている。必要に応じて電話でのやり取りもしている。退院の際には、病院関係者との話し合いを持つ場合もある。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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 | 状態に合わせて随時、家族、スタッフと話し合ったり、医師からの助言を得るなどしている。入所時には、常時医療の手が必要になった場合や、食事摂取が出来なくなった場合には、退所していただかなければならない事を伝えている。 | 看取りの経験はない。入所時に食事が摂取できなくなった場合には退所してもらうことを話している。重度化した場合や、治療が継続して必要な場合は、医師の助言を受け、病院や他施設を紹介するなど、家族と連携を図りながら対応している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 緊急連絡網や、救急搬送時の手順を掲示している。AED、携帯酸素吸入器を準備している。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策 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 | 定期的な避難訓練の実施、緊急通報システムやスプリンクラーの設置、警備会社(セコム)との契約をしている。河川増水などの際の避難場所は、町の働きかけにより、特養に指定された。職員はマニュアルにより避難体制を把握している。 | 年に2回夜間想定で、うち1回は消防署立会いで避難訓練を実施する。水害時の避難先は町から高台にある特養「万葉苑」に指定された。セコムの通報システムが完備し設備の点検も定期的に行っている。感染症対策として、インフルエンザの予防接種や加湿器設置などで対応している。避難経路は玄関、居室、居間の3ヶ所が確保されている。 | 火災対応マニュアルの整備と、非常災害時の地域の協力体制の確立を期待したい。 |

| 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 個々の性格や認知度、生活背景、状態を考慮しながら、一人ひとりに即した言葉掛けや対応をしている。成功したこと、失敗したこと、スタッフ間で共有しながら活かすようにしている。 | 入室時には必ずノックし、掃除の時も確認を取ってから入る。名前は、さん付けで呼び言葉遣いに気を付け接している。プライバシー保護についての研修は特別設けてはいないが、日々のケアの中で対応が適切か確認し合っている。排泄介助はさりげなく言葉掛けをし、トイレや部屋に誘導している。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 日常の些細な事(何が飲みたいか?何をするか?)でも問いかけ、選択して頂く機会を設けるようにし、自己決定の機会を持てるように働きかけている。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 決まり事は作らないようにし、状況に応じて柔軟に対応出来るようにしている。スタッフ一人ひとりが希望を出された場合、工夫し臨機応変に対応出来るように指導している。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 好きな洋服を選んだり、毎日の化粧、整髪、ひげそりなど、それぞれに身だしなみを整え、おしゃれを楽しんでいる。衣類の汚れや、爪、顔の毛などにも気を配っている。 | | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | スタッフも一緒に食事し、声掛けや見守り、介助をしている。好みや差し入れなどでメニューや味付けを変更したり形態を変えて提供している。場合もある。食器拭き、味見、テーブル拭き、盛り付け、下膳なども役割として担っていただいている。 | 献立作成、栄養管理は業者に委託している。個々の状態や好みに合わせて、刻み食やミキサー食、希望の食べ方で提供している。誕生日やひな祭り、クリスマスなどの行事食も楽しんでいる。外出の際に好きな物を食べてくることもある。盛りつけや後片付けなど利用者が出来ることは一緒に行っている。食事の時はテレビを消し、会話を楽しむように心掛けている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 食事、水分摂取量は記録し、月1回の体重測定を実施。状態に合わせてミキサー食、きざみ食などを提供している。食が細い方には主食やおやつなど好きなものを提供し、摂取量を確保している。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 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 | 歯磨き誘導、ブラッシング、舌磨き、うがいの介助を行い、口腔衛生に努めている。夜間は義歯の洗浄を実施。口腔内の観察、残存歯の状態なども確認するようにしている。 | | |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 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 | 排泄チェック表の記入により排泄パターンを把握し、不快感や羞恥心を与えないように、トイレ誘導や、オムツ交換、昼夜の使用物品の工夫などをしながら支援している。便秘がちな方には食材を工夫するなどしている。 | 排泄チェック表をもとにパターンを把握し、声掛け誘導している。便秘対策としてヨーグルトや水分摂取、運動を心掛け、必要に応じ医師から処方された薬を使っている利用者もいる。夜間は、見回りし声掛けしている。ポータブルトイレを利用している利用者もいる。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 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 | 認知症への影響も大きいことを理解し、薬に頼るだけではなく、食事や飲み物、運動などにも気を配っている。医師や、看護師と相談しながら、排便コントロールをしている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 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 | 回数や時間、福祉用具の利用などにより、一人ひとりに合った入浴支援をし、身体の状態把握、スタッフとのコミュニケーションの場にもなっている。足浴で、水虫予防や浮腫の軽減、安眠に繋がる支援も実施している。 | 週2回の入浴であるが、毎日入浴をする利用者もいる。湯温は40～41℃設定で、たし湯で対応している。拒否の人には、無理強いをせず、声掛けの工夫等で対応している。入浴剤やゆず湯なども取り入れ気分転換を図っている。車いすの利用者はシャワー浴で対応している。浮腫の軽減や安眠のため足浴などで対応している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 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 | 昼寝の時間や就寝時間に決まりはなく、好きな時間に休んでいる。居間のソファなどでゆったりと過ごせる場も設けている。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 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 | 処方箋がいつでも確認出来るようにファイルしている。個々に薬箱を準備、飲み込むまで見守り確認、スタッフ間での提供確認、チェック表での確認など何重もの確認で誤薬防止に努めている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 | 生活背景、また現役当時の仕事や趣味、特技を活かせるように、仕事や役割をお願いしている。やりがいや、生き生きとした姿、気分転換にも繋がっていると思われる。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 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支援している | 花見、ドライブ、紅葉見学、食事会など季節に応じた外出支援を行っている。日常の散歩や商店への外出も希望に添って行っている。 | 季節に合わせ花見、七夕、紅葉狩り、町内の天平ロマン館などに出かけている。系列のデイサービスの車を利用し、車いすの利用者も一緒にドライブや外食などを楽しんでいる。車輛の関係でユニットごとに出かける場合もある。希望に添い、日常の散歩や買い物も支援している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 基本的に家族管理をお願いしている。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 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 | 希望に応じて電話利用して貰っている。誕生日や母の日などに贈り物があった際には、お礼の電話をし、話す機会を設けている。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 音や明るさ、空調、温度などに常に気を配り対応している。利用者と共に季節ごとの飾りつけをしたり、花を飾るなど心地良い空間づくりに努めている。食事作りの匂いなどは、良い刺激になっている。 | リビングは明るく、掃除が行き届いている。人々の出入りがよく見え、子どもたちの声が聞こえ、日常の営みを感じられる。カレンダーやトイレの表示などは見やすい。廊下やリビングには季節感溢れる掲示物、当番表、手作りの作品も飾られ温かい雰囲気である。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 一人ひとりの性格や認知度、状態、相性を考慮しながら全員が落ち着き、安心して過ごせるような居場所づくりをしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 居室は全て持ち込みで、馴染みの物を持ち込んで貰うよう入所時に伝えている。居心地が良くなり、自分の居室だと認識して貰えるように写真や作品などを飾っている。 | 居室は洋室と和室があり、利用者はベッド、筆筒、家族の写真、テレビなど馴染みの物を持参し、自宅に近い環境づくりをしている。入り口には花の絵やネームプレートがある。部屋にはエアコン、加湿器、スプリンクラー、クローゼットが設置され掃きだし窓である。掃除は職員が毎日行っており清潔が保たれている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 手すりの設置や、段差の解消、居室やトイレの目印など、安全を確保しながら自立して生活出来る様な環境づくりをしている。 | | |

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 | 0473100204 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人ひまわり | | |
| 事業所名 | グループホーム後楽庵 ゆずりは | | |
| 所在地 | 宮城県遠田郡涌谷町字刈萱町14 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年11月18日 | 評価結果市町村受理日 | |

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

| | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年12月9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)】

ゆずりはは、ここ2年程入退所者が1名と少ない状態で運営することができ、入居者同士やスタッフとも馴染みの関係を築くことが出来ています。その中でも体調の変化や認知症の進行に合わせて日々、一人一人に即したケアを提供してきました。スタッフの要望により、避難通路や洗濯物干し場などの整備など、入居者により良い暮らしを提供出来るような環境整備も進めています。家族とともに入居者を支えていけるよう、スタッフ間のチームワークを大切にしていきたいと考えています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

住宅地に立地し、近くには小学校、保育園、教会等があり、元気な子ども達の声が聞こえる。後楽庵は、H12年開所の築80年以上の民家を改修した「もみのき」とH23年開所した「ゆずりは」の趣を異にする2ユニットからなる家庭的雰囲気のあるホームである。「後楽庵」という名称は、『先憂後楽』に由来し、一生懸命人生を生きてきた人が「後の人生を楽しむ場所」という願いのもと、理念を「私たちが年を取ったときに暮らしたい場所を、自分たちの手で作ろう」とし、笑顔を絶やさず、利用者の立場でケアに当たっている。涌谷町は福祉や医療への取組が先進的で、事業所と町との連携も取れている。利用者は、同法人のデイサービスひまわりの習字や誕生会、季節行事等に参加し、多くのボランティアと交流し、小学校の行事等に参加したりと地域との関わりを深めながら生活している。

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 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓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 (参考項目:23,24,25) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 (参考項目:9,10,19) | ○ | 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 (参考項目:18,38) | ○ | 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20) | ○ | 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 (参考項目:38) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:4) | ○ | 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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 (参考項目:36,37) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | ○ | 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 (参考項目:49) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (参考項目:30,31) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28) | ○ | 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | | |

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH後楽庵 ）「ユニット名 ゆずりは」

| 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 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 法人の理念は常に確認出来るようにし、日々の勤務で振り返ることができるようにしている。そのほかにユニットでの目標を掲示し共有できるようにしている。 | 理念「私たちが年をとった時、暮らしたい場所を自分たちの手で作ろう」は、玄関に掲示常に確認しながら利用者の立場に立って、ケアに当たっている。悩みや迷いが生じた時は理念に立ち返るよう心掛けている。 | |
| 2 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい 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 | 近隣の小学校や保育園との交流や、地域の商店での買い物や通院、近隣住民の方へ行事のお誘い等をしている。 | 近くの保育園児から6月の「花の日」に、家庭で用意した花が届く。小学校の運動会やマラソン大会の応援をしている。地域の「折り鶴の会」からは季節ごとの作品が提供され、日舞や民謡やフラダンスのボランティアなど、2ヶ月に1度の割で事業所を訪れるなど多くの交流がある。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 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 | 事業所内に居宅支援事業所もあることから、常に認知症の介護相談を受け入れている。入居者の家族を通じて相談を持ち掛けられることもある。 | | |
| 4 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 計画中 | 区長、民生委員、町の健康福祉課職員、地域包括職員、家族と日常的に連携はあるが、日程調整がうまくいかず運営推進会議の開催にはいたっていないが必要を感じている。 | 地域との連携を密にしながらケアの向上を目指すために、運営推進会議開催の早期実施を期待したい。 |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 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 | 合同の研修会や情報交換会への参加するなどし、交流の機会を設けている。訪問や電話などで気軽に相談しあえる関係も築き、事業所の特徴も理解して頂いている。包括支援センターや老健から紹介受け、利用につながることもある。 | 外部評価結果と目標達成計画は町に提出している。外部研修の知らせがあり、可能な範囲で参加している。ホームに空きが出た場合や生活保護の方の後見人などを相談している。町との合同研修会や情報交換会で交流の機会をもち、関係を深めている。 | |
| 6 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践 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 | 日中玄関の施錠せず、外出傾向のある方は傾向を把握し見守りを実施。散歩などをするなどし対応している。居室の変更や、模様替え福祉用具の活用など工夫しながら拘束のないケアにとりくんでいる。ユニット同士の連携も大切にしている。 | 利用者の状態に応じた、日々のケアで対応している。外出傾向を把握し、デイサービスのスタッフとも連携を取り、見守りや、気分を紛らわすなど配慮している。転倒防止のため、低床ベッドなどの工夫や、ポータブルトイレや戸に鈴を付けたりして、スタッフが行動に気づけるよう工夫している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 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 | 研修や資料などにより、学ぶ機会を設け、また日常のケアの中でお互いに注意を払いながら、虐待防止に努めている。 | | |

| 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 |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 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 | 必要性を感じ、町の協力を得ながら、制度の利用に繋がった入居者もいる。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 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 | 入居時の説明、また、必要に応じて説明する機会を設け、理解、納得を得るようにしている。 | | |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている | 家族の面会時や電話連絡の際に管理者を中心として、関係性を築きながら、意見や要望を伺うように心掛けている。 | 支払いや面会で家族が来た時に意見や要望などを聞き、利用者の様子や行事などをお便りで定期的に知らせている。医師と連携を取り、事業所でけがの処置をする等家族の要望に応じている。第三者委員を委嘱している。 | |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映 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 | スタッフ会議や日常業務の中で提案された、意見や要望は随時報告、また、月1回の幹部会議の際に報告し、検討されている。 | 月に1回のスタッフ会議や、日々の業務の中で意見や要望を聞き、改善に努めている。洗濯物の物干し場に屋根が付き、避難通路が整備されたりと職員意見が反映された。申し送りノートに安全面などで気付いたことを自由に記入し、確認し合いケアに当たっている。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 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 | 就業環境、条件をより良いものにするために見直し、整備に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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 | 認知症介護実践者研修やリーダー研修など、経験や力量を考慮した上で受講者を決め、個人や事業所のスキルアップを目指している。日々の業務時にも助言や指導をしている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 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 | 勉強会などを通じて同業者と交流出来る機会を設けている。気軽に相談や情報の共有が出来る関係を築けている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 入居時には本人、家族と面談し、知り得た情報をスタッフ間で共有し本人に安心して貰えるよう、寄り添い、傾聴し、状況に合わせた支援をするように心掛けている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 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 | 入居者の状態、状況を小まめに報告しながら、家族に出来ることはお願いし、要望や不安を伺うようにしている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 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 | 本人や家族などに面会した際の情報を基に、ケアマネ、介護職、看護職など様々な視点で考えそれぞれに適した生活を送れるように努めている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 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 | 生活をともにしながら、時に家族のような関係を築いている。役割を担っていただくなどし、それぞれが活躍出来る場を提供している。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 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 | 全てホーム側で担うのではなく、家族だから出来ることを伝え、自宅で暮らしていた頃からの関係性を継続でき、より良いものになるよう共に支えている。 | | |
| 20 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 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 | 面会時間などに決まりはなく自由に面会者が訪れている。家族の協力も得ながら、外出するなどし、馴染みの関係を断ち切らないように支援している。 | 家族と馴染みの美容院やお茶屋、墓参り、外食などへ外出している。家族や親せき、知人が来訪し、ホールや居室で談笑している。訪問者に、利用者が楽しみにしていることを伝え来訪し易いよう配慮している。ボランティアの訪問も多く、子どもたちとの交流もある。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 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 | 一人ひとりの認知症の状態や性格を考慮した上で全ての入居者が心地よく過ごせるように配慮している。席や居室の変更なども視野に入れて柔軟に対応できるようにしている。 | | |

| 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 |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み 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 | 他施設へ移られた際には、面会や電話、手紙のやり取りなどで関係を断ち切らないようにし、必要に応じて、相談や支援に努めている。 | | |
| 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 | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 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 | 生活背景などを念頭に置き、日常生活や会話の中から希望や要望を引き出すように心掛けている。上手く表現できない方に関しては、表情や仕草、傾向などから入居者本位の視点で考え対応している。 | 入浴時や就寝時、日々のかかわりの中で声掛けし、思いや意向の把握に努め、介護計画に活かしている。把握が困難な方は表情や言葉などからサインを見逃さないように心掛けている。生活歴など家族や関係者からの情報も職員で共有し、塗り絵、文字の練習、裁縫、力仕事など本人の得意なことややりたいことを大切にしながらケアに当たっている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 本人や家族、入所以前のケアマネ、医療機関などから情報を伺い把握に努めている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 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 | 一人ひとりの状態や変化にきを配り、個人日誌、申し送り、会議などでスタッフ間で周知するようにしている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | スタッフ会議や日常での提案などを基に、それぞれの立場の意見を反映させながら、生活がよりよいものになるよう、入居者本位の計画を心掛けている。 | スタッフからの聞き取りや連絡ノート、家族の要望、医師からのアドバイスなどを参考に、3ヶ月に一度のモニタリング、6ヶ月に一度介護計画の見直しを行っている。腹部マッサージで便意を誘導するなど個々の課題に対応している。計画は家族に説明し、同意を得ている。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 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 | 個別記録は時間経過が分かるように記録する事で一日の流れや傾向を掴むことに役立てている。重要な部分にはラインを引いたり、申し送りにより口頭で伝えるなどしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 事業所側で何が出来るか、出来ないのかを判断し、ニーズに出来る限り添えるように柔軟な対応を心掛けている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 | | ○地域資源との協働 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 | 福祉機器レンタルの利用やボランティア、サークル団体から協力を得ている。区長さんや民生委員さんも利用者の状況を気に掛けてくれている。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入居以前のかかりつけ医に受診出来ている。通院は基本家族にお願いしており、必要に応じて、同行や、書面での情報提供をしている。要望に応じて歯科往診も利用出来ている。 | 希望のかかりつけ医に家族付添いで受診している。その際、書面や口頭でホームでの状態を伝え、適切な診療が受けられるように支援している。緊急時には事業所でも対応し、心療内科の受診の際は職員も同行し、日常の細かな情報を提供している。病院からの診断結果を職員、家族で共有しケアに活かしている。歯科医は往診を受けることができる。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 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 | 1日2回、体温と血圧の測定を実施し記録している。一人ひとりの状態に気を配り、変化、異常が見られた際には随時、看護婦に報告し、適切な対応がとれる様にしている。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 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 | 協力医療機関には医療地域連携室があり、連携パスシートを利用し情報の交換をしている。必要に応じて電話でのやり取りもしている。退院の際には、病院関係者との話し合いを持つ場合もある。 | | |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所ですることが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 | 状態に合わせて随時、家族、スタッフと話し合ったり、医師からの助言を得るなどしている。入所時には、常時医療の手が必要になった場合や、食事摂取が出来なくなった場合には、退所していただかなければならない事を伝えている。 | 看取りの経験はない。入所時に食事が摂取できなくなった場合には退所してもらうことを話している。重度化した場合や、治療が継続して必要な場合は、医師の助言を受け、病院や他施設を紹介するなど、家族と連携を図りながら対応している。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 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 | 緊急連絡網や、救急搬送時の手順を掲示している。AED、携帯酸素吸入器を準備している。 | | |
| 35 | (13) | ○災害対策 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 | 定期的な避難訓練の実施、緊急通報システムやスプリンクラーの設置、警備会社(セコム)との契約をしている。河川増水などの際の避難場所は、町の働きかけにより、特養に指定された。職員はマニュアルにより避難体制を把握している。 | 年に2回夜間想定で、うち1回は消防署立会いで避難訓練を実施する。水害時の避難先は町から高台にある特養「万葉苑」に指定された。セコムの通報システムが完備し設備の点検も定期的に行っている。感染症対策として、インフルエンザの予防接種や加湿器設置などで対応している。避難経路は玄関、居室、居間の3ヶ所が確保されている。 | 火災対応マニュアルの整備と、非常災害時の地域の協力体制の確立を期待したい。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 自己評価 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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 | 個々の性格や認知度、生活背景、状態を考慮しながら、一人ひとりに即した言葉掛けや対応をしている。成功したこと、失敗したことでもスタッフ間で共有しながら活かすようにしている。 | 入室時には必ずノックし、掃除の時も確認を取ってから入る。名前は、さん付けで呼び言葉遣いに気を付け接している。プライバシー保護についての研修は特別設けてはいないが、日々のケアの中で対応が適切か確認し合っている。排泄介助はさりげなく言葉掛けをし、トイレや部屋に誘導している。 |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 日常の些細な事(何が飲みたいか?何をするか?)でも問いかけ、選択して頂く機会を設けるようにし、自己決定の機会を持てるように働きかけている。 | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 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 | 決まり事は作らないようにし、状況に応じて柔軟に対応出来るようにしている。スタッフ一人ひとりが希望を出された場合、工夫し臨機応変に対応出来るように指導している。 | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 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 | 好きな洋服を選んだり、毎日の化粧、整髪、ひげそりなど、それぞれに身だしなみを整え、おしゃれを楽しんでいる。衣類の汚れや、爪、顔の毛などにも気を配っている。 | |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援 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 | スタッフも一緒に食事し、声掛けや見守り、介助をしている。好みや差し入れなどでメニューや味付けを変更したり形態を変えて提供している。場合もある。食器拭き、味見、テーブル拭き、盛り付け、下膳なども役割として担っていただいている。 | 献立作成、栄養管理は業者に委託している。個々の状態や好みに合わせて、刻み食やミキサー食、希望の食べ方で提供している。誕生日やひな祭り、クリスマスなどの行事食も楽しんでいる。外出の際に好きな物を食べてくることもある。盛りつけや後片付けなど利用者が出来ることは一緒に行っている。食事の時はテレビを消し、会話を楽しむように心掛けている。 |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 食事、水分摂取量は記録し、月1回の体重測定を実施。状態に合わせてミキサー食、きざみ食などを提供している。食が細い方には主食やおやつなど好きなものを提供し、摂取量を確保している。 | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 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 | 歯磨き誘導、ブラッシング、舌磨き、うがいの介助を行い、口腔衛生に努めている。夜間は義歯の洗浄を実施。口腔内の観察、残存歯の状態なども確認するようにしている。 | |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援 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 | 排泄チェック表の記入により排泄パターンを把握し、不快感や羞恥心を与えないように、トイレ誘導や、オムツ交換、昼夜の使用物品の工夫などをしながら支援している。便秘がちな方には食材を工夫するなどしている。 | 排泄チェック表をもとにパターンを把握し、声掛け誘導している。便秘対策としてヨーグルトや水分摂取、運動を心掛け、必要に応じ医師から処方された薬を使っている利用者もいる。夜間は、見回りし声掛けしている。ポータブルトイレを利用している利用者もいる。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 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 | 認知症への影響も大きいことを理解し、薬に頼るだけではなく、食事や飲み物、運動などにも気を配っている。医師や、看護師と相談しながら、排便コントロールをしている。 | | |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援 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 | 回数や時間、福祉用具の利用などにより、一人ひとりに合った入浴支援をし、身体の状態把握、スタッフとのコミュニケーションの場にもなっている。足浴で、水虫予防や浮腫の軽減、安眠に繋がる支援も実施している。 | 週2回の入浴であるが、毎日入浴をする利用者もいる。湯温は40～41℃設定で、たし湯で対応している。拒否の人には、無理強いをせず、声掛けの工夫等で対応している。入浴剤やゆず湯なども取り入れ気分転換を図っている。車いすの利用者はシャワー浴で対応している。浮腫の軽減や安眠のため足浴などで対応している。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 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 | 昼寝の時間や就寝時間に決まりはなく、好きな時間に休んでいる。居間のソファなどでゆったりと過ごせる場も設けている。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 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 | 処方箋がいつでも確認出来るようにファイルしている。個々に薬箱を準備、飲み込むまで見守り確認、スタッフ間での提供確認、チェック表での確認など何重もの確認で誤薬防止に努めている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 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 | 生活背景、また現役当時の仕事や趣味、特技を活かせるように、仕事や役割をお願いしている。やりがいや、生き生きとした姿、気分転換にも繋がっていると思われる。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 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支援している | 花見、ドライブ、紅葉見学、食事会など季節に応じた外出支援を行っている。日常の散歩や商店への外出も希望に添って行っている。 | 季節に合わせて花見、七夕、紅葉狩り、町内の天平ロマン館などに出かけている。系列のデイサービスの車を利用し、車いすの利用者も一緒にドライブや外食などを楽しんでいる。車輛の関係でユニットごとに出かける場合もある。希望に添い、日常の散歩や買い物も支援している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 | | ○お金の所持や使うことの支援 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 | 基本的に家族管理をお願いしている。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 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 | 希望に応じて電話利用して貰っている。誕生日や母の日などに贈り物があった際には、お礼の電話をし、話す機会を設けている。 | | |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり 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 | 音や明るさ、空調、温度などに常に気を配り対応している。利用者と共に季節ごとの飾りつけをしたり、花を飾るなど心地良い空間づくりに努めている。食事作りの匂いなどは、良い刺激になっている。 | リビングは明るく、掃除が行き届いている。人々の出入りがよく見え、子どもたちの声が聞こえ、日常の営みを感じられる。カレンダーやトイレの表示などは見やすい。廊下やリビングには季節感溢れる掲示物、当番表、手作りの作品も飾られ温かい雰囲気である。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 一人ひとりの性格や認知度、状態、相性を考慮しながら全員が落ち着き、安心して過ごせるような居場所づくりをしている。 | | |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 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 | 居室は全て持ち込みで、馴染みの物を持ち込んで貰うよう入所時に伝えている。居心地が良くなり、自分の居室だと認識して貰えるように写真や作品などを飾っている。 | 居室は洋室と和室があり、利用者はベッド、筆筒、家族の写真、テレビなど馴染みの物を持ち参し、自宅に近い環境づくりをしている。入り口には花の絵やネームプレートがある。部屋にはエアコン、加湿器、スプリンクラー、クローゼットが設置され掃きだし窓である。掃除は職員が毎日行っており清潔が保たれている。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 手すりの設置や、段差の解消、居室やトイレの目印など、安全を確保しながら自立して生活出来る様な環境づくりをしている。 | | |