

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 | 0490200136 | | |
| 法人名 | メディカル・ケア・サービス東北株式会社 | | |
| 事業所名 | 愛の家グループホーム石巻開北 ユニット名 ひより | | |
| 所在地 | 宮城県石巻市開北2丁目12番50号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成31年2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.mhlw.go.jp/ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|

【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31年3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)】

現在、ご家族様との関係作りにも力を入れています。ご家族様の面会の機会が少ないご利用者様も何名かおられ、少しでもご家族様と一緒にの時間を持ってほしいという思いからホームの行事へのご案内をさせて頂いております。今まで職員とご利用者様で行っていた敬老会、クリスマス会にご家族様に参加して頂き、楽しい時間を過ごすことができました。芋煮会についてもご家族様との食事会として開催し、一緒に食事をとる機会を設ける事が出来ました。今後も、ご家族様が気軽に当たり前のように来て頂けるホームにしていきたいと思っております。
また、昨年の反省から事故防止に取り組んでおります。月一回の事故防止委員会で原因を探り、複数の意見を聞き対策を立てる事で職員のスキルアップに繋げていきたいと思っております。

【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)】

母体法人は全国にグループホームを約300事業所運営しており、事業所は2010年10月に開所した。東隣には貸し畑が広がっており、季節ごとの野菜作りの様子や花が楽しめる。コンビニや大型店が近隣にあり、徒歩数分のところにある旧北上川のサイクリングロードの一面には、晴れた日には西に奥羽山脈・東に牡鹿半島の山並みが望める散歩コースもある。運営推進会議に市職員・町内会長・民生委員が参加し、町内の敬老会などの行事に招待されたり、今年度は中学校の運動会からも案内があった。事業所の敬老会・クリスマス会・芋煮会などの行事には、地域住民への案内や家族への案内に力を入れた結果、参加者が増えた。職員は事故防止委員会・研修委員会・環境委員会を設け、ケアの質の向上や業務改善に向け取り組んでいる。新設した同法人のグループホーム石巻蛇田と合同で行事を行ったり、常に交流を図り職員同士も行き来している。初詣・お花見・紅葉狩り・近隣の道の駅に出かける機会を設け、利用者の楽しみになっている。

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 (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、生き活きと働いている (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 愛の家GH石巻開北 ）「ユニット名 ひより 」

| 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 |
| 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 | 自事業所の運営理念、MCSの credo「普通の生活とは」「ケアの信条」のどちらかを選択し、朝礼時唱和し理念の共有を図っている。 | 事業所理念「家庭的な雰囲気を大切にし入居者様と笑い合って過ごせる1日を提供します」「専門性を活かし、地域の皆様の頼れる存在になれるよう努めます」を、朝礼時に唱和しながら確認している。 | |
| 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 | 町内会主催の敬老会、文化祭、近隣の中学校の運動会に招待され参加している。ホームの行事に地域の方々を招待している。 | 町内会との親交が深く、町内の行事や今年度は近隣中学校の運動会に招待された。事業所の行事を地域住民や家族に案内している。事業所の看板に「介護についてなんでもご相談ください」と記述し、地域貢献に努めている。 | |
| 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 | 運営推進会議を2か月に1回開催し、認知症の方への理解、支援の方法、グループホームの特徴について説明している。また、認知症サポーター養成講座を企画し、開催している。 | | |
| 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践、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 | 運営推進会議では、町内会長、民生委員にも参加頂き、さまざまな意見を頂き、サービスの向上につなげている。 | 年6回、市職員・町内会長・民生委員・利用者が参加し開催している。職員の異動や行事案内、利用者の状況など報告し、意見交換をしている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 運営推進会議には市役所介護保険課職員の方にも出席いただき、事業所の実情について話をさせて頂いている。また、必要に応じ市役所に出向き、相談させて頂いている。 | 市とは必要な報告や相談、各種届についての問い合わせなど、随時行っている。市職員が運営推進会議に参加し、事業所運営について意見交換している。市から外部研修の案内があり、地域包括支援センターの研修では行方不明者の模擬捜索に参加するなどしている。 | |
| 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 | 身体拘束についての研修を年に4回開催し、「身体拘束は原則行わない。」というMCSの取り組みをスタッフに周知し、ケアに取り組んでいる。 | 法人として「身体拘束は原則行わない」という方針を掲げている。これを実現するために、身体拘束防止の研修を重ね、日常のケアについて振り返り、確認している。夜間にナースコールが押せない人には、家族の承諾を得てセンサーマットを使用している。夜間の施錠は夜9時から朝6時ごろまでである。 | |
| 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 | 身体拘束防止と同様に研修を年4回開催し、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。また、虐待チェックシートを3か月に1回行っている。 | | |

| 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 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 | 成年後見制度を利用しているご利用者様が2名いらっしゃる。成年後見制度の必要性についてスタッフと話し合う機会を持ち、制度の活用に努めている。 | | |
| 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 | 契約の締結、解約、改定の際には、個々のケースに応じ、十分な説明を行ない不安の解消に努めている。ご家族様が納得できるよう丁寧に説明するよう努めている。 | | |
| 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 | 意見要望については面会や電話連絡の際にスタッフ、管理者共にご家族様より話を伺い、スタッフ間で共有しケアに反映させるようにしている。 | 家族への行事案内に力を入れて取り組んだ結果、行事への参加が増え家族から要望を聞く機会も多くなった。面会時にも家族から意見・要望を聞いているが、ケアに関することが多く、申し送りノートで共有し、ケアに活かしている。 | |
| 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 | 月1回のユニット会議、全体会議を通し、スタッフからの意見、提案を聞く機会を設けている。また、日常的にコミュニケーションをとり、意見を聞くようにしている。 | 月1回、ユニット会議、全体会議を行い、職員から意見・要望を聞いている。職員は事故防止委員会・研修委員会・環境委員会に携わり、自主的に業務内容を検討し、ケア向上や業務改善に向けて取り組んでいる。 | |
| 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 | 平成31年3月よりキャリアパス制度が実施される予定となっている。スタッフのスキルアップやモチベーションの向上に繋がる仕組みとなっている。 | | |
| 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 | 内部研修を月1回行うとともに、スタッフのスキルや役割に合わせた外部研修への参加を勧めている。 | | |
| 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 | 市、包括支援センター、グループホーム協議会等の主催する研修に参加し交流を深めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前に丁寧に話を伺い、アセスメントを行っている。また、スタッフ間での情報の共有に努め、ケアの統一を図りご利用者様の安心に繋げている。 | | |
| 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 | 入居前からご家族様の不安、心配に耳を傾け、具体的な改善策等も提示しながら、信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 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 | 本人様、ご家族様がどのような生活を望んでいるか、丁寧に話を伺い、過去の生活歴、今後の予測等も鑑みて支援を見極め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 | ご本人様は介護される一方の立場ではなく、人生の先輩であり、尊敬すべき方であることをスタッフ間で共有し、ケアにあたるよう努めている。 | | |
| 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 | ホームでの生活について、ご家族様に手紙や電話、面会時にお伝えし、施設で生活をしていてもご家族の絆が絶えることがないように努めている。 | | |
| 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 | ご本人様の要望に合わせて馴染みの場所にお連れしている。また、ご家族様や友人の方の面会時にはゆっくり過ごせるよう支援している。 | 家族や兄弟、知人など、馴染みの人が来訪しやすいように配慮している。一人ひとりの希望・要望を聞き「住んでいた場所に行ってみよう」と、漁業関係の仕事をしていた人からは「海を見たい」など、馴染みの場所や関係が継続できるよう支援している。居室担当職員が利用者の近況をお便りにし家族に連絡している。 | |
| 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 | 9名で一つの家族と考えるユニットケアに基づき、利用者同士が思いやりを持ち、個性を生かしながら生活して頂ける様スタッフ間で話し合い、支援をさせて頂いている。 | | |

| 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 | 退去後もご家族様が連絡を取りやすいように声掛けさせて頂き関係作りにも努めている。 | | |
| 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 | 居室担当スタッフだけでなく、ユニットのどのスタッフも、本人の意向を汲み取ることに努めている。上手く伝えられない方については、スタッフそれぞれの考えを会議などで話し合い本人の希望に沿えるよう検討している。 | 利用者の思いを全職員がそれぞれ汲み取り、話し合い情報共有することで、より明確に把握できるよう努めている。日常的に気付いたことは申し送りノートに記録し共有している。 | |
| 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 | 本人様、ご家族様、面会に来て下さった親戚の方々等、ご利用者様の過去の生活をご存じの方には丁寧に話を伺いケアに反映させている。 | | |
| 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 | ご自分のペースで過ごして頂くことを重要視している。ご利用者の日常生活を常に観察し、変化する心身状態に対応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 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 | ご本人様の課題、ケアの在り方についてはスタッフ間で更新時期だけでなく必要な時には常に話し合いを持つよう努め、介護計画に反映させている。些細な変化もご家族様に、お伝えするよう努めている。 | 介護計画を3ヶ月ごとに見直している。職員は利用者のちょっとした変化など、気づいたことを都度申し送りノートに記録し、介護計画に反映させ、家族に連絡している。見直した介護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 | 個別の介護記録、看護記録、日報等を通して介護計画の実践について共有を図っている。介護記録と同じファイルに介護計画を添えており、計画を確認しながら、記録できるようにしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 往診、訪看、訪問歯科、訪問販売を利用している。サービスの多機能化についてはご家族様の経済的な負担も考えられることから、ご家族様、ご利用者様の希望に沿って進めてく。 | | |

| 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 | 近隣のスーパーや商店、レストランを利用している。また、地域で開催される認知症カフェにも出かけ楽しんでいる。 | | |
| 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 | 現在、ご利用者様9名往診医がかかりつけ医となっている。月2回の訪問診療を通じ、事業所との関係も良好である。体調の変化についてはご家族に小まめに連絡を取っている。 | 月2回、利用者は往診医をかかりつけ医として、訪問診療を受けている。緊急時や歯科の通院は職員が同行し受診している。結果は家族に報告し情報共有している。 | |
| 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 | 週1回の訪問看護師にご利用者様の体調の変化や、心配な事を相談するようにしている。信頼関係もあり、受診に繋げるだけでなく、介護スタッフの安心にも繋がっている。 | | |
| 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。 | ご利用者様が入院した際には面会に行き、医師、看護師等医療関係者と情報交換を行っている。入院生活、退院後のホームの生活がスムーズにいくよう連携を取っている。 | | |
| 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 | 重度化した場合の対応については契約時にご家族に説明させて頂いている。終末期の在り方についてはご家族様に意向を伺いながら進めている。医療関係者との連携、現状での事業所の力量についても的確な判断ができるよう努めている。 | 入居時に「看取り介護にかかる指針」を利用者と家族に説明している。重度化した場合は、家族と話し合い方針を決めている。医療連携をとりながら看取りを行っている。 | |
| 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 | マニュアルが整備されている。急変、事故への研修を行っているが、実際に経験している職員としていない職員がいる為、実践力にバラつきがある。 | | |
| 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 | 定期的に避難訓練、災害についての研修を行っている。避難訓練の際には地域の消防署の指導を受けている。 | 年2回、夜間想定で避難訓練を消防署立ち合いのもと、実施している。水消火器の訓練も同時に行っている。地域住民の参加協力もある。 | |

| 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 |
| 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 | プライバシーの配慮した言葉かけを徹底している。入室の際のノック、排泄時の対応など尊厳のある対応を意識している。 | 職員はプライバシーに配慮したケアについて研修している。排泄介助時のトイレ誘導の際には特に気を配っており、尊厳に配慮しさりげない声かけをしている。入室の際の声かけ、確認についても徹底している。 | |
| 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 | スタッフとの日常的な些細な会話の中からご利用者様の思いや希望を汲み取り、ご自分で判断出来るような声掛けを工夫している。 | | |
| 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 | ご利用者様がゆっくりとご自分のペースで過ごせるよう支援している。ADLを把握する事で職員もご利用者様も無理なく過ごす事ができている。 | | |
| 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 | 入浴の際にはご利用者様に着替えを選んで頂いている。起床時のモーニングケアも本人様のADLに応じ支援させて頂いている。 | | |
| 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 | メニューの紹介、テーブル拭き、米とぎ、食器の片づけ等ご利用者様にお手伝い頂いている。また、食事が楽しめるよう昼食前に口腔体操を実施している。 | 献立は本社が作成しているが、野菜などは地元特産の食材にアレンジし、職員が調理している。献立はボードに書き出しお知らせしており、利用者は楽しみにしている。食事前には口腔体操を実施し誤嚥防止などに努めている。利用者は片付けなど、できることを職員と一緒にやっている。 | |
| 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 | ご利用者様の嚥下状態に合わせ、食形態の工夫をしている。主食については医療と連携し、適正な量を提供している。代替え食の提供もしている。 | | |
| 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 | 毎食後、口腔ケアの声掛けをさせて頂いている。ご利用者様の口腔内の状態に合わせてうがい、義歯の洗浄、歯磨きを行っている。洗口液も使用している。 | | |

| 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 | 個別の排泄チェック表を使用し、自立に向けた支援を行っている。夜間リハパンから布パンツに変更になったご利用者様もおり、ご本人様、ご家族様も喜ばれている。 | 利用者の排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるよう誘導している。タイミングを合わせ誘導した結果、リハビリパンツから布パンツに変更できた成果がある。 | |
| 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 | 医療との連携を図りながら便秘解消に努めている。訪問看護師、薬剤師、意見も仰いでいる。水分の摂り方や乳酸菌飲料も飲んで頂いている。 | | |
| 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 | 入浴前に声掛けさせて頂き、ご本人のタイミングに合わせて入浴して頂いている。本人様の希望に沿いながら清潔保持ができるよう工夫している。 | 基本、週2回の入浴支援を行っている。利用者の希望に合わせた時間に入浴ができる。同姓介助の支援にも対応している。状態に合わせて、清潔保持に努めている。 | |
| 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 | ご利用者様の希望に合わせて休息して頂いている。居室に休まれる方、和室で休まれる方等柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 処方された薬に関しては目的、用法、副作用の情報を職員間で周知するよう努めている。服薬に関しては必ず複数のスタッフで確認するよう徹底している。 | | |
| 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 | 日常生活に楽しみがあるよう個別に対応している。個別でのおやつ提供、本人希望による漢字の書き取り、読書、テレビ視聴、シュレッダーがけ等個々の能力に応じ支援している。 | | |
| 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 | できる限り希望に沿うよう支援している。散歩買い物、自宅のあった場所などご本人様の思いこたえられるよう努めている。天気の良い日には戸外の空気にふれられるよう支援している。 | 「以前住んでいたところに行きたい」という希望や漁業関係の仕事をしてきた人からは「海を見たい」という希望など、個別の希望に応え出かけている。日常的には買い物や近くの旧北上川右岸に整備されたサイクリングロードの一面を散歩しに出かけている。 | |

| 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 |
| 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 | 基本的には現金は事務所金庫の管理となっているが、現金を持たない事に不安を感じる方については少量の現金を持って頂き、買い物の際には使えるように支援している。 | | |
| 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 | 手紙、電話については本人の要望に合わせて支援している。年賀状のやり取りの支援も行っている。 | | |
| 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 | 室内の温度、湿度は季節により居心地がいいよう配慮している。また、行事の写真等を掲示し、季節を感じ、落ち着いてすごせるよう工夫している。 | リビングは、天窓から明かりが差し込み明るい。畳敷きの和室が一角に設けられ行事など多目的に利用されている。ユニットごとに大きく見やすい壁新聞が貼られ、コメントが工夫されており、利用者の日常の様子が分かりやすく掲載されている。 | |
| 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 | 和室にソファを配置し、共用スペースの中でもパーソナルスペースが確保できるように工夫している。 | | |
| 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 | ご本人の使い慣れて思い入れのある家具を修理しながら使っている。また、家族との写真を飾り、居心地がよくなるよう工夫している。 | クローゼットとエアコンが備え付けてある。ベッド・イス整理ダンス・衣装ケース・テレビなど利用者は馴染みのものを持参している。利用者の動線に配慮し、使いやすいよう配置が工夫されている。居室担当職員が整理整頓をしている。 | |
| 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 | 居室ドアの横に名札をかけ、自分の部屋を分かる様にしたり、トイレの表示もわかりやすいように工夫している。廊下には歩行の妨げになるようなものは置かないようにしている。 | | |

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 | 0490200136 | | |
| 法人名 | メディカル・ケア・サービス東北株式会社 | | |
| 事業所名 | 愛の家グループホーム石巻開北 ユニット名 ひばり | | |
| 所在地 | 宮城県石巻市開北2丁目12番50号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成31年2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.mhlw.go.jp/ |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|

【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31年3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)】

現在、ご家族様との関係作りに力を入れています。ご家族様の面会の機会が少ないご利用者様も何名かおられ、少しでもご家族様と一緒に時間を持ってほしいという思いからホームの行事へのご案内をさせて頂いております。今まで職員とご利用者様で行っていた敬老会、クリスマス会にご家族様に参加して頂き、楽しい時間を過ごすことができました。芋煮会についてもご家族様との食事会として開催し、一緒に食事をとる機会を設ける事が出来ました。今後も、ご家族様が気軽に当たり前のように来て頂けるホームにしていきたいと思っております。
また、昨年の反省から事故防止に取り組んでおります。月一回の事故防止委員会で原因を探り、複数の意見を聞き対策を立てる事で職員のスキルアップに繋げていきたいと思っております。

【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)】

母体法人は全国にグループホームを約300事業所運営しており、事業所は2010年10月に開所した。東隣には貸し畑が広がっており、季節ごとの野菜作りの様子や花が楽しめる。コンビニや大型店が近隣にあり、徒歩数分のところにある旧北上川のサイクリングロードの一面には、晴れた日には西に奥羽山脈・東に牡鹿半島の山並みが望める散歩コースもある。運営推進会議に市職員・町内会長・民生委員が参加し、町内の敬老会などの行事に招待されたり、今年度は中学校の運動会からも案内があった。事業所の敬老会・クリスマス会・芋煮会などの行事には、地域住民への案内や家族への案内に力を入れた結果、参加者が増えた。職員は事故防止委員会・研修委員会・環境委員会を設け、ケアの質の向上や業務改善に向け取り組んでいる。新設した同法人のグループホーム石巻蛇田と合同で行事を行ったり、常に交流を図り職員同士も行き来している。初詣・お花見・紅葉狩り・近隣の道の駅に出かける機会を設け、利用者の楽しみになっている。

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 (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 愛の家GH石巻開北 ）「ユニット名 ひばり 」

| 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 |
| 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 | 自事業所の運営理念、MCSのクレド「普通の生活とは」「ケアの信条」のどちらかを選択し、朝礼時唱和し理念の共有を図っている。 | 事業所理念「家庭的な雰囲気を大切にし入居者様と笑い合って過ごせる1日を提供します」「専門性を活かし、地域の皆様の頼れる存在になれるよう努めます」を、朝礼時に唱和しながら確認している。 | |
| 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 | 町内会主催の敬老会、文化祭、近隣の中学校の運動会に招待され参加している。ホームの行事に地域の方々を招待している。 | 町内会との親交が深く、町内の行事や今年度は近隣中学校の運動会に招待された。事業所の行事を地域住民や家族に案内している。事業所の看板に「介護についてなんでもご相談ください」と記述し、地域貢献に努めている。 | |
| 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 | 運営推進会議を2か月に1回開催し、認知症の方への理解、支援の方法、グループホームの特徴について説明している。また、認知症サポーター養成講座を企画し、開催している。 | | |
| 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 | 運営推進会議では、町内会長、民生委員にも参加頂き、さまざまな意見を頂き、サービスの向上につなげている。 | 年6回、市職員・町内会長・民生委員・利用者が参加し開催している。職員の異動や行事案内、利用者の状況など報告し、意見交換をしている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 運営推進会議には市役所介護保険課職員の方にも出席いただき、事業所の実情について話をさせて頂いている。また、必要に応じて市役所に出向き、相談させて頂いている。 | 市とは必要な報告や相談、各種届についての問い合わせなど、随時行っている。市職員が運営推進会議に参加し、事業所運営について意見交換している。市から外部研修の案内があり、地域包括支援センターの研修では行方不明者の模擬捜索に参加するなどしている。 | |
| 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 | 身体拘束についての研修を年に4回開催し、「身体拘束は原則行わない。」というMCSの取り組みをスタッフに周知し、ケアに取り組んでいる。 | 法人として「身体拘束は原則行わない」という方針を掲げている。これを実現するために、身体拘束防止の研修を重ね、日常のケアについて振り返り、確認している。夜間にナースコールが押せない人には、家族の承諾を得てセンサーマットを使用している。夜間の施錠は夜9時から朝6時ごろまでである。 | |
| 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 | 身体拘束防止と同様に研修を年4回開催し、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設けている。また、虐待チェックシートを3か月に1回行っている。 | | |

| 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 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 | 成年後見制度を利用しているご利用者様が1名いらっしゃる。成年後見制度、権利擁護の研修を行い学ぶ機会を設ける。 | | |
| 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 | 契約の締結、解約、改定の際には、個々のケースに応じ、十分な説明を行ない不安の解消に努めている。ご家族様が納得できるよう丁寧に説明するよう努めている。 | | |
| 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 | 意見要望については面会や電話連絡の際にスタッフ、管理者共にご家族様より話を伺い、スタッフ間で共有しケアに反映させるようにしている。 | 家族への行事案内に力を入れて取り組んだ結果、行事への参加が増え家族から要望を聞く機会も多くなった。面会時にも家族から意見・要望を聞いているが、ケアに関することが多く、申し送りノートで共有し、ケアに活かしている。 | |
| 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 | 月1回のユニット会議、全体会議を通し、スタッフからの意見、提案を聞く機会を設けている。また、日常的にコミュニケーションをとり、意見を聞くようにしている。 | 月1回、ユニット会議、全体会議を行い、職員から意見・要望を聞いている。職員は事故防止委員会・研修委員会・環境委員会に携わり、自主的に業務内容を検討し、ケア向上や業務改善に向けて取り組んでいる。 | |
| 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 | 平成31年3月よりキャリアパス制度が実施される予定となっている。スタッフのスキルアップやモチベーションの向上に繋がる仕組みとなっている。 | | |
| 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 | 内部研修を月1回行うとともに、スタッフのスキルや役割に合わせた外部研修への参加を勧めている。 | | |
| 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 | 市、包括支援センター、グループホーム協議会等の主催する研修に参加し交流を深めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 入居前に丁寧に話を伺い、アセスメントを行っている。また、スタッフ間での情報の共有に努め、ケアの統一を図りご利用者様の安心に繋げている。 | | |
| 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 | 入居前からご家族様の不安、心配に耳を傾け、具体的な改善策等も提示しながら、信頼関係の構築に努めている。 | | |
| 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 | 本人様、ご家族様がどのような生活を望んでいるか、丁寧に話を伺い、過去の生活歴、今後の予測等も鑑みて支援を見極めるように努めている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 s | ご本人様は介護される一方の立場ではなく、人生の先輩であり、尊敬すべき方であることをスタッフに都度伝えるよう努めている。 | | |
| 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 | ホームでの生活について、ご家族様に手紙や電話、面会時にお伝えし、施設で生活をしていてもご家族の絆が絶えることがないように努めている。ご家族様の協力を得て、ご自宅に外泊される方もいる。 | | |
| 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 | ご家族様や友人の方の面会時にはゆっくり過ごせるよう支援している。ご家族やスタッフの付き添いのもと馴染みのお店、場所にお連れしている。 | 家族や兄弟、知人など、馴染みの人が来訪しやすいように配慮している。一人ひとりの希望・要望を聞き「住んでいた場所に行ってみよう」、漁業関係の仕事をしていた人からは「海を見たい」など、馴染みの場所や関係が継続できるよう支援している。居室担当職員が利用者の近況をお便りにし家族に連絡している。 | |
| 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 | 9名で一つの家族と考えるユニットケアに基づき、利用者同士が思いやりを持ち、個性を生かしながら生活して頂ける様スタッフ間で話し合い、支援をさせて頂いている。 | | |

| 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 | 退去後もご家族様が連絡を取りやすいように声掛けさせて頂き関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 居室担当スタッフだけでなく、ユニットのどのスタッフも、本人の意向を汲み取ることに努めている。上手く伝えられない方については、スタッフそれぞれの考えを会議などで話し合い本人の希望に沿えるよう検討している。 | 利用者の思いを全職員がそれぞれ汲み取り、話し合い情報共有することで、より明確に把握できるよう努めている。日常的に気付いたことは申し送りノートに記録し共有している。 | |
| 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 | 本人様、ご家族様、面会に来て下さった親戚の方々等、ご利用者様の過去の生活をご存じの方には丁寧にお話を伺いケアに反映させている。 | | |
| 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 | ご自分のペースで過ごして頂くことを重要視している。ご利用者の日常生活を常に観察し、変化する心身状態に対応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 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 | ご本人様の課題、ケアの在り方についてはスタッフ間で更新時期だけでなく必要な時には常に話し合いを持つよう努め、介護計画に反映させている。些細な変化もご家族様に、お伝えするよう努めている。 | 介護計画を3ヶ月ごとに見直している。職員は利用者のちょっとした変化など、気づいたことを都度申し送りノートに記録し、介護計画に反映させ、家族に連絡している。見直した介護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 | 個別の介護記録、看護記録、日報等を通して介護計画の実践について共有を図っている。介護記録と同じファイルに介護計画を添えており、計画を確認しながら、記録できるようにしている。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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 | 往診、訪看、訪問歯科、訪問販売を利用している。サービスの多機能化についてはご家族様の経済的な負担も考えられることから、ご家族様、ご利用者様の希望に沿って進めてく。 | | |

| 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 | 近隣のスーパーや商店、レストランを利用している。また、町内会の行事に参加され、地域の方との交流機会を設けている。 | | |
| 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し、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 | 現在、ご利用者様9名往診医がかかりつけ医となっている。月2回の訪問診療を通じ、事業所との関係も良好である。体調の変化についてはご家族に小まめに連絡を取っている。 | 月2回、利用者は往診医をかかりつけ医として、訪問診療を受けている。緊急時や歯科の通院は職員が同行し受診している。結果は家族に報告し情報共有している。 | |
| 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 | 週1回の訪問看護師にご利用者様の体調の変化や、心配な事を相談するようにしている。信頼関係もあり、受診に繋げるだけでなく、介護スタッフの安心にも繋がっている。 | | |
| 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。 | ご利用者様が入院した際には面会に行き、医師、看護師等医療関係者と情報交換を行っている。入院生活、退院後のホームの生活がスムーズにいくよう連携を取っている。 | | |
| 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 | 重度化した場合の対応については契約時にご家族に説明させて頂いている。終末期の在り方についてはご家族様に意向を伺いながら進めている。医療関係者との連携、現状での事業所の力量についても的確な判断ができるよう努めている。 | 入居時に「看取り介護にかかる指針」を利用者と家族に説明している。重度化した場合は、家族と話し合い方針を決めている。医療連携をとりながら看取りを行っている。 | |
| 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 | マニュアルが整備されている。急変、事故への研修を行っているが、実際に経験している職員としていない職員がいる為、実践力にバラつきがある。 | | |
| 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 | 定期的に避難訓練、災害についての研修を行っている。避難訓練の際には地域の消防署の指導を受けている。 | 年2回、夜間想定で避難訓練を消防署立ち合いのもと、実施している。水消火器の訓練も同時に行っている。地域住民の参加協力もある。 | |

| 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 |
| 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 | プライバシーの配慮した声掛けを行っている。普段の業務の中でもスタッフに意識して対応するよう注意を促している。 | 職員はプライバシーに配慮したケアについて研修している。排泄介助時のトイレ誘導の際には特に気を配っており、尊厳に配慮しさりげない声かけをしている。入室の際の声かけ、確認についても徹底している。 | |
| 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 | スタッフとの日常的な些細な会話の中からご利用者様の思いや希望を汲み取り、ご自分で判断出来るような声掛けを工夫している。 | | |
| 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 | ご利用者様がゆっくりとご自分のペースで過ごせるよう支援している。ADLを把握する事で職員もご利用者様も無理なく過ごす事ができている。 | | |
| 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 | 入浴の際にはご利用者様に着替えを選んで頂いている。起床時のモーニングケアも本人様のADLに応じ支援させて頂いている。 | | |
| 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 | スタッフと一緒に食器の片づけを行っている。ご利用者のADLにあわせて行って頂いている。 | 献立は本社が作成しているが、野菜などは地元特産の食材にアレンジし、職員が調理している。献立はボードに書き出しお知らせしており、利用者は楽しみにしている。食事前には口腔体操を実施し誤嚥防止などに努めている。利用者は片付けなど、できることを職員と一緒にやっている。 | |
| 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 | ご利用者様の嚥下状態に合わせて食形態を工夫している。また、嗜好に合わせた捕食の提供を行い、栄養が十分に取れるように支援している。 | | |
| 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 | 毎食後、口腔ケアの声掛けをさせて頂いている。ご利用者様の口腔内の状態に合わせてうがい、義歯の洗浄、歯磨きを行っている。洗口液も使用している。 | | |

| 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 | 個別の排泄チェック表を使用し、自立に向けた支援を行っている。トイレでの排泄が継続できるよう声掛け、排泄パターンを活かしたトイレ誘導等を実施している。 | 利用者の排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるよう誘導している。タイミングを合わせ誘導した結果、リハビリパンツから布パンツに変更できた成果がある。 | |
| 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 | 医療との連携を図りながら便秘解消に努めている。訪問看護師、薬剤師、意見も仰いでいる。水分の摂り方や乳酸菌飲料も飲んで頂いている。 | | |
| 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 | 入浴前に声掛けさせて頂き、ご本人のタイミングに合わせて入浴して頂いている。本人様の希望に沿いながら清潔保持ができるよう工夫している。 | 基本、週2回の入浴支援を行っている。利用者の希望に合わせた時間に入浴ができる。同姓介助の支援にも対応している。状態に合わせ、清潔保持に努めている。 | |
| 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 | ご利用者様の希望に合わせて休息して頂いている。居室に休まれる方、和室で休まれる方等柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 処方された薬に関しては目的、用法、副作用の情報を職員間で周知するよう努めている。服薬に関しては必ず複数のスタッフで確認するよう徹底している。 | | |
| 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 | ゴミを捨てる、同じテーブルの方に声をかける、洗濯物をたたむ等得意な事を中心に役割を持って頂いています。できる事を見極めて、楽しみ、喜びに繋げていくよう支援します。 | | |
| 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 | できる限り希望に沿うよう支援している。散歩買い物、ご家族の協力を得て、ご自宅のあった場所などご本人様の思いこたえられるよう努めている。車椅子の方も戸外の空気に触れられるよう支援をしている。 | 「以前住んでいたところに行きたい」という希望や漁業関係の仕事をしてきた人からは「海を見たい」という希望など、個別の希望に応え出かけている。日常的には買い物や近くの旧北上川右岸に整備されたサイクリングロードの一画を散歩しに出かけている。 | |

| 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 |
| 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 | 基本的には現金は事務所金庫の管理となっているが、現金を持たない事に不安を感じる方については少量の現金を持って頂き、買い物の際には使えるように支援している。 | | |
| 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 | 手紙、電話については本人の要望に合わせて支援している。年賀状のやり取りの支援も行っている。 | | |
| 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 | 室内の温度、湿度は季節により居心地がよいよう配慮している。また、行事の写真等を掲示し、季節を感じ、落ち着いてすごせるよう工夫している。 | リビングは、天窓から明かりが差し込み明るい。畳敷きの和室が一角に設けられ行事など多目的に利用されている。ユニットごとに大きく見やすい壁新聞が貼られ、コメントが工夫されており、利用者の日常の様子が分かりやすく掲載されている。 | |
| 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 | 和室にソファを配置し、共用スペースの中でもパーソナルスペースが確保できるように工夫している。 | | |
| 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 | ご本人の使い慣れて思い入れのある家具を使って頂いている。また、家族との写真を飾り、居心地がよくなるよう工夫している。 | クローゼットとエアコンが備え付けてある。ベッド・イス整理タンス・衣装ケース・テレビなど利用者は馴染みのものを持参している。利用者の動線に配慮し、使いやすいよう配置が工夫されている。居室担当職員が整理整頓をしている。 | |
| 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 | 転倒リスクの高い方が安全に過ごせるようベッド、家具の位置を工夫し、自立した生活が送れるよう | | |