

### 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   | 0472600436         |          |  |
| 法人名     | 株式会社東北医療福祉システムズ    |          |  |
| 事業所名    | グループホームやすらぎ苑利府     | ユニット名すみれ |  |
| 所在地     | 宮城県宮城郡利府町沢乙字寺下10-1 |          |  |
| 自己評価作成日 | 平成 28 年10 月10 日    |          |  |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成 28 年 10 月 25 日              |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

一人一人のペースを理解し、出来る限りその方に合わせたケアを実践しています。言葉で表現出来ない利用者の方々の思いを推察しながら、他の利用者の方々との関係性を大事にし、共に折り合って生活出来るように支援しています。利用者の方々・職員共に笑顔が多く見られる毎日を心掛けています。

【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)】

ホームは土を削り取った小高い丘に建っており、東日本大震災でも被害は殆どなく、災害に強い形状である。事業所と職員は入居者が穏やかに過ごせるよう一人ひとりに寄り添うことと、地域の方々から信頼を得ることを目標に掲げ取り組んでいる。地域や町との関係は、ボランティアの掃除・畑作りの支援やホーム納涼祭への住民参加、中学生の体験実習の受け入れ、町の認知症カフェへの協力等で前進している。この一年間で職員6人の入退社があったが、計画通りの訓練実施でスキル向上を図り、重度者対応や看取り対応も出来ている。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)             | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名) **グループホームやすらぎ苑利府** 「ユニット名 **すみれ** 」

| 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  | 理念の書かれた紙を何か所かに掲示し、身近にあるものにしていく。全体カンファやユニットカンファなどで折りに触れ、共有・振り返りを行っている。  | 年度始めに担当職員が話し合い、ユニット毎に理念を決め、職員の意識に定着するよう職場に貼っている。入居者が示す仕草や動作が何故かと要因を話し合う際も、理念を中心に据えて対応の改善に努めている。         |                   |
| 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  | 掃除ボランティア・畑ボランティアが定期的に来苑したり、苑の納涼会などに参加してもらい一緒に楽しむ機会を持っている。又、町のフェスティバルにフリーマーケットで参加したり、認知症カフェを町と共催するなど取り組んでいる。      | 掃除や畑作り等で地元のボランティアが月2回訪れている。フリーマーケットや認知症カフェを手伝う等で地域との関わりを深めている。引き続き、自治会活動や防災等の分野でも関わりが深められるよう努められたい。     |                   |
| 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  | 認知症を知る機会や相談の場として町との共催で認知症カフェを開催し交流をはかっている。又、中学生の職場体験で、認知症の方と接する機会を提供している。  |   |                   |
| 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                                     | 2か月に1回、町・包括や家族、ボランティアや民生委員など集まり会議を行っている。苑での取り組み等報告・話し合いを行い情報交換している。ご家族よりの疑問から虐待の話題になり、意見交換により、職員の意識を高めることにつながった。 | ホーム報告への質疑の他、地域行事・認知症状等が話し合われている。居室の鍵の開閉に関したことや買物で入居者が荷物を持つ姿を見て、家族が感じることなど意見が出され、対応改善に繋げている。             |                   |
| 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取り組んでいる  | 日頃から福祉センターに出向いたり、電話などでやり取りをしている。事故の詳細などでもきっちり報告し、時には対策等の実情や相談もしながら、協力関係を築いている。                                   | 退居予定や町外からの入居希望者対応等で相談している。中学生の職場体験実習受け入れ、認知症カフェ運営等の行政が関わる活動にも積極的に協力している。                                |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 全体カンファで研修を行い理解を深めている。施錠に関しては利用者の現状なども考え、命の安全優先で、安易な拘束にならないように皆で具体的なケアを模索しながら実践している。                              | 新規採用者の育成も勘案し、段階的に介護技術と認知症理解を図ることを掲げ、取り組んでいる。他の入居者対応の際に外出され、転倒し怪我をした状態で交番に保護されたことがあったが、治療や家族連絡などの確に対応した。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 全体カンファで研修を行い理解を深めている。虐待を考える上で職員の過度なストレスがないかどうかにも注意し合いながら、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<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    | 全体で権利擁護について制度として学ぶ機会を持たないが、自立支援の意味合いやケアのグレーゾーン、倫理の観点から考える機会は都度都度ある。さらに必要な時に制度が使えるように学ぶ機会を設けたい。                    |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約の締結では、十分にゆとり時間を取っている。ご家族と利用者が一緒に説明を聞く場合もあるが、利用者の不安が大きい場合には、分けて説明する場合もある。利用者が十分に納得できない病状の場合には、ご家族に一任することもある。     |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 運営推進会議の場、家族会の場、玄関にアンケート箱を設置、又、日頃から、管理者や介護支援専門員が家族と話す機会を多く持ち、意見や要望を言いやすくするように努めている。さらに、民生委員に協力をいただいて苦情連絡先の一つにしている。 | 家族会が作られており、そこから運営推進会議への家族参加やホーム側と話し合う場も設け、家族等の意見反映を担っている。家族会会費の中からイベントに飲み物差し入れ等も行っている。         |                   |
| 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                                      | カンファの時、リーダーを通して、直接管理者に意見を言うなど窓口を一つにせず、話しやすい人に言えるように、個々の性格に応じて受け皿を広く持つようし、意見や提案を聴く機会につなげている。                       | 介助や家族と話し合い等から得られた入居者情報は、申し送りやリーダー報告等により共有されている。町のフリーマーケットには職員と入居者が一緒に看板を掲げてバザー出店し、ホーム理解に繋げている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 勤務状況を把握し、整備に努めている。  |  |                   |
| 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         | 外部研修はもちろん、働きながら、研修を受けられるようシフトの調整や苑内でも少人数での研修機会、カンファの中での研修など職員を育てる取り組みに努めている。                                      |  |                   |
| 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 | グループホーム協議会を通じてのネットワーク作り、地域の他のグループホームとの情報交換などの機会を作り、サービスの向上につなげる取り組みをしている。   |  |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------|-----|--|--|--|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 本人が困っていることや不安なこと・要望等を管理者やケアマネージャーがよく聴き、本人が安心できるように接しながら、次に職員につなげ、苑に慣れていくよう関係づくりに努めている。                                 |  |                   |
| 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            | 家族が困っていること、不安なこと、要望を具体的に聴きながら、苑での取り組み・対応を話していく(苑での生活リスクがあることも含めて)ことで関係づくりに努めている。                                       |  |                   |
| 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        | スタッフ間で情報共有し、他苑者との関係性も考慮し、どのように支援出来るかを見極めていく。専門による口腔ケアやマッサージなど他のサービス利用の検討も含め対応に努めている。                                   |  |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 一方的な支援ではなく、残存能力を引き出せるようなケアの工夫をし、例えば、一緒に洗濯物を干したり、たたんだり、買い物に行ったり、台所仕事をしたり、関係を築いている。又、生活の知恵や昔話を聞くなどして人生の先輩としての関係づくりもしている。 |  |                   |
| 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         | 家族が面会に来た際は、日頃の様子など伝え、以前の生活の様子を聴くなど情報を得、ケアに反映させている。又、スタッフで対応しきれないところは家族にも協力を求めるなど一緒に支援していく関係を築いている。                     |  |                   |
| 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                     | 家族・親戚・友人・近所の人々が自由に交流できる場に行っている。電話も活用、又、ドライブで、馴染みのある場所に行ったり、利用者・家族の要望に応じて外食、買い物・外泊など関係が続くよう支援している。                      | 入居者一人ひとりに寄り添う支援を理念に掲げ、自宅方面へのドライブ、行事参加、買い物等により、馴染みの人・場との関係継続を大切にしている。家族の参加や協力を求めることもある。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                  | 気の合う人同士やペースの同じ人などが同席出来るよう配慮し、良好な関係が築けるよう努めている。又、小さな衝突があった時には職員が間に入り、嫌な気分が残らないように配慮しながら関係づくりに努めている。                     |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 退苑した利用者のご家族が顔を見せに来てくれたり、自宅で採れた野菜を持ってきてくれるなどありがたい関係が続いている。相談や支援などの要望があれば声掛けしていただくよう伝えている。                             |  |                   |
| <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   | 入居前の相談・入居時の聞き取り、入居してからの生活を通して、思いや希望・意向をくみ取り、日々のスタッフの話し合いで共有することで、把握に努めている。困難な場合でも本人本位に話し合い、実践、また話し合いと検討しながら実践している。   | 孤独がちで苛立ち症状を示す方に、団欒している場所に席替えを試みたところ、苛立ちが消えて人の輪に入るようになった例もある。症状の重い方は、行動・心理症状から読み取ろうと努めながら接している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 生活歴があまりわからない方もいるが、入居時などに得た生活情報等を全員で把握・共有し、ケアにつなげるようにしている。1回だけではなく、折りに触れ、家族に聞くようにして、行動や言動の意味を理解するよう努めている。             |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | スタッフ全員で情報をつなげ1日の生活パターンの把握に努めている。申し送り・ノート・緊急時のメモなど活用、変化にも早く気づき適切な対応が出来るよう努めている。カンファなどで利用者それぞれの残存能力の話し合いをし、現状把握に努めている。 |  |                   |
| 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 | 本人の現状・困っていることなど把握し、必要なケアを考えていく。一方、ケアマネや管理者がご家族と話し合いをし、そこでの情報をスタッフに伝え、総合的に現状に即した介護計画を作成している。                          | 半年毎にケアプランの見直しを行っている。医療的理由や食事状態の観察等で追加や変更をしている。必要と判断した場合には、ケアマネや管理者が家族と話し合い、その方に合ったケアに見直している。   |                   |
| 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                        | 日々の様子等の記録、いつもと違う行動・言動・特変事項なども記録し職員間で共有、変化があれば随時対応しながら計画見直しにつなげている。   |  |                   |
| 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               | ご本人よりマッサージが受けたいとか、パーマをかけたいなど要望が出た時にご家族と相談し、その通りに出来るよう支援に努めている。   |  |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 近くの公園やスーパーなど利用し、苑内だけではなく生活の幅を広げるなどして支援している。  |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 訪問診療で受診。生活の場にドクターが来るので、本人も安心して不安なく診察を受けられる。医療処置が必要な時には基本、病院へ家族も一緒に行くことで、適切な医療を受けられるよう支援している。         | 殆どは往診してくれる施設協力医をかかりつけ医としている。協力医は緊急時の受け入れ先で、訪問看護事業所との連携体制も確立しており、入居者家族の信頼を得ている。               |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 看護師が訪問した時に、傷や皮膚疾患、便秘その他心身に関することを報告相談、指示等受けている。訪問時以外では24時間電話で相談できる体制で、適切な受診・看護につなげられるよう支援している。        |  |                   |
| 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。 | 面会に行ったり、洗濯物の引き取り、場合によっては食事介助などで支援している。病院の相談員やナースとのやり取りで情報交換等行い関係づくりを行っている。                           |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所の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  | 体調の変化に応じて家族には、その都度話をしている。簡単な書面でのやり取りをもとに終末期の希望を聴きながら、最終的にはドクターからの話で看取り支援を行っている。                      | 入居の際の説明で看取り対応も行う旨説明し、重度化・終末期には、医療機関の説明と家族希望を確かめながら対応している。前年度3名を看取ったが、職員は研修を行い体制を整え対応している。    |                   |
| 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  | 急変時のマニュアルにそってどのように対応するか分かるようにしている。AEDを設置し、その使い方も時々講習会など開くようにしている。                                    |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 定期的に避難訓練を行い、消防隊員より指導等受けている。災害時についても職員で話し合い、マニュアルに沿って動けるようにしている。地区の防災担当との協力体制や町との連絡を密にするなど協力体制が出来ている。 | 年2回消防署立会いで防火訓練を実施し、民生委員・家族等も参加している。施設は小高い丘にあつて避難場所が狭く、避難場所選定・夜間実施・地域住民参加等の面でより実践的な演習をお願いしたい。 |                   |

| 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                   | 人生の先輩であることを十分理解し、声掛けの工夫、言葉使いに注意するなど配慮している。食事時、着替えや排泄介助の時には特に対応に配慮するようにしている。                                | 家族の意向や生活歴等から本人が納得し、反応の好い呼び方にしている。入室の際は必ずドアをノックして、入浴介助・職員同士や申し送り時は、入居者の話しはしないようにしている。        |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | したくないことは無理強いせず、自由に過ごしていただいている。(体操・食事・入浴・外出等)   |   |                   |
| 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 | 大まかな1日の流れは作りながらもその人の状態に応じて、ペースを大切に支援している。起きてくる時間が遅ければ朝食も遅く摂っていただいたり、歩き回りたい時には、他の利用者との関係を考慮しながら自由にいただいている。  |   |                   |
| 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                                  | 自分の馴染の服を着たり、化粧したり、時にはマニキュアをしたりしてその人らしいおしゃれが出来るように支援している。又、2か月に一度訪問理美容を利用し、カット・顔そり・髭剃りで身だしなみを整えられるよう支援している。 |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 彩の良い盛り方、好みの物、嫌いな物を食べていただく工夫などしている。又、その人が食べられる固さや大きさなども工夫している。台所ではおぼん拭きや卵割、卵焼き調理など一緒にしていただき、出来ること支援をしている。   | 時々食べたいものを聞いている。希望の多いコロッケ・ぼた餅・はらこ飯・赤飯等を準備から盛り付けまで職員と入居者が一緒にやっている。誕生会のご馳走を職員が自宅で作り、持参することもある。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 1人一人食べられる量に合わせた食の提供や水分量は把握し、足りない分はゼリーや好きな飲み物などで水分が各日出来るように支援している。  |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 希望により週1回の訪問歯科を受けており、口腔ケアの指導を受けたり、出来るところは自分で口腔ケアや口ゆすぎなどをしていただくよう支援している。                                     |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 一人一人に合わせた尿パッドやリハビリパンツの使用。排泄間隔を把握し、トイレやポータブルトイレで排泄出来るように、又、トイレでは出来ないところを手伝うように自立にむけた支援を行っている。   | トイレは入居者の目線から外れるよう衝立を置き、排泄パターンに基づいてさりげなく誘うようにしている。入居時の状態や退院後の状態を見て軽減が可能かを話し合い、軽減に向けた支援を行っている。   |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排便リズムをつかみ、緩下剤を増減しながら対応。水分量や活動量を総合的にみながら調整。甘いあんこやイチジク煮、アイスクリーム、かぼちゃ煮・寒天などの食事で補助し、個々に応じて取り組んでいる。   |  |                   |
| 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                             | 声掛け工夫でスムーズに入浴できるような流れを作り、一人一人入浴パターンに合わせてゆっくり入浴、早々入浴と楽しんでいただいている。お湯の温度調整や身体状況でのシャワー浴など個人に合わせている。拒否のある方には入浴していただく工夫はするが、無理強いはいしないで次の機会につなげている。 | 長湯好き・熱め好き・シャワー程度等一人ひとりのニーズに応える入浴方法を取り入れている。風呂嫌いの方には湯上りアイスクリームで誘うとか時間や人を変えるなど、週2回以上は入浴してもらっている。 |                   |
| 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   | 自由に休めるように声掛け後、誘導。一人一人に合わせた就寝時間で寝ていただく。ゆっくり眠れるように室温や照明・寝具の調整などに配慮している。  |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 薬の説明書を読み内容を把握。スタッフ全員が薬の仕分けやチェックに関わり、朝・昼・夕・就寝時と出番のスタッフで服薬の支援や症状の変化の確認に努めている。  |  |                   |
| 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                             | 一人一人の残存能力を把握共有し、どんなことで生かしてもらうかを考え工夫実践している。例えば、着付けや車椅子の空気入れなど。又、歌を唄ったり、ボール投げ、散歩やドライブなどメリハリのある生活が送れ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 | 日常の中に散歩や外気浴、買い物など戸外に出かける支援をしている。時には、仙台方面(かまぼこ館・榴ヶ岡公園)や海を見て七ヶ浜に行くなど遠出をして楽しむ機会を支援している。   | 外出計画に加えて、身の回り品の買い物や「認知症カフェなし畑」への参加等、少人数での外出も行っている。車椅子や体調の都合で外出を渋る方にも、ベランダや中庭に出てくつろいでいる。        |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 能力に応じて、お金を持っていたほうが安心できる方には所持していただくが、混乱がひどくなる場合には、こちらで預かるなどして、調整をはかり支援している。  |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 自由に電話をかけ、自ら電話することが出来るが、混乱がひどくなる時には家族と相談して、こちらで調整しながら支援している。   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 広い空間を仕切り、個別の場所を作ったり、隅にソファを置くなどして居場所を作ったり、余分な椅子を置いて自由に座れるようにしている。庭が見えたり、庭の花を飾ることで季節感を感じたり、音楽がある時には、テレビはつけないなど雑音等にも配慮し、エアコン調整等も含め環境作りをしている。 | 広いリビングは様々なくつろぎ方が出来るよう、一人掛けソファを置いたり、和風の小上りを設けている。テレビやBGMの音量に気を配り、職員同士の話し方も控えめに抑えるよう心掛けている。  |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 1~2人、個別で過ごすことが出来るように場所を作ったり、皆でテレビをみて話しながら過ごせるようにソファを置くなどして居場所の工夫をしている。又、ペランダにも椅子があり、一人でも何人かでもくつろげる空間の工夫をしている。                             |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 本人の身体機能に合わせて、ベッド又はふとんにしている。個人によってだが、自宅で使っていた家具や生活用品・馴染みの物を置き、過ごされている。また、好きな調度品や家族の写真など飾り、居心地良く過ごせる工夫をしている。                                | 洗面台とトイレはリビングから出入りする共用の構造である。手頃な広さの居室ですっきりしており、転倒の危険性も少ない。日中はリビングで過ごす方が多く、居室は寝るだけの利用となっている。 |                   |
| 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   | 苑内はバリアフリーで、廊下には手すり。又居室にも手すりをつけている所もある。トイレ表示・トイレドアのピンク色・自分の居室の名前表示など、安全かつ自立して生活が送れるように工夫している。  |  |                   |

### 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   | 0472600436         |       |     |
| 法人名     | 株式会社東北医療福祉システムズ    |       |     |
| 事業所名    | グループホームやすらぎ苑利府     | ユニット名 | あやめ |
| 所在地     | 宮城県宮城郡利府町沢乙字寺下10-1 |       |     |
| 自己評価作成日 | 平成 28 年 10 月 10日   |       |     |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |
| 訪問調査日 | 平成 28年 10 月 25 日               |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

一人一人のペースを理解し、出来る限りその方に合わせたケアを実践しています。又、ご自分で出来ることはしていただけるように生活支援をしています。少しずつ心身状況が変化し、自立出来る内容にも変化が見られてきますが、その不自由さや不安を受け止め、安心出来る穏やかな生活が送れるように取り組んでいます。利用者の方々・職員共に、笑い合える楽しい雰囲気作りを心掛けております。

【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)】

ホームは土を削り取った小高い丘に建っており、東日本大震災でも被害は殆どなく、災害に強い形状である。事業所と職員は入居者が穏やかに過ごせるよう一人ひとりに寄り添うことと、地域の方々から信頼を得ることを目標に掲げ取り組んでいる。地域や町との関係は、ボランティアの掃除・畑作りの支援やホーム納涼祭への住民参加、中学生の体験実習の受け入れ、町の認知症カフェへの協力等で前進している。この一年間で職員6人の入退社があったが、計画通りの訓練実施でスキル向上を図り、重度者対応や看取り対応も出来ている。

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<br>↓該当するものに○印  | 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|---|--|--|--|
| 56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |  |  |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名) **グループホームやすらぎ苑利府** 「ユニット名 **あやめ** 」

| 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  | 理念の書かれた紙を何か所かに掲示し、身近にあるものにしていく。全体カンファやユニットカンファなどで折りに触れ、共有・振り返りを行っている。  | 年度始めに担当職員が話し合い、ユニット毎に理念を決め、職員の意識に定着するよう職場に貼っている。入居者が示す仕草や動作が何故かと要因を話し合う際も、理念を中心に据えて対応の改善に努めている。         |                   |
| 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  | 掃除ボランティア・畑ボランティアが定期的に来苑したり、苑の納涼会などに参加してもらい一緒に楽しむ機会を持っている。又、町のフェスティバルにフリーマーケットで参加したり、認知症カフェを町と共催するなど取り組んでいる。      | 掃除や畑作り等で地元のボランティアが月2回訪れている。フリーマーケットや認知症カフェを手伝う等で地域との関わりを深めている。引き続き、自治会活動や防災等の分野でも関わりが深められるよう努められたい。     |                   |
| 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  | 認知症を知る機会や相談の場として町との共催で認知症カフェを開催し交流をはかっている。又、中学生の職場体験で、認知症の方と接する機会を提供している。  |   |                   |
| 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                                     | 2か月に1回、町・包括や家族、ボランティアや民生委員など集まり会議を行っている。苑での取り組み等報告・話し合いを行い情報交換している。ご家族よりの疑問から虐待の話題になり、意見交換により、職員の意識を高めることにつながった。 | ホーム報告への質疑の他、地域行事・認知症状等が話し合われている。居室の鍵の開閉に関したことや買物で入居者が荷物を持つ姿を見て、家族が感じることなど意見が出され、対応改善に繋げている。             |                   |
| 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取り組んでいる  | 日頃から福祉センターに出向いたり、電話などでやり取りをしている。事故の詳細などでもきっちり報告し、時には対策等の実情や相談もしながら、協力関係を築いている。                                   | 退居予定や町外からの入居希望者対応等で相談している。中学生の職場体験実習受け入れ、認知症カフェ運営等の行政が関わる活動にも積極的に協力している。                                |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 全体カンファで研修を行い理解を深めている。施錠に関しては利用者の現状なども考え、命の安全優先で、安易な拘束にならないように皆で具体的なケアを模索しながら実践している。                              | 新規採用者の育成も勘案し、段階的に介護技術と認知症理解を図ることを掲げ、取り組んでいる。他の入居者対応の際に外出され、転倒し怪我をした状態で交番に保護されたことがあったが、治療や家族連絡などの確に対応した。 |                   |
| 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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている                                       | 全体カンファで研修を行い理解を深めている。虐待を考える上で職員の過度なストレスがないかどうかにも注意し合いながら、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<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    | 全体で権利擁護について制度として学ぶ機会を持たないが、自立支援の意味合いやケアのグレーゾーン、倫理の観点から考える機会は都度都度ある。さらに必要な時に制度が使えるように学ぶ機会を設けたい。                    |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約の締結では、十分にゆとり時間を取っている。ご家族と利用者が一緒に説明を聞く場合もあるが、利用者の不安が大きい場合には、分けて説明する場合もある。利用者が十分に納得できない病状の場合には、ご家族に一任することもある。     |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 運営推進会議の場、家族会の場、玄関にアンケート箱を設置、又、日頃から、管理者や介護支援専門員が家族と話す機会を多く持ち、意見や要望を言いやすくするように努めている。さらに、民生委員に協力をいただいて苦情連絡先の一つにしている。 | 家族会が作られており、そこから運営推進会議への家族参加やホーム側と話し合う場も設け、家族等の意見反映を担っている。家族会会費の中からイベントに飲み物差し入れ等も行っている。         |                   |
| 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                                      | カンファの時、リーダーを通して、直接管理者に意見を言うなど窓口を一つにせず、話しやすい人に言えるように、個々の性格に応じて受け皿を広く持つようし、意見や提案を聴く機会につなげている。                       | 介助や家族と話し合い等から得られた入居者情報は、申し送りやリーダー報告等により共有されている。町のフリーマーケットには職員と入居者が一緒に看板を掲げてバザー出店し、ホーム理解に繋げている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 勤務状況を把握し、整備に努めている。  |  |                   |
| 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         | 外部研修はもちろん、働きながら、研修を受けられるようシフトの調整や苑内でも少人数での研修機会、カンファの中での研修など職員を育てる取り組みに努めている。                                      |  |                   |
| 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 | グループホーム協議会を通じてのネットワーク作り、地域の他のグループホームとの情報交換などの機会を作り、サービスの向上につなげる取り組みをしている。   |  |                   |

| 自己                          | 外部  | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------|-----|--|--|--|-------------------|
|                             |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |
| 15                          |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 本人が困っていることや不安なこと・要望等を管理者やケアマネージャーがよく聴き、本人が安心できるように接しながら、次に職員につなげ、苑に慣れていくよう関係づくりに努めている。                                       |  |                   |
| 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            | 家族が困っていること、不安なこと、要望を具体的に聴きながら、苑での取り組み・対応を話していく(苑での生活リスクがあることも含めて)ことで関係づくりに努めている。   |  |                   |
| 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        | スタッフ間で情報共有し、他苑者との関係性も考慮し、どのように支援出来るかを見極めていく。専門による口腔ケアやマッサージなど他のサービス利用の検討も含め対応に努めている。   |  |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 一方的な支援ではなく、残存能力を引き出せるようなケアの工夫をし、例えば、一緒に洗濯物を干したり、買い物に行ったり、調理の味付けをしてもらうなど、関係を築いている。又、本人が作った手芸品を事務所に飾ったり、野菜で人形を一緒に作るなど関係を築いている。 |  |                   |
| 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         | 家族が面会に来た際は、日頃の様子など伝え、以前の生活の様子を聴くなど情報を得、ケアに反映させている。又、スタッフで対応しきれないところは家族にも協力を求めるなど一緒に支援していく関係を築いている。                           |  |                   |
| 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                     | 家族・親戚・友人・近所の人が自由に交流できる場になっている。電話も活用、又、ドライブで、馴染みのある場所に行ったり、利用者・家族の要望に応じて外食、墓参り、里帰り、買い物など関係が続くよう支援している。                        | 入居者一人ひとりに寄り添う支援を理念に掲げ、自宅方面へのドライブ、行事参加、買い物等により、馴染みの人・場との関係継続を大切にしている。家族の参加や協力を求めることもある。 |                   |
| 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                 | 気の合う人同士やペースの同じ人などが同席出来るよう配慮し、良好な関係が築けるよう努めている。又、一人の利用者が他利用者の食事を運んだり、下膳したり、出来ることをしながら、利用者同士支え合えるよう支援している。                     |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 退苑した利用者のご家族が顔を見せに来てくれたり、自宅で採れた野菜を持ってきてくれるなどありがたい関係が続いている。相談や支援などの要望があれば声掛けしていただくよう伝えている。                             |  |                   |
| <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   | 入居前の相談・入居時の聞き取り、入居してからの生活を通して、思いや希望・意向をくみ取り、日々のスタッフの話し合いで共有することで、把握に努めている。困難な場合でも本人本位に話し合い、実践、また話し合いと検討しながら実践している。   | 孤独がちで苛立ち症状を示す方に、団欒している場所に席替えを試みたところ、苛立ちが消えて人の輪に入るようになった例もある。症状の重い方は、行動・心理症状から読み取ろうと努めながら接している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 生活歴があまり分からない方もいるが、入居時などに得た生活情報等を全員で把握・共有し、ケアにつなげるようにしている。1回だけではなく、折りに触れ、家族に聞くようにして、行動や言動の意味を理解する材料にしてサービス支援に努めている。   |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | スタッフ全員で情報をつなげ1日の生活パターンの把握に努めている。申し送り・ノート・緊急時のメモなど活用、変化にも早く気づき適切な対応が出来るよう努めている。カンファなどで利用者それぞれの残存能力の話し合いをし、現状把握に努めている。 |  |                   |
| 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 | 本人の現状・困っていることなど把握し、必要なケアを考えていく。一方、ケアマネや管理者がご家族と話し合いをし、そこでの情報をスタッフに伝え、総合的に現状に即した介護計画を作成している。                          | 半年毎にケアプランの見直しを行っている。医療的理由や食事状態の観察等で追加や変更をしている。必要と判断した場合には、ケアマネや管理者が家族と話し合い、その方に合ったケアに見直している。   |                   |
| 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                        | 日々の様子等の記録、いつもと違う行動・言動・特変事項なども記録し職員間で共有、変化があれば随時対応しながら計画見直しにつなげている。   |  |                   |
| 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               | ご本人より買い物に行きたいとか、パーマをかけたいなど要望が出た時にご家族と相談し、一緒に出掛けたり、訪問理美容を利用するなど支援に努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 散歩が日課の方がいるが、町内の散策場所など調べ案内したり、役場・福祉センターに行くなどして地域資源を活用しながら楽しんでいただくよう支援している。                            |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 訪問診療で受診。生活の場にドクターが来るので、本人も安心して不安なく診察を受けられる。医療処置が必要な時には基本、病院へ家族も一緒に行くことで、適切な医療を受けられるよう支援している。         | 殆どは往診してくれる施設協力医をかかりつけ医としている。協力医は緊急時の受け入れ先で、訪問看護事業所との連携体制も確立しており、入居者家族の信頼を得ている。               |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 看護師が訪問した時に、傷や皮膚疾患、便秘その他心身に関することを報告相談、指示等受けている。訪問時以外では24時間電話で相談できる体制で、適切な受診・看護につなげられるよう支援している。        |  |                   |
| 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。 | そうした場合に備えて、病院の相談員に向いたり、電話での連絡相談、又、訪問看護師と情報交換をするなどして関係づくりを行っている。                                      |  |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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  | 体調の変化に応じて家族には、その都度話をしている。簡単な書面でのやり取りをもとに終末期の希望を聴きながら、最終的にはドクターからの話で看取り支援を行っている。                      | 入居の際の説明で看取り対応も行う旨説明し、重度化・終末期には、医療機関の説明と家族希望を確かめながら対応している。前年度3名を看取ったが、職員は研修を行い体制を整え対応している。    |                   |
| 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  | 急変時のマニュアルにそってどのように対応するか分かるようにしている。AEDを設置し、その使い方も時々講習会など開くようにしている。                                    |  |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | 定期的に避難訓練を行い、消防隊員より指導等受けている。災害時についても職員で話し合い、マニュアルに沿って動けるようにしている。地区の防災担当との協力体制や町との連絡を密にするなど協力体制が出来ている。 | 年2回消防署立会いで防火訓練を実施し、民生委員・家族等も参加している。施設は小高い丘にあつて避難場所が狭く、避難場所選定・夜間実施・地域住民参加等の面でより実践的な演習をお願いしたい。 |                   |

| 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                   | 人生の先輩であることを十分理解し、声掛けの工夫、言葉使いなど配慮している。又、トイレの前についたてを置き、トイレに周りを気にせず入れるようにしたり、小上がりでの昼寝でも、ついたてを利用し、プライバシーを損ねないように対応している。 | 家族の意向や生活歴等から本人が納得し、反応の好い呼び方になっている。入室の際は必ずドアをノックして、入浴介助・職員同士や申し送り時は、入居者の話しはしないようにしている。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | ドライブ・入浴・散歩等へのお誘いでは意向を受け、本人の選択を尊重している。それと共に、選択しながらもすぐ受け取るのではなく実際の思いをくみ取りながら、希望に添えるように働きかけている。                        |   |                   |
| 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 | 大まかな1日の流れは作りながらもその人の状態に応じて、ペースを大切に支援している。日課の散歩が時間がずれたり、回数多く希望されても出来る限り、希望に沿うように支援している。                              |   |                   |
| 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                                  | 2か月に一度訪問理美容を利用し、カット・顔そり・髭剃りで身だしなみを整えられるよう支援している。  |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 彩の良い盛り方、好みの物、嫌いな物を食べていただく工夫などしている。又、その人が食べられる固さや大きさなども工夫している。台所では食器洗い・おぼん拭きや調理の味付けなど一緒にしていただき、出来ること支援をしている。         | 家族の意向や生活歴等から本人が納得し、反応の好い呼び方になっている。入室の際は必ずドアをノックして、入浴介助・職員同士や申し送り時は、入居者の話しはしないようにしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 1人一人食べられる量に合わせた食の提供や水分量は把握し、足りない分はゼリーや好きな飲み物などで水分が各日出来るように支援している。   |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 希望により週1回の訪問歯科を受けており、口腔ケアの指導を受けたり、出来るところは自分で口腔ケアや口ゆすぎなどをしていただくよう支援している。  |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 一人一人に合わせた尿パッドやリハビリパンツの使用。排泄間隔を把握し、トイレやポータブルトイレで排泄出来るように、又、トイレでは、出来ないところを手伝うように自立にむけた支援を行っている。   | トイレは入居者の目線から外れるよう衝立を置き、排泄パターンに基づいてさりげなく誘うようにしている。入居時の状態や退院後の状態を見て軽減が可能かを話し合い、軽減に向けた支援を行っている。   |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 排便リズムをつかみ、緩下剤を増減しながら対応。水分量や活動量を総合的にみながら調整。甘いあんこやイチジク煮、アイスクリーム、かぼちゃ煮・寒天などの食事で補助し、個々に応じて取り組んでいる。  |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 声掛け工夫でスムーズに入浴できるような流れを作り、一人一人入浴パターンに合わせてゆっくり入浴、早々入浴と楽しんでいただいている。お湯の温度調整や身体状況でのシャワー浴など個人に合わせている。拒否のある方には入浴していただく工夫はするが、無理強いほしないで次の機会につなげている。 | 長湯好き・熱め好き・シャワー程度等一人ひとりのニーズに応える入浴方法を取り入れている。風呂嫌いの方には湯上りアイスクリームで誘うとか時間や人を変えるなど、週2回以上は入浴してもらっている。 |                   |
| 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   | 自由に休めるように声掛け後、誘導。一人一人に合わせた就寝時間で寝ていただく。ゆっくり眠れるように室温や照明・寝具の調整などに配慮している。   |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 薬の説明書を読み内容を把握。スタッフ全員が薬の仕分けやチェックに関わり、朝・昼・夕・就寝時と出番のスタッフで服薬の支援や症状の変化の確認に努めている。   |  |                   |
| 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                             | 一人一人の残存能力を把握共有し、どんなことで生かしてもらうかを考え工夫実践している。例えば、買い物の手伝い、草取り、水やり、台所仕事など。又、ゲーム、ボール投げ、散歩やドライブなどメリハリのある生活が送れ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 | 日常の中に散歩や外気浴、買い物など戸外に出かける支援をしている。又花壇の草取りや庭での草取りなど自由に出来るよう支援している。本人が住んでいた昔の場所にドライブするなど希望に沿った支援にも努めている。  | 外出計画に加えて、身の回り品の買い物や「認知症カフェなし畑」への参加等、少人数での外出も行っている。車椅子や体調の都合で外出を渋る方にも、ベランダや中庭に出てくつろいでいる。        |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 能力に応じて、お金を持っていたほうが安心できる方には所持していただくが、混乱がひどくなる場合には、こちらで預かるなどして、調整をはかり支援している。  |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 自由に電話をかけ、自ら電話することが出来るが、混乱がひどくなる時には家族と相談して、こちらで調整しながら支援している。   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 庭が見えたり、庭の花を飾ることで季節感を感じたり、音楽がある時には、テレビはつけないなど雑音等にも配慮し、エアコン調整等も含め環境作りをしている。ソファの位置を考慮し、玄関から見えないように、また、皆でくつろげるようななど空間作りをしている。 | 広いリビングは様々のくつろぎ方が出来るよう、一人掛けソファを置いたり、和風の小上りを設けている。テレビやBGMの音量に気を配り、職員同士の話し方も控えめに抑えるよう心掛けている。  |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 自席とソファがあり、小上がりやその側に椅子を置いたりベランダの椅子もあり、自由に座れるようにしている。   |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 本人の身体機能に合わせて、ベッド又はふとんにしている。個人によってだが、自宅で使っていた家具や生活用品・馴染みの物を置き、過ごされている。また、好きな調度品や家族の写真など飾り、居心地良く過ごせる工夫をしている。                | 洗面台とトイレはリビングから出入りする共用の構造である。手頃な広さの居室ですっきりしており、転倒の危険性も少ない。日中はリビングで過ごす方が多く、居室は寝るだけの利用となっている。 |                   |
| 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   | 苑内はバリアフリーで、廊下には手すり。又居室にも手すりをつけている所もある。トイレ表示・トイレドアのピンク色・自分の居室の名前表示など、安全かつ自立して生活が送れるように工夫している。                              |  |                   |