

### 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   | 0471500786                         |  |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 さんりん福祉会                     |  |  |
| 事業所名    | グループホーム ふかふか・はうす(ユニット名 第1ふかふか・はうす) |  |  |
| 所在地     | 宮城県大崎市鳴子温泉南原120-1                  |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成 28 年 6 月 30 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)】

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・共に働く職員と入居されているお年寄りの幸せの実現を通して地域社会の安全と活性化に貢献する</li> <li>・自分がして欲しくないことはお年寄り(他の人)にしない</li> <li>・大切なのはどれだけたくさんの方の事や偉大なことをしたかではなく、どれだけ心を込めたかです(マザーテレサ)</li> </ul> |
|---|

※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7月25日                     |  |  |

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
| <p>鳴子温泉から国道47号線を山形方向に約10分、周囲が山林・田園に囲まれた豊かな自然環境の広い敷地内に2ユニットのグループホームとデイサービス、居宅介護支援等がある。施設は東屋、花壇、野菜畑等に囲まれ、犬が遊び、ヤギが小屋から覗き、自由に外出できる入居者が散歩ついでにブルーベリーを摘んでいる。毎年開催されるホーム主催の「コスモス祭り」には、地域の方が多数参加している。鳴子町での認知症カフェを開催し、地域との連携を深めている。職員は担当制により、全員が担当する入居者の介護計画の立案ができ、思いや希望を把握し支援する意識の高いケアを実践している。</p> |
|--|

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

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<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. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)         | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

2 自己評価および外部評価結果(事業所名 **ふかふか・はうす**) 「ユニット名 第1ふかふか・はうす」

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|--------------------|-----|---|--|--|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | ”地域社会の安全と活性化”ということ掲げており、ホーム内に掲示し、職員全体で共有し実践している。   | 平成25年に各ユニットの「介護理念」を作成した。「優しい声掛け、笑顔で挨拶」等を掲げ、食事や外出を通しての楽しい生活、今までの生活歴を大切にし穏やかに暮らせるように支援している。                        |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | ほぼ日常的に地域の方とは交流があり、地元のお祭りやイベントに参加している。また、小学校や保育園との交流も盛んである。地域のボランティアさんにも良く来ていただいている。所長は地域の役員も請け負っている。 | 地域の盆踊りやコンサート等に参加し、ホーム主催の「コスモス祭り」には約200名の方が参加している。ボランティアが踊りやマジックの他、庭の草取りや清掃もしてくれる。小学生が花壇に花を植えている。                 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 認知症コーディネーター、地域でサポーター養成講座を実施したり、相談を受けたりしている。認知症カフェを通して地域の人々に認知症の理解等を支援している。                           |  |                   |
| 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                                     | 昨年10月、12月、今年2月、5月、7月と実施。施設の行事や入居者さんの生活状況などDVD等で報告。また、取り組みなども報告している。意見等は議事録にまとめ、サービス向上に活かしている。        | 行政、区長、民生委員、家族代表等の参加を得て、年6回、奇数月の第3木曜日に定期的に開催している。DVDを活用しホームの状況報告をした。市から地域婦人部の高齢者の集いに講師の依頼を受けた。                    |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 所長やケアマネは積極的に発信しており、よい協力関係を築いている。地域包括ケア会議等にも出席している。認知症カフェの協力体制もできている。                                 | 地域包括ケア会議、グループホーム研修等部外研修に参加し、認知症ケアに活かしている。民生委員の声がけにより、認知症カフェ「よっていがいん」を毎月1回、鳴子温泉で開催し、各所にPR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 | 身体拘束の具体的な行為を理解し、拘束をしないケアを実践している。玄関の施錠も無く、入居者さんは自由に入出入りできている。   | 入居者の行動は止めない。見守り、付添いし、注意はしない。職員は申し送り状況で共有している。早朝、玄関の掃除を日課にしている方や散歩に出かける方がいる。近隣の方はホームの住人と分かるので、連絡をくれる等見守り体制もできている。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 高齢者虐待防止法については外部研修や施設ミーティングなどで学ぶ機会をもうけている。常に利用者さんの尊厳を意識したケアに努めている。ユマニチュードなどの学びを通じて介護技術向上に努めている。       |  |                   |

| 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    | 権利擁護については以前講師を招いて学ぶ機会があった。また、「権利擁護とコンプライアンス」という本もあり、必要に応じて話し合い、活用している。今年度4月より後見人制度を利用されている入居者さんもあり、権利擁護についても学んでいる。 |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約の際は十分な説明を行っている。また、いつでも質問や疑問にはきちんと対応し、理解や納得していただいている。   |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 家族会や運営推進会議、または面会時に意見や要望を聞く機会をとり反映させている。  | 年1回の家族会や面会時等に要望等を聞いている。母の白髪が目立ってきたので染めて、父は熱いコーヒーが好き等の要望に応えた。毎月1回、各家族に写真付きの「お便り」を送り、状況を報告している。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 現場の意見はよく聞いてもらっている。全体ミーティングなどで運営に関する資料を職員に配布し意見や提案も聞いている。   | 毎日の申送り時、変化について担当者が職員と相談している。下剤を使用する人の適量を申送りノートを活用し、皆で共有している。年度末に個人目標を決め、ケアマネージャー取得を目指す職員もいる。  |                   |
| 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      | 福利厚生が充実している。又、やりがいがありスキルアップをはかれる職場である。資格給など対応している。キャリアパス評価表による個人面談を実施し自己評価している。                                    |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 内外の研修には常に参加するよう、出来るように推進しており、さまざまな研修を受けられる。  |   |                   |
| 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 | GH同士の交換研修、外部研修などでネットワークが広がり、いい刺激をうけてサービス向上に反映している。   |   |                   |

| 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 | 入居される前に訪問し、会う機会があるので関係づくりに努め本人の声に耳を傾け安心して暮らせるよう努めている。                  |   |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居される前に実調を行い、さまざまな情報を確認し、家族の話をよく聞き良い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        | 本人の今一番必要としているサービスを、家族を含め、スタッフ、管理者、所長とよく話し合いながら慎重に対応している。               |   |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 残存能力を活かし、出来ることや得意なことを一緒にやり、共に支えあいながら生活をしている。                           |   |                   |
| 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         | 毎月のお便りや電話などで状況報告したり、お誕生会や行事などに参加していただいている。又、病院に付き添いなど協力していただいている。      |   |                   |
| 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                     | 行き付けの美容院、洋品店など利用している。友人や知人が訪ねてきた場合などは、写真を撮ったり、住所を確認し繋がりが途切れないよう支援している。 | 親戚、同級生、デイサービス利用者等が来てくれる。来客はいつ来ても笑顔でお迎えし、一緒に食事をする事が出来る。近所の友人とコーヒーや食事を楽しむ方や家族が迎えに来て自宅に外泊する方もいる。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 利用者の性格や行動を把握し、スタッフが間に入り、孤立したりトラブルが起きないように支援している。                       |   |                   |

| 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                    | ご本人が亡くなられても交流が続いている<br>ご家族もあり、施設のイベントに参加していただいている。                          |   |                   |
| <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   | ご本人に直接話を聞き意向を確認したりしている。困難な場合は生活歴や性格を考慮し、検討している。迷ったときはセンター方式を活用。             | 職員は入居者の担当制を取っており、希望を聞き出すようにしている。蕎麦やラーメンが食べたい方、洋服、コート等を馴染みの店で買いたい方等がいる。点滴の方が腰に手をあてるのは、排泄のサインである。 |                   |
| 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                                       | 入居の際は実聴や事前調査をし、把握している。又家族に生活歴や家計図などの記録を記載していただいている。                         |   |                   |
| 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   | 各個人ファイルに1日の過ごし方を記載したり、1日2回のバイタルチェックで健康管理をしたり、その方の残存能力の把握を全スタッフができるように努めている。 |   |                   |
| 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 | 担当職員がケアプランを作成し、3ヶ月～5ヶ月に1度くらいの割合で見直し、カンファレンスしている。又、家族にも確認していただき、意見をきいている。    | 各担当職員が関係者の協力を得てケアプランを作成し、管理者、担当職員、計画作成担当者が話し合い計画を見直している。尿量を見てパンツの種類を変えたり、食事量を見て加減したりその都度見直しをする。 |                   |
| 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                        | 個人記録や申し送りノート、を活用し、日々の状況を把握して課題や問題点を取り上げケアプランに生かしている。                        |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | 入居者家族が宿泊したり、DS利用者が泊まったり、往診歯科やIVHの対応、緩和ケアの勉強など取り組んでいる。                       |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                                      | 施設内にある畑での野菜や果物の収穫、季節毎に咲く庭の花々、各学校との交流、地域の催事、なじみの美容院、地元の観光スポットのドライブ、施設全員参加のバス旅行など普通にたのしまれている。         |   |                   |
| 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                                  | 体調の変化に応じ、かかりつけ医に相談、支持を仰ぎ受診や往診をうけることが出来ている。日曜祭日なども電話で対応していただいている。また、月1回歯科医師の往診もある。                   | 看護職員とデイサービスの看護師が協力して常駐体制を取っている。看護職員に皮膚の変化などについて相談したり、受診の判断をしてもらう。認知症専門医を受診でき、重度化した場合は往診に切り替える。                  |                   |
| 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                          | 職場内の看護師と情報の共有、入居者個々の体調管理は常に把握している。体調不良や変化、怪我等起きた場合は連携を取り、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。 | 入居者はここ何ヶ月、入院していないが、入院した際は、早期退院できるよう努めている。   |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 重度化における終末期の指針を作成し、家族との話し合いをしている。看取りに対する家族アンケートも実施し、家族の思いを確認している。在宅医療の穂波の郷クリニックや歯科医による嚥下指導、連携を図っている。 | 看取りの経験があり、職員の意識も高い。看取り期ケアについて、職員は「トレーニングガイド」を用いて研修している。「看取り介護についての意見要望書」の家族アンケートを毎年実施し、ホームで最期まで見てもらいたいという希望が多い。 |                   |
| 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  | マニュアルを作成し、対応している。又、消防署より救急講座を受講し、職員全体が心肺蘇生法を勉強している。AEDは実際に使用している。                                   |   |                   |
| 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  | 避難方法はマニュアル化している。又、地域の方々との緊急連絡網を作成し、協力体制を築いている。消防訓練は消防立ち会い年2回、停電訓練も年2回行っている(3/11、9/11)。              | 消防署立会いの夜間想定を含む2回の避難訓練を実施し、地域の協力者は見守りをしてくれた。各居室に防災頭巾を準備し、ドアにはマジックテープで「避難済み」が簡単に表示出来るように工夫している。                   |                   |

| 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>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                   | 人格の尊重、尊厳を損なわない言葉使い、態度で対応するよう心掛けている。又、受容を心掛けた関わり方に努めている。   | 「本人の出来ることに目を向けて褒める」ことで、入居者は「自分を見てくれている」と嬉しいようだ。オムツ交換は、さり気なく居室やトイレに誘導し着替えている。居室に入る時はノックし、声掛けしている。 |                   |
| 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                     | 本人の訴え、思いを受け止め、その事に添えることが出来るよう対応したり、自己決定できる場面を設定したりしている。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 介護度の重い方にあわせてしまうことが多く、軽い方には後回しにしてしまい、希望にそっているかはわからない時もある。  |  |                   |
| 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                                  | 好みのデザイン、色等は個人ごとに把握しているが、ワンパターンになりがち。本人の希望で髪染めやパーマ、化粧、マニキュアなど支援している。                             |  |                   |
| 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     | 食事が楽しくなるよう好みや美味しいもの、季節のものなど出すよう、心掛けている。お誕生会などでは職員総出で手作りしている。おしぼりたたみ、配膳、下膳、茶碗洗い、茶碗ふきなどしていただいている。 | 献立は、希望のハンバーグやスパゲティを取り入れて職員が交替で作成している。地域の方が季節の野菜や山菜を持って来てくれ、ホームで採れた野菜も食卓に上がる。米は地元農家から調達している。      |                   |
| 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          | 個人の体調に合わせ、個人記録に水分摂取量、カロリー摂取量を記入し栄養確保の支援をしている。また、その方に合わせた形状(普通食、刻みとろみ)などで対応している。                 |  |                   |
| 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                   | 歯ブラシ、ハミングウッド、歯間ブラシ、嗽液などでケアしている。介助が必要な方は毎食後対応しているが、自立の方は声掛けのみで洗っているか確認できない場合もある。                 |  |                   |

| 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 |
| 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                              | 食前食後、起床時、就寝時のトイレ誘導を徹底し、トイレに座って排泄するよう、支援している。個人ごと排泄パターンを把握しチェックしている。                     | チェック表でその人のパターンに合った支援をしている。タイミングを見て誘導すると汚さないことが分かり、布パンになった方がいる。トイレに行きたい方には、その都度本人の希望サインを見逃さず誘導している。                 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 個々の排泄パターンを把握し、対応している。運動、腹部マッサージなどの外部からの対応、乳製品やオリーブオイルなどの食品での対応、整腸剤や座薬、浣腸など状況に応じ、対応している。 |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 入浴は主に午後に行っている。毎日入浴されている方もいる。が、全介助の方はスタッフの都合で決めてしまうこともある。基本的には1日おきに入浴されている。              | 入浴は本人の希望に沿うように支援している。脱衣室は床暖房で温かく、浴槽は檜造りでゆっくり入ることができる。入浴剤は使用していない。季節の菖蒲湯、ゆず湯、ミカン湯を楽しみ、民謡を流す方もいる。                    |                   |
| 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   | 季節にあわせベットの位置や方向など工夫している。高齢の方は1日中横になっている方もいるが、生活リズムが乱れない程度に自由に眠れるようにしている。                |  |                   |
| 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  | 個人記録に処方箋説明書をファイルしている。又、内容変更の際は申し送りノート等に記入し報告。効用、副作用など確認している。                            |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 残存能力を活かし得意なことや出来ることを一緒に行っている。施設内にあるデイサービスを利用したり、自宅に泊まりに行ったりと気分転換をしている。                  |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 個々の体調や気分、天候に左右されながらも、できるだけ外出できるよう支援している。また、地域のイベントや家族をまきこんでの外出など支援している。                 | 家族を含めた年間の行事計画があり、中型バスをチャーターし東沢バラ公園にドライブに行った。地域の季節毎のイベントや各月の合同誕生会での外出もある。日常的には近所や周辺を散歩し、畑や花壇を見、ブルーベリーを摘んだりして楽しんでいる。 |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 希望や能力に応じて外出した際は買い物ができる様、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   | 手紙を書ける方はいないが電話でのやり取りは支援している。   |  |                   |
| 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 | 玄関や居室には季節の花や置物を置き、季節感を出している。リビングの窓も広く、外の景色で季節がわかる。夏はすだれや扇風機を使用、寒いときは床暖で温度調節をしている。木造なので、どこか懐かしく、温もりがある。 | 全館がバリアフリーで、床暖房である。温度・湿度管理が出来ており、冬季もストーブを使用していない。入居者はそれぞれの立場で居心地よく過ごしている。壁には各行事の笑顔の写真が飾られている。       |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | リビングでは席が決まっているが、状況に応じ、移動している。又、外には東屋があり、自由に行き来しお茶を飲んだり庭を眺めたりしている。                                      |  |                   |
| 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  | 今まで使用してきた馴染みの家具や布団などを持ち込んでいただいている。本人や家族の写真を飾ったり、お気に入りの小物や花を置いたり工夫している。                                 | 洗面台、押し入れ、ベッドが備え付けられている。部屋には家族の写真等を貼り、マフラーを編んだり植木に水をやったりしてその人らしく過ごしている。朝5時に起き、玄関を清掃したり、花壇に水をやる方もいる。 |                   |
| 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   | 各所には手すり、居室前には本人の写真、トイレのドアにはお手洗いの表示をしている。居室の危険箇所(洗面台角やデッパリ)は保護している。たんすも倒れないよう支えている。                     |  |                   |

### 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   | 0471500786                         |  |  |
| 法人名     | 社会福祉法人 さんりん福祉会                     |  |  |
| 事業所名    | グループホーム ふかふか・はうす(ユニット名 第2ふかふか・はうす) |  |  |
| 所在地     | 宮城県大崎市鳴子温泉南原120-1                  |  |  |
| 自己評価作成日 | 平成 28 年 6 月 30 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)】

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・共に働く職員と入居されているお年寄りの幸せの実現を通して地域社会の安全と活性化に貢献する</li> <li>・自分がして欲しくないことはお年寄り(他の人)にしない</li> <li>・大切なのはどれだけたくさんの方の事や偉大なことをしたかではなく、どれだけ心を込めたかです(マザーテレサ)</li> </ul> |
|---|

※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 7 月 25 日                |  |  |

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

|  |
|--|
| <p>鳴子温泉から国道47号線を山形方向に約10分、周囲が山林・田園に囲まれた豊かな自然環境の広い敷地内に2ユニットのグループホームとデイサービス、居宅介護支援等がある。施設は東屋、花壇、野菜畑等に囲まれ、犬が遊び、ヤギが小屋から覗き、自由に外出できる入居者が散歩ついでにブルーベリーを摘んでいる。毎年開催されるホーム主催の「コスモス祭り」には、地域の方が多数参加している。鳴子町での認知症カフェを開催し、地域との連携を深めている。職員は担当制により、全員が担当する入居者の介護計画の立案ができ、思いや希望を把握し支援する意識の高いケアを実践している。</p> |
|--|

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

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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. 全くない            |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)    | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |   |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所:ふかふか・はうす)

[ユニット名 第2ふかふか・はうす]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|--------------------|-----|---|---|--|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 地域社会の安心と活性化を掲げてホーム内目につく所に掲示し時々確認しながら、共有、実践に向け取り組んでいる。                         | 平成25年に各ユニットの「介護理念」を作成した。「優しい声掛け、笑顔で挨拶」等を掲げ、食事や外出を通しての楽しい生活、今までの生活歴を大切にし穏やかに暮らせるように支援している。                        |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 保育園、小中学校の子供たちと交流したり、地域行事への積極的に参加している。近隣の方々と顔なじみの関係が確保できている。                   | 地域の盆踊りやコンサート等に参加し、ホーム主催の「コスモス祭り」には約200名の方が参加している。ボランティアが踊りやマジックの他、庭の草取りや清掃もしてくれる。小学生が花壇に花を植えている。                 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 月1回の認知症カフェ開催で認知症の相談、対応に取り組んでいる。ボランティアの受け入れや研修の場として施設を利用してもらっている。              |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 年6回の会議を実施。その都度日常の様子、取り組みを報告しそこでの意見をサービス向上に活かしている。                             | 行政、区長、民生委員、家族代表等の参加を得て、年6回、奇数月の第3木曜日に定期的に開催している。DVDを活用しホームの状況報告をした。市から地域婦人部の高齢者の集いに講師の依頼を受けた。                    |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 住宅支援事業所も併設しており福祉課の担当者とは協働関係が築けている。オレンジカフェ、地域ケア会議等の実施を通じて協力関係が築かれている。          | 地域包括ケア会議、グループホーム研修等部外研修に参加し、認知症ケアに活かしている。民生委員の声がけにより、認知症カフェ「よっていがいん」を毎月1回、鳴子温泉で開催し、各所にPR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 | 日中施錠しておらず、自由に出入りできる。全スタッフ拘束をしないという共通の意識を持っている。                                | 入居者の行動は止めない。見守り、付添いし、注意はしない。職員は申し送り状況で共有している。早朝、玄関の掃除を日課にしている方や散歩に出かける方がいる。近隣の方はホームの住人と分かるので、連絡をくれる等見守り体制もできている。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 全スタッフが虐待の無いケアに努め、又見過ごされるようなこと等ないか注意しながら防止に努めている。ユマニチュードなどの学びを通じて介護技術向上に努めている。 |  |                   |

| 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    | コンプライアンスルールを掲示し権利擁護に努めている。また、後見人制度適用で申請中の入居者が1名いる。                       |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約時は重要事項を丁寧に家族へ説明し納得、同意を得ている。退去についても個別配慮、取り組みを大切にしている。                   |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 家族会、運営推進会議、面会時にも意見、要望を聞く機会があり運営に反映している。                                  | 年1回の家族会や面会時等に要望等を聞いている。母の白髪が目立ってきたので染めて、父は熱いコーヒーが好き等の要望に応えた。毎月1回、各家族に写真付きの「お便り」を送り、状況を報告している。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 入居者の日々のサービスの状況について管理者、所長に意見を聞く機会を設けている。大事な決定事項にはスタッフの声に耳を傾け判断、決定がなされている。 | 毎日の申送り時、変化について担当者が職員と相談している。下剤を使用する人の適量を申送りノートを活用し、皆で共有している。年度末に個人目標を決め、ケアマネージャー取得を目指す職員もいる。  |                   |
| 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      | 毎年の昇給や賞与等向上心を持って働ける環境づくりに努めている。また、キャリアパス評価表による個人面談を実施し自己評価をしている。         |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | スタッフのスキルアップの為ホーム内外の研修を受けられるよう多くの機会を確保している。トレーニングガイドを全スタッフで作成、実践につなげている。  |   |                   |
| 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 | 交換研修、外部研修を通して交流、勉強する機会がありネットワークを築きながら介護サービスの質の向上に努めている。                  |   |                   |

| 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 |
| <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 | 可能な方には見学に来て頂き、困っていること、不安なこと等に耳を傾けながら本人の安心の確保するための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            | 家族の実情や要望を聞き、その時点で何が必要なかを見極め家族にも安心、納得してサービス利用してもらう様努めている。                 |   |                   |
| 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        | 本人、家族、事業所間で良く話し合い支援を見極め必要なサービス提供できるよう努めている。                              |   |                   |
| 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                        | ケアを提供するだけの関係ではなく「一緒に過ごし支え合う」関係作りが自然に築けている。センター方式を活用し本人を知ろうとする姿勢を大切にしている。 |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 毎月のお便りや電話等で家族に状況を報告し本人、家族との関係作りを大切に共に本人を支えていけるよう努めている。                   |   |                   |
| 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                     | 面会を制限せず開放的な施設であり顔なじみの人が気軽に足を運べる雰囲気作りが出来ている。その方の大切にしていく関係の維持に努めている。       | 親戚、同級生、デイサービス利用者等が来てくれる。来客はいつ来ても笑顔でお迎えし、一緒に食事をする事が出来る。近所の友人とコーヒーや食事を楽しむ方や家族が迎えに来て自宅に外泊する方もいる。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 一人一人の個性を良く理解するように努め集団生活の中でも入居者同士が思い思いに過ごせる居場所を作れるよう配慮している。               |   |                   |

| 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                    | サービス利用が終了してもその家族との交流、つながりは継続している。地域密着型サービスとして長期的なフォローに努めている。                          |   |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 本人の思いに、希望を把握できるようにスタッフ一人一人が関心をもって日常のケアにあたっている。認知症により意向確認が困難な場合であっても本人の視点に立って皆で話し合っている | 職員は入居者の担当制を取っており、希望を聞き出すようにしている。蕎麦やラーメンが食べたい方、洋服、コート等を馴染みの店で買いたい方等がいる。点滴の方が腰に手をあてるのは、排泄のサインである。 |                   |
| 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                                       | センター方式の活用を進めており家族、本人のバックグラウンドに関する情報の大切さを理解しその方らしい暮らしの支援につなげている。                       |   |                   |
| 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   | 個人ごとの記録を出来るだけ細かいところまで行い生活リズム、行動パターンを把握し情報共有に努めている。                                    |   |                   |
| 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 | 担当者、計画作成担当で本人の生活をアセスメントし必要な支援や楽しみ事を盛り込んだ具体的な個別介護計画の作成に取り組んでいる。                        | 各担当職員が関係者の協力を得てケアプランを作成し、管理者、担当職員、計画作成担当者が話し合い計画を見直している。尿量を見てパンツの種類を変えたり、食事量を見て加減したりその都度見直しをする。 |                   |
| 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                        | スタッフ同士の情報を共有出来る様申し送りノート、個別ファイルの記録が活かされている。気づきや工夫に対しても記入するようにしている。                     |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | 本人と家族が安心して暮らして行ける様に入居者が重度化していく状況の中で必要なサービスが提供できるように努めている。                             |   |                   |

| 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                                      | 以前から利用している理美容院に足を運んでいる。地域の資源である警察、消防とも普段から連携を図っている。                               |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 月1回医師、歯科医師の往診があり、かかりつけ医との連携が図られ必要に応じた医療の連携が保たれている。                                | 看護職員とデイサービスの看護師が協力して常駐体制を取っている。看護職員に皮膚の変化などについて相談したり、受診の判断をしてもらう。認知症専門医を受診でき、重度化した場合は往診に切り替える。                  |                   |
| 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                          | 普段より健康管理や身体面での観察を行い看護職に報告、指示を得ながら協力している。必要時にはかかりつけ医へ相談し医療支援につなげている。               |   |                   |
| 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。 | 入院後もケアマネを通し早期退院に努められるよう、相談、情報交換等行われている。   |   |                   |
| 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  | 看取り介護についてのアンケートを随時行い、本人、家族の意図を確認し医療連携のもと家族も含めた終末期ケアを行っている。                        | 看取りの経験があり、職員の意識も高い。看取り期ケアについて、職員は「トレーニングガイド」を用いて研修している。「看取り介護についての意見要望書」の家族アンケートを毎年実施し、ホームで最期まで見てもらいたいという希望が多い。 |                   |
| 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  | 消防署にて救急救命の指導を受けているが新人スタッフもいるためより定期的に行う必要がある。急変時にはすべてのスタッフが対応できるように対応マニュアルを常備している。 |   |                   |
| 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  | 地域の協力体制があり定期的に訓練を行っている。(消防訓練 消防署立会い 年2回 停電訓練 年2回 3/11 9/11)                       | 消防署立会いの夜間想定を含む2回の避難訓練を実施し、地域の協力者は見守りしてくれた。各居室に防災頭巾を準備し、ドアにはマジックテープで「避難済み」が簡単に表示出来るように工夫している。                    |                   |

| 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>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                   | ユマニチュードを実践し日常的なケアで入居者を傷つけたりプライバシーを損ねないように努めている。                           | 「本人の出来ることに目を向けて褒める」ことで、入居者は「自分を見てくれている」と嬉しいようだ。オムツ交換は、さり気なく居室やトイレに誘導し着替えている。居室に入る時はノックし、声掛けしている。 |                   |
| 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                     | 本人が決める力を引き出し希望や願いを決定する場面を意識的に作るようにしている。時間をかけて本人の言葉や動きを待ってあげる関わりを持つようにしている |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 本人がどう過ごしたいのか希望を確認し柔軟に対応するよう努めているが重度化により希望にそったケアが出来ない時もある。                 |  |                   |
| 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                                  | 馴染みの理美容の利用。本人の好みや意向を継続できるように家族からも情報をもらい支援につなげている。                         |  |                   |
| 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     | 入居者とスタッフが同じ食卓で食事をしている。美味しい物を楽しく食べる工夫、場面作りにも配慮している。出来る方には配膳、下膳を手伝ってもらっている。 | 献立は、希望のハンバーグやスパゲティを取り入れて職員が交替で作成している。地域の方が季節の野菜や山菜を持って来てくれ、ホームで採れた野菜も食卓に上がる。米は地元農家から調達している。      |                   |
| 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          | 本人の好みを知り、美味しい食事の提供に努めている。体重増減を意識しながら食事の水分摂取量を記録し情報共有を行っている。               |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後の口腔ケアの徹底と歯科医による定期的往診により口腔内の清潔保持等保たれている。                                |  |                   |



| 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                              | 個々の排泄パターンを把握し可能な限りトイレで排泄するようにしている。行きたいときにトイレに行けるケアを行っている。リハパンから布パンツへの移行。 | チェック表でその人のパターンに合った支援をしている。タイミングを見て誘導すると汚さないことが分かり、布パンになった方がいる。トイレに行きたい方には、その都度本人の希望サインを見逃さず誘導している。                 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 薬にむやみに頼らずに自然排便が出来るように取り組んでいる。(牛乳、オリーブオイル等)                               |  |                   |
| 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                        | 入浴を楽しむ事が出来る支援に努めているが、入浴の時間に限りがある為希望、タイミングに合わせた入浴が不十分な状態もある。              | 入浴は本人の希望に沿うように支援している。脱衣室は床暖房で温かく、浴槽は檜造りでゆっくり入ることができる。入浴剤は使用していない。季節の菖蒲湯、ゆず湯、ミカン湯を楽しみ、民謡を流す方もいる。                    |                   |
| 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   | 不眠に対しては原因を探り個別対応されている。入眠を強制せずに本人の睡眠パターンを大切にしている。                         |  |                   |
| 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  | 一人一人の使用している服薬内容を一覧表にし全スタッフが周知できている。誤薬しないようにスタッフ同士声だし確認するように努めている。        |  |                   |
| 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                             | 可能な方には役割を持って頂きながらお手伝いしてもらおう事で張り合いを持っていただいている。                            |  |                   |
| 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 | 日常的に外出、散歩が出来る環境である。季節ごとに外出、誕生会等外出の機会が多い。重度化している方でも散歩を楽しんでいる。             | 家族を含めた年間の行事計画があり、中型バスをチャーターし東沢バラ公園にドライブに行った。地域の季節毎のイベントや各月の合同誕生会での外出もある。日常的には近所や周辺を散歩し、畑や花壇を見、ブルーベリーを摘んだりして楽しんでいる。 |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|--|--|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 金銭管理は事務側で一括して行っているが、希望を聞きながら買い物代行業をスタッフがいき出来る方に対しては一緒に買い物を行っている。   |  |                   |
| 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   | 電話のやり取りを自由に行っている。毎月のおたよりにメッセージを書いたりしてもらっている。                       |  |                   |
| 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 | 季節感のある環境づくりに努め居心地良く過ごして頂けるよう、音、光、温度など工夫されている。食事前の調理の匂いも感じられる環境である。 | 全館がバリアフリーで、床暖房である。温度・湿度管理が出来ており、冬季もストーブを使用していない。入居者はそれぞれの立場で居心地よく過ごしている。壁には各行事の笑顔の写真が飾られている。       |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 仲の良い入居者同士がくつろげるスペースを作ったり共有空間の中でも一人で過ごせる居場所も確保している。                 |  |                   |
| 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  | 本人の持ち物を置いたり写真を飾ったりと馴染みの物を置いてその人らしく過ごせる部屋を目指している。                   | 洗面台、押し入れ、ベッドが備え付けられている。部屋には家族の写真等を貼り、マフラーを編んだり植木に水をやったりしてその人らしく過ごしている。朝5時に起き、玄関を清掃したり、花壇に水をやる方もいる。 |                   |
| 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   | トイレ、居室、浴室には大きく表示してあり手すりも多く設置してあり自立した生活が送れるように工夫している。               |  |                   |