

平成 25 年度

## 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   | 0490900065       |       |     |
| 法人名     | 社会福祉法人功寿会        |       |     |
| 事業所名    | グループホーム「市川桜の家」   | ユニット名 | あやめ |
| 所在地     | 宮城県多賀城市市川字奏社31-8 |       |     |
| 自己評価作成日 | 平成 25 年 9 月 6 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25年10月8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)】

|  |
|--|
| 「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」を理念として、入居者様に心的満足感を提供出来るように支援している。毎月の行事で入居者様とご家族様が、一緒に楽しめる時間を提供している。また、本人の意思を尊重し、本人らしい生活が出来るように支援に努めている。 |
|--|

## 【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)】

|   |
|---|
| 24年12月開設したホームは南側の広い庭から近くに畑が、遠方に市街地を望める静かな高台の住宅地に位置している。職員は落ち着いた環境で入居者一人ひとりが自由に暮らせるよう安全面にも配慮しながら支援している。職員を週単位で「あやめ」、「さざんか」両ユニット交代勤務制にし、入居者と職員との馴染みの関係作りを深め、担当職員異動などによる入居者への影響を少なくしている。開設間もない中、運営推進会議を定期開催し、行事や防災面で意見を交わし、運営に反映している。町内会(区会)に加入し、区会議や夏祭り、敬老会などの行事や防災訓練に参加し、地域との交流を進めている。 |
|---|

## 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と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、安心して暮らさせている<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)

## グループホーム「市川桜の家」

## 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  | 職員全員で理念を構築して共有している。理念を日々のケアの根拠として、実践に繋げる努力をしている。  | 昨年12月開設時、管理者、職員で話し合い「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」の事業所理念を作り上げた。入居者が自分がしたいことを制限なく自由にできる安全な介助の実践に努めている。                             |                   |
| 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  | 地域の行事・買い物や毎日の散歩で挨拶を交わして地域との交流を図っている。  | 開設時、理事長、管理者が近隣や各地区会議で説明している。町内会に加入し、地域交流を深めている。入居者は夏祭り、敬老会など地域行事への参加や大正琴ボランティア来訪などで地域とつながりながら暮らしている。                   |                   |
| 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  | 施設見学を自由にしてもらおう事により、取り組みを知ってもらう所から始めている。   |  |                   |
| 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                                     | 運営推進会議で、頂いた意見を会議等で話し合う場を設けて、それを改善していくように努めている。また、運営推進会議の議事内容は施設内に掲示して、誰でも閲覧できるように努めている。 | 入居者・家族代表、区長、民生委員、地域包括職員、市職員を委員に奇数月に定期開催している。ホーム行事への家族や委員の助言と参加願、避難訓練内容を説明し、助言と区長を通して近隣参加要請をしている。                       |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 運営推進会議の委員として、多賀城市役所の介護課の方に出席頂き、事業所の取り組みを報告・または意見を頂いている。                                 | 市職員、地域包括職員が毎回参加する運営推進会議で理解・支援を働きかけている。身寄りのない方など困難事例について相談している。最近、市から福祉避難所の指定を受けている。                                    |                   |
| 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 | 日中玄関の鍵は開けており、職員が見守りをしながら入居者様が自由に入出入りを出来るようにしている。今後は正しい知識を職員に勉強会等で周知していく事が課題である。         | 日中、玄関に鍵はかけず、入居者は自由に戸外や両ユニット間を歩き来している。入居前・後の外出傾向を把握し、ホーム外へ出る方には職員がついて行き見守っており、要因も検討している。近隣の協力も得ている。法令や拘束のないケアの研修を進めている。 |                   |
| 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                                     | 職員同士で確認をして、自己で責任を持ち、身体拘束をしない環境作りに努めている。今後は職員全体に高齢者虐待防止法関連の勉強会をして、周知していく事が課題である。         |  |                   |

| 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 |
| 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    | 権利擁護に関する勉強会が出来ていないので、今後の課題である。  |   |                   |
| 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                         | 契約時は十分な時間を設け、ご家族に理解した上で、署名捺印を頂いている。また質問を聞く時間を必ず設けている。                       |   |                   |
| 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を定期的に開催する他に、ご家族が来苑の都度、意見を聞いて、それを業務に反映出来るように努めている。                 | 年2回開催する家族会と代表が参加する運営推進会議で行事、外出、緊急時対応など意見を伺い、反映している。個々の入居者には寄り添いの中で、家族には来訪時や介護計画説明時に伺い、反映している。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 毎月の全体会議やそれ以外の業務場面において、話を聞く機会を設けており、出来る限り反映出来るようにしている。                       | 毎月の全体会議、日々申し送り、ミーティングや年2回の自己評価で意見を聞いている。身長が低い入居者が食事し易い高さの食卓テーブルへの変更などの提案を取り入れ、サービスの質向上に反映させている。 |                   |
| 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      | 年2回の自己評価表により、意見を聞く場を設けている。また個々の資格や立場にあった給与規定を定めている。場合によっては職員の意見を聞き反映をしている。  |   |                   |
| 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         | 内部研修により、個々に自発的に勉強会を促し個人のレベルにあった取り組みをしている。また、外部研修に行く時間を毎月設けている。              |   |                   |
| 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 | グループホーム連絡協議会の集まりに定期的に参加して、情報交換に努めている。また、塩釜ケアマネネットワークに加入しており、勉強会・情報交換に努めている。 |   |                   |

| 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 | 入居前に施設でどのような生活を送りたいかを本人に必ず確認している。必要に応じてカンファレンスを開催している。また実態調査で得た情報をフェースシートに記入してバックグラウンドの把握にも努めている。 |  |                   |
| 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            | 入居前から、本人と家族へ施設の説明を行い、要望や意向を確認している。またフェースシートやバックグラウンドを職員全体で周知するように努めている。                           |  |                   |
| 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        | 本人の現在の状態を見極める事からはじめている。初回の面談等で得た情報を基に、アセスメントからケアプランの立案までを行い、本人が今何が必要かを確認している。                     |  |                   |
| 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                        | 人生の先輩として、知識や経験が豊富な入居者と支えあい助け合う関係を大切にしている。   |  |                   |
| 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         | 本人と家族の絆を大切に、毎月のお手紙や面会時に状況を伝えたり、行事への参加を促し、家族と連携を図っている。   |  |                   |
| 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                     | 家族だけではなく、知人・友人が継続して施設に訪ねて来てくれる。ドライブ等で希望があれば本人と関係のあった場所へ立ち寄っている。                                   | 本人の生活歴や社会との関係をフェイスシートで把握し、職員間で共有している。知人や友人がホーム来訪時の再訪誘いかけの声かけや行きつけだった床屋にホームに来て貰う手配、自宅や買い物同行など行っている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 必要に応じて職員が間に入り、カップリングの手助けや、孤立しないようなより良い関係の構築を支援している。   |  |                   |

| 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                    | 退去後や他医療機関に移動する場合もいつでも相談して頂ける体制を整備している。また他の機関とも情報を共有し連携に努めている。                      |   |                   |
| <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   | 本人または家族から得た情報を基にアセスメントを行い、本人が何を必要としているかの把握を行い、職員間での情報共有を行い、本人の意向の把握に努めている。         | 入浴時、居室掃除など1対1の関わりの中で話す思い、何をしたいのかなど生の言葉で聞き、送りノートやケース記録で、アセスメントに繋げている。家族の協力も得て、入居間もない方同士の馴染みの関係作りを支援している。 |                   |
| 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                                       | 個人のケースファイルを適宜確認して、これまでの生活歴の把握をするように心掛けています。また、本人・家族から得た有効な情報は申し送りを行い、情報共有を行っている。   |   |                   |
| 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   | 日々の申し送りや記録等で、本人の状態の把握に努めている。また、体調不良時は適宜医療機関・家族へ連絡して指示を仰いでいる。                       |   |                   |
| 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 | 会議やカンファレンス等で話し合いを行う。また、本人・家族の意向を確認してケアプランへ反映している。                                  | 入居者担当各職員は介護計画書の援助内容をケース記録や申し送りノートなどから、状況を把握している。ケアマネジャーがモニタリングし、全体会議で本人・家族意向や職員意見を計画に反映し、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<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                        | 申し送りやケース記録で情報を共有して対応を検討している。また、必要に応じてアセスメントを行い、介護計画に活かしている。                        |   |                   |
| 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、その時々にも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             | グループホームの単独型なので、ショートステイ等の利用は出来ないが、行政や地域包括支援センターの協力を頂きながら、身寄りのない方や生活保護の方の受け入れを行っている。 |   |                   |

| 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  |
| 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                                      | 地域の行事やイベントに積極的に参加している。また、日々の暮らしの中で、出来る限りの楽しみを提供して、本人の力の発揮を促している。                              |  |  |
| 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                                  | 主治医は本人・ご家族の希望に沿っている。また、定期の往診や受診の他に提携医による臨時での24時間対応による往診も行っている。                                | 1名の方以外、かかりつけ医が協力医で、定期的な往診と24時間緊急時対応が家族の安心につながっている。必要時、家族同行通院に職員も同行している。協力医外通院時は暮らしの状況とバイタルデータを伝えている。                     |  |
| 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                          | 毎日バイタルサインを測定している。その中で特変があれば看護師に報告している。必要に応じて医療機関と連絡をとり、受診や往診の対応をしている。                         |  |  |
| 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。 | 入退院の時は医療機関と随時連絡をとり、入院の調整や、退院時にスムーズな対応が出来るように、入院中から連絡をとりあい、円滑に対応が出来るように調整している。                 |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 往診の医師による看取りの勉強会や、施設で明示する重度化した場合の指針を家族に提示して理解を頂いている。また、往診と契約の時は主治医と家族、職員立会いて終末期の対応についての説明を受ける。 | 入居時、重度化対応指針を説明し、本人、家族の同意を得ている。職員に看護師を採用し、医療連携体制をとっている。看取り希望の方がおり、協力医の講義や救命救急訓練を行っている。状態を見ながら、家族、医師、ホーム間で連携し取り組みたいと話している。 |  |
| 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  | 消防隊より職員が心肺蘇生法の講義を受けている。緊急時は緊急連絡網を使用して、速やかに対応が出来るように努めている。                                     |  |  |
| 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  | 毎月何らかの防災訓練を行い、避難方法の周知に努めている。今後は地域との協力体制が整備されていないので、検討の必要性あり。                                  | 夜間想定避難訓練を毎月行っている。消防署が2回立合い、避難時の居室表示など助言を反映している。地域の防災訓練に参加している。スプリンクラー、緊急自動通報装置、非常放送、自動火災報知機を設置している。                      | 運営推進会議で避難訓練への地域参加を呼び掛けており、委員から前向きな意見を頂いている。総合訓練を今後計画しているので、合わせて国周知の地域住民参加をお願いする。 |

| 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                   | 人格やプライバシーを尊重した声掛けを行っている。また、入居者ひとりひとりに合った対応をするように努めている。   | 一人ひとりのしたいこと、できることが自由にやれる支援を心がけている。人前で恥ずかしい思いをさせない寄り添いで、ゆったりしたトーンでの声がけや「・・・か、〇〇してみませんか」など選択肢を用意した対応をしている。 |                   |
| 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                     | 本人の話を傾聴したり、表情や仕草から思いを汲み取り、自己決定に繋がるように支援している。   |  |                   |
| 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 | なるべく入居者のペースに沿った1日を過ごして頂けるように努めている。出来る限り希望に沿った対応をしている。  |  |                   |
| 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                                  | その時に合った装いの手助けをしている。日常的に本人の希望に沿えるように手助けをしている。   |  |                   |
| 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     | 週に2回夕食の買い物に行き、食べたいメニューを提供している。また、準備から後片付けまで、出来る事は自分で行ってもらっている。   | 法人栄養士作成献立を基本に新鮮な食材を取り入れている。毎週、2回の夕食は食べたいものを伺い、買い物も一緒に行い楽しんでいる。調理、片付けなど入居者ができることを手伝っている。外食、行事食も行っている。     |                   |
| 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          | 法人内の管理栄養士が作成した献立に基づき料理を提供している。また食事摂取量や、水分等を記録して状況に応じた支援をしている。水分の少ない入居者に関しては翌日に引き継ぐようにして、きちんと摂取できるように努めている。 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 口腔ケアの声掛けを行い、出来ない入居者は介助をして支援をしている。また、現在は朝と夕の口腔ケアがメインとなっている。   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 職員間で情報を共有して排泄パターンの共有に努めている。ひとりひとりに合わせた支援(尿取りパッド・時間帯等)を行っている。             | バイタルも記入する排泄表を活用し、その方に合った間隔での誘いかけで、トイレでの排泄ができるよう支援している。入居者の状態を見ながら、パッド使用や昼、夜間の下着の使い分けで、おむつ外しに取り組んでいる。          |                   |
| 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  | 水分摂取量の把握の他に乳製品や野菜ジュースの提供、散歩をしたり、背の低い方はトイレで踏み台を使用して腹圧がかかる工夫をして予防に取り組んでいる。 |   |                   |
| 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                        | いつでも入浴が出来るようにしている。入浴日は決めていない。入浴時は職員と入居者の1対1のコミュニケーションの場として活用している。        | 一人ひとりの希望やタイミングに合った毎日の入浴を可能としている。脱衣室、浴室は床暖房である。浴室は広く、一般浴、いす昇降機付機械浴を兼ねた浴槽は手すりが移せる構造で安全、安心して入浴が楽しめる。             |                   |
| 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   | 照明や室温・掛け物等で調整している。起床・就寝の時間は本人の希望に合わせている。                                 |   |                   |
| 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  | 診療記録・服薬状況を把握して、誤薬防止の為に職員間での二重チェックや飲み込むまで、責任をもって見守り、記録に残す。                |   |                   |
| 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                             | 出来る範囲で役割を持ち、生活歴や趣味を生かせ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 | 希望に沿えない場合もあるが、出来る範囲で外出の支援を行っている。   | 近隣の店への買い物、馴染みの古刹陸奥総社宮への散歩、南面のホーム広場への誘いかけなど車いすの方も日常戸外へ出かける支援をしている。個々の希望に沿った外出や花見、あやめ祭り、塩釜神社参拝などのグループ外出を楽しんでいる。 |                   |

| 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  | 自己管理出来る方は、自分で所持し必要時は買い物に付き合う。自分で支払えるように支援している。   |   |                   |
| 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   | 希望があれば、施設の電話や本人が持っている携帯電話でかけている。日常的な手紙のやりとりは現在来ていない為に、今後検討が必要である。  |   |                   |
| 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 | 共用スペースに季節感が味わえる飾り付けをしている。日中は館内の電気を消して外の採光を取り入れている。また夕方は早めの点灯とレースのカーテンを閉めて、夕暮れ症候群や幻覚がおきないように静かな環境作りに努めている。              | 両ユニット対称に配置した建屋はカーテン、家具類で色分けされ、入居者は両ユニット間を自由に行き来している。居間は広くゆったりとし、居心地良く過ごせるようソファなどが置かれ、明るさ、温・湿度、換気も行っている。壁面に季節を感じる紅葉、すすきの色紙が飾られていた。 |                   |
| 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  | 普段は本人がいつも馴染んで場所で過ごして頂いている。一人で過ごしてもらえる空間(和室・北側ソファー)を設置している。   |   |                   |
| 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  | 居室のしつらえは入居時から本人・家族と共に行っている。また、可能な限り自宅にあるものをそのまま、施設に持ってきていただき、リロケーションダメージを最小限に抑えている。写真等を居室にしつらえて、居心地の良い馴染みの空間作りに遅とめている。 | ベッド、洗面所、クローゼット、エアコン、換気扇備付けの洋間に家族写真や使い慣れた座椅子、小物入れなど持ち込んでいる。編み物など好きなことがゆったりできるよう本人・家族と話し合い、家具類配置など工夫している。                           |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 本人が出来る事・分かることを活かし、支援が必要な部分のみを手伝っている。   |   |                   |

平成 25 年度

## 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   | 0490900065       |       |      |
| 法人名     | 社会福祉法人功寿会        |       |      |
| 事業所名    | グループホーム「市川桜の家」   | ユニット名 | さざんか |
| 所在地     | 宮城県多賀城市市川字奏社31-8 |       |      |
| 自己評価作成日 | 平成 25 年 9 月 6 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.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.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25年10月8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)】

事業所理念である、「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」をモットーに職員同士力を合わせて、入居者が快く生活できるように努めているので、日中は鍵をかけずに自由に出入りが出来る。また看護師を配置し、仙台往診クリニックとの24時間医療体制も確保している為、入居者様の看取りにも対応している。今後は更に地域に根ざしたグループホームを築いていきたい。

## 【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)】

24年12月開設したホームは南側の広い庭から近くに畑が、遠方に市街地を望める静かな高台の住宅地に位置している。職員は落ち着いた環境で入居者一人ひとりが自由に暮らせるよう安全面にも配慮しながら支援している。職員を週単位で「あやめ」、「さざんか」両ユニット交代勤務制にし、入居者と職員との馴染みの関係作りを深め、担当職員異動などによる入居者への影響を少なくしている。開設間もない中、運営推進会議を定期開催し、行事や防災面で意見を交わし、運営に反映している。町内会(区会)に加入し、区会議や夏祭り、敬老会などの行事や防災訓練に参加し、地域との交流を進めている。

## 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)    | ○<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) | ○<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)

## グループホーム「市川桜の家」

## ユニット名

## さざんか

| 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  | 朝のミーティングで理念を唱和しているが、理念を把握できていない職員もいる為に実践に生かしていない部分もある。                                  | 昨年12月開設時、管理者、職員で話し合い「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」の事業所理念を作り上げた。入居者が自分がしたいことを制限なく自由にできる安全な介助の実践に努めている。                             |                   |
| 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  | 入居者様に近隣の方々も多く、またご家族様にも事業所の行事に参加して頂きながら、交流を深めている。入居者様・職員共に地域の行事(お花見・夏祭り等)に参加している。        | 開設時、理事長、管理者が近隣や各地区会議で説明している。町内会に加入し、地域交流を深めている。入居者は夏祭り、敬老会など地域行事への参加や大正琴ボランティア来訪などで地域とつながりながら暮らしている。                   |                   |
| 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  | 地域の方々にも認知症を理解してもらう為に、ホームの自由見学をして頂き、パンフレット等で説明を行っている。                                    |  |                   |
| 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                                     | 運営推進会議で、頂いた意見を会議等で話し合う場を設けて、それを改善していくように努めている。また、運営推進会議の議事内容は施設内に掲示して、誰でも閲覧できるように努めている。 | 入居者・家族代表、区長、民生委員、地域包括職員、市職員を委員に奇数月に定期開催している。ホーム行事への家族や委員の助言と参加願ひ、避難訓練内容を説明し、助言と区長を通して近隣参加要請をしている。                      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 運営推進会議の委員として、多賀城市役所の介護課の方へ出席頂き、事業所の取り組みを報告・または意見を頂いている。                                 | 市職員、地域包括職員が毎回参加する運営推進会議で理解・支援を働きかけている。身寄りのない方など困難事例について相談している。最近、市から福祉避難所の指定を受けている。                                    |                   |
| 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 | 日中玄関の鍵は開けており、職員が見守りをしながら入居者様が自由に出入りを出来るようにしている。今後は正しい知識を職員に勉強会等で周知していく事が課題である。          | 日中、玄関に鍵はかけず、入居者は自由に戸外や両ユニット間を行き来している。入居前・後の外出傾向を把握し、ホーム外へ出る方には職員がついて行き見守っており、要因も検討している。近隣の協力も得ている。法令や拘束のないケアの研修を進めている。 |                   |
| 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                                     | 職員同士で確認をして、自己で責任を持ち、身体拘束をしない環境作りに努めている。今後は職員全体に高齢者虐待防止法関連の勉強会をして、周知していく事が課題である。         |  |                   |

| 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 |
| 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    | 権利擁護に関する勉強会が出来ていないので、今後の課題である。  |   |                   |
| 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                         | 契約時は十分な時間を設け、ご家族に理解した上で、署名捺印を頂いている。また質問を聞く時間を必ず設けている。                       |   |                   |
| 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                     | 家族会等で意見を聞く場を設けている。また、ご家族来苑時に生活上の要望等がないかをなるべく確認するようにしている。                    | 年2回開催する家族会と代表が参加する運営推進会議で行事、外出、緊急時対応など意見を伺い、反映している。個々の入居者には寄り添いの中で、家族には来訪時や介護計画説明時に伺い、反映している。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 毎月の全体会議やそれ以外の業務場面において、話を聞く機会を設けており、出来る限り反映出来るようにしている。                       | 毎月の全体会議、日々申し送り、ミーティングや年2回の自己評価で意見を聞いている。身長が低い入居者が食事し易い高さの食卓テーブルへの変更などの提案を取り入れ、サービスの質向上に反映させている。 |                   |
| 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      | 年2回の自己評価表により、意見を聞く場を設けている。また個々の資格や立場にあった給与規定を定めている。場合によっては職員の意見を聞き反映をしている。  |   |                   |
| 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         | 内部研修により、個々に自発的に勉強会を促し個人のレベルにあった取り組みをしている。また、外部研修に行く時間を毎月設けている。              |   |                   |
| 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 | グループホーム連絡協議会の集まりに定期的に参加して、情報交換に努めている。また、塩釜ケアマネネットワークに加入しており、勉強会・情報交換に努めている。 |   |                   |

| 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 | 入居前に施設でどのような生活を送りたいかを本人に必ず確認している。また、フェイスシートに情報を記入してバックグラウンドの把握にも努めている。        |  |                   |
| 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            | 入居前から、本人と家族へ施設の説明を行い、要望や意向を確認している。またフェイスシートやバックグラウンドを職員全体で周知するように努めている。       |  |                   |
| 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        | 本人の現在の状態を見極める事からはじめている。初回の面談等で得た情報を基に、アセスメントからケアプランの立案までを行い、本人が今何が必要かを確認している。 |  |                   |
| 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                        | 本人の出来る事はなるべく自分で行って頂き、出来ない事は手伝っている。一緒に行動する事を心掛けるようにしている。                       |  |                   |
| 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         | 行事等には必ず家族への参加を確認している。また、家族が来苑時には生活上の意向等がないか、必ず確認するようにしている。                    |  |                   |
| 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                     | 地域の行事やイベントに積極的に参加している。また、ご家族や知人の方に面会をして頂き関係が途切れないようにしている。                     | 本人の生活歴や社会との関係をフェイスシートで把握し、職員間で共有している。知人や友人がホーム来訪時の再訪誘いかけの声かけや行きつけだった床屋にホームに来て貰う手配、自宅や買い物同行など行っている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 入居者間の人間関係の把握に努めている。状況により職員が間に入ったり、孤立しないような関わり方を行っている。                         |  |                   |

| 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 |
| 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                    | 退去後や他医療機関に移動する場合もいつでも相談して頂ける体制を整備している。また他の機関とも情報を共有し連携に努めている。                      |   |                   |
| <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   | 本人または家族から得た情報を基にアセスメントを行い、本人が何を必要としているかの把握を行い、職員間での情報共有を行い、本人の意向の把握に努めている。         | 入浴時、居室掃除など1対1の関わりの中で話す思い、何をしたいのかなど生の言葉で聞き、送りノートやケース記録で、アセスメントに繋げている。家族の協力も得て、入居間もない方同士の馴染みの関係作りを支援している。 |                   |
| 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                                       | 個人のケースファイルを適宜確認するように心掛けている。また、本人・家族から得た有効な情報は申し送りを行い、情報共有を行っている。                   |   |                   |
| 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   | 日々の申し送りや記録等で、本人の状態の把握に努めている。また、体調不良時は適宜医療機関・家族へ連絡して指示を仰いでいる。                       |   |                   |
| 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 | 会議やカンファレンス等で話し合いを行う。また、本人・家族の意向を確認してケアプランへ反映している。                                  | 入居者担当各職員は介護計画書の援助内容をケース記録や申し送りノートなどから、状況を把握している。ケアマネジャーがモニタリングし、全体会議で本人・家族意向や職員意見を計画に反映し、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<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                        | 申し送りやケース記録で情報を共有して対応を検討している。また、必要に応じてアセスメントを行い、介護計画に活かしている。                        |   |                   |
| 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               | グループホームの単独型なので、ショートステイ等の利用は出来ないが、行政や地域包括支援センターの協力を頂きながら、身寄りのない方や生活保護の方の受け入れを行っている。 |   |                   |

| 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  |
| 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                                      | 地域の行事やイベントに積極的に参加している。また、日々の暮らしの中で、出来る限りの楽しみを提供して、本人の力の発揮を促している。              |  |  |
| 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                                  | 主治医は本人・ご家族の希望に沿っている。また、定期の往診や受診の他に提携医による臨時での24時間対応による往診も行っている。                | 1名の方以外、かかりつけ医が協力医で、定期的な往診と24時間緊急時対応が家族の安心につながっている。必要時、家族同行通院に職員も同行している。協力医外通院時は暮らしの状況とバイタルデータを伝えている。                     |  |
| 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                          | 毎日バイタルサインを測定している。その中で特変があれば看護師に報告している。必要に応じて医療機関と連絡をとり、受診や往診の対応をしている。         |  |  |
| 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。 | 入退院の時は医療機関と随時連絡をとり、入院の調整や、退院時にスムーズな対応が出来るように、入院中から連絡をとりあい、円滑に対応が出来るように調整している。 |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 予め往診の主治医とご家族・職員が契約時に話し合いの場をもち、終末期の対応についての説明を受ける。                              | 入居時、重度化対応指針を説明し、本人、家族の同意を得ている。職員に看護師を採用し、医療連携体制をとっている。看取り希望の方がおり、協力医の講義や救命救急訓練を行っている。状態を見ながら、家族、医師、ホーム間で連携し取り組みたいと話している。 |  |
| 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  | 消防隊より職員が心肺蘇生法の講義を受けている。緊急時は緊急連絡網を使用して、速やかに対応が出来るように努めている。                     |  |  |
| 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  | 毎月何らかの防災訓練を行い、避難方法の周知に努めている。今後は地域との協力体制が整備されていないので、検討の必要性あり。                  | 夜間想定避難訓練を毎月行っている。消防署が2回立合い、避難時の居室表示など助言を反映している。地域の防災訓練に参加している。スプリンクラー、緊急自動通報装置、非常放送、自動火災報知機を設置している。                      | 運営推進会議で避難訓練への地域参加を呼び掛けており、委員から前向きな意見を頂いている。総合訓練を今後計画しているので、合わせて国周知の地域住民参加をお願いする。 |

| 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                   | 人格やプライバシーを尊重した声掛けを行っている。また、入居者ひとりひとりに合った対応をするように努めている。   | 一人ひとりのしたいこと、できることが自由にやれる支援を心がけている。人前で恥ずかしい思いをさせない寄り添いで、ゆったりしたトーンでの声かけや「・・・か、〇〇してみませんか」など選択肢を用意した対応をしている。 |                   |
| 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                     | 自己決定が出来る入居者は、日常生活の中で想いを聞き取る声掛けを行っている。また自分の意思を明確に表示する事が出来ない入居者は、閉じた質問などを使い、話して頂けるような雰囲気を作り、本人の思いや希望を表せるよう努めている。 |  |                   |
| 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 | なるべく入居者のペースに沿った1日を過ごして頂けるように努めている。出来る限り希望に沿った対応をしている。  |  |                   |
| 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                                  | 女性の方は化粧等をして、男性の方は洋服や身だしなみ等を出来るようにして、着替えはなるべく自分で選んで頂くように努めている。  |  |                   |
| 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     | 好き嫌いの把握をして、出来るだけ嫌いな物を提供しないように努めている。また出来る範囲で調理から後片付けまで自分でしてもらえるように努めている。  | 法人栄養士作成献立を基本に新鮮な食材を取り入れている。毎週、2回の夕食は食べたいものを伺い、買い物も一緒に行い楽しんでいる。調理、片付けなど入居者ができることを手伝っている。外食、行事食も行っている。     |                   |
| 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          | 法人内の管理栄養士が作成した献立に基づき料理を提供している。また食事摂取量や、水分等を記録して状況に応じた支援をしている。水分の少ない入居者に関しては翌日に引き継ぐようにして、きちんと摂取できるように努めている。     |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 口腔ケアの声掛けを行い、出来ない入居者は介助をして支援をしている。また、現在は朝と夕の口腔ケアがメインとなっている。   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                              | 職員間で情報を共有して排泄パターンの共有に努めている。ひとりひとりに合わせた支援(尿取りパッド・時間帯等)を行っている。                                      | バイタルも記入する排泄表を活用し、その方に合った間隔での誘いかけで、トイレでの排泄ができるよう支援している。入居者の状態を見ながら、パッド使用や昼、夜間の下着の使い分けで、おむつ外しに取り組んでいる。          |                   |
| 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  | 法人内の管理栄養士が献立を作成して食物繊維を多く摂取出来るメニューを作成している。水分量も1日1500ccを目安に飲んで頂いているが、個々に運動を行う等の支援が出来ていないので今後の課題である。 |   |                   |
| 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                        | 入浴日を決めずに個々の一日の生活状況に合わせて入浴をして頂いている。また一般浴が難しい方は機械浴を使用して入浴を行っている。                                    | 一人ひとりの希望やタイミングに合った毎日の入浴を可能としている。脱衣室、浴室は床暖房である。浴室は広く、一般浴、いす昇降機付機械浴を兼ねた浴槽は手すりが移せる構造で安全、安心して入浴が楽しめる。             |                   |
| 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   | 本人の状況を見ながら、日中に休んで頂ける時間を設けている。また夜間帯に眠れない入居者については、声掛けやその状況に合った対応を行うように努めている。                        |   |                   |
| 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  | 看護師が一日の薬のセットを行い、症状を見極めて主治医や薬剤師に相談して対応をしている。薬の変更などは介護職員へも報告をしているが、全ての入居者の服薬内容の把握は出来ていないので今後の課題である。 |   |                   |
| 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                             | 本人の嗜好品・楽しみごとの把握に努めて行事や慰問・外食やドライブ等で気分転換の機会をもて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 | 本人からの希望があれば、状況に応じて外出出来るように努めている。  | 近隣の店への買い物、馴染みの古刹陸奥総社宮への散歩、南面のホーム広場への誘いかけなど車いすの方も日常戸外へ出かける支援をしている。個々の希望に沿った外出や花見、あやめ祭り、塩釜神社参拝などのグループ外出を楽しんでいる。 |                   |

| 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  | 自己管理が出来る方は、外出時可能な限り自分で支払って頂けるように支援している。自己管理が難しい方は施設で預かり、代行している。  |   |                   |
| 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   | 希望があれば、施設の電話や本人が持っている携帯電話でかけている。日常的な手紙のやりとりは現在出来ていない為に、今後検討が必要である。   |   |                   |
| 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 | 共用スペースに季節感が味わえる飾り付けをしている。日中は館内の電気を消して外の採光を取り入れている。また夕方は早めの点灯とレースのカーテンを閉めて、夕暮れ症候群や幻覚がおきないように静かな環境作りに努めている。              | 両ユニット対称に配置した建屋はカーテン、家具類で色分けされ、入居者は両ユニット間を自由に行き来している。居間は広くゆったりとし、居心地良く過ごせるようソファなどが置かれ、明るさ、温・湿度、換気も行っている。壁面に季節を感じる紅葉、すすきの色紙が飾られていた。 |                   |
| 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  | 普段は本人がいつも馴染んで場所で過ごして頂いている。一人で過ごしてもらえる空間(和室・北側ソファー)を設置している。   |   |                   |
| 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  | 居室のしつらえは入居時から本人・家族と共に行っている。また、可能な限り自宅にあるものをそのまま、施設に持ってきていただき、リロケーションダメージを最小限に抑えている。写真等を居室にしつらえて、居心地の良い馴染みの空間作りに遅とめている。 | ベッド、洗面所、クローゼット、エアコン、換気扇備付けの洋間に家族写真や使い慣れた座椅子、小物入れなど持ち込んでいる。編み物など好きなことがゆったりできるよう本人・家族と話し合い、家具類配置など工夫している。                           |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 施設内は自由に行き来出来る空間を作っている。館内はバリアフリーである。  |   |                   |