

評価結果公表票

作成日 平成20年7月8日

【評価実施概要】

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 事業所番号 | 270101728                        |
| 法人名   | バンドーウエルフェアグループ株式会社               |
| 事業所名  | グループホームバンドー青森                    |
| 所在地   | 青森市栄町1-8-25<br>(電話) 017-765-2616 |
| 評価機関名 | 社会福祉法人青森県社会福祉協議会                 |
| 所在地   | 青森市中央三丁目20-30 県民福祉プラザ2階          |
| 訪問調査日 | 平成20年2月16日                       |

【情報提供票より】(平成20年1月1日事業所記入)

(1)組織概要

|       |            |                          |      |
|-------|------------|--------------------------|------|
| 開設年月日 | 平成15年11月1日 |                          |      |
| ユニット数 | 2 ユニット     | 利用定員数計                   | 18 人 |
| 職員数   | 14 人       | 常勤 5人, 非常勤 9人, 常勤換算 5.2人 |      |

(2)建物概要

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 建物構造 | 鉄骨 造り                 |
|      | 地上3階、地下1 階建ての 2、3 階部分 |

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

|                     |          |                |            |
|---------------------|----------|----------------|------------|
| 家賃(平均月額)            | 0 円      | その他の経費(月額)     | 理美容代実費ほか 円 |
| 敷 金                 | 無        |                |            |
| 保証金の有無<br>(入居一時金含む) | 無        | 有りの場合<br>償却の有無 | 有 / 無      |
| 食材料費                | 朝食       | 円              | 昼食 円       |
|                     | 夕食       | 円              | おやつ 円      |
|                     | または1日当たり | 1,200 円        |            |

(4)利用者の概要( 1月1日現在 )

|       |         |         |         |
|-------|---------|---------|---------|
| 利用者人数 | 18 名    | 男性 2 名  | 女性 16 名 |
| 要介護1  | 2 名     | 要介護2    | 8 名     |
| 要介護3  | 7 名     | 要介護4    | 0 名     |
| 要介護5  | 0 名     | 要支援2    | 1 名     |
| 年齢    | 平均 80 歳 | 最低 69 歳 | 最高 88 歳 |

(5)協力医療機関

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 協力医療機関名 | 医療法人芙蓉会村上病院、山口歯科医院 |
|---------|--------------------|

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

ユニットⅠでは「誠実」「希望」「心の愛」、ユニットⅡでは「目くばり」「気くばり」「心くばり」という運営理念を掲げており、ケアカンファレンス等の打ち合わせを頻繁に行い、職員同士の連絡体系や職員個々の役割を明確にしながら、理念の実現に向けたケアを提供するよう努めている。  
 地域の一員であることを念頭に置いたケアをホームの方針としており、町内の朝のラジオ体操に参加したり、散歩時に町内の方との挨拶を交わす等の交流を図っている。また、運営推進会議の委員に認知症高齢者やグループホームに関する理解を深めてもらうために、説明会を企画するなどの取り組みも行っており、地域に開かれたホーム作りを行っている。  
 利用者同士で和気あいあいと会話を楽しむ方や、自分の時間を楽しみながら穏やかに過ごす方など、利用者一人ひとりの性格や個性を見極めながら日々のケアサービスを提供するよう心がけている。また、時間に追われたサービス提供ではなく、個々のペースを第一に考えた支援を行うよう努めている。

【特に改善が求められる点】

虐待や身体拘束のないケアを提供するよう努めているが、虐待を発見した場合ややむを得ず拘束を行わなければならない場合の対応等について取り決めを作成することに期待したい。また、全職員が身体拘束の内容や弊害を具体的に理解できるよう、内部研修を行う等の取り組みにも期待したい。  
 全職員が平均的に研修を受講できるよう、これまでの研修傾向や職員の希望等を把握した上で、内部・外部研修の年間計画を作成してはどうか。  
 災害時に全職員が落ち着いて対応できるよう、職員が少ない夜間帯を想定した避難訓練も行ってはどうか。  
 栄養バランス等に配慮しながら職員が献立を作成しているが、保健所や医療機関の協力を得る等、栄養士などの専門家から定期的に助言を受けられる体制を整えてはどうか。

【重点項目への取組状況】

|       |  |
|-------|--|
| 重点項目① | <p>前回評価での主な改善課題とその後の取組、改善状況(関連項目:外部4)</p> <p>外部評価の結果を受けて改善策を話し合っており、その内容を報告書としてまとめ、具体的に改善に向けて取り組んでいる。</p>  |
|       | <p>今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)</p> <p>会議等を通じて評価の意義等を職員に周知しており、評価を通じてより良いサービスを提供していこうという姿勢が全職員に浸透している。自己評価は全職員が全項目について検討し、完成させている。</p>  |
| 重点項目② | <p>運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)</p> <p>運営推進会議は2ヶ月に1回行われており、会議では日々の取り組みや自己・外部評価の結果等を報告している。ホームからの一方的な説明で終わることなく、それぞれの委員の立場から質問やサービス提供における具体的提案を出してもらっており、委員の意見は今後の運営に反映させている。</p>                     |
|       | <p>家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部10, 11)</p> <p>面会時や電話等を通じて利用者の暮らしぶりや受診状況、金銭管理状況等を家族に報告している。また、近況報告の際に家族の意向等について聞き取りを行ったり、重要事項説明書にホーム内外の苦情受付窓口を明示するなど、家族が要望等を出しやすい雰囲気を作っており、家族からの意見は日々のケアサービスにつなげる仕組みとなっている。</p> |
| 重点項目④ | <p>日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)</p> <p>住宅街に位置していることもあり、利用者は地域の一員であることを念頭に置いた取り組みを行っている。町内のラジオ体操に参加したり、散歩時に挨拶を交わす等の交流を図っており、住民から漬物の差し入れをもらう等の良好な関係が築かれている。</p>  |

【各領域の取組状況】

| 領域                              | 取り組み状況   |
|---------------------------------|--|
| I<br>理念に基づく運営                   | <p>理念を職員間で話し合ったり、ホーム内に掲示する等の取り組みにより、全職員への周知を図っている。</p> <p>契約時や契約改訂時は利用者や家族に分かりやすく説明し、不安な点や疑問点等がないかを確認しながら手続きを進めている。また、退居時にも説明して同意を得ており、退居先の情報提供を行うなどの支援を行っている。</p> <p>法人内の10ヶ所のグループホームとの情報交換や研修の機会が確保されており、得られた気づき等は今後のサービス向上や職員の資質向上につなげている。</p>                              |
| II<br>安心と信頼に向けた関係作りと支援          | <p>利用者や家族が安心してホームでの生活を開始できるよう、事前に見学してもらい、双方の意向を把握している。また、入居後間もない時期は家族の訪問回数を多くしてもらうよう働きかけるなどの取り組みも行っている。</p> <p>職員は、利用者と一緒に作業を行ったり、じっくりと話を聞くことを通して一人ひとりの喜怒哀楽を理解するよう努めている。また、食事の下ごしらえや後かたづけ、裁縫等の利用者の得意分野は手伝ってもらう等、利用者と職員が共同して生活している。</p>   |
| III<br>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | <p>介護計画作成時には、利用者や家族の要望、ケアカンファレンスやミーティング時に情報交換した職員の意見等を取り入れており、個別具体的な計画となっている。</p> <p>訪問看護師が週1回ホームを訪れているほか、協力医療機関を確保するなど、気軽に相談したり、緊急時等いつでも対応してもらえる体制を整えている。また、公用車を使用して通院時の送迎を行ったり、利用者の希望に合わせて買い物に出かける等、利用者や家族の要望に柔軟に対応している。</p>   |
| IV<br>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | <p>利用者一人ひとりの羞恥心やプライバシー、ペース等に合わせて日々のケアを提供している。また、会話が好きな利用者には職員が話し相手になったり、お酒が好きな利用者には飲酒の曜日を設定して提供するなど、ホームでもその人らしい生活が継続できるよう配慮している。</p> <p>災害時に消防署や交番の協力が得られるよう働きかけを行ったり、缶詰や飲料水、紙おむつ等の備蓄品を用意している。</p> <p>共用空間にソファ等家具を置いたり、居室に家族の写真や位牌等の思い出の品を持ち込むなど、利用者が居心地良く過ごせる空間作りが行われている。</p> |

# 評 価 報 告 書

| 外部<br>評価           | 自己<br>評価 | 項 目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                    |
|--------------------|----------|---|--|--------------------------|---|
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |          |   |  |                          |   |
| <b>1. 理念と共有</b>    |          |   |  |                          |   |
| 1                  | 1        | ○地域密着型サービスとしての理念<br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている  | 管理者や職員は地域密着型サービスの役割を理解している。ホーム独自の理念を作成したり、地域に根ざしたホームづくりを意識した取り組みを行っているが、理念には地域との関わりについて盛り込まれていない。                          | ○                        | 現在の取り組みなどを基に全職員で話し合いを行い、理念に地域密着型サービスの役割等を盛り込んでいくことに期待したい。           |
| 2                  | 2        | ○理念の共有と日々の取り組み<br>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる   | カンファレンスや研修での話し合い、ホーム内への掲示等により、全職員で理念の共有を図っており、理念にそったケアを提供できるよう日々取り組んでいる。   |                          |   |
| <b>2. 地域との支えあい</b> |          |   |  |                          |   |
| 3                  | 4        | ○隣近所、地域とのつきあい及び地域貢献<br><br>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけあったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるよう努めている。事業所は地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている。また、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる。担当職員はキャラバンメイトになるなど、地域の認知症普及活動に参加している。 | 町内の朝のラジオ体操に参加したり、散歩時に挨拶を交わす等の交流が図られており、住民から漬物の差し入れをもらう等の関係が築かれている。しかし、ボランティアや実習生等を受け入れるなど、ホームの機能を地域に還元する取り組みを行うまでには至っていない。 | ○                        | ホームの持つ専門性等を地域に還元し、認知症の普及啓発につなげるために、ボランティアや実習生等を積極的に受け入れる体制を整えてはどうか。 |

| 外部評価                         | 自己評価 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                     |
|------------------------------|------|--|---|--------------------------|--|
| <b>3. 理念を実践するための制度の理解と活用</b> |      |  |   |                          |  |
| 4                            | 5    | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる  | 会議等を通じて評価の意義や活用方法などを全職員に周知しており、職員は理解している。自己評価は全職員が全項目について検討し、完成させている。また、外部評価の結果を受けて改善策を話し合っており、それを報告書としてまとめ、具体的に改善に向けて取り組んでいる。                                    |                          |  |
| 5                            | 6    | ○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  | 運営推進会議は原則2ヶ月に1回行われており、委員にはグループホームや認知症について説明し、理解してもらっている。会議では日々の取り組みや自己・外部評価結果等を報告し、委員のそれぞれの立場から質問や具体的提案を出してもらっており、委員の意見は今後の運営に反映させている。                            |                          |  |
| 6                            | 7    | ○市町村との連携<br>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、運営や現場の実情等を積極的に伝える機会を作り、考え方や運営の実態を共有しながら、直面している運営やサービスの課題解決に向けて協議し、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる | 自己・外部評価の結果を報告するほか、生活保護を受給している方への訪問に担当者が訪れており、その機会に情報収集や相談を行うなど、積極的に行政との連携を図っている。  |                          |  |
| 7                            | 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、地域権利擁護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、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している  | 管理者が外部研修に参加したり、その後の内部研修を行うなど、全職員が地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について理解を深めている。また、制度を利用する方がいる場合などは情報提供等を行う体制が整えられている。   |                          |  |
| 8                            | 9    | ○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   | 職員は内部・外部研修を通して虐待について理解を深めており、虐待は絶対にあってはならないという認識で日々のケアを提供している。また、管理者はカンファレンス等で虐待のないケアについて日々職員に話すなど、未然に防ぐよう取り組んでいる。しかし、虐待を発見した場合の対応や報告の流れ等に関する取り組みを作成するまでには至っていない。 | ○                        | 虐待を発見した場合の対応や報告の流れ等について取り決めを作成し、それを全職員に周知することに期待したい。 |

| 外部評価                   | 自己評価 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|------------------------|------|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
| <b>4. 理念を実践するための体制</b> |      |  |  |                          |                                   |
| 9                      | 10   | ○契約に関する説明と納得<br><br>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                                 | 契約時は契約書や重要事項説明書を基に利用者や家族に説明し、不安な点や疑問点がないかを確認しながら手続きを進めている。また、契約改訂時や退居時にも説明して同意を得ており、退居時には退居先の情報提供を行うなどの支援を行っている。 |                          |                                   |
| 10                     | 12   | ○家族等への報告<br><br>事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている                              | 面会時や毎月の利用料支払い時、電話等を通じて暮らしぶりや受診状況、職員の異動等を家族に報告している。また、金銭管理状況は出納帳に記録し、領収書を添付して家族に報告している。                           |                          |                                   |
| 11                     | 13   | ○運営に関する家族等意見の反映<br><br>家族等が意見、不満、苦情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                                | 面会時や電話等での近況報告時を利用し、家族の要望や意見を聞いている。また、重要事項説明書にホーム内外の苦情受付窓口を明示するなどの取り組みも行っており、家族から意見等が出された時は今後のケアに反映させる仕組みとなっている。  |                          |                                   |
| 12                     | 16   | ○職員の異動等による影響への配慮<br><br>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている | 急な異動等を行われていないが、離職や担当職員の変更等がある時は、職員間の引継ぎを時間をかけて行うほか、利用者への説明を行っている。  |                          |                                   |

| 外部評価                             | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)                                      |
|----------------------------------|------|---|--|--------------------------|---|
| <b>5. 人材の育成と支援</b>               |      |   |  |                          |   |
| 13                               | 17   | ○職員を育てる取り組み<br><br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、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           | 職員の業務上の悩みは所長等から助言をもらっている。研修時は勤務体制や職員の希望等を配慮した上で受講者を決めている。研修受講後は報告書を作成し、それを基に研修受講者が講師となって全職員に伝達研修を行う等の取り組みは行っているが、年間の研修計画を作成するまでには至っていない。 | ○                        | 全職員が平均的に研修を受講できるよう、これまでの研修傾向や職員の希望等を把握した上で、内部・外部研修の年間計画を作成することに期待したい。 |
| 14                               | 18   | ○同業者との交流を通じた向上<br><br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、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 | 法人内の10ヶ所のグループホームとの情報交換や研修を行う機会が確保されており、日々のケア等について意見交換を行っている。また、交流を通じて得られた気づき等は今後のサービス向上や職員の資質向上につなげている。                                  |                          |   |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>       |      |   |  |                          |   |
| <b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b> |      |   |  |                          |   |
| 15                               | 23   | ○馴染みながらのサービス利用<br><br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している               | 利用者や家族が安心してサービスを開始できるよう、利用前に見学してもらって双方の意向を把握するよう努めている。また、入居後間もない時期は、利用者の不安を取り除いたり、徐々にホームに馴染めるよう、家族の訪問回数を多くしてもらおう等の働きかけも行っている。            |                          |   |
| <b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b> |      |   |  |                          |   |
| 16                               | 24   | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br><br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている                  | 職員は、利用者と一緒に作業を行ったり、じっくりと話を聞くことを通して一人ひとりの喜怒哀楽を理解するよう努めている。また、食事の下ごしらえや後かたづけ、裁縫等の利用者の得意分野は手伝ってもらおう等、利用者職員が共同して生活している。                      |                          |   |

| 外部評価                                  | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|---------------------------------------|------|---|--|--------------------------|-----------------------------------|
| <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>    |      |   |  |                          |                                   |
| <b>1. 一人ひとりの把握</b>                    |      |   |  |                          |                                   |
| 17                                    | 30   | ○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  | 利用者との日々の会話やミーティング時の話し合い、面会時の家族からの情報等を基に、一人ひとりの意向を把握するよう努めている。  |                          |                                   |
| <b>2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し</b> |      |   |  |                          |                                   |
| 18                                    | 33   | ○チームでつくる利用者本位の介護計画<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た介護計画を作成している     | 介護計画作成時には利用者や家族の要望等を取り入れている。また、職員はケアカンファレンスやミーティング時に利用者に関する情報伝達を行っており、計画作成時に活かしている。計画は利用者一人ひとりに合った内容となっている。              |                          |                                   |
| 19                                    | 34   | ○現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している | 介護計画の実施期間が明示されており、3ヶ月ごとに見直しを行っている。また、毎日のミーティングやカンファレンスで利用者の状況等に変化がないか確認しており、変化があった場合は随時の見直しを行っている。見直しを行う時は再アセスメントを行っている。 |                          |                                   |
| <b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>              |      |   |  |                          |                                   |
| 20                                    | 36   | ○事業所の多機能性を活かした支援<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている                                   | 訪問看護師が週1回ホームを訪れており、健康指導や相談対応を行ってもらっている。また、公用車を使用して通院時の送迎を行ったり、利用者の希望に合わせて買い物に出かける等、利用者や家族の要望に柔軟に対応している。                  |                          |                                   |

| 外部評価                               | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|------------------------------------|------|---|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b> |      |   |   |                          |                                   |
| 21                                 | 40   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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              | これまでの受療状況を把握し、利用者や家族が希望するかかりつけ医での受診を支援している。また、訪問看護師や協力医療機関との連携が図られており、いつでも気軽に相談できる体制となっている。通院時の同行はホームで行っており、受診結果は家族に随時報告している。                               |                          |                                   |
| 22                                 | 44   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している | 重度化や終末期のケアに関する指針は作成されているが、現在是对応していない。日常的な健康管理や急変時の対応については利用者や家族と話し合いを行い、意思統一を図っている。   |                          |                                   |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>   |      |   |   |                          |                                   |
| <b>1. その人らしい暮らしの支援</b>             |      |   |   |                          |                                   |
| <b>(1)一人ひとりの尊重</b>                 |      |   |   |                          |                                   |
| 23                                 | 47   | ○プライバシーの確保の徹底<br>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない                          | ミーティング時などに利用者への声がけ等について職員間で確認し合っており、職員は利用者の言動を否定することなく、介助時には個々の羞恥心やプライバシーに配慮した対応を行っている。また、職員は個人情報保護法について理解しており、個人記録等は訪問者の目に付きにくい場所に保管し、カーテンで仕切るなどの対応を行っている。 |                          |                                   |
| 24                                 | 49   | ○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            | 一人ひとりのペースにあわせた一日の流れができています。また、その日の利用者の希望や心身の状態に応じたケアを提供するよう心がけています。   |                          |                                   |



| 外部評価                         | 自己評価 | 項目   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|------------------------------|------|--|---|--------------------------|----------------------------------|
| (2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援 |      |  |   |                          |                                  |
| 25                           | 51   | ○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、可能な場合は利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 利用者の好みに配慮し、嫌いな食材には代替食を提供したり調理方法を工夫する等の対応を行っている。また、食事の準備や後片付けを手伝ってもらったり、職員は持参の弁当を利用者と一緒に食べるなど、会話を楽しみながら食べこぼし等へのさりげないサポートを行い、和やかな食事となるよう配慮している。 |                          |                                  |
| 26                           | 54   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めず、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支援している           | 入浴は週2回以上となっており、一人ひとりの要望に合わせて入浴時間を調整している。また、入浴時は利用者の羞恥心に配慮しながら、つかりすぎや洗身等への支援を行っている。入浴を拒否する利用者に対しては声かけや誘導の方法に工夫し、無理強いすることなく促している。               |                          |                                  |
| (3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |      |  |   |                          |                                  |
| 27                           | 56   | ○役割、楽しみごと、気晴らしの支援<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、楽しみごと、気晴らしの支援をしている    | 一人ひとりの生活歴や得意なこと等を把握しており、食事の準備や裁縫等の役割のほか、トランプやカルタ、絵画等の楽しみごとを促している。   |                          |                                  |
| 28                           | 58   | ○日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさず、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している                       | 住民との交流も兼ねて、外出する機会は積極的に設けており、利用者の希望を取り入れながら近所の時計屋や商店等に出かけている。また、外出時は利用者の身体状況やその日の体調等を考慮して支援している。   |                          |                                  |

| 外部評価                      | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む)  |
|---------------------------|------|---|--|--------------------------|---|
| (4)安心と安全を支える支援            |      |   |  |                          |   |
| 29                        | 62   | ○身体拘束をしないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が「介護保険法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、身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束は基本的に行わないこととなっており、ユニットリーダーは拘束の内容等を正しく理解しているが、全職員が具体的に理解するまでには至っていない。また、やむを得ず拘束を行わなければならない場合の対応が整備されていない。                                   | ○                        | 外部・内部研修等を通して全職員が拘束の内容や弊害を具体的に理解することに期待したい。また、やむを得ず拘束を行わなければならない場合に備えて理由や期間、経過等を記録する様式を整えたり、家族に説明して同意を得る体制を整えることにも期待したい。 |
| 30                        | 63   | ○鍵をかけないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる                  | 以前、不審者が侵入したことがあるため、家族の同意を得た上で玄関に鍵をかけている。ホーム内の利用者が日常的に出入りする場所は施錠していない。外出傾向を察知できるよう見守りを行い、察知した時は職員が付き添う等の支援を行っている。また、無断外出時は近隣住民の協力が得られる体制となっている。 |                          |   |
| 31                        | 68   | ○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身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている              | 災害時に交番や消防署からの協力が得られる体制を整備するほか、缶詰や飲料水、紙おむつ等の備蓄品を用意している。年2回、日中を想定した避難訓練は行っているが、夜間を想定した訓練を行うまでには至っていない。   | ○                        | 災害時に慌てずに対応できるよう、職員が少ない夜間帯を想定した避難訓練も行ってはどうか。   |
| (5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |      |   |  |                          |   |
| 32                        | 74   | ○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                 | 食事や水分は目安を立てて提供しており、摂取量を把握している。献立は職員が栄養バランスやカロリー等に配慮して作成しているが、栄養士等の専門家から定期的に助言を受ける体制にはなっていない。   | ○                        | 保健所や医療機関の協力を得るなど、栄養士等の専門家から定期的に献立に関する助言を受けられる体制を整えることに期待したい。  |
| 33                        | 75   | ○感染症予防<br>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)                       | 感染症に関するマニュアルが作成されており、新しい情報が入った時などは随時の見直しを行っている。また、職員は法人全体の研修会等を通じて理解を深めている。感染症に関する情報は家族にも周知しており、必要に応じて予防接種等を実施している。                            |                          |   |

| 外部評価                           | 自己評価 | 項目  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ○印<br>(取り組みを期待<br>したい項目) | 取り組みを期待したい内容<br>(すでに取組んでいることも含む) |
|--------------------------------|------|---|--|--------------------------|----------------------------------|
| <b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b> |      |   |  |                          |                                  |
| <b>(1) 居心地のよい環境づくり</b>         |      |   |  |                          |                                  |
| 34                             | 78   | ○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)は、利用者にとって不快な音や光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 | 共用空間にはソファや椅子、テーブル等の調度品が置かれているほか、季節感のある折り紙細工等が飾られており、家庭的である。また、テレビ等の音量や職員の立てる物音は静かであり、日射しの強さはブラインドで調節するなど、快適な空間作りが行われている。 |                          |                                  |
| 35                             | 80   | ○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                    | 入居前から使用していた馴染みの物の持ち込みは自由であり、家族の写真や位牌、家族や利用者の作品等が持ち込まれ、個性のある居室となっている。   |                          |                                  |

※  は、重点項目。