

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	0490600061		
法人名	特定非営利活動法人 安寿		
事業所名	グループホームたかのす		
所在地	宮城県白石市鷹巣西2丁目4-12		
自己評価作成日	平成25年9月14日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0490600061-00&PrefCd=04&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成25年10月10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)】

近隣にスーパーや公共施設があり、買い物や行事参加の利便性が高く、森林浴を兼ねた散歩にも適した自然環境にある。隣接する畑では、季節ごとの野菜を育て、収穫する喜びを地域の方と実感している。また、地産地消の一役として、副食は地域に業務委託しているなど、運営理念に掲げている地域密着を目標に、地域との交流を深め、積極的に地域資源を活用した生活支援を行っている。ユニットは、環境改善型空気清浄機による清々しい環境。身体機能の低下等の状態に合わせて安心安全に入浴ができるリフト個浴を設置。24時間体制の医療連携、更に災害時の迅速な対応の為に大型自家発電機を導入し、安心した生活支援に努めている。また、福祉車輛の導入も行き、車いすを利用されている方の利便性を図る一方、緊急時の対応についても有資格者を採用する等、努めている。開所して3年を経過し、空き部屋利用のショートステイや共用型デイサービス事業を開始している。通所とグループホームの利用者様が共に関わり、交流を図り、地域密着型サービスの一役を担っている。

【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)】

ホームは東北新幹線白石蔵王駅に程近く、畑や小高い山もある自然豊かな住宅地にある。利用者が今まで過ごしてきた生活が継続出来るよう、地域住民との日常的な交流、地域行事への参加、行政サービス(移動図書館)の活用など、より地域との関係を深める運営がされている。職員は利用者支援の質を更に高めることをめざし、これをめざし、これを振り返り、新たに今年度から利用者の担当職員を決め、個別の支援を深める個別生活支援(夢プラン)に取り組んでいる。より一層、一人ひとりの思いや願いが叶えられ安心して生活できることをめざしている。加えて白石市では初の共用型指定認知症対応型通所介護事業も新たに加え、地域密着型サービス事業所として地域福祉を担っていることがうかがえた。

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

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

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームたかのす）「ユニット名 ぶなユニット」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況 次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営				
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	運営理念とともに「私たちの理念」を作り、ユニット及び事務所に掲示している。また朝・夕の申し送り時に唱和し理念を共通認識し、言葉掛け、態度等、日々のサービス提供場面において理念が実践できるよう意識している。	年1回全職員アンケートにより見直しを行っている。日々唱和し、支援の振り返りと新たな気付きにもなっている。住みよい環境づくりとして4S活動(清潔、清掃、整頓、整理)を意識し利用者支援に取り組んでいる。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入しており、地区の清掃活動への参加やホームでの防災訓練に参加頂く等、地域の一員として交流が図れている。また畑で収穫された野菜や花の差し入れを頂いたり、日常的に交流の機会は図れている。また、毎月の「たかのす通信」でホームの様子をお伝えしている。	自治会に班として加入している。地域住民とは地区活動やホームの行事などの交流が進み、老人クラブ、幼稚園、ボランティア団体などの訪問や、移動図書館も利用者の楽しみとなっている。近隣の方から野菜や花の差し入れもある。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	キャラバンメイトの実施や運営推進委員に研修会を開催したり、地域の方にホーム行事に参加頂き、認知症の方に対する理解や支援方法を深める機会を作っている。また、「介護相談窓口」の案内を毎月のたかのす通信の掲載し、地域の方々にも配布している。	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に一度開催し、サービスの実施、報告を行い、質疑応答を重ね、サービスの向上に努めている。会議内容は全職員が確認し、利用者様も確認が出来るよう図書コーナーに置き、いつでも見られる環境にある。また、会議の概要については、たかのす通信で公表している。	年6回定期開催されている。家族代表、自治会長、民生委員、市職員、地域包括職員が参加し、ホーム運営、利用者サービス等の報告や話し合いを行っている。地域からの要望で認知症講座を実施した。
5	(4)	○市町村との連携 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	支援の方法、状況等について、運営推進会議において、ご意見を頂く他に、直接担当課に行き、再確認を行う等、連絡を密にしている。	市職員が運営推進会議にも参加しており連携は取れている。白石市で初の共用型指定認知症対応型通所介護の指定を受けるなど行政からの期待も大きい。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	倫理規程や特定非営利活動法人安寿業務マニュアルにも掲げており、身体拘束を行わない事が原則であることを理解している。常に、利用者様の状況を確認し、支援に努めている。更に内部研修や外部研修等において、拘束に対する理解を深めている。	身体拘束には常に関心を持ち続け、利用者の思いや行動を出来るだけみ取る研修や、日々のケアの振り返りで改善を図っている。日中の施錠はしていない。利用者の状態に応じてナースコールの補助機材としてセンサーマットを使用し安全対策を取っている。家族に説明し理解をもらっている。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修等で学ぶ機会を設けている。スピーチロック等、日々のケアの中でも注意し、リーダー等が不適切なケアを行っていないか、ケアの確認を行うとともに、職員間でも意識しながらケアに努めている。	

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 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	現在、権利擁護を必要とする利用者様はいないものの、外部研修等に参加し、学ぶ機会を設けている。また、権利擁護の公演会に希望のあった利用者様と一緒に参加し、活用できるよう支援している。制度の理解と活用に向けて取り組んでいきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時等は、施設長、管理者が同席し、専門用語は使用せず、わかりやすい言葉を選びながら丁寧な説明を心掛け、質問や不安等にお答えし、安心とご理解を頂けるよう努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関やユニットに意見箱を設置し、第三者委員も含め、内外の相談窓口を掲示している。ご家族には面会や電話の際、意見や要望を伺っている。利用者様からの要望や希望は職員が一对一で話しを伺ったり、ユニットの意見箱を活用している。	家族会はホームのイベントに合わせて年4回開催している。家族との面談や家族同士の交流の場となっている。日常的には個別面会や電話など、家族が気軽に話せる環境づくりに努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	施設長や管理者は、常に話しやすい環境に努め、個人ごとに話す機会を設け、意見や提案を反映できるよう努めている。また、毎月のリーダー・ケアマネ会議、ユニット会議等に参加し、職員の意見を聞く機会を設けている。	施設長、管理者は各会議や個人面談等で職員との対話を進め、提案などを運営に反映させている。お泊りデイ事業や夢プランなどの取組みも職員の意見や提案などを取り入れて実践している。	新たに共用型指定認知症対応型通所介護事業も含めた総合的なサービスを進めるために、全職員で現状の課題の分析と共有するための取組みを期待したい。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	全職員対象に自己評価を提出させる等、職員個々の努力や実績、また職務手当の支給等、職員のやりがいや向上心へ繋がるよう努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	運営者が自らユニット業務に入り、ケアの実際や力量を把握するよう努めている。また、内部研修を一か月に一度は行うとともに、外部研修にも職員のレベルに応じて積極的に参加させている。新人職員には、基礎知識の講話、説明からユニットにおける実技研修等を行っている。個々の経験に応じ、資格取得に向けての支援を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域ケア会議や介護支援専門員会議等に参加し、ネットワーク作りを行い、情報や問題点等を共有し、サービスの質の向上に努めている。また、外部研修として他施設の方々との合同での勉強会に参加する機会がある。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	今までの生活歴等を把握する為に、ご本人やご家族に面談し、アセスメントを行っている。その情報を基に、入居時は職員が協力し、ご本人の不安や要望等に耳を傾け、安心して頂けるよう支援している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	話しをしやすい雰囲気に関心掛け、不安や要望等をお聞きし、その内容を職員間で共有し、ホーム全体で対応する等、良い関係が築けるよう、努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前の面談で支援の必要性を十分に把握し、利用者様が混乱しないよう、また職員間でサービスに差が生じないよう努めている。入居申し込みから入居まで時間がある場合は、他サービスの情報提供を行いつつ、いつでも相談に乗る体制を作っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人の生活歴を理解し、ホームの中で、ご本人が出来る役割を持ち、生き活きと生活が出来よう、お互いが協働しながら、支え合う関係という事を意識してケアに取り組んでいる。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時には、日々の様子や体調等、状況報告を行い、居室でゆっくりと過ごして頂けるよう、配慮している。また記録の開示や毎月ホームでの様子やモニタリングシート等をお送りし、ご本人の状況等を共有し、共に支え合う関係を築いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	行きつけの美容室への利用や電話等のやりとりをはじめ、かかりつけ医への受診やご希望の地域の祭りや外食等の支援。また、ご家族にも協力を頂きながら、墓参りや温泉への旅行等、外出支援を行っている。夢プラン等を通じ、更に支援が向上している。	行きつけの美容院や、外食、温泉、墓参りなど、馴染みの場所の関係継続のため、本人や家族の希望を踏まえスケジュール化するなどの支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりの個性を大切にしながら、職員が間に入り支援している。日々の生活の中で、お互い出来る事を行い、支え合い、協力する気持ちがみられ、ユニットでの仲間(家族)意識が見られている。支え合えるよう新入居者様にも馴染みの関係が早急に築けるよう支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居先でも戸惑いなく生活が送れるよう、ホームでの様子やケア等の介護情報の提供を行い、経過のフォローとなるよう努めている。入院により、契約終了となった方には、お見舞いに行く等、今までの関係を大切にしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	生活歴やご本人の想いを大切に日々のコミュニケーションの中から、想いをくみ取り実践している。想いの表現が困難な時は、日々の行動等で情報を収集し、カンファレンスを行い、ご家族にも確認をしながら、統一したケアの提供、また希望に添ったケアの提供ができるよう努めている。	日常生活支援(夢プラン)の実践から、利用者と職員とのコミュニケーションの促進を図り、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。本人の何気ない行動やつぶやきなどを随時記録し、カンファレンス等で全職員が情報を共有化し支援を行っている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	日々の会話や行動、センター方式を利用し、生活歴、馴染みの暮らし方等、個々の把握に努めている。日々の関わりやご家族からお話を伺いながら、更に個人を把握できるよう、努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護記録、バイタルチェック表、排便チェック表等で日々の様子を記録に残し、生活リズムの把握に努めている。また、朝・夕の申し送りや情報の共有を図り、現状の把握に努めている。ご本人が出来る事を見極め、残存能力の低下に繋がらないよう支援している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人、ご家族、全職員で作成したセンター方式の結果により、定期的にプランを見直し、現状に即したプランを作成している。また、毎月、モニタリングを実施し、ご家族に報告している。	センター方式を活用し情報を収集しケアプランを作成し、月1回のモニタリングと6ヶ月毎のプラン見直しを行っている。利用者の状況に応じて随時見直しも行っている。プラン作成には本人、家族、医師、看護師、職員の意見を反映させている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子やケアの実践、気づき等をケース記録や支援日誌に記録し、職員間で情報を共有し、変化が見られた際は、カンファレンスを実施、プランの見直しに反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	訪問歯科検診や、夢プランの実施等、入居者様のニーズに答えられるよう取り組んでいる。また、福祉車輛や、乗り降りしやすい車輛等で車いすの利用者様も安心して外出が出来るよう、ハード面の改善を含め、柔軟な支援を行っている。		

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 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	コンサートや講演会の催し等、行政や自治会から配布される広報により情報を把握している。その情報を利用者様にお伝えし、希望に応じた外出支援を行い、地域の中で楽しみを得られるよう努めている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	馴染みの関係を大切に、ご本人、ご家族の希望するかかりつけ医に受診している。受診時は、1か月のバイタルチェック表を提示し、受診結果はご家族に報告している。ご家族が受診支援を行う際は、ホームでの生活状況等の情報提供を書面等で行っている。また、希望があれば、ご家族と同行し、医師にホームでの状況を報告している。	希望するかかりつけ医で、受診は必要に応じて職員が同行支援をしている。受診には日々のバイタルチェック表や生活状況などの情報を提供し、受診結果は家族と共有している。利用者毎に通院計画表を作り支援に活かしている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者様の健康状態を把握する為、バイタル測定を毎日行い、結果を記録に残している。訪問看護師とは24時間コール体制をとり、相談しながら、適切な受診や看護を受けられるよう努めている。また、日々の気づきや相談等を専用紙に記入し、来訪日に確認して頂いている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された時は、ホームでの情報を書面にまとめて提供している。状態の確認は、お見舞いに行った時やSW等に確認し、状態の把握に努めている。また、協力医療機関での研修に参加したり、SWと連絡等を取りながら円滑な関係作りに取り組んでいる。退院時は、サマリーを頂き、職員間で情報を共有し、支援を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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。	入居時に書面を用いて、ご本人、ご家族に説明を行い、同意を得ている。状態に変化が見られた時は、主治医やご家族と再確認を行いながら、看護師、職員とともにチームで支援に取り組んでいる。	入居時に本人と家族に指針の説明をし同意をもらっている。重度化した利用者の介護を家族、医師、看護師、職員の連携して支援している。看取りの経験を積み重ねていきたいと考えている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身につけている	急変や事故発生時に備えて、マニュアル、緊急連絡網を作成し、随時見直しも行っている。また、応急手当普及員の資格を持つ職員から、救急救命講習や訓練を定期的に行い、実践力を身につけるよう、努めている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	施設管理責任者を中心にマニュアル作成を行ったり、災害防止委員会を設置している。委員会計画に添って、年4回の夜間想定も含めた訓練を実施している。非常用食料、備品、発電機等も準備している。(地震想定や夜間想定避難訓練、消火訓練や発電機講習会や炊き出し訓練等を実施)また、定期的に避難通路と持出(食品等)の確認を行っている。避難訓練時は、消防署の方以外に近隣住民の方や婦人防火クラブ、運営推進委員等、地域の方にも参加頂いている。	年4回の避難訓練を実施し、その内夜間想定訓練は2回実施している。町内会の回覧版を活用し地域に知らせている。訓練には運営推進委員、婦人防火クラブ、近隣の住民等が参加している。防災備品、備蓄品等の点検や電気製品、コンセント等の点検も定期的実施している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人格や生活歴を尊重し、お一人おひとりにあった話し方や接し方を心掛けている。また、入浴等希望の利用者様には同性介助を行う等、プライバシーに配慮した声掛け、対応に努めている。	呼び名は利用者の希望で呼んでいる。トイレ、入浴では同性介助を行っている。入室時は声がけやノックをしている。日々のミーティングや研修などでプライバシーに配慮した対応の徹底を図っている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々のご本人との関わりの中で想いや希望等をくみ取り、理解できるよう努め、可能な限り自己決定できるよう、選択肢を設けたりと声掛けの工夫や場面作りを行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者様一人ひとりのペースを大切にする事を会議や研修等で学び、日常的に心掛けており、個々のペースで生活できるよう食事のスピードや外出等、ご本人の希望に添って支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	お化粧される方には、化粧する喜びを忘れぬよう声掛けを行ったり、共に化粧品を選んだり、染髪やパーマ等、おしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。また、整容時に服を選んで頂いたり、選択が難しい方には、さりげなく職員が共に選ぶ等の支援を行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	副食は地元へ委託し、地元で採れた野菜を中心に旬の物を提供している。ホームの畑で収穫した野菜や希望メニューに取り入れてもらっている。月ごとに利用者様の希望する食事やデザート作りを、職員と共にっており、楽しみに繋がるよう支援している。盛り付けやみそ汁作り、米研ぎや後片付け等、一緒に行って頂いている。	地域連携に配慮し地元の業者から副食を調達している。献立は利用者の希望も取り入れながら納入業者の栄養士が作成している。ご飯、味噌汁等は利用者も加わって作っている。行事食や誕生祝いは利用者の希望で作っている。配膳、後片付けも一緒に行っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個別に食事、水分摂取量のチェックを行い、ケースに記録し、全職員が状況の把握に努めている。疾患や能力に応じ、主治医に相談しながら、食事の形態を工夫し、きざみ食やとろみ食等の支援を行っている。一回に摂取する量の少ない方には、補助食品を数回に分けて提供する等、一日に必要な栄養・水分バランスに留意している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを行っている。能力に応じて声掛けや磨きの介助等を行っている。義歯の方は、夜間帯洗浄剤にて消毒を行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	個別のケース記録に排泄を記録することにより、排泄のパターンの把握に努め、トイレへのさりげない誘導を行い、失敗や便秘にならないよう努めている。	排泄パターンを把握しトイレに誘導している。食事前後にさりげなく声がけをしている。ポータブルトイレやリハビリパンツの活用もやっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	野菜をふんだんに使用した副食や、無理ない程度に散歩や軽体操等に参加頂いている。また、個々の水分量をチェックし、水分の少ない方には、好みの飲料を提供する等、摂取量の改善に工夫している。自然排便を心掛けているが、個人の排便状況を確認し、主治医に相談しながら、服薬管理(量の調整等)を行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	バイタルチェック表で体調を確認後、入浴を実施している。身体状況に応じてリフト浴で対応、個浴でゆっくりと入浴できるよう支援している。入浴順番は、記録に残し、ローテーションを組んで対応、浴室の温度管理や湯の入れ替え等、その日の気分で入浴されない方には、翌日に入浴を勧める等、臨機応変に対応している。	体調に合わせた入浴支援を行っている。入浴時間は朝から夕食前で利用者の希望で支援している。同性介助で支援している。入浴拒否や体調不良などには状況を見ながら対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活リズムを把握し、(すぐに休まれる方、読書をされる方、ぬいぐるみと一緒に休む方等)休息の声掛けを行っており、心身に負担のないよう配慮している。夜間は一時間に一度見回りを行い、状況に応じて対応している。安眠できるよう日中の過ごし方に配慮したり、主治医に相談を行う等、身体に負担のないよう取り組んでいる。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方ファイルを活用し、把握に努め、薬の変更時は申し送りで職員間で情報を共有している。服薬時は、ダブルチェックを行い、ご本人にも確認して頂き、声だし確認後、服薬終了まで見守り確認を行っている。残薬の管理や日々の配薬も必ずダブルチェックで行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴を考慮し、その力を活かした役割(畑仕事や台所仕事等)を生活の中で行っている。また、楽しみ事や嗜好品(ビールや菓子等)、個々に支援している。ご本人の希望を取り入れ、今年度から個別ケア(夢プラン)を実施している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	行事計画の他に、天候や利用者の希望に応じて、日常的に買い物や散歩、ドライブ等の外出支援を行っている。地域行事では、地域の方の協力を頂きながら、楽しいひと時を過ごしている。ご家族にも、温泉旅行や墓参り等、ご本人の希望の場所への外出支援の協力を頂いている。また、今年度より個別ケア(夢プラン)を導入し、職員と個々に普段行けないような場所に行く事も可能となり、より充実した支援に努めている。	年間計画による外出の他、利用者の急な希望にも対応している。夢プランから利用者や担当職員が外出計画を立て普段出掛けられないところにも出掛けるなど、支援の充実を図っている。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己管理が可能な方には、ご家族の了承を得て行って頂いている。難しい方は、事務所金庫で保管し、支出時は、金銭出納帳に記入し、毎月ご家族に報告をしている。買い物時や支払い時はさりげなく見守りを行い、個々の能力に応じて支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話を所有している方もおり、電話は自由に行って頂いている。ダイヤルするのが難しい方には、番号を押す等の支援を行ったり、手紙の住所をさりげなく確認する等の支援を行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花や行事等の写真を飾ったり、地域のパッチワーク講師による季節ごとのパッチワークを取り入れ、季節感・生活感を感じられるよう配慮している。室温度計や遮光カーテン、環境改善型空気清浄機を設置し、清々しい環境に努めている。	見当識の維持にも配慮し、季節が感じられる花や行事の写真、パッチワークなどが飾られている。各部屋に温度計、遮光カーテンも設置されている。環境改善型空気清浄機も設置し快適な生活空間づくりを行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにソファや一人で過ごせるテーブルを設置し、気の合う利用者様同士で過ごしたり、一人でゆっくり過ごしたりと、居場所を工夫している。また、サンルームで外を眺めながら他ユニットの方と交流を図れる場所もあり、落ち着いて過ごせる空間作りに努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人の馴染みの物(仏壇やぬいぐるみ、フォトムービー等)を持参頂き、安心して過ごせる空間となるよう努めている。	利用者の馴染みの物を持込んでいる。家具などは本人の希望に配置されている。日々の掃除は職員と一緒にっており清潔を保っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	ホーム内は全てバリアフリーとなっており、廊下、トイレ等は手すりが設置してあり、歩行の際の安全性を高めている。目印として、居室前の表札の他、居室入口扉、床、カーテンの色が居室ごとに異なり、見当識に配慮している。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0490600061		
法人名	特定非営利活動法人 安寿		
事業所名	グループホームたかのす		
所在地	宮城県白石市鷹巣西2丁目4-12		
自己評価作成日	平成25年9月14日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0490600061-00&PrefCd=04&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成25年10月10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)】

近隣にスーパーや公共施設があり、買い物や行事参加の利便性が高く、森林浴を兼ねた散歩にも適した自然環境にある。隣接する畑では、季節ごとの野菜を育て、収穫する喜びを地域の方と実感している。また、地産地消の一役として、副食は地域に業務委託しているなど、運営理念に掲げている地域密着を目標に、地域との交流を深め、積極的に地域資源を活用した生活支援を行っている。ユニットは、環境改善型空気清浄機による清々しい環境。身体機能の低下等の状態に合わせて安心安全に入浴ができるリフト個浴を設置。24時間体制の医療連携、更に災害時の迅速な対応の為に大型自家発電機を導入し、安心した生活支援に努めている。また、福祉車輛の導入も行き、車いすを利用されている方の利便性を図る一方、緊急時の対応についても有資格者を採用する等、努めている。開所して3年を経過し、空き部屋利用のショートステイや共用型デイサービス事業を開始している。通所とグループホームの利用者様が共に関わり、交流を図り、地域密着型サービスの一役を担っている。

【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)】

ホームは東北新幹線白石蔵王駅に程近く、畑や小高い山もある自然豊かな住宅地にある。利用者が今まで過ごしてきた生活が継続出来るよう、地域住民との日常的な交流、地域行事への参加、行政サービス(移動図書館)の活用など、より地域との関係を深める運営がされている。職員は利用者支援の質を更に高めることをめざし、これまでを振り返り、新たに今年度から利用者の担当職員を決め、個別の支援を深める個別生活支援(夢プラン)に取り組んでいる。より一層、一人ひとりの思いや願いが叶えられ安心して生活できることをめざしている。加えて白石市では初の共用型指定認知症対応型通所介護事業も新たに加え、地域密着型サービス事業所として地域福祉を担っていることがうかがえた。

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

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

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームたかのす）「ユニット名 やまぶきユニット」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況 次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営				
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	運営理念とともに「私たちの理念」を作り、ユニット及び事務所に掲示している。また朝夕の申し送り時に唱和し理念を共通認識し、言葉掛け、態度等、日々のサービス提供場面において理念が実践できるよう意識している。	年1回全職員アンケートにより見直しを行っている。日々唱和し、支援の振り返りと新たな気付きにもなっている。住みよい環境づくりとして4S活動(清潔、清掃、整頓、整理)を意識し利用者支援に取り組んでいる。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入しており、地区の清掃活動への参加やホームでの防災訓練に参加頂く等、地域の一員として交流が図れている。また畑で収穫された野菜や花の差し入れを頂いたり、日常的に交流の機会は図れている。また、毎月の「たかのす通信」でホームの様子をお伝えしている。	自治会に班として加入している。地域住民とは地区活動やホームの行事などの交流が進み、老人クラブ、幼稚園、ボランティア団体などの訪問や、移動図書館も利用者の楽しみとなっている。近隣の方から野菜や花の差し入れもある。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	キャラバンメイトの実施や運営推進委員に研修会を開催したり、地域の方にホーム行事に参加頂き、認知症の方に対する理解や支援方法を深める機会を作っている。また、「介護相談窓口」の案内を毎月のたかのす通信の掲載し、地域の方々にも配布している。	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に一度開催し、サービスの実施、報告を行い、質疑応答を重ね、サービスの向上に努めている。会議内容は全職員が確認し、利用者様も確認が出来るよう図書コーナーに置き、いつでも見られる環境にある。また、会議の概要については、たかのす通信で公表している。	年6回定期開催されている。家族代表、自治会長、民生委員、市職員、地域包括職員が参加し、ホーム運営、利用者サービス等の報告や話し合いを行っている。地域からの要望で認知症講座を実施した。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	支援の方法、状況等について、運営推進会議において、ご意見を頂く他に、直接担当課に行き、再確認を行う等、連絡を密にしている。	市職員が運営推進会議にも参加しており連携は取れている。白石市で初の共用型指定認知症対応型通所介護の指定を受けるなど行政からの期待も大きい。
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	倫理規程や特定非営利活動法人安寿業務マニュアルにも掲げており、身体拘束を行わない事が原則であることを理解している。常に、利用者様の状況を確認し、支援に努めている。更に内部研修や外部研修等において、拘束に対する理解を深めている。	身体拘束には常に関心を持ち続け、利用者の思いや行動を出来るだけくみ取る研修や、日々のケアの振り返りで改善を図っている。日中の施錠はしていない。利用者の状態に応じてナースコールの補助機材としてセンサーマットを使用し安全対策を取っている。家族に説明し理解をもらっている。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修等で学ぶ機会を設けている。スピーチロック等、日々のケアの中でも注意し、リーダー等が不適切なケアを行っていないか、ケアの確認を行うとともに、職員間でも意識しながらケアに努めている。	

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 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	現在、権利擁護を必要とする利用者様はいないものの、外部研修等に参加し、学ぶ機会を設けている。また、権利擁護の公演会に希望のあった利用者様と一緒に参加し、活用できるよう支援している。制度の理解と活用に向けて取り組んでいきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時等は、施設長、管理者が同席し、専門用語は使用せず、わかりやすい言葉を選びながら丁寧な説明を心掛け、質問や不安等にお答えし、安心とご理解を頂けるよう努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関やユニットに意見箱を設置し、第三者委員も含め、内外の相談窓口を掲示している。ご家族には面会や電話の際、意見や要望を伺っている。利用者様からの要望や希望は職員が一对一で話しを伺ったり、ユニットの意見箱を活用している。	家族会はホームのイベントに合わせて年4回開催している。家族との面談や家族同士の交流の場となっている。日常的には個別面会や電話など、家族が気軽に話せる環境づくりに努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	施設長や管理者は、常に話しやすい環境に努め、個人ごとに話す機会を設け、意見や提案を反映できるよう努めている。また、毎月のリーダー・ケアマネ会議、ユニット会議等に参加し、職員の意見を聞く機会を設けている。	施設長、管理者は各会議や個人面談等で職員との対話を進め、提案などを運営に反映させている。お泊りデイ事業や夢プランなどの取組みも職員の意見や提案などを取り入れて実践している。	新たに共用型指定認知症対応型通所介護事業も含めた総合的なサービスを進めるために、全職員で現状の課題の分析と共有するための取組みを期待したい。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	全職員対象に自己評価を提出させる等、職員個々の努力や実績、また職務手当の支給等、職員のやりがいや向上心へ繋がるよう努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	運営者が自らユニット業務に入り、ケアの実際や力量を把握するよう努めている。また、内部研修を一か月に一度は行うとともに、外部研修にも職員のレベルに応じて積極的に参加させている。新人職員には、基礎知識の講話、説明からユニットにおける実技研修等を行っている。個々の経験に応じ、資格取得に向けての支援を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	地域ケア会議や介護支援専門員会議等に参加し、ネットワーク作りを行い、情報や問題点等を共有し、サービスの質の向上に努めている。また、外部研修として他施設の方々との合同での勉強会に参加する機会がある。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	今までの生活歴等を把握する為に、ご本人やご家族に面談し、アセスメントを行っている。その情報を基に、入居時は職員が協力し、ご本人の不安や要望等に耳を傾け、安心して頂けるよう支援している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	話しをしやすい雰囲気に関心掛け、不安や要望等をお聞きし、その内容を職員間で共有し、ホーム全体で対応する等、良い関係が築けるよう、努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前の面談で支援の必要性を十分に把握し、利用者様が混乱しないよう、また職員間でサービスに差が生じないよう努めている。入居申し込みから入居まで時間がある場合は、他サービスの情報提供を行いつつ、いつでも相談に乗る体制を作っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人の生活歴を理解し、ホームの中で、ご本人が出来る役割を持ち、生き活きと生活が出来よう、お互いが協働しながら、支え合う関係という事を意識してケアに取り組んでいる。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面談時には、日々の様子や体調等、状況報告を行い、居室でゆっくりと過ごして頂けるよう、配慮している。また記録の開示や毎月ホームでの様子やモニタリングシート等をお送りし、ご本人の状況等を共有し、共に支え合う関係を築いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	行きつけの美容室への利用や電話等のやりとりをはじめ、かかりつけ医への受診やご希望の地域の祭りや外食等の支援。また、ご家族にも協力を頂きながら、墓参りや温泉への旅行等、外出支援を行っている。夢プラン等を通じ、更に支援が向上している。	行きつけの美容院や、外食、温泉、墓参りなど、馴染みの場所の関係継続のため、本人や家族の希望を踏まえスケジュール化するなどの支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりの個性を大切にしながら、職員が間に入り支援している。日々の生活の中で、お互い出来る事を行い、支え合い、協力する気持ちがみられ、ユニットでの仲間(家族)意識が見られている。支え合えるよう新入居者様にも馴染みの関係が早急に築けるよう支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居先でも戸惑いなく生活が送れるよう、ホームでの様子やケア等の介護情報の提供を行い、経過のフォローとなるよう努めている。入院により、契約終了となった方には、お見舞いに行く等、今までの関係を大切にしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	生活歴やご本人の思いを大切に日々のコミュニケーションの中から、想いをくみ取り実践している。想いの表現が困難な時は、日々の行動等で情報を収集し、カンファレンスを行い、ご家族にも確認をしながら、統一したケアの提供、また希望に添ったケアの提供ができるよう努めている。	日常生活支援(夢プラン)の実践から、利用者と職員とのコミュニケーションの促進を図り、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。本人の何気ない行動やつぶやきなどを随時記録し、カンファレンス等で全職員が情報を共有化し支援を行っている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	日々の会話や行動、センター方式を利用し、生活歴、馴染みの暮らし方等、個々の把握に努めている。日々の関わりやご家族からお話を伺いながら、更に個人を把握できるよう、努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	介護記録、バイタルチェック表、排便チェック表等で日々の様子を記録に残し、生活リズムの把握に努めている。また、朝・夕の申し送りや情報の共有を図り、現状の把握に努めている。ご本人が出来る事を見極め、残存能力の低下に繋がらないよう支援している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人、ご家族、全職員で作成したセンター方式の結果により、定期的にプランを見直し、現状に即したプランを作成している。また、毎月、モニタリングを実施し、ご家族に報告している。	センター方式を活用し情報を収集しケアプランを作成し、月1回のモニタリングと6ヶ月毎のプラン見直しを行っている。利用者の状況に応じて随時見直しも行っている。プラン作成には本人、家族、医師、看護師、職員の意見を反映させている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子やケアの実践、気づき等をケース記録や支援日誌に記録し、職員間で情報を共有し、変化が見られた際は、カンファレンスを実施、プランの見直しに反映している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	訪問歯科検診や、夢プランの実施等、入居者様のニーズに答えられるよう取り組んでいる。また、福祉車輛や、乗り降りしやすい車輛等で車いすの利用者様も安心して外出が出来るよう、ハード面の改善を含め、柔軟な支援を行っている。		

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 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	コンサートや講演会の催し等、行政や自治会から配布される広報により情報を把握している。その情報を利用者様にお伝えし、希望に応じた外出支援を行い、地域の中で楽しみを得られるよう努めている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	馴染みの関係を大切に、ご本人、ご家族の希望するかかりつけ医に受診している。受診時は、1か月のバイタルチェック表を提示し、受診結果はご家族に報告している。ご家族が受診支援を行う際は、ホームでの生活状況等の情報提供を書面等で行っている。また、希望があれば、ご家族と同行し、医師にホームでの状況を報告している。	希望するかかりつけ医で、受診は必要に応じて職員が同行支援をしている。受診には日々のバイタルチェック表や生活状況などの情報を提供し、受診結果は家族と共有している。利用者毎に通院計画表を作り支援に活かしている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者様の健康状態を把握する為、バイタル測定を毎日行い、結果を記録に残している。訪問看護師とは24時間コール体制をとり、相談しながら、適切な受診や看護を受けられるよう努めている。また、日々の気づきや相談等を専用紙に記入し、来訪日に確認して頂いている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された時は、ホームでの情報を書面にまとめて提供している。状態の確認は、お見舞いに行った時やSW等に確認し、状態の把握に努めている。また、協力医療機関での研修に参加したり、SWと連絡等を取りながら円滑な関係作りに取り組んでいる。退院時は、サマリーを頂き、職員間で情報を共有し、支援を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に書面を用いて、ご本人、ご家族に説明を行い、同意を得ている。状態に変化が見られた時は、主治医やご家族と再確認を行いながら、看護師、職員とともにチームで支援に取り組んでいる。	入居時に本人と家族に指針の説明をし同意をもらっている。重度化した利用者の介護を家族、医師、看護師、職員の連携して支援している。看取りの経験を積み重ねていきたいと考えている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変や事故発生時に備えて、マニュアル、緊急連絡網を作成し、随時見直しもしている。また、応急手当普及員の資格を持つ職員から、救急救命講習や訓練を定期的に行い、実践力を身につけるよう、努めている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	施設管理責任者を中心にマニュアル作成を行ったり、災害防止委員会を設置している。委員会計画に添って、年4回の夜間想定も含めた訓練を実施している。非常用食料、備品、発電機等も準備している。(地震想定や夜間想定避難訓練、消火訓練や発電機講習会や吹き出し訓練等を実施)また、定期的に避難通路と持出(食品等)の確認を行っている。避難訓練時は、消防署の方以外に近隣住民の方や婦人防火クラブ、運営推進委員等、地域の方にも参加頂いている。	年4回の避難訓練を実施し、その内夜間想定訓練は2回実施している。町内会の回覧版を活用し地域に知らせている。訓練には運営推進委員、婦人防火クラブ、近隣の住民等が参加している。防災備品、備蓄品等の点検や電気製品、コンセント等の点検も定期的に行っている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	人格や生活歴を尊重し、お一人おひとりにあった話し方や接し方を心掛けている。また、入浴等希望の利用者様には同性介助を行う等、プライバシーに配慮した声掛け、対応に努めている。	呼び名は利用者の希望で呼んでいる。トイレ、入浴では同性介助を行っている。入室時は声がけやノックをしている。日々のミーティングや研修などでプライバシーに配慮した対応の徹底を図っている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々のご本人との関わりの中で想いや希望等をくみ取り、理解できるよう努め、可能な限り自己決定できるよう、選択肢を設けたりと声掛けの工夫や場面作りを行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者様一人ひとりのペースを大切にする事を会議や研修等で学び、日常的に心掛けており、個々のペースで生活できるよう食事のスピードや外出等、ご本人の希望に添って支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	お化粧される方には、化粧する喜びを忘れぬよう声掛けを行ったり、共にお化粧品を選んだり、染髪やパーマ等、おしゃれを楽しんで頂けるよう支援している。また、整容時に服を選んで頂いたり、選択が難しい方には、さりげなく職員が共に選ぶ等の支援を行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	副食は地元へ委託し、地元で採れた野菜を中心に旬の物を提供している。ホームの畑で収穫した野菜や希望メニューに取り入れてもらっている。月ごとに利用者様の希望する食事やデザート作りを、職員と共に行っており、楽しみに繋がるよう支援している。盛り付けやみそ汁作り、米研ぎや後片付け等、一緒に行って頂いている。	地域連携に配慮し地元の業者から副食を調達している。献立は利用者の希望も取り入れながら納入業者の栄養士が作成している。ご飯、味噌汁等は利用者も加わって作っている。行事食や誕生祝いは利用者の希望で作っている。配膳、後片付けも一緒に行っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個別に食事、水分摂取量のチェックを行い、ケースに記録し、全職員が状況の把握に努めている。疾患や能力に応じ、主治医に相談しながら、食事の形態を工夫し、きざみ食やとろみ食等の支援を行っている。一回に摂取する量の少ない方には、補助食品を数回に分けて提供する等、一日に必要な栄養・水分バランスに留意している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを行っている。能力に応じて声掛けや磨きの介助等を行っている。義歯の方は、夜間帯洗浄剤にて消毒を行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	個別のケース記録に排泄を記録することにより、排泄のパターンの把握に努め、トイレへのさりげない誘導を行い、失敗や便秘にならないよう努めている。	排泄パターンを把握しトイレに誘導している。食事前後にさりげなく声がけをしている。ポータブルトイレやリハビリパンツの活用もやっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	野菜をふんだんに使用した副食や、無理ない程度に散歩や軽体操等に参加頂いている。また、個々の水分量をチェックし、水分の少ない方には、好みの飲料を提供する等、摂取量の改善に工夫している。自然排便を心掛けているが、個人の排便状況を確認し、主治医に相談しながら、服薬管理(量の調整等)を行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	バイタルチェック表で体調を確認後、入浴を実施している。身体状況に応じてリフト浴で対応、個浴でゆっくりと入浴できるよう支援している。入浴順番は、記録に残し、ローテーションを組んで対応、浴室の温度管理や湯の入れ替え等、その日の気分で入浴されない方には、翌日に入浴を勧める等、臨機応変に対応している。	体調に合わせた入浴支援を行っている。入浴時間は朝から夕食前で利用者の希望で支援している。同性介助で支援している。入浴拒否や体調不良などには状況を見ながら対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活リズムを把握し、(すぐに休まれる方、読書をされる方、ぬいぐるみと一緒に休む方等)休息の声掛けを行っており、心身に負担のないよう配慮している。夜間は一時間に一度見回りを行い、状況に応じて対応している。安眠できるよう日中の過ごし方に配慮したり、主治医に相談を行う等、身体に負担のないよう取り組んでいる。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方ファイルを活用し、把握に努め、薬の変更時は申し送りで職員間で情報を共有している。服薬時は、ダブルチェックを行い、ご本人にも確認して頂き、声だし確認後、服薬終了まで見守り確認を行っている。残薬の管理や日々の配薬も必ずダブルチェックで行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴を考慮し、その力を活かした役割(畑仕事や台所仕事等)を生活の中で行っている。また、楽しみ事や嗜好品(ビールや菓子等)、個々に支援している。ご本人の希望を取り入れ、今年度から個別ケア(夢プラン)を実施している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	行事計画の他に、天候や利用者の希望に応じて、日常的に買い物や散歩、ドライブ等の外出支援を行っている。地域行事では、地域の方の協力を頂きながら、楽しいひと時を過ごしている。ご家族にも、温泉旅行や墓参り等、ご本人の希望の場所への外出支援の協力を頂いている。また、今年度より個別ケア(夢プラン)を導入し、職員と個々に普段行けないような場所に行く事も可能となり、より充実した支援に努めている。	年間計画による外出の他、利用者の急な希望にも対応している。夢プランから利用者や担当職員が外出計画を立て普段出掛けられないところにも出掛けるなど、支援の充実を図っている。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己管理が可能な方には、ご家族の了承を得て行って頂いている。難しい方は、事務所金庫で保管し、支出時は、金銭出納帳に記入し、毎月ご家族に報告をしている。買い物時や支払い時はさりげなく見守りを行い、個々の能力に応じて支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話を所有している方もおり、電話は自由に行って頂いている。ダイヤルするのが難しい方には、番号を押す等の支援を行ったり、手紙の住所をさりげなく確認する等の支援を行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花や行事等の写真を飾ったり、地域のパッチワーク講師による季節ごとのパッチワークを取り入れ、季節感・生活感を感じられるよう配慮している。室温度計や遮光カーテン、環境改善型空気清浄機を設置し、清々しい環境に努めている。	見当識の維持にも配慮し、季節が感じられる花や行事の写真、パッチワークなどが飾られている。各部屋に温度計、遮光カーテンも設置されている。環境改善型空気清浄機も設置し快適な生活空間づくりを行っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにソファや一人で過ごせるテーブルを設置し、気の合う利用者様同士で過ごしたり、一人でゆっくり過ごしたりと、居場所を工夫している。また、サンルームで外を眺めながら他ユニットの方と交流を図れる場所もあり、落ち着いて過ごせる空間作りに努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人の馴染みの物(仏壇やぬいぐるみ、フォトムービー等)を持参頂き、安心して過ごせる空間となるよう努めている。	利用者の馴染みの物を持込んでいる。家具などは本人の希望に配置されている。日々の掃除は職員と一緒にっており清潔を保っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	ホーム内は全てバリアフリーとなっており、廊下、トイレ等は手すりが設置してあり、歩行の際の安全性を高めている。目印として、居室前の表札の他、居室入口扉、床、カーテンの色が居室ごとに異なり、見当識に配慮している。		