

### 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	0405500050
法人名	株式会社ウェルフェアフォレスト
事業所名	グループホーム いずみの里 1丁目
所在地	宮城県仙台市泉区山の寺1丁目34-3
自己評価作成日	平成23年2月15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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---

#### 【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23年5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)】

あたたかい家庭的な環境の整備や入居者様の生活歴を職員間で把握しホームの生活でも生かせるように支援している。入居者様の活動を受け入れ、入居者様からのサインを見逃さないように心掛けています。積極的に地域資源を活用し施設だけに留まらない生活、職員とだけの関わりにならない生活を送れるように支援しております。職員と一緒に家事や行事を楽しみながら出来る力を生かせるように支援しています。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

現場職員の意見を取り入れ、利用者が快適に生活できるよう毎年ユニットごとに理念を掲げ、実践している。震災で1週間ほど避難所で生活したことで、地域との協力や連携ができ、地域でのホームの役割も再確認できた。この経験を生かし、より地域に根差した施設になると、平成23年度は職員の個別研修を取り入れ一人一人の目標を決めるなどして、質の向上に力を入れる取り組みを始めている。地域包括支援センターの職員が、運営推進会議に出席するようになり、役所との連携もできてきている。利用者は落ち着いて生活されており、思い思いの生活ができるような配慮が感じられる。

### 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 ↓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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 (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、生き活きと働けている (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、安心して暮らしている (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 いずみの里）「ユニット名 一丁目」

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 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	ホームの理念の「暖かい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」の4つの実践に向けて、毎年、年度初めに、ミーティングにてユニット独自の理念を掲げ、上半期、年度末にチームで評価している。	毎年、年度初めにユニットごとの理念の評価を行い、次年度の理念を掲げている。現場での思いや利用者の状況を把握して掲げている理念なので、常に現場で活かされるよう振り返りを行い、職員間で確認している。	
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	施設行事のお誘いを積極的に行っている。毎年、町内会の加入、地域の行事、防災訓練の参加、夏祭りなど地域との交流の機会を大切にしている。施設行事にも参加していただけるようになってきた。ポータブルトイレやオムツ、洗剤の寄付などもあり交流の機会は増えている。	地域の行事の誘いには、積極的に参加している。また、施設の行事の夏祭りや芋煮会には地域から多くの参加がある。今年度は、町内会の集会所の鍵の管理をお願いされている。	
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	地域防災のため、21:00まで外灯の点灯。地元中学生の職場体験の受入を積極的に行っている。今年は障害者の研修受入も実施した。また、24時間職員が滞在していることから、向かいの集会所の鍵の管理を始めている。		
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	外部評価及び、市町村の実地指導の結果は会議で報告している。また、非常食に試食会、施設のメニューの食事会を開催し意見を求めている。	地区社協・町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・ボランティア団体代表・家族等の参加で年6回行う。22年度は、地域包括の職員も4回参加している。玄関のチャイムの提案があり、改善につながっている。	
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	運営推進会議にて、ケアの取り組みについては報告している。地域包括支援センターから入居希望者の紹介があったりするようになってきた。	地域包括支援センターとの情報交換・連携がよくできている。利用者の紹介や、1人暮らしの高齢者の相談などがある。また、今回の震災では、近所の高齢者の入浴依頼などの相談があった。	
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	ホームとして「身体拘束はしない」指針があり、日中帯の玄関の施錠はしていない。身体拘束の外部、内部研修は定期的に開催しており自分達のケアに身体拘束が潜んでいないか確認している。理解については職員間に差があるのが現状である。	身体拘束はしないという指針は研修も含め職員に周知している。事故防止のために必要な場合もあるのでは、といった認識も現場にはある。ホームの鍵は日中はかけず、夜間のみ居住者の了解を得て施錠している。	身体拘束はしないという方針は理解されている。現場での事故防止に対する職員一人一人の認識の違いがある。気づきや自己覚知ができるような、研修方法を工夫することで、さらに理解が進むことを期待する。
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逃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	外部研修に定期的に参加し報告会をかねて内部研修をおこなっている。今年は事例検討会を開催。また、不適切なケア、グレーゾーンについて自分達のケアにひそんでいないか確認している。		

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
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	管理者、職員とも制度を活用できる、している入居者様がいなく、学ぶ機会がすくなかったが、入居者の中に成年後見人制度を利用予定の入居者様がいるので、今後、勉強会を行なう予定。		
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	入居申込みの段階で説明を行い、納得の上も申込みをしている。入居、解約の際、再度説明しお互い納得できるように努めている。		
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	運営推進会議時や面会票に記載できる欄をつくり意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、家族面会時やケアプラン提示時に要望等をお伺いしている。利用者については随時お話を聞くように取り組んでいる。	家族全員に運営推進会議の案内をしている。定期の報告時、報告書にご意見欄を設け、要望等を吸い上げるよう工夫している。第三者委員を設置し、相談苦情に対応できるようにしている。	
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	法人内の管理者会議で各施設の意見を発表する場やミーティング時に職員の意見、ケアプラン委員会、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。	事業所内での各種委員会で出された意見や要望などは、法人内の施設長が集まる合同ミーティングで発表し、意見が反映できるようにしている。ユニットごとに行っていた行事を一緒にするなど、改善につなげている。	
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	介護職員の交付金の申請、交付や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。		
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	外部研修、内部研修、法人内の研修機会の確保に取り組んでいる。新人研修の実施、新人職員指導研修など実施している。		
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	GH協には入会していないが、法人内研修や外部研修でネットワークが広がっている。また、法人内での交換研修を予定している。		

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 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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。また、入居前に本人様の見学をお願い。体験入居も随時受け入れている。		
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。見学の際は極力、管理者が対応し入居前に不明点が解決できるように取り組んでいる。		
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	担当ケアマネジャー、家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居出来ない時はシルバーライフの紹介、同系列施設に相談している。		
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	職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方や昔の話から学ぶ機会がある。入居者様の体験から子育てなど学ぶ機会は多い。		
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	家族とオヤツや食事の時間が近い時は一緒に食事、また、他入居者様とも顔なじみになっている。急な外泊、外出についても対応している。家族様から家具を寄付してもらったこともある。		
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	自宅が空き家になっている方は時々、様子を見に行ったりしている。行き着けの床屋の利用。絵を描いていた方は知人の展覧会を見に行ったり支援に取り組んでいる。家族が遠方でなかなか会えない入居者様には家族様に電話の依頼をしている。	職員は、利用者の趣味の絵画展、行きつけのお店、墓参りなどに同行、利用者や家族の希望に添えるよう努めている。	
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	意思疎通が困難、ADLが低下している入居者様もコーヒーの時間やレクの時間など同じテーブルで過ごせるように取り組んでいる。また、元気な入居者様がADLが低下した入居者様の部屋を掃除したり入居者様の関係の支援に努めている。		

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	他施設に移った方の入居時の様子、ホームでのケアなど説明したり、入院で退居となった入居者様の面会などを行っている。その他に退居された方の利用の証明書の発行など。		
<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 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	外出希望の入居者様がおり、時間づくり対応している。言葉に出せず希望、意向の把握が難しい方の場合、日頃の行動、表情、仕草、生活歴からニーズの把握に努めている。	職員は利用者の生活歴・ニーズの把握に努めている。ホームの中での役割づくりや、居場所づくりに役立っている。また、疾病により食事制限のある利用者には、主治医と相談して食べる楽しみが維持できるよう食事の調整をしている。	
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	生活歴、バックグラウンドの把握についてはいつでも回覧できるようにしている。新規入居者については入居前に本人、家族からの聞き取りをしている。		
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	「できること。」「出来ないこと。」「どこまでできるか」などの把握についてはケアプラン更新時確認しているが、ケアになると安易に手を出してしまったりすることも多々ある。		
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	家族、本人の意向を確認し原則3ヶ月に1回見直しを行ない、職員主体のプランにならないように努めている。ケアプラン委員会でもプランのあり方など検討している。	毎月のモニタリングと3ヶ月に1回の評価を行い、ケアプラン委員会でプランの見直しをしている。職員一人一人の観察や介助の中で家族の希望、本人の意向を踏まえたプラン作りを心掛けている。	
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	個別に記録を残し職員間で情報の共有化に努めているが、ケアプランについての記録が少なくケアプラン委員会で記録の必要性について研修会を開催。現在取り組んでいる最中である。		
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	訪問カット、マッサージ、行事食、選択食の導入など新しいことに取り組んでいる。		

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 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近所の美容室の利用時はカット中、職員が常時いなくても対応してくれるようになった。行事時、ボランティアさんが手伝ってくれるようになったり、融雪剤の寄付などもある。地区社協の行事の参加の支援をしている。		
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	かかりつけ医とは家族、本人納得のうえ、往診を受けている。医師とは密な連絡をとるようにし他科受診の際も紹介状や連絡を取ってくれている。また、受診時は職員が付き添い、必要な時は家族に同行をお願いしている。	入居時に、主治医を事業所提携医に変更しており、月2回の往診をお願いしている。看護師も必要時には訪問してくれている。他科の受診が必要な時には、提携医より紹介してもらったり、職員が同行して、連携が図れるようにしている。	
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	かかりつけ医の看護師が往診時、一緒に来てくれるので、気軽に相談ができる。また、電話対応も常時可能でありケースによっては来所してくれる関係にある。		
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。	入院時、こまめに面会に行くようにし、医師、看護師、ソーシャルワーカーに症状を確認し退院日時の調整など円滑な関係づくりに取り組んでいる。		
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	法人としても看取りは視野に入れている。入居前に十分に説明をしている。重度化した場合、かかりつけ医との面談など今後について家族様との共有化に努めている。	重度化における指針ができ、家族との重度化における意志の共有化が図られた。今後看取りについても、法人として検討していくことになっている。職員の研修や医療連携などを積極的に行っていこうと話合われている。	
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	マニュアルはあるが、対応については研修、訓練は行っていない。全ての職員が実践できるとは言いがたい。		
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	夜間想定を含め、消防、業者立会いのもと年2回訓練を実施。地域との協力体制はあり少ないながら参加してもらっている。	年2回夜間想定も含め、消防署立ち合いで避難訓練を行っている。大震災を経験し、近所の支援や協力が得られ、信頼感や連携も実感できたが、4月に行った避難訓練には、地域からの参加はなかった。	今回の大震災で、皆の避難訓練に対する意識は高くなった。しかし、昨年度から地域からの参加者が少ない。地域とのつながりはあるので、避難訓練への参加呼び掛けの工夫で、より近隣との協力体制が築けることを期待する。

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 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	リビングで「トイレ」などプライバシーに関わる言葉があったり、リビング、廊下などで口腔ケアをしたりとプライバシーの配慮が足りない部分が多く、椅子に座った入居者様を椅子ごと引きずり移動したり尊厳への配慮が足りない。	職員の何気ない言葉や、介助方法の中に、プライバシーへの配慮が足りないと感じる時は、職員会議や研修時に、皆で検討し改善している。職員の個別研修を今年度から始めており、より質の向上が期待できる。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい言葉で声がけしている。自分で意思をうまく伝えられない方に関しては、様子、仕草などから何を伝えようとするか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多く出来るように努めている。		
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	本人がどうしたいのかを大切に、他フロアと協力しつつ、希望に沿えるように柔軟に対応している。		
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	重ね着があっても、さりげない声がけし、本人と相談しながら本人らしい身だしなみができるように支援している。また、お気に入りの服が汚れた際は出来るだけ早く返せるようにしている。		
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	職員と入居者が一緒に、一人一人の力に応じて準備、調理、片付けは日常的になっている。季節、季節で行事食、選択食も取り入れている。	食事は3食外部委託をしており、業者の管理栄養士が管理している。季節の食材を使ったメニューが提供されている。利用者と職員と一緒に食事を楽しみ、盛り付けや片づけなどできることを皆で行っている。	
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	入居者様全員に水分摂取チェック表があり、水分摂取量を確認している。摂取量が少ない入居者様には好みの物を家族に聞いて、提供したり、模索している。間食の好きな入居者様については主治医と相談しながら楽しみのある食生活を送れるよう支援している。		
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	口腔ケアについては、衛生士、歯科医に毎月1回は確認してもらっている。また、各入居者様にあった用具を紹介してもらったり指導してもらっている。		

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	排泄表を利用し、排便間隔、排尿間隔の把握に努めている。パットやオムツは時間帯に応じて大きさ、吸収量を考慮し使用している。	利用者それぞれの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。日中のおむつ使用者はいない。夜間はおむつが必要な方もいるが、居室にポータブルトイレを置き、排泄できるように声掛けしている。	
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	乳製品や水分摂取量が増えるように取り組み、出来るだけ薬に頼らないように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日、時間帯は特に決まっていない。出来るだけ本人の希望に沿って入浴できるように支援している。	午前・午後・夜と、利用者の希望に沿った入浴を行っている。個浴なのでゆったりと入浴できている。入浴拒否があった方は、清拭や足浴などで対応し、現在週2回の入浴ができるようになった。	
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	入居者様の状態に合わせて支援している。眠れない時は事務所で過ごしたり無理しいせずに支援している。		
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	誤薬防止マニュアルがあり、用法、用量については把握している。副作用や目的はいつでも確認、閲覧できるように支援している。		
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	入居者様の役割や習慣、楽しみごとを職員間で共有し日常生活に取り入れている、気分転換の一環として、ドライブや地域行事の参加も支援している。		
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	日常的に買物やドライブなど外出する機会や、季節、季節で外出機会もあり、地域のボランティアの協力もあった。介助量の多い入居者様の頻度は少なく、外出機会の頻度については入居者様によって差がある。	年間計画に外出を企画し、家族やボランティアにも参加いただき、事業所全体の行事とし、利用者は楽しみにしている。地域の敬老会や、食事会にも参加している。毎日外出を希望する方もおり、できるだけ希望に添えるよう努力している。	



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
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	数名、常時お金をもっており、買物時自分で支払いする方もいる。常時もっていない入居者様も訪問でヤクルト屋さんに来た際、支払いできるように支援している。		
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	希望で電話はいつでも使用できるように支援している。手紙を自分で出したり孫様と文通の支援をしている。		
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	季節毎、装飾を変えたり、季節感を取り入れるようにしている。食器棚等の家具については自宅で使用していたような家庭的な物を使用している。	居間や廊下には、利用者が作成した張り絵などが展示され、季節が感じられる工夫がされている。窓からは、庭の畑が見え、収穫を楽しみにされている。事務所の窓が大きく、中からも利用者の様子がわかるようになっている。	
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	廊下、座敷にソファを設置し一人ひとりがその日の気分によって居心地が良い場所で過ごせるように支援している。		
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	自宅で布団で休んでいた方は布団で対応している。また、化粧台、仏壇、タンスなどなじみの物を持っていただけるように支援しその人らしい環境づくりに努めている。	各居室は明るく、清潔感がある。利用者それぞれの生活や趣味が楽しめるよう、配慮されている。ルームランナーが置いてあったり、仏壇やお気に入りのタンスなどが置かれている。	
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	居室に家族の写真や家具を設置し自分の部屋と認識しやすいように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の配置を変更するなど、自立できるように支援している。		

### 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	0405500050
法人名	株式会社ウェルフェアフォレスト
事業所名	グループホーム いずみの里 2丁目
所在地	宮城県仙台市泉区山の寺1丁目34-3
自己評価作成日	平成23年2月15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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---

#### 【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23年5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)】

あたたかい家庭的な環境の整備や入居者様の生活歴を職員間で把握しホームの生活でも生かせるように支援している。入居者様の活動を受け入れ、入居者様からのサインを見逃さないように心掛けています。積極的に地域資源を活用し施設だけに留まらない生活、職員とだけの関わりにならない生活を送れるように支援しております。職員と一緒に家事や行事を楽しみながら出来る力を生かせるように支援しています。

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

現場職員の意見を取り入れ、利用者が快適に生活できるよう毎年ユニットごとに理念を掲げ、実践している。震災で1週間ほど避難所で生活したことで、地域との協力や連携ができ、地域でのホームの役割も再確認できた。この経験を生かし、より地域に根差した施設になろうと、平成23年度は職員の個別研修を取り入れ一人一人の目標を決めるなどして、質の向上に力を入れる取り組みを始めている。地域包括支援センターの職員が、運営推進会議に出席するようになり、役所との連携もできてきている。利用者は落ち着いて生活されており、思い思いの生活ができるような配慮が感じられる。

### 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 ↓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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活き活きと働けている (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、安心して暮らしている (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 いずみの里）「ユニット名 2丁目」

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 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	ホームの理念の「暖かい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」の4つの実践に向けて、毎年、年度初めに、ミーティングにてユニット独自の理念を掲げ、上半期、年度末にチームで評価している。	毎年、年度初めにユニットごとの理念の評価を行い、次年度の理念を掲げている。現場での思いや利用者の状況を把握して掲げている理念なので、常に現場で活かされるよう振り返りを行い、職員間で確認している。	
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	施設行事のお誘いを積極的に行っている。毎年、町内会の加入、地域の行事、防災訓練の参加、夏祭りなど地域との交流の機会を大切にしている。施設行事にも参加していただけるようになってきた。ポータブルトイレやオムツ、洗剤の寄付などもあり交流の機会は増えている。	地域の行事の誘いには、積極的に参加している。また、施設の行事の夏祭りや芋煮会には地域から多くの参加がある。今年度は、町内会の集会所の鍵の管理をお願いされている。	
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	地域防災のため、21:00まで外灯の点灯。地元中学生の職場体験の受入を積極的に行っている。今年度は障害者の研修受入も実施した。また、24時間職員が滞在していることから、向かいの集会所の鍵の管理を始めている。		
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	外部評価及び、市町村の実地指導の結果は会議で報告している。また、非常食に試食会、施設のメニューの食事会を開催し意見を求めている。	地区社協・町内会長・民生委員・地域包括支援センター職員・ボランティア団体代表・家族等の参加で年6回行う。22年度は、地域包括の職員も4回参加している。玄関のチャイムの提案があり、改善につながっている。	
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	運営推進会議にて、ケアの取り組みについては報告している。地域包括支援センターから入居希望者の紹介があったりするようになってきた。	地域包括支援センターとの情報交換・連携がよくできている。利用者の紹介や、1人暮らしの高齢者の相談などがある。また、今回の震災では、近所の高齢者の入浴依頼などの相談があった。	
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	ホームとして「身体拘束はしない」指針があり、日中帯の玄関の施錠はしていない。身体拘束の外部、内部研修は定期的に開催しており自分達のケアに身体拘束が潜んでいないか確認している。理解については職員間に差があるのが現状である。	身体拘束はしないという指針は研修も含め職員に周知している。事故防止のために必要な場合もあるのでは、といった認識も現場にはある。ホームの鍵は日中はかけず、夜間のみ居住者の了解を得て施錠している。	身体拘束はしないという方針は理解されている。現場での事故防止に対する職員一人一人の認識の違いがある。気づきや自己覚知ができるような、研修方法を工夫をすることで、さらに理解が進むことを期待する。
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逃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	外部研修に定期的に参加し報告会をかねて内部研修をおこなっている。今年度は事例検討会を開催。また、不適切なケア、グレーゾーンについて自分達のケアにひそんでいないか確認している。		

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
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	管理者、職員とも制度を活用できる、している入居者様がいなく、学ぶ機会がすくなかったが、入居者の中に成年後見人制度を利用予定の入居者様がいるので、今後、勉強会を行なう予定。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居申込みの段階で説明を行い、納得の上も申込みをしている。入居、解約の際、再度説明しお互い納得できるように努めている。		
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	運営推進会議時や面会票に記載できる欄をつくり意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、家族面会時やケアプラン提示時に要望等をお伺いしている。利用者については随時お話を聞くように取り組んでいる。	家族全員に運営推進会議の案内をしている。定期の報告時、報告書にご意見欄を設け、要望等を吸い上げるよう工夫している。第三者委員を設置し、相談苦情に対応できるようにしている。	
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	法人内の管理者会議で各施設の意見を発表する場やミーティング時に職員の意見、ケアプラン委員会、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。	事業所内での各種委員会で出された意見や要望などは、法人内の施設長が集まる合同ミーティングで発表し、意見が反映できるようにしている。ユニットごとに行っていた行事を一緒にするなど、改善につなげている。	
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	介護職員の交付金の申請、交付や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。		
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	外部研修、内部研修、法人内の研修機会の確保に取り組んでいる。新人研修の実施、新人職員指導研修など実施している。		
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	GH協には入会していないが、法人内研修や外部研修でネットワークが広がっている。また、法人内での交換研修を予定している。		

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 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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。また、入居前に本人様の見学をお願い。体験入居も随時受け入れている。		
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。見学の際は極力、管理者が対応し入居前に不明点が解決できるように取り組んでいる。		
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	担当ケアマネジャー、家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居出来ない時はシルバーライフの紹介、同系列施設に相談している。		
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	職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方や昔の話から学ぶ機会がある。入居者様の体験から子育てなど学ぶ機会は多い。		
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	正月は外泊したり、家族と床屋に行ったり、オヤツや食事の時間が近い時は一緒に食事、また、他入居者様とも顔なじみになっている。急な外泊、外出についても対応している。家族様から入居前や昔のことを伺いケアに生かしている。		
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	自宅が空き家になっている方は時々、様子を見に行ったりしている。行き着けの床屋の利用。絵を描いていた方は知人の展覧会を見に行ったり支援に取り組んでいる。家族が遠方でなかなか会えない入居者様には家族様に電話の依頼をしている。	職員は、利用者の趣味の絵画展、行きつけのお店、墓参りなどに同行、利用者や家族の希望に添えるよう努めている。	
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	意思疎通が困難、ADLが低下している入居者様もコーヒーの時間やレクの時間など同じテーブルで過ごせるように取り組んでいる。また、元気な入居者様がADLが低下した入居者様の部屋を掃除したり入居者様の関係の支援に努めている。		

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	他施設に移った方の入居時の様子、ホームでのケアなど説明したり、入院で退居となった入居者様の面会などを行っている。その他に退居された方の利用の証明書の発行、退居された方の家族が不要になったタオルを持ってくることもある。		
<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 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	外出希望の入居者様があり、時間づくり対応している。言葉に出せず希望、意向の把握が難しい方の場合、日頃の行動、表情、仕草、生活歴からニーズの把握に努めている。	職員は利用者の生活歴・ニーズの把握に努めている。ホームの中での役割づくりや、居場所づくりに役立てている。また、疾病により食事制限のある利用者には、主治医と相談して食べる楽しみが維持できるよう食事の調整をしている。	
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	生活歴、バックグラウンドの把握についてはいつでも回覧できるようにしている。新規入居者については入居前に本人、家族からの聞き取りをしている。		
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	「できること。」「出来ないこと。」「どこまでできるか」などの把握についてはケアプラン更新時確認しているが、ケアになると安易に手を出してしまったりすることも多々ある。		
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	家族、本人の意向を確認し原則3ヶ月に1回見直しを行ない、職員主体のプランにならないように努めている。ケアプラン委員会でもプランのあり方など検討している。	毎月のモニタリングと3ヶ月に1回の評価を行い、ケアプラン委員会でプランの見直しをしている。職員一人一人の観察や介助の中で家族の希望、本人の意向を踏まえたプラン作りを心掛けている。	
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	個別に記録を残し職員間で情報の共有化に努めているが、ケアプランについての記録が少なくケアプラン委員会で記録の必要性について研修会を開催。現在取り組んでいる最中である。		
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	訪問カット、マッサージ、行事食、選択食の導入など新しいことに取り組んでいる。		

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 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近所の美容室の利用時はカット中、職員が常時いなくても対応してくれるようになった。行事時、ボランティアさんが手伝ってくれるようになったり、融雪剤の寄付などもある。地区社協の行事の参加の支援をしている。		
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	かかりつけ医とは家族、本人納得のうえ、往診を受けている。医師とは密な連絡をとるようにし他科受診の際も紹介状や連絡を取ってくれている。また、受診時は職員が付き添い、必要な時は家族に同行をお願いしている。	入居時に、主治医を事業所提携医に変更しており、月2回の往診をお願いしている。看護師も必要時には訪問してくれている。他科の受診が必要な時には、提携医より紹介してもらったり、職員が同行して、連携が図れるようにしている。	
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	かかりつけ医の看護師が往診時、一緒に来てくれるので、気軽に相談ができる。また、電話対応も常時可能でありケースによっては来所してくれる関係にある。		
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。	入院時、こまめに面会に行くようにし、医師、看護師、ソーシャルワーカーに症状を確認し退院日時の調整など円滑な関係づくりに取り組んでいる。		
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	法人としても看取りは視野に入れている。入居前に十分に説明をしている。重度化した場合、かかりつけ医との面談など今後について家族様との共有化に努めている。	重度化における指針ができ、家族との重度化における意志の共有化が図られた。今後看取りについても、法人として検討していくことになっている。職員の研修や医療連携などを積極的に行っていこうと話されている。	
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	マニュアルはあるが、対応については研修、訓練は行っていない。全ての職員が実践できるとは言いがたい。		
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	夜間想定を含め、消防、業者立会いのもと年2回訓練を実施。地域との協力体制はあり少ないながら参加してもらっている。	年2回夜間想定も含め、消防署立ち合いで避難訓練を行っている。大震災を経験し、近所の支援や協力が得られ、信頼感や連携も実感できたが、4月に行った避難訓練には、地域からの参加はなかった。	今回の大震災で、皆の避難訓練に対する意識は高くなった。しかし、昨年度から地域からの参加者がいない。地域とのつながりはあるので、避難訓練への参加呼び掛けの工夫で、より近隣との協力体制が築けることを期待する。

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 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	リビングで「トイレ」などプライバシーに関わる言葉があったり、リビング、廊下などで口腔ケアをしたりとプライバシーの配慮が足りない部分が多く、椅子に座った入居者様を椅子ごと引きずり移動したり尊厳への配慮が足りない。	職員の何気ない言葉や、介助方法の中に、プライバシーへの配慮が足りないと感じる時は、職員会議や研修時に、皆で検討し改善している。職員の個別研修を今年度から始めており、より質の向上が期待できる。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい言葉で声がけしている。自分で意思をうまく伝えられない方に関しては、様子、仕草などから何を伝えようとするか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多く出来るように努めている。		
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し、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	本人がどうしたいのかを大切にし、他フロアと協力しつつ、希望に沿えるように柔軟に対応している。		
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	重ね着があっても、さりげない声がけし、本人と相談しながら本人らしい身だしなみができるように支援している。また、お気に入りの服が汚れた際は出来るだけ早く返せるようにしている。		
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	職員と入居者が一緒に、一人一人の力に応じて準備、調理、片付けは日常的になっている。季節、季節で行事食、選択食も取り入れている。	食事は3食外部委託をしており、業者の管理栄養士が管理している。季節の食材を使ったメニューが提供されている。利用者と職員と一緒に食事を楽しみ、盛り付けや片づけなどできることを皆で行っている。	
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	入居者様全員に水分摂取チェック表があり、水分摂取量を確認している。摂取量が少ない入居者様には好みの物を家族に聞いて、提供したり、模索している。間食の好きな入居者様については主治医と相談しながら楽しみのある食生活を送れるよう支援している。		
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	口腔ケアについては、衛生士、歯科医に毎月1回は確認してもらっている。また、各入居者様にあった用具を紹介してもらったり指導してもらっている。		



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	排泄表を利用し、排便間隔、排尿間隔の把握に努めている。パットやオムツは時間帯に応じて大きさ、吸収量を考慮し使用している。	利用者それぞれの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。日中のおむつ使用者はいない。夜間はおむつが必要な方もいるが、居室にポータブルトイレを置き、排泄できるように声掛けしている。	
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	乳製品や水分摂取量が増えるように取り組み、出来るだけ薬に頼らないように支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日、時間帯は特に決まっていない。出来るだけ本人の希望に沿って入浴できるように支援している。	午前・午後・夜と、利用者の希望に沿った入浴を行っている。個浴なのでゆったりと入浴できている。入浴拒否があった方は、清拭や足浴などで対応し、現在週2回の入浴ができるようになった。	
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	入居者様の状態に合わせて支援している。眠れない時は事務所で過ごしたり無理しいせずに支援している。		
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	誤薬防止マニュアルがあり、用法、用量については把握している。副作用や目的はいつでも確認、閲覧できるように支援している。		
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	入居者様の役割や習慣、楽しみごとを職員間で共有し日常生活に取り入れている、気分転換の一環として、ドライブや地域行事の参加も支援している。		
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	日常的に買物やドライブなど外出する機会や、季節、季節で外出機会もあり、地域のボランティアの協力もあった。介助量の多い入居者様の頻度は少なく、外出機会の頻度については入居者様によって差がある。	年間計画に外出を企画し、家族やボランティアにも参加いただき、事業所全体の行事とし、利用者は楽しみにしている。地域の敬老会や、食事会にも参加している。毎日外出を希望する方もおり、できるだけ希望に添えるよう努力している。	

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
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	数名、常時お金をもっており、買物時自分で支払う方もいる。常時もっていない入居者様も訪問でヤクルト屋さん came 際、支払うことができるように支援している。		
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	希望で電話はいつでも使用できるように支援している。手紙を自分で出したり孫様と文通の支援をしている。		
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	季節毎、装飾を変えたり、季節感を取り入れるようにしている。食器棚等の家具については自宅で使用していたような家庭的な物を使用している。夜間帯、事務所の電気を消したりと配慮をしている。	居間や廊下には、利用者が作成した張り絵などが展示され、季節が感じられる工夫がされている。窓からは、庭の畑が見え、収穫を楽しみにされている。事務所の窓が大きく、中からも利用者の様子がわかるようになっている。	
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	廊下、座敷にソファを設置し一人ひとりがその日の気分によって居心地が良い場所で過ごせるように支援している。		
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	自宅で布団で休んでいた方は布団で対応している。また、化粧台、仏壇、タンスなどなじみの物を持っていただけるように支援しその人らしい環境づくりに努めている。	各居室は明るく、清潔感がある。利用者それぞれの生活や趣味が楽しめるよう、配慮されている。ルームランナーが置いてあったり、仏壇やお気に入りのタンスなどが置かれている。	
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	居室に家族の写真や家具を設置し自分の部屋と認識しやすいように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の配置を変更するなど、自立できるように支援している。		