

# 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	0491300034		
法人名	医療法人 一秀会		
事業所名	認知症高齢者 グループホーム堤通り ユニット:1丁目		
所在地	宮城県栗原市若柳字川南堤通20-25		
自己評価作成日	平成31年1月31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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉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5階		
訪問調査日	平成31年2月27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)】

・全介助の利用者様でも、定期的にトレイ誘導を行い、トイレで排泄するようにしている。最初から下剤に頼らず、オリゴ糖や野菜ジュース等を提供している。  
 ・一人一人の利用者様の状態に合わせた食事形態を工夫している。  
 ・職員一人一人が、利用者様の細やかな変化に対し、気付きを持って接している。また、常に職員同士が相談しながら利用者様の対応を行っている。  
 ・同系列の施設と連携を図りながら、その人にあった環境を整えている。  
 ・かかりつけ医との連携や訪問看護が週1回来所される為、利用者様の状態報告をし、適切な指示等を頂、利用者様の健康管理に努めている。

## 【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)】

若柳の閑静な住宅地に位置し、ウッドデッキで繋がれた平屋建て2ユニットの事業所である。敷地内には、法人の住宅型有料老人ホームが併設されている。若柳金成インターより車で10分、宮城交通で迫桜高校前下車徒歩1分と交通の便もよく、近くには公園、スーパー、レストラン、ホームセンターなどがあり、生活しやすい環境にある。事業所理念「楽しい生活、ゆっくりとした生活、自分らしい生活」は、全職員の話し合いで決め、年度初めに振り返りを行っている。ユニット毎にも目標を掲げ、その人らしい生活ができるよう支援している。利用者の状態の変化を細かく記録した申し送りノートを確認し、統一したケアができるよう努めている。かかりつけ医が往診医の利用者は月2回の訪問診療を受け、訪問看護師が週1回、健康管理を行い、必要時に病院との連携をしている。毎月、職員の希望や必要とされるケアについて、職員が主体的に企画し内部研修を行っている。

## 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 ↓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、生き生きと働いている (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 (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 GH堤通り ）「ユニット名 1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	玄関に掲示し、いつでも職員が見れるようにしている。新しい職員が入った際、理念について説明を行っている。	事業所理念「楽しい生活・ゆっくりとした生活・自分らしい生活」を基に、ユニット毎の目標を設定し、年度初めに全職員で理念の振り返りを行っている。申し送りノートに記録された情報を確認し、利用者状態を把握しペースに合わせ、自宅で過ごしていた時のように暮らせるよう支援している。	
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人として日常的に交流している	地域の自治会、行事（お茶っこ会、愛国会）、ボランティアの呼びかけを通して交流している。買い物・肉・野菜・行事のお菓子等の購入は、近郊の店を利用している。	自治会に加入し、回覧や広報が届き情報を得ている。地区の敬老会や、新山地区開催の「お茶っこ会」「愛国会」に参加している人もいる。事業所の夏祭りの案内状を配布し、区長や迫桜高校の学生ボランティアの協力が得られた。	
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	中学生の職場体験の受け入れをしている。介護福祉士の実習を受け入れている。		
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	年間計画を作成し、2か月に一度、定期的に介護を設けている。会議内においては、ホームの状況や行事または取り組みなど報告している。	年6回奇数月に開催し、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、家族、職員が参加している。入居状況、事故報告、通院・面会状況、職員研修、活動報告を行い、事業所の現状を説明し理解を得ている。	
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	介護保険等に関する相談や、生活保護の利用者の視線を通じて連絡を取り合っている。	市とは、介護保険や生活保護の手続き、書類の書き方について相談しており、随時研修案内もある。利用者が社会福祉協議会の「まもり一歩」の支援を受けている。外部評価結果と目標達成計画書を市に提出している。	
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	日中は施錠を行わず、スタッフが見守りを行いながら比較的自由に外に出れるよう配慮している。カンファレンス等を通じ、鍵をかける工夫や実践を行っている。内部研修で、身体拘束の研修を行った。	年1回の研修やカンファレンスで検討し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。転倒防止のために家族の了解を得て、離床センサーを設置したり、布団を床敷きしたりしている。玄関は夜間のみ施錠し、防犯対策としてセンサーを付けている。言葉遣いや声かけが否定的や強制的にならないよう心がけている。	
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	内部研修を行っている。また、事業所内においても日頃より注意防止に努めている。		

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	まもり一ぶを活用しており、その際、担当職員と連絡を取り合い自立支援に努めている。		
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	充分理解されるよう、ご家族やご本人へ書面を用いて時間をかけ説明を行っており、理解納得された上で、契約や解約手続きを行っている。また、事前に説明を行う事に対してもご理解いただいている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	生活記録は必ず、申し送りを行っている。利用者、家族からの意見要望や不満などについても速やかにカンファレンスを行い、ご報告させて頂いている。また、意見箱も設置している。	運営推進会議は家族全員に案内しており、来訪時にも家族の意見・要望を聞いている。月1回「GHつつみ通り新聞」を発行し、遠方の家族には電話や手紙で様子を伝え意見を聞いている。家族の要望で始めた職員の名前と顔写真の掲示を継続している。	
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	月1回、全体会議を設けている。意見などはカンファレンスや会議等で、ディスカッションし反映できるようにしている。申し送りノートを活用している。	職員から、毎月のユニット会議や全体会議で運営について意見を聞いている。提案された内容は、その都度検討し必要な改善に繋げている。申し送りノートも活用している。	
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	研修などは、偏りがないように参加している。また、研修や職員の個性を配慮し、係や担当職員を配置し業務以外でも反映できるよう環境整備にも努めている。		
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	勤務体制を考慮し、外部研修への参加を行っている。内部研修は、職員全員が講師を務めている。また、新しい職員が入った際は、研修日誌を記入してもらい、コミュニケーションを図りながら職員の教育を全員で行っている。内部研修は係ごとやっており、担当職員に任せ、講師も務めている。		
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	グループホーム協会県北ブロックに入っており、情報交換などのネットワークに参加している。また、グループホーム協議会主催の研修にも参加している。		

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	実態調査後、必ずセンター方式でアセスメントを行い、希望を取り入れ、状態把握を行い、その後、本人が安心して頂ける様に、同じ目線で立った寄り添う介護に努めている。ケアプランを立てる際は、BS法も活用している。		
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	事前の調査を行い、希望に沿うサービスが提供できるように努めている。利用者の状態により初期の段階でケアの方向性をご家族と話す機会を設けている。面会時に状況報告を行い、その都度、ご家族の意向を伺っている。		
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	調査、プラン立案の時点で、1番本人が支援して欲しい事をサービスとして導入している。支援方法としては、生活の過程の中で、その人の変化や状況に合わせて対応方法など変更している。		
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	料理が出来なくても、食器拭き・洗濯物たため等を行ってもらっている。また、普段のシーツ交換や買い物、ゴミ捨てなどもスタッフと一緒にやっている。家庭的な雰囲気と共に生活するよう努めている。		
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	家族との交流を多くもたれるように働きかけは行っているが、外出泊の機会は少ない為、定期的に面会時や電話などで近状や状態の報告を行っている。また、「月のまとま」として、ケアプランに沿って、1ヶ月の様子を報告している。行事の際、家族参加があった。		
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	ご家族様から電話きた際には、本人と会話して頂いている。ハガキが届き渡している。	利用者の介護度が上がり外出の機会は減っているが、花見や紅葉狩りなどに車で出かけている。家族や近所の人、知人、兄弟、親戚の訪問がある。家族と理容室、買い物、墓参り、兄弟宅など、馴染みの場所に出かけたり、友人に手紙を出せるよう支援している。	
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	お互いが話し掛けあえるような雰囲気になっている。会話が出来ない人でも、スタッフが間に入り、他利用者と会話をしている。		

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 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	入院等で契約が終了しても、入院中の状態を伺いながら空き次第再入所が出来るようご家族や医療SWと相談したり、他施設を探している。		
<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 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	アセスメントの際に、本人の希望を把握し、カンファレンスの際には、職員全員で本人の意向を考えながら検討している。	日常生活の会話、利用者の表情や反応から思いや意向を把握し要望をかなえられるよう支援している。利用者の食の希望は、おやつや誕生会のメニューなどに取り入れている。歌が好きな利用者には就寝時にCDをかけたり、希望に応じて買い物に行ったりしている。	
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	調査の際に生活歴を把握し、本人がどのような生活や趣味があったかを伺っている。その上で本人の好きな話をしたり、本人が自慢に思っている話をするようにしている。		
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	現状を把握する為、毎日の記録を行い、毎日の申し送りを行っている。毎月カンファレンスを行いケアプランや見直しを行っている。		
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	本人やご家族の要望を取り入れ、それを元に介護計画を作成し、見直しの際には職員全員で、何を望んでいるのか、それぞれの意見を引き出しそれをまとめたものを実際の介護計画に反映している。	職員がBS法で利用者の思いを汲み取り、全職員でカンファレンスを行い介護計画に反映させ作成している。訪問医、訪問看護師の意見やアドバイス、家族の要望を聞き、6ヶ月毎に全職員で見直している。介護計画は、家族の来訪時や遠方の場合は手紙で報告し、同意を得ている。	
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	個別にケア記録を用いており、職員間の情報の共有化を図っている。その記録の中で、気づきや工夫がある際には、記録を留め、カンファレンス等で見直しを行っている。		
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	入院時の洗濯物や、歯科往診、訪問診療、書類手続きの支援などを行っている。また、通院や外泊支援、理美容など受け入れるようにしている。		

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
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	ボランティアや近隣学校の職場体験を受け入れ、肉、野菜類を地域の商店を利用している。		
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	かかりつけ医への定期受診、急変時以外でも体調不良などは、管理者またはリーダーに状況報告し、医療機関へ受診している。その際、ご家族の方への報告は必ず行っている。自宅にいる時と同じかかりつけ医になっている方もいるが、受診が困難になった際には、訪問診療等も利用している。訪問診療は月2回訪問してくれる為、相談しやすい。	基本、一人ひとりが希望するかかりつけ医を家族が付き添い受診している。利用者の状態や日々の様子を知らせる文書を渡し、結果を聞き、情報共有に努めている。職員が同行する場合は、家族に結果を報告している。往診医がかかりつけ医の場合は、月2回の訪問診療を受けている。訪問看護師が週1回、健康管理を行っている。	
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	通院や急変時の際には、病院の看護師に相談しながら行っている。健康状態に応じて、支援や助言を貰っている。また、週1回訪問看護に相談し助言をもらっている。		
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。	入院中における訪問や電話連絡等、医療機関関係者への相談・情報収集に努め、連携を図っている。		
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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、家族へ当ホームで出来ること・出来ないことを説明している。また、医療的な処置が必要な場合は、他施設でサービスが受けられるように支援した。	「利用者の重度化における対応に関わる指針」について、入居時に説明し同意を得ている。重度化した時にはかかりつけ医や家族と相談しながら対応を確認している。重度化が進み医療行為が必要になった場合、病院や特養、老健など、他施設と連携し支援している。看取りの実績はないが、経験した職員による体験談を通して、看取りの際の心構えなど確認している。	
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	マニュアルを作成し、目に入る場所に掲示している。		
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	施設で、総合訓練、夜間想定訓練、避難訓練等の防災訓練を実施している。	職員が消防署で救命救急やAEDの使い方の講習を受けた。今年度は夜間想定も含めた避難訓練を1回実施した。地域住民に案内をしているが参加はない。年2回、4台設置している消火器、スプリンクラーも含め業者が点検している。非常用の備蓄は3日分ある。感染症対策として、うがい、手洗い、マスク着用を励行している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	その人に合った声掛けをして、言葉遣いに気をつけている。	接遇やプライバシー保護について研修を行い、利用者一人ひとりを尊重した支援に努めている。排泄介助は、さりげなくトイレ誘導などを行っている。居室入室時やケアの際も声がけして確認を取り、丁寧な対応を心がけている。名前は「さん」付けで呼んでいる。	
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	意思決定、意思表示ができるよう、利用者への配慮、職員の言動などで意欲低下を招かぬように言葉遣いや行動を気をつけている。		
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	散歩やドライブ等の希望に添って支援している。基本的な1日の流れはあり、声掛けするが、一人一人のペースや気持ちを尊重するように努めている。		
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	男性には髭剃りや帽子、女性には髪型などの声掛けや支援をしている。また、訪問理美容も活用している。		
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	お盆を使用し配膳している。行事や誕生日にお弁当を提供している。	同法人の管理栄養士がメニューを作成している。同法人の他事業所から調理済みの副菜が届き、ご飯と汁物は事業所で作っている。一人ひとりの状態に合わせ、刻み食やミキサー食に対応している。夏祭り、敬老会、クリスマス会、誕生会など、行事食には、利用者の希望をメニューに取り入れている。メニューは掲示し、利用者は楽しみにしている。	
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	法人内の管理栄養士の栄養指導を受けている。水分量、食事量など1人1人の状態に合わせ、トロミ、ミキサー食を提供し支援している。また、水分量のチェックを行ったり、ストローや湯飲みの形を検討し、飲みやすいようにしている。		
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	食後の歯みがきの声掛け・準備を行っている。希望時や状態に応じて歯科往診も行っている。		



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	排泄チェック表を用いて確認し、トイレで排尿してもらえるよう心掛けている。	排泄チェック表をもとに一人ひとりのパターンを把握し、日中はトイレで排泄ができるよう支援している。オムツ使用の利用者にも、日中は便座で排泄ができるよう取り組んでいる。便秘対策として、野菜ジュースやオリゴ糖などを取り入れているが、状態により医師から処方された薬を使用する人もいる。	
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	オリゴ糖を入れ、飲用して頂いたり、利用者個々に合わせ、水分量を調整している。起床後、牛乳を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	時間帯はほぼ決まっているが、柔軟に対応するようにしている。利用者の気分に合わせて声掛けを行っている。また、入浴剤の使用も行っている。	基本週2回、バイタルチェックを行い本人の希望する時間に入浴している。肌の乾燥が気になる時は、入浴剤を使用している。入浴拒否の人には無理強いせず、排泄後にさりげなく誘うなど工夫しながら支援している。状態により入浴できない時は、ドライシャンプー、清拭などで対応している。	
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	本人が休まない時に休んで頂いている。入眠している時は、無理に起こさず、時間をずらし、状況に合わせて対応している。夜間休まれるまで一緒に寄り添っている。		
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	定期受診後、内服薬の変更などは他職員に申し送りを行っている。薬剤情報を利用者ごとに管理している。服薬の際は、職員2名で確認している。		
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	食器拭きや洗濯物たたみ、自宅で行っていることを中心に役割りを設定している。また、歌を唄ったり、行事の際の挨拶等を生活歴に合わせて行ってもらっている。		
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	ご家族様へ促してはいるが、なかなか行動には移せてない。ご家族様との外出や、散歩・買い物等に出掛けている。	年間計画を立て、ユニット毎にお花見や紅葉狩りなどの外出を楽しんでいる。車椅子対応の車を使用し、車椅子の利用者も外出できる機会を設けている。日常的な外出は、職員配置の体制もあり難しいが、ウッドデッキを活用し、お茶会や日光浴などで気分転換できるよう配慮し支援している。	



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
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	ホームで管理しているも本人の希望によって、お金が使えるようにしている。また、職員と一緒に買い物に出掛ける機会がある。		
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	いつでも誰とでもコンタクトが取れるようにしている。家族と手紙のやりとりができるよ支援をしている。		
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	リビングの飾り付けや季節のあった飾り付け(門松・リース)等の装飾に心掛けている。思い出の写真も飾り、いつでも見れるようになっている。	リビングは明るく、蓄熱暖房で快適な温度が保たれている。掃除も行き届いており、畳やソファが置かれている。テーブルが台形で組み合わせ方により、大きさや形が様々なニーズに対応できる。人間関係なども考慮し、グループ毎にテーブルを分けている。時計、カレンダー、献立板は見やすく配置し、テレビ、写真や作品が季節に合わせ飾られている。広いウッドデッキはくつろげる空間になっている。	
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	ウッドデッキや玄関にベンチを置き、好きな時に過ごせるようにしている。また、ソファを置き、くつろぎのスペースを作っている。テーブルが六角形になっており、皆の顔を見て食事や会話ができるようになっている。		
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	昔からなじみのあるタンスだったり、本人が使っている物なども持ってきて頂いている。また、写真等を飾り、居心地の良い居室になるよう努めている。	ベッド、布団、カーテン、クローゼット、木の柵を設け安全性に配慮した蓄熱暖房が設置されている。馴染みの家具やテレビなどを持ち込み、家族の写真を飾るなど、一人ひとりに合わせた居心地の良い居室になっている。掃除は職員が毎日行い、居室担当職員が整理整頓を行っている。	
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	トレイの標識、一人一人が出来ることや、分かることを配慮に入れている。また、お風呂の暖簾の標識も掲示している。		

### 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	0491300034		
法人名	医療法人 一秀会		
事業所名	認知症高齢者 グループホーム堤通り ユニット:2丁目		
所在地	宮城県栗原市若柳字川南堤通20-25		
自己評価作成日	平成31年1月31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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉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5階		
訪問調査日	平成31年2月27日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・月に季節感の有る行事を行っている。また、食事の内容も季節を感じて頂くメニューになっている。</li> <li>・有資格者によりメンタルケアを行っている。</li> <li>・利用者様に季節感を味わって頂く為、四季折々ホーム内の装飾に力を入れている。少しでも季節を感じてもらえるようにスタッフ間で考えている。</li> </ul>
--

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<p>若柳の閑静な住宅地に位置し、ウッドデッキで繋がれた平屋建て2ユニットの事業所である。敷地内には、法人の住宅型有料老人ホームが併設されている。若柳金成インターより車で10分、宮城交通で迫桜高校前下車徒歩1分と交通の便もよく、近くには公園、スーパー、レストラン、ホームセンターなどがあり、生活しやすい環境にある。事業所理念「楽しい生活、ゆっくりとした生活、自分らしい生活」は、全職員の話し合いで決め、年度初めに振り返りを行っている。ユニット毎にも目標を掲げ、その人らしい生活ができるよう支援している。利用者の状態の変化を細かく記録した申し送りノートを確認し、統一したケアができるよう努めている。かかりつけ医が往診医の利用者は月2回の訪問診療を受け、訪問看護師が週1回、健康管理を行い、必要時に病院との連携をしている。毎月、職員の希望や必要とされるケアについて、職員が主体的に企画し内部研修を行っている。</p>
--

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

項目	取り組みの成果 ↓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 利用者や職員が、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 GH堤通り ）「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	開所当初からの理念の見直し、地域に根付いた事業所理念に作り直した。BS法を用いて、職員全員で考えて作った。	事業所理念「楽しい生活・ゆっくりとした生活・自分らしい生活」を基に、ユニット毎の目標を設定し、年度初めに全職員で理念の振り返りを行っている。申し送りノートに記録された情報を確認し、利用者状態を把握しペースに合わせ、自宅で過ごしていた時のように暮らせるよう支援している。	
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人として日常的に交流している	行事、ボランティアの呼びかけを通して交流の機会は徐々に増えつつある。買い物・肉・行事の際のお菓子等、近郊の店を利用している。	自治会に加入し、回覧や広報が届き情報を得ている。地区の敬老会や、新山地区開催の「お茶っこ会」「愛唱会」に参加している人もいる。事業所の夏祭りの案内状を配布し、区長や迫桜高校の学生ボランティアの協力が得られた。	
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	中学校の職場体験や高校生のボランティア・実習生の受け入れをしている。		
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	年間計画を作成し、2ヶ月に一度、定期的に会議を設けている。会議内においては、ホームの状況や行事または取り組みなど報告している。	年6回奇数月に開催し、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、家族、職員が参加している。入居状況、事故報告、通院・面会状況、職員研修、活動報告を行い、事業所の現状を説明し理解を得ている。	
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	介護保険等に関する相談や生活保護の利用者の支援を通じて連絡を取り合っている。	市とは、介護保険や生活保護の手続き、書類の書き方について相談しており、随時研修案内もある。利用者が社会福祉協議会の「まもりーぶ」の支援を受けている。外部評価結果と目標達成計画書を市に提出している。	
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	夜間のみ、玄関を施錠しており、日中は施錠を行わず、スタッフが見守りを行いながら比較的自由に外に出れるよう配慮している。カンファレンス等を通して、鍵を掛けない工夫や実施を行っている。	年1回の研修やカンファレンスで検討し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。転倒防止のために家族の了解を得て、離床センサーを設置したり、布団を床敷きしたりしている。玄関は夜間のみ施錠し、防犯対策としてセンサーを付けている。言葉遣いや声かけが否定的や強制的にならないよう心がけている。	
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	内部研修を行っている。また、事業所内においても、日頃より注意防止に努めている。		

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	まもりーぶ活用しており、その際、担当職員と連絡を取り合い、自立支援に努めている。		
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	充分理解されるよう、ご家族やご本人へ書面を用いて時間をかけ説明を行っており、理解納得された上で、契約や解約手続きを行っている。また、事前に説明を行うことに対しても、ご理解頂いている。		
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	生活記録は必ず、申し送りを行っている。利用者、家族からの意見要望や不満などについても速やかにカンファレンスを行い、ご報告させて頂いている。また、意見箱も設置している。	運営推進会議は家族全員に案内しており、来訪時にも家族の意見・要望を聞いている。月1回「GHつつみ通り新聞」を発行し、遠方の家族には電話や手紙で様子を伝え意見を聞いている。家族の要望で始めた職員の名前と顔写真の掲示を継続している。	
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	月1回、全体会議を設けている。意見などはカンファレンスや係で吸い上げたものをディスカッションし、反映できるようにしている。また、連絡ノートを活用している。	職員から、毎月のユニット会議や全体会議で運営について意見を聞いている。提案された内容は、その都度検討し必要な改善に繋げている。申し送りノートも活用している。	
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	研修などは、偏りがないように参加している。また、研修や職員の個性を配慮し係や担当職員を配置し、業務以外でも反映できるよう環境整備に努めている。		
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	勤務体制を考慮し、外部研修への参加を行っている。内部研修は、管理者及び委員会が講師を務めている。採用職員に対し、1ヶ月間研修日誌を書いてもらい、本人の思うを汲み取るよう努めている。		
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	グループホーム協会県北ブロック、研修会に参加している。情報交換等のネットワークに参加している。		

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	実態調査後、必ずセンター方式でアセスメントを行い、希望を取り入れ、状態把握を行い、その後本人が安心して頂けるように、同じ目線で立った寄り添う介護に努めている。		
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	本人の生活を第一に考え、ご家族の希望や要望は常に相談に応じ、ケアサービスに盛り込む努力はしている。		
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	調査・プラン立案の時点で、1番本人が支援して欲しいことをサービスとして導入している。支援方法としては、生活の過程の中でその人の変化や状況に合わせて、対応方法など変更している。		
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	出来ることへの配慮として、一方的な関わりでなく、関わる際、出来るだけ1対1もしくは、少人数で関わるようにしており、本人が職員と助け合える(相互)関係性を維持できるよう環境整備に努めている。		
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	家族との交流を多く持たれるように働きかけは行っているが、外出泊の機会は少ない為、定期的に面会時や電話などで近況や状態の報告を行っている。また、「月のまとめ」として、ケアプランに沿って1ヶ月の様子を報告している。		
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	希望時の電話や面会は規制しておらず、実際には友人や家族以外、近所の人との面会は、減ってきている。	利用者の介護度が上がり外出の機会は減っているが、花見や紅葉狩りなどに車で出かけている。家族や近所の人、知人、兄弟、親戚の訪問がある。家族と理容室、買い物、墓参り、兄弟宅など、馴染みの場所に出かけたり、友人に手紙を出せるよう支援している。	
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	必要に応じ、職員が利用者間に入り交流が深まるように努めている。集団での関わりが難しい方には、個別的に関わりを多く持つようになっている。		

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
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	入院等で契約が終了しても、入院中の状態を伺いながら空き次第、家族からの希望があれば、再入所ができるようご家族や医療SWと相談したり、他施設を探している。		
<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 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	カンファレンスを通じて、本人の思うを把握し、それを元に検討・実践している。	日常生活の会話、利用者の表情や反応から思いや意向を把握し要望をかなえられるよう支援している。利用者の食の希望は、おやつや誕生会のメニューなどに取り入れている。歌が好きな利用者には就寝時にCDをかけたり、希望に応じて買い物に行ったりしている。	
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	長年暮らしてきた生活リズムを崩さぬように、本人の状況を踏まえた上で、面会時に情報を収集したり把握して、生活維持に繋がられるよう努めている。		
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	ケアプランに基づき、ケア記録を作成、現状把握・生活状況の変化等の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	カンファレンスで実施し、本人の目線で何を求めているかをプランに活かしている。また、それにより、月のまとめやモニタリング等を行い、現状の見直しなどに役立っている。	職員がBS法で利用者の思いを汲み取り、全職員でカンファレンスを行い介護計画に反映させ作成している。訪問医、訪問看護師の意見やアドバイス、家族の要望を聞き、6ヶ月毎に全職員で見直している。介護計画は、家族の来訪時や遠方の場合手紙で報告し、同意を得ている。	
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	個別にケア記録を用いており、職員間の情報の共有化を図っている。その記録の中で、気づきや工夫がある際には、記録を留め、カンファレンス等で見直しを行っている。連絡ノートを活用している。		
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	外出など、個別的に希望に添えるよう対応している。		

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
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	ボランティアや近隣学校の職場体験受け入れを行っている。また、肉・野菜類を地域の商店や産直を利用している。		
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	かかりつけ医や訪問診療を利用し。急変時以外でも、体調不良時などは、管理者またはリーダーに状況報告し、医療機関へ受診している。その際、ご家族への報告説明は必ず行っている。	基本、一人ひとりが希望するかかりつけ医を家族が付き添い受診している。利用者の状態や日々の様子を知らせる文書を渡し、結果を聞き、情報共有に努めている。職員が同行する場合は、家族に結果を報告している。往診医がかかりつけ医の場合は、月2回の訪問診療を受けている。訪問看護師が週1回、健康管理を行っている。	
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	通院や急変の際には、病院や訪問看護の看護師に相談しながら行っている。健康状態に応じて、支援や助言をもらっている。		
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。	入院中における訪問や電話連絡等、医療機関関係者への相談・情報収集に努め、連携を図っている。		
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	重度化した場合、家族へ当ホームで出来ること・出来ないことを説明している。また、医療的な処置が必要な場合は、他施設でサービスが受けられるようにしている。	「利用者の重度化における対応に関わる指針」について、入居時に説明し同意を得ている。重度化した時にはかかりつけ医や家族と相談しながら対応を確認している。重度化が進み医療行為が必要になった場合、病院や特養、老健など、他施設と連携し支援している。看取りの実績はないが、経験した職員による体験談を通して、看取りの際の心構えなど確認している。	
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	マニュアルを作成し、目に入る場所に掲示している。		
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	避難訓練は、年に2回は実施している。夜間想定訓練も実施している。	職員が消防署で救命救急やAEDの使い方の講習を受けた。今年度は夜間想定も含めた避難訓練を1回実施した。地域住民に案内をしているが参加はない。年2回、4台設置している消火器、スプリンクラーも含め業者が点検している。非常用の備蓄は3日分ある。感染症対策として、うがい、手洗い、マスク着用を励行している。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 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	相手と同じ目線で、その中で親しみを持って、会話内容を考えながら対応している。	接遇やプライバシー保護について研修を行い、利用者一人ひとりを尊重した支援に努めている。排泄介助は、さりげなくトイレ誘導などを行っている。居室入室時やケアの際も声がけして確認を取り、丁寧な対応を心がけている。名前は「さん」付けで呼んでいる。	
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	意思決定、意思表示ができるよう、利用者への配慮、職員の言動などで意欲低下を招かぬように言葉遣いや行動に気をつけている。		
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	一人一人にペースを合わせるように努めているが、全て希望に添ってケアできているとは言えない。出来るだけ、希望に添えるよう心掛けている。		
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	希望時、2ヶ月に一度のペースで訪問理美容している。また、生活歴を参考に本人の意思と照らし合せながら、身だしなみやおしゃれなど支援を行っている。		
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	個々に生活維持・日課・役割として取り入れている。また、食事形態を工夫し、提供している。	同法人の管理栄養士がメニューを作成している。同法人の他事業所から調理済みの副菜が届き、ご飯と汁物は事業所で作っている。一人ひとりの状態に合わせ、刻み食やミキサー食に対応している。夏祭り、敬老会、クリスマス会、誕生会など、行事食には、利用者の希望をメニューに取り入れている。メニューは掲示し、利用者は楽しみにしている。	
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	通院時、水分量・食事量などの相談や助言を受けている。水分量、食事量など、一人一人の状態に合わせ支援している。		
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	食後の歯磨きの声掛け・準備を行っている。希望時や状態に応じて、歯科往診も行っている。		

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	排泄チェック表を用いて確認している。尿量に応じてパットの使い分けをしている。また、排泄パターンにより、時間を見て誘導を行っている。	排泄チェック表をもとに一人ひとりのパターンを把握し、日中はトイレで排泄ができるよう支援している。オムツ使用の利用者にも、日中は便座で排泄ができるよう取り組んでいる。便秘対策として、野菜ジュースやオリゴ糖などを取り入れているが、状態により医師から処方された薬を使用する人もいる。	
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	利用者個々に合わせ、水分量の調整や下剤の調整をしている。おやつ時、牛乳を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入りたい時に入浴できるよう、特に曜日も決めず、入浴できるよう努めている。	基本週2回、バイタルチェックを行い本人の希望する時間に入浴している。肌の乾燥が気になる時は、入浴剤を使用している。入浴拒否の人には無理強いせず、排泄後にさりげなく誘うなど工夫しながら支援している。状態により入浴できない時は、ドライシャンプー、清拭などで対応している。	
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	本人が休みたい時に休んで頂いている。入眠している時は、無理に起こさず、時間をずらし状況に合わせて対応している。		
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	定期受診後、内服薬の変更などは、必ず全職員に説明を行っている。服薬時は、名前と曜日を職員同士で確認して頂き、服用している。また、服薬後、職員同士で薬ケースを確認している。		
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	洗濯物たたみやテーブル拭き、皮むき等、利用者それぞれが出来る事を行っている。また、ドライブ行い気分転換を図っている。		
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	希望時に応じて、散歩・買い物・自宅などに外出している。	年間計画を立て、ユニット毎にお花見や紅葉狩りなどの外出を楽しんでいる。車椅子対応の車を使用し、車椅子の利用者も外出できる機会を設けている。日常的な外出は、職員配置の体制もあり難しいが、ウッドデッキを活用し、お茶会や日光浴などで気分転換できるよう配慮し支援している。	

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
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	現在数名のみの金銭管理であり、自己管理している。しかし、殆どホーム預かりにて、支払い時はスタッフが行っている。		
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	書簡通信の制限はしていない。いつでも、誰とでもコンタクトがとれるようにしている。希望時に電話を掛けたり、自由に行って頂いている。友人へ定期的に手紙のやりとりをしている方もいる。		
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	いつでもキレイに、最低限のもの以外置かず、広い空間を作っている。誰にでも分かりやすく、表示・案内を作り、配慮している。	リビングは明るく、蓄熱暖房で快適な温度が保たれている。掃除も行き届いており、畳やソファが置かれている。テーブルが台形で組み合わせ方により、大きさや形が様々なニーズに対応できる。人間関係なども考慮し、グループ毎にテーブルを分けている。時計、カレンダー、献立板は見やすく配置し、テレビ、写真や作品が季節に合わせ飾られている。広いウッドデッキはくつろげる空間になっている。	
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	ソファー・食席・玄関ベンチ等、いつでも利用者が自由に使えるような場所がある。		
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	ご自宅で使っていた食器や家具などに日用品を持って来て頂いたり、居室内も今まで本人の生活されてきた空間に近いように配慮している方もいる。	ベッド、布団、カーテン、クローゼット、木の柵を設け安全性に配慮した蓄熱暖房が設置されている。馴染みの家具やテレビなどを持ち込み、家族の写真を飾るなど、一人ひとりに合わせた居心地の良い居室になっている。掃除は職員が毎日行い、居室担当職員が整理整頓を行っている。	
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	本人が自発的に行う事は尊重し、一人一人の能力に合わせて、出来る事を行っている。		