

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	0471200311
法人名	有限会社 クラスト
事業所名	グループホームあんど ユニット名 まちな
所在地	宮城県登米市迫町佐沼大網229-3
自己評価作成日	平成 29年 10月 31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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	-----------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階
訪問調査日	平成29年11月17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)】

「介護は人である」との運営者の思いで、職員の人柄に重きを置いて人材育成に取り組んできた。開設から12年目を迎え、最後までその人らしくを大切にし暖かく思いやりのある介護を実践するために努力している。また、地域にとって必要な事業所となるよう広報誌などを通じ活動内容を発信したり地域の方が集う「夕涼み会」や避難訓練などを定期的に開催し、事業内容だけでなく職員、利用者とも関わりを深めてきた。まだまだ地域の方の力をお借りすることの方が多けれどお互いに支え合える関係になれるよう努めていきたい。またそのことが認知症に対する理解を深め、認知症になってもあたりまえに暮らしていける社会の礎になると考える。

【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)】

登米市の、立ち並ぶ家並みの中に2ユニットのホームがある。暖か味を感じる木造作りの平屋で、床暖で優しい温もりがある。ホームの中央が広いリビングでその両側が居室となっており、全居室が見渡せる。「いい介護、悪い介護」の事例勉強会を実施し、入居者が安心して暮らせる介護に努めている。入居者は、食べたいもの、行ってみたいところ、やりたいこと等をそれぞれに意思表示し、職員は積極的に応じるよう努力している。入居者は思い思いの生活を楽しみ談笑して過ごしている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームあんど)「ユニット名 まちね 」

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	「あたりまえの暮らしに今日も安堵」を基本に職員一人ひとりが1年を振り返り自分たちの言葉で、実践できる理念になっている。職員、利用者、来訪者が日常的に目にするとところに掲示し日々のケアに活かされている。	入居者が自分らしく生活し「安堵」できるよう支援している。食べたいもの、行きたいところを希望し、趣味の習字や飾り作り、軒に地域特産の野菜や柿の干し物作り等、思い思いの生活を楽しんでいる。	
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	夕涼みなど季節の行事で参加して頂く事はもちろん、買い物やドライブへ出かけた時には、声をかけて下さることが多くある。	ホーム主催の「夕涼み会」に、地域の住民100名以上参加する。焼きそば、豚汁等の屋台も出て賑わう。雀踊りやよさこい踊りのボランティアの披露もある。ホーム発行のかわら版を職員が80世帯に手渡ししている。	
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	日常的な散歩や外出、行事の他毎月発行の「かわら版」を配布し情報を発信することや夕涼み会での入居者様の歌声披露など認知症があっても普通に暮らすことを実践を通して浸透させるよう努めている。		
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	2ヶ月ごとに開催。会議には地域包括支援センター職員も参加。かわら版等を通じ事業所の活動について周知を図ることで積極的な意見が交わされている。	区長、地域包括職員、市職員、居宅介護支援事業の管理者が委員である。水害発生時に備え訓練や避難の具体的候補地を確認をしている。委員に地域の有識者や地域住民の参加をお願いしたい。	
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	事業所のケアを共に向上させたいという担当者の熱意があり、良き相談者として存在している。気兼ねなく何でも話しやすく心強い。運営推進会議にも職員の参加を頂いている。	介護保険関連の書類申請や入居者の生活保護の切り替えの時期について相談する。ホームの家賃改定についてアドバイスをもらう。プライバシー保護や口腔ケア等の研修案内があり参加する。	
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	契約書・重要事項説明書にも記載しており職員だけでなく家族にも身体拘束のないケアの実践を浸透させている。利用者の自由を妨げず安全を確保するため職員同士の声掛けなどケアの方法を工夫している。	1人で外出する人に職員が同行する。朝眠い人を起こすのは拘束にあたらぬか等「良い介護、悪い介護」の事例について勉強会を行い、指導を継続している。居室等にセンサーは使用しない方針で見守りを重視している。	
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	研修機会を持ち理解を深め、「ヒヤリハット」を活用し利用者の些細な変化も見逃さないよう努めている。利用者の重度化に伴う職員の負担が増大しないよう職員配置にも配慮している。		

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	関連性のある研修会に参加し事例を通して制度や自立支援を学び理解する機会を設けている。また、毎月の会議で利用者一人ひとりの状況を全職員で確認し個々にあったサービス提供が出来るよう努めている。		
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	契約締結時には、契約書、重要事項説明書の読み合わせと補足説明を行い、説明中も不安や疑問を尋ねながら理解して頂く事に努めている。		
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	入居時から苦情や相談がホームのサービスの質を向上させることを理解していただけるよう話し、入居後も職員の方から積極的に働きかけ話しやすい環境作りに努力している。	「玄関がタバコ臭い」と意見があり、職員の休憩室から煙が届かないよう処理をした。寒いと唇が紫になるという家族の話で、温かい服装にした。入居者の昔の経歴を教えてくださいこともあり介助に活用する。	
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	各種会議はもとより面談などを通し職員の意見を聞く機会を多くしている。普段から、職員からの要望があれば意見を聞く機会を設け運営に反映している。	入居者がリビングで寛げるよう小上がりと炬燵を作った。夕涼み会の企画や「青空応援団」等ボランティア活用の意見があり調整した。食事に「希望メニュー」や「回転ずし」を取り入れた。	
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	代表者は毎年、雇用契約と共に面談を行っている。また、資格取得や研修参加の啓発を行い、必要な勤務時間の配慮も行っている。		
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	「介護は人である」との方針で、各職員が意欲的に参加できる法人内外の研修を受ける機会を設けて日常的にケアの向上を根付かせている。		
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	市内のショートステイ・ディサービスと夕涼みや運営推進会議を通じ交流を図ることで相互に向上の機会となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	サービスの利用開始前には、必ず本人と会って直接話をする機会を設けている。ゆっくりと話を聴き情報収集はもちろん、安心と信頼関係を築くよう努めている。		
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	家族の思いを受け止め信頼関係の構築に努めている。家族の思いを充分に出していただくことで、そこから見えてくる課題や本人への思いが次の段階への足がかりとなると考えている。		
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	家族やご本人との面談により思いや隠された課題を見極め、必要により地域包括支援センターや自治体その他社会資源も含め相談者の承諾を得ながら解決の支援に努めている。		
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	人生の先輩として常に尊敬の気持ちで、一緒に生活する家族同様の関係を築いている。それぞれが持てる力を発揮できる役割を担い共に暮らしている。私たち職員にとって「大切な、大事な家族」である。		
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	利用者の暮らしぶりや状況を積極的に伝えることで、本人を中心に職員と家族が一緒に支える関係を築いている。離れているからこそその家族の気持ちをくみ、思いを大切にしよう努めている。		
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	友人や大切な人との関係が途切れることのない様支援している。「暮らしの継続」を大切にして、美容院や病院、買い物も入所前からの馴染みの場所へ通えるよう支援している。	友人や親戚が来訪する。眼科等通い慣れたかかりつけ医に通院したり、家族とお墓参りに行く等している。ホーム近くの、食材を買うスーパーや個別に買い物する店が馴染みになっている。	
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	必要なときには職員が介入配慮しながら、会話や作業を利用者同士で楽しめるよう努めている。利用者だけでなく職員も含めた人間関係の中で支え合っている。		

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	退去後の本人や、家族に対する支援についての対応が出来る体制になっている。本人が亡くなられた後も訪問しやすいよう「夕涼み会」などの案内を送り、関係を断ち切らないよう努めている。		
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	ホームでどう暮らしたいかではなく、その人本人が「どう生きていきたいのか？」に目を向け、日常の何気ない会話や利用者の行動から把握するよう努めている。	意思表示が難しい方のしぐさから好き嫌いを把握する。「銀行に行きたい」等の要望に直ぐ応じる。「生まれ故郷の気仙沼にできた橋を渡ってみたい」の要望に叶えるよう検討している。	
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	本人はもとより家族にも暮らしの継続を大切にしていることを伝え、情報収集に努めている。また、サービス開始後もわからないことや疑問な事が出来ればその都度、本人や家族と情報交換をしている。		
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	出来る事出来ない事、わかる事わからない事、習慣にあったかなど多方面から本人を理解し可能な限り本人の全体像を把握するよう努めており定期的に見直しをする体制が出来ている。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、職員全員で意見を出し合い介護計画を作成し、本人又は家族とも相談の上、合意の上で計画を実践している。実践のモニタリング、見直しも同様に行っている。	担当者がモニタリングし、全員で話し合う。「内気なので皆との生活に配慮して欲しい」の家族の要望に、レクリエーション等への誘い方に配慮する。転倒予防に体操を取り入れ適度な負荷を掛けるよう計画に入れた。	
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	生活全般を細やかに記録するよう努め、気づきの中から職員の考えや工夫が記載される様式となっている。また、申し送りや連絡ノートなどを活用して情報の共有に努めている。		
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	事業所で出来ることは、これとこれですというのではなく、ひとりひとりのニーズによって利用者の側に立って考え可能な限りサービスを提供できるよう人員の配置や充足など柔軟に対応している。		

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	出来る限り本人の持っている力を発揮していただくよう心掛けている。地域の方々はもちろん、行きつけの商店など利用者が足を運ぶところは、ホームの活動に理解を深めて頂いている。		
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	協力医療機関だけでなく本人や家族の希望する医療機関の受診や、訪問診療など必要な支援を行っている。必要なときには職員が同行し利用者を支えている。	協力医の往診が月1回ある。処方された薬は職員が受取りに行く。かかりつけ医への通院は家族が付き添い、職員が同行する場合もある。入居者の様子を医師に伝え、受診結果を家族から聞いて記録する。	
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	職員に看護師を配置し24時間いつでも対応可能となっている。利用者の小さな変化も常に報告し必要な支援を受けている。		
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。	入院による利用者のダメージを最小限に食い止めるよう医療機関はもとより家族との連携を密にし早期退院に向け支援している。入院時より退院に向けた話し合いをし医療機関と協力している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	「看取りに関する指針」を整備している。終末期はその時々で、本人・家族に気持ちの変動があることも踏まえ細やかな対応を心がけてどういったケアが出来るかを話し合い悔いのない生活をしていただくため、医師の協力を得ながら支援を尽くしている。	夜間、緊急時の往診が可能であり、ホームの看護師と連携し医療支援体制ができています。医師から終末期について家族へ丁寧な説明がある。看取りを体験している職員もおり研修を実施している。ホームで最後まで過ごしたいと希望する家族が多い。	
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	緊急時の対応についてマニュアルを整備し全ての職員が対応できるように研修を行い実践できるようにしている。		
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	年2回避難訓練を行っている。また、近年の水害拡大も踏まえ、本年は浸水を想定した避難訓練を実施している。12月には夜間想定で行い、地域の方の参加も予定している。	避難訓練を年2回実施し、近隣の住民も参加している。目標達成計画の水害を想定した訓練も実施しマニュアルも作成している。避難訓練実施後の反省事項が記入されていない。	反省事項を記録し、避難訓練に当日参加できなかった職員にも伝え、災害時に安全に避難できるよう、次回の訓練に活かして頂きたい。

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	ひとりの個人、人生の先輩として尊重し、声掛けやケアを行うときも配慮し実践している。その人の、その時の思いを大切にすることを職員に周知徹底している。	呼び名は姓や名前にさん付けである。排泄を失敗した時は他の人に気付かれないよう配慮する。排泄の大きさを職員間で「黒丸さん、白丸さん」と呼んで、入居者に聞こえても不快な感じを与えない様にしている。	
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	本人の思いに共感し、ひとりひとりの能力にあった対応を心がけ自分で決めること「自立」の重要性を認識している。サービスの中心にいるのは常に利用者であることを入社時より繰り返し浸透を図っている。		
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	たとえどんなに重度化しても、ひとりひとり本人のペースを尊重し、必要なら人員の補充や勤務時間の変更など柔軟に対応でき本人の希望に添った生活を送れるようにしている。		
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	本人が自分で決められるよう支援を行っている。美容院に出掛けたり、好きな服を買いに出掛けたりしている。重度化しても「この人ならこんな風にしたいはず」のその思いを形にして支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日頃の会話から、希望を聞きメニューに反映させると共に、週に1回は実際にスーパーにお誘いして食材を選んで頂き食事を楽しんで頂いている。	献立は職員が作る。入居者の好みはお寿司と刺身で行事の時に食べる。食材は、配達してもらったり入居者と買いに行く。週に1回「希望メニュー」の日があり、入居者と食べたい食材を買い、食事を楽しんでいる。	
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	本人の好みや食習慣に応じて、メニューを変更したり食事や水分を把握することで捕食や水分摂取を無理なく行うよう支援している。食事摂取能力の低下に合わせて調理形態も調整している。		
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	その人の習慣や能力を踏まえて気持ちに配慮したケアとなっている。口腔ケアの研修に参加し実践に反映している。		

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
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	ひとりひとりの排泄習慣やパターンを把握し、個々に対応している。使用するオムツやパットも吸収量やサイズなど個人にあった物を使い分けて、経済面にも配慮している	自立の人は5名、おむつの人が4名、他の人はリハビリパンツである。失禁時はプライドを傷つけないよう配慮し処理をする。夜間、安眠を重視する人はパットの容量を考慮し、他の人は様子を見て声を掛け、トイレに誘う。	
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	1日の食事や水分摂取量を把握し、運動機会を設けることで、便秘の予防に努めている。また、入浴時など腹部マッサージを行うなどして自然な排便を促している。食材も繊維質など積極的に取り入れている。		
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	気分良く入浴できるよう入浴前の声掛けや対応などに配慮したり、入浴剤や菖蒲湯・ゆず湯など楽しんでいただくよう支援している。介助中も会話をしリラックスして入浴できるよう心掛けている。	週2～3回入浴する。毎日でも入浴できる体制である。入浴剤や柚子湯等を楽しむ。脱衣所も床暖である。入浴拒否の人には、時間を置いたり職員を替えたりするとほとんど入る。駄目な時は「明日に入る」と約束をする。	
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	日中の活動などを通し1日の生活リズムをつくるよう心がけている。また、寝具や気温、湿度、部屋の明るさ、音など良い睡眠のためにそれぞれに対応している。		
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	服薬一覧表があり、ひとりひとりにあった支援を行っている。症状の変化や確認など主治医との連携を密にしながらその都度対応している。		
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	役割活動を通じて力を発揮していただいている。一つでも何かできること、出来ることの喜びを感じていただけることの大切さを認識している。また、職員の心からの感謝の気持ちをきちんと伝えるようにしている。		
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	お花見、夏祭り、紅葉ドライブなど季節を感じられる外出や食材の買い出し、誕生日の特別な外出、日用品の購入など生活していればあたりまえの外出などを支援している。また、本人の希望があれば希望に添った外出が出来る体制を取っている。	花見、明治の尋常小学校の教育資料館、スーパー銭湯等へ行く。日常的にはホーム周辺を散歩する。重度の人で外出できない時は庭等で日光浴をする。個別に行きたい希望が出る度に対応する。「気仙沼の大島へ」の希望を、検討している。	

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	管理は出来なくても家族の協力も得て、自分で持っている方もいる。なくしたら心配、なくても心配が生きる力を強化していると感じる。自分のお金で欲しいものを買う喜びを大切に支援している。		
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	話したくても言葉で伝えることが困難な方、文字を書きたくても困難な方とひとりひとり本人の力に応じて職員が手伝いながら支援している。		
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	雨の日に洗濯物が室内に干してあったり季節の花や飾り付けも四季それぞれで入居者様と職員と一緒に工夫してしつらえている。和室やホールなどちょっとした作業をしたり、おしゃべりをしたりしやすいように椅子や小上がりが重宝している。	リビングは暖かみを感じる木造作りで天井が高く天窓からの採光で明るく、床暖で優しい温かさである。リビングの両側が居室で、居室を見渡せる。入居者と手作りの大作の貼り絵や行事の写真を飾り、小上がりの畳と炬燵やソファもあり、ゆったりできる。	
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	皆さんそれぞれが自分の席を決めている。気の合う人同士のおしゃべりや職員との会話、また入居者様のお部屋も「たまり部屋」のようにになっている部屋もある。		
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	入居当初から「自分の部屋ごと引越してきてください」と家族にも協力をいただき、使い慣れた自分の物に囲まれて暮らしている。一つ一つの物に思い出も詰まっていると考え大事にしている。	ヒーターとクローゼットが備え付けである。使い慣れたベッドやタンス、テレビ、椅子等を持ってきており、壁に家族の写真や好みの飾り付けをしている。位牌を持って来ている人もおり、自分の部屋として寛いでいる。	
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	危険だから物を置かないではなく、まだできることに目を向け、どうしたら安全に使用して頂けるかを職員みんなで話し合い工夫している。		

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	0471200311		
法人名	有限会社 クラスタ		
事業所名	グループホームあんど	ユニット名	そあれ
所在地	宮城県登米市迫町佐沼字大網229-3		
自己評価作成日	平成 29年 10月 31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	http://www.kaijokensaku.jp/
----------	-----------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成29年11月17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)】

「介護は人である」との運営者の思いで、職員の人柄に重きを置いて人材育成に取り組んできた。開設から12年目を迎え、最後までその人らしくを大切にし暖かく思いやりのある介護を実践するために努力している。また、地域にとって必要な事業所となれるよう広報誌などを通じ活動内容を発信したり地域の方が集う「夕涼み会」や避難訓練などを定期的に関催し、事業内容だけでなく職員、利用者とも関わりを深めてきた。まだまだ地域の方の力をお借りすることの方が多けれどお互いに支え合える関係になれるよう努めていきたい。またそのことが認知症に対する理解を深め、認知症になってもあたりまえに暮らしていける社会の礎になると考える。

【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)】

登米市の、立ち並ぶ家並みの中に2ユニットのホームがある。暖か味を感じる木造作りの平屋で、床暖で優しい温もりがある。ホームの中央が広いリビングでその両側が居室となっており、全居室が見渡せる。「いい介護、悪い介護」の事例勉強会を実施し、入居者が安心して暮らせる介護に努めている。入居者は、食べたいもの、行ってみたいところ、やりたいこと等をそれぞれに意思表示し、職員は積極的に応じるよう努力している。入居者は思い思いの生活を楽しみ談笑して過ごしている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らさせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームあんど)「ユニット名 そあれ 」

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	「あたりまえの暮らしに今日も安堵」を基本に職員一人ひとりが1年を振り返り自分たちの言葉で、実践できる理念になっている。職員、利用者、来訪者が日常的に目にするとところに掲示し日々のケアに活かされている。	入居者が自分らしく生活し「安堵」できるよう支援している。食べたいもの、行きたいところを希望し、趣味の習字や飾り作り、軒に地域特産の野菜や柿の干し物作り等、思い思いの生活を楽しんでいる。	
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	夕涼みなど季節の行事で参加して頂く事はもちろん、買い物やドライブへ出かけた時には、声をかけて下さることが多くある。	ホーム主催の「夕涼み会」に、地域の住民100名以上参加する。焼きそば、豚汁等の屋台も出て賑わう。雀踊りやよさこい踊りのボランティアの披露もある。ホーム発行のかわら版を職員が80世帯に手渡ししている。	
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	日常的な散歩や外出、行事の他毎月発行の「かわら版」を配布し情報を発信することや夕涼み会での入居者様の歌声披露など認知症があっても普通に暮らすことを実践を通して浸透させるよう努めている。		
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	2ヶ月ごとに開催。会議には地域包括支援センター職員も参加。かわら版等を通じ事業所の活動について周知を図ることで積極的な意見が交わされている。	区長、地域包括職員、市職員、居宅介護支援事業の管理者が委員である。水害発生時に備え訓練や避難の具体的候補地を確認をしている。委員に地域の有識者や地域住民の参加をお願いしたい。	
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	事業所のケアを共に向上させたいという担当者の熱意があり、良き相談者として存在している。気兼ねなく何でも話しやすく心強い。運営推進会議にも職員の参加を頂いている。	介護保険関連の書類申請や入居者の生活保護の切り替えの時期について相談する。ホームの家賃改定についてアドバイスをもらう。プライバシー保護や口腔ケア等の研修案内があり参加する。	
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	契約書・重要事項説明書にも記載しており職員だけでなく家族にも身体拘束のないケアの実践を浸透させている。利用者の自由を妨げず安全を確保するため職員同士の声掛けなどケアの方法を工夫している。	1人で外出する人に職員が同行する。朝眠い人を起こすのは拘束にあたらないか等「良い介護、悪い介護」の事例について勉強会を行い、指導を継続している。居室等にセンサーは使用しない方針で見守りを重視している。	
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	研修機会を持ち理解を深め、「ヒヤリハット」を活用し利用者の些細な変化も見逃さないよう努めている。利用者の重度化に伴う職員の負担が増大しないよう職員配置にも配慮している。		

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	関連性のある研修会に参加し事例を通して制度や自立支援を学び理解する機会を設けている。また、毎月の会議で利用者一人ひとりの状況を全職員で確認し個々にあったサービス提供が出来るよう努めている。		
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	契約締結時には、契約書、重要事項説明書の読み合わせと補足説明を行い、説明中も不安や疑問を尋ねながら理解して頂く事に努めている。		
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	入居時から苦情や相談がホームのサービスの質を向上させることを理解していただけるよう話し、入居後も職員の方から積極的に働きかけ話しやすい環境作りにも努力している。	「玄関がタバコ臭い」と意見があり、職員の休憩室から煙が届かないよう処理をした。寒いと唇が紫になるという家族の話で、温かい服装にした。入居者の昔の経歴を教えてくださいこともあり介助に活用する。	
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	各種会議はもとより面談などを通し職員の意見を聞く機会を多くしている。普段から、職員からの要望があれば意見を聞く機会を設け運営に反映している。	入居者がリビングで寛げるよう小上がりと炬燵を作った。夕涼み会の企画や「青空応援団」等ボランティア活用の意見があり調整した。食事に「希望メニュー」や「回転ずし」を取り入れた。	
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	代表者は毎年、雇用契約と共に面談を行っている。また、資格取得や研修参加の啓発を行い、必要な勤務時間の配慮も行っている。		
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	「介護は人である」との方針で、各職員が意欲的に参加できる法人内外の研修を受ける機会を設けて日常的にケアの向上を根付かせている。		
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	市内のショートステイ・ディサービスと夕涼みや運営推進会議を通じ交流を図ることで相互に向上の機会となっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	サービスの利用開始前には、必ず本人と会って直接話をする機会を設けている。ゆっくりと話を聴き情報収集はもちろん、安心と信頼関係を築くよう努めている。		
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	家族の思いを受け止め信頼関係の構築に努めている。家族の思いを充分に出していただくことで、そこから見えてくる課題や本人への思いが次の段階への足がかりとなると考えている。		
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	家族やご本人との面談により思いや隠された課題を見極め、必要により地域包括支援センターや自治体その他社会資源も含め相談者の承諾を得ながら解決の支援に努めている。		
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	人生の先輩として常に尊敬の気持ちで、一緒に生活する家族同様の関係を築いている。それぞれが持てる力を発揮できる役割を担い共に暮らしている。私たち職員にとって「大切な、大事な家族」である。		
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	利用者の暮らしぶりや状況を積極的に伝えることで、本人を中心に職員と家族が一緒に支える関係を築いている。離れているからこそその家族の気持ちをくみ、思いを大切にしよう努めている。		
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	友人や大切な人との関係が途切れることのない様支援している。「暮らしの継続」を大切にして、美容院や病院、買い物も入所前からの馴染みの場所へ通えるよう支援している。	友人や親戚が来訪する。眼科等通い慣れたかかりつけ医に通院したり、家族とお墓参りに行く等している。ホーム近くの、食材を買うスーパーや個別に買い物する店が馴染みになっている。	
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	必要なときには職員が介入配慮しながら、会話や作業を利用者同士で楽しめるよう努めている。利用者だけでなく職員も含めた人間関係の中で支え合っている。		

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	退去後の本人や、家族に対する支援についての対応が出来る体制になっている。本人が亡くなられた後も訪問しやすいよう「夕涼み会」などの案内を送り、関係を断ち切らないよう努めている。		
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	ホームでどう暮らしたいかではなく、その人本人が「どう生きていきたいのか？」に目を向け、日常の何気ない会話や利用者の行動から把握するよう努めている。	意思表示が難しい方のしぐさから好き嫌いを把握する。「銀行に行きたい」等の要望に直ぐ応じる。「生まれ故郷の気仙沼にできた橋を渡ってみたい」の要望に叶えるよう検討している。	
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	本人はもとより家族にも暮らしの継続を大切にしていることを伝え、情報収集に努めている。また、サービス開始後もわからないことや疑問な事が出来ればその都度、本人や家族と情報交換をしている。		
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	出来る事出来ない事、わかる事わからない事、習慣にあったかなど多方面から本人を理解し可能な限り本人の全体像を把握するよう努めており定期的に見直しをする体制が出来ている。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、職員全員で意見を出し合い介護計画を作成し、本人又は家族とも相談の上、合意の上で計画を実践している。実践のモニタリング、見直しも同様に行っている。	担当者がモニタリングし、全員で話し合う。「内気なので皆との生活に配慮して欲しい」の家族の要望に、レクリエーション等への誘い方に配慮する。転倒予防に体操を取り入れ適度な負荷を掛けるよう計画に入れた。	
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	生活全般を細やかに記録するよう努め、気づきの中から職員の考えや工夫が記載される様式となっている。また、申し送りや連絡ノートなどを活用して情報の共有に努めている。		
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	事業所で出来ることは、これとこれですというのではなく、ひとりひとりのニーズによって利用者の側に立って考え可能な限りサービスを提供できるよう人員の配置や充足など柔軟に対応している。		

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	出来る限り本人の持っている力を発揮していただくよう心掛けている。地域の方々はもちろん、行きつけの商店など利用者が足を運ぶところは、ホームの活動に理解を深めて頂いている。		
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	協力医療機関だけでなく本人や家族の希望する医療機関の受診や、訪問診療など必要な支援を行っている。必要なときには職員が同行し利用者を支えている。	協力医の往診が月1回ある。処方された薬は職員が受取りに行く。かかりつけ医への通院は家族が付き添い、職員が同行する場合もある。入居者の様子を医師に伝え、受診結果を家族から聞いて記録する。	
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	職員に看護師を配置し24時間いつでも対応可能となっている。利用者の小さな変化も常に報告し必要な支援を受けている。		
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。	入院による利用者のダメージを最小限に食い止めるよう医療機関はもとより家族との連携を密にし早期退院に向け支援している。入院時より退院に向けた話し合いをし医療機関と協力している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	「看取りに関する指針」を整備している。終末期はその時々で、本人・家族に気持ちの変動があることも踏まえ細やかな対応を心がけてどういったケアが出来るかを話し合い悔いのない生活をしていただくため、医師の協力を得ながら支援を尽くしている。	夜間、緊急時の往診が可能であり、ホームの看護師と連携し医療支援体制ができています。医師から終末期について家族へ丁寧な説明がある。看取りを体験している職員もおり研修を実施している。ホームで最後まで過ごしたいと希望する家族が多い。	
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	緊急時の対応についてマニュアルを整備し全ての職員が対応できるように研修を行い実践できるようにしている。		
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	年2回避難訓練を行っている。また、近年の水害拡大も踏まえ、本年は浸水を想定した避難訓練を実施している。12月には夜間想定で行い、地域の方の参加も予定している。	避難訓練を年2回実施し、近隣の住民も参加している。目標達成計画の水害を想定した訓練も実施しマニュアルも作成している。避難訓練実施後の反省事項が記入されていない。	反省事項を記録し、避難訓練に当日参加できなかった職員にも伝え、災害時に安全に避難できるよう、次回の訓練に活かして頂きたい。

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	ひとりの個人、人生の先輩として尊重し、声掛けやケアを行うときも配慮し実践している。その人の、その時の思いを大切にすることを職員に周知徹底している。	呼び名は姓や名前にさん付けである。排泄を失敗した時は他の人に気付かれないよう配慮する。排泄の大きさを職員間で「黒丸さん、白丸さん」と呼んで、入居者に聞こえても不快な感じを与えない様にしている。	
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	本人の思いに共感し、ひとりひとりの能力にあった対応を心がけ自分で決めること「自立」の重要性を認識している。サービスの中心にいるのは常に利用者であることを入社時より繰り返し浸透を図っている。		
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	たとえどんなに重度化しても、ひとりひとり本人のペースを尊重し、必要なら人員の補充や勤務時間の変更など柔軟に対応でき本人の希望に添った生活を送れるようにしている。		
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	本人が自分で決められるよう支援を行っている。美容院に出掛けたり、好きな服を買いに出掛けたりしている。重度化しても「この人ならこんな風にしたいはず」のその思いを形にして支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日頃の会話から、希望を聞きメニューに反映させると共に、週に1回は実際にスーパーにお誘いして食材を選んで頂き食事を楽しんで頂いている。	献立は職員が作る。入居者の好みはお寿司と刺身で行事の時に食べる。食材は、配達してもらったり入居者と買いに行く。週に1回「希望メニュー」の日があり、入居者と食べたい食材を買い、食事を楽しんでいる。	
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	本人の好みや食習慣に応じて、メニューを変更したり食事や水分を把握することで捕食や水分摂取を無理なく行うよう支援している。食事摂取能力の低下に合わせて調理形態も調整している。		
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	その人の習慣や能力を踏まえて気持ちに配慮したケアとなっている。口腔ケアの研修に参加し実践に反映している。		

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
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	ひとりひとりの排泄習慣やパターンを把握し、個々に対応している。使用するオムツやパットも吸収量やサイズなど個人にあった物を使い分けて、経済面にも配慮している	自立の人は5名、おむつの人が4名、他の人はリハビリパンツである。失禁時はプライドを傷つけないよう配慮し処理をする。夜間、安眠を重視する人はパットの容量を考慮し、他の人は様子を見て声を掛け、トイレに誘う。	
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	1日の食事や水分摂取量を把握し、運動機会を設けることで、便秘の予防に努めている。また、入浴時など腹部マッサージを行うなどして自然な排便を促している。食材も繊維質など積極的に取り入れている。		
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	気分良く入浴できるよう入浴前の声掛けや対応などに配慮したり、入浴剤や菖蒲湯・ゆず湯など楽しんでいただくよう支援している。介助中も会話をしリラックスして入浴できるよう心掛けている。	週2～3回入浴する。毎日でも入浴できる体制である。入浴剤や柚子湯等を楽しむ。脱衣所も床暖である。入浴拒否の人には、時間を置いたり職員を替えたりするとほとんど入る。駄目な時は「明日に入る」と約束をする。	
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	日中の活動などを通し1日の生活リズムをつくるよう心がけている。また、寝具や気温、湿度、部屋の明るさ、音など良い睡眠のためにそれぞれに対応している。		
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	服薬一覧表があり、ひとりひとりにあった支援を行っている。症状の変化や確認など主治医との連携を密にしながらその都度対応している。		
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	役割活動を通じて力を発揮していただいている。一つでも何かできること、出来ることの喜びを感じていただけることの大切さを認識している。また、職員の心からの感謝の気持ちをきちんと伝えるようにしている。		
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	お花見、夏祭り、紅葉ドライブなど季節を感じられる外出や食材の買い出し、誕生日の特別な外出、日用品の購入など生活していればあたりまえの外出などを支援している。また、本人の希望があれば希望に添った外出が出来る体制を取っている。	花見、明治の尋常小学校の教育資料館、スーパー銭湯等へ行く。日常的にはホーム周辺を散歩する。重度の人で外出できない時は庭等で日光浴をする。個別に行きたい希望が出る度に対応する。「気仙沼の大島へ」の希望を、検討している。	

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	管理は出来なくても家族の協力も得て、自分で持っている方もいる。なくしたら心配、なくても心配が生きる力を強化していると感じる。自分のお金で欲しいものを買う喜びを大切に支援している。		
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	話したくても言葉で伝えることが困難な方、文字を書きたくても困難な方とひとりひとり本人の力に応じて職員が手伝いながら支援している。		
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	雨の日に洗濯物が室内に干してあったり季節の花や飾り付けも四季それぞれで入居者様と職員と一緒に工夫してしつらえている。和室やホールなどちょっとした作業をしたり、おしゃべりをしたりしやすいように椅子や小上がりが重宝している。	リビングは暖かみを感じる木造作りで天井が高く天窓からの採光で明るく、床暖で優しい温かさである。リビングの両側が居室で、居室を見渡せる。入居者と手作りの大作の貼り絵や行事の写真を飾り、小上がりの畳と炬燵やソファもあり、ゆったりできる。	
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	皆さんそれぞれが自分の席を決めている。気の合う人同士のおしゃべりや職員との会話、また入居者様のお部屋も「たまり部屋」のようにになっている部屋もある。		
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	入居当初から「自分の部屋ごと引越してきてください」と家族にも協力をいただき、使い慣れた自分の物に囲まれて暮らしている。一つ一つの物に思い出も詰まっていると考え大事にしている。	ヒーターとクローゼットが備え付けである。使い慣れたベッドやタンス、テレビ、椅子等を持ってきており、壁に家族の写真や好みの飾り付けをしている。位牌を持って来ている人もおり、自分の部屋として寛いでいる。	
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	危険だから物を置かないではなく、まだできることに目を向け、どうしたら安全に使用して頂けるかを職員みんなで話し合い工夫している。		