

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30年1月28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.mhlw.go.jp/
----------	---

【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30年2月28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)】

・利用者様の様子について、細めにご家族様へ状況報告しています。また、月1回介護記録を送り、情報共有に努めています。・月ごとに、何かしら行事を行い、季節を感じて頂くと共に、利用者様・スタッフとの親睦を大切にしている。また、利用者様一人ひとりの誕生日に誕生日会を行っている。・法人の訪問看護に週1回来て頂き、利用者様全員の健康チェックを行っており、一人ひとりの状況報告や相談をし健康管理に努めている。また、便秘傾向の方でもなるべく下剤の量を減らし、別の方法で排便が出る様に工夫している。オムツ使用の方でも排便時トイレ誘導を行い排便促している。・利用者様が、日々楽しく笑って安心して生活が送れるように、スタッフも笑顔で接するように努力している。

【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た平屋建ての2ユニットのグループホームである。敷地内には、法人の介護老人保健施設が併設されている。近くには公園、スーパー、ホームセンター、高校などがあり、散歩や買い物に便利な生活しやすい環境にある。事業所の理念「楽しい生活、ゆったりとした生活、自分らしい生活」は、全職員の話し合いで作成し、毎年ケアを振り返り確認している。ユニット毎にも目標を掲げ、介護に活かしている。地域の一員として自治会に加入し、「防災まっぷ」作りに参加したり、毎月行われている「お茶っこ会」などに参加し、地域の人との馴染みの関係を築いている。中学校の福祉体験の受け入れも行っている。管理者は常に職員の意見を聞き、全員で話し合い介護に活かしている。職員の資質向上に向けて、内部研修や外部研修、資格取得をするための支援を積極的に行っている。

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)	<input type="radio"/>	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)	<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と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、生き生きと働いている (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)	<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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 認知症高齢者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
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	BS法を用いて、職員全員で考えて作った。新しい職員が入った際、理念について説明を行っている。	理念は利用者の生活に密着したもので、常に職員は念頭に置いて支援している。ユニット毎に目標を掲げ、利用者が自宅で暮らしていた時のように生活が過ごせるよう、配慮している。利用者の状態の変化に合わせて話し合い介護計画を作成している。	
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	地区の自治会、行事(お茶っこ会、愛唱会の参加)、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、地域の「お茶っこ会」、「愛唱会」、「敬老会」などに参加している。事業所の夏祭りには、地域住民や高校生ボランティアが参加し、協力が得られた。地域の「防災まっぷ」作りにも参加している。	毎月参加している地域開催の「お茶っこ会」などで、地域住民と馴染みの関係が深まってきた。今後は、事業所を地域住民と交流できる場所として提供し、より関係を深める取り組みに期待したい。
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	認知症サポーター養成講座の開催、中学校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、市職員、区長、民生委員、地域包括職員、高校教師、家族、利用者、職員が参加し開催している。事業所の状況報告をもとに話し合いがもたれ、「防災まっぷ」作りの参加要請や福祉体験の受け入れなどの対応をした。	
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	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。	介護保険や生活保護の手続きの相談や、生活保護の利用者への福祉サービスに関する助言などを得ている。地域包括支援センター経由で講師依頼があり「グループホームとは何か」について、地域住民を対象にした講話を行った。	
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	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施を行っている。内部研修で、身体拘束の研修を行った。	毎月のカンファレンスや内部研修をとおして、身体拘束をしないケアを実践している。日中は施錠を行わず、外出傾向がある利用者には、付き添って出かけるなど気分転換を図っている。ベッドからの転倒防止のために家族の了解を得て、マットやベッド下にセンサーを設置し対応している。	
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	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、事前に説明を行な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。	家族の意見要望は、運営推進会議や来訪時に聞いている。意見箱を設置している。遠方の家族には、電話や手紙で様子を伝え対応している。介護計画の実施状況報告を毎月郵送している。「職員の名前と顔が分からない」という意見で始めた、当日勤務の職員名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。	全体会議を毎月開催し、職員の意見要望を聞く機会も設けている。事業運営についてや、便秘対策、嚥下障害など利用者の変化について、常に全員で話し合い改善していくように取り組んでいる。日々のケアに関しては、申し送りノートを活用している。	
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し職員を配置し、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、職員全体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	グループホーム協議会北ブロック入っており、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
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	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。ケアプランを立てる際は、BS法用紙を用いている。		
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を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、洗濯物たたみ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、定期的には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「月のまとめ」として、ケアプランに沿って1カ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	自宅に電話を掛けたいと希望される際は、希望寺何回でも電話を掛けて頂いている。また、家族に手紙や葉書を書いて出してる。	家族や馴染みの人が訪問しやすいよう、電話の取り次ぎや手紙での連絡を支援している。近所の人の来訪もあるが、利用者の馴染みの場所への外出は、介護度が上がるにつれて減っている。毎月開催される「お茶っこ会」、「愛唱会」への参加が、新たな馴染みの関係作りの機会となっている。	
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	お互いが話し掛けあえるような雰囲気になってる。会話ができない人でも、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。		
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	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、BS法を使って本人の意向を考えながら検討している。	食事やお茶を飲みながら話を聞いたり、話しかけた時の表情から、思いや意向の把握に努めている。買い物への同行や、眠れなくて起きて来る利用者には、ゆっくりと話を聞いて落ち着けるよう対応している。	
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、毎日の記録を行ない、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BS法を用いて、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させている。	利用者や家族から、思い、意見要望を聞き、担当職員からの意見をもとに、カンファレンス時に職員で見直し、介護計画を作成している。健康面については、かかりつけ医、協力医療機関、訪問看護師の意見を聞いている。作成した介護計画は家族に説明し、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、理美容など受けられるようにしている。希望があれば、市の健康診断の付き添いを行っている。		

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	ボランティアや近隣学校の職場体験を受け入れている。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、訪問診療等も紹介している。訪問診療は月2回訪問してくれる為、相談しやすい。	希望するかかりつけ医を受診している。受診には家族と職員が一緒に付き添い、日々の様子を伝えている。職員のみが同行する場合には、家族に結果を報告し情報共有している。月2回の協力医療機関による訪問診療を受診する利用者もいる。訪問看護師が週1回来訪し、全利用者の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。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	重度化した場合、家族へ当ホームで出来る事・出来ない事を説明している。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。	入居時に、「利用者の重症化における対応に関わる指針」について説明を行っている。重度化した場合は、改めて家族と話し合い、支援方法を決めている。看取りの実績はないが、職員は内部研修や外部研修で、終末期のケアについて理解を深めている。	
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。	年2回、夜間想定も含めた避難訓練を行っているが、地域住民の参加はない。訓練時には、通報の仕方や水消火器の実習を行い、避難経路の見直しも行った。消火器やスプリンクラーなどの点検は年2回業者が行っている。風水害マニュアルの整備について市に相談している。	

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	その人に合った声掛けをして、言葉遣いに気を付けている。	接遇やプライバシー保護について研修を行い、利用者一人ひとりに合わせた対応に取り組んでいる。排泄介助はさりげなく対応している。	
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	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沿って支援している。基本的な一日の流れはあり、声掛けするが、一人ひとり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	食事にはお盆を使用している、茶碗拭きスタッフと一緒にいる。行事や誕生日会にお弁当を提供している。	法人の管理栄養士がメニューを作成している。ご飯と汁物は事業所で作り、副菜は本部から調理したものが届く。利用者と職員は、一緒に会話を楽しみながら食事をしている。誕生日などの行事食は、利用者の希望を取り入れたり、事業所で作ったりしている。	
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、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	食後の歯磨きの声掛け・準備を行っている。希望寺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、トイレで排泄してもらえるように心掛けている。	排泄チェック表をもとにパターンを把握し、日中はできるだけトイレで排泄できるよう支援している。自立の人にも必要に応じ、声がけするなど配慮をしている。オムツ使用でも、便座に座って排泄するよう、促している。	
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	オリゴ糖を入れ、飲用し頂いたり、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	希望を確認し入って頂いている。時間帯はほぼ決まっているが、柔軟に対応している。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。	バイタルチェックを行い、週2回本人の希望する時間に入浴している。シャンプー・ボディーソープ・タオルは、各自好みのものを使用している。入浴拒否の利用者には、無理強いをせず、排泄後にさりげなく誘うなどの工夫を行っている。	
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。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など、自宅で行っていたことを中心に役割を設定している。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	希望に応じて、散歩・買い物等に外出している。	年間の外出計画を立て、お花見や紅葉狩りなどの外出の機会を作り、ユニット毎に季節を楽しんでいる。車いす対応の車輛を使い、車いすの利用者にも一緒に外出ができる機会を設けている。日常的にも、敷地内や近くの公園への散歩、買い物、お見舞いなど、利用者それぞれが希望する所への外出を支援している。	

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かける機会がある。		
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に合った飾り付け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。	リビングは広くて明るく、温・湿度が適切に管理され、くつろげる場所になっている。時計、暦、テレビがあり、行事の写真や手作りの季節の作品が飾られている。廊下の壁には「ここは若柳新山地区つつみどおりです」の表示がある。両ユニットを繋ぐウッドデッキがあり、日光浴をしたり、野外活動をする場になっている。	
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	昔からの馴染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来て頂いている。また、写真等を飾り、居心地のよい居室になるよう努めている。	居室には、ベッド、クローゼット、カーテン、蓄熱暖房機が備わっている。馴染みの家具や家電品を持ち込み、家族写真や猫の写真が飾られ、その人らしい部屋になっている。掃除は職員が行い、清潔に保たれている。スプリンクラーや煙感知器も設置されている。	
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	トレイの標識、一人ひとりができることや、分かる事を考慮に入れている。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30年1月28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.mhlw.go.jp/
----------	---

【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30年2月28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)】

・利用者様に季節感を感じて頂く為、季節ごとのホーム内の装飾に力を入れている。また、利用者様と一緒に創作活動を行っている。・利用者様と一緒にお茶を飲みながら、会話を常に笑いのある楽しい生活を送って頂くよう、心掛けています。・利用者様が安心して生活が出来るように、健康管理に気をつけ、よりよい生活が送れるように、スタッフで話し合い対応を行っている。

【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)】

若柳の閑静な住宅地に位置した平屋建ての2ユニットのグループホームである。敷地内には、法人の介護老人保健施設が併設されている。近くには公園、スーパー、ホームセンター、高校などがあり、散歩や買い物に便利な生活しやすい環境にある。事業所の理念「楽しい生活、ゆったりとした生活、自分らしい生活」は、全職員の話し合いで作成し、毎年ケアを振り返り確認している。ユニット毎にも目標を掲げ、介護に活かしている。地域の一員として自治会に加入し、「防災まっぷ」作りに参加したり、毎月行われている「お茶っこ会」などに参加し、地域の人との馴染みの関係を築いている。中学校の福祉体験の受け入れも行っている。管理者は常に職員の意見を聞き、全員で話し合い介護に活かしている。職員の資質向上に向けて、内部研修や外部研修、資格取得をするための支援を積極的に行っている。

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 認知症高齢者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
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	開所当初からの理念の見直し、地域に目指した事業所理念に作り直した。BS法を用いて、職員全体で考えて作った。	理念は利用者の生活に密着したもので、常に職員は念頭に置いて支援している。ユニット毎に目標を掲げ、利用者が自宅で暮らしていた時のように生活が過ごせるよう、配慮している。利用者の状態の変化に合わせて話し合い介護計画を作成している。	
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	地区の自治会、月1回のお茶っこ会、近隣への散歩外出、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、地域の「お茶っこ会」、「愛唱歌」、「敬老会」などに参加している。事業所の夏祭りには、地域住民や高校生ボランティアが参加し、協力が得られた。地域の「防災まっぷ」作りにも参加している。	毎月参加している地域開催の「お茶っこ会」などで、地域住民と馴染みの関係が深まってきた。今後は、事業所を地域住民と交流できる場所として提供し、より関係を深める取り組みに期待したい。
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	認知症サポーター養成講座の開催、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、市職員、区長、民生委員、地域包括職員、高校教師、家族、利用者、職員が参加し開催している。事業所の状況報告をもとに話し合いがもたれ、「防災まっぷ」作りの参加要請や福祉体験の受け入れなどの対応をした。	
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	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。	介護保険や生活保護の手続きの相談や、生活保護の利用者への福祉サービスに関する助言などを得ている。地域包括支援センター経由で講師依頼があり「グループホームとは何か」について、地域住民を対象にした講話を行った。	
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	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っている。比較的自由に外に出られるよう配慮している。カンファレンス等を通し、鍵を掛けない工夫や実践を行っている。	毎月のカンファレンスや内部研修をとおして、身体拘束をしないケアを実践している。日中は施錠を行わず、外出傾向がある利用者には、付き添って出かけるなど気分転換を図っている。ベッドからの転倒防止のために家族の了解を得て、マットやベッド下にセンサーを設置し対応している。	
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	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	守り-部を活用しており、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いる。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。	家族の意見要望は、運営推進会議や来訪時に聞いている。意見箱を設置している。遠方の家族には、電話や手紙で様子を伝え対応している。介護計画の実施状況報告を毎月郵送している。「職員の名前と顔が分からない」という意見で始めた、当日勤務の職員名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、連絡ノートの活用をしている。	全体会議を毎月開催し、職員の意見要望を聞く機会も設けている。事業運営についてや、便秘対策、嚥下障害など利用者の変化について、常に全員で話し合い改善していくように取り組んでいる。日々のケアに関しては、申し送りノートを活用している。	
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は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設備にも努めている。		
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、管理者及び職員が講師を務めている。採用職員に対し、1か月間研修日誌を書いてもらい、本人の思い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	グループホーム協議県北ブロックの外部研修に参加している。		

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
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	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	出来る事への配慮として、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、少人数で関わる様にしており、本人が職員と助けえる(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。	家族や馴染みの人が訪問しやすいよう、電話の取り次ぎや手紙での連絡を支援している。近所の人との来訪もあるが、利用者の馴染みの場所への外出は、介護度が上がるにつれて減っている。毎月開催される「お茶っこ会」、「愛唱会」への参加が、新たな馴染みの関係作りの機会となっている。	
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は、個別的に関わりを多く持つようにしている。		

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
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と孫壇したり、他施設をさがしている。		
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	カンファレンスを通じて、本人の思いを把握し、それをもとに検討・実践している。	食事やお茶を飲みながら話を聞いたり、話しかけた時の表情から、思いや意向の把握に努めている。買い物への同行や、眠れなくて起きて来る利用者には、ゆっくりと話を聞いて落ち着けるよう対応している。	
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てている。	利用者や家族から、思い、意見要望を聞き、担当職員からの意見をもとに、カンファレンス時に職員で見直し、介護計画を作成している。健康面については、かかりつけ医、協力医療機関、訪問看護師の意見を聞いている。作成した介護計画は家族に説明し、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	外出など、個別的に希望に添えるよう対応をしている。		

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
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し、地域住民と関わりが持てるよう努めている。また、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。	希望するかかりつけ医を受診している。受診には家族と職員と一緒に付き添い、日々の様子を伝えている。職員のみが同行する場合には、家族に結果を報告し情報共有している。月2回の協力医療機関による訪問診療を受診する利用者もいる。訪問看護師が週1回来訪し、全利用者の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、支援や助言を貰っている。		
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、家族へ当ホームへ出来る事・出来ない事を説明している。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。	入居時に、「利用者の重症化における対応に関わる指針」について説明を行っている。重度化した場合は、改めて家族と話し合い、支援方法を決めている。看取りの実績はないが、職員は内部研修や外部研修で、終末期のケアについて理解を深めている。	
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、年に数回実施している。夜間想定訓練も実施している。	年2回、夜間想定も含めた避難訓練を行っているが、地域住民の参加はない。訓練時には、通報の仕方や水消火器の実習を行い、避難経路の見直しも行った。消火器やスプリンクラーなどの点検は年2回業者が行っている。風水害マニュアルの整備について市に相談している。	

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	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、利用者一人ひとりに合わせた対応に取り組んでいる。排泄介助はさりげなく対応している。	
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	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	一人ひとり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わせながら、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	個々の生活維持・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。	法人の管理栄養士がメニューを作成している。ご飯と汁物は事業所で作り、副菜は本部から調理したものが届く。利用者と職員は、一緒に会話を楽しみながら食事をしている。誕生日などの行事食は、利用者の希望を取り入れたり、事業所で作ったりしている。	
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、一人ひとりの状態に合わせて、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パターンを把握し、日中はできるだけトイレで排泄できるよう支援している。自立の人にも必要に応じ、声がけするなど配慮をしている。オムツ使用でも、便座に座って排泄するよう、促している。	
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	利用者個々に合わせ、水分量の調節や下剤の調節をしている。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。	バイタルチェックを行い、週2回本人の希望する時間に入浴している。シャンプー・ボディソープ・タオルは、各自好みのものを使用している。入浴拒否の利用者には、無理強いをせず、排泄後にさりげなく誘うなどの工夫を行っている。	
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	本人は休みたい時に休んで頂いている。入眠しているときは、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、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、ドライブに出掛け、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	希望に応じて、散歩・買い物・自宅等に外出している。嗜好別に・グループで外出を定期的に計画している。	年間の外出計画を立て、お花見や紅葉狩りなどの外出の機会を作り、ユニット毎に季節を楽しんでいる。車いす対応の車輛を使い、車いすの利用者にも一緒に外出ができる機会を設けている。日常的にも、敷地内や近くの公園への散歩、買い物、お見舞いなど、利用者それぞれが希望する所への外出を支援している。	

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、自己管理している金銭の確認を行っている。しかし、ほとんどホーム預かりにて、支払い時は、スタッフがやっている。		
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。		
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	いつでも綺麗に、最低限のもの以外は置かず、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。	リビングは広くて明るく、温・湿度が適切に管理され、くつろげる場所になっている。時計、曆、テレビがあり、行事の写真や手作りの季節の作品が飾られている。廊下の壁には「ここは若柳新山地区つつみどおりです」の表示がある。両ユニットを繋ぐウッドデッキがあり、日光浴をしたり、野外活動をする場になっている。	
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・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。	居室には、ベッド、クローゼット、カーテン、蓄熱暖房機が備わっている。馴染みの家具や家電品を持ち込み、家族写真や猫の写真が飾られ、その人らしい部屋になっている。掃除は職員が行い、清潔に保たれている。スプリンクラーや煙感知器も設置されている。	
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	本人が自発的に行う事は尊重し、一人ひとりの能力に合わせて、出来る事を行っている。		