

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	0495500050		
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	ユニット:	1丁目
所在地	仙台市泉区山の寺1-34-3		
自己評価作成日		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	https://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	2020年2月20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)】

「入居者様と職員が共に過ごす生活」を実現できるよう、入居者様の活動を受け入れ、「待つこと」「見守ること」を大切に、入居者様のペースを崩さない様に心掛けています。また、ご本人が施設生活の中で出来る事は役割としてやっていただき、生き甲斐や達成感を感じていただけるように支援しております。当事業所は地域の方々のご協力を頂き、地域の方々が温かく見守って頂いている環境が一番の強みです。今後も地域の皆様との関わりを大切し交じり合って生活出来ればと考えております。

【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)】

法人は2007年に設立し、宮城県内にグループホーム、デイサービス、有料老人ホーム、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援の事業所を運営している。ホームは2007年法人設立と同年に開所し、建物は平屋建て左右対称造りの2ユニットである。運営推進会議には3つの町内会の関係者・社協職員・民生委員・老人クラブ代表など地域から関係者が参加しており、地域行事やホーム行事の案内など情報交換を図り交流している。社協が実施している一人暮らしのお宅の「地域見守り隊」活動に参加し、ホームが山の寺集会所と道路を挟んで向かい合わせにあることから集会所の鍵の管理を引き受けたり、防犯活動の一環として21時まで外灯を点灯させる取り組みを行うなど、地域貢献にも努めている。家族への連絡を密にしており、医療面(定期検診の結果)、今後の予定(定期検診、訪問理・美容)、預り金の残高、食事の摂取状況、日常の様子について報告している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<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 グループホームいずみの里 ）「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	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」を土台とした事業所理念があり、理念に沿ったケアの実践のため、毎年年度初めに、ミーティングでユニット独自の理念を作り自分達のケアの振り返りの時間を作り評価する機会を作っている。	法人の理念「お一人おひとりに満足のいくあたたかいサービスを」を掲げている。法人理念を基に、ホーム理念と各ユニットもそれぞれの理念を決めて「満足度を上げる」・「あたたかい雰囲気づくり」を目指しながら、年度ごとに振り返り、ケアに取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	町内会に加入。地域行事にご招待頂いたり、夏祭りや芋煮会の施設行事に地域の方に参加して頂いている。地域の方から不要になったタオル等の寄付も頂いている。地域見守り隊に参加している。運営推進会議の際施設行事を写真を使って説明している。	町内会に加入している。地域の行事に招待されたり、ホーム行事の夏祭りの花火には地域住民の参加がある。春と秋に、町内の御神輿の披露があり利用者の楽しみになっている。社協が主催している一人暮らしのお宅への「地域見守り隊」活動に参加している。	
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	地域防災の為、外灯を21:00までつけたり、地域中学生の職場体験の受け入れを積極的に行っている。引き続き集会所の鍵の管理などを行っている。		
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	ホームの食事を実際にたべてもらう食事会、日常の生活を写真スライドにて紹介、外部研修の報告、など施設の取り組みを報告し意見を頂いている。	地域包括職員・社協職員・町内会関係者・民生委員・老人クラブ代表・家族が参加し、夜に開催している。ホームの状況を写真を使い報告したり、参加者から意見を聞いている。災害時の協力体制などについて話し合いを重ねている。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員には運営推進会議でケア等の報告。地域ケア会議への参加入居者様のことなどについても相談している。	地域包括職員が運営推進会議に参加しており、ホームの運営状況を理解している。ホームの職員が地域ケア会議に参加し、利用者について相談するなど、連携を図っている。	
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	ホームの指針として「身体拘束はしない」。身体拘束について定期的に施設内研修を行い、虐待か違うかその場で確認している。また、身体拘束廃止権利擁護委員会を設置し話し合いを行っている	身体拘束廃止権利擁護委員会を設置し、定期的に研修を行っている。職員は日常的なケアにおいて、身体拘束に当たらないかを確認している。グレーゾーンについて報告し、ミーティングなどで話し合っている。防犯上、玄関の施錠は21時から6時までである。	
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	定期的に面談し、チェックシートを活用し自分達のケアに不適切なケアが行われていないか確認している。また、施設内研修も行い防止に努めている。		

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	施設内で後見制度について研修を実施し、理解に努めている。		
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	入居申し込みの段階で説明を行い、納得の上申し込みを頂いている。入居、退去の際、再度説明しお互いに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設け、意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、ケアプラン提示の際も家族様からの要望がないか確認している。	運営推進会議に出席した家族から、運営に関する意見・要望を聞いている。面会時に記入してもらう面会票にも意見・要望の欄を設けている。これには利用者のケアへの要望が書き込まれることが多い。	
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、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。法人本部に相談窓口を設置しており事業所外でも発言できる場を設けている。	職員からは、ミーティング時や随時、意見・要望を聞いている。職員による委員会においても、運営に関する意見が出され改善に繋がられている。法人の管理者会議が設置されており、それぞれの事業所の職員からの意見を検討する機会となっている。	
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、昇給や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。又面談や相談は随時行い職員からの不満や改善点の吸い上げを行っている		
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	月に一回ではあるが、内部研修を開催している。新入職員については、新人研修を行っている。外部研修にも出来るだけ参加を勧めている。		
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	GH協会には加入していないが、地域ケア会議などに参加した際、他事業所のケアの話の聞いたりしている。		

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	管理者と、計画作成担当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、入居前にご本人の見学をお願いしている。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。見学の際は管理者が対応し、入居前に不明な点が解決できるように取り組んでいる。入居後の問題発生にも積極的に話し合うようにしている		
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	担当ケアマネージャー、ご家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居できない時は他施設の説明や系列事業所へ相談している。		
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	利用者の得意分野、趣味を生活の中で発揮できるように取り組んでいる。職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方、裁縫、昔の話、同じ時間・場を共有する者同士、なじみの関係共に生活している関係になっている。		
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	日頃より家族が外出に協力してくれる家族もいる。正月、お盆は外出したり家族と床屋に行ったりしている。他利用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。		
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	昔からの友人や近所の方々、以前担当であったケアマネジャーなど来所されている。また、ご家族が遠方でなかなか会えない入居者様のご家族には電話で状況報告や、月に1回手紙にて状況の報告を行っている。	来訪者が随時、面会票に持参したものや要望を記入しているので、各職員でこれらの情報を共有している。利用者の馴染みの人との手紙のやり取りなど、交流の支援も継続している。家族はスマートフォンで、利用者の写真など、状況を見ることができるシステムを活用して情報発信をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	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、その他に退去された方の利用の証明書の発行、退去された方の家族が来所してくれることもある。			
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	本人のニーズはカンファレンスにて共通認識として把握に努めている。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。又ご家族様から以前の暮らしをお聞きしその人に会った生活を考えている。	全職員で日常の会話などから利用者の思いを把握するように努めている。家族からも生活歴や趣味などの情報を聞き把握に努めているが、ひとり暮らしが長い場合には把握が困難になっている。会話から汲み取れない場合は、表情や仕草、行動などから、本人のしたいことや要望を推測しながら支援に繋げている。		
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。入居後もご家族に伺ったりしている。			
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」「できないこと」「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うことがあるので注意している。			
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族、本人の意向を確認し原則3カ月～6ヶ月に1回見直しを行い、職員主体のプランにならるように努めている。カンファレンス前には担当者が入居者の情報収取を行い、変化、現状を把握しケアプランを作成している。また結果としてモニタリングを行っている	カンファレンスの前に、担当職員が利用者の状態の変化などを情報シートに記入している。この情報と、家族からの要望や既往歴などを確認し、介護計画作成に活かしている。介護計画の見直しは3～6ヶ月期間内で、利用者の状態ごとに見直し時期の一覧表を作成している。状態の変化など必要があれば随時、介護計画を見直している。		
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	個別記録を残し職員間で情報の共有化に努めている。記録も多くなりモニタリングに活かされている。			
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	食事について行事食、選択食、希望食、ムース食の導入などその方にあった食事や楽しみとしての食事に取り組んでいる。また看取りを行っているので本人様のお好きなもので補食を行い少しでも好まれる物を食べて頂いている。			

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	行事時にご家族様のご協力を頂いたり、地区の方々からお誘いがあり、開催されている行事にも積極的に参加している。		
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	かかりつけ医とは本人及びご家族様の承諾を得て往診を受けている。医師とは密な連絡を取るようし他科受診の際も紹介状や連絡をとってけている。また、往診時は職員が付き添い、必要な時はご家族様にも同行をお願いしている。	2ヶ所の往診医のいずれかを、かかりつけ医として訪問診療を受けている。1ヶ所は看取りの対応を行っている。毎月、診療結果や受診予定について、家族に連絡している。専門医の受診が必要な時は、かかりつけ医の紹介により受診している。通院に、家族が付き添うこともある。	
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	週1回訪問介護のよる健康チェックを行っている。体調に変化がある場合すぐにドクターへ連絡している。また、特変事の確認もお願いしている。		
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。	入院時には情報提供書を渡し情報の共有化を図っている。入院後はこまめに面会に行くようし、医師、看護師、SWに症状を確認し退院日の調整や退院後の注意事項等について円滑な関係作りに努めている。		
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	終末期、看取りケアを行っている。終末期について医師に同席頂き、ご家族様への説明の機会を設け、不安無く終末期を迎えられるよう取り組んでいる。	ターミナルケアについて具体的に確認ができるよう、重度化及び看取りの指針を整えている。家族には入居時に説明し、同意を得ている。重度化した場合は、指針を基に話し合い、方針を決め、ケアに繋げている。看取り後は、職員で思いを話し合いながら、振り返る機会を設けている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時事故発生時対応マニュアルはあり、それに照らし合わせた対応をしていく。急変時や事故発生時の施設内研修も行っている。		
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	防災マニュアル作成済み。地域の方々にも声がけし避難訓練を実施する。施設避難訓練での問題点を運営推進会議中指摘していただき改善途中にある。	年2回、避難訓練を実施し、内1回は夜間想定で行っている。運営推進会議で「事業所が住宅地にあるので地域住民からの要望がありハンドマイクが必要では」との意見についてなど、検討中である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	声の大きさや話すスピードについて注意している。プライバシーの配慮にかけないように注意した声掛けをおこなっている。	一人ひとりに合わせた話し方や、声の大きさに配慮した対応に努めている。本人の意思を尊重し、過度の介護にならないよう、できないところの支援を目指している。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい声掛けを考えて声掛けしている。自分で意思を上手く伝えられない方に関しては、様子や仕草などから何を伝えようとしているのか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多くできるようにしている。		
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	本人がどうしたら良いのかを大切にし、他フロアと協力しつつ、希望に添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	重ね着や合わないような着方をしているも、さりげない声掛けを行い、自尊心を大切にしながら本人らしいおしゃれができるように配慮している。また、お気に入りの服が汚れた際には出来るだけ早く洗濯し本人に返せるようにしている。メイク道具を準備し毎日出来るようにしている。		
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	職員と入居者様が一緒に一人一人の力に応じて準備、調理、片付けを日常的に行っている。季節季節で行事食や選択食を取り入れている、また月に1回希望食も取り入れている。外食支援も行っている。	業者の献立により食材が届く。利用者の状態に合わせて、刻み食やムース食も取り入れている。正月のおせちや行事食など、好みに応じて選択できる仕組みを用意し、食事を楽しんでいる。利用者と職員と一緒に食事をしている。食事の準備や片付けをする利用者もいる。	
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	水分摂取表により摂取量を確認している。摂取量が少ない方にはご家族様に嗜好の好みを聞いて好きな物を提供している。間食は主治医と相談しながら楽しみを感じながら食べられるように支援している。		
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訪問歯科を利用し、確認して頂いている。歯磨きやうがいの出来ない方へは口腔ケアシートを使用し清潔保持に努めている		

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
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、排尿間隔、排泄間隔の把握に努めている。パットやおむつは時間帯に応じて大きさや吸収量に考慮し使用している。	排泄表で排泄パターン把握し、トイレ誘導などを行っている。尿取りパットなどの排泄用品は、昼と夜で換えたり一人ひとりの状態に合わせ使用している。必要に応じ、頻尿や便秘について医師に相談し薬を処方してもらう場合もある。	
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努めている。		
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	曜日や時間帯は特に決めておらず、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。	入浴は週2～3回を基本とし、本人の希望があれば合わせるよう取り組んでいる。希望しない場合は、無理強いせず翌日に変更したりする。着替えをしたがらない利用者には、声掛けなど工夫し清潔保持に努めている。	
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	入居者様の状態に合わせて支援している。眠れない時はフロアでテレビを見たりして眠くなるまで職員と過ごしている。お部屋にて過ごしたい方にはお部屋にてゆっくりと過ごして頂く。		
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	副作用や用法、用量についていつでも確認、閲覧できるようにしている。またわからないこと、飲み合わせ等薬局やドクターへ相談している		
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、楽しみ事を職員間で共有し日常生活に取り入れられるようにしている。気分転換に天気の良い時はドライブへもやっている。		
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	日常的に買い物やドライブなど外出する機会や季節にあわせた外出行事を行っている。紅葉や花見へ出かけたりする。	年間行事を立て、春と秋に花見などに出掛けられている。行き先に変化を持たせるよう取り組み、利用者から喜ばれている。日常的には近所のコンビニへ買い物に出掛けたり、近隣にある桜並木をドライブして楽しむこともある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人の支援として買い物やたい焼き屋さんと一緒に買いものに出かけている。また週1回ヤクルトさんが来所するのでその際、支払できるようにしている。		
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	希望により電話はいつでも利用できるようにしている(家族様の了承を得て)。手紙も自分で書いていただき近くのポストに出しに行く。		
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物を使用している。	リビングはスタッフルームから一望でき見守り体制が取りやすい。利用者は日中をリビングで過ごすことが多く、ユニット毎それぞれ手作りの作品を飾って過ごしたりしている。外出した時や行事の際の写真が飾られ、中学生から職場訪問時にももらったお礼の手紙や手作りの作品があり、利用者との話題提供にもなっている。	
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	廊下にソファを設置し一人ひとりがゆったりと過ごせる空間を作れるよう支援している。		
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寝て頂けるようにしている。また化粧台や仏壇、タンスなどなじみの物を持って頂けるように支援し、その人らしい環境作りに努めている。	エアコン・洗面台・クローゼット・ベッド・寝具・タンスが備え付けてある。ベッドに馴染みのない人には、布団を敷くなど状態や希望に合わせて対応している。掃除は職員と一緒に、整理整頓している。	
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、自分の部屋と認識できるように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の位置を変更する等、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	0495500050		
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 ユニット:2丁目		
所在地	仙台市泉区山の寺1-34-3		
自己評価作成日		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	https://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	2020年2月20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)】

「入居者様と職員が共に過ごす生活」を実現できるよう、入居者様の活動を受け入れ、「待つこと」「見守ること」を大切に、入居者様のペースを崩さない様に心掛けています。また、ご本人が施設生活の中で出来る事は役割としてやっていただき、生き甲斐や達成感を感じていただけるように支援しております。当事業所は地域の方々のご協力を頂き、地域の方々が温かく見守って頂いている環境が一番の強みです。今後も地域の皆様との関わりを大切し交じり合って生活出来ればと考えております。

【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)】

法人は2007年に設立し、宮城県内にグループホーム、デイサービス、有料老人ホーム、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援の事業所を運営している。ホームは2007年法人設立と同年に開所し、建物は平屋建て左右対称造りの2ユニットである。運営推進会議には3つの町内会の関係者・社協職員・民生委員・老人クラブ代表など地域から関係者が参加しており、地域行事やホーム行事の案内など情報交換を図り交流している。社協が実施している一人暮らしのお宅の「地域見守り隊」活動に参加し、ホームが山の寺集会所と道路を挟んで向かい合わせにあることから集会所の鍵の管理を引き受けたり、防犯活動の一環として21時まで外灯を点灯させる取り組みを行うなど、地域貢献にも努めている。家族への連絡を密にしており、医療面(定期検診の結果)、今後の予定(定期検診、訪問理・美容)、預り金の残高、食事の摂取状況、日常の様子について報告している。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、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 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
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	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」を土台とした事業所理念があり、理念に沿ったケアの実践のため、毎年年度初めに、ミーティングでユニット独自の理念を作り自分達のケアの振り返りの時間を作り評価する機会を作っている。	法人の理念「お一人おひとりに満足のいくあたたかいサービスを」を掲げている。法人理念を基に、ホーム理念と各ユニットもそれぞれの理念を決めて「満足度を上げる」・「あたたかい雰囲気づくり」を目指しながら、年度ごとに振り返り、ケアに取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入。地域行事にご招待頂いたり、夏祭りや芋煮会の施設行事に地域の方に参加して頂いている。地域の方から不要になったタオル等の寄付も頂いている。地域見守り隊に参加している。運営推進会議の際施設行事を写真を使って説明している。	町内会に加入している。地域の行事に招待されたり、ホーム行事の夏祭りの花火には地域住民の参加がある。春と秋に、町内の御神輿の披露があり利用者の楽しみになっている。社協が主催している一人暮らしのお宅への「地域見守り隊」活動に参加している。	
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	地域防災の為、外灯を21:00までつけたり、地域中学生の職場体験の受け入れを積極的に行っている。引き続き集会所の鍵の管理などを行っている。		
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践、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	ホームの食事を実際にたべてもらう食事会、日常の生活を写真スライドにて紹介、外部研修の報告、など施設の取り組みを報告し意見を頂いている。	地域包括職員・社協職員・町内会関係者・民生委員・老人クラブ代表・家族が参加し、夜に開催している。ホームの状況を写真を使い報告したり、参加者から意見を聞いている。災害時の協力体制などについて話し合いを重ねている。	
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に取り組んでいる	地域包括支援センター職員には運営推進会議でケア等の報告。地域ケア会議への参加入居者様のことなどについても相談している。	地域包括職員が運営推進会議に参加しており、ホームの運営状況を理解している。ホームの職員が地域ケア会議に参加し、利用者について相談するなど、連携を図っている。	
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	ホームの指針として「身体拘束はしない」。身体拘束について定期的に施設内研修を行い、虐待か違うかその場で確認している。また、身体拘束廃止権利擁護委員会を設置し話し合いを行っている	身体拘束廃止権利擁護委員会を設置し、定期的に研修を行っている。職員は日常的なケアにおいて、身体拘束に当たらないかを確認している。グレーゾーンについて報告し、ミーティングなどで話し合っている。防犯上、玄関の施錠は21時から6時までである。	
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	定期的に面談し、チェックシートを活用し自分達のケアに不適切なケアが行われていないか確認している。また、施設内研修も行き防止に努めている。		

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	施設内で後見制度について研修を実施し、理解に努めている。		
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	入居申し込みの段階で説明を行い、納得の上申し込みを頂いている。入居、退去の際、再度説明しお互いに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設け、意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、ケアプラン提示の際も家族様からの要望がないか確認している。	運営推進会議に出席した家族から、運営に関する意見・要望を聞いている。面会時に記入してもらう面会票にも意見・要望の欄を設けている。これには利用者のケアへの要望が書き込まれることが多い。	
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、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。法人本部に相談窓口を設置しており事業所外でも発言できる場を設けている。	職員からは、ミーティング時や随時、意見・要望を聞いている。職員による委員会においても、運営に関する意見が出され改善に繋がられている。法人の管理者会議が設置されており、それぞれの事業所の職員からの意見を検討する機会となっている。	
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、昇給や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。又面談や相談は随時行い職員からの不満や改善点の吸い上げを行っている。		
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	月に一回ではあるが、内部研修を開催している。新入職員については、新人研修を行っている。外部研修にも出来るだけ参加を勧めている。		
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	GH協会には加入していないが、地域ケア会議などに参加した際、他事業所のケアの話の聞いたりしている。		

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	管理者と、計画作成担当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、入居前にご本人の見学をお願いしている。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。見学の際は管理者が対応し、入居前に不明な点が解決できるように取り組んでいる。入居後の問題発生にも積極的に話し合うようにしている。		
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	担当ケアマネージャー、ご家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居できない時は他施設の説明や系列事業所へ相談している。		
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	利用者の得意分野、趣味を生活の中で発揮できるように取り組んでいる。職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方、裁縫、昔の話、同じ時間・場を共有する者同士、なじみの関係共に生活している関係になっている。		
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	日頃より家族が外出に協力してくれる家族もいる。正月、お盆は外出したり家族と床屋に行ったりしている。他利用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。		
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	昔からの友人や近所の方々、以前担当であったケアマネージャーなど来所されている。また、ご家族が遠方でなかなか会えない入居者様のご家族には電話で状況報告や、月に1回手紙にて状況の報告を行っている。	来訪者が随時、面会票に持参したものや要望を記入しているので、各職員でこれらの情報を共有している。利用者の馴染みの人との手紙のやり取りなど、交流の支援も継続している。家族はスマートフォンで、利用者の写真など、状況を見ることができるシステムを活用して情報発信をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	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、その他に退去された方の利用の証明書の発行、退去された方の家族が来所してくれることもある。		
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	本人のニーズはカンファレンスにて共通認識として把握に努めている。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。又ご家族様から以前の暮らしをお聞きしその人に会った生活を考えている。	全職員で日常の会話などから利用者の思いを把握するように努めている。家族からも生活歴や趣味などの情報を聞き把握に努めているが、ひとり暮らしが長い場合には把握が困難になっている。会話から汲み取れない場合は、表情や仕草、行動などから、本人のしたいことや要望を推測しながら支援に繋げている。	
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。入居後もご家族に伺ったりしている。		
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」「できないこと」「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うことがあるので注意している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族、本人の意向を確認し原則3カ月～6ヶ月に1回見直しを行い、職員主体のプランにならるように努めている。カンファレンス前には担当者が入居者の情報収集を行い、変化、現状を把握しケアプランを作成している。また結果としてモニタリングを行っている	カンファレンスの前に、担当職員が利用者の状態の変化などを情報シートに記入している。この情報と、家族からの要望や既往歴などを確認し、介護計画作成に活かしている。介護計画の見直しは3～6ヶ月期間内で、利用者の状態ごとに見直し時期の一覧表を作成している。状態の変化など必要があれば随時、介護計画を見直している。	
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	個別記録を残し職員間で情報の共有化に努めている。記録も多くなりモニタリングに活かされている。		
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	食事について行事食、選択食、希望食、ムース食の導入などその方にあった食事や楽しみとしての食事に取り組んでいる。また看取りを行っているので本人様のお好きなもので補食を行い少しでも好まれる物を食べて頂いている。		

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	行事時にご家族様のご協力を頂いたり、地区の方々からお誘いがあり、開催されている行事にも積極的に参加している。		
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	かかりつけ医とは本人及びご家族様の承諾を得て往診を受けている。医師とは密な連絡を取るようし他科受診の際も紹介状や連絡をとってくださっている。また、往診時は職員が付き添い、必要な時はご家族様にも同行をお願いしている。	2ヶ所の往診医のいずれかを、かかりつけ医として訪問診療を受けている。1ヶ所は看取りの対応を行っている。毎月、診療結果や受診予定について、家族に連絡している。専門医の受診が必要な時は、かかりつけ医の紹介により受診している。通院に、家族が付き添うこともある。	
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	週1回訪問介護のよる健康チェックを行っている。体調に変化がある場合すぐにドクターへ連絡している。また、特変事の確認もお願いしている。		
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。	入院時には情報提供書を渡し情報の共有化を図っている。入院後はこまめに面会に行くようし、医師、看護師、SWに症状を確認し退院日の調整や退院後の注意事項等について円滑な関係作りに努めている。		
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	終末期、看取りケアを行っている。終末期について医師に同席頂き、ご家族様への説明の機会を設け、不安無く終末期を迎えられるよう取り組んでいる。	ターミナルケアについて具体的に確認ができるよう、重度化及び看取りの指針を整えている。家族には入居時に説明し、同意を得ている。重度化した場合は、指針を基に話し合い、方針を決め、ケアに繋げている。看取り後は、職員で思いを話し合いながら、振り返る機会を設けている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時事故発生時対応マニュアルはあり、それに照らし合わせた対応をしていく。急変時や事故発生時の施設内研修も行っている。		
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	防災マニュアル作成済み。地域の方々にも声がけし避難訓練を実施する。施設避難訓練での問題点を運営推進会議中指摘していただき改善途中にある。	年2回、避難訓練を実施し、内1回は夜間想定で行っている。運営推進会議で「事業所が住宅地にあるので地域住民からの要望がありハンドマイクが必要では」との意見についてなど、検討中である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	声の大きさや話すスピードについて注意している。プライバシーの配慮にかけないように注意した声掛けをおこなっている。	一人ひとりに合わせた話し方や、声の大きさに配慮した対応に努めている。本人の意思を尊重し、過度の介護にならないよう、できないところの支援を目指している。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい声掛けを考えて声掛けしている。自分で意思を上手く伝えられない方に関しては、様子や仕草などから何を伝えようとしているのか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多くできるようにしている。		
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	本人がどうしたら良いのかを大切に、他フロアと協力しつつ、希望に添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	重ね着や合わないような着方をしていても、さりげない声掛けを行い、自尊心を大切にしながら本人らしいおしゃれができるように配慮している。また、お気に入りの服が汚れた際には出来るだけ早く洗濯し本人に返せるようにしている。メイク道具を準備し毎日出来るようにしている。		
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	職員と入居者様が一緒に一人一人の力に応じて準備、調理、片付けを日常的に行っている。季節季節で行事食や選択食を取り入れている、また月に1回希望食も取り入れている。外食支援も行っている。	業者の献立により食材が届く。利用者の状態に合わせて、刻み食やムース食も取り入れている。正月のおせちや行事食など、好みに応じて選択できる仕組みを用意し、食事を楽しんでいる。利用者と職員と一緒に食事をしている。食事の準備や片付けをする利用者もいる。	
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	水分摂取表により摂取量を確認している。摂取量が少ない方にはご家族様に嗜好の好みを聞いて好きな物を提供している。間食は主治医と相談しながら楽しみを感じながら食べられるように支援している。		
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訪問歯科を利用し、確認して頂いている。歯磨きやうがいの出来ない方へは口腔ケアシートを使用し清潔保持に努めている		

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
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、排尿間隔、排泄間隔の把握に努めている。パットやおむつは時間帯に応じて大きさや吸収量に考慮し使用している。	排泄表で排泄パターン把握し、トイレ誘導などを行っている。尿取りパットなどの排泄用品は、昼と夜で換えたり一人ひとりの状態に合わせ使用している。必要に応じ、頻尿や便秘について医師に相談し薬を処方してもらう場合もある。	
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取り組み、出来るだけ薬に頼らないように努めている。		
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	曜日や時間帯は特に決めておらず、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。	入浴は週2～3回を基本とし、本人の希望があれば合わせるよう取り組んでいる。希望しない場合は、無理強いせず翌日に変更したりする。着替えをしたがらない利用者には、声掛けなど工夫し清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。眠れない時はフロアでテレビを見たりして眠くなるまで職員と過ごしている。お部屋にて過ごしたい方にはお部屋にてゆっくりと過ごして頂く。		
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	副作用や用法、用量についていつでも確認、閲覧できるようにしている。またわからないこと、飲み合わせ等薬局やドクターへ相談している		
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、楽しみ事を職員間で共有し日常生活に取り入れられるようにしている。気分転換に天気のいい時はドライブへもやっている。		
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	日常的に買い物やドライブなど外出する機会や季節にあわせた外出行事を行っている。紅葉や花見へ出かけたりする。	年間行事を立て、春と秋に花見などに出掛けしている。行き先に変化を持たせるよう取り組み、利用者から喜ばれている。日常的には近所のコンビニへ買い物に出掛けたり、近隣にある桜並木をドライブして楽しむこともある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人の支援として買い物やたい焼き屋さんと一緒に買いものに出かけている。また週1回ヤクルトさんが来所するのでその際、支払できるようにしている。		
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	希望により電話はいつでも利用できるようにしている(家族様の了承を得て)。手紙も自分で書いていただき近くのポストに出しに行く。		
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物を使用している。	リビングはスタッフルームから一望でき見守り体制が取りやすい。利用者は日中をリビングで過ごすことが多く、ユニット毎それぞれ手作りの作品を飾って過ごしたりしている。外出した時や行事の際の写真が飾られ、中学生から職場訪問時にもらったお礼の手紙や手作りの作品があり、利用者との話題提供にもなっている。	
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	廊下にソファを設置し一人ひとりがゆったりと過ごせる空間を作れるよう支援している。		
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寝て頂けるようにしている。また化粧台や仏壇、タンスなどなじみの物を持って頂けるように支援し、その人らしい環境作りに努めている。	エアコン・洗面台・クローゼット・ベッド・寝具・タンスが備え付けてある。ベッドに馴染みのない人には、布団を敷くなど状態や希望に合わせて対応している。掃除は職員と一緒に、整理整頓している。	
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、自分の部屋と認識できるように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の位置を変更する等、自立できるように支援している。		