

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	0471400168		
法人名	社会福祉法人やすらぎ会		
事業所名	グループホームやすらぎ 1号棟		
所在地	東松島市牛網字駅前二丁目 29-12		
自己評価作成日	平成26年9月15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.jp/04/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月15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)】

当ホームの考え方として、社会福祉事業を行うにあたり、社会へ貢献するにはできる限り質の高いケアを目標とし、ご家族への経済的負担も考慮し、低価格でより良い生活を送っていただけるよう努めております。、敷地内に花YATA-Iや家族世話人会によるプランターへの季節の花々を利用者様と育てて愛でています。今後も環境づくりを含めて利用者様の「利用者様らしさ」を引き出すために職員一同邁進していきたいと考えております。、利用者様の入浴の確保はもちろん「足湯」を入浴日以外に毎日実施しております。「ホッと」する気持ちが日々の心の安定に繋がり、認知症の方の症状が軽減できるものと考え実施しているところです。

【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)】

東松島市のJR仙石線小野駅に隣接した仮設住宅地の一角に、災害救助法によるグループホーム型福祉仮設住宅として3年前に開所された。震災前、同法人は同市東名地区で特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービスを運営していたが、東日本大震災で被災し休止を余儀なくされた。所長はじめ多くの職員は同法人の各施設の介護経験を積んできており、利用者とは「震災経験者」という共通の基盤にたち、日々の生活の支援を行っている。ホーム運営では運営推進会議と家族世話人会が機能しており、ホーム運営の力となっている。震災前の各施設の職員が在籍しそれまでの経験を活かしたケアに努めている。加えて医療面の支援は協力医療機関との日常的な連携に加え、二人の看護師が在籍しており、体調管理の維持や不安の軽減につながっている。

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)	<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) 外出・受診・家族と	<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				

自己評価および外部評価結果（事業所名

グループームやすらぎ

ユニット名 1号棟)

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	住み慣れた地域で、尊厳が維持されたままその方らしい生活が継続されることを基本として理念を作成。新任研修の際に理念を説明し理解して実践に繋がられるよう又毎月曜日に理念を唱和し意識の統一を図っている。	法人の基本方針を具体化する5項目の理念を作成し、利用者の尊厳とその人らしい暮らしが継続される支援を目指している。週のミーティングで唱和し日々のケアの振返りと質の向上に向けて活かしている。	
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	地元の祭りや利用者様の地域の行事にも進んで出かけ地域の子供たちや市民センターに集まっている方々とも旧交を温めています。	災害仮設住宅の自治会はあるが加入はしていない。自治会長や地域の住民との交流はあり、散歩時などで住民との会話などの交流を行っている。祭りなど地域行事へ招かれ参加している。	
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	地元の方々との会話の機会を持ち、事業所や入居している方々の「認知症」の理解を進めています。		
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	2か月に一回開催。サービス提供・事業報告等説明し各委員からの地域の情報、行政からの福祉の情報をいただき意見を行事等に活かしています。	奇数月に年6回、市職員、地域包括職員、家族代表、利用者代表、職員で開催している。災害救助法によるグループホーム型福祉仮設住宅であり、市職員は毎回出席している。施設の運営報告や、利用者・家族なども含めた活発な意見交換がなされている。	
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	連絡や質疑のある際に連携をかかさず相談があるときにもその都度協力をいただいています。	被災者のホームと云うこともあり、行政との関係は緊密である。利用者の状況や施設運営などを報告し、行政からは情報提供があり連携している。この間出入口のスロープの改修を依頼し実現した。	
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	ポスターの掲示やミーティング・担当者会議に機会を作り理解を深める。常にケアに留意し、夜間帯に家族の了解のもと一部センサーマットの使用はあり。検討しながらしないようにしている。	日々のケアの中での気付きや振返りを行い、問題点の見直しなどを職員で共有している。家族の同意を得てセンサーマットを使用する利用者もいる。外出傾向を把握し、利用者の意向にそうように、必要に応じて職員がさりげなく同行している。	
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	ミーティングの時に機会を作り理解を深める。職員同士「言葉がけ」の際、言葉も含めて啓発し合い職務に当たっています。		

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	リーフレットなどにより職員は学ぶ機会を作り理解を深める。職員同士啓発し合い職務にあたっている。		
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	契約時には契約内容や重要事項の説明のほか、利用料金やその内訳、重度化の際の対応、利用にあたって望んでいることを確認しご家族とホームとの認識にズレがないよう留意している。		
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	家族世話人会や運営推進会議の他、面会時に様子報告とケアプランの説明の際要望を聞いています。職員が普段の会話から察して検討を行ったり、管理者が会話にて引き出したりしている。	家族の意見を出来るだけ聴くように家族世話人会や運営推進会議のほか、面会などを通じ情報収集を行っている。要望から家族対象に認知症や老老介護などの研修を行った。	
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	普段からの報告のほか、話す機会を多くし気軽に意見を個々に聞けるようにしている。	所長、管理者は日々の会話や週次・月次の会議を通じ職員の意見や思いを聴き運営に反映させることに努めている。	職員が意見や提案する能力を更に発揮できるよう、職員の思いを共有するツール(気づきノート)の活用を期待する。
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	年2回自己評価を実施。日々業務の会話の中で各自の向上心や努力目標を把握し、やりがいを持てるよう指導していく。また子育て支援に繋が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	研修受講の機会と資格の取得に力を入れており、受験者のみでなく、若い職員にも知識の共有を行っている。また、職員一人ひとりにはケアの問題点がある時はその都度対応している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	東松島市役所の主催で「地域密着型サービス連絡協議会」が開催され、意見交換情報交換もありスキルアップに活かしている。		

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	入浴やバイタル測定時に職員と1対1で向き合うときに不安や悩み等現状を確認したり、居室で向き合える時間を多く設けてケアに繋げている。		
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	ひとつひとつ現状を確認し、時間をかけて想いを聞く。当ホームとして提供できるサービスがどのようなものかを説明します。その都度会話をしている。		
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	相談内容を把握し、望まれる対応を提案。担当ケアマネジャーとの連絡も併せて行っている。		
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	理念に沿い、人生の先輩として常に尊敬の念を失わず、日常的な関わりの際に感謝すること、支え合う気持ちを持って過ごせるよう対応している。		
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	ご本人、ご家族、職員が三位一体となり支え合う必要性を入居時に説明。家族の負担を考えながらの定期報告、必要時の電話連絡、面会時にも進んで職員から声をかけ支援している。		
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	面会時ゆっくり話す機会を設けている。近隣の店での買い物、散歩中の地域の方との交流など継続的な支援をしている。	震災で帰る家や馴染みの場所が失われたことから、近くのコンビニや洋品店への買物や、仮設住宅の人との関係作りなど、新たな生活環境での支援に努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事時やティータイム、外出の機会に職員がお互いの生活歴とか話題を提供することで利用者様に会話の橋渡しをしている。耳が聞こえない方や理解しにくい方にはコミュニケーション援助を行っている。		

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
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	退去後の状態報告の電話をいただいたり、ご家族の問い合わせにも応じています。運営推進会議委員を利用終了後も地域代表として関わりを持っていただく。		
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	入居前から生活習慣などの情報収集し、入居後もご本人の言葉や行動を観察し家族面会時にもご本人が希望する生活環境づくりを把握しながら利用者本位に検討している。	その人の生活歴や家族との面談で得た情報を参考にし、思いが上手く表せない人には、会話や仕事などから思いや、やりたい事などを掘りその実現に向けた支援に努めている。	
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	入居前にご本人、ご家族やケアマネ等より聞き取る。負担のない範囲で家族の名前やご本人・ご家族の愛称、名前を記入していただく。印象の強かった事や仕事、生活習慣などバックグラウンドを把握していきます。		
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	生活の様子や手指の巧緻性、「できる、したい、わかる」ことを一つ一つ確認しながら意欲を持った生活に繋がるよう日々の記録やその都度の報告、申し送りをしながらカンファレンスを通して現状を把握し必要とされているケアに繋げる。		
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	ケアプラン作成時、ご本人やご家族からの要望を取り入れ、職員が聞き取ったり気づいた事を持ち寄り、ケアの実施と結果をもとにカンファレンスを行いプラン作成に繋げる。やや遅れている。	家族や行政からの情報などから入所前の生活歴などを参考に、本人・家族の要望を基に介護計画を作成している。3ヶ月ごとに見直しを行っている。新規利用者は入所1ヶ月でモニタリングと検討会議を行い、以降の介護計画を作成している。	
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	個別のケース記録をもとにケアプランの実施チェックも併せて行う。排泄、食事、バイタルチェック、入浴の有無や体重の変化にも留意し、普段からの気づきも記入。見直しの際にそれらをふまえて作成している。		
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	これまでのかかりつけ病院への受診協力。また、身体面での変化があった場合はご本人やご家族の希望に沿いご家族と連携しながら受診や送迎など必要に応じ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	地元の消防署との防災訓練。また、夕涼み会においては地域の子供たちが参加してふれあいの場を持っている。		
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	これまでのかかりつけ病院を継続可能としており、ご家族の高齢化により受診の難しいご家族には近くの病院受診の情報を提供し訪問診療、居宅療養管理指導と適切な医療の支援をしている。	かかりつけ医への受診は家族付添いを基本にしている。家族が付添えない人には職員が同行支援をしている。ホームでは看護師が健康管理をしており、医療面でも安心して暮らせる環境づくりに努めている。	
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	常勤看護師もおり介護員等のバイタルチェック、観察により変化の対応にすぐ対応できる状況にあり、早めの病院受診が可能です。		
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・退院にはその都度対応する。		
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	かかりつけ医・病院と連携を取りながらの体制ができており、親身になって対応している。終末期のあり方として、ご家族にホームであることを説明しながら協力病院とも支援に取り組んでいる。	グループホーム型福祉仮設住宅のため、重度化や終末期介護は限界があり、家族に説明し理解を得ている。現状は協力医療機関やかかりつけ医などと連携体制を確保しバックアップの体制をとっている。	
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	マニュアル化されており、職員は救急救命講習やAEDの操作も身につけています。		
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	職員の連絡網あります。防災訓練も夜間想定で実施。近隣の方との協力体制は充分とは言えない。協定締結の福祉避難所への避難訓練も実施。マニュアルもあり、非常食・水・薬や利用者のフェースシート持ち出し共有。車の操作は全員熟知していない。	夜間想定も含め火災発生時の避難・通報訓練を隔月で実施している。春と秋は消防署の立会いで実施している。ホームの被災対策として福祉避難所(老健)との協定を結んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	理念に沿って日頃より尊敬の念を持った対応を心がけている。個人情報や職員一人一人が常に配慮し、特に電話での問い合わせについては声質など十二分な注意をしている。	一人ひとりの尊厳を日々ケアの基本に据えて、支援にあたっている。呼び名は名字で呼びその後の関係作りで変えることもある。入浴介助は同性介助の配慮もある。	
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	理念に沿い、選択の自由、選択のし易さを心がけ、ご本人の意思で選択や決定できる機会(外出や献立など)を設け、尊重した関わりを持っている。		
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	一人ひとりの希望に耳を傾け、その方のペースで関わりを持ち、急かしたり待たせたりが繰り返し起こらないよう職員間で対応している。		
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	服装は基本的にはご本人の意思により決定。不足の部分はサポートしています。理容はホームにて希望者実施。ボランティアの化粧教室あり。洗顔フォームで洗ったり眉墨で化粧する方あり。		
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	主食・副食は一人ひとりの好みに合わせた食事形態で対応。誕生日には希望のメニューでお祝いをします。下ごしらえや後片づけは職員と共同で行っている。	利用者の状況や好みに配慮した食事を提供している。テーブル拭きや食器の後片付けには利用者も加わっている。日常や行事の献立は食事委員会で計画し、管理者(栄養士)がチェックしている。誕生日は本人の希望を取り入れて祝っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	病歴等を踏まえてご本人やご家族と相談。年齢、病状により食事摂取量を把握し、栄養バランスに気をつけ提供、水分摂取困難者にはドリンクゼリーやゼリー食等で対応しています。		
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	職員に肺炎や認知症への影響を説明し、口腔ケアの重要性を確認。就寝前の口腔ケアを実施。義歯の不具合等の際はご家族の同意のもと早期の歯科受診にて対応している。		

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
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	その方のプライバシーや生活習慣に合わせての声掛けや誘導を実施。居室のレイアウト(ベッドの位置等)は身体能力・認知度を考慮しご本人が一番生活しやすい形を支援している。	自立を目指し、見守りを基本に支援している。必要に応じ、チェック表や様子を見ながらトイレに誘導している。リハビリパンツなどはその人の状況にあわせて使用している。	
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	排便チェックを行い、運動・食事(繊維質の摂取)水分を多く摂るよう促している。オリゴワンや下剤で調整している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は月～土の日中、急変も考えられるので医療機関を受診できる時間帯に実施。本人の意向に沿いながら入浴可。希望により同性介助もしている。	週2～3回入浴支援をしている。入浴予定日以外の人には毎日足浴を実施している。入浴拒否がある場合は声掛けや意向を聞くなど工夫している。	
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	午前は活動を促し、午後はゆったりした時間の提供を心がけている。足湯も実施している。寝つきにくい方には温かい飲み物を用意し、部屋かりビングで話し相手になって気持ちの安定を図る。		
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	一人ひとりの服薬量や方法をファイルし、どのような薬をいつ服用するのか間違わず、と同時に氏名の再度の確認と変更時の全職員への周知を徹底する。常時ご家族・医師と連携をとり、家族のみ受診の時は「介護サマリー」により情報提供している。		
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	一人ひとりのADLに合わせて役割活動を促し、感謝の気持ちや褒めることを大切にしている。生活歴に応じてレク、外出、買い物等同行支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	好天の日には市内のドライブ、散歩を実施。買い物や受診時などに要望に沿いすんで実施。また、ご家族との連携により自宅などへの外出を支援をしている。	花見、あやめ祭り、紅葉狩りなどの年間計画を作り支援している。日常はドライブや買物、近隣の散歩など外出希望にも応えている。被災し流失した自宅跡地や家族のもとに出掛けることもあり、家族と連携して支援を行う事もある。	

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	一人ひとりに合わせて財布やバッグを所持していただき、買い物、散歩時、外食時に使えるよう支援している。		
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	電話で話したいときは常時電話対応可。「暑中見舞いハガキ」きても返信するには誰か解らず対応難しいためご家族の方にしていただいています。		
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	広い空間を持つ建物の中であって、安全面を考慮しながら又不安を抱かないように置物、インテリアの配置、採光に留意しながら模様替えをしたり落ち着ける空間となるよう努めている。	仮設の建物であり限られた状況の中で快適さを保つ配慮をしている。明るさや室温など特に配慮をしている。トイレ、風呂や居室は大きな字で表示され判り易いように工夫している。	
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	ホーム内に椅子、テーブル、ベンチを置き、セミパブリックスペースを設け気の合った同志が過ごせるよう工夫している。		
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	入居の際にご本人より先に家具を入れていただくように勧めています。が被災された方々なので馴染みの持ち物も少ないようです。居室同志で訪問しながら会話を楽しんでいます。	被災者のため、殆どの人は馴染みの物がなく、入居後の思い出の写真や飾り物などで、居心地の良い部屋づくりを支援している。掃除は毎朝職員が支援し清潔な部屋の維持に努めている。	
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	一人ひとりの現在の状況に合わせ、脱衣所・浴場が滑らないよう出来るだけドライにしている。トイレ等平面の名札だけでなく立体的で馴染みの和式のイラストなどで工夫している。リスクの減と進んで活動し易い環境設定をしている。		

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	0471400168		
法人名	社会福祉法人やすらぎ会		
事業所名	グループホームやすらぎ 2号棟		
所在地	東松島市牛網字駅前二丁目 29-12		
自己評価作成日	平成26年9月15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.jp/04/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月15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)】

当ホームの考え方として、社会福祉事業を行うにあたり、社会へ貢献するにはできる限り質の高いケアを目標とし、ご家族への経済的負担も考慮し、低価格でより良い生活を送っていただけるよう努めております。、敷地内に花YATA-Iや家族世話人会によるプランターへの季節の花々を利用者様と育てております。今後も環境づくりを含めて利用者様の「利用者様らしさ」を引き出すために職員一同邁進していきたいと考えております。、利用者様の入浴の確保はもちろん「足湯」を入浴日以外に毎日実施しております。「ホッと」する気持ちが日々の心の安定に繋がり、認知症の方の症状が軽減できるものと考え実施しているところです。

【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)】

東松島市のJR仙石線小野駅に隣接した仮設住宅地の一角に、災害救助法によるグループホーム型福祉仮設住宅として3年前に開所された。震災前、同法人は同市東名地区で特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービスを運営していたが、東日本大震災で被災し休止を余儀なくされた。所長はじめ多くの職員は同法人の各施設の介護経験を積んできており、利用者とは「震災経験者」という共通の基盤にたち、日々の生活の支援を行っている。ホーム運営では運営推進会議と家族世話会が機能しており、ホーム運営の力となっている。震災前の各施設の職員が在籍しそれまでの経験を活かしたケアに努めている。加えて医療面の支援は協力医療機関との日常的な連携に加え、二人の看護師が在籍しており、体調管理の維持や不安の軽減につながっている。

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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) 外出・受診・家族と	○	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

グループームやすらぎ

ユニット名 2号棟)

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	住み慣れた地域で、尊厳が維持されたままその方らしい生活が継続されることを基本として理念を作成。新任研修の際に理念を説明し理解して実践に繋がられるよう又毎月曜日に理念を唱和し意識の統一を図っている。	法人の基本方針を具体化する5項目の理念を作成し、利用者の尊厳とその人らしい暮らしが継続される支援を目指している。週のミーティングで唱和し日々のケアの振返りと質の向上に向けて活かしている。	
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	地元の祭りや利用者様の地域の行事にも進んで出かけ地域の子供たちや市民センターに集まっている方々とも旧交を温めています。	災害仮設住宅の自治会はあるが加入はしていない。自治会長や地域の住民との交流はあり、散歩時などで住民との会話などの交流を行っている。祭りなど地域行事へ招かれ参加している。	
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	地元の方々との会話の機会を持ち、事業所や入居している方々の「認知症」の理解を進めています。		
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	2か月に一回開催。サービス提供・事業報告等説明し各委員からの地域の情報、行政からの福祉の情報をいただき意見を行事等に活かしています。	奇数月に年6回、市職員、地域包括職員、家族代表、利用者代表、職員で開催している。災害救助法によるグループホーム型福祉仮設住宅であり、市職員は毎回出席している。施設の運営報告や、利用者・家族なども含めた活発な意見交換がなされている。	
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	連絡や質疑のある際に連携をかかさず相談があるときにもその都度協力をいただいています。	被災者のホームと云うこともあり、行政との関係は緊密である。利用者の状況や施設運営などを報告し、行政からは情報提供があり連携している。この間出入口のスロープの改修を依頼し実現した。	
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	ポスターの掲示やミーティング・担当者会議に機会を作り理解を深める。常にケアに留意し、夜間帯に家族の了解のもと一部センサーマットの使用はあり。検討しながらしないようにしている。	日々のケアの中での気付きや振返りを行い、問題点の見直しなどを職員で共有している。家族の同意を得てセンサーマットを使用する利用者もいる。外出傾向を把握し、利用者の意向にそうように、必要に応じて職員がさりげなく同行している。	
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注意を払い、防止に努めている	ミーティングの時に機会を作り理解を深める。職員同士言葉も含めて啓発し合い職務に当たっています。		

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	リーフレットなどにより職員は学ぶ機会を作り理解を深める。職員同士啓発し合い職務にあたっている。		
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	契約時には契約内容や重要事項の説明のほか、利用料金やその内訳、重度化の際の対応、利用にあたって望んでいることを確認しご家族とホームとの認識にズレがないよう留意している。		
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	家族世話人会や運営推進会議の他、面会時に様子報告とケアプランの説明の際要望を聞いています。職員が普段の会話から察して検討を行ったり、管理者が会話にて引き出したりしている。	家族の意見を出来るだけ聴くように家族世話人会や運営推進会議のほか、面会などを通じ情報収集を行っている。要望から家族対象に認知症や老老介護などの研修を行った。	
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	普段からの報告のほか、話す機会を多くし気軽に意見を個々に聞けるようにしている。	所長、管理者は日々の会話や週次・月次の会議を通じ職員の意見や思いを聴き運営に反映させることに努めている。	職員が意見や提案する能力を更に発揮できるよう、職員の思いを共有するツール(気づきノート)の活用を期待する。
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	年2回自己評価を実施。日々業務の会話の中で各自の向上心や努力目標を把握し、やりがいを持てるよう指導していく。また子育て支援に繋が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	研修受講の機会と資格の取得に力を入れており、受験者のみでなく、若い職員にも知識の共有を行っている。また、職員一人ひとりにはケアの問題点がある時はその都度対応している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	東松島市役所の主催で「地域密着型サービス連絡協議会」が開催され、意見交換情報交換もありスキルアップに活かしている。		

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	入浴やバイタル測定時に職員と1対1で向き合うときに不安や悩み等現状を確認したり、居室で向き合える時間を多く設けてケアに繋げている。		
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	ひとつひとつ現状を確認し、時間をかけて想いを聞く。当ホームとして提供できるサービスがどのようなものかを説明します。その都度会話をしている。		
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	相談内容を把握し、望まれる対応を提案。担当ケアマネジャーとの連絡も併せて行っている。		
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	理念に沿い、人生の先輩として常に尊敬の念を失わず、日常的な関わりの際に感謝すること、支え合う気持ちを持って過ごせるよう対応している。		
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	ご本人、ご家族、職員が三位一体となり支え合う必要性を入居時に説明。家族の負担を考えながらの定期報告、必要時の電話連絡、面会時にも進んで職員から声をかけ支援している。		
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	面会時ゆっくり話す機会を設けている。近隣の店での買い物、散歩中の地域の方との交流など継続的な支援をしている。	震災で帰る家や馴染みの場所が失われたことから、近くのコンビニや洋品店への買物や、仮設住宅の人との関係作りなど、新たな生活環境での支援に努めている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事時やティータイム、外出の機会に職員がお互いの生活歴とか話題を提供することで利用者様に会話の橋渡しをしている。耳が聞こえない方や理解しにくい方にはコミュニケーション援助を行っている。		

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
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	退去後の状態報告の電話をいただいたりご家族の問い合わせにも応じています。運営推進会議委員を利用終了後もしていただく。		
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	入居前から生活習慣などの情報収集し、入居後もご本人の言葉や行動を観察し家族面会時にもご本人が希望する生活環境づくりを把握しながら利用者本位に検討している。	その人の生活歴や家族との面談で得た情報を参考にし、思いが上手く表せない人には、会話や仕草などから思いや、やりたい事などを掴みその実現に向けた支援に努めている。	
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	入居前にご本人、ご家族やケアマネ等より聞き取る。負担のない範囲で家族の名前やご本人・ご家族の愛称、名前を記入していただく。印象の強かった事や仕事、生活をしてきたかバックグラウンドを把握していきます。		
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	生活の様子や手指の巧緻性、「できる、したい、わかる」ことを一つ一つ確認しながら意欲を持った生活に繋がるよう日々の記録やその都度の報告、申し送りをしながらカンファレンスを通して現状を把握し必要とされているケアに繋げる。		
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	ケアプラン作成時、ご本人やご家族からの要望を取り入れ、職員が聞き取ったり気づいた事を持ち寄り、ケアの実施と結果をもとにカンファレンスを行いプラン作成に繋げる。やや遅れている。	家族や行政からの情報などから入所前の生活歴などを参考に、本人・家族の要望を基に介護計画を作成している。3ヶ月ごとに見直しを行っている。新規利用者は入所1ヶ月でモニタリングと検討会議を行い、以降の介護計画を作成している。	
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	個別のケース記録をもとにケアプランの実施チェックも併せて行う。排泄、食事、バイタルチェック、入浴の有無や体重の変化にも留意し、普段からの気づきも記入。見直しの際にそれらをふまえて作成している。		
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	これまでのかかりつけ病院への受診協力。また、身体面での変化があった場合はご本人やご家族の希望に沿いご家族と連携しながら受診や送迎など必要に応じ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	地元の消防署との防災訓練。また、夕涼み会においては地域の子供たちが参加してふれあいの場を持っている。		
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	これまでのかかりつけ病院を継続可能としており、ご家族の高齢化により受診の難しいご家族には近くの病院受診の情報を提供し訪問診療、居宅療養管理指導と適切な医療の支援をしている。	かかりつけ医への受診は家族付添いを基本にしている。家族が付添えない人には職員が同行支援をしている。ホームでは看護師が健康管理をしており、医療面でも安心して暮らせる環境づくりに努めている。	
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	常勤看護師もおり介護員等のバイタルチェック、観察により変化の対応にすぐ対応できる状況にあり、早めの病院受診が可能です。		
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・退院にはその都度対応する。		
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	かかりつけ医・病院と連携を取りながらの体制ができており、親身になって対応している。終末期のあり方として、ご家族にホームであることを説明しながら協力病院とも支援に取り組んでいる。	グループホーム型福祉仮設住宅のため、重度化や終末期介護は限界があり、家族に説明し理解を得ている。現状は協力医療機関やかかりつけ医などと連携体制を確保しバックアップの体制をとっている。	
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	マニュアル化されており、職員は救急救命講習やAEDの操作も身につけています。		
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	職員の連絡網あります。防災訓練も夜間想定で実施。近隣の方との協力体制は充分とは言えない。協定締結の福祉避難所への避難訓練も実施。マニュアルもあり、非常食・水・薬や利用者のフェースシート持ち出し共有。車の操作は全員熟知していない。	夜間想定も含め火災発生時の避難・通報訓練を隔月で実施している。春と秋は消防署の立会いで実施している。ホームの被災対策として福祉避難所(老健)との協定を結んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	理念に沿って日頃より尊敬の念を持った対応を心がけている。個人情報や職員一人一人が常に配慮し、特に電話での問い合わせについては声質など十二分な注意をしている。	一人ひとりの尊厳を日々ケアの基本に据えて、支援にあたっている。呼び名は名字で呼びその後の関係作りで変えることもある。入浴介助は同性介助の配慮もある。	
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	理念に沿い、選択の自由、選択のし易さを心がけ、ご本人の意思で選択や決定できる機会(外出や献立など)を設け、尊重した関わりを持っている。		
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	一人ひとりの希望に耳を傾け、その方のペースで関わりを持ち、急かしたり待たせたりが繰り返し起こらないよう職員間で対応している。		
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	服装は基本的にはご本人の意思により決定。不足の部分はサポートしています。理容はホームにて希望者実施。ボランティアの化粧教室あり。洗顔フォームで洗ったり眉墨で化粧する方あり。		
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	主食は一人ひとりの好みに合わせた食事形態で対応。誕生日には希望のメニューでお祝いをします。下ごしらえや後片づけは職員と共同で行っている。	利用者の状況や好みに配慮した食事を提供している。テーブル拭きや食器の後片付けには利用者も加わっている。日常や行事の献立は食事委員会で計画し、管理者(栄養士)がチェックしている。誕生日は本人の希望を取り入れて祝っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	病歴等を踏まえてご本人やご家族と相談。年齢、病状により食事摂取量を把握し、栄養バランスに気をつけ提供、水分摂取困難者にはドリンクゼリー等で対応しています。個別に刻み食・ミキサー食対応。		
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	職員に肺炎や認知症への影響を説明し、口腔ケアの重要性を確認。就寝前の口腔ケアを実施。義歯の不具合等の際はご家族の同意のもと早期の歯科受診に対応している。朝、夕毎日施行。		

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	その方のプライバシーや生活習慣に合わせての声掛けや誘導を実施。居室のレイアウト(ベッドの位置等)は身体能力・認知度を考慮しご本人が一番生活しやすい形を支援している。	自立を目指し、見守りを基本に支援している。必要に応じ、チェック表や様子を見ながらトイレに誘導している。リハビリパンツなどはその人の状況にあわせて使用している。	
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	排便チェックを行い、運動・食事(繊維質の摂取)水分を多く摂るよう促している。オリゴワンや下剤で調整している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴は月～土の日中、急変も考えられるので医療機関を受診できる時間帯に実施する。本人の意向に沿いながら入浴可。希望により同性介助あり。	週2～3回入浴支援をしている。入浴予定日以外の人には毎日足浴を実施している。入浴拒否がある場合は声掛けや意向を聞くなど工夫している。	
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	午前は活動を促し、午後はゆったりした時間の提供を心がけている。足湯も実施している。寝つきにくい方には温かい飲み物を用意し、部屋かりビングで話し相手になって気持ちの安定を図る。		
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	一人ひとりの服薬量や方法をファイルし、どのような薬をいつ服用するのか間違わず、と同時に氏名の再度の確認と変更時の全職員への周知を徹底する。常時ご家族・医師と連絡をとり、家族のみ受診の時は「介護サマリー」により情報提供している。		
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	一人ひとりのADLIに合わせて役割活動(洗濯たたみ・食器拭き)を促し、感謝の気持ちや褒める事を大切にしている。生活歴に応じてレク、外出、買い物等同行支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	好天の日には市内のドライブや散歩を実施。買い物等受診時などに要望に沿いすんで実施。またご家族との連携により自宅等への外出支援をしている。	花見、あやめ祭り、紅葉狩りなどの年間計画を作り支援している。日常はドライブや買物、近隣の散歩など外出希望にも応えている。被災し流失した自宅跡地や家族のもとに出掛けることもあり、家族と連携して支援を行う事もある。	

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	一人ひとりに合わせて財布やバッグを所持していただき、買い物、散歩時、外食時に使えるよう支援している。		
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	電話で話したい時は常時電話対応可。「暑中見舞いハガキ」きても返信するにも誰かわからず対応難しいです。		
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	広い空間を持つ建物の中であって、安全面を考慮しながら又不安を抱かないように置物、インテリアの配置、採光、に留意しながら模様替えをしたり落ち着ける空間となるよう努めている。壁画を替える。	仮設の建物であり限られた状況の中で快適さを保つ配慮をしている。明るさや室温など特に配慮をしている。トイレ、風呂や居室は大きな字で表示され判り易いように工夫している。	
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	ホーム内に椅子、テーブル、ベンチを置き、セミパブリックスペースを設け気の合った同志が過ごせるよう工夫している。		
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	入居の際にご本人より先に家具を入れていただくよう勧めています。が被災された方々なので馴染みの持ち物も少ないようです。居室同志で訪問をしながら会話を楽しんでいます。	被災者のため、殆どの人は馴染みの物がなく、入居後の思い出の写真や飾り物などで、居心地の良い部屋づくりを支援している。掃除は毎朝職員が支援し清潔な部屋の維持に努めている。	
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	一人ひとりの現在の状況に合わせ、脱衣所・浴槽が滑らないよう出来るだけドライにしている。トイレ等平面の名札だけでなく立体的で馴染みの和式のイラストなどで工夫している。リスクの減と進んで活動しやすい環境設定をしている。		