

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	0470900242		
法人名	株式会社 アルテディア		
事業所名	グループホームゆうゆう・多賀城	ユニット名	ふじ
所在地	宮城県多賀城市高崎3丁目29-1		
自己評価作成日	平成29年7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8月29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)】

会社理念を基に、ふじ職員で話し合い『お客様、職員もいつも楽しく、笑顔あふれ、自分らしくいられる』ユニット作りを目標とし、日々のケアを行っている。利用者様1人ひとりに合った対応をし、その人らしく暮らせるように本人様とコミュニケーションを取り、本当の思いを引き出すよう努め、出来る事を奪わないケアを心掛けています。毎月、季節にあった行事を取り入れている。また、年に数回、三棟合同での行事を開催しており、家族様も招待している。外部研修に積極的に参加し、伝達研修や事業所内での研修も多く、ケアの向上に努めている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは閑静な住宅地に位置し、生活圏内に公共施設、スーパー等がある。ホーム主催の認知症カフェは、地域住民との交流、認知症への理解が深まる場であると共に、ホームが地域で果たす役割を職員が実感、体感できている。「本人の思い」を引き出し、趣味、買物、外出(スーパー銭湯、図書館等)等、個別支援に取り組んでいる。絵を描く、パズルをする、職員と将棋をする、調理を一緒にする等、本人本位の暮らしとなっている。入居者本人が朝の体操会のチラシを作り、入居者に呼びかけて実施している。「自分らしく、自己決定」等を尊重し、寄り添って「出来ることはしてもらう」自立支援に努めている。

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、活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)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームゆうゆう・多賀城)「ユニット名 ふじ 」

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	会社理念を基にユニット毎に職員が話し合いを行い、ユニット目標を立てている。それを踏まえ、自己目標を立て日々のケアに活かしている。	各ユニット毎に「その人らしく暮らせるケア」等を目標に掲げ、趣味(絵を描きたい)等、持てる力を活かし実践している。具体的な取り組み目標を立て、個人目標進捗状況表で確認し、その結果を翌年に活かしている。	
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	月1回認知症カフェを開催し、利用者様も数名ずつ参加し、地域の方と交流している。また、散歩の際は挨拶や会話を楽しむ事もある。	散歩、近隣美容室、認知症カフェ、ボランティアを通して地域住民と交流している。ホームの夏祭りにボランティアの協力、地域住民の参加がある。地域の避難訓練に入居者も一緒に参加し、高崎中学校に避難した。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	「オレンジカフェ」を月に1回開催し経験者の話しを聞いたり、悩みを打ち明けたり出来る機会をもうけ支援している。又、管理者はキャラバンメイト養成講師を行っている。		
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	2ヶ月毎に開催しており、利用者様の様子や取り組みについて報告している。意見交換やその内容については議事録の発信で共有し日々活かす努力をしている。	最期を過ごす場所の選択、外部評価の流れ、外出、避難訓練等の意見交換が行われている。メンバーの声かけで避難訓練には、地域住民の参加があった。議事録は家族、市へ配布し共有に努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議への協力や困難事例の相談、助言など協力を頂いている。	介護予防日常生活支援事業、成年後見人等の助言を得ている。講師依頼で、認知症サポーター養成講座修了者のフォローアップ研修会に協力する等、連携がとれている。防災リーダー養成研修会等に参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	リスクの把握や情報共有に努め、拘束にならないよう気をつけている。不適切なケアの勉強会を開き身体拘束及び虐待防止を学び実践している。	身体拘束11項目、緊急時3項目や身体的弊害、精神的弊害等について、内部、外部研修で理解を深めている。態度や言葉による行動抑制等、不適切なケアに気をつけている。職員のストレスマネジメントに努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	勉強会やマニュアルの確認、基本の振り返りを行ったりすることで防止に努めている。		

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	権利擁護、不適切ケアから身体拘束について自施設での勉強会や、外部への研修などに参加し、理解を深めている。そのケアに努めている。		
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	入居時の不安な点などの確認や文書、口頭での説明をし、理解と同意を得ている。改定時も資料の提示、説明、了承を得ている。		
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	毎月のお便りで生活の様子を報告している。また面会時には口頭で詳しく様子を伝え、要望を伺っている。年1回の家族会や運営推進会議での意見交流の場を設けている。	行事写真等を暮らしがりを通して伝え、要望等を聞いている。家族から「本人のしたいことをさせてほしい」等の要望から、本人の出来る力を活かし、趣味、外出、食事作り等、個々に対応している。	
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	日々のミーティングや毎月のユニット会議で挙げた課題は、主任会議にて討議され反映されている。	会議や普段から意見交換や相談しやすい雰囲気作りに努めている。エアーマット、車椅子クッション、補助食等、ケアに関する提案はすぐに反映している。業務の見直し、休憩時間の確保等の意見を活かしている。	
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	自己目標の設定により、向上心を持てるよう努めている。資格取得への協力体制もあり、資格手当も充実している。		
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	社外研修への参加、または社内に伝研修を設けている。管理者による新人研修や、個人面談等も行っている。		
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への参加、交流行われている。宮城県実践者研修への参加を通し個人の交流の機会を作っている。管理者によるネットワーク作りは行われている。		

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	ご本人の言葉に耳を傾け、どのような思いを持っているのかをくみ取り、ケアに活かしている。気づいた点は記録し、申し送りを行っている。		
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	実調時の聞き取りやセンター方式の活用にてご本人とご家族の思いや希望、不安な事を知る努力をしている。		
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	見学や相談時によく話を伺い、どのような状況にあるかを確認し、必要な対応を行っている。		
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	日常生活において、共に作業する時間やレクリエーションの時間を大切にしている。その方に合った役割の提供を行い、日々感謝の気持ちを伝えている。		
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	面会時には、最近の様子をご家族に伝え、また過去の事などを尋ね、情報を共有している。その他、毎月のお便りでも生活の様子を報告している。気づきや変化がある際は、電話で報告するなどご家族との連絡を密にしている。		
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	ご家族や親族の方に話を聞き、ご本人様の大切にしてきた馴染みの人、場所を知り、理解を深め、ケアや声掛けに反映させている。	自宅付近の商店、行きつけの美容室、地区の夏祭り等に出掛け知人との交流がある。元職場の同僚が来訪し、旧交を深めている。認知症カフェの参加は、知人との出会いや新たな馴染みが出来る場となっている。	
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	利用者様同士で会話が弾んだり、楽しく過ごせるよう、職員が間に入り、話題やレクリエーションを提供している。また、リビングの席の配置など考慮している。		

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
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	情報提供や他サービスへの移行時、相談や居宅ケアマネジャーとの協力をしたり、状況に合わせ支援している。		
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	表情や言動に気を配り、その方の希望、意向に沿えるように努めている。	日常の会話や表情から「・・・したい思い」を汲み取り支援している。ラーメンを食べたい、化粧品、服を買いたい思いは、一緒に出掛け実現している。秋保のおはぎを食べたい思いは、職員が買いに行き好評を得た。	
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	センター方式の活用やご家族からのお話を聞いたり、利用者様との会話にもつなげ、その方を知る努力をしている。		
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	3ヶ月毎のカンファレンスでできること、支援の必要な部分、徐々に支援が必要になってきている部分など意見を出し合ったり、変化ある際はミーティング等で話し合い、情報共有に努めている。		
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	職員から意見を集め、ご家族の意向、利用者様がどのようにしたいのかを考え、介護計画作成を行っている。	本人の好きなこと、出来ることを重視し、介護計画を作成している。フラワーアレンジメント、習字がしたい意向は、隣接している系列のデイサービスのプログラムで交流出来るよう検討し、介護計画に反映している。	
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	毎日のケア記録の記入、ミーティング、申し送り等で文章と口頭で職員間で情報共有に努めている。変化がある際は都度話し合い、介護計画に反映できるように努めている。		
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	変化や気づきの報告を行っている。グループホームでできること、できないことを明確にし、必要に応じて協力をいただいている。		

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	一緒にスーパーやコンビニに買い物へ行ったり、毎月オレンジカフェを開催しお茶のみに参加したり地域の方々との関わりを持ってしている。		
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	これまでのかかりつけ医の受診、月2回の往診と希望に合わせて支援している。ご家族対応の受診については日々の様子報告している。	かかりつけ医を受診している方は、4名で家族対応で受診している。他は個人契約で、月2回の往診クリニックを利用している。往診クリニック、訪問看護師と24時間連絡取れる体制で、医療支援は充実している。	
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	週一回訪問看護を利用、文章と口頭での申し送りを行い、アドバイスを頂いている。訪問日以外は電話相談も行える。状況によっては、往診医との連携もある。		
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。	ご家族や利用者様の不安等少しでも軽減できるように、医療機関との情報交換、ご家族との情報共有に努めている。		
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	身体状況に合わせて、ご家族との話し合い、意向の確認を行っている。往診医、ご家族とも情報共有し取り組んでいる。	医師が終末期と判断した時は、医師、家族、職員で話し合い、ホームで看取りを希望する場合は、看取り介護計画書を作成し同意を得ている。往診クリニック、訪問看護師と連携が取れている。入居者も一緒にお別れする等、看取り支援をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	AEDの設置、消防署の方による救命救急勉強会への参加により学ぶ機会がある。急変時の訪問看護師や往診医への連絡、相談、指示を仰いだりしている。		
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回の総合避難訓練、夜間想定避難訓練、備蓄品の定期点検、利用者様の状態の把握、運営推進会議等で地域の方々の協力を呼び掛けている。	消防職員立ち合いの下で実施し、近隣住民の参加もあり、避難後の見守りをお願いしている。入居者の避難手段(徒歩、車椅子、杖等)、視力、聴力、行動状態等の一覧表を作成し、安全に避難できる体制を築いている。	

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
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	利用者様の生活リズムを大切にし、意思を尊重する声掛けや対応に努めている。	個々の残存能力やプライド等を尊重し、食事作り、趣味等、したいことが自己決定や選択できる声かけに努めている。居室の出入り、トイレ誘導、衣類汚染時等は、プライバシーに配慮した声掛けをしている。	
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	日々のコミュニケーションの中から、希望や思いをくみ取るよう心掛けている。		
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	利用者様のペースを大切にし、思いを探る声掛けに配慮している。		
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	ご本人と共に選んだり、代行する際にはその方の好みや気候に合った服を選び気持ちよく過ごして頂けるように配慮している。		
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	個々にあった食事量に配慮している。好き嫌いで食べれない物は工夫をしたり、違う食べれる物を提供したりしている。職員も一緒に食事をしている。下準備や後片付けを共に行ったりしている。	食べたい物があれば、メニューを変更して入居者と一緒買い物、調理、盛り付け等を行っている。季節を感じる花見弁当(出前)、お盆はおくずかけ等が喜ばれている。外食は寿司、ラーメンが好評である。	
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	食事量、水分量のチェックを行い、それぞれに合った支援を行っている。嚥下能力に合わせ、食事形態に配慮している。気づきや変化は医師、看護師への報告相談を行っている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。定期歯科検診や希望者は、週一回歯科往診が対応して下さる。		

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	一人でトイレを利用出来ない利用者様には定期的に声掛けをしトイレ案内し、トイレでの排泄ができるように支援している。トイレの場所も目が悪い方でも分かる工夫し表示することで利用できるようにしている。	本人の出来る力を活かし、自立、見守り、一部介助等、個々の状況に合わせた声掛け等で排泄支援している。終末期の方は、おむつ使用である。トイレが分かるよう、赤で順路を表示する等の工夫をしている。	
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	水分を多めに摂っていただいたり、活動への配慮を行っている。排便チェックや下剤のコントロールを行っている。		
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	利用者様によっては入浴準備を一緒に行ったり、体調や気分に合わせて声掛け案内している。身体状態に合わせて、安全に入浴できるように二人介助を行ったりもしている。	入浴は1日おきで午後に入浴する方が多く、個々の要望に沿った支援をしている。着替えの衣類を一緒に準備することで、拒否する方も入浴につながっている。菖蒲湯、ゆず湯でお湯の変化を楽しんでいる。	
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	一人ひとりの状態に応じて支援している。その方の健康状態に応じて臥床できる時間を設けている。夜間不安や不眠の様子がある際には、安心できる声掛け、対応に努めている。		
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	病名と薬の理解に努め、効能表により確認もできる。変更ある際の申し送り、確認を行っている。夜勤者による仕分け、出勤した職員による再確認、服薬前の確認、飲み込みの確認も怠らないようにしている。		
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	掃除機かけや洗濯物を畳んだり料理の盛付け等、その方に合った役割の提供や季節や月毎の行事、誕生日会などを行っている。毎日の体操や塗り絵、ゲーム、パズルなど楽しまれている。		
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	遠出はなかなか取り組めていないが、近くで開催されるあやめ祭り、花見や、施設周辺へ散歩に出かけたりしている。個別での買い物、外出やドライブなど随時行っている。	日常的な散歩は、ホーム周辺である。花見、あやめ祭り、水族館等に出掛けている。海鮮せんべい塩釜工場見学は好評を得た。図書館、外食、スーパー銭湯等の個別支援に取り組んでいる。出たがらない方は、ベランダでお茶を飲んだり、日光浴している。	

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	ご自分でお金の管理をされている方やお金の管理はこちらで行っているが、買い物を希望された方に財布を持って頂き支払いをご自分でして頂いたりする		
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	希望があれば自由に行う事が出来る。また、必要な支援を行える。		
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	それぞれが気持ちよく過ごせるよう、室温や清潔感を保てるよう配慮している。季節を感じられるような装飾の工夫をしたり、手作りのカレンダー、思い出の写真を飾ったりもしている。	リビング、廊下には七夕飾り、行事の写真、入居者が描いた水彩画、入居者と一緒に作成した布製の大漁旗等が飾られ、ユニット毎に特徴を出している。リビングと和室は離れており、家族との面会やゆっくりお茶を飲んだり、思い思いに使い分けて過ごしている。	
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	リビングでは、気の合う方とそうではない方の席への配慮をし、利用者様同士でトラブルになりそうな時は職員が間に入るなど皆が心地よく過ごせるようにしている。		
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	入居の際は、馴染みの物を持ち込んで頂くようお話をしている。思い出の写真や人形など飾られている方もいる。状況によっては、ご家族様とも相談し、居心地良く過ごせるよう配慮している。	使い慣れたベッド、ラジオや筆箱、裁縫箱、釣り道具等、好みの物を持ち込んでいる。図書館から借りてきた本を読んだり、縫い物したり、自分で描いた水彩画、三角イーゼルを置く等、自分らしい暮らし方をしている。	
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	トイレ・居室の場所が分かりやすいように表示している。安全とリスクへの配慮行い、場合によっては、ご家族とも話し合いを持っている。		

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	0470900242		
法人名	株式会社 アルテディア		
事業所名	グループホームゆうゆう・多賀城 ユニット名 もえぎ		
所在地	宮城県多賀城市高崎3丁目29-1		
自己評価作成日	平成29年 7月19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 8 月 29 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)】

『すべての高齢者が、自分らしく生き、笑顔でいられる社会づくりに貢献する。』を基本理念とし、ひとりひとりのペース、状態に合わせた対応を心がけている。「自分らしく」に視点を置き、今年度は「ひとりひとりを知らうとする姿勢 喜びを共有し、個人を尊重する環境作り」をもえぎの目標としました。より深く知る事、気づきを共有する事に力を入れ、小さな出来事、ご本人様との会話から「喜びにつなげるノート」を活用し、ケアに活かしています。

【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)】

ホームは閑静な住宅地に位置し、生活圏内に公共施設、スーパー等がある。ホーム主催の認知症カフェは、地域住民との交流、認知症への理解が深まる場であると共に、ホームが地域で果たす役割を職員が実感、体感できている。「本人の思い」を引き出し、趣味、買物、外出(スーパー銭湯、図書館等)等、個別支援に取り組んでいる。絵を描く、パズルをする、職員と将棋をする、調理と一緒にする等、本人本位の暮らしとなっている。入居者本人が朝の体操会のチラシを作り、入居者に呼びかけて実施している。「自分らしく、自己決定」等を尊重し、寄り添って「出来ることはしてもらう」自立支援に努めている。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームゆうゆう・多賀城

)「ユニット名 もえぎ」

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	会社の理念に沿って、外部評価、満足度調査の結果を踏まえて、もえぎの目標を設定し、自己の目標達成を目指し実践している。	各ユニット毎に「その人らしく暮らせるケア」等を目標に掲げ、趣味(絵を描きたい)等、持てる力を活かし実践している。具体的な取り組み目標を立て、個人目標進捗状況表で確認し、その結果を翌年に活かしている。	
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	認知症カフェを開催し、地域包括や民生委員の方々と協力し、地域の方々とつながりを持てる機会を作っている。地域の避難訓練に参加したり、高崎中学校の生徒さんが、敬老のお祝いの訪問もありました。週に2回地域のボランティアの方に来て頂き、利用者様と交流の時間を作っている。	散歩、近隣の美容室、認知症カフェ、ボランティアを通して地域住民と交流している。ホームの夏祭りにボランティアの協力、地域住民の参加がある。地域の避難訓練に入居者も一緒に参加し、高崎中学校に避難した。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	家族会に於いて認知症の事例発表を行ったり、管理者は地域の認知症理解の為に講師をする機会がある。認知症カフェの開催時、地域の認知症高齢者を支える家族へ理解や支援の機会を設けている。		
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か月に1回の運営推進会議を開催し、意見交換や、活動報告を行い、会議内容は議事録で共有している。	最期を過ごす場所の選択、外部評価の流れ、外出、避難訓練等の意見交換が行われている。メンバーの声かけで避難訓練には、地域住民の参加があった。議事録は家族、市へ配布し共有に努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議にて助言や指導を受けている。管理者は市からの依頼で、キャラバンメイトの講師を担当し認知症の普及に努めている。	介護予防日常生活支援事業、成年後見人等の助言を得ている。講師依頼で、認知症サポーター養成講座修了者のフォローアップ研修会に協力する等、連携がとれている。防災リーダー養成研修会等に参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	権利擁護、不適切ケアから身体拘束について自施設での勉強会や、外部への研修などに参加し、理解を深めている。そのケアに努めている。玄関は施錠しないことを基本とし、開放する時間も作り、拘束しないで見守ることを実践している。	身体拘束11項目、緊急時3項目や身体的弊害、精神的弊害等について、内部、外部研修で理解を深めている。態度や言葉による行動抑制等、不適切なケアに気をつけている。職員のストレスマネジメントに努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	自施設の勉強会や外部への研修に参加し、虐待防止、不適切ケアについても学び、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	自施設での勉強会、外部の研修への参加にて理解を深めている。		
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	管理者、計画作成者が利用者様、御家族の不安、質問などをその都度十分に聞き説明する場を設け、納得が得られるようにしている。		
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	面会、行事、ケアプラン説明、毎月のお便り等を通してこまめに連絡を取り合っており、意見、要望をお聞きするようにしている。行政、医療、介護の改正点が知りたいという御家族様の要望を受け面会時や家族会時に説明している。	行事写真等で暮らしぶりを伝え、要望等を聞いている。家族から「本人のしたいことをさせてほしい」等の要望から、本人の出来る力を活かし、趣味、外出、食事作り等、個々に対応している。	
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、ユニット会議を開き改善点等、話合っている。各棟で出された意見は主任会議で共有、反映を行っている。	会議や普段から意見交換や相談しやすい雰囲気作りを努めている。エアーマット、車椅子クッション、補助食等、ケアに関する提案はすぐに反映している。業務の見直し、休憩時間の確保等の意見を活かしている。	
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	平成26年度から人事考課制度を改定し基本給や資格手当の支給等見直されている。職員一人一人の目標設定をし、達成度に応じて行動考課で評価し、やりがいや向上心を持てるようにしている。		
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	新人研修、認知症ケアの基本の指導、定期的な勉強会等、自施設で行っている。外部の研修に参加する機会も多い。研修後は報告書の提出、管理者からのアドバイスを受けるなどケアの向上に繋げている。		
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協議会の研修、交流、事例報告会への参加や外部の研修への参加を通じ、地域でのGHの役割を学び、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	ご本人様の思いや不安、御家族様からの情報、訴えをよく伺いすると共に、お客様との状態をよく観察し把握、情報を共有し、安心できる環境作りを行っている		
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	御家族様が相談しやすいよう積極的に声を掛け、思いや要望、不安等を引き出せるよう努め、職員間で共有している。		
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	実調時には、御家族様にセンター方式を記入して頂き、情報収集し、ご本人をよく観察し、以前と変わらない生活環境を整えるよう努めている。初回カンファレンス時には、何に困っているのか、ニーズを職員間で共有し、プラン作成に繋げている。		
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	GHを生活の場としてとらえ、できる事、できないことを見極め、できることは継続していけるよう、見守り支援、できないことはお手伝いしたりと生活の継続性につなげている。教えて頂く事、気づかせて頂くことも多く、カンファレンス、ミーティング等で共有し、友好につなげている。		
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	面会時には、積極的に会話し、要望等気軽に話して頂けるよう声掛けしている。相談事、特変時にはこまめに報告している。毎月のお便りにてご本人の様子を報告している。離れているご家族には、電話にて近況を伝える事もある。		
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	御家族様との外出、外泊の時間を大切にしている。御家族様だけでなく、昔の同僚の方が面会にいらっしゃることもよくある。自宅付近のドライブ、奥様の入所している施設に面会に出掛ける事もある。	自宅付近の商店、行きつけの美容室、地区の夏祭り等に出掛け知人との交流がある。元職場の同僚が来訪し、旧交を深めている。認知症カフェの参加は、知人との出会いや新たな馴染みができる場となっている。	
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	利用者様各々の性格を把握し、家事、活動等楽しんで頂けるよう、職員が間に入ったり、声掛けしたり対応している。他者様と関わり等もプランに取り入れることで、孤立しないよう努めている。座席に関しても、気づいたことは共有し、変更必要時は話し合うようにしている。		

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	他サービスへの移行時、相談やケアマネジャーとの協力を行ったり、状況に合わせて支援している。		
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	ご本人様の生活歴、観察やコミュニケーションから、思いや希望に気づけるよう努めている。「喜びにつなげるノート」、申し送りノート、ミーティング、カンファレンス等で情報共有している。	日常の会話や表情から「・・・したい思い」を汲み取り支援している。ラーメンを食べたい、化粧品、服を買いたい思いは、一緒に出掛け実現している。秋保のおはぎを食べたい思いは、職員が買いに行き好評を得た。	
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	入居時にはセンター方式の記入を依頼し、様子をお伺いし、生活歴の把握に努めている。職員間で共有している。日々のかかわりや会話から、生活歴や、好み等を引き出せるような声かけを心がけ「喜びにつなげるノート」等で共有している。		
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	日々の変化はその都度申し送り、毎日のミーティング時に共有し、現状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	ご本人様の生活歴、GHでの生活の様子、思い、御家族の意向に副って、観察や気づきの意見を収集します。課題に対して、原因を明確にすることで、維持できるのか、改善できるのかをカンファレンスで討議し、そのためのアイデアを計画に結び付けます。	本人の好きなこと、出来ることを重視し、介護計画を作成している。フラワーアレンジメント、習字がしたい意向は、隣接している系列のデイサービスのプログラムで交流出来るよう検討し、介護計画に反映している。	
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	介護計画に沿ったケアを実践し、ケア記録に残し、カンファレンスには見直しをしている。カンファレンス時は、職員其々の意見も収集し、反映させている。		
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	往診の他、訪問看護、訪問歯科の利用など、利用者様の状況、状態に応じて対応している。		

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
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	認知症カフェの開催を行い地域の方々との交流があり、利用者様方も楽しみにしている。2か月に1回、運営推進会議にて、区長や民生委員の方々と意見交換、情報交換をしている。地域の避難訓練にも積極的に参加している。地域の傾聴ボランティアの方々に週に2回来棟して頂き、楽しみにされている。		
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	月2回の往診、家族対応でかかりつけ医に受診されている。症状、状態、受診結果はその都度、御家族様に報告している。又往診医の紹介で適切な医療機関への対応もできる。	かかりつけ医を受診している方は、4名で家族対応で受診している。他は個人契約で、月2回の往診クリニックを利用している。往診クリニック、訪問看護師と24時間連絡取れる体制で、医療支援は充実している。	
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	週に1回の訪問看護、歯科往診では、ご本人の状態、特変、相談事項等の申し送りの記入、来棟時には、口頭にて相談報告をし、指示を仰ぎ、適切に対応している。		
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。	早期の退院ができるように病院との情報交換を行い、御家族への経過説明などこまめに行っている。いつ退院できて良いように体制を整えている。		
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	重度化した利用者様には、往診Dr. のから御家族へ終末に向け状態の説明を管理者、主任同席にて行っている。職員はDr. の指示に従い、状況にあった対応、ケアを提供し、御家族の思いを重視しながら支援している。	医師が終末期と判断した時は、医師、家族、職員で話し合い、ホームで看取りを希望する場合は、看取り介護計画書を作成し同意を得ている。往診クリニック、訪問看護師と連携が取れている。入居者も一緒にお別れする等、看取り支援をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	年に2回消防署の方を講師に招き、AEDの使用法、心肺蘇生法を指導して頂いている。		
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付けるとともに、地域との協力体制を築いている	年に2回の総合避難訓練を行っている。また火災発生防止のためのチェックや地震対策地域の方々の協力体制、備品の整備、避難マニュアルの作成を行っている。地域の避難訓練にも参加し、協力体制を整えている。	消防職員立ち合いの下で実施し、近隣住民の参加もあり、避難後の見守りをお願いしている。入居者の避難手段(徒歩、車椅子、杖等)、視力、聴力、行動状態等の一覧表を作成し、安全に避難できる体制を築いている。	

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
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	ご利用者様の尊厳を守り、人生の先輩を敬う気持ち大切にしている。苗字や名前に「さん」付けしている。意思表示できない方にも、室内出入り時は「バックや「失礼します」等を忘れずに対応している。接遇の研修にも参加し、その大切さも学んでいる。	個々の残存能力やプライド等を尊重し、食事作り、趣味等、したいことが自己決定や選択できる声かけに努めている。居室の出入り、トイレ誘導、衣類汚染時等は、プライバシーに配慮した声掛けをしている。	
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	「～しませんか」「～していただいてもよろしいですか」等、御本人様の意思を問う声掛けをしている。		
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	決まり事やスケジュールはありません。拒否や気が進まないような反応があった時は無理せず、本人の意思を尊重したり、ひとつひとつの行動も制止せず見守り、ペースを大切にしている。		
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	自立している方は、自分なりのおしゃれや服装をして頂いており、意志が問えない方には、気候や好みを配慮しながら、その人らしい服装を選んでいる。家族が遠方の利用者様は、持参された衣類から好みを判断し、職員が買い物で補充する事もある。		
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	料理が得意な方には、調理を手伝って頂いたり、味見をして頂いたりしている。食事の時のお茶入れも利用者様が積極的に入れて下さる。食事介助が必要な方には、献立を伝えて食べて頂いている。その方の動きに合った片付けをしていたらいい。	食べたい物があれば、メニューを変更して入居者と一緒に買い物、調理、盛り付け等を行っている。季節を感じる花見弁当(出前)、お盆はおくずかけ等が喜ばれている。外食は寿司、ラーメンが好評である。	
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	水分摂取量はパターンシートにて管理し、食事は刻みやミキサー等その方の状態に合わせて摂取できるようにしている。食事摂取量の少ない利用者様には、のど越しの良い寒天やゼリーを手作りし、提供している。摂取状況は、往診Dr.に報告し、不足時はエンシュアリキッドの処方等、指示を頂き対応している。		
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	毎食後、利用者様の状態に合わせて、声掛け、見守り、仕上げ磨き、全介助で実施している。又、希望者は、定期的に歯科往診を受けている。		

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	排泄パターン表を確認したり、出勤スタッフの連携でトイレでの排泄の支援を行っている。	本人の出来る力を活かし、自立、見守り、一部介助等、個々の状況に合わせた声掛け等で排泄支援している。終末期の方は、おむつ使用である。トイレが分かるよう、赤で順路を表示する等の工夫をしている。	
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	利用者様ひとりひとりの排便状況を把握し、乳酸菌飲料や、起床時の水分摂取等で工夫し、状態をDr.に相談しながら、下剤の服用を行っている。合わせて日中の水分の摂取も心掛けている。		
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	体調や気分配慮した、無理強いしない声掛けを行っている。曜日、時間帯も決めていない。必要に応じて入浴前の血圧を測定し、湯温の調節や長湯にならない声掛けなど、身体への負担にも配慮している。気がすすまない方には「足浴だけでもどうですか」とお誘いするようにしている。	入浴は1日おきで午後に入浴する方が多く、個々の要望に沿った支援をしている。着替えの衣類を一緒に準備することで、拒否する方も入浴につながっている。菖蒲湯、ゆず湯でお湯の変化を楽しんでいる。	
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	日中でも、本人の状態や気分に合わせて臥床の時間を設けている。安眠できるように、室温、湿度の管理を行い、乾燥には、濡れたタオルを居室内に干す等対応している。		
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	Dr.の指示通り服薬している。ピルケースにセットし、当日職員による、ケース内確認、チェック表の記入、服薬直前には2名の職員で読み上げ確認し、服薬もれに注意している。体調の変化が見られた場合にはDr.に相談し指示を仰いでいる。変更や追加があった際はミーティングで確認している。		
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	ご本人のADLや、生活歴に配慮し日常生活に必要な家事等、役割を持って頂けるよう積極的に声かけている。感謝の声掛けは必ず行い、やりがいを感じて頂いている。唱歌や童謡、演歌、民謡のCDを流し、気分転換して頂けるよう支援している。「喜びにつなげるノート」を記入し、共有、活用している。		
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	ご家族との外出、外泊時には、体調の管理、常用薬の準備など、安心して出掛けられるよう支援している。気候の良い時は、散歩のお誘いをし、希望に応じた対応を行っている。御本人の希望を把握し、計画を立てて外出出来る様支援している。当日の外出希望であっても、可能な場所であれば極力対応するよう努めている。	日常的な散歩は、ホーム周辺である。花見、あやめ祭り、水族館等に出掛けている。海鮮せんべい塩釜工場見学は好評を得た。図書館、外食、スーパー銭湯等の個別支援に取り組んでいる。出たがらない方は、ベランダでお茶を飲んだり、日光浴している。	

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	必要に応じて職員と一緒に買い物に行ったり、職員が代行したりしている。お出かけの際は、自分でお土産の購入をする方もいる。		
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	電話をしたいと希望があれば、かける作業を代行し、家族様と会話ができるよう支援している。手紙を書ける利用者様には、積極的に声かけしている。		
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	外の明るさを取り入れ時間の感覚を体感できるようにしたり、窓を開け外の空気を取り入れている。ベランダにイスなどを置き日光浴をしながら会話ができる様支援している。	リビング、廊下には七夕飾り、行事の写真、入居者が描いた水彩画、入居者と一緒に作成した布製の漁旗などが飾られ、ユニット毎に特徴を出している。リビングと和室は離れており、家族との面会やゆっくりお茶を飲んだり、思い思いに使い分けて過ごしている。	
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	各利用者様かどこに座られても全体が見渡せるようテーブルを設置している。リビングのソファでお客様同士会話をされたり、キッチン脇のソファで過ごされたりと、一人ひとりの居たい時間、居たい場所を大切にしている。		
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	自宅から使い慣れている筆筒や壁掛け、思い出の写真や人形など、各々の状況に応じて工夫している。	使い慣れたベッド、ラジオや筆箱、裁縫箱、釣り道具等、好みの物を持ち込んでいる。図書館から借りてきた本を読んだり、縫い物したり、自分で描いた水彩画、三角イーゼルを置く等、自分らしい暮らし方をしている。	
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	利用者様に合わせて、目線を低くした表示などわかりやすいように心がけている。長く幅の広い廊下は、自力歩行しやすいよう、常に明るくして障害になるものが無いようにしている。		

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	0470900242		
法人名	株式会社 アルテディア		
事業所名	グループホームゆうゆう多賀城	ユニット名	もも
所在地	宮城県多賀城市高崎3丁目29-1		
自己評価作成日	平成 29 年 7 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 8 月 29 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)】

もも棟では以前から課題としていた「自己選択」を意識しケアを行っています。意思疎通が難しい方には積極的に声がけし表情から思いを汲み取る努力をしています。誰もがその日の気分、体調で衣類だったり入浴、食事など選択が変わってきます。事前にご本人様の意向を確認し自己選択出来る方、出来ない方にもその人らしい生活を送って頂けるようスタッフ一同取り組んでいます。

【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)】

ホームは閑静な住宅地に位置し、生活圏内に公共施設、スーパー等がある。ホーム主催の認知症カフェは、地域住民との交流、認知症への理解が深まる場であると共に、ホームが地域で果たす役割を職員が実感、体感できている。「本人の思い」を引き出し、趣味、買物、外出(スーパー銭湯、図書館等)等、個別支援に取り組んでいる。絵を描く、パズルをする、職員と将棋をする、調理を一緒にする等、本人本位の暮らしとなっている。入居者本人が朝の体操会のチラシを作り、入居者に呼びかけて実施している。「自分らしく、自己決定」等を尊重し、寄り添って「出来ることはしてもらう」自立支援に努めている。

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)	○	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)	○	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				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **グループホームゆうゆう多賀城**)「ユニット名 **もも棟** 」

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	会社理念は玄関に掲示してあり年に数回確認する機会もある。スタッフ全員が理解しており、それを基にユニット毎の理念も作り実践に繋げている。	各ユニット毎に「その人らしく暮らせるケア」等为目标に掲げ、趣味(絵を描きたい)等、持てる力を活かし実践している。具体的な取り組み目標を立て、個人目標進捗状況表で確認し、その結果を翌年に活かしている。	
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	月1回の認知症カフェ開催や行事毎に地域・ボランティアの方々とは協力し繋がりを持つ機会を作っている。	散歩、近隣美容室、認知症カフェ、ボランティアを通して地域住民と交流している。ホームの夏祭りにボランティアの協力、地域住民の参加がある。地域の避難訓練に入居者も一緒に参加し、高崎中学校に避難した。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議やカフェ開催時に来られた家族、地域の方々に行っており面会に来られたご家族にも交流を図る時間を設けている。又、管理者はキャラバンメイト養成講師を行っている。		
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	2か月毎に開催し様子や取り組みの報告をしている。ご家族様の想いを聞く場でもあり参加は少ないが議事録の発信で共有し日々活かす努力をしている。	最期を過ごす場所の選択、外部評価の流れ、外出、避難訓練等の意見交換が行われている。メンバーの声かけで避難訓練には、地域住民の参加があった。議事録は家族、市へ配布し共有に努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議への協力や困難事例の相談、助言など協力を頂いている。	介護予防日常生活支援事業、成年後見人等の助言を得ている。講師依頼で、認知症サポーター養成講座修了者のフォローアップ研修会に協力する等、連携がとれている。防災リーダー養成研修会等に参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	自分に置き換えた考え方を意識している。不適切ケアの勉強会や身体拘束及び虐待防止を社内、社外で学び実践している。	身体拘束11項目、緊急時3項目や身体的弊害、精神的弊害等について、内部、外部研修で理解を深めている。態度や言葉による行動抑制等、不適切なケアに気をつけている。職員のストレスマネジメントに努め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	勉強会やマニュアルの確認、基本の振り返りを行いながら防止に努めている。		

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	施設での勉強会や外部への研修で学び、全スタッフが共有出来るよう報告しあい支援している。		
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	入所の際に説明は行っているが後々疑問や質問があった際には管理者、主任が理解し納得して頂けるように説明を行っている。		
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	家族会や行事に参加された際にお話を伺う機会を設けている。面会時やご家族様が来所された際は日常の様子を伝えるよう努めている。	行事写真等で暮らしぶりを伝え、要望等を聞いている。家族から「本人のしたいことをさせてほしい」等の要望から、本人の出来る力を活かし、趣味、外出、食事作り等、個々に対応している。	
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	気軽に話し合える関係性が築けている。目標を作り個人面談を行う際にも個々から意見を聞く機会を設けておりスタッフ全員で共有しケアに努めている。	会議や普段から意見交換や相談しやすい雰囲気作りに努めている。エアーマット、車椅子クッション、補助食等、ケアに関する提案はすぐに反映している。業務の見直し、休憩時間の確保等の意見を活かしている。	
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	自己評価し上司との面談を通し自身の課題を見出し向上心が持てるよう努めている。		
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	外部への研修が充実している。自身が学びたい研修を選べ積極的に参加している。参加したスタッフは必ず伝達研修を行いスタッフ全員で共有している。		
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	GH協議会への参加等で交流し様々な意見交換が出来ている。		

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	ご本人様の願いや想いをお聞きするようにしている。毎日の生活の様子を記録し、利用者様の情報をスタッフ間で共有し統一したケアが出来るようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	実調の際の細かな聞き取りや家族からの情報を元に要望や不満などを知る努力をしている。		
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	見学時や相談時にご本人や家族の話をよく伺いどのような状況に有るかを確認し必要な対応を行っている。		
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	ご本人様の希望や出来る事、出来ない事を探り共に話し、笑いあいながら生活している。利用者様の知識や文化の習慣など教わることも多く互いに感謝の気持ちを伝えあっている。		
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	月1回のお便りや面会時にご家族の要望、不安をお聞きしたり日々の様子を報告している。気兼ねなく話して頂ける様な環境作りにも配慮している。気付きや変化があった際はその都度報告している。		
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	ご家族の協力のもと馴染みの美容室や多賀城市の開催イベント、自身の墓参りなど定期的に外出出来ている。近隣の方の面会もあり認知症カフェを通しての交流もある。	自宅付近の商店、行きつけの美容室、地区の夏祭り等に出掛け知人との交流がある。元職場の同僚が来訪し、旧交を深めている。認知症カフェの参加は、知人との出会いや新たな馴染みが出来る場となっている。	
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	席替えや役割分担について常に見直しを図り円満な関係となるよう努めている。月に1・2回の行事を通し利用者様全員が関わりあえる場を設けている。		

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	情報提供や他サービスへの移行時、相談や居宅ケアマネジャーとの協力をを行い状況に合わせた支援を行っている。		
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	意向を尋ね、それが困難な方に対しては「ご本人なら」という視点に立って意向が汲み取れるよう努力している。	日常の会話や表情から「・・・したい思い」を汲み取り支援している。ラーメンを食べたい、化粧品、服を買いたい思いは、一緒に出掛け実現している。秋保のおはぎを食べたい思いは、職員が買いに行き好評を得た。	
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	ご本人、ご家族、関係機関より得た情報を現在の暮らしと共にスタッフ間で共有し把握している。		
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	一日の過ごし方、言動・行動等でその方の心身状態、今出来る事を把握し記録する事でスタッフ全員で共有している。		
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	スタッフ、ご家族、医療機関での意見・アイデアを取り入れ現状に合った介護計画を作成している。	本人の好きなこと、出来ることを重視し、介護計画を作成している。フラワーアレンジメント、習字がしたい意向は、隣接している系列のデイサービスのプログラムで交流出来るよう検討し、介護計画に反映している。	
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	気づきや変化を必ず記録・口頭で申し送り情報共有に努めている。又、変化に関しては話し合いを行い介護計画の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	必要時にはご本人様の様子を報告している。様々なニーズがあるが対応しきれない場合は出来ない事を明確にし必要に応じて協力を頂いている。		

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	医療機関や民間企業の他にも傾聴ボランティアや認知症カフェへの参加で地域の方々と関わりを持っている。		
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医、月に2回の往診とご本人とご家族の意向によりかかりつけ医を決定して頂いている。ご家族対応の受診については日々の様子を報告している。	かかりつけ医を受診している方は、4名で家族対応で受診している。他は個人契約で、月2回の往診クリニックを利用している。往診クリニック、訪問看護師と24時間連絡取れる体制で、医療支援は充実している。	
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	週1回の訪問看護を利用し利用者様1人1人の状態や変化を文章、口頭で送りアドバイスを受けている。訪問日以外は電話相談が行え往診医との連携もある。		
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。	ご家族様や利用者様の不安を少しでも軽減出来るよう利用者様の状態確認や病院との情報交換、ご家族との情報共有に努めている。		
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	身体状況に合わせてご家族と話し合い意向の確認を行っている。往診医、ご家族とも情報共有し取り組んでいる。看取りの勉強会も行い体制を整えている。	医師が終末期と判断した時は、医師、家族、職員で話し合い、ホームで看取りを希望する場合は、看取り介護計画書を作成し同意を得ている。往診クリニック、訪問看護師と連携が取れている。入居者も一緒にお別れする等、看取り支援をしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	社内外の研修、AEDの設置、消防士による救命救急の勉強会など学ぶ機会がある。急変時は訪問看護、往診医に連絡し相談、指示を仰いでいる。		
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	年に2回の総合避難訓練や地域の避難訓練にも参加し避難場所の確認や避難時の協力を呼び掛けている。備蓄品の定期点検、利用者様の状態把握も行っている。	消防職員立ち合いの下で実施し、近隣住民の参加もあり、避難後の見守りをお願いしている。入居者の避難手段(徒歩、車椅子、杖等)、視力、聴力、行動状態等の一覧表を作成し、安全に避難できる体制を築いている。	

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
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	利用者様の生活リズムを大切にし意思を尊重する声掛けや対応に努めている。研修等でも繰り返し学びスタッフ間で話し合いを行っている。	個々の残存能力やプライド等を尊重し、食事作り、趣味等、したいことが自己決定や選択できる声かけに努めている。居室の出入り、トイレ誘導、衣類汚染時等は、プライバシーに配慮した声掛けをしている。	
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	利用者様が自ら選択するような声掛け、対応に努めている。普段からコミュニケーションを大切にし表情から汲み取る努力もしている。		
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	関わるスタッフ全員で利用者様の状態を観察し情報共有に努めている。利用者様のペースを大切にし希望に沿った声掛けや対応をしている。		
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	自立度の高い方、そうではない方も「声掛け」を大切にし自己選択出来るように努めている。一緒に買い物へ出掛けたり代行する場合もその方の好みや気候に合った服を選ぶなど配慮している。		
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	個々に合った食事量や食事形態に配慮している。一部介助が必要な方にもご自分のペースで食事を楽しめる工夫をしている。職員も同じものを食べ準備、片付けなども一緒に行っている。	食べたい物があれば、メニューを変更して入居者と一緒に買い物、調理、盛り付け等を行っている。季節を感じる花見弁当(出前)、お盆はおくずかけ等が喜ばれている。外食は寿司、ラーメンが好評である。	
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	食事量、水分量のチェックを行い、嚥下、咀嚼などの能力に合わせた食事形態に配慮している。気付きや変化は医師、看護師に報告している。		
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	毎食後の口腔ケアを行い、定期歯科検診や希望があれば週に1回の歯科往診を利用出来る。歯科衛生士と話し合う場がありその方に合った口腔ケアを行えている。		

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	トイレでの排泄が出来るよう個々の状態に合わせた支援に努めている。	本人の出来る力を活かし、自立、見守り、一部介助等、個々の状況に合わせた声掛け等で排泄支援している。終末期の方は、おむつ使用である。トイレが分かるよう、赤で順路を表示する等の工夫をしている。	
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	腹部マッサージや下剤コントロールの他に自然排便を促すため、ヨーグルトや食物繊維を含む食品の提供を実施している。		
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	当日の体調を見ながら希望時間に入浴して頂いている。入浴中は会話を楽しみ、足のマッサージなどを行いリラックス出来るよう取り組んでいる。	入浴は1日おきで午後に入浴する方が多く、個々の要望に沿った支援をしている。着替えの衣類を一緒に準備することで、拒否する方も入浴につながっている。菖蒲湯、ゆず湯でお湯の変化を楽しんでいる。	
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	体調や状況に応じて利用者様の希望も取り入れながら休息の時間を設けている。		
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	各自、効能表にて薬への理解を深める努力をしている。夜勤者が仕分けを行い早番者が確認を行う。服薬の際は2重・3重に確認をし声出し確認を忘れずに行い飲み込み確認も怠らないようにしている。		
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	食器拭きや洗濯物量みなどその方に合った役割を提供し月1・2回の行事や誕生日会、日々の体操やレクリエーションに力を入れている。		
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	遠出は計画の元、多少時間はかかるが近場に関しては希望時に近日中に行ける体制を整えている。ご家族にも協力を仰いでいる。	日常的な散歩は、ホーム周辺である。花見、あやめ祭り、水族館等に出掛けている。海鮮せんべい塩釜工場見学は好評を得た。図書館、外食、スーパー銭湯等の個別支援に取り組んでいる。出たがらない方は、ベランダでお茶を飲んだり、日光浴している。	

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	施設での管理が多いが家族の理解のもとご自分で管理されている方もいる。外出時はご自分で支払いを行って頂いている。		
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	希望があればいつでも気兼ねなく使用できるようになっている。必要な支援も行っている。		
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	季節に合った花を飾ったり月ごとに季節を感じられるような装飾をして利用者様に季節を感じて頂いている。	リビング、廊下には七夕飾り、行事の写真、入居者が描いた水彩画、入居者と一緒に作成した布製の漁旗等が飾られ、ユニット毎に特徴を出している。リビングと和室は離れており、家族との面会やゆっくりお茶を飲んだり、思い思いに使い分けて過ごしている。	
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	リビング・廊下にソファを置き利用者様同士が交流を持てる空間を設けている。和室を活用するなど利用者様自身が好きな場所へ行き好きな時間を過ごされている。		
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	馴染みの物を持参されたり居心地の良い環境作りを心掛けている。	使い慣れたベッド、ラジオや筆箱、裁縫箱、釣り道具等、好みの物を持ち込んでいる。図書館から借りてきた本を読んだり、縫い物したり、自分で描いた水彩画、三角イーゼルを置く等、自分らしい暮らし方をしている。	
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	日々その人に合った声かけを行い自立した生活を送れるようスタッフ間で話し合っている。安全に生活出来るよう気を付け、環境整備を行っている。		