

### 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	0470201419		
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ石巻大街道グループホーム。 さざんか棟		
所在地	宮城県 石巻市大街道北二丁目2-27		
自己評価作成日	平成 30 年	7 月	10 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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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30年9月10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)】

入居者様一人一人が持っている個性は尊重され、できるところは維持できるように、出来ないところは工夫をしながら支えあっていくように支援しています。日々の生活の中では個人個人が持っている力が発揮できるような活動を個人に合わせて提供し、自立のみではなく自分の表現が出来るよう工夫しています。

【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)】

石巻市の中心部、国道398号線沿いにグループホームと、隣接して同法人のデイサービスがある。近くのコンビニやスーパーは、入居者が散歩や買い物で利用し、便利な環境である。地域住民との交流や、幼稚園・小中高校とは運動会・学芸会・職場体験等の交流もある。避難訓練は地震・津波・火災等各種の想定により計画的に実施し、地域住民や高校生も訓練に参加している。今年度から運営推進会議の委員により身体拘束禁止委員会を設け、「ツクイ身体拘束禁止に関する指針」を作成し実践に努めている。入居者は、明るいホールでテレビを見、歌をうたい、会話を楽しみ、その人らしく寛いで過ごしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 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 **ツクイ大街道石巻グループホーム さざんか棟**)

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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念を元にし、H30年1月職員皆で自分達が利用者様との生活の中で一番大事にしたい思いを込めユニット理念を作り、それに基付いたケアの実践を全てのケアの基本として行なっています。	ホーム創設時の理念を継続し、ユニット毎の理念は年明けに確認し、見直している。入居者一人ひとりの希望を話し合い、希望にそった生活を、あたりまえに送れるように支援している。	
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	幼稚園、ボランティア等による利用者様との交流を行い、又 ちょっとした個別外出支援では近隣のコンビニにいたり、買い物を行い、地域との繋がりを持つようしています。事業所では定期的に地域会議・地域活動等に参加し、情報交流を行っています。	町内の八幡神社の秋祭り、どんと祭や、小学校の運動会、学芸会等に招待されたり、中高校生の体験学習を受け入れている。デイサービスと合同の「ツクイ祭り」には多くの家族や地域住民が参加し交流している。	
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	利用者様の家族様が来訪された時は一緒に普段認知症改善のため、行なっている歌会・リハビリ体操・活動等を一緒に行なって認知症に対しての理解を共有しています。又 運営推進会等で広報を利用し、地域に向けての発信をしています。		
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	参加者の意見や情報は記録に残してサービス向上に生かしています。	奇数月に年6回定期的に開催され、地域包括センター職員が毎回参加している。本年5月から身体拘束禁止委員会を設け、会議参加者が委員となっている。暑い時の高齢者の水分補給に反映した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	事故・相談がある時は行政に報告と、意見交換・情報提供等を行い、協力的な関係を築いています。	介護保険課と連絡を密にしている。市主催の多職種連携合同会議に参加し、情報交換をしている。ホームでの離設や骨折等の事故報告をしている。	
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	事業所内で定期的に研修を行い、又 職員全員が正しく理解しているかを時々確認しながら現場でのケア実践に繋がるようにしていますが生命の安全を優先しているので職員1名対応の時は施錠の時もある。	本年から「ツクイ身体拘束禁止に関する指針」を作成し、玄関の見えるところに貼り、実践に努めている。身体拘束禁止・虐待防止について年1回研修を行っている。自宅に帰ると言って出ていく方は、一緒に出掛けている。	
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	事業所内研修と会議内での話し合いの中で日々行っている自分達のケアを省みながら、ケアの点検を行ない、その防止にも勤めています。		

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	運営推進会に司法書士で成年後見人をなさっている方を招き、その制度について詳しく学ぶ機会を設けています。		
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	契約時は必ず家族様・利用者様に施設との契約内容全てを事業所の責任者から、理解と納得が出来るよう説明を行っています。		
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	玄関先にはご意見箱を置き、常に外部からの意見が聞ける体制を執っています。又 運営推進会議を通して社内の情報を公開し、家族様にも定期的に広報等をお送りし、来所された時は日頃の様子報告・情報提供を行ない、要望等を確認しています。	面会時、介護計画作成等に家族から意見・要望を聞いている。外出時に「シルバーカーでなく車いすを使用してください」に応じた。お便りの写真掲載は、家族の了解を得ている。	
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	本社からは電話相談ができるシステムを運営し、日々の仕事の中では話しやすい環境を作り、面談等を行っています。又 定期的にカンファレンスを行い、職員の意見を聞き、仕事に反映させています。	毎月のユニット会議、全体会議等での意見を反映させている。車いすをリクライニング式に変えた。壊れたドアの鍵や水道の蛇口を補修した。トイレへの声がけは、童謡を歌いながら誘導する等の提案があった。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	会社規程に沿って個人の評価を定期的に行い、資格取得支援制度や研修会を活用し、職員の向上心に繋がるよう支援しています。		
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	管理者やリーダー職員が指導できるように研修を受けています。法人では研修参加費等の補助をしています。		
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	地域の研修会・会議等には参加してネットワーク作りにも勤め、法人内ではあるが同業者の職員が集まり、勉強会等を行い、サービス向上に繋がるよう取り組んでいます。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前情報を収集し、本人様の希望内容・困っていること・家族様の意向等を把握して生活全般に取り入れ、安心して過ごせるように入居前から努めています。		
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	入居前から家族様の意見・希望を積極的に取り入れ、生活の中で実践できるようにしています。入居後は小さな変化に対しても家族様に報告しながら、要望等は確認して、関係を築いて行くようにしています。		
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	グループホームだけの対応に留まらず、必要があればほかのサービスも積極的に利用するように努めています。		
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	日常生活の中で利用者様が出来るところは積極的に手伝って頂き、「共に生活していく」と言う関係作りに務めています。		
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	生活の様子・行事内容等を家族様と共有しながら、時には家族と本人様が一緒に過ごせるきっかけを提供し、「一緒に本人様を支えていく」関係作りを心掛けています。		
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	いつでも自由に面会・外泊が出来るような体制になっております。	高齢になり、知人等の訪問が少なくなった。以前から利用している美容院・理髪店に行く方、家族と外食される方がいる。盆・正月には、外出して実家で食事する方、家族が面会に来る方等がいる。	
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	職員も含めて利用者様みんなが一緒に楽しめる行事を工夫して提供し、出来ない部分はお互い補うよう工夫しています。		

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
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	サービス終了後に訪問して頂いたり、相談の連絡があった際は情報の提供をしています。		
<b>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</b>					
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	意向が聞ける方は「今困っていること」「したいこと」等を伺い、希望に沿って提供しています。又 意向の把握が難しい方は家族から過去の趣味・嗜好等を聞き、今の本人様の訴えと照らし合わせながら思いや意向の把握に努めている。	会話・行動等から思いを汲み取る。食べたい物はラーメン、刺身等であり、外食した。甘いものが食べたいに、お菓子を作って食べた。身体をゆずりの時はトイレ、職員に目で訴えるのは一人になりたい時等である。	
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	初回アセスメント聴取の他、ご家族・本人に対しての継続した情報収集に努め、入居後も本人様の希望を確認しながら、ケアの方向性や具体的な実践に活かせるよう努力している。		
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	毎月のカンファレンスの他、日々の申し送りを通じ入居者の状況の把握し、変化についてもチームで共有しながら対応しています。		
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	介護計画は3か月に1回見直しを行なっています。また状態の変化で従来の計画とそぐわないのであれば、ご家族・職員・医療と話し合い、現状に見合う計画となるよう随時見直しをかけています。	長期目標は6ヵ月毎、短期目標は3ヵ月毎、状態変化時はその都度見直し、家族に説明している。要求が満たされないため、攻撃的になる方の隣に座り、手をつないで話をするこを計画に入れ実践している。	
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	入居者の変化・重要な様子については個別記録に記入するよう心がけている。また、重要な変化については申し送りにて詳細を報告し、再度全体で情報の共有するよう努めている。		
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	法令に則り、家族、関係機関の協力を仰ぎながらサービス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
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	地域資源の把握に努めていますがそれが本人の力の発揮には繋がってはいない。できているかということに関してはまだまだ方策を探っている段階であります。		
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	24時間医療からの協力・相談できるシステムが構築されています。その内容についてはご家族への報告、経過説明を行っています。	協力医は24時間対応である。入居前からのかかりつけ医を継続している方もいる。看護師は週1回来訪し、バイタルチェック、床ずれの処置、尿管カテーテルの交換等を実施している。	
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	訪問看護ステーションを利用し、日々の体調の変化や服薬状況等の報告、受診の有無、必要な処置等の指示を仰ぎ対応し、ご家族への報告、経過説明を行っています。		
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。	医療機関への可能な限りの情報提供を行っています。また、お見舞いを通じての状態把握、関係者の方々に対し話を伺い、状況の把握に努めています。		
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	事前に本人様・ご家族に対しての終末観を伺い、状況が変化した際にどのように生活していただくのかを確認しています。また、主治医を含んでの話し合いの機会を作り現状・これからについて確認を行っています。	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、看取りの同意を得ている。終末期には家族の要望を聞き、医師から説明している。本年も皆でお別れをした。職員は看取りの振り返りをし、年1回「ターミナルケア」「グリーフケア」の研修をしている。	
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	入社時の研修等を通して、急変時対応できるようにしています。		
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	定期的に消防の立会いの元、火災・震災等の災害を想定して、時には地域の方達と一緒に避難訓練を行なっています。	避難訓練は、夜間想定を含み、地震・津波、火災等各種想定により年2回実施した。避難時は、写真入り「情報カード」を身につけることとしている。近隣ホテルに避難できるようにしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人生の先輩・現生活の貢献者として言葉・態度にその尊重を込めた対応になるよう支援しています。	人生の先輩として尊重した対応をしている。名前はそれぞれに応じて「～さん」と呼び、3人の元教師は「～先生」と呼んでいる。失敗した時はさりげなく声掛けし、居室や浴室に誘導する。	
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	何か決めるのは基本的に本人様の意思決定を基本としています。意思相手ができない方は普段の生活の中で家族様から本人の昔の生活様子・嗜好を確認して希望に沿うようにしています。		
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	本人の希望を伺い、特に無理強いすることなく日常を過ごしていただくよう支援している。		
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	お化粧をしたり、着る服を選んでもらったりするようにしています。モーニングケアでは基本的には本人主体の身だしなみの保持に努めています。また、定期的な散髪の手続きや、ご家族への衣類確保を働きかけ身だしなみに気をつけています。		
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	可能な限り一緒に準備・片付けを行っています。片付け等、現在では恒常化し、入居者から声がけしていただく時もあります。	おかずは配色業者を利用し、ご飯とみそ汁は職員が作っている。「手作りの日」を設け焼きそば、うどん等を作っている。ラーメンを食べに行ったり、畑でとれたトマト、ナス、キュウリ等を楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食材の配食サービスを利用し、バランスの取れたメニューを提供し、個人の食形態に応じた食事の提供ができています。また食欲がない時は嗜好品を提供して栄養のバランスが摂れる様に努めています。		
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	食後の歯磨きについては、毎食後に行っている。介助が必要な方に関しては、職員付き添いにて一緒に取り組むようにしています。		

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
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	なるべくレパレパパンツより、布パンツを使用し便意・尿意を、排泄表を確認しながら、声掛けしています。	トイレでの排泄が基本である。夜間はパッドを使用している方もいる。他者への配慮で「トイレ」と声を掛けない。排泄チェック表で誘導し「部屋へ行こう」「散歩に行こう」等と声がけし自立支援をしている。	
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	排便難が強い方は下剤のみではなく、乳製品等も利用し、軽い方は水分量を多くしたり、腹圧・下腹部マッサージ等で排便の改善を誘導しています。		
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	多くの方は入浴時間の希望は聞かれず昼間の入浴にて対応しています。	週2～3回の入浴である。入浴剤、ゆず湯等を使用し楽しむ工夫をしている。重度者には2人介助をし、足浴のあとに軟膏を塗る方もいる。拒む方には「濡れているので着替えましょう」等と声がけし誘導する。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	本人の希望にて自由に休んでいただいている状況。しかしながら生活のサイクルが大きく乱れそうな場合については、昼間の活動量を増やしたりしている。		
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	カンファレンスと申し送りの時は一人一人の今の様子を確認しながら、症状と服薬との関連性も検討し、変化がある時は主治医・訪問看護師と相談しながら対応している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の好みの活動を把握し、将棋・生け花・フェルト等を提供し、生活にメリハリ感をもつように努めています。		
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	予定を立てての外出、天候の良い日の突発的な外出を含め、外出の機会の確保に努めている。また行事は家族と共有し、本人様と一緒に参加できるように努めています。	年間行事予定の他、天気が良いから出かけようと言って外出することもある。平筒沼ふれあい公園・専修大の桜、日和山のツツジ、牧山の紅葉等に出かけている。日常的には近くを散歩し、スーパーやコンビニで買い物等をしている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	金銭のトラブル防止のため、基本的にお金の所持は行っていません。外出時等の買い物は、立替金より出庫し、買い物を行っています。		
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	制限無く出来るようにしています。		
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	写真や季節感を感じられるような装飾をしています。全体的には刺激がないような大人しい感じの空間になるようにしています。	ホールに行事の写真や作品を貼っている。飾り過ぎないよう装飾に気を配っている。明るく居心地の良いホールは寛ぎの場である。テレビを見、お茶を飲み、会話を楽しみ、塗り絵や雑巾を作っている。レクリエーションで一人が歌うと合唱になる。	
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	なるべく気の合った利用者様同士で隣り合わせるように工夫しますがその時によって柔軟に対応することが多いです。		
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	入居事前調査の際にご家族様と相談し、可能な限り本人の馴染みのあるものを搬入したり、好きなものを置いたりしていますが転倒の可能性が高い方・誤嚥の可能性が高い方は危険なものを片付けて環境整備を優先して行います。	安全確保のため人感センサーを2名の方が使用している。馴染みの筆筒、テレビ、テーブル等を持ち込み、家族の写真、位牌等を飾っている。木目込みや折り紙の作品を飾りその人らしい居室になっている。	
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	バリアフリーの建造物であり、トイレと居室はわかりやすい目印をして「わかる事」への支援を行い、安全かつ自立した生活になるように努めています。		

### 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	0470201419		
法人名	株式会社 ツクイ		
事業所名	ツクイ石巻大街道グループホーム	ユニット名	つつじ
所在地	宮城県石巻市大街道北二丁目2-27		
自己評価作成日	平成 30年 8月 2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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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30年9月10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)】

お客様お一人お一人の個性を尊重し、当たり前の生活を当たり前を送っていただけるよう、暮らしのサポートをさせていただいております。  
つつじ棟では今年度のユニットテーマとして【当たり前に過ごしていただく】【好みに過ごしていただく】【職員は決まったことを統一して行う】を挙げております。皆様の家なので、お一人お一人今までのなじみの生活スタイルを継続して行っていただき、笑顔で安心して暮らしていただけるよう出来る限りの支援を行っております。

【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)】

石巻市の中心部、国道398号線沿いにグループホームと、隣接して同法人のデイサービスがある。近くのコンビニやスーパーは、入居者が散歩や買い物で利用し、便利な環境である。地域住民との交流や、幼稚園・小中高校とは運動会・学芸会・職場体験等の交流もある。避難訓練は地震・津波・火災等各種の想定により計画的に実施し、地域住民や高校生も訓練に参加している。今年度から運営推進会議の委員により身体拘束禁止委員会を設け、「ツクイ身体拘束禁止に関する指針」を作成し実践に努めている。入居者は、明るいホールでテレビを見、歌をうたい、会話を楽しみ、その人らしく寛いで過ごしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 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 ツクイ石巻大街道グループホーム )「ユニット名 つつじ」

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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	グループホームの理念は職員間で考え出し、それに基づいたケアの実践を図っている。また、各ユニットテーマを毎年掲げ、職員間で共有している。	ホーム創設時の理念を継続し、ユニット毎の理念は年明けに確認し、見直している。入居者一人ひとりの希望を話し合い、希望にそった生活を、あたりまえに送れるように支援している。	
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	日常の買い物を通し、地域に出るようにしている。地域の方と挨拶を交わすお客様もおられる。また、学校の職場体験や、地域の避難訓練へも参加している。	町内の八幡神社の秋祭り、どんと祭や、小学校の運動会、学芸会等に招待されたり、中高校生の体験学習を受け入れている。デイサービスと合同の「ツクイ祭り」には多くの家族や地域住民が参加し交流している。	
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	運営推進会議での勉強会を通し、事業所・認知症への理解を図っている。		
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	ユニットの活動を写真などを載せ作成し、2ヶ月毎の開催にて活動報告を行っている。会議の参加者より頂いた意見は事業所の全体会議で報告され、課題改善などを行っている。	奇数月に年6回定期的に開催され、地域包括センター職員が毎回参加している。本年5月から身体拘束禁止委員会を設け、会議参加者が委員となっている。暑い時の高齢者の水分補給に反映した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	疑問点、不明な点についての相談、報告はその都度行っている。	介護保険課と連絡を密にしている。市主催の多職種連携合同会議に参加し、情報交換をしている。ホームでの離設や骨折等の事故報告をしている。	
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	入社時の研修、その他事業所の研修において確認と意識付けを行っている。また、身体拘束禁止委員会を設け、運営推進会議と併せ会議を開催し、その結果について職員に周知徹底している。	本年から「ツクイ身体拘束禁止に関する指針」を作成し、玄関の見えるところに貼り、実践に努めている。身体拘束禁止・虐待防止について年1回研修を行っている。自宅に帰ると言って出ていく方は、一緒に出掛けている。	
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	月毎の定期カンファレンスや、日々の申し送りにてお客様の状態、変化について確認している。また、各種広報、該当の記事等が掲載された時は、切り抜きにて職員間に周知を図っている。		

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
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	管理者、計画作成担当者を中心に成年後見人の対応を行っている。また、研修等で職員に対し制度の理解を図っている。		
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	入居前もしくは入居時の契約を基本とし、十分な時間をかけて説明を行っている。		
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	最も意見が出るのは運営推進会議であるが、その他事業所に意見箱を設置して意見・要望の収集に努めている。また来所時(面会時)に入居者状況を説明し、ご家族からの情報収集に努めている。	面会時、介護計画作成等に家族から意見・要望を聞いている。外出時に「シルバーカーでなく車いすを使用してください」に応じた。お便りの写真掲載は、家族の了解を得ている。	
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	毎月の全体会議、カンファレンスにて、意見を聞く機会を設けている。また、普段から意見や提案が出やすい様、風通しの良い事業所運営を心掛けている。意見や提案はお客様の生活の質の向上に必要なものは反映できるよう努めている。	毎月のユニット会議、全体会議等での意見を反映させている。車いすをリクライニング式に変えた。壊れたドアの鍵や水道の蛇口を補修した。トイレへの声かけは、童謡を歌いながら誘導する等の提案があった。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	会社規程に則り、個人の評価を定期的に行っている。また、個人のスキルアップ向上のため、資格取得支援制度を設け、研修の開催、情報提供を行っている。		
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	事業所内研修、社内研修の機会を設け職員参加を促している。また、社外研修への参加についても可能な限り参加。所内ではベテラン職員を中心にケアが適正かどうかを確認している。		
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	他法人との活動は研修にて一緒になる程度である。今後の課題として取り組んでいきたい。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前のご本人、ご家族との話し合いにて情報の収集に努めている。計画書作成時にはその意向を取り入れた内容としている。		
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	入居申込、事前アセスメントにてご本人・ご家族の意向を伺い、計画書作成に反映させている。しかしながら縁遠いご家族もおられる為、推進会議の報告や活動報告(広報)のお便りで近況をお伝えしている。		
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	入居申込、事前アセスメント聴取の時にご本人・ご家族のニーズ、現状の課題を伺い、入居が望ましいかどうかの話し合いを行っている。		
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	日常のケアの中で、過介護にならないことを前提に実践している。また、ご本人の出来る力を活かした日常となるよう声掛けやケアに臨んでいる。		
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	生活の様子は面会時等にお伝えし、現状を把握していただいている。その中で、ご本人が何を望んでいるのか、ご家族がどうしたいかを確認させていただき、ケアの方向性を探っている。		
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	週末にはご家族様宅へ外泊され一緒に過ごされる方がおられる。また、馴染みの美容院に通われた方もいた。家に帰りたい、仏壇を拝みたいと訴えるお客様にはご本人の体調や天候をみて、家にお連れすることもあった。	高齢になり、知人等の訪問が少なくなった。以前から利用している美容院・理髪店に行く方、家族と外食される方がいる。盆・正月には、外出して実家で食事する方、家族が面会に来る方等がいる。	
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	行事・外出の機会を持ち、共に楽しめる機会の創出に努めている。また、日常生活の中でもお客様間のバランスが保てるような関わりを行っている。		

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	体調不良(入院)での退去や亡くなられたお客様のご家族に対する関係は極力継続させていただいている。また必要に応じて、様々な情報提供に努めている。		
<b>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</b>					
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	お客様によっては、どのように思い、何をしたいかの把握は困難なこともあるが、日常生活の何気ない会話、行動を通して希望を見出せるよう努力している。	会話・行動等から思いを汲み取る。食べたい物はラーメン、刺身等であり、外食した。甘いものが食べたいに、お菓子を作って食べた。身体をゆずりの時はトイレ、職員に目で訴えるのは一人になりたい時等である。	
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	インテーク時の聴取の他、ご本人・ご家族に対する継続した情報収集に努め、ケアの方向性や具体的な実践に活かせるよう努力している。また入居後も馴染みの場所が作れるよう模索している。		
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	毎月のカンファレンスの他、日々の申し送りを通じお客様の状況や変化の把握、変化に努めている。		
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	体調不良やレベルの低下で状態に変化があり、従来の計画にそぐわないのであれば、ご本人、ご家族、担当医、職員と話し合い、再アセスメントを行い、現状に即した介護計画を立てている。	長期目標は6ヵ月毎、短期目標は3ヵ月毎、状態変化時はその都度見直し、家族に説明している。要求が満たされないため、攻撃的になる方の隣に座り、手をつないで話をするこを計画に入れ実践している。	
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	お客様の日々の様子や普段と違う言動は全て記録を執る様心掛けている。変化のある言動、体調の変化については申し送りにて詳細を報告し全体で情報の共有に努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	法令に則り、ご家族、関係機関の協力を仰ぎながらサービス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
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	地域資源を把握できるよう努めているが、それにより本人の力が発揮できているかに関してはまだまだ方策を探っている段階である。		
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	かかりつけ医は月一回の往診と、その他必要時に職員が受診にお連れしている。受診後はご家族へ受診の結果を報告させていただいている。	協力医は24時間対応である。入居前からのかかりつけ医を継続している方もいる。看護師は週1回来訪し、バイタルチェック、床ずれの処置、尿管カテーテルの交換等を実施している。	
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	週一回の訪問看護師来所時、お客様の心身の変化を詳細に報告し、指示を仰ぎ、個々のお客様が適切な受診や看護を受けられるように支援している。また、急な体調不良時など、電話で相談も行なっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療機関への可能な限りの情報提供を行っている。また、お見舞いを通じての状態把握、関係者より話を伺い、状況の把握に努めている。		
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	事前にご本人(可能な場合は)・ご家族に対し、終末期についての意向を伺い、状況が変化した際にどのように暮らしていただくのかを確認している。また、かかりつけ医を含んだ話し合いの機会を作り現状・これからについて確認を行なっている。	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、看取りの同意を得ている。終末期には家族の要望を聞き、医師から説明している。本年も皆でお別れをした。職員は看取りの振り返りをし、年1回「ターミナルケア」「グリーフケア」の研修をしている。	
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	入社時の研修の他、適宜研修の機会を設けている。		
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	火事・地震を想定した避難訓練を行い、有事に備えている。地域の避難訓練に、実際にお客様と一緒に参加したこともあった。また、夜間を想定した(出勤職員が少い場合の)訓練も行っている。	避難訓練は、夜間想定を含み、地震・津波、火災等各種想定により年2回実施した。避難時は、写真入り「情報カード」を身につけることとしている。近隣ホテルに避難できるようにしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人一人のお客様の性格・生活暦を踏まえての声掛け、対応に努めている。また職員の言動を省みる意味でも定期的に研修を行い振り返っている。	人生の先輩として尊重した対応をしている。名前はそれぞれに応じて「～さん」と呼び、3人の元教師は「～先生」と呼んでいる。失敗した時はさりげなく声掛けし、居室や浴室に誘導する。	
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	生活の中で、一部のお客様は思いや希望を自由に仰ってくださっている。しかし、ADLの低下に伴い、意思疎通が困難な方も多く、様子を確認しながら窺い知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、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	起床や就寝の時間はご本人のペースにお任せしている。日中の生活も、居室で過ごされる方、フロアにおられる方と、お好きにいただいている。		
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	化粧水やリップクリームなど、洗顔時に使用されている方がおられる。衣服に関しては、更衣時、好みを元を選択していただいている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	パン食になじみがある方にはパンをご用意させていただいている。朝食にはヨーグルトや牛乳など、好みに応じて用意させていただいている。おかずの盛り付けや食器洗いを職員と一緒にしている。	おかずは配色業者を利用し、ご飯とみそ汁は職員が作っている。「手作りの日」を設け焼きそば、うどん等を作っている。ラーメンを食べに行ったり、畑でとれたトマト、ナス、キュウリ等を楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食形態に応じた食事の提供を行い、しっかりと完食できるよう支援させていただいている。食事、水分量ともに確認を行い、好みの飲み物を好みの状態(温かい・冷たい)で提供させていただいている。食欲不振が続く時は、プリン等で補食、またはかかりつけ医に相談、指示を仰いでいる。		
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	歯磨きについては、起床時と、就寝前に行っている。介助が必要な方に関しては、職員付き添いで一緒に取り組むようにしている。適宜、歯科受診。		



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	身体・認知症のレベルに合わせその都度方法を变えている。状況の確認は定期カンファレンスで行い、状態に合わせ職員全員で統一し行なっている。	トイレでの排泄が基本である。夜間はパッドを使用している方もいる。他者への配慮で「トイレ」と声を掛けない。排泄チェック表で誘導し「部屋へ行こう」「散歩に行こう」等と声がけし自立支援をしている。	
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	できるだけ薬を使用せず済むように、食事やおやつにヨーグルトやフルーツを提供するように心掛けている。また、日常生活の動作や体操等のできる限り身体を動かしていただくよう心掛けている。かかりつけ医に相談し便秘の改善にも努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	お客様の中で、夜の入浴を希望されている方がおり、土曜日の夜に入浴を行っている。その他の方については特に希望は聞かれず、日中の入浴にて対応させていただいている。	週2～3回の入浴である。入浴剤、ゆず湯等を使用し楽しむ工夫をしている。重度者には2人介助をし、足浴のあとに軟膏を塗る方もいる。拒む方には「濡れているので着替えましょう」等と声がけし誘導する。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	お客様の希望にて自由に休んでいただいている状況。しかしながら生活のサイクルが大きく乱れそうな場合については、昼間の活動量を増やすようにしている。		
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	職員はお客様の服用される薬について各々で確認するように努めている。また、誤薬事故防止のため服薬前確認を職員相互で行っている。		
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	毎月のモニタリングでお客様一人一人の好きなこと、出来ることについて確認、計画に挙げ支援を行っている。また、近くのドラッグストアに買い物にお誘いし、気分転換を図っている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	予定を立てての外出、天気の良い日の買い物等、外出の機会の確保に努めている。自宅へ帰りたい方にはご家族に連絡し、職員同行にて自宅へお連れすることもあった。	年間行事予定の他、天気が良いから出かけようと言って外出することもある。平筒沼ふれあい公園・専修大の桜、日和山のツツジ、牧山の紅葉等に出かけている。日常的には近くを散歩し、スーパーやコンビニで買い物等をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入所時、お金を持参されるお客様はいない。また、IADL低下により金銭管理が困難な方も多くおられる。		
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	お客様が望まれる時は電話や手紙のやり取りができるように支援を行っている。		
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	共用空間に関しては、トイレにはカレンダーを掲示し、季節が分かるようにしている。廊下にはイベント時に撮影した写真(活動報告)を掲示し、立ち止まってご覧いただけるようにしている。	ホールに行事の写真や作品を貼っている。飾り過ぎないよう装飾に気を配っている。明るく居心地の良いホールは寛ぎの場である。テレビを見、お茶を飲み、会話を楽しみ、塗り絵や雑巾を作っている。レクリエーションで一人が歌うと合唱になる。	
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	共用空間(707)の中で席は決まっているが、各々が自由に移動し交流を持てる動線を確認したり、独りでもテレビ番組をご覧になれるよう、テレビの配置などを工夫し、思い思いに過ごしていただけるよう努力している。		
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	入居時などになじみの物や家具等を持ち込んでいただき、継続して使っていただいている。また、ご家族が壁や窓に飾りを施してくださる時もある。	安全確保のため人感センサーを2名の方が使用している。馴染みの筆筒、テレビ、テーブル等を持ち込み、家族の写真、位牌等を飾っている。木目込みや折り紙の作品を飾りその人らしい居室になっている。	
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	内部は和室以外はバリアフリーになっており、居室にはネームプレート、トイレにもそれと分かりやすくしており、「わかること」への支援ができています。廊下とトイレ内には手すりが付いており安全に自立した生活を送ることができる。		