

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	0471200394		
法人名	有限会社 さくら		
事業所名	グループホーム さくら	ユニット名	A 棟
所在地	宮城県登米市南方町鶴の木146-3・147-3		
自己評価作成日	平成30年11月20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.kaijokensaku.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30年12月12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)】

職員は、一人ひとりの笑顔と想い、その人なりの生活スタイルを大切に支えていけるように、気持ちを一つにしてケアに努めている。施設全体で研修に取り組み外部から講師を招いて全職員が学ぶ機会を多くし、スキルアップに努めている。本人だけでなく、家族とも関わりを多く持ち、ニーズや意向を汲み取るように努めている。散歩や買い物、外食などを一緒に楽しんだり個別支援を積極的に取り組んでいる。施設の畑では、季節に応じた野菜を作り、収穫する喜びや懐かしさを感じて頂いている。重度化や終末期を迎えても家族の協力、地域の医療と連携しながら終の棲家として安心した生活が送れるように取り組んでいる。又、地域の人脈や資源を活用しながら、地域に知られ開けた事業所を目指して、オレンジカフェの開催などを通して、地域との交流を深め、つながりを大事にしている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームの近隣には、かかりつけ医や入居者が散歩がてら買い物に利用する店舗がある。開設15年のホームは担当職員を中心に館内、敷地共に細部まで気持ちの良い環境を作っている。入居時に「面会と行事への参加」という法人方針を入居者家族に伝え理解してもらっている。年間行事予定表を渡し、遠方の家族も秋祭り等に参加して貰っている。法人理念、施設理念の「その人らしく」をモットーにしているホームは管理者、チーフ、職員が一丸となって入居者が何を考え思いを巡らしているかを模索しながら支援している。職員は「入居者から行事や外出が楽しいと聞くと、自分も楽しくなる」と話している。

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

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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)	<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)	<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		

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームさくら

)「ユニット名 A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	理念を意識しながら実践に当たっている。年度初めに全職員から目標を募り、統一したケアに取り組んでいる。また、毎月の目標も設けており、会議や研修等で再確認し行動の指針として日々のケアを振り返りながら共有と実践に努めている。	理念を元に本年度の目標を決めている。毎月25日前後に棟ミーティングを行い、次月の目標も作成している。振り返りや「インフルエンザ流行」等季節にあった目標を棟の全職員で検討し、目標としている。	
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	町内会に加入。地区の敬老会や保育園の夕涼み会等に参加し交流する機会を大切にしている。又、保育園児との芋掘り交流会や近隣、老人会、婦人会に呼び掛け参加して頂いている夏祭りに秋祭り、そして、オレンジカフェの開催などを通して交流を深め、つながりを大事にしている。	踊りやハーモニカ等のボランティアがホームの行事にくる。保育園に案内状を出し、園児とホームの中庭で行う芋掘りは入居者の大きな楽しみになっている。「園児とふれあうときの笑顔が違う」と職員が話している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の区長の協力を得ながらオレンジカフェを開催しており、認知症についての正しい知識の普及、実体の共有を図ることにより、認知症の人や家族を支える地域のつながりが深められるよう取り組んでいる。施設見学や実習生の受け入れも積極的に行っている。		
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ヶ月に1度開催しており、昨年から駐在所の職員もメンバーに加わっている。参加者からの意見や提案等は現場で話し合ったり、記録して会議などで協議し、サービスの向上に活かしている。会議録は全家族に配布している。	駐在所職員が参加し、地域の治安、交通安全、空き家の盗難等の情報があり、新たな気づきとなった。地域にどのような協力が出来るかとの話しで、地域包括職員からカフェ開催の意見があり実施した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	運営推進会議に市の担当者や包括支援センターの職員が毎回参加し情報やアドバイスを得ている。また地域の困難事例の受け入れの依頼や相談を行うなど良好な協力関係を築いている。	市職員より報告書を集計しやすい書式にする事や気づきシート記入のアドバイスを貰った。外国人採用や認知症、虐待等、職員に合った研修に参加し、内容は棟ミーティングで共有している。	
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	勉強会を実施している。身体拘束廃止委員会を立ち上げ、カンファレンスや運営推進会議などで身体拘束について話し合っている。職員は、人としての尊厳を大切にして身体拘束やスピーチロックをしないケアをしていくことを周知理解を深めるようにしている。	社内外の研修に参加し、行動・心理状態への介護技術を学び、共有している。「入居者所在不明時の職員対応訓練」を行い、連絡方法等確認している。管理者は「拘束から入居者を守らなければならない」と話している。	
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	認知症の研修へ職員を参加させ、認知症について理解をもたせ、事例集など活用し、職員全員で意見を出し合い、虐待について何が虐待にあたるかなど考える機会を設けている。		

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
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	権利擁護について定期的に勉強会を行い、日常生活自立支援事業や成年後見制度についての研修会があれば出席するようにしている。		
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	契約時には理念等も説明し、理解してもらえるよう丁寧に行っている。		
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	利用者様と日々の関わりの中から思いを聞き、意見や要望などは、申し送りノート、介護記録などを通してスタッフ間で情報共有しケアに反映させている。面会時やプランの提示時には必ず家族様の要望や希望を伺い、ご意見を頂戴し、運営に反映させている。	プラン作成時や行事に家族が参加しており、その時に意見を聞いている。冬場は皮膚が乾燥してくるのでクリームを付けて欲しいと持参したり、正月など家族と過ごす時は対応方法を伝えている。	
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	日々の業務の中や申し送り時、またカンファレンスで職員の提案や要望を聞き、協議をして運営に反映している。また、随時話し合う機会を設け、常に職員の提案や意見、悩みなどを聞き、業務や職場環境改善に努めている。	大型加湿器の買い換えやデッキ改修等、職員の意見が反映された。各棟で大掃除時の用具、花等の購入は、職員の裁量で自由に買える。2年に1回職員旅行があり、親睦を深めている。	
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	年に一度の面談の前に、各職員に自己評価をして頂き、管理者が確認を行う。そこで悩みや勤務状況など相談に乗り、全職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じてその人に最もふさわしい研修に参加させている。又、事業計画時にも職員間で話し合い、自分たちに必要な内部研修を上げてもらい実施していくようにしている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	実調時に心配なことや入居に関しての不安な点などについては時間をかけて説明している。本人とご家族様はもちろん、担当していたケアマネより情報収集を行い、ケアプランの作成により統一したケアを行うようにし、安心して頂ける関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	本人の話も含めて傾聴に心掛け、不安や要望を聞き取り安心感を持ってもらえる態度で接するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居の相談を受けた際は、ご家族様の介護力、ご本人の気持ちを確認しながら本人にとって一番最適なサービスをご家族、ご本人と一緒に考えるようにしている。又、他の事業所の情報もご家族に提示しながら相談に乗っている。		
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	日常的な家事手伝いをして頂いたり(食器拭き、洗濯物畳み、新聞紙畳み、買い物等)することで生活の一部を役割として担って頂いている。職員は入所者様に常に感謝の言葉を伝えている。本人と職員共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
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	月に1度「ご家族様への報告書」と「さくらだより」をご家族様へ送付している。本人の生活状況などを報告し、情報の共有を図っている。面会時にはご本人との時間を大切にもらい、少しの時間同席し一緒に話をし、ご家族様と職員もお互いに相談し合える関係作りを心掛けている。		
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	可能な限り、外出や面会などして頂くよう協力を求めている。ご家族様の協力を得て馴染みの眼鏡店や床屋さん、補聴器の調整に出掛けたりして、馴染みの人や場所との関係が途切れないような支援に取り組んでいる。	入居当初は24時間シートを活用し、職員は声かけを多くし関わりを深く持っている。「ありがとう」等の声かけでホームでの居場所を作っている。家族の情報で寺の御開帳に行ったり美容院に行ったりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者間の関係や性格を把握し、利用者同士が居心地のいい関係でいられるよう会話の間に入ったり、作業をする際はその人に合わせられるよう心掛け、楽しく作業して過ごせるように支援している。又、良い関係が保てるように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了後も相談して頂ける環境整備に努めている。入院先にお見舞いに行ったり、何らかの問い合わせや相談時には対応している。亡くなった方のお宅へ出向き、お焼香をしている。		
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	文字や物を使ってのコミュニケーションも積極的に採り入れ、思いや希望、意向の把握に努めている。思いの表出の少ない方は、身振りやうなづき、表情から把握したり家族から話を聞いたりして本人本位に検討して、一人ひとりの思いに寄り添う支援に努めている。	耳が遠い方との会話は、文字カードを使うことにより意思疎通ができ入居者は安心して居る。家が心配なのでという思いに応えたり、家族からアイスが食べたいと聞いて食べに行ったり要望に応えている。	
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	入所時には生活歴の聞き取りをしている。又、随時面会時には昔の生活の様子や生活の特徴などもご家族様に聞いて参考にしている。以前の生活スタイルの継続、出来る限り今までの生活に近づけるように一人ひとりの思いを汲みながら対応している。		
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	お一人お一人の生活のペースに合わせて過ごして頂けるように配慮し心身の状態を職員間で申し送り共有している。又、ケース記録にて日々の様子や変化に対する気づきを記入し、見落としが無いように工夫している。		
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	毎月にモニタリングを行い、3ヶ月ごとに介護計画の見直し、状態が変化した時は随時見直しを行っている。本人、家族、医師や看護など関係者と話し合い、意向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。介護計画はご家族に提示し同意を得て写しを渡している。	担当職員を中心に全職員が参加し作成している。带状疱疹後、痛みを訴える方の緩和には医師の助言で冷やす事を組み込んだ。ティッシュを箱ごと持ち帰る方には、プランに使う分だけ手渡しすることを入れた。	
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	日々の様子はその都度、ケース記録に記入し、特記事項があれば、申し送りノートにも記入し、情報を共有し実践、介護計画の見直しに活かしている。		
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	その時々々のニーズや課題に合わせた機能を取り入れADL低下防止に努め安心して生活していけるように努めている。		

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	近隣のスーパーへの買い物同行や外出支援では近隣の飲食店や道の駅を活用している。保育園児や地元のボランティアの方に慰問に来て頂くなど交流を行うと共に、資源回収などにも協力をし地域との関わりも持つようにしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医は本人および家族様の希望となっているが、大半は施設の協力医がかかりつけ医となっている。受診はスタッフが同行し、適切な医療が受けられる様に情報伝達を行っている。受診結果を記録し、職員全員で共有を図り、ご家族様に報告している。状況に応じてご家族様が同行する場合もある。	本人、家族の希望で10名が協力医受診である。その他は訪問診療を受けている。通院は看護師が同行し、服薬管理等職員と連携を図っている。医師の指示により家族も付きそう。	
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	少しの変化でも施設看護師に相談を行い異変の早期発見に努めている。また、訪問看護ステーションの看護師にもすぐ連絡が取れる体制となっている。適切な対応が出来るようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合には、病院側に情報を提供している。入院中は定期的に医師やご家族と話し合いを持っている。目安として2週間目か、退院直前などに話し合いを重ねて早期に退院できるように努めている。又 職員は洗濯物を取りに行った際には声を掛けるなど本人を励ましている。		
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	重度化する可能性がある場合や状況が変化した場合は早めに家族に報告し、その都度利用者や家族に説明している。看取りについては本人や家族に希望を再確認して同意を得ている。往診医や看護師、その他関係機関と話し合いながら、利用者様にとって最善の援助ができるように努め、可能な限り希望に添うよう支援している。勉強会も実施している。	入居時、「基本的な考え」の文書で説明し、必要時には「ターミナルケアにおける確認事項」で再度話し合っている。看取り期の方は訪問診療医と連携し、ホームで状態観察を行い、兆候を見逃さないようにしている。	
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	定期的に消防署の協力を得て、救急救命の講習会を行いAEDの使用方法や心臓マッサージの知識習得、急変時や万が一怪我などに対応ができるようにしている。		
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	非常用の備品・食料を準備している。自主訓練は毎月実施しており、年2回総合防災訓練(地域の住民も参加)は夜間を想定して消防署の職員の立会いの下で行っている。	毎月の自主訓練は、新人職員中心に行動や避難経路を確認している。地域住民には誘導係をお願いしている。消防署の指導で1次避難場所を変更した。署員から通報機器の説明や誤作動時の対応を学んだ。	

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	さりげなくトイレ誘導をしたり、入浴時、下着の着脱時に配慮したり、その人の行動や気持ち、自尊心を傷つけないような声掛け対応を心掛け、職員本位の対応にならないよう配慮している。思いやりと笑顔があふれる温かい環境作りを大切に支援に努めている。	居室のドアは好みで開閉している。開いている場合も「着替えを取りに来ました、入って良いですか」等、必ず声を掛けている。関わる際は、主旨を説明しケアしている。声がけで良かった例は共有している。	
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	外出時の食事メニューなど出来るだけ本人に決めて頂くようにしている。又、選択肢を複数用意して選べるようにしている。その人のペースに合わせてどのように過ごしたいかを聞きながら支援を心掛け、個別支援を積極的に取り組んでいる。		
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	在宅時での生活を考慮しながら個人の生活ペースを優先とし無理なく生活を送って頂けるよう対応している。利用者様がしたいことを言って頂ける関係や環境ができてはいるが、状況やそのときの職員状況で必ず要望・希望の通りに対応できないときもあり、時間をずらして対応したり、別な日に対応することもある。		
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	定期的に散髪等が出来るように訪問理容を活用している。服装については、季節毎のものを準備し、着用して頂いている。外出時や行事にはお化粧やおしゃれができるようにお手伝いしている		
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	利用者様の嗜好や季節の物に合わせて献立を立てている。週に1回希望食を取り入れている。又、身体状態や疾患に合わせて個別に対応することもできる。職員は利用者様と共に食卓を囲み、同じ食事をとっている。食事の下準備や後片付けはご本人の状態や能力に応じてお手伝いを頂いている。	献立は全職員が当番で作成し、管理者が確認している。他施設の情報や、献立が重ならないように、「金曜日は希望食」の日で入居者と相談して決める。年始は特別メニューを組んでいる。	
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	医師の指示がある利用者には、栄養指導のもとに食事を提供している。利用者の食事・水分の摂取状況を記録し、水分が不足がちな利用者にはこまめに提供し脱水防止に努めている。又、夏場は個人のペットボトルを用意し、午前・午後提供している。自由に水分補給できるように工夫をしている。		
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、口腔状態や能力に応じたケアを実施している。夕食後は毎日入れ歯洗浄・消毒の実施もしている。		

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	個別排泄表を活用し、排泄チェックを行い、個々の排泄パターンを把握し、そのパターンや兆候に合わせてさりげなく声をかけ誘導を行うことで、出来る限り失敗を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。	家族はオムツ使用を容認するが自立に向けて支援している。夜間は急ぐ事で転倒の危険があり、早めに案内している。退院時オムツだったが、声かけをしながら段階的に支援することで布パンツになった。	
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	便秘予防として、乳製品を取り入れたり、マッサージ、散歩なども取り入れている。食物繊維の多い食品や水分補給も心がけている。便秘時には漢方のお茶を提供して、排便を促すこともある。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	希望があれば毎日入浴が可能である。季節を感じるゆず湯や菖蒲湯、入浴剤などを利用し入浴を楽しんで頂けるよう支援している。入浴を拒む方には、声掛けを工夫したりタイミングを見計らい、気持ちよく入浴できるように支援している。	毎日14時から16時まで入浴できる。家族より入浴しないと夜中に起きるとの情報があり、毎日入浴する方もいる。終末期の方は2名の介助で入浴し、満足の表情を浮かべている。重度者用の機械浴槽がある。	
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	生活習慣に応じ休まれる時間も違う為に本人の生活スタイルを取り入れ消灯時間を設けないこととしている。眠れない時は温かい飲み物の提供や、職員との会話で安心して休まれるよう努めている。		
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	薬については各自処方箋などで随時確認。誤薬や飲み忘れ防止の為、マニュアルに沿って毎回与薬時に日付と名前を確認し読み上げながら手渡ししている。手渡しの方には服用まで確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食後の片付けや清掃、畑仕事や草取りなど利用者の残存能力を活かした役割を支援している。その他、裁縫や生け花など得意な能力を活かしたり、外出好きな方のために外出支援も行っている。		
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	天気の良い日は中庭でお茶飲みをしたり、野菜の収穫なども行い外気に触れる機会を大事にしている。又、買い物、外食、お祭り見学など利用者様の一人ひとりの希望に添って、積極的に外出支援をしている。家族との外出や墓参りなど特別な外出支援も柔軟に対応している。	1対1での個別外出支援に取り組んでいる。本人からの申し出や気分転換を兼ねて、歩行困難な方は車いすや手引き歩行等で外出している。3年連続で狛鼻溪で舟を貸し切り、弁当持参で出かけている。	

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
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	自分で管理出来る利用者は各自財布を所持しており、買い物時には手持ちの財布から支払いするなどしている。		
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	ご家族様了解のもと本人訴え時はお電話にてお話頂いている他、遠方の家族様で面会などにあまり見えない家族様にはスタッフが仲介に入り、電話を行い本人とお話頂いたりしている。		
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	季節に合わせた飾りつけを利用者様と一緒にを行い四季を感じて頂けるようにしている。日差しや照明はもちろんのこと、換気にも気をつけて臭気がよどまないようにしている。日に数回温度、湿度の記録を行いながら管理して適温を心掛けている。施設内外に季節の花を飾ったり、畑が見える事で季節が感じられている。	入居者と共に季節毎の飾り付けを作成している。全員が外出するタイミングでワックス掛けをしている。「環境整備の日」をもうけ、清掃担当業務員を中心に職員が持ち場を決めて清掃している。	
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	ソファに気の合った利用者同士が集まり、音楽を聴いたりしてくつろげる場所がある。また、心地よい季節にはウッドデッキに椅子等を置き過ごしてもらえるスペース作りを行っている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた筆筒、好みの椅子、テレビ、携帯電話など、自宅で使用していたものを持ちこみ安心できるスペースや環境づくりに取り組んでいる。また、愛着のある手作り作品や写真などを飾って本人らしく落ち着いて過ごせるよう配慮をしている。	お花の先生をしていた方の居室は花、本が好きな方は本等、一人ひとりの個性に合わせている。家族が本人のこれまでの人生を書いた年表が貼られた部屋もある。室温は生活に合わせて調整している。	
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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないように自立した生活ができるように配慮している。		

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	0471200394		
法人名	有限会社 さくら		
事業所名	グループホーム さくら	ユニット名	B 棟
所在地	宮城県登米市南方町鶴の木146-3・147-3		
自己評価作成日	平成30年11月20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.kaijokensaku.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30年12月12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)】

職員は、一人ひとりの笑顔と想い、その人なりの生活スタイルを大切に支えていけるように、気持ちを一つにしてケアに努めている。施設全体で研修に取り組み外部から講師を招いて全職員が学ぶ機会を多くし、スキルアップに努めている。本人だけでなく、家族とも関わりを多く持ち、ニーズや意向を汲み取るように努めている。散歩や買い物、外食などを一緒に楽しんだり個別支援を積極的に取り組んでいる。施設の畑では、季節に応じた野菜を作り、収穫する喜びや懐かしさを感じて頂いている。重度化や終末期を迎えても家族の協力、地域の医療と連携しながら終の棲家として安心した生活が送れるように取り組んでいる。又、地域の人脈や資源を活用しながら、地域に知られ開けた事業所を目指して、オレンジカフェの開催などを通して、地域との交流を深め、つながりを大事にしている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームの近隣には、かかりつけ医や入居者が散歩がてら買い物に利用する店舗がある。開設15年のホームは担当職員を中心に館内、敷地共に細部まで気持ちの良い環境を作っている。入居時に「面会と行事への参加」という法人方針を入居者家族に伝え理解してもらっている。年間行事予定表を渡し、遠方の家族も秋祭り等に参加して貰っている。法人理念、施設理念の「その人らしく」をモットーにしているホームは管理者、チーフ、職員が一丸となって入居者が何を考え思いを巡らしているかを模索しながら支援している。職員は「入居者から行事や外出が楽しいと聞くと、自分も楽しくなる」と話している。

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

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームさくら

)「ユニット名 B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	理念を意識しながら実践に当たっている。年度初めに全職員から目標を募り、統一したケアに取り組んでいる。また、毎月の目標も設けており、会議や研修等で再確認し行動の指針として日々のケアを振り返りながら共有と実践に努めている。	理念を元に本年度の目標を決めている。毎月25日前後に棟ミーティングを行い、次月の目標も作成している。振り返りや「インフルエンザ流行」等季節にあった目標を棟の全職員で検討し、目標としている。	
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	町内会に加入。地区の敬老会や保育園の夕涼み会等に参加し交流する機会を大切にしている。又、保育園児との芋掘り交流会や近隣、老人会、婦人会に呼び掛け参加して頂いている夏祭りに秋祭り、そして、オレンジカフェの開催などを通して交流を深め、つながりを大事にしている。	踊りやハーモニカ等のボランティアがホームの行事にくる。保育園に案内状を出し、園児とホームの中庭で行う芋掘りは入居者の大きな楽しみになっている。「園児とふれあうときの笑顔が違う」と職員が話している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の区長の協力を得ながらオレンジカフェを開催しており、認知症についての正しい知識の普及、実体の共有を図ることにより、認知症の人や家族を支える地域のつながりが深められるよう取り組んでいる。施設見学や実習生の受け入れも積極的に行っている。		
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ヶ月に1度開催しており、昨年から駐在所の職員もメンバーに加わっている。参加者からの意見や提案等は現場で話し合ったり、記録して会議などで協議し、サービスの向上に活かしている。会議録は全家族に配布している。	駐在所職員が参加し、地域の治安、交通安全、空き家の盗難等の情報があり、新たな気づきとなった。地域にどのような協力が出来るかとの話しで、地域包括職員からカフェ開催の意見があり実施した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	運営推進会議に市の担当者や包括支援センターの職員が毎回参加し情報やアドバイスを得ている。また地域の困難事例の受け入れの依頼や相談を行うなど良好な協力関係を築いている。	市職員より報告書を集計しやすい書式にする事や気づきシート記入のアドバイスを貰った。外国人採用や認知症、虐待等、職員に合った研修に参加し、内容は棟ミーティングで共有している。	
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	勉強会を実施している。身体拘束廃止委員会を立ち上げ、カンファレンスや運営推進会議などで身体拘束について話し合っている。職員は、人としての尊厳を大切にして身体拘束やスピーチロックをしないケアをしていくことを周知理解を深めるようにしている。	社内外の研修に参加し、行動・心理状態への介護技術を学び、共有している。「入居者所在不明時の職員対応訓練」を行い、連絡方法等確認している。管理者は「拘束から入居者を守らなければならない」と話している。	
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	認知症の研修へ職員を参加させ、認知症について理解をもたせ、事例集など活用し、職員全員で意見を出し合い、虐待について何が虐待にあたるかなど考える機会を設けている。		

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
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	権利擁護について定期的に勉強会を行い、日常生活自立支援事業や成年後見制度についての研修会があれば出席するようにしている。		
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	契約時には理念等も説明し、理解してもらえるよう丁寧に行っている。		
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	利用者様と日々の関わりの中から思いを聞き、意見や要望などは、申し送りノート、介護記録などを通してスタッフ間で情報共有しケアに反映させている。面会時やプランの提示時には必ず家族様の要望や希望を伺い、ご意見を頂戴し、運営に反映させている。	プラン作成時や行事に家族が参加しており、その時に意見を聞いている。冬場は皮膚が乾燥してくるのでクリームを付けて欲しいと持参したり、正月など家族と過ごす時は対応方法を伝えている。	
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	日々の業務の中や申し送り時、またカンファレンスで職員の提案や要望を聞き、協議をして運営に反映している。また、随時話し合う機会を設け、常に職員の提案や意見、悩みなどを聞き、業務や職場環境改善に努めている。	大型加湿器の買い換えやデッキ改修等、職員の意見が反映された。各棟で大掃除時の用具、花等の購入は、職員の裁量で自由に買える。2年に1回職員旅行があり、親睦を深めている。	
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	年に一度の面談の前に、各職員に自己評価をして頂き、管理者が確認を行う。そこで悩みや勤務状況など相談に乗り、全職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じてその人に最もふさわしい研修に参加させている。又、事業計画時にも職員間で話し合い、自分たちに必要な内部研修を上げてもらい実施していくようにしている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	実調時に心配なことや入居に関しての不安な点などについては時間をかけて説明している。本人とご家族様はもちろん、担当していたケアマネより情報収集を行い、ケアプランの作成により統一したケアを行うようにし、安心して頂ける関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	本人の話も含めて傾聴に心掛け、不安や要望を聞き取り安心感を持ってもらえる態度で接するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居の相談を受けた際は、ご家族様の介護力、ご本人の気持ちを確認しながら本人にとって一番最適なサービスをご家族、ご本人と一緒に考えるようにしている。又、他の事業所の情報もご家族に提示しながら相談に乗っている。		
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	日常的な家事手伝いをして頂いたり(食器拭き、洗濯物畳み、新聞紙畳み、買い物等)することで生活の一部を役割として担って頂いている。職員は入所者様に常に感謝の言葉を伝えている。本人と職員共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
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	月に1度「ご家族様への報告書」と「さくらだより」をご家族様へ送付している。本人の生活状況などを報告し、情報の共有を図っている。面会時にはご本人との時間を大切にもらい、少しの時間同席し一緒に話をし、ご家族様と職員もお互いに相談し合える関係作りを心掛けている。		
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	可能な限り、外出や面会などして頂くよう協力を求めている。ご家族様の協力を得て馴染みの眼鏡店や床屋さん、補聴器の調整に出掛けたりして、馴染みの人や場所との関係が途切れないような支援に取り組んでいる。	入居当初は24時間シートを活用し、職員は声かけを多くし関わりを深く持っている。「ありがとう」等の声かけでホームでの居場所を作っている。家族の情報で寺の御開帳に行ったり美容院に行ったりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者間の関係や性格を把握し、利用者同士が居心地のいい関係でいられるよう会話の間に入ったり、作業をする際はその人に合わせられるよう心掛け、楽しく作業して過ごせるように支援している。又、良い関係が保てるように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了後も相談して頂ける環境整備に努めている。入院先にお見舞いに行ったり、何らかの問い合わせや相談時には対応している。亡くなった方のお宅へ出向き、お焼香をしている。		
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	文字や物を使ってのコミュニケーションも積極的に採り入れ、思いや希望、意向の把握に努めている。思いの表出の少ない方は、身振りやうなづき、表情から把握したり家族から話を聞いたりして本人本位に検討して、一人ひとりの思いに寄り添う支援に努めている。	耳が遠い方との会話は、文字カードを使うことにより意思疎通ができ入居者は安心して居る。家が心配なのという思いに応えたり、家族からアイスが食べたいと聞いて食べに行ったり要望に応えている。	
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	入所時には生活歴の聞き取りをしている。又、随時面会時には昔の生活の様子や生活の特徴などもご家族様に聞いて参考にしている。以前の生活スタイルの継続、出来る限り今までの生活に近づけるように一人ひとりの思いを汲みながら対応している。		
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	お一人お一人の生活のペースに合わせて過ごして頂けるように配慮し心身の状態を職員間で申し送り共有している。又、ケース記録にて日々の様子や変化に対する気づきを記入し、見落としが無いように工夫している。		
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	毎月にモニタリングを行い、3ヶ月ごとに介護計画の見直し、状態が変化した時は随時見直しを行っている。本人、家族、医師や看護など関係者と話し合い、意向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。介護計画はご家族に提示し同意を得て写しを渡している。	担当職員を中心に全職員が参加し作成している。带状疱疹後、痛みを訴える方の緩和には医師の助言で冷やす事を組み込んだ。ティッシュを箱ごと持ち帰る方には、プランに使う分だけ手渡しすることを入れた。	
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	日々の様子はその都度、ケース記録に記入し、特記事項があれば、申し送りノートにも記入し、情報を共有し実践、介護計画の見直しに活かしている。		
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	その時々々のニーズや課題に合わせた機能を取り入れADL低下防止に努め安心して生活していけるように努めている。		

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	近隣のスーパーへの買い物同行や外出支援では近隣の飲食店や道の駅を活用している。保育園児や地元のボランティアの方に慰問に来て頂くなど交流を行うと共に、資源回収などにも協力をし地域との関わりも持つようにしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医は本人および家族様の希望となっているが、大半は施設の協力医がかかりつけ医となっている。受診はスタッフが同行し、適切な医療が受けられる様に情報伝達を行っている。受診結果を記録し、職員全員で共有を図り、ご家族様に報告している。状況に応じてご家族様が同行する場合もある。	本人、家族の希望で10名が協力医受診である。その他は訪問診療を受けている。通院は看護師が同行し、服薬管理等職員と連携を図っている。医師の指示により家族も付きそう。	
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	少しの変化でも施設看護師に相談を行い異変の早期発見に努めている。また、訪問看護ステーションの看護師にもすぐ連絡が取れる体制となっている。適切な対応が出来るようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合には、病院側に情報を提供している。入院中は定期的に医師やご家族と話し合いを持っている。目安として2週間目か、退院直前などに話し合いを重ねて早期に退院できるように努めている。又職員は洗濯物を取りに行った際には声を掛けるなど本人を励ましている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化する可能性がある場合や状況が変化した場合は早めに家族に報告し、その都度利用者や家族に説明している。看取りについては本人や家族に希望を再確認して同意を得ている。往診医や看護師、その他関係機関と話し合いながら、利用者様にとって最善の援助ができるように努め、可能な限り希望に添うよう支援している。勉強会も実施している。	入居時、「基本的な考え」の文書で説明し、必要時には「ターミナルケアにおける確認事項」で再度話し合っている。看取り期の方は訪問診療医と連携し、ホームで状態観察を行い、兆候を見逃さないようにしている。	
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	定期的に消防署の協力を得て、救急救命の講習会を行いAEDの使用方法や心臓マッサージの知識習得、急変時や万が一怪我などに対応ができるようにしている。		
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	非常用の備品・食料を準備している。自主訓練は毎月実施しており、年2回総合防災訓練(地域の住民も参加)は夜間を想定して消防署の職員の立会いの下で行っている。	毎月の自主訓練は、新人職員中心に行動や避難経路を確認している。地域住民には誘導係をお願いしている。消防署の指導で1次避難場所を変更した。署員から通報機器の説明や誤作動時の対応を学んだ。	

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	さりげなくトイレ誘導をしたり、入浴時、下着の着脱時に配慮したり、その人の行動や気持ち、自尊心を傷つけないような声掛け対応を心掛け、職員本位の対応にならないよう配慮している。思いやりと笑顔があふれる温かい環境作りを大切に支援に努めている。	居室のドアは好みで開閉している。開いている場合も「着替えを取りに来ました、入って良いですか」等、必ず声を掛けている。関わる際は、主旨を説明しケアしている。声がけで良かった例は共有している。	
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	外出時の食事メニューなど出来るだけ本人に決めて頂くようにしている。又、選択肢を複数用意して選べるようにしている。その人のペースに合わせてどのように過ごしたいかを聞きながら支援を心掛け、個別支援を積極的に取り組んでいる。		
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	在宅時での生活を考慮しながら個人の生活ペースを優先とし無理なく生活を送って頂けるよう対応している。利用者様がしたいことを言ってもらえる関係や環境ができてはいるが、状況やそのときの職員状況で必ず要望・希望の通りに対応できないときもあり、時間をずらして対応したり、別な日に対応することもある。		
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	定期的に散髪等が出来るように訪問理容を活用している。服装については、季節毎のものを準備し、着用して頂いている。外出時や行事にはお化粧品やおしゃれができるようにお手伝いしている		
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	利用者様の嗜好や季節の物に合わせて献立を立てている。週に1回希望食を取り入れている。又、身体状態や疾患に合わせて個別に対応することもできる。職員は利用者様と共に食卓を囲み、同じ食事をとっている。食事の下準備や後片付けはご本人の状態や能力に応じてお手伝いを頂いている。	献立は全職員が当番で作成し、管理者が確認している。他施設の情報や、献立が重ならないように、「金曜日は希望食」の日で入居者と相談して決める。年始は特別メニューを組んでいる。	
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	医師の指示がある利用者には、栄養指導のもとに食事を提供している。利用者の食事・水分の摂取状況を記録し、水分が不足がちな利用者にはこまめに提供し脱水防止に努めている。又、夏場は個人のペットボトルを用意し、午前・午後提供している。自由に水分補給できるように工夫をしている。		
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、口腔状態や能力に応じたケアを実施している。夕食後は毎日入れ歯洗浄・消毒の実施もしている。		

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	個別排泄表を活用し、排泄チェックを行い、個々の排泄パターンを把握し、そのパターンや兆候に合わせてさりげなく声をかけ誘導を行うことで、出来る限り失敗を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。	家族はオムツ使用を容認するが自立に向けて支援している。夜間は急ぐ事で転倒の危険があり、早めに案内している。退院時オムツだったが、声かけをしながら段階的に支援することで布パンツになった。	
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	便秘予防として、乳製品を取り入れたり、マッサージ、散歩なども取り入れている。食物繊維の多い食品や水分補給も心がけている。便秘時には漢方のお茶を提供して、排便を促すこともある。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	希望があれば毎日入浴が可能である。季節を感じるゆず湯や菖蒲湯、入浴剤などを利用し入浴を楽しんで頂けるよう支援している。入浴を拒む方には、声掛けを工夫したりタイミングを見計らい、気持ちよく入浴できるように支援している。	毎日14時から16時まで入浴できる。家族より入浴しないと夜中に起きるとの情報があり、毎日入浴する方もいる。終末期の方は2名の介助で入浴し、満足の表情を浮かべている。重度者用の機械浴槽がある。	
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	生活習慣に応じ休まれる時間も違う為に本人の生活スタイルを取り入れ消灯時間を設けないこととしている。眠れない時は温かい飲み物の提供や、職員との会話で安心して休まれるよう努めている。		
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	薬については各自処方箋などで随時確認。誤薬や飲み忘れ防止の為、マニュアルに沿って毎回与薬時に日付と名前を確認し読み上げながら手渡ししている。手渡しの方には服用まで確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食後の片付けや清掃、畑仕事や草取りなど利用者の残存能力を活かした役割を支援している。その他、裁縫や生け花など得意な能力を活かしたり、外出好きな方のために外出支援も行っている。		
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	天気の良い日は中庭でお茶飲みをしたり、野菜の収穫なども行い外気に触れる機会を大事にしている。又、買い物、外食、お祭り見学など利用者様の一人ひとりの希望に添って、積極的に外出支援をしている。家族との外出や墓参りなど特別な外出支援も柔軟に対応している。	1対1での個別外出支援に取り組んでいる。本人からの申し出や気分転換を兼ねて、歩行困難な方は車いすや手引き歩行等で外出している。3年連続で狛鼻溪で舟を貸し切り、弁当持参で出かけている。	

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
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	自分で管理出来る利用者は各自財布を所持しており、買い物時には手持ちの財布から支払いするなどしている。		
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	ご家族様了解のもと本人訴え時はお電話にてお話頂いている他、遠方の家族様で面会などにあまり見えない家族様にはスタッフが仲介に入り、電話を行い本人とお話頂いたりしている。		
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	季節に合わせた飾りつけを利用者様と一緒にを行い四季を感じて頂けるようにしている。日差しや照明はもちろんのこと、換気にも気をつけて臭気がよどまないようにしている。日に数回温度、湿度の記録を行いながら管理して適温を心掛けている。施設内外に季節の花を飾ったり、畑が見える事で季節が感じられている。	入居者と共に季節毎の飾り付けを作成している。全員が外出するタイミングでワックス掛けをしている。「環境整備の日」をもうけ、清掃担当業務員を中心に職員が持ち場を決めて清掃している。	
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	ソファに気の合った利用者同士が集まり、音楽を聴いたりしてくつろげる場所がある。また、心地よい季節にはウッドデッキに椅子等を置き過ごしてもらえるスペース作りを行っている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた筆筒、好みの椅子、テレビ、携帯電話など、自宅で使用していたものを持ちこみ安心できるスペースや環境づくりに取り組んでいる。また、愛着のある手作り作品や写真などを飾って本人らしく落ち着いて過ごせるよう配慮をしている。	お花の先生をしていた方の居室は花、本が好きな方は本等、一人ひとりの個性に合わせている。家族が本人のこれまでの人生を書いた年表が貼られた部屋もある。室温は生活に合わせて調整している。	
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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないように自立した生活ができるように配慮している。		