

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	0472700590		
法人名	(株)ドリームライト		
事業所名	グループホーム ドリームライト ひかりの里		
所在地	宮城県黒川郡富谷町成田8-4-10		
自己評価作成日	平成25年7月4日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/04/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosvoCd=0472700590-00&PrefCd=04&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成25年8月30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)】

職員スキルアップ計画により、特に緊急時においてシームレスな医療連携体制を実践しています。その結果、利用者が状態不良のときでも速やかに看護師に連絡を取ってかかりつけ医の指示を得ることで、状態の回復が顕著に現れています。また、利用者様のターミナル期に本人、ご家族と職員のコミュニケーションの時間(ご家族、職員と相互のグリーフケア)を特に優先し、その環境の中で利用者様の安らぎを出来るだけ提供できるよう努めています。ひかりの里の職員に対してもターミナルケアについて意見を交わせる時間を毎朝30分の送りの時間内で設けています。その利用者様の人生観を受け入れてこそ、その方のターミナルケアが実現できるという職員の思いを結集して日々取り組んでいます。2ヶ月毎に開催している地域運営推進会議の議題にも「グループホームが取り組むターミナルケア」について、地域の方々と活発な意見を出し合っており、応援していただいています。

【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)】

富谷町東南部にある住宅団地成田地区に2005年に開設され、デイサービスとショートステイも併設されている。法人は富谷町の特定高齢者介護予防事業「クリニカルアート」を受託し、介護予防事業も併せた取り組みを展開している。事業所は「絆」「ありのままを受容しよう」を理念に掲げ、利用者本位の介護に向け管理者をはじめ全職員が前向きに取り組んでいる。その中で、今期は「看取りに関する指針」をもとに、終末期のあるべき介護の実践をテーマに、家族との関係作り、職員のスキルアップ、メンタルヘルス等によるモチベーション向上、医療との連携体制強化に取り組み、本人・家族からのニーズに適切に対応し満足が得られる介護サービスの実践を目指している。課題を明確にし具体化しようとする前向きな介護への実践努力がうかがえた。

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

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

自己評価および外部評価結果（事業所名グループホームドリームライトひかりの里）「ユニット名こもれび」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ありのままを受容し自然や地域社会との絆を大切に作るホーム独自の理念があります。毎月のユニット会議や全体会議で理念を踏まえたケアの振り返りを実践報告会と称し全職員で共有しています。	一人ひとりの生活レベルに添ったケアをめざし、ミーティングや引継ぎなどで理念を背景に確認、実践を行っている。地域とは町内会を軸に関係作りを進め地域行事などへの参加を通して理解を深めてもらう取組みを進めている。	
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	1年前から毎月行われる成田町内会高齢者サロンに施設から数名参加しています。町内会のサポーターからも気軽に声をかけられて喜ばれる利用者の姿が増えています。	毎月、町が主催する高齢者サロンや地域行事へ参加し、交流が進んでいる。傾聴ボランティアや高校生の介護実践研修受け入れなど、利用者との交流や施設の理解を深める取組みをしている。	
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	毎月来て頂いている音楽療法や傾聴ボランティアの方々に認知症の周辺症状を説明し理解された上で実践して頂いています。そうすることにより認知症の理解を超えてその利用者様と回を重ねる毎に仲良くなっていかれます。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	会議は2カ月に一回のペースで開催され、家族代表、民生委員、富谷町の包括支援センター職員が参加しています。直近のテーマは、「看取り」として現在実践しているホームでの取り組みを紹介しながら、施設の問題を皆さんと共有し、解決に向けて意見交換をしています。	会議は家族代表、民生委員、町内会長、地域包括職員の参加で偶数月に開催している。看取りをテーマに学習と意見交換を行った。その他災害対策をテーマにした意見交換も行っている。	
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	居宅やデイサービスを併設している為、総合的に役場直近の包括との関わりを継続しています。その中で、町からのグループホーム入所希望者の情報を随時取り交わして、入所された方がいます。	日常的に町の包括支援センターと連携を図っている。町が開催した「地域フォーラム」に管理者がパネラーとして参加し、また、高齢者サロンに会場提供や職員派遣も行うなど連携が図られている。	
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	職員は身体拘束の弊害のついて理解し、日中の玄関の施錠は行っていません。無断外出の恐れのある入居者に職員が見守りの上、外出の機会を多く持てるようにするなどの対応をとっています。近隣の方々（ヤマザワのレジ係、民生委員）との日常的な関わりを通して地域から協力を得られる関係づくりにも取り組んでいます。	夜間施錠は20時半から6時とし昼間は施錠していません。外出傾向を把握し、様子を見ながら寄り添うケアを行っている。職員は身体拘束や虐待防止の学習を行い、ケース検討も行い拘束の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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	富谷町主催の虐待防止連絡協議会から学んだ内容を全体会議で連絡し、各ユニットごと介護の点検をおこないながら、職員に虐待に関する知識を定着させて相互に確認しあう雰囲気になっている。		

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	成年後見制度は現在1名の方が利用されています。後見人(弁護士)との連携にて、利用者の情報共有に努め、コミュニケーションを図っています。		
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	直近の入所では、町の保健師やケアマネジャーの協力して、ご本人の入所の必要性を説明し、なるべくご家族の心配や負担がないよう、契約時の説明で理解できなかった内容や、時間が経過しても契約に関する問い合わせに応じる旨を説明し納得して頂いている。		
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	看取りの実践を例に、ご家族からの意見を先生に気軽に話せる環境づくりをし、治療方針に敏感に対応することで、ご本人のその時の安楽をタイムリーに提供していくことが出来ています。	家族が誕生会、ホーム行事などで来所時に、利用者の日常生活を伝え運営に関する意見を聞いている。来所できない家族には電話等で要望を聞いている。外部評価の家族アンケートに要望の自由記述が多い。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	感染対策委員会を定期で開催し、具体的な感染予防対策について、委員で話し合われる。決議内容は、会社の取り組みとして全員に周知できる仕組みをとっている。	全体会議、主任者会議、幹部会議等があり、職員が意見や提案を聞く機会とし、それを検討する場が確立している。感染症の対応を検討する感染対策委員会、快適な暮らしを企画する装飾委員会を、併設事業所の職員と共に運営し、取り組み方針を決定し全事業所で実行している。	
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	年2回(6月、11月)考課測定的面談を全員実施している。その中で、各個人の評価を明確にし、その際に、目標達成度合いに応じて、賞与査定していく制度をとっている。		
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	職員のレベルに応じて、鹿島台の介護研修センターで行われる(認知症実践者研修等)に参加を申し込んで、学んでもらいながら知識を広めていくことを進めている。また、職員レベルに応じた介護福祉士受験支援制度を設けて、スキルアップを促している。		
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	定期的にGH協議会に参加しています。他施設との情報共有、他施設の見学を実施して、自施設との違いを確認し、良いところを学ぶ機会を設けています。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所段階での孤立を防ぐために、本人の生活や生き立ち、家族環境等をスタッフが時間をかけてマンツーマンで学んでいくようになっています。具体的には、管理者も傾聴者の一員となって参加しユニットとの情報を共有している。		
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	おひとりお一人の様子をご家族へおたより定期(月1回郵送)不定期(面会時、絆ノートでの連絡)を実施し、その都度ご家族とのコミュニケーションを図っている。		
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	認知症の進行により独居をサポートし続けていたご家族に対し、町の保健婦やケアマネジャーと協力して、在宅サービスをなんとか継続しつつも施設入所の支援を各担当が見極め、全員の合意に行き着くことが出来た。		
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	認知症の進行から自分でできることが少なくなってきたとしても、職員と2人でできることに安心を覚えていく様子がユニットに出てきています。		
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	施設の行事にご家族を積極的に参加を促し、ご家族と協力しながら、おいしいものを食べられて本人が笑顔になる様子を確認しあっています。		
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	地域交流で町内会の高齢者サロンに毎月参加していく間になじみの関係づくりが生まれました。これは、施設入所から始まった関係づくりですが、在宅からのなじみの関係も継続しようとする気持ちがあっても、相手は、施設入所が決まったと聞くと関わりを途絶えてしまうと家族から聞いています。	併設されているデイサービスの利用者との交流、高齢者サロンへの参加に、職員が同行して地域の人との関係づくりへの支援を行っている。理美容院、墓参り、デパート、証券会社など馴染みの場所への同行支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	新しく入所された方には、特に関係づくりとして席の配置や家事参加の配慮など、他利用者と同関わりやすくしていく支援を実践しています。		

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	昨年まで継続して関わらせて頂いた方もお亡くなりになられて現在は実践できていませんが、今後とも理念を実践できるよう努めていきます。		
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	日ごろの会話や様子から入居者の思いや意向を把握すること(情報収集シートにまとめる)に努め、これまでの生活や家族からの話しも考慮しながら、1人ひとりが望んでおられるケアに取り組んでいます。	フェイスシート、生活歴や家族の情報や日々の生活を記録する情報収集ノートなどを用いて、一人ひとりの意向をつかみ思いの実現に向けた支援に取り組んでいる。	
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	新しく入所された方には、今まで関わりがあったケアマネからのフェイスシートを参考にして、ご本人が安心して過ごしていただくための施設プランを作成して取り組んでいます。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入所後約1ヶ月程度の暫定プランからその後新たに情報として収集した生活内容をプランに乗せながらケアに生かしています。その際、ご家族と担当職員、施設ケアマネとで担当者会議を開き、本プランの確認をしてから、実施していくようにしています。		
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	入所後約1ヶ月程度の暫定プランからその後新たに情報として収集した生活内容をプランに乗せながらケアに生かしています。その際、ご家族と担当職員、施設ケアマネとで担当者会議を開き、本プランの確認をしてから、実施していくようにしています。その後、3か月毎にご家族とご本人からヒヤリングを行い、プランの適正に努めています。	毎月のモニタリングを基本に利用者・家族・医師・職員の意見を反映させ、3ヶ月毎にケアプランの見直しを行っている。状況の変化がある場合は途中でも変更を行い適切なケアを行っている。	
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	朝の申し送りから夜勤者へ滞りないように「利用者チェック表」で連絡、「利用者ケース記録」にさらに詳しくケア内容を記録しチームの情報共有を保たせて、その日の気づきをケアに活かし切るようにしています。医療連携にも役立たせていながら、利用者の必要なケアを発見し、管理者、主任を中心とした情報発信できるようにしています。		
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、その時々にも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	以前にデイサービスを利用されていた方も認知症の進行で生活内の孤立が目立ち意欲が持てない時間が多くなった。その際、以前通われていたデイに顔を出して昔のなじみと輪になると途端に笑顔が戻り、会話を楽しまれる姿がありました。(併設の強み)		

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	ヤマザワやパチンコ屋、古本屋の店員とのなじみの関係性や町内会高齢者サロンのサポーターとの月一回の関わりなどを通して、地域で利用者をサポートできるネットワークづくりを構築しています。		
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	健康維持としての定期受診からターミナル期の一貫して同じ先生との関わりを通して、本人や家族、スタッフとの絆が生まれ、いざという時も、先生からの指示が的確にあり、職員も連携しやすいことで、利用者様の体調不良時を軽減させていくことが出来ている。	希望するかかりつけ医で、受診は家族が付き添っているが、必要に応じて職員が付き添うこともある。週1回訪問看護と理事長(医師)が健康管理に努めている。終末期介護も見据え、医師、家族、職員との連携を強め、体制を備えている。	
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	特に日々の食事摂取や排便の様子を毎週木曜日の訪問看護スタッフに連絡が出来、適宜対応をさせて頂いています。また血糖値の採血指示を先生から受け、訪看スタッフが実施をしています。		
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。	施設との協力病院として、受診の際、情報がシームレスに先生に届き、速やかな治療を実施することで苦痛を緩和、治療していくように医療協力指定病院をつくり、関係を結んでいます。		
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	重度化や終末期の対応について入居時に説明を行います。状況の変化に応じて繰り返しの話し合いを行い、段階的な合意に努めています。ホームでの看取りが可能であり、入居者の同意を得て24時間対応可能な看護師へのオンコール体制で支援しています。	入居時に「看取りに関する指針」を説明し同意を得ている。終末期を迎えた利用者家族には、医療看護体制なども含めた終末期介護の説明をし、安心してもらえるように努めている。	
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	黒川消防署の協力を得て、定期的に救急救命の講習をスタッフの研修として受けさせています。		
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	3.11の震災以降の地域運営推進会議での震災に対する話し合いの中で、改めて住民との助け合いを確認し、町内会での自主的な活動(安否確認シートに活用方法)を確立している。そこで、周辺住民や民生委員との連絡網を確認し、施設が地域の中で孤立を防ぐ体制にしている。	近隣住民や町内会、民生委員などとの連絡網の整備や運営推進会議での災害・減災対策の検討を行っている。年2回の夜間想定訓練以外にも自主的に訓練を実施する。地域との関係構築に取り組んでいる。防火設備の定期点検を行い災害用備蓄品も備えている。	避難訓練への住民参加など施設と地域との関係をさらに充実できるように、現状の分析と今後の対策について検討を進められることを期待したい。

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
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	トイレ誘導時に声掛けする際の本人と周囲への配慮と、物事の進め方の違いを職員が理解し、対応することで、本人の安心した生活が守られています。	職員は一人ひとりの自尊心を損なうことの無いように気配りし、丁寧でやさしい支援に心掛けている。呼び名は本人の希望や家族の意見を取り入れている。	
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	利用者様との関わりの中でご本人との「間」の取り方に気を付けて職員が先走って会話をまとめないように本人本位で物事を進めています。		
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	起床時間をその方に合わせ、適宜声掛けをしながら1日の生活リズムを作っています。傾聴していく間に本人がやりたいことを確認できることもあり、出来る限り寄り添う時間を設けています。		
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	ご自分では、化粧をすることを忘れていても、手鏡と櫛を手渡すと、しっかり自分で整容し、口紅を渡すと上手に引くことが出来るようになって以来、継続しています。		
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	食事を楽しめるように、ユニット全員でカレー作りを企画しました。全員がそれぞれに役割を持ち、出来上がったカレーを皆さんが笑顔で食べられていました。	毎食の副食は配食業者から調達している。献立は配食業者の栄養士が作成している。配膳準備や後片付けに利用者も加わり、職員と一緒に食事を楽しんでいる。たまには利用者の希望で手作りの料理も楽しむこともある。	
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	朝の申し送り時に前日の利用者全員の食事摂取量、水分摂取量を把握している。その中で低下がみられる方に対して、体調面、環境面、精神面からの視点で改善できるよう取り組んでいる。		
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	口腔ケアについて、自力のできる所を確認しながら、一人ひとり日々毎食後実施しています。		

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	排泄チェック表を利用して入居者個別の排泄パターンを把握し、入居者の様子を観察しながら適切な個別誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。	支援の必要な利用者は素振りやチェック表などから排泄パターンを把握し、季節やその日の飲食状況の記録も参考に自立に向けた支援を行っている。ポータブルトイレも活用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	果物、牛乳、ヨーグルト等、日々欠かさず摂取して頂く中で、ご本人の適切な歩行訓練補助等、実施しながら便秘の予防に繋がっています。		
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	基本的に一日おきの入浴であるが、希望に応じて毎日入浴できるよう支援している。また、状態に応じてシャワー浴、足浴などを実施したり、入浴を拒む方についても、おひとりお一人の入浴支援と清潔の保持に努めています。	入浴は1日おきを基本にしているが、利用者の希望に応じ毎日入浴、午前入浴にも対応している。入浴拒否には、自尊心に配慮し本人の意思で入浴するように支援をしている。体調に応じシャワー、足浴、清拭など利用者の状況を見ながら清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	おひとりお一人の生活リズムを把握し、適宜、午睡を行っていきながら、昼夜逆転の予防にもつなげています。		
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	担当者は、かかりつけ医からの指示を受けながら、処方される薬の効果や副作用を確認して、服薬介助を行っています。また、服用後の経過観察を先生に上申していくようにしています。		
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	地域の花火大会にお連れした際、利用者様が率先して車いすを押してあげたり、洗濯物を干したり、本を読むことが好きな方には、スタッフと一緒に本屋で探すなどの支援をしています。		
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	近隣のスーパーや行きつけの店への外出支援や地域の交流行事など、個々の満足度を高めるよう支援しています。また、誕生日行事に、本人の行きたい所へ外出するなどの対応をしています。歩行が困難な入居者に対しては車や車いすを利用し、外出支援を行っています。	行きつけのスーパーやコンビニなどの買い物支援、誕生日や墓参りなど車椅子の利用者も楽しめる支援を行っている。ゴルフが得意であった利用者には男性職員が同行支援とコミュニケーションを図っている	

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
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	お金を持つことが大切なのかは疑問ですが、もの盗られ妄想が強い方に対しては、お金を今本人に持たせた方がいいかどうか本人の全体像を反映した本人のプランに基づいて判断しています。		
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	若年性認知症の方が電話で家族と会話しながら安心していける様子を確認したり、月に一回は2行程度の手紙を家族にしたためています。		
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	ホーム内は季節の飾り付けや、手づくりの作品等が配置され、家庭的で居心地のよい空間となっています。臭気や空気によみはなく、照明や室温は適度に保たれています。また、ホーム内では禁煙ですが、火の管理を行ったうえで、喫煙者の楽しみにも配慮しています。	食堂とリビングが一体で明るく、利用者の居心地に配慮したスペースとなっている。温度、湿度、換気等管理されている。壁や廊下には利用者が作ったちぎり絵、手作りカレンダー、クリニカルアートや嚙下効果にも役立つ馴染みの歌詞も貼ってある。	
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	創作作品などを製作するスペースや、ゆったりソファに座りながらの時間をもつスペースなどお互いがコミュニケーション出来る環境を整えながら支援しています。		
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	居室へは出来るだけ馴染みの品を持ち込んでもらおうと働きかけており、実際に入居者が愛用していた家具や装飾品等が持ち込まれ入居者様それぞれが居心地良く過ごすことが出来る空間作りに配慮しています。	今まで馴染んできた家具などの調度品や仏壇、家族写真等があり、それまでの生活が途切れないような部屋となっている。掃除などは利用者の状況に応じ職員が手伝っている。ナースコールも備えられ安全性も配慮されている。	
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	トイレに張り紙をして場所を示したり、空調管理に関しては個別の部屋のスイッチは、押すだけで適切な温度になる仕組みを整えています。		

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	0472700590		
法人名	(株)ドリームライト		
事業所名	グループホーム ドリームライト ひかりの里		
所在地	宮城県黒川郡富谷町成田8-4-10		
自己評価作成日	平成25年7月4日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/04/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyouCd=0472700590-00&PrefCd=04&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成25年8月30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)】

職員スキルアップ計画により、特に緊急時においてシームレスな医療連携体制を実践しています。その結果、利用者様が状態不良のときでも速やかに看護師に連絡を取ってかかりつけ医の指示を得ることで、状態の回復が顕著に現れています。また、利用者様のターミナル期に本人、ご家族と職員のコミュニケーションの時間(ご家族、職員と相互のグリーフケア)を特に優先し、その環境の中で利用者様の安らぎを出来るだけ提供できるよう努めています。ひかりの里の職員に対してもターミナルケアについて意見を交わせる時間を毎朝30分の送りの時間内で設けています。その利用者様の人生観を受け入れてこそ、その方のターミナルケアが実現できるという職員の思いを結集して日々取り組んでいます。2ヶ月毎に開催している地域運営推進会議の議題にも「グループホームが取り組むターミナルケア」について、地域の方々と活発な意見を出し合っており、応援いただいています。

【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)】

富谷町東南部にある住宅団地成田地区に2005年に開設され、デイサービスとショートステイも併設されている。法人は富谷町の特定高齢者介護予防事業「クリニカルアート」を受託し、介護予防事業も併せた取り組みを展開している。事業所は「絆」「ありのままを受容しよう」を理念に掲げ、利用者本位の介護に向け管理者をはじめ全職員が前向きに取り組んでいる。その中で、今期は「看取りに関する指針」をもとに、終末期のあるべき介護の実践をテーマに、家族との関係作り、職員のスキルアップ、メンタルヘルス等によるモチベーション向上、医療との連携体制強化に取り組み、本人・家族からのニーズに適切に対応し満足が得られる介護サービスの実践を目指している。課題を明確にし具体化しようとする前向きな介護への実践努力がうかがえた。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームひかりの里 ）「ユニット名 ひだまり」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況 次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営				
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ありのままを受容し自然や地域社会との絆を大切にホーム独自の理念があります。毎月のユニット会議や全体会議で理念を踏まえたケアの振り返りを実践報告会と称し全職員で共有しています。	一人ひとりの生活レベルに添ったケアをめざし、ミーティングや引継ぎなどで理念を背景に確認、実践を行っている。地域とは町内会を軸に関係作りを進め地域行事などへの参加を通して理解を深めてもらう取組みを進めている。
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	1年前から毎月行われる成田町内会高齢者サロンに施設から数名参加しています。町内会のサポーターからも気軽に声をかけられて喜ばれる利用者の姿が増えています。	毎月、町が主催する高齢者サロンや地域行事へ参加し、交流が進んでいる。傾聴ボランティアや高校生の介護実践研修受け入れなど、利用者との交流や施設の理解を深める取組みをしている。
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	毎月来て頂いている音楽療法や傾聴ボランティアの方々に認知症の周辺症状を説明し、理解された上で実践して頂いています。そうすることにより認知症の理解を超えてその利用者様と回を重ねる毎に仲良くなっていけます。	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議は2カ月に一回のペースで開催され、家族代表、民生委員、富谷町の包括支援センター職員が参加しています。直近のテーマは、「看取り」として現在実践しているホームでの取り組みを紹介しながら、施設の問題を皆さんと共有し、解決に向けて意見交換をしています。	会議は家族代表、民生委員、町内会長、地域包括職員の参加で偶数月に開催している。看取りをテーマに学習と意見交換を行った。その他災害対策をテーマにした意見交換も行っている。
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	居宅やデイサービスを併設している為、総合的に役場直近の包括との関わりを継続しています。その中で、町からのグループホーム入所希望者の情報を随時取り交わして、入所された方がいます。	日常的に町の包括支援センターと連携を図っている。町が開催した「地域フォーラム」に管理者がパネラーとして参加し、また、高齢者サロンに会場提供や職員派遣も行うなど連携が図られている。
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	職員は身体拘束の弊害のついて理解し、日中の玄関の施錠は行っていません。無断外出の恐れのある入居者に職員が見守りの上、外出の機会を多く持てるようにするなどの対応をとっています。近隣の方々（ヤマザワのレジ係、民生委員）との日常的な関わりを通して地域から協力を得られる関係づくりにも取り組んでいます。	夜間施錠は20時半から6時とし昼間は施錠していない。外出傾向を把握し、様子を見ながら寄り添うケアを行っている。職員は身体拘束や虐待防止の学習を行い、ケース検討も行き拘束の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	富谷町主催の虐待防止連絡協議会から学んだ内容を全体会議で連絡し、各ユニットごと介護の点検をおこないながら、職員に虐待に関する知識を定着させて相互に確認しあう雰囲気になっている。	

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	成年後見制度は現在1名の方が利用されています。後見人(弁護士)との連携にて、利用者の情報共有に努め、コミュニケーションを図っています。		
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	直近の入所では、町の保健師やケアマネジャーの協力して、ご本人の入所の必要性を説明し、なるべくご家族の心配や負担がないよう、契約時の説明で理解できなかった内容や、時間が経過しても契約に関する問い合わせに応じる旨を説明し納得して頂いている。		
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	看取りの実践を例に、ご家族からの意見を先生に気軽に話せる環境づくりをし、治療方針に敏感に対応することで、ご本人のその時の安楽をタイムリーに提供していくことが出来ています。	家族が誕生会、ホーム行事などで来所時に、利用者の日常生活を伝え運営に関する意見を聞いている。来所できない家族には電話等で要望を聞いている。外部評価の家族アンケートに要望の自由記述が多い。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	感染対策委員会を定期で開催し、具体的な感染予防対策について、委員で話し合われる。決議内容は、会社の取り組みとして全員に周知できる仕組みをとっている。	全体会議、主任者会議、幹部会議等があり、職員が意見や提案を聞く機会とし、それを検討する場が確立している。感染症の対応を検討する感染対策委員会、快適な暮らしを企画する装飾委員会を、併設事業所の職員と共に運営し、取り組み方針を決定し全事業所で実行している。	
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	年2回(6月、11月)考課測定の面談を全員実施している。その中で、各個人の評価を明確にし、その際に、目標達成度合いに応じて、賞与査定していく制度をとっている。		
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	職員のレベルに応じて、鹿島台の介護研修センターで行われる(認知症実践者研修等)に参加を申し込んで、学んでもらいながら知識を広めていくことを進めている。また、職員レベルに応じた介護福祉士受験支援制度を設けて、スキルアップを促している。		
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	定期的にGH協議会に参加しています。他施設との情報共有、他施設の見学を実施して、自施設との違いを確認し、良いところを学ぶ機会を設けています。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所段階での孤立を防ぐために、本人の生活や生き立ち、家族環境等をスタッフが時間をかけてマンツーマンで学んでいくようにしています。具体的には、管理者も傾聴者の一員となって参加しユニットとの情報を共有している。		
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	おひとりお一人の様子をご家族へおたより定期(月1回郵送)不定期(面会時、絆ノートでの連絡)を実施し、その都度ご家族とのコミュニケーションを図っている。		
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	認知症の進行により独居をサポートし続けていたご家族に対し、町の保健婦やケアマネジャーと協力して、在宅サービスをなんとか継続しつつも施設入所の支援を各担当が見極め、全員の合意に行き着くことが出来た。		
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	認知症の進行から自分でできることが少なくなってきても、職員と2人でできることに安心を覚えていく様子がユニットに出てきています。		
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	施設の行事にご家族を積極的に参加を促し、ご家族と協力しながら、おいしいものを食べられて本人が笑顔になる様子を確認しあっています。		
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	地域交流で町内会の高齢者サロンに毎月参加していく間になじみの関係づくりが生まれました。これは、施設入所から始まった関係づくりですが、在宅からのなじみの関係も継続しようとする気持ちがあっても、相手は、施設入所が決まったと聞くと関わりを途絶えてしまうと家族から聞いています。	併設されているデイサービスの利用者との交流、高齢者サロンへの参加に、職員が同行して地域の人との関係づくりへの支援を行っている。理美容院、墓参り、デパート、証券会社など馴染みの場所への同行支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	新しく入所された方には、特に関係づくりとして席の配置や家事参加の配慮など、他利用者に関わりやすくしていく支援を実践しています。		

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	昨年まで継続して関わらせて頂いた方もお亡くなりになられて現在は実践できていませんが、今後とも理念を実践できるよう努めていきます。		
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	日ごろの会話や様子から入居者の思いや意向を把握すること(情報収集シートにまとめる)に努め、これまでの生活や家族からの話しも考慮しながら、1人ひとりが望んでおられるケアに取り組んでいます。	フェイスシート、生活歴や家族の情報や日々の生活を記録する情報収集ノートなどを用いて、一人ひとりの意向をつかみ思いの実現に向けた支援に取り組んでいる。	
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	新しく入所された方には、今まで関わりがあったケアマネからのフェイスシートを参考にして、ご本人が安心して過ごしていただくための施設プランを作成して取り組んでいます。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入所後約1ヶ月程度の暫定プランからその後新たに情報として収集した生活内容をプランに乗せながらケアに生かしています。その際、ご家族と担当職員、施設ケアマネとで担当者会議を開き、本プランの確認をしてから、実施していくようにしています。		
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	入所後約1ヶ月程度の暫定プランからその後新たに情報として収集した生活内容をプランに乗せながらケアに生かしています。その際、ご家族と担当職員、施設ケアマネとで担当者会議を開き、本プランの確認をしてから、実施していくようにしています。その後、3か月毎にご家族とご本人からヒヤリングを行い、プランの適正に努めています。	毎月のモニタリングを基本に利用者・家族・医師・職員の意見を反映させ、3ヶ月毎にケアプランの見直しを行っている。状況の変化がある場合は途中でも変更を行い適切なケアを行っている。	
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	朝の申し送りから夜勤者へ滞りないように「利用者チェック表」で連絡、「利用者ケース記録」にさらに詳しくケア内容を記録しチームの情報共有を促して、その日の気づきをケアに活かし切るようにしています。医療連携にも役立させていながら、利用者の必要なケアを発見し、管理者、主任を中心とした情報発信できるようにしています。		
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	以前にデイサービスを利用されていた方も認知症の進行で生活内の孤立が目立ち意欲が持てない時間が多くなった。その際、以前通われていたデイに顔を出して昔なじみと輪になると途端に笑顔が戻り、会話を楽しまれる姿がありました。(併設の強み)		

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	ヤマザワやパチンコ屋、古本屋の店員とのなじみの関係性や町内会高齢者サロンのサポーターとの月一回の関わりなどを通して、地域で利用者をサポートできるネットワークづくりを構築しています。		
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	健康維持としての定期受診からターミナル期の一貫して同じ先生との関わりを通して、本人や家族、スタッフとの絆が生まれ、いざという時も、先生からの指示が的確にあり、職員も連携しやすいことで、利用者様の体調不良時を軽減させていくことが出来ている。	希望するかかりつけ医で、受診は家族が付き添っているが、必要に応じて職員が付き添うこともある。週1回訪問看護と理事長(医師)が健康管理に努めている。終末期介護も見据え、医師、家族、職員との連携を強め、体制を備えている。	
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	特に日々の食事摂取や排便の様子を毎週木曜日の訪問看護スタッフに連絡が出来、適宜対応をして頂いています。また血糖値の採血指示を先生から受け、訪看スタッフが実施をしています。		
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。	施設との協力病院として、受診の際、情報がシームレスに先生に届き、速やかな治療を実施することで苦痛を緩和、治療していくように医療協力指定病院をつくり、関係を結んでいます。		
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、事業所ですることが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	重度化や終末期の対応について入居時に説明を行います。状況の変化に応じて繰り返し話し合いを行い、段階的な合意に努めています。ホームでの看取りが可能であり、入居者の同意を得て24時間対応可能な看護師へのオンコール体制で支援しています。	入居時に「看取りに関する指針」を説明し同意を得ている。終末期を迎えた利用者家族には、医療看護体制なども含めた終末期介護の説明をし、安心してもらえるように努めている。	
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	黒川消防署の協力を得て、定期的に救急救命の講習をスタッフの研修として受けさせています。		
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	3.11の震災以降の地域運営推進会議での震災に対する話し合いの中で、改めて住民との助け合いを確認し、町内会での自主的な活動(安否確認シートに活用方法)を確立している。そこで、周辺住民や民生委員との連絡網を確認し、施設が地域の中で孤立を防ぐ体制にしている。	近隣住民や町内会、民生委員などとの連絡網の整備や運営推進会議での災害・減災対策の検討を行っている。年2回の夜間想定訓練以外にも自主的に訓練を実施する。地域との関係構築に取り組んでいる。防火設備の定期点検を行い災害用備蓄品も備えている。	避難訓練への住民参加など施設と地域との関係をさらに充実できるように、現状の分析と今後の対策について検討を進められることを期待したい。

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
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	トイレ誘導時に声掛けする際の本人と周囲への配慮と、物事の進め方の違いを職員が理解し、対応することで、本人の安心した生活が守られています。	職員は一人ひとりの自尊心を損なうことの無いように気配りし、丁寧でやさしい支援に心掛けている。呼び名は本人の希望や家族の意見を取り入れている。	
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	利用者様との関わりの中でご本人との「間」の取り方に気を付けて職員が先走って会話をまとめないように本人本位で物事を進めています。		
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	起床時間をその方に合わせ、適宜声掛けをしながら1日の生活リズムを作っています。傾聴していく間に本人がやりたいことを確認できることもあり、出来る限り寄り添う時間を設けています。		
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	ご自分では、化粧をすることを忘れていても、手鏡と櫛を手渡すと、しっかり自分で整容し、口紅を渡すと上手に引くことが出来ることが分かって以来、継続しています。		
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	食事を楽しめるように、ユニット全員でカレー作りを企画しました。全員がそれぞれに役割を持ち、出来上がったカレーを皆さんが笑顔で食べられていました。	毎食の副食は配食業者から調達している。献立は配食業者の栄養士が作成している。配膳準備や後片付けに利用者も加わり、職員と一緒に食事を楽しんでいる。たまには利用者の希望で手作りの料理も楽しむこともある。	
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	朝の申し送り時に前日の利用者全員の食事摂取量、水分摂取量を把握している。その中で低下がみられる方に対して、体調面、環境面、精神面からの視点で改善できるよう取り組んでいる。		
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	口腔ケアについて、自力でできる所を確認しながら、一人ひとり日々毎食後実施しています。		

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	排泄チェック表を利用して入居者個別の排泄パターンを把握し、入居者の様子を観察しながら適切な個別誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。	支援の必要な利用者は素振りやチェック表などから排泄パターンを把握し、季節やその日の飲食状況の記録も参考に自立に向けた支援を行っている。ポータブルトイレも活用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	果物、牛乳、ヨーグルト等、日々欠かさず摂取して頂く中で、ご本人の適切な歩行訓練補助等、実施しながら便秘の予防に繋がっています。		
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	基本的に一日おきの入浴であるが、希望に応じて毎日入浴できるよう支援している。また、状態に応じてシャワー浴、足浴などを実施したり、入浴を拒む方についても、おひとりお一人の入浴支援と清潔の保持に努めています。	入浴は1日おきを基本にしているが、利用者の希望に応じ毎日入浴、午前入浴にも対応している。入浴拒否には、自尊心に配慮し本人の意思で入浴するように支援をしている。体調に応じシャワー、足浴、清拭など利用者の状況を見ながら清潔保持に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	おひとりお一人の生活リズムを把握し、適宜、午睡を行っていきながら、昼夜逆転の予防にもつなげています。		
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	担当者は、かかりつけ医からの指示を受けながら、処方される薬の効果や副作用を確認して、服薬介助を行っています。また、服用後の経過観察を先生に上申していくようにしています。		
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	地域の花火大会にお連れした際、利用者様が率先して車いすを押してあげたり、洗濯物を干したり、本を読むことが好きな方には、スタッフと一緒に本屋で探すなどの支援をしています。		
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	近隣のスーパーや行きつけの店への外出支援や地域の交流行事など、個々の満足度を高めるよう支援しています。また、誕生日行事に、本人の行きたい所へ外出するなどの対応をしています。歩行が困難な入居者に対しては車や車いすを利用し、外出支援を行っています。	行きつけのスーパーやコンビニなどの買い物支援、誕生日や墓参りなど車椅子の利用者も楽しめる支援を行っている。ゴルフが得意であった利用者には男性職員が同行支援とコミュニケーションを図っている	

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
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	お金を持つことが大切なのかは疑問ですが、もの盗られ妄想が強い方に対しては、お金を今本人に持たせた方がいいかどうか本人の全体像を反映した本人のプランに基づいて判断しています。		
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	若年性認知症の方が電話で家族と会話しながら安心していける様子を確認したり、月に一回は2行程度の手紙を家族にしたためています。		
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	ホーム内は季節の飾り付けや、手づくりの作品等が配置され、家庭的で居心地のよい空間となっています。臭気や空気によどみはなく、照明や室温は適度に保たれています。また、ホーム内では禁煙ですが、火の管理を行ったうえで、喫煙者の楽しみにも配慮しています。	食堂とリビングが一体で明るく、利用者の居心地に配慮したスペースとなっている。温度、湿度、換気等管理されている。壁や廊下には利用者が作ったちぎり絵、手作りカレンダー、クリニカルアートや嚙下効果にも役立つ馴染みの歌詞も貼ってある。	
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	創作作品などを製作するスペースや、ゆったりソファに座りながらの時間をもつスペースなどお互いがコミュニケーション出来る環境を整えながら支援しています。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室へは出来るだけ馴染みの品を持ち込んでもらおうと働きかけており、実際に入居者が愛用していた家具や装飾品等が持ち込まれ入居者様それぞれが居心地良く過ごすことが出来る空間作りに配慮しています。	今まで馴染んできた家具などの調度品や仏壇、家族写真等があり、それまでの生活が途切れないような部屋となっている。掃除などは利用者の状況に応じ職員が手伝っている。ナースコールも備えられ安全性も配慮されている。	
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	トイレに張り紙をして場所を示したり、空調管理に関しては個別の部屋のスイッチは、押すだけで適切な温度になる仕組みを整えています。		