

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	0473100204		
法人名	特定非営利活動法人ひまわり		
事業所名	グループホーム後楽庵 もみのき		
所在地	遠田郡涌谷町字刈萱町14		
自己評価作成日	平成26年10月8日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月28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)】

平成12年4月に開所し15年目を迎えました。築100年の民家を無償で提供して頂き、涌谷町民の方々の応援で、増改築し現在の姿があります。後楽庵というホーム名は、家主さんが代々大切に生きてきた言葉「先憂後楽」に由来し、一生懸命生きてきた方々の、後の楽しむ場所という願いを込めています。入居者の定員は6名で、入居者、スタッフ共に馴染みの関係を築きやすく、家庭的な雰囲気を感じられ、建物も高齢者の方々にとって懐かしさや安心感を感じられるものになっています。入居以前の生活を出来る限り継続でき、思いや願いに寄り添い、その人らしい生活を送れるよう支援しています。小学校や保育園が隣接しているため、日常的に子供たちの声やマーチング練習の音が聞こえ、行事の際には見学に行くなど交流しています。

町の中心部に近く、小学校、保育所、医療施設、教会などが隣接している静かな住宅地の一角にある。古民家を改築したユニット「もみのき」は緑に囲まれた懐かしい佇まいであり、利用者は互いに喜びを分かち合い家庭的な雰囲気の中で暮らしている。また新築の建物が増設されたユニット「ゆずりは」には事務所や居宅介護支援事業所もあり、利用者はさまざまな人々と楽しそうに交流している。職員は理念の「自分が年を取ったとき、暮らしたい場所を自分たちで作ろう」を業務日誌に挟み込み、常に理念の大切さを意識している。また利用者の心身の変化や、できること・したいことなどの意向を申し送り共有し、ケアに反映させている。家族アンケートからも利用者の願いに寄り添ったケアの実践がうかがえた。地域住民の介護・福祉相談室の開設や、定期的なボランティアの訪問など、地域との交流は緊密であり、利用者が地域と繋がりがちな暮らしながらその人らしく暮らして行けるよう支援している。

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 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)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらい 3. 家族の1/3くらい 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホーム後楽庵 もみのき）

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	法人の理念は常に確認出来るようにしている。そのほかにユニットでの目標を掲示し共有できるようにしている。	法人の理念を業務日誌に挟み込み、常に理念を意識して介護にあたるよう、職員に浸透させている。ユニットでの目標も立て、職員で共有し、介護の質の向上を図っている。理念は見えるところにも大きく掲示している。	
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	近隣の小学校や保育園との交流や、地域の商店での買い物、近隣住民の方へ行事のお誘い等をしている。	小学校の運動会見学、保育所の「花の日」の交流、近隣住民からの野菜提供など地域との繋がりは緊密である。踊りやドッグセラピー、草刈のボランティアも定期的に来訪し、喜ばれている。	
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	常に、認知症の介護相談を受け入れている。涌谷町の取り組みの一環である、認知症サポーターや検討会議にも参加し貢献している。		
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	実施出来ていない。	運営推進会議はまだ行われていない。管理者は運営推進会議開催の必要性を認識している。	町や地域住民が参加する運営推進会議を開催することを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	合同の研修会や情報交換会への参加するなどし、交流の機会を設けている。訪問や電話などで気軽に相談しあえる関係も築けている。新規入所者の紹介なども包括支援センターから受け、利用につながっている。	成年後見人制度活用についての相談や入所相談、研修の連絡など町や地域包括センターと連携を図っている。また職員は町の認知症サポーター養成講座の講師も務めるなど協力関係が築かれている。	
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	日中玄関の施錠せず、外出傾向のある方は傾向を把握し、随時、散歩などをし対応している。必要に応じて居室の変更などをお願いし、拘束のないケアにとりくんでいる。	外出傾向を把握し、利用者に対しては見守りを行い、対応している。また「待って」「座って」「さっきもトイレいったでしょ」などの言葉による拘束を禁止するなど、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	学ぶ機会を設け、また日常のケアの中でお互いに注意を払いながら、虐待防止に努めている。		

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	成年後見人制度を利用のため現在、町と協力しながら動いている。		
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	入所時の説明、また、必要に応じて説明する機会を設け、理解、納得を得るようにしている。		
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	家族の面会時に意見や、要望を伺うように心掛けている。	毎月、職員がお便りと請求書を手渡しする際に家族から意見を聞いている。遠方の家族へは郵送し、意見は電話で聞いている。家族の相談や要望に応えるよう心がけている。	
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	スタッフ会議で提案された、意見や要望は、月1回の幹部会議の際報告し、検討されている。	月末にユニット毎のスタッフ会議を行っている。職員の意見は幹部会議に上げ、運営に反映させている。職員から空室の改装や、喫煙者の喫煙コーナーでの見守りなどの意見が出され、改善された。資格取得支援では受験料の補助や、受験指導を行っている。	
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	就業環境、条件をより良いものにするために見直し、整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	認知症介護実践者研修やリーダー研修など、経験や力量を考慮した上で受講者を決め、個人や事業所のスキルアップを目指している。日々の業務時にも助言や指導をしている。		
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	勉強会などを通じて同業者と交流出来る機会を設けている。気軽に相談や情報の共有が出来る関係を築けている。		

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
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	入所時には本人、家族と面談し、知り得た情報をスタッフ間で共有し本人に安心して貰えるよう、寄り添い、傾聴し、状況に合わせた支援をするように心掛けている。		
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	入居者の状態、状況を小まめに報告しながら、家族に出来ることはお願いし、要望や不安を伺うようにしている。		
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	本人や家族などに面会した際の情報を基に、ケアマネ、介護職、看護職など様々な視点で考えそれぞれに適した生活を送れるように努めている。		
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	入居者は人生の先輩であるという事を念頭に置いて接するようしており、時に家族のような関係性を築いている。それぞれが活躍出来る場を提供している。		
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	全てホーム側で担うのではなく、家族だから出来ることを伝え、自宅で暮らしていた頃からの関係性を継続でき、より良いものになるよう共に支えている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会時間などに決まりはなく自由に面会者が訪れている。家族の協力も得ながら、馴染みの関係を断ち切らないように支援している。	利用者の馴染みの人々と関係が途切れないように、商店や行きつけの美容院へ外出支援を行っている。定期的な曾孫の訪問もあり、面会時間も自由である。	
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	一人ひとりの認知症の状態や性格を考慮した上で全ての入所者が心地よく過ごせるように配慮している。席や居室の変更なども視野に入れて柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	他施設へ移られた際には、面会や電話、手紙のやり取りなどで関係を断ち切らないようにし、必要に応じて、相談や支援に努めている。		
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	生活背景などを念頭に置き、日常会話の中から希望や要望を引き出すように心掛けている。上手く表現できない方に関しては、表情や仕草などから利用者本位の視点で考え対応している。	生活歴や趣味を把握し、ケアに反映させている。筆ペンが達筆な利用者や、ハーモニカを上手に吹く利用者など特技を発揮できる機会を増やし、その人に寄り添い、思いをくみ取るよう心がけている。また把握が困難な利用者には、日常の言葉や表情から意向や希望をくみ取るよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族、入所以前のケアマネ、医療機関などから情報を伺い把握に努めている。		
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	一人ひとりの状態や変化にきを配り、個人日誌、申し送り、会議などでスタッフ間で周知するようにしている。		
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	スタッフ会議や日常での提案などを基に、それぞれの立場の意見を反映させ、利用者本位の計画になるよう心掛けている。	モニタリングは3ヶ月に1回、ケアプランの見直しは1年に1回、状態の変化によっては随時行っている。ケアプラン作成には職員だけでなく、家族や福祉用具貸与業者などの意見を取り入れ、プランに反映させている。ケアプランは家族の同意を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録は時間経過が分かるように記録する事で一日の流れや傾向を掴むことに役立っている。重要な部分にはラインを引いたり、口頭で伝えるなどしている。		
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	事業所側で何が出来るか、出来ないのかを判断し、ニーズに出来る限り添えるように柔軟な対応を心掛けている。		

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
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	福祉機器レンタルの利用やボランティア、サークル団体から協力を得ている。区長さんや民生委員さんも利用者の状況を気に掛けてくれている。		
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	入所以前のかかりつけ医に受診出来ている。通院は基本家族にお願いしており、必要に応じて、同行や、書面での情報提供をしている。歯科往診を利用している方もいる。	かかりつけ医はほとんどが協力医療機関である。通院介助は家族が基本である。書面で医師に利用者の状態を伝え、結果は家族から聞き、受診記録に記載、職員全体で共有している。家族が付添えない場合は職員が同行し、受診結果は家族に伝えている。歯科訪問診療の利用者もいる。	
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	1日2回、体温と血圧の測定を実施し記録している。一人ひとりの状態に気を配り、変化、異常が見られた際には随時、看護婦に報告し、適切な対応がとれる様にしている。		
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。	協力医療機関には医療地域連携室があり、連携パスシートを利用し情報の交換をしている。必要に応じて電話でのやり取りもしている。退院の際には、病院関係者との話し合いを持つ場合もある。		
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	状態に合わせて随時、家族、スタッフと話し合ったり、医師からの助言を得るなどしている。入所時には、常時医療の手が必要になった場合や、食事摂取が出来なくなった場合には、退所していただく事を伝えている。	看取りはしない方針である。緊急時対応は重要事項説明書に記載している。利用者の主治医や協力医療機関において必要な治療が受けられるよう支援することとしている。	
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	緊急連絡網や、救急搬送時の手順を掲示している。AED、携帯酸素吸入器を準備している。		
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	定期的な避難訓練の実施野ほか、緊急通報システムやスプリンクラーの設置、警備会社(セコム)との契約をしている。	避難訓練は年2回行い、1回は夜間想定訓練である。喫煙者対応はライターを預かり、見守りの中、喫煙所で吸うこととしている。夜間災害時は警備会社と職員が駆けつけることになっている。災害マニュアルは見直しを検討中である。備蓄は水、食料、米を十分備えている。	

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
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	個々の性格や認知度、生活背景、状態を考慮し一人ひとりに即した言葉掛けや対応をしている。	一人ひとりの人格を損ねないよう言葉遣いに配慮し、子供扱いのような対応を禁止するほか職員間での言葉遣いにも注意を払っている。呼び名は家族から聞いて決めている。排泄介助ははさりげなくトイレ誘導などを行っている。	
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	日常の小さな事(何が飲みたいか?何をするか?)でも問いかけるようにし、自己決定の機会を持てるように働きかけている。		
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	決まり事は作っておらず、状況に応じて柔軟に対応出来るようにしている。スタッフ一人ひとりが希望を出された場合、工夫し対応出来るように指導している。		
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	好きな洋服を選んだり、毎日の化粧、整髪、ひげそりなど、それぞれに身だしなみを整え、おしゃれを楽しんでいる。すたっふも衣類の汚れや、爪、顔の毛などにもきを配っている。		
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	スタッフも共に同じ食事をし声掛けや見守り、介助をしている。好みでメニューを変更する場合もある。食器拭き、味見、テーブル拭き、盛り付け、下膳なども役割として行ってくれている。	職員は利用者と一緒に同じ食事を取り、必要に応じて丁寧に食事の介助をしている。利用者の希望によって、ご飯から麺に変更することもある。味見、盛り付け、茶碗拭きの手伝いをしている利用者もいる。糖尿病や減塩食にも対応している。行事食も楽しんでいる。	
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	食事、水分摂取量は記録し、月2回の体重測定を実施。状態に合わせてミキサー食、きざみ食などを提供している。食が細い方には主食やおやつなど好きなものを提供し、摂取量を確保している。		
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	歯磨き誘導、ブラッシング、舌磨き、うがいの介助を行い、口腔衛生に努めている。夜間は義歯の洗浄を実施。口腔内の観察、残存歯の状態なども確認するようにしている。		

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
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	排泄チェック表の記入により排泄パターンを把握し、不快感を与えないように、トイレ誘導や、オムツ交換をしている。便秘がちな方には食材を工夫するなどしている。	排泄パターンを把握し、トイレ誘導やオムツ交換を行っている。夜間はオムツ、布パンツ、リハパンと多様で、ポータブルトイレ利用の利用者もいる。便秘予防のため、ヨーグルトやオリゴ糖を提供するなど工夫している。	
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	認知症への影響も大きいことを理解し、薬に頼るだけではなく、食事や飲み物、運動などにも気を配っている。医師や、看護師と相談しながら、排便コントロールをしている。		
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	回数や時間、福祉用具の利用などにより、一人ひとりに合った入浴支援をしている。就寝前には足浴を実施するなど安眠に繋がる支援も実施している。	入浴は週に2～3回が基本であるが、希望で毎日の利用者もいる。車椅子の利用者はシャワー浴で対応している。職員の腰の負担を考慮し、2人で対応している。入浴拒否の利用者へは働きかけを工夫し、入りたいと言うまで待つ体制を取っている。足浴で安眠を図っている。	
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	昼寝の時間や就寝時間に決まりはなく、好きな時間に休んでいる。居間のソファなどでゆったりと過ごしている		
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	処方箋がいつでも確認出来るようにファイルしている。個々に薬箱を準備、飲み込むまで見守り確認、スタッフ間での提供確認、チェック表での確認など何重もの確認で誤薬防止に努めている。		
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	生活背景、また現役当時の仕事や趣味、特技を活かせるように、仕事や役割をお願いしている。やりがいや、生き生きとした姿、気分転換にも繋がっていると思われる。		
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	花見、ドライブ、紅葉見学、食事会など季節に応じた外出支援を行っている。日常の散歩や商店への外出も希望に添って行っている。	お花見、外食ドライブ、紅葉狩りなど季節に応じた外出支援を行っている。また日常的に利用者の希望で散歩しながらの買い物や、ホーム周辺のドライブなどその人に寄り添った外出支援を行っている。	

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
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	基本的に家族管理をお願いしている。		
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	希望に応じて電話利用して貰っている。誕生日や母の日などに贈り物があつた際には、お礼の電話をし、話す機会を設けている。		
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	音や明るさ、空調、温度などに常に気を配り対応している。利用者と共に季節ごとの飾りつけをしたり、花を飾るなどし心地良い空間づくりに努めている。	リビングは明るく、手作りのカレンダーや季節の貼り絵が飾られている。利用者の状態を見ながら民謡を流したり、テレビをつけたりしている。廊下やリビングはFF式石油ストーブを使用し、加湿器もある。トイレによって「便所」と「トイレ」と別の表示をし、使用する利用者が馴染んできた言い方で表示している。	
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	一人ひとりの性格や認知度、状態、相性を考慮しながら全員が落ち着き、安心して過ごせるような居場所づくりをしている。		
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	居室は全て持ち込みで、馴染みの物を持ち込んで貰うよう入所時に伝えている。居心地が良くなり、自分の居室だと認識して貰えるように写真や作品などを飾っている。	布団、ベッドは各自持ち込みである。居室はその人らしく安心して過ごせるよう工夫している。家族写真を一緒に飾ったり、洗濯物と一緒に干したり、たたんだりしている。居室にはエアコンが設置してあり、温・湿度管理は職員が行い、居心地良い居室となっている。	
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	手すりの設置や、段差の解消、居室やトイレの目印など、安全を確保しながら自立して生活出来る様な環境づくりをしている。		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0473100204		
法人名	特定非営利活動法人ひまわり		
事業所名	グループホーム後楽庵 ゆずりは		
所在地	宮城県遠田郡涌谷町字刈萱町14番地		
自己評価作成日	平成26年10月8日	評価結果市町村受理日	

【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)】

ゆずりはは開所し4年目を迎えました。もみのきでの経験を活かしながら、入居者一人ひとりの性格や力を見極め、様々な役割を持っていただいています。その中で、いきいきとした表情を引き出したり、誰かの役に立っていると実感したり、自信を持っていただく事を目標に支援しています。同建物内に事務所、居宅支援事業所があることもあり、来訪者や面会者も多く、変化のある日常を送れています。スタッフは時に子供や孫のように入居者と接しながら、家庭的な雰囲気を感じていただけるように心掛けています。ボランティアの協力や隣接する小学校の行事見学、季節ごとの行事などを充実させ、地域に根ざした生活を送れるよう支援していきたいと考えています。

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php
----------	---

町の中心部に近く、小学校、保育所、医療施設、教会などが隣接している静かな住宅地の一角にある。古民家を改装したユニット「もみのき」は緑に囲まれた懐かしい佇まいであり、利用者は互いに喜びを分かち合い家庭的な雰囲気の中で暮らしている。また新築の建物が増設されたユニット「ゆずりは」には事務所や居宅介護支援事業所もあり、利用者はさまざまな人々と楽しそうに交流している。職員は理念の「自分が年を取ったとき、暮らしたい場所を自分たちで作ろう」を業務日誌に挟み込み、常に理念の大切さを意識している。また利用者の心身の変化や、できること・したいことなどの意向を申し送り共有し、ケアに反映させている。家族アンケートからも利用者の願いに寄り添ったケアの実践がうかがえた。地域住民の介護・福祉相談室の開設や、定期的なボランティアの訪問など、地域との交流は緊密であり、利用者が地域と繋がりがながらその人らしく暮らして行けるよう支援している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月28日		

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. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている (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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホーム後楽庵 ゆずりは）

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	法人の理念は常に確認出来るようにしている。そのほかにユニットでの目標を掲示し共有できるようにしている。	法人の理念を業務日誌に挟み込み、常に理念を意識して介護にあたるよう、職員に浸透させている。ユニットでの目標も立て、職員で共有し、介護の質の向上を図っている。理念は見えるところにも大きく掲示している。	
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	近隣の小学校や保育園との交流や、地域の商店での買い物、近隣住民の方へ行事のお誘い等をしている。	小学校の運動会見学、保育所の「花の日」の交流、近隣住民からの野菜提供など地域との繋がりは緊密である。踊りやドッグセラピー、草刈のボランティアも定期的に来訪し、喜ばれている。	
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	常に、認知症の介護相談を受け入れている。涌谷町の取り組みの一環である、認知症サポーターや検討会議にも参加し貢献している。		
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	実施出来ていない。	運営推進会議はまだ行われていない。管理者は運営推進会議開催の必要性を認識している。	町や地域住民が参加する運営推進会議を開催することを期待したい。
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	合同の研修会や情報交換会への参加するなどし、交流の機会を設けている。訪問や電話などで気軽に相談しあえる関係も築けている。新規入所者の紹介なども包括支援センターから受け、利用につながっている。	成年後見人制度活用についての相談や入所相談、研修の連絡など町や地域包括センターと連携を図っている。また職員は町の認知症サポーター養成講座の講師も務めるなど協力関係が築かれている。	
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	日中玄関の施錠せず、外出傾向のある方は傾向を把握し、随時、散歩などをし対応している。必要に応じて居室の変更などをお願いし、拘束のないケアにとりくんでいる。	外出傾向を把握し、利用者に対しては見守りを行い、対応している。また「待って」「座って」「さっきもトイレいったでしょ」などの言葉による拘束を禁止するなど、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	学ぶ機会を設け、また日常のケアの中でお互いに注意を払いながら、虐待防止に努めている。		

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	成年後見人制度を利用のため現在、町と協力しながら動いている。		
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	入所時の説明、また、必要に応じて説明する機会を設け、理解、納得を得るようにしている。		
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	家族の面会時に意見や、要望を伺うように心掛けている。	毎月、職員がおりと請求書を手渡しする際に家族から意見を聞いている。遠方の家族へは郵送し、意見は電話で聞いている。家族の相談や要望に応えるよう心がけている。	
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	スタッフ会議で提案された、意見や要望は、月1回の幹部会議の際報告し、検討されている。	月末にユニット毎のスタッフ会議を行っている。職員の意見は幹部会議に上げ、運営に反映させている。職員から空室の改装や、喫煙者の喫煙コーナーでの見守りなどの意見が出され、改善された。資格取得支援では受験料の補助や、受験指導を行っている。	
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	就業環境、条件をより良いものにするために見直し、整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	認知症介護実践者研修やリーダー研修など、経験や力量を考慮した上で受講者を決め、個人や事業所のスキルアップを目指している。日々の業務時にも助言や指導をしている。		
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	勉強会などを通じて同業者と交流出来る機会を設けている。気軽に相談や情報の共有が出来る関係を築けている。		

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
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	入所時には本人、家族と面談し、知り得た情報をスタッフ間で共有し本人に安心して貰えるよう、寄り添い、傾聴し、状況に合わせた支援をするように心掛けている。		
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	入居者の状態、状況を小まめに報告しながら、家族に出来ることはお願いし、要望や不安を伺うようにしている。		
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	本人や家族などに面会した際の情報を基に、ケアマネ、介護職、看護職など様々な視点で考えそれぞれに適した生活を送れるように努めている。		
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	入居者は人生の先輩であるという事を念頭に置いて接するようしており、時に家族のような関係性を築いている。それぞれが活躍出来る場を提供している。		
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	全てホーム側で担うのではなく、家族だから出来ることを伝え、自宅で暮らしていた頃からの関係性を継続でき、より良いものになるよう共に支えている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会時間などに決まりはなく自由に面会者が訪れている。家族の協力も得ながら、馴染みの関係を断ち切らないように支援している。	利用者の馴染みの人々と関係が途切れないように、商店や行きつけの美容院へ外出支援を行っている。定期的な曾孫の訪問もあり、面会時間も自由である。	
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	一人ひとりの認知症の状態や性格を考慮した上で全ての入所者が心地よく過ごせるように配慮している。席や居室の変更なども視野に入れて柔軟に対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	他施設へ移られた際には、面会や電話、手紙のやり取りなどで関係を断ち切らないようにし、必要に応じて、相談や支援に努めている。		
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	生活背景などを念頭に置き、日常会話の中から希望や要望を引き出すように心掛けている。上手く表現できない方に関しては、表情や仕草などから利用者本位の視点で考え対応している。	生活歴や趣味を把握し、ケアに反映させている。筆ペンが達筆な利用者や、ハーモニカを上手に吹く利用者など特技を発揮できる機会を増やし、その人に寄り添い、思いをくみ取るよう心がけている。また把握が困難な利用者には、日常の言葉や表情から意向や希望をくみ取るよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族、入所以前のケアマネ、医療機関などから情報を伺い把握に努めている。		
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	一人ひとりの状態や変化にきを配り、個人日誌、申し送り、会議などでスタッフ間で周知するようにしている。		
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	スタッフ会議や日常での提案などを基に、それぞれの立場の意見を反映させ、利用者本位の計画になるよう心掛けている。	モニタリングは3ヶ月に1回、ケアプランの見直しは1年に1回、状態の変化によっては随時行っている。ケアプラン作成には職員だけでなく、家族や福祉用具貸与業者などの意見を取り入れ、プランに反映させている。ケアプランは家族の同意を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録は時間経過が分かるように記録する事で一日の流れや傾向を掴むことに役立っている。重要な部分にはラインを引いたり、口頭で伝えるなどしている。		
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	事業所側で何が出来るか、出来ないのかを判断し、ニーズに出来る限り添えるように柔軟な対応を心掛けている。		

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
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	福祉機器レンタルの利用やボランティア、サークル団体から協力を得ている。区長さんや民生委員さんも利用者の状況を気に掛けてくれている。		
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	入所以前のかかりつけ医に受診出来ている。通院は基本家族にお願いしており、必要に応じて、同行や、書面での情報提供をしている。歯科往診を利用している方もいる。	かかりつけ医はほとんどが協力医療機関である。通院介助は家族が基本である。書面で医師に利用者の状態を伝え、結果は家族から聞き、受診記録に記載、職員全体で共有している。家族が付添えない場合は職員が同行し、受診結果は家族に伝えている。歯科訪問診療の利用者もいる。	
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	1日2回、体温と血圧の測定を実施し記録している。一人ひとりの状態に気を配り、変化、異常が見られた際には随時、看護婦に報告し、適切な対応がとれる様にしている。		
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。	協力医療機関には医療地域連携室があり、連携パスシートを利用し情報の交換をしている。必要に応じて電話でのやり取りもしている。退院の際には、病院関係者との話し合いを持つ場合もある。		
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	状態に合わせて随時、家族、スタッフと話し合ったり、医師からの助言を得るなどしている。入所時には、常時医療の手が必要になった場合や、食事摂取が出来なくなった場合には、退所していただく事を伝えている。	看取りはしない方針である。緊急時対応は重要事項説明書に記載している。利用者の主治医や協力医療機関において必要な治療が受けられるよう支援することとしている。	
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	緊急連絡網や、救急搬送時の手順を掲示している。AED、携帯酸素吸入器を準備している。		
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	定期的な避難訓練の実施野ほか、緊急通報システムやスプリンクラーの設置、警備会社(セコム)との契約をしている。	避難訓練は年2回行い、1回は夜間想定訓練である。喫煙者対応はライターを預かり、見守りの中、喫煙所で吸うこととしている。夜間災害時は警備会社と職員が駆けつけることになっている。災害マニュアルは見直しを検討中である。備蓄は水、食料、米を十分備えている。	

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
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	個々の性格や認知度、生活背景、状態を考慮し一人ひとりに即した言葉掛けや対応をしている。	一人ひとりの人格を損ねないよう言葉遣いに配慮し、子供扱いのような対応を禁止するほか職員間での言葉遣いにも注意を払っている。呼び名は家族から聞いて決めている。排泄介助ははさりげなくトイレ誘導などを行っている。	
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	日常の小さな事(何が飲みたいか?何をするか?)でも問いかけるようにし、自己決定の機会を持てるように働きかけている。		
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	決まり事は作っておらず、状況に応じて柔軟に対応出来るようにしている。スタッフ一人ひとりが希望を出された場合、工夫し対応出来るように指導している。		
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	好きな洋服を選んだり、毎日の化粧、整髪、ひげそりなど、それぞれに身だしなみを整え、おしゃれを楽しんでいる。すたっふも衣類の汚れや、爪、顔の毛などにもきを配っている。		
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	スタッフも共に同じ食事をし声掛けや見守り、介助をしている。好みでメニューを変更する場合もある。食器拭き、味見、テーブル拭き、盛り付け、下膳なども役割として行ってくれている。	職員は利用者と一緒に同じ食事を取り、必要に応じて丁寧に食事の介助をしている。利用者の希望によって、ご飯から麺に変更することもある。味見、盛り付け、茶碗拭きの手伝いをしている利用者もいる。糖尿病や減塩食にも対応している。行事食も楽しんでいる。	
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	食事、水分摂取量は記録し、月2回の体重測定を実施。状態に合わせてミキサー食、きざみ食などを提供している。食が細い方には主食やおやつなど好きなものを提供し、摂取量を確保している。		
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	歯磨き誘導、ブラッシング、舌磨き、うがいの介助を行い、口腔衛生に努めている。夜間は義歯の洗浄を実施。口腔内の観察、残存歯の状態なども確認するようにしている。		

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
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	排泄チェック表の記入により排泄パターンを把握し、不快感を与えないように、トイレ誘導や、オムツ交換をしている。便秘がちな方には食材を工夫するなどしている。	排泄パターンを把握し、トイレ誘導やオムツ交換を行っている。夜間はオムツ、布パンツ、リハパンと多様で、ポータブルトイレ利用の利用者もいる。便秘予防のため、ヨーグルトやオリゴ糖を提供するなど工夫している。	
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	認知症への影響も大きいことを理解し、薬に頼るだけではなく、食事や飲み物、運動などにも気を配っている。医師や、看護師と相談しながら、排便コントロールをしている。		
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	回数や時間、福祉用具の利用などにより、一人ひとりに合った入浴支援をしている。就寝前には足浴を実施するなど安眠に繋がる支援も実施している。	入浴は週に2～3回が基本であるが、希望で毎日の利用者もいる。車椅子の利用者はシャワー浴で対応している。職員の腰の負担を考慮し、2人で対応している。入浴拒否の利用者へは働きかけを工夫し、入りたいと言うまで待つ体制を取っている。足浴で安眠を図っている。	
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	昼寝の時間や就寝時間に決まりはなく、好きな時間に休んでいる。居間のソファなどでゆったりと過ごしている		
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	処方箋がいつでも確認出来るようにファイルしている。個々に薬箱を準備、飲み込むまで見守り確認、スタッフ間での提供確認、チェック表での確認など何重もの確認で誤薬防止に努めている。		
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	生活背景、また現役当時の仕事や趣味、特技を活かせるように、仕事や役割をお願いしている。やりがいや、生き生きとした姿、気分転換にも繋がっていると思われる。		
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	花見、ドライブ、紅葉見学、食事会など季節に応じた外出支援を行っている。日常の散歩や商店への外出も希望に添って行っている。	お花見、外食ドライブ、紅葉狩りなど季節に応じた外出支援を行っている。また日常的に利用者の希望で散歩しながらの買い物や、ホーム周辺のドライブなどその人に寄り添った外出支援を行っている。	

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
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	基本的に家族管理をお願いしている。		
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	希望に応じて電話利用して貰っている。誕生日や母の日などに贈り物があった際には、お礼の電話をし、話す機会を設けている。		
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	音や明るさ、空調、温度などに常に気を配り対応している。利用者と共に季節ごとの飾りつけをしたり、花を飾るなど心地良い空間づくりに努めている。	リビングは明るく、手作りのカレンダーや季節の貼り絵が飾られている。利用者の状態を見ながら民謡を流したり、テレビをつけたりしている。廊下やリビングはFF式石油ストーブを使用し、加湿器もある。トイレによって「便所」と「トイレ」と別の表示をし、使用する利用者が馴染んできた言い方で表示している。	
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	一人ひとりの性格や認知度、状態、相性を考慮しながら全員が落ち着き、安心して過ごせるような居場所づくりをしている。		
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	居室は全て持ち込みで、馴染みの物を持ち込んで貰うよう入所時に伝えている。居心地が良くなり、自分の居室だと認識して貰えるように写真や作品などを飾っている。	布団、ベッドは各自持ち込みである。居室はその人らしく安心して過ごせるよう工夫している。家族写真を一緒に飾ったり、洗濯物と一緒に干したり、たたんだりしている。居室にはエアコンが設置してあり、温・湿度管理は職員が行い、居心地良い居室となっている。	
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	手すりの設置や、段差の解消、居室やトイレの目印など、安全を確保しながら自立して生活出来る様な環境づくりをしている。		