

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	0495100059		
法人名	株式会社 ウェル		
事業所名	グループホーム なんてん上杉	ユニット名	さざんか
所在地	仙台市青葉区上杉三丁目8番3号		
自己評価作成日	平成 27 年 1 月 15 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 27 年 1 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)】

事業所理念に基づき利用者様の生活感、そのらしさを大切にしながら支援を行っている。特に料理、洗濯などの家事支援を積極的に取り組むことにより少しでも出来ることの継続、持続に努めている。また、スタッフが支援を行う際、自然な流れでの声掛けや表情に配慮し、支援を提供している。

【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)】

仙台市街地の中心地で高層マンション住宅街に事業所がある。2階建の1階が2ユニットからなるグループホームであり、2階は小規模多機能型居宅介護施設である。ホームは笑い声に満ちた明るい雰囲気、職員と入居者は家族の一員としての一体感がある。毎週土曜日に2ユニット合同の昼食会を行い相互の交流を深めている。医療機関の支援も整備されており、看取りについても前向きに取り組んでいる。管理者は、構えた支援でなく自然体の支援を目指しており、職員は入居者の感謝・喜びに生きがいをもって支援に当たっている。

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **なんてん上杉**)「ユニット名 **さざんか**

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	ユニットの見える所に理念を掲げ、職員の意識統一を図っている。	「ここがわが家、のんびりのびのび、自由な暮らし、にっこり笑顔でご近所つきあい」の理念で支援を実施しており、毎月の全体会議やユニット会議で、ケアの振り返りを行なっている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	月に1度近所の魚屋から刺身を購入、花屋から花を購入するなど行っている。また、地域交流室を町内会や老人会に使っていただいている。地域の「ふれあいサロン」に参加もしている。	地域包括支援センターと共同し介護予防教室をホームの交流室で開催し、ホームは認知症に関する地域貢献の拠点となっている。参加者にホームの生活状況を見てもらう等、地域に開かれた事業所となっている。	
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	地域包括支援センターと共同で、町内会、民生委員の方々に認知症を知ってもらう取組みを行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	事業所の取組みや事故報告を毎回報告している。また上杉独自の、防災マニュアルの作成についても、ご意見いただき、大変参考になっている	町内会長、民生委員、地域包括支援センター所長、町内会役員、家族、入居者により開催している。前向きな意見交流があり、避難場所の明示などの防災マニュアルも、町内会長の発案により作成し、活用している。	
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	地域包括支援センターと密に連絡取り合い、協力関係を築いている。また、地域包括支援センターの介護予防教室を自事業所で行う事になっている	介護保険の更新時等、区役所の担当者と相談している。地域包括支援センターとも緊密に連携し、ホームでの介護予防教室への参加について地域包括支援センターが積極的に働きかけている。	
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	年2回、事業所の勉強会で周知徹底・落とし込みを行っている。	毎月の全体会議を、全員が集まりやすい時間帯(18:30～)に開催し、計画的に勉強会を実施している。管理者の「入居者の行動を制止しない」指導が行き届いており、外に出ようとする入居者には職員が同行する。	
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	年2回、外部研修に参加し、事業所の勉強会で落とし込みを行っている。また、職員のメンタルケアにも取り組んでおり、必要に応じ、面談を行っている。		

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
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	外部研修に参加し、事業所で活用できるか管理者会議で検討を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	法改正時の運営推進会議にて、説明を行っている。また、参加出来ない家族には書面と電話連絡にて説明、同意を頂いている。		
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	玄関に意見箱を設置、また、面会時には必ず利用者の状況を報告し、意見を求めている。要望があった場合は申し送りノートに記載し、全職員に周知徹底させている	家族からの要望として「食べ物をしっかり食べさせてほしい」「活気をつけてほしい」等の意見がある。主治医、家族とも相談し、入居者の体調・気分等を考慮しその人らしさを大切にしたい支援に努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回の全体会議、月2回の管理者、リーダー会議を行い、意見の検討を行っている。また、年1回管理者との面談の機会を設け意見を聞く機会を設けている。必要時は随時個別面談を行っている	職員が入居者のケアの工夫を出し合い、機能低下に伴うトイレ等の支援を改善し、その人に合った介助に努めている。電話の呼び出しコールへ迅速に対応するよう話し合い、実施している。	
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	各委員会活動や利用者担当など、各々力が発揮できるよう取り組んでいる。また、年1回自己評価表をもとに管理者面談を行い、実績に合った昇給を行っている。		
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	各職員のスキルを考えながら、外部研修に積極的に参加させている。また、資格取得の推進をしている		
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	積極的に研修に参加し、自事業所に活用できることを取り入れている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前には、数回顔合わせを行い、本人のニーズやADL状況、生活史を把握する事に努めている。また、少しでも顔なじみになるよう努め、安心して入所出来るよう図っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前には、数回顔合わせを行い、本人のニーズやADL状況、生活史を聞きながら、家族と一緒にケアの方向性を話し合い、確認しあっている		
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	家族と一緒にケアの方向性を話し合い、確認しあっている。必要に応じて、往診医や訪問理容、訪問歯科など紹介行っている。		
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	当たり前の生活を自分で出来るよう、力を入れて取り組んでいる		
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	月に1度、利用者担当が1ヶ月の様子を手紙でお知らせしている。また、必要に応じ、こまめに連絡を取り合い、ケアに参加してもらえるよう図っている		
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	友人の面会や電話、手紙など頂いている。その際は、関係の継続を支援できるよう依頼するなど、職員からも働き掛けを行っている	友人がお茶飲みに寄って買い物と一緒に掛けたり、娘さんが子どもの頃からの仲間と一緒に面会に来る。入居者が地域の隣同士だったこともある。近くの教会の子供たちが花をあげたいと寄ることもある。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ユニット会議にて、利用者同士の関係性など、話し合いを行っている。また、1つのテーブルを囲むことで他者への優しさや心配りが見られている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お手紙や電話を頂いたり、仙台に来たときには顔を出して下さるなど関係継続出来ている		
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	聞ける方には引き出しに努め、困難な方には表情などからニーズの把握を図っている。また、各利用者の記録やカンファレンスなどで情報共有行っている	会話が困難になった方に挨拶の声が返ってくるよう声掛けし、理解できる方には顔き等を確認できるよう声掛けしている。意思表示が困難な方は、身体の動きや表情で、トイレ等の意思を汲み取り支援している。	
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	基本情報や生活支援、各利用者の記録から本人を知ること努めている		
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	日誌や申し送りなどから現状の把握を行い、情報共有行っている		
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	毎月のモニタリングやカンファレンスを活用しながら、家族に意見を求めたり、主治医の意見を聞きながら本人に寄り沿った介護計画を作成している。	気分不安定な方への対応や、機能低下に伴う排泄支援の改善等を計画に取り入れ、4か月ごと見直している。主治医・家族との三者面談を必要の都度実施し、投薬の調整及び経過等を反映させている。	
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	個別記録や申し送りなどで、情報共有を図り、必要に応じて介護計画の見直しを行っている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	計画している行事のほかに、天候や利用者の意見などを取り入れ、外出や食事支援など随時行っている		

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
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	地域主催のふれあいサロンへ参加し、地域住民との交流が出来始めている。また、近所のお寺見学や餅まきにも参加させてもらっている		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入所時に説明、同意を頂いて、主治医を決めている。また、少しの変化でも家族へ連絡し、家族の要望がある場合は、主治医・家族・事業所での三者面談を行っている。	入居者全員が往診を受けており、往診医はほぼ毎日来訪する。入居者からの腹痛の訴え等について、往診医は認知症の人の種々の症状の対応について指導してくれる。歯科医も月2回訪問診療に来る。	
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	主治医往診が随時往診にきており一任している		
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。	主治医、病院関係者、家族との橋渡しに努め、早期退院できるよう図っている		
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	入所時から、重度化の指針や看取りの指針の説明を行っている。また、4ヶ月に1回、家族へ看取りの方向性の確認を行っている。可能な限り、主治医面談を行い、方針の共有を図っている	重度化や看取りの指針を成文化している。ホームでは、これまでに3名の看取りを行った。往診医、家族、職員の三者面談を必要の都度実施し、希望にそって安楽に過ごせるよう支援しており、家族の信頼は厚い。	
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	主治医からの指示書をスタッフルームへ掲示し、早急に対応できるよう図っている。また、全体会議で事故発生時の統一事項の確認を行っている		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年4回の防災訓練の他、運営推進会議で議題とし、地域との協力体制を築いている。自事業所独自の防災対策マニュアルを作成し、運営推進会議の場で配布している	防災訓練を4回実施している。夜間想定した訓練も行ない消防署の立ち合いも受けている。災害発生時、防火扉を通り、車椅子で隣のユニットへの避難等、対策改善に努めている。	

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
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	尊厳を重視した声の掛け方に努めている。また、職員同士が気づいた点を言い合えるよう取り組んでいる	入居者と友だち関係でなく人生の先輩として対応している。入居者の細かい気配り等にも「ありがとうございます」と感謝の気持ちを伝えている。汚れた衣類等は周りの人に気付かれないよう処理している。	
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	職員が決定するのではなく、必ず利用者が決定出来るよう、各々の状態に合わせた声掛けの工夫を行っている		
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	必ず利用者のニーズや思いを優先するように取り組んでいる。また、会話の中から、おやつ作りなど利用者が自ら行動出来るような働きかけを行っている。		
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	衣類の選択や整髪など、本人が自己決定出来るよう図っている		
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	刺身の日やパンの日など大変喜んでいただいている。誕生日もその方の好物を提供している。また、出来るだけ、自ら行える(申し出る)ような工夫を図り、満足感や達成感を感じてもらえる取組みを行っている	メニューと食材は外注であり、調理は入居者も手伝い手作りである。入居者全員が普通食を食べ、皆で歓談しながら食事を楽しんでいる。職員も一緒に食べながら食事介助をしている。	
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	主治医の意見を取り入れながら、各利用者に合わせた食事、水分を提供している。		
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	出来ない所を支援しながら、口腔ケアに取り組んでいる。また、家族の希望により、毎週訪問歯科による口腔ケアを実施している		

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	脱リハパン、パットに取り組んでいる。また、排泄係りや各利用者担当が都度排泄の支援を検討し、一人一人に合った自立支援を行っている	入居者各人の排泄パターンを把握し、排泄の自立支援に努めている。重度の方も多いが日中は全員トイレでの排泄である。夜間にリハビリパンツを使用する人もいるが、おむつは使用していない。	
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	主治医、訪問看護師と連携を図りながら、便秘予防に取り組んでいる		
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	週3回以上の入浴支援を行っている。入浴拒否の方はおらず、声掛けに快く入浴されている	入浴支援は午前を実施している。ホームの生活で気難しい人や入浴時間帯にこだわる人もいるが、職員の適切な対応で風呂には抵抗なく入っている。機械浴もあり、重度の方も入浴を楽しんでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	休息や就寝時間等、本人の意思決定により行っている。訴え困難な方は、表情から疲労感などを把握し、支援している		
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	主治医と連携を図りながら、服薬の支援を行っている。また、服薬が変更になった場合は本人と家族に必ず報告している		
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	料理やたばこ、季節の行事など、各利用者のニーズに合った支援を提供している		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	家族との外食、散歩を一緒に楽しまれている。また、施設はしていないため、自由に庭や玄関先のベンチなどへ出入りされている	年間計画の季節的外出は、榴ヶ岡公園の花見(テーブル、椅子、手作りの弁当持参で全員参加)、光のページェントと七夕祭(4回に分け)等である。娘さんがホームに訪れ、一緒に散歩を楽しんでいる。	

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	現在、認知症の進行に伴ない、自己管理されている利用者はいない。何か買いたい時は本人、家族の了解を得て事業所立替にて購入出来るよう支援している		
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	贈り物が届いたときには必ずお礼の電話の橋渡しを行っている。また、手紙の返事や年賀状など書いていただいている		
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	毎月、花屋から季節に合った花が届くようにしている。また、環境委員を中心とし季節に合った飾りつけに取り組んでいる	食堂は広い上、隣のユニットも防火扉越しに見通せるので広々とした感じである。毎月、季節にあった鉢植え等の花を買って飾り、壁に習字や貼り絵等を飾っている。窓際に椅子を置き外を眺めることができる。	
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	窓付近に椅子を配置し、景色を眺めながら穏やかに過ごせる工夫を行っている		
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	入所時や認知症の進行に伴ない、随時家族へ説明し、馴染みの物や家族の写真を持ってきてもらう働きかけを行っている	仏壇を持ち込んだり家族の写真等を飾り、自分の家・部屋の雰囲気がある。家族からの要望で、床に柔らかい素材の敷物を敷き詰めた部屋もある。部屋は、希望によりベッド又は畳みの部屋にできる。	
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	動線確保や自分でお茶を入れられるよう、分かり易いところへポットを配置するなどの取組みを行っている		

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0495100059		
法人名	株式会社 ウェル		
事業所名	グループホーム なんてん上杉	ユニット名	からたち
所在地	仙台市青葉区上杉三丁目8番3号		
自己評価作成日	平成27年 1月 15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)】

<p>事業所理念に基づき利用者様の生活感、そのらしさを大切にしながら支援を行っている。特に料理、洗濯などの家事支援を積極的に取り組むことにより少しでも出来ることの継続、持続に努めている。また、スタッフが支援を行う際、自然な流れでの声掛けや表情に配慮し、支援を提供している。</p>
--

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成27年 1月30日		

【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)】

<p>仙台市街地の中心地で高層マンション住宅街に事業所がある。2階建の1階が2ユニットからなるグループホームであり、2階は小規模多機能型居宅介護施設である。ホームは笑い声に満ちた明るい雰囲気、職員と入居者は家族の一員としての一体感がある。毎週土曜日に2ユニット合同の昼食会を行い相互の交流を深めている。医療機関の支援も整備されており、看取りについても前向きに取り組んでいる。管理者は、構えた支援でなく自然体の支援を目指しており、職員は入居者の感謝・喜びに生きがいをもって支援に当たっている。</p>

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **なんてん上杉**)「ユニット名 **からたち**

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	ユニットの見える所に理念を掲げ、職員の意識統一を図っている。	「ここがわが家、のんびりのびのび、自由な暮らし、にっこり笑顔でご近所つきあい」の理念で支援を実施しており、毎月の全体会議やユニット会議で、ケアの振り返りを行なっている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	月に1度近所の魚屋から刺身を購入、花屋から花を購入するなど行っている。また、地域交流室を町内会や老人会に使っていただいている。地域の「ふれあいサロン」に参加もしている。	地域包括支援センターと共同し介護予防教室をホームの交流室で開催し、ホームは認知症に関する地域貢献の拠点となっている。参加者にホームの生活状況を見てもらう等、地域に開かれた事業所となっている。	
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	地域包括支援センターと共同で、町内会、民生委員の方々に認知症を知ってもらう取組みを行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	事業所の取組みや事故報告を毎回報告している。また上杉独自の、防災マニュアルの作成についても、ご意見いただき、大変参考になっている	町内会長、民生委員、地域包括支援センター所長、町内会役員、家族、入居者により開催している。前向きな意見交流があり、避難場所の明示などの防災マニュアルも、町内会長の発案により作成し、活用している。	
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	地域包括支援センターと密に連絡取り合い、協力関係を築いている。また、地域包括支援センターの介護予防教室を自事業所で行う事になっている	介護保険の更新時等、区役所の担当者と相談している。地域包括支援センターとも緊密に連携し、ホームでの介護予防教室への参加について地域包括支援センターが積極的に働きかけている。	
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	年2回、事業所の勉強会で周知徹底・落とし込みを行っている。	毎月の全体会議を、全員が集まりやすい時間帯(18:30～)に開催し、計画的に勉強会を実施している。管理者の「入居者の行動を制止しない」指導が行き届いており、外に出ようとする入居者には職員が同行する。	
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	年2回、外部研修に参加し、事業所の勉強会で落とし込みを行っている。また、職員のメンタルケアにも取り組んでおり、必要に応じ、面談を行っている。		

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
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	外部研修に参加し、事業所で活用できるか管理者会議で検討行っている。		
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	法改正時の運営推進会議にて、説明を行っている。また、参加出来ない家族には書面と電話連絡にて説明、同意を頂いている。		
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	玄関に意見箱を設置、また、面会時には必ず利用者の状況を報告し、意見を求めている。要望があった場合は申し送りノートに記載し、全職員に周知徹底させている	家族からの要望として「食べ物をしっかり食べさせてほしい」「活気をつけてほしい」等の意見がある。主治医、家族とも相談し、入居者の体調・気分等を考慮しその人らしさを大切に支援に努めている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回の全体会議、月2回の管理者、リーダー会議を行い、意見の検討を行っている。また、年1回管理者との面談の機会を設け意見を聞く機会を設けている。必要時は随時個別面談を行っている	職員が入居者のケアの工夫を出し合い、機能低下に伴うトイレ等の支援を改善し、その人に合った介助に努めている。電話の呼び出しコールへ迅速に対応するよう話し合い、実施している。	
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	各委員会活動や利用者担当など、各々力が発揮できるよう取り組んでいる。また、年1回自己評価表をもとに管理者面談を行い、実績に合った昇給を行っている。		
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	各職員のスキルを考えながら、外部研修に積極的に参加させている。また、資格取得の推進をしている		
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	積極的に研修に参加し、自事業所に活用できることを取り入れている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前には、数回顔合わせを行い、本人のニーズやADL状況、生活史を把握する事に努めている。また、少しでも顔なじみになるよう努め、安心して入所出来るよう図っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前には、数回顔合わせを行い、本人のニーズやADL状況、生活史を聞きながら、家族と一緒にケアの方向性を話し合い、確認しあっている		
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	家族と一緒にケアの方向性を話し合い、確認しあっている。必要に応じて、往診医や訪問理容、訪問歯科など紹介行っている。		
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	当たり前の生活を自分で出来るよう、力を入れて取り組んでいる		
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	月に1度、利用者担当が1ヶ月の様子を手紙でお知らせしている。また、必要に応じ、こまめに連絡を取り合い、ケアに参加してもらえるよう図っている		
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	友人の面会や電話、手紙など頂いている。その際は、関係の継続を支援できるよう依頼するなど、職員からも働き掛けを行っている	友人がお茶飲みに寄って買い物と一緒に掛けたり、娘さんが子どもの頃からの仲間と一緒に面会に来る。入居者が地域の隣同士だったこともある。近くの教会の子供たちが花をあげたいと寄ることもある。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ユニット会議にて、利用者同士の関係性など、話し合いを行っている。また、1つのテーブルを囲むことで他者への優しさや心配りが見られている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	お手紙や電話を頂いたり、仙台に来たときには顔を出して下さるなど関係継続出来ている		
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	聞ける方には引き出しに努め、困難な方には表情などからニーズの把握を図っている。また、各利用者の記録やカンファレンスなどで情報共有行っている	会話が困難になった方に挨拶の声が返ってくるよう声掛けし、理解できる方には顔き等を確認できるよう声掛けしている。意思表示が困難な方は、身体の動きや表情で、トイレ等の意思を汲み取り支援している。	
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	基本情報や生活支援、各利用者の記録から本人を知ること努めている		
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	日誌や申し送りなどから現状の把握を行い、情報共有行っている		
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	毎月のモニタリングやカンファレンスを活用しながら、家族に意見を求めたり、主治医の意見を聞きながら本人に寄り沿った介護計画を作成している。	気分不安定な方への対応や、機能低下に伴う排泄支援の改善等を計画に取り入れ、4か月ごと見直している。主治医・家族との三者面談を必要の都度実施し、投薬の調整及び経過等を反映させている。	
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	個別記録や申し送りなどで、情報共有を図り、必要に応じて介護計画の見直しを行っている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	計画している行事のほかに、天候や利用者の意見などを取り入れ、外出や食事支援など随時行っている		

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
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	地域主催のふれあいサロンへ参加し、地域住民との交流が出来始めている。また、近所のお寺見学や餅まきにも参加させてもらっている		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入所時に説明、同意を頂いて、主治医を決めている。また、少しの変化でも家族へ連絡し、家族の要望がある場合は、主治医・家族・事業所での三者面談を行っている。	入居者全員が往診を受けており、往診医はほぼ毎日来訪する。入居者からの腹痛の訴え等について、往診医は認知症の人の種々の症状の対応について指導してくれる。歯科医も月2回訪問診療に来る。	
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	主治医往診が随時往診にきており一任している		
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。	主治医、病院関係者、家族との橋渡しに努め、早期退院できるよう図っている		
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	入所時から、重度化の指針や看取りの指針の説明を行っている。また、4ヶ月に1回、家族へ看取りの方向性の確認を行っている。可能な限り、主治医面談を行い、方針の共有を図っている	重度化や看取りの指針を成文化している。ホームでは、これまでに3名の看取りを行った。往診医、家族、職員の三者面談を必要の都度実施し、希望にそって安楽に過ごせるよう支援しており、家族の信頼は厚い。	
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	主治医からの指示書をスタッフルームへ掲示し、早急に対応できるよう図っている。また、全体会議で事故発生時の統一事項の確認を行っている		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年4回の防災訓練の他、運営推進会議で議題とし、地域との協力体制を築いている。自事業所独自の防災対策マニュアルを作成し、運営推進会議の場で配布している	防災訓練を4回実施している。夜間想定した訓練も行ない消防署の立ち合いも受けている。災害発生時、防火扉を通り、車椅子で隣のユニットへの避難等、対策改善に努めている。	

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
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	尊厳を重視した声の掛け方に努めている。また、職員同士が気づいた点を言い合えるよう取り組んでいる	入居者と友だち関係でなく人生の先輩として対応している。入居者の細かい気配り等にも「ありがとうございます」と感謝の気持ちを伝えている。汚れた衣類等は周りの人に気付かれないよう処理している。	
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	職員が決定するのではなく、必ず利用者が決定出来るよう、各々の状態に合わせた声掛けの工夫を行っている		
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	必ず利用者のニーズや思いを優先するように取り組んでいる。また、会話の中から、おやつ作りなど利用者が自ら行動出来るような働きかけを行っている。		
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	衣類の選択や整髪など、本人が自己決定出来るよう図っている		
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	刺身の日やパンの日など大変喜んでいただいている。誕生日もその方の好物を提供している。また、出来るだけ、自ら行える(申し出る)ような工夫を図り、満足感や達成感を感じてもらえる取組みを行っている	メニューと食材は外注であり、調理は入居者も手伝い手作りである。入居者全員が普通食を食べ、皆で歓談しながら食事を楽しんでいる。職員も一緒に食べながら食事介助をしている。	
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	主治医の意見を取り入れながら、各利用者に合わせた食事、水分を提供している。		
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	出来ない所を支援しながら、口腔ケアに取り組んでいる。また、家族の希望により、毎週訪問歯科による口腔ケアを実施している		

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	脱リハパン、パットに取り組んでいる。また、排泄係りや各利用者担当が都度排泄の支援を検討し、一人一人に合った自立支援を行っている	入居者各人の排泄パターンを把握し、排泄の自立支援に努めている。重度の方も多いが日中は全員トイレでの排泄である。夜間にリハビリパンツを使用する人もいるが、おむつは使用していない。	
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	主治医、訪問看護師と連携を図りながら、便秘予防に取り組んでいる		
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	週3回以上の入浴支援を行っている。入浴拒否の方はおらず、声掛けに快く入浴されている	入浴支援は午前を実施している。ホームの生活で気難しい人や入浴時間帯にこだわる人もいるが、職員の適切な対応で風呂には抵抗なく入っている。機械浴もあり、重度の方も入浴を楽しんでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	休息や就寝時間等、本人の意思決定により行っている。訴え困難な方は、表情から疲労感などを把握し、支援している		
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	主治医と連携を図りながら、服薬の支援を行っている。また、服薬が変更になった場合は本人と家族に必ず報告している		
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	料理やたばこ、季節の行事など、各利用者のニーズに合った支援を提供している		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	家族との外食、散歩を一緒に楽しまれている。また、施設はしていないため、自由に庭や玄関先のベンチなどへ出入りされている	年間計画の季節的外出は、榴ヶ岡公園の花見(テーブル、椅子、手作りの弁当持参で全員参加)、光のページェントと七夕祭(4回に分け)等である。娘さんがホームに訪れ、一緒に散歩を楽しんでいる。	

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	現在、認知症の進行に伴ない、自己管理されている利用者はいない。何か買いたい時は本人、家族の了解を得て事業所立替にて購入出来るよう支援している		
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	贈り物が届いたときには必ずお礼の電話の橋渡しを行っている。また、手紙の返事や年賀状など書いていただいている		
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	毎月、花屋から季節に合った花が届くようにしている。また、環境委員を中心とし季節に合った飾りつけに取り組んでいる	食堂は広い上、隣のユニットも防火扉越しに見通せるので広々とした感じである。毎月、季節にあった鉢植え等の花を買って飾り、壁に習字や貼り絵等を飾っている。窓際に椅子を置き外を眺めることができる。	
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	窓付近に椅子を配置し、景色を眺めながら穏やかに過ごせる工夫を行っている		
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	入所時や認知症の進行に伴ない、随時家族へ説明し、馴染みの物や家族の写真を持ってきてもらう働きかけを行っている	仏壇を持ち込んだり家族の写真等を飾り、自分の家・部屋の雰囲気がある。家族からの要望で、床に柔らかい素材の敷物を敷き詰めた部屋もある。部屋は、希望によりベッド又は畳みの部屋にできる。	
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	動線確保や自分でお茶を入れられるよう、分かり易いところへポットを配置するなどの取組みを行っている		