

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	0405500050		
法人名	株式会社ウェルフェアフォレスト		
事業所名	グループホーム いずみの里 1丁目		
所在地	宮城県仙台市泉区山の寺1丁目34-3		
自己評価作成日	平成24年10月22日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=04
----------	---

【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24年11月20日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「入居者様と職員と一緒に生活を送る。」ことをベースに関わりもち支援しております。また、入居者様の生活歴を職員間で把握しこれからの生活で生かせるように可能性を大切に、残存機能を生かしたしたケアを行なっている。職員スキルアップの為、毎月の内部研修にも力を入れている。

【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)】

泉区4号線バイパスの北側の小高い住宅団地の中の緑に囲まれた静かな平屋の施設である。ユニット毎の理念は、ミーティングで立案、決定し上半期・年度末に評価をし振り返りを行っている。地域の行事の夏祭り・お達者会などに楽しく参加している。中学校の職場体験の受け入れを行い、地域の方々に認知症について説明するなど地域との連携を図っている。身体拘束などの研修も他の施設のアンケート調査を参考にし、グループワークを行いケアの向上に努めている。看取りの経験はないが、利用者の高齢化や介護度が上がり、看取りの準備が必要になっており、職員研修の実施など検討している。管理者は職員の人手不足でサービスが低下しないように職員一同協力したケアに努めている。

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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームいずみの里 ユニット名 1丁目）

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	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」を土台とした施設の理念があり、理念に沿ったケアの実践のため、チームに一番近い理念として、毎年、年度初めに、ミーティングにてユニット独自の理念を作り上半期、年度末に自分達のケアと照らし合わせ評価している。	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」とした施設の理念があり、ユニット毎の理念は毎年3月に決定し、上半期、年度末に自分たちのケアと照らし合わせて評価を行っている、	
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	毎年町内会に加入。地域行事への参加、施設行事に参加して頂いたりしている。地域から不用になったタオル、PTイレ等の寄付もある。夏には子供神輿の手伝い、毎月、職員が地域見回り隊にも参加している。	町内会に加入し、地域の社協の行事に参加して交流し、地域の見守り隊に協力している。地域の老人会「山の寺百寿会」がコンサートを開催してくれる。中学校の職場体験の受け入れも行っている。	
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	地域防災のため、外灯を21:00までつけたり、地域中学生の職場体験の受け入れを積極的に行なっている。昨年から引き続き集会所の鍵の管理、認知症の講習会の講師、地域から要望のあったAEDの設置したり取り組んでいる。		
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	行事、日常生活のビデオ上映、ホームの食事を実際に食べてもらう食事会を開催、また、会議の際、要望のあったAEDの設置、事例発表を行い施設の理解について取り組んでいる。	メンバーは町内会長・社協会長・民生委員・老人会長・地域包括職員・家族・管理者・職員の12～3人である。委員からAED設置の提案があり施設内に設置することができ、地域に貸し出し可能とした。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	地域包括支援センターに運営推進会議でケアの取り組み等の報告。認知症サポーター養成講座を依頼。苦情等の相談など、逆に入居相談を受けることもある。	認知症サポーター養成講座の講師を依頼されたり、入居相談を受けたりと連携している。	
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	ホームの指針として「身体拘束はしない」。日中帯の玄関の施錠はしていない。身体拘束については定期的な研修を行なっている。グループワークのほか、他施設にアンケートをお願いしたり、気付きが多くもてるように取り組んでいるが、身体拘束の具体的な行為についての理解度には差がある。	施錠は20時～7時、玄関には利用者の安全の為にセンサーを設置している。居室のセンサーは家族と話し合い「転倒防止」の為に設置している。身体拘束についての事例検討やグループワークを行い「気づき」につながる取り組みをしている。	
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	定期的な研修会を開催し、自分達のケアに不適切なケア、グレーゾーンが潜んでいないか確認している。他施設にアンケートを依頼しグループワークで話合う機会を持っている。		

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	後見制度を利用している入居者様もあり、入居者様家族に後見制度を説明している。		
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	入居申込みの段階で説明を行い、納得の上申込みをして頂いている。入居、解約の際、再度説明しお互い納得できるように努めている。介護報酬の改定の際も家族様お一人おひとりに説明し同意を得ている。		
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	運営推進会議時や面会票に記載できる欄をつくり意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、家族面会時やケアプラン提示時に要望等をお伺いしている。利用者については随時お話を聞くように取り組んでいる。	家族の意見は訪問時に、施設に來れない方は電話にて聞いている。利用者からの意見で食事のメニュー変更、外食、出前など取り入れている。第三者委員を設置し苦情解決に取り組んでいる。	家族面会やケアプラン提示などのおりに意見を聞いているが、より一層、家族一人ひとりゆっくり話し合う機会を作ることを期待する。
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	法人内の管理者会議で各施設の意見を発表する場やミーティング時に職員の意見、運営委員会を今年度より設置、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。また全職員と面談を行なっているが反映まで至っていない。	事故防止委員会、運営委員会などで職員の意見を聞き、研修会に力を入れている。職員の意見から「行事の際のビデオ観賞会」を行い利用者の楽しみになっている。	
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	介護職員の交付金の申請、交付や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。また、今年度、昇給もあった。		
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	毎月、内部研修を開催している。新人研修の実施、新人職員指導研修など実施している。各職員、個人目標を設定し自己啓発の機会を作っている。		
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	GH協には入会していないが、法人内研修や外部研修でネットワークが広がっている。高齢者虐待の研修の際には、他施設にアンケートを依頼したりしている。		

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
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。また、入居前に本人様の見学をお願い。体験入居も随時受け入れている。		
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。見学の際は極力、管理者が対応し入居前に不明点が解決できるように取り組んでいる。		
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	担当ケアマネジャー、家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居出来ない時はシルバーライフの紹介、同系列施設に相談している。		
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	利用者の得意分野、趣味をを生活の中で発揮できるように取り組んでいる。職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方、縫い物、戦時中など昔の話から学ぶ機会も多い。同じ時間、場を共有する者同士馴染みの関係になっている。		
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	正月は外出したり、家族と床屋に行ったり、オヤツや食事の時間が近い時は一緒に食事、また、他入居者様とも顔なじみになっている。急な外泊、外出についても対応している。今年度より、毎月、お手紙を発行し入居者の状態、状況を報告している。		
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	自宅が空き家になっている方は、時々、様子を見に行ったり、昔の友人の来所にも協力している。また、行き着けの床屋、お茶屋の利用をしたりしている。家族が遠方でなかなか会えない入居者様には家族様に電話の依頼をしたり、文通の支援を行なっている。	自宅の様子を見に行ったり、行きつけの床屋、地区社協のお達者会などへの外出支援を行っている。友人・親戚・昔の知人などの来所がある。また利用者の思いを大切にし電話・手紙などの支援も行っている。	
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	意思疎通が困難、ADLが低下している入居者様もコーヒーの時間やレクの時間など同じテーブルで過ごせるように取り組んでいる。また、元気な入居者様がADLが低下した入居者様の部屋を掃除したり入居者様の関係の支援に努めている。		

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	他施設に移った方の入居時の様子、ホームでのケアなど説明したり、その他に退居された方の利用の証明書の発行、退居された方の家族が来所してくれることもある。		
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	本人のニーズはカンファレンスにて共通認識として把握に努めている。言葉に出せず希望、意向の把握が難しい方の場合、日頃の行動、表情、仕草、生活歴からニーズの把握に努めている。	アセスメントシートや家族から生活歴を聞き利用者の希望するドライブ・園芸・はり絵・将棋などを取り入れ実施している。意思の把握が難しい利用者へは、日頃の表情で意思を汲み取るようにしている。	
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	生活歴、バックグラウンドの把握についてはいつでも回覧できるようにしている。新規入居者については入居前に本人、家族からの聞き取りをしている。入居後も家族様に伺ったりしている。		
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	「できること。」「出来ないこと。」「どこまでできるか」などの把握についてはケアプラン更新時確認しているが、ケアになると安易に手を出してしまっている。		
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	家族、本人の意向を確認し原則3ヶ月に1回見直しを行ない、職員主体のプランにならないように努めている。カンファレンス前には担当者が入居者の情報収集を行い、変化、現状を把握しケアプランを作成している。	モニタリングは1ヶ月に1回行い、本人・家族・職員・医師・看護師などと話し合いケアプランを作成し家族に渡している。ケアプランには短期・長期目標をたて3ヶ月一回見直し評価も行っている。	
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	個別に記録を残し職員間で情報の共有化に努めている。記録も多くなり、モニタリングの生かされている。		
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	食事について行事食、選択食、希望食の導入など新しいことに取り組んでいる。毎年、秋のドライブツアーは行き先は職員が決めていたが、今年度は各入居者の希望の場所に行けるように起案した。		

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	行事時、ボランティアさんが手伝ってくれるようになったり、融雪剤の寄付などもある。地区社協の行事の参加の支援をしている。		
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	かかりつけ医とは家族、本人納得のうえ、往診を受けている。医師とは密な連絡をとるようにし他科受診の際も紹介状や連絡を取ってくれている。また、受診時は職員が付き添い、必要な時は家族に同行をお願いしている。	かかりつけ医は本人の希望とし、往診は月2回行い、日々のバイタルチェックは職員が行っている。専門病院には家族が付き添い口頭で報告を受けている。薬の管理は薬局と提携して行っている。	
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	かかりつけ医の看護師が往診時、一緒に来てくれるので、気軽に相談ができる。また、電話対応も常時可能でありケースによっては来所してくれる関係にある。		
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。	入院時、こまめに面会に行くようにし、医師、看護師、ソーシャルワーカーに症状を確認し退院日時の調整など円滑な関係づくりに取り組んでいる。		
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	看取りについては経験、実績はないが、看取りを視野に入れて支援をすすめている。	重度化及び看取りの指針を作成し入所時に説明をして同意をもらっている。看取りの経験はないが、利用者の高齢化と介護度などを視野に入れて支援をしている。看取り実施によるケアや問題点なども踏まえての研修を予定している。	
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	今年、ほぼ全職員が救命救急を受講。AEDを設置した。		
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	夜間想定を含め、業者立会いのもと年2回訓練を実施。5月の訓練では地域の参加もあった。	5月と10月に夜間想定訓練を実施し、地域の方・消防署・推進員メンバーなどに声掛け参加を得ている。消火器・スプリンクラー・火災報知器は年に2回点検。災害支援対策として町内会と協定書を結んでいる。	

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
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	声の大きさや早さに注意しながら、リビングで「トイレ」などプライバシーに関わる言葉やリビング、廊下などで口腔ケアをしたりすることが少なくなってきたが、言葉掛けについては不足している点もある。	名前は本人の意向に添い「さん」付けで呼んでいる。利用者の思いを大切に声掛けをしている。言葉で表現できない利用者のサインやしぐさを見逃さないよう努めている。職員が言葉かけでスピーチロックに注意した支援を行っている。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい言葉で声がけしている。自分で意思をうまく伝えられない方に関しては、様子、仕草などから何を伝えようとするか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多く出来るように努めている。		
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人がどうしたいのかを大切にし、他フロアと協力しつつ、希望に沿えるように柔軟に対応している。		
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	重ね着があっても、さりげない声がけし、本人と相談しながら本人らしい身だしなみができるように支援している。また、お気に入りの服が汚れた際は出来るだけ早く返せるようにしている。		
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	職員と入居者が一緒に、一人一人の力に応じて準備、調理、片付けは日常的になっている。季節、季節で行事食、選択食も取り入れている。希望食も取り入れている。	利用者は能力にあわせ食事の準備・盛り付けなどを職員と一緒にを行い食事をしている。食事は事業者へ委託をしているがメニューは利用者の希望を取り入れている。食事制限の利用者は医師と相談をして決めている。	
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	入居者様全員に水分摂取チェック表があり、水分摂取量を確認している。摂取量が少ない入居者様には好みの物を家族に聞いて、提供したり、模索している。間食の好きな入居者様については主治医と相談しながら楽しみのある食生活を送れるよう支援している。		
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	口腔ケアについては、衛生士、歯科医に毎月1回は確認してもらっている。また、各入居者様にあった用具を紹介してもらったり指導してもらっている。		

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
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	排泄表を利用し、排便間隔、排尿間隔の把握に努めている。パットやオムツは時間帯に応じて大きさ、吸収量を考慮して使用している。	排泄チェック表を活用して日中はトイレで排泄できるよう支援している。ポータブルトイレを使用している人には巡回時に様子を見ている。紙おむつからポータブル、リハパンから布パンツに変わった利用者もいる。	
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	乳製品や水分摂取量が増えるように取り組み、出来るだけ薬に頼らないように支援している。		
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	曜日、時間帯は特に決まっていない。出来るだけ本人の希望に沿って入浴できるように支援している。入浴剤も数種類準備し選択できるように支援。	曜日・時間帯は特に決まっていない。個々の入浴チェック表をみて利用者の希望に合わせて入浴支援を行っている。浴室にはその都度温泉の名札が掛けられていて入浴したくない方へは温泉の話をして誘導支援をしている。	
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	入居者様の状態に合わせて支援している。眠れない時は事務所で過ごしたり無理しいせずに支援している。また、日中帯傾眠の多いかたへは、小まめなお昼寝の時間を作っている。		
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	誤薬防止マニュアルがあり、用法、用量については把握している。副作用や目的はいつでも確認、閲覧できるように支援している。		
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	入居者様の役割や習慣、楽しみごとを職員間で共有し日常生活に取り入れている、気分転換の一環として、ドライブや地域行事の参加も支援している。		
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	日常的に買物やドライブなど外出する機会や、季節、季節で外出機会もあり、地域のボランティアの協力もあった。介助量の多い入居者様の頻度は少なく、外出機会の頻度については入居者様によって差がある。	年間計画をたて、買い物・定義・松島・公園などへ外出して楽しんでいる。車イスの方へは同法人の車を借りて一緒に楽しんでいる。ボランティアが外出の支援に同行することもある。利用者の冠婚葬祭など社会とのつながりを大切に支援を行っている。	

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	数名、常時お金をもっており、買物時自分で支払う方もいる。常時もっていない入居者様も訪問でヤクルト屋さん came 際、支払いできるように支援している。		
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	希望で電話はいつでも使用できるように支援している。手紙を自分で出したり孫様と文通の支援をしている。		
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	季節毎、装飾を変えたり、季節感を取り入れるようにしている。食器棚等の家具については自宅で使用していたような家庭的な物を使用している。夜間帯、事務所の電気を消したりと配慮をしている。	居間は明るい部屋で温・湿度に気を付けた空調設定を行っている。暦や名前、行事のはり絵・写真等大きくわかりやすく貼られ季節感を取り入れた空間になっている。	
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	廊下、座敷にソファを設置し一人ひとりがその日の気分によって居心地が良い場所で過ごせるように支援している。		
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	自宅で布団で休んでいた方は布団で対応している。また、化粧台、仏壇、タンスなどなじみの物を持っていただけるように支援しその人らしい環境づくりに努めている。	使い慣れている布団・家具・仏壇・家族の写真等を取り入れ自分らしい思いを大切にしたい部屋づくりを支援している。	
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	居室に家族の写真や家具を設置し自分の部屋と認識しやすいように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の配置を変更するなど、自立できるように支援している。		

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	0405500050		
法人名	株式会社ウェルフェアフォレスト		
事業所名	グループホーム いずみの里 2丁目		
所在地	宮城県仙台市泉区山の寺1丁目34-3		
自己評価作成日	平成24年10月22日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=04
----------	---

【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24年11月20日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「入居者様と職員と一緒に生活を送る。」ことをベースに食事の準備、洗濯物たたみなど家事を中心に関わりもち支援しております。また、入居者様の生活歴を職員間で把握しこれからの生活で生かせるように可能性を大切に、残存機能を生かしたしたケアを行なっている。職員スキルアップの為、毎月の内部研修にも力を入れている。

【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)】

泉区4号線バイパスの北側の小高い住宅団地の中の緑に囲まれた静かな平屋の施設である。ユニット毎の理念は、ミーティングで立案、決定し上半期・年度末に評価をし振り返りを行っている。地域の行事の夏祭り・お達者会などに楽しく参加している。中学校の職場体験の受け入れを行い、地域の方々へ認知症について説明するなど地域との連携を図っている。身体拘束などの研修も他の施設のアンケート調査を参考にし、グループワークを行いケアの向上に努めている。看取りの経験はないが、利用者の高齢化や介護度が上がり、看取りの準備が必要になっており、職員研修の実施など検討している。管理者は職員の人手不足でサービスが低下しないように職員一同協力したケアに努めている。

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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームいずみの里 ユニット名 2丁目）

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	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」を土台とした施設の理念があり、理念に沿ったケアの実践のため、チームに一番近い理念として、毎年、年度初めに、ミーティングにてユニット独自の理念を作り上半期、年度末に自分達のケアと照らし合わせ評価している。	「あたたかい雰囲気」「地域との関わり」「自分らしく」「安心」とした施設の理念があり、ユニット毎の理念は毎年3月に決定し、上半期、年度末に自分たちのケアと照らし合わせて評価を行っている、	
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	毎年町内会に加入。地域行事への参加、施設行事に参加して頂いたりしている。地域から不用になったタオル、PTイレ等の寄付もある。夏には子供神輿の手伝い、毎月、職員が地域見回り隊にも参加している。	町内会に加入し、地域の社協の行事に参加して交流し、地域の見守り隊に協力している。地域の老人会「山の寺百寿会」がコンサートを開催してくれる。中学校の職場体験の受け入れも行っている。	
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	地域防災のため、外灯を21:00までつけたり、地域中学生の職場体験の受け入れを積極的に行なっている。昨年から引き続き集会所の鍵の管理、認知症の講習会の講師、地域から要望のあったAEDの設置したり取り組んでいる。		
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	行事、日常生活のビデオ上映、ホームの食事を実際に食べてもらう食事会を開催、また、会議の際、要望のあったAEDの設置、事例発表を行い施設の理解について取り組んでいる。	メンバーは町内会長・社協会長・民生委員・老人会長・地域包括職員・家族・管理者・職員の12～3人である。委員からAED設置の提案があり施設内に設置することができ、地域に貸し出し可能とした。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	地域包括支援センターに運営推進会議でケアの取り組み等の報告。認知症サポーター養成講座を依頼。苦情等の相談など、逆に入居相談を受けることもある。	認知症サポーター養成講座の講師を依頼されたり、入居相談を受けたりと連携している。	
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	ホームの指針として「身体拘束はしない。」。日中帯の玄関の施錠はしていない。身体拘束については定期的な研修を行なっている。グループワークのほか、他施設にアンケートをお願いしたり、気付きが多くもてるように取り組んでいるが、身体拘束の具体的な行為についての理解度には差がある。	施錠は20時～7時、玄関には利用者の安全の為にセンサーを設置している。居室のセンサーは家族と話し合い「転倒防止」の為に設置している。身体拘束についての事例検討やグループワークを行い「気づき」につながる取り組みをしている。	
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	定期的な研修会を開催し、自分達のケアに不適切なケア、グレーゾーンが潜んでいないか確認している。他施設にアンケートを依頼しグループワークで話合う機会を持っている。		

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	後見制度を利用している入居者様もあり、入居者様家族に後見制度を説明している。		
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	入居申込みの段階で説明を行い、納得の上申込みをして頂いている。入居、解約の際、再度説明しお互い納得できるように努めている。介護報酬の改定の際も家族様一人おひとりに説明し同意を得ている。		
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	運営推進会議時や面会票に記載できる欄をつくり意見を吸い上げるよう取り組んでいる。また、家族面会時やケアプラン提示時に要望等をお伺いしている。利用者については随時お話を聞くように取り組んでいる。	家族の意見は訪問時に、施設に來れない方は電話にて聞いている。利用者からの意見で食事のメニュー変更、外食、出前など取り入れている。第三者委員を設置し苦情解決に取り組んでいる。	家族面会やケアプラン提示などのおりに意見を聞いているが、より一層、家族一人ひとりゆっくり話し合う機会を作りたいことを期待する。
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	法人内の管理者会議で各施設の意見を発表する場やミーティング時に職員の意見、運営委員会を今年度より設置、事故防止委員会で職員の意見を引き出している。また全職員と面談を行なっているが反映まで至っていない。	事故防止委員会、運営委員会などで職員の意見を聞き、研修会に力を入れている。職員の意見から「行事の際のビデオ観賞会」を行い利用者の楽しみになっている。	
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	介護職員の交付金の申請、交付や外部研修の参加機会を増やしたりと取り組んでいる。また、今年度、昇給もあった。		
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	毎月、内部研修を開催している。新人研修の実施、新人職員指導研修など実施している。各職員、個人目標を設定し自己啓発の機会を作っている。		
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	GH協には入会していないが、法人内研修や外部研修でネットワークが広がっている。高齢者虐待の研修の際には、他施設にアンケートを依頼したりしている。		

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
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。また、入居前に本人様の見学をお願い。体験入居も随時受け入れている。		
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	管理者が相談から利用開始まで窓口になり、見学、実調の際意向を確認している。見学の際は極力、管理者が対応し入居前に不明点が解決できるように取り組んでいる。		
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	担当ケアマネジャー、家族から話を聞き、GHが一番いいか見極めるようにしている。すぐ入居出来ない時はシルバーライフの紹介、同系列施設に相談している。		
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	利用者の得意分野、趣味をを生活の中で発揮できるように取り組んでいる。職員が入居者様から食事の味付け、野菜の切り方、縫い物、戦時中など昔の話から学ぶ機会も多い。同じ時間、場を共有する者同士馴染みの関係になっている。		
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	正月は外出したり、家族と床屋に行ったり、オヤツや食事の時間が近い時は一緒に食事、また、他入居者様とも顔なじみになっている。急な外泊、外出についても対応している。今年度より、毎月、お手紙を発行し入居者の状態、状況を報告している。		
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	自宅が空き家になっている方は、時々、様子を見に行ったり、昔の友人の来所にも協力している。また、行き着けの床屋、お茶屋の利用をしたりしている。家族が遠方でなかなか会えない入居者様には家族様に電話の依頼をしたり、文通の支援を行なっている。	自宅の様子を見に行ったり、行きつけの床屋、地区社協のお達者会などへの外出支援を行っている。友人・親戚・昔の知人などの来所がある。また利用者の思いを大切にし電話・手紙などの支援も行っている。	
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	意思疎通が困難、ADLが低下している入居者様もコーヒーの時間やレクの時間など同じテーブルで過ごせるように取り組んでいる。また、元気な入居者様がADLが低下した入居者様の部屋を掃除したり入居者様の関係の支援に努めている。		

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	他施設に移った方の入居時の様子、ホームでのケアなど説明したり、その他に退居された方の利用の証明書の発行、退居された方の家族が来所してくれることもある。		
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	本人のニーズはカンファレンスにて共通認識として把握に努めている。言葉に出せず希望、意向の把握が難しい方の場合、日頃の行動、表情、仕草、生活歴からニーズの把握に努めている。	アセスメントシートや家族から生活歴を聞き利用者の希望するドライブ・園芸・はり絵・将棋などを取り入れ実施している。意思の把握が難しい利用者へは、日頃の表情で意思を汲み取るようにしている。	
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	生活歴、バックグラウンドの把握についてはいつでも回覧できるようにしている。新規入居者については入居前に本人、家族からの聞き取りをしている。入居後も家族様に伺ったりしている。		
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	「できること。」「出来ないこと。」「どこまでできるか」などの把握についてはケアプラン更新時確認しているが、ケアになると安易に手を出してしまっている。		
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	家族、本人の意向を確認し原則3ヶ月に1回見直しを行ない、職員主体のプランにならないように努めている。カンファレンス前には担当者が入居者の情報収集を行い、変化、現状を把握しケアプランを作成している。	モニタリングは1ヶ月に1回行い、本人・家族・職員・医師・看護師などと話し合いケアプランを作成し家族に渡している。ケアプランには短期・長期目標をたて3ヶ月一回見直し評価も行っている。	
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	個別に記録を残し職員間で情報の共有化に努めている。記録も多くなり、モニタリングの生かされている。		
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	食事について行事食、選択食、希望食の導入など新しいことに取り組んでいる。毎年、秋のドライブツアーは行き先は職員が決めていたが、今年度は各入居者の希望の場所に行けるように起案した。		

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	行事時、ボランティアさんが手伝ってくれるようになったり、融雪剤の寄付などもある。地区社協の行事の参加の支援をしている。		
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	かかりつけ医とは家族、本人納得のうえ、往診を受けている。医師とは密な連絡をとるようにし他科受診の際も紹介状や連絡を取ってくれている。また、受診時は職員が付き添い、必要な時は家族に同行をお願いしている。	かかりつけ医は本人の希望とし、往診は月2回行い、日々のバイタルチェックは職員が行っている。専門病院には家族が付き添い口頭で報告を受けている。薬の管理は薬局と提携して行っている。	
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	かかりつけ医の看護師が往診時、一緒に来てくれるので、気軽に相談ができる。また、電話対応も常時可能でありケースによっては来所してくれる関係にある。		
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。	入院時、こまめに面会に行くようにし、医師、看護師、ソーシャルワーカーに症状を確認し退院日時の調整など円滑な関係づくりに取り組んでいる。		
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	看取りについては経験、実績はないが、看取りを視野に入れて支援をすすめている。	重度化及び看取りの指針を作成し入所時に説明をして同意をもらっている。看取りの経験はないが、利用者の高齢化と介護度などを視野に入れて支援をしている。看取り実施によるケアや問題点なども踏まえての研修を予定している。	
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	今年、ほぼ全職員が救命救急を受講。AEDを設置した。		
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	夜間想定を含め、業者立会いのもと年2回訓練を実施。5月の訓練では地域の参加もあった。	5月と10月に夜間想定訓練を実施し、地域の方・消防署・推進員メンバーなどに声掛け参加を得ている。消火器・スプリンクラー・火災報知器は年に2回点検。災害支援対策として町内会と協定書を結んでいる。	

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
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	声の大きさや早さに注意しながら、リビングで「トイレ」などプライバシーに関わる言葉やリビング、廊下などで口腔ケアをしたりすることが少なくなってきたが、言葉掛けについては不足している点もある。	名前は本人の意向に添い「さん」付けで呼んでいる。利用者の思いを大切に声掛けをしている。言葉で表現できない利用者のサインやしぐさを見逃さないよう努めている。職員が言葉がけでスピーチロックに注意した支援を行っている。	
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	一人一人に合わせて理解しやすい言葉で声がけしている。自分で意思をうまく伝えられない方に関しては、様子、仕草などから何を伝えようとするか汲み取るように努め、自己決定、共同決定の場面を多く出来るように努めている。		
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	本人がどうしたいのかを大切に、他フロアと協力しつつ、希望に沿えるように柔軟に対応している。		
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	重ね着があっても、さりげない声がけし、本人と相談しながら本人らしい身だしなみができるように支援している。また、お気に入りの服が汚れた際は出来るだけ早く返せるようにしている。		
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	職員と入居者が一緒に、一人一人の力に応じて準備、調理、片付けは日常的になっている。季節、季節で行事食、選択食も取り入れている。希望食も取り入れている。	利用者は能力にあわせ食事の準備・盛り付けなどを職員と一緒に作り食事をしている。食事は事業者へ委託をしているがメニューは利用者の希望を取り入れている。食事制限の利用者は医師と相談をして決めている。	
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	入居者様全員に水分摂取チェック表があり、水分摂取量を確認している。摂取量が少ない入居者様には好みの物を家族に聞いて、提供したり、模索している。間食の好きな入居者様については主治医と相談しながら楽しみのある食生活を送れるよう支援している。		
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	口腔ケアについては、衛生士、歯科医に毎月1回は確認してもらっている。また、各入居者様にあった用具を紹介してもらったり指導してもらっている。		

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
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	排泄表を利用し、排便間隔、排尿間隔の把握に努めている。パットやおムツは時間帯に応じて大きさ、吸収量を考慮し使用している。	排泄チェック表を活用して日中はトイレで排泄できるよう支援している。ポータブルトイレを使用している人には巡回時に様子を見ている。紙おむつからポータブル、リハパンから布パンツに変わった利用者もいる。	
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	乳製品や水分摂取量が増えるように取り組み、出来るだけ薬に頼らないように支援している。		
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	曜日、時間帯は特に決まっていない。出来るだけ本人の希望に沿って入浴できるように支援している。入浴剤も数種類準備し選択できるように支援。	曜日・時間帯は特に決まっていない。個々の入浴チェック表をみて利用者の希望に合わせた入浴支援を行っている。浴室にはその都度温泉の名札が掛けられていて入浴しながらの方へは温泉の話をして誘導支援をしている。	
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	入居者様の状態に合わせて支援している。眠れない時は事務所で過ごしたり無理しいせずに支援している。また、日中帯傾眠の多いかたへは、小まめなお昼寝の時間を作っている。		
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	誤薬防止マニュアルがあり、用法、用量については把握している。副作用や目的はいつでも確認、閲覧できるように支援している。		
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	入居者様の役割や習慣、楽しみごとを職員間で共有し日常生活に取り入れている、気分転換の一環として、ドライブや地域行事の参加も支援している。		
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	日常的に買物やドライブなど外出する機会や、季節、季節で外出機会もあり、地域のボランティアの協力もあった。介助量の多い入居者様の頻度は少なく、外出機会の頻度については入居者様によって差がある。	年間計画をたて、買い物・定義・松島・公園などへ外出して楽しんでいる。車イスの方へは同法人の車を借りて一緒に楽しんでいる。ボランティアが外出の支援に同行することもある。利用者の冠婚葬祭など社会とのつながりを大切に支援を行っている。	

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	数名、常時お金をもっており、買物時自分で支払いする方もいる。常時もっていない入居者様も訪問でヤクルト屋さん came 際、支払いできるように支援している。		
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	希望で電話はいつでも使用できるように支援している。手紙を自分で出したり孫様と文通の支援をしている。		
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	季節毎、装飾を変えたり、季節感を取り入れるようにしている。食器棚等の家具については自宅で使用していたような家庭的な物を使用している。夜間帯、事務所の電気を消したりと配慮をしている。	居間は明るい部屋で温・湿度に気を付けた空調設定を行っている。暦や名前、行事のはり絵・写真等大きくわかりやすく貼られ季節感を取り入れた空間になっている。	
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	廊下、座敷にソファを設置し一人ひとりがその日の気分によって居心地が良い場所で過ごせるように支援している。		
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	自宅で布団で休んでいた方は布団で対応している。また、化粧台、仏壇、タンスなどなじみの物を持っていただけるように支援しその人らしい環境づくりに努めている。	使い慣れている布団・家具・仏壇・家族の写真等を取り入れ自分らしい思いを大切にしたい部屋づくりを支援している。	
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	居室に家族の写真や家具を設置し自分の部屋と認識しやすいように支援し、居室前の名前、浴室、トイレのプレートの設置。居室の家具の配置を変更するなど、自立できるように支援している。		