

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	0471300384		
法人名	有限会社バイタル・サポート		
事業所名	グループホームしわひめ	ユニット名	秋 桜
所在地	宮城県栗原市志波姫南堀口380-3		
自己評価作成日	平成 27 年 9 月 10 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10月 7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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・災害時における地区の指定緊急避難所としての役割を担っている ・防火管理者、衛生推進者を配置し、安全衛生管理を行っている ・希望者は月2回の口腔ケア(歯科往診による居宅療養管理指導)の実施 ・運営者が毎日、指導や助言、意見交換を行っている ・遊歩道、中庭、芝生、畑などの環境整備 ・食材の買物は1日おきに、またホームの畑の野菜を収穫し、常に新鮮なものを提供している

【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)】

<p>開設から12年を経過し40%近くが介護度4以上、100歳以上が3人という重度化が進む中、入居者は住み慣れたホームで穏やかな生活を送っている。市担当課や地域包括支援センターと連携し、入居者を支える体制は良好である。地元出身の職員が多く、地域との付き合いが自然にできている。医療連携体制ができており、終末期介護への取り組みが評価できる。全員が日常的に散歩をしたりチャーターバスで外出するなど、入居者の楽しみを継続している。入居者がプライドを持ち、その人らしく暮らすことを大切にしている。認知症から生じる本人の不安を理解し、共感する「寄り添うケア」の実践も優れている。</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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名:グループホームしわひめ)「ユニット名:秋桜」

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	事業所独自の理念を掲げ、運営規程及び重要事項説明書に明記している。職員自らの支援理念をつくり、日々理念を共有し意識を高めながらケアに生かしている。コンプライアンスルールを会社、社員で共有している。	事業所の運営理念のほかに、職員が心に留めている介護理念がある。地域住民と会話を交わしたり、職員自身が笑顔を絶やさないことで入居者も笑顔になれるよう意識するなど、理念の実践に努めている。	
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	地区の「豊齢者との集い」(敬老会)に招待されている。災害時における地区の指定緊急避難場所としての役割を担っている。近隣住民との交流(ゴミだし当番制、野菜の提供、散歩時の挨拶など)。ボランティアの受入(歌、踊り、演芸など)。	招待された敬老会で知人に会い、嬉しそうに会話する様子が見られた。近所の子供が来訪し、歌や踊りを見せてくれることもある。近所の人が耕作してくれるホームの畑の、季節野菜の生育を入居者は楽しみにしている。	
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	運営推進会議や家族の面会時を利用しながら認知症の理解と支援方法を発信している。		
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	サービス状況の報告や意見交換を行ったり、各種の勉強会(認知症、防災、感染症、虐待など)を計画し、地域の方々と知識を深めていきたい。(定期開催に向けて実行中)	会議で認知症などの勉強会を行ない、参加する家族から「とても勉強になる」と好評である。ホームの報告の後に、他施設の様子や世事が話題となっている。福祉用具業者が新たにメンバーに加わった。	
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取り組んでいる	栗原市(介護保険係、生活保護係)とは日常的に相談している。築館・志波姫地域包括支援センターとも日常的に連携し、入居相談や成年後見制度など協働している。	市が行う「認知症について」などの研修会に参加している。介護保険以外の制度利用者が数人おり、担当課窓口を訪れることが多く、その都度助言などをもらっている。良好な連携がとれている。	
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	利用契約書に行動の制限について明記している。「グループホームしわひめ身体拘束ゼロへの取り組み」を明文化。「身体拘束ゼロへの手引き」にて日常的に共有している。また、日々のOJTにより「不適切なケア」の改善に努めている。	歩行が不安定な入居者について、「車椅子にしたら拘束になるのでは？」など話し合い、移動時だけ使用することにした。そのさい、不安になる後進は避ける事を共有した。慣れてしまい疑問に思わない「ケアの落とし穴」はないか、本人本位に考えている。	
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	研修、セミナーへの参加及びエールへの加入を通じて情報の収集に努め、送り・会議等で職員に周知している。身体拘束と同様、日常のOJTにより不適切なケアを摘み取っている。		

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	研修、セミナーへの参加及びエールへの加入を通じて情報の収集に努めている。現在「まもりーぶ」利用者が3名、「成年後見制度」利用者1名。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書、重要事項説明書、医療連携体制指針等を十分に時間をかけて説明している。とくに退所条件や利用料、起こりうるリスク、医療連携など詳しく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	契約時に契約書、重要事項説明書で説明している。面会時、運営推進会議等で家族より意見・要望を確認してケアプランに反映している。公的機関、第三者委員相談窓口の説明もしている。	来訪した家族の昔話から、入居時に得られなかった自宅での様子が聞けることもあり、草取りなどケアに活かしている。「歩行が不安定でも歩かせて」の要望があり、座ったままで足を上げたり足首を回す等している。	
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	各ユニット別会議の実施。経営者は毎日状況把握を行い、研修等への参加希望や入居者の対応方法について相談を受けている。	介護ベッド利用の提案があり、家族・業者も交えて話し合いの結果、導入し入居者・職員双方の負担軽減となった。椅子を回転椅子に替えるなど、その人にとって暮らしやすくするための提案が反映されている。	
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	経営者が毎日、現場の状況把握を行い、職員の不安、悩みを聴いている。毎年、基本給のベースアップを行い、さらに介護職員処遇改善加算金の給付も行っている。		
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	キャリアパス要件である介護職員資質向上のための目標を定め、実現に向けた取り組み計画にそって実践中である。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	宮城県GH協議会、全国GH協、エールなどに加入、参加している。		

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	入所相談時に必ず管理者、ケアマネが自宅に訪問し、本人・家族の意向を確認している。また、本人・家族の事前見学は自由である。		
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	No.15と同様である。家族は不安や悩みをたくさん抱えているので、時間をかけてゆっくりお話を聴くようにしている。		
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・家族が利用しているケアマネ、介護サービス事業所、主治医、地域包括支援センターなどとも相談しながら、幅広く柔軟にサービスの選択肢を見極めていけるよう対応している。		
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	本人の言葉だけでなく、表情・行動をよく観察し、サインを見落とさないようにしている。また、利用者から教えられたり、手伝いや笑いをいただいたら素直に感謝の気持ちを伝えるように心がけている。		
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	常に家族もまき込みながら、本人・家族・職員の一体感を持続している。家族と本人の確執、不調和などそれぞれ固有の悩み・不安を共有し、軽減できるよう支援している。		
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	自宅で生活していた頃の知人、区長さんの面会など、いつでも来訪していただけるようお願いしている。通院時に馴染みの床屋さん親戚の家へ行ったりしている。	草取りをしていたことを聞きしてもらったり、達筆な入居者に行事の式次第を書いてもらうなど、得意なことを生活に活かしている。自宅で家族と過ごす人もいる。本人宛への手紙など家族の協力もある。	
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	職員がさりげなく調整役になり、双方の言い分を聴いている。		

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	契約が終了した家族から、その後の状況報告やこれからの方向性の相談を受けたことがある。		
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	日常会話から得られた情報や家族からの情報を職員間で共有し、その場その場に合った「思い」に寄り添いコミュニケーションを図っている。会話が難しい方には表情や行動を観察し、「思い」を見つけ出している。	「迷惑をかけていないか」「食事代を払わなければ」などの不安を聞き対応している。中核症状による記憶障害や妄想について、職員はよく理解しており、些細な変化からも察知し、不安要因を払拭するよう対応している。	
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	日常会話、家族の話、入所前に携わった方(ケアマネ、主治医など)の話から得られた情報をケアプランに活かし、職員間で共有している。		
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	1日24時間の時系列の中で、生活リズム、生活パターンを把握している。日常生活記録表や行動チェック表の活用。		
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	本人・家族との日常のかかわりの中での「思い」「要望」を取り入れながらアセスメントを実施し、ケアプランを作成している。宮城県版やセンター方式の活用。	家族の「リハビリして」の要望で、歩行の機会を多くした。本人の「何か食べたい」には、過剰摂取と胃の負担に配慮した氷や飲み物を口にするのを盛り込んだ。ケアに関する職員の意見は随時反映されている。	
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	ケアプランを基に個別ケース記録を作成し、情報を共有している。		
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	通院、入院など家族が対応できない場合、グループホームで対応している。対応後は電話連絡、報告を行っている。(家族、主治医への情報提供として、通院ノートを記入)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近隣の福祉施設、消防、警察などへ情報提供し協力をお願いしている。民生委員の方も運営推進会議に参加してもらい利用者の状況を把握してもらっている。		
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	本人、家族が希望するかかりつけ医となっている。受診は原則、本人・家族・職員で行い、家族の諸事情で対応できない場合は職員が対応、支援している。(通院ノート、日常記録の活用)	本人が希望するかかりつけ医との話し合いで、訪問診療(3院)を可能にした。歯科医の往診で、90%以上が改善した。看護職員は日頃の入居者の状態を把握し、急変時の助言や排便確認などを行っている。	
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	看護師を配置し、日常の健康管理、医療機関との連携などを介護職と共に行っている。		
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。	家族・担当医・職員・経営者が情報交換しながら、早期退院と退院後の生活支援について協働している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に医療連携体制や看取りの方針を明確にし、成文化している。終末期の方はその都度、家族・主治医・グループホームで話し合い、方向性を決定している。(家族の希望で延命治療は行わず、主治医と24時間連携をとり、看取りを行った)	終末期ケアの際、気になることや変化について医師から指示を受けることができ、看護師ともつながりを持つなどチームケアが発揮された。その人の最期を受け入れて冷静に対応できたことで、家族が望む「自然に」の看取りをすることができた。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、情報を共有している。実際に事故、けがの発生時にはその都度、管理者・看護師・事務長が指示・指導している。		
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、地域との協働体制を築いている	年2回(夜間想定)、利用者・職員・経営者・設備点検業者・消防署員で消防避難訓練を実施。同時に消防署員の協力のもと避難方法、避難経路の確認、消火器の使用方法など指導あり。近隣住民の参加あり。	初期消火が確実にできるよう水消火器を使った訓練を実施した。ユニット間の声掛け行動や協力住民への指示などが次回の課題となった。署員の講評に、延焼を防ぐ「出入口の閉鎖」と「逃げ遅れの確認」があった。	

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
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	利用者の言動に対して職員側の立場(視点)で否定的、命令的、強制的、指導的にならないよう支援している。利用者の行動を見て、本人は今何を望んでいるかを見極め、さりげなく声がけし満足していただけるよう支援している。	起床や着脱など、その人のペースを尊重している。食事での食べこぼしをさり気なく片づけたり、トイレは廊下で待つなど自尊心に配慮している。主張せず目立たない人への声掛けも大切にしている。	
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	利用者の不安、苦しみ、怒り、悲しみ、うれしさ、楽しみ、要望、希望を共感・共有し合える関係作りを実践している。		
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	各利用者の1日のながれが把握されており、本人の気持ち、声を重視し支援している。		
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	本人で決められる方は自分で、決められない方には職員がその日の天候や季節などを考慮しアドバイスしている。		
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	敷地内の家庭菜園の収穫物を一緒に収穫し、旬の野菜を調理して季節を感じながら食べている。準備、配膳、後片付けなど役割を持って手伝っていただいている。	食前に献立の紹介や季節食材の話をし、食卓での話題づくりをしている。入れ歯でも食べやすい形にしたり、希望に応えた頭付き秋刀魚など、楽しんで食べてもらう工夫をしている。副食物が多く、栄養バランスが良い。	
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	全体カロリー(1,400~1,600kcal)の調整は主に炭水化物で行う(塩分、脂質は少なめに)。水分摂取は1,000~1,500ccを目安に管理(ただし、主治医からの指示がある方は除く)。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に本人が行い、できないところは職員が手伝う。本人・家族の同意がある場合は、居宅療養管理指導を利用し、月2回の歯科医師の往診による口腔ケア(居宅療養管理指導)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	排泄チェックリストを作成し、一人一人の排泄パターンを把握し、排泄の自立に向けて声がけをする。本人の動作でのサインを見逃さず、自立できない方でもトイレ誘導し、自然体で安心して排泄できるようにしている。	トイレでの排泄を大切に、リハパンから下着にするなどを目標に支援している。「帰る」と言うサインを把握し「行きますか」など、その人に合った誘導をしている。パッドを外す行為の原因を探り、適切に対応した。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	散歩、体操などの軽い運動や水分補給、乳製品の摂取などで予防に努めている。必要に応じ、主治医と相談し服薬を行う場合がある。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日声がけしているが、本人の希望により決定している。本人希望により同性職員の支援あり。拒否が続く場合は原因を探り、タイミングをはかったり、相性のいい職員が対応している。また、お風呂の中で歌を歌う人もいる。	週に2～3回の入浴になっている。湯に浸かった後で洗うなど、その人の習慣にそった支援をしている。浴室で軍隊経験の意外な話が聞けることもある。体調に合わせてシャワー浴にすることもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	各利用者の睡眠パターンを職員全員で共有している。とくに日中の生活リズムを整えることに注力している。		
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	誤薬を防ぐため個人別に保管している。服薬一覧表を作成しており、薬の変更時に加筆していく。処方変更時はより一層、状態変化に注力している。		
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	日常的な役割が決まっており、自分から清掃、台所、食事の準備などに係わっている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	四季折々、外出の機会をもうけ、バスをチャーターして出かける。(桜、アヤメ、紅葉など)。周辺の散歩を兼ねて行きつけの美容院でのおしゃれ。通院時の外食など。家族と一緒に墓参りに行く。	庭での茶飲みは、ユニット間交流にもなっている。周辺散歩の後は気分が変わり、普段は会話のない入居者同士が言葉を交わしたりしている。バスでの遠出は元気ハツラツで出掛ける分、帰路は疲れているようだ。個別に美容院や買い物への支援もしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の協力を得て、小額のお小遣いを持っている方もいる。買物の時など自分で支払っている。		
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	日常的に電話を使用できるよう支援している。(子機を使って自分の居室で気兼ねなく会話してもらう。)		
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	ホールより外の自然風景(日の出、田んぼ、渡り鳥、草花)が見られ、四季を感じる事ができる。また、利用者と一緒に切り絵の作品や季節感のある飾りを展示している。常にお花を飾り、和やかに過ごしている。	ホールの壁に飾られた折り紙、十五夜の月が、入居者と職員の合同作品である。テレビが見やすくや入居者の立ち上がりなどに気を付けている。日中は皆がホールで過ごしている。庭で揺れていたコスモスがホームのあちこちに飾られている。	
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	居間TV付近のソファ、障子で仕切られた和室、廊下に置いた談話用テーブル・イスなど用意してある。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具や仏壇、電化製品、自作の絵、思いである写真などを持ち込んでいる方もいる。冷房、暖房、換気など体調に影響が出ないように調整している。	気に入ったチラシを貼る、掃除が行き届いているなど、その人なりの居室になっている。夜勤時は、申し送りされた事項を把握し、就寝後の入居者の寝息を聞くなどして安否を気に掛けている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	廊下、トイレ、浴室、居間などに手摺りを設けている。夜間ベッドからの転倒・転落を想定し、ベッド廻りの床にマット等を敷設している。		

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	0471300384		
法人名	有限会社バイタル・サポート		
事業所名	グループホームしわひめ	ユニット名	桔 梗
所在地	宮城県栗原市志波姫南堀口380-3		
自己評価作成日	平成 27 年 9 月 10 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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・災害時における地区の指定緊急避難所としての役割を担っている ・防火管理者、衛生推進者を配置し、安全衛生管理を行っている ・希望者は月2回の口腔ケア(歯科往診による居宅療養管理指導)の実施 ・運営者が毎日、指導や助言、意見交換を行っている ・遊歩道、中庭、芝生、畑などの環境整備 ・食材の買物は1日おきに、またホームの畑の野菜を収穫し、常に新鮮なものを提供している

※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10月 7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>開設から12年を経過し40%近くが介護度4以上、100歳以上が3人という重度化が進む中、入居者は住み慣れたホームで穏やかな生活を送っている。市担当課や地域包括支援センターと連携し、入居者を支える体制は良好である。地元出身の職員が多く、地域との付き合いが自然にできている。医療連携体制ができており、終末期介護への取り組みが評価できる。全員が日常的に散歩をしたりチャーターバスで外出するなど、入居者の楽しみを継続している。入居者がプライドを持ち、その人らしく暮らすことを大切にしている。認知症から生じる本人の不安を理解し、共感する「寄り添うケア」の実践も優れている。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	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:グループホームしわひめ)「ユニット名:桔梗」

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	事業所独自の理念を掲げ、運営規程及び重要事項説明書に明記している。目につく所に理念を掲示、共有し、職員間意識を高め、より質の良い介護につなげている。社内のコンプライアンスルールを会社、社員で共有している。	事業所の運営理念のほかに、職員が心に留めている介護理念がある。地域住民と会話を交わしたり、職員自身が笑顔を絶やさないことで入居者も笑顔になれるよう意識するなど、理念の実践に努めている。	
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	地区の「豊齢者との集い」(敬老会)に招待されている。災害時における地区の指定緊急避難場所としての役割を担っている。近隣住民との交流、会話(ゴミだし、野菜の提供、散歩時の挨拶など)、ボランティアの受入(歌、踊り、演芸など)	招待された敬老会で知人に会い、嬉しそうに会話する様子が見られた。近所の子供が来訪し、歌や踊りを見せてくれることもある。近所の人が耕作してくれるホームの畑の、季節野菜の生育を入居者は楽しみにしている。	
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	運営推進会議や家族の面会時を利用しながら認知症の理解と支援方法を発信している。		
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	サービス状況の報告や意見交換を行ったり、各種の勉強会(栗原市の現状、認知症、感染症、虐待など)を計画し、定期開催に向けて実施中である。	会議で認知症などの勉強会を行ない、参加する家族から「とても勉強になる」と好評である。ホームの報告の後に、他施設の様子や世事が話題となっている。福祉用具業者が新たにメンバーに加わった。	
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取り組んでいる	栗原市(介護保険係、生活保護係)とは日常的に連携している。築館・志波姫地域包括支援センターとは入居相談や成年後見制度など協働している。	市が行う「認知症について」などの研修会に参加している。介護保険以外の制度利用者が数人おり、担当課窓口を訪れることが多く、その都度助言などをもらっている。良好な連携がとれている。	
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	利用契約書に行動の制限について明記している。常に職員一人一人が自分のケアが身体拘束になっていないか考え、職員間で各々のケアが不適切でないか確認しあう(どのようなことが身体拘束になるのか明確にされている。)	歩行が不安定な入居者について、「車椅子にしたら拘束になるのでは？」など話し合い、移動時だけ使用することにした。そのさい、不安になる後進は避ける事を共有した。慣れてしまい疑問に思わない「ケアの落とし穴」はないか、本人本位に考えている。	
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	研修、セミナーへの参加及びエールへの加入を通じて情報の収集に努め、送り・会議等で職員に周知している。身体拘束と同様、日常のOJTにより不適切なケアを摘み取っている。		

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	研修、セミナーへの参加及びエールへの加入を通じて情報の収集に努めている。現在、「成年後見制度」利用者1名。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書、重要事項説明書、医療連携体制指針等を十分に時間をかけて説明している。とくに退所条件や利用料、起こりうるリスク、医療連携など詳しく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	契約時に契約書、重要事項説明書で説明している。家族来訪時に家族と会話をし、その中からさりげなく要望や意見などを聞き取り、共有する。運営推進会議への参加。	来訪した家族の昔話から、入居時に得られなかった自宅での様子が聞けることもあり、草取りなどケアに活かしている。「歩行が不安定でも歩かせて」の要望があり、座ったままで足を上げたり足首を回す等している。	
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	各ユニット別会議の実施。職員個別面談の実施(随時)。ケアカンファレンスへの参加。経営者は毎日状況把握を行い、職員の意見等を聴いている。キャリアパス計画の協働実現を目指している。	介護ベッド利用の提案があり、家族・業者も交えて話し合いの結果、導入し入居者・職員双方の負担軽減となった。椅子を回転椅子に替えるなど、その人にとって暮らしやすくなるための提案が反映されている。	
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	経営者が毎日、現場の状況把握を行い、職員の不安、悩みを聴いている。毎年、基本給のベースアップを行い、さらに介護職員処遇改善加算金の給付も行っている。		
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	キャリアパス要件である介護職員資質向上のための目標を定め、実現に向けた取り組み計画にそって実践中である。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	宮城県GH協議会、全国GH協、エールなどに加入、参加している。		

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	入所相談時に必ず管理者、ケアマネが自宅に訪問し、本人・家族の意向を確認している。また、本人・家族の事前見学は自由である。		
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	No.15と同様である。家族は不安や悩みをたくさん抱えているので、時間をかけてゆっくりお話を聴くようにしている。		
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・家族が利用しているケアマネ、介護サービス事業所、主治医、地域包括支援センターなどとも相談しながら、幅広く柔軟にサービスの選択肢を見極めていけるよう対応している。		
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	本人の言葉だけでなく、表情・行動をよく観察し、サインを見落とさないようにしている。また、利用者から教えられたり、手伝いや笑いをいただいたら素直に感謝の気持ちを伝えるように心がけている。		
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	常に家族もまき込みながら、本人・家族・職員の一体感を持続している。家族と本人の確執、不調和などそれぞれ固有の悩み・不安を共有し、軽減できるよう支援している。		
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	家族や知人などには、いつでも来訪できることを話している。近くの理髪店から来訪してもらい顔なじみになっているので、会話も弾み散髪を楽しみにしている	草取りをしていたことを聞きしてもらったり、達筆な入居者に行事の式次第を書いてもらうなど、得意なことを生活に活かしている。自宅で家族と過ごす人もいる。本人宛への手紙など家族の協力もある。	
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	職員がさりげなく調整役になり、双方の言い分を聴いている。		

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	契約が終了した家族から、その後の状況報告やこれからの方向性の相談を受けたことがある。		
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	入居者どうしでの言争いや相性など、なかなか他入居者の前では言えないことをさりげなく聞きだし、職員間で共有する。食事時の席替えなど、できるだけ生活しやすい場を提供できるよう心がけている	「迷惑をかけていないか」「食事代を払わなければ」などの不安を聞き対応している。中核症状による記憶障害や妄想について、職員はよく理解しており、些細な変化からも察知し、不安要因を払拭するよう対応している。	
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	日常会話、家族の話、入所前に携わった方(ケアマネ、主治医など)の話から得られた情報をケアプランに活かし、職員間で共有している。		
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	1日24時間の時系列の中で、生活リズム、生活パターンを把握している。日常生活記録表や行動チェック表の活用。		
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	本人・家族との日常のかかわりの中での「思い」「要望」を取り入れながらアセスメントを実施しケアプランを作成している。宮城県版やセンター方式の活用。	家族の「リハビリして」の要望で、歩行の機会を多くした。本人の「何か食べたい」には、過剰摂取と胃の負担に配慮した氷や飲み物を口にするのを盛り込んだ。ケアに関する職員の意見は随時反映されている。	
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	ケアプランを基に個別ケース記録を作成し、情報を共有している。		
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	通院、入院など家族が対応できない場合、グループホームで対応している。対応後は電話連絡、報告を行っている。(家族、主治医への情報提供として、通院ノートを記入)		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近隣の福祉施設、消防、警察などへ情報提供し協力をお願いしている。民生委員の方も運営推進会議に参加してもらい利用者の状況を把握してもらっている。		
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	本人、家族が希望するかかりつけ医となっている。受診は原則、本人・家族・職員で行い、家族の諸事情で対応できない場合は職員が対応、支援している。(通院ノートには、医師への相談事項や体調の日常変化などを記入)	本人が希望するかかりつけ医との話し合いで、訪問診療(3院)を可能にした。歯科医の往診で、90%以上が改善した。看護職員は日頃の入居者の状態を把握し、急変時の助言や排便確認などを行っている。	
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	看護師を配置し、日常の健康管理、医療機関との連携などを看護職と共に行っている。		
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。	家族・担当医・職員・経営者が情報交換しながら、早期退院と退院後の生活支援について協働している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に医療連携体制や看取りの方針を明確にし、成文化している。終末期の方はその都度、家族・主治医・グループホームで話し合い、方向性を決定している。認知症が重度化し、本人が病状や痛みを訴えられないので、細かな観察と記録を実施。訪問診療との連携も実施中。	終末期ケアの際、気になることや変化について医師から指示を受けることができ、看護師ともつながりを持つなどチームケアが発揮された。その人の最期を受け入れて冷静に対応できたことで、家族が望む「自然に」の看取りをすることができた。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し、情報を共有している。実際に事故、けがの発生時にはその都度、管理者・看護師・事務長が指示・指導している。		
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、地域との協働体制を築いている	年2回(夜間想定)、利用者・職員・経営者・設備点検業者・消防署員で消防避難訓練を実施。回数を重ね体で覚えることにより迅速、確実に行えるようにしている。大きな声を出す練習をしている。近隣の住民も参加している。	初期消火が確実にできるよう水消火器を使った訓練を実施した。ユニット間の声掛け行動や協力住民への指示などが次回の課題となった。署員の講評に、延焼を防ぐ「出入口の閉鎖」と「逃げ遅れの確認」があった。	

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
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	入居者のそばで声掛けし、否定せず、相手を尊重する介護。相手に合わせ、わかりやすい言葉でゆっくり、丁寧に説明し、本人の了解、納得を得てから介助に入る。(歩行不安定な方が歩行器や車いすの使用を拒むときなど)	起床や着脱など、その人のペースを尊重している。食事での食べこぼしをさり気なく片づけたり、トイレは廊下で待つなど自尊心に配慮している。主張せず目立たない人への声掛けも大切にしている。	
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	利用者の不安、苦しみ、怒り、悲しみ、うれしさ、楽しみ、要望、希望を共感・共有し合える関係作りを実践している。		
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	各利用者の1日のながれが把握されており、本人の気持ち、声を重視し支援している。		
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	本人で決められる方は自分で、決められない方には職員がその日の天候や季節などを考慮しアドバイスしている。		
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	楽しく食べられるようテーブルの配置工夫(仲が良い、話が合う)。下膳、食器拭きなどできることをしてもらおう。「小豆はつとが食べたい」との希望があり、作り方を知っている入居者を中心に料理し、皆で楽しんでいる。	食前に献立の紹介や季節食材の話をし、食卓での話題づくりをしている。入れ歯でも食べやすい形にしたり、希望に応えた頭付き秋刀魚など、楽しんで食べてもらう工夫をしている。副食物が多く、栄養バランスが良い。	
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	全体カロリー(1,400~1,600kcal)の調整は主に炭水化物で行う(塩分、脂質は少なめに)。水分摂取は1,000~1,500ccを目安に管理(ただし、主治医からの指示がある方は除く)。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後に本人が行い、できないところは職員が手伝う。本人・家族の同意がある場合は、居宅療養管理指導を利用し、月2回の歯科医師の往診による口腔ケア(居宅療養管理指導)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	排泄チェックリストを作成し、一人一人の排泄パターンを把握し、排泄の自立に向けて定期的(個別)に声がけをする。排泄の感覚が鈍くなり、声がけに対して拒否されるときは、時間を置いたり、席を立った際にさりげなく誘導してみる。	トイレでの排泄を大切に、リハパンから下着にするなどを目標に支援している。「帰る」と言うサインを把握し「行きますか」など、その人に合った誘導をしている。パッドを外す行為の原因を探り、適切に対応した。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	散歩、体操などの軽い運動や水分補給、乳製品の摂取などで予防に努めている。必要に応じ、主治医と相談し服薬を行う場合がある。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	毎日声がけしているが、本人の希望により決定している。プライバシーに配慮するため、同性職員の対応あり。拒否があるときは、時間を置いたり、職員を変えたりする。入所前までの入浴方法、習慣を聞き、それに沿った支援を心がけている。	週に2~3回の入浴になっている。湯に浸かった後で洗うなど、その人の習慣にそった支援をしている。浴室で軍隊経験の意外な話が聞けることもある。体調に合わせてシャワー浴にすることもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	各利用者の睡眠パターンを職員全員で共有している。とくに日中の生活リズムを整えることに注力している。		
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	誤薬を防ぐため個人別に保管している。服薬一覧表を作成しており、薬の変更時に加筆していく。処方変更時はより一層、状態変化に注力している。		
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	日常的な役割が決まっており、自分から清掃、台所、食事の準備などに係わっている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	車いすを乗せられるバスをチャーターし、全員で花見、アヤマ、紅葉など楽しんでいる。月に一度は自宅で食事や、外食される方もいる。日常では、気分転換や軽い運動も兼ね、近所に散歩に出る。	庭での茶飲みは、ユニット間交流にもなっている。周辺散歩の後は気分が変わり、普段は会話のない入居者同士が言葉を交わしたりしている。バスでの遠出は元気ハツラツで出掛ける分、帰路は疲れているようだ。個別に美容院や買い物への支援もしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の協力を得て、小額のお小遣いを持っている方もいる。買物の時など自分で支払っている。		
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	日常的に電話を使用できるよう支援している。(子機を使って自分の居室で気兼ねなく会話してもらう。また、携帯電話を持参している方もいる。)		
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	手先の器用な入居者さんもいるので、職員が下絵を作り、その上に貼り絵や飾りを季節ごとに作って楽しんでいる。職員と入居者さんとのコミュニケーションを図る良い機会でもある。	ホールの壁に飾られた折り紙、十五夜の月が、入居者と職員の合同作品である。テレビが見やすくや入居者の立ち上がりなどに気を付けている。日中は皆がホールで過ごしている。庭で揺れていたコスモスがホームのあちこちに飾られている。	
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	居間TV付近のソファ、障子で仕切られた和室、廊下に置いた談話用テーブル・イスなど用意してある。		
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	読書が好きで、夜遅くまで読む方がいる。また、テレビが好きで、夜9時頃までホールで楽しめる方もいる。	気に入ったチラシを貼る、掃除が行き届いているなど、その人なりの居室になっている。夜勤時は、申し送りされた事項を把握し、就寝後の入居者の寝息を聞くなどして安否を気に掛けている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	廊下、トイレ、浴室、居間などに手摺りを設けている。夜間ベッドからの転倒・転落を想定し、ベッド廻りの床にマット等を敷設している。		