

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	令和 3 年 9 月 13 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.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	令和 3 年 10 月 27 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"> ・訪問診療を利用し、介護と医療の連携を実践している。 ・災害時における地区の指定緊急避難所としての役割をになっている。 ・利用者の救命救急の対応としてAEDの設置。 ・月1回以上の職員社内研修、勉強会の実施。 ・希望者はつき2回の口腔ケア(居宅療養管理指導)を利用できる。 ・遊歩道、中庭、畑などの環境整備。 ・食材は1日おきに購入し、ホームの野菜収穫により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>ホームが立地する地区は、山の上区と言われる様に台地の上に位置し、すぐ近くを通る高速道路も、一段下を通っている。秋から冬にかけて、伊豆沼に来るガンや白鳥の渡り鳥が、沼と餌場を行き来する光景を見る事が出来る。季節によって様々な色を変えてそびえる栗駒山は、入居者の心も職員の心も癒す季節のシンボルになっている。「時間にとられず、ゆっくりと穏やかに暮らせるように」との介護理念を後押しする自然環境の中で生活できるホームになっている。毎月の研修で、職員のスキルアップをして、介護力の向上に繋がっている。</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		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りや深まりがあり、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身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (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	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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、医療機関との連携や、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 : 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踏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	介護理念や社内コンプライアンスルールを掲げ、日常のOJTや社内研修(勉強会)等で会社、管理者、職員で共有している。	設立時の運営理念と介護理念があり、職員が話し合って継続することを決めた。ユニット毎に6ヶ所掲示している。ゆっくり穏やかに暮らせる様に入居者のペースに合わせた介護に努めている。	
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	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。区長さんを通じて認知症の理解等の啓蒙に、ご尽力いただいている。	区長を通じて、入居者の生活について認知症の事等の情報を地域の方々に発信している。食材は地元のスーパーから購入している。近所の方が野菜を届けてくれる。	
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	運営推進会議を利用しながら、認知症の理解と支援方法、事例紹介などを発信している。		
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	新型コロナウイルス感染拡大防止のため、構成員参加での会議は自粛しているが、年6回資料を送付し意見、質問に対応している。	コロナ禍で、年間6回の書面報告をしている。区長や市職員、地域包括職員、家族がメンバーである。コロナ感染対策についてや入居者の状況を報告している。	
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も入居相談や成年後見制度等で協働している。	「地域ケア会議」の連絡があり、施設長が管理者が参加している。コロナ禍で、市からはワクチン接種の情報をもらったり、消毒液や手袋などの支給があった。ホームの空き情報の問合せがある。	
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	「身体拘束等の適正化のための指針」を明文化、身体拘束廃止委員会を設立し、年4回～6回開催している。また、年2回(新規採用時含む)の社内研修を実施し、不適切なケアの改善に努めている。	身体拘束廃止委員会と運営推進会議を同日開催している。年3回の職員研修を実施し、不適切ケアの改善に努めている。面会後に帰宅願望が出る事が多く、少し散歩して落ち着いてもらっている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	社内研修(勉強会)で自身のケアを振り返り、不適切なケアの改善に努めている。「虐待の芽チェックリスト」を活用し、日常的に職員同士で意識改革を行っている。「グループホームしわひめ高齢者虐待防止に関する取組」参照	チェックリストで威圧的な態度や命令口調などを確認している。「高齢者虐待防止に関する取り組み」として、不適切ケアの具体例を研修をしている。車イスが長時間にならない様に、少し横になる様に対応している。	

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
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、セミナー等への参加及び宮城オンブズネット「エール」への加入を通じて情報の収集に努めている。日常生活自立支援事業「まもりーぶ」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	認知症対応型共同生活介護利用契約書、重要事項説明書、医療連携体制指針、個人情報保護方針、身体拘束等の適正化のための指針等を入所前に説明し理解を得ている。		
10	(7)	○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、重要事項説明書で外部への相談窓口を紹介している。家族の面会時や電話で意見、要望、意向を確認し、生活援助計画書(ケアプラン)に反映している。	家族からの要望で、外出の着衣に対応している。最後までホームでとの要望があり、看取りをした。面会は、面会室や屋外にしている。広報誌「しわひめだより」は、写真もあり家族から喜ばれている。	
11	(8)	○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	各ユニットまたは2ユニットで月1回以上の社内研修を実施しているため、その都度経営者と意見交換ができる。入居者個々の課題および現場運営改善点については、随時会社側に報告、相談している。	月に1回以上の社内研修が、経営者との意見交換になっている。普通のベッドから介護用ベッドに買い替えや、褥瘡対策でのエアマット使用等が反映された。キッチンのリフォームや冷蔵庫の取替えも行った。	
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	毎年、基本給のベースアップ、年3回の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の給付を行っている。定期的な健康診断、感染症予防接種など会社負担で実施。		
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、実現に向けた取組計画にそって実践中である。		
14	(9)	○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	入居者の健康管理のため、訪問診療を活用しているため、医療介護両者で意見交換ができています。また、看取りの対応も可能なため、不安なくケアできる。宮城県GH協への加入。	法人内の他事業所と、コロナ禍での面会方法などの情報交換をしている。訪問診療を通じて、医療関係者との交流が出来て役立っている。	

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所相談時には必ず施設長、ケアマネが自宅や施設に訪問し、本人・家族の意向を確認する。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 サービスの利用を開始する段階で、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	家族は不安や悩みをたくさん抱えているので、ゆっくりお話を聞くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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、主治医等と情報交換し、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、表情や行動をよく観察し、要望を聴き、安心して過ごせるよう対応している。お手伝いや教をいただいた時には、感謝の気持ちを伝えるよう心がけている。		
19		○本人と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	新型コロナウイルス感染防止対策で面会制限中ではありますが、面会時間や場所、感染対策を考慮し、家族との関わりを維持したい。		
20	(10)	○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	新型コロナウイルス感染防止対策のため、十分な支援ができていない。訪問診療の医師や訪問理容師さんとの関係性は維持している。	家族と通院の時に、帰りに外食等で馴染みの店に寄っている。本人が好きな俳句の本を職員と一緒に本を買いに行った。入居の後に気が合って親しくなり、昼間などいつも一緒にいて、歌を歌ったりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係性を把握し、職員が仲介することでお互いが孤立せず、気持ちよく過ごせるよう努めている。		

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	契約が終了(入院、自宅、他施設、死亡)した家族から、その後の近況報告や将来の方向性の相談を受けることがある。		
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	(11)	○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	本人との会話内容、面会時の家族の意向を職員間で共有している。表情や反応、行動を観察し、本人の求めること、思いを探っている。	俳句好きの人が、地元新聞に投句している。日常の会話から、時代劇の再放送を見たいとの要望に対応した。目線を送ってくる人や車いすのブレーキに手を掛ける人のトイレサインを把握し、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、入所前に携わった関係者(ケアマネ、主治医、包括、市など)からの情報をケアプランに生かし、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	日常生活記録表等を活用し、生活リズム、パターンを把握しながら、心身の変化を見逃さないようにしている。		
26	(12)	○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、家族の思い・要望・意向等を取り入れ、定期的なモニタリング・課題抽出を行い、ケアプランに反映させている。(宮城県版、センター方式の活用)	病気で水分制限が必要になり、医師の指示で水分を控えるようにプランに盛り込んだ。6か月毎にプランを見直している。家族や本人の意向を課題としてプランに上げている。	
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、退院、買い物など、家族が対応できない場合は、グループホームで対応している。対応後は電話等で家族に報告している。		

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
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、交番、消防署、タクシー会社などに情報提供し、協力をお願いする。民生委員の方に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う。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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・家族で行う。通院困難な方は、在宅医療(訪問診療)を利用し、本人・家族・職員ともに安心して対応できる。(9人中5人が利用)	4人の入居者が、以前からのかかりつけ医にかかっている。通院は家族対応で、バイタル表と通院ノートを持参する。月に2回歯科医の訪問診療があり、口腔ケアについて助言をもらっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護師を職員として配置し、日常の医療連携体制の指針に沿って、介護職員と連携している。		
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、また、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。又は、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、主治医、医療機関相談員、職員、経営者が情報交換をしながら、早期退院と退院後の生活支援について協働している。		
33	(14)	○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終末期における看取りの方針を家族に説明している。終末期の方は家族・主治医・GHで話し合い、方向性を決定する。(訪問診療を利用している方は、主治医と24時間連携しながら看取りを行う。)	看取り対応をしている。この1年で2人を看取っている。水を飲めない、栄養が摂れない等で、医師や家族と相談して、看取りに移行している。看取り期の夜間帯は、ユニット間での連携をより強くしている。家族の付添いに対応している。	
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	緊急時の対応マニュアル、AEDの設置し、社内研修での情報共有。事故、けが発生時は現場、家族、会社の連絡・報告を迅速に行う。		
35	(15)	○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2回(夜間想定)、利用者・職員・設備点検業者・近隣住民で消防避難訓練を実施。事前に消防署に自衛消防訓練通知書を提出し、訓練内容の打合せを行う。社内研修等で周辺のハザードマップを理解し、災害・防災の意識を高めている。	ハザードマップを使った職員研修で、災害リスクを理解している。高台に位置し水害のリスクが少ない為、ホームが地域の緊急避難所になっている。消火器の操作訓練も実施した。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	日常のOJT、社内研修等で「不適切なケア」やスピーチロックについて繰り返し意見交換している。介助に入る前(命令的・強制的にならないよう)、本人の了解を得てから行動する。	急な声掛けは驚くので、声掛けのタイミングを大切にしている。相手の目線に合わせる等の、研修での意見も共有して活かしている。入居者が自分で決め易い様に、「お風呂に入りますか」等と問いかける。	
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	日常会話やかかわりの中で、本人の感情表現や意向表現を職員間で共有し、自己決定できるよう色々な選択肢を提供する。		
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	各利用者の一日の流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。(歌、TV番組、散歩、掃除、ゲーム、塗り絵など)		
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	自分で判断できない方は、職員がその日の天候や季節を考慮し、アドバイスしている。頭髮の寝ぐせ、爪や髭などチェックし、声がけしながら自己決定してもらう。		
40	(17)	○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	各入居者の好き嫌いをメニューに反映させている。季節ごとの野菜を収穫し、食材としている。下拵え、配膳、後片付け、食器拭きなど役割をもってお手伝いしている。	食事の準備を手伝う入居者もいて、根菜の皮むき等をしている。行事の時の焼きそばやタコ焼きは入居者と一緒に作っている。パン食中心の対応もしている。誕生日は本人のラーメンや寿司など希望を取り入れている。	
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	体重の増減や季節に応じ、摂取カロリーや水分摂取量を調整している。		
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に、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	毎食後口腔ケア(歯磨き、入歯洗浄、うがいなど)を行う。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回の口腔ケアが可能。		

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	(18)	○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ながら、排泄の自立に向けて声がけをする。本人のサインを見逃さず、トイレ誘導し、安心して排泄できるようにしている。	個々の排泄パターンを把握して声掛けし、車椅子のブレーキを外す等のサインの把握や表情を読み取ってトイレに誘導している。夜間は、声掛けやセンサーコール、ポータブル等の個別対応をしている。	
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	散歩、体操などの運動や水分補給、乳製品摂取などで予防している。必要に応じ、かかりつけ医と相談し、服薬を行う。		
45	(19)	○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、個々に応じた支援をしている	毎日声がけしているが、本人の希望により決定している。入浴を嫌がる時は原因を探り、時間帯や職員の変更で対応してみる。	週に2～3回の入浴である。失禁のあった方や病院に行く方を優先している。拒否する方は、「温泉に行きましょう」等と声掛けを工夫している。家族の話や、歌を歌ったりして入浴している。温度要望に対応している。	
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	各利用者の睡眠パターンを把握し、昼夜逆転予防として、日中の生活リズムを整えるようにする。		
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、服薬時は複数職員で氏名、月日、服薬時期を確認。各自の「通院ノート」に残薬数量や体調変化を記録し、かかりつけ医、調剤薬局薬剤師に報告。		
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	日常の役割が決まっており、生活歴を生かした活躍ができています。(居室清掃、食事手伝い、時代劇鑑賞、歌など)		
49	(20)	○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。また、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	天気の良い日は、敷地内外の散歩、散策をしている。買い物に行きたいときは、職員付き添いでタクシー利用。(新型コロナウイルス感染予防のため、季節毎のお出かけはできなかった)	天気の良い日は、敷地内を散歩している。近所の人を通る時には、挨拶をする事で地域の方々との交流にもなっている。ホームの広い敷地で茶飲み会をしたり、歌を歌ったり日光浴をしている。	

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	ご家族の協力を得て、少額のお小遣いを持っている方もいる。(買い物時に自分で支払い、満足感を得ている)		
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	いつでも電話を使用できるよう支援している。(子機を使用して、自分の居室で気兼ねなく会話してもらう)		
52	(21)	○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	ホールや居室から屋外の自然風景(日の出、田んぼ、渡り鳥、桜、草花など)が見られ、四季を感じる事ができる。ケア前後の手指の消毒、定期的な換気、室温や湿度調整のチェック、空気清浄機の活用など環境整備に努めている。	ホールの装飾は毎月替えており、10月は、紅葉の様子を切り絵や貼り絵にしている。入居者がホワイトボードに毎日の食事メニューを書いている。ホールでは、ゲーム・テレビ・歌や会話で過ごしている。	
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	気の合った利用者同士で過ごせるよう、席位置や距離感を大切にしている。一人になれるようなスペースを確保し、ストレス解消に努めている。		
54	(22)	○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、電化製品、写真、自作の絵などで安心している。冷房、暖房、換気など注力し、体調に影響しないよう調節している。	冷蔵庫やテレビ等の使い慣れたものを持ち込んでいる。仏壇の持ち込みもある。自分で部屋の掃除をする方もいる。居室に居る時間が長い方は、趣味の俳句の本を読んだり、俳句を作っている。	
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」や「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	施設全体がバリアフリー、手すり設置。居室、トイレの表示。夜間居室に人感センサーやナースコールの設置など。夜間ポータブルトイレの使用。移動線上に障害物を置かない。		

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	令和 3 年 9 月 13 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.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	令和 3 年 10 月 27 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"> ・訪問診療を利用し、介護と医療の連携を実践している。 ・災害時における地区の指定緊急避難所としての役割をになっている。 ・利用者の救命救急の対応としてAEDの設置。 ・月1回以上の職員社内研修、勉強会の実施。 ・希望者はつき2回の口腔ケア(居宅療養管理指導)を利用できる。 ・遊歩道、中庭、畑などの環境整備。 ・食材は1日おきに購入し、ホームの野菜収穫により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>ホームが立地する地区は、山の上区と言われる様に台地の上に位置し、すぐ近くを通る高速道路も、一段下を通っている。秋から冬にかけて、伊豆沼に来るガンや白鳥の渡り鳥が、沼と餌場を行き来する光景を見る事が出来る。季節によって様々に色を変えてそびえる栗駒山は、入居者の心も職員の心も癒す季節のシンボルになっている。「時間にとられず、ゆっくりと穏やかに暮らせるように」との介護理念を後押しする自然環境の中で生活できるホームになっている。毎月の研修で、職員のスキルアップをして、介護力の向上に繋がっている。</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		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 (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りや深まりがあり、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身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (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	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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、医療機関との連携や、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 : 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踏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	介護理念や社内コンプライアンスルールを掲げ、日常のOJTや社内研修(勉強会)等で会社、管理者、職員で共有している。	設立時の運営理念と介護理念があり、職員が話し合って継続することを決めた。ユニット毎に6ヶ所掲示している。ゆっくり穏やかに暮らせる様に入居者のペースに合わせた介護に努めている。	
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	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。区長さんを通じて認知症の理解等の啓蒙に、ご尽力いただいている。	区長を通じて、入居者の生活について認知症の事等の情報を地域の方々に発信している。食材は地元のスーパーから購入している。近所の方が野菜を届けてくれる。	
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	運営推進会議を利用しながら、認知症の理解と支援方法、事例紹介などを発信している。		
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	新型コロナウイルス感染拡大防止のため、構成員参加での会議は自粛しているが、年6回資料を送付し意見、質問に対応している。	コロナ禍で、年間6回の書面報告をしている。区長や市職員、地域包括職員、家族がメンバーである。コロナ感染対策についてや入居者の状況を報告している。	
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も入居相談や成年後見制度等で協働している。	「地域ケア会議」の連絡があり、施設長が管理者が参加している。コロナ禍で、市からはワクチン接種の情報をもらったり、消毒液や手袋などの支給があった。ホームの空き情報の問合せがある。	
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	「身体拘束等の適正化のための指針」を明文化、身体拘束廃止委員会を設立し、年4回～6回開催している。また、年2回(新規採用時含む)の社内研修を実施し、不適切なケアの改善に努めている。	身体拘束廃止委員会と運営推進会議を同日開催している。年3回の職員研修を実施し、不適切ケアの改善に努めている。面会後に帰宅願望が出る事が多く、少し散歩して落ち着いてもらっている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	社内研修(勉強会)で自身のケアを振り返り、不適切なケアの改善に努めている。「虐待の芽チェックリスト」を活用し、日常的に職員同士で意識改革を行っている。「グループホームしわひめ高齢者虐待防止に関する取組」参照	チェックリストで威圧的な態度や命令口調などを確認している。「高齢者虐待防止に関する取り組み」として、不適切ケアの具体例を研修をしている。車イスが長時間にならない様に、少し横になる様に対応している。	

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
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、セミナー等への参加及び宮城オンブズネット「エール」への加入を通じて情報の収集に努めている。(日常生活自立支援事業「まもりーぶ」利用者は現在おりません。)		
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	認知症対応型共同生活介護利用契約書、重要事項説明書、医療連携体制指針、個人情報保護方針、身体拘束等の適正化のための指針等を入所前に説明し理解を得ている。		
10	(7)	○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、重要事項説明書で外部への相談窓口を紹介している。家族の面会時や電話で意見、要望、意向を確認し、生活援助計画書(ケアプラン)に反映している。	家族からの要望で、外出の着衣に対応している。最後までホームでとの要望があり、看取りをした。面会は、面会室や屋外にしている。広報誌「しわひめだより」は、写真もあり家族から喜ばれている。	
11	(8)	○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	各ユニットまたは2ユニットで月1回以上の社内研修を実施しているため、その都度経営者と意見交換ができる。入居者個々の課題および現場運営改善点については、随時会社側に報告、相談している。	月に1回以上の社内研修が、経営者との意見交換になっている。普通のベッドから介護用ベッドに買い替えや、褥瘡対策でのエアマット使用等が反映された。キッチンのリフォームや冷蔵庫の取替えも行った。	
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	毎年、基本給のベースアップ、年3回の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の給付を行っている。定期的な健康診断、感染症予防接種など会社負担で実施。		
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、実現に向けた取組計画にそって実践中である。		
14	(9)	○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	入居者の健康管理のため、訪問診療を活用しているため、医療介護両者で意見交換ができています。また、看取りの対応も可能なため、不安なくケアできる。宮城県GH協への加入。	法人内の他事業所と、コロナ禍での面会方法などの情報交換をしている。訪問診療を通じて、医療関係者との交流が出来て役立っている。	

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所相談時には必ず施設長、ケアマネが自宅や施設に訪問し、本人・家族の意向を確認する。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 サービスの利用を開始する段階で、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	家族は不安や悩みをたくさん抱えているので、ゆっくりお話を聞くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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、主治医等と情報交換し、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	本人から台所仕事や調理方法を教えていただいたり、子育て相談をしたり、今までの経験を聞かせていただきながら、日々勉強している。		
19		○本人と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	新型コロナウイルス感染防止対策で面会制限中ではありますが、面会時間や場所、感染対策を考慮し、家族との関わりを維持したい。		
20	(10)	○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	新型コロナウイルス感染防止対策のため、十分な支援ができていない。訪問診療の医師や訪問理容師さんとの関係性は維持している。	家族と通院の時に、帰りに外食等で馴染みの店に寄っている。本人が好きな俳句の本を職員と一緒に本を買いに行った。入居の後に気が合って親しくなり、昼間などいつも一緒にいて、歌を歌ったりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係性を把握し、職員が仲介することでお互いが孤立せず、気持ちよく過ごせるよう努めている。(テーブルに座る位置、ソファでの座る位置など)		

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(入院、自宅、他施設、死亡)した家族から、その後の近況報告や将来の方向性の相談を受けることがある。		
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	(11)	○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	ゆっくり側でお話をしながら、本人の思いをくみ取る。本人との会話内容、面会時の家族の意向を職員間で共有し、表情や反応、行動を観察しながら本人の求めること、思いを探る。	俳句好きの人が、地元新聞に投句している。日常の会話から、時代劇の再放送を見たいとの要望に対応した。目線を送ってくる人や車いすのブレーキに手を掛ける人のトイレサインを把握し、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、入所前に携わった関係者(ケアマネ、主治医、包括、市など)からの情報をケアプランに生かし、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	日常生活記録表等を活用し、生活リズム、パターンを把握しながら、心身の変化を見逃さないようにしている。		
26	(12)	○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、家族の思い・要望・意向等を取り入れ、定期的なモニタリング・課題抽出を行い、ケアプランに反映させている。(宮城県版、センター方式の活用)	病気で水分制限が必要になり、医師の指示で水分を控えるようにプランに盛り込んだ。6か月毎にプランを見直している。家族や本人の意向を課題としてプランに上げている。	
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、送り等で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、退院、買い物など、家族が対応できない場合は、グループホームで対応している。対応後は電話等で家族に報告している。		

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
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、交番、消防署、タクシー会社などに情報提供し、協力をお願いする。民生委員の方に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う。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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・家族で行う。通院困難な方は、在宅医療(訪問診療)を利用し、本人・家族・職員ともに安心して対応できる。(9人中9人全員が利用)	4人の入居者が、以前からのかかりつけ医にかかっている。通院は家族対応で、バイタル表と通院ノートを持参する。月に2回歯科医の訪問診療があり、口腔ケアについて助言をもらっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護師を職員として配置し、日常の医療連携体制の指針に沿って、介護職員と連携しながら医療につなげている。		
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、また、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。又は、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、主治医、医療機関相談員、職員、経営者が情報交換をしながら、早期退院と退院後の生活支援について協働している。また、職員は入院中の洗濯や買い物など手伝っている。		
33	(14)	○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終末期における看取りの方針を家族に説明している。終末期の方は家族・主治医・GHで話し合い、方向性を決定する。(訪問診療を利用している方は、主治医と24時間連携しながら看取りを行う。)	看取り対応をしている。この1年で2人を看取っている。水を飲めない、栄養が摂れない等で、医師や家族と相談して、看取りに移行している。看取り期の夜間帯は、ユニット間での連携をより強くしている。家族の付添いに対応している。	
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	緊急時の対応マニュアル、AEDの設置、社内研修での情報共有。事故、けが発生時は現場、家族、会社の連絡・報告を迅速に行う。		
35	(15)	○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2回(夜間想定)、利用者・職員・設備点検業者・近隣住民で消防避難訓練を実施。事前に消防署に自衛消防訓練通知書を提出し、訓練内容の打合せを行う。社内研修等で周辺のハザードマップを理解し、災害・防災の意識を高めている。(食料、水の備蓄)	ハザードマップを使った職員研修で、災害リスクを理解している。高台に位置し水害のリスクが少ない為、ホームが地域の緊急避難所になっている。消火器の操作訓練も実施した。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	日常のOJT、社内研修等で「不適切なケア」やスピーチロックについて繰り返し意見交換している。介助に入る前(命令的・強制的にならないよう)、本人の了解を得てから行動する。	急な声掛けは驚くので、声掛けのタイミングを大切にしている。相手の目線に合わせる等の、研修での意見も共有して活かしている。入居者が自分で決め易い様に、「お風呂に入りますか」等と問いかける。	
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	日常会話やかかわりの中で、本人の感情表現や意向表現を職員間で共有し、自己決定できるよう色々な選択肢を提供する。		
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	各利用者の一日の流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。(歌、TV番組、散歩、掃除、ゲーム、塗り絵など)		
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	自分で判断できない方は、職員がその日の天候や季節を考慮し、アドバイスしている。頭髮の寝ぐせ、爪や髭などチェックし、声がけしながら自己決定してもらう。		
40	(17)	○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	各入居者の好き嫌いをメニューに反映させている。季節ごとの野菜を収穫し、食材としている。下拵え、配膳、後片付け、食器拭きなど役割をもってお手伝いしている。	食事の準備を手伝う入居者もいて、根菜の皮むき等をしている。行事の時の焼きそばやタコ焼きは入居者と一緒に作っている。パン食中心の対応もしている。誕生日は本人のラーメンや寿司など希望を取り入れている。	
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	体重の増減や季節に応じ、摂取カロリーや水分摂取量を調整している。		
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に、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	毎食後口腔ケア(歯磨き、入歯洗浄、うがいなど)を行う。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回の口腔ケアが可能。		

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	(18)	○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ながら、排泄の自立に向けて声がけをする。本人のサインを見逃さず、トイレ誘導し、安心して排泄できるようにしている。	個々の排泄パターンを把握して声掛けし、車椅子のブレーキを外す等のサインの把握や表情を読み取ってトイレに誘導している。夜間は、声掛けやセンサーコール、ポータブル等の個別対応をしている。	
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	散歩、体操などの運動や水分補給、乳製品摂取などで予防している。必要に応じ、かかりつけ医と相談し、服薬を行う。		
45	(19)	○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、個々に応じた支援をしている	毎日声がけしているが、本人の希望により決定している。入浴を嫌がる時は原因を探り、時間帯や職員の変更で対応してみる。	週に2～3回の入浴である。失禁のあった方や病院に行く方を優先している。拒否する方は、「温泉に行きましょう」等と声掛けを工夫している。家族の話や、歌を歌ったりして入浴している。温度要望に対応している。	
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	各利用者の睡眠パターンを把握し、昼夜逆転予防として、日中の生活リズムを整えるようにする。		
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、服薬時は複数職員で氏名、月日、服薬時期を確認。各自の「通院ノート」に残薬数量や体調変化を記録し、かかりつけ医、調剤薬局薬剤師に報告。		
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	日常の役割が決まっており、生活歴を生かした活躍ができています。(居室清掃、食事手伝い、時代劇鑑賞、歌、クロスワードなど)		
49	(20)	○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。また、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	天気の良い日は、敷地内外の散歩、散策をしている。買い物に行きたいときは、職員付き添いでタクシー利用。(新型コロナウイルス感染予防のため、季節毎のお出かけはできなかった)	天気の良い日は、敷地内を散歩している。近所の人を通る時には、挨拶をする事で地域の方々との交流にもなっている。ホームの広い敷地で茶飲み会をしたり、歌を歌ったり日光浴をしている。	

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	ご家族の協力を得て、少額のお小遣いを持っている方もいる。(買い物時に自分で支払い、満足感を得ている)		
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	いつでも電話を使用できるよう支援している(子機を使用して、自分の居室で気兼ねなく会話してもらう)。葉書、手紙の投函の手伝い。		
52	(21)	○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	ホールや居室から屋外の自然風景(日の出、田んぼ、渡り鳥、桜、草花など)が見られ、四季を感じるができる。ケア前後の手指の消毒、定期的な換気、室温や湿度調整のチェック、空気清浄機の活用など環境整備に努めている。	ホールの装飾は毎月替えており、10月は、紅葉の様子を切り絵や貼り絵にしている。入居者がホワイトボードに毎日の食事メニューを書いている。ホールでは、ゲーム・テレビ・歌や会話で過ごしている。	
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	気の合った利用者同士で過ごせるよう、席位置や距離感を大切にしている。一人になれるようなスペースを確保し、ストレス解消に努めている。		
54	(22)	○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、電化製品、写真、自作の絵などで安心している。冷房、暖房、換気など注力し、体調に影響しないよう調節している。	冷蔵庫やテレビ等の使い慣れたものを持ち込んでいる。仏壇の持ち込みもある。自分で部屋の掃除をする方もいる。居室に居る時間が長い方は、趣味の俳句の本を読んだり、俳句を作っている。	
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」や「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	施設全体がバリアフリー、手すり設置。居室、トイレの表示。夜間居室に人感センサーやナースコールの設置など。夜間ポータブルトイレの使用。移動線上に障害物を置かない。		