

# 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	0471300244		
法人名	社会福祉法人 迫川会		
事業所名	いちよの里 グループホーム ぎんなん荘	ユニット名	北棟
所在地	宮城県栗原市築館字下宮野館108番地		
自己評価作成日	平成23年 8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)】

利用者と家族の絆を大事にし、支援に努めています。  
 利用者の希望・要望を随時取り入れセラピーを行うようにしていますし、日向ぼっこや散歩、または歌好きな利用者が多いことから歌う機会を多く取り入れている。  
 また、利用者の希望に合わせた外出(買物、ドライブ、通院、ふるさと訪問)等も出来るだけ行うようになっています。

※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	<a href="http://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------

## 【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23年8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)】

このホームは、栗原市築館町内の国道4号線から、県道栗駒山公園線に入った途中の小高い丘の上に、特養ホームやデイサービスなどと共にある。開設9年を過ぎた2ユニットのホームである。特徴としては、入居者と一緒に楽しくゆったりとより豊かな生活を送って頂くことと、入居者のより多くの笑顔を見ることを、ケアの目標としていることです。そのため音楽やレク、農芸など、各種セラピーを取り入れ、外出も出身地や知り合い宅への、「ふるさと訪問」を行い、支援がなされています。まもなく満100歳になる元気な方もおり、明るい話題に包まれているホームである。

## 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:いちよの里グループホーム) 「ユニット名 北棟」

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人としての理念とGH独自の目標を掲げ、職員全員で実践している	法人が制定した基本理念、基本姿勢を踏まえた各ユニット毎の「介護目標」があり、ケア実践の基本として、職員に理解されている。目標には、地域との関わりも強調されている。また、見直しの検討もなされている。	
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	利用者の希望があれば地区敬老会に参加したり、築館地区の互市やお祭り等への参加や地域ボランティアとの交流、または保育所や小学校や中学校文化祭等にも見学に行っている。その他、交通安全の街頭運動にも協力している。	宮野小運動会や隣の北保育所の夕涼み会への招待や参加など、つきあいは盛んである。交通安全運動で国道、県道の分岐点で、2名の入居者が立ち、交通安全を呼び掛けており、地域貢献としても素晴らしい。	
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	運営推進会議の委員として参加されている行政区長、民生委員等にメンタルケアの講話を聴いてもらい地域に活かしている。		
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	毎月の活動状況報告の中で、サービスについて意見や指示をもらったりして、サービスに活かしている。	年間の開催回数、メンバー構成、市町村職員の参加回数はクリアされている。議事録も作成されている。今後はメンバーからの質問などが活発になり、双方向的な会議になるように一層の努力を期待したい。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議の委員に栗原市の介護保険課長や地域包括支援センターの所長をお願いして、毎回相談に乗ってってもらっている。その他、随時電話等で相談に乗ってもらって協力関係図っている。	入居後の生活保護申請を含め、生活保護者が多い関係で連携は築かれている。また、ひとり暮らしを中心に待機者がいるので、ホームの理解と支援の働きかけも行っている。	
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	基本的には身体拘束はしないことにしている。但し医師の指示書のもと身体拘束が必要と認められた時は家族も含め検討した上で実施するものの、早い段階で拘束解除するよう努めている。	内部、外部の研修を踏まえて、拘束のないケアの実践を行っている。徘徊での所在不明者は今はいない。現在はタクシー会社に依頼し、また近隣の住民にも連絡してもらおう協力の体制が築かれている。	
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	宮城県や栗原市の研修会や講習会に参加して防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	宮城県や栗原市の研修会や講習会に参加し、契約時や入所時に説明している。		
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	契約書や重要事項説明書については十分時間を掛け家族が納得するまで説明し、納得の上で署名捺印をもらっている。		
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	口頭で言いにくいことは意見箱や苦情受付を設けていますし、面会等に聞き出すよう努めている。	基本は家族が面会に来た際の、話し合いの中で、意見、要望を聞き、今後の震災対応など運営に活かしている。外部者に表せる機会も、契約時だけでなく広報紙などを含め行っている。意見箱の実績は現状は少ない。	
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	年1回ではあるが、理事長面談があるし、管理者としては、日常は勿論のこと勉強会等でも意見や提案を聞き、必要に応じて理事長や施設長に相談し、反映させている。	定例化されている年1回の理事長面談がある他、管理者としては、勉強会の場を利用して随時職員から意見や提案を聞いて、必要と判断したものは運営に反映している。	
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	努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	宮城県や栗原市等の研修に参加させている。		
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	宮城県グループホーム協議会に加盟し、交流を図ると共に必要に応じて、近隣施設とも交流を図っている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	プラン作成時までに本人や家族から聞き出すよう努力していると共に、家族と連携を図りご本人が安心して暮らせる関係作りに努めている。		
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	入所時や面会時等に家族の意見や要望やに耳を傾けたり、聞き出したりし家族との関係作りに努めている。		
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	入所時に本人や家族の要望や不安に思っていること等聞き出したり話し合って見極め、他のサービスも利用に含めた対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事準備や後片付け、1日3回のホール清掃、洗濯物たたみ、または畑作業や草取り等は利用者が出来る事は行ってもらい、出来ない所は職員が行っている。		
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	本人と家族の絆を大切にするため、まず入所時に面会のお願いや家族の都合がよければ、外出外泊のお話もしている。		
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	入所時や家族の面会時に本人の慣れ親しんだ方への連絡をお願いしているし、その他にふるさと訪問と称して毎月利用者の出身地や慣れ親しんだ場所へ出掛けられるようにしている。	行きつけの場所は、買い物場が多い。栗駒高原駅近くのスーパーや、総合家電、大型衣料店が中心である。家族が認知症を知られたくないとの思いは、まだまだ強い地域だが、ふるさと訪問など工夫して行っている。	
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	レクリエーションや役割等で利用者どうしが関わりを持てるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約が終了しても、入院している場合は面会方々様子伺いに行っているし、相談があった場合その都度相談に乗り、必要に応じて関係機関と連携を図っている。		
<b>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</b>					
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	センター方式を用いて把握し、入所以前のことは本人や家族に聞き出して活かすよう努めている。	思いや意向の把握では、帰宅願望の方が多いので、家族などを交え本人の視点に立って話し合いをしている。把握のまとめ役はケアマネージャーが担い、把握した情報の整理をセンター方式を用いて活用している。	
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	センター方式を用いて把握し、入所以前のことは本人や家族から聞き出し、個々に合った生活環境の整備に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	利用者個々日常生活の把握は勿論のこと、主だった事を記録に残し(介護日誌)、また利用者申し送り簿を活用し職員間で共有に努め、穏やかに安心して過ごせるよう支援している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	センター方式を用いてケアプラン会議を行うと共に、状況が変わった場合はその都度話し合いを設け、現状にふさわしい介護計画を作成していると共に、本人や家族にも要望等聞きプランに反映している。	個別の具体的な計画は作成されている。計画の見直しや同意の話し合いも、スタッフ全員の参加を含め実践している。ケアプラン会議の家族参加の少ない点は、さらに目的を話し合い、参加が増えるよう努力されたい。	
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	日々のケアについてはケアプランチェック表を基に確認し、介護日誌を基に毎朝行われる申し送りや利用者申し送り簿を用いて情報を共有し介護に活かしている。		
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	利用者や家族の状況に応じ通院・外出・外泊支援、または随時の買物・ドライブ等の支援も行っている。		

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	地域マップを利用した公共施設等の資源の活用と周辺行動時(特に徘徊)の民間企業等への連絡をお願いしている。利用者の中には、メモリープ(金銭管理代行)を使っている方も居るし、メンタルでは精神保健福祉士の面談等の活用もしている。		
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	主治医はこれまで通い慣れた病院とし、通院支援や体調不良時の電話連絡等で連携を図っていると共に、信頼関係に努めている。	受診は本人、家族が希望する掛かりつけ医が多い。薬や病状の変更などの周知は、毎月のお便りなどの中で連絡している。更なる徹底を図りたい。	
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	特養やデイサービスを兼務している看護師4人が、毎日代わる代わるグループホームに来て、利用者の心身の状況を確認して必要に応じて介護士に指示している。		
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。	入院時は勿論のこと退院時にも病院、家族、グループの3者が話し合いのもと治療方法や退院後のことについて検討していると共に、関係作りに努めている。		
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	入所時にみとりについて説明していると共に、医師がターミナルケアと判断した際は、再度家族の要望を聞いて、希望する場合は再度みとりについて説明し、同意を得た上でプラン作成し実施に至っている。	終末期の迎えたい場所、医療、急変時「心停止、呼吸停止の蘇生」の希望は取っている。希望者は現在3名いるが、対応方針、意思確認書などは文書化はない。段階的に取り組むとのことなので、対応するケアの在り方を含め、更なる支援の強化を期待したい。	
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	宮城県や栗原市で行われる研修会や、講習会に参加することは勿論のこと、施設内でも、委員会やグループホーム独自の勉強会等でも勉強し実践に活かしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害時のめ火災訓練や災害訓練を定期的実施していることは勿論のこと、地域の消防団やボランティア友の会等との連携を図っている。	訓練は地域の婦人防火クラブなどの連携はある。3月11日の東日本大震災では近隣住民の協力もあり、防災責任者の点検もあった。備蓄は大震災を経て、食料、水を含め非常食献立表の作成や、ヘルメット、頭巾、懐中電灯の配備がある。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者個々に応じた声掛けや対応に努めている。	入居者を呼ぶ場合は、地域の特徴で特定の姓が多いため、名前で呼ぶ割合が高い。了解なしの居室出入りや、言葉などのスピードやトーンがきつかったりすることはなく、スピーチロックも見られなかった。	
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	まず持って利用者の話しや訴えを聴いているし、認知のために上手く表現出来なかったり、訴える事が出来なかったりした場合は、表情やしぐさ等から理解する様努めているし、必要に応じて、家族に聴いたりしている。		
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	できる限りゆったりとした雰囲気の中で利用者一人ひとりのペース合わせ支援している。		
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	個々の要望を聴いて支援しているし、要望等が無い場合は、家族に聴いたりして支援している。また、利用者と共に買物に出掛けたり定期的にかットや美容室の支援もしている。		
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	入所時や面会時に嗜好を聴いて提供している。または季節や誕生日会、行事等にふさわしい提供に努めている。その他、食事の準備や後片付けも利用者と一緒にやっている。	購入から後片付けまで、入居者の力は生かされ、好みは入居前に把握し、誕生日は希望を取る。献立は特養ホームの栄養士が点検している。同じ食事を一緒に取り組みは一部分で、更なる工夫もお願いしたい。	
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	食事は栄養士が献立したものを介護士が作り提供している。利用者の体調等を考慮し食事や水分摂取量のチェックも日々行っている。摂取量が少ない時は栄養士や看護師が必要に応じて主治医等と連携を図っている。		
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	起床時は勿論のこと、食事度の歯ブラシやうがいの声掛けや支援、または、入れ歯使用者は夕食後にポリデント洗浄支援を行っている。		

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
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	毎日排泄チェック表をつけていると共に、利用者個々の排泄パターンを把握し、事前のトイレ誘導は勿論のこと、個々の状態に応じた排泄用具を使用している。自立を目指す為に、オムツ外しにも取り組んでいる。	チェック表を活用しての各利用者のパターンを把握し、トイレで排泄するよう支援している。日中オムツ使用者や夜間のポータブルトイレ使用者も若干名いる。	
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	管理栄養士や栄養士と相談して対応しているし、必要に応じて主治医とも連携を図っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月曜日～土曜日の間で、日中の中で利用者が好きな時間帯に入浴している。	入居者は、好きな時間帯に入っている。また毎日入浴できるよう支援している。実態は13時以降、17時前の時間帯が多い。日々の入浴の際は、入浴剤なども使用し、楽しい入浴になるよう工夫している。	
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	日々利用者個々の状態を把握した上で、本人の希望や体調不良等な時は安静・休養するよう支援しているが、逆に昼休み等寝たくない方は他者に迷惑を掛けない限り自由にしてもらっている。		
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	処方箋綴りを作り薬処方度に綴って、いつでも見る事が出来る。薬が変わった場合は、状況記録用紙に記入するようにしている。		
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	行事やドライブ、セラピー等で気分転換を図り誕生日には本人の好きな食べ物を提供している。		
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	買物やドライブは勿論のこと季節に合った催し物や保育所や小中学校の行事に行ったりしている。その際、ボランティアの協力をもらうこともある。但し、お墓参り等は家族と連携を図って行っている。	月1回の外食を含め、馴染みのお店にでかける支援をしている。特別な外出支援としては、3～4名の方のお墓参り、冠婚葬祭の外出もあるが、ボランティア友の会に付き添いの協力を頂く場合もある。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的には自己管理としているものの、要望があれば事務所で預かっている。但し、買物などに行った際には利用者の希望に応じ利用者が支払う場合もある。		
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	ホーム内にある公衆電話から自由に掛けられるようにしているし、必要に応じて事務所等の電話を使用し家族と話せる機会を設けている。年末に家族等に対する年賀状を試みたが半分程度しか出さなかった。		
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	自宅で生活に近付けるために建設上の工夫と各部屋が分りやすいようにネームプレートを掲げている。また、冷暖房完備すると共に、ゆったりと過ごせるよう工夫している。	共用空間は、居間を中心に床暖房で過ごしやすい。また、イベントができる十分な広さがあり開放的である。入居者の書道の作品も飾られ親しみがもてる空間になっている。仙台筆筒も数多く置かれており、落ち着いた空間で好感が持てる。	
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	テーブルや植物、または家具等を利用し気の合った利用者同士が過ごせる空間づくりに努めている。		
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	入所前や入所時に本人や家族に自宅で使い慣れた家具等の持ち込みをお話しているが、自宅から持ってくる方は年々少なくなり、その分ホームセンター等から購入し、持参されている。	畳の部屋も3部屋あるが、中心は洋室で各部屋の広さはほぼ同じである。家族の写真や仏壇、お位牌などが置かれており各部屋は個性的である。ゆったりとした雰囲気、笑顔のある生活が送れるような支援がある。	
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	食事度の準備や後片付け、洗濯物たみは勿論のこと、各居室入口に表札や個々持ち込んだのれん、ホールでは手すりや段差解消を図り自立した生活が送れるよう支援している。		

### 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	0471300244		
法人名	社会福祉法人 迫川会		
事業所名	いちよの里 グループホーム ぎんなん荘	ユニット名	南棟
所在地	宮城県栗原市築館字下宮野館108番地		
自己評価作成日	平成23年 8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)】

利用者と家族の絆を大事にし、支援に努めています。  
 利用者の希望・要望を随時取り入れセラピーを行うようにしていますし、日向ぼっこや散歩、または歌好きな利用者が多いことから歌う機会を多く取り入れている。  
 また、利用者の希望に合わせた外出(買物、ドライブ、通院、ふるさと訪問)等も出来るだけ行うようにしています。

※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	<a href="http://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</a>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------

【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23年8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)】

このホームは、栗原市築館町内の国道4号線から、県道栗駒山公園線に入った途中の小高い丘の上に、特養ホームやデイサービスなどと共にある。開設9年を過ぎた2ユニットのホームである。特徴としては、入居者と一緒に楽しくゆったりとより豊かな生活を送って頂くことと、入居者のより多くの笑顔を見ることを、ケアの目標としていることです。そのため音楽やレク、農芸など、各種セラピーを取り入れ、外出も出身地や知り合い宅への、「ふるさと訪問」を行い、支援がなされています。まもなく満100歳になる元気な方もおり、明るい話題に包まれているホームである。

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:いちょうの里グループホーム)

「ユニット名 南棟」

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人としての理念とGH独自の目標を掲げ、職員全員で実践している	法人が制定した基本理念、基本姿勢を踏まえた各ユニット毎の「介護目標」があり、ケア実践の基本として、職員に理解されている。目標には、地域との関わりも強調されている。また、見直しの検討もなされている。	
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	利用者の希望があれば地区敬老会に参加したり、築館地区の互市やお祭り等への参加や地域ボランティアとの交流、または保育所や小学校や中学校文化祭等にも見学に行っている。その他、交通安全の街頭運動にも協力している。	宮野小運動会や隣の北保育所の夕涼み会への招待や参加など、つきあいは盛んである。交通安全運動で国道、県道の分岐点で、2名の入居者が立ち、交通安全を呼び掛けており、地域貢献としても素晴らしい。	
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	運営推進会議の委員として参加されている行政区長、民生委員等にメンタルケアの講話を聴いてもらい地域に活かしている。		
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	毎月の活動状況報告の中で、サービスについて意見や指示をもらったりして、サービスに活かしている。	年間の開催回数、メンバー構成、市町村職員の参加回数はクリアされている。議事録も作成されている。今後はメンバーからの質問などが活発になり、双方向的な会議になるように一層の努力を期待したい。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議の委員に栗原市の介護保険課長や地域包括支援センターの所長をお願いして、毎回相談に乗ってってもらっている。その他、随時電話等で相談に乗ってもらって協力関係図っている。	入居後の生活保護申請を含め、生活保護者が多い関係で連携は築かれている。また、ひとり暮らしを中心に待機者がいるので、ホームの理解と支援の働きかけも行っている。	
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	基本的には身体拘束はしないことにしている。但し医師の指示書のもと身体拘束が必要と認められた時は家族も含め検討した上で実施するものの、早い段階で拘束解除するよう努めている。	内部、外部の研修を踏まえて、拘束のないケアの実践を行っている。徘徊での所在不明者は今はいない。現在はタクシー会社に依頼し、また近隣の住民にも連絡してもらおう協力の体制が築かれている。	
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	宮城県や栗原市の研修会や講習会に参加して防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	宮城県や栗原市の研修会や講習会に参加し、契約時や入所時に説明している。		
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	契約書や重要事項説明書については十分時間を掛け家族が納得するまで説明し、納得の上で署名捺印をもらっている。		
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	口頭で言いにくいことは意見箱や苦情受付を設けていますし、面会等に聞き出すよう努めている。	基本は家族が面会に来た際の、話し合いの中で、意見、要望を聞き、今後の震災対応など運営に活かしている。外部者に表せる機会も、契約時だけでなく広報紙などを含め行っている。意見箱の実績は現状は少ない。	
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	年1回ではあるが、理事長面談があるし、管理者としては、日常は勿論のこと勉強会等でも意見や提案を聞き、必要に応じて理事長や施設長に相談し、反映させている。	定例化されている年1回の理事長面談がある他、管理者としては、勉強会の場を利用して随時職員から意見や提案を聞いて、必要と判断したものは運営に反映している。	
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	努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	宮城県や栗原市等の研修に参加させている。		
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	宮城県グループホーム協議会に加盟し、交流を図ると共に必要に応じて、近隣施設とも交流を図っている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	プラン作成時までに本人や家族から聞き出すよう努力していると共に、家族と連携を図りご本人が安心して暮らせる関係作りに努めている。		
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	入所時や面会時等に家族の意見や要望やに耳を傾けたり、聞き出したりし家族との関係作りに努めている。		
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	入所時に本人や家族の要望や不安に思っていること等聞き出し話し合って見極め、他のサービスも利用に含めた対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事準備や後片付け、1日3回のホール清掃、洗濯物たたみ、または畑作業や草取り等は利用者が出来る事は行ってもらい、出来ない所は職員が行っている。		
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	本人と家族の絆を大切にするため、まず入所時に面会のお願いや家族の都合がよければ、外出外泊のお話もしている。		
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	入所時や家族の面会時に本人の慣れ親しんだ方への連絡をお願いしているし、その他にふるさと訪問と称して毎月利用者の出身地や慣れ親しんだ場所へ出掛けられるようにしている。	行きつけの場所は、買い物場が多い。栗駒高原駅近くのスーパーや、総合家電、大型衣料店が中心である。家族が認知症を知られたくないとの思いは、まだまだ強い地域だが、ふるさと訪問など工夫して行っている。	
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	レクリエーションや役割等で利用者どうしが関わりを持てるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約が終了しても、入院している場合は面会方々様子伺いに行っているし、相談があった場合その都度相談に乗り、必要に応じて関係機関と連携を図っている。		
<b>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</b>					
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	センター方式を用いて把握し、入所以前のこと本人や家族に聞き出して活かすよう努めている。	思いや意向の把握では、帰宅願望の方が多いので、家族などを交え本人の視点に立って話し合いをしている。把握のまとめ役はケアマネージャーが担い、把握した情報の整理をセンター方式を用いて活用している。	
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	センター方式を用いて把握し、入所以前のこと本人や家族から聞き出し、個々に合った生活環境の整備に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	利用者個々日常生活の把握は勿論のこと、主だった事を記録に残し(介護日誌)利用者申し送り簿を活用し職員間で共有に努めている。		
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	センター方式を用いてケアプラン会議を行うと共に、状況が変わった場合はその都度話し合いを設け、現状にふさわしい介護計画を作成していると共に、本人や家族にも要望等聞きプランに反映している。	個別の具体的な計画は作成されている。計画の見直しや同意の話し合いも、スタッフ全員の参加を含め実践している。ケアプラン会議の家族参加の少ない点は、さらに目的を話し合い、参加が増えるよう努力されたい。	
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	日々のケアについてはケアプランチェック表を基に確認し、介護日誌を基に毎朝行われる申し送りや利用者申し送り簿を用いて情報を共有し介護に活かしている。		
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	利用者や家族の状況に応じ通院・外出・外泊支援、または随時の買物・ドライブ等の支援も行っている。		

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	地域マップを利用した公共施設等の資源の活用と周辺行動時(特に徘徊)の民間企業等への連絡をお願いしている。利用者の中には、メモリープ(金銭管理代行)を使っている方も居るし、メンタルでは精神保健福祉士の面談等の活用もしている。		
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	主治医はこれまで通い慣れた病院とし、通院支援や体調不良時の電話連絡等で連携を図っていると共に、信頼関係に努めている。	受診は本人、家族が希望する掛かりつけ医が多い。薬や病状の変更などの周知は、毎月のお便りなどの中で連絡している。更なる徹底を図りたい。	
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	特養やデイサービスを兼務している看護師4人が、毎日代わる代わるグループホームに来て、利用者の心身の状況を確認して必要に応じて介護士に指示している。		
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。	入院時は勿論のこと退院時にも病院、家族、グループの3者が話し合いのもと治療方法や退院後のことについて検討していると共に、関係作りに努めている。		
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	入所時にみとりについて説明していると共に、医師がターミナルケアと判断した際は、再度家族の要望を聞いて、希望する場合は再度みとりについて説明し、同意を得た上でプラン作成し実施に至っている。	終末期の迎えたい場所、医療、急変時「心停止、呼吸停止の蘇生」の希望は取っている。希望者は現在3名いるが、対応方針、意思確認書などは文書化はない。段階的に取り組むとのことなので、対応するケアの在り方を含め、更なる支援の強化を期待したい。	
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	宮城県や栗原市で行われる研修会や、講習会に参加することは勿論のこと、施設内でも、委員会やグループホーム独自の勉強会等でも勉強し実践に活かしている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害時のめ火災訓練や災害訓練を定期的実施していることは勿論のこと、地域の消防団やボランティア友の会等との連携を図っている。	訓練は地域の婦人防火クラブなどの連携はある。3月11日の東日本大震災では近隣住民の協力もあり、防災責任者の点検もあった。備蓄は大震災を経て、食料、水を含め非常食献立表の作成や、ヘルメット、頭巾、懐中電灯の配備がある。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者個々に応じた声掛けや対応に努めている。	入居者を呼ぶ場合は、地域の特徴で特定の姓が多いため、名前で呼ぶ割合が高い。了解なしの居室出入りや、言葉などのスピードやトーンがきつかったりすることはなく、スピーチロックも見られなかった。	
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	まず持って利用者の話しや訴えを聴いているし、認知のために上手く表現出来なかったり、訴える事が出来なかったりした場合は、表情やしぐさ等から理解する様努めているし、必要に応じて、家族に聴いたりしている。		
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	利用者個々の生活のリズムを大切にしながらも、利用者の承諾を得ながら生活のリズムを整え、個々の希望や要望を取り入れながら、セラピーや行事は勿論のこと、日々過ごせるよう支援している。		
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	個々の要望を聴いて支援しているし、要望等が無い場合は、家族に聴いたりして支援している。また、利用者と共に買物に出掛けたり定期的にかットや美容室の支援もしている。		
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	入所時や面会時に嗜好を聴いて提供している。または季節や誕生日、行事等にふさわしい提供に努めている。その他、食事の準備や後片付けも利用者と一緒にしている。	購入から後片付けまで、入居者の力は生かされ、好みは入居前に把握し、誕生日は希望を取る。献立は特養ホームの栄養士が点検している。同じ食事を一緒に取り組みは一部分で、更なる工夫もお願いしたい。	
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	個々の食事や水分摂取量を確認し、摂取が少ない方とか体調不良者等は日々チェック記録に残している。また、必要に応じて管理栄養士や看護師、主治医からも助言をもらい対応している。		
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	起床時は勿論のこと、食事度の歯ブラシやうがいの声掛けや支援、または、入れ歯使用者は夕食後にポリデント洗浄支援を行っている。		



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
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	毎日排泄チェック表をつけていると共に、利用者個々の排泄パターンを把握し、事前のトイレ誘導は勿論のこと、個々の状態に応じた排泄用具を使用している。自立を目指す為に、オムツ外しにも取り組んでいる。	チェック表を活用しての各利用者のパターンを把握し、トイレで排泄するよう支援している。日中オムツ使用者や夜間のポータブルトイレ使用者も若干名いる。	
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	管理栄養士や栄養士と相談して対応しているし、必要に応じて主治医とも連携を図っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	月曜日～土曜日の間で、日中の中で利用者が好きな時間帯に入浴している。	入居者は、好きな時間帯に入っている。また毎日入浴できるよう支援している。実態は13時以降、17時前の時間帯が多い。日々の入浴の際は、入浴剤なども使用し、楽しい入浴になるよう工夫している。	
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	日々利用者個々の状態を把握した上で、本人の希望や体調不良等な時は安静・休養するよう支援しているが、逆に昼休み等寝たくない方は他者に迷惑を掛けない限り自由にしてもらっている。		
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	利用者個々の処方箋を直ぐ見れるようにファイルにまとめていると共に、ケアプラン会議や勉強会等で理解に努め、特にメンタルは通院度に医師と連携を図り、調節してもらっている。		
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	個々の楽しみや張り合い、趣味を活かしながら過ごすように支援している。ただ、中にはない人も居るので、セラピーやドライブ等利用者が望むものを行い楽しみ気分転換を図っている。		
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	買物やドライブは勿論のこと季節に合った催し物や保育所や小中学校の行事に行ったりしている。その際、ボランティアの協力をもらうこともある。	月1回の外食を含め、馴染みのお店にでかける支援をしている。特別な外出支援としては、3～4名の方のお墓参り、冠婚葬祭の外出もあるが、ボランティア友の会に付き添いの協力を頂く場合もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的には自己管理としているものの、要望があれば事務所で預かっている。但し、買物などに行った際には利用者の希望に応じ利用者が支払う場合もある。		
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	ホーム内にある公衆電話から自由に掛けられるようにしているし、必要に応じて事務所等の電話を使用し家族と話せる機会を設けている。年末に家族等に対する年賀状を試みたが半分程度しか出さなかった。		
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	自宅で生活に近付けるために建設上の工夫と各部屋が分りやすいようにネームプレート掲げている。また、冷暖房完備すると共に、ゆったりと過ごせるよう工夫している。	共用空間は、居間を中心に床暖房で過ごしやすい。また、イベントができる十分な広さがあり開放的である。入居者の書道の作品も飾られ親しみがもてる空間になっている。仙台筆筒も数多く置かれており、落ち着いた空間で好感が持てる。	
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	テーブルや植物、または家具等を利用し気の合った利用者同士が過ごせる空間づくりに努めている。		
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	入所前や入所時に本人や家族に自宅で使い慣れた家具等の持ち込みをお話しているが、自宅から持ってくる方は年々少なくなり、その分ホームセンター等から購入し、持参されている。	畳の部屋も3部屋あるが、中心は洋室で各部屋の広さはほぼ同じである。家族の写真や仏壇、お位牌などが置かれており各部屋は個性的である。ゆったりとした雰囲気、笑顔のある生活が送れるような支援がある。	
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	食事度の準備や後片付け、洗濯物たみは勿論のこと、各居室入口に表札や個々持ち込んだのれん、ホールでは手すりや段差解消を図り自立した生活が送れるよう支援している。		