

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 23 年 8 月 29 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"> ・運営者が毎日指導や助言、意見交換を行っている。 ・毎食後の口腔ケアのほかに月2回の口腔ケア(歯科往診)の実施。 ・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管理に努めている。 ・買物は一日おきに行い、またGHの畑の野菜を収穫し常に新鮮な食材を提供している。 ・遊歩道、中庭、芝生、畑などの環境整備
--

※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://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【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9月14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>栗原市役所支所の北東、国道398号線沿いにある「グループホームしわひめ」は、広い敷地内に入居者とともに育て収穫を楽しむ畑や芝生には木製の大きなテーブルがあり、青空のもとでのお茶会が目に見えるようである。職員のやりがいは「入居者に笑顔になってもらう」こと、「入居者の行動にはすべて要因がある」を原点に、記録(センター方式を導入)を分析し、一人ひとりの入居者に合った適切なケアを心掛けている。前年に目標達成計画に掲げた「重度化、終末期における意思確認書の見直しと成文化」を達成した。「運営推進会議開催の年間計画作成と実施を試みる」ことが達成に至らなかったのは残念である。</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、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(方針、目的など)を掲げ、運営規程及び重要事項説明書に明記している。事業所理念を基に職員独自の支援理念を掲げ、見直し可能としている。	運営理念を5項目に表しているほかに、職員の意見で作り上げた介護理念6項目を掲示している。職員は自己評価票を手元に置いて基本の方向性を確認し、ケアにおける振り返りや気づきに活用している。	
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、野菜の提供、散歩時の挨拶など)	近隣住民との交流は、地域の一員として日常の中にある。小中学校の体験学習の受け入れやボランティアの慰問、地域行事の芋煮会への参加など入居者が楽しみにしている交流がある。	
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	今年度はまだ開催されていない。自己評価、外部評価の意義を理解していただくため取り組み状況の報告、意見交換を行っていききたい。	前回の外部調査以降に掲げた目標達成計画の「2ヶ月毎の定期開催に努力し、地域密着型事業所として議事録の公表も行う」について達成できなかったことは残念である。	運営推進会議では、報告や情報交換に留まらず、会議のメンバーを通して地域連携を深められたい。運営に関する相談、協力やモニターとして率直な意見をもらうようにしていただきたい。
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	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。地域包括支援センターとも日常的に連携し、成年後見制度も協働している。	入居者に関する事、建物や設備に関する事、制度に関する事など積極的に相談に向いている。市からは研修などの情報提供がある。地域包括支援センターは市の直轄となっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	「グループホームしわひめ身体拘束ゼロへの取り組み」を明記している。「身体拘束ゼロへの手引き」にて日常的に啓蒙している。また日々のOJTにより不適切なケアの改善に努めている。	職員は拘束の弊害について理解している。「ダメ」など具体的な拘束の例を学び、「ダメと言わない」ことによって拘束のないケアの実践につなげている。入居者が外に出る際は職員が行動を共にしている。	
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逃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して情報の収集に努め、申し送り、会議等で職員の教育を実施している。身体拘束と同様に日常の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して情報の収集に努めている。現在「まもりーぶ」利用者が4名、「成年後見制度」利用者が現在2名いる。		
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、重要事項説明書、医療連携体制指針等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、医療連携体制など詳しく説明し、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。運営推進会議及び面会時に家族より意見、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。	家族が来訪した時に「牛乳を飲ませて欲しい」の要望を受けたことがある。月に一度郵送する請求書に同封して個人金銭出納の報告をしているが、生活状況や職員異動の報告は行っていない。	入居者の生活状況を伝えることが安心と信頼関係作りの一助ともなる。家族が言い出しにくいこともあることを理解し、来訪しない家族の意見も引き出すよう努めていただきたい。
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	各ユニット別全体会議の実施(月1回)。職員個別面談の実施(随時)。カンファレンスへの参加(随時)。経営者は毎日状況把握を行い、職員の意見・提案を聞いている。キャリアパス計画の協働実現。	職員の資格取得支援や外部研修への参加支援が積極的に行なわれている。入居者の急な帰宅願望に応じて介護タクシーの活用を提案するなど、職員は自分の意見が言えて反映させることができている。	
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、悩みを聞いている。毎年給料のベースアップを行っている。資格取得に向けて勤務シフトを考慮している。介護職員処遇改善交付金を全職員に給付している。		
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沿って実践中である。		
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、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	入所相談時に必ず施設長、ケアマネが自宅を訪問し、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	No15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	現在利用しているケアマネ、医師、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・行動などよく観察し、本人のサインを見落とさないよう、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	常に家族も巻き込みながら家族・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	親戚、知人、友人などに面会・来訪をしていただけるようにその都度お願いしている。以前暮らしていたケアハウスへの訪問やなじみの美容院へ行ったり、通院のついでに外食したりしている。	入居者は知人や家族と話したい時に話すことが(電話で)できている。開設9年目の当ホームは入居者にとって「我が家」となっている。入居者が退院後に「家に帰る」と言う、その家は馴染みのホームのことであった。	
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	契約が終了した利用者(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ている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	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ている。本人の言葉だけでなく、表情・まなざし・姿勢・行動などをよく観察し、本人のサインを見落とさないよう心がけている。	意思の表出には入居者それぞれに個性があることを職員は理解しており、一人ひとりであった傾聴を大切にしている。強い拒否の表現に隠れた要因を探ることで「本当の思い」を知ることができたこともある。	
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、医師など)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」を十分に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。センター方式の活用。	計画作成担当者は、毎日の申し送りやミーティングで必要な情報収集を行い、センター方式のD・Eシートに記録し作成に活かしている。介護計画は変化に応じた随時の評価、見直しと3ヶ月毎の作成を実施している。	
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、GHで支援している。対応後は電話連絡、報告を行っている。		

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
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現状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し、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。	受診には看護師によるチェック表(バイタル、生活)や24時間行動記録表など必要に応じた情報を持参する。「通院ノート」には受診で伝えたい入居者の様子や医師からの指示が記録されている。歯科は往診がある。	
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、医療活用を相談している。		
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。	家族・担当医・職員・経営者が情報交換し合い、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利用者の意思確認書について説明している。終末期の方は随時、家族・主治医・医療機関・GHの4者で話し合い方針を共有している。しかし、早期からの個々の現状・家族のニーズに沿った看取りの方針が明確ではない。	「医療連携に係る指針」では健康管理、状態悪化時の対応、重度化の対応を表し、具体的行動が示されている。「看取りに関する確認事項」ではホームでできることを明記し、確認しあっている。早期からのニーズに沿った方針については再検討していただきたい。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し情報の共有をしている。実際に事故、けがの遭遇時にその都度指示、指導をしている。		
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	年2回、利用者や近隣住民とともに消防避難訓練を実施(1回は夜間想定で実施)。消防署員の協力で避難方法、避難経路の確認、消火器の使用方法など指導いただいている。スプリンクラーは設置済み。	避難訓練では火災発生場所によって避難経路の選択が必要、協力住民への分かり易い指示を出すなどが課題となり、次回に活かす改善策を確認し合った。地震対応マニュアルがあり、体験から備蓄を増やした。	

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	(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、指導的にならないよう支援している。トイレ誘導時、他利用者に気付かれないように、さりげなく声がけする。	入居者の経験や生活歴など、その背景を把握し「行動には意味がある」ことを前提として「入居者の思い」を汲み取り、支援するように努めている。排泄、入浴時の羞恥心に配慮している。	
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、希望を共感し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	各利用者の一日のながれはだいたい確立しており、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て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献立に取り入れている。ホットプレートなどを使い利用者が参加しやすい手伝っている。準備、配膳、後片付けを職員と一緒にやっている。	入居者の好みをよく知る職員が「栄養交換表」を参考にしながら献立を作成する。住民の協力もある。ホームの畑から収穫した新鮮野菜は、入居者が喜ぶ和食や昔ながらの郷土食に活かされている。	
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	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日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、できていないところは職員が手伝う。本人・家族の同意がある場合、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)を利用している。		

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ている。排泄の自立に向けて定期的(個別)に声がけをする。本人のサインを見逃さないトイレ誘導を継続している。	トイレでの自力排泄を支援している。寝たきり状態から半年をかけてトイレで排泄できるようになった入居者から「ありがとう」の声が出た。職員連携の地道な努力が実を結んだ。その努力を評価したい。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	散歩、体操など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もある。		
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	毎日声がけているが、本人の希望により決定している。場合によっては、シャワーや足浴を実施している。拒否が続く方には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。	就寝前の入浴の希望にも対応するなど、個別にあった入浴ができるように支援している。入浴したがる入居者には本人が納得できる対応をするように心掛けている。	
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あり薬変更時に加筆していく。処方変更時はより一層、状態観察に注力している。		
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、遠出の機会をもうけている(桜、アヤメ、蓮、紅葉、白鳥など)、GH周辺の散歩・散策、地区・地域のイベント参加、買物(スーパー、コンビニなど)や美容院への同行。通院時の外食など。	遠出の外出は年間計画の行事の中に組み込まれている。その際はレンタルバスや介護タクシーを利用し、車椅子を使用するなどして全員で楽しめるように支援している。家族の協力を得ながらの墓参など個々の満足にも配慮し支援している。	

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
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。スーパーなどで買物のとき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。携帯電話を持参している方もいる(ただし使用は本人の居室でお願いしている)。		
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	台所、食堂では料理の音や匂い、会話が常と感じとれる。TVボリュームの調整、入居者に合わせた声かけのトーン、二重カーテンでの陽ざしの調整、1日数回の換気、時計・カレンダー・暦の配置など。	ホールは居心地が良く、入居者は個々に過ごすことが多い。気分転換や入居者同士の関係性などに配慮しながら椅子の位置などを変えている。壁には行事で撮った写真、玄関を入ってすぐには職員紹介の顔写真が見えやすい大きさに貼ってある。	
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エリアのソファ、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	入居者の希望に合わせてベッド、畳など選択してもらっている。使い慣れた筆筒や仏壇など持ち込んでいる方もいる。	どの居室も出入り口が開放されていて、入居者が安心して暮らしていることが感じられる。室内は清潔に保たれ、家具転倒防止器具等で安全も確保されている。	
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等を想定して床にマット等を敷設している。トイレの目印の工夫など。		

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 23 年 8 月 29 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"> ・運営者が毎日指導や助言、意見交換を行っている。 ・毎食後の口腔ケアのほかに月2回の口腔ケア(歯科往診)の実施。 ・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管理に努めている。 ・買物は一日おきに行い、またGHの畑の野菜を収穫し常に新鮮な食材を提供している。 ・遊歩道、中庭、芝生、畑などの環境整備
--

※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://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【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9月14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>栗原市役所支所の北東、国道398号線沿いにある「グループホームしわひめ」は、広い敷地内に入居者とともに育て収穫を楽しむ畑や芝生には木製の大きなテーブルがあり、青空のもとでのお茶会が目に見えるようである。職員のやりがいは「入居者に笑顔になってもらう」こと、「入居者の行動にはすべて要因がある」を原点に、記録(センター方式を導入)を分析し、一人ひとりの入居者に合った適切なケアを心掛けている。前年に目標達成計画に掲げた「重度化、終末期における意思確認書の見直しと成文化」を達成した。「運営推進会議開催の年間計画作成と実施を試みる」ことが達成に至らなかったのは残念である。</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、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(方針、目的など)を掲げ、運営規程及び重要事項説明書に明記している。事業所理念を基に職員独自の支援理念を掲げ、見直し可能としている。	運営理念を5項目に表しているほかに、職員の意見で作り上げた介護理念6項目を掲示している。職員は自己評価票を手元に置いて基本の方向性を確認し、ケアにおける振り返りや気づきに活用している。	
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、野菜の提供、散歩時の挨拶など)	近隣住民との交流は、地域の一員として日常の中にある。小中学校の体験学習の受け入れやボランティアの慰問、地域行事の芋煮会への参加など入居者が楽しみにしている交流がある。	
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	今年度はまだ開催されていない。自己評価、外部評価の意義を理解していただくため取り組み状況の報告、意見交換を行っていききたい。	前回の外部調査以降に掲げた目標達成計画の「2ヶ月毎の定期開催に努力し、地域密着型事業所として議事録の公表も行う」について達成できなかったことは残念である。	運営推進会議では、報告や情報交換に留まらず、会議のメンバーを通して地域連携を深められたい。運営に関する相談、協力やモニターとして率直な意見をもらうようにしていただきたい。
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	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。地域包括支援センターとも日常的に連携し、成年後見制度も協働している。	入居者に関する事、建物や設備に関する事、制度に関する事など積極的に相談に向かっている。市からは研修などの情報提供がある。地域包括支援センターは市の直轄となっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	「グループホームしわひめ身体拘束ゼロへの取り組み」を明記している。「身体拘束ゼロへの手引き」にて日常的に啓蒙している。また日々のOJTにより不適切なケアの改善に努めている。	職員は拘束の弊害について理解している。「ダメ」など具体的な拘束の例を学び、「ダメと云わない」ことによって拘束のないケアの実践につなげている。入居者が外に出る際は職員が行動を共にしている。	
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	研修、セミナーへの参加及びエールへの加入を通して情報の収集に努め、申し送り、会議等で職員の教育を実施している。身体拘束と同様に日常の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して情報の収集に努めている。現在「まもりーぶ」利用者が4名、「成年後見制度」利用者が現在2名いる。		
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、重要事項説明書、医療連携体制指針等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、医療連携体制など詳しく説明し、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。運営推進会議及び面会時に家族より意見、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。	家族が来訪した時に「牛乳を飲ませて欲しい」の要望を受けたことがある。月に一度郵送する請求書に同封して個人金銭出納の報告をしているが、生活状況や職員異動の報告は行っていない。	入居者の生活状況を伝えることが安心と信頼関係作りの一助ともなる。家族が言い出しにくいこともあることを理解し、来訪しない家族の意見も引き出すよう努めていただきたい。
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	各ユニット別全体会議の実施(月1回)。職員個別面談の実施(随時)。カンファレンスへの参加(随時)。経営者は毎日状況把握を行い、職員の意見・提案を聞いている。キャリアパス計画の協働実現。	職員の資格取得支援や外部研修への参加支援が積極的に行なわれている。入居者の急な帰宅願望に応じて介護タクシーの活用を提案するなど、職員は自分の意見が言えて反映させることができている。	
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、悩みを聞いている。毎年給料のベースアップを行っている。資格取得に向けて勤務シフトを考慮している。介護職員処遇改善交付金を全職員に給付している。		
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沿って実践中である。		
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、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	入所相談時に必ず施設長、ケアマネが自宅を訪問し、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	No15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	現在利用しているケアマネ、医師、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・行動などよく観察し、本人のサインを見落とさないよう、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	常に家族も巻き込みながら家族・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	親戚、知人、友人などに面会・来訪をしていただけるようにその都度お願いしている。以前暮らしていたケアハウスへの訪問やなじみの美容院へ行ったり、通院のついでに外食したりしている。	入居者は知人や家族と話したい時に話すことが(電話で)できている。開設9年目の当ホームは入居者にとって「我が家」となっている。入居者が退院後に「家に帰る」と言う、その家は馴染みのホームのことであった。	
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	契約が終了した利用者(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ている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	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ている。本人の言葉だけでなく、表情・まなざし・姿勢・行動などをよく観察し、本人のサインを見落とさないよう心がけている。	意思の表出には入居者それぞれに個性があることを職員は理解しており、一人ひとりであった傾聴を大切にしている。強い拒否の表現に隠れた要因を探ることで「本当の思い」を知ることができたこともある。	
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、医師など)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」を十分に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。センター方式の活用。	計画作成担当者は、毎日の申し送りやミーティングで必要な情報収集を行い、センター方式のD・Eシートに記録し作成に活かしている。介護計画は変化に応じた随時の評価、見直しと3ヶ月毎の作成を実施している。	
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、GHで支援している。対応後は電話連絡、報告を行っている。		

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
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現状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。	受診には看護師によるチェック表(バイタル、生活)や24時間行動記録表など必要に応じた情報を持参する。「通院ノート」には受診で伝えたい入居者の様子や医師からの指示が記録されている。歯科は往診がある。	
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、医療活用を相談している。		
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。	家族・担当医・職員・経営者が情報交換し合い、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利用者の意思確認書について説明している。終末期の方は随時、家族・主治医・医療機関・GHの4者で話し合い方針を共有している。しかし、早期からの個々の現状・家族のニーズに沿った看取りの方針が明確ではない。	「医療連携に係る指針」では健康管理、状態悪化時の対応、重度化の対応を表し、具体的行動が示されている。「看取りに関する確認事項」ではホームでできることを明記し、確認しあっている。早期からのニーズに沿った方針については再検討していただきたい。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成し情報の共有をしている。実際に事故、けがの遭遇時にその都度指示、指導をしている。		
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	年2回、利用者や近隣住民とともに消防避難訓練を実施(1回は夜間想定で実施)。消防署員の協力で避難方法、避難経路の確認、消火器の使用方法など指導いただいている。スプリンクラーは設置済み。	避難訓練では火災発生場所によって避難経路の選択が必要、協力住民への分かり易い指示を出すなどが課題となり、次回に活かす改善策を確認し合った。地震対応マニュアルがあり、体験から備蓄を増やした。	

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	(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、指導的にならないよう支援している。トイレ誘導時、他利用者に気付かれないように、さりげなく声がけする。	入居者の経験や生活歴など、その背景を把握し「行動には意味がある」ことを前提として「入居者の思い」を汲み取り、支援するように努めている。排泄、入浴時の羞恥心に配慮している。	
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、希望を共感し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	各利用者の一日のながれはだいたい確立しており、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て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献立に取り入れている。ホットプレートなどを使い利用者が参加しやすい手伝っている。準備、配膳、後片付けを職員と一緒にやっている。	入居者の好みをよく知る職員が「栄養交換表」を参考にしながら献立を作成する。住民の協力もある。ホームの畑から収穫した新鮮野菜は、入居者が喜ぶ和食や昔ながらの郷土食に活かされている。	
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	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日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、できていないところは職員が手伝う。本人・家族の同意がある場合、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)を利用している。		

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ている。排泄の自立に向けて定期的(個別)に声がけをする。本人のサインを見逃さないトイレ誘導を継続している。	トイレでの自力排泄を支援している。寝たきり状態から半年をかけてトイレで排泄できるようになった入居者から「ありがとう」の声が出た。職員連携の地道な努力が実を結んだ。その努力を評価したい。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	散歩、体操など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もある。		
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	毎日声がけているが、本人の希望により決定している。場合によっては、シャワーや足浴を実施している。拒否が続く方には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。	就寝前の入浴の希望にも対応するなど、個別にあった入浴ができるように支援している。入浴したがる入居者には本人が納得できる対応をするように心掛けている。	
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あり薬変更時に加筆していく。処方変更時はより一層、状態観察に注力している。		
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、遠出の機会をもうけている(桜、アヤマ、蓮、紅葉、白鳥など)、GH周辺の散歩・散策、地区・地域のイベント参加、買物(スーパー、コンビニなど)や美容院への同行。通院時の外食など。	遠出の外出は年間計画の行事の中に組み込まれている。その際はレンタルバスや介護タクシーを利用し、車椅子を使用するなどして全員で楽しめるように支援している。家族の協力を得ながらの墓参など個々の満足にも配慮し支援している。	

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
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。スーパーなどで買物のとき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。携帯電話を持参している方もいる(ただし使用は本人の居室でお願いしている)。		
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	台所、食堂では料理の音や匂い、会話が常と感じとれる。TVボリュームの調整、入居者に合わせた声かけのトーン、二重カーテンでの陽ざしの調整、1日数回の換気、時計・カレンダー・暦の配置など。	ホールは居心地が良く、入居者は個々に過ごすことが多い。気分転換や入居者同士の関係性などに配慮しながら椅子の位置などを変えている。壁には行事で撮った写真、玄関を入ってすぐには職員紹介の顔写真が見えやすい大きさに貼ってある。	
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エリアのソファ、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	入居者の希望に合わせてベッド、畳など選択してもらっている。使い慣れた筆筒や仏壇など持ち込んでいる方もいる。	どの居室も出入り口が開放されていて、入居者が安心して暮らしていることが感じられる。室内は清潔に保たれ、家具転倒防止器具等で安全も確保されている。	
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等を想定して床にマット等を敷設している。トイレの目印の工夫など。		