

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	0491300034		
法人名	医療法人 一秀会		
事業所名	グループホーム堤通り	ユニット名	1丁目
所在地	宮城県栗原市若柳字川南堤通20-25		
自己評価作成日	平成22年4月23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)】

<p>地域やその地域に住む方々との交流や連携に力を入れている。利用者の生活習慣を尊重し、家庭的な雰囲気の中で、暮らせるよう努めている。月の行事担当を決め、毎月何らかの行事を行っている。定期的な行事以外にも日常的にドライブに行ったり、食事またはおやつを食べに外出している。</p>

※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22年5月24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>運営主体は医療法人一秀会で、栗原市において老人保健施設シエスタ等を併せて運営している。近くには大型スーパーや高等学校等があり、利便性の良い立地にある。地域との連携では町内会に加入し、地域の行事や清掃活動に積極的に参加している。また、ボランティアの受入れやバーベキュー等ホーム行事への参加呼びかけを行うなど地域交流に努めており、徐々に成果が上がってきている。医療面では入居前のかかりつけ医を尊重し、受診時には職員が同行して生活状況等を医師に説明している。看取り介護についてはホーム側は前向きであるが、医療機関との連携が難しく実現に到っていない。</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)
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)
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)
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)
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
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
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 グループホーム堤通り)「ユニット名 1丁目 」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を見直し、BS法により全職員で意見を出し合い、三つの理念をつくり、それぞれにサブテーマを設けています。	昨年11月に全職員によるブレインストーミングを行い、出されたさまざまな意見を集約し、現在の理念に見直すことが出来た。今後は理念について職員間で話し合う機会を多く持ち、理解を深めたいとしている。	
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	買い物はグループホームの近隣で行っている。広報誌を作成し地域へ回覧している。行事の際の参加の呼びかけを行っている。町内会に加入し回覧板も回している。集会所の清掃にも参加し地域の方と顔なじみになっている。	広報誌「GHつつみどおり新聞」を町内会の回覧板と併せて回覧している。町内会の行事にも極力参加するようにしている。また、ホーム主催の流しそめんや新年会等の行事に地域の方の参加が徐々に増えている。	
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	中学校の職場体験の受け入れをしている。		
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	年間計画を作成し、定期的に運営推進会議を行なっている。会議ではホームの取り組みの紹介や、事故状況の報告等を伝え、意見や要望を伺っている。	家族・地域包括支援センター・区長・民生委員がメンバーになっており、議事内容はホームからの現況報告が中心である。前年度は5回の開催に留まった。本年度は6回開催の予定である。	地域との交流も進み、理解も得られてきている。また、委員の構成も防災に詳しい方を加える等、サービスの質の向上に繋げて頂きたい。
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	介護保険等に関する相談や、生活保護の利用者の支援を通じて連絡を取り合っている。	日常的な相談や情報交換は地域包括支援センターと頻繁に行なっている。老人介護や認知症に関する講師の依頼もあった。	
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	日中は施錠を行わず、スタッフが見守りを行いながら比較的自由に外に出れるよう配慮している。マニュアルに身体拘束にあたる行為を明示している。	職員全員が拘束の無いケアを目指し実践している。外出傾向の入居者には職員がいっしょに近くを散歩するなどに対応し、近隣の方にも見守りのお願いをしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止について内部研修を行なっている。		

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	まもり一歩を利用されている利用者があり、担当の職員と連絡を取りながら進めている。また、新たに成年後見制度が必要と思われる方についても相談している。		
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	契約の際には、事前に料金や退所してもらう場合の説明等を行い、入居してから不満が出ないように詳しく説明している。また、料金等を変更した際には書面にて同意を頂いている。		
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	契約の際に苦情の相談窓口を説明し、直接ホームに言いづらい時は他の機関も紹介している。苦情があった際には全体会議の際に話し合っている。また、意見箱も設置している。また、地域の区長に第三者委員を依頼している。	頻繁に面会に訪れる家族が多いので、その機会に意見の交換をしている。また、運営推進会議、市の窓口や第三者委員などホーム以外にも意見や苦情を寄せる場があることを説明している。	
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	カンファレンス等の会議の際にスタッフから意見を聞く機会を設けている。また、管理者やリーダーが直接業務に就いており、日常的に意見相談をしている。	カンファレンス時や日常的な意見相談以外に、環境・事故対策・身体拘束排除・防災・行事など全職員が何らかの担当を持ち、ホーム運営の企画立案に携わっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	希望休や年休を取りやすく、働きやすい環境になるよう努めている。資格に応じ資格手当もある。		
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	外部の研修会がある際には勤務体制を考慮に入れながら参加するようにしている。プリセプター制度を導入している。内部研修を定期的に開催し、スタッフに担当をまかせ、講師も務めてもらっている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	関連事業者にて研修会等を開催することにより、学ぶ機会や情報交換の場を設けている。また、グループホーム同士の交換研修にも参加している。		

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	事前の調査で本人の希望や状態を受け止め、信頼関係が気付けるよう努めている。また、希望により入居前に本人に見学に来てもらえるよう努めている。		
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	事前の調査を行い、希望に沿うサービスが提供できるように努めている。利用者の状態により初期の段階でケアの方向性をご家族と話す機会を設けている。面会時に状況報告を行ない、その都度、ご家族の意向を伺っている。		
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	入居の相談の際にグループホームで対応できない相談の場合には他の事業所やサービスを紹介している。		
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	家事全般で得意、不得意に配慮して、食事作り等に参加されない利用者からも料理方法を教えてもらったり、本人の気持ちに合った声かけをするように注意している。利用者の意思に平等に答えられるように努めている。		
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	家族との外出、外泊を勧めたり行事に参加していただけるよう連絡相談している。面会の際や電話で本人の様子を伝えている。1か月毎に本人の様子をまとめた記録を送付している。		
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	以前利用していたデイサービスに行ってみたり、お墓参り、通院の際に自宅に寄ったり、自宅の近くにドライブに行くなどの支援をしている。また、なじみの物を持ってきてもらったりしている。	知人や商店、行きつけの場所等と入居者が付き合い続けられるように、外出だけでなく手紙や電話の支援もしている。地域の友人や会社の元同僚が面会に見えることもある。	
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	仲の良い利用者同士になるようテーブルの配置を考えている。また、トラブルになりそうときはスタッフが間に入り声かけをしている。		

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
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	入院等で契約が終了しても、入院中の状態をうかがいながら空き次第再入所ができるようご家族や医療SWと相談している。		
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	アセスメントの際に本人の希望を把握し、カンファレンスの際に、利用者の気持ちをBS法で職員に出してもらい、利用者本位のサービスになるように努めている。	家族からの情報を基に時にはスキンシップを交えながら、入居者とじっくりと話をし希望や意向の把握に努めている。	
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	調査の際に生活歴を聞くだけでなく、家族からも面会の際に本人がどのような生活や趣味があったかを伺っている。		
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	アセスメントやケア記録、チェック表に記入し、申し送りにより毎日の様子を把握できている。		
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	本人やご家族の要望を取り入れ、それを元に介護計画を作成、見直しの際にはBS法を用いて、何を望んでいるのか？それぞれの意見を引き出しそれをまとめたものを実際の介護計画に反映させている。	入居者毎に毎月評価を行い、それを基に3ヶ月毎にカンファレンスを行い介護計画に反映させている。見直しには入居者担当職員のみでなく全職員が参加し、看護職員はその立場から意見を求められることもある。	
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	日々の様子を個別に記録している。月ごとに本人の様子をまとめている。ご本人の状態により、センター方式のシートをつかい記録している。		
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	通院や外泊外出、理美容などその人に合ったその時それぞれの対応ができています。		

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	ボランティアや近隣学校の職場体験をうけている。地域の清掃にも参加し地域住民とかかわりがもてるよう努めている。		
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	定期受診のほかに、本人の体調の変化があった場合には、かかりつけ医やご家族に相談し、適切に医療が提供できるよう支援している。ほとんどの方が自宅にいた時と同じかかりつけ医を受診している。	大半の入居者が入居前からのかかりつけ医を利用しており、受診時は職員が同行し医師に生活状況を説明するようにしている。受診結果は家族に連絡すると共に、ケース記録に記載し職員間で共有化を図っている。	
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	看護師が常勤で配置されており、直接看護師へ相談できる環境であり、健康管理や医療相談、連携(救急含む)を図れている。		
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。	入院された際はご家族への連絡相談、入院先への訪問、病状説明を行っている。退院の際には食事内容や対応方法の相談を行っている。		
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	重度化における対応の指針について説明同意を頂いている。また、看取りに関する研修を行ない、職員間で情報を共有している。	看取りに関しては、ホームとして行う意思はあるが、医療機関との連携が図られず中断状態にある。現在は止むを得ず同一法人の老人保健施設や協力病院での対応になっている。この状況は家族にも説明し了解を得ている。	
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	マニュアルを作成し、目に入る場所に配置している。また、普通救命講習を受講している。		
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	避難訓練は、年数回実施している。区長が地域住民へ災害の際は協力してくれるよう呼びかけてくれている。また、近隣住民からも声がけされるなど、地域の理解も進んできていると思われる。	前年度は避難訓練を3回のうち1回は夜間想定で行い、消防署も立ち会っている。近隣住民に参加をお願いしたが、参加はなかった。災害用備蓄は飲料水若干のみである。	避難訓練への近隣住民の参加要請は今後も根気良く続けてほしい。また、災害用備蓄は必要量を準備して頂きたい。

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	個々の人格を尊重し対応している。その人に合った声掛けをして言葉遣いに気を付けている。	入居者の呼び方は、本人・家族と話し合い、「～さん」を基本にしている。失敗したときやトイレ誘導等は回りに気付かれないようにさりげなく行うようしている。パソコンや個人記録の取り扱いには十分注意している。	
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	本人の意思意見を聞き、表現出来るように環境や周囲に気をつけ働きかけを行っている。ご本人への無理な働きかけは避け、好きか嫌いか良いか悪いか等本人に聞き対応している。		
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	散歩やドライブ等の希望に沿って支援している。基本的な一日の流れはあり声かけするが、一人一人のペースや気持ちを尊重するように努めている。		
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	髪を結んでいる人には結び方を考えたり、髪止めを本人に選んでもらっている。散髪の希望がある際は地域の理容所に行ったり、ホームに訪問理美容を呼んでいる。どの服を着たいか選んでもらっている。		
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	食事を盛り付けてもらったり、食材を切ったり、茶碗拭き等スタッフと一緒にいる。味見をしてもらう方もいる。	食材の調達は、近くのスーパーに週数回入居者と一緒に出かけている。調理から後片付けまで入居者も率先して手伝っている。また、全職員が同じ食事を一緒に取り、和気あいあいとした雰囲気であった。	
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	食事量が少ない方にはカロリーメイトなどの補食やその人の好むものを提供している。水分量が少ない方には甘い飲み物等を提供している。ペットボトルに飲み物を入れて飲める時に飲んでもらっている方もいる。		
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	食後の歯磨きの声掛けを行ったり、歯磨きの準備だけ行ったりしている。義歯についても毎晩は必ずしてもらい洗浄している。		

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	排泄チェックを行い、失禁のある方でもおむつに頼らず、布パンツやパットのみを使用し、その人の排泄のサインを読み取ったり声掛けにてトイレ誘導している。	排泄チェック表を活用し排泄のサインを見逃さず、早めの誘導を心掛けている。これによりリハビリパンツ利用から普通のパンツに改善したなどの成果があった。	
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	おやつ・食事の際、砂糖のかわりにオリゴ糖を使用している。下剤を使用していた人がオリゴ糖入りの物を摂取しただけで便通が良くなった方もいる。また、状態によりセンナ茶を提供している。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	希望を確認し入っていただいている。時間帯はほぼ決まっているが、柔軟に対応できるようにしている。また、本人の皮膚状態に合わせて石鹸やタオルを使い分けている。	毎日でも入浴可能で、一人平均週2～4回入浴している。大半の入居者は介助が不要で見守りのみである。お風呂はコミュニケーションをとるのに適しており、できるだけ話しかけるように心がけている。	
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	日中はホーム内外かわらず、本人のしたいことをやらせている。状態によりソファで休んでもらったり、居室で休んでもらったりしている。		
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	処方箋を利用者ごとに管理し、薬はその日飲む分を写真つきのケースに入れている。服薬の際は職員が手渡し服薬したかを他職員と共に確認している。下剤、安定剤、眠剤は服薬後の様子を見て調節している。		
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	歌が好きな方が多く、カラオケをする機会などをつくってみんなで楽しんでいる。食器拭き、食事の盛り付けや米とぎなど自宅でやってきたことを中心に役割を設定している。		
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	希望に応じて、散歩・買い物・自宅等に外出している。嗜好別に個別・グループで外出を定期的に計画している。お花見や紅葉見学等季節を感じていただけるような場所へ外出している。	その日の体調にもよるが、近場の散歩・買い物・外食・パチンコやウッドデッキでの日光浴等思い思いに過ごせるよう支援している。ユニット毎に出かける日帰り旅行は定義山・松島・温泉等年に数回出かけている。	

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	自分でお金を管理している方、ホームで管理している方がおり、ホーム管理でも本人の希望によってお金が使えるようにしている。また、職員と一緒に買い物に出かける機会がある。希望により買いたいものを職員が代わりに買ってきている。		
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	自分で電話を持っていて電話している方もいる。自らスタッフに電はかけてほしい(貸してほしい)と話し自宅や友人に電話する人もいる。		
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	リビングの飾り付けや、季節にあった飾りつけ(門松・リース)等の装飾に心がけている。花や観葉植物を多く飾っている。思い出の写真も飾り、いつでも見れるようになっている。	食堂兼居間は入居者と職員で作成した季節毎の壁飾りや行事の時の記念写真で綺麗に飾られている。日当たりも良く、室温・湿度の管理も適切にされている。ユニットの間にあるウッドデッキは天気の日には両ユニット入居者及び職員との交流の場となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ウッドデッキや玄関にベンチを置き好きな時にそこで過ごせるようにしている。小テーブルや椅子・ソファを置き、くつろぎのスペースを作っている。また、テーブルが六角形になり、皆の顔を見て食事や会話ができるようになっている。		
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	昔からなじみのあるタンスだったり本人が使っている物なども持ってきている。また、写真等を飾り、居心地のよい居室になるよう努めている。	居室はベット利用の洋室が基本であるが、希望により畳に布団の和室に変更可能としている。居室への馴染みの物の持ち込みは、ペット以外ほとんどが可能である。収納戸棚が大きいので室内は良く整頓されている。	
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	トイレの標識や日めくりカレンダーなど、一人ひとりができることや、わかることを考慮に入れている。		

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	0491300034		
法人名	医療法人 一秀会		
事業所名	グループホーム堤通り	ユニット名	2丁目
所在地	宮城県栗原市若柳字川南堤通20-25		
自己評価作成日	平成22年4月23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)】

<p>・チームケアに力を入れており、特にケアプランに基いて効率よくケアが実践出来るよう、スタッフ全体に具体的に周知でき、その日のケアが実践できたか？また、その後の記録がモニタリングに生かせる様工夫している。</p> <p>・利用者が、その人らしい生活を目指し、今を望まれる姿を生活の中に取り入れられるように理念でもある「ゆっくりと、楽しく、自分らしく」をケアプランに盛り込みそれを踏まえカンファレンス行い実践している。それに伴い、利用者との相互関係(寄り添うケア)が実践出来ている。</p> <p>・行事だけではなく、積極的に外出の機会を作り活動している。</p>
--

※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22年5月24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>運営主体は医療法人一秀会で、栗原市において老人保健施設シエスタ等を併せて運営している。近くには大型スーパーや高等学校等があり、利便性の良い立地にある。地域との連携では町内会に加入し、地域の行事や清掃活動に積極的に参加している。また、ボランティアの受入れやバーベキュー等ホーム行事への参加呼びかけを行うなど地域交流に努めており、徐々に成果が上がってきている。医療面では入居前のかかりつけ医を尊重し、受診時には職員が同行して生活状況等を医師に説明している。看取り介護についてはホーム側は前向きであるが、医療機関との連携が難しく実現に到っていない。</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 グループホーム堤通り)「ユニット名 2丁目 」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	開所当初からの理念の見直し、地域に根ざした事業所理念に作り直した。	昨年11月に全職員によるブレインストーミングを行い、出されたさまざまな意見を集約し、現在の理念に見直すことが出来た。今後は理念について職員間で話し合う機会を多く持ち、理解を深めたいとしている。	
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	地区の自治会や清掃活動、近隣への散歩外出などを通して交流の機会は徐々に増えつつある。	広報誌「GHつつみどおり新聞」を町内会の回覧板と併せて回覧している。町内会の行事にも極力参加するようにしている。また、ホーム主催の流しそうめんや新年会等の行事に地域の方の参加が徐々に増えている。	
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	前年度、認知症キャラバンメイト養成研修また、認知症研修など参加しているが、運営推進会議で自治会地区の方々へ説明はしているが、地域への認知症についての理解までは発信しきれていない。		
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	年間計画を作成。2ヶ月に一度定期的に会議を設けている。会議内においては、ホームの状況や行事又は取り組みなど報告している。	家族・地域包括支援センター・区長・民生委員がメンバーになっており、議事内容はホームからの現況報告が中心である。前年度は5回の開催に留まった。本年度は6回開催の予定である。	地域との交流も進み、理解も得られてきている。また、委員の構成も防災に詳しい方を加える等、サービスの質の向上に繋げて頂きたい。
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に取り組んでいる	相談や連絡のみの状況であり、相互関係とまでは至っていない。	日常的な相談や情報交換は地域包括支援センターと頻繁に行なっている。老人介護や認知症に関する講師の依頼もあった。	
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	内部研修やカンファレンスを通じ、センサーなど使用し鍵をかけない工夫や実践を行なっている。	職員全員が拘束の無いケアを目指し実践している。外出傾向の入居者には職員がいっしょに近くを散歩するなど対応し、近隣の方にも見守りのお願いをしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	内部研修を行なっている。また、事業所内においても日頃より注意防止に努めている。		

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	まもり一ぶ、成年後見を活用しており、その際担当職員と連絡を取り合い自立支援に努めている。		
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	充分理解されるよう、ご家族やご本人へ書面を用いて時間を賭け説明を行っており、理解納得された上で、契約や解約手続きを行なっている。また、事前に説明を行なうことに対してもご理解いただいている。		
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	生活記録は必ず、申し送りを行なっている。利用者、家族からの意見要望や不満などについても速やかにカンファレンスを行い、ご報告させていただいている。	頻繁に面会に訪れる家族が多いので、その機会に意見の交換をしている。また、運営推進会議、市の窓口や第三者委員などホーム以外にも意見や苦情を寄せる場があることを説明している。	
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	月1回、前回会議を設けている。意見などはカンファレンスや係りで吸い上げた物をディスカッションし反映できるようにしている。	カンファレンス時や日常的な意見相談以外に、環境・事故対策・身体拘束排除・防災・行事など全職員が何らかの担当を持ち、ホーム運営の企画立案に携わっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	研修などは、偏りが無いように参加している。又、研修や職員の個性を配慮し係や担当職員を配置し業務以外でも反映できるよう環境整備にも努めている。		
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	勤務体制を考慮し、外部研修への参加を行なっている。内部研修は、月で担当者を決めそれぞれのテーマによって講師を務めている。		
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	グループホーム協会 会員であり、定期定期的に交流や研修会に参加している。		

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	実態調査後、必ずセンター方式 アセスメントを行い、希望を取り入れ状態把握を行ない、その後本人が安心して過して頂けるように同じ目線で立った寄りそう介護に努めている。		
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	本人の生活を第一に考え、ご家族の希望や要望は常に相談に応じケアサービスに盛り込む努力はしている。		
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	調査、プラン立案の時点で、1番本人が支援して欲しい事をサービスとして導入している。支援方法としては、生活の過程の中でその人の変化や状況に合わせて対応方法など変更している。		
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	出来る事への配慮として、一方的な関わりでなく、関わる際出来るだけ1対1もしくは少人数で関わる様にしており、本人が職員と助け合える(相互)関係性を維持できるような環境整備に努めている。		
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	家族との交流を多く持たれる様に働きかけは行なっているが、外出泊の機会は少ないため、定期的に面会時や電話などで近況や状態の報告を行なっている。		
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	希望時の電話や面会は規制していないが、実際には友人や家族以外への関係性が少ない。	知人や商店、行きつけの場所等と入居者が付き合い続けられるように、外出だけでなく手紙や電話の支援もしている。地域の友人や会社の元同僚が面会に見えることもある。	
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	必要に応じ、職員が利用者間に入り交流が深まるように努めている。集団での関わりが難しい方には個別に関わりを多く持つようにしている。		

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	ご本人や家族が困らないよう、相談に応じているが退所後の直接的な関わりない。		
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	カンファレンスを通じて、本人の思いをBS法を用いて引き出し、それを基に検討実践している。	家族からの情報を基に時にはスキンシップを交えながら、入居者とじっくりと話をし希望や意向の把握に努めている。	
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	長年、暮らしてきた生活リズムを崩さぬように本人の状況を踏まえた上で、面会時に情報を収集したり把握して、生活維持に繋げられる様努めている。		
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	ケアプランに基き、ケア記録を作成。現状把握、生活状況の変化などに努めている。		
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	BS法をカンファレンスで実施し、本人の目線で何を求めているかをプランに活かしている。また、それにより、月のまとめやモニタリングなどを行い、現状の見直しなどに役立っている。	入居者毎に毎月評価を行い、それを基に3ヶ月毎にカンファレンスを行い介護計画に反映させている。見直しには入居者担当職員のみでなく全職員が参加し、看護職員はその立場から意見を求められることもある。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別にケア記録を用いており、職員の情報の共有化を図っている。その記録の中で、気づきや工夫がある際には記録を留め、カンファレンスなどで見直しをしている。		
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	外出など、個別的に希望に添えるよう対応をしているが、十分なニーズに対応しきれていない。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	行事等でボランティアや地域交流は増えてきているが、協力体制とまでは至っていない。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医への定期受診、急変時以外でも体調不良時などは、看護師または医療機関へ受診している。その際、ご家族への報告説明は必ず行なっている。	大半の入居者が入居前からのかかりつけ医を利用しており、受診時は職員が同行し医師に生活状況を説明するようにしている。受診結果は家族に連絡すると共に、ケース記録に記載し職員間で共有化を図っている。	
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	状態変化などは必ず、看護師へ報告された、確認された上で指示受診を行なっている。		
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。	入院中における訪問や電話連絡等、医療機関関係者への相談又情報収集に努め連携を図っている。		
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、終末期に向けた相談や説明は必ず行なっており、取り組みまでは行なっているが、実際における看取りを行なわれたケースが無い。	看取りに関しては、ホームとして行う意思はあるが、医療機関との連携が図られず中断状態にある。現在は止むを得ず同一法人の老人保健施設や協力病院での対応になっている。この状況は家族にも説明し了解を得ている。	
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	急変、事故発生時マニュアルを基に、適時看護師等に連絡しているが全ての職員が訓練や実践していない為、実践力に乏しい。		
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	災害訓練は、ホーム内では定期的に行なわれているが、地域との連絡協力体制また、合同訓練は行なわれていない。	前年度は避難訓練を3回のうち1回は夜間想定で行い、消防署も立ち会っている。近隣住民に参加をお願いしたが、参加はなかった。災害用備蓄は飲料水若干のみである。	避難訓練への近隣住民の参加要請は今後も根気良く続けてほしい。また、災害用備蓄は必要量を準備して頂きたい。

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	相手と同じ目線で、その中で親しみを持って会話内容を考えながら対応をしている。	入居者の呼び方は、本人・家族と話し合い、「～さん」を基本にしている。失敗したときやトイレ誘導等は回りに気付かれないようにさりげなく行うようしている。パソコンや個人記録の取り扱いには十分注意している。	
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	意思決定、意思表示が出来るよう、利用者への配慮やスタッフの言動などで意欲低下を招かぬように言葉遣いや行動を気をつけている。		
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	1人1人にペースを合わせるように努めているが、全て希望に添ってケアできているとは言えない。しかし、その人個人がその人らしい生活が出来るようスタッフ間の配慮は心掛けている。		
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	希望時、2ヶ月に一度のペースで訪問理美容を利用している。また、生活暦を参考に本人の意思と照らし合わせながら、身だしなみやおしゃれなど支援を行なっている。		
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	食事の準備や後片付け等、個々の生活維持 日課として取り入れている。1人ひとりの嗜好に合わせてオヤツなども提供している。	食材の調達は、近くのスーパーに週数回入居者と一緒に出かけている。調理から後片付けまで入居者も率先して手伝っている。また、全職員が同じ食事を一緒に取り、和気合い合いとした雰囲気であった。	
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	管理栄養士の栄養指導を受けている。水分量、食事量など1人1人に応じバランスをとっている。		
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	朝・夕食後の口腔ケアは実施している。状態に応じては歯科往診や口腔内調整など図っている。		

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
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	排泄チェックにて、排泄パターンの把握を入所時より行い、個々のパターンが掴めたところで、トイレ誘導(オムツ外し)を行っており、現在利用者全員、パンツでのトイレ排泄である。	排泄チェック表を活用し排泄のサインを見逃さず、早めの誘導を心掛けている。これによりリハビリパンツ利用から普通のパンツに改善したなどの成果があった。	
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	散歩程度の運動と、出来るだけ食物繊維が豊富なものを食事などに取り入れている。		
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	無理強いせず、本人のペースで入浴できるように、声掛けや時間帯などに配慮している。	毎日でも入浴可能で、一人平均週2～4回入浴している。大半の入居者は介助が不要で見守りのみである。お風呂はコミュニケーションをとるのに適しており、できるだけ話しかけるように心がけている。	
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	基本的に本人が休みたい時に休んで頂いている。体調なども考慮し休息時間の確保また、日中の散歩や外出など支援している。		
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	看護師が必ず、内服薬また変更になった際は薬剤確認を行っており必ず説明を行っている。しかし、職員全員が薬剤に対し周知理解とまでは至っていない。		
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	畑、ドライブ、買い物、家事といった今まで生活内で行われてきたものを、日課として取り入れている。楽しみなども持てるように、行事等も企画実践している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的に外出するように努めている。行事の企画やドライブ、旅行といったものの企画も行っているが、地域協同とまで至っていない。	その日の体調にもよるが、近場の散歩・買い物・外食・パチンコやウッドデッキでの日光浴等思い思いに過ごせるよう支援している。ユニット毎に出かける日帰り旅行は定義山・松島・温泉等年に数回出かけている。	

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	現在、数名のみの金銭管理である。しかし、外出時、実際にお金を持って支払いして頂いたり、職員が見守り付き添いの中で行われるケースはある。		
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	書簡通信の制限はしていない。いつでも、誰とでもコンタクトがとれる様にしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節毎、リビングなどの空間を飾っている。トイレなども混乱しないように、表示案内したりトイレ内を仕切りを立てたりと配慮している。	食堂兼居間は入居者と職員で作成した季節毎の壁飾りや行事の時の記念写真で綺麗に飾られている。日当たりも良く、室温・湿度の管理も適切にされている。ユニットの間にあるウッドデッキは天気の日には両ユニット入居者及び職員との交流の場となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食席 ソファー コタツ ベンチ 居室など利用し気の合った利用者様同士が自由に思い思いに過ごせる様に配慮している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みの食器や家具など日用品を持って来ていただいたり、本人の生活されてきた空間に近い様に現在、実践中である。	居室はペット利用の洋室が基本であるが、希望により畳に布団の和室に変更可能としている。居室への馴染みの物の持ち込みは、ペット以外ほとんどが可能である。収納戸棚が大きいので室内は良く整頓されている。	
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	どのようなことでも、生活内で出来る事が発揮できるよう一人ひとりの状況に合わせて対応している。		