

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	0490500022		
法人名	社会福祉法人 なかつうみ会		
事業所名	グループホーム こころ		
所在地	宮城県気仙沼市下八瀬426番地8		
自己評価作成日	平成31年1月6日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階
訪問調査日	平成31年2月14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)】

○職員は常に入居者の視点に立ち、代弁者として生活を支えていけるよう努めている。○入居者ご家族との信頼関係を築き、しっかりと情報を共有しながら入居者一人一人の生活を支えられるよう支援を行なっている。○入居者個々の心身状況を把握し、役割支援や日課支援を行なっている。○食事は地元気仙沼で生産される旬の食材や、古くから食べ親しんできた郷土食を取り入れるなど、季節の変化を食べる事から感じてもらえるよう努めている。○事業所の立地条件的に隣近所がないため、地区や市全体に目を向けて、良き理解者、応援者が増えるよう取り組みを進めている。○口腔ケアに力を入れており、歯科医師・歯科衛生士からの協力を得ながら、入居者の「いつまでもしっかりと美味しく口から食べる」を全職員で守っている。

【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)】

母体の社会福祉法人なかつうみ会は1978年に設立され、気仙沼市内に3つの特別養護老人ホームと、デイサービス等も運営している。ホームは気仙沼市北部郊外の高台に立地し、同法人の特別養護老人ホームが隣接している。事業所理念は「入居者がその人らしく安心と安らぎのある生活が継続できる様に」「入居者の家族や友人との交流を大切に、地域に根ざしたホームを目指します」である。理念を基に、常に利用者の代弁者となれるよう家族アンケート実施や日常のケアを通じ意向の把握に努め、その人らしい生活の実現をめざし支援している。近隣には地元野菜販売の「軽トラック市」が開かれるパーキングがあり、地元産の食材を活かした郷土食や旬の食材を取り入れた食事は、季節の変化や馴染みの料理が味わえ利用者の楽しみになっている。管理者は地域住民やボランティアとの交流の機会を増やし、地域との連携を強める実践に向け取り組んでいる。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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広がったり深まり、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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 GHこころ ）「ユニット名 」

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	事業所理念は常に目につく複数の場所に掲示しており、職員が出動した際には各自で意識するよう心掛けている。平成30年4月に事業再開し、職員も大幅に入れ替わっているため、しっかりと理念を共有できるよう毎月行われる会議の中で、ケアの方向性などの確認を行っている。	理念は、職員や来訪者の目に触れるよう玄関と事務室に掲示している。年度初めや年度末の会議、新人研修時に理念の振り返りや周知を行い、ケアの質の向上に繋げている。また、利用者の代弁者の意識を持ち、常に意向の把握に努めている。		
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	事業所の立地条件や地区の住宅事情により、隣近所との行き来という事では難しいものの、活動や行事などで地域との交流を進めている。また、すぐに行き来出来る隣近所がないことで、市内全体に目を向け交流を進める事を目標として取り組んでいる。運営推進委員の地域代表者には、自治会を代表する形で事業所の行事にも参加頂いている。	ホームの立地環境から地域との交流が難しい面もあるが、同敷地内にある特別養護老人ホームとの交流やボランティアの受け入れを積極的に行っている。行政区にも毎月発行している「こころ便り」を配布し、ホームの行事等をお知らせしながら繋がりが持てるよう努めている。地域から講師依頼があり引き受けている。	利用者が地域で暮らし続けるには、地域密着型のホームとして、地域との交流は重要である。運営推進会議の委員やボランティアの協力を得て、地域との交流の機会を増やし、繋がりを深めることを期待したい。	
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	認知症サポーター養成講座に講師を派遣したり、入居申し込みに来た方々の介護相談などに対応している。地域包括ケアの一端を担うことを目標とし、地域のボランティア団体や個人、福祉関係事業所と親交を図っている。			
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	運営推進会議では透明性のある事業運営を目指し、サービス提供状況の報告に留めず、介護事故内容や献立の紹介、独自の家族アンケートや入居者アンケート内容について、その質問方法の助言を受け、結果や対応策などの報告も行っている。運営推進会議の内容について職員会議の中で報告し、全職員で会議内容の周知を図っている。	年6回奇数月に、地域包括職員、自治会顧問、利用者、家族代表、法人の代表、職員が参加し開催している。家族アンケート・入居者アンケートを独自に行い、結果や入居者状況、行事、ヒヤリハット事例等の報告をしている。参加者からの意見・要望は検討し、運営改善に繋げている。		
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に取り組んでいる	主に管理者が市地域包括支援センターや市高齢介護課、保健課との窓口として必要時には情報交換を行っている。運営推進会議の中で、地域交流を進める上での難しさや、地域包括ケアを見据えた事業所としての方向性など伝え、その事についての助言やアドバイスをもらったり、研修会や福祉行政の動きなど、情報提供を受けている。	運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加し、研修案内や福祉についての情報提供がある。外部評価の調査にも市の職員が同席している。管理者に講師依頼があるなど、良好な協力関係が構築されている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	「身体拘束等行動制限についての取り扱い要領」を策定しており、その内容の周知と職員研修会により、身体拘束・抑制について学習する機会を設けている。また、毎月の会議の中で、事業所内で実質的な身体拘束や精神的な拘束を職員が行っていないかを確認している。玄関等の施錠は防犯の意味で夜間のみ行っている。出来る限り自由に、怪我なく生活してもらえるよう、職員は支援に努めている。	「身体拘束等行動制限についての取り組み要綱」を策定し、年1回、権利擁護研修で身体拘束をしないケアについて周知し、毎月会議の中でも確認している。玄関の施錠は、20時～6時までで、日中は自由に出入りができる。ホーム周辺の散歩を日課にしている利用者もいる。		
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	研修年間計画の中に高齢者虐待防止(権利擁護)について取り入れており、全職員が同じ認識の元で生活支援に従事できるよう努めている。毎月の会議の中で虐待(身体拘束・抑制など)が行なわれていないか確認を行っている。			

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
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	研修年間計画の中に権利擁護（成年後見制度等の内容）についての内容を取り入れ、全職員が学ぶ機会を確保している。また、利用契約書及び重要事項説明書の写しを職員全員に配布し、目を通す機会を設けると共に、内容についての研修も行っている。どのような契約内容の元、入居者が安心して生活していけるのか、どのような契約内容に守られて生活しているのかを確認している。現在は成年後見制度を利用及び利用に向けた支援が必要な方はいないが、必要に応じて対応していく。		
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	利用契約締結の際には、出来るだけ分かりやすい言葉で、難しい内容は噛み砕きながら説明を行なうと共に、その内容をしっかり理解してもらえるよう確認しながら説明を行っている。家族が分からないまま契約締結してしまわないように配慮すると共に、契約後でも分からないことや不安に感じている部分があれば、その都度説明を行っている。（特に入院期間及び退院に係る対応についての問い合わせが多い）		
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	毎年、事業所独自のアンケートを家族及び入居者に実施し、回答結果について全職員で確認し対応策を話し合っている。また、その内容について全家族に報告すると共に、運営推進会議、同一敷地内にある特養の代表職員が出席する会議、法人の幹部職員が出席する会議の場で報告し、意見をもらっている。	家族の面会時に意見・要望を聞き、独自にアンケートを行い集計、検討し運営改善に繋げている。利用者を担当制で受け持ち、日々の生活やケアの中から要望を把握し事業運営に生かしている。	
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	毎月開催される職員会議にて職員が意見を出し合える機会があり、全職員で事業所の進むべき方向やケアのあり方について話し合っている。また、法人役員との面談の機会もあり、職員個人の意見を伝える事ができ、その内容は管理者（所長）に伝えられ、事業運営に反映される仕組みがある。	月1回、会議の中で職員の意見・要望を聞いている。出された意見・要望は利用者に関することが多く、ケア改善等に繋げている。年1回、法人役員と面談があり相談もできる機会を設け、資格取得支援も実施している。	
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	法人として給料表が定められており、定期的な昇給制度がある。雇用形態により、勤務経験年数や持っている資格を考慮し、試験を受け正職員として雇用される制度がある。また、関係する資格を取得する事で資格手当も支給される。自己学習で研修などに参加する際には、希望により有給休暇を取得出来るよう配慮が行なわれる。研修内容によっては研修費等も助成されるなど、バックアップ体制がある。職員は定期的に上司（法人役員や特養施設長・事務長）との個別面談があり、個々の意見や考えが就業環境整備に取り入れられる。		
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	職員1人1人が年間計画で定めた研修の講師を務める仕組みがあり、自己学習を進める機会となっている。また、外部研修にも計画的に参加できるよう調整しており、その内容は毎月の会議の中で研修報告という形で全職員に伝達されている。職員間でケアの提供技量に差がある内容については、ある程度の水準を保ってケアが提供出来るように工夫されている。		
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	宮城県認知症グループホーム協議会に加盟しており、今年度は協議会が主催する地区の非常災害対策訓練に参加し、防災以外の事についても意見交換する機会があった。他事業所の取り組みや問題点など、自事業所と照らし合わせながら改善を図る事ができた。また、数名ではあるが、市内のグループホーム管理者と懇意にしており、情報交換など気軽に行える関係である。		

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
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	契約前の段階で直接ご本人と面談し、話している内容や表情、気持ちの動き、動作など確認すると共に、家族からの話も踏まえた情報収集を行い、全職員で情報共有し、万全の体勢でそのご本人を受け入れるようにしている。細かい情報を職員が共有することで、不意な事態にも余裕を持って対応する事ができ、ご本人にも安心して過ごしてもらえると感じている。		
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	契約の段階では、家族は入居後の生活や受けられるケアの範囲などについて不安や心配を抱いているため、しっかり納得して契約できるよう、出来るだけ分かりやすい言葉や例えを用いて説明を行なうようにしている。また、提供する事ができないケアについても曖昧にする事なく、しっかり理解、了承してもらえるよう説明に努めている。懇切丁寧な説明や対応を心掛けることで、初期の信頼関係を築いている。		
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	契約前の面談で心身及び本人周辺の情報を収集する他、確認出来る範囲で生活歴の調査も行い、入居初期の対応に活用している。また、気仙沼独自の「分かってシート」も活用し、本人の若い頃の暮らしや交流関係についても確認を行い、その情報をケアに活かしている。		
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	生活の中で、その人に合った得意な事で力を発揮してもらえるよう役割支援を行なっている。それぞれに役割を担ってもらう事で、皆と一緒に生活しているという事を意識してもらえるよう努めている他、他者から学ぶという姿勢を大切にし、色々な話を聞いたり、共に支え合う関係作りに努めている。毎朝の全体清掃では、職員だけではなく、個々に合わせた掃除を行なってもらい、感謝を伝えている。		
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	介護サービス計画を作成する際には必ず家族からの意向を確認し、その意向を計画に反映するよう努めている。また、面会などで家族がホームを訪れた際には、必ず近況報告や家族が気にしている事項について報告を行なうようにしている。遠方に住んでいる家族に対しては、定期的に近況報告や体調変化について報告の連絡を行っており、ホームと家族の情報共有が図られていると感じている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族や親戚の方だけではなく、知人友人の方々の出入りも家族の了解があれば可能である。その方々が、また訪れやすいように、職員は雰囲気作りに努めている。気仙沼は東日本大震災で多くの場所が被災し、以前の景色と一変してしまっている場所も多いが、昔ながらの漁港周辺の風景や路地など、ドライブに出掛けたり、昔の通り(道)やなくなってしまった店など、思い返す事が出来るよう話をする時に工夫している。	家族だけではなく、知人の来訪もあり関係が途切れないように支援している。理・美容の定期的な訪問があり、今まで続けているパーマや毛染めをする利用者もいる。以前住んでいた場所やお店にドライブがてら出かけることもあり、昔を思い出す機会を作っている。	
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	入居している個々の性格や心身レベル等を踏まえ座席配置しているが、思わしくない状況があれば全体のバランスを考えて検討を行い座席替えを行なう事もある。関係がこじれてしまう前に職員が間に入り関係調整を図るよう対応に努めている。生活の基本に個別支援があり、それぞれの役割支援を通して互いに認め合える生活を目指している。		

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	心身レベルの低下で特養施設に移った方と、現在も交流している。面会に出向いたり、ホームに遊びに来てくれることもある。また、以前勤務していた職員も時々顔を出してくれる。顔見知りの職員であるため、笑顔多く安心感のある時間を過ごす事が出来ている。		
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	日々の生活で交わされる何気ない会話や交流の中で、表情や言動、行動からその人の思いを汲み取れるように心掛けながら生活支援を実施している。介護計画見直しの際は、担当職員が意向確認を行い、しっかりと伝える事が難しい入居者に対し、職員が代弁者として日々の生活の様子などから意向を汲み取れるよう努めている。その意向については家族にも説明し、納得頂いた上で介護計画を策定している。また、意向の汲み上げを行なうと共に、隠れたニーズに職員が気付くことが出来るよう、職員の訓練の意味も含めて入居者アンケートを実施している。	利用者を担当制で受け持ち、一人ひとりに寄り添いながら日々の生活を通して思いを把握している。趣味や特技を生かせる場を継続して支援しており、刺し子や習字、生け花など楽しんでいる利用者もいる。各々持てる力を発揮し、ホームで行う文化祭に向け作品作りをするなど、利用者が生き生きと生活できるよう支援している。	
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	入居契約の際にはバックグラウンドについて確認を行う他、「分かってシート」を活用し、より密な情報を得られるよう努めている。その情報は全職員で共有しながら日々の生活支援に役立てており、役割支援や日課支援に取り入れている。		
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	個々の生活の様子について、記録用紙や文章として記録に残し、状態把握に努めている。また、毎月の介護計画の振り返りでは、心身状態の変化を数値化し確認出来るようになっている。連絡ノートも活用し、わずかな変化や気になる事など、職員間で共有できるよう努めている。		
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	「入居者の状態など、細かく把握しているのは担当職員である」という考えから、介護計画作成の際には本人の意向確認、家族からの意向確認は担当職員が行なっている。また情報収集の道具として、センター方式を部分的に利用し、よりきめ細かなアセスメントが行えるよう、担当職員の協力を得ながら計画策定、振り返りを行なっている。	毎月モニタリングを行い、介護計画は3ヶ月に1回見直しを行っている。状態に変化があった場合は随時見直している。介護計画作成時には、家族、医師、職員から意見を聞き反映させている。	
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	個別のケース記録があり、その記録は何時でも確認出来るようになっている。ケース記録の他にも個別の記録が数種類あり、その情報を確認しながら生活支援にあたっている。また、正式な記録とは別に連絡帳や引き継ぎノートも活用し、密な情報共有に努めている。		
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	入居者、家族からの要望や意向には柔軟に対応するよう心掛けている。医療面では隣接する特養施設との連携を図っており、協力を得られる体制が出来ている。また、入居者個々の身辺で必要になる日用品の準備など、家族の都合がつかない場合に、必要に応じて職員が協力している。		

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	食材の準備には地元のスーパーを利用し、新鮮な旬の魚介類を提供できるようにしている。地域でボランティア活動を行なっている団体に協力を依頼し、定期的に色々な作業を行なってもらったり、入居者との関わりの時間をもってもらっている。事業所やボランティア団体だけではなく、個人の力を借り備品を作ってもらったり、食材を頂く事も多い。運営推進委員の地域代表者からは、「何かあったらいつでも言ってくる下さい。地区で協力するから」との言葉を頂いている。		
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	事業所には協力してくれる地元の開業医がいる。緊急時には24時間対応可能であり、専門医による医療が必要になった場合には紹介してもらえる。月1回の訪問診療があり、専門医療以外でも診察してもらえる。定期薬の注文はFAX注文が可能であり、薬局で届けてもらえる。家族が医療のことで不安があれば、直接Drから話を聞く事が可能である。入居契約の段階で、ホームの協力医にするか、これまでの主治医にするのか選択する事が出来る。その際にはメリット、デメリット両方の説明を行っている。	かかりつけ医は自由に選択できる。入居時に利用者に説明を行い、ほとんどの利用者はホームの協力医療機関がかかりつけ医で、月1回の訪問診療を受けている。協力医と隣接した同法人の特別養護老人ホームに勤務している看護師とで、24時間の医療連携体制を構築している。	
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	医療連携加算は取っていないものの、日中は隣接する特養施設看護士の協力を得られる。急変時の状態把握や、主治医への専門的な知見からの状態報告等を行ってもらえる。また、点滴や採血など、主治医からの指示で行う医療にも日中に対応が可能である。軽微な体調不良(発熱や緊急を要さない怪我など)などは、主治医に報告し、対応等の指示を仰ぎ対応している。		
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。	入院が必要な時には必ず職員が付き添い、入院病棟看護師への引き継ぎをしっかりと行っている。入院に係る必要事項だけではなく、日々の生活の様子や、例えばどのように声をかけると良い反応が得られる等、出来るだけ多くの情報を提供するように努めている。退院に向けての支援としては、定期的にお見舞いを兼ねた状態確認を行い、病棟看護師や医師から随時退院への可能性について確認を行う。退院時には、事前にその状態を職員全員で共有し、本人、家族が不安なくホームに戻って来られるよう努めている。		
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	入居契約の際には重要事項説明書と共に、事業所の「重度化対応及び看取り介護に関する指針」についても説明を行い、事業所の介護、医療体制について納得の上で契約締結が出来るよう努めている。これまで行ってきた対応から、心身状況が重度化しても出来る限りの生活支援は提供してきており、その後は家族との話し合いの中で最良の選択が出来るよう提案など行っている。	「重度化対応及び看取り介護に関する指針」を作成し、入居時に説明を行っている。緊急時には病院へ搬送する対応をしており、看取りは行っていない。指針の確認は年度初めに行っている。	
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	年度の研修計画には必ず緊急時対応の内容を取り入れ研修を行っている。また、年度途中から異動し配属となった職員についても、法人の各事業所で必ず緊急時対応の研修を受けている。		
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	災害対策について研修の年間計画に基づいて全職員を対象とした研修を実施しており、災害時の避難対応マニュアルも整備している。避難方法については火災時の避難誘導に準じており、定期的な避難訓練を実施している。地域自治会との災害時協定などは締結していないが、運営推進会議の中で地域代表者(自治会顧問)から「何かあった時には協力するから」との言葉を頂いている。	マニュアルを作成し、夜間想定を含めて年2回消防署の立合いで避難訓練を行っている。土砂災害時の避難誘導訓練も行っている。問題点は、運営推進会議で報告し協力を依頼している。夜間勤務時に1人体制になるため、よりスムーズに避難できる方法を検討中である。備蓄は3日分ある。	年2回の避難訓練は隣接している特養と一緒にしているが、ホーム独自の避難訓練も重ねられることを期待する。

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	
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	生活支援にあたっては「人生の先輩として、年長者として、そして現在の地域発展のために尽くしてきた方々」という気持ちで接するよう、各職員に伝えている。同じ時間を過ごす事により慣れは出て来るものの、馴れ合いにならないように注意している。プライバシー保護については、研修年間計画に研修内容を取り入れ、権利擁護の側面からも学ぶ機会を設けている。日常的なプライバシー保護についても、マニュアルを整備し確認を行っている。	マニュアルを見直し、権利擁護の研修の際に、プライバシー保護についてケアを振り返りながら学んでいる。トイレ誘導や入室時など、日々の生活やケアの中で利用者の尊厳を損ねないように努めている。呼び名は、名字、名前に「さん」付けで呼んでいる。	
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	日々の生活の中で、出来るだけ物事を選択を自分でする機会を多く持てるよう支援している。その人が妥当な判断や選択をする事が難しい状況の場合には、職員がその人の代弁者となり、日々の生活の様子や表情、言葉などから気持ちの動きを汲み取り、その方にとって最良の選択や判断ができるように、職員は定期的に訓練している。介護計画策定時には意向や希望の確認を行い、上手く伝える事の出来ない方々については担当職員が中心になり、確認を行っている。		
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し、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	食事や入浴時間など、ある程度の時間の流れは決まっているが、その時々体調や気分などに配慮し対応している。支援の基礎には入居者本位という考えで行っているが、大きく生活リズムが崩れないよう、生活リズムが整い、その中で個々の得意な事や役割、日課、運動など行なう事が出来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	心身状況により対応は異なるものの、基本的には自分で着る服など選んでもらっている。離床する際、特に女性は部屋の鏡で身だしなみを整えられるよう補助したり、必要に応じて職員が服装を整えるなど行なっている。頭髪は個々の髪の伸び具合に合わせて訪問理美容を利用し、毛染めやパーマなどにも対応可能である。毎日行っている入浴支援の際には、爪の伸び、耳垢、髭の伸びなど確認している。女性入居者は個々に化粧品を準備し、行事や外出の際に全員が化粧をする機会がある。		
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	安全に美味しくご飯を食べて頂くために、嗜好や禁止食等、入居契約時にしっかりと調査を行い全職員で情報共有している。生活の中で「食べる」楽しみはとても大きなウエイトを占めるため、食事提供には力を入れている。下準備など出来る事は一緒に行ってもらいながら、一緒にご飯を作る楽しみを持つ機会を設けたり、おやつ作りなど随時行っている。季節に合わせた旬の食材を使ったり、差し入れて頂いた食材をその日にメニュー変更し提供するなど、臨機応変に対応している。古くから食べられてきた郷土食など、意識して献立に取り入れている。	利用者が楽しんで食べてもらえるよう工夫しながら、季節食や郷土料理を取り入れた献立を、職員が1ヶ月ごとと交替で作成している。刺身等の生ものも月2～3回提供しており、地域の特色を生かした料理は、利用者に喜ばれている。利用者の持てる力を引き出し、準備や盛り付けおやつ作り等を一緒にしている。特養の栄養士が栄養管理を行っている。	
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	献立作成の段階で、同敷地内にある特養施設の栄養士に内容を確認してもらい、栄養バランスなどのアドバイスを受けている。食事摂取量や必要に応じた水分補摂取量などの記録を行い、排泄量とのバランスを確認している。自ら意識して水分を摂れない方には水分補給を支援し、脱水予防に努めている。		
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	。いつまでも美味しくご飯を食べる、また、食べる喜びを守るために、口腔内の清潔保持に力を入れている。歯科医師、歯科衛生士の協力の元、毎食後の口腔ケアを全員対象にして実施している。必要に応じて歯科医師の診察、治療を受ける事ができ、歯科衛生士による口腔ケア指導も行われている。個別の介護計画に口腔ケアを盛り込み、ケアに取り組んでいる。歯磨きやうがいなど、出来る部分は自分で行ってもらい、職員は不足する部分を補助している。		

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	基本的におむつは使用せず、「トイレで気持ち良く、出したい時に出る」の排泄を念頭に置いた支援を行っている。自分で歩く事が難しい方や、立ち上がれない方についてもトイレでの排泄を基本としており、本人からおむつ使用の希望があった場合には必要性を検討し判断していく。個別に排泄記録表があり、排泄支援を行なう上での情報としている。	排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせ支援している。基本、日中オムツは使用せず、誘導しながらトイレでの排泄ができるよう支援している。夜間、希望によりポータブルトイレを使用している人もいる。便秘予防には、乳製品を取り入れたり、医師の指示を受け、薬剤で調整しながら対応している。	
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	便秘傾向解消に向け、毎日自家製ヨーグルトの提供と、適度な運動を行えるよう努めている。便秘傾向が改善されない場合は主治医に相談し、適宜下剤を使い定期的な排便に繋がるよう調整している。その際には排泄記録等を確認し、下剤服薬量が過度にならないよう配慮している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2～3回程度入浴出来るよう、ある程度計画的に予定を組んでいる。入浴時間帯は主に午後から夜間としているが、希望があれば午前でも対応している。洗身など自分で出来る事はして頂き、職員は不足する部分を補助する。自分で立ち上がれない方、立位保持が難しい方については、職員二人で浴槽出入りや着替を補助している。	基本、週2～3日入浴支援を行っている。本人の希望で夕食後に入浴したり、入浴剤を使用している利用者もいる。安全面に配慮し介護度が高い利用者には、職員2人体制で介助している。羞恥心やプライバシーにも配慮している。入浴拒否の場合には時間をおいたり、声がけを工夫しながら対応している。	
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	個々の心身状況に合わせて休息できるよう配慮している。ベッドやソファでゆっくり休めるよう、声掛けや案内を行っている。眠りの状態を定期的に確認し、寝返りなど自由に出来ない方については定期的に体位交換を行い、身体痛など出ないように努めている。不安が強く眠れないと訴える方には主治医に相談し、眠剤を処方してもらっている。処方された一錠では眠れないと訴える事が多いため、粒状の菓子を渡し眠剤として飲んでもらう事で、過度な眠剤や安定剤の服薬を減らし、気持ち穏やかに休んでもらえるよう配慮している。		
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	入居者個々の服薬状況は、処方内容をまとめたファイルがいつでも確認できる場所に設置してある。服薬内容の変更や追加など、処方内容に変更があった際にはその都度連絡帳や引き継ぎにて全職員への周知を図り、誤薬事故防止に努めている。入居者が実際に服薬するまでに3段階の確認を行っており、安心して服薬してもらえるよう努めている。		
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	個別に役割支援や日課活動支援を行っている。入居契約時の調査で趣味や意欲に行ってきた事など確認を行っており、日々の生活の中で役割や日課に取り入れ支援している。取り組んできた事は毎年文化祭を開催し、発表する機会もあり、他者の作品に関心を寄せて見ることもできる。飲酒・喫煙も可能であり、個々に合わせた支援を行なっている。		
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	ドライブや散歩など、出来るだけ外の空気を吸って気分転換を図ってもらえるよう努めている。家族との外出も自由であり、家族との繋がりを維持するためにも一緒に出掛けられるよう支援している。計画的に行事で遠方に掛かけたり、馴染みの場所をドライブで回ったりできるよう努めている。	定期的に遠足を設け、車椅子対応のワゴン車を使用し全員で出かけている。現地で家族と合流し、皆で楽しい時間を共有できるよう取り組んでいる。遠足時に回転ずしなど外食する事もある。日常的な外出はその都度、一人ひとりの状態を確認しながら気分転換に出かけている。	

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	金銭の所持は申し出があれば可能であり、自分で金銭を所持している方もいる。行事や活動等でお金を使う機会があれば、預り管理している小口現金から小遣いを手渡し、職員の支援により使うことが出来る。		
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	特段の理由がない限り携帯電話の持ち込みは認めている。自分で電話を所持しない方についても、希望があったり、家族からの電話を取り次いだりして事務室の電話を利用してもらう事も可能である。遠方に住んでいる家族に宛てて、生活の様子が分かるように葉書きを出す支援も行っている。		
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	共用空間は出来るだけ雑然としないよう整理整頓に努めると共に、入居者が混乱しないように、見慣れた家具などの配置は出来るだけ動かさないようにしている。設えは大人が生活するということを念頭に置いて装飾等を行い、落ち着いたものになっている。窓が大きく太陽光が適度に入り、寒くなってくると日向ぼっこをする姿が見られる。	玄関には、花や手作りのお雛様、つるし雛、リビングにある置式の小上がりには、七段飾りの豪華なお雛様が飾られ、利用者や来訪者は季節ごとに楽しんでいる。壁には、職員手作りのパッチワークや大きな日めくりカレンダーが掛けてあり、利用者が日めくりを日課としている。温・湿度管理は、職員が適正に行っている。	
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	共有スペースにはソファを3台設置し、誰でも好きな場所でくつろぐ事が出来る。ソファを多く利用する方はだいたい決まっているが、その他の方達もその時々で自由に利用している。ソファが空いていない時には自室で過ごしたり、自分の席で過ごすなど、思い思いに過ごしている。		
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	居室は入居する段階で家族に設えをしてもらい、職員はその状態を維持するよう努めている。以後、その部屋が自分の部屋となり、多くの時間を過ごす事から、出来るだけ使い慣れた物を置いてもらえるよう依頼している。生活する雰囲気欠ける場合には、職員から家族に提案などし、落ち着いて過ごせる空間作りを補助している。	居室は、クローゼット、洗面台、ベッドが備え付けてあり、それ以外の持ち物は、家族と相談し、落ち着いた生活できるよう支援している。位牌、遺影、テレビを持ち込んでいる利用者もいる。衣類の整理整頓、居室の飾りつけは、家族と一緒にいき、居室の掃除、温・湿度管理は職員が行うなど居心地よく過ごせるよう支援している。	
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	事業所全体がバリアフリー化されている。入居者にとって危険な場所、箇所については必要性に応じて応急的に保護したり、補修している。役割支援や日課を支援しながら、持てる力を発揮し生活してもらえるよう、環境整備に努めている。		