

### 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	0491300067		
法人名	医療法人一秀会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム宮野 さつき棟		
所在地	宮城県栗原市築館宮野中央2丁目6-1		
自己評価作成日	平成28年11月7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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php</a>
----------	---

【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28年11月28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)】

立地条件に恵まれており、ホーム周辺には市立病院をはじめ、学校、スーパー、薬局、ホームセンター、美容室、飲食店や公園等が並び、日常的に散歩や外食、必要な時には入居者と一緒に気分転換を踏まえ買い物に出掛けたりしております。年間行事として毎月、その季節に合った行事を行っています。地域の行事にも可能な範囲で参加しています。

【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)】

JRくりこま高原駅より車で築館方面へ約15分の所に立地、2棟並んだ平屋建てのホームの近隣には市立病院のほか、飲食店、スーパー、薬局、学校、警察署等があり、利用者の生活にとって安全性と利便性のある環境にある。ユニット間はウッドデッキでつながり季節を感じる場となっている。理念は「利用者それぞれのその人らしい空間づくりに心掛けていきます。笑顔のある家庭生活を共に築いていきます。住み慣れた地域での社会参加を積極的に支援致します」である。笑顔のある家庭生活と住み慣れた地域との関わりがキーワードになっており、職員は笑顔がコミュニケーションツールと意識して利用者の人格を尊重しゆったり過ごしていただけるケアに努め、理念の実践につなげている。運営法人は医療法人一秀会で医療連携もとれている。現在3棟目のユニットの建設が進み、今後ユニット間の協力体制できるものと期待する。

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、活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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH宮野 ）「ユニット名 さつき棟」

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	オープン当初にスタッフ全員で理念を作る為、意見を出し合い作っている。オープンして4年目にして全体会議の場で理念の見直しを行っている。	法人の理念と各ユニットごとの理念がある。より利用者目線に立ったケアを目指し、全体会議の場で見直しを行っている。玄関に掲示し常に確認し意識してケアにあたっている。	
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	地元のお祭りや行事等に参加している。ホームの夏祭りには近隣の方々にチラシを配り参加して頂いている。行事の時にボランティアの方に多数参加して頂いている。近くのなじみの店へ買い物へ利用者へ一緒に行くことにより、地域との人々との交流を図っている。	町内会には加入していないが、区長が毎月広報誌を届けにくる。地域の祭りや支所の互市等の行事にも参加している。ホームの夏祭りには地域住民の参加もあり、今年は流しソーメンを行い好評だった。音楽、踊り、民謡のボランティアも定期的に訪れている。買い物を通し、地域の方と顔なじみにもなっている。	
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	運営推進会議等で地域の方々に認知症の方の状況を説明し少しでも理解していただけるように努めている。		
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	毎年、2か月に1度のペースで会議を開いている。内容としてはホーム内の状況や行事、事故報告を伝えている。参加して頂いた方々から助言や質問を聞き入れ、今後のケアに繋げている。	隔月、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、家族、利用者、職員の参加で開催し、入居状況、事故報告、行事報告等を行い、意見交換し運営に生かしている。外部評価の結果や課題についても報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	介護保険等での相談などに連絡を取り助言を頂いている。市の職員の方に運営推進会議に参加して頂いている。	感染症の流行等の連絡が入る。職員が身体拘束についての実地指導や避難誘導訓練等地域密着型の外部研修に参加している。	
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	一秀会全体での会議(勉強会)に参加し、身体拘束についての理解を深めている。玄関の鍵については日中は鍵を閉めず、チャイムやブザーにて対応して、解放的にしている(季節的に春～秋)。	職員は毎年、法人の研修に参加して、身体拘束についての理解を深め、ケアに生かしている。外出傾向を把握し寄り添い、散歩や短いドライブで気分転換を図っている。玄関は19時～翌朝6時まで施錠している。近隣のコンビニなどの見守りや、警察との連携もある。	
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	職員会議(内部研修)の際、高齢者虐待についての学習会を行い、理解を深めている。また、常日頃から注意を払い、防止に努めている。法人全体会議でも勉強会を行っている。		

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	各ユニットのカンファレンスにて高齢者虐待と成年後見について勉強会を行っております。		
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	契約書を用いて、ご家族様やご本人様にじっくり時間をかけて説明をし、理解、納得された上で、契約や解約手続きをしている。		
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	利用者やご家族から意見、要望等ある時には、それをカンファレンスや会議で出し、話し合い、その結果をご本人やご家族に報告、説明をしている。	家族会はないが、面会時やケアプラン説明時を利用して交流を図り要望を聞いたり様子を伝えたりしている。意見や要望は全職員で共有、検討し事業運営やケアプランに生かしている。ADLが改善した事例もある。	
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	2か月に1度の全体会議と毎月のカンファレンス会議を設けている。会議の中で、一人ひとり職員から意見や提案を聴いてケアに繋げてられるように努めている。	全体会議やユニット会議は意見要望を出す場としている。職員が様々な係を役割分担して事業運営に参加している。「申送りノート」を活用し、仕事に入る前に全員が必ずノートを見て、その都度ケアや対応を考えている。	
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	職員一人ひとりの個性を活かせるよう、係りや行事担当を配置し、自信ややりがいを持って出来るように職場環境に努めている。		
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	年に1回の法人の全体会議(勉強会)に参加している。事業所内では2か月に1回、内部研修を開いて職員一人ひとりが勉強をしたい資料を作り、発表し、ケア向上に努めている。外部研修にも参加を促している。今年には実践者研修と管理者研修にも参加しております。		
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	外部研修への参加を促し、他施設の職員の方々との接する機会を作っている。		

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	調査時に要望等を伺い、実態調査後は、アセスメントを行い希望を取り入れ、状態の把握に努めている。		
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	事前に調査を行い、希望に添うサービスが提供できるよう努めている。ご家族の面会時に状況報告を行い、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	調査、ケアプラン立案では、利用者やご家族が最も支援してほしい事をサービスとして導入している。支援方法として、その方の変化や状況に合わせ対応方法を変更している。		
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	近所までの買い物や洗濯たたみ、シーツ交換、食器拭き等一緒に行っている。本人の「出来ないところ」はお手伝いし、一緒に行えるよう努めている。		
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	1か月のホームでの様子(月のまとめ)をご家族様に月初めに送付している。その他面会時や電話連絡にて状態の報告を行ったり、家族様からの要望を聞いて関係を築いている。		
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	近所の方や親戚の方々に面会に来て頂き、リビングや居室でお話をされている。中には、かかりつけ医受診の際に、馴染みの商店に寄り、お茶のみをされる方もいる。	家族、親戚、友人・知人の訪問も多く、これまでの関係が途切れないように支援している。家族と一緒に墓参りや床屋に出かけ、外食を楽しんでくる利用者もいる。近隣にはスーパー等恵まれた環境にあり、要望に応じて買い物に出かけたりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関係性を考え、テーブルや席に配慮している。職員が間に入りながら、利用者同士関わりを持って頂き、過ごしている。		

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、入院中の状態を伺いながら、空き次第再入所出来るようにご家族や医療スタッフと相談したり、他施設の情報提供をしている。		
<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	カンファレンスの際にBS法を用いて本人の意向を考え検討している。居室担当を中心に日々の様子や気づきを大切に、本人の思いを読み取り把握に努めている。	介護計画見直しの際はBS法を用い、ひとりの利用者を全職員で見えていく、気づきを拾うという観点に立ち、ユニットごと全職員で検討し、意向に添ったケアに努めている。意向を把握するために声がけや会話、耳の聞こえない利用者には筆談など工夫している。	
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	調査の際に、ご本人やご家族様から、生活歴や馴染みの暮らし方、どのような趣味があったかなど、お話を伺い把握に努めて今後のケアに繋げている。		
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	記録(日中・夜間の様子・食事・水分・排泄・バイタル等)をとり、職員へ申し送りし把握に努めている。毎月カンファレンスを開き、見直しを行っている。		
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	ご本人やご家族様の意見、要望を取り入れ、介護計画を作成している。カンファレンスでは、BS法を使い、ご本人の日々の様子や変化について意見を出し合い、介護計画に反映させている。	職員は1～2人の利用者を担当している。BS法による思いの把握、かかりつけ医のアドバイス、家族からの要望等を考慮し具体的目標を立て、介護計画を作成している。介護計画は3ヶ月ごとに見直し、評価し、家族に説明し同意を得ている。	
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	個人の介護記録に日々の様子や実践結果を記録し、介護計画の見直しに活かしている。カンファレンスや申し送りを利用して、職員間の情報の共有化を図っている。		
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	本人やご家族からの希望に応じて、訪問歯科往診や訪問理容のサービスを利用する方もいる。外出や通院時の送迎、書類手続きの支援等を行っている。		

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	行事の時の慰問には地域のボランティアを依頼したり、地元の市役所、学校等からテーブルや椅子等の物資の協力を得ている。		
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	かかりつけ医にご家族や職員対応にて受診をしている。受診後にはご家族への報告や相談をしている。その時の状況によってはご家族も同行依頼することもある。	希望のかかりつけ医の受診を支援している。職員同行が基本だが、家族付添いを原則としている病院の場合は、メモや口頭で家族に情報を提供し適切な診断となるよう支援している。通院後は家族と職員は情報の共有に努めている。	
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	通院時にかかりつけの病院の看護師に相談し、助言をいただいている。今年の8月から同じ系列の訪問看護を取り入れており、週に1度置きにしております。		
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、医療関係者やご家族との情報交換や相談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	重度化した場合には当ホームで出来ること、出来ない事をご家族に説明をして医療が必要な時は他施設でサービスが受けられる事を説明している。	契約時に重度化の場合の指針を説明し、承諾を得ている。状態の変化に応じて段階的な話し合いをしている。緊急時の対応マニュアルは整備されている。1週間に1度、法人の看護師が訪問し健康管理している。看取りの実績はないが、今後のニーズにより対応する方向である。	
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	マニュアルを事務所に提示し、急変時にすぐ見れるようにしている。職員ほとんどが普通救命講習を受けている。		
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	年2回から3回の夜間想定消防訓練を実施している。消防隊員立ち合いの消火器訓練も実施している。また、運営推進会議などを通じ地域区長さんなどと防災の情報交換も始められた。	消防署立ち会いの下、夜間想定を含め年2回避難訓練を実施している。避難口は確保され、廊下も十分なスペースがある。避難機器の点検も年1回実施している。2～3日分の備蓄をすぐ持ち出せるように玄関に用意している。	火災マニュアルの整備と地域の協力体制の構築を期待したい。

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
<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	利用者一人ひとりの目線に合わせて、傾聴の姿勢にて言葉かけをしている。言葉かけをするときは出来るだけ周りに聞こえないような声のトーンでお話しをしたり、親しみやすい言葉使いするように心がけている。	呼び名は名前にさん付けで呼んでいる。利用者の目線での会話に努めている。居室に入る際は断り、入室する。排泄介助はさりげなく誘導するなど配慮している。マニュアルにそった手順確認の際、個人情報の管理について確認している。	
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	買い物等に行った時には何を食いたいのか聞いたりしながら購入をしている。日頃の食事の献立にも好むような物を取り入れたりしている。衣類に関しても一緒に見て本人様の希望に合わせて調整しております。		
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	本人のペースに合わせるように努めている。出来る限り希望に添えるよう心がけている。早朝にホーム周辺の草取りをされる方がおり、見守り出来る範囲で行っていただいている。		
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	その方の希望に添った服装を季節に合った物を着て頂くようにしています。月に1度のペースで定期的に訪問理容や近隣の美容室も利用している。		
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	食事作りや食器拭き等、手伝って頂いている。行事食や外食、誕生日食などの機会を設けており、気分転換を兼ねております。	食事係が作成した献立を2ヶ月に1度、水分量も含めて法人の栄養士がチェックしている。職員が調理し、利用者ではできる範囲で手伝っている。誕生日や外食の際や季節の果物等、利用者の好みを取り入れている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりに合った食事量や硬さ加減、大きさ等を考慮し提供している。定時に好みの飲み物を提供し水分補給を行っている。本部の栄養士へメニューの評価を依頼しバランスを考え提供している。		
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、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	月2回の歯科往診での口腔ケアや、食後の歯磨きの声がけや、入歯の方はポリドントを使用し介助にて対応している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排泄チェック表を用いて、排泄パターンも把握し声がけ、誘導を行っている。立ち上がりや、落ち着きない場合も一つのサインとして受け入れ誘導を行っている。	排泄パターンをもとに声がけし、日中はトイレでの排泄支援をしている。ホームに入居してから改善した利用者もいる。便秘の方には、主治医処方の下剤や、センナ茶で対応している。夜間は定時介助や、パッド替えの対応をする。	
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	かかりつけ医に相談し、処方された薬で対応しています。オリゴ糖やセンナ茶を取り入れたり、毎朝、ヤクルトや牛乳を提供している。天気が良ければ外に散歩を促している。		
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	特に入る曜日は決めず、希望に添って入れるようにしている。なるべく間隔が開かないように行っている。入浴剤等も使用している。	浴槽に介護用椅子と移動式手すりが備わっている。保湿成分のある入浴剤を使い、週2～3回の入浴を行っている。拒否のある方には、時間をおいて誘ったり、違う職員で対応している。同性介助で対応している人もいます。お湯は午前・午後に替え、清潔に心掛けている。	
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	出来るだけお昼寝の時間を設けている。適度に声がけにて離床も促しながら安眠できるよう努めている。お昼寝の拒否が見られ、むくみがある方に関してはリビングのソファに足を高くして過ごしてもらう等、工夫して対応している。		
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	受診後、薬の変更がある時には他職員に申し送りをし、(口頭や記録物)把握に努めている。服薬の際には職員二人で必ず確認を行い、服用している。服用後も職員二人で確認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	ホームの周辺の草取りや花への水やり、洗濯たたみ、食後の食器拭き等、自宅でされていた事をして頂いている。歌謡ショーを録音して、日中に観て楽しんで頂いている。天気がいい時には、散歩や買い物に出掛け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支援している	その季節に合わせて外出している。外食は月に1回のペースで出かけられるようにしている。中には、ご家族と一緒に古川や仙台まで外出や外食に行かれる方もいます。	年間の外出計画をもとに花見、紅葉狩り等に全員で出掛け気分転換を図っている。季節の良い時には、散歩等で近隣の方と挨拶等で交流している。誕生会の会食や、家族付き添いのもと墓参りに出かける利用者もいる。	



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	事務所預かりがほとんどで買い物の希望時には職員が付添い出かけたり対応している。職員が希望に添って代わりに用足しをしていく時もある。		
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	希望時に、家族や知り合いに電話をかけられるよう支援している。電話をかけてからは、ほとんどの方は安心されております。		
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	利用者一人ひとりが使用しやすいようにテーブルや椅子の配置をしている。食事席に関しては入居者同士の不快や混乱を回避している。トイレにも印をつけている。リビングには季節に合わせ装飾をし季節を感じて頂けるようにしている。	利用者が集えるリビングは、日当たりが良く開放的でソファやテーブル、大型テレビが置かれゆったり過ごせる工夫がある。台形の可動式テーブルは、ニーズや行事に対応できる。手作りの小物や、行事の写真、タペストリー、季節の掲示物等も飾られている。廊下は広く車椅子ですれ違う十分な広さがある。	
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	リビングでの食事席はお話の合う方々を一緒に座っていただいたり、ウッドデッキや玄関先にベンチを置いたり、リビングにはソファを置き数人でも一人でもくつろげるように工夫している。居室で仲良く談話される方々もおられます。		
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	ご本人が使用していた家具類や電化製品を自宅から持ち込んで、出来るだけ生活していた空間を変えぬようにして、安心感が持てるように工夫している。ベッドの位置もご本人やご家族様に要望を聞いて配置しています。	居室は電動ベッド、クローゼット、洗面台、蓄熱式暖房機を備えている。床は段差が無くドアは広く、洗面台は車椅子対応になっている。利用者はそれぞれ馴染みの家具等を持ち込み、今までの生活の継続を図っている。部屋の掃除は職員が毎日行い、清潔が保たれるよう配慮されている。	
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	一人ひとりの「出来ること」「わかること」を考慮し、トイレに標識を貼ったり、安全面に考慮して、居室の角になるところにクッション材をつけたりし、工夫している。		

# 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	0491300067		
法人名	医療法人一秀会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム宮野 みなづきの家		
所在地	宮城県栗原市築館宮野中央2丁目6-1		
自己評価作成日	平成28年11月5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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php</a>
----------	---

## 【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28年11月28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)】

年間行事として毎月、その季節に合った行事を行っています。ホームの周辺には市立病院をはじめ、学校や公園、スーパー、薬局、電気店、ファミリーレストラン、美容室、飲食店等が並び、立地に恵まれている点を生かし、日常的に散歩や外食、必要な時に入居者と気分転換と一緒に買い物に出かけています。みなづきの家では、職員一人ひとりが、専門職として、大切なご家族の命を預かっているという責任を自覚して、日々、利用者の方の自立支援に努めています。

## 【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)】

JRくりこま高原駅より車で築館方面へ約15分の所に立地、2棟並んだ平屋建てのホームの近隣には市立病院のほか、飲食店、スーパー、薬局、学校、警察署等があり、利用者の生活にとって安全性と利便性のある環境にある。ユニット間はウッドデッキでつながり季節を感じる場となっている。理念は「利用者それぞれのその人らしい空間づくりに心掛けていきます。笑顔のある家庭生活を共に築いていきます。住み慣れた地域での社会参加を積極的に支援致します」である。笑顔のある家庭生活と住み慣れた地域との関わりがキーワードになっており、職員は笑顔がコミュニケーションツールと意識して利用者の人格を尊重しゆったり過ごしていけるケアに努め、理念の実践につなげている。運営法人は医療法人一秀会で医療連携もとれている。現在3棟目のユニットの建設が進み、今後ユニット間の協力体制できるものと期待する。

## 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている (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、生き生きと働いている (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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH宮野 ）「ユニット名 みなづきの棟」

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	利用者一人一人の尊厳を尊重し、その人らしく暮らせるようにサービスを提供し、地域に根差した事業所作りを目指して、理念について、職員全員で、共有している。	法人の理念と各ユニットごとの理念がある。より利用者目線に立ったケアを目指し、全体会議の場で見直しを行っている。玄関に掲示し常に確認し意識してケアにあたっている。	
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	近郊への散歩や外出をしている。外食、日用品や食材の買い物は近郊の店を利用している。1月は、新年会、8月は夕涼み会を開催し、流しそうめんを実践し、家族や近隣住民の方にも参加して頂き交流している。	町内会には加入していないが、区長が毎月広報誌を届けにくる。地域の祭りや支所の互市等の行事にも参加している。ホームの夏祭りには地域住民の参加もあり、今年は流しソーメンを行い好評だった。音楽、踊り、民謡のボランティアも定期的に訪れている。買い物を通し、地域の方と顔なじみにもなっている。	
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	家族の中には、変化した現状を受け入れられなかったり、理解できない方もいるので、認知症の周辺症状や、その方への支援について説明している。		
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、2か月に1回定期的に会議を設けている。ホームの状況や行事、取り組みについて報告している。参加者の方々より、ご意見をいただきサービス向上に努めている。	隔月、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、家族、利用者、職員の参加で開催し、入居状況、事故報告、行事報告等を行い、意見交換し運営に生かしている。外部評価の結果や課題についても報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議を通して情報を提供し、ホームの現状を報告している。	感染症の流行等の連絡が入る。職員が身体拘束についての実地指導や避難誘導訓練等地域密着型の外部研修に参加している。	
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	法人の全体会議にて、身体拘束について勉強会を開いている。日中は、施錠を行わずスタッフが見守りを行ないながら、比較的自由に外に出れるように配慮している。	職員は毎年、法人の研修に参加して、身体拘束についての理解を深め、ケアに生かしている。外出傾向を把握し寄り添い、散歩や短いドライブで気分転換を図っている。玄関は19時～翌朝6時まで施錠している。近隣のコンビニなどの見守りや、警察との連携もある。	
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	内部研修にて、虐待について勉強会をしている。事業所内において、日頃より、注意し防止に努めている。		

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	内部研修にて権利擁護に関する勉強会を実施し知識を共有している。		
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	内容について十分に理解していただけるように、家族へ書面を用いて時間をかけ説明しており、理解、納得されたうえで契約や解約手続きをしている。また、事前に説明を行うことについ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	日常の面会等で、家族より意見をいただくよう努め、いただいた意見を踏まえ日々のケアに努めている。	家族会はないが、面会時やケアプラン説明時を利用して交流を図り要望を聞いたり様子を伝えたりしている。意見や要望は全職員で共有、検討し事業運営やケアプランに生かしている。ADLが改善した事例もある。	
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2回の全体会議やユニット会議にて、各職員から意見や提案を聴く機会を設け、業務の見直し、改善を行ない日々のサービス向上に努めている。	全体会議やユニット会議は意見要望を出す場としている。職員が様々な係を役割分担して事業運営に参加している。「申送りノート」を活用し、仕事に入る前に全員が必ずノートを見て、その都度ケアや対応を考えている。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行っている。		
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	年1回法人の全体会議(勉強会)に参加している。事業所内では、2か月に1回勉強会を設け、日常のケアで活かせるように努めている。		
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	外部研修を通して、交流を図り、サービスの質の向上に努めている。		

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
<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	実態調査後、アセスメントを行ない希望を取り入れ、利用者が安心して生活できるように同じ目線に立ち、寄り添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	家族の希望や要望を傾聴しながら、利用者がその人らしく生活できるよう、ケアサービスにできる限り反映させている。		
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、ケアプラン立案では、利用者が最も支援してほしいことをサービスとして導入している。支援方法については、生活過程の中でその方の変化や状況に合わせて対応方法を変更している。		
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	雑巾縫い、洗濯物たたみ等得意分野で活躍頂き、一緒に活動しながら共生している。共にテーブルを囲み、三食同じ食事を摂っている。		
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	利用者は、不安感から周辺症状として現れやすい為、家族の都合を聞きながら電話や面会の場を設け、協力を得ながら家族の絆を大切にしている。		
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	希望時に、面会や電話の取次ぎをしている。通院や買い物先で、知人に会い話しかけられることもある。	家族、親戚、友人・知人の訪問も多く、これまでの関係が途切れないように支援している。家族と一緒に墓参りや床屋に出かけ、外食を楽しんでくる利用者もいる。近隣にはスーパー等恵まれた環境にあり、要望に応じて買い物に出かけたりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	必要に応じ職員が間に入り、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は、職員が個別的に関わりを多く持ち、状況に応じて孤立しないように支援している。		

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	入院等で契約が終了しても、必要に応じて入院中の状態を伺いながら、家族や医療スタッフと相談したり、他施設の情報提供をしている。		
<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	カンファレンスにて、本人の思いをBS法を用いて引き出し、それをもとに検討、実践している。	介護計画見直しの際はBS法を用い、ひとりの利用者を全職員で見えていく、気づきを拾うという観点に立ち、ユニットごと全職員で検討し、意向に添ったケアに努めている。意向を把握するために声がけや会話、耳の聞こえない利用者には筆談など工夫している。	
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	長年暮らしてきた生活リズムを崩さぬように、利用者の状況を踏まえながら、面会時に更に情報を収集し把握に努めているが、環境変化に伴い、落ち着いて生活できるまで時間が掛かる場合もある。		
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	ケアプランに基づき、ケア記録を作成し、現状の把握、生活状況の変化等の把握に努めている。心身の状態変化に伴い、今、必要なことは何か、また今後を見据えた支援をしている。家族へ、随時報告している。		
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	カンファレンスにて、本人の思いをBS法を用いて引き出し、それをもとに検討、実践している。BS法を用いて、利用者の目線で思いや何を求めているか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を行ない、現状の見直しに役立っている。	職員は1~2人の利用者を担当している。BS法による思いの把握、かかりつけ医のアドバイス、家族からの要望等を考慮し具体的目標を立て、介護計画を作成している。介護計画は3ヶ月ごとに見直し、評価し、家族に説明し同意を得ている。	
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	個別にケア記録を記入しており、職員間で情報の共有を図っている。状況や状態変化、対応については、更に申し送りノートに記録を添付し、対応の統一を図っている。カンファレンスにて、3か月ごとにモニタリングを実施し、見直しを行っている。		
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	歯科往診や口腔ケアを利用する人もいる。家族との急な外出、通院介助、理美容の手配や送迎等、その時々ニーズに合わせ、臨機応変に変化に応じた柔軟な対応を心掛けている。		

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
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(夏祭りや新年会等)の慰問やボランティア、周辺の学校や市役所から物資や人的な協力を得ながら、豊かな暮らしが実現できるように支援している。		
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	かかりつけ医への定期受診、急変時以外でも体調不良時は、医療機関へ受診している。点滴に通う場合もある。受診結果は、記録し、電話や書面で報告している。	希望のかかりつけ医の受診を支援している。職員同行が基本だが、家族付添いを原則としている病院の場合は、メモや口頭で家族に情報を提供し適切な診断となるよう支援している。通院後は家族と職員は情報の共有に努めている。	
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	毎週、訪問看護が利用者の健康管理を行っている。心身の変化に伴い相談し、見ていただいている。受診や往診、看護を受けられるように支援している。		
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。	入院中の訪問や電話連絡等、医療機関関係者へ相談、情報収集に努め、連携を図っている。また、家族と情報交換や協力を得ながら、速やかな入退院の支援に努めている。		
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	重度化した場合、利用者や家族の意向を踏まえながら、往診や訪問看護サービスの利用、または入院や他施設でのサービスが受けられることを説明している。	契約時に重度化の場合の指針を説明し、承諾を得ている。状態の変化に応じて段階的な話し合いをしている。緊急時の対応マニュアルは整備されている。1週間に1度、法人の看護師が訪問し健康管理している。看取りの実績はないが、今後のニーズにより対応する方向である。	
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	急変時対応マニュアルを作成し職員に周知、目に入る場所に提示している。また、訪問看護ステーションと連携し、24時間対応体制をとっている。		
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	消防署の協力を得て定期的に防災、避難訓練を実施し、消火器の使用について訓練している。また、地震等災害に備え食料や飲料水の確保、防災袋も準備している。	消防署立ち会いの下、夜間想定を含め年2回避難訓練を実施している。避難口は確保され、廊下も十分なスペースがある。避難機器の点検も年1回実施している。2～3日分の備蓄をすぐ持ち出せるように玄関に用意している。	火災マニュアルの整備と地域の協力体制の構築を期待したい。

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
<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	1人1人の性格や個性を尊重し、声のトーンや言葉遣いに配慮し、同じ目線で声掛けやタイミングを工夫し接している。その人に合った話しやすい言葉かけをしている。話を傾聴し、不安軽減に心掛けている。	呼び名は名前にさん付けで呼んでいる。利用者の目線での会話に努めている。居室に入る際は断り、入室する。排泄介助はさりげなく誘導するなど配慮している。マニュアルにそった手順確認の際、個人情報の管理について確認している。	
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	その都度、利用者の希望や思いを傾聴するように心がけている。うまく意思表示が出来ない方も、表情や行動に目配りし、気付きを大切にしながら、意欲をくみ取るように努めている。依存心が強い方は、声掛けや対応を工夫しながら、自立支援に繋げる努力をしている。		
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	全て希望に沿ってケアできているとは言えないが、入床や起床時間の個別化、リビングや、お部屋で過ごしたり、1人1人の生活習慣や気分に合わせて、その人のペースを大切にしている。		
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	1人でできる方は、自分で服を選び着替えている。整髪、洗面、歯磨き、髭剃りなど、必要に応じ声かけや介助をしている。髪伸び具合を見ながら希望を聞き、訪問理容の利用をしている。		
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	1人1人の好みを伺い、季節のメニューを取り入れている。また、行事食や外食、誕生会を設け、気分を変えて食事を楽しむ工夫をしている。	食事係が作成した献立を2ヶ月に1度、水分量も含めて法人の栄養士がチェックしている。職員が調理し、利用者ではできる範囲で手伝っている。誕生日や外食の際や季節の果物等、利用者の好みを取り入れている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事や水分チェック表を記録し、1人1人の状態を把握し、水分補給や食事形態を工夫(刻み、お粥、ミキサー食)している。糖尿や肥満などによる水分量、体重コントロールも実践している。また、できる限り、自分で食べられるような工夫や声掛けに配慮し対応している。		
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、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、必要に応じ、準備や介助、義歯利用者の義歯洗浄をしている。訪問歯科(往診、口腔ケア)も利用している。		



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	排泄チェック表を活用し、1人1人の排泄パターンを把握し、さりげなく支援している。表情や周辺症状等のサインをキャッチしその都度対応している。状態に応じ、紙パンツやおムツの使用、尿量等によりパットの種類を使い分けている。	排泄パターンをもとに声がけし、日中はトイレでの排泄支援をしている。ホームに入居してから改善した利用者もいる。便秘の方には、主治医処方の下剤や、センナ茶で対応している。夜間は定時介助や、パッド替えの対応をする。	
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	毎朝、牛乳やヤクルトを提供し、日頃オリゴ糖やイージーファイバーを飲用している。水分量の調整やラジオ体操、散歩やホーム内を適度に歩き腸の蠕動運動を活発にするなど、個人に合わせて対応している。その上で、センナ茶や下剤等使用し、排便コントロールに努めている。		
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	羞恥心に配慮し、1人1人の体調や性格、気分、要望を確認しながら支援している。声掛けのタイミングや順番に配慮している。入浴を拒む方には、声掛けを変えてみたり、時間をずらして工夫している。入浴後の水分補給も必ず実施している。	浴槽に介護用椅子と移動式手すりが備わっている。保湿成分のある入浴剤を使い、週2～3回の入浴を行っている。拒否のある方には、時間をおいて誘ったり、違う職員で対応している。同性介助で対応している人もいる。お湯は午前・午後に替え、清潔に心掛けている。	
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	1人1人の心身の状態に配慮し、食後や休みたい時にベッドやソファで静養しくつろいでいただけるように対応している。夜間、安眠できるように、散歩やラジオ体操、日光浴など、活動の場を設けている。		
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	薬の内容については、個々のファイルにまとめている。申し送りノートを活用し、受診内容や症状の変化、職員間で服薬の確認に努め、情報の共有をしている。近隣の調剤薬局と連携をとり、服薬方法や副作用についても相談、助言を受けている。		
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	洗濯物たたみや裁縫など、得意なことをみつけ力を発揮していただき、職員より感謝の言葉をかけている。また、日課として新聞を読んだり、将棋など趣味を楽しむ場を設けている。		
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支援している	季節ごとの行事を企画し、外出したり、天候や体調に配慮し、外食やドライブに出掛けている。	年間の外出計画をもとに花見、紅葉狩り等に全員で出かけ気分転換を図っている。季節の良い時には、散歩等で近隣の方と挨拶等で交流している。誕生会の会食や、家族付き添いのもと墓参りに出かける利用者もいる。	

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、お金を自己管理している人はいない。家族より本人の自由に使えるお金として預り、ホーム管理している。希望時一緒に出かけるなど、買い物支援している。		
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	希望に応じ、家族や知人と電話で会話できるように支援しているが、家族の都合により、電話する時間が決まっている人もいる。		
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	家具の材質や色、使いやすさを考え設置している。体調や利用者様同士の間関係に配慮し、テーブルを配置している。リビングは、季節に合わせ装飾し、季節感を感じることができるよう配慮している。浴室やトイレは、分かりやすいように目印を貼り工夫している。整理整頓、清潔な空間作りを心掛けている。	利用者が集えるリビングは、日当たりが良く開放的でソファやテーブル、大型テレビが置かれゆったり過ごせる工夫がある。台形の可動式テーブルは、ニーズや行事に対応できる。手作りの小物や、行事の写真、タペストリー、季節の掲示物等も飾られている。廊下は広く車椅子ですれ違う十分な広さがある。	
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	気の合う利用者同士と過ごせるように、食席や配置を工夫している。その都度、模様替えもしている。ソファでくつろげるスペースも作っている。ウッドデッキのベンチで日向ぼっこをしたり、独りでくつろいだり利用者同士でくつろげる工夫もしている。		
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	利用者が使い慣れた馴染みのタンスや椅子、家具を自宅より持ち込まれている。写真を飾ったり、テレビを設置しくつろいで過ごせるように工夫している。利用者や家族の希望を聴き、歩行状態に合わせ、動きやすいようにベッドや家具の配置に配慮し、居心地の良い環境作りをしている。	居室は電動ベッド、クローゼット、洗面台、蓄熱式暖房機を備えている。床は段差が無くドアは広く、洗面台は車椅子対応になっている。利用者はそれぞれ馴染みの家具等を持ち込み、今までの生活の継続を図っている。部屋の掃除は職員が毎日行い、清潔が保たれるよう配慮されている。	
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	共有スペースに手すりを設置している。トイレや浴室に目印をつけている。また、希望された方のお部屋に名前を貼っている。個々の身体状況に応じ、トイレの近い居室に移動することもある。転倒防止に、ベッド足元に滑り止めマットを使用している人もいる。		