

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	2019年12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	https://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	2019年12月20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。男性職員も2ユニットで5人いるのでとても力強い部分もあります。すぐ近くにもう一つ、同じ系列のグループホームが一昨年の12月にオープンしており行事などお互い行き来し、協力しながら運営を行っていききたいと思います。

【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)】

ホームは、「医療法人一秀会」が、2011年5月に開所した、木造平屋建て2ユニットである。周囲には病院や、ホームセンター、コンビニ、飲食店などの店があり利便性が良い。ユニット間には、ウッドデッキがあり、お茶会や日光浴、行事などの交流の場となっている。ホームは、理念「その人らしい空間づくり 笑顔ある家庭生活 地域交流」を掲げ、利用者がこれまでの暮らしを継続できるよう、全職員でニーズを把握し、一人ひとりを尊重してケアに取り組んでいる。家族への連絡をこまめに行い、「みやの通信」を毎月送付し、「介護記録」に行事や日々の生活の様子などが詳細に記録され、丁寧な取り組みが家族の安心に繋がっている。医療法人が運営するホームで、週1回、法人の看護師が来訪し健康管理を行い、緊急時には、協力医療機関やかかりつけ医との医療連携体制が整っている。管理者は職員の意見を運営に反映させるように努めている。研修は職員が役割を分担して運営し、共により良いケアを目指そうとする姿勢が感じられる。

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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 認知症高齢者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
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	去年の5月に職員全体会議の場で職員みんなの意見を聞きながら理念の見直しを行っています。	理念は、年度初めに全職員で話し合い確認し、実現できるよう介護計画に繋げている。利用者が自宅にいるよう、自由に穏やかに暮らせるように支援している。職員は「外に出かけたい」「ドライブしたい」など、希望が叶えられるように努め、常に笑顔で接するよう心がけて介護に取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	去年の5月に職員全体会議の場で職員みんなの意見を聞きながら理念の見直しを行っています。	自治会に加入していないが、区長から広報や感染症などの情報などが届く。地域の祭りに参加したり、地域の敬老会に家族と参加する利用者もいる。ホームの夏祭り、敬老会、新年会に家族が参加し、交流している。合同で行う敬老会には、食事会、ボランティアによる踊り・民謡の披露がある。	自治会に加入し、地域との交流を深め、区長や民生委員に運営推進会議への参加を依頼できるなどの関係を構築す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	運営推進会議等で地域の方々に認知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。参加可能な利用者様にも出席していただいています。	家族（全家族に案内）、利用者、市職員、地域包括職員、ホーム職員で奇数月に開催している。区長、民生委員に案内しているが参加は得られていない。ホームの運営状況、事故、身体拘束ゼロの研修などについて資料を提示し報告している。災害対策やインフルエンザの対応などを検討した。	
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	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おり、現在の状況を把握していただいています。	市職員が運営推進会議に参加しており、運営状況を把握している。台風時の避難場所について確認したり、認知症などの研修案内の情報提供があるなど連携している。生活保護受給者の介護計画作成時にも連絡している。外部評価結果、目標達成計画書を市に提出している。	
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、身体拘束については本部のシエスタの職員に来て頂き、勉強会を開き理解を深めている。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）。	身体拘束についての内部研修を3ヶ月毎に行っている。外に出たい時には、近所の散歩や花の水やりなどで気分転換し、危険のないよう同行や見守りを行っている。言葉で行動制限しないように、気をつけている。服薬による拘束もしないよう取り組んでいる。防犯上、夜7時から翌朝7時30分まで施錠し、日中は不審者対策としてチャイムで対応している。	
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	虐待についても、7月に職員全体会議（内部発表）にて虐待に関する研修を行っている。		

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	全体会議の中で年に1度、権利擁護についての勉強会を開いている。今年は7月の全体会議の中で勉強会を開いております。		
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ます。		
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	運営推進会議の時にご家族様にも参加していただいた時に、意見や要望を聞いて今後のケアの課題にしております。	家族から運営推進会議、病院受診、面会時に、意見・要望を聞いている。「みやの通信」でホームの様子を伝え、また、介助の方法、対応の工夫を説明し、意見・要望が出しやすいようにしている。家族会はないが家族同士で連絡を取り合う人もいます。	
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。常に職員からの意見等を聞けるよう話を傾聴するよう心がけています。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、毎月のカンファレンス会議で、職員の意見を聞き、業務の改善、時間帯の見直しなどを行い、運営に反映している。機能低下がみられる利用者の入浴介助や食事形態の見直しも連携し行った。管理者は、日頃から職員の意見を聞き、働きやすいよう職場環境を整え、職員の研修や資格取得支援も行っている。	
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	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。なるべく業務時間内に終わるよう努めています。		
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。今現在は外部研修への参加は去年と比べ多く見られます。		
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	今年は、去年と比べ、外部研修や実践報告会に参加し外部との交流を図っております。		

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
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	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ます。		
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ます。		
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、食器拭き、モップ掛け等一緒に行っています。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ます。		
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ている。受診の際、家族様からの要望を聞いて関係を築いています。		
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、知り合いの方とお話をされる方もいます。	家族、親戚、友人、近所の方の来訪がある。馴染みの床屋、美容室、近くの店(ホームセンター)、公園などに出かけている。病院の帰りに外食や、お盆に墓参りに行く利用者もいる。要望に応じた外出支援を行うことで、馴染みの関係性が途切れないよう支援している。	
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、過ごしていただいています。		

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
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、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ます。		
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ます。	入居時に生活歴や職歴を聞き取りした情報も確認しながら、日常の何気ない会話や動作から思いをくみ取り、支援策を検討している。利用者のできることは見守り、刺繍や編み物の趣味なども継続できるようにしている。入浴介助の時は1対1で話し合える機会ととらえ、思いや意向を把握しケアに活かしている。	
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、お話しを伺い把握に努めて今後のケアに繋げています。		
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、職員へ申し送りをし把握に努めています。毎月カンファレンスを開き、見直しを行っています。		
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。	介護計画は6ヶ月に1回、状態が変化した時は都度見直している。介護計画を作成する時は、家族の意見・要望を取り入れ、BS法を用いて全職員で話し合い介護の目標を立てている。年2回以上見直しを行い、面会時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ている。利用者様の希望などあればドライブや散歩など促しています。		
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(月のまとめ)や相談をしている。その時の状況によってはご家族様にも同行依頼することもある。	利用者や家族が希望するかかりつけ医を受診している。付き添いは家族対応が原則だが、状態によっては職員が同行したり、職員のみでの対応もある。車椅子の利用者は福祉車両で送迎している。家族が付き添う時は、日常の様子を口頭やメモで伝え、適正な診断が受けられるようにし、受診結果の報告を記録している。	
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	週に1度、本部から訪問看護を依頼しているので、その時に状況報告し相談したり助言をいただいて、今後のケアに繋げています。		
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ます。		
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。	入居時に「利用者 重症化における対応に関わる指針」についての説明を行い、同意を得ている。食事が摂れなくなったり常時医療が必要になった場合は、医師から説明し家族と職員で終末期の対応について話し合っている。事前にホームが対応できるケアについて説明している。週1回、法人の看護師が健康管理を行っている。	
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	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。訓練は行えていません。		
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、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ます。水害の訓練は行えておりません。	火災、風水害、地震対応マニュアルがそれぞれ作成されている。年2回、夜間想定避難訓練を実施している。内1回は、消防署立会のもと実施している。地域住民の参加は得られていない。業者による消火設備点検を年2回行っている。感染症対策として予防接種や、手洗い、マスク着用を徹底している。	

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
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ます。	接遇やプライバシー保護の研修を行っている。親しみやすい丁寧な言葉遣いや態度に気をつけて、利用者の人格を尊重し、寄り添った対応に努めている。排泄介助はさりげなくトイレや居室に誘導し、入浴はできるだけ同性介助でプライバシーを損ねないように支援している。	
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べ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。ウッドデッキに野菜等をプランターに植え、好きな利用者様に水かけ等をしてもらい、趣味を生かせるように支援しています。		
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ます。		
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、手伝って頂いています。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、利用者さんに喜ばれています。	献立は、各ユニット食事係の職員2人で作成し、早番の職員が調理している。法人の栄養士が3ヶ月毎に献立をチェックし、指導や助言している。外食や出前、正月やひな祭りなどの行事食を取り入れたり、誕生者の嗜好を考慮したメニューにするなど、楽しい食事になるよう工夫している。ミキサー食、刻み、とろみなど、利用者の状態に合わせて対応し、座席にも配慮している。	
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。食事量、水分量はチェック表を使用し把握しています。		
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、食後の歯磨きの声かけや、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。	トイレで排泄できるよう、一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導などの支援をしている。夜間は、ポータブルトイレの使用、一部介助でトイレ、定時でパット交換など、一人ひとりに合わせて対応している。便秘対策として牛乳や乳酸菌飲料、水分補給を心がけ、医師の処方薬を服用する利用者もいる。	
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	かかりつけ医に相談し、処方された薬で対応しています。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、なるべく均等に入れるように、声掛けをして入って頂いております。	週2回を基本にした入浴で、一人ひとりの体調や要望を確認し支援している。シャンプーやボディソープなどは個人毎に使い慣れたものを使用している。入浴拒否の際は声がけを工夫したり、同性介助にも対応している。入浴できない時は清拭で対応している。乾燥する時期は入浴剤も取り入れて対応している。	
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	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に努めています。就寝時間も一人一人に伺いながら誘導しています。		
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。訪問看護や取引先の薬剤師さんに助言や相談することもあります。		
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、自宅ですべての事をしている。天気がいい時には、散歩や近くの店に歩いて買い物に出掛け気分転換を図っています。		
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	その季節に合わせ行事等で外出の機会を設けています。外食は月に1回のペースで出かけられるようにしています。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。ご家族様、対応の受診時にもその帰りに外食される方もいます。	年間計画を立て、お花見、紅葉狩りなどに外出している。法人の福祉車両やワゴン車で、ユニット毎に出かけている。日常的にも、ドライブしたり、公園を散歩したり、できる限り希望する場所へ出かけられるよう支援している。趣味の刺繍で使う糸や布、好きな飴などの買い物に出かける人もいる。暖かい時期はウッドデッキでくつろぐこともあり、ユニット間での交流もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	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ます。職員が希望に添って代わりに用足しをしてくる時もあります。		
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ます。電話をかけてからは、ほとんどの方は満足、安心感を持たれております。		
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するよう工夫し配置を決めております。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ます。	リビングは明るく日当たりが良く掃除が行き届いている。ソファやテーブルが設置され利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。対面式のキッチンなので調理中でも、職員は見守りや会話ができる。温・湿度は職員が管理し、換気も適切に行われている。季節が感じられる装飾も工夫されている。ユニット間にウッドデッキがあり、くつろげる空間になっている。	
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	リビングでの食事席はお話の合う方々と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れるように工夫しています。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ないようにして、安心感が持てるように工夫しています。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。	居室は全室洋室で腰高窓になっており、ベッド、収納、蓄熱式暖房、車椅子対応の洗面台、煙感知器、スプリンクラーが設置されている。温・湿度は、職員が管理している。利用者は、家族の写真や冷蔵庫、テレビ、タンスなど、馴染みの物を持ち込み、居心地の良い空間となっている。	
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、居室の角にクッション材を付けて安全に考慮しています。		

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	令和元年11月30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	https://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	2019年12月20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、気分転換に散歩や外食、ドライブの機会を設け出かけています。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、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)】

ホームは、「医療法人一秀会」が、2011年5月に開所した、木造平屋建て2ユニットである。周囲には病院や、ホームセンター、コンビニ、飲食店などの店があり利便性が良い。ユニット間には、ウッドデッキがあり、お茶会や日光浴、行事などの交流の場となっている。ホームは、理念「その人らしい空間づくり 笑顔ある家庭生活 地域交流」を掲げ、利用者がこれまでの暮らしを継続できるよう、全職員でニーズを把握し、一人ひとりを尊重してケアに取り組んでいる。家族への連絡をこまめに行い、「みやの通信」を毎月送付し、「介護記録」に行事や日々の生活の様子などが詳細に記録され、丁寧な取り組みが家族の安心に繋がっている。医療法人が運営するホームで、週1回、法人の看護師が来訪し健康管理を行い、緊急時には、協力医療機関やかかりつけ医との医療連携体制が整っている。管理者は職員の意見を運営に反映させるように努めている。研修は職員が役割を分担して運営し、共により良いケアを目指すとする姿勢が感じられる。

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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 認知症高齢者GH宮野 ）「 ユニット名 みなづき棟 」

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
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	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、理念を踏まえサービス提供するように心がけている。	理念は、年度初めに全職員で話し合い確認し、実現できるよう介護計画に繋げている。利用者が自宅にいるよう、自由に穏やかに暮らせるように支援している。職員は「外に出かけたい」「ドライブしたい」など、希望が叶えられるように努め、常に笑顔で接するよう心がけて介護に取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	利用者が希望した際や、気分転換に近隣を散歩したり、買い物や外出、ドライブなど地域社会とのつながりを大切にしている。また、外食、日用品や食材の買い物は近郊の店を利用している。	自治会に加入していないが、区長から広報や感染症などの情報などが届く。地域の祭りに参加したり、地域の敬老会に家族と参加する利用者もいる。ホームの夏祭り、敬老会、新年会に家族が参加し、交流している。合同で行う敬老会には、食事会、ボランティアによる踊り・民謡の披露がある。	自治会に加入し、地域との交流を深め、区長や民生委員に運営推進会議への参加を依頼できるなどの関係を構築す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	広報に、職員が勉強会をした内容を記載し、共有するようにしている。		
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践、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。	家族（全家族に案内）、利用者、市職員、地域包括職員、ホーム職員で奇数月に開催している。区長、民生委員に案内しているが参加は得られていない。ホームの運営状況、事故、身体拘束ゼロの研修などについて資料を提示し報告している。災害対策やインフルエンザの対応などを検討した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議を通して、運営に関する施設側の現状や実情を報告している。	市職員が運営推進会議に参加しており、運営状況を把握している。台風時の避難場所について確認したり、認知症などの研修案内の情報提供があるなど連携している。生活保護受給者の介護計画作成時にも連絡している。外部評価結果、目標達成計画書を市に提出している。	
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	職員会議で、内部研修とし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。過剰な睡眠薬や安定剤の服用はせず、自立性を支援している。	身体拘束についての内部研修を3ヶ月毎に行っている。外に出たい時には、近所の散歩や花の水やりなどで気分転換し、危険のないよう同行や見守りを行っている。言葉で行動制限しないように、気をつけている。服薬による拘束もしないよう取り組んでいる。防犯上、夜7時から翌朝7時30分まで施錠し、日中は不審者対策としてチャイムで対応している。	
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	法人より指導を受けながら、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	意見箱を設置している。運営推進会議にて、家族との意見交換の場を設けている。また、日常の面会等で、家族より要望をいただくよう努め日々のケアに努めている。	家族から運営推進会議、病院受診、面会時に、意見・要望を聞いている。「みやの通信」でホームの様子を伝え、また、介助の方法、対応の工夫を説明し、意見・要望が出しやすいようにしている。家族会はないが家族同士で連絡を取り合う人もいる。	
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	職員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、カンファレンスを行ない日々のサービス向上に努めている。	全体会議、毎月のカンファレンス会議で、職員の意見を聞き、業務の改善、時間帯の見直しなどを行い、運営に反映している。機能低下がみられる利用者の入浴介助や食事形態の見直しも連携し行った。管理者は、日頃から職員の意見を聞き、働きやすいよう職場環境を整え、職員の研修や資格取得支援も行っている。	
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	休憩時間の確保や残業の軽減、有休休暇取得ができるよう、働きやすい環境支援を心掛け、自信ややりがいをもてるよう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	研修への積極的な参加を支援し、専門職としての自覚を持ち、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	11/6に、グループホーム協会の研修会に出席し、交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、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	家族の悩み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、職員間のケアを統一し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	洗濯物たたみや、落ち着かない利用者の話し相手など、一緒に手伝って頂き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面会や外出の場を設け、出来る限りの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	馴染みの関係を大切にしているが、通院先などで、知人に会い話しかけられることもあるが、本人が覚えていないことも多く、その際の他者への対応に苦慮することもある。	家族、親戚、友人、近所の人の来訪がある。馴染みの床屋、美容室、近くの店(ホームセンター)、公園などに出かけている。病院の帰りに外食や、お盆に墓参りに行く利用者もいる。要望に応じた外出支援を行うことで、馴染みの関係性が途切れないよう支援している。	
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	食事席で、気の合う人を並べたり、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	契約が終了しても、必要に応じて、入院中や他施設へ入所後の状態を伺いながら、情報交換をしている。		
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	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、それをもとに職員全体で検討し、ケアプランを立案、実践している。	入居時に生活歴や職歴を聞き取りした情報も確認しながら、日常の何気ない会話や動作から思いをくみ取り、支援策を検討している。利用者のできることは見守り、刺繍や編み物の趣味なども継続できるようにしている。入浴介助の時は1対1で話し合える機会ととらえ、思いや意向を把握しケアに活かしている。	
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てている。	介護計画は6ヶ月に1回、状態が変化した時は都度見直している。介護計画を作成する時は、家族の意見・要望を取り入れ、BS法を用いて全職員で話し合い介護の目標を立てている。年2回以上見直しを行い、面会時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。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	かかりつけ医への通院や自宅への外出、馴染みの店への買い物、家族、知人の面会など、一人一人の社会資源を把握し支援している。		
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。救急外来や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。	利用者や家族が希望するかかりつけ医を受診している。付き添いは家族対応が原則だが、状態によっては職員が同行したり、職員のみ対応もある。車椅子の利用者は福祉車両で送迎している。家族が付き添う時は、日常の様子を口頭やメモで伝え、適正な診断が受けられるようにし、受診結果の報告を記録している。	
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	週1回、法人の看護師が利用者の健康チェックを行っている。		
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、往診への切り替え、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。	入居時に「利用者 重症化における対応に関わる指針」についての説明を行い、同意を得ている。食事が摂れなくなったり常時医療が必要になった場合は、医師から説明し家族と職員で終末期の対応について話し合っている。事前にホームが対応できるケアについて説明している。週1回、法人の看護師が健康管理を行っている。	
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	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。		
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	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を準備し、市と連絡を取りながら水害時の避難計画を作成し周知している。	火災、風水害、地震対応マニュアルがそれぞれ作成されている。年2回、夜間想定避難訓練を実施している。内1回は、消防署立会のもと実施している。地域住民の参加は得られていない。業者による消火設備点検を年2回行っている。感染症対策として予防接種や、手洗い、マスク着用を徹底している。	

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
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	1人1人の性格や個性を尊重し、声のトーンや言葉遣い、自尊心に配慮し、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。排泄介助時、羞恥心に配慮している。	接遇やプライバシー保護の研修を行っている。親しみやすい丁寧な言葉遣いや態度に気をつけて、利用者の人格を尊重し、寄り添った対応に努めている。排泄介助はさりげなくトイレや居室に誘導し、入浴はできるだけ同性介助でプライバシーを損ねないよう支援している。	
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	食事時間、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、散歩や買い物の希望があれば支援し、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。美容院へ外出している人もいる。		
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。食事の準備や片付けは難しくなり、ふきんなどたたみ方を手伝っていただいている。	献立は、各ユニット食事係の職員2人で作成し、早番の職員が調理している。法人の栄養士が3ヶ月毎に献立をチェックし、指導や助言している。外食や出前、正月やひな祭りなどの行事食を取り入れたり、誕生者の嗜好を考慮したメニューにするなど、楽しい食事になるよう工夫している。ミキサー食、刻み、とろみなど、利用者の状態に合わせて対応し、座席にも配慮している。	
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。食事介助をしたり、栄養状態に応じ、栄養補助食品を摂取している人もいる。		
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	毎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、トイレ介助や夜間トイレを使用するなど支援している。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、状態に応じ紙パンツやオムツの使用、尿量等によりパットの種類を使い分けている。	トイレで排泄できるよう、一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導などの支援をしている。夜間は、ポータブルトイレの使用、一部介助でトイレ、定時でパット交換など、一人ひとりに合わせて対応している。便秘対策として牛乳や乳酸菌飲料、水分補給を心がけ、医師の処方薬を服用する利用者もいる。	
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	毎朝、牛乳や飲むヨーグルト、ヤクルトを提供し、オリゴ糖を飲用している。水分量の調整や適度に歩いたり、腹部マッサージにて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。その上で下剤調整や洗腸施行し、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(午前、午後)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。	週2回を基本にした入浴で、一人ひとりの体調や要望を確認し支援している。シャンプーやボディソープなどは個人毎に使い慣れたものを使用している。入浴拒否の際は声掛けを工夫したり、同性介助にも対応している。入浴できない時は清拭で対応している。乾燥する時期は入浴剤も取り入れて対応している。	
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	1人1人の心身の状態に配慮し、就寝時間の個別化、日中、食後や休みたい時にベッドやソファで静養し、日光浴などくつろいでいただけるように対応している。		
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	薬の内容については、個々のファイルにまとめてある。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	編み物や手芸、散歩、プランターの花の世話など、趣味や得意なことを日課として続けられよう支援し、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	利用者が希望した際は、気分転換に近隣を散歩したり、買い物や外出、外食、ドライブなど地域社会とのつながりを大切にしている。家族の協力を得て、自宅へ外出している人もいる。	年間計画を立て、お花見、紅葉狩りなどに外出している。法人の福祉車両やワゴン車で、ユニット毎に出かけている。日常的にも、ドライブしたり、公園を散歩したり、できる限り希望する場所へ出かけられるよう支援している。趣味の刺繍で使う糸や布、好きな飴などの買い物に出かける人もいる。暖かい時期はウッドデッキでくつろぐこともあり、ユニット間での交流もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	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管理している。受診の他、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、現在は、あまりいない。		
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人間関係に配慮し、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。	リビングは明るく日当たりが良く掃除が行き届いている。ソファやテーブルが設置され利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。対面式のキッチンなので調理中でも、職員は見守りや会話ができる。温・湿度は職員が管理し、換気も適切に行われている。季節が感じられる装飾も工夫されている。ユニット間にウッドデッキがあり、くつろげる空間になっている。	
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	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居室を移動したり、歩行状態に合わせて、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。	居室は全室洋室で腰高窓になっており、ベッド、収納、蓄熱式暖房、車椅子対応の洗面台、煙感知器、スプリンクラーが設置されている。温・湿度は、職員が管理している。利用者は、家族の写真や冷蔵庫、テレビ、タンスなど、馴染みの物を持ち込み、居心地の良い空間となっている。	
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。夜間、ポータブルトイレを使用している人もいる。		