

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26年10月20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.jp/04/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護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26年11月18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)】

○入居者個々に見合った自立した生活を職員が一丸となって目指している。○しっかりと季節を感じる事が出来るよう設えだけではなく、食の面からも取り組んでいる。○家族との関わりを大切に、きめ細かな情報提供と共有を心がけると共に、家族と一緒に生活を考えていけるよう努めている。○個々の力を引き出し、意欲をもって暮らしてもらえよう役割支援に努めている。

【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)】

国道284号線沿いの広葉樹林に囲まれた静かな高台に立地し、法人の特別養護老人ホームが隣接している。事業所は東日本大震災で被災し、仮設を経て今年6月この地に再建を果たした。職員は「利用者の代弁者」との意識を持ち、出勤時に「今日一日の目標」を立てケアの質の向上を図り、理念の実践に努めている。職員は、干し柿作りや、食事の味見、後片付けなど一人ひとりの持てる力を活かせるよう支援し、また旬の食材を活かし伝統食を取り入れるなど、利用者が「食」を通してこの地でその人らしく暮らすことの喜びを共有している。年一回家族と利用者のアンケートを実施し、要望や意見を運営に活かしている。訪問診療や専門医との連携も利用者や家族の安心に繋がっている。管理者は地域住民や近隣の仮設住宅住民と交流を進め、地域の福祉を支えて行きたいと考えている。

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 グループホームこころ）「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	玄関や事務室に基本理念を掲示し、出勤した際には必ず確認するようにしている。定期的に理念確認し、必要があれば見直すことも出来る。職員は出勤した際に理念を基にした個人目標を書き込み、理念に通じる支援や取組みが多く取り入れるよう努めている。	年度末に理念を振り返っている。理念には「その人らしい安らぎのある生活の継続」と「家族や友人との交流を大切にしたい地域に根ざしたホーム」が謳われ、掲示している。出勤時に「今日一日の目標」を黒板に記入し、職員間で共有し、理念の実践に努めている。	
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	この事業所に引っ越して間もないが、自治会長や新しく運営推進委員を委任した地区の代表者と、今後の地域との交流について話し合っている他、地元の軽トラ市に出かけたり、ドライブに出かけ交流を深めている。今後は同地区内にある仮設住宅（別自治会）との交流も目指しており、行政やサポートセンターと情報交換を行いながら、お茶飲みなど気軽に行き来できる関係を目指している。災害時などにもお互いに協力し合えるよう地域との交流に力を入れていく。	運営推進会議で地域住民に地域密着型の意義を説明し、ホームと地域が互いに支え合う関係を築くよう努めている。地域住民の野菜や魚などの提供、畑作りの指導などから、少しずつ交流を深めている。近隣の軽トラ市での買い物も交流の場となっている。	
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	要請がある際には認知症サポーター養成講座の講師を派遣し、地域で認知症に対する理解が深まるよう努めている。入居申し家族が認知症への対応で困っている際には、日々の認知症ケアの実践を踏まえたアドバイス等も行っている。市地域包括支援センター職員とは、地域の認知症に対する理解を深めたり、情報発信の拠点になれるよう展望など話し合っている。		
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	日々の生活の様子や取組み、介護事故などの報告を行い、出席者から評価や助言などももらっている。その内容は必ず職員会議のなかで報告し、生活の質向上や必要箇所の改善に役立てている。事業、運営内容などを報告することで、自分たちの取組みを確認する材料にもなっている。	2ヶ月に1回、地域住民、家族、利用者、地域包括職員、職員で開催、出された意見は職員会議で話し合い改善に繋げている。地域福祉の情報発信の役割や、地域と繋がり暮らし利用者への支援について話し合っている。	
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	定期的に市役所関係課に顔を出し、情報交換を行っている。ホームの行事に誘いの声をかけたり、市民の認知症に対する理解を深めていくためにどのような関わりが必要かなど、単に情報のやり取りをするだけではなく、密に意見交換できる関係ではないかと感じている。	市職員は運営推進会議に出席し、外部評価に同行、クリスマス会にも参加した。管理者は定期的に市を訪れ、相談だけでなく、意見交換ができる関係が築かれている。	
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	身体拘束に係る指針を策定している。身体拘束は行わないという方針と、それに伴うリスクについて家族から理解を得られるよう入所契約時十分に説明を行っている。毎月の会議の中で抑制・拘束実態がない事を確認すると共に、スピーチロックやドラックロックなども含めて身体拘束防止に係る研修会を計画的に実施し、職員の意識向上に努めている。玄関等の施錠は夜間の必要最低限とし、出入り自由である。	施錠は21時～6時半、転倒予防のための付添い以外は見守りを基本とし、利用者は自由に周辺を散歩している。運営推進会議で住民の協力が得られるよう、認知症について説明した。身体拘束に係る指針を策定、身体拘束や言葉の拘束をしないケアの研修を行う。	
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	計画的に高齢者虐待に関する研修を位置付け実施すると共に、職員のストレス緩和に繋がる研修も行っている。毎月の職員会議の中で、虐待の有無を確認すると共に、虐待は行わないという意識を職員間で共有している。また、目に見える虐待だけではなく、ネグレクトやスピーチロックなどにも十分注意を払っている。		

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	現在入居している方の中で、成年後見や補助、補佐を利用している方、またその対象となりうる方は居ないが、研修の年間計画に盛り込み学習している。実際に成年後見制度等を活用した事例や、活用するにあたり必要な条件等など学習し研鑽に努めている。		
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	契約締結は、ホームと家族の信頼関係を築く第一歩と考えている。入居する方と家族が、以後安心して過ごしてもらえるよう、分かりやすい言葉で十分な説明を行っている。質問を待つだけでなく、説明中に理解が得られていないと思われる時には、特に念入りに説明を行っている。また、契約書や重要事項説明書内容について研修会で取り上げ、全職員で内容確認など行っている。		
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	入居者や家族を対象としたアンケートを実施している。(話をする事が難しい方に対し、職員は代弁者としての立場で確認している)その結果は運営推進会議で報告して助言や意見を求めると共に、家族にも結果や対応などを報告している。職員全員が内容と結果を確認し、全員で対応策等を検討している。また、法人本部にも結果を報告し、助言をもらい、ホームの運営に生かしている。	年1回利用者や家族アンケートを実施し、結果は職員で共有し、ケアに反映させ、家族にも報告している。職員は利用者の代弁者との意識を持ち、常に利用者や家族の意見、要望の把握に努めている。家族からの要望で玄関に献立表を掲示し、メニューをリビングのボードに記入するなど、サービスの改善を図った。	
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	毎月の職員会議の中で、管理者と介護職員が意見を交わし、日々の生活支援や事業運営にその要望や意見が反映されている。また、月1回の代表者会議(グループホーム所長、特養施設長以下代表職員が出席)で運営状況や取組など報告する他、定期的な上司との面談も行われており、様々な意見や要望を伝える機会も設けられている。	月1回職員会議を行っている。リスクマネジメント委員会、研修委員会、保健衛生委員会からの活動報告や研修の実施、自己評価などが話し合われ、意見は運営やケアの質の向上に反映させている。管理者は法人の代表者会議に参加し、職員の意見や要望を反映させている。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	職員が健康で目的を持って就業できるよう、定期的に健康診断や腰椎検査を実施したり、計画的に職員研修を開催している。スキルアップの為に休暇取得、産休や育休、介護休暇など福利厚生が整っている。法人としてキャリアアップを取り入れている他、正規職員への登用もあり、意欲的に就業できる環境が整っている。		
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	各職員が目標を持って意欲的に就労できるよう計画的に研修会を開催している。隣接する特養施設との合同研修会を計画し参加している他、法人として新規採用した職員に対しては研修を実施、ホーム内ではOJT研修を一定期間行い、習得度に応じて柔軟に対応している。外部研修に参加した職員からは、その内容等について会議の場で報告を受け、全職員で情報共有している。		
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	震災以前はGH協の計画に沿って管内施設との職員交換研修を行っていたが、震災後は諸事情により一時的に中断していた。職員配置が充足した時点で交換研修は再開する予定である。他事業所との交流に関しては、地域の合同会議等で情報交換したり、行事等で交流を深めている。		

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	
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	契約前には必ず本人の生活する場を訪問し、実際に会って意向確認を行なうと共に、今後の生活に対する不安や要望の聞き取りを行い、その内容はホームに持ち帰り全職員で把握する。入居者担当職員制で対応し、入居してから長期間に渡り同じ職員が担当していく事で、入居当初の不安な気持ちを少しでも軽減できるよう努めている。		
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	利用契約以前の入居申し込みの時点から懇切丁寧な対応を心がけ、信頼関係を築く足掛かりにしている。しっかりと家族の話を傾聴し、不安や問題が少しでも軽減出来るよう対応を行ない、入居後は出来る限りこまめな連絡を行い、家族にも安心して過ごしてもらえるよう努めている。		
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	入居契約が決まった段階で、その方の生活の場に出かけていき実態把握調査、アセスメントを行う。直接本人と面会し状態を把握することで、家族からの情報だけではなく、専門職としての視点から必要と思われるサービス内容を検討し暫定のプランに反映させ対応していく。職員間で情報共有し全員でその方の生活を支える支援を心がけている。		
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	職員は、その人に合った自立した生活を支え維持できるようお手伝いする、という視点で関わっている。役割支援などを通して出来る限り本人に活躍してもらえるよう、黒子のような存在を目指すと共に、入居者の知恵や知識を引き出しながら、尊敬の念を持って接している。		
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	入居者の生活をホーム任せになることのないよう、家族には定期的に生活の様子など伝え情報を共有している。精神的な不安や身体状況なども報告しながら、家族と共に生活を支えていく事ができるよう努めている。介護計画はホームの独自プランではなく、家族の意向もしっかり反映された内容になるよう努めている。		
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	ホームに入居したことで、これまでの人間関係や地域との繋がりが途切れてしまわないよう積極的に地域に出かけたり、知人や友人がホームに出入りしやすいような雰囲気作りに努め、繋がりが途切れてしまわないよう配慮している。また、住み慣れた地区や思い出の場所など、ドライブコースに入れるようにしている。	利用者の多くが被災者であり、馴染みの場所は仮設住宅や改築した自宅である。希望により震災前に生活した懐かしい場所や図書館、地元の軽トラ市やスーパーへの買い物など外出支援を行い、馴染みの地域や人との関係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	共に生活する仲間として、互いに理解、尊重し合えるように、役割や交流支援を行いながら関係の調整に努めている。認知症や身体状況により会話が難しかったり、交流に積極的ではない方に対しても、日常的に交流支援を行いながら、孤立しないよう支援している。		

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	他事業所へ移った方々の所に遊びに出向いたり、その家族と話をする機会も多い。また、退居した方の家族がホームを訪れてくれたり関係は継続している。現在はないが、以前は新しく移った施設での介護方針のことや、以後のことについて相談を受けるなど柔軟に対応を行なう他、関係施設や病院との引継ぎを細かく行うよう努めている。		
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	入居者アンケートを実施するなどし、日頃なかなか言えない事を確認する場を設けている。職員はその人たちの代弁者という立場であり、自分の思いや考え、希望や要望など伝えることが難しい場合には、日々の生活の様子や表情、発する言葉、これまでの生活歴、現在の体の状況、家族からの話など総合し、その人の立場になり思いや意向を代弁する形をとっている。	職員は利用者の代弁者との意識を持ち、意思表示が困難な利用者にはセンター方式の「私の姿と気持ちシート」を活用して思いを汲み取るよう努めている。絵手紙を書く人、野菜作りが好きな人、本が好きな人など趣味や特技を発揮できる機会を作り、その人に寄り添い、生き生きと過ごせ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	管内独自の「わかってシート」を活用したり、入居契約前の事前調査で、これまでの生活歴や趣味、意欲的に行なってきたことなど確認に努めている。集めた情報は全職員で共有しながら日々の生活支援や役割支援などに生かしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居前「自宅での生活リズム」「出来ること・出来ないことシート」「分かること・分からないことシート」等の記入を家族に依頼し、その情報を元に支援を開始する。その後は日頃の関わりの中で出来ることを積極的に支援し、持てる力を発揮しながら生活できるよう、その日の状態を確認しながら臨機応変に支援している。		
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	入居者の事を一番把握しているのは担当職員である。介護計画は計画作成担当者が独自で作成するのではなく、入居者担当職員と協力して情報収集等を行いケアプランを作成している。毎月の会議で新しいケアプラン内容を職員間で共有し支援にあたっている。サービス実施確認を行ない、いつでも誰でもケアプラン内容や実施頻度など確認、把握することが出来る。	介護計画は3ヶ月に1回見直し、家族、かかりつけ医、必要に応じて専門医にも意見を聞いて作成している。毎月モニタリングを実施し、結果は実施確認票に記載する。確認票の裏には、管理者の意見と共に職員への労いの言葉も書かれており、職員一体となって介護計画を作成し、共有している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	入居者個々の生活記録や医療、介護状況、ニーズ、家族との連絡調整、行事や活動へ参加したときの様子など、個別に記録が整備されており、誰でもその内容を確認する事ができる。その記録はケアプランの更新や日々の支援の振り返り、新しい生活支援の材料として活用している。情報共有については、会議録や連絡帳等を利用しながら全員が確認し、共有できている。		
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	入居者の生活支援に留まらず、家族やそれ以外の方から、急に介護が必要になりどうしたらいいのか分からないなどの相談も受けてきた。その時々で柔軟に、必要な対応を行なうことが出来るよう努めている。市地域包括支援センター職員から、この地区の認知症介護の拠点としての可能性について話もあった。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地元のスーパーや衣料店を活用して外出や買い物の支援を行っている。地域の軽トラ市に出かけその方々と交流したり、市立図書館の団体貸し出しを利用している。以前から利用している訪問理美容なども活用し、その際にはとてもにぎやかで楽しい時間になっている他、野菜などの差し入れを頂いたり、事業所としてだけではなく、入居者個々とも良好な関係を保っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医(歯科も含む)による往診を定期的に受けており、入居者の健康状態や気になる事については、医療の適切な判断の材料となるよう、積極的な情報提供を心掛けている。緊急時には駆けつけてくれ、専門病院への通院や入院が必要となる場合には、医療情報提供などしてもらえる。家族の希望や要望も直接伝えることが可能である。	利用者のほとんどが訪問診療医師がかかりつけ医である。月1回の訪問診療と、24時間の緊急時対応も可能である。かかりつけ医と専門医の連携は緊密であり、利用者や家族の安心に繋がっている。通院は基本、家族が付き添うが、職員が同行する場合もある。歯科の訪問診療もある。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師の配置はないが、同敷地内の特養施設看護師と連携している。状態急変した際などは指示を仰ぐことが出来、不調者が居る場合には情報共有し万が一に備えている。また、主治医往診の際には看護師の同行もあり、日々の医療的ケアについて相談も可能である。		
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。	入院加療が必要になった場合には、医療的な情報ばかりではなく、認知症状況や生活歴、現在の生活の様子など含め、総合的な情報を提供できるよう努めている。入院中には定期的にお見舞い(状態確認)に出向き、病院看護師や医師、家族と情報を共有する他、職員も情報の共有を図っている。退院の際には主治医と医療情報共有できるよう都合し、入院病院から退院サマリーを受け取っている。総合病院入院の際には、地域医療連携室とも情報共有しながら、退院に向けた調整を行っている。		
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	新規入居の際には、重要事項説明と共に重度化対応及び看取り介護に関する指針について説明を行っている。家族がホームでの看取りを強く希望する場合には、指針を基とした看取り介護に関する同意書を準備している。重度化対応については、次の施設等が決定するまでの間、責任を持って介護にあたる事としており、職員全員がその旨共有している。	重度化対応及び看取り介護に関する指針と同意書があり、説明している。看取りは家族や利用者から強い要請があり、医療的対応の必要性の薄い場合の介護に限って対応することとしている。まだ看取りの経験はない。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	各種マニュアルを整備しており、定期的に緊急時対応に係る研修会も開催しながら備えている。定期的にマニュアルは見直し、誰でもすぐに確認できる場所に常設している。また、全職員がマニュアルを所持すると共に、緊急時医療情報持ち出しも準備している。		
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	隣接する特養施設と合同で、県の出前講座を利用し、風水害の研修を受けている。定期的に避難・消火訓練を実施すると共に、非常時に必要な食料や介護用品、簡易トイレなど、十分な備蓄がある。緊急時には隣接する特養施設から応援を受ける事が可能である。地域に非常災害等起こった際には、介護施設として協力できる部分も多い。	避難誘導・緊急時マニュアルを作成し、年2回避難訓練(1回は夜間想定)を行う。たばこは職員の見守りで喫煙所で吸うことになっている。有事には隣接する特養ホームの支援が得られる。地域住民との協力体制の構築の検討が始まっている。備蓄は3日分ある。	

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	
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	プライバシー保護マニュアルを整備すると共に、プライバシー保護や権利擁護について計画的に研修を行い、職員の意識向上に努めている。入居者に対しては人生の先輩として尊敬の念を持って接すると共に、日々の生活の中で排泄や入浴など、羞恥部分に関わる支援については、目隠しカーテンやしっかり扉を閉めるなど、十分な配慮がなされている。	接遇やプライバシー保護の研修を年1回行っている。職員は利用者のペースに合わせてゆっくり話すなど、その人を尊重し、羞恥心に配慮したケアに努めている。排泄支援の際には、他利用者に分かれられないように配慮すると共に、入浴支援を含めて必要に応じて同性介助を心がけている。	
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	自ら妥当な選択が難しかったり、言葉で伝えられない方については、どの選択をしてもその人にとって不利益にならないような選択肢を準備したり、日々の生活の様子や表情、言葉、家族の声を踏まえて希望や意向を汲み取るよう努めている。また、入居者アンケートを実施するなど、普段言えないような事もしっかりと汲み取っていけるよう対応を心掛けている。		
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	ある程度の時間の流れ(食事や入浴時間など)は決まっているが、その決まっている時間にも幅を持たせて対応している。その日の体調や気分に応じて過ごしてもらいながらも、その中でしっかり身体を動かしたり、入居者同士の交流が円滑に図れ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	職員と一緒に着替えの服を選んだり、身だしなみを整える手伝いをしながら、自分好みの服装などしてもらえるよう支援している。外出する機会もあり、その際には外出用の服装に着替えたり、中には毎日化粧を楽しんでいる方もいる。整髪には行きつけの店に出掛ける方や、いつもお願いしている訪問理美容を利用する方もいる。出来る限り本人の希望に沿えるよう配慮している。		
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	入居者の嗜好は職員全員が把握している。一緒にご飯を作ったり片付けを行うなど、食べるだけではなく食全般に関わっていけるよう支援している。また、地元気仙沼に古くから受け継がれている郷土食や、港町の特色を活かして刺身(鮪・鰹・秋刀魚・ホヤなど)も年間通して提供し好評であり、情緒的な食を目指している。	献立作りは職員が交代で行い、栄養チェックは法人の管理栄養士が行っている。旬の食材やホームの畑で収穫した野菜を使い、郷土食を味わい、利用者は「食」の楽しさを満喫し、食事作りや味見、後片付けを手伝っている。誕生日には利用者の希望で外食に行くこともある。職員は利用者と一緒に食事をしている。	
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	食事量を記録しながら不足なく食べてもらえるよう努め、不足している場合には補食等で補っている。隣接する特養施設の管理栄養士に毎月献立の内容を確認してもらい、栄養や献立内容に偏りが無いよう配慮している。水分量は排泄にも関連する為、排泄表と合わせて摂取量を確認したり、水分が不足する入居者に対しては、積極的に水分補給できるよう働きかけている。		
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	ホームとして口腔内衛生に力を入れている。起床後のうがいを始め、毎食後のうがいや口腔ケアを行っている。全員が対象ではないものの、定期的に歯科医師の往診や歯科衛生士による口腔ケア指導も受けており、入居してから口腔内環境が大きく改善した方も多い。出来るだけ自分でケアしてもらいながら不足する部分を職員が手伝っている。		

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	排泄は出来る限りベッドから離れてトイレで、という意識を全職員が持っている。自分で排泄感覚を訴えたり、トイレに行くことが難しい方に対しては、排泄サインを確認したり、排泄表を活用しながらトイレに行けるよう支援を行っている。行きたい時にトイレに行ける支援を行っている。	トイレで排泄できるよう支援している。また排泄チェック表から排泄パターンを把握し意思表示が困難な利用者には体や手足の動きを見ながらトイレに誘導している。便秘予防にヨーグルトやセンナ茶を活用している。	
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	下剤に頼った排便コントロールを出来るだけ避け、自然食品（自家製ヨーグルト）や適度な運動、腹部マッサージ、漢方など、出来るだけ自然に近い排便に繋がるよう工夫している。また、過度な下剤を服用しないために、排泄記録を活用しながら支援している。		
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	ある程度の順番は決まっているが、その中で日中の入浴希望や夜間入浴の希望があり、その希望に沿った時間帯で入浴できるよう調整している。拒否がある方に対しては、入浴日や時間調整など柔軟に対応している。出来るだけ自分で身体を洗ってもらい、手の届かない部位や不足する部位を職員が手伝っている。気持ちよく入浴してもらう為、希望者には同姓介助を行っている。	入浴は週に2～3回である。時間も希望で決めている。入浴嫌いの利用者には無理をせず、入浴日や時間を変えて対応している。出来ることを尊重し、出来ない部分を手伝うよう支援している。ゆず湯や菖蒲湯を楽しむこともあり、清潔保持と共に、入浴を楽しめるよう工夫している。	
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	入居者個々の状態に合わせ、適度に身体を休めることができるように声がけや支援を行うと共に、日中の活動量が出来るだけ増えるよう関わり、夜間の安眠に繋げている。眠剤服薬している方については、睡眠状態の観察に努めると共に、服薬時間や量を主治医と相談しながら調整し、日中の生活に影響しないよう配慮している。		
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	服薬内容等をいつでも確認できるよう、個別服薬管理綴りを作成し、服薬内容に変更があった際に職員全員が把握に努め、主治医へ状態を報告している。身体状況に応じて薬剤状態の変更を依頼し、その人に合った形状で服薬できるよう配慮している。服薬事故防止に努め、3段階のチェックを行っている。		
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	心身に無理なく役割を持って生活できるよう、これまでの生活歴や職歴等を活かし、ケアプランでしっかりと役割支援を位置付けている。入居者を対象としたアンケートを実施しニーズの把握に努めると共に、その内容を生活に反映させている。普段から行事や活動など、期待感がある生活を送ってもらえるよう努めている。喫煙や飲酒も可能である。		
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	気兼ねなく家族や友人と出かけたり、行きつけの美容院などに出かけられる。玄関は施錠などせず、夜間帯以外は常に入出入り自由であり、ホーム周辺の散歩や畑作業なども自由に出来るよう見守りを行い、必要に応じ付き添いを行っている。また、市内へドライブに出かけたり、観光地への遠足や外食もしている。	年間の外出計画を立て、お花見や紅葉狩、モーランド、漁火パーク、室根山などへ出かけている。また利用者の希望にそって、馴染みの場所や、買い物、外食に外出し、日常的には戸外で気持ち良く過ごせるよう支援をしている。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	家族からの了解もと、個人で小遣いを所持している方が数名いる。外出時の買い物を支援したり、隣接する特養施設の売店利用も可能である。小口で管理している方も、買い物の際にはお金を預けて自分で支払や商品のやり取りが出来るよう支援している。		
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	年賀状や暑中見舞いだけではなく、入居者と職員が協力し、生活の様子を遠方に住む家族に知らせたりしている。携帯電話の持ち込みも可能であり、数名の方が所持し自由に家族や友人と連絡を取り合っている。ホームの電話を使用することも可能であり、希望があった場合や連絡があった際には自由に使ってもらっている。		
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	共用の空間には季節ごとに様々な設いを工夫し、移りゆく季節を感じてもらえるよう工夫している。ソファも設置し、思い思いの場所で時間を過ごしている。キッチン・和室・ウッドデッキ・玄関・事務室など自由に出入りが可能で、危険でなければ見守っている。照明も過度に明るくなく、暖色系の照明を所々に用いて、ホーム内は落ち着いた空間になっている。	玄関前には干し柿が吊るされ、玄関ホールには利用者と職員の文化祭作品が飾られている。リビングの天井は高く、天窓もあり、照明は暖色系で落ち着いた雰囲気である。温・湿度管理も行き届いており、加湿器や空気清浄器も設置してある。日めくりカレンダーは利用者がめくっている。和室の小上がりもあり、利用者が休憩する場になっている。	
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	ご飯を食べる席は決まっており、各々が席に着く。余暇時間は居室に戻る方、共有スペースのソファで過ごす方、玄関のベンチに腰掛けゆっくり外を眺める方など様々である。ソファで気の合った仲間と談笑していることも多い。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は完全個室でベッドと物入れしかなく、入居の際には家族に部屋を作ってもらい、職員は本人と共に居室の維持管理に努める。それまでの生活で使い慣れたものや、本人が生活しやすい家具を持ち込んでもらい、落ち着いて過ごせるプライベート空間となっている。また、担当職員が写真を飾ったりしながら、愛着ある部屋になるよう工夫している。	居室にはベッド、洗面所、クローゼットが備えられている。仏壇や位牌を持ち込む利用者もあり、プライバシーに配慮し、家族と相談しながら、落ち着いた居室づくりを心がけている。職員は洋服ダンス整理や掃除を一緒に行い、居室の維持管理に努めている。温・湿度管理は職員が行ない、居心地よく安心して過ごせるよう努めている。	
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	室内は段差がなく、手すりなども完備されており、高齢者の生活に適している。入居の準備段階で「分かること・分からないことシート」「出来ること・出来ないことシート」という独自の様式を家族に渡し記入してもらい、その人の生活する力を発揮して過ごしてもらえるよう支援すると共に、生活の中から出来ることを見つけ出し支援に繋げている。		