

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	0472600345		
法人名	社会福祉法人 功寿会		
事業所名	グループホーム「桜の家」 ゆったりハウス		
所在地	宮城県宮城郡松島町桜渡戸字中島14番地の1		
自己評価作成日	令和 元年11月12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11月26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)】

「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」を基本理念に日々入居者様とスタッフが支え合いながら暮らしを共にしている。日中は施設せず自由な環境で生活して頂いている。定期的にさくらカフェにて認知症カフェなど開催しており地域の認知症への理解を深めている。日中は看護師が常駐しており、医療面の相談がしやすくなっている。往診クリニックと提携しているため24時間体制で特変時に対応してもらえる為入居者様及び家族様にも安心して桜の家での生活を送って頂いていると思う。

【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)】

緑豊かな田園地帯の高台に位置し、デイサービスやショートステイ事業所を併設し、個々のニーズに合わせた幅広いサービスを提供している。地域とも馴染みの関係ができ、防災訓練や温泉ツアーに近隣住民も参加している。職員は、利用者と一緒に生活するパートナーとして、利用者が自分の家のように生活ができる環境づくりや支援に心掛けている。希望があれば、最期までここで暮らせるよう、医療と連携を図り、研修を積み重ねている。松島町と協力し、認知症カフェの運営や、認知症サポーター養成講座の講師を引き受けるなど、地域向けに認知症への理解を深める活動を積極的に行っている。職員が働きやすい環境を整えるため、職場環境検討委員会が法人内にあり、職員の意見や提案を活かすよう取り組んでいる。また、職員育成にも力を入れている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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「桜の家」）「ユニット名 ゆったりハウス」

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	年に一回職員で話し合いを行い、理念に基づく覚えやすい行動指針を構築し、事務所や廊下など目の届くところに提示し、意識して実践できるようにしている。	「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」という理念のもと、年度初めに職員全員で見直し、その年の利用者や職員の思いを、行動指針にして実践に生かしている。毎朝ミーティング時に唱和し、利用者にもわかるよう掲示している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	防災訓練、観桜会、芋煮、温泉ツアー夏祭りなどの行事に参加して頂けている。2ヶ月に一回の認知症カフェにも地域の方々に参加して頂き交流を深めている。招き招かれの関係性が築けている。週に一度の買い物にも外出し地域の一員として生活できるよう努めている。	地域の行事に利用者が参加したり、事業所の行事に地域の人が参加したりと交流を深めている。週1回利用者が地域の店に買物に行き、馴染みの人と会えるのを楽しみにしている。2ヶ月に1回開催する認知症カフェに利用者も参加し、地域の人たちとの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	二カ月に一回認知症カフェを行い、認知症の理解や支援の方法を地域の方々に向けて活かしている。また地域や家族様に認知症相談会を開催している。		
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	二カ月に一回運営推進会議を開催し、近況報告や取り組み状況を報告している。そこでの意見は担当者から他スタッフに伝え、改善すべき点を周知することでサービス向上に繋げている。	偶数月に地域包括職員・婦人会代表・民生委員・社協職員・区長・利用者・家族代表が参加し開催している。年6回のうち2回は同法人のデイサービスと合同で行い、事業報告や意見交換をしている。デイサービスの家族からの意見も参考になり、サービスの質の向上に繋がっている。	
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取り組んでいる	運営推進会議や認知症カフェなど地域の担当者に声をかけケアサービスの取り組みを伝え、協力いただけるように努めている。	認知症カフェの運営を松島町と連携して取り組んでいる。施設長が松島町の認知症地域推進委員に委嘱されており、認知症サポーター養成講座の講師を依頼されるなど、協力関係ができています。	
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	身体拘束の勉強会を行っている。三ヶ月に一回身体拘束の会議を設け、日頃のケアにて拘束に繋がるものか、職員同士話し合いの場を設けケアに取り組んでいる。日中玄関の施錠をせず、行動を制限しないようにしている。	マニュアルを作成し、勉強会を行っている。3ヶ月に1回、身体拘束適正化委員会を開催し、職員が自らの気づきを話し合う機会を作っている。「待って。ダメです。」など、日頃のケアの中で、制限する言葉掛けをしないように取り組んでいる。	
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	勉強会で学ぶ機会があり、職員が理解できている。事故が起きた場合、原因を追究し検証することで再度起こらないよう防止に努めている。		

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	現在成年後見人制度を活用している方はいないが、いつでも活用できるよう勉強会を行い、理解を深めたい。		
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	契約書をもとに説明をし、本人や家族様に疑問点要望を聞き、理解納得を得られるよう、可能な限り対応している。		
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	年二回の家族会での意見要望などを反映できるようにしている。その他にもアンケートや面会時、電話連絡時にその都度意見や要望があれば、職員全員が周知できるよう連絡ノートを活用し、反映させている。	年2回家族会を開催し、意見や要望を聞く機会を作っている。今年は「父の日会」と「クリスマス会」開催時に行った。年1回の家族アンケート調査で、「職員が忙しそう」「声をかけずらい」との意見があり、家族の来訪時の対応を検討し、職員自らも改善するきっかけに繋がった。	相談・苦情を受ける仕組みはあるが、記録として残っていないものが多い。利用者・家族の意向をより一層反映するために、記録し、職員間で情報共有し、内容の分析を行うことを期待する。
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	月に1度会議を行い職員の意見や提案を聞く機会を設けている。職場環境検討委員会を行うことで職員の働きやすい環境作りに努めている。	月1回の全体会議や、ミーティング時に職員から意見を聞いている。各種マニュアルの見直しが必要との意見で、職員によるマニュアル検討委員会を立ち上げ、見直しを行っている。法人全体として職場環境検討委員会があり、働きやすい職場環境整備についても検討している。	
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	年2回個人面談を実施し一人一人の話を聞き向上心を持って働けるよう努めている。		
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	毎月の勉強会の実施。法人内で実践報告会を行っている。また、実務者研修、GH協の研修に参加している。外部から講師を招いて勉強会を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	ブロック集会に参加し同業者の情報交換の場を設けている。		

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
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	実態調査に伺い把握に努め入居後は親しみを持って接するよう努めている。		
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	実態調査に出向き、実際に家族と顔を合わせて表情が見える中で不安や要望を聞くようにしている。また、来苑時に積極的に声を掛け要望などを聞けるよう努めている。		
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	本人や家族に聞いて必要な支援を見極めている。		
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	一人一人出来る事、出来ないことを見極め、出来ることは一緒に、出来ないことは支援しリビングパートナーとして共に過ごし、支えあう関係を築けている。		
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	行事への参加を呼び掛けている。毎月の手紙で家族に近況報告を行っている。その他体調不良時に電話やメールでの報告を行っている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	行事で外出した際に昔馴染みの方と会う機会がある。面会にご友人が来られ、一緒に外出されたり、自宅に招かれ食事をしてくださる方もいる。	馴染みの場や本人の行きつけの場など、日々の会話からくみ取るようにして、支援に努めている。映画の好きな利用者が、職員と映画館に行ったりしている。結婚式に家族と職員が支援し出席したり、友人の家に食事に出掛ける人もいる。	
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	気の合う方を見極めてカップリングし、必要に応じて職員が間に入り孤立しないよう関係性を良好に保てるよう配慮している。		

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	契約が終了した家族が立ち寄り、差し入れを頂くこともある。その際近況など世間話をし相談できる関係性を保っている。		
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	出来るだけ一人一人の意向の把握に努めている。困難な場合は家族様と相談し、検討している。	入居時に生活歴や暮らし方の希望を把握し、本人の希望する暮らしができるよう支援している。食事作りが得意な男性の利用者が、職員と一緒に煮物を作ったり、自宅から箒を持参している利用者は、毎朝の掃き掃除を欠かさず行っている。	
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	ケース記録、バックグラウンドを把握し本人や家族の話を聞き把握に努めている。また、常に確認できるようファイリングしてある。		
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	安易に支援方法を決めず、少しずつ試していきながら有する力を引き出すようにしている。連絡帳やミーティングで申し送りをし情報共有に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	状態に変化あれば早期にカンファレンスを行い状態把握に努め、本人や家族の意見を踏まえ同意のもと介護計画を作成し、ケアに当たっている。	介護計画は通常6ヶ月ごとに見直しを行い家族に説明し同意を得ている。2ヶ月に1回のカンファレンス時に、本人の意向も確認し、職員・家族・往診医・看護師・訪問歯科医などの意見を参考に見直している。	より一層本人の希望する生活が実現できるよう、本人の暮らしへの意向が実現できているのかを評価し、職員間で共有することを期待する。
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	KCISへの日常の記録、申し送り、連絡帳、カンファレンス等で情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	訪問歯科、リハビリ、訪問カットなどを受け入れている。		

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	地域の図書館やスーパーなど資源を活用し、暮らしを楽しむことが出来るよう支援している。選挙へ行く方もいる。		
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	家族と話し合い主治医を決めている。家族への通院負担が増えた場合はご希望に応じ指定医の往診を受けられるよう支援している。	入居時に本人・家族と相談してかかりつけ医を決めている。往診を希望する利用者もいる。往診医は月2回の訪問診療をしている。常勤の看護師がおり、医師と連携して健康管理を行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調に変化があった場合は看護師が報告を受け、必要に応じて主治医に連絡をして指示を受ける体制を取っている。主に介護職員が入浴介助に入っている為皮膚状態に変化があった場合、こまめに看護師に報告している。		
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。	主治医に情報提供書の記入を依頼し、看護サマリーを提出し情報提供に努めている。退院調整会議に参加しスムーズに受け入れられるようにしている。病院から情報を得られない場合は家族に電話し情報を得ている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時や状態に応じて重度化指針をもとに説明を行っている。終末期が近づいたら看取り指針を用いて家族に説明をし、理解を得たうえで納得のいく対応ができるよう取り組んでいる。	契約時に重度化の指針を説明し、終末期のケアの意向も確認し、同意を得ている。終末期には、かかりつけ医から説明を行い、本人・家族が納得がいく支援ができるよう努めている。	
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	緊急時マニュアルを作成して、救急救命士よりAEDの操作や心肺蘇生法の指導を受ける機会があり、実践力を身につけている。		
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	日中、夜間、早朝想定防災訓練を行っている。訓練時は地域に参加を呼びかけ協力体制を築けている。	毎月防災に係る訓練を計画的に行っている。避難訓練には地域住民も参加し、協力できる体制がある。非常食は炊き出し訓練時に利用し、備蓄品の入れ替えなどの管理を行っている。状況に応じ、同法人の敷地内にある他事業所へ避難することを検討している。	

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	全員同じ対応ではなく、相手に合った尊重の仕方や声掛けを行っている。	勉強会や新人研修時に接遇やプライバシー保護の研修を行っている。一人ひとりの生活歴や性格などに配慮し、その人を尊重した対応に心掛けている。利用者の前で、申し送りが必要な時にはイニシャルで行うなど配慮している。	
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	入居者様一人一人に合った声掛けを行い、自己選択ができるように働きかけている。		
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	行動する前に、本人に何がしたいかどこに行きたいか確認し、本人に合ったペースで支援を行っている。		
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	選択できる人には自分で服を選択していただいたり、本人の好みの服を家族に持ってきていただいている。月に一度訪問カットに来ていただいている。以前通っていた床屋が来苑する方もいる。		
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	出来る方とは食事作り、片づけと一緒にやっている。週に一度夕食のメニューを考え、食材の買い出しに行っている。	日常は栄養士がメニューを作成している。週1回、夕食のメニューを利用者と一緒に決め、近隣の店へ買い物に行き、食事作りをしている。夏には畑で採れた野菜の収穫を楽しんだり、誕生日には外食を楽しむこともある。季節に合わせた食事を楽しむよう心掛けている。	
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	管理栄養士がメニューを作成し、提供している。食事量や水分量を把握し、きょうゆうしている。アレルギーがある方には代替えを提供するなど支援している。		
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	毎食後は行えていないが、就寝時は必ず行っている。毎週訪問歯科来苑し、口腔ケアや治療、職員への指導を受けている。		

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
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	混乱を防ぐ為、決まったトイレへ誘導するよう努めている。本人のサインを見逃さず排泄介助を行い、本人の排泄パターンを把握しながら介助を行っている。	排泄パターンを把握し、本人の仕草などから、本人の居室近くのトイレに誘導するなど状態に合わせ、混乱なく排泄できるように支援している。食事の際に野菜を多く取り入れたり、乳製品や果物を提供し、便秘対策にも工夫している。	
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	散歩など運動をしたり、乳製品を毎日とって調整している。出ない方には腹部マッサージを行っている。それでも出ない場合は看護師と相談し、下剤の服用をしている。		
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	機械浴の方は毎日入浴は難しいが、一般浴の方は本人の好きな時間に入れるよう支援している。	入浴時間は決めず、入りたいときに入れるようにしている。デイサービスの機械浴を利用することもできる。年1回温泉ツアーを近隣住民や家族と一緒にいき、楽しみとなっている。	
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	年齢や体力により休まれる時間も違うので、好きな時に好きなところで休めるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	誤薬を防ぐ為、服薬前に職員同士で二重チェックを行っている。薬剤情報一覧表を基に薬の把握に努めている。症状観察を行い、状態に変化が見られたときは主治医に報告し、指示を得ている。		
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	食器拭きや掃除を一緒に行っている。ドライブへ行ったり、動物と触れ合うことが出来ている。行事等で外出し飲酒する方もいる。友人宅へ遊びに行き、食事をごちそうになってくる方もいる。週末は自宅へ帰る方もいる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日中施設せず、戸外に出られるようになっていく。ドライブや週に一回の夕食買い物へ出かけている。家族や地域の方を招いて温泉など外出している。	年間行事計画を作成し、家族や近隣住民にも声掛けして、外出の機会を作っている。週1回、夕食づくりのための買い物や、その日の要望でドライブに行ったり、事業所の畑の草取りや収穫をするなど、戸外での活動ができるよう支援している。	

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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自己管理できる方は自分で財布を持っている。全員分の小遣いを金庫に保管し、外出の際には自分で支払いができる人には支払いをできるように支援している。残金の確認は必ず二人の職員で二重チェックを行っている。		
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	黒電話か子機か自由に選んで電話ができています。毎年書ける方には年賀状を書いています。		
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	入居者の希望を聞きながら、明暗に気を配り早目の点灯に気を付けている。季節ごとの装飾を取り入れている。また、居室内や食堂等に温度・湿度計を設置し、室温等の管理も実施している。	共用スペースは床暖房器とエアコンで、職員が温・湿度管理をしている。職員の顔写真や、外出時の写真が掲示され、季節ごとの装飾がある。全体に落ち着いた雰囲気、和室には掘り炬燵があり、廊下には椅子が置かれ、思い思いにくつろげる。金魚や熱帯魚が泳ぐ水槽があり、癒しの空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	あえて死角となるサンルームや座敷があり、個人や馴染みの入居者同士で思い思いに過ごせている。		
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	畳とフローリングの部屋があり、希望に応じることも出来る。入居時に使い慣れたものを持ってきてもらっている。家具の配置も在宅と同じように配置している。また、各居室に室温計を設置しこまめに確認し快適に過ごせるよう支援に努めている。	畳とフローリングの部屋があり、在宅時の生活が継続できるよう配慮している。掃除や整理整頓は、居室担当職員と一緒に、本人が行えるよう、支援している。各居室には室温計が置かれ職員が確認・管理している。入り口には表札がある。	
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	のれんやトイレの表示、居室の表札に工夫している。小上がりや段差があり、その方に応じて見守り、一部介助など見極めている。		

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	0472600345		
法人名	社会福祉法人 功寿会		
事業所名	グループホーム「桜の家」のんびりハウス		
所在地	宮城県宮城郡松島町桜渡戸字中島14番地の1		
自己評価作成日	令和 元年11月12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11月26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)】

「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」を基本理念に日々入居者様とスタッフが支え合いながら暮らしを共にしている。日中は施設せず自由な環境で生活して頂いている。定期的にさくらカフェにて認知症カフェなど開催しており地域の認知症への理解を深めている。日中は看護師が常駐しており、医療面の相談がしやすくなっている。往診クリニックと提携しているため24時間体制で特変時に対応してもらえる為入居者様及び家族様にも安心して桜の家での生活を送って頂いていると思う。

【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)】

緑豊かな田園地帯の高台に位置し、デイサービスやショートステイ事業所を併設し、個々のニーズに合わせた幅広いサービスを提供している。地域とも馴染みの関係ができ、防災訓練や温泉ツアーに近隣住民も参加している。職員は、利用者と一緒に生活するパートナーとして、利用者が自分の家のように生活ができる環境づくりや支援に心掛けている。希望があれば、最期までここで暮らせるよう、医療と連携を図り、研修を積み重ねている。松島町と協力し、認知症カフェの運営や、認知症サポーター養成講座の講師を引き受けるなど、地域向けに認知症への理解を深める活動を積極的に行っている。職員が働きやすい環境を整えるため、職場環境検討委員会が法人内にあり、職員の意見や提案を活かすよう取り組んでいる。また、職員育成にも力を入れている。

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 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、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 グループホーム「桜の家」）「ユニット名 のんびりハウス」

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	年に一回職員で話し合いを行い、理念に基づく覚えやすい行動指針を構築し、事務所や廊下など目の届くところに提示し、意識して実践できるようにしている。	「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」という理念のもと、年度初めに職員全員で見直し、その年の利用者や職員の思いを、行動指針にして実践に生かしている。毎朝ミーティング時に唱和し、利用者にもわかるよう掲示している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	防災訓練、観桜会、芋煮、温泉ツアー、夏祭りなどの行事に参加して頂いている。2カ月に1回の認知症カフェにも地域の方々に参加して頂き交流を深めている。招き招かれの関係性が築けている。週に1度の買い物にも外出し地域の一員として生活できるよう努めている。	地域の行事に利用者が参加したり、事業所の行事に地域の人に参加したりと交流を深めている。週1回利用者が地域の店に買い物に行き、馴染みの人と会えるのを楽しみにしている。2ヶ月に1回開催する認知症カフェに利用者も参加し、地域の人たちとの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	2カ月に1回認知症カフェを行い、認知症の理解や支援の方法を地域の方々に向け活かしている。また地域や家族様に認知症相談会を開催している。		
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	偶数月に1回運営推進会議を開催し、近況報告や取り組み状況を報告している。そこでの意見は担当者から他スタッフに伝え、改善すべき点を周知することでサービス向上に繋げている。	偶数月に地域包括職員・婦人会代表・民生委員・社協職員・区長・利用者・家族代表が参加し開催している。年6回のうち2回は同法人のデイサービスと合同で行い、事業報告や意見交換をしている。デイサービスの家族からの意見も参考になり、サービスの質の向上に繋がっている。	
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取り組んでいる	運営推進会議や認知症カフェなど地域の担当者に声を掛けケアサービスの取り組みを伝え、協力いただけるよう努めている。	認知症カフェの運営を松島町と連携して取り組んでいる。施設長が松島町の認知症地域推進委員に委嘱されており、認知症サポーター養成講座の講師を依頼されるなど、協力関係ができています。	
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	身体拘束の勉強会を行っている。3カ月に一回身体拘束の会議を設け、日頃のケアにて拘束に繋がるものか、職員同士話し合いの場を設けケアに取り組んでいる。日中玄関の施錠せず、行動を制限しないようにしている。	マニュアルを作成し、勉強会を行っている。3ヶ月に1回、身体拘束適正化委員会を開催し、職員が自らの気づきを話し合う機会を作っている。「待って。ダメです。」など、日頃のケアの中で、制限する言葉掛けをしないよう取り組んでいる。	
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	勉強会で学ぶ機会があり、職員が理解できている。事故が起きた場合、原因を追究し検証することで再度起こらないよう防止に努めている。		

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	現在成年後見人制度を活用している方はいないが、いつでも活用できるよう勉強会を行い、理解を深めたい。		
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	契約書をもとに説明し、本人や家族様に疑問点要望を聞き、理解納得を得られるよう、可能な限り対応している。		
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	年2回の家族会での意見要望などを反映できるようにしている。その他にもアンケートや面会時、電話連絡時にその都度意見や要望があれば、職員全員が周知できるよう連絡ノートを活用し、反映させている。	年2回家族会を開催し、意見や要望を聞く機会を作っている。今年は「父の日会」と「クリスマス会」開催時に行った。年1回の家族アンケート調査で、「職員が忙しそう」「声をかけずらい」との意見があり、家族の来訪時の対応を検討し、職員自らも改善するきっかけに繋がった。	相談・苦情を受ける仕組みはあるが、記録として残っていないものが多い。利用者・家族の意向をより一層反映するために、記録し、職員間で情報共有し、内容の分析を行うことを期待する。
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	月に1度会議を行い職員の意見や提案を聞く機会をもうけている。職場環境検討委員会を行うことで職員の働きやすい環境作りに努めている。	月1回の全体会議や、ミーティング時に職員から意見を聞いている。各種マニュアルの見直しが必要との意見で、職員によるマニュアル検討委員会を立ち上げ、見直しを行っている。法人全体として職場環境検討委員会があり、働きやすい職場環境整備についても検討している。	
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	年2回個人面談を実施し一人一人の話を聞き向上心を持って働けるよう努めている。		
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	毎月の勉強会の実施。法人内で実践報告会を行っている。また、実務者研修、GH協会の研修に参加している。外部から講師を招いて勉強会を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	ブロック集会に参加し同業者の情報交換の場をもうけている。		

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
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	実態調査に伺い把握に努め入居後は親しみをもち接するように努めている。		
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	実態調査に出向き、実際に家族と顔を合わせて表情が見える中で不安や要望を聞くようにしている。また、来苑時に積極的に声を掛け要望など聞けるよう努めている。		
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	本人や家族に聞いて必要な支援を見極めている。		
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	1人1人できる事、出来ないことを見極め、出来ることは一緒に、出来ないことは支援しリビングパートナーとして共に過ごし、支えあう関係を気づけている。		
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	行事への参加を呼び掛けている。毎月の手紙で家族に近況報告を行っている。その他体調不良時に電話やメールでの報告を行っている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	行事で外出した際に昔馴染みの方と会う機会がある。面会にご友人が来られる方もいる。	馴染みの場や本人の行きつけの場など、日々の会話からくみ取るようにして、支援に努めている。映画の好きな利用者が、職員と映画館に行ったりしている。結婚式に家族と職員が支援し出席したり、友人の家に食事に出掛ける人もいる。	
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	気の合う方を見極めてカップリングし、必要に応じて職員が間に入り孤立しないよう関係性を有効に保てるよう配慮している。		

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	契約が終了した家族が立ち寄り、差し入れを頂くこともある。その際近況など世間話をし相談できる関係性を保っている。		
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	出来るだけ一人一人の意向の把握に努めている。困難な場合は家族様と相談し検討している。	入居時に生活歴や暮らし方の希望を把握し、本人の希望する暮らしができるよう支援している。食事作りが得意な男性の利用者が、職員と一緒に煮物を作ったり、自宅から箸を持参している利用者は、毎朝の掃き掃除を欠かさず行っている。	
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	ケース記録、バックグラウンドを把握し本人や家族の話を聞き把握に努めている。また、常に確認できるようにファイリングしてある。		
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	安易に支援方法を決めず、少しずつ試していきながら有する力を引き出すようにしている。連絡帳やミーティングで申し送りをし情報共有に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	状態に変化あれば早期にカンファレンスを行い状態把握に努め、本人や家族の意見踏まえ同意のもと介護計画を作成し、ケアに当たっている。	介護計画は通常6ヶ月ごとに見直しを行い家族に説明し同意を得ている。2ヶ月に1回のカンファレンス時に、本人の意向も確認し、職員・家族・往診医・看護師・訪問歯科医などの意見を参考に見直している。	より一層本人の希望する生活が実現できるよう、本人の暮らしへの意向が実現できているのかを評価し、職員間で共有することを期待する。
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	KCISへの日常の記録、申し送り、連絡帳、カンファレンス等で情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	訪問歯科、リハビリ、訪問カットなどを受け入れている。		

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	地域の図書館やスーパーなど資源を活用し、暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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	家族と話し合い主治医を決めている。家族への通院負担が増えた場合は希望に応じ指定医の往診を受けられるよう支援している。	入居時に本人・家族と相談してかかりつけ医を決めている。往診を希望する利用者もいる。往診医は月2回の訪問診療をしている。常勤の看護師がおり、医師と連携して健康管理を行っている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調に変化があった場合は看護師が報告を受け、必要に応じて主治医に連絡をして指示を受ける体制を取っている。主に介護職員が入浴介助に入っている為皮膚状態に変化があった場合、こまめに看護師に報告している。		
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。	主治医に情報提供書の記入を依頼し、看護サマリーを提出し情報提供に努めている。退院調整会議に参加しスムーズに受け入れられるようにしている。病院から情報を得られない場合は家族に連絡し情報を得ている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時や状態に応じて重度化指針を元に説明を行っている。終末期が近づいたら看取り指針を用いて家族に説明を行い、理解を得たうえで納得がいく対応ができるよう取り組んでいる。	契約時に重度化の指針を説明し、終末期のケアの意向も確認し、同意を得ている。終末期には、かかりつけ医から説明を行い、本人・家族が納得がいく支援ができるよう努めている。	
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	緊急時マニュアルを作成して、救急救命士よりAEDの操作や心肺蘇生法の指導を受ける機会があり、実践力を身につけている。		
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	日中、夜間、早朝想定防災訓練を行っている。訓練時は地域に参加を呼びかけ協力体制を築けている。	毎月防災に係る訓練を計画的に行っている。避難訓練には地域住民も参加し、協力できる体制がある。非常食は炊き出し訓練時に利用し、備蓄品の入れ替えなどの管理を行っている。状況に応じ、同法人の敷地内にある他事業所へ避難することを検討している。	

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	言葉遣いに配慮し、その方に合った関わりを行えるよう努めている。	勉強会や新人研修時に接遇やプライバシー保護の研修を行っている。一人ひとりの生活歴や性格などに配慮し、その人を尊重した対応に心掛けている。利用者の前で、申し送りが必要な時にはイニシャルで行うなど配慮している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	意思がしっかりしている方は希望に沿ったり、自己決定ができるよう促している。自己決定の難しい方は表情の変化や仕草から見極めている。		
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	入居者のペースでその日どのように過ごしたいか希望に添え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	自己決定できる方は着た衣服を選択して頂いている。月に1回訪問カットを利用しており、カットのほか希望者はカラーなども行っている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節の物を取り入れた食事の提供。また、週に1度夕食買い物を行っており好きなものを選んで頂いている。食事準備など手伝って頂き役割も持って頂いている。	日常は栄養士がメニューを作成している。週1回、夕食のメニューを利用者と一緒に決め、近隣の店へ買い物に行き、食事作りをしている。夏には畑で採れた野菜の収穫を楽しんだり、誕生日には外食を楽しむこともある。季節に合わせた食事を楽しむよう心掛けている。	
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	栄養士や看護師と相談し食形態や食事量、水分摂取量を調整しながらバランスよく食べて頂けるよう支援している。		
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	状況により毎食後は出来ないも口腔ケアの際は入居者の状態に合わせて見守りまたは介助を行っている。週に1回訪問歯科来苑している。		

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	1人1人の排泄パターンの把握に努め、サインを見逃さないよう努めている。	排泄パターンを把握し、本人の仕草などから、本人の居室近くのトイレに誘導するなど状態に合わせ、混乱なく排泄できるように支援している。食事の際に野菜を多く取り入れたり、乳製品や果物を提供し、便秘対策にも工夫している。	
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	散歩を行ったり、食物繊維の多い食事や乳製品をとり便秘予防に努めている。それでも便秘の方は医師と相談のもと下剤調整を行っている。		
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	その日のバイタルや体調、気分に合わせて入浴を行っている。機械浴の方だけは曜日が決まっており毎日入浴できていない。	入浴時間は決めず、入りたいときに入れるようにしている。デイサービスの機械浴を利用することもできる。年1回温泉ツアーを近隣住民や家族と一緒にいき、楽しみとなっている。	
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人の睡眠状態が把握できるよう記録に残し共有している。傾眠のある方や体力低下がみられる方は居室や座敷などで休んで頂いている。		
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	薬剤情報はケースにファイリングしておりいつでも確認できるようにしている。服薬前には職員同士で確認しあい誤薬がないよう努めている。		
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	ドライブや買い物、行事での外出で気分転換を行っている。職員と一緒に食事作りや洗濯物たたみなど役割をもって頂いている。猫を飼っており癒されている。		
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	本人の希望に沿い散歩を行ったり、ドライブなどに出かけている。季節に合わせて行事等地域の方も招き外出支援を行っている。	年間行事計画を作成し、家族や近隣住民にも声掛けして、外出の機会を作っている。週1回、夕食づくりのための買い物や、その日の要望でドライブに行ったり、事業所の畑の草取りや収穫をするなど、戸外での活動ができるよう支援している。	

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
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	希望のある方は財布を個人で所持されている。毎日お小遣いチェックを行っている。その他の方はお預かり金から欲しいものを購入されている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	自分で電話を掛けられる方はいないも年賀はがきは毎年かける方にはサインして頂いている。		
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	入居者の希望を聞きながら、明暗に気を配り早目の点灯に気を付けている。季節ごとの装飾を取り入れている。また、居室内や食堂等に温度・湿度計を設置し、室温等の管理も実施している。	共用スペースは床暖房器とエアコンで、職員が温・湿度管理をしている。職員の顔写真や、外出時の写真が掲示され、季節ごとの装飾がある。全体に落ち着いた雰囲気、和室には掘り炬燵があり、廊下には椅子が置かれ、思い思いにくつろげる。金魚や熱帯魚が泳ぐ水槽があり、癒しの空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	座敷やリビングなど思い思いに過ごす事が出来ている。		
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	自宅で使用していた馴染みのあるものを持ってきて頂いたり少しでも自宅に近づけるよう家具の配置など行うよう努めている。また、各居室に室温計を設置しこまめ確認し快適に過ごせるよう支援に努めている。	畳とフローリングの部屋があり、在宅時の生活が継続できるよう配慮している。掃除や整理整頓は、居室担当職員と一緒に、本人が行えるよう、支援している。各居室には室温計が置かれ職員が確認・管理している。入り口には表札がある。	
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	居室前には表札を設置している。トイレは居室から近いところを使用して頂き混乱がないよう努めている。必要な場合は表示なども行っている。必要カ所に手すりの設置おこなっている。		