

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	0495500142		
法人名	有限会社 むらでん		
事業所名	グループホームむらでん高森	ユニット名	もくれん
所在地	宮城県仙台市泉区高森2-1-30		
自己評価作成日	平成 23年 5月 13日		

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成 年 月 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)】

開所1年目の事業所で、高森の住宅街にあり、道路向かえには小学校が有り、数軒並びには幼稚園が有ります。天気の良い日には校庭で遊ぶ子供達の元気な声や、登下校時の姿が見えます。また幼稚園の園庭をお借りして、散歩をしたり、子供達とふれあう機会もあります。地域に出かけ、地域の人たちとのふれあいを多くし、地域の中でのんびりと過ごす事が出来るような事業所を目指しています。また医療面では往診診療により、主治医、看護師と連携を図り、安心した生活が出来るように提供しています。法人内に認知症指導者があり、随時研修の機会を設け、職員のスキルアップにつなげ、利用者様に安全と安心を提供していきたいと思っています。

【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)】

--

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、安心して暮らしている (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			

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームむらでん高森)「ユニット名 さくら」

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	毎朝の朝礼で唱和し、現場ではユニットリーダーが、また管理者がケア会議等で理念を意識出来るようにしています。サービスの主体は入居者様である事を管理者よりアドバイスもらいケアに取り組んでいます。	事業所開所時に地域性を盛り込んだ5つの法人理念とユニット理念を職員全員で話し合っにつくった。毎朝2つのユニットで合同の朝礼の時、両理念を唱和し、ケアに活かすよう努めている。	
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人として日常的に交流している	近隣への散歩や買い物、町内会の行事等への参加、回覧板のお届け等を通して地域の一人としての活動に取り組んでいます。	高森1丁目町内会に加入し夏祭り、敬老会等行事に参加している。幼稚園、小学校の運動会に招待され、子供達とふれあい、交流を深めている。秋に事業所で芋煮会を開き、気仙沼の秋刀魚等を焼いて地域住民と賞味した。	
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	グループホームで生活される方がたへ計画的なサービスを提供することで得られた表情や活動状況を広報誌にして見て頂き、認知症のかたとその取り巻く環境の垣根を低くするように働きかけています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議ではサービスの実際や取り組みについて報告を行い意見を頂いています。防災に関する意見が多く聞かれ、今後は地域住民の参加による訓練の提案も頂いています。また、研修の取り組み等ホームの現状も報告しています。	会議は偶数月最終水曜日と決め、ホームの交流室で開催している。町内会長、民生委員、家族、地域包括支援センター職員の参加があり、意見、要望を受け事業所からの報告等双方向的な話し合いになっている。	
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	研修会等への参加を通し協力関係を築くよう取り組んでいます。また今回の震災時には、不足物資等の連絡を入れ調達してもらっています。	法令の解釈や手続き、生保の入居者の支援等行政の担当者に助言指導を受けたり、情報を交換するなどして、適切なケアやサービス向上のために連携している。	
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	身体の拘束は勿論、心理的虐待にならないよう言葉づかいに留意しています。また玄関の錠は夜間帯は安全のため施錠していますが日中はしていません。外気浴や建物周囲の散歩等自由に行っています。	外部研修や法人内の認知症指導者による内部勉強会を通じ、職員は「身体拘束をしないケア」「虐待の防止」の理解を深め、日々のケアサービスに努めている。日中は玄関の鍵はかけていない。	
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	外部研修の参加や、内部研修を定期的に行い、何が高齢者虐待に該当するのか情報を発信し、防止に努めています。		

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
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	学ぶ機会は設けていませんが、成年後見制度を利用している入居者様がおられるため、随時職員には情報の提供を行っています。		
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	契約に関する説明は懇切丁寧に行うように努めています。		
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	ご意見箱の設置と、ご家族の面会時にはご本人の様子をお伝えしコミュニケーションを図っています。また毎月の広報誌にて実践状況を伝えられるようにしています。	入居者が家族にしか言わない事等を家族面会時に聞いている。月一回「むらでん通信」を発行しカラー写真で入居者の様子、職員の様子、ホームの行事の案内や報告をしている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月2回のミーティング時に職員の意見や提案を聴く機会を設けています。	月1回ユニット毎、1回は合同で社長、管理者が職員の意見、相談等を聞く機会を設けて運営に反映している。職員の提案により玄関、風呂場にてすりや柵を増やし、安全対策などに取り組んでいる。	
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	各自のスキルアップが図れるよう研修の機会等を設けやりがいや向上心が持てるようになって欲しいと思っています。		
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	法人内の認知症指導者を招いて新入職員オリエンテーションの実施と、定期的研修を実行しています。今後は、外部研修参加も積極的に取り入れていく予定です。		
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	グループホーム協議会に加入し、研修会等に参加しています。また近隣グループホームとの情報交換も行っています。		

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
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	入居前に事前に訪問し、ご本人、ご家族、関係機関からの情報を集め、安心して生活が出来るように努めています。また現在の生活の様子を把握し、環境面でも不安が軽減出来るように努めています。		
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	申込の段階で不安な事や不明な事を確認し、入居後も、ご本人の様子をお伝えすると同時に、ご家族の心配事に傾聴するように努めています。		
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	多くは医療面での要望が多く聞かれています。当ホームでの定期的Dr往診対応可能であること、料金等を説明しています。		
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	入居者様の出来る事、今まで行ってきた事の情報を職員間で共有し、行って頂ける様にしています。あくまで生活の中心は入居者様で、職員は出来ないところをお手伝いさせて頂くように取り組んでいます。		
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	ご家族の面会時にはご本人の生活の様子を伝え、ご家族様とご本人の良い関係が続く事で、家族の絆が強くなり、共に支えあう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	日々の外出や、馴染みの方がたの面会を歓迎し、お茶をお出ししたりして、くつろいで頂ける様に配慮しています。	買物、美容院、お墓参り等入居者一人ひとりの馴染みの関係を継続していけるように外出支援をしている。また、入居者の知人、友人がホームに訪ねて来た時は気持ちよく迎えている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者様同士の関係を把握し、コミュニケーション能力の障害のある方には職員が中に入り、支援しています。		

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	サービスの利用が中止になっても、同じ地域での生活でもあり必要に応じてお話や支援したいと考えています。		
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	入居者様には、居室担当者が中心となり、個別に話をしてニーズを聴くようにしています。またご家族様面会時には話をするようにし、ご本人の様子をお伝えしながら支援につなげています。	ホーム内をうろうろ歩き始めた時はお腹の空いた時等入居者一人ひとりの動作や表情を観察して、思いや意向を把握し、職員はそれを共有して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	ご本人、ご家族、関係機関から情報の収集して把握に努めています。		
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	日々の変化に留意し、安全、安心に働きかけられるようにしています。心身の状態についても医療機関に通院する際の情報として必要な情報の把握に努めています。		
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	介護計画に必要な情報収集を現場の居室担当者が行い、その情報をもとに計画作成者が介護計画を作成します。ご家族の意向を確認し、ケアカンファレンスの際に検討をしています。	家族や本人の要望を基にモニタリングをし、ケアマネージャー、担当者、管理者で介護計画を作成している。状況に変化があったときはその都度見直しをしている。家族へ説明をし、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	日々の生活の様子を記録し職員全員が確認し情報を共有しています。記録をもとにモニタリングを行い、プランに結び付けています。		
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	歯科医師の訪問や訪問理容等の利用により、柔軟なサービス提供が来ています。		

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
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	地域の商店や公共機関など、必要な地域資源を積極的に活用しています。		
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し、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	かかりつけ医はご本人、ご家族の意向により納得が得られる医療機関を受診出来るように必要な支援を行っています。	ホーム協力医の往診を月2回受けている。2名の方がかかりつけ医を受診し、家族と職員が同伴している。受診結果は個別記録に記載し、職員に周知している。月2回の歯科医の往診もある。	
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	契約訪問看護STの看護師による定期訪問と、随時の訪問で適切な看護が受けられるように支援しています。定期及び必要時には本人の状態を報告・連絡する体制をとっています。		
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。	入院した際には、主治医、担当看護師との情報交換を密にし、また退院時にはこれからの生活に向けての話合いの場を持つようにしていきます。		
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	入居時に重度化や終末期に向けた方針を説明するとともに、ご本人の状態に応じてご家族の意向の確認を行うようにしています。状態は主治医のICを行い、主治医、ご家族、ホーム納得のもと支援していきます。	近隣のホーム協力医と看護師との医療連携体制は整っており、看取りの経験もある。これからは医療やさまざまな関係者等と連携を取り、段階毎に話し合いをし、支援していく方針である。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」はある。本人、家族にホームでできる事、できない事を説明するとともに「意志確認書」「同意書」を成文化し、よりよいケアを期待したい。
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	対応が出来るようにマニュアルを整備しています。今後は救急救命の講習参加も検討しています。		
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	毎月1回の訓練を実施。入居者様の身体状況を確認するとともに、避難経路や、避難時間の把握を行っています。	毎月19日を災害の日と決め避難訓練を実施している。2階の入居者は布団に乗せたり、両脇で抱えたりと一人ひとりの状況に合わせて非常階段を降りる訓練をしている。防災設備、備蓄の点検は行なわれている。	災害対策は地域住民の協力が不可欠であることから、運営推進会議等の機会を踏まえ、協力が得られるように働きかけていただきたい。

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
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	ご本人やご家族の方に呼び方を確認しご希望に添う呼び方をしています。またトイレ誘導の声掛けなどを工夫し職員間で統一しています。しかしスピーチロックにならないような声掛けの努力はしているが失敗もあります。	職員は動作や視線からさりげなく近寄り、トイレ誘導の声をかけている。声のトーンも穏やかでプライバシーを大切に、尊敬を持って接している。	
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	ご本人の話を傾聴することで、思いや、希望を表す事が出来るようにしています。		
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	何を行いたいのか、何を望んでおられるのかを言葉や行動から察し、その方のその人らしい暮らしにつなげられるように考慮しています。		
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	朝、夜の更衣は必ず行い生活にメリハリをつけています。また自分で洋服を選んでもらうように支援しています。衣類を買いに出かける機会もあり、ご自分で選ぶ楽しみもあるようです。		
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人の出来る事、出来ない事を把握し、調理や準備、片づけ等を手伝ってもらっています。行事食や誕生会等通常の食事とメリハリをつけバリエーションに富んだメニューの工夫をしています。食事のスピードに個人差があるため、その時の状況に合わせ場所を変えて提供、支援しています。	職員と入居者は同じテーブルを囲み、楽しく会話しながら同じ物を食べている。入居者はワゴンや歩行器等を利用し、準備、下膳等のできる事をしている。誕生会、行事食を実施し、食事を楽しむ工夫をしている。	
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、水分摂取量は毎日把握し記録しています。		
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	起床時と、就寝前には歯磨きを行っています。また訪問歯科受診や外来歯科受診による指導を受けている方もおられます。		

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
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	排泄状況表、健康チェック表の記録する事により1人ひとりの状況を確認し、適切な時間のトイレ声掛け、誘導を行っています。	職員は個別の排泄のサイン、パターンを把握し、トイレでの排泄を重要視している。入居者の殆んどが布パンツ使用で排泄自立している現状を維持できるよう支援している。夜間は安眠を考慮して個別ケアを行なっている。	
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	排泄状況表にて排便を把握しています。随時主治医、訪問看護師と相談し薬剤の調節をしています。		
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	入居者様の希望に添うように努めています。入浴しながらの方にはタイミングを見計らって声掛けしたり、個々に添った支援をしています。	週2回の入浴を基本としているが、希望日、時間帯はできるだけ要望に応じ、必ず1対1で対応し、気持ちよく安全に入浴してもらえるように支援している。柚子湯、みかんの皮湯等気分転換を図る工夫をしている。	
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	入居者様の体調に合わせて休息を取っています。居室で休んだり、ソファでやすんで頂いたり個々に合わせた支援をしています。就寝も今までの生活習慣を考慮し、自然に眠れるように声掛けをしています。		
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	個々の内服薬を把握するために服薬ボックスに薬の説明書を入れ、現場でも閲覧が出来るようにコピーも作成しています。服薬効果や症状の変化については主治医、看護師に随時報告しています。		
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	好きな事、出来る事を把握し、1人1人のペースに合わせて行っています。書道の資格をお持ちの入居者様には看板を書いていただいたり、季節の文字を書いてもらったりと筆を持つ時間を作っています。		
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に支援している	個別支援として、家族の協力を得ながら墓参りや食事など、関わりをコーディネートして希望に添うように働きかけています。また、地域の協力という点では近隣の幼稚園の園庭を散歩させていただくなど、日常的な外出支援につなげております。	年間行事に七北田公園、泉ヶ丘等ドライブを組み入れ実施している。日常的には近隣の幼稚園の園庭が広く公園の様なので、よく散歩に行っている。また、衣料店、アイスクリームを食べに行く等、希望にそって外出している。	

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	生活の質を向上させるために、金銭を少額ですが自己管理されている入居者の方がいます。職員も金銭を持つことで安心に繋がっていると理解しており、必要な見守り支援など行っています。		
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	電話は自由に利用できるようにしています。また、東日本大震災の際にも、安否確認をしたいという要望が聞かれたので、直接、電話とつぎ支援するなど家族との繋がりを支える対応を行っています。また、以前の生活からの友人との手紙のやりとりをされている利用者の方もおられます。		
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	玄関には、入居者様が長年使用していた柱時計を飾るなど、居心地が良い空間になるように演出しています。季節感を出す工夫についても、壁に掛けてある装飾品を適時に交換するなど、季節の見当がつくように配慮しております。	居間は広く明るい。窓から高森公園が見える。壁に入居者一人ひとりが年頭に今年の目標を手書きした色紙が貼られている。小上がりは昼寝に利用され、空気に澁みがなく、採光、温度も良好で居心地の良い共用空間となっている。	
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	リビングをプライベートスペースとして使えるようにテーブルや椅子の配置を変えるなど設えに留意しています。また、廊下に長椅子や、観葉植物を置くなどして、入居者が一休みできる居場所づくりをしています。		
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	以前の生活から使い慣れた椅子などを積極的に持ち込んでいただくように話しています。また、新しいものを購入される場合でも、使いやすさを考慮していただけるようお願いし、入居者様が穏やかに過ごしていただけるように必要な支援をしています。	居室は筆筒や整理ボックス等馴染みのものが持ち込まれており、仏壇を置いたり、家族の写真を飾られているなど、一人ひとり個性がうかがわれる自分の部屋であった。	
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	自立支援に繋がる環境面の配慮として、トイレの看板を夜間にも見やすいような色や配置にこだわり、分かりやすいようにしています。それ以外では文字だけではなく、シンボルマークでトイレや浴室などを知らせるように、個々の認知機能に働きかける工夫を行っています。		

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	0495500142		
法人名	有限会社 むらでん		
事業所名	グループホームむらでん高森	ユニット名	もくれん
所在地	宮城県仙台市泉区高森2-1-30		
自己評価作成日	平成 23年 5月 13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)】

開所1年目の事業所で、高森の住宅街にあり、道路向かえには小学校が有り、数軒並びには幼稚園が有ります。天気の良い日には校庭で遊ぶ子供達の元気な声や、登下校時の姿が見えます。また幼稚園の園庭をお借りして、散歩をしたり、子供達とふれあう機会もあります。地域に出かけ、地域の人たちとのふれあいを多くし、地域の中でのんびりと過ごす事が出来るような事業所を目指しています。また医療面では往診診療により、主治医、看護師と連携を図り、安心した生活が出来るように提供しています。法人内に認知症指導者がおり、随時研修の機会を設け、職員のスキルアップにつなげ、利用者様に安全と安心を提供していきたいと思っています。

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://yell.hello-net.info/kouhyou/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成23年5月26日		

【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)】

事業所は仙台市北部に位置し、近くにゴルフ場、スポーツガーデン等があり、豊かな自然をそのまま生かした高森公園の側、閑静な住宅街にある。公園の沼や雑木林は四季折々美しく、野鳥が飛び交う。入居者はこの緑多い近辺の毎日の散歩を楽しんでいる。職員は明るく、元気がよく、礼儀正しく好感がもてる。「今まで通りの生活ができるよう笑顔で接します」を理念に掲げ、安心で安全より添う介護を実践している。家族アンケートに「家でほとんど笑わなかった親が今は笑顔です」とあり、また、職員から「脱サラしてこの事業所に働いて本当に良かった」との声からこの事業所の特徴がうかがえる。

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)
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)
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)
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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームむらでん高森)「ユニット名 もくれん 」

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	毎朝の朝礼で唱和し、その都度管理者からポイントの指示を受け実行しています。またもくれん申し送り時にもケアにつなげられるように話し合いを持ち、実践につなげています。	事業所開所時に地域性を盛り込んだ5つの法人理念とユニット理念を職員全員で話し合っにつくった。毎朝2つのユニットで合同の朝礼の時、両理念を唱和し、ケアに活かすよう努めている。	
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	近隣への散歩や買い物、町内会の行事等への参加、ホーム前の草取りや掃除を通して地域の一員としての活動に取り組んでいます。	高森1丁目町内会に加入し夏祭り、敬老会等行事に参加している。幼稚園、小学校の運動会に招待され、子供達とふれあい、交流を深めている。秋に事業所で芋煮会を開き、気仙沼の秋刀魚等を焼いて地域住民と賞味した。	
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	グループホームで生活される方がたへ計画的なサービスを提供することで得られた表情や活動状況を広報誌にして見て頂き、認知症のかたとその取り巻く環境の垣根を低くするように働きかけています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議ではサービスの実際や取り組みについて報告を行い意見を頂いています。防災に関する意見が多く聞かれ、今後は地域住民の参加による訓練の提案も頂いています。また、研修の取り組み等ホームの現状も報告しています。	会議は偶数月最終水曜日と決め、ホームの交流室で開催している。町内会長、民生委員、家族、地域包括支援センター職員の参加があり、意見、要望を受け事業所からの報告等双方向的な話し合いになっている。	
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	研修会等への参加を通し協力関係を築くように取り組んでいます。生活保護の入居者様の状況報告を保護課職員と取り合っています。また今回の震災時には、不足物資等の連絡を入れ調達してもらっています。	法令の解釈や手続き、生保の入居者の支援等行政の担当者に助言指導を受けたり、情報を交換するなどして、適切なケアやサービス向上のために連携している。	
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	身体の拘束は勿論、心理的虐待にならないよう言葉づかいに留意しています。また玄関の常時施錠はしていません。	外部研修や法人内の認知症指導者による内部勉強会を通じ、職員は「身体拘束をしないケア」「虐待の防止」の理解を深め、日々のケアサービスに努めている。日中は玄関の鍵はかけていない。	
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	外部研修の参加や、内部研修を定期的に行い、何が高齢者虐待に該当するのか情報を発信し、防止に努めています。		

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
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	学ぶ機会はありませんが、成年後見制度を利用している入居者様がられるため、随時職員には情報の提供を行っています。		
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	契約に関する説明は懇切丁寧に行うように努めています。		
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	ご意見箱の設置と、ご家族の面会時にはご本人の様子をお伝えしコミュニケーションを図っています。また毎月の広報誌にて実践状況を伝えられるようにしています。	入居者が家族にしか言わない事等を家族面会時に聞いている。月一回「むらでん通信」を発行しカラー写真で入居者の様子、職員の様子、ホームの行事の案内や報告をしている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月2回のミーティング時に職員の意見や提案を聴く機会を設けています。	月1回ユニット毎、1回は合同で社長、管理者が職員の意見、相談等を聞く機会を設けて運営に反映している。職員の提案により玄関、風呂場にてすりや柵を増やし、安全対策などに取り組んでいる。	
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	各自のスキルアップが図れるよう研修の機会等を設けやりがいや向上心が持てるようになって欲しいと思っています。		
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	法人内の認知症指導者を招いて新入職員オリエンテーションの実施と、定期的研修を実行しています。今後は、外部研修参加も積極的に取り入れていく予定です。		
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	グループホーム協議会に加入し、研修会等に参加しています。また近隣グループホームとの情報交換も行っています。		

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
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	入居前に事前に訪問し、ご本人、ご家族、関係機関からの情報を集め、安心して生活が出来るように努めています。また現在の生活の様子を把握し、環境面でも不安が軽減出来るように努めています。		
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	申込の段階で不安な事や不明な事を確認し、入居後も、ご本人の様子をお伝えすると同時に、ご家族の心配事に傾聴するように努めています。		
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	多くは医療面での要望が多く聞かれています。当ホームでの定期的Dr往診対応可能であること、料金等を説明しています。		
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	入居者様の出来る事、今まで行ってきた事の情報を職員間で共有し、行って頂ける様にしています。あくまで生活の中心は入居者様で、職員は出来ないところをお手伝いさせて頂くように取り組んでいます。		
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	ご家族の面会時にはご本人の生活の様子を伝え、ご家族様とご本人の良い関係が続く事で、家族の絆が強くなり、共に支えあう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	日々の外出や、馴染みの方がたの面会の歓迎や、ゆったりと過ごす事が出来る場所の提供等、これまでの関係が続けられるように努めています。	買物、美容院、お墓参り等入居者一人ひとりの馴染みの関係を継続していけるように外出支援をしている。また、入居者の知人、友人がホームに訪ねて来た時は気持ちよく迎えている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者様同士の関係を把握し、コミュニケーション能力の障害のある方には職員が中に入り、支援しています。		

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	サービスの利用が中止になっても、同じ地域での生活でもあり必要に応じてお話や支援したいと考えています。		
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	バックグラウンドの把握や日常の入居者様の言葉や行動から思いをくみ取る様に本人との会話の時間を大切にしています。また居室担当職員と面会の方との話をする時間を作り、今までの生活の様子を聴く機会を作っています。	ホーム内をうろうろ歩き始めた時はお腹の空いた時等入居者一人ひとりの動作や表情を観察して、思いや意向を把握し、職員はそれを共有して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	ご本人、ご家族、関係機関から情報の収集して把握に努めています。		
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	日々の変化に留意し、安全、安心に働きかけられるようにしています。心身の状態についても医療機関に通院する際の情報として必要な情報の把握に努めています。		
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	介護計画に必要な情報収集を現場の居室担当者が行い、その情報をもとに計画作成者が介護計画を作成します。ご家族の意向を確認し、ケアカンファレンスの際に検討をしています。	家族や本人の要望を基にモニタリングをし、ケアマネージャー、担当者、管理者で介護計画を作成している。状況に変化があったときはその都度見直しをしている。家族へ説明をし、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	日々の生活の様子を記録し職員全員が確認し情報を共有しています。記録をもとにモニタリングを行い、プランに結び付けています。		
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	歯科医師の訪問や訪問理容等の利用により、柔軟なサービス提供ができています。		

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
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	地域の商店や公共機関など、必要な地域資源を積極的に活用しています。		
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	かかりつけ医はご本人、ご家族の意向により納得が得られる医療機関を受診出来るように必要な支援を行っています。	ホーム協力医の往診を月2回受けている。2名の方がかかりつけ医を受診し、家族と職員が同伴している。受診結果は個別記録に記載し、職員に周知している。月2回の歯科医の往診もある。	
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	契約訪問看護STの看護師による定期訪問と、随時の訪問で適切な看護が受けられるように支援しています。定期及び必要時には本人の状態を報告・連絡する体制をとっています。		
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。	入院した際には、主治医、担当看護師との情報交換を密にし、また退院時にはこれからの生活に向けての話合いの場を持つようにしていきます。		
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	入居時に重度化や終末期に向けた方針を説明するとともに、ご本人の状態に応じてご家族の意向の確認を行うようにしています。状態は主治医のICを行い、主治医、ご家族、ホーム納得のもと支援していきます。	近隣のホーム協力医と看護師との医療連携体制は整っており、看取りの経験もある。これからは医療やさまざまな関係者等と連携を取り、段階毎に話し合いをし、支援していく方針である。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」はある。本人、家族にホームでできる事、できない事を説明するとともに「意志確認書」「同意書」を成文化し、よりよいケアを期待したい。
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	対応が出来るようにマニュアルを整備しています。今後は救急救命の講習参加も検討しています。		
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	毎月1回の訓練を実施。入居者様の身体状況を確認するとともに、避難経路や、避難時間の把握を行っています。	毎月19日を災害の日と決め避難訓練を実施している。2階の入居者は布団に乗せたり、両脇で抱えたりと一人ひとりの状況に合わせて非常階段を降りる訓練をしている。防災設備、備蓄の点検は行なわれている。	災害対策は地域住民の協力が不可欠であることから、運営推進会議等の機会を踏まえ、協力が得られるように働きかけていきたい。

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
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	人生の先輩であり、誇りやプライバシーを損ねる事が無いように、言葉使いや、支援の仕方にも細心の気配りをしています。呼び方については、「じっちゃん」と呼んで欲しいと要望されている入居者様がおられ実施しています。	職員は動作や視線からさりげなく近寄り、トイレ誘導の声をかけている。声のトーンも穏やかでプライバシーを大切に、尊敬を持って接している。	
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	ご本人の話を傾聴することで、思いや、希望を表す事が出来るようにしています。		
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	何を行いたいのか、何を望んでおられるのかを言葉や行動から察し、その方のその人らしい暮らしにつなげられるように考慮しています。		
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	朝、夜の更衣は必ず行い生活にメリハリをつけています。また自分で洋服を選んでもらうように支援しています。衣類を買いに出かける機会もあり、ご自分で選ぶ楽しみもあるようです。		
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人の出来る事、出来ない事を把握し、調理や準備、片づけ等を手伝ってもらっています。また食材の買い出しにも一緒に行き、旬の食材などを買い、食卓にお出しするようにこころがけています。	職員と入居者は同じテーブルを囲み、楽しく会話しながら同じ物を食べている。入居者はワゴンや歩行器等を利用し、準備、下膳等のできる事をしている。誕生会、行事食を実施し、食事を楽しむ工夫をしている。	
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、水分摂取量は毎日把握し記録しています。		
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	起床時と、就寝前には歯磨きを行っています。また訪問歯科受診や外来歯科受診による指導を受けている方もおられます。		

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
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	排泄パターンや尿量を把握し、排泄用品の使い分けをし、随時トイレ誘導や声掛けを行っています。	職員は個別の排泄のサイン、パターンを把握し、トイレでの排泄を重要視している。入居者の殆んどが布パンツ使用で排泄自立している現状を維持できるよう支援している。夜間は安眠を考えて個別ケアを行なっている。	
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	排泄表にて排便を把握しています。随時主治医、訪問看護師と相談し薬剤の調節をしています。		
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	入居者様の希望に添うように努めています。入浴しながらの方にはタイミングを見計らって声掛けしたり、個々に添った支援をしています。また入浴剤の活用や好みの湯量、温度を把握し対応しています。	週2回の入浴を基本としているが、希望日、時間帯はできるだけ要望に応じ、必ず1対1で対応し、気持ちよく安全に入浴してもらえるように支援している。柚子湯、みかんの皮湯等気分転換を図る工夫をしている。	
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	入居者様の体調に合わせて休息を取っています。居室で休んだり、ソファでやすんで頂いたり個々に合わせた支援をしています。就寝も今までの生活習慣を考慮し、自然に眠れるように声掛けをしています。		
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	個々の内服薬を把握するために服薬ボックスに薬の説明書を入れ、現場でも閲覧が出来るようにコピーも作成しています。服薬効果や症状の変化については主治医、看護師に随時報告しています。		
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	好きな事、出来る事を把握し、1人1人のペースに合わせて行っています。ご家族様で絵画の趣味の方がおられ、不定期ですが入居者さんと一緒に絵を描く時間を設けています。		
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に支援している	個別支援として、家族の協力を得ながら自宅に帰ったり、ご家族との旅行、食事など、希望に添うように働きかけています。また、近隣の店舗に出かけ買い物の支援を行っています。	年間行事に七北田公園、泉ヶ丘等ドライブを組み入れ実施している。日常的には近隣の幼稚園の園庭が広く公園の様なので、よく散歩に行っている。また、衣料店、アイスクリームを食べに行く等、希望にそって外出している。	

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	生活の質を向上させるために、金銭を少額ですが自己管理されている入居者の方がいます。職員も金銭を持つことで安心に繋がっていると理解しており、必要な見守り支援など行っています。		
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	電話は自由に利用できるようにしています。また、東日本大震災の際にも、安否確認をしたいという要望が聞かれたので、直接、電話とつぎ支援するなど家族との繋がりを支える対応を行っています。また、以前の生活からの友人との手紙のやりとりをされている利用者の方もおられます。		
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	玄関には、入居者が長年使用していた柱時計を飾るなど、居心地が良い空間になるように演出しています。季節感を出す工夫についても、壁に掛けてある装飾品を適時に交換するなど、季節の見当がつくように配慮しております。	居間は広く明るい。窓から高森公園が見える。壁に入居者一人ひとりが年頭に今年目標を手書きした色紙が貼られている。小上がりは昼寝に利用され、空気にぬめりがなく、採光、温度も良好で居心地の良い共用空間となっている。	
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	リビングをプライベートスペースとして使えるようにテーブルや椅子の配置を変えるなど設えに留意しています。また、廊下に長椅子や、観葉植物を置くなどして、入居者が一休みできる居場所づくりをしています。		
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	以前の生活から使い慣れた椅子などを積極的に持ち込んでいただくように話していますが、新しいものを購入される場合でも、使いやすさを考慮していただけるようお願いし、利用される本人さんが穏やかに過ごしていただけるように必要な支援しています。	居室は筆筒や整理ボックス等馴染みのものが持ち込まれており、仏壇を置いたり、家族の写真を飾られているなど、一人ひとり個性がうかがわれる自分の部屋であった。	
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	自立支援に繋がる環境面の配慮として、トイレの看板を夜間にも見やすいような色や配置にこだわり、分かりやすいようにしています。それ以外では文字だけではなく、シンボルマークでトイレや浴室などを知らせるように、個々の認知機能に働きかける工夫を行っています。		

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(平成23年 5月 18日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームむらでん高森 (さくらユニット)	<u>事業主体名</u>	有限会社 村伝
		<u>代表者名</u>	村上浩之
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

常に利用者に敬意の念を持った接遇に務め、人権の尊重、守秘義務に立った介護と機能訓練を行います。また個々の利用者に合わせて介護計画を作成し、目標を達成する為のサービスを行います。

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒981-3203 仙台市泉区高森2-1-30 T E L 022-342-6160 F A X 122-342-6165		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	宮城交通バス 高森集会所		
開設年月日	平成 22年4月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(2) ユニット 利用定員 (18) 人
<u>事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨) 造り (2 階建ての 1、2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (888.35) m ² 延床面積 (496.98) m ² 1 室当たりの居室面積 (8.93) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(68000) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (204000) 円 <input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 3年) <input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (450) 円 おやつ (50) 円 又は 1 日 (1100) 円
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名目	徴収方法	金額(円)
①理美容代	実費	
②おむつ代		200
③その他		
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18名) (男性 (4 名) 女性 (14 名))
※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供している 場合、要支援者 2 の数を記載すること	要介護 1 (7 名) 要介護 2 (6 名) 要介護 3 (3 名) 要介護 4 (1 名) 要介護 5 (名) 要支援 2 (1 名)
	年齢 (平均 81.6 歳) (最低 72 歳) (最高 94 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護 1 以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。少人数による共同生活を営む事に支障がない事、自称他害の恐れが無い事、当時医療機関において治療をする必要がない事。
退居に当たっての条件	30 日の予告期間をおいて契約の解除が出来る。
開設以来の退居者数	人数 (5) 人 主な理由 ・ 医療機関入院 () ・ 介護保険施設入所 () ・ 死亡 () ・ 自宅介護 () ・ ()

9) その他

協力医療機関名	たんぼぼクリニック
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 たんぼぼクリニック)
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (2ヶ月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 町内会長、民生委員、地域包括支援センター、入居者、 入居者家族、施設関係者、管理者
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	保護課への連絡、報告。 各種研修へ参加させて頂く事で連携を図っています。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9 時～ 18 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(記入上の留意事項)

- 1 「」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 3 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部 () については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第4号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届け出が必要となるものである。

認知症対応型共同生活介護事業所に係る情報提供票

(平成 23年 5月 18日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	グループホームむらでん高森 (もくれんユニット)	<u>事業主体名</u>	有限会社 村伝
		<u>代表者名</u>	村上浩之
		研修の受講状況	<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講
		上記の者以外が受講している場合	氏名 () 役職 ()

2) 事業の目的及び運営の方針

常に利用者に敬意の念を持った接遇に務め、人権の尊重、守秘義務に立った介護と機能訓練を行います。また個々の利用者に合わせて介護計画を作成し、目標を達成する為のサービスを行います。

3) 認知症対応型共同生活介護事業所以外に事業所として指定等を受けている事業及び加算

- 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- 指定認知症対応型通所介護
- 医療連携体制加算
- 短期利用共同生活介護

4) 組織の概要

<u>所在地及び連絡先</u>	〒981-3203 仙台市泉区高森2-1-30 T E L 022-342-6160 F A X 122-342-6165		
交通の便 (最寄りの交通機関等)	宮城交通バス 高森集会所		
開設年月日	平成 22年4月1日	<u>ユニット数</u> <u>と利用定員</u>	(2) ユニット 利用定員 (18) 人
<u>事業所の併設施設(併設施設からのサービスがあればご記入下さい。)</u>			

5) 建物の概要

<u>建物形態</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型
<u>建物構造</u>	(鉄骨) 造り (2 階建ての 1、2 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (888.35) m ² 延床面積 (496.98) m ² 1 室当たりの居室面積 (8.93) m ²
<u>二人部屋の有無</u>	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

6) 利用料等 (入居者の負担額)

<u>家賃 (月額)</u>		(68000) 円
敷金		<input type="checkbox"/> 有 () 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (204000) 円 <input type="checkbox"/> 無
	有りの場合 保全措置の内容	
	有の場合償却の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (期間: 3年) <input type="checkbox"/> 無
<u>食材料費</u>		朝食 (200) 円 昼食 (400) 円 夕食 (450) 円 おやつ (50) 円 又は 1 日 (1100) 円
<u>その他の費用と徴収方法</u>		
名目	徴収方法	金額(円)
①理美容代	実費	
②おむつ代		200
③その他		
・		
・		
・		

7) 利用者の概要

現在の利用者の状態	利用人数 (18 名) (男性 (4 名) 女性 (14 名))
※介護予防指定認知症対応型 共同生活介護を提供している 場合、要支援者 2 の数を記載すること	要介護 1 (7 名) 要介護 2 (6 名) 要介護 3 (3 名) 要介護 4 (1 名) 要介護 5 (名) 要支援 2 (1 名)
	年齢 (平均 81.6 歳) (最低 72 歳) (最高 94 歳)
<u>利用に当たっての条件</u>	要介護 1 以上の被認定者であり、かつ認知症の状態にあること。少人数による共同生活を営む事に支障がない事、自称他害の恐れが無い事、当時医療機関において治療をする必要がない事。
退居に当たっての条件	30 日の予告期間をおいて契約の解除が出来る。
開設以来の退居者数	人数 (5) 人 主な理由 ・ 医療機関入院 () ・ 介護保険施設入所 () ・ 死亡 () ・ 自宅介護 () ・ ()

8) 職員の概要 (複数のユニットがある場合には、各ユニットごとに作成すること。)

(ユニット名) もくれん	総数	(10 名) (内数) ・常 勤 (専任 9 名) (兼務 1名) } 常勤換算 (名) ・非常勤 (名)
	※職員の勤務時間を 1 週間当たり 40 時間とした場合の常勤換算数。 職員の 1 週間の勤務延時間数 注) (時間) ÷ 40 時間 = 常勤換算数 (名) 注) 勤務延時間数には、宿直時間数は含まない。	
	夜間の体制	■ 専任 □ 兼務 (兼務の施設) ■ 夜勤 (1 名) □ 宿直 (名)
	<u>管理者</u> <u>氏名 (本間智子)</u>	□ 専任 ■ 兼務 (兼務の施設) 資格 (介護福祉士 介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (14 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) ■ 受講済 □ 未受講 (実践リーダー研修) □ 受講済 ■ 未受講 ・ 認知症対応型サービス管理者研修もしくは 認知症高齢者グループホーム管理者研修 ■ 受講済 □ 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 () ()
	<u>計画作成担当者</u> <u>氏名 (佐藤和子)</u>	介護支援専門員資格 ■ 有 □ 無 他の資格 (介護福祉士) 認知症介護の経験年数 (11 年 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) ■ 受講済 □ 未受講 (実践リーダー研修) □ 受講済 □ 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 () ()
その他の職員	資格 介護福祉士 (1 名) 看護師 (名) その他 (ホームヘルパー 2 級) (4 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 1 年 4 か月) 認知症介護に関する研修の受講歴 ・ 認知症介護実践研修 (実践者研修) ■ 受講済 □ 未受講 (実践リーダー研修) □ 受講済 ■ 未受講 ・ 認知症介護指導者研修 □ 受講済 ■ 未受講 ・ 上記の研修の他に受講した研修名 () 受講済者 (名) () 受講済者 (名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 () 回 (理由) ② 計画作成担当者の交代回数 () 回 (理由) ③ 常勤職員の交代回数 (10) 回 (理由) 自己都合による退職	

9) その他

協力医療機関名	たんぼぼクリニック
医療連携体制の状況 (看護師の確保方法)	<input type="checkbox"/> 職員として配置 <input checked="" type="checkbox"/> 契約 (契約先名称 たんぼぼクリニック)
運営推進会議の設置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 開催状況 (2ヶ月に 1 回) メンバー構成 (役職等) 町内会長、民生委員、地域包括支援センター、入居者、 入居者家族、施設関係者、管理者
市町村との連携状況 (事業を受託している場合の 事業名等具体的にご記入下 さい。)	保護課への連絡、報告。 各種研修へ参加させて頂く事で連携を図っています。
入居者家族会等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (9 時～ 18 時) <input type="checkbox"/> 無
介護相談員 ^{注)} 等の受入状況	<input type="checkbox"/> 有 (具体的にご記入下さい。) <input checked="" type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 年 月 日

注) 「介護相談員」とは、「介護相談員派遣等事業の実施について」(平成18年5月24日老計発第0524001号厚生労働省老健局計画課長通知)に基づき市町村より派遣され、介護サービスの提供の場において、サービスの提供者・利用者等の話を聞き、相談に応じる等の活動を行う者のこと。

(記入上の留意事項)

- 1 「」を設けている欄については、該当部分にレ点でチェックすること。
- 2 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
- 3 7)において記載している各研修については、それぞれ「実践者研修」には旧基礎課程を、「実践リーダー研修」には旧専門課程を含んでいるので、留意されたい。
- 4 下線部 () については、介護保険法施行規則第131条の10第1項第4号に該当する事項であることから、変更があった場合には、10日以内に届け出る必要がある。なお、計画作成担当者については、介護支援専門員である場合についてのみ、届け出が必要となるものである。