

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	ユニット名	ゆったりハウス
所在地	宮城県宮城郡松島町桜私度字中島14-1		
自己評価作成日	平成 27年	10月	1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://www.kai gokensaku.jp/
----------	---

【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27年11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)】

医療面においては、利府往診、仙台往診クリニックとの24時間体制での連携が取れており、入居者や家族は安心して暮らせていると思う。自己決定自己選択においてほぼ全ての入居者様が自分の意思を伝え、職員がそれに添ったケアができていると思う。行事や防災訓練を開催するときには、地域の方々にも声を掛け、参加される方たちも増えてきたように感じる。

【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)】

ホームは松島町西部の静かな郊外で、同法人のデイサービス及びショートステイと繋がる2ユニットからなる。ホーム独自に町の商店街にカフェを開設し、夕食の食材の買い物に出る入居者の地域住民との交流の場となっている。認知症サポーター養成講座では、職員の発案による劇を行う等認知症啓蒙活動を積極的に行なっている。往診等医療支援体制が整っており看取りを実施している。入居者は各自思い思いに行動し、いつでもいつまでも見守って貰える安心感をもって明るく過ごしている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、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			

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 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	全職員で理念を構築し実践出来ている。また、それを目の届く場所に掲示している。	「ゆったり、のんびり、一緒に楽しく」の理念で、入居者が自由に活動できるよう支援している。和室で寝そべっていたり仲よしの二人と一緒に過ごす等、思い思いの生活を楽しんで寛いでいる。	
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	・行事や防災訓練等を地域の方に参加して頂き、日常的に交流できている。 ・SAKURAカフェオープン後は、外出して地域の人々と交流する機会が持てている。	ホームの夏祭りでは家族やボランティア等百名以上で賑わった。商店街に地域住民も利用できるカフェを開き、毎日買い物に出掛ける入居者がひと休みし、家族や地域の方々と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	・サポーター養成講座や講演会を行い、地域の方に認知症の理解および支援方法を発信している。		
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	・2ヶ月毎に運営推進会議を行い、事業所の近況報告や取り組み内容を伝えている。時には意見をいただき、今後の課題として取り上げサービスの向上につなげている。	参加メンバーは、施設長、家族代表、入居者、地域包括支援センター職員、民生委員、婦人防火クラブ、町社協である。地域住民から「災害時に自分たちにも非常通報の仕組みがほしい」との要望があり、検討している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	管理者や経営者は、包括支援センターと密に連絡を取り合い実情や情報を伝え合っている。	実践者研修の講師等、福祉関係の活動に広く参加しており、認知症サポート養成講座を引き受け、職員による劇も披露している。町内にホームが独自にカフェを開くことについて相談し、開設に至った。	
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	全職員が身体拘束と、それが与える影響について、自施設や外部での研修で学ぶ機会があり、身体拘束を行わないケアが統一されている。	入居者がホームからいつ外に出ても付き添い見守るよう支援している。ベッドの全周に柵をしたいとの、家族の希望に身体拘束の意味を説明し、入居者の起き上がりを感知するセンサーを設置し対応している。	
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	勉強会で学ぶ機会があり、全職員が理解出来ている。事故があった際は検証を徹底し、再発防止に努めている。		

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	成年後見者人いないが、必要であれば活用できると思う。		
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	入居申し込みの時点での聞き取りや、契約時の説明で不安な点、疑問点を訪ね理解と納得をもらった上で契約している。改定があった際は、都度書類の取り直しを行っている。		
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	意見箱の活用、家族会の実施にて家族の意見を取り入れている。	小遣いの使用状況を詳しく知りたいとの要望に毎月出納記録を送付している。足が冷たく電気毛布の要望に、温度や湿度管理を考慮し湯タンポで対応している。草取りの申し出があり庭の環境整備をしてもらっている。	
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	年に2回の個人面談を設けている。	認知症サポート養成講座に職員の発案で劇を演じ理解を深めている。リハビリの使用頻度の多い入居者にパッドを使用する意見があり実施した。週2日だった食材の買い出しを毎日する提案があり、入居者で行っている。	
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	個人評価表を記入し、その後個人面談を行うことで各々の実績や勤務状況を把握し、職場環境・条件の整備が整っている。		
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	法人内外の研修や、外部から講師を招いての研修がありスキルアップ出来ている。毎年、実践者研修にも参加させてもらっている。		
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	外部への研修に参加する機会が持っている。また研修生の受け入れを行い、ネットワークづくりやサービスの質の向上に取り組んでいる。		

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	入居前には実態調査を行って希望を伺い、入居後は馴染みの関係が持てるよう積極的に関わり、信頼関係を築けるよう努めている。		
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	契約の際や来苑された時に積極的に声を掛け、困っていることや不安なこと、要望等を聞き出すよう努めている。		
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	契約の際実態調査を行い、どのようなサービスを利用できるか伝え、本人や家族が望むサービスを提供している。		
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	職員は自分たちがリビングパートナーであることを自覚し、本人ができることを見極めながら自立に向けて、支えていけるよう努めている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	毎月の手紙や、電話連絡にて本人の状況を伝え、行事や外出、受診の際には家族にも協力をもらえるよう対応している。		
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	家族等に協力をもらい、馴染みのものを居室に置いている。馴染みの場所を車等で通うことや、本人がこれまで通っていた同敷地内にあるデイサービス利用者との交流も行っている。	ホームで開設した町内のカフェで家族や馴染みの人と会う。自宅に行くこともある。ホームに教え子や知人が訪れる。廊下で繋がるデイサービスの知人に面会に行く人がいる。仙台の美容室に通う人もいる。	
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	一人ひとりの性格を把握し、孤立しないようカップリングし、馴染みの関係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
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	地域で会った際には積極的に声を掛け、関係の継続ができていていると感じる。契約が終了した家族から差し入れがいただけることもある。		
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	本人や家族の希望に沿ったケアプランを作成し、それをもとにケアを行っている。	「料理をしたい」等言える人が多い。主張の少ない人にも配慮し、味噌汁の食べたい具を尋ねると「たけのこ」と言ってくれる。発言できない人に声掛けを工夫し、表情の変化を見て、何を希望しているか推察し支援している。	
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	ひとりひとりのバッググラウンドをファイリングし、職員全員がいつでも見えるようになっており、把握・確認出来るようになっている。		
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	ケース記録や、タブレットで日々の状態確認を行い、連絡ノートや申し送りでの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	介護計画を作る者は、他の職員や家族に意見を求めながら、サービス向上に繋がるよう介護計画を作成し、家族の確認もいただいている。	毎月の会議で全員でモニタリングを実施し計画に反映する。「料理をしたい」等の希望を計画に入れて支援している。介護計画を家族に面会時説明し、面会に長く来れない家族には職員が訪問し説明する。	
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	日々の記録はタブレット、連絡ノートに記入し気づきや実践したことの共有をしている。必要時にはカンファレンスを行い、ケアの見直しや情報の整理をして、介護計画に反映させている。		
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	グループホームの居室に空きが出来た場合、ショートステイ利用者の受け入れを行っている。夏祭り際には同法人の他施設からの利用者の参加を促している。		

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
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	馴染みの店や、馴染みの理容店へ出かけ暮らしを楽しんでもらえるよう努めている。		
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	本人、家族にかかりつけ医を選んでいただき、そのかかりつけ医と面談や電話連絡にて連携を図り、本人にあった医療が受けられるよう努めている。	かかりつけ医受診の方は3名で他は協力医である。皮膚科受診の人の症状や服薬変更後の様子等の情報をかかりつけ医に提供する。協力医の往診が月2回、訪問歯科は週1回ある。	
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	日勤帯に必ず看護師がいるため、常に情報を伝えることができている。必要時は往診クリニックやかかりつけ医に指示を仰ぎ適切な看護が受けられるよう努めている。		
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。	入院が決まった時には、施設からの情報とかかりつけ医からの情報提供書を入院先に渡し、適切な医療が受けられるよう努めている。入院後は病院の看護師と連絡をとり合い、状態の把握や退院の調整を行っている。		
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	契約時に重度化、看取りについての説明をし、ご家族様の理解を得、見取りの希望を聞き取り職員一丸となって支援に取り組んでいる。	往診等医療連携体制が整っている。看取りを実施しており重度化しても入居者が安心してホームで過ごすことができる。職員も厳粛な看取りを体験し後輩を指導すると共に、看取りを見据えて最期までを意識した支援をしている。	
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	緊急時マニュアル作成し、対応をスムーズに行えるようにしている。防災訓練にて応急処置の講義を消防士から受けている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	毎月の防災訓練を行い、地域の方も交えて行うことで協力体制が築けてきている。	毎月避難訓練を実施し消防署の立ち合いも受けている。避難誘導の振り返りや火災発生時の声の大きさ等の反省を活かし、安全に避難できるよう努めている。婦人防火クラブ、区長の参加がある。	

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	1人ひとり暮らし易い環境を把握し、その中でも干渉したり自由を妨げたりせず、プライバシーの確保に努めている。	「さん」付けで呼んでいる。1人で過ごしたい人はサンルーム等で過ごしている。布パンツで対応していてタイミングが合わず失禁したときは「お茶をこぼしました」等で誘導し支援する。	
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	食べたい物を夕食の献立に組み込んだり、昼夜問わず入りたいときに入浴していただいたり、本人の希望に添って過ごしていただけるよう支援している。		
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	本人の希望で外出したり、散歩に出かけることができている。時間がかかることも焦らず、待つケアを行うよう努めている。		
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	入浴時の着替え選びや、行事や外出時に家族に声を掛け、本人の好みの衣服を用意できている。また、定期的に訪問カットを利用し、カラー等のおしゃれも楽しめている。		
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	夕食メニューを考え、共に買い物に出掛ける。食材切りや茶碗拭きを行うことができている。	献立は管理栄養士が作り調理は職員が作る。毎日夕食の食材を買いに行き好みの食事をしている。入居者も包丁を使い調理し、盛り付け・後片付け等をしている。職員と共に会話が弾み食事を楽しんでいる。	
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	栄養士と相談のもと、水分、塩分に制限のある方にも食事を楽しんでいただけるよう、本人に合わせた食事を提供している。嗜好品も提供できている。		
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	訪問歯科の指導のもと、毎食後はできいないが、歯磨きやうがいを行っている。歯磨きが困難な方にはスポンジブラシでの口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄パターンの情報を共有し、リハビリパンツから布パンツへの切り替えを行ったり、自立へ向けた支援を行っている。	自立は7人であり日中オムツの人はいない。デイサービスから入所時使用頻度が多かったリハパンにパッドを使用し、現在は布パンツになった人がいる。夜も声掛けするが、体調が悪く夜間オムツの人が1名いる。	
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	日々の運動や、食物繊維の多い食事や乳製品を取り入れ、マッサージも実施するが、それでも排便がないときは医師や看護師と相談し、内服薬や座薬を使用し、便秘が続かないよう注意している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人に入浴の時間を確認し、入りたい時間に入浴ができるよう支援している。機械浴に関しては曜日を決めているが、本人から希望があれば時間を調整して入浴ができるよう工夫し、週に3回は入浴している。	ほぼ全員が毎日入浴している。機械浴を必要とする人はデイサービスの風呂を利用する。入浴拒否の人が1名おり、「明日往診の先生が来るから」「明日お出掛けだから」等声掛けしている。	
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	体調を考慮しながら、居室で休む時間も設けたり外気浴を行いながら、昼夜逆転がおこらないよう注意している。		
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	服薬一覧のファイルがあり、職員全員が把握に努めている。また、服薬の際は二重チェックを行い誤薬の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	季節ごとの外出支援や、ドライブに出かけたり、動物と遊ぶ事ができている。買い物で嗜好品を購入したり、家族が好きなものを持ってきてくれたりする。		
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	好きなときに外に出られるよう玄関の施錠はしていない。季節ごとの外出には、家族や地域の方々を誘い、一緒に出掛けられるよう支援している。	花見、温泉旅行、町の夏祭り、紅葉見物、初詣等に外出する。毎日夕食の食材の買い物で外出する。日曜をドライブの日としている。ホームから自由に外に出て「ただ今」、「お帰りなさい」の楽しそうな声が響いている。	

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	お金を所持している入居者に関しては、毎日の残金チェックを行い、買い物で好きに使えるよう支援している。その他の方に関しては金庫で保管しているお小遣いを買い物の際に本人に手渡し、自分で買い物ができ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	本人からの希望があれば、時間帯や頻度など家族に負担にならないよう注意して電話をかけることができている。毎年賀状を送っている。		
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	季節感のある装飾を取り入れ、季節を感じていただけるよう努めている。夕方には声のトーンを下げたり、暗くなる前にカーテンを閉め対応している。	紅葉や柿が飾ってあり季節を感じる。入居者の作った色紙、切り絵、貼り絵や、皇室の写真等も壁に飾っている。サンルームや炬燵のある和室で、1人になったり仲間と過ごしたり、思い思いに生活している。	
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	少人数で過ごせるスペースがある、思い思いの場所で自由に過ごせるように配慮している。		
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	入居時に使い慣れたものを持ってきていただき、自宅と同じような家具配置をし、居心地の良い空間作りをしている。	箆笥、机、椅子、カーテン等馴染みの物を持ち込んでいる。自宅で「ベッドから写真が見えていた」人にはそれに近い配置になるよう留意している。ホームの飼い猫を招き入れ可愛がり癒されている人もいる。	
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	浴槽や小上がり、坂道などでは安易に手をかしたりせず本人の残存機能を見極め、その人に合ったかわりをするよう努めている。		

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	ユニット名	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14-1		
自己評価作成日	平成 27年 10月 1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://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【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27年11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)】

・24時間体制の医療連携が図れている事で、本人、家族、職員も安心できる医療体制にある。・看取りを行っており、慣れ親しんだ職員に看取って貰いたいと言ってくださる方が多く、入居者の殆どが、ホームでの看取りを希望している。・朝食、昼食は管理栄養士が作成した献立となっており、栄養バランスが整った食事を提供することができている。・毎日夕食買い物をする事で入居者様の食べたい物、昔好んで食していた物、旬な物を食べて頂けるようにしている。・メニュー決め、食事の準備片づけ等、入居者様が主体となる生活を心掛けている。・出来る事、できない事を見極め、できない事を支援し、できる事は見守り、自立支援を心掛けている。・行動を制限せず、自由にホーム内外に出る事ができ、安全に過ごす事が出来る様、常に職員が目配り、気配りをしている。・地域交流(カフェ)地域行事への参加。・認知症サポーター養成講座で寸劇を行い、認知症の理解を広める働きをしている。

【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)】

ホームは松島町西部の静かな郊外で、同法人のデイサービス及びショートステイと繋がる2ユニットからなる。ホーム独自に町の商店街にカフェを開設し、夕食の食材の買い物に出る入居者の地域住民との交流の場となっている。認知症サポーター養成講座では、職員の発案による劇を行う等認知症啓蒙活動を積極的に行なっている。往診等医療支援体制が整っており看取りを実施している。入居者は各自思い思いに行動し、いつでもいつまでも見守って貰える安心感をもって明るく過ごしている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、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 グループホーム桜の家 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	毎年全職員で理念を構築し、目に見えるところに掲示してあることで何かあった時に振り返ることができ、職員間で共有できている。	「ゆったり、のんびり、一緒に楽しく」の理念で、入居者が自由に活動できるよう支援している。和室で寝そべっていたり仲よしの二人が一緒に過ごす等、思い思いの生活を楽しんで寛いでいる。	
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	夏祭りを準備から手伝って頂いたり、運営推進会議、毎日買い物に行く事、防災訓練、温泉などの行事に参加して頂いたり、地域の芋煮会やお祭り、ゴミ捨て、花見などに参加し交流する機会を作っている。毎日カフェに出かけ、地域の方とのコミュニティーの場を作っている。	ホームの夏祭りでは家族やボランティア等百名以上で賑わった。商店街に地域住民も利用できるカフェを開き、毎日買い物に出掛ける入居者がひと休みし、家族や地域の方々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	認知症サポーター養成講座にて認知症理解の啓発を行い外部交流時に認知症についての相談を受けている。		
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	2か月に1回運営推進会議を行い、施設の近況、行事予定を報告、意見交換をし職員に伝え、サービスに活かすよう努めている。	参加メンバーは、施設長、家族代表、入居者、地域包括支援センター職員、民生委員、婦人防火クラブ、町社協である。地域住民から「災害時に自分たちにも非常通報の仕組みがほしい」との要望があり、検討している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議に参加して頂いたり、カフェの打合せ、相談をするなど協力関係を築いている。	実践者研修の講師等、福祉関係の活動に広く参加しており、認知症サポート養成講座を引き受け、職員による劇も披露している。町内にホームが独自にカフェを開くことについて相談し、開設に至った。	
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	勉強会やミーティングで職員が理解し、行動を止めず相手の想いを尊重するケアを行い、身体拘束ゼロを実践している。	入居者がホームからいつ外に出ても付き添い見守るよう支援している。ベッドの全周に柵をしたいとの、家族の希望に身体拘束の意味を説明し、入居者の起き上がりを感知するセンサーを設置し対応している。	
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	勉強会等で学ぶ機会があり、日常から身体観察を徹底し、内出血や怪我などを発見した時はなぜそのようになったのか話し合い個々のケアの見直しに繋げている。		

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	勉強会で学んでいるが成年後見制度は今必要としている対象者がいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時、入居者や家族の想いを聞き不明点があれば都度聞けるようにし不安や不信感をなくすようにしている。改定時は書面、口頭にてお知らせしている。		
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6回の運営推進会議や、家族会や面会時、電話での状態報告時、行事の参加時、家族の要望や意見をその都度聞き、職員間で共有し運営に反映している。	小遣いの使用状況を詳しく知りたいとの要望に毎月出納記録を送付している。足が冷たく電気毛布の要望に、温度や湿度管理を考慮し湯タンポで対応している。草取りの申し出があり庭の環境整備をしてもらっている。	
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	年2回の個人面談がある。会議等で運営に関する説明や相談があり、職員の意見や提案を反映することができている。	認知症サポート養成講座に職員の発案で劇を演じ理解を深めている。リハパンの使用頻度の多い入居者にパッドを使用する意見があり実施した。週2日だった食材の買い出しを毎日する提案があり、入居者と行っている。	
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	年二回の自己評価表の記入があり、それを基にした面談があり、給与には資格取得が反映されやりがいや向上心に繋がっている。労働時間に関しても個々の家庭環境に応じて調整され配慮されている。		
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	月一回の勉強会、内部研修がある。個々の力量を把握し、研修参加を行っている。毎年、法人事例検討会も実施している。		
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	研修受け入れ機関となっており、他事業所の同業者と交流し意見交換する機会がある。ブロック集会への参加、多職種会議への参加もし、交流できている。		

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	入居の際に不安や、要望を聞き、一日も早く馴染んで頂くため、バックグラウンドを把握し、話し合いをすることで良い関係づくりに努めている。		
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	サービスを導入する段階で、家族との連絡を密に取り、必要な関係機関に連絡を取るなどし、不安の軽減に努めている。		
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	サービスを導入する段階で、本人、家族の要望を聞き、自宅での環境を継続するために、必要な福祉用具の導入等をしている。		
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	一緒に、お茶飲み、料理、洗濯たみ、食器洗い片づけ、夕食献立を決め買い物に行くなどを行い、暮らしを共にする関係を築いている。		
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	定期受診を家族に依頼したり、行事参加して頂き、家族との絆を大切に、家族と相談し、意見を反映させながら共に入居者を支える関係を築いている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	行きつけの美容室への外出。墓参り。馴染の人に合いに行き、関係が途切れないように家族様の協力を頂きながら、支援に努めている。	ホームで開設した町内のカフェで家族や馴染みの人と会う。自宅に行くこともある。ホームに教え子や知人が訪れる。廊下で繋がるデイサービスの知人に面会に行く人がいる。仙台の美容室に通う人もいる。	
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	職員のお茶のみ時に間に入り、関係が良好に保てるよう支援している。		
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	契約終了後も行事への協力を頂いたり、近くに来た際は寄って頂けたりと、関係を継続できている。他施設に入所後も面会に行き関係を大切にしている。		

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
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	本人がどう思っているか、何を望んでいるのか、普段の会話から想いを聞き出している。家族からも今までの暮らしを聞き、反映させている。	「料理をしたい」等言える人が多い。主張の少ない人にも配慮し、味噌汁の食べたい具を尋ねると「たけのこ」と言ってくれる。発言できない人に声掛けを工夫し、表情の変化を見て、何を希望しているか推察し支援している。	
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	バックグラウンドを見たり、家族とコミュニケーションをとり情報を得ている。聞き取り、馴染みのものを置き、少しでも昔の環境を思い出していただくよう努めている。これまでの生活の継続に努めている。		
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	変わったことがあれば、ミーティングで報告している。本人が何処までできるのか、実際に関わり、確認し、現状の把握に努めている。		
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	モニタリングにより見つけ出した課題やケアの在り方についてその都度カンファレンスを行い、家族、職員の意見や、アイデアを反映させた介護計画を作成している。	毎月の会議で全員でモニタリングを実施し計画に反映する。「料理をしたい」等の希望を計画に入れて支援している。介護計画を家族に面会時説明し、面会に長く来れない家族には職員が訪問し説明する。	
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	特記事項、取り組みや気づきを連絡帳や個別記録に記録し共有し、職員を変えての実践。必要に応じてカンファレンスを行い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	食欲のない方と、共に買い物に行き食べたいものを選んでいただいている。デイサービスに行き入浴したり、行事に参加したり、お茶を飲みカフェへ出かけている。		

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	地域のお祭り、初詣、どんと祭などのイベントに参加し、セレモニーができています。松島観光し観光船に乗ったり、海を見に行ったり、外出に出かけている。毎日買い物にでかけ、食材を選んでいただいている。		
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	入居の際に主治医の選択をしていただき、臨時受診が必要となる場合、家族の希望も確認し納得の得られる受診先を決定している。主治医に情報提供書を依頼するなどの支援をしている。	かかりつけ医受診の方は3名で他は協力医である。皮膚科受診の人の症状や服薬変更後の様子等の情報をかかりつけ医に提供する。協力医の往診が月2回、訪問歯科は週1回ある。	
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	日常生活の中で少しの異変や怪我などがあれば、すぐに看護師や主治医に相談報告し、指示をうけ処置するなどの支援に繋がっている。臨時薬の処方も受けている。		
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。	入院中にも実態調査や面会に出向き、早期退院に向け情報交換をし、退院まで相談しながら退院後もスムーズに生活できるように主治医に情報提供をしている。		
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	入居時、家族様に終末期の意向を確認し、重度化、看取りの指針を記入いただいている。重度化、看取り期に入ると思われるような場合再度方針を確認し、必要に応じて主治医変更の相談を受けている。事業所内で出来ることを主治医と相談しながら家族にも主治医からも説明して頂き支援に取り組んでいる。	往診等医療連携体制が整っている。看取りを実施しており重度化しても入居者が安心してホームで過ごすことができる。職員も厳粛な看取りを体験し後輩を指導すると共に、看取りを見据えて最期までを意識した支援をしている。	
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	急変時のマニュアルを作成し職員間で連携をとれるようにしている。心肺蘇生術やAEDの取り扱い訓練を消防の指導の下、定期的に行っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	防災訓練を入居者を交え毎月行い、地域の方にも参加頂いている。	毎月避難訓練を実施し消防署の立ち合いも受けている。避難誘導の振り返りや火災発生時の声の大きさ等の反省を活かし、安全に避難できるよう努めている。婦人防火クラブ、区長の参加がある。	

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	相手の気持ちを考え関わるように心掛けています。失禁した際に周囲に気づかれないように対応している。	「さん」付けで呼んでいる。1人で過ごしたい人はサンルーム等で過ごしている。布パンツで対応していてタイミングが合わず失禁したときは「お茶をこぼしました」等で誘導し支援する。	
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	夕食のメニューを決める際一人ひとり何が食べたいか希望を伺っている。意志疎通がうまくできない方に対しては、言葉だけではなく、写真等を使用し本人が希望を表出しやすいよう支援している。		
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し、その日をどのように過ごしたか、希望にそって支援している	入居者主体の生活を念頭に置き、外へ出たいときには出て頂き、納得できるまで寄り添い本人の希望に沿って支援している。		
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	化粧をしていた方には入居後も変わらず化粧を行っていただく事でその人らしさを失わぬよう支援している。外出時はスカーフを巻いたり、外出着に着替えて頂いている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事のバックグラウンドをとり、好みや味付けを把握できるよう努めている。毎日入居者と共に買い物へ行き、食材を選ぶことで食事が楽しみなものになるよう支援している。準備や片づけを共にやっている。	献立は管理栄養士が作り調理は職員が作る。毎日夕食の食材を買いに行き好みの食事をしている。入居者も包丁を使い調理し、盛り付け・後片付け等をしている。職員と共に会話が弾み食事を楽しんでいる。	
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	管理栄養士が献立を作成しバランスの良い食事を提供できている。1日どれくらい水分摂取が摂れているチェックしている。摂取量が少ない場合は代替えを提供している。習慣や好みに応じた献立作成をしている。状態に応じて食事の形態を見直ししている。		
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	訪問歯科を週1回受け、歯科医、衛生士の指導の下口腔ケアを行っている。自分で出来るところは行っていただき、磨き残しは介助している。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、早めの誘導を心掛けスタッフ間で申し送りすることで排泄の自立に向けた支援を行っている。	自立は7人であり日中オムツの人はいない。デイサービスから入所時使用頻度が多かったリハパンにパッドを使用し、現在は布パンツになった人がいる。夜も声掛けするが、体調が悪く夜間オムツの人が1名いる。	
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	乳酸菌飲料の提供、食物繊維の摂取、腹部マッサージを行う事で下剤に頼らないようにしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	機械浴の方は毎日入浴できないこともあるが、一般浴の方は本人の希望を聞き、いつでも入れるようにしている。	ほぼ全員が毎日入浴している。機械浴を必要とする人はデイサービスの風呂を利用する。入浴拒否の人が1名おり、「明日往診の先生が来るから」「明日お出掛けだから」等声掛けしている。	
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	傾眠や疲労感のある方は居室や座敷で夜間の睡眠に影響のない程度に休んで頂いている。夜間帯は、物音や、灯り、室温、体位などを調節し、安眠できるよう心掛けている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の薬剤情報提供書をファイリングしており、いつでも確認しやすい状況になっている。症状観察を行い、変化が見られた際は、主治医に報告し指示を仰いでいる。		
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	絵や読書が好きだった方は読書をしている。お酒が好きだった方には行事の際に提供している。		
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に支援している	毎日買い物やカフェに出かけ、何か欲しいものがある際は共に外出している。毎週希望を伺いながら、季節を感じられる場所に出かけている。地域や家族と温泉へ出かけている。本人の誕生日には、実家等行きたい場所へ本人に希望を聞きながら、出かけている。	花見、温泉旅行、町の夏祭り、紅葉見物、初詣等に外出する。毎日夕食の食材の買い物で外出する。日曜をドライブの日としている。ホームから自由に外に出て「ただ今」、「お帰りなさい」の楽しそうな声が響いている。	

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	お金を持っている方もいる為、本人と共に所持金の確認をしている。外出時に自分で支払うこともして頂いている。		
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	家族の方に電話したい時は、職員が事情を説明してから本人と電話し話して頂いている。年賀状や贈り物が届いた際は手紙を書いていただき、大切な家族へのやり取りが継続できるよう支援している。		
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	勉強会で、住的環境と人的環境を学んでいる。壁には季節の花や飾りが装飾されている。混乱や不穏にならないように張り紙をして場所を分かりやすく工夫している。夕方にかけては音を少なくし静かな空間を作ったり、カーテンを早めに閉めるなど配慮している。	紅葉や柿が飾ってあり季節を感じる。入居者の作った色紙、切り絵、貼り絵や、皇室の写真等も壁に飾っている。サンルームや炬燵のある和室で、1人になったり仲間と過ごしたり、思い思いに生活している。	
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、リビング、食堂など一人ひとり一番落ち着ける場所をなるべく把握し居場所作りに努めている。		
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	馴染みのものを居室に置き少しでも昔の生活環境を思い出して頂けるよう家具の配置にも配慮している。	筆筒、机、椅子、カーテン等馴染みの物を持ち込んでいる。自宅で「ベッドから写真が見えていた」人にはそれに近い配置になるよう留意している。ホームの飼い猫を招き入れ可愛がり癒されている人もいる。	
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	トイレの張り紙、居室の表札、個々の暖簾など分かりやすい環境作りを工夫している。動線上に危険なものがないかリスクマネジメントしている。		