

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	0475500765		
法人名	社会福祉法人仙台白百合会		
事業所名	グループホームさちの家		
所在地	仙台市泉区本田町20番7号		
自己評価作成日	平成24年1月7日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokuhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0475500765&SCD=320&PCD=04
----------	---

【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3階		
訪問調査日	平成24年1月25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)】

①開設当初から、入居者と職員が心一つにして開墾した畑が、8年を終えようとしている。苦勞や失敗を重ねてながらも、入居者・職員共に汗流して育てた野菜を収穫し、一緒に調理したり、家族や近所の方々にも味わっていただき、お互いに労いの言葉を掛け合うことが、何よりのコミュニケーションとなっている。高齢化による身体機能の低下と認知症の進行により、車椅子での生活になった方でも、自然の恵みと収穫の喜びが肌で感じられるように、畝の幅を拡げ、共に園芸活動をできる範囲で楽しみながら行っていた。②職員が行っている関わり方を振り返ることで、一人ひとりの気持ちを理解し、不安や混乱を招かないように「気づき」「気配り」を心掛けることで、入居者に「より笑顔もある生活」を提供して行くことを課題に、全職員でデータ分析を行い、結果を謙虚に受け止め、常に入居者の処遇改善を図っている。③入居者の身体機能低下と認知症の進行により、安全面に気をつけるあまり、生活の範囲を狭める危険性があるため、全職員で入居者一人ひとりのリスクを考え、リスク予測表として作成し、事故防止とともに入居者が自分のペースで生活できるよう生活の範囲を広げられるようなケアを実践している。

【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)】

建物全体がゆったりとしており、細部にわたり居心地の良さと安心したケアを施せるように考えられている。敷地内には家庭菜園があり、草花が植えられ季節の変化を感じることができる。さらにそこで栽培された野菜は食卓に供され二重の楽しみを得ている。庭で犬が飼われており、散歩へ連れ出したりしている。母体は学校法人白百合学園で、隣接した同法人の各種福祉施設は、利用者や家族に安心感を与えている。さちの家は8年経過し、関連団体や行政、地域との連携も培われている。近隣4町内会との協定締結で、相互の協力関係が出来ている。職員は、詳細な観察をベースとした「リスク予測表」にそった、利用者を笑顔にさせる心配りにあふれた対応をしている。おしりふきタオルはいつも適温に保たれ、さりげないいたわりを感じる。綿密なケアサービス計画を立てながらも、一方で、その人らしさを、という理念に基づき利用者の思いや状況に寄り添っている。

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		

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホーム さちの家 ）

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	法人としての理念の他、事業所としての理念を管理者と職員が協議しつくり、共有し実践に努めている。また、事業運営の方針の中でパーソナルケアを示し、入居者がより地域の中で、その人らしく暮らし続けられるよう個別ケアを具体的な方針として打ち出している。	理念は、「パーソナルケアの基本方針」として具体的に行動できるように12項目が設定されている。全員で決め、随時確認している。利用者は、今までの生活を継続できるように、自分が出来ることは自分で、必要以上に手を出さずに、その人らしく暮らせるように支援している。	
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人として日常的に交流している	近隣の住民や子供たちが、犬を見に来たり、ホームで収穫した野菜を差し上げたり、芋煮会や餅つき等の行事に地域住民、家族、地域包括支援センター職員、ボランティア活動者等日常的に交流している。今年度は特に震災の影響もあり、地域の方をGHに避難して頂いたり、逆に物心両面での支援を地域から頂いた。設立当初から近隣4町内会と災害時等の協定を締結している。	「高齢者複合施設及び、その周辺環境整備等に関する」協定書により、地域との環境も含めた総合的な関係を築いている。多くの地域ボランティアが訪れ、職員と茶話会を行い交流を深めている。震災時は町内のアパートの学生がマンツーマンで見守ってくれた。	
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	家族やボランティアの来所時や運営推進会議では、認知症についての理解を深めていただくよう実践や取り組みについて話している。また、職員の中には、今年度から仙台市から委託を受けているGH協会の認知症サポーター養成講座へ講師として関わりを持ち、地域包括支援センターから依頼を受け、地域住民向け認知症ケアの講義の他地域ケア全体会議の委員も依頼を受けに行っている。		
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	運営推進会議は、2か月に1回定期的に開催し、その中でサービスの取り組み状況、報告及び課題等を挙げ委員からの意見を伺いサービスの中に組み入れサービスの向上に活かしている。また、運営推進会議の委員の方には、ホームの行事等にも積極的に参加して頂き、その都度感想、意見を伺っている。平成22年度からは、新たに仙台泉消防署及び泉警察署職員の方にも参加して頂き、防災・防犯の面からのアドバイスを伺うと共に、GH側からも地域に存在することの理解を得る様努めている。	年6回開催し、年間予定を組んでいる。メンバーは、利用者と家族代表・地域代表・地域包括職員・泉警察署員・泉消防署員で、警察と消防からは専門的な面で協力をもらっている。振り返りの中から問題点を発見し次につなげている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは、常電話、FAX、区役所に出向き連絡を取り合っている。また、市町村が主催する研修会等には積極的に参加し、情報収集、意見交換等を行い、さらに依頼があれば、仙台市認知症介護実践研修・施設実習の受け入れ等、相互協力関係を築いている。また、仙台市より依頼を受け、地域包括支援センターの地域ケア全体会議の委員、認知症サポーター養成講座への講師として関わりを持ち、市町村との連携を図っている。	市町村担当者とは、常電話、FAX、区役所に出向き連絡を取り合っている。また、市町村が主催する研修会等には積極的に参加し、情報収集、意見交換等を行い、さらに依頼があれば、仙台市認知症介護実践研修・施設実習の受け入れ等、相互協力関係を築いている。また、仙台市より依頼を受け、地域包括支援センターの地域ケア全体会議の委員、認知症サポーター養成講座への講師として関わりを持ち、市町村との連携を図っている。	毎回の運営推進会議に、1～2人の包括職員の出席があり、相談をしている。所長は「地域ケア全体会議」の委員をしており、市町村との連携を図っている。	
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	事業所会議等の中で、身体的な拘束や言葉による拘束などについて研修を実施し、全職員が理解したうえで身体拘束のないケアの実践に取り組んでいる。スタッフが1名体制となる夜勤帯以外は施錠は行っていない。GHとしての身体拘束廃止に関する指針を作成し、介護する上での身体拘束をすることによる弊害を、職員個々が理解する様に取り組んでいる	認知症を進行させないため、本人が嫌がることは身体拘束ととらえ、ストレスをなくす努力をしている。リスクを理解したうえで、センサーマット等の福祉用具も取り入れている。近所の方から電話があったり、見守ってくれるなど連携体制が築かれている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	外部研修や事業所会議等で勉強会を行い、虐待が見逃されることがないように職員一同防止に努めている。また、管理者は、職員が高齢者の虐待を行わないよう、職員の仕事におけるストレス解消に向けマネジメントするよう、職員個々の悩みを管理者に提出したり、年数回個別面談をするように計画している。		

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
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	外部研修などにより、職員が事業所会議等で勉強会として権利擁護や成年後見人制度について学ぶ機会を設けている。管理者は地域ケア全体会議と関わりがあり、情報等を職員に伝授している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時、ご家族、利用者の都合に合わせて、十分な時間をとり、契約書の内容について丁寧に説明し、疑問に対しては理解の頂けるような返答を心掛け不安の解消と理解、納得、同意を頂けるように対応している。		
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	日頃から利用者の声に耳を傾け意見や不満、苦情を話せる環境作りに努めている。利用者の訴えなどは家族の面会時、個別に話し合ったり家族懇談会や運営推進会議で伝えて運営に反映させている。また、ホームの玄関に意見箱を設置し、気軽に意見を述べやすいように匿名で記載できるよう配慮し、それらを全職員で検討し、運営に反映させるようにしている。年2回家族懇談会を開催し各々から意見を聴き取り、また個々の悩みについては都度面談し、利用者、家族の意見の反映・解決に繋げている。	面会時、会議等での意見は貴重なものとして対応をしている。「年間行事を先に知らせてほしい」との要望がありこれに合わせて、遠方より宿泊しながら訪れる方もいる。年2回の家族懇談会も意見を表せる場になっている。第三者委員を委嘱している。	
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	管理者は、事業所会議、主任以上の企画会議に出席し、運営に関する意見を職員から確認する機会を設けるほか、随時職員個別相談も受けている。代表者は、来所時(2週間に1度)管理者から報告を受け運営に関する職員の意見を検討し反映させている。また、年1回職員個々から業務改善提案書を提出させ、職員処遇などに反映させている。年2回程、管理者は面談を行い、職員の悩み、意見を聞き反映している。	年2回面談し、全職員の意見・相談を受けて運営に反映させている。年1回全員が建設的な意見を業務改善提案書として提出し、日常の中で改善をしている。夜間頻繁なトイレ支援のため早番を5時からとしたり、震災当初は夜勤と深夜勤務の2人体制で対応した。	
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	運営者は、事業所配置に関しては、常に適材適所に努め、シフト作成上は可能な範囲内で職員の希望を組み込むなど、職員がストレスを感じないような労働環境を常に配慮している。また、平成20年度より人事評価制度を導入し、運営者が個別に職員と面談する機会を設け、職員の努力や実績を評価するシステムを導入している。		
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	法人並びに事業所としての研修会を定期的開催し、職員の人材育成に努めている他、外部研修において極力出席出来るように配慮している。また、平成20年度から法人職員人材育成の一環として人事制度を実施しているが、トップダウン型ではなく、職員参加型(ボトムアップ型)人事制度を導入している。		
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	宮城県グループホーム連絡協議会、仙台市老人福祉施設協議会及び地域独自で企画運営している泉区老人福祉施設協議会で企画する研修会及び職員交流会に積極的に参加するように促し、入居者交流並びに職員意見交換等を通じてサービスの質の向上につながるような取組をしている。		

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
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	入居時、利用者や家族との面談で、十分に話を聴き、利用者が求めていること・不安なことを、本人の表情・顔色等からしっかりと把握するよう努めている。利用者の意志表示が困難な場合でも、家族からの意思をできる限り尊重できるよう努力している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族との面談で、家族の話を十分に聴き、利用者を取り巻く環境について把握する。利用者のホームでの生活を想定し、これからの生活について説明した上で、新しい生活へ向けて取り組む必要のある事柄について予め検討し、できる限り家族の不安等が和らぐよう努めている。		
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	本人と家族から十分に話を聴き、十分に検討した上で利用者が必要としている支援の優先順位を見極め、サービスを提供している。利用者にとって、他のサービス利用が望ましい場合は、他のサービスの利用も視野に入れ検討する。		
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	利用者と職員は、生活の中で、食事作り、掃除、洗濯、園芸活動など様々な共同生活を通じて、お互いに助け合い、個々の考えや価値観に触れることで、互いに学び合い、経験を積み上げながら、個々の志気を高め合っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	職員は、必要に応じ、家族に利用者の生活状況を報告し、利用者がより幸せに暮らせるよう話し合いを持ち、利用者が心身共に健康で穏やかに暮らすことを目指し、家族と職員が連携を密にし、利用者を支えられるように務めている。また、行事での共同作業を通じてお互いを労い理解し合える関係を深めている。また、ご家族のご希望があれば、随時話し合いの場を設け、ご家族の不安を解消すると共に利用者支援に役立っている。		
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	入居前の利用者の生活を尊重し、利用者の交友関係並びの環境が継続できるよう支援している。利用者が友人・知人と外出する際、関係者に利用者を理解して頂けるよう、利用者の外出する際に配慮して頂きたいことを依頼し、馴染みの環境がその時点で途切れないよう継続するよう配慮している。入居前、自宅で家庭菜園(園芸)を行っていた方には、敷地内に野菜や花を植えて楽しんで頂くよう環境を整えている。	職員は馴染みの場所への散歩や、買い物・美容室への外出支援を行っている。弁当持参で訪れた友人をお茶でもてなし、家族に来訪を促す連絡をするなど関係継続の環境を整えている。家族の協力を得ることが重要だと考えている。	
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	利用者同士の関係を把握し、利用者がお互いに快適に過ごせるよう座席等の環境作りを行ったり、利用者同士の交流を深めるため、レクリエーション等を通じて、それぞれが良い関係が築けるように配慮している。		

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	退居された利用者や家族が、新しい環境に馴染めるよう新しい生活へのアドバイスをし、問題解決に向けて話し合いを持つ場合もある。また、新しい施設へサマリーを作成し、利用者が環境の変化に混乱しないように具体的援助方法などの情報提供も行っている。		
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	日頃から利用者に希望を伺い小さなつづきにも耳を傾け、できる限りその希望を取り入れるよう努めている。困難な場合は、家族からのアドバイスや日頃の利用者の表情等の観察から職員間で常に検討している。例えば、献立作成は、その都度利用者と相談し栄養面を配慮しながら、利用者と一緒に作成している。また、自宅に帰る家族との時間を過ごしたい、買い物をしたい等の希望があれば、ご家族の協力も頂き、実現している	生活歴、医師・家族からの情報を基にして、情報を共有している。さらに日々の細かい変化を申し送りし、快適に過ごせるように配慮している。足の痛みでトイレにいけなければ2人介助で支援している。	
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	入居前の実態調査を初め、入居後も利用者からの情報や家族の情報等から入居前の暮らしの把握に努めている。また、居室を馴染みある環境に近づける為、必要時自宅から家具や小物等を持ち込んで頂いている。園芸の好きな利用者には、ホームの周囲に畑や花壇があり、園芸活動ができる環境にある。		
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	日頃から利用者の様子観察を行うこと、コミュニケーションを図る機会を多く取ることで一日の過ごし方、心身状態、残存する力等の現状の把握に努めている。また、利用者と職員が「さちの家」の特色である園芸活動で共に汗水を流して取り組み、お互いに収穫を喜び、労いの言葉を掛け合うことで、一人ひとりの残存する力を活かすことができるよう職員間で検討している。		
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	利用者がより良く暮らして頂くため、介護計画を作成するにあたり、介護計画サービス内容に添ったチェック表を作成し、評価を確実にし、次の計画作成に役立てている。また、利用者の言葉、様子又は家族からの情報、職員間の話し合いの中からアイデアを反映している。運営推進会議等で、各委員に相談したり、ボランティアの方・介護相談員にも相談し、介護計画に盛り込んでいる。	サービスチェック表で評価を行い、家族・本人の要望にそって、その人らしく暮らしていけるように支援している。出来る事が減っていく利用者の変化を見逃さず「リスク予測表」で把握し、介護力でカバーする介護計画としている。	
27		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	利用者の日々の様子や介護計画に沿った内容を中心に、ケアの実践、結果、気づきや工夫等を毎日個別に記録し、職員間で情報を共有している。また利用者の様子や変化等の早期発見に努めると同時に実践や介護計画に活かしている。介護計画更新時にはご家族のご意向をお聞きし、ケアに反映できるように心掛けている。		
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	同じ敷地内に、併設する施設として、特別養護老人ホーム、ケアハウス、デイサービスセンター等があり、希望があれば見学や申込ができるよう支援をしている。また併設施設には喫茶店、理美容室、訪問歯科があり、また行事等を通じて利用者並びにボランティアとの交流も図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の意向や必要性に応じ、ボランティアや実習生を受入れている。また、仙台白百合学園のイベント等に参加している。また、定期的に防災訓練を実施し、必要時は警察に連絡が取れる体制があり、様々な地域資源を活用しながら支援している。		
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	入居される前から、精神科・内科等の医療機関で関係性のある一人ひとりのかかりつけ医を家族から伺い、また協力病院と職員との連携を密にし、利用者家族の希望する医師の診断・往診が円滑に行えるような体制で支援している。毎日のバイタルチェックおよび体調の変化があれば詳細に記録し、受診の際には、日頃の状況を正しく医療スタッフに情報提供している。気になる事は、その都度医師に相談したり、受診の結果をご家族に伝えている。	受診は家族と共に職員が付き添い、医師との連携を強めている。家族だけの時には、日常の情報を提供し診察後の報告も受けている。月2回の訪問歯科診療は、同法人内の歯科治療スペースを利用して行われている。看護師が常勤しており、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	職員として看護職員が常勤しており、常に利用者一人ひとりのかかりつけ医、協力医療機関との連携を取りながら、日常の健康管理や医療活用を適切に行っている。また、介護職員に対しても医療・看護のあり方を指導し、2か月に1度行っている全職員参加の事業所会議において勉強会を開催し、介護職員でも緊急時の適切な対応及び日常の状態観察等ができるよう指導している。		
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。	入院という環境の変化に加え、長期入院による身体機能の低下と認知症の進行予防のため、治療が終了した時点で、できるだけ早く退院できるように退院の時期や退院後の留意点について医療関係者に伺い受入を行ってきた。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化対応・看取りの指針について、利用者並びに家族に説明の上、同意捺印を頂いている。また、利用者の状況に応じて、ケアプラン説明の際に、家族の意向を伺い職員間で情報を共有すると共に、職員に対しては、「看取りケア」についての研修会を定期的に開催する。また、地域の関係者に対しても説明しチームで支援する体制を構築している。重度化している方のご家族とは連携を更に密にし、本人およびご家族の意向を伺った上で、本人にとってより良い環境を常に考え、状況に応じて話し合いを行っている。	「重度化対応及び看取りに関する指針」を持ち、対応できる仕組みが出来ているが、看取りの経験はない。家族の意向を確認しており、信頼関係が構築されている。看取りケア研修を毎年開催し、職員は日頃から看取りを意識している。	
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	緊急時対応マニュアルを整備し、職員の目の点くところに掲示し、事業所会議でも説明を行うなど周知徹底している。また、内部研修で、実際緊急時の対応及び応急手当の方法の研修会を開催したり、定期的に全職員消防署で行う普通救命講習に参加している。		
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	災害時には、近隣4町内会(永和台、歩坂町、本田町、百合が丘)と災害時の協力協定を締結しており、地域も含めた災害時には、お互い協力体制を取れるよう協定を結んでいる。避難訓練を実施する際は、地域住民(ボランティア)にも参加を依頼し実施している。	避難訓練は年3～4回の内2回は夜間想定とし、地域住民の参加を得ている。スプリンクラー等の設備点検も年2回実施している。居室から直接外に避難できる。非常用食料は4日分から1週間分に増やした。	

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	
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	全職員が、利用者に対して尊敬する心を持ち接している。利用者の行動は否定せずに受け止め、自尊心を傷つけない対応を行っている。また、個人情報取扱には十分注意して、利用者の目に入る場所には置かず、申し送りや話し合いの際にも考慮し対応している。普段から呼び名を前名で呼ぶことを心がけ、話口調・声の大きさ・話す速さに意識し、声掛けの内容も本人の気分を害したり、羞恥心を抱かせない様な対応を職員各々がしている。居室への出入りの際には、必ず声を掛け了解を得ている。短期記憶障害の方には、一緒に入って頂き、混乱を避けている。	声掛けは不快感を与えないように笑顔で接する。リビングの席順は一人ひとりの性格や身体状態に配慮している。トイレ誘導などもプライドを損ねないように支援している。申し送り時には個人名を避けるなど、個人情報の扱いにも配慮をしている。		
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	関わる際には、必ず声掛けし、利用者の意志を確認している。個々の状態に合わせて、混乱しないように短い言葉で話しかけたり、非言語コミュニケーションを活用して、利用者の気持ちを引き出すよう努めている。			
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	一日の流れを決めずに、各個人の行動を尊重する中で外出やレクリエーションを提供し、活動したいことを選んで頂いている。一日の過ごし方は、散歩、合唱、塗り絵、読書、買い物、園芸活動など一人ひとり様々である。			
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	家族の協力を得て、以前から行きつけの美容院へ散髪に出かけている利用者がいたり、毎日化粧をしている方もおり、お洒落を楽しむ事ができるように配慮している。利用者の好みの物を選んで頂けるように一緒に洋服や化粧品を購入に出かけることもある。			
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	料理作りが好きな利用者には、献立作りから相談し一緒に調理している。お菓子作りが好きな方は、得意なお菓子を作って頂き、他の利用者にも振る舞って頂いている。調理をすることが困難な方には、味見などをしていただき、その方のできる範囲で楽しんで頂いている。また、その日に決めて外食に出かけることもあり、利用者の希望に応じて食事内容を決めている。敷地内の家庭菜園で作った季節の野菜(タラの芽・フキ等旬の野菜)を食材として使用し、季節感を味わって頂いている。	主な食材は共同購入を利用し、都度、利用者にも相談して献立を決めている。不足の材料は近くのスーパーへ利用者とともに買い物に行く。車いすの方も出掛ける機会を作っている。ホームの家庭菜園の野菜や、ふきのとうなどを有効に使い楽しんでいる。職員も一緒に会話を楽しみながら食事をし、利用者も共に後片付けを行う。毎月同法人の管理栄養士に点検とアドバイスを頂いている。		
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・水分摂取量のチェックを行い、記録として残し、毎週の体重測定の結果と排泄パターン表と照らし合わせている。また、毎日の献立を併設施設の管理栄養士に定期的に提出し、アドバイスを頂き調理に役立てている。また、管理栄養士に必要に応じて研修会を行っている。			
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に、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	食後の歯磨きが習慣となるように、歯磨きを行える方へは、声掛けと見守りを行い、介助が必要な方へは、うがいと毎晩の入れ歯洗浄を行っている。歯磨きが不十分な方へは、仕上げ磨き・歯間ブラシ・口腔ウエットティッシュ・洗浄液を用いて、口腔の衛生を看護師の指示のもと全職員で行っている。又、入居者の御家族が歯科医であることから、定期的に健診を行いアドバイスを頂いている。			

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
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	排泄パターン表に排泄状況を記録し、個人個人に合った時間を見出し誘導することで、それぞれの生活の流れに応じた排泄の自立に向けた支援を行っている。また、水分チェック表と照らし合わせたり、職員間で情報を共有し、個々の排泄のサイン(身震いや表情の変化等)等を読み取ることで、定時以外のトイレ誘導も実施することで失禁回数の減った方もいる。	排泄パターンを把握し、自立支援を徹底し、同じ人でも1日の中でオムツ、パット等を使い分けて支援をしている。便意のサインをつかみ手厚い介護で自立出来た例がある。薬に頼らないようにヨーグルトやサツマイモ等の食物繊維の摂取、十分な水分に心がけている。	
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	便秘に関する理解を全職員が周知した上で、日頃より、乳製品、食物繊維、水分の摂取と腸の蠕動運動を促すための運動、腹部マッサージを行い、便秘の予防に努めている。また、排便チェック表を用いて、排便状況を常に把握し申し送っている。		
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	利用者の希望や身体状況(痒み、汗をかく等)などに合わせ臨機応変に対応している。時間帯についても利用者に希望を確認してから入浴して頂いている。また、ホームの風呂にも入浴剤を使用したり、季節に合わせてゆず湯、菖蒲湯又は、ホームで栽培しているラベンダー湯を実施したりしている。又、車椅子の方にも快適に入浴して頂けるようリフト浴を導入した。	基本週3日で、4時～6時の入浴だが、希望があった時、通院前、皮膚疾患等には都度対応している。リフト浴を導入し車イス利用の入浴も可能にしている。全居室に籐バグの風呂セット入れを用意している。入浴剤は希望に応じている。	
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	足元に温タオルを置き温熱法を実施したり、家族に電気毛布・湯たんぽを持参して頂くなどして安眠につなげている。個々に合わせて日中の活動量を調整し、適度な疲労感で夜間の安眠が図れるように取り組んでいる。また、身体の疲労具合や様子を十分に観察し、就寝時間や起床時間を個々に合わせており、日中の昼寝の時間を設けている。		
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	職員一人ひとりが薬の作用・副作用を正しく理解した上で、誤薬等に留意し適確に与薬できるように支援し、症状の変化や確認している。誤薬の予防のために、薬の準備を行った職員と確認する職員を別にする体制を取っている。		
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	手先が器用な方には、広告で箱折りをしていたり、昔病院で洗濯物を畳む仕事をしていただいていた方には、洗濯物量をして頂いている。料理が得意だった方には、調理の仕方を聴いて食事を作っている。自ら食器洗いや食器拭きをしてくださる方もいる。何かして頂いた際には、職員が必ず、感謝の言葉や労いの言葉をかけ、それぞれ利用者には役割を感じて頂いている。		
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	毎週火曜日、水曜日、木曜日には併設施設の中で営業している喫茶店へ出かけたり、天気の良い日には、近所を散歩したり、犬の散歩をしている。利用者が買いたい物やホーム内で必要なものがあれば、その都度利用者と一緒に買い物へ出かけている。また、パイオツ演奏会・白百合学園幼稚園との交流会等も行っている。	ホームの犬との散歩やゴミ出しをしている。敷地内の同法人施設のリハビリ機器などの利用や週1回喫茶店に出かけている。「今日のおやつは〇〇がいいね」と声が有った時は、皆で買い物や食べに行く。どんと祭、定義、松島、秋保温泉など、車いす対応車両を借りて外出機会を多くしている。	

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	買い物や通院、喫茶店などの際には、利用者にお金を支払って頂くようにしている。また、小銭程度常時自分で財布を所持し、金銭を管理している方もいる。		
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	利用者から電話をかけたいという要望があれば、かけて頂き、また、昼食の時間には、内線連絡で職員に声掛けすることで、職員と電話で会話する機会となっている。手紙は、暑中見舞いや年賀状の時期に、レクリエーションを兼ねて作成し、家族・親戚・友人などに郵送している。		
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	生活感・季節感のある空間を心掛け、玄関には傘立て・スリッパラック・入居者の方が生けた花、廊下には、観葉植物や季節ごとの行事の写真の掲示、台所には敷地内で収穫し、入居者とスタッフが一緒に漬けた梅酒の瓶、食堂には和小物、季節の草花、浴槽は家庭的浴槽、ベランダには物干し台、箒や盥園芸用品を置いている。	広いリビングには、大きな掘りコタツを配置した和室がある。キッチンが中央にあるため、環状に配置された部屋に目が配れる。テレビと応接セットがある談話コーナーは落ち着いた空間である。手作りの日めくりカレンダーや、時計・温度・湿度・加湿器でホーム内が快適に維持されている。利用者の絵手紙や地域の方の手作りタペストリー、行事写真、さちの家便り、庭のラベンダーのドライフラワー等が飾られている。	
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	談話室として掘り炬燵のある座敷を備えている。利用者同士、職員とはもちろん、一人でもくつろげるよう新聞や雑誌、アルバム等を置いている。その他には、テレビ前には、くつろげるソファや廊下には1～2人用のベンチを設置してある。		
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	使い慣れた家具や生活用品、装飾品を出来るだけ持参して頂いている。利用者の嗜好、趣味を考慮した空間を家族と共に作り上げ、利用者が安心して過ごせるよう心掛けている。ベットではなく布団を希望された方には、畳を用意し対応することも可能である。	各室に木の表札が掲げられ、扉の模様と入口照明は部屋毎に変えて混乱しないように配慮している。部屋の入り口にはベンチを設えて、ひとりになれる空間を作っている。ベット・整理ダンス・洗面台・鏡・飾り棚・ナースコール・スプリンクラー・手提げ籠が設置され、位牌や思い出の写真を飾っている。床暖や押入れ、夫婦用に2部屋続きに出来る部屋もある。	
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	共用部分には、手摺りを設置し、必要に応じては住宅改修(ウォッシュレットの設置と採光の調節)や模様替えも行い、不備があれば、その一人ひとりの状態に合わせて対応するよう努めている。その他にもテーブル・椅子の数や位置の変更や、椅子が高い方には踏み台(足台)を用意したり、車椅子から椅子に移って頂く等個々に合わせて対応している。		