

### 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	平成23年11月28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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0472600345&amp;SCD=320&amp;PCD=04">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0472600345&amp;SCD=320&amp;PCD=04</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【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23年12月9日		

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

入居者がたとえ重度化しても、職員の介護力を向上し、一人ひとりが可能な限り安全で安心して桜の家での暮らしが継続できるよう努力している。また、医療連携にも力を入れており、内部に看護師の配置や、24時間対応可能な往診クリニックの医師と訪問看護ステーションの看護師と連携を図っている。また、歯科医師と歯科衛生士による居宅療養管理指導を受け、口腔内の清潔保持や誤嚥性肺炎予防等に努めている。  
 「ゆったり、のんびり、一緒に、楽しく」を生活の全体像として理念に掲げ、入居者が安全で安心して暮らし、失敗や混乱、間違いがあったとしても、注意や否定をせず、「ここでは何でも許される」自由な暮らしができるよう全スタッフが、常に入居者一人ひとりの見方であり、生活のパートナーとして日々努力している。

**【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)】**

田畑に囲まれた自然豊かな環境であるが、隣家とは距離が離れている。看護職が3人おり、管理栄養士がメニューを作成し、内外の清掃担当者がおり、職員体制は充実している。訪問看護師による日常的な健康管理がなされ、24時間対応できる協力医療機関の後ろ盾は利用者・家族・職員の大きな安心となっている。管理者は社会的な活動に積極的であり、震災時に避難所を回り、被災者を受け入れ、被災地のグループホームに支援物資配給などを行っている。季節ごとに発行されるホームの情報誌「さくらだより」は行事報告だけでなく、家族のために日常的な暮らしの中で役に立つ情報をわかりやすく掲載している。

**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 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「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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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、その年に合った介護理念を職員で話し合いながら作成している。また、毎朝必ず唱話しており、全ての職員に周知出来ている。	年度初めに職員全員で事業所の理念を作成し、毎朝のミーティングで唱和している。今年は「ゆったり のんびり 一緒に楽しく」とした。ほかに地域密着の意義も盛り込まれた「介護理念」、管理者用の「自己理念」がある。	
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	行事の計画の際地域への苑外活動を計画している。その際、地域の方にボランティアとしてご協力頂いている。また、運営推進会議に地域の代表の方に出席頂き施設の情報公開を行っている。	町内会へ加入している。地域の夏祭りがホームで行われるようになり、婦人会が夏祭りの手伝い、外出支援、防災訓練時の見守りなどを行っている。震災時には地域の方から発電機を借用し、支援物資も届けられた。	
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	管理者が地域の方を含めて、認知症サポーター養成講座等で認知症の理解や認知症の方々への支援方法を講義している。		
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	会議で地域の方や地域包括支援センター職員から頂戴した意見は、その都度会議等で職員へ通知している。また、会議の議事録は施設内に掲示している。	利用者、家族、地域代表、民生委員、地域包括職員、施設長、介護職員で構成され、年度初め2ヶ月に1回の開催日を決定する。備蓄について、夏祭りの企画等への意見交換があり、外部評価結果の報告もある。	
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	入居者の入退居を含め、なるべく速やかに報告をしている。また運営推進会議で市町村から出た意見は職員へ通知している。	町営の地域包括支援センターで、職員が推進委員会に出席意見交換をし、ホームの夏祭りに町長が参加し、震災時には毎朝、給水車よる給水があった。施設長が避難所を回り被災者を、行政と連携しながら受け入れた。	
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	勉強会等で管理者から、高齢者虐待防止法の講義を受け、また実際にそれをケアに活かしており、身体拘束は行っていない。	職員は入社時に研修を受ける。職員は“拘束をしないもの”と考え、外出傾向をつかみ、静止ではなく寄り添うケアを行っている。玄関は日中施錠されず、併設のデイサービスや、備え付けのテラスに自由に入出りできることで気がまぎれることもある。	
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	定期的に管理者から勉強会等で講義を受け、防止の徹底を図っている。また、施設内に虐待をしない事を掲示している。		

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	内、外部研修の中で勉強する機会はあるが、活用する機会は現状としてない。		
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	入居前の実態調査でご家族へ当施設の概要を十分に説明し、ご理解頂いた上で入居してもらっている。また、施設入り口には重要事項をいつでも見れるように掲示している。		
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	家族会等で意見は伺っているが、ご家族様来苑時には、必ず入居者様の状態を報告しながら意見を聞くようにしている。	家族会は年2回開催し事業報告・外部評価について報告し、運営についても意見を聞くように努めている。意見箱も設置されているが、口頭でケアについての要望が伝えられることが多い。第三者委員は委嘱されている。	
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1、2回施設長面談があり、面談で職員から出た意見は、なるべく運営に反映させるようにしている。	施設長面談を行い、出た意見はミーティングで職員全体で考え、解決できない事柄は管理者会議で検討する。部署会議も1～2ヶ月に1回開催している。医療連携の充実などが実行されている。	
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	管理者との個人面談を行い、個々の心境や心配事等を伺い、課題解決に努めている。又、朝のミーティングで管理者より、労いの言葉がある。		
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	OJT、OFF-JT共に積極的に研修へ参加している。又、復命する機会を設けると共に、復命書をいつでも閲覧できる場所に置いている。		
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	代表者及び管理者は、宮城GH協議会の役員を担い、情報交換やブロック集会への参加、外部からの実習も積極的に受け入れている。交流により、自分達の支援方法の振り返りになっている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス導入前の実態調査から関係作りを始めて、入居して間もない頃は、落ち着かれない入居者も多いので、パーソナルスペースに配慮しながら寄り添い、信頼関係を築く事から行っている。		
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	サービス開始前から、ご家族様と連絡調整を密に行い、入居後も面会時や電話等で入居者本人の様子等をこまめに報告するようにしている。		
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	その都度入居者・家族と話し合い、現状に必要な事の把握に努め、必要に応じてケース会議等を行い支援を行っている。		
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	のんびりハウスにおいては、食事の準備等を出来る入居者が減ってきたせいもあり、一緒に行く頻度が減り、触発する事も少なくなってきたので今後の課題となっている。		
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	ご家族と話し合い、入居者の情報を共有するようにしている。また行事計画の都度ご家族へ出席確認をしているが、忙しく連絡の取りにくいご家族とは今後関係性を築く為の取り組みが必要であると考えている。		
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	入居者の重度化に伴い馴染みの場所への外出の機会が減ってきている。入居後はなるべくご家族の方とは連絡を密にして、関係性を断ち切らないように努めている。	馴染みの商店への買い物、理美容院、墓参、法事などに行けるよう支援を行っている。併設のデイサービス利用の友達のところへ行く利用者もいる。家族との関係を維持するため、来訪を声掛けしたりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者のバックグラウンド等の把握に努め、気の合いそうな利用者同士のカップリングを行っている。また、入居してすぐの方は職員が間に入る事により関係性を構築している。		

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	退去後もご家族には何か困り事があれば、いつでも相談にきていただけるような連絡体制を整えている。		
<b>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</b>					
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	一人ひとりの入居者の話を聞き、思いを汲み取る。生活歴やケース会議等での話し合われた内容をアセスメント、ケアプランに盛り込んでいる。	入居前に、今後どんな暮らしをしたいか寄り添い話を聞く。センター方式を用いて細かく分析し、ケアプランを作成する。思いの把握が難しい方は、普段の様子を観察して推察し、いくつかの選択肢を示すなど配慮する。	
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	入居前から実態調査を行い、バックグラウンドの把握に努める。本人から聞き取り出来る方は本人から聞き、難しい方は、家族等からの情報収集を行い、センター方式によりアセスメント・状態把握を行っている。		
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	記録や申し送り等を活用し現状の把握に努めている。また、場合によりセンター方式の24時間シートを活用し入居者の状態把握に努めている。		
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	日頃ケアをしている現場の職員で話し合い、それをケアプランに組み込んでいる。また、ケース会議で話し合い、それをアセスメント、ケアプランへ移行している。また、日々のケアでモニタリングを行いケアプランの実行具合を確認している。	職員が利用者の様子を見、ケース会議で話し合い、これらを基に介護計画を3ヶ月に1回評価をしている。家族に毎月お便りで状況をお知らせして、面会時等に意見を聞き、医師の意見も取り入れている。	
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	実践した結果や気づきを申し送りや記録に残して把握している。また、職員で話し合いの場を持ち、ケアプランに導入し実践している。		
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	デイサービスも併設されている為、グループホーム入居者がデイを利用する場面がある。また、訪問看護や居宅療養管理による往診、地域診療所からの訪問歯科や往診も受けており、多方面から入居者を支えていけるように努めている。		

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
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	地域で行われる行事に参加しているが、まだまだ地域資源の把握と活用不足がある。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医に定期の診察を必ず受けている。症状の変化に伴い、主治医やご家族と相談しながら必要に応じ、受診や往診を受けている。	協力医がかかりつけ医の方が多い。医師の定期診察、歯科が月に2回往診、歯科衛生士が週に1回訪問し、口腔ケアを行う。協力医療機関は24時間対応が可能である。主治医や家族への情報は提供表に記載し行う。	
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	日常の関わりの中で、特変が見られた場合は看護師に報告している。必要に応じて主治医や契約している訪問看護ステーションの看護師に指示を仰いでいる。		
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。	入退院時、医療機関と連絡調整を行い入居者の状態について情報交換をする場を設けている。		
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	主治医やご家族としっかり話し合っ終末期に向けた方針を立て、職員間で統一した支援で取り組んでいる。	「重度化に関する指針」「看取りに関する指針」があり、利用者の状態に合わせた支援を行う。協力医療機関との24時間の連携、正看護師2人准看護師1人の職員配置で看取りを行っている。施設長は職員の心のケアが大切だと考えている。	職員の看取りに対する不安や迷いを少しでも取り除くために、より一層の研修を実施することを期待する。
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	特変時は医療機関に速やかに連絡をし、指示を仰ぐようにしている。また年に1回心肺蘇生法の実技的な講義があるが、参加できない職員もいる為、蘇生法に関しては周知できていない。		
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	月に1度必ず防災訓練を行っており、想定される出火場所も毎回違う為、様々な状況からの非難の仕方を日頃より訓練している。また年に数回地域の婦人防火クラブの方や消防署職員を交えた訓練を行っている。	毎月、夜間想定 of 防災訓練を実施、10月には消防職員・婦人防火クラブと共に、総合訓練を行った。屋内消火栓、スプリンクラー、消火器が設置されている。担当を設け、震災の経験をもとに備蓄量を検討中である。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者の自尊心を傷つける事がないよう本人の自己決定と尊厳を大切に、本人の立場に立った声掛け・支援を行っているがまだまだ一つひとつの声掛けを気をつけていく必要がある。	尊敬の心をこめ、名前はさん付けで呼び、敬語を使言葉遣いは“おだやかに”を心がけている。個人情報のやりとりは、細心の注意を払らい介護理念に「プライバシーを尊重」を掲げ、接遇の研修も行っている。	
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	日常生活の中で自己選択をしてもらう関わりをしている。難しい方はクローズドクエスチョンや表情や仕草から確認している。		
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	入居者の希望に沿っての支援を心がけているが、状況により、出来ない場合もある。		
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	その日の服の選択やエレガンスに配慮するように心がけているが、状況により出来ない時がある。		
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	出来る方はいるものの、実際には出来ていない。しかし、嫌いな食べ物場合は代替品を提供している。また、週に1回買い物を行い、本人の好きな食べ物を聞いて購入し提供している。	食事の準備など出来ることをしている方もいる。職員は食事を共にしている。食べたいものを買い物ができるよう支援している。管理栄養士が献立を作っている。家庭菜園の食材が用いられることもある。	
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	栄養士が献立を作成しているので、栄養のバランスは摂れている。また、利用者1人ひとりに合った食事形態で提供している。水分は1500cc以上を目安に摂取してもらい、足りない場合は申し送りを行い、次の日は満たせるようにしている。		
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	週1回歯科医師・衛生士が来苑し、口腔内の清潔と観察を行い入居者及び職員に指導しているが、毎食後の口腔ケアを全員が行えず肺炎の危険性が高い方のみ行っている。		

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	残存機能を活かしトイレに行ける方はトイレに行き、本人の排泄パターンに合わせた支援を行っている。	トイレの数が多く、男性用の便器が併設されたトイレもあり、表示は分かりやすい。排泄パターン、持病なども考慮しながら支援し、夜間もできるだけトイレ誘導する。入院中オムツだった人が、トイレ排泄になった例がある。	
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	腹部マッサージや乳製品、野菜ジュース等で便秘の予防に取り組んでいるが、下剤を服用する方が増えている。また、運動の機会も減ってきている。		
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	一般浴に関してはいつでも入れるようにしているが、最近は職員に合わせたタイミングになってしまっている。機械浴に入る方は体力の低下が認められるので、曜日を指定して入浴して頂いている。	朝、湯を張り希望があればいつでも入浴できるようにしている。入浴剤やゆず湯を楽しみ、フットバスで足浴ができる。拒否があった時は、言葉かけ等を工夫する。併設デイサービスの機械浴を使用している方もいる。	
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	本人の状況により、日中にも休んで頂いている。室温等を調節し、本人の身体状況に合わせてクッションを使用し安楽に休んで頂いている。		
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	服薬一覧表があり、薬剤の変化があれば随時更新をしているが職員全てが薬に関して把握しているとは言えない。また、薬剤に関しては看護師が主に行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	買い物に出掛け嗜好品をなるべく提供している。しかし役割や気分転換に関しては職員の都合が優先され出来ない時がある。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	週に1度の買い物に出掛けているが、ドライブ等には日常的に出かけられていない。	月に1回は定義・三本木のひまわり畑等の外出の行事計画をたてている。週に一度は買い物に行き、好きな食料品を選んだりしている。本人の希望に添い買い物に出かけることもある。車椅子にも対応している。家族やボランティアの協力が大きい。	



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
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	本人が所持出来る方は所持して頂いている。難しい方はお預かりをし、いつでも使えるように支援している。		
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	電話を希望される方はできるように支援している。手紙が届いた方は本人に届けている。		
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	廊下や食堂に行事などの写真を貼りレイアウトして季節感を出している。また家庭的な雰囲気を出せるように、ソファーやテーブルを置いたり和室がある。入居者に不快がないように五感への刺激に配慮している。	リビング、こたつのある和室、廊下のコーナーでくつろげる。ウッドデッキにスロープの避難通路が繋がる。天窗で、日光を感じ昼夜を認識できるようにしている。温度・湿度は管理され、日めくりも見やすく、季節にちなんだ装飾があり、庭と家庭菜園も楽しみとなっている。	
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	気の合う入居者の所へ一緒に行ったり、一人で新聞を読む時間を取り入れている。		
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	入居の際は出来るだけ使い慣れたものをそのまま持ってきてもらっている。	エアコン、洗面台、収納場所、換気扇が設置されている。洋室と和室がある。窓から明るい日差しが入り、エアコンは職員により管理され快適な温度が保たれている。仏壇、写真、筆筒等の馴染みの品が並べられている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	バリアフリーで各所に手すりを設置し、浴室もバスグリップやバスチェアを設置し身体機能に合わせた環境作りに努めている。		

### 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」 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	平成23年11月28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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0472600345&amp;SCD=320&amp;PCD=04">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0472600345&amp;SCD=320&amp;PCD=04</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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23年12月9日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

入居者がたとえ重度化しても、職員の介護力を向上し、一人ひとりが可能な限り安全で安心して桜の家での暮らしが継続できるよう努力している。また、医療連携にも力を入れており、内部に看護師の配置や、24時間対応可能な往診クリニックの医師と訪問看護ステーションの看護師と連携を図っている。また、歯科医師と歯科衛生士による居宅療養管理指導を受け、口腔内の清潔保持や誤嚥性肺炎予防等に努めている。  
「ゆったり、のんびり、一緒に、楽しく」を生活の全体像として理念に掲げ、入居者が安全で安心して暮らし、失敗や混乱、間違いがあったとしても、注意や否定をせず、「ここでは何でも許される」自由な暮らしができるよう全スタッフが、常に入居者一人ひとりの見方であり、生活のパートナーとして日々努力している。

【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)】

田畑に囲まれた自然豊かな環境であるが、隣家とは距離が離れている。看護職が3人おり、管理栄養士がメニューを作成し、内外の清掃担当者がおり、職員体制は充実している。訪問看護師による日常的な健康管理がなされ、24時間対応できる協力医療機関の後ろ盾は利用者・家族・職員の大きな安心となっている。管理者は社会的な活動に積極的であり、震災時に避難所を回り、被災者を受け入れ、被災地のグループホームに支援物資配給などを行っている。季節ごとに発行されるホームの情報誌「さくらだより」は行事報告だけでなく、家族のために日常的な暮らしの中で役に立つ情報をわかりやすく掲載している。

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 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		

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎年全職員で話し合い理念を作り、事務所やトイレ等目の届くところに貼っている。又、朝のミーティングで毎日唱和している。	年度初めに職員全員で事業所の理念を作成し、毎朝のミーティングで唱和している。今年度は「ゆったり のんびり 一緒に楽しく」とした。ほかに地域密着の意義も盛り込まれた「介護理念」、管理者用の「自己理念」がある。	
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	入居者と共に、毎週町の商店への買い物やガソリンスタンドへ出掛けている。又、地域の方々と一緒に夏祭りを開催したり、防災訓練を実施している。	町内会へ加入している。地域の夏祭りがホームで行われるようになり、婦人会が夏祭りの手伝い、外出支援、防災訓練時の見守りなどを行っている。震災時には地域の方から発電機を借用し、支援物資も届けられた。	
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	管理者が、地域の認知症サポーター養成講座や実践者研修に指導者として参加している。又、認知症の理解についての内部研修も実施している。		
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	運営推進会議で出た意見を職員で共有し、課題解決のための支援方法について話し合いを設け取り組みを実施している。	利用者、家族、地域代表、民生委員、地域包括職員、施設長、介護職員で構成され、年度初め2ヶ月に1回の開催日を決定する。備蓄について、夏祭りの企画等への意見交換があり、外部評価結果の報告もある。	
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	困難事例や今までの取り組みを運営推進会議を通して伝達し、それに対し意見を頂いたり、必要に応じ、助言、指導を受けている。	町営の地域包括支援センターで、職員が推進委員会に出席意見交換をし、ホームの夏祭りに町長が参加し、震災時には毎朝、給水車よる給水があった。施設長が避難所を回り被災者を、行政と連携しながら受け入れた。	
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	玄関のカギは夜間のみ施錠している。ベットの柵で囲んだり、つなぎ服の着用を禁止している。又、声掛けにも留意したり、本人の行きたい場所に自由に行動できる環境づくりをしている。	職員は入社時に研修を受ける。職員は“拘束をしないもの”と考え、外出傾向をつかみ、静止ではなく寄り添うケアを行っている。玄関は日中施錠されず、併設のデイサービスや、備え付けのテラスに自由に出入りできることで気がまぎれることもある。	
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	外部研修にて学習し、日頃より身体の確認、把握に努め、共有する話し合いの場を設けている。また、身体拘束の勉強会を実施している。		

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	内、外部研修の中で勉強する機会はあるが、活用する機会は現状としてない。		
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	契約時等には十分な時間を設け、家族が理解した上で署名と捺印を頂いている。		
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	運営方針を玄関に貼り、誰もが観覧できるようにしている。又、家族会や行事、運営推進会議等で話し合いを設け意見を伺っている。	家族会は年2回開催し事業報告・外部評価について報告し、運営についても意見を聞くように努めている。意見箱も設置されているが、口頭でケアについての要望が伝えられることが多い。第三者委員は委嘱されている。	
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	管理者との個人面談や全体会議、部署会議を設け、その都度職員の意向を伺い、反映するよう努めている。	施設長面談を行い、出た意見はミーティングで職員全体で考え、解決できない事柄は管理者会議で検討する。部署会議も1～2ヶ月に1回開催している。医療連携の充実などが実行されている。	
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	管理者との個人面談を行い、個々の心境や心配事等を伺い、課題解決に努めている。又、朝のミーティングで管理者より、労いの言葉がある。		
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	OJT、OFF-JT共に積極的に研修へ参加している。又、復命する機会を設けると共に、復命書をいつでも閲覧できる場所に置いている。		
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	代表者及び管理者は、宮城GH協議会の役員を担い、情報交換やブロック集会への参加、外部からの実習も積極的に受け入れている。交流により、自分達の支援方法の振り返りになっている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前調査の中でアセスメントし、バックグラウンド等も詳しく伺い、職員間で情報を共有する時間を設けている。環境作りや本人の意向に配慮しながら、関係性を作り上げ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	家族の意向を伺う項目を事前調査シートの中に組み込み、課題や要望を共有し、一緒に取り組むように努めている。又、面会時に状況報告をする時間を設けたり、家族同意のもとケアプランを作成している。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、支援方法を一緒に決めていくように努めている。		
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	できることは継続して頂き、できない所だけ支援し役割をもって頂けるようにしている。声掛けや関わり方に工夫して自立支援を心掛けている。		
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	誕生日や行事等には、企画の段階より、家族の意向を聴き、一緒に行事を作り上げるよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人が以前通っていたデイサービスや自宅等行きたい時に行ける体制作りをしている。又、家族が面会時には、ゆっくりと話しができる環境作りにも配慮している。	馴染みの商店への買い物、理美容院、墓参、法事などに行けるよう支援を行っている。併設のデイサービス利用の友達のところへ行く利用者もいる。家族との関係を維持するため、来訪を声掛けしたりしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	適度に自分の時間を設けて頂きながら、1日3回の食事と茶話会時、おやつ時に交流の場を設け、職員が間に入り、馴染みの関係ができるように努めている。		

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
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	退所時には、次サービス機関への情報提供を実施している。又、いつでも相談、支援できることを手紙や口頭にて伝えている。		
<b>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</b>					
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	個々の行動や表情、言動についてカンファレンスを定期的実施している。傾聴し共感することを心掛け思いに寄り添うように努めている。	入居前に、今後どんな暮らしをしたいか寄り添い話を聞く。センター方式を用いて細かく分析し、ケアプランを作成する。思いの把握が難しい方は、普段の様子を観察して推察し、いくつかの選択肢を示すなど配慮する。	
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	個人ファイルにアセスメント情報やバックグラウンドシート等に本人、家族の意向を記した情報を収集し、職員間で把握し、サービスに繋げるよう努めている。		
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	日々の生活状況記録や必要に応じて24時間シートを使用して、現状の把握や課題解決に努めている。		
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	会議やカンファレンスを実施し、本人、家族の意向を引き出している。又、3か月に1回、ケアプランの見直しを行い家族より署名、捺印を頂いてサービスの実行に繋げている。	職員が利用者の様子を見、ケース会議で話し合い、これらを基に介護計画を3ヶ月に1回評価をしている。家族に毎月お便りで状況をお知らせして、面会時等に意見を聞き、医師の意見も取り入れている。	
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	1日の出来事や気づき、診察記録を個別記録に記入し、日々のミーティングや連絡帳にて共有し、把握に努め、介護計画書見直しに生かせるよう努めている。		
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	ニーズに対し、明確化するためのカンファレンスを開き、事業所全体で解決のための取り組みに努めている。又、柔軟な対応として、空いてる居室をショートステイ事業に活用している。		

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	毎週の買い物で、自己選択を促し楽しみを見出す支援を心掛け、残存能力を活かした支援に繋げている。		
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	本人や家族が主治医、かかりつけ医院を決め、その医療機関と連携を常に図り、いつでも24時間対応してもらえるよう努めている。家族との話し合いのもと受診の対応も行っている。	協力医がかかりつけ医の方が多い。医師の定期診察、歯科が月に2回往診、歯科衛生士が週に1回訪問し、口腔ケアを行う。協力医療機関は24時間対応が可能である。主治医や家族への情報は提供表に記載し行う。	
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	毎日バイタル測定を実施し、状態に合わせて対応している。又、内部の看護師と介護職員間で記録やミーティングで情報共有に努めている。更に、外部の訪問看護ステーションと提携し、連携に努めている。		
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。	入院した場合は、情報共有の場を医療機関や家族と図っている。退院調整だけでなく、こまめに話し合いを設けられるよう努めている。		
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	サービス導入の段階で、終末期の話しに触れるようにし、定期的に本人や家族の意向を確認している。又、主治医との連携を図り、家族と主治医の話し合いの場を設け、その都度意向確認をしている。	「重度化に関する指針」「看取りに関する指針」があり、利用者の状態に合わせた支援を行う。協力医療機関との24時間の連携、正看護師2人准看護師1人の職員配置で看取りを行っている。施設長は職員の心のケアが大切だと考えている。	職員の看取りに対する不安や迷いを少しでも取り除くために、より一層の研修を実施することを期待する。
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	応急処置や心肺蘇生等の訓練を消防隊員により定期的に指導を受けている。		
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	毎月の防災訓練と年に1回～2回の地域合同の防災訓練を実施している。	毎月、夜間想定 of 防災訓練を実施、10月には消防職員・婦人防火クラブと共に、総合訓練を行った。屋内消火栓、スプリンクラー、消火器が設置されている。担当を設け、震災の経験をもとに備蓄量を検討中である。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	介護理念にも掲げ、職員一人一人がプライバシーに配慮した声掛けや個々に合った声掛けに努めている。又、職員間の申し送りの際に、本人が傍にいる時等は、イニシャルを用いて引き継ぎをしている。	尊敬の心をこめ、名前はさん付けで呼び、敬語を使言葉遣いは“おだやかに”を心がけている。個人情報ややりとりは、細心の注意を払い介護理念に「プライバシーを尊重」を掲げ、接遇の研修も行っている。	
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	個々を把握して、閉じた質問と開いた質問を投げかけ、選択できる環境をつくり自己決定を尊重できるよう努めている。		
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	会話する時間を多く設け、本人の意向を聴きだし食事時間や入浴時間を個々に合わせ対応している。		
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	可能な限り本人に好きな衣類を選んで頂いている。又、服や髪の色に配慮している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の買い物から食事作り、片づけまでをできる方とできる限り一緒に行っている。又、温かいものを温かいうち食べてもらうよう努めている。	食事の準備など出来ることをしている方もいる。職員は食事を共にしている。食べたいものを買い物ができるよう支援している。管理栄養士が献立を作っている。家庭菜園の食材が用いられることもある。	
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	栄養士の作成したメニューと週2回の買い物で栄養バランス把握に努めている。又、一日の水分量を把握し引き継ぎを徹底したり、個々の状態に合わせて食事形態を決めている。		
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	本人に合わせて、歯ブラシ、うがいを促している。又、週1回歯科医による居宅療養管理指導を導入し、歯科医及び衛生士に指導を受けている。		



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	トイレでの排泄ができるようにパターンを把握し、職員間で情報共有し、失禁を減らすよう努めている。	トイレの数が多く、男性用の便器が併設されたトイレもあり、表示は分かりやすい。排泄パターン、持病なども考慮しながら支援し、夜間もできるだけトイレ誘導する。入院中オムツだった人が、トイレ排泄になった例がある。	
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	個々により、ヨーグルトやヤクルトなど購入したり、散歩や歩行訓練を促し、予防に努めている。又、主治医からの指示にて下剤を用いることもある。		
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	一般浴は、昼夜問わず、本人の希望や状態に合わせて毎日入浴できるようにしている。機械浴については、デイサービスとの兼ね合いもあり、曜日を決めて入浴して。	朝、湯を張り希望があればいつでも入浴できるようにしている。入浴剤やゆず湯を楽しみ、フットバスで足浴ができる。拒否があった時は、言葉かけ等を工夫する。併設デイスバスの機械浴を使用している方もいる。	
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	不眠時には、ホットミルクや本人の好むものを提供し、安心できる声掛けを心掛けている。		
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	処方箋、診療情報提供書や診察記録を通して、個人の薬や作用について把握に努めている。又、服薬時には、手渡すだけでなく、飲み込むまでの確認をしている。		
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	個々を尊重し、日々の生活の中で喜びや役割、張り合いの有無を確認している。本人の嗜好品などは、好きな時に購入できるように配慮するよう努めている。		
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	外気浴や散歩、ドライブなど本人の希望時に対応できるよう体制を整えている。また、外出行事時には、家族や地域のボランティアの方々に声をかけ協力を頂いている。	月に1回は定義・三本木のひまわり畑等の外出の行事計画をたてている。週に一度は買い物に行き、好きな食料品を選んだりしている。本人の希望に添い買い物に出かけることもある。車椅子にも対応している。家族やボランティアの協力が大きい。	

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
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	買い物時や行事、本人が希望する時には、本人の所持金で本人の好きなものを購入して頂いている。又、全家族からも承諾を得ている。		
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	現在、自ら電話をかけれる入居者がおらず、代行して、電話をかけたり、代弁者として本人の意思や希望を家族に伝えている。		
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	装飾や散歩にて季節を感じて頂いたり、夕方には早めにカーテンを閉め、電気を付ける等の環境整備に努めている。又、日中と夕方の声のトーンにも配慮するよう心掛けている。	リビング、こたつのある和室、廊下のコーナーでくつろげる。ウッドデッキにスロープの避難通路が繋がる。天窗で、日光を感じ昼夜を認識できるようにしている。温度・湿度は管理され、日めくりも見やすく、季節にちなんだ装飾があり、庭と家庭菜園も楽しみとなっている。	
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	リビングやサンルーム、座敷など好きな場所を選んで頂き、思い思いに過ごせるよう努めている。又、居室には家族の写真や馴染みのあるものを置き、馴染みのある場所で自分の時間が過ごせるようにしている。		
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	自宅で使い慣れた物や馴染みのある物を持ち込んで頂き、自宅と同じような、落ち着いた環境作りを心掛けている。	エアコン、洗面台、収納場所、換気扇が設置されている。洋室と和室がある。窓から明るい日差しが入り、エアコンは職員により管理され快適な温度が保たれている。仏壇、写真、筆筒等の馴染みの品が並べられている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	建物内は、ほぼバリアフリーであり、手摺を設置したり、トイレや居室等に表札を付け、見当識訓練を実施し、できるだけ自立した生活に繋がるよう支援している。		