

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	0495200123		
法人名	株式会社テンダー		
事業所名	グループホームあったかいご燕沢東 ユニット名うぐいす		
所在地	仙台市宮城野区燕沢東3丁目20-32		
自己評価作成日	平成22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)】

近所に小学校があり、定期的な慰問があるなど交流しやすい環境にあります。内庭には家庭菜園があり、収穫時期には、季節を感じながら採れた野菜などを使って料理したり、日頃もみんなで食べたい物を話し合い楽しみながら、おいしく食事ができるように心がけております。また、定期的なかかりつけ医師の往診。1月からは、新たに訪問看護とも連携し地域の中で支え合い、健やかで安心して過ごせる、みんなに優しい暮らしを目指しています。

※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/
----------	---

【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)】

ホームは平成22年1月15日より法人が変更になったばかりでまだ体制が整っていない。ホームでは最期の看取りの経験がありターミナルに関する「重度化及び看取りに関する指針」や「同意書」などの様式を含め本人及びその家族に方針を説明して意向を確認して同意を図っている。又「看取りケアについて」と題し医師と訪問看護ステーションの看護師を講師に勉強会を予定している。参加者は職員だけでなく地域にも回覧し聴講するようすすめている。

【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22年2月23日		

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 あったかいご燕沢東)「ユニット名 うぐいす」

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
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	理念を共有し、地域密着型サービスとしての使命をうたった理念に近づけるように取り組んでいたが、1月15日より会社独立の為、新たに理念を掲げた。	今年1月15日より法人が変更になり新しい理念を作成した。それは地域密着型サービスの意義を盛り込んだ独自の理念である。理念はすべての職員で話し合っ決めて日々のサービス提供時にそれを生かしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入。できるだけ地域スーパーへの買い物、散歩を通して交流を図ろうと努力していたが、まだ地域の方々との交流の機会が不足していた。	ホームは町内会に加入しており入居者が地元の活動に参加したり近隣住民と交流したりしている。小学生が歌の慰問に訪れたり町内の避難訓練に職員が参加したりしている。現在ボランティアを募集している。	
3		○事業所の方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	定期的に家族会を開催。ご家族との交流の機会をもち、行事などを通して温かい雰囲気の下、さりげない認知症への理解などをお伝えしていた。また気軽に相談しやすい環境づくりに取り組んでいる。		
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	運営推進会議にて外部評価報告。ご意見や助言などを受けていたが、参加者が限られてきていた。また職員への周知が不足していた。	会議は前の法人では2ヶ月に1回開催しメンバーは民生委員、地域消防長、家族会会長で、市の担当者も地域包括支援センター職員も参加していない。	2月に開催予定の会議にはメンバーの見直しを行いよりよい会議になるよう検討中である。双方向的な会議にし、サービスの向上に活かしていただきたい。
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	その都度、わからない事がある時などに市町村担当者に相談していた。	市の担当者に対してグループホームへの理解と支援を要請し話し合いや相談の機会を持っているが担当者は親身になって相談に乗ってくれている。	
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	身体拘束について外部研修や行政からの配布冊子などを活用し取り組んでいるが、外出傾向のある方が、迷子になったこともあり、職員不足にて見守りが困難な時はご家族と話し合い同意を得て内ドアを施錠することがあった。また迷子時、近隣住人の方々や警察署に協力をお願いしている状況である。	身体拘束は、人権や尊厳の問題であり高齢者虐待であることを理解している。「身体拘束ゼロの手引」を学習し、不穏な方や徘徊の方の原因をさぐり、寄り添いや見守りなどを必要に応じて家族や近隣の方に協力頂いている。	
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注意を払い、防止に努めている	外部研修や行政からの配布冊子を活用し定期的に勉強会を行っていた。		

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
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	研修やパンフレットなどを活用し、知識の習得及び必要な方に関しては、支援できるよう橋渡しをしている。		
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	実施している。		
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	運営推進会議、定期的に家族会を開催。面会時ご家族様に状態をお伝えし意見の交換等を実施している。	入居者やその家族には意見や要望などを述べる手立てがありホームではその意見などを運営推進会議に報告し運営やサービスの向上に活かしている。	
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10、20日のカンファレンスを実施し、また個々の意見を管理者と交換する時間を積極的に実施している。	このホームは『業務改善』など六つの委員会を設けすべての職員が一つ以上の委員会に所属し自らの意見を事業運営に反映させるように心がけている。	
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	離職者が数名おり、勤務に支障がでてきている。早急に人材を確保できるように努力している状況である。		
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	会議の時に勉強会を行っている。また外部研修を受ける機会を設けている。		
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	グループホーム連絡協議会に加入。研修にも参加し、質の向上や刺激を得ている。系列のディサービスとの交流の場もある。		

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
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	なじみの関係を早期に築けるようご家庭を訪問し利用者様よりお話を伺い入居に至るまで不安を軽減できるよう努めている。またできるだけご家庭に近い環境づくりを行っている。		
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	ご自宅訪問やお電話にて不安なこと、現在困っていることなどをお伺いし対応している。また傾聴し話やすい雰囲気づくりに努めている。		
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	聞き取りなどアセスメント、カンファレンスを行ない、暫定プランを作成。その都度、みんなで話し合い、心身の状況に合わせた対応を心がけている。		
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	利用者様のできること・できないことを把握しながら、利用者様から教えていただけるような環境づくりを行っている。(調理・食事・洗濯等)		
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	常に利用者様、家族様と共に考え、より良い関係性が築けるよう努力している。		
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	利用者様の行きたいところや友人への訪問などをできるかぎり支援している。	本人がこれまでに培ってきた人間関係や社会関係を把握しており、それらとの関係が途切れないように、介護計画書にも必要な支援策を盛り込んで支援している。誕生日外出、ショッピングなど事業所の車による外出支援も行っている。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士ができるだけ関わり合いがもてるよう定期的にレクリエーションや行事などの機会をつくっている。また職員が橋渡しを行なうなど雰囲気づくり、環境づくりに努めている。		

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	入院した時などは、お見舞いに伺い、状況を把握したり、また、そのご家族と連絡などを取り合い関係性を保っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	常に利用者様の思いを受けとめ、利用者本位で支援できるようご家族と協力し、努力している。	一人ひとりと接する時間を多く持ち、思いを引き出せるように心がけている。何気ない言葉や表情などの小さな気付きを大切にしている。	
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	センター方式活用(併用)し情報収集に努めている。		
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	個々の記録へ記載、生活記録チェック表を活用し総合的に把握できるよう展開している。		
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	定期的にモニタリングを行ない、カンファレンスを開催。日々の気づいた事を話し合っている。	介護計画はすべての職員で話し合っって作成し、かつ定期的には三か月ごとにカンファレンスで見直し、毎月1回モニタリングを行っている。	
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	個々の記録にその日の様子やプラン実施状況を記載している。		
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	個々の心身の状況に合わせ、その都度みんなて話し合い対応している。また系列のディサービスを利用できる体制を整えている。		

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	町内の方々との防災訓練。また、なじみの美容院やスーパーへの買い物へ付き添い支援。定期的に地域の小学校との交流を図っていた。		
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	同意のもとに往診医にお願いしたり、今までのかかりつけ医との連携を得て対応している。	入居者の主治医との連携を基本に必要な他の医師や訪問看護ステーションの看護師と親密な関係を築き、本人やその家族が希望する場所で受診できるように支援している。	
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	訪問看護師との連携。24時間医療連携体制を整えている。		
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。	常に状態、状況を把握ができるようにかかりつけ、協力病院との連携を図っている。		
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	その都度、主治医よりご家族に説明、対応できる体制を整えている。また24時間体制にて訪問看護師との連携を行っている。	本人や家族の希望にそって入居者の最期の看取りにかかる介護方針を、関係者と話し合って統一をはかり、成文化しすべての職員に周知徹底している。	
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	定期的に勉強会を開催。看取りについての勉強会も実施している。		
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	年に2回避難訓練を実施。また町内の防災訓練にも参加している。	災害対策のマニュアルを作成しすべての職員に周知徹底している。近隣の方々の協力と参加を得ながら毎年2回の避難訓練を実施している。夜間想定訓練も行っている。	

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
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	利用者様の自己決定を尊重し、親しみを込めた声がけを行ない、思いやりをもって対応している。	職員は本人を尊重して呼びかけ人前で恥ずかしい思いをさせないように目立たない言葉で話しかけ本人の了解を得て居室に出入りしている。入居者に接する職員の態度は適切であり入居者はのびのびしている。	
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	日常生活の中で自己決定(選んでいただく場面)ができるように支援している。		
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	利用者様の生活のペースに合わせ支援。食事や睡眠(起床)の時間など利用者様のペースに合わせた暮らしをしている。		
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	なじみの美容院へ行ったり、理容師の資格をもっている職員もいる為、さり気なく支援している。		
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	栄養のバランスを考慮しながら、利用者と一緒にメニューを考え、調理したり片付けを行っている。また収穫時には、畑で栽培した野菜と一緒に収穫し、調理している。	職員は入居者の力を活かしながら一緒に買い物、調理、食卓の準備と後片付けなどを行っている。食事の献立は訪問看護ステーションの看護師にアドバイスを受けている。職員も入居者と同じものを食べ和やかな雰囲気だった。	
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	日々水分摂取量や食事摂取量に気をつけ記録。摂取量が少ない時は、できるだけ摂取できるよう調理方法などを工夫している。		
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	食後の口腔ケアを実施。またうがいをしていただくように声がけを行っている。		

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	排泄パターンを把握。個々に合わせ、声がけ、見守り等を行っている。	職員は排泄点検表などを利用して入居者の排泄のパターンを把握し個別に適切な排泄誘導を行っている。入居者には目立たない言葉かけで便意や尿意を確認し排泄中も羞恥心に極力配慮している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	できる限り飲食や運動の働きかけを行ない、便秘の解消に努めている。また改善できないときは、医師にも相談、対応している。		
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	時間帯などは、できるだけ個々の利用者様の希望に沿って対応している。	職員は入居者のこれまでの生活習慣や好みに合わせて毎日でも入浴できるように支援している。夜間の入浴を希望する人は今はいない。	
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	利用者様の生活リズムに合わせ対応(昼寝、日中の活動量、散歩など)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	個々の服薬に関する効能をファイリングし確認。みんなが認識できるようにしている。		
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	個別に対応(散歩、裁縫、畑など)また調理や掃除など役割分担している。		
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	買い物であったり、ご友人宅へ訪問したり、できるだけ希望の場所へ外出できるように支援している。	職員は入居者がなじみの人々やなじみの場所などを訪問して、その関係が途切れないように積極的に外出するように促し、それを支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人で金銭管理している方、お小遣いをお預かりしている方も好きなものを購入していただけるような機会をつくっている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者様の希望があったときには、電話のやりとりを制限することなく支援している。		
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	季節折々のお花を生けたり、共有スペースは適宜に換気し心地よく過ごしていただけるように配慮している。	照明がまぶしかったり暗かったりしていない。換気が適切に行われ臭気や空気のよどみがない。居室や食堂などの温湿度を適切に管理している。季節が感じられるものをおいている。	
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、畳の部屋、ファブリックスペースもあり、思い思いに過ごせるような環境を整えている。		
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	なじみの家具などを使用したり、個々の好む物を飾ったりしている。	家族には本人のなじみのものや使い慣れたものを持ってきてもらえるように働きかけ、それぞれの入居者が家族や職員の支援を得ながら自分に適した居心地の良い居室を作っている。	
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	利用者様のできること、できないこと、できそうなことを把握し対応している。		

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	0495200123		
法人名	株式会社テンダー		
事業所名	グループホームあったかいご燕沢東 ユニットつばめ		
所在地	仙台市宮城野区燕沢東3丁目20-32		
自己評価作成日	平成22年 1月 25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22年2月23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)】

近所に小学校があり、定期的な慰問があるなど交流しやすい環境にあります。内庭には家庭菜園があり、収穫時期には、季節を感じながら採れた野菜などを使って料理したり、日頃もみんなで食べたい物を話し合い楽しみながら、おいしく食事ができるように心がけております。また、定期的なかかりつけ医師の往診。1月からは、新たに訪問看護とも連携し地域の中で支え合い、健やかで安心して過ごせる、みんなに優しい暮らしを目指しています。

【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)】

ホームは平成22年1月15日より法人が変更になったばかりでまだ体制が整っていない。ホームでは最期の看取りの経験がありターミナルに関する「重度化及び看取りに関する指針」や「同意書」などの様式を含め本人及びその家族に方針を説明して意向を確認して同意を図っている。又「看取りケアについて」と題し医師と訪問看護ステーションの看護師を講師に勉強会を予定している。参加者は職員だけでなく地域にも回覧し聴講するようすすめている。

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 あったかいご燕沢東)「ユニット名 つばめ」

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	理念を共有し、地域密着型サービスとしての使命をうたった理念に近づけるように取り組んでいたが、1月15日より会社独立の為、新たに理念を掲揚した。	今年1月15日より法人が変更になり新しい理念を作成した。それは地域密着型サービスの意義を盛り込んだ独自の理念である。理念はすべての職員で話し合っ決めて日々のサービス提供時にそれを生かしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入。できるだけ地域のスーパーへ買い物、散歩を通して交流を図ろうと努力していたが、まだ地域の方々との交流の機会が不足していた。	ホームは町内会に加入しており入居者が地元の活動に参加したり近隣住民と交流したりしている。小学生が歌の慰問に訪れたり町内の避難訓練に職員が参加したりしている。現在ボランティアを募集している。	
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	定期的な家族会を開催。ご家族との交流の機会をもち、行事などを通して温かい雰囲気の下、さりげない認知症への理解などをお伝えしていた。また気軽に相談しやすい環境づくりに取り組んでいる。		
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	運営推進会議にて外部評価報告。ご意見や助言などを受けていたが、参加者が限られてきていた。また職員への周知が不足していた。	会議は前の法人では2ヶ月に1回開催しメンバーは民生委員、地域消防長、家族会会長で、市の担当者も地域包括支援センター職員も参加していない。	2月に開催予定の会議にはメンバーの見直しを行いよりよい会議になるよう検討中である。双方向的な会議にし、サービスの向上に活かしていただきたい。
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	その都度、わからない事がある時などに市町村担当者に相談していた。	市の担当者に対してグループホームへの理解と支援を要請し話し合いや相談の機会を持っているが担当者は親身になって相談に乗ってくれている。	
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	身体拘束について外部研修や行政からの配布冊子などを活用し取り組んでいた。	身体拘束は、人権や尊厳の問題であり高齢者虐待であることを理解している。「身体拘束ゼロの手引」を学習し、不穏な方や徘徊の方の原因をさぐり、寄り添いや見守りなどをし必要に応じて近隣の方に協力頂いている。	
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	外部研修や行政からの配布冊子を活用し定期的に勉強会を行っていた。		

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
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	研修やパンフレットなどを活用し、知識の習得及び必要な方に関しては、支援できるよう橋渡しをしている。		
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	実施している。		
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	運営推進会議、定期的に家族会を開催。面会時ご家族様に状態をお伝えし意見の交換等を実施している。	入居者やその家族には意見や要望などを述べる手立てがありホームではその意見などを運営推進会議に報告し運営やサービスの向上に活かしている。	
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10、20日のカンファレンスを実施し、また個々の意見を管理者と交換する時間を積極的に実施している。	このホームは『業務改善』など六つの委員会を設けすべての職員が一つ以上の委員会に所属し自らの意見を事業運営に反映させるように心がけている。	
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	離職者が数名おり、勤務に支障がでてきている。早急に人材を確保できるように努力している状況である。		
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	会議の時に勉強会を行っている。また外部研修を受ける機会を設けている。		
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	グループホーム連絡協議会に加入。研修も参加し、質の向上や刺激を得ている。系列のディサービスとの交流の場もある。		

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
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	なじみの関係を早期に築けるようご家庭を訪問し利用者様よりお話を伺い入居に至るまで不安を軽減できるよう努めている。またできるだけご家庭に近い環境づくりを行っている。		
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	ご自宅訪問やお電話にて不安なこと、現在困っていることなどをお伺いし対応している。また傾聴し話やすい雰囲気づくりに努めている。		
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	聞き取りなどアセスメント、カンファレンスを行ない、暫定プランを作成。その都度、みんなで話し合い、心身の状況に合わせた対応を心がけている。		
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	利用者様のできること・できないことを把握しながら、利用者様から教えていただけるような環境づくりを行っている。(調理・食事・洗濯等)		
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	常に利用者様、家族様と共に考え、より良い関係性が築けるよう努力している。		
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	利用者様の行きたいところや友人への訪問などをできるかぎり支援している。	本人がこれまでに培ってきた人間関係や社会関係を把握しており、それらとの関係が途切れないように、介護計画書にも必要な支援策を盛り込んで支援している。誕生日外出、ショッピングなど事業所の車による外出支援も行っている。	
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	利用者様同士ができるだけ関わり合いがもてるよう定期的にレクリエーションや行事などの機会をつくっている。また職員が橋渡しを行なうなど雰囲気づくり、環境づくりに努めている。		

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	入院した時などは、お見舞いに伺い、状況を把握したり、また、そのご家族と連絡などを取り合い関係性を保っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	常に利用者様の思いを受けとめ、利用者本位で支援できるようご家族と協力し努力している。	一人ひとりと接する時間を多く持ち、思いを引き出せるように心がけている。何気ない言葉や表情などの小さな気付きを大切にしている。	
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	センター方式活用(併用)し情報収集に努めている。		
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	個々の記録へ記載、生活記録チェック表を活用し総合的に把握できるよう展開している。		
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	定期的にモニタリングを行ない、カンファレンスを開催。日々の気づいた事を話し合っている。	介護計画はすべての職員で話し合って作成し、かつ定期的には三か月ごとにカンファレンスで見直し、毎月1回モニタリングを行っている。	
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	個々の記録にその日の様子やプラン実施状況を記載している。		
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	個々の心身の状況に合わせ、その都度みんなて話し合い対応している。また系列のディサービスを利用できる体制を整えている。		

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	町内の方々との防災訓練。また、なじみの美容院やスーパーへの買い物へ付き添い支援。定期的に地域の小学校との交流を図っていた。		
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	同意のもとに往診医にお願いしたり、今までのかかりつけ医との連携を得て対応している。	入居者の主治医との連携を基本に必要な他の医師や訪問看護ステーションの看護師と親密な関係を築き、本人やその家族が希望する場所で受診できるように支援している。	
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	訪問看護師との連携。24時間医療連携体制を整えている。		
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。	常に状態、状況を把握ができるようにかかりつけ、協力病院との連携を図っている。		
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	その都度、主治医よりご家族に説明、対応できる体制を整えている。また24時間体制にて訪問看護師との連携を行っている。	本人や家族の希望にそって入居者の最期の看取りにかかる介護方針を、関係者と話し合って統一をはかり、成文化しすべての職員に周知徹底している。	
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	定期的に勉強会を開催、看取りについての勉強会も実施している。		
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	年に2回避難訓練を実施。また町内の防災訓練にも参加している。	災害対策のマニュアルを作成しすべての職員に周知徹底している。近隣の方々の協力と参加を得ながら毎年2回の避難訓練を実施している。夜間想定訓練も行っている。	

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
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	利用者様の自己決定を尊重し、親しみを込めた声がけを行ない、思いやりをもって対応している。	職員は本人を尊重して呼びかけ人前で恥ずかしい思いをさせないように目立たない言葉で話しかけ本人の了解を得て居室に出入りしている。入居者に接する職員の態度は適切であり入居者はのびのびしている。	
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	日常生活の中で自己決定(選んでいただく場面)ができるように支援している。		
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	利用者様の生活のペースに合わせ支援。食事や睡眠(起床)の時間など利用者様のペースに合わせた暮らしをしている。		
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	なじみの美容院へ行ったり、理容師の資格をもっている職員もいる為、さり気なく支援している。		
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	栄養のバランスを考慮しながら、利用者と一緒にメニューを考え、調理したり片付けを行っている。また収穫時には、畑で栽培した野菜と一緒に収穫し、調理している。	職員は入居者の力を活かしながら一緒に買い物、調理、食卓の準備と後片付けなどを行っている。食事の献立は訪問看護ステーションの看護師にアドバイスを受けている。職員も入居者と同じものを食べ和やかな雰囲気がある。	
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	日々水分摂取量や食事摂取量に気をつけ記録。摂取量が少ない時は、できるだけ摂取できるよう調理方法などを工夫している。		
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	食後の口腔ケアを実施。またうがいをしていただくように声がけを行っている。		

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	排泄パターンを把握。個々に合わせ、声がけ、見守り等を行っている。	職員は排泄点検表などを利用して入居者の排泄のパターンを把握し個別に適切な排泄誘導を行っている。入居者には目立たない言葉かけで便意や尿意を確認し排泄中も羞恥心に極力配慮している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	できる限り飲食や運動の働きかけを行ない、便秘の解消に努めている。また改善できないときは、医師にも相談、対応している。		
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	時間帯などは、できるだけ個々の利用者様の希望に沿って対応している。	職員は入居者のこれまでの生活習慣や好みに合わせて毎日でも入浴できるように支援している。夜間の入浴を希望する人は今はいない。	
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	利用者様の生活リズムに合わせ対応(昼寝、日中の活動量、散歩など)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	個々の服薬に関する効能をファイリングし確認。みんなが認識できるようにしている。		
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	個別に対応(散歩、裁縫、畑など)また調理や掃除など役割分担している。		
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	買い物であったり、ご友人宅へ訪問したり、できるだけ希望の場所へ外出できるように支援している。	職員は入居者がなじみの人々やなじみの場所などを訪問して、その関係が途切れないように積極的に外出するように促し、それを支援している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人で金銭管理している方、お小遣いをお預かりしている方も好きなものを購入していただけるような機会をつくっている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者様の希望があったときには、電話のやりとりを制限することなく支援している。		
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	季節折々のお花を生けたり、共有スペースは適宜に換気し心地よく過ごしていただけるように配慮している。	照明がまぶしかったり暗かったりしていない。換気が適切に行われ臭気や空気のよどみがない。居室や食堂などの温湿度を適切に管理している。季節が感じられるものをおいている。	
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、畳の部屋、ファブリックスペースもあり、思い思いに過ごせるような環境を整えている。		
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	なじみの家具などを使用したり、個々の好む物を飾ったりしている。	家族には本人のなじみのものや使い慣れたものを持ってきてもらえるように働きかけ、それぞれの入居者が家族や職員の支援を得ながら自分に適した居心地の良い居室を作っている。	
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	利用者様のできること、できないこと、できそうなことを把握し対応している。		

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 22 年 2 月 2 日)

1) 事業主体の概要

<u>事業所名</u>	あったかいご燕沢東	<u>事業主体名</u>	(株) テンダー
		<u>代表者名</u>	山崎 利弘
		研修の受講状況	<input checked="" 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 (三田村 郁) 役職 (管理者)

2) 事業の目的及び運営の方針

要支援 2 及び要介護者であって、認知症により自立した生活が困難になった方々が家庭的な環境の下で、その能力に応じた必要な生活介護及び家事支援等を受けながら、自立した日常生活を営む事が出来るよう支援することを目的とする。

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>	〒 9 8 3 - 0 8 2 2 仙台市宮城野区燕沢東 3 丁目 2 0 - 3 2 TEL 0 2 2 - 2 5 3 - 3 8 8 1 FAX 0 2 2 - 2 5 3 - 3 8 8 2		
交通の便 (最寄りの交通機関等)			
開設年月日	昭和・ <u>平成</u> 22年1月15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>	(軽量鉄骨) 造り (1 階建ての 階部分)
<u>広 さ</u>	敷地面積 (996.53) m ² 延床面積 (461.32) m ² 1 室当たりの居室面積 (9.22) 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>		（ 36.000 ）円	
敷金		□有（ ）円 ■無	
<u>保証金の有無(入居時一時金)</u>		■有（100.000 ）円 □無	
	有りの場合 保全措置の内容		
	有の場合償却の有無	□有（期間： ） □無	
<u>食材料費</u>		朝食（ 300 ）円 昼食（ 500 ）円 夕食（ 700 ）円 おやつ（ 0 ）円 又は1日（ ）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	自己負担		
②おむつ代	自己負担		
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（ 3名） 要介護2（ 2名） 要介護3（ 7名） 要介護4（ 2名） 要介護5（ 3名） 要支援2（ 1名）
	年齢（平均 86 歳） （最低 78歳） （最高95歳）
<u>利用に当たっての条件</u>	生活圏域（仙台市内に住所をおもちの方）認知症と診断され、要介護及び介護予防サービスにおける要支援2の方が対象となります。
<u>退居に当たっての条件</u>	正当な理由なく利用料金及びその他支払うべく費用を支払わない場合 伝染性疾患により他の利用者の生活または、健康に重大な影響を及ぼす恐れがある場合。病状及び心身の状態が著しく悪化し、適切なサービスが行えない場合。他の入居者の生活または健康の安全に重大な影響を及ぼす恐れのある場合。入居者や職員に対して利用継続が困難となる程度の背信行為、反社会的行為を行い共同生活が出来ないと事業所から判断された場合。天災、災害及び他の事情により運営ができなくなった場合。
開設以来の退居者数	人数（ 14 ）人 主な理由 ・死亡 ・入院 ・他施設 ・家庭 ・ 退居先 （ ） （ 医療機関 ） （ 老人保健施設 ） （ 自宅 ） （ ）

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。）

(うぐいす)	総数	(7 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 7 名) (兼務 名) } 常勤換算 (7 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。	
(ユニット名)	夜間の体制	■専任 □兼務 (兼務の施設) ■夜勤 (1 名) □宿直 (0 名)
	管理者 氏名 (三田村 郁)	□専任 ■兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (1 2 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 () ()
	計画作成担当者 氏名 (三田村 郁)	介護支援専門員資格 ■有 □無 他の資格 (社会福祉主事任用資格) 認知症介護の経験年数 (1 2 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 (小規模多機能型計画作成担当者等研修) (管理者研修)
)	その他の職員	資格 介護福祉士 (1 名) 看護師 (0 名) その他 (ヘルパー 1・2 級) (2 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 1 0 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 (スキルアップ研修) 受講済者 (1 名) () 受講済者 (名)
	職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由) 体調不良・家事都合 ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 家事都合 ③ 常勤職員の交代回数 (0) 回 (理由)

9) その他

<u>協力医療機関名</u>	中嶋病院・ぼぶら歯科クリニック・仙台東部訪問看護ステーション
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 仙台東部訪問看護ステーション)
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月に 1回) メンバー構成 (役職等) 町内会会長 民生委員 ご利用者・ご家族代表 地域包括支援センター
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。)	
入居者家族会等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
家族の面会時間の設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 (時～ 時) <input checked="" 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"/> 月1回仙台市介護相談員派遣事業にて介護相談員訪問あり <hr/> <input type="checkbox"/> 無
直近の外部評価公表日 (市町村が受理した日)	平成 20年 2月 20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)

- 「」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。
 - 記載事項については、簡潔明瞭に記載すること。
 - 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。
 - 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。
- 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。)

(つばめ (ユニット名)	総数	(6 名)
		(内数) ・常 勤 (専任 6 名) (兼務 名) } 常勤換算 (6 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 (0 名)
管理者 氏名 (三田村 郁)	□専任 ■兼務 (兼務の施設) 資格 (介護支援専門員) 認知症介護の経験年数 (12 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 () ()	
計画作成担当者 氏名 (本郷 七恵)	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 (10 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 (スキルアップ研修) ()	
その他の職員	資格 介護福祉士 (3 名) 看護師 (0 名) その他 (ヘルパー 2 級) (2 名) 認知症高齢者のケアの経験年数 (平均 10 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 (スキルアップ研修) 受講済者 (3 名) () 受講済者 (名)	
職員の交代状況	① 管理者の交代回数 (2) 回 (理由) 体調不良・家事都合 ② 計画作成担当者の交代回数 (1) 回 (理由) 家事都合 ③ 常勤職員の交代回数 (0) 回 (理由)	