

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	0475101002		
法人名	社会福祉法人 東北福祉会		
事業所名	せんだんの里グループホーム(東乃家)		
所在地	仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1		
自己評価作成日	平成29年8月14日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉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5階		
訪問調査日	平成29年10月5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)】

グループホーム東乃家の理念『のんびり楽しく 笑顔あふれる 明るい家族 みんなでつくる地域の輪』を實踐し入居者一人一人に合わせた生活支援をおこない安らぎと安心のある暮らしが出来る様に取り組んでいます。

【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)】

ホームは仙台市の西部の丘陵地にあり、東北福祉大学の関連法人である社会福祉法人東北福祉会の「せんだんの里」の地域密着型サービスである。同じ敷地には介護老人福祉施設や通所介護事業所もあり介護施設の集約地となっている。ユニットは東乃家、中乃家、西乃家の3棟で、独立した平屋建てである。敷地が大学キャンパス内のため、町内会に加入していないが、地域からの要望で、認知症サポーター養成講座を開催した。そのほかサロン「希来里」を開設し、施設見学の受入れ、介護技術講座や介護食料理教室を開き、口腔ケアについて話すなど、地域との関係作りに努めている。職員は利用者の思いを受け止め、思いの実現に努めており、穏やかで和やかな雰囲気である。また、職員は自らを高めるために計画的に研修会へ参加し、資格取得に向けても努力している。

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 せんだんの里GH ）「ユニット名 東乃家 」

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	法人理念をもとに、グループホーム毎の理念をあげ、管理者・職員全員で共有し理念の実践に取り組んでいる。	法人の理念の主旨を各ユニット毎にブレイクダウンし、日々のケアに活かす事を目指したユニット理念を掲げている。ユニット理念は職員が目につき易い場所に掲示している。見直しは毎年度の初めに行っている。	
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	地域の方との日常的な関わりは少ないが美容院の方との顔馴染みの関係が出来たり行事を通して地域の方との繋がりは出来つつある。ボランティアグループの「食事会」等にも参加し交流を深めている。	地域の要望で認知症サポーター養成講座、サロン「希来里」の開催や地域ボランティアグループの「食事会」への参加など、地域との交流を深めている。週1回、ボランティアも来訪し、傾聴や読み聞かせを行っている。	
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	地域の方々に向けてカフェを開催し介護や認知症についての支援方法等の情報を提供している。また、毎月、せんだんの里だよりを発行し地域へ情報発信を行っている。		
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	2ヶ月毎に地域密着運営推進会議を開催しグループホームの運営状況を報告し、意見を伺うことでサービスの向上に活かしている。	奇数月に民生委員、ボランティア、家族、地域包括職員が参加して開催している。ホームの見学や、防災訓練など取組を報告しアドバイスを受け課題の改善の検討を進めた。	
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	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時には担当者の見解を確認し協力関係を築くよう取り組んでいる。	日常は地域包括支援センターとの連携で、情報交換などを行っている。市の担当者には運営上で必要な場合に相談している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	日頃から身体拘束しないケア委員会を中心に身体拘束しないケアに取り組んでいるが、やむを得ず身体拘束が必要な方に対しては、身体拘束の状況を毎日記録し拘束をしないケア委員会で身体拘束の必要性を話し合っている。	委員会を中心として、拘束のないケアの実践を図っている。職員は研修会等へ出席し自己啓発を図っており、自己点検シートを活用し、ケアを振り返り、気づきを深めている。玄関の施錠は20時から7時としている。離床マットなどセンサー類を使用する場合は、内部で検討し、家族の理解を得て行っている。	
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	高齢者虐待防止について勉強会に参加し資料を通して理解を深めたり、高齢者虐待防止自己点検チェックシートを活用している。また、高齢者虐待防止ユニット担当者を配置しリーダーと担当で毎月確認し合い防止に努めている。		

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	現在、制度を利用されている方はいないが研修参加や利用を希望される際は、関係機関へつなげる体制はある。		
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	契約前後に説明の時間を設け丁寧に説明を行う様にしている。また、改定等の際は説明会の開催や書面での説明等を行い家族の質問等を伺いご理解頂ける様、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	日々の関わり、来訪時の関わりの中で入居者・家族の意見を傾聴している。また、申し送りや記録を共有し会議で話し合い運営に反映させている。いつでも意見を頂ける様、玄関に意見用紙を設置している。	家族会は年1回開催している。日常的には面会時を利用しての懇談で、日々の生活を報告し要望意見を聞き、ケアや運営に反映するよう努めている。各ユニットには家族の意見を書く記入用紙と、意見箱が備えてある。	
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	毎月、グループホーム運営会議にて職員の意見、提案等を出し合い検討を行っている。	全体会議、ユニット会議、各研修会開催などを通じ職員の意見が出せる場作りや、キャリアパス制度を導入し人材育成に努めている。	
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	給与、昇給に関してはキャリアパス制度を導入し自己評価の提出等により個々の努力、実績、勤務状態を把握している。		
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めている	職員の段階に応じた内部、外部への研修の参加を促している。働きながら資格取得等のサポート(研修開催・勤務調整)を行なっている。		
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	宮城県グループホーム協議会に加入し職員研修会、講演会への参加や他事業所との交換研修を行い意見・情報交換を図っている。		

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
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	入居される前に実態調査を行いご本人からも話を聞く機会を設けている。また、それらをケアプランに反映させ、入居後もその時々ニーズに合わせて支援している。		
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	入居される前に実態調査を行ない家族からも話を聞く機会を設け、それらをケアプランに反映させている。また、常に話しやすい雰囲気作りを行ない信頼関係の構築に努めている。		
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	ご本人や家族の意見を大切に、その時のニーズに対して柔軟に対応できるよう支援している。		
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	職員が一方的に何かを決定することなく共に考え相談しながら生活を共にしている。ご本人の意思表示が困難な時は家族に働きかけている。		
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	面会時にはご本人の様子を伝え情報を共有している。家族参加型の行事を企画し共にケアし支えていく関係づくりに努めている。		
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	出来る限り今までの過ごしてきた場所(自宅や馴染みの場所)に行く機会を作ったり知り合いの方に会ったりするように努めている。	これまでの関係継続の支援に努めている。家族と共に外食や、自宅に行ったり、かつて暮らしていたところの友人が訪問してくることもある。最近の傾向として自宅からではなく、他の介護施設や病院からの入居者も目立ち、地域との関係も変化している。	
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	利用者同士で会話をしたり何かをする事が困難な場合は必要に応じて職員が間に入る事で入居者間の関係を支援している。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスが終了しても気軽に訪問や相談して頂けるように声を掛けている。		
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、ご本人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め記録し情報を共有している。また、毎月カンファレンスを行ない生活の質の向上に努めている。	生活歴や家族からの情報などや、本人の仕草や言葉などに注意を払うなど本人の思いをくみ取る支援に努めている。毎月、カンファレンスを行い、情報の共有や検討を行い、自立の継続やケアの質の向上を図っている。	
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	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境などをご本人、家族に聞き把握し情報の共有を行っている。		
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	日頃の申し送り、記録、連絡ノートの活用や毎月カンファレンスを開催し、一人ひとりの現状把握に努めている。		
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	ご本人、家族、各関係機関と連携し話し合いながら3ヶ月ごとに介護計画を作成している。緊急の問題、状態の変化が生じた場合は、その都度、関係者が集まり検討して介護計画を作成している。	日々の変化を共有し、状態に合ったケアが出来るように、各専門職(マッサージ、リハビリ、看護師等)と連携し、3ヶ月毎に介護計画の見直しを図っている。	
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	日頃の生活を個別に記録し職員間で情報を共有しながら実践している。毎月、カンファレンスをおこない介護計画に活かしている。		
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	ご本人や家族の状況、要望に応じて柔軟に対応し支援して行くように努めている。		

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	地域のボランティア団体が主催する会への参加や文化祭等に参加し地域の方々との情報交換や交流を図っている。		
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	入居者一人ひとりがその時々々の体調に応じた適切な医療を受けられるように家族と相談しながら、かかりつけ医の受診支援をしている。	多くの利用者は往診医がかかりつけ医である。日常的な健康管理は週1回訪れる訪問看護師と連携をとっている。通院は、基本的に職員が同行し、出来るだけ家族にも同席をお願いしている。職員のみが同行し受診した結果は、当日の内に電話で家族へ報告したり、ケース記録に記載した内容を面会時に報告している。	
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	24時間対応の訪問看護師と連携を図り、週1回の看護師訪問日に入居者の状態を把握している。また、状態の変化にも連携して対応している。		
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。	入居者が入院した場合は「サマリー」等で情報を医療機関に提供している。また、入院中は面会し状態の把握に努め退院後も安心して生活出来る様に支援に努めている。		
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	終末ケアに関しては家族の意向をケアプラン等において確認している。本人、家族の意向に沿って医療機関を含め方針を共有している。	看取りに関しては入居契約時に説明を行い同意を得ている。看取り介護が必要になったら、家族、医師、職員との話し合い、介護計画の見直しなどを行っている。職員の多くは看取りを経験している。家族にも寄り添いケアに当たっている。	
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、事故発生時などの緊急対応はマニュアルに沿って対応出来る様に定期的な振り返りを行っている。救急救命訓練を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	防災訓練は年に1回、火災訓練は毎月実施し、地域の方にも参加して頂いている。また、ユニットに防災担当を配置しマニュアルの見直しを行なっている。	各ユニットに防災担当職員を配置し、毎月、夜間を想定した避難訓練や通報訓練、消火訓練等を実施している。年1回消防署立会いのもと、「せんだんの里」全体の合同避難訓練を行い、課題の検討を行っている。隣接の学生寮の協力も得られている。	

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	一人ひとりの人格を尊重しプライバシーを損ねないような対応に努めている。	本人を尊重し、プライバシーに配慮したケアに努めている。入浴やトイレ介助は同性介助を基本に、本人の思いに添い対応している。トイレ誘導等はさりげなく配慮をしている。呼び名は本人の希望を入居時に聞いている。	
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	認知症の進行によりその時々希望が上手に表出できないこともある為、本人の希望や思いを傾聴し自己決定や希望が表出できるよう支援します。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりの暮らしのペースを大切に一人ひとりに合せた生活支援を行っている。充実した暮らしが出来る様に生活支援に努めている。		
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	2ヶ月に1回程度は理容、美容院に来て頂き、その人らしい身だしなみが出来る様に支援している。		
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	食事を楽しむことが出来る様に会話を交え自身の茶碗やお箸を使って食事をしている。盛り付けや、後片付けを一緒に行っている。また、ユニットに食事担当を配置し楽しみや一人ひとりに合せた食事支援を行っている。	職員と利用者が、一緒に準備や後片付けをするなど食事の充実を図っている。誕生日や行事食は、希望を取入れて作っている。食事担当が各ユニットのメニューを作り、管理栄養士がチェックしている。体重を月1回測定し、食事量の検討もしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	年2回、併設されている特養の管理栄養士からアドバイスを貰い、栄養バランスを考えた献立作りに活かしている。水分摂取量はチェック表を活用し十分な水分が摂れるように支援している。また、ゼリーを提供し水分を摂って頂けるように支援している。		
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	一人ひとりの口腔状態に合わせ、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	一人ひとりの排泄パターンを知る為、時間と排泄状況を記録し一人ひとりに合わせた排泄支援を行なっている。	排泄パターンを把握し、声かけやトイレへの誘導など状態に合わせた支援を行っている。ポータブルトイレも用意している。便秘はその人に合わせた工夫をしている。医師の指示を受ける場合もある。	
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	繊維質の多い食材を取り入れた献立、十分な水分の提供、一人ひとりに合わせた運動を行ない便秘予防に努めている。		
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	入浴実施表を活用し一人ひとりに合わせた入浴支援に努めている。	週2回の入浴を基本に対応している。体調により入浴が出来ないときには、清拭や足浴、ドライシャンプーなどで清潔維持に努めている。入浴拒否には声かけを工夫している。	
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	日々の生活で一人ひとりの生活リズム、身体状況、体調に合わせた休息支援を行なっている。		
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	薬品管理ファイルを活用し一人ひとりの服薬状況を把握、共有している。また、医療機関と連携し服薬支援と症状の変化確認に努めている。		
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	一人ひとりの出来る力を活かし食器拭き、洗濯物たたみ、裁縫、盛り付け等をして頂いている。また、一人ひとりに合わせた楽しみを取り入れ気分転換に努めている。		
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	入居者に合わせた外出、買い物、周辺の散歩等に出掛けている。また、家族と協力して散歩や外出の機会を設けている。	一人ひとりの状態や、要望に応じた外出支援を行っている。施設の周りの散歩や買い物、家族との帰宅や外食に出かける人もいる。	

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	一人ひとりの力に応じて金銭の所持、買い物の支援を行なっている。		
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	家族等と電話や手紙のやり取りができる様に支援を行なっている。		
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	花、装飾で季節感のある環境作りを行なっている。また、色合いや馴染みの家具などを取り入れ居心地良く過ごして頂けるように支援している。	大きなベランダや天窓により自然採光が取り入れられ、廊下、トイレ、浴室は介助しやすいよう配慮されている。食堂を兼ねたリビングは利用者の寛ぎの空間となっている。季節を表すちぎり絵や大きく書かれた日めくりなどが整然と飾られている。各部屋には表札が取付けられている。空調管理は職員が状況を見ながら調整している。	
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	共有空間に食堂、ソファースペースを作り、一人ひとりに合せた過ごし方が出来る様に支援している。		
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	ご本人、家族と相談しながら馴染みの物や使い慣れた物を使用し居心地良く過ごして頂けるように工夫している。	各部屋には、ベッド、エアコン、洗面台が備えられている。在宅生活が継続できるよう、使い慣れた家具やテレビ、家族の写真、仏具なども持ち込んでいる。整理整頓、掃除は職員が行っている。	
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	一人ひとりの身体状況に合わせて安全に過ごして頂ける様動線に配慮し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	0475101002		
法人名	社会福祉法人 東北福祉会		
事業所名	せんだんの里 グループホーム(中乃家)		
所在地	宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1		
自己評価作成日	平成29年8月15日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉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5階		
訪問調査日	平成29年10月5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)】

<p>・ご利用者一人ひとりの「その人らしさ」を大切にし、和やかに安心して過ごして頂けるように支援しています。</p> <p>・ご利用者との共同生活、共同作業に努め、食事の盛り付けや洗濯物干し等ちょっとした作業でも一緒に行なっています。また、ご利用者の興味や関心に合わせてプランターで野菜や草花を育てています。</p> <p>・2～3ヶ月に1度、ご家族へのおたよりを発行しています。ご利用者お一人お一人の写真や、参加した活動などを書いて、ご家族へ普段の生活の様子をお伝えできるようにしています。</p>
--

【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)】

<p>ホームは仙台市の西部の丘陵地にあり、東北福祉大学の関連法人である社会福祉法人東北福祉会の「せんだんの里」の地域密着型サービスである。同じ敷地には介護老人福祉施設や通所介護事業所もあり介護施設の集約地となっている。ユニットは東乃家、中乃家、西乃家の3棟で、独立した平屋建てである。敷地が大学キャンパス内のため、町内会に加入していないが、地域からの要望で、認知症サポーター養成講座ほか今年は口腔ケア講座を開催した。そのほかサロン「希来里」を開設し、施設見学の受入れ、介護技術講座や介護食事講座を地域で開くなど、地域との関係作りに努めている。職員は利用者の思いを受け止め、思いの実現に努めており、穏やかで和やかな雰囲気である。また、職員は自らを高めるために計画的に研修会へ参加し、資格取得に向けても努力している。</p>
--

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、生き活きと働いている (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 **せんだんの里GH**）「ユニット名 **中乃家**」

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	法人理念をもとに、ユニットでも独自の理念を掲げている。管理者・職員全員で共有して、ユニット内の目に付きやすい場所へ掲示する事で、意識して取り組んでいる。	法人の理念の主旨を各ユニット毎にブレイクダウンし、日々のケアに活かす事を旨としたユニット理念を掲げている。ユニット理念は職員が目につき易い場所に掲示している。見直しは毎年度の初めに行っている。	
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	広い施設敷地内の為、地域住民との日常的な関わりは少ない。しかし地域の祭りや文化祭、ボランティアサークルの行事、ふれあいお食事会などにはご利用者と一緒に参加をし、地域との繋がりを持つようになっている。	地域の要望で口腔ケアや、認知症サポーター養成講座、サロンの開催や地域ボランティアグループの「食事会」への参加など、地域との交流を深めている。週1回、ボランティアも来訪し、傾聴や読み聞かせを行っている。	
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	認知症や介護への理解を深めて頂けるように認知症カフェや、施設見学会を企画している。他、毎月、せんだんの里だよりを発行し、情報発信を行っている。		
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	2ヶ月ごとに地域密着運営推進会議を開催して、推進委員の方々にグループホームでの取り組みを報告し意見を頂いている。7月にはユニットでのご利用者の生活を見て頂きました。	奇数月に民生委員、ボランティア、家族、地域包括職員が参加して開催している。ホームの見学や、防災訓練など取組を報告しアドバイスを受け課題の改善の検討を進めた。	
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	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時には担当者の見解を確認し協力体制を築くよう取り組んでいる。	日常は地域包括支援センターとの連携で、情報交換などを行っている。市の担当者には運営上で必要な場合に相談している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束しないケア委員会を中心に内部研修を開催して、職員全員が身体拘束しないケアへの理解を深められるように、取り組んでいる。日中の施錠はせず、自由に行き来が出来るよう取り組んでいる。	委員会を中心として、拘束のないケアの実践を図っている。職員は研修会等へ出席し自己啓発を図っており、自己点検シートを活用し、ケアを振り返り、気づきを深めている。玄関の施錠は20時から7時としている。離床マットなどセンサー類を使用する場合は、内部で検討し、家族の理解を得て行っている。	
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	高齢者虐待防止の研修に参加をし、資料を通して職員一人一人が正しく理解出来るように学んでいる。また高齢者虐待チェックシートを活用し、ユニット会議等で話し合いを行なっている。		

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
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	研修へ参加し、制度関係の理解に努めている。必要時には関係機関と連携し、対応が可能である。		
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	利用規約及び改定の際にはご利用者のご家族へ説明会や文書の配布を行い、理解と納得を得られるようにしている。また疑問点や不安については面会時やケアプラン提示の際に確認をしている。		
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	意見投書箱を玄関に設置すると共に、ケアプラン提示に要望、意見を伺う事でケアの見直しを行っている。面会時には近況の報告をして、ご家族からの意見を頂けるようにしている。	家族会は年1回開催している。日常的には面会時を利用しての懇談で、日々の生活を報告し要望意見を聞き、ケアや運営に反映するよう努めている。各ユニットには家族の意見を書く記入用紙と、意見箱が備えてある。	
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	ユニット会議や、面談、日常のやり取りでユニット職員の意見や提案を聞く機会を設けている。擦り合わせを行ない、運営に反映出来るように取り組んでいる。	全体会議、ユニット会議、各研修会開催などを通じ職員の意見が出せる場作りや、キャリアパス制度を導入し人材育成に努めている。	
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	キャリアパス制度を導入して職員の目標を把握し、面談で達成状況の確認、評価を行っている。向上心を持って働けるように、職場環境の改善に努めている。		
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	職員の能力や経験に応じて内部・外部研修への参加の機会を設けている。また資格取得の為にサポートとして勉強会も行っている。		
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	宮城県グループホーム協議会へ加入し、職員研修会・講演会等への参加や、他事業所との交換研修を行ない意見交換・交流を図っている。		

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
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	入居前に見学に来て頂いたり、自宅や施設へ訪問をさせて頂き、ご本人からもお話を聞く機会を設けている。意見はケアプランにも反映させて、少しでも早く馴染んで頂けるように配慮している。		
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	入居前の訪問等でご家族の思いや、不安、要望を聞き取る機会を設け、安心して入居して頂けるように努めている。事前見学された際には生活イメージを持って頂けるように説明を行っている。		
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	ご本人、ご家族の意向をもとにニーズを抽出し、柔軟な対応や支援が行えるようにしている。		
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	一人ひとりの出来る事、やりたい事、得意な事等に目を向けて、一緒に活動(食器拭き、洗濯物たたみなど)行いながら、関係作りに取り組んでいる。		
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	面会時の近況報告や、ご家族参加型の行事を実施し、連携を図りながら一緒に支援を行える関係作りをしている。また出来る範囲で、病院の受診対応や理美容、お墓参りなど外出協力をご家族へ依頼している。		
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	親族や知り合いが面会に来られた時は、ゆっくりと過ごせるように場の提供を行っている。また、入居前に利用していた理美容室、病院やスーパーへの買い物等を行なうなど関係の継続が出来る支援に努めている。	これまでの関係継続の支援に努めている。家族と共に外食や、自宅に行ったり、かつて暮らしていたところの友人が訪問してくることもある。最近の傾向として自宅からではなく、他の介護施設や病院からの入居者も目立ち、地域との関係も変化している。	
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	一緒に作業を行ったり、ご利用者同士での会話を楽しんで頂く場を作るなどして、関係作りの支援をしている。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスが終了しても気軽に足を運んで頂けるような雰囲気作りを意識し、来訪して頂けるよう声を掛けている。		
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	ご本人の過去や入居前の生活歴や、普段の関わりの中から希望や意向の把握に努め、記録に残している。カンファレンス等で情報を共有し、意向に沿ったケアが行えるように検討している。	生活歴や家族からの情報などや、本人の仕草や言葉などに注意を払うなど本人の思いをくみ取る支援に努めている。毎月、カンファレンスを行い、情報の共有や検討を行い、自立の継続やケアの質の向上を図っている。	
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	アセスメント表を使用して、入居前の生活歴や過去の生活環境等を確認している。入居後、ご本人やご家族との会話からの情報を職員間で共有し把握に努めている。		
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	毎日の申し送り、ケース記録、連絡ノートの活用や、毎月のカンファレンスで日々の暮らしや、心身の状態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	毎月モニタリングを行ない、課題とケアの確認をしている。ご本人、ご家族の意向を確認し3ヶ月ごとに介護計画を作成しており、主治医と訪問看護師からの指示内容も確認して記載をしている。	日々の変化を共有し、状態に合ったケアが出来るように、各専門職(マッサージ、リハビリ、看護師等)と連携し、3ヶ月毎に介護計画の見直しを図っている。	
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	日々の様子を個別に記録して、気づきや変化を職員間で共有している。毎月のカンファレンスの際、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	グループホーム内だけではなく、併設されている特養の職員とも連携を図り、サービス提供を行っている。		

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
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	近隣地域のイベントに参加したり、買い物や行きつけの美容室を利用する等、地域資源を活用して、地域との関わりの機会を作っている。		
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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ご本人やご家族の希望するかかりつけ医に受診できるよう配慮している。職員が受診に同行した場合は、当日中に家族へ受診結果の連絡を行なっている。	多くの利用者は往診医がかかりつけ医である。日常的な健康管理は週1回訪れる訪問看護師と連携をとっている。受診結果は当日の内に家族に報告書を発送している。	
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	24時間対応の訪問看護師と連携を取り、変化があった時には連絡をし、受診等の対応をしている。また、訪問看護師巡回時に、一週間の様子を報告し、情報共有を行なっている。		
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。	入院時は医療機関の求める情報を「サマリー」等で提供、情報の共有をしている。面会の際や、退院前の実態調査では状態の把握に努め、退院後も継続的な支援を行なえるようにしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期における看取り指針を作成し、事業所で行なえる医療体制を含めて、ご本人やご家族に説明を行っている。意向確認と同意を得て、看取り支援を行っている。	看取りに関しては入居契約時に説明を行い同意を得ている。看取り介護が必要になったら、家族、医師、職員との話し合い、介護計画の見直しなどを行っている。職員の多くは看取りを経験している。家族にも寄り添いケアに当たっている。	
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	急変時や事故発生時、マニュアルに基づいた対応が出来るように、定期的に確認をしている。また新人職員を中心に救急訓練等の研修に参加をして、応急手当や初期対応について知識を学んでいる。		
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	ユニットの防災担当を中心に各グループホームで避難訓練を実施している。6月には施設全体の防災訓練を行ない、災害時の対応についての確認を行なった。	各ユニットに防災担当職員を配置し、毎月、夜間を想定した避難訓練や通報訓練、消火訓練等を実施している。年1回消防署立会いのもと、「せんだんの里」全体の合同避難訓練を行い、課題の検討を行っている。隣接の学生寮の協力も得られている。	

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	一人ひとりの事を知り、人格を尊重して、その方に合わせた声掛けや対応を行っている。生活面ではプライバシーを損ねる事の無いように配慮してケアを行っている。	本人を尊重し、プライバシーに配慮したケアに努めている。入浴やトイレ介助は同性介助を基本に、本人の思いに添い対応している。トイレ誘導等はさりげなく配慮をしている。呼び名は本人の希望を入居時に聞いている。	
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	何をしたいのか、希望されているのかを、普段の関わりの中で知る事で、一人ひとりに合わせた提案を行ない自己決定できる場面を作るように取り組んでいる。		
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	体調や状態に合わせて、一人ひとりが過ごしやすいペースで生活出来るように取り組んでいる。希望や思いを伺い、実現できるよう取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回程度のペースで理・美容院に行き、散髪やパーマ・カラーなど個人の好むおしゃれが出来るように対応している。		
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	調理、盛り付けなど、一緒に行なって頂いている。おやつ作りなどホットプレートを使用し、様々な方が参加できるように取り組んでいる。	職員と利用者が、一緒に準備や後片付けをするなど食事の充実を図っている。誕生日や行事食は、希望を取入れて作っている。食事担当が各ユニットのメニューを作り、管理栄養士がチェックしている。体重を月1回測定し、食事量の検討もしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	年に2回、併設されている特養の管理栄養士からアドバイスをもらい、献立づくりに活かしている。1日の食事量、水分量の把握に努めており、必要に応じて栄養補助食品や水分補給を促すように対応している。		
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	一人ひとりの状態に合わせてた口腔ケアを行っている。夜間は義歯洗浄剤での浸け置きをして清潔保持に努めている。また必要な時には歯科受診・往診の対応を行なっている。		

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
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	排尿回数や量、時間等をチェックして、一人ひとり排泄パターンの把握に努めている。トイレ誘導、声掛けなどの支援に活かしている。	排泄パターンを把握し、声掛けやトイレへの誘導など状態に合わせた支援を行っている。ポータブルトイレも用意している。便秘はその人に合わせた工夫をしている。医師の指示を受ける場合もある。	
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	便秘予防の為に水分や乳製品、繊維質の野菜が摂取できるよう、献立に取り入れている。個々に合わせた排便コントロールが出来るよう、訪問看護師へも相談をして対応をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりに意向の確認をしながら入浴をして頂いている。温度、入浴の仕方など、体調や希望に合わせ、気持ち良く安全に入浴を楽しんで頂けるように対応している。	週2回の入浴を基本に対応している。体調により入浴が出来ないときには、清拭や足浴、ドライシャンプーなどで清潔維持に務めている。入浴拒否には声掛けを工夫している。	
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	日中に散歩や体操など活動の機会を設けており、気持ちの良い睡眠や休息が取れるよう、生活リズムを整えている。掛け物や空調など居室の環境整備も行っている。		
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	服薬管理ファイルを作成して、処方箋や薬の効能を確認できるようにまとめている。処方の変更・中止などがあつた時は主治医、薬剤師からの説明を受け、注意点などを職員が把握し経過の観察を行っている。		
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	個々の役割りや、習慣、得意や好きな事を知り、日常生活に取り入れている。家事活動以外に散歩、歌、クロスワードパズルなど楽しんで頂き、気分転換を図れるよう取り組んでいる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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支援している	希望を確認したうえで、一人ひとりの状態に合わせた外出支援を行っている。ご家族と一緒に夕食やお墓参り、また地域のイベントへ参加出来る機会を作っている。	一人ひとりの状態や、要望に応じた外出支援を行っている。施設の周りの散歩や買物、家族との帰宅や夕食に出かける人もいる。	

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	個人の能力に合わせた金銭の所持や買い物の支援を行っている。必要に応じて職員が財布を準備して、希望の買い物が出来るように対応を行っている。		
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	希望があれば電話や手紙が出来るように、ご家族にも協力を頂いて対応をしている。電話を頂いた際は取次を行ない、楽しめるように環境を整えている。		
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	季節の装飾や、花を飾って季節感を取り入れている。照明や、テレビの音、空調など配慮して気持ち良く過ごせるように対応している。	大きなベランダや天窓により自然採光が取り入れられ、廊下、トイレ、浴室は介助しやすいよう配慮されている。食堂を兼ねたリビングは利用者の寛ぎの空間となっている。季節を表すちぎり絵や大きく書かれた日めくりなどが整然と飾られている。各部屋には表札が取付けられている。空調管理は職員が状況を見ながら調整している。	
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	テーブル、ソファーなどの配置を複数設けて、一人ひとりが過ごしたい場所でゆっくりと過ごせるように工夫を取り入れている。		
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	ご自宅で使用していた家具など、ご本人にとって馴染みのある物を持ち込んで頂き、居心地の良い環境作りに取り組んでいる。ご本人、ご家族と相談をしながら、必要なものをそろえるようにしている。	各部屋には、ベッド、エアコン、洗面台が備えられている。在宅生活が継続できるよう、使い慣れた家具やテレビ、家族の写真、仏具なども持ち込んでいる。整理整頓、掃除は職員が行っている。	
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	日常生活の関わりの中から、お一人お一人の能力を知り、それを活かす事が出来るよう、動線などを配慮した安全な環境作りを行ない、自立した生活が出来るよう支援している。		

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	0475101002		
法人名	社会福祉法人東北福祉会		
事業所名	せんだんの里グループホーム(西乃家)		
所在地	仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1		
自己評価作成日	平成29年8月15日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉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5階		
訪問調査日	平成29年10月5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)】

<p>【つながり】</p> <p>○一人ひとりの思いを大切に、共有し、共感できる関係を作ります。</p> <p>○互いを思いやる気持ちを忘れず、安心してぬくもりを感じて頂けるよう支援します。</p> <p>○地域との連携を図り、誰が来てもしっかりと、ほっとできる環境を目指します。</p> <p>・上記をユニットの理念に掲げ、温かさを感じられる関わりができるよう取り組んでいます。利用者様の「出来ること」に合わせて、洗濯物たたみや、食器拭き等を職員と一緒にこなしています。それぞれに個性豊かな利用者様方で、笑顔が多く穏やかなユニットです。</p>

【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)】

<p>ホームは仙台市の西部の丘陵地にあり、東北福祉大学の関連法人である社会福祉法人東北福祉会の「せんだんの里」の地域密着型サービスである。同じ敷地には介護老人福祉施設や通所介護事業所もあり介護施設の集約地となっている。ユニットは東乃家、中乃家、西乃家の3棟で、独立した平屋建てである。敷地が大学キャンパス内のため、町内会に加入していないが、地域からの要望で、認知症サポーター養成講座ほか今年度は口腔ケア講座を開催した。そのほかサロン「希来里」を開設し、施設見学の受入れ、介護技術講座や介護食事講座を地域で開くなど、地域との関係作りに努めている。職員は利用者の思いを受け止め、思いの実現に努めており、穏やかで和やかな雰囲気である。また、職員は自らを高めるために計画的に研修会へ参加し、資格取得に向けても努力している。</p>

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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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 **せんだんの里GH**）「ユニット名 **西乃家**」

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	法人理念をもとに、ユニット毎の独自の理念を作成している。理念をもとにケアを実践するにあたり職員間で共有し、確認を行なっている。	法人の理念の主旨を各ユニット毎にブレイクダウンし、日々のケアに活かす事を目指したユニット理念を掲げている。ユニット理念は職員が目につき易い場所に掲示している。見直しは毎年度の初めに行っている。	
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	立地条件により日常的な交流は少ないが、ボランティアの定期的な来訪はある。地域行事への参加を通じて交流に努めている。	地域の要望で口腔ケアや、認知症サポーター養成講座、サロンの開催や地域ボランティアグループの「食事会」への参加など、地域との交流を深めている。週1回、ボランティアも来訪し、傾聴や読み聞かせを行っている。	
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	認知症についての理解や介護食等について理解を深めて頂けるよう、月に1回まちの音楽カフェや年に数回介護教室を開催している。また、毎月、せんだんの里だよりを発行し情報発信を行っている。		
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	2ヶ月に1度定期的に開催し、運営や取り組みについて報告し、評価する場を設けている。また、昨年の秋には合同イベントへ参加して頂き利用者様との交流を図りました。	奇数月に民生委員、ボランティア、家族、地域包括職員が参加して開催している。ホームの見学や、防災訓練など取組を報告しアドバイスを受け課題の改善の検討を進めた。	
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	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時は担当者の見解を確認し協力体制を築くよう取り組んでいる。	日常は地域包括支援センターとの連携で、情報交換などを行っている。市の担当者には運営上で必要な場合に相談している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束しないケア委員会による勉強会を通し、全職員が身体拘束の弊害を理解し、ケアに取り組んでいる。日中は、玄関の施錠をせずに自由に出入り出来るようにしている。外出傾向を把握、情報共有し、見守り対応している。	委員会を中心として、拘束のないケアの実践を図っている。職員は研修会等へ出席し自己啓発を図っており、自己点検シートを活用し、ケアを振り返り、気づきを深めている。玄関の施錠は20時から7時としている。離床マットなどセンサー類を使用する場合は、内部で検討し、家族の理解を得て行っている。	
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	身体拘束しないケア委員会による勉強会を通し虐待防止について学習している。不適切ケアについてユニット虐待防止担当者がユニット会議で話し合う機会を持ち、普段のケアを振り返り意識の向上に努め1ヶ月1回ユニット点検を行っている。		

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
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	研修等へ参加し、成年後見人制度等について学習している。必要性が生じた場合には、制度を活用できるような体制をとっている。		
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	入居契約については、十分に説明をし、利用者や家族の不安解消に努めている。改定の際には文書配布、説明会を行なっている。グループホームの玄関に重要事項説明書を常時掲示している。		
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	家族会や家族参加型の行事を実施し、意見交換の機会を設けている。玄関先に「意見投書箱」を設置している。又、苦情受け入れ窓口についての情報を、常時掲示している。	家族会は年1回開催している。日常的には面会時を利用しての懇談で、日々の生活を報告し要望意見を聞き、ケアや運営に反映するよう努めている。各ユニットには家族の意見を書く記入用紙と、意見箱が備えてある。	
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	ユニット会議や面談を通して、職員の意見を聞く機会を設けている。日常的に職員とのコミュニケーションを図り、現場に反映させるよう努めている。	全体会議、ユニット会議、各研修会開催などを通じ職員の意見が出せる場作りや、キャリアパス制度を導入し人材育成に努めている。	
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	平成22年度からのキャリアパス制度導入により、個々の目標を把握し、面談を通じて達成状況や不安等確認することで、各自が向上心を持って働けるよう、職場環境や条件の整備に努めている。		
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	職員の経験や能力に応じた、内外部への研修の機会を設けている。又、資格取得の為にサポートも行なっている。		
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	宮城県グループホーム協議会に加入し、職員研修会、講演会等への参加や、他事業所との交換研修を行う事で意見交換・交流を図っている。		

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
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	入居が決まった段階で職員が訪問し、困っていることや不安なことを聞き取る機会を作っている。見学に来て頂く等、安心して入居して頂けるよう関係作りに努めている。		
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	家族の思い、不安や要望を事前に聞き取る機会を作っている。気軽に相談して頂けるよう、関係作りに努めている。		
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	訪問にて聞き取った、本人・家族の意向をもとにニーズを抽出し、柔軟に対応するようにしている。		
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	職員の都合で物事を決めるのではなく、利用者と共に考えながら支援している。又、日々の関わりを通じて人生の先輩として敬意、暮らしの知恵を学びながら関係作りに努めている。		
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	面会時の近況報告や、家族参加型の行事の実施を通じて、家族との連携をとりながら、共に支援していく関係作りに努めている。		
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	本人の馴染みの人や場所に出かける機会を設けている。グループホームで生活していても、関係を継続できるよう、必要に応じて家族と連携を図りながら、積極的に支援している。	これまでの関係継続の支援に努めている。家族と共に外食や、自宅に行ったり、かつて暮らしていたところの友人が訪問してくることもある。最近の傾向として自宅からではなく、他の介護施設や病院からの入居者も目立ち、地域との関係も変化している。	
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	利用者同士が馴染みの関係となるよう、橋渡しを行い、関係性を考慮しながら、利用者同士が支えあえる関係作りに努めている。		

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	サービスが終了しても、気軽に訪問して頂けるように積極的に声を掛けている。		
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	入居前の生活歴や過去の環境を把握し(アセスメント)、日常の生活の中での会話に耳を傾け、一人ひとりの思いや希望を汲み取るようにしている。把握した内容は職員間で共有し、毎月の会議の中で実現に向けて検討している。	生活歴や家族からの情報などや、本人の仕草や言葉などに注意を払うなど本人の思いをくみ取る支援に努めている。毎月、カンファレンスを行い、情報の共有や検討を行い、自立の継続やケアの質の向上を図っている。	
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	利用者の生活歴やサービス計画書等の資料を、いつでも職員が見ることが出来る場所に保管している。本人や家族との会話から、これまでの暮らしを汲み取り、把握に努めている。		
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	日誌・ケース記録・申し送りで利用者一人ひとりの記録を行っている。また、毎月カンファレンスを開催し、毎日の生活や心身の状態の変化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	毎月モニタリングを行い、利用者・家族の意向を確認している。3ヶ月毎に介護計画を作成し、利用者の状況に変化が生じた場合には、随時ケア会議を開催し、状況に応じたケアが随時提供できるように各専門職員と連携し、介護計画に活かしている。	日々の変化を共有し、状態に合ったケアが出来るように、各専門職(マッサージ、リハビリ、看護師等)と連携し、3ヶ月毎に介護計画の見直しを図っている。	
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	個々の利用者毎に日々の生活の記録を行い、気づきや変化を確認することで、職員間で情報を共有し、介護計画に活かしている。		
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	グループホーム内だけにとらわれず、併設されている特養の職員と連携を図り、より良い生活が送れるように本人のニーズを汲み取った柔軟な支援を行なっている。		

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
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	地域のボランティア団体が主催する会に出席、ボランティアの受け入れ、せんだんの里内の行事に参加する等、地域資源を活用しながら、本人の能力を発揮できるよう支援している。		
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	本人や家族の希望するかかりつけ医に受診できるよう、配慮している。職員が受診に同行した場合には、その日のうちに家族に報告するようにしている。	多くの利用者は往診医がかかりつけ医である。日常的な健康管理は週1回訪れる訪問看護師と連携をとっている。受診結果は当日の内に家族に報告書を発送している。	
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	24時間対応の訪問看護師と連携している。週1回の巡回時や日常の中での体調変化など、その都度、訪問看護師に報告・相談し、適切な看護を受けられるよう対応している。		
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。	入院中より面会等で心身の状況把握に努めている。医療機関とも、医療情報を「サマリー」等で共有、情報交換をこまめに行い、退院後も安心して生活できるよう支援に努めている。		
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	終末期における「看取り指針」を作成し、本人・家族から重度化した場合の意向確認と同意を得るようにしている。ホームでは医療との協力体制等を含め、方針を共有・確認しながら対応している。	看取りに関しては入居契約時に説明を行い同意を得ている。看取り介護が必要になったら、家族、医師、職員との話し合い、介護計画の見直しなどを行っている。職員の多くは看取りを経験している。家族にも寄り添いケアに当たっている。	
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	急変時や事故発生時の緊急対応マニュアルを作成し、それに基づき対応できるよう、定期的に確認している。毎年、救命救急講習を行なっている。		
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	ユニット防災担当を中心に各グループホームで毎月避難訓練を実施し、全職員が避難方法を訓練している。	各ユニットに防災担当職員を配置し、毎月、夜間を想定した避難訓練や通報訓練、消火訓練等を実施している。年1回消防署立会いのもと、「せんだんの里」全体の合同避難訓練を行い、課題の検討を行っている。隣接の学生寮の協力も得られている。	

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	個々の人格を尊重し、一人ひとりに合った声掛けやケアを行なっている。生活するうえで、プライバシーを損ねないように配慮している。	本人を尊重し、プライバシーに配慮したケアに努めている。入浴やトイレ介助は同性介助を基本に、本人の思いに添い対応している。トイレ誘導等はさりげなく配慮をしている。呼び名は本人の希望を入居時に聞いている。	
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	その時々で本人に確認しながら、希望や思いに沿ったケアをするように努めている。意思決定が難しい方に対しても、本人の思いを汲み取り対応している。		
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	一人ひとりの生活ペース、習慣、体調に合わせて希望に沿った生活が送れるように努めている。		
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	2ヶ月に1回程度、訪問理容を依頼している。季節に合ったおしゃれができるよう、本人に確認しながら支援している。		
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	食事を楽しむことができるよう、食事作りへの参加や後片付け等を一緒に行なっている。又、本人の嗜好や嚥下状態に合わせた食事を提供している。季節感のある献立の作成、提供に努めている。	職員と利用者が、一緒に準備や後片付けをするなど食事の充実を図っている。誕生日や行事食は、希望を取入れて作っている。食事担当が各ユニットのメニューを作り、管理栄養士がチェックしている。体重を月1回測定し、食事量の検討もしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	ユニット食事担当を中心に、年2回、併設されている特養の管理栄養士からアドバイスを頂き献立を作成している。1日の水分・食事量の確認を行い、不足している場合には、本人の好みのもので栄養補助食品を提供する等、一人ひとりの状態に合わせて支援している。		
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	一人ひとりの残存能力に応じて、声掛けや介助にて口腔ケアを行なっている。義歯の方は、夜間お預かりし洗浄を行い清潔保持に努めている。うがいが難しい方には、口腔用ウェットティッシュで口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	一人ひとり排泄チェックを行い、排泄パターンを把握している。本人の排泄パターンに合わせたトイレ誘導・声掛けを行なっている。	排泄パターンを把握し、声かけやトイレへの誘導など状態に合わせた支援を行っている。ポータブルトイレも用意している。便秘はその人に合わせた工夫をしている。医師の指示を受ける場合もある。	
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	ユニット食事担当を中心に併設されている特養の管理栄養士から献立のアドバイスを頂き、食物繊維を取り入れた食事の提供を意識している。又、便秘予防のため、個々に合わせた排便コントロールを行なっている。		
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	入浴者の希望に合わせて、入浴できるようにしている。介助が必要な方には本人の意思を確認しながら入浴して頂き、入浴を拒む方には、タイミングを見計らい声掛けを工夫するなどして、一人ひとりに合わせた対応をしている。	週2回の入浴を基本に対応している。体調により入浴が出来ないときには、清拭や足浴、ドライシャンプーなどで清潔維持に務めている。入浴拒否には声かけを工夫している。	
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	気持ち良い睡眠が確保できるように、日中の生活の中で散歩や生活リハビリを取り入れるようにしている。又、眠気が強い様子が見られた際には、居室で休んで頂くなど、その時々に応じた対応をしている。		
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	一人ひとりが使用している薬を、一目で確認出来るようにファイルを作成している。又、薬の副作用、用法は処方された都度、職員で情報を共有し、症状に変化がないか確認している。		
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	その方の力を活かした役割として、調理の補助や盛り付け、後片付け、洗濯物たたみ等を一緒に行なっている。又、嗜好品を買う楽しみ、食べる楽しみが持てるように支援している。		
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支援している	本人の希望を把握し、ドライブ、外食等、入居者が希望する場所への外出を支援している。家族の協力を頂き地域のイベントへ参加している。	一人ひとりの状態や、要望に応じた外出支援を行っている。施設の周りの散歩や買物、家族との帰宅や外食に出かける人もいる。	

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	必要時には、職員と一緒に財布を取りに行き、自由に買い物が出来るよう支援している。一人ひとりの希望や力に応じて、家族と連携を図りながら、柔軟に対応出来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	希望があれば、自由に手紙や電話が出来るよう対応している。家族にも、協力を仰ぎながら、やりとりが出来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	季節感を取り入れた環境作りを行なっている。照明やテレビの音量、温度にも配慮し、居心地良く過ごせるよう、配慮している。	大きなベランダや天窓により自然採光が取り入れられ、廊下、トイレ、浴室は介助しやすいよう配慮されている。食堂を兼ねたリビングは利用者の寛ぎの空間となっている。季節を表すちぎり絵や大きく書かれた日めくりなどが整然と飾られている。各部屋には表札が取り付けられている。空調管理は職員が状況を見ながら調整している。	
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	共有空間には、テーブル、ソファースペースを作り、その時の希望に沿って居場所を選択できるようにしている。思い思いに過ごせるよう、家具の配置を工夫している。		
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	本人、家族と相談しながら、馴染みの家具や好みに合わせた物を使用している。家族の写真やラジオ等を持ち込み、本人が居心地良く、安心して過ごせるよう工夫している。	各部屋には、ベッド、エアコン、洗面台が備えられている。在宅生活が続けられるよう、使い慣れた家具やテレビ、家族の写真、仏具なども持ち込んでいる。整理整頓、掃除は職員が行っている。	
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	一人ひとりの能力を把握し、それを活かせるように、安全に配慮した環境作りを行なっている。動線に配慮したり、危険のある物は直接手の触れない場所に保管するようにしている。		