

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 せんだんの里		
事業所名	せんだんの里 グループホーム東乃家		
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23年11月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0475101002&SCD=320&PCD=04
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成23年12月21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「のんびり 楽しく みんなが主役 みんなが家族」を東乃家の理念に掲げ、入居者一人ひとりの生活に合わせた支援を行い入居者の方の介護度が重度化してもその生活に合わせて〇楽しく安心して暮らせるよう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)】

施設は特養・ショート・ディサービス・居宅と共に「せんだんの里」グループの一つとして関連法人の広大な学校敷地の中にある。3ユニットは3軒の独立した一軒家として建てられ、周囲には桜の木が植えられ春にはライトアップし夜桜見物に町内から人が来る環境にある。周辺住宅も比較的新しい団地であり利用者の家族が県外の方も居る。そのためホーム側からの地域への働きかけは熱心で地域行事への参加や介護教室の取り組みなどが行われ、着実に地域に認められつつある。職員は、平均年齢86歳という利用者一人ひとりの満足する生活を目指した取り組みを展開している。研修は、外部も含め数多く企画され、新たな資格獲得への意欲も高い。看取りについても研修を重ねながら熱心に取り組まれ家族から感謝されている。

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 ↓該当するものに〇印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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)	〇	1. ほぼ全ての利用者の 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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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	〇	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)	〇	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	〇	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	〇	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 グループホーム** 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	せんだんの里の「地域密着」の理念のもと、グループホームの理念をあげ、管理者・職員全員で共有し、理念の実践に取り組んでいる。	3ユニットは独立性が高く個別の理念を掲げ職員によく浸透しているが、地域密着の意義は、法人全体の目標にしか掲げられていない。職員議論の中で理念の振り返りや検討がなされ深められている。	広大な大学敷地の中に建ち、民家も離れた位置にある。地域密着の意義は施設側の意識的な取り組みがなければ実を結べない。ユニットごとの理念に盛り込む事を期待する。
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かかわりは少ないが、買い物などでお店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つな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。	町内会加入を相談中だが、まだである。地域の介護教室や料理教室を特養などと協力して開催している。毎年のせんだんの里祭りには、ボランティアや地域の方も多数参加している。NPO主催の食事会に参加している。	
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	地域の方々に向けて介護教室を開催し、地域に向けて認知症についてや、支援方法など情報提供している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催し、グループホームの運営状態を知ってもらったり、意見をいただいたりすることでサービスの向上に生かしている。	3月の震災時中止以外は2ヶ月に一回定期的に開催され職員、家族会、地域包括職員の他に民生委員、地区社協会長とボランティア代表、NPOの代表が参加している。双方向の内容で討議がなされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	外部評価結果の改善計画書を市の担当者に持参しアドバイスを受けたり意見を聞く機会を設けた。	外部評価結果や事故報告書の他に郵送で済む書類も持参して意見を交換したり、ボランティア組織のアドバイスを受けたりしている。	
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	やむを得ず、身体の拘束の必要な方に対しては、拘束の状況を毎日記録し2週間ごとにカンファレンスを実施、身体拘束しないケア委員会を開催し、その方の状態の確認や身体拘束の必要性を話し合っている。	身体拘束をしない委員会のもとで外部も含めた研修が行われている。医療上の理由で身体拘束した方を毎日清拭、一日おきの入浴など医師・家族との頻繁な協議、徹底した見守りで4年かかって身体拘束をしないケアになった事例もある。玄関は施錠していない。	
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	高齢者虐待防止関連法について講和を聞いたり、勉強会に参加し、資料を通して虐待についての理解を深め防止に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度に関しては、実際に後見人を立てている方がいる。権利擁護事業に関しては、さらに理解が必要。		
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・解釈時は介護職員のほか、相談課、総務課担当職員、管理者も関わりながら、お話を伺い、十分な説明を行い、理解・納得して頂けるよう、努めている。		
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、来訪時のかかわりの中で、入居者・家族の意見に傾聴している。また、申し送りや記録を共有し、会議等でも話し合い、運営に反映させている。いつでも意見を頂けるよう、玄関に意見用紙を設置している。	第三者委員は大学職員・民生委員で構成されている。家族会はユニットごとに作られ年1回の会合と職員との懇談会が行われている。震災時も野菜や灯油持参での家族の訪問があり助けられた。	
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	毎月の運営会議にて、職員の意見、提案を出している。	毎月行われるユニット会議やリーダー会議、全職員で構成される9つの委員会を通じて職員の意見が反映される。また、キャリアパス制度の中で年3回の職員面接も意見反映の機会になっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	給与、昇給に関しては、キャリアパスを導入し、自己評価の提出等により個々の努力を把握している。		
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(勤務調整)を行っている。		
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に加入し、職員研修会、講演会に参加し、他事業所の方と意見交換を図っている。		

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	入居される前に実調を行い、ご本人からも充分話を聴く機会をつくっている。また、それをケアプランに反映させている。入居後も、その時々ニーズを把握して支援している。		
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	入居される前に実調を行い、家族からも充分話を聴く機会をつくっている。また、それをケアプランに反映させている。常に話しやすい雰囲気づくりに努め、信頼関係を深めていけるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人や家族の意見を大切にし、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	職員が一方向的に何事かを決定することではなく、常に共に考え、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	面会時には本人の様子を伝え情報共有している。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	出来る限り、今まで過ごしてきた場所(自宅や馴染みの場所)に行く機会をつくったり、知り合いの方に合ったりする機会をつくるよう努めている。	入居前に行う2回の家庭訪問の中で把握し、本人の希望にそうよう支援をしている。馴染みの理容店には、半数近くの方が家族の協力も得て出かけている。踊りの会に毎月誘われたり、仲間が訪問したりする方もいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	本人同士で会話をしたり、何かをすることが困難な場合は、必要に応じて職員が間に入ることで、入居者間の関係を大切に支援している。		

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	日ごろから本人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め記録し、情報共有している。その上で毎月カンファレンスを行い、生活の質の向上に努めている。	事前調査の中で把握し計画に反映させている。食事や入浴などの本人が落ち着いた時の会話の中で意向を把握し、連絡ノートやカンファレンスで職員が共有し支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等を本人、家族に聞き把握できるよう情報共有している。		
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	日ごろの申し送り、ケース記録、連絡ノートを活用し、一人ひとりの現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族、各関係機関と連携し話し合いながら3ヶ月毎に介護計画を作成している。また、毎月、モニタリングを実施している。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。	随時カンファレンスで個々人のケアについて検討し、毎月のモニタリングで確認している。半年の長期目標をたてながら3ヶ月を基本に介護計画を見直し、家族の了解を得て支援を行っている。	
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	日ごろの生活を個別に記録し職員間で情報共有しながら実践している。毎月カンファレンスを行い介護計画に生かしている。		
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	本人や家族の状況、要望に応じて柔軟に対応し支援してい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に出席して地域の方々と情報交換したり交流を図っている。		
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。	家が遠方である、定期往診してもらえないなどの理由で、内科医は多くの利用者が近くの協力医に変わったが、歯科などはかかりつけ医を継続している。入院・外来受診時は連絡表を活用して連携し感謝されている。	
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っている。週1回の看護師訪問日には1週間の様子を伝え状態を把握して頂いている。変わった様子が見られた際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できるよう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・家族のいこうに沿って医療機関を含め方針を共有している。	この1年間で3人の利用者の看取りを行っている。重度化看取りの方針は明確で書式も整備されている。主治医や看護師・家族・職員と何回も話し合いを重ねながらチームで支援を行い、最後は利用者と共に見送りをしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変、事故発生時など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に定期的に振り返りを実施している。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2回実施している。また、地域の方にも参加して頂いたり、地域の防災訓練に参加し地域との協力体制を築けるよう取り組んでいる。	夜間想定も含めて年2回訓練が実施されている。課題の業者点検時の管理者立会いも実施された。隣接する特養・学生寮との連携した訓練も行われている。3ユニットとも非常口が1ヶ所のため新たに1ヶ所を増設した。	非常口である玄関は車イスの通行が可能だが、増設したもう1ヶ所は段差があり危険で職員の負担も大きいので一層の改善を期待したい。

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
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気をつけている。	呼称は「さん」を基本に本人・家族と相談している。入室は了解をとる。個人の尊厳に配慮したケアを行っている。特に新人に対してはリーダーが個別指導を重視している。	
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	認知症の低下によりその時々希望を上手く表出できない時もある。ケアプランの中で本人の希望や思いを探り自己決定や希望の表出が出来るよう支援します。		
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	その方一人ひとりのペースを大切にペースに合わせてケアをさせて頂いている。その日を充実したものになるよう支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している	2ヶ月に1回程度は理容、美容院に行き、その人らしい身だしなみが出来るよう支援している。外出が困難な方には訪問理容を依頼している。		
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	食事を楽しむことのできるよう会話を交え、自身の茶碗やお箸を使って食事をする。盛り付けや後片付けを一緒に行い、その方のできる力に応じて行なって頂けるよう支援している。	献立は職員が作り栄養士の助言を得る。利用者は買い物から調理・洗い物まで職員と共に参加している。高齢化に伴い個々に合わせた栄養補助食品やソフト食も活用している。職員も同じ食事をとっている。	
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	栄養バランスを十分に考え献立している。水分量は水分チェック表を活用し、十分な水分量を確保して頂けるよう支援している。また、好みのものを提供できるようジュースゼリー等常備している。		
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	その方の口腔状態に合わせて朝、昼、夕、起床前には歯磨き、口腔ティッシュ、うがいをしていただくなど残渣を取り除くようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	その方の排泄パターンを知る為、時間と排泄状況を記録し時間誘導しながら気持ちよく排泄が出来るよう支援している。	個々の排泄パターンを把握し時間をみて声がけしてトイレでの排泄が出来るように支援している。	
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	繊維質の多い食材を盛り込んで献立を作成し提供している。排泄チェック表で排便のリズムを日々確認し適度な運動や水分摂取を心掛けている。		
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ている。バイタル測定後、声掛けしその方のペースに合わせて入浴している	毎日入浴可能だが最低でも週2回をめざし、機械浴槽も活用しながら実施表をチェックしている。3年間で数回しか入浴しなかった風呂嫌いの方が、入所後1ヶ月で足湯から始まり入浴した事例もある。	
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	一人ひとりの身体状況をみながらその時々状況に合わせて休憩したり居室でゆっくり横になって頂けるよう支援している。		
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	薬品管理ファイルをつくり、その方の服薬リストに基づき目的や副作用、使用方法の確認が出来るようにしている。症状の変化は医師や看護師に相談、指示を頂き対応している。		
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	一人ひとりの出来る力を生かして食器拭く、洗濯物たたみ、盛り付け等して頂いている。気分転換に散歩に出かけたり、音楽会等に参加したりと楽しみごとの支援をしている。		
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	その方の希望に合わせて、外出し、周辺の散歩や買い物に出かけている。また、家族と協力しながら散歩や外出の機会を設け支援している。	高齢化してきて全員外出とはならないが、本人が「その気」になった時に企画し外出している。定義や泉ヶ岳へのドライブ、大学構内やごみ出しを利用した散歩、スーパーの買い物のような近隣の外出まで様々な機会を作り支援している。	

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	その方の力に応じて金銭を所持し買い物に出かけお好きな物を購入できるよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	自由に手紙や電話が出来るよう支援している。また、3ヶ月に1回「東乃家だより」をご家族に郵送し、本人の状況が伝わ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	環境委員会を中心に花や装飾で季節感のある環境づくりを行っている。また、色合いや馴染みの家具等に採り入れ居心地良く過ごして頂けるよう配慮している。	各ユニットに1人いる環境委員が利用者と協力して共用空間を装飾している。家具は家庭の茶の間風の落ち着いた配置で、家族の協力を得て常に花が飾られている。猫や犬が飼われていて喜ばれている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間には食堂、ソファースペース等作りその時の希望に沿って選択できる居場所を工夫している。		
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出来るだけ馴染みの物や使い慣れた物、好みに合わせた物を使用し居心地良く過ごして頂けるよう工夫している。	利用者・家族の希望で和室の多くを洋室に模様替えし、馴染みの家具・家族写真などを持ち込み、居心地の良い部屋を目指している。自分の作った川柳を額に飾っている方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	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よう、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23年11月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokuhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0475101002&SCD=320&PCD=04
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成23年12月21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)】

入居者の一人ひとりの「その人らしさ」を大切にし、和やかに安心してお過ごしいただけるように支援しています。
 出来ること(食事の盛り付けや洗濯干し・たたみ)を活かし、また漢字・算数ドリル・ことわざカルタなどを取り入れながら、その方の持つ力を引き出すケアにも力を入れています。
 ユニットのレイアウトや、行事・外出、また食事といった場面で、季節を感じていただける工夫をしています。
 面会をはじめ、行事を開催したり、2ヶ月に1度発行する「おたより」で、ご家族へ生活の様子をお伝えするなど、連絡を密にしています。

【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)】

施設は特養・ショート・デイサービス・居宅と共に「せんだんの里」グループの一つとして関連法人の広大な学校敷地の中にある。3ユニットは3軒の独立した一軒家として建てられ、周囲には桜の木が植えられ春にはライトアップし夜桜見物に町内から人が来る環境にある。周辺住宅も比較的新しい団地であり利用者の家族が県外の方も居る。そのためホーム側からの地域への働きかけは熱心で地域行事への参加や介護教室の取り組みなどが行われ、着実に地域に認められつつある。職員は、平均年齢86歳という利用者一人ひとりの満足する生活を目指した取り組みを展開している。研修は、外部も含め数多く企画され、新たな資格獲得への意欲も高い。看取りについても研修を重ねながら熱心に取り組み家族から感謝されている。

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 **せんだんの里 グループホーム** 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	事業所としての運営指針は作っているが、地域密着型サービスを踏まえた理念にはなっていない。ユニット独自の理念を見やすい所に張り職員間で共有し、意識して実施するようにしている。	3ユニットは独立性が高く個別の理念を掲げ職員によく浸透しているが、地域密着の意義は、法人全体の目標にしか掲げられていない。職員議論の中で理念の振り返りや検討がなされ深められている。	広大な大学敷地の中に建ち、民家も離れた位置にある。地域密着の意義は施設側の意識的な取り組みがなければ実を結べない。ユニットごとの理念に盛り込む事を期待する。
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	施設敷地内のため、地域住民との日常的な関わりは少ないが、地域の祭りや文化祭、ボランティアサークルの行事などを通じて、地域とのつながりを持つような働きがけをしている。	町内会加入を相談中だが、まだである。地域の介護教室や料理教室を特養などと協力して開催している。毎年のせんだんの里祭りには、ボランティアや地域の方も多数参加している。NPO主催の食事会に参加している。	
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	認知症についての理解や介護食について理解を深めていただけるよう年に数回介護教室を実施している。また、介護についての悩み相談等も随時受け入れ出来る体制を作っている。		
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	二ヶ月に一度定期的に開催し、運営委員会のメンバーの方々にグループホームでの取り組みを報告したり、実際に見学してもらっている。	3月の震災時中止以外は2ヶ月に一回定期的に開催され職員、家族会、地域包括職員の他に民生委員、地区社協会長とボランティア代表、NPOの代表が参加している。双方向の内容で討議がなされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市主催の行事・研修会等に参加し事業所のケアサービスの取り組みを積極的に市担当者へ確認し、内容の伝達を行い連携の機会を作っている。	外部評価結果や事故報告書の他に郵送で済む書類も持参して意見を交換したり、ボランティア組織のアドバイスを受けていたりしている。	
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	身体拘束防止委員会を中心に勉強会などをして理解を深め実践している。勉強会後はミーティング等で再度話し合いを持ち、身体拘束について振り返り日々ケアに取り組んでいる。玄関の施錠等はしていない。	身体拘束をしない委員会のもとで外部も含めた研修が行われている。医療上の理由で身体拘束した方を毎日清拭、一日おきの入浴など医師・家族との頻繁な協議、徹底した見守りで4年かかって身体拘束をしないケアになった事例もある。玄関は施錠していない。	
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	リスクマネジメント委員会を中心にユニット内に伝達し、虐待防止に努めている。上記同様、ミーティングにおいて振り返りをし、職員がお互いに注意を払うようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理者・リーダー等は十分に理解しており、必要性があれば活用する準備がある。しかし職員全員が理解するまでには至っていない。学習する機会も持っていないでいる。		
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	利用契約時及び改定の際には利用者家族に説明し、理解・納得を得られるようにしている。また、疑問点や不安なことは随時出している。また、疑問点や不安なことは随時出している。また、疑問点や不安なことは随時出している。また、疑問点や不安なことは随時出している。		
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	苦情受付を設置すると共に、プラン提示の際などに意見を伺っている。また、面会時や随時職員も意見を聞く姿勢を持ち、ミーティングで話し合い、改善を図るようにしている。	第三者委員は大学職員・民生委員で構成されている。家族会はユニットごとに作られ年1回の会合と職員との懇談会が行われている。震災時も野菜や灯油持参での家族の訪問があり助けられた。	
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	ユニット職員とのコミュニケーションを図るようにし、意見を現場に行かせるように勤めている。ユニット会議・リーダー会議各委員会等での職員の意見・提案を聞く機会を設けている。	毎月行われるユニット会議やリーダー会議、全職員で構成される9つの委員会を通じて職員の意見が反映される。また、キャリアパス制度の中で年3回の職員面接も意見反映の機会になっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	キャリアパス制度を導入し、職員の努力を評価するほか、直接面談にて意思を確認することで、向上心をも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	職員の経験や能力に応じた外部への研修の機会を設け、職員全体のスキルアップを目指している。また、資格取得の為にサポート(介護福祉士・ケアマネージャー勉強会の実施等)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・講演会に参加することで、他事業所の方々との意見交換・交流を行っている。		

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
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いただいたり、訪問させて頂くことで、ご本人の生活に関する情報を得、環境変化に対して少しでも早くなじんでいただけるよう配慮している。		
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	入居前に、入居する本人の意見を尊重する為にも、家族の想いや不安等を聞き取り、安心して入居いただけるように関係作りに努めている。また、事前見学などを通じ、疑問質問に対応している。		
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	入居前のアセスメントから、本人・家族の意向を把握し、柔軟に対応するように心がけている。		
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	入居者の得意とすることを引き出し、一緒に行う・一緒に楽しむ姿勢を大切にしている。又、職員は暮らしを共にするという意識を常に持つように心がけている。		
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	家族参加型の行事を用意したり、こまめに状況を報告したり、受診などにも職員と一緒に立ち合っていたりなどで、共にケアに携わる関係づくりをしている。また、気軽に来訪いただけるような環境づくりをしている。		
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	兄弟や友人が気軽に面会に来れるような雰囲気作りをしている。また、電話の取次ぎや本人が生活していた地域への訪問なども、ご家族と相談しながら、可能な限りで実施している。	入居前に行う2回の家庭訪問の中で把握し、本人の希望にそうよう支援をしている。馴染みの理容店には、半数近くの方が家族の協力も得て出かけている。踊りの会に毎月誘われたり、仲間が訪問したりする方もいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人ひとりの状態や状況を把握しながら、入居者同士が良い関係で一緒に過ごせるような環境を整え、会話の橋渡しをしている。		

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、気軽に来訪いただ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	日頃から本人の希望や意向の把握に努め、記録に残すことで把握・共有するようにしている。また、月に一度カンファレンスを開催し、実践に向けて、再度検討共有するようにしている。	事前調査の中で把握し計画に反映させている。食事や入浴などの本人が落ち着いた時の会話の中で意向を把握し、連絡ノートやカンファレンスで職員が共有し支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	個々のアセスメントを通じ、生活歴や過去の生活環境や過ごし方について把握するよう努めている。必要に応じて家族に確認するなどして、これまでの暮らし方を汲み取りながらのケアに努めている。		
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	個別のケース記録を細かく記すことや、日誌・申し送りによる情報共有により、個々の心身状態の把握に努めている。必要時は主治医・看護師など関連職種にも相談し、対応している。		
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	毎月モニタリングを行い、状況を共有している。また、3ヶ月に1度介護計画を作成している。状況変化が生じたときには、随時ケア会議を開催・柔軟に対応できるよう、関係職種と連携し介護計画を作成している。	随時カンファレンスで個々人のケアについて検討し、毎月のモニタリングで確認している。半年の長期目標をたてながら3ヶ月を基本に介護計画を見直し、家族の了解を得て支援を行っている。	
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	個別に日々の生活のなかでの言葉や表情、また職員の対応や気づきについて記録し、全ての職員で回覧する事で、共有・介護計画に反映するように努めている。		
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	ホーム内だけでなく、併設の施設等の機能を活用したり、地域資源を活用し、本人のニーズを汲み取ったケアに取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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院へ出向くなどして、地域資源を活用し、地域との関わりの機会を持っている。		
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	入居後も、本人・家族の希望するかかりつけ医へ受診するよう配慮している。必要に応じ職員が受診に同行した場合にも、当日中にご家族へ報告の連絡を入れるようにしている。	家が遠方である、定期往診してもらえるなどの理由で、内科医は多くの利用者が近くの協力医に変わったが、歯科などはかかりつけ医を継続している。入院・外来受診時は連絡表を活用して連携し感謝されている。	
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とり、変化があったときには連絡し受診等の対応をしている。又、訪問看護師巡回時に、一週間の様子を報告し、情報共有と状態確認をしていただいている。		
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。	入院中は面会や家族へ連絡するなどして、状態の把握に努め、必要に応じ、入院先の関係者とも連絡をとるようにしている。退院前に、実態調査をし、退院後も安心して生活いただけるよう、環境整備や連絡調整を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期における看取り指針を作成し、本人やご家族から、意向確認と同意を得るようにしている。医療との協力体制等を含め、方針を共有・確認し、チームで終末期を支えられるよう対応している。	この1年間で3人の利用者の看取りを行っている。重度化看取りの方針は明確で書式も整備されている。主治医や看護師・家族・職員と何回も話し合いを重ねながらチームで支援を行い、最後は利用者と共に見送りをしている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生時マニュアルに基づいた対応が出来るよう、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に参加し、知識を得るようにしている。		
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	地域住民にも参加していただきながら、定期的に避難訓練を行い、災害対策の共有に努めている。非難経路・災害対策のマニュアルを常に確認できるように掲示している。	夜間想定も含めて年2回訓練が実施されている。課題の業者点検時の管理者立会いも実施された。隣接する特養・学生寮との連携した訓練も行われている。3ユニットとも非常口が1ヶ所のため新たに1ヶ所を増設した。	非常口である玄関は車イスの通行が可能だが、増設したもう1ヶ所は段差があり危険で職員の負担も大きいので一層の改善を期待したい。

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
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	ひとりの時間を大切にするとともに、心身の状況を把握して、その方に合った対応を常に意識し、ケアにあたっている。食事や排泄・入浴といったすべての生活場面においてプライバシーに配慮し、ケアに携わっている。	呼称は「さん」を基本に本人・家族と相談している。入室は了解をとる。個人の尊厳に配慮したケアを行っている。特に新人に対してはリーダーが個別指導を重視している。	
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	その日の気分や体調、希望や思いに沿ったケアをするよう努めている。外出希望、家事への参加もその時々で伺いながら支援している。表現の難しい方へも表情やしぐさなどから汲み取るよう意識してケアしている。		
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	一人ひとりの生活のペースを意識し、体調や気分も考慮の上で支援している。今までの生活習慣や思いを大切に持ち続けられるよう生活環境を整えたりしてケアにあたっている。		
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	気候や気分に応じ、スカーフ等手持ちの用品で身だしなみ楽しんでいただいたり、美容院へ行くことでおしゃれの気分を楽しんでいただける機会を設けている。衣類の選択でも、季節感や身だしなみの意識を高めていただけるようにしている		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の盛り付けや片付けなどを一緒に行い、コミュニケーションを図りながら、食への嗜好などを確認している。食の楽しみを継続できるよう、季節感や嗜好を取り入れた食事を意識し提供している。	献立は職員が作り栄養士の助言を得る。利用者は買い物から調理・洗い物まで職員と共に参加している。高齢化に伴い個々に合わせた栄養補助食品やソフト食も活用している。職員も同じ食事をとっている。	
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	バランスのよい食事が提供できるよう、定期的に管理栄養士に献立表を確認いただき、実践している。栄養補助食品を取り入れたら、水分補給ゼリーやソフト食を導入し栄養に配慮した食事提供を工夫している。		
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	一人ひとりの機能に合わせた口腔ケア用品を準備し、声掛け・見守り・仕上げ介助等を行っている。義歯の方には夜間は外していただき、洗浄支援している。		

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
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	排泄チェックを行い、個々の排泄パターンの把握に努めている。自尊心に配慮しながら、失敗を防げるようトイレ誘導・声掛けをしている。また、出来る限りトイレでの排泄が出来るよう誘導・促しをしている。	個々の排泄パターンを把握し時間をみて声がけてトイレでの排泄が出来るように支援している。	
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	便秘予防の為に乳製品や食物繊維を取り入れた食事の提供を実践している。また、個々に合わせた排便コントロールを行い、自然に排泄できるよう、出来る限りで軽運動などを取り入れている。		
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	希望者には出来るだけ、希望に沿えるように実施している。介助が必要な方には本人の意思を確認しながら、安全に入浴を楽しんでいただける環境を整えて介助している。	毎日入浴可能だが最低でも週2回をめぐし、機械浴槽も活用しながら実施表をチェックしている。3年間で数回しか入浴しなかった風呂嫌いの方が、入所後1ヶ月で足湯から始まり入浴した事例もある。	
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	夜間の睡眠が確保できるように、日中の生活の中で散歩や運動の機会を設けるようにしている。日中傾眠が見られる方には居室で休んで頂く等している。また、お一人お一人が安心して休める環境づくりも意識して支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬チェックシートを活用し、一人ひとりが内服している薬の内容が分かるようにしている。また、処方が変わったときには都度用法・用量・副作用等を職員で共有し、内服後の変化などに注意するようにしている。		
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	個々に応じたできることや習慣としてきたことを活かして生活して頂けるよう支援している。調理の盛り付けや洗濯物干し、たたみ方、漢字・算数ドリルなどを一緒に行っている。		
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	本人の希望を日頃の生活から汲み取り、ご家族の協力も得ながら、自宅へ行く機会を設けている。外食・観光、地域イベントへ出かけ、地域の情報収集や支援をしている。	高齢化してきて全員外出とはならないが、本人が「その気」になった時に企画し外出している。定義や泉ヶ岳へのドライブ、大学構内やごみ出しを利用した散歩、スーパーの買い物のような近隣の外出まで様々な機会を作り支援している。	

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	自己管理をされる方は少ないが、必要に応じお金を持って買い物ができるように支援している。ご自分で支払いができる方には、自身で支払い買い物をする楽しみも持てるようにしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人が電話したいというときには、取次ぎをしたり、本人から手紙を預かり郵送したり、家族からの手紙はレターケースなどを用意し常に楽しめるようにしている。		
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	環境委員とユニット内の空間・環境作り係を中心に季節感を取り入れながら環境作りを行っている。家族にも協力頂き、常に花がある環境が作られている。また、職員の立ち居振る舞いで生活環境が損なわれないよう配慮し、支援している。	各ユニットに1人いる環境委員が利用者と協力して共用空間を装飾している。家具は家庭の茶の間風の落ち着いた配置で、家族の協力を得て常に花が飾られている。猫や犬が飼われていて喜ばれている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	身体状況にあわせた居場所作りを意識している。入居者それぞれの相性も考慮しながら、座席やリビングでの生活環境の整備を工夫している。		
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	入居の際には、馴染みのものを出来る限り多くお持ちいただくように依頼し、居心地の良い安心できる居室環境を提供できるようにしている。また、状況に応じて必要な家具を整えるようにしている。	利用者・家族の希望で和室の多くを洋室に模様替えし、馴染みの家具・家族写真などを持ち込み、居心地の良い部屋を目指している。自分の作った川柳を額に飾っている方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	一人一人の能力を把握し、生かしながらも安全に過ごせる環境作りを心がけている。家具の配置やトイレの場所の貼り紙、危険な物は入居者の手に触れぬところで保管するなど実践している。		

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23年11月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokuhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0475101002&SCD=320&PCD=04
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階		
訪問調査日	平成23年12月21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)】

『ゆったりと落ち着いた環境で 家庭的な生活』を理念に掲げ、利用者様が安心して笑顔で過ごして頂けるよう支援しています。利用者様の「出来ること」を発揮して頂きながら、洗濯物たたみ、食器拭き、食事準備等を職員と一緒にこなしています。お話し好きな利用者様が多く、毎日笑いの絶えないユニットです。

【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)】

施設は特養・ショート・デイサービス・居宅と共に「せんだんの里」グループの一つとして関連法人の広大な学校敷地の中にある。3ユニットは3軒の独立した一軒家として建てられ、周囲には桜の木が植えられ春にはライトアップし夜桜見物に町内から人が来る環境にある。周辺住宅も比較的新しい団地であり利用者の家族が県外の方も居る。そのためホーム側からの地域への働きかけは熱心で地域行事への参加や介護教室の取り組みなどが行われ、着実に地域に認められつつある。職員は、平均年齢86歳という利用者一人ひとりの満足する生活を目指した取り組みを展開している。研修は、外部も含め数多く企画され、新たな資格獲得への意欲も高い。看取りについても研修を重ねながら熱心に取り組まれ家族から感謝されている。

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 **せんだんの里 グループホーム 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。	3ユニットは独立性が高く個別の理念を掲げ職員によく浸透しているが、地域密着の意義は、法人全体の目標にしか掲げられていない。職員議論の中で理念の振り返りや検討がなされ深められている。	広大な大学敷地の中に建ち、民家も離れた位置にある。地域密着の意義は施設側の意識的な取り組みがなければ実を結べない。ユニットごとの理念に盛り込む事を期待する。
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。買い物に出かけたり、地域行事への参加を通じて交流に努めている。	町内会加入を相談中だが、まだである。地域の介護教室や料理教室を特養などと協力して開催している。毎年のせんだんの里祭りには、ボランティアや地域の方も多数参加している。NPO主催の食事会に参加している。	
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	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、年に数回介護教室を開催している。又、介護についての悩み相談等、随時受け入れる体制をとっている。		
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	二ヶ月に一度定期的を開催し、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。委員から助言を頂き、運営に活かしている。	3月の震災時中止以外は2ヶ月に一回定期的に開催され職員、家族会、地域包括職員の他に民生委員、地区社協会長とボランティア代表、NPOの代表が参加している。双方向の内容で討議がなされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市主催の行事、研修等に参加し、事業所のケアサービスの取り組みを積極的に市担当者確認し、内容の伝達を行い、連携の機会を作っている。	外部評価結果や事故報告書の他に郵送で済む書類も持参して意見を交換したり、ボランティア組織のアドバイスを受けたりしている。	
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。	身体拘束をしない委員会のもとで外部も含めた研修が行われている。医療上の理由で身体拘束した方を毎日清拭、一日おきの入浴など医師・家族との頻繁な協議、徹底した見守りで4年かかって身体拘束をしないケアになった事例もある。玄関は施錠していない。	
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	リスクマネジメント委員会を通し、虐待防止について学習している。委員会を中心に各ユニットに伝達し、防止に努めている。資料の配布や、ポスターを掲示することにより、意識の向上に努めている。		

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	権利擁護についての資料を配布する等、個々で学習している。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、説明を行なっている。ホーム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。	第三者委員は大学職員・民生委員で構成されている。家族会はユニットごとに作られ年1回の会合と職員との懇談会が行われている。震災時も野菜や灯油持参での家族の訪問があり助けられた。	
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。	毎月行われるユニット会議やリーダー会議、全職員で構成される9つの委員会を通じて職員の意見が反映される。また、キャリアパス制度の中で年3回の職員面接も意見反映の機会になっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	今年度から、キャリアパス制度が導入され、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、資格取得の為の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、講演会等に参加し、他事業所の方々と意見交換・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。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。	入居前に行う2回の家庭訪問の中で把握し、本人の希望にそうよう支援をしている。馴染みの理容店には、半数近くの方が家族の協力も得て出かけている。踊りの会に毎月誘われたり、仲間が訪問したりする方もいる。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	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。	事前調査の中で把握し計画に反映させている。食事や入浴などの本人が落ち着いた時の会話の中で意向を把握し、連絡ノートやカンファレンスで職員が共有し支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	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い、毎日の生活や心身の状態把握や変化に努めている。		
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、介護計画書に活かしている。	随時カンファレンスで個々人のケアについて検討し、毎月のモニタリングで確認している。半年の長期目標をたてながら3ヶ月を基本に介護計画を見直し、家族の了解を得て支援を行っている。	
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	ホーム内だけにとらわれず、併設している施設の機能を活用したり、地域資源を活用することで、より良い生活が送れるよう、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、週2回は近所へ買い物に出かけるなど、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。	家が遠方である、定期往診してもらえなどの理由で、内科医は多くの利用者が近くの協力医に変わったが、歯科などはかかりつけ医を継続している。入院・外来受診時は連絡表を活用して連携し感謝されている。	
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。	この1年間で3人の利用者の看取りを行っている。重度化看取りの方針は明確で書式も整備されている。主治医や看護師・家族・職員と何回も話し合いを重ねながらチームで支援を行い、最後は利用者と共に見送りを行っている。	
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	地域住民も参加し、定期的に避難訓練を行っている。避難経路や災害対策マニュアルを掲示し、常に確認できるようにしている。	夜間想定も含めて年2回訓練が実施されている。課題の業者点検時の管理者立会いも実施された。隣接する特養・学生寮との連携した訓練も行われている。3ユニットとも非常口が1ヶ所のため新たに1ヶ所を増設した。	非常口である玄関は車イスの通行が可能だが、増設したもう1ヶ所は段差があり危険で職員の負担も大きいので一層の改善を期待したい。

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
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。	呼称は「さん」を基本に本人・家族と相談している。入室は了解をとる。個人の尊厳に配慮したケアを行っている。特に新人に対してはリーダーが個別指導を重視している。	
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	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	一人ひとりのペースを大切にして、体調に合わせてその日の生活を習慣や思いを優先して支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	2ヶ月に1回程度、理・美容室を利用している。外出が困難な方には、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。	献立は職員が作り栄養士の助言を得る。利用者は買い物から調理・洗い物まで職員と共に参加している。高齢化に伴い個々に合わせた栄養補助食品やソフト食も活用している。職員も同じ食事をとっている。	
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	栄養バランスを考え、献立を作成している。チェック表を活用し、1日の水分・食事量の確認を行い、不足している場合には、本人の好みのもや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、夜間回収し、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、吸引歯ブラシを使用し、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。	個々の排泄パターンを把握し時間をみて声がけてトイレでの排泄が出来るように支援している。	
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	排泄委員会、食事委員会を中心に排泄に対する知識を共有し、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。	毎日入浴可能だが最低でも週2回をめぐし、機械浴槽も活用しながら実施表をチェックしている。3年間で数回しか入浴しなかった風呂嫌いの方が、入所後1ヶ月で足湯から始まり入浴した事例もある。	
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が、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に支援している	本人の希望を把握し、買い物やドライブ、外食等、入居者が希望する場所への外出を支援している。家族の協力を得ながら、地域のイベントへ参加したり、自宅に立ち寄れる様に連携を図っている。	高齢化してきて全員外出とはならないが、本人が「その気」になった時に企画し外出している。定義や泉ヶ岳へのドライブ、大学構内やごみ出しを利用した散歩、スーパーの買い物のような近隣の外出まで様々な機会を作り支援している。	

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	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	環境委員会を中心に、季節感を取り入れた環境作りを行なっている。テレビの音量や温度にも配慮し、居心地良く過ごせるよう、配慮している。	各ユニットに1人いる環境委員が利用者と協力して共用空間を装飾している。家具は家庭の茶の間風の落ち着いた配置で、家族の協力を得て常に花が飾られている。猫や犬が飼われていて喜ばれている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間には、テーブル、ソファスペースを作り、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。	利用者・家族の希望で和室の多くを洋室に模様替えし、馴染みの家具・家族写真などを持ち込み、居心地の良い部屋を目指している。自分の作った川柳を額に飾っている方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	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。		