

### 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			
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26年10月1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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月30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行ない、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)】

「せんだんの里」は、社会福祉法人東北福祉会によって運営され、広大な敷地内に特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業所、独立した3棟のグループホームが合築されている。法人の理念である「利用者主体の原則」を踏まえ、「人間性豊かな暮らしを目指して」運営し、設立14年目を迎えた。それぞれのユニットが理念を掲げ、職員はベテランから若手まで層が厚く、研修も充実しており、豊富な知識とを兼ね備えこれを実践に繋げ、誇りとやりがいを持って介護にあたっている様子が見られた。地域での講師活動や吉成地域の防災マップ作り、福祉避難所としての役割、近隣の中学生や高校生の職場体験の受け入れなど、地域連携を推進している。終末期対応は、24時間の訪問看護師など医療連携が確立しており、利用者・家族に安心感を与えている。

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、生き生きと働いている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	法人の理念をもとに作成されたユニット毎の理念をユニット内に掲示している。職員にアンケートを取り、話し合い、確認している。利用者の想いを大切に、いつも笑顔で接するようにこころ掛けている。	
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。	町内会に入っていないが、地域から傾聴、踊り、歌等のボランティアの来訪がある。地域の講師要請や、防災訓練、吉成地域の防災マップ作りにも参加している。近隣の中学生や高校生の職場体験も受け入れている。	
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、年に数回介護教室やサロンを開催している。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	2ヶ月毎に運営推進会議を開催しグループホームの運営状況を知ってもらったり、意見をいただいたりすることで、サービスの向上に活かしている。	民生委員、地区社協、地域包括職員、家族、職員の構成で2ヶ月に1度開催し、事業所の取り組みについて報告している。避難誘導の方法について意見が出され、運営に活かし、改善につなげた。	
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	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。	市担当者には、必要な報告相談をしている。また、市主催の研修会に参加し、市の職員との連携を進め、ケアマネと交流、事例を検討により、工夫や気づきを共有し、ケアサービスに活かしている。	
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、自分達のケアを振り返る機会も持ちながらケアに取り組んでいる。また、日中は、玄関の施錠をせずに自由に入出入り出来るようにしている。	身体拘束をしないケア委員会を中心に、身体拘束による弊害などを学習し、ケアに活かしている。玄関の施錠は20時～7時である。外出傾向を把握し、一緒に歩いたり、他の施設の職員の協力も得て、見守るようにしている。	
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の勉強会に参加し、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	実際に成年後見制度を活用し後見人を立てている方がいるが、権利擁護事業に関してはさらに理解が必要。研修の資料などで理解に努めている。		
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	契約・解約時には、介護職員の他に総務課担当者も家族の意見を傾聴し、十分な説明を行っている。		
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様玄関に意見用紙を設置している。	ホームで開催する年1~2回のイベント後、家族懇談会を開き、日頃の取り組みについて聞く機会を設けている。家族からの要望で、ケアプランの意向確認の記入方法を改善した。家族アンケートの実施方法について検討中である。	
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	毎月運営会議にて職員の意見、提案等を出している。	毎月の運営会議のほかに、ユニット会議、リーダー会議などがあり、職員の意見を聞く機会としている。職員の休憩時間の確保や、調理時の衛生マニュアルなどが検討され、改善した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	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	職員の段階に応じて、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ができるようサポート(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、講演会に参加することで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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居される前に実態調査を行ない、ご本人からも充分話し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	入居される前の実態調査の中で、家族からも充分に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ている。常に話しやすい雰囲気作りに努め、信頼関係を深めて行けるように努めている。		
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かを決定することなく、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	面会時にはご本人の様子を伝え、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)に行く機会を作ったり、知り合いの方に会うことができるように努めている。	家族の協力を得ながら、自宅へのお泊りや、馴染みの美容院、買い物、散歩、町内会の踊りのサークルなどへの外出支援をしている。	
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	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。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日ごろから、ご本人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、記録し情報共有している。そのうえ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。	入居前に本人や家族から聞き取り、入居後には24時間シート等の情報を活用し、カンファレンスにおいて職員間で情報を共有している。意向の把握が困難な利用者には、以前入所していた施設や来訪した家族や知人の懇談の中からも情報を把握するように努めている。	
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、生活環境等をご本人、家族に聞き、把握できるようにしている。		
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。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。	利用者・家族の意向を確認し、毎月モニタリングを行っている。主治医、看護師、栄養士、歯科衛生士など専門職種と連携し、基本は3ヶ月ごと、また状態が変わった時には計画を見直している。家族には毎月報告、確認している。	
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	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参加し、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。	内科は月2回の訪問診療、希望があれば歯科医の往診も受診できる。本人・家族が希望するかかりつけ医を受診し、職員が付き添った場合、電話やFAXで情報の確認をしている。家族の希望で週2回家族がリハビリに付き添っている利用者もいる。	
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末ケアに関しては、家族の意向をケアプラン作成時等に確認している。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。	「看取り指針」を作成し、入所時に説明をしている。重度化や看取りについて、本人・家族の希望を確認している。終末期には医師の指示書に基づき訪問看護師が24時間の対応をしている。家族が付き添う場合の宿泊できる部屋もあり、看取り実績もある。	
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定期的に振り返りを実施している。また、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	火災訓練は毎月実施している。また、地域の方にも参加して頂いたり、地域の防災会議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。	毎月、マニュアルに沿って避難訓練をしている。夜間想定訓練に地域密着運営推進会議メンバーの方々が参加し、協力を得ている。避難経路は玄関だけでなく、ベランダから避難する事も視野に入れ、段差の解消が課題となっている。	車イス利用者が多い中で、安全に速やかに避難誘導が出来るように、避難経路となりうるベランダの段差の改善を期待する。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	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。	身体拘束しないケア委員会が中心になり、プライバシーの確保や虐待について学習している。職員同士で気になる場面を想定して、寸劇も交えて、実践的に学び合い、ケアに活かしている。	
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ので、アセスメントの中で本人の希望や思いを探り、自己決定や希望が表出できるように支援します。		
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	一人ひとりのペースを大切にして、その方のペースに合わせてケアをさせていただいている。その日を充実したものになるように支援している。		
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回程度は理容、美容院に来ていただき、その人らしい身だしなみが出来るよう支援している。		
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している。盛り付けや後片付けを一緒に行い、その方の出来る力に応じて行っていただけるよう支援している。	献立は行事食など利用者の希望も取り入れながら、職員が1週間交代で作成し、特養の栄養士がチェックしている。職員も一緒に食べている。パン等の訪問販売も楽しみになっている。利用者も一緒に後片付けや買い物などをしている。	
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	栄養バランスを十分に考え献立している。水分摂取量はチェック表を活用し、十分な水分を摂取して頂けるよう支援している。また、好みの物を提供出来る様にジュースゼリーを常備している。		
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起床時、朝食後、昼食後、夕食後、に歯磨き、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。	排泄チェック表で排泄間隔をチェックしている。外出や散歩に出かける時は、さりげなく声をかけるなどの配慮をしている。布パン、リハパンとパットなど利用者の状態に合わせて、きめ細かに対応している。	
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がけている。		
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、声かけをしてその方のペースに合わせて入浴している。	基本は週2回が基本となっているが、利用者の希望にそって対応している。東乃家には個浴型介護浴槽が設置されている。肌の弱い人は個人持ちの石鹸を使用したり、入浴時に音楽やラジオをかけるなど、一人ひとりに合わせた対応をしている。	
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	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いただ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、指示を頂いて対応している。		
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活かして食器拭き、洗濯物たたみ、盛り付け等している。		
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	その方の希望に合わせて、外出、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。	年間計画にそって、春はお花見、冬は光のページェントなど、季節を感じる行事やドライブを楽しんでいる。日常的にはゴミ捨てに行ったり、美容院へ出られるよう支援をしている。家族の協力で外食や自宅に出掛けることもある。	



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
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、買い物に出かけて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	自由に電話をしたり、手紙が書けるように支援している。また、2ヶ月に1回「東乃家だより」を家族に郵送し、本人の状況が伝わるように支援している。		
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	介護力向上委員を中心に、花や装飾で季節感のある環境づくりを行っている。また、馴染みの家具等をとり入れ、居心地よく過ごしていただけるように配慮している。	介護力向上委員会が中心になり、季節感を取り入れて、居心地良く過ごせるように、工夫、改善に努めている。天窓から光が入り、明るく、観葉植物が置かれ、ダイルームにはソファや炬燵があり、猫がうたたねをしていた。室温も快適に設定されており、1軒それぞれが家庭のような雰囲気を醸し出していた。	
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	共有空間には食席とは別にソファースペース等をつくり、その時の希望に沿って選択できる居場所作りを工夫している。		
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、できるだけ馴染みのものや使い慣れたもの、好みに合わせたものを使用し、居心地よく過ごしていただけるよう工夫している。	洗面台とエアコンと押し入れが備え付けられており、居室は夫婦で入れる部屋や和室もある。掃除や衣替は職員と利用者が一緒に行っている。テーブルやコタツ、位牌など馴染みの物を持ち込んでいる。ベッドの配置は希望にそって検討している。	
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、安全に過ごしていただけるよう動線に配慮した環境づくりに努めている。		

# 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26年10月1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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月30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)】

入居者一人ひとりの「その人らしさ」を大切に、和やかに安心して過ごして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物干し・たたみ)を活かしたり、家庭菜園を取り入れる等し、その方の持つ力を引き出すケアにも力を入れています。ユニット内のレイアウトや、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、連絡を密に取るように努めています。

## 【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)】

「せんだんの里」は、社会福祉法人東北福祉会によって運営され、広大な敷地内に特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業所、独立した3棟のグループホームが合築されている。法人の理念である「利用者主体の原則」を踏まえ、「人間性豊かな暮らしを目指して」運営し、設立14年目を迎えた。それぞれのユニットが理念を掲げ、職員はベテランから若手まで層が厚く、研修も充実しており、豊富な知識とを兼ね備えこれを実践に繋げ、誇りとやりがいを持って介護にあたっている様子が見られた。地域での講師活動や吉成地域の防災マップ作り、福祉避難所としての役割、近隣の中学生や高校生の職場体験の受け入れなど、地域連携を推進している。終末期対応は、24時間の訪問看護師など医療連携が確立しており、利用者・家族に安心感を与えている。

## 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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	せんだんの里の「地域密着」の理念のもと、ユニットでも独自の理念をかかげています。管理者・職員全員で共有し、ユニットの目的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。	法人の理念をもとに作成されたユニット毎の理念をユニット内に掲示している。職員にアンケートを取り、話し合い、確認している。利用者の想いを大切に、いつも笑顔で接するようにこころ掛けている。	
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	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等にも参加し、地域とのつながりを持つような働きかけをしている。	町内会に入っていないが、地域から傾聴、踊り、歌等のボランティアの来訪がある。地域の講師要請や、防災訓練、吉成地域の防災マップ作りにも参加している。近隣の中学生や高校生の職場体験も受け入れている。	
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に年に数回介護教室やサロンを実施している。また、介護についての悩み相談等も随時受け入れの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	二ヶ月ごとに運営推進会議を開催し、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たり、実際に地域の方と茶話会・施設見学をしてもらう等し、意見を伺いながらサービスの向上に努めている。	民生委員、地区社協、地域包括職員、家族、職員の構成で2ヶ月に1度開催し、事業所の取り組みについて報告している。避難誘導の方法について意見が出され、運営に活かし、改善につなげた。	
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。	市担当者には、必要な報告相談をしている。また、市主催の研修会に参加し、市の職員との連携を進め、ケアマネと交流、事例を検討により、工夫や気づきを共有し、ケアサービスに活かしている。	
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勉強会等を行い理解を深めるようにしている。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ながら、日々ケアに取り組んでいる。	身体拘束をしないケア委員会を中心に、身体拘束による弊害などを学習し、ケアに活かしている。玄関の施錠は20時～7時である。外出傾向を把握し、一緒に歩いたり、他の施設の職員の協力も得て、見守るようにしている。	
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を中心にユニット内に伝達し、施設内での内部研修も行い、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。実際に使用している方がいない為、外部研修後の伝達の際等に伝える様にしている。		
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	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ただけるように面会時・プラン提示の際等にお話している。		
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	苦情受付を玄関に設置すると共に、プラン提示の際等に意見を伺っている。また、面会時に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、改善を図っている。	ホームで開催する年1~2回のイベント後、家族懇談会を開き、日頃の取り組みについて聞く機会を設けている。家族からの要望で、ケアプランの意向確認の記入方法を改善した。家族アンケートの実施方法について検討中である。	
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	ユニット職員とのコミュニケーションを図るようにし、職員の意見を現場に活かせるよう勤めている。毎月の運営会議にて職員の意見・提案を聞く機会を設けている。	毎月の運営会議のほかに、ユニット会議、リーダー会議などがあり、職員の意見を聞く機会としている。職員の休憩時間の確保や、調理時の衛生マニュアルなどが検討され、改善した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	キャリアパス制度を導入し、職員の取り組みについて評価するほか、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、内部・外部への研修参加の機会を設け、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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に見学に来て頂いたり、自宅や施設へ訪問させて頂き、ご本人からも十分話を聞く機会を作っている。またそれをケアプランに反映させ少しでも早く馴染んで頂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	ご本人様やご家族様の想いや不安等を聞き取り、安心して入居していただけるよう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	職員の一方向的な支援ではなく、入居者の得意とする事を引き出し、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、受診に付き添って頂く等、共に支える関係づくりをしている。また、気軽に来訪して頂けるような環境・関係づくりを意識している。		
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	親族や知り合いが気軽に面会に来れるような雰囲気作りを心掛けている。また、電話の取次ぎや本人が生活していた地域への訪問等も、ご家族と相談しながら、可能な限り実施している。	家族の協力を得ながら、自宅へのお泊りや、馴染みの美容院、買い物、散歩、町内会の踊りのサークルなどへの外出支援をしている。	
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足を運んで頂けるような雰囲気作りを意識し、気軽に来訪して頂けるように声を掛けている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日頃から本人の希望や意向の把握に努め、記録に残し把握・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。	入居前に本人や家族から聞き取り、入居後には24時間シート等の情報を活用し、カンファレンスにおいて職員間で情報を共有している。意向の把握が困難な利用者には、以前入所していた施設や来訪した家族や知人の懇談の中からも情報を把握するように努めている。	
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等して、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残すことや、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、状況変化が生じた時には、随時ケア会議を開催し柔軟に対応できるようにしている。必要に応じて関係職種と連携し介護計画を作成している。	利用者・家族の意向を確認し、毎月モニタリングを行っている。主治医、看護師、栄養士、歯科衛生士など専門職種と連携し、基本は3ヶ月ごと、また状態が変わった時には計画を見直している。家族には毎月報告、確認している。	
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中での言葉や表情、また職員の対応や気付いた事を記録し、全ての職員で回覧する事で、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等して、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。	内科は月2回の訪問診療、希望があれば歯科医の往診も受診できる。本人・家族が希望するかかりつけ医を受診し、職員が付き添った場合、電話やFAXで情報の確認をしている。家族の希望で週2回家族がリハビリに付き添っている利用者もいる。	
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、変化があった時には連絡し、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頂いている。		
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等して、状態の把握に努めている。必要に応じ、入院先の関係者とも連絡を取るようになっている。退院前に、実態調査をし、退院後も安心して生活して頂けるよう、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。	「看取り指針」を作成し、入所時に説明をしている。重度化や看取りについて、本人・家族の希望を確認している。終末期には医師の指示書に基づき訪問看護師が24時間の対応をしている。家族が付き添う場合の宿泊できる部屋もあり、看取り実績もある。	
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、応急手当・初期対応の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	夜間想定を含め地域住民にも参加して頂きながら、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。	毎月、マニュアルに沿って避難訓練をしている。夜間想定訓練に地域密着運営推進会議メンバーの方々が参加し、協力を得ている。避難経路は玄関だけでなく、ベランダから避難する事も視野に入れ、段差の解消が課題となっている。	車イス利用者が多い中で、安全に速やかに避難誘導が出来るように、避難経路となりうるベランダの段差の改善を期待する。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	お一人お一人の身体状況を把握し、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・入浴といった全ての生活場面においてプライバシーに配慮し、ケアを行うようにしている。	身体拘束しないケア委員会が中心になり、プライバシーの確保や虐待について学習している。職員同士で気になる場面を想定して、寸劇も交えて、実践的に学び合い、ケアに活かしている。	
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。		
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。これまでの生活習慣や思いを大切に持ち続けられるよう居室環境を整える等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、洋服を選んで頂いたり、美容院へ行く事で、おしゃれの気分を楽しんで頂く機会を設けている。衣類の選択でも、季節感や身だしなみの意識を高めて頂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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の盛り付けや片付け等を一緒に行い、コミュニケーションを図りながら、食への嗜好等を確認している。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。	献立は行事食など利用者の希望も取り入れながら、職員が1週間交代で作成し、特養の栄養士がチェックしている。職員も一緒に食べている。パン等の訪問販売も楽しみになっている。利用者も一緒に後片付けや買い物などをしている。	
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	バランスのよい食事が提供できるよう、十分に考えて献立表を作成している。また季節の食材を取り入れ、栄養に配慮した食事提供を工夫している。水分補給も嗜好に合わせて提供している。		
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(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頂き、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の自立を支援している。	排泄チェック表で排泄間隔をチェックしている。外出や散歩に出かける時は、さりげなく声をかけるなどの配慮をしている。布パン、リハパンとパットなど利用者の状態に合わせて、きめ細かに対応している。	
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、可能な範囲で、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	希望者には出来る限り、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頂ける環境を整えて介助している。	基本は週2回が基本となっているが、利用者の希望にそって対応している。東乃家には個別型介護浴槽が設置されている。肌の弱い人は個人持ちの石鹸を使用したり、入浴時に音楽やラジオをかけるなど、一人ひとりに合わせた対応をしている。	
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	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。また、お一人お一人が安心して休める居室環境の見直しも意識して行っている。		
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、内服後の変化等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事や習慣としてきた事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、自宅へ行く機会等を設けている。また季節に合わせて外食・観光、地域イベントへ出かけ、楽しみをもてるようにしている。	年間計画にそって、春はお花見、冬は光のページェントなど、季節を感じる行事やドライブを楽しんでいる。日常的にはゴミ捨てに行ったり、美容院へ出かけるよう支援をしている。家族の協力で外食や自宅に出掛けることもある。	

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
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、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	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。	介護力向上委員会が中心になり、季節感を取り入れて、居心地良く過ごせるように、工夫、改善に努めている。天窓から光が入り、明るく、観葉植物が置かれ、ダイルームにはソファや炬燵があり、猫がうたたねをしていた。室温も快適に設定されており、1軒それぞれが家庭のような雰囲気を出していた。	
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。	洗面台とエアコンと押し入れが備え付けられており、居室は夫婦で入れる部屋や和室もある。掃除や衣替は職員と利用者が一緒に行っている。テーブルやコタツ、位牌など馴染みの物を持ち込んでいる。ベッドの配置は希望にそって検討している。	
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。家具の配置を工夫したり、危険な物は入居者の手に触れぬ所で保管する等実践している。		

# 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			
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26年10月1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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成26年10月30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)】

【つながり】 ○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。 ○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。 ○地域との連携を図り、誰が来ても安心して、ほっとできる環境を目指します。 ・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、食事準備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、笑顔の多いユニットです。
--

## 【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)】

「せんだんの里」は、社会福祉法人東北福祉会によって運営され、広大な敷地内に特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業所、独立した3棟のグループホームが合築されている。法人の理念である「利用者主体の原則」を踏まえ、「人間性豊かな暮らしを目指して」運営し、設立14年目を迎えた。それぞれのユニットが理念を掲げ、職員はベテランから若手まで層が厚く、研修も充実しており、豊富な知識とを兼ね備えこれを実践に繋げ、誇りとやりがいを持って介護にあたっている様子が見られた。地域での講師活動や吉成地域の防災マップ作り、福祉避難所としての役割、近隣の中学生や高校生の職場体験の受け入れなど、地域連携を推進している。終末期対応は、24時間の訪問看護師など医療連携が確立しており、利用者・家族に安心感を与えている。
--

## 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、生き生きと働いている (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 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	法人の理念をもとに作成されたユニット毎の理念をユニット内に掲示している。職員にアンケートを取り、話し合い、確認している。利用者の想いを大切に、いつも笑顔で接するようにこころ掛けている。	
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。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。	町内会に入っていないが、地域から傾聴、踊り、歌等のボランティアの来訪がある。地域の講師要請や、防災訓練、吉成地域の防災マップ作りにも参加している。近隣の中学生や高校生の職場体験も受け入れている。	
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、年に数回介護教室やサロンを開催している。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に行われ、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。	民生委員、地区社協、地域包括職員、家族、職員の構成で2ヶ月に1度開催し、事業所の取り組みについて報告している。避難誘導の方法について意見が出され、運営に活かし、改善につなげた。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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へ確認し、内容の伝達を行い、連携の機会を作っている。	市担当者には、必要な報告相談をしている。また、市主催の研修会に参加し、市の職員との連携を進め、ケアマネと交流、事例を検討により、工夫や気づきを共有し、ケアサービスに活かしている。	
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じ、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。	身体拘束をしないケア委員会を中心に、身体拘束による弊害などを学習し、ケアに活かしている。玄関の施錠は20時～7時である。外出傾向を把握し、一緒に歩いたり、他の施設の職員の協力も得て、見守るようにしている。	
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・リスクマネジメント委員会による勉強会を通じ、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	勉強会へ参加し、成年後見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。	ホームで開催する年1～2回のイベント後、家族懇談会を開き、日頃の取り組みについて聞く機会を設けている。家族からの要望で、ケアプランの意向確認の記入方法を改善した。家族アンケートの実施方法について検討中である。	
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。	毎月の運営会議のほかに、ユニット会議、リーダー会議などがあり、職員の意見を聞く機会としている。職員の休憩時間の確保や、調理時の衛生マニュアルなどが検討され、改善した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	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、内外部への研修参加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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	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。	家族の協力を得ながら、自宅へのお泊りや、馴染みの美容院、買い物、散歩、町内会の踊りのサークルなどへの外出支援をしている。	
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。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	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。	入居前に本人や家族から聞き取り、入居後には24時間シート等の情報を活用し、カンファレンスにおいて職員間で情報を共有している。意向の把握が困難な利用者には、以前入所していた施設や来訪した家族や知人の懇談の中からも情報を把握するように努めている。	
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や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、介護計画書に活かしている。	利用者・家族の意向を確認し、毎月モニタリングを行っている。主治医、看護師、栄養士、歯科衛生士など専門職種と連携し、基本は3ヶ月ごと、また状態が変わった時には計画を見直している。家族には毎月報告、確認している。	
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	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、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。	内科は月2回の訪問診療、希望があれば歯科医の往診も受診できる。本人・家族が希望するかかりつけ医を受診し、職員が付き添った場合、電話やFAXで情報の確認をしている。家族の希望で週2回家族がリハビリに付き添っている利用者もいる。	
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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。	「看取り指針」を作成し、入所時に説明をしている。重度化や看取りについて、本人・家族の希望を確認している。終末期には医師の指示書に基づき訪問看護師が24時間の対応をしている。家族が付き添う場合の宿泊できる部屋もあり、看取り実績もある。	
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	地域住民も参加した避難訓練を定期的に行ない、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。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。	毎月、マニュアルに沿って避難訓練をしている。夜間想定訓練に地域密着運営推進会議メンバーの方々が参加し、協力を得ている。避難経路は玄関だけでなく、ベランダから避難する事も視野に入れ、段差の解消が課題となっている。	車イス利用者が多い中で、安全に速やかに避難誘導が出来るように、避難経路となりうるベランダの段差の改善を期待する。



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	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配慮している。	身体拘束しないケア委員会が中心になり、プライバシーの確保や虐待について学習している。職員同士で気になる場面を想定して、寸劇も交えて、実践的に学び合い、ケアに活かしている。	
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し、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、体調に合わせてその日の生活を、ご本人の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。	献立は行事食など利用者の希望も取り入れながら、職員が1週間交代で作成し、特養の栄養士がチェックしている。職員も一緒に食べている。パン等の訪問販売も楽しみになっている。利用者も一緒に後片付けや買い物などをしている。	
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	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、夜間お預りし、洗浄を行い清潔保持に努めている。うがいのが難しい方には、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。	排泄チェック表で排泄間隔をチェックしている。外出や散歩に出かける時は、さりげなく声をかけるなどの配慮をしている。布パン、リハパンとパットなど利用者の状態に合わせて、きめ細かに対応している。	
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	食事委員会を中心に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。	基本は週2回が基本となっているが、利用者の希望にそって対応している。東乃家には個別型介護浴槽が設置されている。肌の弱い人は個人持ちの石鹸を使用したり、入浴時に音楽やラジオをかけるなど、一人ひとりに合わせた対応をしている。	
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。	年間計画にそって、春はお花見、冬は光のページェントなど、季節を感じる行事やドライブを楽しんでいる。日常的にはゴミ捨てに行ったり、美容院へ出かれるよう支援をしている。家族の協力で外食や自宅に出掛けることもある。	

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
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事務所に取りに行き、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	介護力向上委員会を中心に、季節感を取り入れた環境作りを行なっている。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。	介護力向上委員会が中心になり、季節感を取り入れて、居心地良く過ごせるように、工夫、改善に努めている。天窓から光が入り、明るく、観葉植物が置かれ、ダイニングにはソファや炬燵があり、猫がうたたねをしていた。室温も快適に設定されており、1軒それぞれが家庭のような雰囲気を醸し出していた。	
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。	洗面台とエアコンと押し入れが備え付けられており、居室は夫婦で入れる部屋や和室もある。掃除や衣替は職員と利用者が一緒に行っている。テーブルやコタツ、位牌など馴染みの物を持ち込んでいる。ベッドの配置は希望にそって検討している。	
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。		