

(別紙4) 平成 22 年度

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6丁目149-1		
自己評価作成日	平成22年11月17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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 仙台市社会福祉協議会		
所在地	宮城県仙台市青葉区五橋2丁目12番2号		
訪問調査日	平成22年12月9日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

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、一人ひとりのペースに合わせた支援を行い、笑顔で過ごして頂けるよう取り組んでいます。重度化されても、安心して過ごして頂けるよう、その時の状態に合わせ食事や介助方法など柔軟な対応をしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは法人本部の福祉関連施設敷地内に立地しており、町内会への加入が難しい立地状況にありながらも、地域の夏まつりの参加、ボランティアや学校の体験学習の受け入れなど、積極的に地域との交流に努めている。職員はホームの理念をよく理解し、管理者を中心に各ユニットリーダーがサービス向上に対する意識を高く持ち、ユニットごとに利用者本位の支援が行われている。重度化、看取りについても早い段階から対応できる体制を整え、入居者や家族が安心して生活できる環境が整えられている。

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

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	「地域との共生」という法人理念をもとに事業所独自の理念を作成し、事務所や玄関に掲示している。理念は年に1度ユニット会議の中で職員全員が参加して確認し、サービスの提供に反映している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の方との日常的な関わりは少ないが、買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」などにも参加し、交流を深めている。	地域の夏まつり等の行事に参加するほか、ボランティアや学校の体験学習を受け入れる等、町内会との連携を深めるなど地域交流に努めている。	
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、地域に出向い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、実際に見学することで、意見を頂き、サービス向上に活かしている。	家族代表、地域住民、民生委員、地域包括支援センター職員を招いて年6回開催されている。ホームの活動状況や外部評価結果等が報告され、行事や避難訓練等についてメンバーから意見をもらうなど、双方向的な会議となっている。	
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	外部評価結果の改善計画書を市の担当者へ持参しアドバイスを受けて、意見を聞く機会を設けた。	市担当者へ改善計画を持参して助言をもらう他、電話や書類提出時などの機会を活用し、幅広く行政と相談の機会を持っている。	
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、身体拘束の必要な方に対しては、拘束の状況を毎日の記録に残し、2週間ごとにカンファレンスの実施、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。	職員は法人内の身体拘束防止委員会で身体拘束によって入居者が受ける弊害を理解し実践している。日中、玄関は鍵をかけず、職員が入居者の外出傾向を把握して見守りで対応している。また、近隣住民とも何かあればすぐ連絡してもらえる関係を築いている	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について講和を聴いたり、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・解約時は介護職員の他、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、来訪時の関わりの中で、利用者・家族の意見を傾聴している。又、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。	入居者の意見は、日常の支援を通じてその把握に努め、家族については来訪時の働きかけや、「意見箱」を設置するなどし、意見・要望が表しやすいよう配慮している。把握された意見等は運営推進会議やユニット会議で報告され、改善に取り組んでいる。また、外部の相談機関にも周知し、その旨ホーム内に掲示している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の運営会議にて、職員の意見、提案をだしている。	ユニット会議や管理者との面談を通して、職員の意見を聞く機会を設けている。運営に関する意見表明や提案は日常的に行える環境である。設備の改善提案や入居者処遇、勤務状況への配慮について、職員の意見を運営に反映させ、サービスの質の向上に活かしている。	
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、自己評価の提出など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作っている。又、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作っている。又、それをケアプランに反映させている。常に話し易い雰囲気作りにも努め、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	本人や家族の意向を大切に、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には、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、知り合いの方と会ったりする機会を作っている。	入居者との関わりや家族からの情報収集により、馴染みの人や場所の関係を把握している。長年過ごした自宅への一時帰宅や友人・近所の方と一緒に過ごす時間を設けるなど、これまでの関係を継続できるよう支援が行われている。	
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、利用者同士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かけている。		
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、記録を利用して情報共有している。その上で、毎月カンファレンスを開催し、一人ひとりの生活の質の向上や身体的なことについて利用者主体で検討している。	家族からの情報や日々の入居者とのかかわりの中で、意向の把握に努めている。それが困難な方には家族の意向確認や入居者の表情や反応の変化を注意深く確認するなどしながら対応している。	
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的確に行い、生活歴や過去の環境を充分把握できるように努めている。又、必要に応じて家族に伺ったりしている。		
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	ケース記録や申し送りノートで、一人ひとりの記録を行い、毎日の生活や心身状態を把握している。		
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	本人、家族や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。又、毎月1回モニタリングを実施、緊急に問題が生じた場合はその都度関係者が集まり、検討したうえで計画を作成している。	介護計画は計画作成者を中心となり本人・家族の意向を確認すると共に、必要に応じて医師や看護師、栄養士等の関係職種と連携し、個別に作成している。毎月、意向確認を行い、状況の変化に応じた計画変更のほか、3ヶ月毎に見直しを行い、同意を得ている。	
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	個人別に日々の生活を記録し、全ての職員で情報を共有している。又、毎月1回モニタリングを行い、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、その時の要望に応じて柔軟に支援してくよう努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	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、交流を行っている。		
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	利用者一人ひとりがその時々体調に応じ、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。	本人・家族が希望する医療機関への受診が可能であり、受診が必要な際は家族との連絡を密に行い、受診の支援を行なっている。受診状況の伝達は電話で行い、支援経過記録に受診結果を記載している。	
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、連携を密にし、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。	利用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。又、入院中の面会等で状態把握に努めている。こまめに情報を交換し、退院後を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。	重度化・終末期ともに、方針について入居時や医師の判断により段階に応じて説明し、書面で同意を得ている。状況の変化に応じて医師、家族と話し合い、段階的な合意が得られるよう努めている。	
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、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2回実施している。地域の方々にも参加して頂くなど、地域との協力体制を築けるよう取り組んでいる。	マニュアルを作成し、夜間想定を含む防災訓練を年2回実施している。避難通路の確保や設備点検も年2回行われており、スプリンクラーは一部設置済みで他も設置の準備がすすめられている。設備点検時には法人の担当者が立ち会っているがホーム管理者は立ち会っていない。	火災発生時には消火設備等を使用した迅速な対応が求められるため、機器点検時にはホームの管理者も立ち会う体制の確立が望まれる。

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気をつけている。	一人ひとりを尊重した言葉遣いや対応がなされており、入居者の尊厳やプライバシーを損ねるような言動は見られない。	
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に支援している	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している。テーブルを拭いて頂いたり、後片付けと一緒にいたり、その方の出来る力に応じて行なって頂けるよう支援している。	献立は毎月の食事委員会での話し合いにより作成され、更に、年2回ではあるが併設施設の栄養士が助言を行う体制がとられている。買い物や調理、後片付けは入居者の力に応じて一緒に行われ、職員と入居者は同じ食卓で、同じ食事をとり、さりげなくサポートしている。	
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。水分量は水分チェック表を活用し、十分な水分量を確保していただける様支援している。又、好みのものを提供出来るよう、麦茶、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、朝・夕・臥床前には、歯磨き、口腔ケア用ウエットティッシュ、義歯を外しうがいして頂くなど、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ため、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出来るよう支援している。	入居者ごとに排泄状況を記録し、パターンを把握している。入居者の様子を観察しながら個別に誘導し、トイレで排泄できるよう支援している。	
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。	利用者の希望に応じて、毎日入浴が可能である。入浴を拒む方に対しては対応職員が声掛けを工夫するなどして対応している。また、立ち上がりの難しい方でも入浴できる設備を備えている。	
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見ながら、その時々状況に合わせて、休息したり、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作り、その方の服薬リストに基づき目的や副作用、使用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活かして、食器拭き、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、音楽会に参加したりと楽しみの支援をしている。		
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支援している	その方の希望に合わせ、外出し、周辺の散歩や買い物に出かけている。又、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。	馴染みの店への買い物やドライブ、外食など利用者の希望に合わせて対応し、個々の満足度を高めるよう支援している。	

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、買い物に出掛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。又、2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作りを行なっている。又、色合いや馴染みの家具等に居心地良く過ごせるよう配慮している。	照明やテレビの音量、室温の調整が適切に行われ、臭気や空気のよどみもない。壁には季節感のある飾りや行事の写真などが掲示され、家庭的で居心地の良い空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間には、食堂、ソファースペースなど作り、そのときの希望に沿って、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、居心地よく過ごせるよう工夫している。	自宅で愛用していたものを持ち込んでいただくよう働きかけており、使い慣れた家具を配し、好きな写真を飾る等心地良く過ごせるよう配慮している。	
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頂けるよう、動線に配慮した環境作りに努めている。		

(別紙4) 平成 22 年度

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 東北福社会		
事業所名	せんだんの里 グループホーム 中乃家		
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22年11月18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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 仙台市社会福祉協議会		
所在地	宮城県仙台市青葉区五橋2丁目12番2号		
訪問調査日	平成22年12月9日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

入居者の皆さんが、「穏やかに」「和やかに」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、引き出すケアに力を入れています。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、ご家族へ生活のご様子をお伝えするなど、連絡を密にしています。身体が弱くなっても出来る限り皆でおなじ食事が摂れるようにと、ソフト食や水分補給ゼリーを作るなど食事にも配慮しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは法人本部の福祉関連施設敷地内に立地しており、町内会への加入が難しい立地状況にありながらも、地域の夏まつりの参加、ボランティアや学校の体験学習の受け入れなど、積極的に地域との交流に努めている。職員はホームの理念をよく理解し、管理者を中心に各ユニットリーダーがサービス向上に対する意識を高く持ち、ユニットごとに利用者本位の支援が行われている。重度化、看取りについても早い段階から対応できる体制を整え、入居者や家族が安心して生活できる環境が整えられている。

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

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	「地域との共生」という法人理念をもとに事業所独自の理念を作成し、事務所や玄関に掲示している。理念は年に1度ユニット会議の中で職員全員が参加して確認し、サービスの提供に反映している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の方との日常的な関わりは少ないが、買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」などにも参加し、交流を深めている。	地域の夏まつり等の行事に参加するほか、ボランティアや学校の体験学習を受け入れる等、町内会との連携を深めるなど地域交流に努めている。	
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、地域に出向い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、実際に見学することで、意見を頂き、サービス向上に活かしている。	家族代表、地域住民、民生委員、地域包括支援センター職員を招いて年6回開催されている。ホームの活動状況や外部評価結果等が報告され、行事や避難訓練等についてメンバーから意見をもらうなど、双方向的な会議となっている。	
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	外部評価結果の改善計画書を市の担当者へ持参しアドバイスを受けて、意見を聞く機会を設けた。	市担当者へ改善計画を持参して助言をもらう他、電話や書類提出時などの機会を活用し、幅広く行政と相談の機会を持っている。	
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、身体拘束の必要な方に対しては、拘束の状況を毎日の記録に残し、2週間ごとにカンファレンスの実施、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。	職員は法人内の身体拘束防止委員会で身体拘束によって入居者が受ける弊害を理解し実践している。日中、玄関は鍵をかけず、職員が入居者の外出傾向を把握して見守りで対応している。また、近隣住民とも何かあればすぐ連絡してもらえる関係を築いている	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について講和を聴いたり、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・解約時は介護職員の他、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、来訪時の関わりの中で、利用者・家族の意見を傾聴している。又、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。	入居者の意見は、日常の支援を通じてその把握に努め、家族については来訪時の働きかけや、「意見箱」を設置するなどし、意見・要望が表しやすいよう配慮している。把握された意見等は運営推進会議やユニット会議で報告され、改善に取り組んでいる。また、外部の相談機関にも周知し、その旨ホーム内に掲示している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の運営会議にて、職員の意見、提案をだしている。	ユニット会議や管理者との面談を通して、職員の意見を聞く機会を設けている。運営に関する意見表明や提案は日常的に行える環境である。設備の改善提案や入居者処遇、勤務状況への配慮について、職員の意見を運営に反映させ、サービスの質の向上に活かしている。	
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、自己評価の提出など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作っている。又、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作っている。又、それをケアプランに反映させている。常に話し易い雰囲気作りにも努め、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	本人や家族の意向を大切に、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	職員が一方向的に何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には、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、知り合いの方と会ったりする機会を作っている。	入居者との関わりや家族からの情報収集により、馴染みの人や場所の関係を把握している。長年過ごした自宅への一時帰宅や友人・近所の方と一緒に過ごす時間を設けるなど、これまでの関係を継続できるよう支援が行われている。	
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、利用者同士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かけている。		
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、記録を利用して情報共有している。その上で、毎月カンファレンスを開催し、一人ひとりの生活の質の向上や身体的なことについて利用者主体で検討している。	家族からの情報や日々の入居者とのかかわりの中で、意向の把握に努めている。それが困難な方には家族の意向確認や入居者の表情や反応の変化を注意深く確認するなどしながら対応している。	
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的確に行い、生活歴や過去の環境を充分把握できるように努めている。又、必要に応じて家族に伺ったりしている。		
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	ケース記録や申し送りノートで、一人ひとりの記録を行い、毎日の生活や心身状態を把握している。		
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	本人、家族や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。又、毎月1回モニタリングを実施、緊急に問題が生じた場合はその都度関係者が集まり、検討したうえで計画を作成している。	介護計画は計画作成者を中心となり本人・家族の意向を確認すると共に、必要に応じて医師や看護師、栄養士等の関係職種と連携し、個別に作成している。毎月、意向確認を行い、状況の変化に応じた計画変更のほか、3ヶ月毎に見直しを行い、同意を得ている。	
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	個人別に日々の生活を記録し、全ての職員で情報を共有している。又、毎月1回モニタリングを行い、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、その時の要望に応じて柔軟に支援してくよう努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	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、交流を行っている。		
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	利用者一人ひとりがその時々体調に応じ、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。	本人・家族が希望する医療機関への受診が可能であり、受診が必要な際は家族との連絡を密に行い、受診の支援を行なっている。受診状況の伝達は電話で行い、支援経過記録に受診結果を記載している。	
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、連携を密にし、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。	利用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。又、入院中の面会等で状態把握に努めている。こまめに情報を交換し、退院後を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。	重度化・終末期ともに、方針について入居時や医師の判断により段階に応じて説明し、書面で同意を得ている。状況の変化に応じて医師、家族と話し合い、段階的な合意が得られるよう努めている。	
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、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2回実施している。地域の方々にも参加して頂くなど、地域との協力体制を築けるよう取り組んでいる。	マニュアルを作成し、夜間想定を含む防災訓練を年2回実施している。避難通路の確保や設備点検も年2回行われており、スプリンクラーは一部設置済みで他も設置の準備がすすめられている。設備点検時には法人の担当者が立ち会っているがホーム管理者は立ち会っていない。	火災発生時には消火設備等を使用した迅速な対応が求められるため、機器点検時にはホームの管理者も立ち会う体制の確立が望まれる。

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気をつけている。	一人ひとりを尊重した言葉遣いや対応がなされており、入居者の尊厳やプライバシーを損ねるような言動は見られない。	
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に支援している	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している。テーブルを拭いて頂いたり、後片付けと一緒にいたり、その方の出来る力に応じて行なって頂けるよう支援している。	献立は毎月の食事委員会での話し合いにより作成され、更に、年2回ではあるが併設施設の栄養士が助言を行う体制がとられている。買い物や調理、後片付けは入居者の力に応じて一緒に行われ、職員と入居者は同じ食卓で、同じ食事をとり、さりげなくサポートしている。	
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。水分量は水分チェック表を活用し、十分な水分量を確保していただける様支援している。又、好みのものを提供出来るよう、麦茶、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、朝・夕・臥床前には、歯磨き、口腔ケア用ウエットティッシュ、義歯を外しうがいして頂くなど、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ため、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出来るよう支援している。	入居者ごとに排泄状況を記録し、パターンを把握している。入居者の様子を観察しながら個別に誘導し、トイレで排泄できるよう支援している。	
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。	利用者の希望に応じて、毎日入浴が可能である。入浴を拒む方に対しては対応職員が声掛けを工夫するなどして対応している。また、立ち上がりの難しい方でも入浴できる設備を備えている。	
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見ながら、その時々状況に合わせて、休息したり、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作り、その方の服薬リストに基づき目的や副作用、使用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活かして、食器拭き、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、音楽会に参加したりと楽しみの支援をしている。		
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支援している	その方の希望に合わせ、外出し、周辺の散歩や買い物に出かけている。又、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。	馴染みの店への買い物やドライブ、外食など利用者の希望に合わせて対応し、個々の満足度を高めるよう支援している。	

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、買い物に出掛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。又、2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作りを行なっている。又、色合いや馴染みの家具等に居心地良く過ごせるよう配慮している。	照明やテレビの音量、室温の調整が適切に行われ、臭気や空気のよどみもない。壁には季節感のある飾りや行事の写真などが掲示され、家庭的で居心地の良い空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間には、食堂、ソファースペースなど作り、そのときの希望に沿って、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、居心地よく過ごせるよう工夫している。	自宅で愛用していたものを持ち込んでいただくよう働きかけており、使い慣れた家具を配し、好きな写真を飾る等心地良く過ごせるよう配慮している。	
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頂けるよう、動線に配慮した環境作りに努めている。		

(別紙4) 平成 22 年度

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22年11月18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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 仙台市社会福祉協議会		
所在地	宮城県仙台市青葉区五橋2丁目12番2号		
訪問調査日	平成22年12月9日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者さまの持っている能力を活かし、できることを中心に調理や洗濯物たたみ・掃除などを一緒に行っています。ご本人様のペースを大切に、季節感を意識できるような環境作りなどにも力を入れています。「ゆったりと落ち着いた環境で 家庭的な生活！」を西乃家の理念に上げ、一人一人が笑顔で過ごしていただけるよう取り組んでいます。職員・利用者共に笑顔がた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)】

ホームは法人本部の福祉関連施設敷地内に立地しており、町内会への加入が難しい立地状況にありながらも、地域の夏まつりの参加、ボランティアや学校の体験学習の受け入れなど、積極的に地域との交流に努めている。職員はホームの理念をよく理解し、管理者を中心に各ユニットリーダーがサービス向上に対する意識を高く持ち、ユニットごとに利用者本位の支援が行われている。重度化、看取りについても早い段階から対応できる体制を整え、入居者や家族が安心して生活できる環境が整えられている。

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

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	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。	「地域との共生」という法人理念をもとに事業所独自の理念を作成し、事務所や玄関に掲示している。理念は年に1度ユニット会議の中で職員全員が参加して確認し、サービスの提供に反映している。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の方との日常的な関わりは少ないが、買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」などにも参加し、交流を深めている。	地域の夏まつり等の行事に参加するほか、ボランティアや学校の体験学習を受け入れる等、町内会との連携を深めるなど地域交流に努めている。	
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、地域に出向い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、実際に見学することで、意見を頂き、サービス向上に活かしている。	家族代表、地域住民、民生委員、地域包括支援センター職員を招いて年6回開催されている。ホームの活動状況や外部評価結果等が報告され、行事や避難訓練等についてメンバーから意見をもらうなど、双方向的な会議となっている。	
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	外部評価結果の改善計画書を市の担当者へ持参しアドバイスを受けて、意見を聞く機会を設けた。	市担当者へ改善計画を持参して助言をもらう他、電話や書類提出時などの機会を活用し、幅広く行政と相談の機会を持っている。	
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、身体拘束の必要な方に対しては、拘束の状況を毎日の記録に残し、2週間ごとにカンファレンスの実施、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。	職員は法人内の身体拘束防止委員会で身体拘束によって入居者が受ける弊害を理解し実践している。日中、玄関は鍵をかけず、職員が入居者の外出傾向を把握して見守りで対応している。また、近隣住民とも何かあればすぐ連絡してもらえる関係を築いている	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について講和を聴いたり、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・解約時は介護職員の他、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、来訪時の関わりの中で、利用者・家族の意見を傾聴している。又、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。	入居者の意見は、日常の支援を通じてその把握に努め、家族については来訪時の働きかけや、「意見箱」を設置するなどし、意見・要望が表しやすいよう配慮している。把握された意見等は運営推進会議やユニット会議で報告され、改善に取り組んでいる。また、外部の相談機関にも周知し、その旨ホーム内に掲示している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の運営会議にて、職員の意見、提案をだしている。	ユニット会議や管理者との面談を通して、職員の意見を聞く機会を設けている。運営に関する意見表明や提案は日常的に行える環境である。設備の改善提案や入居者処遇、勤務状況への配慮について、職員の意見を運営に反映させ、サービスの質の向上に活かしている。	
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、自己評価の提出など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作っている。又、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作っている。又、それをケアプランに反映させている。常に話し易い雰囲気作りにも努め、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	本人や家族の意向を大切に、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には、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、知り合いの方と会ったりする機会を作っている。	入居者との関わりや家族からの情報収集により、馴染みの人や場所の関係を把握している。長年過ごした自宅への一時帰宅や友人・近所の方と一緒に過ごす時間を設けるなど、これまでの関係を継続できるよう支援が行われている。	
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、利用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かけている。		
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、記録を利用して情報共有している。その上で、毎月カンファレンスを開催し、一人ひとりの生活の質の向上や身体的なことについて利用者主体で検討している。	家族からの情報や日々の入居者とのかかわりの中で、意向の把握に努めている。それが困難な方には家族の意向確認や入居者の表情や反応の変化を注意深く確認するなどしながら対応している。	
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的確に行い、生活歴や過去の環境を充分把握できるように努めている。又、必要に応じて家族に伺ったりしている。		
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	ケース記録や申し送りノートで、一人ひとりの記録を行い、毎日の生活や心身状態を把握している。		
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	本人、家族や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。又、毎月1回モニタリングを実施、緊急に問題が生じた場合はその都度関係者が集まり、検討したうえで計画を作成している。	介護計画は計画作成者を中心となり本人・家族の意向を確認すると共に、必要に応じて医師や看護師、栄養士等の関係職種と連携し、個別に作成している。毎月、意向確認を行い、状況の変化に応じた計画変更のほか、3ヶ月毎に見直しを行い、同意を得ている。	
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	個人別に日々の生活を記録し、全ての職員で情報を共有している。又、毎月1回モニタリングを行い、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、その時の要望に応じて柔軟に支援してくよう努力している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	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、交流を行っている。		
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	利用者一人ひとりがその時々体調に応じ、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。	本人・家族が希望する医療機関への受診が可能であり、受診が必要な際は家族との連絡を密に行い、受診の支援を行なっている。受診状況の伝達は電話で行い、支援経過記録に受診結果を記載している。	
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、連携を密にし、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。	利用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。又、入院中の面会等で状態把握に努めている。こまめに情報を交換し、退院後を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。	重度化・終末期ともに、方針について入居時や医師の判断により段階に応じて説明し、書面で同意を得ている。状況の変化に応じて医師、家族と話し合い、段階的な合意が得られるよう努めている。	
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、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2回実施している。地域の方々にも参加して頂くなど、地域との協力体制を築けるよう取り組んでいる。	マニュアルを作成し、夜間想定を含む防災訓練を年2回実施している。避難通路の確保や設備点検も年2回行われており、スプリンクラーは一部設置済みで他も設置の準備がすすめられている。設備点検時には法人の担当者が立ち会っているがホーム管理者は立ち会っていない。	火災発生時には消火設備等を使用した迅速な対応が求められるため、機器点検時にはホームの管理者も立ち会う体制の確立が望まれる。

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気をつけている。	一人ひとりを尊重した言葉遣いや対応がなされており、入居者の尊厳やプライバシーを損ねるような言動は見られない。	
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に支援している	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している。テーブルを拭いて頂いたり、後片付けと一緒にいたり、その方の出来る力に応じて行なって頂けるよう支援している。	献立は毎月の食事委員会での話し合いにより作成され、更に、年2回ではあるが併設施設の栄養士が助言を行う体制がとられている。買い物や調理、後片付けは入居者の力に応じて一緒に行われ、職員と入居者は同じ食卓で、同じ食事をとり、さりげなくサポートしている。	
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。水分量は水分チェック表を活用し、十分な水分量を確保していただける様支援している。又、好みのものを提供出来るよう、麦茶、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、朝・夕・臥床前には、歯磨き、口腔ケア用ウエットティッシュ、義歯を外しうがいして頂くなど、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ため、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出来るよう支援している。	入居者ごとに排泄状況を記録し、パターンを把握している。入居者の様子を観察しながら個別に誘導し、トイレで排泄できるよう支援している。	
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。	利用者の希望に応じて、毎日入浴が可能である。入浴を拒む方に対しては対応職員が声掛けを工夫するなどして対応している。また、立ち上がりの難しい方でも入浴できる設備を備えている。	
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見ながら、その時々状況に合わせて、休息したり、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作り、その方の服薬リストに基づき目的や副作用、使用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活かして、食器拭き、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、音楽会に参加したりと楽しみの支援をしている。		
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支援している	その方の希望に合わせ、外出し、周辺の散歩や買い物に出かけている。又、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。	馴染みの店への買い物やドライブ、外食など利用者の希望に合わせて対応し、個々の満足度を高めるよう支援している。	

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、買い物に出掛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。又、2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作りを行なっている。又、色合いや馴染みの家具等に居心地良く過ごせるよう配慮している。	照明やテレビの音量、室温の調整が適切に行われ、臭気や空気のよどみもない。壁には季節感のある飾りや行事の写真などが掲示され、家庭的で居心地の良い空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間には、食堂、ソファースペースなど作り、そのときの希望に沿って、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、居心地よく過ごせるよう工夫している。	自宅で愛用していたものを持ち込んでいただくよう働きかけており、使い慣れた家具を配し、好きな写真を飾る等心地良く過ごせるよう配慮している。	
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頂けるよう、動線に配慮した環境作りに努めている。		