

## 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	0490900065		
法人名	社会福祉法人 功寿会		
事業所名	グループホーム「市川桜の家」	ユニット名	あやめ
所在地	宮城県多賀城市市川字奏社31-8		
自己評価作成日	平成 28 年 9 月 10 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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成 28 年 10 月 27 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)】

「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」を実現するために、職員は、入居者一人ひとりに寄り添い、その人らしい暮らしを送るためのリビングパートナーとして日々関わっている。室内だけのケアで完結するのではなく、気軽に外に出て季節を感じたりドライブをして町の様子を眺めたり、外食したり買い物したり地域の行事に参加して社会とのつながりや馴染みの関係の継続に努めている。入居者のご家族とは細目に連絡を取り、入居者本人を共に支える関係を構築している。職員は資格取得などの自己研鑽に努め、お互いに刺激しあう良好な関係を築いている。ここ多賀城市市川地区にある認知症対応型の事業所として、積極的に情報を発信し認知症の人が安心して暮らせる町作りの一助となるような活動を行っている。また、仙台往診クリニックの協力のもと最後まで住み慣れたグループホームで過ごすことが出来るように終末期のケアにも対応している。

## 【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、陸奥総社宮、多賀城神社にほど近い、自然に恵まれ、住宅が点在する閑静な環境にある。毎月行う防災演習、毎日の外出、入居者の好みで作る週2回の夕食や入居者のペースでいつでも入浴ができる。安全面に配慮しながら事業所理念の「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」を実践している。重度化指針及び看取り指針を基に、重度化や看取りに対応できる施設を目指し、職員の知識と技術を向上させながら、入居者が最後まで安全で安心して暮らしが継続できるよう支援している。入居者が自由に暮らせていることが、職員の自慢である。

## 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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム「市川桜の家」 )「ユニット名 あやめ 」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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	勉強会で理念とは何か?という部分から学び、年に1回その時の入居者の状態に合わせて行動指針を作成し、「自分達が入居したい施設とは?」を考え行動指針を作成している。朝のミーティングにて全員で唱和し、日々理念を振り返るようにしている。	年度初めに行動指針6項目を見直し、理念を振り返った。毎朝、理念を唱和してケアに活かせるように意識している。入居者のしたいことを制限せず、自由にできる安全な介助の実践に努めている。	
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	日ごろから挨拶を大切にしている。また、地域の行事や清掃活動に参加してこちらから出向くほかに、地域の方々に防災訓練や納涼会に来ていただき交流を図ったり、地域と共同で介護などの講習会を開催し多くの方に参加して頂いている。	開設時から町内会に加入している。ホームの納涼会や芋煮会等の行事に地域住民の参加がある。入居者は夏祭り、敬老会など地域行事へ参加したり大正琴ボランティア来訪などで地域とつながっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域住民を対象とした認知症カフェを行政や西武地域包括センターと協力して開催し地域の方と交流したり幅広く相談を受けている。事業所内に「よろず相談所」を開設したり地域の公開講座を開催して認知症への理解を深める活動をしている。		
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	運営推進会議に出席している地域代表の方より、防災訓練の時に「訓練中の旗」が必要では?との意見をいただき、実際に訓練時は旗を購入して使用している。その他にも頂戴した意見は職員へ通達するなどして情報の共有に努めている。また、議事録を作成して、誰でも閲覧できるように掲示している。	市職員、地域包括職員、区長、民生委員、入居者・家族等が出席し、2ヵ月毎に開催している。災害対策関連では、「訓練中」旗の設置の他、地域防災や災害訓練計画の事等、意見交換している。	
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	入居者の中でご家族のいない方については、多賀城市役所社会福祉課や地域包括支援センターへ報告・相談等を行っている。また、多賀城市役所職員や多賀城第二中学校で認知症サポーター養成講座の講師としての活動実績もある。	運営推進会議でホームの実情を伝え、相談している。多賀城市、地域包括支援センターと連携して災害公営住宅内で開催する認知症カフェの運営に関わっている。ホームは、市から福祉避難所の指定を受けている。	
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	勉強会で身体拘束について学び、どのようなケアが身体拘束につながるのかを職員同士で教えあっている。日中は見守りをし、施錠せず自由に入出りできる。それぞれの居室では自由に過ごして頂けるよう安全な環境づくりを行っている。夜間は防犯上の理由で施錠している。	日中は玄関に鍵をかけず、入居者は自由に戸外や両ユニット間を行き来している。4月に法人全体で実施した高齢者虐待防止法の勉強会では、事例をあげてグループワークを行い、理解を深めた。気づいたことは、その都度話し合うことで確認している。	
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	今年度は勉強会で高齢者虐待防止法の理解について法人全体で行っている。職員同士気づいたことは都度報告し話し合うことで確認している。適切なケアが提供できるように声を掛け合うように心がけている。また、サービスについて事業所内で完結せず、運営推進会議や家族会で取り組みの報告を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護の勉強会を行い、職員全員で理解できるよう努めている。また、実際の利用には至らなかったがまもりーぶや財産管理サポートセンターの導入について行政の方や地域包括支援センターの方へ相談を行った事がある。		
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	入居希望者と家族の理解を得て契約している。入居後も家族とのコミュニケーションを大切にし入居者が不安なく暮らしていけるように報告連絡相談をし、ご理解をいただくように常に努力している。		
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	年2回家族会を開催し、事業所の運営についてご意見をいただく場を設けている。また、ご家族面会時などに声をかけ要望やご意見がないかお話を伺うようにしている。年末にはご家族全員へアンケート調査を行い、満足度調査を行っている。玄関には意見箱を設置し、外部から来苑した方が意見を記入できるようにしている。	面会時に入居者の生活状況を伝え、家族の要望を引き出している。前回の家族アンケートでは、多くの家族から回答があった。居室の整理整頓、清掃等の要望があり、対応した。	
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	いつでも話を聞いてもらえる体制ができているが、日時を決めて全職員と管理者が面談をし話し合いできる場所を設けている。建設的な意見を遠慮なく言える環境が整っている。また、面談が必要と思われる職員に関しては随時行っている。	入居者との関わり方の意見が多く、職員間で話し合い対応している。介護用の食器やスプーンなどの提案があり、購入した。麻痺の方でも自力で食べられるようになった。	
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	年2回職員面談を行っている。自己評価表を元に指導者と話し合いを行っており、第三者評価を行う事によって客観的な視点でのアドバイスが出来るようになっている。また随時職員の状況をみて面談を行っている。		
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	担当指導者を決めてPDCAサイクルによる人材育成を行っている。また、事業所独自のカリキュラムを元に職員の都合に合わせて座学を開催している。定期勉強会では毎月全職員が出席できるように2回開催している。職場外研修も現場の状況をみなが随時行っている。		
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	近隣病院で開催される地域連携サロンやグループホーム協議会の集まりに職員が交代で参加して、情報交換や他事業所との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
<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	入居時の本人への負担を少なくするために、本人、またはご家族や関係機関より可能な限り情報収集を行う。会議等で、本人に必要なケアが適切に提供できるように職員の情報共有を図っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居に際して本人やご家族から意向や要望を聞き取り、介護計画へ反映しケアの提供へ結びつける努力をしている。また、特に入居当初はご家族へ報告や相談を適宜行い、職員だけの一方的なケアではなく、ご家族にも意見等をいただき現場のケアの提供に結びつけるようにしている。		
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	今まで入居された方で外部のサービスを使用した方はいないが、必要に応じて外部のサービス利用を含めたケアの提供が出来る体制を整備している。また、生活歴や今の状況を確認し、本人・家族がまず必要としていることを聞き、適切なサービスが利用できるように支援できるように努めている。		
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	リビングパートナーとしてともに生活する者として信頼関係を構築できるように努めている。本人の出来る事は掃除や洗濯、調理等も含め一緒に行う様に自立支援を通して楽しいこと悲しい事を共有し日々のケアに生かしている。また、生活の主体者が入居者であることを忘れずに向き合う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	普段から家族との連絡は細目に行っている。毎月手紙でそれぞれの居室担当者から日々の様子をお伝えしている。家族と共にご本人を支えることを念頭に置き、報告や相談を行っている。		
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	家族の他に地域の方や昔からの知り合いの面会がある。また以前の職場付近やお店、神社などこの地域ならではのなじみの場所に訪れる機会を作っている。	毎日のドライブで昔住んでいた家や馴染みの場所に出掛ける機会が多い。家族や友人の訪問がある。顔馴染みになった他の入居者を交えて、交流している。家族の協力を得て、昔の友人に会いに行く入居者もいる。	
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	入居者の間に職員が入り、入居者同士の良好なコミュニケーションが取れるような支援を行う様に努めている。また入居者同士の関係性の把握を行い、入居者間の出来事についても申し送りや会議等で情報共有を行う様にしている。		

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
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	今まで退去された方の相談依頼を受けた事はないが、退去後にも相談を受けた場合は対応出来る体制を整えている。		
<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	普段のコミュニケーションや家族からの情報、カンファレンス時にひもときシートやセンター方式などのツールを用いて本人の意向の把握に努めている。その人らしい暮らしの実現に向けて日々ケアの提供を行っている。	入浴や居室掃除など1対1の関わりの中で思いや希望を聞いている。食事の献立や知人に会いたい等、できることは直ぐ対応する。言葉で伝えるのが困難な時は、表情などから思いを汲み取る努力をしている。	
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	家族・本人・その他の関係事業所から情報収集を行い、フェイスシートなどを利用し記録に残し職員全員で生活歴を把握するように努めている。入居時の環境の変化による影響が最小限になる様に支援している。		
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	日々のケアや関わりでその方の現状を見極め、記録や申し送りで情報を共有するよう努めている。必要に応じて会議を行い、情報の把握・共有に努めている。		
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	本人と家族からの要望を取り入れた介護計画を作成し、実践する中で職員からの気づきや会議において出された意見を取り入れ次の介護計画に反映させている。サービス担当者会議を行うまでは至っていないので、今後の課題である。	月に1度、カンファレンスを行い、3ヵ月毎に見直し作成している。「転ばないで暮らしたい」の要望で、居室や食堂・廊下の整理整頓等を話し合った。転倒等で状態変化があった場合は、随時計画を変更している。	
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	日々のケアや気づきを介護記録に残し申し送りで伝え職員間で情報共有するように声を掛け合っている。またユニットリーダーや管理職に随時相談し、実践に移している。		
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	職員は入居者の代弁者としてそのニーズを把握するように心掛けている。現在入居者の嚥下機能について調べてもらう為に外部の言語聴覚士と調整を行っている。また、毎週外部からの訪問看護ステーション及び訪問歯科を実施している。また、今後共用型通所介護の実施を検討している。		

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	地域の慰問の受け入れや、商店や理髪店などこの地域の資源を活用するように心がけており、認知症カフェ等にも参加をしている。		
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し、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人と家族の希望により、全入居者が仙台往診クリニックの医師が主治医となっており、主治医の切り替えの際は往診クリニックの医師より、本人及び家族に概要の説明を受けている。また、必要に応じて認知症専門医や他科の受診を行っている。	主治医は任意選択である。協力医は、定期的な往診と24時間対応があり、家族の安心につながっている。専門医への通院は、家族同行であるが必要に応じて職員も同行する。受診結果は、記録し共有している。	
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	管理職が間に入り介護職と看護師と他の医療機関との調整をしている。訪問看護ステーションや訪問歯科を利用してアドバイス等を受けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時の医師からの病状説明や退院調整会議などに参加して、情報の把握に努めている。また、入院中も医療相談室の方と連携を図りながら情報交換に努めている。本人とご家族が安心して退院出来るように職員は情報を共有して退院後の生活を支援する。		
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	本人と家族の意思を尊重し、重度化や終末期について意向を確認しチームケアを行っている。勉強会を通して重度化や終末期に向けたケアの在り方を学んでいる。24時間体制で医療機関と連携を図りながら支援できている。	重度化や終末期の対応は、本人・家族の希望に沿って急変時の病院搬送やホームでの看取りなどを支援している。職員が変わっても同じケアができるように、応急処置の講習会や看取りケアの勉強会をしている。	
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	心肺蘇生やAED、応急処置の講習を定期的に行っている。事故発生時に備えた訓練も行っている。職員の意識にまだ差があり、職員全員が確実な実践力を身につける必要がある。		
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	今年度、初めての取り組みとして災害時対応訓練を実施したくさんの課題を得ているので現在備えを進めているところである。地域の方を交えた避難訓練は継続して行っている。また地域からの要望を取り入れ訓練時ののぼり旗を準備している。市の福祉避難所として指定されている。	訓練は、通報訓練や昼間想定での避難訓練等、内容を変えて毎月行っている。入居者が居室入口の名札を付けて避難することで、避難済み確認ができる。災害発生時の非常食や太陽光発電も整備されている。	夜間想定での訓練を年1回以上実施していただきたい。毎月訓練を行っているが、成果・反省、消防機関の助言や今後の課題を記録に残し、次の訓練につなげていただきたい。

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
<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	声掛けの仕方やタイミング、声のトーンに気を付けて相手を思いやり人格を尊重した声掛けを行っている。また、一人ひとりが普段から使用している言葉や単語を使い声掛けを行っている。	入居前の呼ばれ方を参考に、本人・家族にどう呼べばいいか確認している。耳が遠い方には、食事に誘うのであればジェスチャーを交えて声掛けするが、正しく伝える必要があるときは、筆談をしている。	
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	本人に合わせた質問技法を使用して自己選択自己決定を促す為の努力をしている。「待つ」事により自己決定をして頂いている。思いや希望を伝えて頂けるように日々その人にあった働きかけをしている。		
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	起床時間が遅い方はその時間に合わせて食事を提供する等なるべく本人のペースに合わせて、職員は支援するように努めている。あくまで主体者は入居者本人である事を職員間の共通認識としている。		
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	訪問カットを利用し身だしなみを整えている。外出や行事の時は化粧をする等して、普段から本人らしい装いが出来るように支援している。爪切りや髭剃りに関しては毎日出来ていない事があるので今後の課題である。		
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	残存機能を活用して職員とともに調理や味見や配膳や片付けを行っている。週2回入居者の食べたい献立を作るときにはさまざまな手法で食べたいものを聞き出すように努力している。そして一人一人の好みや能力に合わせて食事を提供できるように調理を行うように努力している。	法人栄養士作成の献立を基本とし、毎週2回の夕食は入居者の食べたいものを聞いて決める。普段の献立にない、刺身や焼きそばなどが人気である。買い物、調理、片付けなど入居者ができることを手伝っている。	
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	摂取量の個人差が大きいので一人一人に合った方法で食事と水分が摂取できるように柔軟かくして提供したり、おにぎりにする等して対応している。飲み込みがひどい方は水分にとろみをつける等して提供している。摂取量は毎回記録に残して把握に努め状況に応じて医療と連携を図っている。		
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	希望者のみ週一回の歯科衛生士による口腔ケアと月2回の診察を受けることが出来ている。歯科医や歯科衛生士の指導のもと口腔内の状態を把握し口腔ケアを行っているが、毎食後実施出来ていないので今後の課題である。		

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
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	全員がトイレで排泄している。オムツ類の使用量を減らしたいがトイレ誘導が本人のリズムと合わない事もあるので今後の課題である。また、排泄に関しては管理者より失禁させないための取り組みの講義を受けている。	排泄パターンや排泄前のサインを把握し、声掛けする。失敗した時は、声掛けのタイミングを見直すこととし、オムツ類を減らしている。入居時はリハパンだった方が、徐々に改善し、布パンツに変えることができた。	
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	下剤使用者が多く、改善の方策としてオリゴ糖を使用しているが下剤なしでも排便すること出てきている。医療と連携を図りながら、運動・食事バランス・水分量も含め継続して取り組んでいる。		
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	早朝深夜以外であればいつでも要望に応えられるようにしている。機械浴や一般浴などその方の状態に合わせた入浴方法を行っている。また、就寝前に入浴して休む方や、2人で入浴する方など、本人が望む入り方で入浴していただいている。	夜8時まで職員2名介助で、就寝前など入居者のペースに合わせて入浴できる。脱衣室、浴室は床暖房である。浴室は広く、いす昇降機付機械浴を兼ねた浴槽は手すりが移せる構造で安全、安心して入浴が楽しめる。	
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	好きな時に座敷や居室で休んで頂いている。また、夜間帯の安眠状態は日中の過ごし方が影響してくる為、そういった意識の元関わり方を行っている。特に夕方からは静かな環境作りを徹底している。寝る前に入浴したり、照明や、室温や掛け物の調整を行っている。		
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	職員全員が理解しているとはいいがたいが、確実に服薬できるように職員同士の確認作業を大切にしている。症状の変化があればユニットリーダーや管理職が中心となり医療と連携を図っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	喫煙、コーヒーを入れる、居室で好きなものを飲食する、テレビを見る、外に出る、など自由に過ごせる工夫や、掃除や草取り、決まった台所仕事の分担など、生活の主体者としての役割を持てるように工夫している。		
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	特別な事情がない限り、希望者にはほぼ毎日1日2回の1時間程度のドライブを行っている。ほかに毎月外食したり、時間をかけて少し遠出をしたり、全員が外出できるように工夫している。家族と出かけたり、買い物などの希望に応えている。	近隣の散歩と1時間程度のドライブを日常的にしている。ドライブは、午前と午後の2回で、入居者個々の馴染みの場所などの希望を取り入れている。皆との外出を好まない方には無理強いせず職員との買い物に誘う等、工夫している。	



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	自分で所持している人は少ないが、それぞれの能力に応じて希望する方々には所持して頂いている。また、事業所でもお小遣いをお預かりし、必要に応じてお金を使えるように支援している。		
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	あまり希望がないのが現状であるが、ご本人の希望があればその都度対応出来る状況である。年末には年賀状を書く方の希望をとり、必要に応じて書いていただいている。		
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	外に出て五感を使って季節を確認していただいたり、室内では壁面装飾や小物を配置し季節感を感じて頂けるように工夫している。不快や混乱を招かないように、いつもと同じ環境であることを大切にしている。	両ユニット対称の建屋は家具類で色分けされ、入居者はユニット間を自由に行き来している。居間は広くゆったりとし、ソファなどが置かれ、清潔感がある。入居者と職員が協力してモップ掛けや掃除をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食堂で談笑したり、居間でテレビをみてくつろいだり、一人ひとりのその時の状況に合わせて場所を移動したり、居室や和室、本人の好みの場所で過ごせるように居場所作りの工夫をしている。北側のスペースには一人になれる空間として利用していただいている。		
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	全ての居室が十分に整ってはいないのが現状だが、安全を確保した上で、ご家族の協力のもと自宅で使用していた馴染みの物を持ってきて頂き少しでも居心地の良い空間になるような工夫をしている。	ベッド、洗面台、クローゼットを設えた部屋には、使い馴染んだ筆筒や衣装ケース等を置いている。ベッドの位置や家具は、入居前の自宅と同じ配置にする等の工夫で、過ごしやすい部屋作りをしている。	
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	各居室に表札をつけたり、「便所」という貼り紙をしたり、また廊下やトイレに手すりを設置している。ほとんどの方がご自分にとって必要な場所は把握していると思われる。職員は一人ひとりの「出来ること」「わかること」を把握し、安全で自由な生活を実現できる工夫をしている。		

## 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	0490900065		
法人名	社会福祉法人 功寿会		
事業所名	グループホーム「市川桜の家」	ユニット名	さざんか
所在地	宮城県多賀城市市川字奏社31-8		
自己評価作成日	平成 28 年 9月 10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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成28年10月27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)】

「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」の理念のもとに暮らしている。個々の好みや意向などを傾聴し、速い対応を心がけている。毎日ドライブをしたり、自由に外に出ることができ、楽しみを持っている。月1回は認知症カフェに参加し、地域の行事やイベントなどにも積極的に参加することで、地域の中で生き活きと楽しく過ごせるように支援している。職員は勉強会や外部研修に積極的に参加しスキルアップに常に努めている。24時間の医療体制も確保しており、看取りにも対応している。また、好みに合わせた食事や外食の機会を多く設けている。入居者が自分で好きな事がいつでも出来るような支援を心がけている。

## 【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、陸奥総社宮、多賀城神社にほど近い、自然に恵まれ、住宅が点在する閑静な環境にある。毎月行う防災演習、毎日の外出、入居者の好みで作る週2回の夕食や入居者のペースでいつでも入浴ができる。安全面に配慮しながら事業所理念の「安全・自由・笑顔のある豊かな暮らし」を実践している。重度化指針及び看取り指針を基に、重度化や看取りに対応できる施設を目指し、職員の知識と技術を向上させながら、入居者が最後まで安全で安心した暮らしが継続できるよう支援している。入居者が自由に暮らせていることが、職員の自慢である。

## V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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		

## 2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム「市川桜の家」 )「ユニット名 さざんか」

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	勉強会で理念とは何か?という部分から学び、年に1回その時の入居者の状態に合わせて行動指針を作成し、「自分達が入居したい施設とは?」を考え行動指針を作成している。朝のミーティングにて全員で唱和し、日々理念を振り返るようにしている。	年度初めに行動指針6項目を見直し、理念を振り返った。毎朝、理念を唱和してケアに活かせるように意識している。入居者のしたいことを制限せず、自由にできる安全な介助の実践に努めている。	
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	地域のつながりを意識し地区の勉強会や夏祭り等の行事、地域の清掃活動に参加している。また、事業所の納涼会や芋煮会にも案内を出して、地域の方々にご参加いただいている。最近では地域の方から声を掛けていただける場面も増えてきた。	開設時から町内会に加入している。ホームの納涼会や芋煮会等の行事に地域住民の参加がある。入居者は夏祭り、敬老会など地域行事へ参加したり大正琴ボランティア来訪などで地域とつながっている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域住民を対象とした認知症カフェを行政や西武地域包括センターと協力して開催し地域の方と交流したり幅広く相談を受けている。事業所内に「よろず相談所」を開設したり地域の公開講座を開催して認知症への理解を深める活動をしている。		
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	日常の利用者様の様子や、施設の報告はもちろん、入居者様を交えての意見交換が出来ており、サービスの向上に努めている。施設内に内容を掲示し誰でも閲覧できるようにしている。	市職員、地域包括職員、区長、民生委員、入居者・家族等が出席し、2ヵ月毎に開催している。災害対策関連では、「訓練中」旗の設置の他、地域防災や災害訓練計画の事等、意見交換している。	
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	入居者の中でご家族のいない方については、多賀城市役所社会福祉課や地域包括支援センターへ報告・相談等を行っている。また、多賀城市役所職員や多賀城第二中学校で認知症サポーター養成講座の講師としての活動実績もある。	運営推進会議でホームの実情を伝え、相談している。多賀城市、地域包括支援センターと連携して災害公営住宅内で開催する認知症カフェの運営に関わっている。ホームは、市から福祉避難所の指定を受けている。	
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	勉強会で身体拘束について学び、どのようなケアが身体拘束につながるのかを職員同士で教えあっている。日中は見守りをし、施設せず自由に入居できる。それぞれの居室では自由に過ごして頂けるよう安全な環境づくりを行っている。夜間は防犯上の理由で施錠している。	日中は玄関に鍵をかけず、入居者は自由に戸外や両ユニット間を行き来している。4月に法人全体で実施した高齢者虐待防止法の勉強会では、事例をあげてグループワークを行い、理解を深めた。気づいたことは、その都度話し合うことで確認している。	
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	身体観察シートを活用し、職員全体で、入居者様の外傷などを把握し、介助方法を工夫したりしている。また、勉強会で虐待について学び防止に努めている。		

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	権利擁護の勉強会を行い、職員全員で理解できるよう努めている。また、実際の利用には至らなかったがまもり一ぶや財産管理サポートセンターの導入について行政の方や地域包括支援センターの方へ相談を行った事がある。		
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	契約時には家族へ説明し、理解をしたうえで、署名捺印を頂いている。不安が無いよう質問を聞いたり配慮をしている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年2回家族会を開催し、事業所の運営についてご意見をいただく場を設けている。また、ご家族面会時などに声をかけ要望やご意見がないかお話を伺うようにしている。年末にはご家族全員へアンケート調査を行い、満足度調査を行っている。玄関には意見箱を設置し、外部から来苑した方が意見を記入できるようにしている。	面会時に入居者の生活状況を伝え、家族の要望を引き出している。前回の家族アンケートでは、多くの家族から回答があった。居室の整理整頓、清掃等の要望があり、対応した。	
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	いつでも話を聞いてもらえる体制ができているが、日時を決めて全職員と管理者が面談をし話し合いできる場所を設けている。建設的な意見を遠慮なく言える環境が整っている。また、面談が必要と思われる職員に関しては随時行っている。	入居者との関わり方の意見が多く、職員間で話し合い対応している。介護用の食器やスプーンなどの提案があり、購入した。麻痺の方でも自力で食べられるようになった。	
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	年2回職員面談を行っている。自己評価表を元に指導者と話し合いを行っており、第三者評価を行う事によって客観的な視点でのアドバイスが出来るようになっている。また随時職員の状況をみて面談を行っている。		
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	担当指導者を決めてPDCAサイクルによる人材育成を行っている。また、事業所独自のカリキュラムを元に職員の都合に合わせて座学を開催している。定期勉強会では毎月全職員が出席できるように2回開催している。職場外研修も現場の状況をみなが随時行っている。		
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	近隣病院で開催される地域連携サロンやグループホーム協議会の集まりに職員が交代で参加して、情報交換や他事業所との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
<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	入居時の本人への負担を少なくするために、本人、またはご家族や関係機関より可能な限り情報収集を行う。会議等で、本人に必要なケアが適切に提供できるように職員の情報共有を図っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居に際して本人やご家族から意向や要望を聞き取り、介護計画へ反映しケアの提供へ結びつける努力をしている。また、特に入居当初はご家族へ報告や相談を適宜行い、職員だけの一方的なケアではなく、ご家族にも意見等をいただき現場のケアの提供に結びつけるようにしている。		
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	今まで入居された方で外部のサービスを使用した方はいないが、必要に応じて外部のサービス利用を含めたケアの提供が出来る体制を整備している。また、生活歴や今の状況を確認し、本人・家族がまず必要としていることを聞き、適切なサービスが利用できるように支援できるように努めている。		
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	リビングパートナーとしてともに生活する者として信頼関係を構築できるように努めている。本人の出来る事は掃除や洗濯、調理等も含め一緒に行う様に自立支援を通して楽しいこと悲しい事を共有し日々のケアに生かしている。また、生活の主体者が入居者であることを忘れずに向き合う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	ご家族への毎月のお手紙や、面会に来られた際に、状態、状況を伝え、また相談し協力をいただいている。行事への参加のご協力を頂き、ご家族、利用者様の絆を大切にしている。		
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	馴染みの場所などへ毎日ドライブをしている。友人や知人とも一緒にお話する機会が持てるようにご家族様にもご協力いただき、関係が途切れないように努めている。	毎日のドライブで昔住んでいた家や馴染みの場所に出掛ける機会が多い。家族や友人の訪問がある。顔馴染みになった他の入居者を交えて、交流している。家族の協力を得て、昔の友人に会いに行く入居者もいる。	
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	利用者同士の相性を考え、中に職員が入り、良い関係が保てるように配慮している。部屋にこもりがちな場合は積極的に声掛けし、職員がさりげなくつき、自然と孤立しないように努めている。		

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
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	サービス終了後も、いつでも相談できる体制を整えている。また看取り後の振り返りをし、次に生かしている。		
<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	ご家族や、ご本人、日常から得た情報を、要望をもとにケアプランに反映させ、あくまでもご本人に沿ったケアを行っている。状態に応じカンファレンス等でみんなで話し合い、関わり方を工夫し、利用者様らしい生活をして頂けるよう支援している。	入浴や居室掃除など1対1の関わりの中で思いや希望を聞いている。食事の献立や知人に会いたい等、できることは直ぐ対応する。言葉で伝えるのが困難な時は、表情などから思いを汲み取る努力をしている。	
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	家族・本人・その他の関係事業所から情報収集を行い、フェイスシートなどを利用し記録に残し職員全員で生活歴を把握するように努めている。入居時の環境の変化による影響が最小限になる様に支援している。		
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	日々のケアや関わりでその方の現状を見極め、記録や申し送りで情報を共有するよう努めている。必要に応じて会議を行い、情報の把握・共有に努めている。		
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	本人と家族からの要望を取り入れた介護計画を作成し、実践する中で職員からの気づきや会議において出された意見を取り入れ次の介護計画に反映させている。サービス担当者会議を行うまでは至っていないので、今後の課題である。	月に1度、カンファレンスを行い、3ヵ月毎に見直し作成している。「転ばないで暮らしたい」の要望で、居室や食堂・廊下の整理整頓等を話し合った。転倒等で状態変化があった場合は、随時計画を変更している。	
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	日々の記録や、申し送りにより、ケアの実践、結果、気づきなどをスタッフ間で共有し、実践している。又必要に応じて介護計画の見直しをしている。		
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	本人や家族の状況に対応し、ニーズがあれば、支援の方法を検討している。たとえば、口腔ケアを重視し訪問歯科を現在取り入れている。また多賀城市の福祉避難所に指定されている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域の行事、イベントに参加、又馴染みの場所、毎日の日課、買い物などで、地域の方々と接する機会があり、ご本人様が心身の力を発揮できるよう、できるだけ、楽しみながら生活できるように支援している。		
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	主治医は、ご本人、ご家族様の希望に沿って、決めている。仙台往診クリニックと提携して、定期往診、24時間対応での臨時往診を設けている。又状態に応じて、今までのかかりつけ医を受診している。	主治医は任意選択である。協力医は、定期的な往診と24時間対応があり、家族の安心につながっている。専門医への通院は、家族同行であるが必要に応じて職員も同行する。受診結果は、記録し共有している。	
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	毎日、バイタル測定を行っている。特変がある場合は、速やかに看護師や医療機関に連絡、報告し適切な対応ができるよう支援している。週1回の訪問看護と訪問歯科を設けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時の医師からの病状説明や退院調整会議などに参加して、情報の把握に努めている。また、入院中も医療相談室の方と連携を図りながら情報交換に努めている。本人とご家族が安心して退院出来るように職員は情報を共有して退院後の生活を支援する。		
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	勉強会で、重度化や終末期のあり方を学び、入居時にも、終末期の意向を確認するが、体調が悪化している時にも、家族とまめに連絡を取り、医師からも説明していただき、本人、家族の思いを理解し、ケアに取り組んでいる。	重度化や終末期の対応は、本人・家族の希望に沿って急変時の病院搬送やホームでの看取りなどを支援している。職員が変わっても同じケアができるように、応急処置の講習会や看取りケアの勉強会をしている。	
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	急変の場合、24時間対応の、仙台往診クリニックに指示を頂きながら対応している。又消防隊より心肺蘇生法の講義や、AEDの使用方法を学んでいる。事故発生時は、緊急連絡網を回し、速やかに対応している。		
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	防災訓練を日頃から行い、利用者様が避難できる方法を身に付けている。地域の方々にもご参加いただき行っている。いざと言う時、太陽光発電も整備されており、訓練時などにも、マニュアルに組み込まれている。	訓練は、通報訓練や昼間想定での避難訓練等、内容を変えて毎月行っている。入居者が居室入口の名札を付けて避難することで、避難済み確認ができる。災害発生時の非常食や太陽光発電も整備されている。	夜間想定での訓練を年1回以上実施していただきたい。毎月訓練を行っているが、成果・反省、消防機関の助言や今後の課題を記録に残し、次の訓練につなげていただきたい。

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
<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	人格やプライバシーを尊重し居室には、家と一緒にいるので、お部屋に入る時には必ずノックをし、また近くにいるときは声を掛けてから、入るようにしている。声掛けも工夫し、ゆっくりお話や短い言葉のやり取り、耳が遠い方には筆談で対応している。後ろから話しかけないようにしている。	入居前の呼ばれ方を参考に、本人・家族にどう呼べばいいか確認している。耳が遠い方には、食事に誘うのであればジェスチャーを交えて声掛けするが、正しく伝える必要があるときは、筆談をしている。	
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	1人1人の思いや希望により、ご本人の行きたいところ、食べたいものなど、希望に沿った暮らしができるよう配慮している。また個々の思いを傾聴するように努めている。		
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	起床時間が遅い方はその時間に合わせて食事を提供する等なるべく本人のペースに合わせて、職員は支援するように努めている。あくまで主体者は入居者本人である事を職員間の共通認識としている。		
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	起床時や入浴時など、自分で服を選んだり、外出時には声掛けをし、お化粧をしたり、季節や温度に合わせた服装を選べるよう手助けしている。また訪問ヘアカットを利用し、おしゃれの支援をしている。		
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	週2回の夕食のメニューを考えて頂き、買い物に出かけている。入居者様がパンが食べたい、おはぎを作りたいなどの希望に応じ、準備、調理、盛り付け、片づけを能力に合わせ手伝って頂いている。	法人栄養士作成の献立を基本とし、毎週2回の夕食は入居者の食べたいものを聞いて決める。普段の献立にない、刺身や焼きそばなどが人気である。買い物、調理、片付けなど入居者ができることを手伝っている。	
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	栄養士が作った、献立に基づき、バランスの良い食事を提供している。食事、水分チェックしており、1人1人の摂取状況の把握に努め本人に合った支援をしている。		
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	週1回の訪問歯科でのケア、また指導やアドバイスを受けている。朝と夕には一人一人の能力に合わせ、介助や見守りのもと、支援している。また毎食後の口腔ケアを実施出来ていないので今後の課題である。		



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
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	日々の体調や、身体状況を観察し、排泄パターンを把握し、情報共有に努めている。状態変化の際は、カンファを行い、1人1人に合わせた支援をしている。	排泄パターンや排泄前のサインを把握し、声掛けする。失敗した時は、声掛けのタイミングを見直すこととし、オムツ類を減らしている。入居時はリハパンだった方が、徐々に改善し、布パンツに変えることができた。	
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	栄養士のメニューにより、予防に取り組んでいる。新たにオリゴ糖、寒天、野菜ジュース、スイカなど水分摂取を心がけ、便秘予防をしている。また歩いたり、その人に合った運動をすることを働きかけている。		
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	入居者様のペースに合わせて、好きな時間に入浴できる対応をしている。また個々の好みに合わせ、温度を調節し気持ち良く入浴できるよう配慮している。	夜8時まで職員2名介助で、就寝前など入居者のペースに合わせて入浴できる。脱衣室、浴室は床暖房である。浴室は広く、いす昇降機付機械浴を兼ねた浴槽は手すりに移せる構造で安全、安心して入浴が楽しめる。	
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	生活のリズムを崩さぬよう、日中は外気浴をしている。疲れている様子が見られるときには、休息を進めたり、安心して眠れるように、馴染みの寝具を持参してもらっている。		
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	職員は一人一人の服薬している薬の把握に努めマニュアルに従い、服薬時には2重チェックを行い誤薬防止に努めている。体調に応じ、医療機関に相談しながら対応している。		
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	一人一人の役割があり、日々職員の見守りのなか、食器洗い、洗濯干しや洗濯物たたみ等行っている。また1日2回のドライブやタバコ、散歩、買い物など、入居者の気分転換を支援している。		
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	毎日2回のドライブや、外食、外出で希望を聞きながら、場所を決めたり、季節の行事に家族の協力を得て、定義山へのドライブなど家族と一緒に楽しめるよう、配慮している。	近隣の散歩と1時間程度のドライブを日常的にしている。ドライブは、午前と午後の2回で、入居者個々の馴染みの場所などの希望を取り入れている。皆との外出を好まない方には無理強いせず職員との買い物に誘う等、工夫している。	

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	自分で所持している人は少ないが、それぞれの能力に応じて希望する方々には所持して頂いている。また、事業所でもお小遣いをお預かりし、必要に応じてお金を使えるように支援している。		
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	あまり希望がないのが現状であるが、ご本人の希望があればその都度対応出来る状況である。年末には年賀状を書く方の希望をとり、必要に応じて書いていただいている。		
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	音や明るさに配慮し、不快の無いよう、室温や整理整頓を心がけ、快適で過ごしやすい環境づくりをしている。共用スペースに写真や季節感のある飾りをしたり、入居者様と壁面飾りを作成している。	両ユニット対称の建屋は家具類で色分けされ、入居者はユニット間を自由に行き来している。居間は広くゆったりとし、ソファなどが置かれ、清潔感がある。入居者と職員が協力してモップ掛けや掃除をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	玄関先や、食堂、居間、和室、などにも、思い思いに過ごせる空間がある。職員間で連携を図り、ながら、安全で自由な暮らしを提供している。		
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	全ての居室が十分に整ってはいないのが現状だが、安全を確保した上で、ご家族の協力のもと自宅で使用していた馴染みの物を持ってきて頂き少しでも居心地の良い空間になるような工夫をしている。	ベッド、洗面台、クローゼットを設えた部屋には、使い馴染んだ筆筒や衣装ケース等を置いている。ベッドの位置や家具は、入居前の自宅と同じ配置にする等の工夫で、過ごしやすい部屋作りをしている。	
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	スタッフは入居者様の出来ること、出来なくなってきたことの把握に努め、安全安心に出来るだけ、自立した生活が送れるよう支援している。中庭や玄関先で野菜や花のお世話をし、身体機能が低下しないような環境である。		