

### 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	0471200394		
法人名	有限会社 さくら		
事業所名	グループホーム さくら	ユニット名	A棟
所在地	宮城県登米市南方町鴻の木146-3・147-1		
自己評価作成日	平成24年12月25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)】

平成15年の開設から来年度は10年を迎えようとしているさくらでは、今まで地域の医療機関や運営推進会議の委員の協力を得て、南方町の地域に馴染むための努力をしてきました。その結果、少しずつですが地域からも認められ、散歩中に挨拶を交わす数も増えて来た実感しています。また、看取りを希望される家族に対しては、協力医療機関の力を借りて、ホームでの看取り行ってきました。終末期をどのように支えるかを考え、悩むことで職員も成長し、ケアの本質を知ることができたように思います。今後は、地域に対してはもっとホームから介護や認知症ケアに対しての発信が出来ればと考えています。また、入居者と共に成長できるグループホームさくらでありたいと思います。

※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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</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25年1月17日		

【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)】

中庭の畑には、大根や白菜、ビオラの花などが植えてあるが、今日は真白な雪に覆われ見ることが出来ない。天気の良い日は中庭に出て、おやつを食べたり、お茶飲みをして楽しんでい。一般の家庭と同じように近所との付き合いを大切にしており、散歩の時や病院に行く途中、声を掛け交流を深めている。またホームの夏祭りには、近所の人や老人会、婦人会などにも呼びかけ、約200名が集まり盛大に開催されている。またこのホームは看取りを行える環境にあり、これまでに10例ほど経験している。経験を積み重ねる事で、このホームに来れば話を聞く事も出来るし、勉強をする事も出来る、そんなホームになる事を目指している。

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (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				

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 さくら )「ユニット名 A棟 」

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	平成15年の開設当初に定めた理念をもとに地域や入居者に対応している。また、年度初めには全職員から目標を募り、全社目標とホームの目標を決めて統一したケアに取り組んでいる。	近所の方が散歩の途中声をかけてくれたり、お茶飲みに寄ってくれるなど「地域に根ざした生活」を実践している。ケアに迷いが生じた時は、理念の「そのひとらしく」の意義について全員で確認している。	
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	地域社会の一員として町内会に参加している。地区の敬老会では1名の方だったが職員と一緒に参加して交流を深めている。また、散歩等を通して地域の方との交流もっている。	一般の家庭と同じように近所との付き合いを大切にしており、散歩や病院に行く時、声掛けをしている。またホームの夏祭りには、近所の人や老人会、婦人会などにも呼びかけ200名程が参加し盛大に開催された。	
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	散歩がてらホームの見学に来る親子連れもあり、グループホームがどのような所なのかを説明している。また、認知症に関する相談に応じ、地域包括支援センターなどへつなぐ体制は整っている。		
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	会議は2ヶ月に一度開催している。ホームからの事業の報告や行事の提議を行っている。また、参加者からの意見や要望を聴取し実践が可能なことから検討し実施している。	会議は年6回開催され、市または地域包括支援センターの職員が毎回出席している。参加者から意見を引き出せるようなテーマを選び、知見を有する人に参加して頂くなど双方向的な会議になるようにお願いしたい。	
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	運営推進会議を通して実情を報告。事故の時も速やかに報告し連携をはかっている。その他、様々なことに関して相談を行っている。	市に相談して足もみボランティアに来て頂いたり、「要介護5の方の骨折事故が多いので気を付けるように」などの情報を頂いている。また歯科医師を呼んで口腔ケアの勉強会を開くなど協力関係を築いている。	
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	居室に鍵はつけていない。日中の玄関も開放している。帰宅願望の強い入居者がいる場合は、職員がホームの周りを散歩するなどして気持ちの安定を図っている。	職員は身体拘束によって入居者が受ける弊害について理解している。「一人暮らしで家を開けておけない」や「寄り合いがある」など帰宅願望の強い人が2名いて、家に帰る時には一緒について行っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に関する研修会があれば出席するようにしている。また、年に1回以上、社内の全体会議でテーマにして研修会を行っている。日常でも職員同士が互いに言葉使いなどに気を配っている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度についての研修会があれば出席するようにしている。		
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	今年は介護保険の改正により、利用料の値上がり処置が行われたが、全ての家族に同意を得て納得していただき契約をいただいている。		
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	苦情受け付け箱を設置しているほか、家族の意見や苦情を手紙や来訪時に聞くように努めている、苦情等があれば苦情解決マニュアルに沿って解決に当たることにしている。	家族が来訪した時に意見や要望を聞いている。「家族以外の方が面会に来た時には教えて下さい」や「床暖房の温度をあげて下さい」等の要望があり、頂いた意見は全職員で共有し、支援に反映させている。	
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	最低1年に1度は、代表者や管理者と面談する機会を設けている。そこで、運営に関する意見や提案を聞いて運営やケアの向上及び改善に努めている。	毎月一回の各ユニットの会議で意見や提案を聞く機会を設けている。意見や提案は、すぐに出来る事はすぐに取り組んでおり、シフトの変更や酸素濃度計、加湿器の購入等の意見があり、支援に反映させている。	
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	年に1度の面談の前に、各職員に自己評価をしていただき、管理者が確認を行う。そこで悩みや勤務状況など相談にのり全職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じてその人に最もふさわしい研修に参加させている。2ヶ月に1回の全体会議でも勉強会を開催し、全体のレベルアップを図っている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。		

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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩み事、希望などを聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承諾を得ている。		
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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩み事、希望などを聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承諾を得ている。		
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	最初の相談を受けた時、まず本人及び家族の主要ニーズを聞き、それがグループホーム利用より適切なサービスがある場合には、そちらのサービスの内容を紹介し、具体的な施設などを紹介することもある。		
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	本人が昔していた仕事や趣味を活かす活動を取り入れ、本人と職員と一緒にいる事により、共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
19		○本人と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	月一度「ご家族への報告書」を作成し、本人の状況などを報告し、情報の共有を図っている。必要に応じて面会の要請や行事への参加要請などを記入し、共に本人を支えていくよう務めている。		
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	在宅時代の馴染みの人が面会に訪れたり、地域の行事の参加・見学など、こちらから訪れたりし、関係が途切れることのないように支援している。	以前一緒に働いていた友人が懐かしいからと逢いに来てくれたり、昔していた裁縫を活かして、近くの幼稚園に雑巾を作って贈ったり、姪の美容院に髪を切りに行くなど関係が途切れないよう支援に努めている。	
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	利用者同士が共にスムーズな会話がもてるように、職員が中に入り共通した話題を提供して利用者が気軽に話し合えるようにしている。また、塗り絵や歌などの趣味活動を通して利用者同士の交流を図っている。		

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
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	契約が終了した利用者とも家族との馴染みの関係は継続してあると考えている。近所で再会した際は挨拶を交わし近況を聞いている。また、野菜や米などを継続的に寄付して下さる家族もいらっしゃる。		
<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	管理者や職員が日常の会話などを通して、利用者がどのような思いでいるかを知り、出来る限り本人の意向に沿えるように努めている。また、それが困難な利用者には、これまでの生活や思想信条を家族から出来るだけ話を聞くと共に本人の日頃の言動から把握、推測し、思いに添えるように努めている。	日々の関わりの中で話しを聞いたり、家族に昔の事を聞いて把握に努めている。話の中に息子の名前が出てくる時があり、家族を思い出している事がわかり「家族の方が面会に来るからね」と言うと安心している。	
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	入居前に家族や店宅担当ケアマネージャー等から本人の生活歴などをできるだけ詳しく聞き取り、家族にはそれを一定の用紙に記入してもらっている。入居前の調査で知り得なかった情報を、日常の会話の中で収集し、職員間で共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	月1回の課題モニタリングの他毎日の申し送りなどで、利用者一人一人状態の変化などを把握し、問題点がある場合は管理者やケアマネージャーなどを交えて話し合う。大きな変化が見られる時はケアプランの見直しをする場合もある。		
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	ケアマネージャーがスタッフとアセスメントを行い、さらに本人と話し合い意向を聞き、さらに毎月のモニタリングに基づいて仮のケアプランを作成し、それを家族等と話し合い、意見を反映して修正し新たなケアプランを作成している。	6か月に1回、評価に基づいて定期的に見直しをするほか、毎月1回、状態に変化のある入居者について全員で情報を出し合い見直している。車いす使用の人が、職員の支援で杖を使って歩けるようになった。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子はその都度ケース記録に記入し、特記事項があれば、申し送りノートにも記入し、情報を共有し実践やケアプランに活かしている。		
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	通院などは、利用者の状況に応じて随時対応している。外出や外泊の要請があれば、その都度対応している。		

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	年に数回、市の足もみボランティアに訪問していただき外部との交流をもつ機会を作っている。また、年に1回は消防署立ち会いのもと、夜間想定避難訓練を実施している。		
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	本人及び家族等が希望する医師にかかり、専門医による医療が必要である場合には、家族の了解を得て専門医にかかっている。通院介助は原則的に職員が行っている。通院の結果は家族報告書で報告を行う。緊急時は電話で連絡を取り合ったり、実際に会って相談することもある。	基本的には職員が同行し、受診結果はケース記録に記載し、職員全員で共有を図り、家族に報告している。状態が変化して家族に来てもらいたいなど要望があったときには家族に伝え、同行して頂いている。	
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	日常の健康管理を行う職場内の准看護師に気づいたことがあれば随時相談をしている。また、協力医のサンクリニックからも日常の支援について助言をもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した時は、病院や家族まかせにせず、職員が定期的に面会を行い、必要に応じて病院関係者と情報交換や相談に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期が近づいた時は、かかりつけ医、家族を含めて協議し、出来る限り家族の意向を尊重して今後の支援の方向付けをしており、家族が希望し、ホームで可能であれば、終末ケアも受け入れその内容を職員全体で共有してケアにあっている。	看取りの経験がある。「さくらにおける終末期の基本的な考え」があり、入居の段階で本人や家族に事業所の考えを説明し、方針を共有している。また状況の変化に応じて、その都度主治医、家族で話し合い段階的に合意を得ている。	
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	急変対応マニュアルを作成し、対応している。年6回の全体会議では消防署を講師に迎え、応急処置や心肺蘇生などの訓練を行うように努めている。		
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	緊急対応マニュアルを作成し、災害時の訓練を行っている。訓練時、消防署から随時指導をいただき改善を行っている。	避難訓練(夜間想定を含む)は年2回実施し、近所の人も参加している。前回の反省点として「受信器で場所を確認してから避難させるように冷静に行動して下さい」、「2次避難所を設けるように」との指導を受けている	

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>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	利用者のプライドやプライバシーには特に配慮し、リビングや他の利用者、家族等の前で本人が恥ずかしい思いやプライドが傷つかないように声をかけるタイミングや言葉使いには十分に注意している。	呼び名は苗字に「さん」付けて呼んでいる。また洗濯物を片付けるときには「いいですか」と聞いてから片づけたり、トイレを探すことが出来ずうろろしている人には静かな声で優しく誘導している。	
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	口頃の会話から、本人がどのような思いや希望があるかを聞くようにしている。本人が希望すれば、出来る限りそれを実現出来るようにしている。すぐに実現が出来ない場合は、わかるように説明し納得していただいている。		
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	意志表示できる利用者には本人の意向を聞くようにしている。業務との兼ね合いをはかりながら個々のペースに出来る限り合わせ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	昔から行きつけの理・美容院がある利用者にはその美容院に行けるよう支援している。他は定期的に散髪等が出来るように訪問理容を活用している。また、地域の理容店も利用し交流を深めている。		
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	食事は、利用者にとって一番の楽しみなので、普段の食事や行事食と一緒に献立を立てるように努めている。ホームで収穫された野菜を用い、野菜の下ごしらえ、後片付けなど出来る範囲でお手伝いいただいている。	職員に栄養士がおり、週に1度献立の確認をしている。ジャガイモの皮むきや食器、お盆拭きなどを一緒に行い、行事食にはケーキ・バイキングを食べるなど、同じ食卓で同じ物を食べながら和やかに食事をしている。	
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	医師の指示がある利用者には、栄養指導のもとに食事を提供している。利用者の食事・水分の摂取状況を記録し、水分が不足がちな利用者にはこまめに提供し脱水防止に努めている。		
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	起床時、毎食後に歯磨きやうがいを行うように支援している。歯磨きや入れ歯の手入れが一人で出来ない方は職員が介助している。		

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	一人ひとりの排泄時間を記録し、個々の排泄パターンを把握してトイレ誘導することで、出来る限り失敗を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握してケアしている。入居以前は夜に布団を汚していた人が、状態の段階に応じた適切な個別誘導で、現在はトイレで排泄出来るようになった。	
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	便秘予防として、水分補給に努めたり、散歩や軽い運動などを行っている。便秘時には漢方のお茶を提供したりして排便を促すこともある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の希望の有無を本人に確認し、健康状態を把握した上で、なるべく希望の時間にゆったりとした気持ちで入っていただけるように支援している。	毎日好きな時間に入浴が出来るようになっていて、入浴剤を入れたり、ゆず湯にして入浴を楽しんでいる。また迷惑をかけるからとか、水が怖くて拒む人もいるがなだめて入浴して頂いている。	
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	床暖房やエアコンを利用し、年中快適な睡眠がとれるように配慮している。体温調整が困難な方には衣類の調整を職員が行う。日中も休息が自由にとれるように支援している。		
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	介護カルテに薬の説明書を綴り、処方内容を書く職員が一人ひとりの薬について理解するようにしている。薬の用法や用量については各利用者ごとに処方時ごとに予め分けて誤訳のないように努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食後の片付けや清掃、畑仕事や草取りなど利用者の残存能力を活かした役割を支援している。また、本人が希望される趣味活動が出来るように努めている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その日の天候や利用者の状態をみて、外出する機会を設けている。また、家族等と一緒に外出や外泊する際は、食事や服薬、歩行や排泄時の現状を伝え、誤薬や転倒がおこならないように注意事項を伝えるなどの支援を行っている。	天気の良い日は中庭でお茶飲みをしたり、近くの公園まで散歩している。年間計画があり、南方の千本桜への花見や新緑、紅葉などに出掛けている。家族との外出や墓参りなど特別な外出支援は柔軟に対応している	



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	自分で管理出来る利用者は各自財布を所持しており、買い物時には手持ちの財布から支払いするなどしている。		
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	本人が家族への電話を希望された場合は電話をかけてお話ししていただいている。ご家族ではがきをくださる家族もあり、返信できるよう介助を行うことがある。		
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	リビングと廊下には利用者と職員が作った四季折々の飾り付けされており、テーブルや玄関などに季節の花を飾って季節感を味わっている。	食堂兼リビングは明るく、自然換気や床暖により臭気や空気のおどみがない。壁には季節を感じる獅子舞の貼り絵や鶴、亀、松の切り絵が貼ってあり、玄関前にはビオラの花などが植えられ、居心地良く過ごしている。	
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	ソファに気の合った利用者同士が集まり、音楽を聴いた入りしてくつろげる場所がある。		
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	本人が自宅で使っていた物や希望するものは家族に持ってきていただき居室に置いておく。一人で整理できないでいる	毎日、朝食前に掃除を行い清潔が保たれている。家族には馴染みの物を持って来るよう働きかけており、タンスやテレビなどが持ち込まれ、壁にはぬりえや家族との笑顔の写真が飾られ居心地良く過ごしている。	
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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないようにし自立した生活が出来るように配慮している。		

### 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	0471200394		
法人名	有限会社 さくら		
事業所名	グループホーム さくら	ユニット名	B棟
所在地	宮城県登米市南方町鴻の木146-3・147-1		
自己評価作成日	平成24年12月25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://yell.hello-net.info/kouhyou/">http://yell.hello-net.info/kouhyou/</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25年1月17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)】

平成15年の開設から来年度は10年を迎えようとしているさくらでは、今まで地域の医療機関や運営推進会議の委員の協力を得て、南方町の地域に馴染むための努力をしてきました。その結果、少しずつですが地域からも認められ、散歩中に挨拶を交わす数も増えて来た実感があります。また、看取りを希望される家族に対しては、協力医療機関の力を借りて、ホームでの看取り行ってきました。終末期をどのように支えるかを考え、悩むことで職員も成長し、ケアの本質を知ることができたように思います。今後は、地域に対してはもっとホームから介護や認知症ケアに対しての発信が出来ればと考えています。また、入居者と共に成長できるグループホームさくらでありたいと思います。

【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)】

中庭の畑には、大根や白菜、ビオラの花などが植えてあるが、今日は真白な雪に覆われ見ることが出来ない。天気の良い日は中庭に出て、おやつを食べたり、お茶飲みをして楽しんでい。一般の家庭と同じように近所との付き合いを大切にしており、散歩の時や病院に行く途中、声を掛け交流を深めている。またホームの夏祭りには、近所の人や老人会、婦人会などにも呼びかけ、約200名が集まり盛大に開催されている。またこのホームは看取りを行える環境にあり、これまでに10例ほど経験している。経験を積み重ねる事で、このホームに来れば話を聞く事も出来るし、勉強をする事も出来る、そんなホームになる事を目指している。

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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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、活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 さくら )「ユニット名 B棟 」

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	平成15年の開設当初に定めた理念をもとに地域や入居者に対応している。また、年度初めには全職員から目標を募り、全社目標とホームの目標を決めて統一したケアに取り組んでいる。	近所の方が散歩の途中声をかけてくれたり、お茶飲みに寄ってくれるなど「地域に根ざした生活」を実践している。ケアに迷いが生じた時は、理念の「そのひとらしく」の意義について全員で確認している。	
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	地域社会の一員として町内会に参加している。地区の敬老会では1名の方だったが職員と一緒に参加して交流を深めている。また、散歩等を通して地域の方との交流もっている。	一般の家庭と同じように近所との付き合いを大切にしており、散歩や病院に行く時、声掛けをしている。またホームの夏祭りには、近所の人や老人会、婦人会などにも呼びかけ200名程が参加し盛大に開催された。	
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	散歩がてらホームの見学に来る親子連れもあり、グループホームがどのような所なのかを説明している。また、認知症に関する相談に応じ、地域包括支援センターなどへつなぐ体制は整っている。		
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	会議は2ヶ月に一度開催している。ホームからの事業の報告や行事の提議を行っている。また、参加者からの意見や要望を聴取し実践が可能なことから検討し実施している。	会議は年6回開催され、市または地域包括支援センターの職員が毎回出席している。参加者から意見を引き出せるようなテーマを選び、知見を有する人に参加して頂くなど双方向的な会議になるようにお願いしたい。	
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	運営推進会議を通して実情を報告。事故の時も速やかに報告し連携をはかっている。その他、様々なことに関して相談を行っている。	市に相談して足もみボランティアに来て頂いたり、「要介護5の方の骨折事故が多いので気を付けるように」などの情報を頂いている。また歯科医師を呼んで口腔ケアの勉強会を開くなど協力関係を築いている。	
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	居室に鍵はつけていない。日中の玄関も開放している。帰宅願望の強い入居者がいる場合は、職員がホームの周りを散歩するなどして気持ちの安定を図っている。	職員は身体拘束によって入居者が受ける弊害について理解している。「一人暮らしで家を開けておけない」や「寄り合いがある」など帰宅願望の強い人が2名いて、家に帰る時には一緒について行っている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に関する研修会があれば出席するようにしている。また、年に1回以上、社内の全体会議でテーマにして研修会を行っている。日常でも職員同士が互いに言葉使いなどに気を配っている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度についての研修会があれば出席するようにしている。		
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	今年は介護保険の改正により、利用料の値上がり処置が行われたが、全ての家族に同意を得て納得していただき契約をいただいている。		
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	苦情受け付け箱を設置しているほか、家族の意見や苦情を手紙や来訪時に聞くように努めている、苦情等があれば苦情解決マニュアルに沿って解決に当たることにしている。	家族が来訪した時に意見や要望を聞いている。「家族以外の方が面会に来た時には教えて下さい」や「床暖房の温度をあげて下さい」等の要望があり、頂いた意見は全職員で共有し、支援に反映させている。	
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	最低年に1度は、代表者や管理者と面談する機会を設けている。そこで、運営に関する意見や提案を聞いて運営やケアの向上及び改善に努めている。	毎月一回の各ユニットの会議で意見や提案を聞く機会を設けている。意見や提案は、すぐに出来る事はすぐに取り組んでおり、シフトの変更や酸素濃度計、加湿器の購入等の意見があり、支援に反映させている。	
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	年に1度の面談の前に、各職員に自己評価をしていただき、管理者が確認を行う。そこで悩みや勤務状況など相談にのり全職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じてその人に最もふさわしい研修に参加させている。2ヶ月に1回の全体会議でも勉強会を開催し、全体のレベルアップを図っている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。		

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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩み事、希望などを聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承諾を得ている。		
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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩み事、希望などを聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承諾を得ている。		
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	最初の相談を受けた時、まず本人及び家族の主要ニーズを聞き、それがグループホーム利用より適切なサービスがある場合には、そちらのサービスの内容を紹介し、具体的な施設などを紹介することもある。		
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	本人が昔していた仕事や趣味を活かす活動を取り入れ、本人と職員と一緒にいる事により、共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
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	月一度「ご家族への報告書」を作成し、本人の状況などを報告し、情報の共有を図っている。必要に応じて面会の要請や行事への参加要請などを記入し、共に本人を支えていくよう務めている。		
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	在宅時代の馴染みの人が面会に訪れたり、地域の行事の参加・見学など、こちらから訪れたりし、関係が途切れることのないように支援している。	以前一緒に働いていた友人が懐かしいからと逢いに来てくれたり、昔していた裁縫を活かして、近くの幼稚園に雑巾を作って贈ったり、姪の美容院に髪を切りに行くなど関係が途切れないよう支援に努めている。	
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	利用者同士が共にスムーズな会話がもてるように、職員が中に入り共通した話題を提供して利用者が気軽に話し合えるようにしている。また、塗り絵や歌などの趣味活動を通して利用者同士の交流を図っている。		

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
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	契約が終了した利用者とも家族との馴染みの関係は継続してあると考えている。近所で再会した際は挨拶を交わし近況を聞いている。また、野菜や米などを継続的に寄付して下さる家族もいらっしゃる。		
<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	管理者や職員が日常の会話などを通して、利用者がどのような思いでいるかを知り、出来る限り本人の意向に沿えるように努めている。また、それが困難な利用者には、これまでの生活や思想信条を家族から出来るだけ話を聞くと共に本人の日頃の言動から把握、推測し、思いに添えるように努めている。	日々の関わりの中で話しを聞いたり、家族に昔の事を聞いて把握に努めている。話の中に息子の名前が出てくる時があり、家族を思い出している事がわかり「家族の方が面会に来るからね」と言うと安心している。	
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	入居前に家族や店宅担当ケアマネージャー等から本人の生活歴などをできるだけ詳しく聞き取り、家族にはそれを一定の用紙に記入してもらっている。入居前の調査で知り得なかった情報を、日常の会話の中で収集し、職員間で共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	月1回の課題モニタリングの他毎日の申し送りなどで、利用者一人一人状態の変化などを把握し、問題点がある場合は管理者やケアマネージャーなどを交えて話し合う。大きな変化が見られる時はケアプランの見直しをする場合もある。		
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	ケアマネージャーがスタッフとアセスメントを行い、さらに本人と話し合い意向を聞き、さらに毎月のモニタリングに基づいて仮のケアプランを作成し、それを家族等と話し合い、意見を反映して修正し新たなケアプランを作成している。	6か月に1回、評価に基づいて定期的に見直しをするほか、毎月1回、状態に変化のある入居者について全員で情報を出し合い見直している。車いす使用の人が、職員の支援で杖を使って歩けるようになった。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子はその都度ケース記録に記入し、特記事項があれば、申し送りノートにも記入し、情報を共有し実践やケアプランに活かしている。		
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	通院などは、利用者の状況に応じて随時対応している。外出や外泊の要請があれば、その都度対応している。		

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	年に数回、市の足もみボランティアに訪問していただき外部との交流をもつ機会を作っている。また、年に1回は消防署立ち会いのもと、夜間想定避難訓練を実施している。		
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	本人及び家族等が希望する医師にかかり、専門医による医療が必要である場合には、家族の了解を得て専門医にかかっている。通院介助は原則的に職員が行っている。通院の結果は家族報告書で報告を行う。緊急時は電話で連絡を取り合ったり、実際に会って相談することもある。	基本的には職員が同行し、受診結果はケース記録に記載し、職員全員で共有を図り、家族に報告している。状態が変化して家族に来てもらいたいなど要望があったときには家族に伝え、同行して頂いている。	
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	日常の健康管理を行う職場内の准看護師に気づいたことがあれば随時相談をしている。また、協力医のサンクリニックからも日常の支援について助言をもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した時は、病院や家族まかせにせず、職員が定期的に面会を行い、必要に応じて病院関係者と情報交換や相談に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期が近づいた時は、かかりつけ医、家族を含めて協議し、出来る限り家族の意向を尊重して今後の支援の方向付けをしており、家族が希望し、ホームで可能であれば、終末ケアも受け入れその内容を職員全体で共有してケアにあっている。	看取りの経験がある。「さくらにおける終末期の基本的な考え」があり、入居の段階で本人や家族に事業所の考えを説明し、方針を共有している。また状況の変化に応じて、その都度主治医、家族で話し合い段階的に合意を得ている。	
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	急変対応マニュアルを作成し、対応している。年6回の全体会議では消防署を講師に迎え、応急処置や心肺蘇生などの訓練を行うように努めている。		
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	緊急対応マニュアルを作成し、災害時の訓練を行っている。訓練時、消防署から随時指導をいただき改善を行っている。	避難訓練(夜間想定を含む)は年2回実施し、近所の人も参加している。前回の反省点として「受信器で場所を確認してから避難させるように冷静に行動して下さい」、「2次避難所を設けるように」との指導を受けている	

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>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	利用者のプライドやプライバシーには特に配慮し、リビングや他の利用者、家族等の前で本人が恥ずかしい思いやプライドが傷つかないように声をかけるタイミングや言葉使いには十分に注意している。	呼び名は苗字に「さん」付けて呼んでいる。また洗濯物を片付けるときには「いいですか」と聞いてから片づけたり、トイレを探すことが出来ずうろろしている人には静かな声で優しく誘導している。	
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	口頃の会話から、本人がどのような思いや希望があるかを聞くようにしている。本人が希望すれば、出来る限りそれを実現出来るようにしている。すぐに実現が出来ない場合は、わかるように説明し納得していただいている。		
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	意志表示できる利用者には本人の意向を聞くようにしている。業務との兼ね合いをはかりながら個々のペースに出来る限り合わせ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	昔から行きつけの理・美容院がある利用者にはその美容院に行けるよう支援している。他は定期的に散髪等が出来るように訪問理容を活用している。また、地域の理容店も利用し交流を深めている。		
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	食事は、利用者にとって一番の楽しみなので、普段の食事や行事食と一緒に献立を立てるように努めている。ホームで収穫された野菜を用い、野菜の下ごしらえ、後片付けなど出来る範囲でお手伝いいただいている。	職員に栄養士がおり、週に1度献立の確認をしている。ジャガイモの皮むきや食器、お盆拭きなどを一緒に行い、行事食にはケーキ・バイキングを食べるなど、同じ食卓で同じ物を食べながら和やかに食事をしている。	
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	医師の指示がある利用者には、栄養指導のもとに食事を提供している。利用者の食事・水分の摂取状況を記録し、水分が不足がちな利用者にはこまめに提供し脱水防止に努めている。		
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	起床時、毎食後に歯磨きやうがいを行うように支援している。歯磨きや入れ歯の手入れが一人で出来ない方は職員が介助している。		



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	一人ひとりの排泄時間を記録し、個々の排泄パターンを把握してトイレ誘導することで、出来る限り失敗を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握してケアしている。入居以前は夜に布団を汚していた人が、状態の段階に応じた適切な個別誘導で、現在はトイレで排泄出来るようになった。	
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	便秘予防として、水分補給に努めたり、散歩や軽い運動などを行っている。便秘時には漢方のお茶を提供したりして排便を促すこともある。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の希望の有無を本人に確認し、健康状態を把握した上で、なるべく希望の時間にゆったりとした気持ちで入っていただけるように支援している。	毎日好きな時間に入浴が出来るようになっていて、入浴剤を入れたり、ゆず湯にして入浴を楽しんでいる。また迷惑をかけるからとか、水が怖くて拒む人もいるがなだめて入浴して頂いている。	
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	床暖房やエアコンを利用し、年中快適な睡眠がとれるように配慮している。体温調整が困難な方には衣類の調整を職員が行う。日中も休息が自由にとれるように支援している。		
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	介護カルテに薬の説明書を綴り、処方内容を書く職員が一人ひとりの薬について理解するようにしている。薬の用法や用量については各利用者ごとに処方時ごとに予め分けて誤認のないように努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食後の片付けや清掃、畑仕事や草取りなど利用者の残存能力を活かした役割を支援している。また、本人が希望される趣味活動が出来るように努めている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その日の天候や利用者の状態をみて、外出する機会を設けている。また、家族等と一緒に外出や外泊する際は、食事や服薬、歩行や排泄時の現状を伝え、誤薬や転倒がおこならないように注意事項を伝えるなどの支援を行っている。	天気の良い日は中庭でお茶飲みをしたり、近くの公園まで散歩している。年間計画があり、南方の千本桜への花見や新緑、紅葉などに出掛けている。家族との外出や墓参りなど特別な外出支援は柔軟に対応している	

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	自分で管理出来る利用者は各自財布を所持しており、買い物時には手持ちの財布から支払いするなどしている。		
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	本人が家族への電話を希望された場合は電話をかけてお話していただいている。ご家族ではがきをくださる家族もあり、返信できるよう介助を行うことがある。		
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	リビングと廊下には利用者と職員が作った四季折々の飾り付けされており、テーブルや玄関などに季節の花を飾って季節感を味わっている。	食堂兼リビングは明るく、自然換気や床暖により臭気や空気のおよみが無い。壁には季節を感じる獅子舞の貼り絵や鶴、亀、松の切り絵が貼ってあり、玄関前にはビオラの花などが植えられ、居心地良く過ごしている。	
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	ソファに気の合った利用者同士が集まり、音楽を聴いた入りしてくつろげる場所がある。		
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	本人が自宅で使っていた物や希望するものは家族に持ってきていただき居室に置いておく。一人で整理できないでいる	毎日、朝食前に掃除を行い清潔が保たれている。家族には馴染みの物を持って来るよう働きかけており、タンスやテレビなどが持ち込まれ、壁にはぬりえや家族との笑顔の写真が飾られ居心地良く過ごしている。	
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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないようにし自立した生活が出来るように配慮している。		