

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	令和元年9月3日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2019年10月4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」の理念を目標として個々に合わせたサービスの提供を目指している。食事について例を挙げると、本人に合った食事形態での提供は勿論だが、本人が食べたい時間に合わせて提供を行っている。また、法人の管理栄養士が栄養管理を行っているが、週に2回入居者様と共に夕食の買い物で好きな食べ物を選んでいる。医療的な側面では事業所に看護師を配置して日常的なサポートを行い、主治医として仙台往診クリニックに支援を頂き、24時間365日いつでも医療的な支援が受けられるような体制を整備し、看取りケアも実践している。退去後もご家族様に事業所の行事に足を運んでいただいている。また、地域の夏祭りや敬老会に入居者が参加し、地域の方も事業所で行われる地域公開講座や納涼会等の行事に参加をいただき、地域に根差した事業所を目指している。

【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)】

緑豊かな多賀城総社宮近くに位置し、地域住民との交流が日常的に行われ、避難訓練には、近隣住民が参加する等、町内の一員の事業所となっている。利用者が「安全自由笑顔のある豊かな暮らし」を送れるよう、丁寧な意向確認により介護計画が作成され、のびのびと穏やかに生活している。職員は理念や行動指針の実践を目指し、利用者の思いに寄り添うケアに努めている。毎月、防災に係る訓練や研修を行い、防犯訓練も実施している。法人内に職員による職場環境改善委員会が設置されており、職員の希望等を把握し職場環境改善について積極的に取り組んでいる。平成29年から共用型デイサービスを運営し、事業所として地域公開講座を開催したり、行政主催の認知症カフェや認知症サポーター養成講座等の企画や講座の運営、講師を引き受ける等、連携している。住民が認知症の理解を深め、認知症になっても地域の一員として暮らせるまちづくりを目指している。

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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH「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
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	毎年理念の見直しをスタッフ全員で行い、入居者の状態に合わせた行動指針を策定している。その際、何故理念が必要なのかを勉強会を行い周知するように努力している。また、毎朝ミーティングで理念を唱和し、意識付けを行っている。	「安全、自由、笑顔のある豊かな暮らし」という理念のもと、毎年利用者の状態を踏まえ行動指針を作っている。指針は家族や地域との繋がりが、職員のマナー等、あるべき姿を分かりやすく示している。職員は、利用者が自由でトキメキを感じられる事業所を目指し、毎朝ミーティングで唱和する等、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	町内会に加入し、地区の行事（清掃活動、各種集会、お祭りなど）にも積極的に参加している。また、地域公開講座を行ったり、介護よろず相談窓口を設けており、地域の方からいつでも相談して頂ける体制を設けている。	散歩時には地域住民からの声掛けがあり、町内会の清掃時には利用者も参加し、町内の一住民として生活している。地域行事へ参加し、事業所の行事には住民の参加がある。事業所として、地域公開講座を開催する等、地域との関わりを大切に活動している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域公開講座と題して、専門職をお招きして管理栄養士による嚥下に関する講座を行っている。 管理者と主任が認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に対する理解を深めて頂ける様にしている。		
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	入居者の状況報告や、行事・防災報告等を行っている。また、会議で頂戴した意見は職員会議に挙げて改善を図っている。また報告内容は議事録にまとめ、HPや事業所内に掲示して誰でも閲覧できるようにしている。	隔月、市職員、区長、民生委員、地域包括職員、社協職員、家族代表、時に利用者が参加し開催している。事業報告や災害対策等を議題とし、避難訓練を地域に知らせる拡声器の設置や、のぼりを立てる等の提案があり実践している。	
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に取り組んでいる	行政からの依頼で管理者や主任が認知症サポーター養成講座の講師を行い認知症ケアの普及活動に協力している。 多賀城市新田地区の認知症カフェに参加し、家族介護の相談窓口対応を行っている。	多賀城市の介護支援ボランティア研修の受け入れ、認知症カフェへの参加や認知症サポーター養成講座の講師を引き受ける等、市と協力して認知症ケアの普及活動をしている。日頃より運営推進会議に市職員が参加し、顔の見える関係を築いている。	
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	3か月に1回身体拘束適正化検討委員会を行い自分たちのケアの確認を行っている。門扉は設置はしてはいるが日中常も施錠はしていない。定期的に勉強会を行う事で理解を深める努力をしている。	身体拘束適正化検討委員会で、不適切ケアがないか確認し、職員自らの気づきを改善に繋げている。本人の選択を促す声掛け、一人ひとり状況に合わせた声掛け方法等、話し合っている。外出時には職員が同行し、見守りを行い、利用者の安全にも配慮している。	
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	内部、外部研修において全職員が学び理解を深めている。虐待に繋がらない様、不適切なケアについての内部研修を行い理解を深めている。日常のケアにて身体（内出血、出血等）の確認を行い発見時には申し送りや連絡帳にて全職員に周知している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	内部研修や外部研修において全職員が学び理解を深める努力をしている。成年後見制度を活用している利用者もいる。身寄りのない入居者は行政に報告や相談を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には状況に応じて入居者本人も同席して頂き契約書等、全て読み合わせを行い納得されるまで説明を心掛けている。契約後、疑問点や不安な点などを伺い、納得して頂ける様に説明を行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	年2回家族会を開催し意見要望などを伺っている。不参加のご家族様へは報告書を送付している。また、玄関に意見箱を設置したり年1回のご家族様へサービス満足度調査のアンケートを実施している。出てきた意見は会議や掲示物などで職員へ周知している。	家族会を年2回開催し、内1回は満足度調査を行い、要望・意見を把握している。家族の訪問時や日常的にも相談を受け、都度対応している。居室のドアが開けにくい箇所、エアコンの設定温度について等、要望を改善に繋げている。利用者や家族の思いは、職員間で情報共有している。	
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	職場環境委員会を設置することにより、随時職員の意見、提案を代表者にあげ働きやすい環境作りを心掛けている。また、年2回職員面談を実施しており、職員から意見を聞く場を設けている。	法人内に、職員による職場環境改善委員会を設置し、職員の意見・要望、提案等を受け検討している。会議時間の変更や記録等の時間の短縮、申し送りや情報の共有手段にタブレットを導入する等、改善に繋げている。	
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	統括施設長が年1回全職員と面談を行い個々の評価を行っている。資格取得のための給付金制度を創設している。		
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	定期的な勉強会や外部研修がある。職員の適性や意欲によって行かせて頂ける研修もある。個々のレベルに応じたカリキュラムがある。(新人職員、中堅職員等)		
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	宮城県認知症グループホーム協議会に加入し会議や意見交換会などに参加する事によりネットワーク作りや情報国間を行うサービスの向上に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	バックグラウンド、ケアプラン等、家族様、入居者様よりの行動などの情報を全職員で周知し、本人の安心を確保するための環境作りに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の実態調査から、事業所の取り組み等をお伝えして、少しでも不安を解消して頂けるように懇切丁寧な説明を心掛けている。また入居後もご家族へこまめな報告を行いながら、意見を伺う様にしている。		
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	その時に必要な医療、訪問歯科などについて希望に応じて対応している。通院介助が難しいご家族様には速やかに往診クリニック対応が出来る支援している。		
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	職員は共に生活しているリビングパートナーとして、信頼関係の構築に努めている。出来る事を触発し生活の支援をしている。		
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	家族との連絡はこまめに行っている。体調不良時は勿論のこと、面会時や電話連絡時に普段の様子を伝えたり、毎月居室担当者が様子を伝える手紙を書き、近況を伝えている。、行事の際は家族に参加して頂き、共に支える体制を築けるよう働きかけをしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	事業所の納涼会、地域の敬老会や夏祭りに参加しており、その際、以前からの顔馴染みの方にお会いしており、なるべく馴染みの関係が途切れない様に支援している。	自宅への外泊、地域サロンへの参加、仙台に住む息子のところへ月に1回職員が同行し訪問する等、築いてきた関係が途切れない支援に努めている。総社宮の祭りやどんと祭等、地域行事に積極的に参加し、友人や知人との再会を楽しんでいる。	
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	職員が入居者同士の間に入り、孤立しない様に馴染みの関係作りに努めている。また、常に入居者同士の関係性の把握を行い、入居者間の出来事は申し送りや、会議等で情報共有して関わりを行っている。		

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
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。直近で相談を受けた事例はないが、以前入居されていた入居者のご家族から知人の家族介護について相談を受けた時がある。		
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	本人へ意向を確認しながら、また難しい場合はご家族に確認し、その意向や本人の状態を課題検討してケアプランに反映し、その方が望む生活が送れるように配慮している。	入居時に、生活歴や意向を聞き取り、本人の「したい生活」を把握し、支援に繋げている。認知症アセスメントツール(ひもときシート)を利用し、職員間で利用者の意向の確認や課題検討を行い、『望む生活』の実現ができるよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様、キーパーソン、ケアマネより情報の把握、過去の生活歴の共有を行う。日々の関わりの中での気づきを記録に残し、より良いケアの提供に繋げる様努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の観察や申し送りや記録により、1人1人の状況の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	カンファレンスや日々のミーティングにより現状の把握、ケアの見直しを行っている。サービス担当会議と位置付け、必要に応じて課題分析を行い介護計画の変更を行っている。	概ね6ヶ月に1回、介護計画の見直しを行っている。職員、看護師、往診医、必要時には栄養士や言語聴覚士等からも意見を聞いている。一人ひとりの状態を見ながら、介護計画を説明したり意見を聞き、本人のしたい暮らし方が反映されているかを確認している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケア記録(ケース記録、医療記録等)を行い、必要に応じて連絡帳や口頭での申し送りを活用し、職員間で情報を共有しながら実践している。		
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	歯科医師や歯科衛生士による訪問診療や言語聴覚士によるリハビリを受けている入居者がいる、また、共用型デイサービスで地域から利用者を受け入れている。		

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	近隣の商店で買い物をしたり地域の行事に参加するなどしている。また、近隣の神社のお祭りに参加したりお花見を行うなど地域に根ざし生活を送れ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	本人・家族の同意のもと仙台往診クリニックが主治医となっており24時間体制で支援できる体制が整備されている。また、必要に応じて脳神経外科や皮膚科など他医療機関を受診している。	往診医がかかりつけ医で、月2回訪問診療を受診し、必要時には往診も依頼している。他科受診時には、家族か職員が同行し、双方で報告を行い、情報共有している。訪問歯科を利用等、本人・家族の意向に応じて対応している。	
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	事業所の看護師を中心に、仙台往診クリニックの看護師や医師との連携を図っている。往診がない日でも入居者に変わりがある場合は電話で報告や相談を行い、医療的な側面で入居者が安心していただけるように努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中から、医療機関の各関係者と連絡を取り合い、入居者と家族が安心して治療を受けられるように支援している。退院時は退院調整会議などで状況を確認し、その情報を元に事業所に戻ってからの対応を検討している。また地域の病院主催の医療連携の会に参加して関係づくりに努めている。		
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	入居時に重度化した場合や終末期についての意向を確認し同意書に基づき説明をしている。また、勉強会で職員に重度化や終末期のケアの在り方など知識の向上に努めている。看取り後は職員間でグリーフケアを行い心のケアを行っている。	設立時から看取りについて意識し、体制づくりやリフト浴導入を行っている。往診医、看護師、介護職員が連携し、家族の協力も得て、悔いのない終末期を迎えられるよう支援している。看護師を中心に、利用者一人ひとりの意向を確認し、職員の不安解消にも努め、日々の研修を重ねている。	
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	消防隊をお招きし、定期的に心肺蘇生法や応急処置、毛布を使用した緊急避難方法についての講習会を行っていただき、実践できるよう努めている。		
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	福祉避難所として年1回程行政と一緒に総合防災訓練を行っている。また、毎月何かしらの防災訓練を行い、全職員が交代で避難訓練を行っている。地域へ防災訓練時は案内文を出して参加を呼び掛けている。	毎月テーマを決め、夜間想定避難訓練や警察署との防犯訓練を実施し、多賀城市総合防災訓練参加等の訓練を実施している。拡声器でのアナウンスや、のぼりを立てて訓練を周知し住民が参加しやすい工夫をしている。平成27年に太陽光発電機を設置し、停電時への備えもある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人一人に合わせた声掛けやタイミングでの関わりを実践している。プライバシーに配慮し沈黙の誘導などを専門的な関わりを交えたり、その人に合った口調や言葉遣いを使用し対応している。	常に目上の人であり人生の先輩との意識を持ち接するよう、接遇の研修を行っている。居室には内鍵もある。一人ひとりの生活のペースを大事にし、無理強いしない対応を心掛けている。	
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	具体的には入居者の希望によりいちご狩りや1泊での温泉旅行をが行った。週2回の食事の選メニューの買い物では入居者の希望に沿った食べ物を提供できるように支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	何がしたいのか思いを汲み取り、漬物作りや干し柿作り等希望に合わせた対応を行っている。起床時間や食事の時間なども入居者個々のペースに合わせている。入浴時間も特に指定しておらず、好きな時間に入浴を行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	食べこぼし等で汚れた時はスムーズに更衣出来る様支援している。訪問理容では本人が望む髪型にさせていただいたり、日常の中では服を着る際はご自分で着替えが難しい方は、選択をしてもらう事により好みの衣類を着れるように支援をしている。		
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	一緒に調理をしたり後片付けを行なう事により一方的な支援にならないように心掛けている。週2回の選択メニューや外食にいく事により好きな物を食べられる支援を行っている。	献立は、法人の管理栄養士が提案しているが、内週2回は利用者の希望を取り入れた献立を作り、買い物から調理まで皆で行っている。外食を楽しむ時もある。調理をする、配膳をする、後片付けをする等、それぞれの利用者の残存能力に合わせ役割を担い行っている。	
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	食事水分量は記録に残し把握している。嚥下機能を見極めミキサー食や柔らかく食で対応している。水分摂取量の少ない方には好みの飲み物やゼリー、西瓜等で摂りやすい物を提供し支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	ほぼ全ての入居者が歯科医師による訪問歯科や歯科衛生士による口腔ケアを受けている。起床時、就寝介助時には口腔ケアを行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄の記録により情報を把握し本人の訴えやシグナルに合わせてトイレ誘導を行っている。失禁を減らして生活できるように努めている。また、おむつ使用からトイレへ誘導を行い、おむつからリハビリパンツや布パンツへの支援を行っている。	利用者の排泄パターンやシグナルを把握し、トイレで排泄ができるよう、誘導等の支援を行う。排泄用品も状態に合わせて検討している。布パンツで生活できる人も多い。排泄介助はさりげなく行っている。お米にもち麦を混ぜたり、オリーブオイルの利用、乳製品をとる等、便秘予防にも心掛けている。	
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	毎朝ヨーグルトを提供したりもち麦を取り入れたり、オリーブオイルを使用している。積極的運動をする機会は設けていないが生活の中で歩行や車椅子の自操を促したりと便秘の予防に取り組んでいる。必要に応じて下剤も使用している。		
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	入浴の時間は定めず入りたい時に好みの温度で入浴出来るように支援している。体調不良で入浴が出来ないときは清拭を行い清潔保持やリフレッシュ出来る様支援している。	入浴したい時間に入浴ができるよう支援し、毎日入浴を楽しむ人もいる。リフト浴を導入し、重度化しても入浴ができるよう支援体制も整えている。季節に合わせ、ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を取り入れて楽しんでいる。職員は利用者と一緒にゆっくり話せる機会と捉え、思いを聴いている。	
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	一人ひとりの様子を確認しながら食後に休憩する時間を取り入れている。また、夕方から静かな環境を作り夜間の安眠に繋がるよう支援している。居室以外にもソファや和室で休む等、その時の状況に合わせて対応している。		
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	看護師に聞いたり、服薬内容を各自把握するように努めている。服薬時はミスを防ぐために職員間で確認をしている。また、嚥下状態に応じて薬の形状を粉末にする等、確実な服用に努めている。		
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	食事の配膳や盛り付け、後片付け、洗濯物の干し方や畳み方等役割を持って生活できるように支援している。ずんだもちを食べたいという意見があり枝豆をすり潰しずんだを作った事があり張り合いや喜びに繋がっている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	入居者の体調面から外出する機会は減っているが、季節を感じられるドライブや外食に出掛けたりしている。また、ご家族や地域の方と一緒に参加出来る行事を企画して行っている。	併設している共用デイサービスの送迎時に一緒にドライブに出掛けたり、総社宮まで散歩に行っている。松島の温泉や仙台市の園芸センター等、利用者の希望を聞きながら日々の外出支援を行っている。近隣の散歩時には、近隣住民との交流もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	入居者の金銭は事業所でお小遣いをお預かりして管理してる。希望時にはお渡しして好きな物を購入出来る様に支援している。		
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	希望がないのが現状であるが、希望があれば支援できる体制を整えている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節ごとの壁面装飾や中庭に植えている草花で季節を感じて頂ける様工夫している。意図的に室内に外からの風や光を入れるなどの環境を整備している。	中庭を挟み、各ユニットのリビングが向かい合っている。廊下や玄関は広々とし、所どころにソファが置かれ、どこでもくつろげるよう工夫している。リビングは明るく、温・湿度は職員が管理している。利用者はユニット間を自由に行き来し交流を楽しむことができる。	
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	リビング以外にも交流室で過ごしたり一人になれる空間を作るなど、個々に応じた空間作りを工夫している。好きな時に好きな場所で過ごせる様支援している。		
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	自宅で使用していた物を持って頂いている。(家具やアルバム等)家族の写真や行事で撮影した写真を居室に貼飾り、居心地の良い空間作りに配慮している。	自宅で馴染んだダンスやテレビ等があり、写真を飾ったり、観葉植物を置いたり、利用者それぞれの個性的な居室となっている。居室入り口には木製の表札が掛けられている。日々の掃除は、居室担当職員と利用者が協力して行っている。	
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	入居者の出来る事を会議やミーティングで確認し状態把握に努めている。トイレの表示やお風呂場ののれん各居室の表札を入居者の見えやすい高さに調整するなど工夫している。また、車椅子を自操したり、歩行の妨げにならないよう通路には物を置かない様安全面にも配慮している。		

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	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	令和元年9月3日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2019年10月4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)】

職員は理念である「安全自由笑顔のある豊かな暮らし」に基づき入居者の状態に合わせ行動指針を毎年策定し、関りを持っている。認知症になっても地域の一員として生活できるように、日中は施設せず自由に外に散歩に行っている。地域の方に行事に参加して頂いたり、地域の清掃活動や行事に入居者も参加している。職員は「入居者主体」で入居者が自己決定、自己選択し生活が行えるよう関りを持ち支援をしている。また、仙台往診クリニックと連携しているため、入居者は24時間365日いつでも医療的サポートを受けられ、看取りまで支援している。また、職員は宮城県認知症介護指導者研修を修了している管理者の勉強会を自分の都合に合わせて受けられる。外部研修は自分で参加したい研修に進んで参加している。また、法人として資格取得の為の学費補助の支援も行っており、スキルアップや意欲を持って仕事ができる環境を整えている。共用デイサービスやショートステイも受け入れている。

【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)】

緑豊かな多賀城総社宮近くに位置し、地域住民との交流が日常的に行われ、避難訓練には、近隣住民が参加する等、町内の一員の事業所となっている。利用者が「安全自由笑顔のある豊かな暮らし」を送れるよう、丁寧な意向確認により介護計画が作成され、のびのびと穏やかに生活している。職員は理念や行動指針の実践を目指し、利用者の思いに寄り添うケアに努めている。毎月、防災に係る訓練や研修を行い、防犯訓練も実施している。法人内に職員による職場環境改善委員会が設置されており、職員の希望等を把握し職場環境改善について積極的に取り組んでいる。平成29年から共用型デイサービスを運営し、事業所として地域公開講座を開催したり、行政主催の認知症カフェや認知症サポーター養成講座等の企画や講座の運営、講師を引き受ける等、連携している。住民が認知症の理解を深め、認知症になっても地域の一員として暮らせるまちづくりを目指している。

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 利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 GH「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
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	毎年職員で理念を構築し、自分が入居者だったらどのような生活を送りたいのか、を職員間で話し合う機会を持っている。また、構築した理念を毎朝唱和し理念に添ったケアを提供している。	「安全、自由、笑顔のある豊かな暮らし」という理念のもと、毎年利用者の状態を踏まえ行動指針を作っている。指針は家族や地域との繋がりがりや、職員のマナー等、あるべき姿を分かりやすく示している。職員は、利用者が自由にトキメキを感じられる事業所を目指し、毎朝ミーティングで唱和する等、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	地域の行事や地域清掃に入居者も一緒に参加し地域の方々や顔見知りの関係を築いている。また、納涼会などの行事にも参加していただいている。お近くの方が気軽に見学に来られたり介護の相談をしていくこともある。	散歩時には地域住民からの声掛けがあり、町内会の清掃時には利用者も参加し、町内の一住民として生活している。地域行事へ参加し、事業所の行事には住民の参加がある。事業所として、地域公開講座を開催する等、地域との関わりを大切に活動している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	定期的に地域公開講座を行い、地域の方が参加し、認知症予防等の勉強会を行っている。また、行政からの依頼や事業所主催で地域の方向けの認知症サポーター養成講座を実施したり、認知症に対する理解を深めて頂けるようにしている。		
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	入居者の状況報告や行事、防災報告等を行い、地域の方や行政の方にご意見を頂いている。また最近では、日常の様子を知りたい、という意見を頂き今後の運営推進会議の内容等の検討も行っている。	隔月、市職員、区長、民生委員、地域包括職員、社協職員、家族代表、時に利用者が参加し開催している。事業報告や災害対策等を議題とし、避難訓練を地域に知らせる拡声器の設置や、のぼりを立てる等の提案があり実践している。	
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に取り組んでいる	行政からの依頼で管理者が認知症サポーター養成講座の講師を行い、地域住民の認知症ケア普及活動に協力している。また、多賀城市新田地区での認知症カフェに参加し、家族介護の相談窓口対応も行っている。ご家族のいない方には、毎月入居者の報告を多賀城市の生活支援課に行っている。	多賀城市の介護支援ボランティア研修の受け入れ、認知症カフェへの参加や認知症サポーター養成講座の講師を引き受ける等、市と協力して認知症ケアの普及活動をしている。日頃より運営推進会議に市職員が参加し、顔の見える関係を築いている。	
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	勉強会で高齢者虐待防止法の理解を行い理解に努めている。また、身体拘束について話し合いを持ち、職員間でお互い声をかけあい身体拘束をしないケアを実践している。入居者は自由に過ごせるよう玄関の鍵は施錠していない。	身体拘束適正化検討委員会で、不適切ケアがないか確認し、職員自らの気づきを改善に繋げている。本人の選択を促す声掛け、一人ひとり状況に合わせた声掛け方法等、話し合っている。外出時には職員が同行し、見守りを行い、利用者の安全にも配慮している。	
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	3ヶ月に1度身体拘束適正化検討委員会を開催し、不適切ケアを見逃さない職員間のチームづくりを行なっている。高齢者虐待の要因に成りうる不適切ケアの防止に努めている。		

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	勉強会や外部研修等で学ぶ機会を持っている。また、入居者にはご家族が後見人として成年後見制度を活用している方もいる。身寄りのない方もおり、行政に報告や相談をして対応している。		
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	入居の際にご理解頂けるまで説明を行い契約を行なっている。また、入居後もこまめに連絡をとり、不安や疑問等を伺い説明しご理解、納得をして頂いている。		
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	玄関に意見箱を設置している。また、年1回ご家族へサービス満足度調査のアンケートを無記名で実施している。ご家族の面会や電話連絡の際には日々の様子を報告し出来る限りお話を伺うようにしている。また、家族会を年に2回行い、運営に対する意見や要望を伺い、不参加の方には報告書を送付している。	家族会を年2回開催し、内1回は満足度調査を行い、要望・意見を把握している。家族の訪問時や日常的にも相談を受け、都度対応している。居室のドアが開けにくい箇所、エアコンの設定温度について等、要望を改善に繋げている。利用者や家族の思いは、職員間で情報共有している。	
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	法人で職場環境改善委員会を設置し、各事業所より意見や要望、提案を話し合う場を設けている。職員の意見から、会議や勉強会の開始時間などを早めたり、外出時の食事代の補助等の支援がある。	法人内に、職員による職場環境改善委員会を設置し、職員の意見・要望、提案等を受け検討している。会議時間の変更や記録等の時間の短縮、申し送りや情報の共有手段にタブレットを導入する等、改善に繋げている。	
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2回面談を行い、職員の実績等を評価する人事考課を行っている。法人で資格手当や夜勤手当等の見直しがあり、手当が増額になっている。また、職場環境委員会で話し合いをし、職場環境、条件の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	内部研修や、外部研修に行く機会を多く持ち、資格を取得できるよう支援している。職員の都合に合わせて勉強会の開催を行っており、8月は同じテーマで4回行った。		
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	宮城県認知症グループホーム協議会のブロック集会や研修会、実践報告会に参加し、顔の見える関係作りをしている。また、他事業所で研修をさせて頂くなど交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前の実態調査から本人へ事業所の説明を行ったり見学をして頂き、不安が少しでも解消するように努めている。また、入居後もお話を伺い、安心して生活出来るように環境づくりを行なっている。		
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	入居前の実態調査から、事業所の取り組み等をお伝えして、少しでも不安を解消して頂けるように懇切丁寧な説明を心がけている。また入居後もご本人の望む生活ができるようご家族へこまめな報告を行いながら、意見を伺うようにしている。		
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	入居前の実態調査から本人や家族の意向を聞き、必要に応じて行政や地域包括支援センターと連携をしている。また、家族や地域の方との関係を継続できるよう努めている。		
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	職員は共に生活しているリビングパートナーとして、信頼関係の構築に努めている。一緒に日常を過ごしているなかで人生の先輩として料理等を逆にご指導をいただく事もある。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族とこまめに連絡をとっている。体調不良時だけでなく普段の様子を報告している。毎月居室担当者が手紙でも近況や様子を伝えている。行事の際はご家族にもお声掛けし参加して頂いている。		
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	入居者の行きたい場所へほぼ毎日買い物やドライブに出掛け馴染みの場所や行きたい場所へ行っている。また、家族と自由に出掛けたり、友人が訪ねて来る事もある。あやめ園見学など、地域との関係が途切れないような支援を心掛けている。	自宅への外泊、地域サロンへの参加、仙台に住む息子のところへ月に1回職員が同行し訪問する等、築いてきた関係が途切れない支援に努めている。総社宮の祭りやどんと祭等、地域行事に積極的に参加し、友人や知人との再会を楽しんでいる。	
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	無理にこちらから手を出さず、できることはまず見守りを行なっている。初期の段階では必要に応じて個々に馴染みの関係性を構築するためにカップリングという手法を用いたり、職員が上手く間に入り関係性を築けるよう努めている。		

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。直近で相談を受けた事例はないが、契約が終了してからも現状を報告して下さったり、相談や支援に努めている。		
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	日常の会話や表情、仕草を読み取り気付けるように努めている。カンファレンスやミーティングなどを利用し状態に変化が見られた場合情報共有し課題検討してケアプランに反映し、その方が望む生活が送れるよう配慮している。	入居時に、生活歴や意向を聞き取り、本人の「したい生活」を把握し、支援に繋げている。認知症アセスメントツール(ひもときシート)を利用し、職員間で利用者の意向の確認や課題検討を行い、『望む生活』の実現ができるよう努めている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	その方の歩んできた歴史や、暮らし方を本人または家族から聞き取りを行い、なるべくその生活が送れるように支援している。また入居した事による環境の変化での影響の軽減に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	一人ひとりが自由にゆったり不安なく過ごせるようケース記録や申し送り、日誌などで情報共有している。カンファレンスで一人ひとりの出来る事や心身の状態を職員間で共有し、日々のケアの中での現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月の会議やカンファレンス、ミーティングにおいて一人ひとりの現状の把握とケアの見直しを行うようにしている。その会議をサービス担当者会議と位置づけて、必要に応じて課題分析を行い、介護計画の変更を行っている。	概ね6ヶ月に1回、介護計画の見直しを行っている。職員、看護師、往診医、必要時には栄養士や言語聴覚士等からも意見を聞いている。一人ひとりの状態を見ながら、介護計画を説明したり意見を聞き、本人のしたい暮らし方が反映されているかを確認している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の気付きや変化などミーティングや申し送りノートなどで情報共有し実践や介護計画の見直しに活かしている。毎日の介護記録で様子や気付いたことをケース記録に入力し、職員間に周知している。		
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	歯科医師や衛生士、言語聴覚士によるリハビリを受けている入居者がいる。また、共用型デイサービスやショートステイで地域から利用者を受け入れている。福祉避難所としても指定を受けている。		

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
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近隣の商店で買い物をしたり地域の行事に参加するなどして、地域の中で安心して暮らせるように支援している。選挙に行ったり、近隣の神社のお祭りに参加したりお花見を行う等地域に根ざし生活を楽しんでいる。		
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	ほぼ全ての入居者は24時間体制の仙台往診クリニックを主治医にしており、月に2回の往診を受けている。状態により週4回往診を受けている。また必要に応じてかかりつけ医に相談を行いながら適切な医療を受けられるよう努めている。	往診医がかかりつけ医で、月2回訪問診療を受診し、必要時には往診も依頼している。他科受診時には、家族か職員が同行し、双方で報告を行い、情報共有している。訪問歯科を利用等、本人・家族の意向に応じて対応している。	
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	毎日バイタルサインを測定し、特変があれば看護師、医療機関と連携をとり相談、アドバイスをいただいている。また、必要に応じて往診や医療機関の受診を行なっている。		
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。	入院中から、医療機関の各関係者と連絡を取り合い、本人と家族が安心して治療を受けられるように支援している。退院時は退院調整会議などで状況を確認し、職員間で情報共有による関わり方の統一を心掛けている。		
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	入居時に重度化した場合や終末期についての意向を確認し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ている。また、入居後も終末期に対する意向が変わった場合は、主治医へ報告を行い連携を行っている。また、勉強会で職員に重度化や終末期ケアの在り方など知識の向上に努めている。	設立時から看取りについて意識し、体制づくりやリフト浴導入を行っている。往診医、看護師、介護職員が連携し、家族の協力も得て、悔いのない終末期を迎えられるよう支援している。看護師を中心に、利用者一人ひとりの意向を確認し、職員の不安解消にも努め、日々の研修を重ねている。	
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の操作を事業所で講習を受けている。定期的に緊急連絡網の訓練、天災時の訓練に努めている。急変時や事故発生時には、仙台往診クリニックに報告し、指示を受けている。		
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	福祉避難所として年1回程行政と一緒に総合防災訓練を行っている。また、毎月何かしらの防災訓練を行い、全職員が交代で避難訓練を行っている。地域へは訓練時に文書を出して参加依頼を行っている。	毎月テーマを決め、夜間想定避難訓練や警察署との防犯訓練を実施し、多賀城市総合防災訓練参加等の訓練を実施している。拡声器でのアナウンスや、のぼりを立てて訓練を周知し住民が参加しやすい工夫をしている。平成27年に太陽光発電機を設置し、停電時への備えもある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりのプライバシーに配慮し、声掛けや対応をするように努めている。居室に入る時は必ずノックをする。割り込み話はしない。後ろからの声掛けはせず、目線を合わせて声掛けをするなどを心掛けている。	常に目上の人であり人生の先輩との意識を持ち接するよう、接遇の研修を行っている。居室には内鍵もある。一人ひとりの生活のペースを大事にし、無理強いしない対応を心掛けている。	
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	日々の関わりから、入居者の表情の変化や仕草に気付きを持ち自己決定を促す努力をしている。また、自分で決定する事が難しい方は、閉じた質問や開かれた質問等を活用して関わりを行なっている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日の流れに囚われず、本人のペースで生活をしていただいている。漬物作りや干し柿作り等希望に合わせた対応を行なっている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	自立している入居者であっても、毎日同じ洋服にならないように声掛けしたりお手伝いしている。季節に合った身だしなみになるよう心掛けている。また定期的に訪問カットを利用している。		
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回の選択メニューを活用し食べたい物を自分で買い物に行き選んでいる。毎日の食事では、一人ひとりの好みに合わせて対応している。週2回の希望メニューでは、食事の準備や調理、後片付けをして頂いている。	献立は、法人の管理栄養士が提案しているが、内週2回は利用者の希望を取り入れた献立を作り、買い物から調理まで皆で行っている。外食を楽しむ時もある。調理をする、配膳をする、後片付けをする等、それぞれの利用者の残存能力に合わせ役割を担い行っている。	
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	法人の管理栄養士が作成したメニューを提供している。食事水分量は、記録に残し把握している。また食事形態、好き嫌いを把握しその人に合った食を提供できている。		
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	ほぼ全ての入居者が歯科医師による訪問指導や歯科衛生士による口腔ケアを行なっている。また、職員へその方法等も指導を受けている。入居者は起床時、就寝時には口腔ケアを行っている。		

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
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	排泄の記録により情報を把握し一人ひとりに合わせた支援を行っている。本人のシグナルに合わせてトイレ誘導したり声掛けをしながら、失敗を減らして生活できるように支援している。	利用者の排泄パターンやシグナルを把握し、トイレで排泄ができるよう、誘導等の支援を行う。排泄用品も状態に合わせて検討している。布パンツで生活できる人も多い。排泄介助はさりげなく行っている。お米にもち麦を混ぜたり、オリーブオイルの利用、乳製品をとる等、便秘予防にも心掛けている。	
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	法人内の管理栄養士が献立を作成している。また、オリーブオイルやもち麦を取り入れたり、毎朝の食事の時に乳製品を提供している。積極的な運動などは行っていないが、生活の中で散歩をする等、運動により便秘の予防に取り組んでいる。		
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	入居者のペースに合わせた声掛けをし、時間を決めずに入浴を行っている。入浴剤を入れたり、本人が自分で選んだシャンプー等を使用している方もいる。毎日入浴する方、寝る前の入浴にも柔軟に対応している。	入浴したい時間に入浴ができるよう支援し、毎日入浴を楽しむ人もいる。リフト浴を導入し、重度化しても入浴ができるよう支援体制も整えている。季節に合わせ、ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を取り入れて楽しんでいる。職員は利用者と一緒にゆっくり話せる機会と捉え、思いを聴いている。	
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	日中お天気の良い日は外気欲などで日光を浴び生活のメリハリをつけるようにしている。夕方からは静かな環境を作り、適切な休息がとれるように支援している。また、入居者の居室に限らず、和室やソファで休むなど、その時の状態に合わせて対応している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬時にはトリプルチェックを行い、飲み込むまでの確認を徹底している。臨時薬服用時は看護師から留意事項等の申し送りがある。変わりがある時は主治医へ報告し、指示を頂いている。		
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	台所仕事や掃除、洗濯等それぞれに役割を持っている。買い物やドライブ、外食、たばこなど気分転換が図れるよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	その日の気分で買い物やドライブ、散歩等、入居者の希望に沿って外出している。また、入居者の希望で日帰り温泉に行ったり、いちご狩りを行事に組み込んでいる。お花見や納涼会など家族や地域の方と一緒に参加できる行事を企画し行っている。	併設している共用デイサービスの送迎時に一緒にドライブに出掛けたり、総社宮まで散歩に行っている。松島の温泉や仙台市の園芸センター等、利用者の希望を聞きながら日々の外出支援を行っている。近隣の散歩時には、近隣住民との交流もある。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	一緒になじみの銀行に行き、お金を引き出し自己管理している方もいる。また、事務所でお小遣いをお預かりしているが、買い物時には自分で支払いをしたり、残金を考え買い物をする等その方に合わせた支援を行っている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望時には事業所内の電話を使用し、家族と連絡をとっている。手紙は希望時に本人と一緒に郵送している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節ごとの壁面装飾や中庭に植えている草花や野菜などで季節を感じて頂ける工夫をしている。また、不快や混乱がないよう状況やひとり一人に合わせ声のトーン等も意識している。意図的に外気を入れたり、カーテンを開け閉めするなど環境を整備している。	中庭を挟み、各ユニットのリビングが向かい合っている。廊下や玄関は広々とし、所どころにソファが置かれ、どこでもくつろげるよう工夫している。リビングは明るく、温・湿度は職員が管理している。利用者はユニット間を自由に行き来し交流を楽しむことができる。	
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	ソファや食卓など好きな場所で自由に過ごして頂いている。和室や脱衣所前のソファなど一人になれる空間もある。また、ユニットを行き来することも自由にでき、仲の良い方と過ごされている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に使い慣れた馴染みの物を持ち込んで頂き、本人や家族と居室の配置を考えている。また、家族の写真などを飾り、安心して暮らして頂けるよう配慮している。	自宅で馴染んだタンスやテレビ等があり、写真を飾ったり、観葉植物を置いたり、利用者それぞれの個性的な居室となっている。居室入り口には木製の表札が掛けられている。日々の掃除は、居室担当職員と利用者が協力して行っている。	
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	入居者ひとり一人のの出来ることの確認をし状態把握に努めている。また、トイレの表示や各居室には表札を出して入居者がわかるように配慮している。また、通路には物を置かず安全に歩行できるように環境を整えている。		