

# 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(東乃家)		
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30年8月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

## 【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	平成30年10月12日		

## 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

グループホーム東乃家の理念『のんびり楽しく 笑顔あふれる 明るい家族 みんなでつくる地域の輪』を実践し入居者一人一人に合わせた生活支援をおこない安らぎと安心のある暮らしが出来る様に取り組んでいます。

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは東北福祉大学のキャンパスに隣接した敷地にある、3ユニットの独立した平屋で、敷地内には同法人の特別養護老人ホームせんだんの里がある。2001年に開設され、法人の理念である「利用者主体の原則」のもと、利用者は、それぞれのペースや意向が尊重され、我が家での暮らしを継続できるよう支援している。家族へのきめ細やかな説明・報告により、家族からの信頼度が高い。職員は、認知症の理解やケアの質の向上を常に意識し、毎年外部評価の目標を定めている。災害対策は法人全体で検討されており、毎月の避難訓練やせんだんの里全体での防災訓練、緊急時の応援体制の整備がされている。認知症カフェや、介護教室の開催、ボランティアの受け入れ、地域の行事への参加などを通し、近隣との関係づくりに努めている。職員は、計画的な研修や自己評価、面談などが実施されており、高い職業意識を持ち、利用者の自立支援に資するよう努めている。

## 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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果（事業所名 **せんだんの里GH**）「ユニット名 **東乃家**」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念をもとに、グループホーム毎の理念をあげ、管理者・職員全員で共有し理念の実践に取り組んでいる。	毎年年度初めに、各ユニット理念の振り返りと見直しを行っている。その人らしさや、一人ひとりの思いをくみ取り、実現することができるようケアプランに位置づけている。また、職員全員で理念の実践ができるよう取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の方との日常的な関わりは少ないが美容院の方との顔馴染みの関係が出来たり行事を通して地域の方との繋がりは出来つつある。ボランティアグループの「食事会」等にも参加し交流を深めている。	大学も含め広大な敷地内に立地しているため日常的に近隣住民と触れ合うことは少ないが、ボランティアの受け入れや町内会行事への参加、認知症カフェの開催など、積極的に交流をしている。敷地内を学生が往来し、挨拶を交わす関係もできている。	
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カフェを開催し介護や認知症についての支援方法等の情報を提供している。また、毎月、せんだんの里だよりを発行し地域へ情報発信を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月毎に地域密着運営推進会議を開催しグループホームの運営状況を報告し、意見を伺うことでサービスの向上に活かしている。	奇数月に複数の町内会役員、民生委員、家族、地域包括職員が参加し、ホームの取り組みなどを報告したり、意見交換している。町内会役員の要望で、消防署員も参加したホームの避難訓練に、町内で行う避難訓練の参考にするために地域住民が参加した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時には担当者の見解を確認し協力関係を築くよう取り組んでいる。	事故の報告や再発防止などの取り組み、外部評価の結果や目標を報告し、協力関係を築いている。日常的には地域包括支援センターと連携し、情報交換を行っている。	
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	日頃から身体拘束しないケア委員会を中心に身体拘束しないケアに取り組んでいるが、やむを得ず身体の拘束が必要な方に対しては、身体拘束の状況を毎日記録し拘束をしないケア委員会で身体拘束の必要性を話し合っている。	委員会を中心に内部研修会を開催し、日々のケアを振り返り、課題を検討しながらケア方法の見直しを行い、身体拘束をしないよう取り組んでいる。虐待防止を昨年のホームの評価目標にし、3ヶ月ごとに自己点検チェックシートを作成し、ケアの研鑽に努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止について勉強会に参加し資料を通して理解を深めたり、高齢者虐待防止自己点検チェックシートを活用している。また、高齢者虐待防止ユニット担当者を配置しリーダーと担当者で毎月確認し合い防止に努めている。		

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	現在、制度を利用されている方はいないが研修参加や利用を希望される際は、関係機関へつなげる体制はある。		
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	契約前後に説明の時間を設け丁寧に説明を行う様にしている。また、改定等の際は説明会の開催や書面での説明等を行いご家族の質問等を伺いご理解頂ける様、対応している。		
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	日々の関わり、来訪時の関わりの中で入居者・家族の意見を傾聴している。また、申し送りや記録を共有し会議で話し合い運営に反映させている。いつでも意見を頂ける様、玄関に意見用紙を設置している。	家族会を年1回開催している。日常的に来訪する家族が多く、要望や意見を聞く機会になっている。家族からの情報で、利用者がホームの備品で混乱していることがわかり、設えを見直し、改善できた。	
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	毎月、グループホーム運営会議にて職員の意見、提案等を出し合い検討を行っている。	運営会議やユニット会議で、職員の意見や提案を検討している。年3回、職員面談を行い、自己評価や目標の振り返りを行っている。今年度より看護職員が配置され、助言を受け、健康管理や感染症予防のための備品を整備した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	給与、昇給に関してはキャリアパス制度を導入し自己評価の提出等により個々の努力、実績、勤務状態を把握している。		
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内部、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(研修開催・勤務調整)を行なっている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	宮城県グループホーム協議会に加入し職員研修会、講演会への参加や他事業所との交換研修を行い意見・情報交換を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居される前に実態調査を行いご本人からも話を聞く機会を設けている。また、それらをケアプランに反映させ、入居後もその時々ニーズに合わせて支援している。		
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	入居される前に実態調査を行ない家族からも話を聞く機会を設け、それらをケアプランに反映させている。また、常に話しやすい雰囲気作りを行ない信頼関係の構築に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人や家族の意見を大切にし、その時のニーズに対して柔軟に対応できるように支援している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員が一方向的に何かを決定することなく共に考え相談しながら生活を共にしている。ご本人の意思表示が困難な時は家族に働きかけている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時にはご本人の様子を伝え情報を共有している。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	出来る限り今までの過ごしてきた場所(自宅や馴染みの場所)に行く機会を作ったり知り合いの方に会ったりするように努めている。	毎年、家族と馴染みの旅館に泊まりに行けるよう支援し、ミキサー食でも対応してくれる関係づくりに繋がった。遠方の家族には「せんだんの里便り」を送付し近況を知らせるなど、個々の状況や意向を汲み取り、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士で会話をしたり何かをする事が困難な場合は必要に応じて職員が間に入る事で入居者間の関係を支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスが終了しても気軽に訪問や相談して頂けるように声を掛けている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日頃から、ご本人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め記録し情報を共有している。また、毎月カンファレンスを行ない生活の質の向上に努めている。	生活歴などの情報を、初回アセスメントから継続して収集している。日々の生活の中での本人の言葉や表情から意向をくみ取っている。また、毎月のカンファレンスの時に職員間で情報共有し、検討を積み重ね、支援に繋げている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境などをご本人、家族に聞き把握し情報の共有を行っている。		
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	日頃の申し送り、記録、連絡ノートの活用や毎月カンファレンスを開催し、一人ひとりの現状把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人、家族、各関係機関と連携し話し合いながら3ヶ月ごとに介護計画を作成している。緊急の問題、状態の変化が生じた場合は、その都度、関係者が集まり検討して介護計画を作成している。	毎月モニタリングを行い、家族や本人の意向を確認し、3ヶ月ごとにカンファレンスを行っている。マッサージ師などの専門職からも意見を聞き、介護計画を作成している。家族への説明がしっかりなされ、家族の介護計画への理解度が高い。	
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	日頃の生活を個別に記録し職員間で情報を共有しながら実践している。毎月、カンファレンスをおこな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	ご本人や家族の状況、要望に応じて柔軟に対応し支援して行くように努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のボランティア団体が主催する会への参加や文化祭等に参加し地域の方々との情報交換や交流を図っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居者一人ひとりがその時々体調に応じた適切な医療を受けられるように家族と相談しながら、かかりつけ医の受診支援をしている。	入居時にかかりつけ医について相談し、本人の希望で決めている。24時間対応の往診医を、かかりつけ医にする利用者が多い。往診医の場合は月2回訪問診療を受診している。訪問看護師が週1回来訪し、健康管理を行っている。他科受診の際は、家族あるいは職員が同行し、受診情報を共有している。	
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	契約の訪問看護事業所の看護師の定期的訪問や緊急時の報告等で適切な看護が受けられるように支援している。また、自事業所の看護職員へも常時入居者の状態を報告し、指示を仰いでいる。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入居者が入院した場合は「サマリー」等で情報を医療機関に提供している。また、入院中は面会し状態の把握に努め退院後も安心して生活出来る様に支援に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	入居時に看取りに関する説明を行い、同意を得ている。看取りは、かかりつけ医が本人や家族、職員に説明し、医療・家族・介護者が情報を共有しながら終末ケアに当たる。職員は内部研修や振り返りで気持ちを整理し、常に後悔しないよう、本人や家族の気持ちに寄り添って支援を行っている。	
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はマニュアルに沿って対応出来る様に定期的な振り返りをしている。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	防災訓練は年に1回、火災訓練は毎月実施し、地域の方にも参加して頂いている。また、ユニットに防災担当を配置しマニュアルの見直しを行なっている。	防災訓練は年1回、火災避難訓練は毎月実施している。近隣の町内会や学生寮からの参加もある。「停電の日」や1週間非常食の献立で生活する日を設け、日頃から非常時を想定した取り組みを行っている。防災担当職員が課題の検討を行い、防災意識を高める努力をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの人格を尊重しプライバシーを損ねないような対応に努めている。	利用者一人ひとりを知り、その人の思いや生活のペースを尊重して支援を行っている。利用者ごとの声のトーンや声掛けのタイミングなど、職員同士でお互いの気づきを共有し、その人らしい誇りがもてる支援に心掛けている。	
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	認知症の進行によりその時々希望が上手に表出できないこともある為、本人の希望や思いを傾聴し自己決定や希望が表出できるよう支援します。		
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	一人ひとりの暮らしのペースを大切に一人ひとりに合わせた生活支援を行っている。充実した暮らしが出来る様に生活支援に努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	2ヶ月に1回程度は理容、美容院に来て頂き、その人らしい身だしなみが出来る様に支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しむことが出来る様に会話を交え自身の茶碗やお箸を使って食事をしている。盛り付けや、後片付けを一緒に行なっている。また、ユニットに食事担当を配置し楽しみや一人ひとりに合わせた食事支援を行なっている。	ユニットごとにメニューを作り、食事を提供している。利用者は、テーブル拭きや食器拭きなど、できることを行っている。職員も一緒にテーブルを囲み、利用者は各々のペースで食事を楽しんでいる。法人の管理栄養士が献立チェックを行い、栄養や食事形態のアドバイスをしている。	
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	年2回、併設されている特養の管理栄養士からアドバイスを貰い、栄養バランスを考えた献立作りに活かしている。水分摂取量はチェック表を活用し十分な水分が摂れるように支援している。また、ゼリーを提供し水分を摂って頂けるように支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	一人ひとりの口腔状態に合わせ、口腔ケアを行っている。また、月1回以上、施設の歯科衛生士から口腔ケアをしてもらい、その都度アドバイスを受けている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを知る為、時間と排泄状況を記録し一人ひとりに合わせた排泄支援を行なっている。	排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声掛けやトイレ誘導を行っている。声掛けで、リハパンツから布パンツに代わった利用者もいる。利用者の状態を把握し、水分量や食材を見直したり、必要時は主治医や看護師と相談し服薬の調整を行い、便秘の解消に努めている。	
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取り入れた献立、十分な水分の提供、一人ひとりに合わせた運動を行ない便秘予防に努めている。また、個々に合わせた排便コントロールが出来るよう、看護職員や訪問看護師へ下剤の調整についても相談をしている。		
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	入浴実施表を活用し一人ひとりに合わせた入浴支援に努めている。	週2回を基本に入浴支援を行っている。本人の意向に合わせ、時間などは柔軟に対応している。入浴剤などを利用し、気持ちよく入浴できる工夫をしている。体調により、シャワー浴や清拭に切り替えたり、機械浴を利用することもある。	
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	日々の生活で一人ひとりの生活リズム、身体状況、体調に合わせた休息支援を行なっている。		
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	薬品管理ファイルを活用し一人ひとりの服薬状況を把握、共有している。また、医療機関と連携し服薬支援と症状の変化確認に努めている。		
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	一人ひとりの出来る力を活かし食器拭き、洗濯物たたみ、裁縫、盛り付け等をして頂いている。また、一人ひとりに合わせた楽しみを取り入れ気分転換に努めている。		
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支援している	入居者に合わせた外出、買い物、周辺の散歩等に出掛けている。また、家族と協力して散歩や外出の機会を設けている。	年間の行事計画を作成し、外出できる機会を作っている。家族との外出や、散歩、買い物など、利用者の希望を確認し、支援している。利用者の高齢化や重度化もあり、遠方への外出ができなくなってきており、今年の夏は「夕涼み会」をホームの庭で開催し、西瓜割りや花火を楽しんだ。	

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	一人ひとりの力に応じて金銭の所持、買い物 の支援を行なっている。		
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	家族等と電話や手紙のやり取りができる様に 支援を行なっている。		
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	花、装飾で季節感のある環境作りを行なっている。また、色合いや馴染みの家具などを取り入れ居心地良く過ごして頂けるように支援している。	天窓から光が入り、明るく温かい。温・湿度は1日3回職員が確認し、調整している。床はすべりにくい材質である。利用者の状態や気持ち、動線等に配慮し、テーブルや椅子、ソファが配置されている。ベランダには干し柿がつるされ、季節感が感じられる。	
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	共有空間に食堂、ソファースペースを作り、一人ひとりに合せた過ごし方が出来る様に支援している。		
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	ご本人、家族と相談しながら馴染みの物や使い慣れた物を使用し居心地良く過ごして頂けるように工夫している。	各部屋の入り口には、表札と利用者が作った創作物が飾られ、その人らしさがわかるようになっている。馴染みの家具や仏壇などが置かれ、家族の写真や手紙、誕生会の色紙などが飾られている。窓からは外の街路樹が眺められ、居心地良く過ごせるよう環境を整えている。	
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	ご本人、家族と相談しながら馴染みの物や使い慣れた物を使用し居心地良く過ごして頂けるように工夫している。		

# 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	0475101002		
法人名	社会福祉法人東北福祉会		
事業所名	せんだんの里グループホーム(中乃家)		
所在地	仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1		
自己評価作成日	平成30年8月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

## 【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	平成30年10月12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)】

・ご利用者一人ひとりの「その人らしさ」を大切にし、和やかに安心して過ごして頂けるように支援しています。  
 ・ご利用者との共同生活、共同作業に努め、食事の盛り付けや洗濯物干し等ちょっとした作業でも一緒に行なっています。また、ご利用者の興味や関心に合わせてプランターで野菜や草花を育てています。  
 ・2~3ヶ月に1度、ご家族へのおたよりを発行しています。ご利用者お一人お一人の写真や、参加した活動などを書いて、ご家族へ普段の生活の様子をお伝えできるようにしています。

## 【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)】

ホームは東北福祉大学のキャンパスに隣接した敷地にある、3ユニットの独立した平屋で、敷地内には同法人の特別養護老人ホームせんだんの里がある。2001年に開設され、法人の理念である「利用者主体の原則」のもと、利用者は、それぞれのペースや意向が尊重され、我が家での暮らしを継続できるよう支援している。家族へのきめ細やかな説明・報告により、家族からの信頼度が高い。職員は、認知症の理解やケアの質の向上を常に意識し、毎年外部評価の目標を定めている。災害対策は法人全体で検討されており、毎月の避難訓練やせんだんの里全体での防災訓練、緊急時の応援体制の整備がされている。認知症カフェや、介護教室の開催、ボランティアの受け入れ、地域の行事への参加などを通し、近隣との関係づくりに努めている。職員は、計画的な研修や自己評価、面談などが実施されており、高い職業意識を持ち、利用者の自立支援に資するよう努めている。

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

自己評価および外部評価結果（事業所名 **せんだんの里GH**）「ユニット名 **中乃家**」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念をもとに、ユニット独自の理念を掲げている。管理者・職員全員で共有して、ユニット内の目に付きやすい場所へ掲示する事で、意識して取り組んでいる。	毎年年度初めに、各ユニット理念の振り返りと見直しを行っている。その人らしさや、一人ひとりの思いをくみ取り、実現することができるようケアプランに位置づけている。また、職員全員で理念の実践ができるよう取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	広い施設敷地内の為、地域住民との日常的な関わりは少ないが、地域の祭りや文化祭、ボランティアサークルの行事、ふれあいお食事会などにはご利用者と一緒に参加をして地域との繋がりを持てるようにしている	大学も含め広大な敷地内に立地しているため日常的に近隣住民と触れ合うことは少ないが、ボランティアの受け入れや町内会行事への参加、認知症カフェの開催など、積極的に交流をしている。敷地内を学生が往来し、挨拶を交わす関係もできている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症や介護への理解を深めて頂けるように認知症カフェや、施設見学会を企画している。他、毎月、せんだんの里だよりを発行し、情報発信を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月ごとに地域密着運営推進会議を開催して、推進委員の方々にグループホームでの取り組みを報告し意見を頂いている。7月は消防署の職員も同席してもらい中乃家で消防訓練の様子を見てもらいました。	奇数月に複数の町内会役員、民生委員、家族、地域包括職員が参加し、ホームの取り組みなどを報告したり、意見交換している。町内会役員の要望で、消防署員も参加したホームの避難訓練に、町内で行う避難訓練の参考にするために地域住民が参加した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時には担当者の見解を確認し協力体制を築くように取り組んでいる。	事故の報告や再発防止などの取り組み、外部評価の結果や目標を報告し、協力関係を築いている。日常的には地域包括支援センターと連携し、情報交換を行っている。	
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	身体拘束しないケア委員会を中心に内部研修を開催して、職員全員が身体拘束しないケアへの理解を深められるように取り組みを行っている。日中は玄関の施錠はせず、自由に行き来が出来るようにしている。	委員会を中心に内部研修会を開催し、日々のケアを振り返り、課題を検討しながらケア方法の見直しを行い、身体拘束をしないように取り組んでいる。虐待防止を昨年のホームの評価目標にし、3ヶ月ごとに自己点検チェックシートを作成し、ケアの研鑽に努めている。	
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	高齢者虐待防止の研修に参加して資料を通し職員一人一人が正しく理解出来るように学んでいる。高齢者虐待チェックシートを活用した取り組みを行いユニット会議等で定期的に振り返りや見直しをしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	研修へ参加し、制度関係の理解に努めている。必要時には関係機関と連携した対応が可能である。		
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	利用規約及び改定の際にはご利用者のご家族へ説明会や文書の配布を行い、理解と納得を得られるようにしている。疑問点や不安については面会時やプラン提示の際など、都度確認をさせて頂いている。		
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	意見投書箱を玄関に設置している。またプラン提示に要望、意見を伺う事で支援の見直しを行っているほか、面会時には近況の報告をして、ご家族からの意見を頂けるようにしている。	家族会を年1回開催している。日常的に来訪する家族が多く、要望や意見を聞く機会になっている。家族からの情報で、利用者がホームの備品で混乱していることがわかり、設えを見直し、改善できた。	
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	ユニット会議や、面談、日常のやり取りでユニット職員の意見や提案を聞く機会を設けている。擦り合わせを行なって、運営に反映出来るように取り組んでいる。	運営会議やユニット会議で、職員の意見や提案を検討している。年3回、職員面談を行い、自己評価や目標の振り返りを行っている。今年度より看護職員が配置され、助言を受け、健康管理や感染症予防のための備品を整備した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	キャリアパス制度を導入しており、職員それぞれの目標を把握して、面談で達成状況の確認と評価を行っている。向上心を持って働けるように、職場環境の改善に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員の能力や経験に応じ内部・外部研修への参加の機会を設けている。また資格取得の為にサポートとして勉強会も行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	宮城県グループホーム協議会へ加入し、職員研修会・講演会等への参加や、他事業所との交換研修を行ない意見交換・交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に見学に来て頂いたり、自宅や施設への訪問を行い、ご本人からお話を聞く機会を設けている。意見をケアプランに反映させることで、少しでも早く馴染んで頂けるように配慮している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の訪問等でご家族の思いや、不安、要望を聞き取る機会を設けており、安心して入居して頂けるように努めている。事前見学される際には生活イメージを持って頂けるように説明を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人、ご家族の意向をもとにニーズを抽出して柔軟な対応や支援が行えるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一人ひとりの出来る事、やりたい事、得意な事等に目を向けて、一緒に活動(食器拭き、洗濯物たたみなど)を行いながら、関係作りに取り組んでいる。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時の近況報告や、ご家族参加型の行事を実施し、連携を図りながら一緒に支援を行える関係作りをしている。また出来る範囲で、病院の受診対応や理美容、お墓参りなど外出協力をご家族へ依頼している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	親族や知り合いが面会に来られた時は、ゆっくりと過ごせるように場の提供を行っている。また、入居前に利用していた理美容室、病院やスーパーへの買い物を行なうなど関係の継続が出来るように努めている。	毎年、家族と馴染みの旅館に泊まりに行けるよう支援し、ミキサー食でも対応してくれる関係づくりに繋がった。遠方の家族には「せんだんの里便り」を送付し近況を知らせるなど、個々の状況や意向を汲み取り、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一緒に作業を行ったり、ご利用者同士での会話を楽しんで頂く場を作っており、関係作りが出来るような環境を意識して支援を行っている。		

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	サービスが終了しても気軽に足を運んで頂けるような雰囲気作りを意識し、来訪して頂けるよう声を掛けている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ご本人の過去や入居前の生活歴や、普段の関わりの中から希望や意向の把握に努め、記録に残している。カンファレンス等で情報共有をして、意向に沿ったケアが行えるように話し合いをしている。	生活歴などの情報を、初回アセスメントから継続して収集している。日々の生活の中での本人の言葉や表情から意向をくみ取っている。また、毎月のカンファレンスの時に職員間で情報共有し、検討を積み重ね、支援に繋げている。	
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	アセスメント表を使用して、入居前の生活歴や過去の生活環境等を確認している。入居後は、ご本人やご家族との会話から得た情報を職員間で共有し、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	毎日の申し送り、ケース記録、連絡ノートの活用や、毎月のカンファレンスで日々の暮らしや、心身の状態の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月モニタリングを行ない、課題とケアの確認をしている。ご本人、ご家族の意向を確認し3ヶ月ごとに介護計画を作成している。主治医と訪問看護師、看護職員から確認した指示内容の記載もしている。	毎月モニタリングを行い、家族や本人の意向を確認し、3ヶ月ごとにカンファレンスを行っている。マッサージ師などの専門職からも意見を聞き、介護計画を作成している。家族への説明がしっかりなされ、家族の介護計画への理解度が高い。	
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	日々の様子を個別に記録して、気づきや変化を職員間で共有している。毎月のカンファレンスの際、介護計画の見直しに活かしている。		
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	グループホーム内だけでは無く、併設している施設とも連携を図り、サービス提供を行っている。		

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
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	近隣地域のイベントに参加したり、地域のボランティアの方と関わりを持ちながら、日々の生活を楽しめるように支援を行っている。		
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	ご本人やご家族の希望するかかりつけ医に受診できるよう配慮している。職員が受診に同行した場合は、当日中に家族へ受診結果の連絡を行なっている。	入居時にかかりつけ医について相談し、本人の希望で決めている。24時間対応の往診医を、かかりつけ医にする利用者が多い。往診医の場合は月2回訪問診療を受診している。訪問看護師が週1回来訪し、健康管理を行っている。他科受診の際は、家族あるいは職員が同行し、受診情報を共有している。	
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	契約の訪問看護事業所の看護師の定期的訪問や緊急時の報告等で適切な看護が受けられるように支援している。また、自事業所の看護職員へも常時入居者様の状態を報告し、指示を仰いでいる。		
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。	入院時は医療機関の求める情報を「サマリー」等で提供、情報の共有をしている。面会の際や、退院前の実態調査では状態の把握に努め、退院後も継続的な支援を行なえるようにしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期における看取り指針を作成し、事業所で行なえる医療体制を含めて、ご本人やご家族に説明を行っている。意向確認と同意を得て、看取り支援を行っている。	入居時に看取りに関する説明を行い、同意を得ている。看取りは、かかりつけ医が本人や家族、職員に説明し、医療・家族・介護者が情報を共有しながら終末ケアに当たる。職員は内部研修や振り返りで気持ちを整理し、常に後悔しないよう、本人や家族の気持ちに寄り添って支援を行っている。	
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	急変時や事故発生時の為にマニュアルを作成しており、それに基づいた対応が出来るように確認をしている。新人職員を中心に救急訓練等の研修に参加をして、応急手当や初期対応について知識を学んでいる。		
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	定期的に防災訓練を行い、昼夜を問わず、入居者様を安全に避難・誘導するために必要な知識や動きを身につけられるように取り組んでいる。また、災害時の食料や物品等についても担当が中心となり確認している。	防災訓練は年1回、火災避難訓練は毎月実施している。近隣の町内会や学生寮からの参加もある。「停電の日」や1週間非常食の献立で生活する日を設け、日頃から非常時を想定した取り組みを行っている。防災担当職員が課題の検討を行い、防災意識を高める努力をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの事を知り、人格を尊重して、その方に合わせた声掛けや対応を行っている。生活面ではプライバシーを損ねる事の無いように配慮してケアを行っている。	利用者一人ひとりを知り、その人の思いや生活のペースを尊重して支援を行っている。利用者ごとの声のトーンや声掛けのタイミングなど、職員同士でお互いの気づきを共有し、その人らしい誇りがもてる支援に心掛けている。	
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	何をしたいのか、希望されているのかを、普段の関わりの中で知る事で、一人ひとりに合わせた提案を行ない自己決定できる場面を作るように取り組んでいる。		
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	体調や状態に合わせて、一人ひとりが過ごしやすいペースで生活出来るように取り組んでいる。希望や思いを伺い、実現できるよう取り組んでおり、カンファレンスなどで定期的に確認をしている。		
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回程度のペースで訪問美容室をお願いしており、散髪やパーマ・カラーなど個人の好むおしゃれが出来るように対応している。		
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	献立作りの際に食べたいもの、好んで召し上がっている物を取り入れている。食事前のテーブルセッティングをご利用者に手分けして行ってもらっている。	ユニットごとにメニューを作り、食事を提供している。利用者は、テーブル拭きや食器拭きなど、できることを行っている。職員も一緒にテーブルを囲み、利用者は各々のペースで食事を楽しんでいる。法人の管理栄養士が献立チェックを行い、栄養や食事形態のアドバイスをしている。	
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	年に2回、6月と12月に施設の管理栄養士から献立の確認をもらい、アドバイスをもらっており献立作りや、一人ひとりの状態に合わせた食事作りに活かしている。また1日の食事量、水分量を把握に努めている。		
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	月に1回以上、施設の歯科衛生士から口腔ケアをもらい、その都度アドバイスを受けている。食後は口腔ケアを促したり、夜間は義歯洗浄剤で浸け置きをして清潔保持に努めている。必要時は歯科受診・往診の対応を行なっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	排尿回数や量、時間等をチェックして、一人ひとり排泄パターンの把握に努めている。トイレ誘導、声掛けなどの支援に活かしている。	排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声掛けやトイレ誘導を行っている。声掛けで、リハパンツから布パンツに代わった利用者もいる。利用者の状態を把握し、水分量や食材を見直したり、必要時は主治医や看護師と相談し服薬の調整を行い、便秘の解消に努めている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘予防の為に水分や乳製品、繊維質の野菜が摂取できるように献立に取り入れている。個々に合わせた排便コントロールが出来るよう、看護職員や訪問看護師へ下剤の調整についても相談をしている。		
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	一人ひとりに意向の確認をしながら入浴をして頂いている。温度、入浴の仕方など、体調や希望に合わせて、気持ち良く安全に入浴を楽しんで頂けるように対応している。	週2回を基本に入浴支援を行っている。本人の意向に合わせて、時間などは柔軟に対応している。入浴剤などを利用し、気持ちよく入浴できる工夫をしている。体調により、シャワー浴や清拭に切り替えたり、機械浴を利用することもある。	
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	日中に散歩や体操など活動の機会を設けており、気持ちの良い睡眠や休息が取れるよう、生活リズムを整えている。掛け物や空調など居室の環境整備も行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬管理ファイルを作成して、処方箋や薬の効能を確認できるようにまとめている。処方変更・中止などがあつた時は主治医、薬剤師からの説明を受け、注意点などを職員が把握し経過の観察を行っている。		
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	個々の役割りや、習慣、得意や好きな事を知り、日常生活に取り入れている。家事活動以外に近くへの散歩、歌、風船バレーやクイズなどを楽しんで頂き、気分転換を図れるよう取り組んでいる。		
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	希望を確認したうえで、一人ひとりの状態に合わせた外出支援を行っている。ご家族と一緒に外食やお墓参り、また地域のイベントへ参加出来る機会を作っている。	年間の行事計画を作成し、外出できる機会を作っている。家族との外出や、散歩、買い物など、利用者の希望を確認し、支援している。利用者の高齢化や重度化もあり、遠方への外出ができなくなってきており、今年の夏は「夕涼み会」をホームの庭で開催し、西瓜割りや花火を楽しんだ。	

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	個人の能力に合わせた金銭の所持や買い物の支援を行っている。必要に応じて職員が財布を準備して、希望の買い物が出来るように対応を行っている。		
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	希望があれば電話や手紙が出来るように、ご家族にも協力を頂いて対応をしている。電話を頂いた際は取次を行ない、楽しめるように環境を整えている。		
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	季節の装飾や、花を飾って季節感を取り入れている。照明や、テレビの音、空調など配慮して気持ち良く過ごせるように対応をしている。	天窓から光が入り、明るく温かい。温・湿度は1日3回職員が確認し、調整している。床はすべりにくい材質である。利用者の状態や気持ち、動線等に配慮し、テーブルや椅子、ソファが配置されている。ベランダには干し柿がつるされ、季節感が感じられる。	
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	テーブル、ソファなどの配置を複数設けて、一人ひとりが過ごしたい場所でゆっくりと過ごせるように工夫を取り入れている。		
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	ご自宅で使用していた家具など、ご本人にとって馴染みのある物を持ち込んで頂き、居心地の良い環境作りに取り組んでいる。ご本人、ご家族と相談をしながら、必要なものを揃えるようにしている。	各部屋の入り口には、表札と利用者で作った創作物が飾られ、その人らしさがわかるようになっている。馴染みの家具や仏壇などが置かれ、家族の写真や手紙、誕生会の色紙などが飾られている。窓からは外の街路樹が眺められ、居心地良く過ごせるよう環境を整えている。	
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	日常生活の関わりの中から、一人ひとりの能力を知り情報を共有して、能力を活かす事が出来るように動線などに配慮している。安全に、自立した生活が送れるように環境作りをしている。		

### 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	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30年8月30日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

【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	平成30年10月12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)】

<p>【つながり】</p> <p>○一人ひとりの思いを大切に、共有し、共感できる関係を作ります。</p> <p>○互いを思いやる気持ちを忘れず、安心してぬくもりを感じて頂けるよう支援します。</p> <p>○地域との連携を図り、誰が来ても安心して、ほっとできる環境を目指します。</p> <p>・上記をユニットの理念に掲げ、温かさを感じられる関わりができるよう取り組んでいます。利用者様の「出来ること」に合わせて、洗濯物たたみや、食器拭き等を職員と一緒にこなしています。それぞれに個性豊かな利用者様方で、笑顔が多く穏やかなユニットです。</p>
--

【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)】

<p>ホームは東北福祉大学のキャンパスに隣接した敷地にある、3ユニットの独立した平屋で、敷地内には同法人の特別養護老人ホームせんだんの里がある。2001年に開設され、法人の理念である「利用者主体の原則」のもと、利用者は、それぞれのペースや意向が尊重され、我が家での暮らしを継続できるよう支援している。家族へのきめ細やかな説明・報告により、家族からの信頼度が高い。職員は、認知症の理解やケアの質の向上を常に意識し、毎年外部評価の目標を定めている。災害対策は法人全体で検討されており、毎月の避難訓練やせんだんの里全体での防災訓練、緊急時の応援体制の整備がされている。認知症カフェや、介護教室の開催、ボランティアの受け入れ、地域の行事への参加などを通し、近隣との関係づくりに努めている。職員は、計画的な研修や自己評価、面談などが実施されており、高い職業意識を持ち、利用者の自立支援に資するよう努めている。</p>
---

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、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、生き生きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果（事業所名 **せんだんの里GH**）「ユニット名 **西乃家**」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念をもとに、ユニット毎の独自の理念を作成している。理念をもとにケアを実践するにあたり職員間で共有し、確認を行なっている。	毎年年度初めに、各ユニット理念の振り返りと見直しを行っている。その人らしさや、一人ひとりの思いをくみ取り、実現することができるようケアプランに位置づけている。また、職員全員で理念の実践ができるよう取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	立地条件により日常的な交流は少ないが、ボランティアの定期的な来訪はある。地域行事への参加を通じて交流に努めている。	大学も含め広大な敷地内に立地しているため日常的に近隣住民と触れ合うことは少ないが、ボランティアの受け入れや町内会行事への参加、認知症カフェの開催など、積極的に交流をしている。敷地内を学生が往来し、挨拶を交わす関係もできている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症についての理解や介護食等について理解を深めて頂けるよう、月に1回まちの音楽カフェや年に数回介護教室を開催している。また、毎月、せんだんの里だよりを発行し情報発信を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	二ヶ月に一度定期的に開催し、運営や取り組みについて報告し、評価する場を設けている。また、昨年の秋には合同イベントへ参加して頂き利用者様との交流を図りました。	奇数月に複数の町内会役員、民生委員、家族、地域包括職員が参加し、ホームの取り組みなどを報告したり、意見交換している。町内会役員の要望で、消防署員も参加したホームの避難訓練に、町内で行う避難訓練の参考にするために地域住民が参加した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	外部評価結果の改善計画書を提出したり、必要時は担当者の見解を確認し協力体制を気付くよう取り組んでいる。	事故の報告や再発防止などの取り組み、外部評価の結果や目標を報告し、協力関係を築いている。日常的には地域包括支援センターと連携し、情報交換を行っている。	
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	身体拘束しないケア委員会による勉強会を通し、全職員が身体拘束の弊害を理解し、ケアに取り組んでいる。日中は、玄関の施錠をせずに自由に出入り出来るようにしている。外出傾向を把握、情報共有し、見守り対応している。	委員会を中心に内部研修会を開催し、日々のケアを振り返り、課題を検討しながらケア方法の見直しを行い、身体拘束をしないように取り組んでいる。虐待防止を今年のホームの評価目標にし、3ヶ月ごとに自己点検チェックシートを作成し、ケアの研鑽に努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	身体拘束しないケア委員会による勉強会を通し虐待防止について学習している。ユニット担当者を中心に毎月会議で話し合う機会を持ち、不適切なケアの予防に努めている。		

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	研修等へ参加し、成年後見人制度等について学習している。必要性が生じた場合には、制度を活用できるような体制をとっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居契約については、十分に説明をし、利用者や家族の不安解消に努めている。改定の際には文書配布、説明会を行なっている。ホーム玄関に重要事項説明書を常時掲示している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族会や家族参加型の行事を実施し、意見交換の機会を設けている。玄関先に「意見投書箱」を設置している。又、苦情受け入れ窓口についての情報を、常時掲示している。	家族会を年1回開催している。日常的に来訪する家族が多く、要望や意見を聞く機会になっている。家族からの情報で、利用者がホームの備品で混乱していることがわかり、設えを見直し、改善できた。	
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	ユニット会議や面談を通して、職員の意見を聞く機会を設けている。日常的に職員とのコミュニケーションを図り、現場に反映させるよう努めている。	運営会議やユニット会議で、職員の意見や提案を検討している。年3回、職員面談を行い、自己評価や目標の振り返りを行っている。今年度より看護職員が配置され、助言を受け、健康管理や感染症予防のための備品を整備した。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	平成22年度からのキャリアパス制度導入により、個々の目標を把握し、面談を通じて達成状況や不安等確認することで、各自が向上心を持って働けるよう、職場環境や条件の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員の経験や能力に応じた、内外部への研修の機会を設けている。又、資格取得の為のサポートも行なっている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	宮城県グループホーム協議会に加入し、職員研修会、講演会等への参加や、他事業所との交換研修を行う事で意見交換・交流を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居が決まった段階で職員が訪問し、困っていることや不安なことを聞き取る機会を作っている。見学に来て頂く等、安心して入居して頂けるよう関係作りに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の思い、不安や要望を事前に聞き取る機会を作っている。気軽に相談して頂けるよう、関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	訪問にて聞き取った、本人・家族の意向をもとにニーズを抽出し、柔軟に対応するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員の都合で物事を決めるのではなく、利用者と共に考えながら支援している。又、日々の関わりを通じて人生の先輩として敬い、暮らしの知恵を学びながら関係作りに努めている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時の近況報告や、家族参加型の行事の実施を通じて、家族との連携をとりながら、共に支援していく関係作りに努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の馴染みの人や場所に出かける機会を設けている。ホームで生活していても、関係を継続できるよう、必要に応じて家族と連携を図りながら、積極的に支援している。	毎年、家族と馴染みの旅館に泊まりに行けるよう支援し、ミキサー食でも対応してくれる関係づくりに繋がった。遠方の家族には「せんだんの里便り」を送付し近況を知らせるなど、個々の状況や意向を汲み取り、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士が馴染みの関係となるよう、橋渡しを行い、関係性を考慮しながら、利用者同士が支えあえる関係作りに努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスが終了しても、気軽に訪問して頂けるように積極的に声を掛けている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入居前の生活歴や過去の環境を把握し、生活の中での会話に耳を傾け、一人ひとりの思いや希望を汲み取るようにしている。把握した内容は職員間で共有し、毎月の会議の中で実現に向けて検討している。	生活歴などの情報を、初回アセスメントから継続して収集している。日々の生活の中での本人の言葉や表情から意向をくみ取っている。また、毎月のカンファレンスの時に職員間で情報共有し、検討を積み重ね、支援に繋げている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者の生活歴やサービス計画書等の資料を、いつでも職員が見ることが出来る場所に保管している。本人や家族との会話から、これまでの暮らしを汲み取り、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日誌・ケース記録・申し送りで利用者一人ひとりの記録を行っている。また、毎月カンファレンスを開催し、毎日の生活や心身の状態の変化の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	毎月モニタリングを行い、利用者・家族の意向を確認している。利用者の状況に変化が生じた場合には、随時会議を開催し、状況に応じたケアが提供できるように各専門職員と連携し、介護計画書に活かしている。	毎月モニタリングを行い、家族や本人の意向を確認し、3ヶ月ごとにカンファレンスを行っている。マッサージ師などの専門職からも意見を聞き、介護計画を作成している。家族への説明がしっかりなされ、家族の介護計画への理解度が高い。	
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	個々の利用者毎に日々の生活の記録を行い、気づきや変化を確認することで、職員間で情報を共有し、介護計画に活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ホーム内だけにとらわれず、併設している施設の機能を活用したり、地域資源を活用することで、より良い生活が送れるよう、本人のニーズを汲み取った柔軟な支援を行なっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のボランティア団体が主催する会に出席、ボランティアの受け入れ、せんだんの里内の行事に参加する等、地域資源を活用しながら、本人の能力を発揮できるよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	本人や家族の希望するかかりつけ医に受診できるよう、配慮している。職員が受診に同行した場合には、その日のうちに家族に報告するようにしている。	入居時にかかりつけ医について相談し、本人の希望で決めている。24時間対応の往診医を、かかりつけ医にする利用者が多い。往診医の場合は月2回訪問診療を受診している。訪問看護師が週1回来訪し、健康管理を行っている。他科受診の際は、家族あるいは職員が同行し、受診情報を共有している。	
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	契約の訪問介護事業所による看護師の定期的訪問や緊急時の報告等で適切な看護が受けられるよう支援している。自事業所の看護職員へも常時利用者の状態を報告し、指示を仰いでいる。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中より面会等で心身の状況把握に努めている。医療機関とも、医療情報を「サマリー」等で共有、情報交換をこまめに行い、退院後も安心して生活できるよう支援に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期における「看取り指針」を作成し、本人・家族から重度化した場合の意向確認と同意を得るようにしている。ホームでは医療との協力体制等を含め、方針を共有・確認しながら対応している。	入居時に看取りに関する説明を行い、同意を得ている。看取りは、かかりつけ医が本人や家族、職員に説明し、医療・家族・介護者が情報を共有しながら終末ケアに当たる。職員は内部研修や振り返りで気持ちを整理し、常に後悔しないよう、本人や家族の気持ちに寄り添って支援を行っている。	
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	急変時や事故発生時の緊急対応マニュアルを作成し、それに基づき対応できるよう、定期的に確認している。毎年、救命救急講習を行なっている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	ユニット防災担当を中心に各グループホームで毎月避難訓練を実施し、全職員が避難方法を訓練している。また、地域の防災会議へ参加し連携を図っている。	防災訓練は年1回、火災避難訓練は毎月実施している。近隣の町内会や学生寮からの参加もある。「停電の日」や1週間非常食の献立で生活する日を設け、日頃から非常時を想定した取り組みを行っている。防災担当職員が課題の検討を行い、防災意識を高める努力をしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、一人ひとりに合った声掛けやケアを行なっている。生活するうえで、プライバシーを損ねないように配慮している。	利用者一人ひとりを知り、その人の思いや生活のペースを尊重して支援を行っている。利用者ごとの声のトーンや声掛けのタイミングなど、職員同士でお互いの気づきを共有し、その人らしい誇りがもてる支援に心掛けている。	
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	その時々で本人に確認しながら、希望や思いに沿ったケアをするように努めている。意思決定が難しい方に対しても、本人の思いを汲み取り対応している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりのペースを大切にして、体調に合わせてその日の生活を習慣や思いを優先して支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	2ヶ月に1回程度、訪問理容を依頼している。季節に合ったおしゃれができるよう、本人に確認しながら支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しむことができるよう、食事作りへの参加や後片付け等を一緒に行なっている。又、本人の嗜好や嚥下状態に合わせた食事を提供している。季節感のある献立の作成、提供に努めている。	ユニットごとにメニューを作り、食事を提供している。利用者は、テーブル拭きや食器拭きなど、できることを行っている。職員も一緒にテーブルを囲み、利用者は各々のペースで食事を楽しんでいる。法人の管理栄養士が献立チェックを行い、栄養や食事形態のアドバイスをしている。	
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	1日の水分・食事量の確認を行い、不足している場合には、本人の好みのもや栄養補助食品を提供する等、一人ひとりの状態に合わせて支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	一人ひとりの残存能力に応じて、声掛けや介助にて口腔ケアを行なっている。毎月、自事業所の歯科衛生士による定期的な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	一人ひとり排泄チェックを行い、排泄パターンを把握している。本人の排泄パターンに合わせたトイレ誘導・声掛けを行なっている。	排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声掛けやトイレ誘導を行っている。声掛けで、リハパンツから布パンツに代わった利用者もいる。利用者の状態を把握し、水分量や食材を見直したり、必要時は主治医や看護師と相談し服薬の調整を行い、便秘の解消に努めている。	
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	ユニット食事担当を中心に栄養士から献立のアドバイスを頂き、食物繊維を取り入れた食事の提供を意識している。又、便秘予防のため、個々に合わせた排便コントロールを行なっている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	時間帯等可能な限り入浴者の希望に合わせて、入浴できるようにしている。介助が必要な方には本人の意思を確認しながら入浴して頂き、一人ひとり快適な入浴が出来るよう支援している。	週2回を基本に入浴支援を行っている。本人の意向に合わせて、時間などは柔軟に対応している。入浴剤などを利用し、気持ちよく入浴できる工夫をしている。体調により、シャワー浴や清拭に切り替えたり、機械浴を利用することもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	気持ち良い睡眠が確保できるように、日中の生活の中で散歩や生活リハビリを取り入れるようにしている。又、眠気が強い様子が見られた際には、居室で休んで頂くなど、その時々に応じた対応をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	一人ひとりが使用している薬が、一目で確認出来るようにファイルを作成している。又、薬の副作用、用法は処方された都度、職員で情報を共有し、症状に変化がないか確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その方の力を活かした役割として、調理の補助や盛り付け、後片付け、洗濯物たたみ等を一緒に行なっている。又、嗜好品を買う楽しみ、食べる楽しみが持てるように支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	本人の希望を把握し、ドライブ、外食等、入居者が希望する場所への外出を支援している。家族の協力を得ながら、地域のイベントへ参加している。	年間の行事計画を作成し、外出できる機会を作っている。家族との外出や、散歩、買い物など、利用者の希望を確認し、支援している。利用者の高齢化や重度化もあり、遠方への外出ができなくなってきたり、今年の夏は「夕涼み会」をホームの庭で開催し、西瓜割りや花火を楽しんだ。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	必要時には、職員と一緒に財布を取りに行き、自由に買い物が出来るよう支援している。一人ひとりの希望や力に応じて、家族と連携を図りながら、柔軟に対応出来るよう支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望があれば、自由に手紙や電話が出来るよう対応している。家族にも、協力を仰ぎながら、やりとりが出来るよう支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節感を取り入れた環境作りを行なっている。照明やテレビの音量、温度にも配慮し、居心地良く過ごせるよう、配慮している。	天窓から光が入り、明るく温かい。温・湿度は1日3回職員が確認し、調整している。床はすべりにくい材質である。利用者の状態や気持ち、動線等に配慮し、テーブルや椅子、ソファが配置されている。ベランダには干し柿がつるされ、季節感が感じられる。	
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、テーブル、ソファスペースを作り、その時の希望に沿って居場所を選択できるようにしている。思い思いに過ごせるよう、家具の配置を工夫している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人、家族と相談しながら、馴染みの家具や好みに合わせた物を使用している。家族の写真やラジオ等を持ち込み、本人が居心地良く、安心して過ごせるよう工夫している。	各部屋の入り口には、表札と利用者で作った創作物が飾られ、その人らしさがわかるようになっている。馴染みの家具や仏壇などが置かれ、家族の写真や手紙、誕生会の色紙などが飾られている。窓からは外の街路樹が眺められ、居心地良く過ごせるよう環境を整えている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	一人ひとりの能力を把握し、それを活かせるように、安全に配慮した環境作りを行なっている。動線に配慮したり、危険のある物は直接手の触れない場所に保管するようにしている。		