

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	0495500142	事業の開始年月日	2010年4月1日	
		指定年月日	2010年4月1日	
法人名	有限会社 村伝			
事業所名	グループホームむらでん高森 ユニット名：さくら			
所在地	(〒 981-3203) 宮城県仙台市泉区高森2-1-30			
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	各9名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2023年10月11日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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

【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)】

グループホームの医療ニーズに対応出来る様、日中は看護師が常駐(18:00~翌9:00はオンコール)しており、在宅酸素・胃ろう・終末期の方等の入居が可能となっている。

あおぞら在宅診療所中央やすず薬局大町店と連携をとり、薬の管理は薬局が在宅療養管理指導料を利用者からいただき一包化から服薬セットまでの管理を行っている。

診療所は月に2回の定期診療の他、臨時往診、死亡診断、各種ワクチン接種に対応している。

入院が必要な際はむらでん高森と医療提携契約を結んでいる明理会イムスクリニックへ優先的に入院の紹介も出来る。

地域の各医療福祉機関と連携がとれるよう、ティータイムパロス(寺岡・高森・泉ヶ丘・紫山医療福祉連携の会)へ入っている。

災害の際は多少の地域住民の避難受け入れが出来る程度の食料備蓄をしているため、災害時には地域の方の避難受け入れが可能となっている。

地域のサロン・認知症カフェ・散歩サークルへの参加、包括主催の認知症予防教室等に参加し地域に根付いた施設運営を行っている。

【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	2023年12月7日	評価機関 評価決定日	

【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)】

【事業所の理念】

法人理念：1. 人間としての尊厳や権利を損なわず、いつまでもその人らしく、個々にあった生活空間の演出、ほか4項目
事業所理念：今まで通りの生活が出来る様に、明るく笑顔で接します。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

法人母体である「有限会社村伝」は、利用者一人ひとりに向き合い、常に求められる良きパートナーとして地域や社会に貢献するとの想いを事業運営に活かし、グループホーム4事業所、デイサービス2事業所、福祉用具貸与・販売、ケアプランセンター等を運営している。

「グループホームむらでん高森」は高森自然公園、高森中央公園に接し、自然豊かな環境の場所に立地し、近隣には高森明泉幼稚園、高森小学校がある。

2階建ての建物の外観は淡いツートンカラーの配色で、近隣の景色に違和感なく溶け込んでいる。

【事業所の優れている点・工夫点】

地域内の医療・福祉施設で構成する「医療福祉連携の会」に参加し、介護と医療に係る地域内情報交流を行い、事業所が提供するサービスの質の向上を目指している。新型コロナウイルスなどの感染症予防に配慮しながら、家族との面会や外出支援に積極的に取り組んでいる。居室での面会も可能となり、花見や買い物、イベントへの参加、ドライブなど多彩な行事を企画し取り組んでいる。地域との関りが密であり、地域で開催している「認知症カフェ」や「歩こう会」などに利用者が積極的に参加している。食事は全て職員が手作りし、家庭菜園で旬の野菜を収穫し季節感のあるバランスの良い食事が提供されている。また、ご当地料理を作って食べる企画(全国うまい物めぐり)を毎月開催するなど、利用者が楽しみにしている食を大切にしている姿勢が感じられる。看護師2人を常勤で配置し、利用者の健康管理や看取り時の医療連携対応に配慮している。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 9
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	10
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 ~ 35	11 ~ 15
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	16 ~ 22
V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)	56 ~ 68	

事業所名	グループホームむらでん高森
ユニット名	さくら

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	
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
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
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
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
60	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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
61	利用者は、医療機関との連携や、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
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1. ほぼ全ての利用者が
			2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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ます。 (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
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回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、やりがいと責任を持って働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームむらでん高森）「ユニット名:さくら」

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	毎日、朝の申し送りの際に理念を唱和を行い意識づけを行っている。	法人理念（5項目）を念頭に事業所独自の基本理念を作成し、職員はケアに活かせるように取り組んでいる。法人理念と設立時から継続している事業所理念は、朝の申し送り時に唱和している。職員面談時には、事業所理念を日々のケアの中でどのように活かしているかを問いかけ、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	地域のサロンやサークル活動やカフェに参加し地域の方との交流を深めている。	高森・北高森地区と連携し地域活動に参加している。毎月「認知症カフェ」をグループホーム、地域包括、3丁目つぼみの会（婦人会）が共催している。映画観賞会も開催したほか、地域のサロン等に利用者とともに参加している。また、管理者は年に2～3回地域の勉強会の講師を務めている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の認知症カフェや包括主催の認知症予防教室で講話を行い、地域の方へ認知症の理解とグループホームへの理解をしてもらえる活動を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議ではサービスの実際の取組みについて報告を行い、意見を頂いています。また、研修の取組み等、ホームの現状も報告しています。	奇数月の第3木曜に運営推進会議を開催し、メンバーは利用者、1丁目町内会長、地域代表（民生委員3丁目歩こう会、高森8丁目サロン）、地域包括職員、事業所職員が参加している。議題は入居状況、行事報告などで、委員からはボランティアの申し出などがあった。	
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	地域包括には1回/月活動報告に行っているが、市役所・区役所は重大な事が無い限り連絡はしていない。	地域包括支援センターには毎月広報紙を持参し活動報告を行っているほか、共催している行事の件で頻りに相談するなど、密な関係を保っている。地域包括を中心に「医療福祉連携の会」を設置し、高森・寺岡地区の医療・福祉事業所と連携している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	玄関の施錠は20：30と決め夜勤者が遅番者が帰った段階で行っている。 それ以外の時間帯での施錠は行っていない。 2020年4月からオンライン研修を全スタッフ行い身体拘束の理解を深め、毎月一回委員会で会議を行なって身体拘束の有無の確認をしている。	身体拘束適正化委員会には管理者、看護師、ユニットリーダー2人が参加し、毎月開催している。議題には事故報告や身体拘束の有無の確認、スピーチロックに関することなどを取り上げている。身体拘束廃止についてのオンライン研修やEラーニングを活用した職員研修にも取り組み、身体拘束をしないケアの実践に活かしている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	2020年4月からオンライン研修を全スタッフ行い身体拘束の理解を深め、毎月一回委員会で会議を行なって施設内での虐待の有無の確認をしている。	身体拘束適正化委員会で虐待の有無を確認している。また、全員参加で毎月開催するカンファレンスでは、他施設であった虐待事例を取り上げケース検討をしている。虐待発生に繋がるような行為を見つけた場合は、管理者が注意を促している。	
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	グループホーム協議会などから情報がきた場合は、リーダーを通して他の職員にも周知させるようにしています。後見人制度を使用している利用者はいるが、それについての学習は行っていない為理解は浅い。		
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	入居前に契約書・重要事項説明書を渡し持ち帰ってもらい、一度目を通していただいてから契約の際にもう一度説明をしながら質問を受けて署名捺印をもらっている。		
10	(7)	○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並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	ご意見箱の設置と、ご家族様の面会時に要望を聞くようにしている。	家族とはLINEで繋がっており、随時利用者の状況を発信している。家族からの返信もあり双方向の通信手段となっている。介護計画更新時には、家族から意見を求め計画作成に活かしている。苦情相談窓口の第三者委員として、高森1丁目町内会長に委嘱している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	(8)	○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	月1回のフロア会議時、月1回の管理者会議の際フロアからの意見提出、随時の個人面談を行い、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。	毎月開催する全職員参加のカンファレンス時や、ユニットリーダーが参加する管理者会議、個別面談時にも職員から意見を聞いている。職員から「柔らかか食」を作る機械、リフト車・リフト浴の導入、夜勤手当・資格手当の導入等が出され実現した。	
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	半期毎にスタッフの自己評価を行い個人面談の際に意見を聞いている。		
13		○職員を育てる取組み 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	積極的に外部の研修に参加できるよう、研修費は全額会社負担とし研修の案内をフロアに流すようにしている。		
14	(9)	○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つくり、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組みをしている	近隣地域で構成されている医療福祉連携の会（ティータイムパロス）の世話人会になっている為、同業者との交流は密に行っている。	近隣の地域包括や医療機関で構成する「医療福祉連携の会」には50団体ほどが構成メンバーとなり、「地域の医療・福祉サービスの質の向上を図ること」を目的に毎月集まって情報交換をしている。宮城県認知症グループホーム協議会に所属し、年2回行う実践事例発表会に参加している。	
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 サービスの利用を開始する段階で、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	実調の際に、本人、家族、関係機関から情報を集め、その集めた情報をスタッフと共有し利用者様が新しい生活をすぐに安心して始められるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	施設見学・入居申込の段階で家族が抱える不安な事を確認しそれに対するアドバイスを行い入居後も継続して家族の方との対話を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	医療サービス、個別支援サービス等個別にあったサービスを提供できる事を伝え、要望があれば随時対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様の出来る事をスタッフ間で共有し、お手伝い頂ける事は個々に声をかけながらスタッフと一緒に仕事をするようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族への情報提供の際は良い事も悪い事も本人の生活の全てを伝え、家族と本人と施設の信頼関係を構築する事で絆が強くなりお互いが支えあう関係となっている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族や知人との面会、家族の協力を得て外出の希望があれば実施している。施設の中ではドライブなどには行くようにして、地元の風景を見てもらえるようにしている。	現在は感染症予防対策に配慮しながら、居室で家族との面会が可能となった。ドライブなどの外出も継続して行っている。利用者の希望があれば個別支援にも対応している。自宅への外泊時、夕方に事業所に帰りたいとの希望があり、利用者にとっては事業所が馴染みの場所になっている。	
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	スタッフは入居者様同士の関係性を把握し、コミュニケーション能力に障害のある入居者の方には職員が間に入り支援している。		
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	サービスの利用が中止になっても、お茶のみに来ていただくよう最後に伝えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	(11)	○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	モニタリングやアセスメントの際に本人の希望を聞き、極力希望をかなえられるように人員配置をおこなっている。	入居前に家族から聞いて作成したアセスメントシートを基に、本人から希望を聞いて支援に繋げている。思いを伝えることのできない利用者には、どのような支援が良いのか職員間で話し合って取り組んでいる。地域の協力を得ながら、散歩に出たいなどの要望にもできる限り対応している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人、家族、関係機関から情報の収集して把握に努めている。		
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	日々の生活を出来るだけ共に行い注意深く観察する事で現状の状態を把握出来るように努めている。		
26	(12)	○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	介護計画に必要な情報収集を現場の居室担当者が行い、その情報と家族の意向をもとに計画作成者が介護計画を作成している。	アセスメントシートを基に、ホーム長、居室担当職員、ユニットリーダー、看護師から情報を収集し、計画作成担当者が介護計画を作成している。モニタリングは居室担当職員が行い、家族にも要望等を聞き、計画の見直しは6ヶ月毎に実施している。LINEを活用し家族と情報交流することもある。	
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	介護ソフトを導入し全スタッフが情報の共有が出来るようになっている。		
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	家族の希望やご本人の希望があれば臨機応変に対応できる様になっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	地域の認知症カフェ・サロン・サークルなどの地域資源を活用し楽しく生活できる仕組みとなっている。		
30	(13)	○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	基本的には訪問診療を使用し主治医になってもらっているが、家族の希望があれば外部の病院とも連携をとり受診を行っている。	原則かかりつけ医は自由だが、現在は全員が協力医をかかりつけ医としている。月2回の訪問診療の際には常勤看護師が立ち合うことで医療連携が進んでいる。専門医への通院時には「情報提供書」の提出の他、希望により看護師同伴の通院支援を行っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	施設看護師が入浴を担当している為、皮膚状態を日々確認している。 毎日午前のバイタル測定は介護職が行い個別のバイタル平均からはみ出したときに看護師に報告している。午後のバイタル測定は施設看護師が受け持ち体調不良者を介護看護両方で把握出来る様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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	基本的には全医療ニーズに対応するので急性期を越えた回復期まで回復された方はすぐに退院して施設で介護看護の両面からケアを行っている。入院になった際は施設看護師が入院先の病院と連絡をとり状況の把握につとめている。		
33	(14)	○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、事業所で行え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	家族から看取りに関する同意書をとり、重度化・看取り時期の際はドクターとの面談し、その後管理者とACPを家族と考え最終的な方向を決めている。	入居時に「看取りに関する指針」を説明し家族の同意を得ている。医学的に医師が看取り期と判断をした時には、医師と事業所職員（管理者、看護師）と家族が話し合い、看取り介護を開始する。常勤の看護師がいることで、職員、往診医と共にチームとして看取りを支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	オンライン研修を全スタッフ行い応急処置等の理解を深めてきた。 緊急時の基本的な対応は日中は施設看護師が行い夜間も施設ナースがオンコールで対応している。		
35	(15)	○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	年に2回は必ず避難訓練を実施予定だったが昨年3月の訓練がコロナの為中止となり今年度は1回しか出来ていない。 高森地区で地域防災協定を締結させたかったが、高森地区ではそのような事は行ってないと断られた。	火災、風水害、地震対応マニュアルを作成し、ハザードマップを玄関に掲示している。夜間想定火災避難訓練を実施した。スプリンクラーなどの設備点検は業者に委託し年2回実施している。備蓄品は3日分を確保し、今後は大災害に備え、発電機の購入を検討している。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○一人ひとりの人格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	本人や家族の方に呼び方を確認しご希望に添う呼び方をしている。(本人希望でも「ちゃん」付けはNGとさせてもらっている) またトイレ誘導の声掛けなどを工夫し職員間で統一しています。	利用者への声かけは「〇〇さん」に統一している。権利擁護に関する研修はオンラインで受講し理解を深めている。排泄介助はさり気なく「部屋に行きましょう」と誘導し、接遇やプライバシーに配慮している。職員の言葉遣いなどについてホーム長等が指導している。	
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	本人の話を傾聴することで、思いや、希望を表す事が出来るようにしている。		
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	利用者の生活スタイルを尊重・優先できるように人員配置をおこなっている。		
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	朝、夜の更衣は必ず行い生活にメリハリをつけている。 また出来るだけ日中に着る服は自分で選んでもらうように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(17)	○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	1人1人の出来る事、出来ない事を把握し、調理や準備、片づけ等を手伝ってもらっている。 毎月全国のご当地料理を作って食べる行事や外でBBQや芋煮、誕生会、イベントメニュー等を企画して楽しんでもらっている。	食事は3食とも職員が献立を立て、手作りしている。各都道府県の「ご当地料理企画」を毎月実施し、利用者の楽しみである「食」を大切にしている。職員は食事介助をしながら利用者と同じテーブルで食事を共にしている。利用者にはできる範囲で食事作りや後片付けに参加している。家庭菜園の野菜の利用や誕生日に希望のメニューを取り入れるなどしている。	
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	食事、水分摂取量は毎日把握し記録しています。		
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に、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	食後は30分以内に歯磨きの声掛けを行い、自分でできない利用者は居室へ誘導しスタッフが口腔ケアを行っている。		
43	(18)	○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向けた支援を行っている	排泄状況表、健康チェック表を記録する事により1人ひとりの状況を確認し、適切な時間のトイレ声掛け、誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンをタブレット端末（iPad）に入力することで、パターンを把握しトイレに誘導している。リハパンや尿取りパッド利用など様々ではあるが、少しでも立ち上がれる利用者には、夜間でもトイレでの排泄を促している。便秘対策には、オリゴ糖や医師の処方薬を服用する場合もある。	
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	出来るだけ薬を使わない便秘予防として便秘症気味の方へはオリゴ糖を使用し排便しやすい腸内環境を作るようにし、それでも便秘になった時には施設看護師が排便管理をしているので相談し支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
45	(19)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	入居者様の希望に添うように努めています。入浴したがない方にはタイミングを見計らって声掛けしたり、個々に添った支援をしています。とはいえ夜に入浴がしたいという方の支援はお断りしている。	入浴は週2～3回が基本だが、毎日の入浴も可能で、夕食後の入浴にも対応している。湯は毎回交換し、好みの入浴剤の使用や季節に合わせ柚湯、菖蒲湯なども楽しめる。リフト浴もあり、利用者のADLに応じて安全に快適な入浴ができるよう介助している。入浴を好まない利用者には声掛けを工夫し清潔保持に努めている。寒い日にはヒートショックを回避するため、脱衣所を温めている。	
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	体調に合わせて休息を取っている。就寝は今までの生活習慣を考慮し消灯時間ももうけず眠くなったら就寝するかたちをとっている。		
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	服薬管理は基本的に薬局が中心で行い、一包化から個別のセットまで行っている。日々の服薬セットは施設看護師が行い薬剤師からの指示で施設看護師が施設スタッフに薬の内容を話している。フロアには薬情を置いていつでも見れるようになっている。		
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	好きな事、出来る事を把握し、1人1人のペースに合わせて行っている。琴の演奏や日本舞踊が踊れる入居者様には、行事等にて演奏する機会を設けている。民生委員と相談し、外部の方を交えた麻雀クラブを開催した。		
49	(20)	○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。また、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	冬季は週に1～2回は夏季は週に4～5回ドライブに行っているが個別に行きたいところに連れて行っているわけではない。ご家族の協力を得て外出する事は出来る様になっている。	外出先で「〇〇がしたい」「△△が食べたい」などの希望をできる限り実現するよう心掛け支援している。毎月の予定の他に天候に恵まれれば職員が都度外出計画をたて、支援することもある。車いす対応の車両を活用し全員での外出も可能となり、花見などにも出かけ楽しんでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	コロナ渦で買い物に出かける事が無い為、極力使わないお金は居室に置かない様にしている。		
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	現在家族に手紙や電話をしたい利用者は居ないが希望があれば連絡するようにしている。		
52	(21)	○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	季節感を出す為に季節ごとに利用者と装飾品を作り飾っている。 一部の壁に自分たちの写真を張り出し楽しい記憶を少しでも思い出してもらえているようにしている。	リビングには時計や日めくりカレンダーなどがあり、壁には行事で撮影した利用者の写真が飾られている。24時間換気システムを設け、換気に気を配っている他、温・湿度調節は職員が行っている。季節感を演出する装飾で季節を感じてもらおう工夫をしている。リビングの一部が掘り炬燵のある和室となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	フロアにソファや廊下に長椅子を配置して共用空間でも一人になれる空間を作っている。		
54	(22)	○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	入居契約時に、使い慣れた家具を使用して生活をすると安心感があり早く施設にも慣れる事が出来るなどメリットを家族様に説明している。新品購入時は入居者様が使いやすい物を買って頂けるようにアドバイスをしている。	ベッド、エアコン、洗面台、クローゼットが備え付けてある。利用者は家族写真や遺影などを持ち込み、自分の部屋らしくくつろげるように模様替えしている。居室担当職員が利用者と協力しながら、居室清掃や衣類の整理などを行っている。	
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」や「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	自立支援に繋がるように、トイレや浴室などの入り口に「トイレ」「お風呂」と張り紙を貼り場所を知らせるようにしている。また、自分で書いて頂いた表札を下げ、居室を分かりやすくしています。		

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	0495500142	事業の開始年月日	2010年4月1日	
		指定年月日	2010年4月1日	
法人名	有限会社 村伝			
事業所名	グループホームむらでん高森 ユニット名：もくれん			
所在地	(〒 981-3203) 宮城県仙台市泉区高森2-1-30			
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	各9名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2023年10月11日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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

【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)】

グループホームの医療ニーズに対応出来る様、日中は看護師が常駐(18:00~翌9:00はオンコール)しており、在宅酸素・胃ろう・終末期の方等の入居が可能となっている。

あおぞら在宅診療所中央やすず薬局大町店と連携をとり、薬の管理は薬局が在宅療養管理指導料を利用者からいただき一包化から服薬セットまでの管理を行っている。

診療所は月に2回の定期診療の他、臨時往診、死亡診断、各種ワクチン接種に対応している。

入院が必要な際はむらでん高森と医療提携契約を結んでいる明理会イムクリニックへ優先的に入院の紹介も出来る。

地域の各医療福祉機関と連携がとれるよう、ティータイムパロス(寺岡・高森・泉ヶ丘・紫山医療福祉連携の会)へ入っている。

災害の際は多少の地域住民の避難受け入れが出来る程度の食料備蓄をしているため、災害時には地域の方の避難受け入れが可能となっている。

地域のサロン・認知症カフェ・散歩サークルへの参加、包括主催の認知症予防教室等に参加し地域に根付いた施設運営を行っている。

【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	2023年11月21日	評価機関 評価決定日	

【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)】

【事業所の理念】

法人理念：1. 人間としての尊厳や権利を損なわず、いつまでもその人らしく、個々にあった生活空間の演出、ほか4項目

事業所理念：今まで通りの生活が出来る様に、明るく笑顔で接します。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

法人母体である「有限会社村伝」は、利用者一人ひとりに向き合い、常に求められる良きパートナーとして地域や社会に貢献するとの想いを事業運営に活かし、グループホーム4事業所、デイサービス2事業所、福祉用具貸与・販売、ケアプランセンター等を運営している。

「グループホームむらでん高森」は高森自然公園、高森中央公園に接し、自然豊かな環境の場所に立地し、近隣には高森明泉幼稚園、高森小学校がある。2階建ての建物の外観は淡いツートンカラーの配色で、近隣の景色に違和感なく溶け込んでいる。

【事業所の優れている点・工夫点】

地域内の医療・福祉施設で構成する「医療福祉連携の会」に参加し、介護と医療に係る地域内情報交流を行い、事業所が提供するサービスの質の向上を目指している。新型コロナウイルスなどの感染症予防に配慮しながら、家族との面会や外出支援に積極的に取り組んでいる。居室での面会も可能となり、花見や買い物、イベントへの参加、ドライブなど多彩な行事を企画し取り組んでいる。地域との関りが密であり、地域で開催している「認知症カフェ」や「歩こう会」などに利用者が積極的に参加している。食事は全て職員が手作りし、家庭菜園で旬の野菜を収穫し季節感のあるバランスの良い食事が提供されている。また、ご当地料理を作って食べる企画(全国うまい物めぐり)を毎月開催するなど、利用者が楽しみにしている食を大切にしている姿勢が感じられる。看護師2人を常勤で配置し、利用者の健康管理や看取り時の医療連携対応に配慮している。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 9
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	10
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 ~ 35	11 ~ 15
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	16 ~ 22
V サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)	56 ~ 68	

事業所名	グループホームむらでん高森
ユニット名	もくれん

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	
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
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
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
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
60	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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
61	利用者は、医療機関との連携や、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
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

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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ます。 (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
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回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、やりがいと責任を持って働いている。 (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
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
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. ほとんどいない

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームむらでん高森 ）「ユニット名:もくれん」

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	毎日、朝の申し送りの際に理念を唱和を行い意識づけを行っている。	法人理念（5項目）を念頭に事業所独自の基本理念を作成し、職員はケアに活かせるように取り組んでいる。法人理念と設立時から継続している事業所理念は、朝の申し送り時に唱和している。職員面談時には、事業所理念を日々のケアの中でどのように活かしているかを問いかけ、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	地域のサロンやサークル活動やカフェに参加し地域の方との交流を深めている。	高森・北高森地区と連携し地域活動に参加している。毎月「認知症カフェ」をグループホーム、地域包括、3丁目つぼみの会（婦人会）が共催している。映画観賞会も開催したほか、地域のサロン等に利用者とともに参加している。また、管理者は年に2～3回地域の勉強会の講師を務めている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の認知症カフェや包括主催の認知症予防教室で講話を行い、地域の方へ認知症の理解とグループホームへの理解をしてもらえる活動を行っている。		
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	運営推進会議ではサービスの実際の取り組みについて報告を行い、意見を頂いています。また、研修の取り組み等、ホームの現状も報告しています。	奇数月の第3木曜に運営推進会議を開催し、メンバーは利用者、1丁目町内会長、地域代表（民生委員3丁目歩こう会、高森8丁目サロン）、地域包括職員、事業所職員が参加している。議題は入居状況、行事報告などで、委員からはボランティアの申し出などがあった。	
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組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	地域包括には1回/月活動報告に行っているが、市役所・区役所は重大な事が無い限り連絡はしていない。	地域包括支援センターには毎月広報紙を持参し活動報告を行っているほか、共催している行事の件で頻りに相談するなど、密な関係を保っている。地域包括を中心に「医療福祉連携の会」を設置し、高森・寺岡地区の医療・福祉事業所と連携している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	玄関の施錠は20:30と決め夜勤者が遅番者が帰った段階で行っている。 それ以外の時間帯での施錠は行っていない。 2020年4月からオンライン研修を全スタッフ行い身体拘束の理解を深め、毎月一回委員会で会議を行なって身体拘束の有無の確認をしている。	身体拘束適正化委員会には管理者、看護師、ユニットリーダー2人が参加し、毎月開催している。議題には事故報告や身体拘束の有無の確認、スピーチロックに関することなどを取り上げている。身体拘束廃止についてのオンライン研修やEラーニングを活用した職員研修にも取り組み、身体拘束をしないケアの実践に活かしている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	2020年4月からオンライン研修を全スタッフ行い身体拘束の理解を深め、毎月一回委員会で会議を行なって施設内での虐待の有無の確認をしている。	身体拘束適正化委員会で虐待の有無を確認している。また、全員参加で毎月開催するカンファレンスでは、他施設であった虐待事例を取り上げケース検討をしている。虐待発生に繋がるような行為を見つけた場合は、管理者が注意を促している。	
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に支援している	グループホーム協議会などから情報がきた場合は、リーダーを通して他の職員にも周知させるようにしています。後見人制度を使用している利用者はいるが、それについての学習は行っていない為理解は浅い。		
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	入居前に契約書・重要事項説明書を渡し持ち帰ってもらい、一度目を通していただいてから契約の際にもう一度説明をしながら質問を受けて署名捺印をもらっている。		
10	(7)	○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並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	ご意見箱の設置と、ご家族様の面合時に要望を聞くようにしている。	家族とはLINEで繋がっており、随時利用者の状況を発信している。家族からの返信もあり双方向の通信手段となっている。介護計画更新時には、家族から意見を求め計画作成に活かしている。苦情相談窓口の第三者委員として、高森1丁目町内会長に委嘱している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	(8)	○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	月1回のフロア会議時、月1回の管理者会議の際フロアからの意見提出、随時の個人面談を行い、職員の意見や提案を聴く機会を設けている。	毎月開催する全職員参加のカンファレンス時や、ユニットリーダーが参加する管理者会議、個別面談時にも職員から意見を聞いている。職員から「柔らかか食」を作る機械、リフト車・リフト浴の導入、夜勤手当・資格手当の導入等が出され実現した。	
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	半期毎にスタッフの自己評価を行い個人面談の際に意見を聞いている。		
13		○職員を育てる取組み 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	積極的に外部の研修に参加できるよう、研修費は全額会社負担とし研修の案内をフロアに流すようにしている。		
14	(9)	○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つくり、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組みをしている	近隣地域で構成されている医療福祉連携の会（ティータイムパロス）の世話人会になっている為、同業者との交流は密に行っている。	近隣の地域包括や医療機関で構成する「医療福祉連携の会」には50団体ほどが構成メンバーとなり、「地域の医療・福祉サービスの質の向上を図ること」を目的に毎月集まって情報交換をしている。宮城県認知症グループホーム協議会に所属し、年2回行う実践事例発表会に参加している。	
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 サービスの利用を開始する段階で、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	実調の際に、本人、家族、関係機関から情報を集め、その集めた情報をスタッフと共有し利用者様が新しい生活をすぐに安心して始められるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	施設見学・入居申込の段階で家族が抱える不安な事を確認しそれに対してのアドバイスを行い入居後も継続して家族の方との対話を心掛けている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	医療サービス、個別支援サービス等個別にあったサービスを提供できる事を伝え、要望があれば随時対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様の出来る事をスタッフ間で共有し、お手伝い頂ける事は個々に声がけをしながらスタッフと一緒に仕事をするようにしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族への情報提供の際は良い事も悪い事も本人の生活の全てを伝え、家族と本人と施設の信頼関係を構築する事で絆が強くなりお互いが支えあう関係となっている。		
20	(10)	○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	コロナ渦の為、家族や知人との面会是一部制限もしくは全面制限しているが、ドライブなどには行くようにして、地元の風景を見てもらえるようにしている。	現在は感染症予防対策に配慮しながら、居室で家族との面会が可能となった。ドライブなどの外出も継続して行っている。利用者の希望があれば個別支援にも対応している。自宅への外泊時、夕方に事業所に帰りたいとの希望があり、利用者にとっては事業所が馴染みの場所になっている。	
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	スタッフは入居者様同士の関係性を把握し、コミュニケーション能力に障害のある入居者の方には職員が間に入り支援している。		
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	サービスの利用が中止になっても、お茶のみに来ていただくよう最後に伝えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	(11)	○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	モニタリングやアセスメントの際に本人の希望を聞き、極力希望をかなえられるように人員配置をおこなっている。	入居前に家族から聞いて作成したアセスメントシートを基に、本人から希望を聞いて支援に繋げている。思いを伝えることのできない利用者には、どのような支援が良いのか職員間で話し合っ取組んでいる。地域の協力を得ながら、散歩に出たいなどの要望にもできる限り対応している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人、家族、関係機関から情報の収集して把握に努めている。		
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	日々の生活を出来るだけ共に行い注意深く観察する事で現状の状態を把握出来るように努めている。		
26	(12)	○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	介護計画に必要な情報収集を現場の居室担当者が行い、その情報と家族の意向をもとに計画作成者が介護計画を作成している。	アセスメントシートを基に、ホーム長、居室担当職員、ユニットリーダー、看護師から情報を収集し、計画作成担当者が介護計画を作成している。モニタリングは居室担当職員が行い、家族にも要望等を聞き、計画の見直しは6ヶ月毎に実施している。LINEを活用し家族と情報交流することもある。	
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	介護ソフトを導入し全スタッフが情報の共有が出来るようになっている。		
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	介護職員とは別に、管理者、看護職員が常駐しており、時々生まれるニーズに臨機応変に対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	地域の認知症カフェ・サロン・サークルなどの地域資源を活用し楽しく生活できる仕組みとなっている。		
30	(13)	○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	基本的には訪問診療を使用し主治医になってもらっているが、家族の希望があれば外部の病院とも連携をとり受診を行っている。	原則かかりつけ医は自由だが、現在は全員が協力医をかかりつけ医としている。月2回の訪問診療の際には常勤看護師が立ち合うことで医療連携が進んでいる。専門医への通院時には「情報提供書」の提出の他、希望により看護師同伴の通院支援を行っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	施設看護師が入浴を担当している為、皮膚状態を日々確認している。 毎日午前のバイタル測定は介護職が行い個別のバイタル平均からはみ出したときに看護師に報告している。午後のバイタル測定は施設看護師が受け持ち体調不良者を介護看護両方で把握出来る様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、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。又は、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	基本的には全医療ニーズに対応するので急性期を越えた回復期まで回復された方はすぐに退院して施設で介護看護の両面からケアを行っている。入院になった際は施設看護師が入院先の病院と連絡をとり状況の把握につとめている。		
33	(14)	○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	家族から看取りに関する同意書を取り、重度化・看取り時期の際はドクターとの面談し、その後管理者とACPを家族と考え最終的な方向を決めている。	入居時に「看取りに関する指針」を説明し家族の同意を得ている。医学的に医師が看取り期と判断をした時には、医師と事業所職員（管理者、看護師）と家族が話し合い、看取り介護を開始する。常勤の看護師がいることで、職員、往診医と共にチームとして看取りを支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	オンライン研修を全スタッフ行い応急処置等の理解を深めてきた。 緊急時の基本的な対応は日中は施設看護師が行い夜間も施設ナースがオンコールで対応している。		
35	(15)	○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	年に2回は必ず避難訓練を実施予定だったが昨年3月の訓練がコロナの為に中止となり今年度は1回しか出来ていない。 高森地区で地域防災協定を締結させたかったが、高森地区ではそのような事は行ってないと断られた。	火災、風水害、地震対応マニュアルを作成し、ハザードマップを玄関に掲示している。夜間想定火災避難訓練を実施した。スプリンクラーなどの設備点検は業者に委託し年2回実施している。備蓄品は3日分を確保し、今後は大災害に備え、発電機の購入を検討している。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○一人ひとりの人格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	本人や家族の方に呼び方を確認しご希望に添う呼び方をしている。(本人希望でも「ちゃん」付けはNGとさせてもらっている) またトイレ誘導の声掛けなどを工夫し職員間で統一しています。	利用者への声かけは「○○さん」に統一している。権利擁護に関する研修はオンラインで受講し理解を深めている。排泄介助はさり気なく「部屋に行きましょう」と誘導し、接遇やプライバシーに配慮している。職員の言葉遣いなどについてホーム長等が指導している。	
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	本人の話を傾聴することで、思いや、希望を表す事が出来るようにしている。		
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	利用者の生活スタイルを尊重・優先できるように人員配置をおこなっている。		
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	朝、夜の更衣は必ず行い生活にメリハリをつけている。 また出来るだけ日中に着る服は自分で選んでもらうように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(17)	○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	1人1人の出来る事、出来ない事を把握し、調理や準備、片づけ等を手伝ってもらっている。 毎月全国のご当地料理を作って食べる行事や外でBBQや芋煮、誕生会、イベントメニュー等を企画して楽しんでもらっている。	食事は3食とも職員が献立を立て、手作りしている。各都道府県の「ご当地料理企画」を毎月実施し、利用者の楽しみである「食」を大切にしている。職員は食事介助をしながら利用者と同じテーブルで食事を共にしている。利用者はできる範囲で食事作りや後片付けに参加している。家庭菜園の野菜の利用や誕生日に希望のメニューを取り入れるなどしている。	
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	食事、水分摂取量は毎日把握し記録しています。		
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に、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	食後は30分以内に歯磨きの声掛けを行い、自分でできない利用者は居室へ誘導しスタッフが口腔ケアを行っている。		
43	(18)	○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向けた支援を行っている	排泄状況表、健康チェック表を記録する事により1人ひとりの状況を確認し、適切な時間のトイレ声掛け、誘導を行っている。	一人ひとりの排泄パターンをタブレット端末（iPad）に入力することで、パターンを把握しトイレに誘導している。リハパンや尿取りパッド利用など様々ではあるが、少しでも立ち上げられる利用者には、夜間でもトイレでの排泄を促している。便秘対策には、オリゴ糖や医師の処方薬を服用する場合もある。	
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	出来るだけ薬を使わない便秘予防として便秘症気味の方へはオリゴ糖を使用し排便しやすい腸内環境を作るようにし、それでも便秘になった時には施設看護師が排便管理をしているので相談し支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
45	(19)	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	入居者様の希望に添うように努めています。入浴したがない方にはタイミングを見計らって声掛けしたり、個々に添った支援をしています。とはいえ夜に入浴がしたいという方の支援はお断りしている。	入浴は週2～3回が基本だが、毎日の入浴も可能で、夕食後の入浴にも対応している。湯は毎回交換し、好みの入浴剤の使用や季節に合わせ柚湯、菖蒲湯なども楽しめる。リフト浴もあり、利用者のADLに応じて安全に快適な入浴ができるよう介助している。入浴を好まない利用者には声掛けを工夫し清潔保持に努めている。寒い日にはヒートショックを回避するため、脱衣所を温めている。	
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	体調に合わせて休息を取っている。就寝は今までの生活習慣を考慮し消灯時間も上げず眠くなったら就寝するかたちをとっている。		
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	服薬管理は基本的に薬局が中心で行い、一包化から個別のセットまで行っている。日々の服薬セットは施設看護師が行い薬剤師からの指示で施設看護師が施設スタッフに薬の内容を話している。フロアには薬情を置いていつでも見れるようになっている。		
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	好きな事、出来る事を把握し、1人1人のペースに合わせて行っている。琴の演奏や日本舞踊が踊れる入居者様には、行事等にて演奏する機会を設けてる。民生委員と相談し、外部の方を交えた麻雀クラブを開く予定だったがコロナの為延期		
49	(20)	○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。また、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	冬季は週に1～2回は夏季は週に4～5回ドライブに行っているが個別に行きたいところに連れて行っているわけではない。コロナ渦の為、外部・家族への協力は控えるようにしている。	外出先で「○○がしたい」「△△が食べたい」などの希望をできる限り実現するよう心掛け支援している。毎月の予定の他に天候に恵まれれば職員が都度外出計画をたて、支援することもある。車いす対応の車両を活用し全員での外出も可能となり、花見などにも出かけ楽しんでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	コロナ渦で買い物に出かける事が無い為、極力使わないお金は居室に置かない様にしていただいている。		
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	現在家族に手紙を書きたいと話す利用者は1名しかおらずその1名の方の家族から手紙も電話もしないで欲しいと言われたため支援を行う利用者はいない。 ※ご自身でスマホをもっている方が1名いるがその方はいつでも電話をするのはOKとしている。		
52	(21)	○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	季節感を出す為に季節ごとに利用者や装飾品を作り飾っている。 一部の壁に自分たちの写真を張り出し楽しい記憶を少しでも思い出してもらえようとしている。	リビングには時計や日めくりカレンダーなどがあり、壁には行事で撮影した利用者の写真が飾られている。24時間換気システムを設け、換気に気を配っている他、温・湿度調節は職員が行っている。季節感を演出する装飾で季節を感じてもらおう工夫をしている。リビングの一部が掘り炬燵のある和室となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	フロアにソファや廊下に長椅子を配置して共用空間でも一人になれる空間を作っている。		
54	(22)	○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	入居契約時に、使い慣れた家具を使用して生活をするなど安心感があり早く施設にも慣れる事が出来るなどメリットを家族様に説明している。新品購入時は入居者様が使いやすい物を買って頂けるようにアドバイスをしている。	ベッド、エアコン、洗面台、クローゼットが備え付けてある。利用者は家族写真や遺影などを持ち込み、自分の部屋らしくくつろげるように模様替えしている。居室担当職員が利用者と協力しながら、居室清掃や衣類の整理などを行っている。	
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」や「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	自立支援に繋がるように、トイレや浴室などの入り口に「トイレ」「お風呂」と張り紙を貼り場所を知らせるようにしている。また、自分で書いて頂いた表札を下げ、居室を分かりやすくしています。		