

## 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           | 0495100323                      | 事業の開始年月日       | 2015年4月1日 |  |
|                 |                                 | 指定年月日          | 2015年4月1日 |  |
| 法人名             | 社会福祉法人 大樹                       |                |           |  |
| 事業所名            | グループホーム木だち<br>ユニット名：1階          |                |           |  |
| 所在地             | (〒 981-0953 )<br>仙台市青葉区西勝山21-15 |                |           |  |
| サービス種別<br>及び定員等 | 認知症対応型共同生活介護                    | 定員計            | 18名       |  |
|                 |                                 | ユニット数          | 2         |  |
| 自己評価作成日         | 2023年12月1日                      | 評価結果<br>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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【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)】

・入居者が健康で安心して自分の生活が送れるように支援に務めている。又ご家族ともこまめに連絡を行い、入居者様のご様子について報告、相談させて頂いている。法人内の連携にも務め、介護度があがった場合にはスムーズに同法人内の特養に移れるように図っている

## 【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21日                   | 評価機関<br>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)】

## 【事業所理念】

入居者様中心の生活が送れるよう、又安心、健康的な生活をご家族、地域の方々と協力して築いてゆきます。

## 【事業所方針】

「自分らしい生活」が送れるように支援し、入居者様の意向を尊重しながらその立場に立ちながら居心地の良い生活を支援してゆく。

## 【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人である「社会福祉法人大樹」は青葉区で特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービスなどを運営している。西勝山にある「グループホーム木だち」は、2015年4月に開設され、閑静な住宅街にある2階建て2ユニットのホームである。ホーム北側からは泉ヶ岳の山並みが見える。近隣には同法人の特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護事業所があり、隣には同法人が運営する保育園がある。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

ホームがある団地が発足して50年が過ぎ高齢化や一人暮らしの人が多くなる中、ホームは地域と連携して介護施設としての役割を担っている。コロナ禍で互いの活動ができなかったが法人の夏祭りには地域住民が参加している。2024年1月にはホーム内で地域包括主催の認知症カフェが開催される。運営推進会議では地域が抱える課題が話題に上がり互いに情報交換し、ホームに相談があれば法人の介護施設を紹介するなど連携している。職員は日頃からケアが独りよがりにならないよう常に話し合いチームで取り組んでおり、利用者には安全に配慮し、できるだけ自由に過ごしてもらえるよう心掛けている。家族には「こだち」便りなどで日々の様子を知らせ、意思の疎通を図り関係を大切にしている。居室で面会できるようになり家族の安心につながっている。法人の理事長が医師で協力医も複数あり通院、訪問診療、訪問看護師との連携がとれており利用者・家族の安心に繋がっている。

## 【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  | グループホーム木だち |
| ユニット名 | 1階         |

**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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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 グループホーム木だち ）「ユニット名:1階」

| 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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |  |   |                   |
| 1                 | (1)  | ○理念の共有と実践<br>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                    | ・生活リズム表や職員相談室に理念を標記し職員の目に入りやすくし、意識づけをしている。   | 事業所理念、事業所方針がある。年度初めに前年の理念を振り返り話し合っていて決めている。どのような目的で仕事をするのかも確認し合い、チームでケアに取り組んでいる。常に目にする生活リズム表に理念を記載し、職員談話室にも掲示し意識づけをしている。  |                   |
| 2                 | (2)  | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | ・町内会に加入し地域の情報をもらっている。新型コロナウイルス感染予防の観点から入居者を交えての地域行事の参加は控えているが施設近辺の散歩時には住人の方と距離を置いて挨拶等交流を図っている。 | 町内会に加入している。50周年を迎えた町内は高齢の独居の人も多く、運営推進会議では民生委員から相談を受けるなど信頼も厚い。町内会の避難訓練時には、利用者の自宅に「無事カード」を掛け、持ち主がいることを示してくれる仕組みがある。地域行事への参加を控えているが、散歩時には声掛けがあり挨拶を交わしている。                            |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | ・今年度では法人夏祭りとしてスペースのある特養で行い、近隣の方と触れ合いを行っている。  |   |                   |
| 4                 | (3)  | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 町内会の近況や法人の近況、西勝山在住のご利用者様についてお話ししたりしている。  | 隔月で開催し2023年5月から対面で行われている。町内会からは会長と福祉部長、民生委員2人、地域包括職員、同法人の他グループホームと小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が参加し、合同で行っている。民生委員や地域包括職員からは町内の高齢者に関する情報や相談を受けたり、アドバイスを得ている。町内から入居した人やその家族の様子を伝えるなど互いに連携している。 |                   |
| 5                 | (4)  | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる           | 必要時に連絡を取り交わしている。入退院の支援等制度上不明なところがあれば連絡、相談を行い情報を頂いている。  | 行政には事故報告や入退院を繰り返した利用者への支援制度について相談している。地域包括職員からは感染症についてなどの研修案内があり参加している。2024年1月、2月にはホームの1室を会場として、地域包括主催の認知症講座を開催予定である。   |                   |

| 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<br>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 | ・安全面の観点から夜間から早朝にかけては玄関の施錠を行っている   | 職員は「高齢者福祉」の動画を空いている時間に視聴して学び、自身のケアについて振り返り研修を行っている。身体拘束適正化委員会を3ヶ月毎に行い、職員から出されたヒヤリハット（グレーゾーン等含）について検討している。委員会の報告書は職員間で回覧しカンファレンスで共有して振り返っている。否定的な言葉遣いにも注意している。玄関にはセンサーを設置し、防犯上22時から6時迄施錠している。 |                   |
| 7    | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | ・研修会にて勉強を行っている。又ケアカンファレンスにて職員同士のケアの確認を行い、防止に努めている。                      | 身体拘束と一緒に研修を年2回行っている。外部研修で権利擁護について学び、事業所内で伝達研修を行っている。知識不足から虐待に繋がることがないように取り組んでいる。カンファレンスでは職員同士で事例を上げ、ケアが虐待等に当たらないか話し合っている。職員がストレスを抱え込まないように、管理者や主任が対話に努めている。                                  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | ・権利擁護について外部研修に職員参加。参加職員より伝達研修を行っている。                                    |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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、入居時には契約書、重要事項説明書を一緒に読み合わせを行い確認している。改定時にはその書類と説明文を合わせてご家族に送り説明している。 |  |                   |
| 10   | (7)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 入口にはご意見BOXを設置し、ご家族面会時にはご様子をお伝えしたり、ケアについてご相談したりして、ご意見、ご要望を頂いている。         | 近隣に住む家族とは予約なしで15分間居室で面会できるよう支援している。面会の際には職員が同席することで会話がスムーズに運び、家族に喜ばれている。月1回のお便りと一緒に利用者の様子を手紙でも知らせ、家族とのコミュニケーションを大切にしている。   |                   |

| 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<br>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                                      | 日中、関りを持つ機会を設定。又年2回面談を設けたりと定期的に話を聴く機会を設けている。   | 管理者は職員と年2回面談を行い要望などを聞き、日常的にコミュニケーションを取っている。また、リーダーも職員から意見・要望を聞きカンファレンスで話し合い、チームでケアに取り組んでいる。職員は会議で話し合っ欲しい内容を文書で事前に提出している。資格取得の費用については法人が補助しており、職員が希望する研修に参加することができるよう配慮している。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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      | ・主に職員面談時にその職員と一緒に振り返りを行っている。  |   |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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（スキルアップ研修等）を行っている。スキルアップ研修においては伝達研修を行っている。                                      |   |                   |
| 14                          | (9)  | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | ・外部研修においてはその時の参加者の方との交流を図っている。又法人内では事業所の管理者は月1回会議を行い、現況の確認をしている。                          | 外部のスキルアップ研修に積極的に参加し交流を図り伝達講習を行っている。実践者研修でも交流している。管理者は技能実習生を受け入れ、研修や介護指導者研修に参加している。法人内の管理者間でも困難な事例について話し合っている。職員は法人で設置している各委員会に参加し、情報交流することで学び、日々のケアに活かしている。                 |                   |
| <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<br>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        | ・実調時に初めてお会いした時には本人が話しやすい雰囲気作りを心がけている。又その都度お話をお聞きし気になることがあれば記録等に残し、入居前カンファレンスにて情報共有を図っている。 |   |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | ・実調時にご家族とお話をする時間を確保し、お話をお聞きするよう気を付けている。情報を得た際には他職員とも情報共有を図っている。            |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | ・実調から得た情報については入居前カンファレンスを開き、職員間の情報共有を図っている。                                |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | ・日々の会話やレクリエーション活動、家事活動等の日々の関りの中でその方ができない事を見極めて対応している。                      |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | ・昔の生活や好みのもの等を聞き、生活に活かしている。又、毎月の広報誌やご様子についても文書にて報告している。ケアについてのご相談もさせて頂いている。 |   |                   |
| 20   | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | ・新型コロナウイルスの為行動が制限されてきたが今年度から居室での面会も再開された。感染の流行具合によっては個別の外出支援も行っている。        | 居室での面会を再開し、電話の取り次ぎや手紙を書きたい人など馴染みの人との関係が途切れないよう支援している。知人からの電話や訪問は家族の了解を得て取り次いでいる。コロナが5類に緩和され、少人数でのドライブや外食にも出かけている。近所の酒屋に散歩がてら買い物に出かける人もいる。訪問理・美容を利用している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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             | ・入居者同士がスムーズに交流を図れるよう職員が仲介に入って対応している。トラブルが発生した場合には席替えを行ったりして対応している。         |   |                   |

| 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 |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | ・同法人の特養にご入居された方に関しては特養の職員からご様子を伺ったりしている。   |  |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |  |                   |
| 23                                | (11) | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | ・普段の関りの中から思いや気持ち、意向の把握に務めている。困難な方に対しては表情やしぐさ等から思いを汲み取るようにしている。又職員の思い込みにならない様擦り合わせを行っている。 | 思いや意向を伝えることが困難な人は、仕草や表情から汲み取り把握に努めている。普段の会話で「買い物に行きたい」「甘いものが食べたい」「読書をしたい」などの意向を聞き、家族に相談しながら対応している。家族が「聞かせてほしい」と持参した合唱のCDを聞く人や、好きな漫画本を読む人、装飾品作りや、習字、編み物、家事など得意なことを生かして過ごしている。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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、家族からだけでなく、日々の会話や入居者同士でのお話の内容から情報の把握に務めている。   |  |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ・日々の暮らしの中でご様子を観察、記録し、体調の把握等生活リズム表を活用しながら職員間で情報の共有に務めている。                                 |  |                   |
| 26                                | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ・面会時等ご家族にご様子を報告、相談をしつつケアカンファレンスにてその入居者様の現状や課題等意見交換、共有を図り介護計画書を作成している。                    | 介護計画は3ヶ月に1度見直している。家族や医師、訪問歯科医等の意見を参考に、職員間でカンファレンスで情報交換し、介護計画作成担当者が作成している。遠方の家族には郵送で介護計画の同意を得ている。   |                   |
| 27                                |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ・ケア記録や生活リズムを活用し情報の級友を図る。ケアの実践を図る際には職員間で話し合う機会を設けてそれを経て行っている。                             |  |                   |

| 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 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                          | ・事業所の対応できる範囲にて柔軟な支援ができるよう心掛けている。  |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                                    | ・新型コロナウイルス感染予防の為町内会の催しの参加は控えている。移動販売（ヤクルト）は行っている。   |   |                   |
| 30   | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                | ・定期的な主治医の受診により健康管理を行っている。体長不良があった際にはその都度かかりつけ医に報告し指示を仰いでいる。                                       | 複数の協力医療機関のかかりつけ医に通院や訪問診療にて受診している。協力医療機関への通院は職員が同行し、専門医へは基本家族が付き添うが、行けない場合は職員が対応している。医師に伝えたい事は「通院ノート」に記入し、受診結果も記録している。週に1回訪問看護師が利用者の健康管理や相談などを行っている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                     | ・週1回定期的に訪問看護による入居者様の状態観察を行っており、その時の入居者様のご様子について報告、相談を行っている。                                       |   |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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 | ・入退院時にはご家族、病院とこまめに連絡をとり状態の把握に努めている。又入院中の経過についてもかかりつけ医に報告している。入院によって著しく状態が変わった際にはかかりつけ医と相談し対応している。 |   |                   |



| 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 |
| 33                              | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ・入居時に重度化された時について書面にて明確化されており説明している。理解得られた際には署名を頂いている。又実際に重度化、終末期を迎えた際には再度話し合いを行っている。 | 重度化と看取りに関する指針があり入居時に説明をしている。法人の主治医が重度化の時期を判断し、再度家族に説明し話し合っている。24時間対応の訪問看護師とも連携が取れており、ホームでの看取りを希望する利用者も多い。看取り後、職員はカンファレンスで振り返りを行っている。     |                   |
| 34                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | ・急変時の対応マニュアルに沿って行動している。判断に迷った際は管理者、副管理者に報告、相談している。                                   |  |                   |
| 35                              | (15) | ○災害対策<br>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2回避難訓練を行い、職員間にて動き方について確認している。  | 災害対応マニュアルが作成されている。年2回避難訓練し、内1回は夜間想定で行い毎回振り返りを行っている。火災時は近隣の同法人特養との連携を検討している。近隣に住む職員もお互い安心につながっている。消火設備点検は年に2回業者が行い、非常用食料は同法人特養が3日分備蓄している。 |                   |
| <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                              | (16) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている  | ・声掛けに関しては目上の人という事を念頭にして行っている。トイレ等の声掛けの際は周りに聞こえない様配慮して行っている。                          | 権利擁護の研修を行い、尊厳やプライバシーに配慮している。利用者には目上の人として声掛けや話しかけにも配慮し、排泄支援はさりげなく居室のトイレに誘導している。呼び名は入居の際に確認し、基本は苗字や名前に「さん」を付けて呼んでいる。                       |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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   | ・本人自身が意思決定できるよう雰囲気作りに気をつけている。一方的な支援にならないように入居者様のお話を聞いたり選択しを与えて本人に選んでもらうようにしている。      |  |                   |

| 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 |
| 38   |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | ・通院や入浴の制限がある為事業所側で対応が可能な範囲で希望に沿って支援している。                          |  |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | ・季節の服を選んで着てもらったり好みの服を選べるよう支援している。                                 |  |                   |
| 40   | (17) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | ・その入居者様の残存能力に応じて一緒に調理や盛り付け、片付け等行っている。又会話の中から好きな物、嫌いな物を聞き出したりしている。 | 昼食と夕食の献立は法人の栄養士が作成し職員が交替で作製、朝食は業者の湯せん（チルド）食を利用している。利用者は調理や片付け等できることに参加し、職員と一緒に焼きそばを作ることもある。飲み込みが難しくなった場合には、きざみ食やとろみ食、ソフト（ムース）食など、状態に合わせている。季節ごとに干し柿作り、さんま焼き、流しそうめんなど、皆で楽しんでいる。便秘に配慮して一人ひとりの水分量のチェックを行っている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | ・毎日食事、水分量摂取量の把握、記録を行っている。入居者様の状態に合わせて食形態や量等調整している。                |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | ・ご自分でできる方にはお声掛けにて行って頂いている。できない方に対しては介助にて行っている。場合によっては訪問歯科を利用している。 |  |                   |

| 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 |
| 43   | (18) | ○排泄の自立支援<br>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          | ・生活リズム表を活用し入居者様の排泄リズムの把握に務めている。以前トイレでの排泄が出来ていたが認知、身体機能の低下の為できなくなった方に対しては排泄ケアについてアイテム変更も含めカンファレンスで情報共有を図っている。 | 居室にトイレがある。生活リズム表を活用し、排泄の間隔を把握しトイレ誘導をしている。身体機能の低下でパッドを使用するなど、利用者の状態について話し合い決めている。夜間はそれぞれの状態に応じてトイレ誘導など支援している。便秘対策として体操したり乳製品や水分摂取に配慮しているが、医師の処方薬を服用している人もいる。                                  |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | ・水分摂取の促し、乳製品の摂取、軽体操の実施等行い便秘の予防に務めている。  |  |                   |
| 45   | (19) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | ・1日の入浴には湯量タンクの容量もある為制限がある。又時間帯によっては通院の兼ね合いもありできない時があるが可能な限り希望の時間に浴えるよう支援している。                                | 週2～3回を基本にしている。湯量タンクの容量に制限があるが、できるだけ希望の時間に浴えるよう対応し、利用者の皮膚の状態も考慮しながら支援している。利用者の状態に合わせてシャワー浴や足浴でも対応している。利用者は好みの入浴剤や音楽をかけ、気持ちよく入浴している。冬場の脱衣所はヒーターや床暖房で浴室との寒暖差をなくすよう努めている。声がけを工夫しており、入浴を嫌がる人はいない。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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                          | ・その入居者様のご様子に合わせて対応している。  |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                      | ・内服の薬に関しては処方箋を見ながら用法、用量を把握している。薬の変更や追加があった際には内服後の様子観察に務め、様子を主治医に報告。  |  |                   |

| 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 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | ・新型コロナウイルス感染予防の為外出は控えていたが今年度から少人数での外出も再開している。室内では対応できる範囲でのレクリエーションや家事活動等楽しく過ごして頂く様支援している。 |   |                   |
| 49   | (20) | ○日常的な外出支援<br>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                     | ・週1回外出も兼ねて通院を行っている。新型コロナウイルス感染予防の為少人数での外出も行い、気分転換を図っている。                                  | 少人数でドライブなどに外出している。利用者の希望を聞き、カフェや花見、パークタウンのページェントなど、同法人の特養のワゴン車で車椅子の人も一緒に出かけており、希望を叶えている。家族と通院時に出かけたり、法事に参加する人もいる。                             |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | ・ご自分で管理できる方はご自分で管理して頂いている。  |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ・希望がある場合には対応している。   |   |                   |
| 52   | (21) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ・清潔感を保ち、四季に応じた装飾を行ったりして季節を感じて頂く様配慮している。   | 広いリビングダイニングで利用者同士が和やかにおしゃべりを楽しんでいる。調理に参加できるよう低めの広い調理台も備えている。時計や日めくりカレンダーは見当識に配慮され、見やすいところに設置されている。職員と一緒に作成した季節の飾り物や写真が貼ってある。温・湿度の管理は職員が行っている。 |                   |

| 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 |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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             | ・入居者間の人間関係に配慮しながら共用空間のテーブルの配置など気をつけている。                     |   |                   |
| 54   | (22) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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をを活かして、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る食器やご本人の愛用品等持ってきて頂いている。                           | 廊下の左右に居室があり、エアコン、クローゼット、洗面台やトイレが備え付けられている。利用者はベッド、テレビ、本や漫画、パズル等を持ち込み自由に過ごしている。配置は利用者の動線などに配慮し、安全に過ごせるようカンファレンスで話し合っている。担当職員が居室の管理や家族への連絡、車いすなどの業者とのやり取り等を担っている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ・手すりの設置や段差の解消等バリアフリーな構造となっている。各居室には入居者様の居室と分かるように表札を設置している。 |   |                   |

## 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           | 0495100323                   | 事業の開始年月日       | 2015年4月1日 |  |
|                 |                              | 指定年月日          | 2015年4月1日 |  |
| 法人名             | 社会福祉法人 大樹                    |                |           |  |
| 事業所名            | グループホーム木だち<br>ユニット名：2階       |                |           |  |
| 所在地             | (〒 981-0953 )<br>仙台市西勝山21-15 |                |           |  |
| サービス種別<br>及び定員等 | 認知症対応型共同生活介護                 | 定員計            | 18名       |  |
|                 |                              | ユニット数          | 2         |  |
| 自己評価作成日         | 2023年12月1日                   | 評価結果<br>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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【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)】

・入居者が健康で安心して自分の生活が送れるように支援に務めている。又ご家族ともこまめに連絡を行い、入居者様のご様子について報告、相談させて頂いている。法人内の連携にも務め、介護度があがった場合にはスムーズに同法人内の特養に移れるように図っている

## 【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21日                   | 評価機関<br>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】

入居者様中心の生活が送れるよう、又安心、健康的な生活をご家族、地域の方々と協力して築いてゆきます。

## 【事業所方針】

「自分らしい生活」が送れるように支援し、入居者様の意向を尊重しながらその立場に立ちながら居心地の良い生活を支援してゆく。

## 【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人である「社会福祉法人大樹」は青葉区で特別養護老人ホーム、グループホーム、デイサービスなどを運営している。西勝山にある「グループホーム木だち」は、2015年4月に開設され、閑静な住宅街にある2階建て2ユニットのホームである。ホーム北側からは泉ヶ岳の山並みが見える。近隣には同法人の特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護事業所があり、隣には同法人が運営する保育園がある。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

ホームがある団地が発足して50年が過ぎ高齢化や一人暮らしの人が多くなる中、ホームは地域と連携して介護施設としての役割を担っている。コロナ禍で互いの活動ができなかったが法人の夏祭りには地域住民が参加している。2024年1月にはホーム内で地域包括主催の認知症カフェが開催される。運営推進会議では地域が抱える課題が話題に上がり互いに情報交換し、ホームに相談があれば法人の介護施設を紹介するなど連携している。職員は日頃からケアが独りよがりにならないよう常に話し合いチームで取り組んでおり、利用者には安全に配慮し、できるだけ自由に過ごしてもらえるよう心掛けている。家族には「こだち」便りなどで日々の様子を知らせ、意思の疎通を図り関係を大切にしている。居室で面会できるようになり家族の安心につながっている。法人の理事長が医師で協力医も複数あり通院、訪問診療、訪問看護師との連携がとれており利用者・家族の安心に繋がっている。

## 【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  | グループホーム木だち |
| ユニット名 | 2階         |

**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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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 グループホーム木だち ）「ユニット名:2階」

| 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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |   |   |                   |
| 1                 | (1)  | ○理念の共有と実践<br>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                    | ・リズム表に記載、談話室掲示し職員の目に入りやすいようにしている  | 事業所理念、事業所方針がある。年度初めに前年の理念を振り返り話し合っ決めていいる。どのような目的で仕事をするのかも確認し合い、チームでケアに取り組んでいる。常に目にする生活リズム表に理念を記載し、職員談話室にも掲示し意識づけをしている。  |                   |
| 2                 | (2)  | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | ・新型コロナウイルスが第5類に分類されるが引き続き感染予防の為地域行事は参加は控えている。距離をとっての施設周辺の散歩での挨拶や法人夏祭りには地域の方も参加され、交流を図っている | 町内会に加入している。50周年を迎えた町内は高齢の独居の人も多く、運営推進会議では民生委員から相談を受けるなど信頼も厚い。町内会の避難訓練時には、利用者の自宅に「無事カード」をかけ、持ち主がいることを示してくれる仕組みがある。地域行事への参加を控えているが、散歩時には声掛けがあり挨拶を交わしている。                            |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | ・運営推進会議にて木だちのご様子を報告している   |   |                   |
| 4                 | (3)  | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | ・会議の場では町内会の現状（独居の高齢者が何人いるか等）、取り組みや民生委員からのケース報告のお話や町内在住の方が入居された場合にはその後のご様子等も報告している         | 隔月で開催し2023年5月から対面で行われている。町内会からは会長と福祉部長、民生委員2人、地域包括職員、同法人の他グループホームと小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が参加し、合同で行っている。民生委員や地域包括職員からは町内の高齢者に関する情報や相談を受けたり、アドバイスを得ている。町内から入居した人やその家族の様子を伝えるなど互いに連携している。 |                   |
| 5                 | (4)  | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる           | ・必要時連絡をしている。又制度的な部分で不明な所でも市町村に連絡をとっている  | 行政には事故報告や入退院を繰り返した利用者への支援制度について相談している。地域包括職員からは感染症についての研修案内があり参加している。2024年1月、2月にはホームの1室を会場として、地域包括主催の認知症講座を開催予定である。   |                   |



| 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<br>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 | ・2階では入口の先が階段となっている為人が手薄な時間でや夜間帯では安全の為に施錠を行っている  | 職員は「高齢者福祉」の動画を空いている時間に視聴して学び、自身のケアについて振り返り研修を行っている。身体拘束適正化委員会を3ヶ月毎に行い、職員から出されたヒヤリハット（グレーゾーン等含）について検討している。委員会の報告書は職員間で回覧しカンファレンスで共有して振り返っている。否定的な言葉遣いにも注意している。玄関にはセンサーを設置し、防犯上22時から6時迄施錠している。 |                   |
| 7    | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | ・研修会を行い、勉強を行っている  | 身体拘束と一緒に研修を年2回行っている。外部研修で権利擁護について学び、事業所内で伝達研修を行っている。知識不足から虐待に繋がることのないよう取り組んでいる。カンファレンスでは職員同士で事例を上げ、ケアが虐待等に当たらないか話し合っている。職員がストレスを抱え込まないように、管理者や主任が対話に努めている。                                   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | ・後見人をご利用していた入居者もあり、実際にどこまで支援して頂けるか後見人と確認し、職員間でも周知している。                                  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | ・入居前にはパンフレットを使用しながら説明し、その都度不明な所はないか確認している。契約時には入居契約書、重要事項説明書を使用しながら一緒に確認し理解、納得をして頂いている。 |  |                   |
| 10   | (7)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | ・電話や面会時には都度近況の様子をお伝えし、ご要望があった際には随時お話を伺っている。   | 近隣に住む家族とは予約なしで15分間居室で面会できるよう支援している。面会の際には職員が同席することで会話がスムーズに運び、家族に喜ばれている。月1回のお便りと一緒に利用者の様子を手紙でも知らせ、家族とのコミュニケーションを大切にしている。   |                   |

| 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<br>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                                      | ・ケアカンファレンス等を通し意見を聞いている。                            | 管理者は職員と年2回面談を行い要望などを聞き、日常的にコミュニケーションを取っている。また、リーダーも職員から意見・要望を聞きカンファレンスで話し合い、チームでケアに取り組んでいる。職員は会議で話し合っ欲しい内容を文書で事前に提出している。資格取得の費用については法人が補助しており、職員が希望する研修に参加することができるよう配慮している。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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      | ・管理者が定期的に年、2回の面談を設けお話を聞いている。又随時話を聞けるよう環境づくりに努めている。 |   |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | ・スキルアップ研修の参加。参加者による伝達研修を行っている。                     |   |                   |
| 14                          | (9)  | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | ・外部研修や法人で設置してある委員会の参加等交流を図っている。                    | 外部のスキルアップ研修に積極的に参加し交流を図り伝達講習を行っている。実践者研修でも交流している。管理者は技能実習生を受け入れ、研修や介護指導者研修に参加している。法人内の管理者間でも困難な事例について話し合っている。職員は法人で設置している各委員会に参加し、情報交流することで学び、日々のケアに活かしている。                 |                   |
| <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<br>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        | ・本人の言動や表情に注意し、不安にならないよう関わっていき、関係性を築けるよう心がけている。     |   |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | ・サービスを本利用する前段階までに可能な限りお話を聞いたりして関わっていき、良い関係性を築けるようにしている。                |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | ・事業所の対応できる範囲ではあるがその時に必要な支援ができるよう努めている。                                 |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | ・日々の生活の中で他入居者様との交流も図り関係性を深めていけるよう支援している。                               |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | ・ご家族にもお電話や面会時にご様子をお伝え指し、情報の共有を図っている。その中でご家族が協力できる所は協力して頂いている。          |   |                   |
| 20   | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | ・新型コロナウイルスが第5類に緩和され面会も居室にて15分程度行えるようになった。外出の方もその時の感染流行状況によって判断、対応している。 | 居室での面会を再開し、電話の取り次ぎや手紙を書きたい人など馴染みの人との関係が途切れないよう支援している。知人からの電話や訪問は家族の了解を得て取り次いでいる。コロナが5類に緩和され、少人数でのドライブや外食にも出かけている。近所の酒屋に散歩がてら買い物に出かける人もいる。訪問理・美容を利用している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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             | ・居室で過ごすのを好む方や大勢で過ごす事を好む方もおりその人に合った支援を行っている。                            |   |                   |

| 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 |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | ・同法人内の特別養護老人ホームに移られた方に対してはその後の様子等伺っている。  |  |                   |
| <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                                | (11) | ○思いや意向の把握<br>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   | ・ご意向の把握については日常生活の中の会話等注意して行っている。又ご自分の思いを話すことが困難な方に対してはその表情や仕草等把握、又ご家族にも相談。カンファレンスにて情報共有を図っている。 | 思いや意向を伝えることが困難な人は、仕草や表情から汲み取り把握に努めている。普段の会話で「買い物に行きたい」「甘いものが食べたい」「読書をしたい」などの意向を聞き、家族に相談しながら対応している。家族が「聞かせてほしい」と持参した合唱のCDを聞く人や、好きな漫画本を読む人、装飾品作りや、習字、編み物、家事など得意なことを生かして過ごしている。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | ・事業所の対応できる範囲で一人一人の生活歴や一日の過ごし方等支援を行っている。  |  |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ・ケアカンファレンス等で情報教諭を図っている。又、普段の生活の中でも一人で出来る所は行って頂けるよう見守り、お声掛けを行っている。                              |  |                   |
| 26                                | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ・ご本人やご家族、医療機関の意見を参考にしてケアカンファレンスにて職員間の情報共有を図り介護計画を作成している。                                       | 介護計画は3ヶ月に1度見直している。家族や医師、訪問歯科医等の意見を参考に、職員間でカンファレンスで情報交換し、介護計画作成担当者が作成している。遠方の家族には郵送で介護計画の同意を得ている。   |                   |

| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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               | ・ケース記録や生活リズム表、ヒヤリはっと等で情報共有を図り支援の継続や見直しを図っている。               |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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    | ・事業所の対応できる範囲にて柔軟な支援ができるよう心掛けている。                            |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                | ・新型コロナウイルス感染予防の為町内会の催しの参加は控えている。移動販売（ヤクルト）は行っている。           |   |                   |
| 30   | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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            | ・定期的な主治医の受診により健康管理を行っている。体長不良があった際にはその都度かかりつけ医に報告し指示を仰いでいる。 | 複数の協力医療機関のかかりつけ医に通院や訪問診療にて受診している。協力医療機関への通院は職員が同行し、専門医へは基本家族が付き添うが、行けない場合は職員が対応している。医師に伝えたい事は「通院ノート」に記入し、受診結果も記録している。週に1回訪問看護師が利用者の健康管理や相談などを行っている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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 | ・週1回定期的に訪問看護による入居者様の状態観察を行っており、その時の入居者様のご様子について報告、相談を行っている。 |   |                   |

| 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 |
| 32                              |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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  | ・入退院時にはご家族、病院とこまめに連絡をとり状態の把握に努めている。又入院中の経過についてもかかりつけ医に報告している。入院によって著しく状態が変わった際にはかかりつけ医と相談し対応している。 |  |                   |
| 33                              | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ・入居時に重度化された時について書面にて明確化されており説明している。理解得られた際には署名を頂いている。又実際に重度化、終末期を迎えた際には再度話し合いを行っている。              | 重度化と看取りに関する指針があり入居時に説明をしている。法人の主治医が重度化の時期を判断し、再度家族に説明し話し合っている。24時間対応の訪問看護師とも連携が取れており、ホームでの看取りを希望する利用者も多い。看取り後、職員はカンファレンスで振り返りを行っている。     |                   |
| 34                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | ・急変時の対応マニュアルに沿って行動している。判断に迷った際は管理者、副管理者に報告、相談している。  |  |                   |
| 35                              | (15) | ○災害対策<br>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2回避難訓練を行い、職員間にて動き方について確認している。   | 災害対応マニュアルが作成されている。年2回避難訓練し、内1回は夜間想定で行い毎回振り返りを行っている。火災時は近隣の同法人特養との連携を検討している。近隣に住む職員もお互い安心につながっている。消火設備点検は年に2回業者が行い、非常用食料は同法人特養が3日分備蓄している。 |                   |
| <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                              | (16) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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  | ・これまでの生活習慣や本人の性格、生活歴を把握して声掛け等の対応を行っている。   | 権利擁護の研修を行い、尊厳やプライバシーに配慮している。利用者には目上の人として声掛けや話しかけにも配慮し、排泄支援はさりげなく居室のトイレに誘導している。呼び名は入居の際に確認し、基本は苗字や名前に「さん」を付けて呼んでいる。                       |                   |

| 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 |
| 37   |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | ・自分で意思表示ができる方に対してはその思いを尊重している。難しい方に対してはその表情や仕草から思いを汲み取って対応している。          |  |                   |
| 38   |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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 | ・通院やお風呂等定められた時間があり、事業所の対応できる範囲内でその方の希望に沿って支援を行っている。                      |  |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | ・自分で洗濯できるようお声掛けを行う。できない方に対しては職員が見繕って表情等から伺って対応している。                      |  |                   |
| 40   | (17) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | ・レクリエーションを含み簡単な下ごしらえや、盛り付け等行って楽しんで頂いている。                                 | 昼食と夕食の献立は法人の栄養士が作成し職員が交替で作成、朝食は業者の湯せん（チルド）食を利用している。利用者は調理や片付け等できることに参加し、職員と一緒に焼きそばを作ることもある。飲み込みが難しくなった場合には、きざみ食やとろみ食、ソフト（ムース）食など、状態に合わせている。季節ごとに干し柿作り、さんま焼き、流しそうめんなど、皆で楽しんでいる。便秘に配慮して一人ひとりの水分量のチェックを行っている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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           | ・毎食食事摂取量の把握に務めている。職員間で共有しやすいように生活リズム表に記載している。                            |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | ・自身のできる範囲でのか所についてはお声がけをしており、不十分な所があればお手伝いしている。又必要時に訪問歯科を利用し、アドバイスを頂いている。 |  |                   |

| 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 |
| 43   | (18) | ○排泄の自立支援<br>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          | ・生活リズム表を用いて排泄間隔を把握しその人にあった排泄用品を使用している。                        | 居室にトイレがある。生活リズム表を活用し、排泄の間隔を把握しトイレ誘導をしている。身体機能の低下でパッドを使用するなど、利用者の状態について話し合い決めている。夜間はそれぞれの状態に応じてトイレ誘導など支援している。便秘対策として体操したり乳製品や水分摂取に配慮しているが、医師の処方薬を服用している人もいる。                                  |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | ・主治医に相談し下剤調整を受ける時もあるが自然排便を促せるよう、水分量や運動、定期的に乳製品を摂取する等把握に務めている。 |  |                   |
| 45   | (19) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | ・病院への受診の兼ね合いもあり入浴の行える時間については制限があるがその中で希望に浴えるよう対応している。         | 週2～3回を基本にしている。湯量タンクの容量に制限があるが、できるだけ希望の時間に浴えるよう対応し、利用者の皮膚の状態も考慮しながら支援している。利用者の状態に合わせてシャワー浴や足浴でも対応している。利用者は好みの入浴剤や音楽をかけ、気持ちよく入浴している。冬場の脱衣所はヒーターや床暖房で浴室との寒暖差をなくすよう努めている。声がけを工夫しており、入浴を嫌がる人はいない。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                           | ・体調不良や前日不眠であった場合休んで頂く様促す事もあるが自身の生活リズムに基づいて休んで頂く様支援している。       |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                      | ・主治医、薬剤師から説明を受け効能や副作用について把握するよう務めている。                         |  |                   |



| 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 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | ・新型コロナウイルス感染予防の為外出は控えていたが今年度から少人数での外出も再開している。室内では対応できる範囲でのレクリエーションや家事活動等楽しく過ごして頂く様支援している。 |   |                   |
| 49   | (20) | ○日常的な外出支援<br>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                     | ・週1回外出も兼ねて通院を行っている。新型コロナウイルス感染予防の為少人数での外出も行い、気分転換を図っている。                                  | 少人数でドライブなどに外出している。利用者の希望を聞き、カフェや花見、パークタウンのページェントなど、同法人の特養のワゴン車で車椅子の人も一緒に出かけており、希望を叶えている。家族と通院時に出かけたり、法事に参加する人もいる。                             |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | ・ご自分で管理できる方はご自分で管理して頂いている。  |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ・希望がある場合には対応している。   |   |                   |
| 52   | (21) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ・清潔感を保ち、四季に応じた装飾を行ったりして季節を感じて頂く様配慮している。   | 広いリビングダイニングで利用者同士が和やかにおしゃべりを楽しんでいる。調理に参加できるよう低めの広い調理台も備えている。時計や日めくりカレンダーは見当識に配慮され、見やすいところに設置されている。職員と一緒に作成した季節の飾り物や写真が貼ってある。温・湿度の管理は職員が行っている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | ・入居者間の人間関係に配慮しながら共用空間のテーブルの配置など気をつけている。   |   |                   |

| 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 |
| 54   | (22) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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をを活かして、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る食器やご本人の愛用品等持ってきて頂いている。                           | 廊下の左右に居室があり、エアコン、クローゼット、洗面台やトイレが備え付けられている。利用者はベッド、テレビ、本や漫画、パズル等を持ち込み自由に過ごしている。配置は利用者の動線などに配慮し、安全に過ごせるようカンファレンスで話し合っている。担当職員が居室の管理や家族への連絡、車いすなどの業者とのやり取り等を担っている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | ・手すりの設置や段差の解消等バリアフリーな構造となっている。各居室には入居者様の居室と分かるように表札を設置している。 |   |                   |