

## 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	0472600345	事業の開始年月日	2002年3月1日	
		指定年月日		
法人名	社会福祉法人功寿会			
事業所名	グループホーム「桜の家」 ユニット名：ゆったりハウス・のんびりハウス・やすらぎハウス			
所在地	(〒 981-0214 ) 宮城県宮城郡松島町桜渡戸字中島14-1			
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	24名	
		ユニット数	3	
自己評価作成日	2023年11月6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	<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)】

職員は1人ひとりが認知症ケアの知識や技術の向上に努めており、資格取得や研修は積極的に参加しています。重度化や看取りでは看護師が中心となり、介護職員も医療について知識や技術を学ぶ事ができています。また、看護師が指導者になり喀痰吸引の資格取得と宮城県への登録によって喀痰吸引や胃ろうの入居者様にも対応できる体制がとれています。コロナが第2類から5類に引き下げられるも、今もなお感染予防、防止策を継続しながら少しずつ面会や外出の機会を増やしていますが、コロナ以前のようには至っておりません。しかし、ホーム内でも工夫して楽しめる行事等を取り入れながら元の生活、活動を活発化していきたい。

## 【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22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】

「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」

## 【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「社会福祉法人功寿会」は2001年7月に設立し、大和町には在宅複合型サービスを、多賀城市や七ヶ浜町にはグループホームを開設し連携を図っている。住み慣れた地域で暮らしている高齢者が、介護を必要となっても地元で生活が継続できるよう「地域包括ケアシステム」の一翼を担っている。グループホーム「桜の家」は松島町西部、県道8号線沿いの静かな郊外の高台にあり、デイサービス・居宅介護支援事業所を併設している。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

年度初めに、全職員で理念を基に「自分が施設でどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど、具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、「利用者の『リビングパートナー』である」というプライドを持ち日々のケアに取り組んでいる。3ユニットすべての利用者を全職員でケアするという体制を整え、24人の利用者の情報を全職員で共有しケアに活かしている。看取り期の夜間対応についても、職員の負担感が軽くなるよう3ユニットの3人で連携している。また、看護師3人を配置し、利用者の健康管理や看取り時の対応に配慮している。職員は長年勤務している人が多く、入居時から退去時まで同じ居室担当職員が対応し、毎月の「利用者様状況報告書」を詳細に記載している。家族に面会の来訪や、受診付き添いの協力要請などを通し、関係が継続できるよう支援している。地域との関係が良好で、近隣の人がボランティアで雪かきや草刈りを行っている。町から認知症についての相談や講師依頼があり、認知症専門施設として役割を期待されている。

## 【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「桜の家」
ユニット名	ゆったりハウス

**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 ）「ユニット名:ゆったりハウス」

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 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	「ゆったりのんびり一緒に楽しく」の基本理念を基に年度の初めに勉強会を行いながら、全職員で具体的な行動指針を構築している。その行動指針を事務所や職員トイレ、休憩室など目が届く場所に掲示、毎朝ミーティング後に理念を唱和する事で、意識付けをし、時に振り返りを行い、日々理念の理解を深め、実践に繋げている。	事業所理念「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」を基に、年度初めに全職員で「自分ならホームでどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、日々のケアに取り組んでいる。理念は玄関や事務所、休憩室、トイレ入口などに掲示し、毎朝ミーティング後に唱和するなど、意識啓発を図っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、地域のお便りなどで、地域活動の情報を得ている。地域の方々が、草刈りや、雪かきをして下さることもある。コロナ前よりは地域住民の桜の家の活動への参加や、桜の家の地区行事へ参加が減ってしまっはいるが、ごみ拾いへの参加、散歩時の挨拶やコミュニケーションは図れている。	町内会に加入している。地区のごみ拾いなどには利用者は職員と一緒に参加している。地域住民がボランティアとして機材持参で草刈りや駐車場の雪かきなどを行うなど、相互協力が図られている。コロナ禍で休止していた認知症カフェを11月から本格的に再開する予定であり、また、2024年の節分には、近所の保育園児と一緒に豆まきを行う予定である。	
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	コロナの状況を見ながら認知症カフェを開催し地域住民との交流や認知症の理解の啓発を行っている。また、施設長が認知症サポーター養成講座など地域の方に向けた支援の方法を伝える機会を設けている。		
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	2ヶ月に1回偶数月に運営推進会議を開催し、行事等の事業所内の活動報告を行い、頂いた意見を職員で共有し、サービス向上に活かしている。	隔月、家族代表、民生委員、婦人会会長、松島町長寿課職員、社会福祉協議会職員、法人理事長、事業所職員が参加し開催している。利用者の状況や待機者状況、行事・防災訓練・事故などを報告し、意見交換を行うと共に、認知症カフェ開催等の協力要請を行っている。コロナ禍中の運営推進会議は状況により文書報告で行っていた。	

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
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	管理者は町の認知症施策に協力している。町で対応に困った地域住民の相談を管理者が受ける事もある。認知症カフェを開催するにあたりチラシ配りなど開催の協力をして頂いたり、運営推進会議に参加して頂き意見交換などを行う事で協力関係を築けている。	町担当職員が運営推進会議に参加しており協力関係が築かれている。施設長が町から認知症地域支援推進員を委託されており、行政から認知症やホームの入居について専門的な意見や支援を求められることが多い。町からひとり暮らしの男性について相談があり、一時的にホームで預かりながら本人の状態を確認し、町に報告した連携事例がある。	
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	日中は施錠せず、入居者が自由に屋外へ行き来できるようにしている。身体拘束適性化委員会を3ヶ月に1回行い、日頃のケアの振り返りや再確認をしている。会議の場で職員1人ひとりの理解と共有に努め身体拘束をしないケアに繋げている。また、勉強会にて身体拘束に関して学び、身体拘束をしないケアを実践している。	「身体拘束廃止等適正化のための指針」を作成している。年2回の研修や3ヶ月ごとに委員会を開いている。「声掛けをしないで身体に触れる」「食事や入浴を無理強いする」など、利用者に嫌悪感を抱かせる介護は行わないことを掲げ取り組んでいる。玄関の施錠は防犯上、夜間帯18時から7時まで行うが日中は施錠しない方針について、地域に発信し理解と協力を得られるよう努めている。日常の支援中でも、職員同士で気になる言動などがあれば注意し合っている。	
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	虐待防止を研修で学び、新人職員には個別で勉強会を行っている。また、虐待の芽シートを活用し不適切ケアを見逃す事が無いよう確認している。三カ月ごとに目標を掲げて掲示し、振り返りも行っている。不適切ではないかと感じる声がかげや関わりを見かけた際は、その都度注意し合える職場環境を整えている。	年2回、虐待防止の研修を行い、3ヶ月に1回、全職員が参加し委員会を開催している。職員一人ひとりが3ヶ月に1回「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で振り返りを行い、その結果を集計し特に注意すべき事項を、3ヶ月間の『心得』として掲示し、職員の意識啓発を図っている。年2回、施設長が職員と面談を行い、ストレスを感じていることなども聴きフォローするよう努めている。	
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	成年後見制度について学んでいるが現在も今までも活用する入居者様がない。必要時は関係者と調整し、活用できるように支援します。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に入居者様と家族様同席の基説明を行っている。改定時には文書でお知らせし、疑問点がある際は、直接口頭で対応している。不安や疑問がある時は都度説明をして理解と納得をいただけるように努めている。契約終了がある際は、相談に応じている。		

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
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	受診対応時、面会時や電話などで意見や要望を頂いている。また、運営推進会議や家族会の際、意見や要望がないか確認している。意見要望を頂いた場合は要望書を記入し職員間で共有している。	運営推進会議、家族会、受診対応時、面会時などに家族から意見や要望を聞いている。家族からの希望で、事業所前の坂道を車が徐行するよう出口に三角コーンを設置し、利用者の安全面強化に活かした例がある。なかなか面会に来訪できない家族の要望で、利用者の日ごろの様子を録画した動画を送っている。	
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	朝のミーティング時や会議、年2回の個人面談で職員の意見や提案を聞いている。また、何かあればその都度意見や提案を聞けるよう関係性を築いている。	朝のミーティング、月次のスタッフ会議、年2回の人事考課の面談時に職員から意見や提案を聞いている。職員の希望でホワイトボードを購入し、職員間の情報共有時に役立っている。喀痰吸引等資格取得の支援もあり、介護の質の向上に繋がっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の職員1人ひとり自己評価を行い評価表を基に個人面談を行っている。吸引研修や実務者研修などやりがいや向上心を持って働ける環境を整備して頂いている。		
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	全職員が毎月講習を受け、スキルアップできるようにオンラインでの講習を受講している。研修会の通知を掲示し自発的に参加を促したり、研修内容に該当する職員に声を掛け、職員の力量に応じて法人内外の研修を受けられるよう努めている。実務者研修や実践者研修の受講も進めている。		
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	GH協のブロック集会や、県外への研修参加や勉強会、交流会に積極的に参加し、同業者の交流や、ネットワークづくりができています。管理者は他施設から研修の講師の依頼を受け、講義を行ったり、他施設との交流や情報交換が常にできています。	施設長が宮城県グループホーム協議会会長の任にあり、ブロック集会や実践事例発表会に職員が積極的に参加している。他施設との情報交換や好事例を通して、自己の事業所の取組みを見直す機会にもなっている。	

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
<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	入居前の実態調査で、家族様や本人に不安や要望、自宅での今までの暮らしを聞き、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。気の合いそうな入居者とカップリングをし、職員だけでなく入居者同士支え合い安心感が持てるようにしている。入居後も困ったことがないか不安なことはいか確認し桜の家での生活に不安がないよう努めている。		
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	入居前の実態調査で、不安や要望、生活の意向を本人だけでなく家族にも確認し、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。入居後も安心して頂けるよう電話や月初めの手紙に写真を添えたり、面会時に状況報告を行い、安心して頂けるよう伝えている。		
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	入居時に本人と家族様と話をすることで訪問歯科や訪問マッサージ、訪問カットなどもサービス利用ができるよう提案している。		
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	日頃の生活の中で入居者様が生活の主体者である事を常に頭へ入れ、入居者様1人ひとりが出来る事を行って頂き、出来なくなってきた事は何ができなくなってきたか見極めながらリビングパートナーとして共に行いながら支えている。		
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	以前は毎月の行事に参加して頂いていたが、コロナ禍では家族の行事参加は行えていないため、定期受診や緊急時の対応、衣替え、必要物品の購入など協力を頂き入居者様の状態報告をこまめに行い、家族様と共に意見を出し合いながら共に本人を支えている。		

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
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	昔から行っていた美容室や歯医者など入居してからも外出して頂いている。家族友人親戚の面会や電話、手紙にも対応し関係が途切れないよう支援に努めている。	利用者の生活習慣や趣味などを把握し、美容室や歯科への外出や友人・家族にハガキを出すなど、関係が継続できるよう支援している。事業所は3つのユニットが繋がっており、親しい人と行き来するなど、ユニット同士での関係づくりも行えている。また、飲酒や喫煙の希望にも対応している。	
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	入居者様同士の関係性を把握しカップリングを行い良好な関係を築けるよう努めている。昔からの友人関係を把握しユニット間の行き来するなど、孤立せずに利用者同士が関わり合い支え合えるよう努めている。		
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	秋祭りの際、毎年お赤飯を持ってきて頂いたり、タオルなど持ってきて頂く事がある。契約終了後も家族間のトラブルの相談を受ける事もある。		
<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 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	日々の暮らしの中で今やりたい事を聞き、その方に合った生活リズムを理解する事で暮らしやすい環境を整えている。また、意思疎通が困難な方にはケアを受けた時の反応から考えたり、バックグラウンドを参考にしたり家族様に伺ったりして、希望や意向の把握に努めている。	居室担当制で一人の職員が利用者二人を担当し、ドライブや誕生月の希望の食事メニューなど、その都度確認しながら支援している。意思表示が困難な人からは表情や仕草から思いをくみ取ったり、入居前に家族から聞き作成したバックグラウンドシートを参考に支援している。動画や写真を見せたり、アロマや音楽など、五感に働きかけながら個別に対応している。	
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	実態調査での事前の聞き取りや、家族様や本人に記入して頂いたバックグラウンドの把握に努め、また、本人に自宅での暮らしを聞き、その方らしい生活を送れるよう支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	体内リズムを整えるため、ある程度の一日のスケジュールはあるものの出来る限り1人ひとりの生活リズムを理解し、その方が安心して過ごせるよう努めている。また、日常の中で自己決定や自己選択を促し、「待つケア」を実践し自立した生活を送れるよう努めている。		

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
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	日々の生活の中での気づきや意見を話せるようミーティング時や会議の場を設けている。必要に応じてカンファレンスを行い介護計画に反映させている。その後の評価も引き続きしてケアを提供できるように努めている。	入居時に利用者の生活歴や趣味、馴染みの関係などをフェイスシートにまとめ、身体状況などは「151項目からなるアセスメントシート」にまとめ、介護計画作成時に活かしている。支援内容は具体的に、いつ、誰がどのようなケアを行うかを詳細に記し、職員全員で情報共有している。モニタリングは全員で行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	KCIS（電子記録システム）にて個別の記録を入力している。また、医療記録や連絡ノート、チャットワークにて気づいた事を記入し、職員間で情報を共有し、支援に活かしている。		
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	訪問歯科や訪問カット、訪問マッサージに入っただき本人や家族のニーズに対応しています。努めている。また、居室が空いた際には短期入所で利用して頂いている。		
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	コロナの影響で地域資源の活用や地域活動への参加が難しい事もあったが、町内の商店に食材を発注したり、週に一回地域の仕出し屋さんがお惣菜の訪問販売に来ている。入居前から通っている美容院へ行かれている方もいる。		
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	本人または家族様の希望するかかりつけ医を選択して頂いている。通院は家族に対応して頂き、受診の際日頃の状態を記入した記録を持参して頂き、連携を図っている。	入居時に利用者や家族から、入居前からのかかりつけ医を受診するか、訪問診療に切り替えるかを確認している。入居前のかかりつけ医を希望する場合は、家族に受診の付添いを依頼しており、受診の際は「情報提供書」を提出し連携を図っている。職員として看護師を配置し、利用者の健康管理を行っている。協力歯科医療機関も定めている。	



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
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	体調の変化や怪我が発生した場合は直ぐに看護師へ報告している。必要に応じてかかりつけ医に連絡し指示をいただいている。MCSで小さなことでも報告をしアドバイスを頂いたり、往診に来ていただき適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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	サマリーを通して施設での情報を提供している。入院中の状態や退院後の生活支援などについては病棟ナースや地域連携室と情報交換を行い、早期に退院できるよう調整するとともに安心して退院できるよう準備をしている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化、終末期になった場合、家族、かかりつけ医を交え、以前からの本人の意向を家族に確認し、桜の家でできる医療・介護の説明と、これからの方針の統一、その人らしい最期を迎えられるようどう支援して行くかを話し合い、状態変化時も、話し合いを行いチームで支援に取り組んでいる。	入居時に「重度化に関する指針」を説明し、利用者・家族から同意を得ている。「看取りに関する指針」に沿って、状態が終末期対応となった場合、医師、家族、事業所で利用者の最期をどのように支援して行くか話合っている。重度化対応について、研修の機会を設け、痰吸引の資格をもつ職員も多数育成するなど体制を整備している。看取り期は3ユニットで協力体制をとり、医師・看護師のオンコール体制も整えている。	
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	緊急時のマニュアルを基に急変や事故発生時の対応を迅速に行えるようにしている。また、年に2回応急処置の実技講習を行っている。		
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	防災訓練の年間計画を作成し早朝、夜間、日中を想定した避難訓練を毎月行っている。また、土砂災害避難指示があった場合は他事業所や近隣の施設へ避難できるよう協力体制を整えている。	火災、風水害、地震対応マニュアルとBCP（事業継続計画）を作成している。通報訓練、避難訓練、応急処置講義など訓練内容を決めて月1回、防災訓練を実施している。避難訓練は、早朝、夜間、日勤帯を想定し、訓練後、自己評価し職員間で共有している。避難指示があった場合は、区長の協力のもと、近隣施設に避難できるよう体制を整えている。設備点検は業者に委託して年1回実施しており、備蓄品は3日分を確保している。	

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
<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 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敬語で話し自尊心を傷つけない言葉掛けや対応ができるようにし、命令口調や否定しない対応に努めている。居室に入る際は、本人不在時でもノックや本人への確認をして入室している。	年1回、プライバシーの保護について研修を行っている。3ヶ月ごとに行う「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で、職員は利用者との関わり方を振り返る機会とし、特に注意すべき事項を『心得』として掲示している。利用者の身体に触れる時は必ず声をかける、排泄介助はさりげなく対応する、着替え時はカーテンを引くなど、随所で一人ひとりを尊重した介助支援を行っている。	
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	できるだけ職員が決めるのではなく常に本人に思いや意見を聞き自己決定、自己選択をしていただいている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	毎日の生活は、1人ひとりの自由な生活に沿った支援ができるよう職員の業務を決めていない。生活リズムを把握しその人らしい生活を送れるよう努めている。		
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	起床時の整容や一緒に洋服を選んだり、好みを聞くなど、その人らしい身だしなみを保てるよう心掛けている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生会のメニューは本人の食べたいものを聞き、お祝いしている。管理栄養士が旬の食材を取り入れた献立を考え、手作りの温かい家庭的な食事を提供出来ている。食事準備片付け、その方が出来る事を行って頂いている。行事時は屋外で火起こしをして食事をした。状態に合わせてカンファレンスを行い、食事形態にも注意している。	管理栄養士が、季節や栄養バランスを考慮したメニューを作成し、事業所で調理している。コロナ禍中は利用者が調理に参加する機会が激減し、職員が調理していた。状況を確認しながら、皮むき、茶碗洗い、味見、後片付けなど、徐々に可能な範囲で、一人ひとりの能力を活かし関わられるように取り組んでいる。咀嚼や嚥下能力に合わせた食形態にしている。茶碗、お椀、箸、湯呑など、自分専用の馴染みのものを使用している。	

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
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	管理栄養士がバランスの整った献立を立て、食事形態や好みを1人ひとりに合わせて食べやすいよう提供している。食事量や水分量を毎食記録し、摂取量が極端に少ない時は代替品を用意し必要な栄養や水分が摂れるように配慮している。摂取が困難な際は医師への相談を行っている。		
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	起床、就寝、食後に口腔ケアを行っている。また、歯科衛生士の指導を受け、全職員で共有し口腔ケアが行えるよう指導内容を各居室に掲示している。		
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	その方に合わせた定時のトイレ誘導を行い、出来るだけトイレでの排泄を促している。尿意便意を訴えられない方は行動パターンを把握しトイレ誘導を行い失禁を防いでいる。自分でトイレに行ける方は、トイレの表示を掲示している。入居時にその方が使用するトイレを決めすり込み記憶で自立してトイレに迎えるようにしている。	利用者ごとの状態に合わせてリハビリパンツ、尿取りパッドなどを使用し、排泄パターンを把握しトイレで排泄ができるように誘導などの支援をしている。オムツ利用だった人が上記の取組みで布パンツ利用となった事例もある。夜間は一人ひとりの睡眠状況に合わせながら、誘導や、ポータブルトイレ、紙オムツ使用などの対応をしている。便秘対策として食物繊維の多い食品や乳製品を取入れ、医師の処方薬を服用する人もいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎朝乳製品を提供し、排便の有無や水分量・食事量を毎日申し送っている。散歩や腹部マッサージを行い予防に努めている。		
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	時間や曜日を設定せず、ご本人に確認しながらできるだけ毎日入浴して頂けるよう努めている。入浴剤を使用したり音楽を流して楽しく入浴できるよう支援している。車椅子の方にもリフト浴があるため、安心して毎日入浴して頂く事が出来る。	時間帯や回数の指定はなく、利用者の入浴したい気持ちを大切にしており、朝から入浴可能である。入浴剤を使用したり、希望に応じて音楽を流すなどリクエストにも応じている。車椅子の人はリフト浴で対応し、看取り期の人には足浴や清拭で対応している。入浴を好まない人には声がけなどを工夫し清潔保持に努めている。	

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
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	入居時に1人ひとりの生活習慣を確認し、本人の意思や体調・体力を考慮し休息して頂いている。明るさや音、室温湿度にも配慮し、本人の希望や習慣により電気毛布や湯たんぽを使用し安心して睡眠がとれるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	薬剤情報や体調症状を観察し変化が見られたら医師に報告相談し薬の調整にも繋がっている。下剤の容量は必要に応じてかかりつけ医の指示を仰ぎながら調整している。		
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	一人ひとりの生活歴を把握し、掃除や食事準備配膳下膳など出来る事を共に行い、生活の継続をして頂いている。飲酒や読書、スポーツ観戦や音楽鑑賞など楽しみを持って生活できるような好きなことが行えるよう支援している。		
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	行事での外出以外にも本人の希望に沿い、馴染みのパーマ屋へ行ったり、家族と法事墓参り、食事に外出されている方もいる。家族との誕生会を企画し、他施設へ入所している息子を訪問して誕生会を行った方もいる。	全員での外出は難しいが、近所の神社に初詣に出かけたり、6月にはあやめ見物に出かけるなど、少しずつ外出の機会を増やしている。家族の協力を得て通院の帰りなどに、外食や買い物、墓参り等に行く人もいる。他施設に入居している息子を訪問し、一緒に祝えるよう誕生会を企画し喜ばれた例もある。	
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	お金はお小遣いとして家族からお預かりし、出納帳に記入しながら金庫にて保管し、必要な物を購入しています。本人からの希望があれば、お金の所持や買い物の対応は可能で、以前は自分で持っている方もいたが、現在は、自分でお金を管理している方はいらっしゃらない。		
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	自分の携帯で友人や家族に電話をしている方もいる。本人の希望で家族に電話をしたり、家族からの電話を取りつぎ自由に連絡を取り合う事が出来ている。家族や友人から定期的に、ハガキが届く方もいる、自分で読めない方にも職員が読み上げている。		

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
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	日中はなるべく自然の光を取り入れ夕方からは暗くなる前に、電気を早めに点灯し、カーテンを閉め、夕暮れ症候群の防止に努めています。季節に応じた装飾などで、環境を整えています。冬場は掘りごたつにてお茶のみをしたり、思い思いに過ごして頂いています。	デイルームは季節ごとにクリスマスツリーや七夕飾り、紅葉、正月飾りなどで四季を演出している。小上がりに掘りごたつがあり、利用者はテレビを見たり、お茶を飲んだりしてくつろいでいる。3ユニットが廊下で繋がっており、ユニット間を行き来でき、交流することができる。共用部分には手すりを設置し、利用者が安全に歩行できるようにしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	座敷にてお昼寝をされる方、園庭のベンチで過ごされる方、他ユニットへ行き、昔からの友人と談笑されたり、事務所で過ごされる方など一人ひとりに合う居場所づくりをしています。		
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	入居の際、自宅で使っていた家具を持って来ていただき、自宅の居室と同じ向きにベッドを置き、自宅と同じような環境づくりをし、リロケーションダメージを最小限に抑え混乱を招かない環境づくりを行っております。また、家族の写真や位牌を持ってきている方もいます。	エアコン、ベッド、洗面台、クローゼットが備え付けてあるが、希望により布団を利用することも可能である。利用者は遺影や家族写真を持ち込み、自分の部屋のようにくつろげるよう、雰囲気作りに配慮している。冬場の乾燥に備え、加湿器を家族に準備してもらい、温・湿度、換気など職員が管理している。プライバシーに配慮し居室のドアは閉めている。	
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	居室の表札やトイレのサイン表示等本人が分かりやすい表示を掲示したり、入居時から居室から近いトイレを使用して頂き、トイレ、居室、食堂間の移動をできるだけ自力で迷うことなく移動できるように配慮しています。廊下に手すりを設置し、立位歩行をができるよう、筋力維持に努めています。		

## 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	0472600345	事業の開始年月日	2002年3月1日	
		指定年月日		
法人名	社会福祉法人功寿会			
事業所名	グループホーム「桜の家」 ユニット名：ゆったりハウス・のんびりハウス・やすらぎハウス			
所在地	(〒 981-0214 ) 宮城県宮城郡松島町桜渡戸字中島14-1			
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	24名	
		ユニット数	3	
自己評価作成日	2023年11月6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	<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)】

職員は1人ひとりが認知症ケアの知識や技術の向上に努めており、資格取得や研修は積極的に参加しています。重度化や看取りでは看護師が中心となり、介護職員も医療について知識や技術を学ぶ事ができています。また、看護師が指導者になり喀痰吸引の資格取得と宮城県への登録によって喀痰吸引や胃ろうの入居者様にも対応できる体制がとれています。コロナが第2類から5類に引き下げられるも、今もなお感染予防、防止策を継続しながら少しずつ面会や外出の機会を増やしていますが、コロナ以前のようには至っておりません。しかし、ホーム内でも工夫して楽しめる行事等を取り入れながら元の生活、活動を活発化していきたい。

## 【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22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】

「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」

## 【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「社会福祉法人功寿会」は2001年7月に設立し、大和町には在宅複合型サービスを、多賀城市や七ヶ浜町にはグループホームを開設し連携を図っている。住み慣れた地域で暮らしている高齢者が、介護を必要となっても地元で生活が継続できるよう「地域包括ケアシステム」の一翼を担っている。グループホーム「桜の家」は松島町西部、県道8号線沿いの静かな郊外の高台にあり、デイサービス・居宅介護支援事業所を併設している。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

年度初めに、全職員で理念を基に「自分が施設でどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど、具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、「利用者の『リビングパートナー』である」というプライドを持ち日々のケアに取組んでいる。3ユニットすべての利用者を全職員でケアするという体制を整え、24人の利用者の情報を全職員で共有しケアに活かしている。看取り期の夜間対応についても、職員の負担感が軽くなるよう3ユニットの3人で連携している。また、看護師3人を配置し、利用者の健康管理や看取り時の対応に配慮している。職員は長年勤務している人が多く、入居時から退去時まで同じ居室担当職員が対応し、毎月の「利用者様状況報告書」を詳細に記載している。家族に面会の来訪や、受診付き添いの協力要請などを通し、関係が継続できるよう支援している。地域との関係が良好で、近隣の人がボランティアで雪かきや草刈りを行っている。町から認知症についての相談や講師依頼があり、認知症専門施設として役割を期待されている。

## 【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「桜の家」
ユニット名	やすらぎハウス

**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 ）「ユニット名:のんびりハウス」

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 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	「ゆったりのんびり一緒に楽しく」の基本理念を基に年度の初めに勉強会を行いながら、全職員で具体的な行動指針を構築している。その行動指針を事務所や職員トイレ、休憩室など目届く場所に掲示、毎朝ミーティング後に理念を唱和する事で、意識付けをし、時に振り返りを行い、日々理念の理解を深め、実践に繋げている。	事業所理念「ゆったりのんびり一緒に楽しく」を基に、年度初めに全職員で「自分ならホームでどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、日々のケアに取り組んでいる。理念は玄関や事務所、休憩室、トイレ入口などに掲示し、毎朝ミーティング後に唱和するなど、意識啓発を図っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、地域のお便りなどで、地域活動の情報を得ている。地域の方々が、草刈りや、雪かきをして下さることもある。コロナ前よりは地域住民の桜の家の活動への参加や、桜の家の地区行事へ参加が減ってしまっはいるが、ごみ拾いへの参加、散歩時の挨拶やコミュニケーションは図れている。	町内会に加入している。地区のごみ拾いなどには利用者は職員と一緒に参加している。地域住民がボランティアとして機材持参で草刈りや駐車場の雪かきなどを行うなど、相互協力が図られている。コロナ禍で休止していた認知症カフェを11月から本格的に再開する予定であり、また、2024年の節分には、近所の保育園児と一緒に豆まきを行う予定である。	
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	コロナの状況を見ながら認知症カフェを開催し地域住民との交流や認知症の理解の啓発を行っている。また、施設長が認知症サポーター養成講座など地域の方に向けた支援の方法を伝える機会を設けている。		
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	2ヶ月に1回偶数月に運営推進会議を開催し、行事等の事業所内の活動報告を行い、頂いた意見を職員で共有し、サービス向上に活かしている。	隔月、家族代表、民生委員、婦人会会長、松島町長寿課職員、社会福祉協議会職員、法人理事長、事業所職員が参加し開催している。利用者の状況や待機者状況、行事・防災訓練・事故などを報告し、意見交換を行うと共に、認知症カフェ開催等の協力要請を行っている。コロナ禍中の運営推進会議は状況により文書報告で行っていた。	



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
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	管理者は町の認知症施策に協力している。町で対応に困った地域住民の相談を管理者が受ける事もある。認知症カフェを開催するにあたりチラシ配りなど開催の協力をして頂いたり、運営推進会議に参加して頂き意見交換などを行う事で協力関係を築けている。	町担当職員が運営推進会議に参加しており協力関係が築かれている。施設長が町から認知症地域支援推進員を委託されており、行政から認知症やホームの入居について専門的な意見や支援を求められることが多い。町からひとり暮らしの男性について相談があり、一時的にホームで預かりながら本人の状態を確認し、町に報告した連携事例がある。	
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	日中は施錠せず、入居者が自由に屋外へ行き来できるようにしている。身体拘束適性化委員会を3ヶ月に1回行い、日頃のケアの振り返りや再確認をしている。会議の場で職員1人ひとりの理解と共有に努め身体拘束をしないケアに繋げている。また、勉強会にて身体拘束に関して学び、身体拘束をしないケアを実践している。	「身体拘束廃止等適正化のための指針」を作成している。年2回の研修や3ヶ月ごとに委員会を開いている。「声掛けをしないで身体に触れる」「食事や入浴を無理強いする」など、利用者に嫌悪感を抱かせる介護は行わないことを掲げ取り組んでいる。玄関の施錠は防犯上、夜間帯18時から7時まで行うが日中は施錠しない方針について、地域に発信し理解と協力を得られるよう努めている。日常の支援中でも、職員同士で気になる言動などがあれば注意し合っている。	
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	虐待防止を研修で学び、新人職員には個別で勉強会を行っている。また、虐待の芽シートを活用し不適切ケアを見逃さず事が無いよう確認している。三カ月ごとに目標を掲げて掲示し、振り返りも行っている。不適切ではないかと感じる声がかげや関わりを見かけた際は、その都度注意し合える職場環境を整えている。	年2回、虐待防止の研修を行い、3ヶ月に1回、全職員が参加し委員会を開催している。職員一人ひとりが3ヶ月に1回「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で振り返りを行い、その結果を集計し特に注意すべき事項を、3ヶ月間の『心得』として掲示し、職員の意識啓発を図っている。年2回、施設長が職員と面談を行い、ストレスを感じていることなども聴きフォローするよう努めている。	
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	成年後見制度について学んでいるが現在も今までも活用する入居者様がない。必要時は関係者と調整し、活用できるように支援します。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に入居者様と家族様同席の基説明を行っている。改定時には文書でお知らせし、疑問点がある際は、直接口頭で対応している。不安や疑問がある時は都度説明をして理解と納得をいただけるように努めている。契約終了がある際は、相談に応じている。		

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
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	受診対応時、面会時や電話などで意見や要望を頂いている。また、運営推進会議や家族会の際、意見や要望がないか確認している。意見要望を頂いた場合は要望書を記入し職員間で共有している。	運営推進会議、家族会、受診対応時、面会時などに家族から意見や要望を聞いている。家族からの希望で、事業所前の坂道を車が徐行するよう出口に三角コーンを設置し、利用者の安全面強化に活かした例がある。なかなか面会に来訪できない家族の要望で、利用者の日ごろの様子を録画した動画を送っている。	
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	朝のミーティング時や会議、年2回の個人面談で職員の意見や提案を聞いている。また、何かあればその都度意見や提案を聞けるよう関係性を築いている。	朝のミーティング、月次のスタッフ会議、年2回の人事考課の面談時に職員から意見や提案を聞いている。職員の希望でホワイトボードを購入し、職員間の情報共有時に役立てている。喀痰吸引等資格取得の支援もあり、介護の質の向上に繋がっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の職員1人ひとり自己評価を行い評価表を基に個人面談を行っている。吸引研修や実務者研修などやりがいや向上心を持って働ける環境を整備して頂いている。		
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	全職員が毎月講習を受け、スキルアップできるようにオンラインでの講習を受講している。研修会の通知を掲示し自発的に参加を促したり、研修内容に該当する職員に声を掛け、職員の力量に応じて法人内外の研修を受けられるよう努めている。実務者研修や実践者研修の受講も進めている。		
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	GH協のブロック集会や、県外への研修参加や勉強会、交流会に積極的に参加し、同業者の交流や、ネットワークづくりができています。管理者は他施設から研修の講師の依頼を受け、講義を行ったり、他施設との交流や情報交換が常にできています。	施設長が宮城県グループホーム協議会会長の任にあり、ブロック集会や実践事例発表会に職員が積極的に参加している。他施設との情報交換や好事例を通して、自己の事業所の取組みを見直す機会にもなっている。	

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
<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	入居前の実態調査で、家族様や本人に不安や要望、自宅での今までの暮らしを聞き、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。気の合いそうな入居者とカップリングをし、職員だけでなく入居者同士支え合い安心感が持てるようにしている。入居後も困ったことがないか不安なことはいか確認し桜の家での生活に不安がないよう努めている。		
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	入居前の実態調査で、不安や要望、生活の意向を本人だけでなく家族にも確認し、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。入居後も安心して頂けるよう電話や月初めの手紙に写真を添えたり、面会時に状況報告を行い、安心して頂けるよう伝えている。		
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	入居時に本人と家族様と話をすることで訪問歯科や訪問マッサージ、訪問カットなどもサービス利用ができるよう提案している。		
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	日頃の生活の中で入居者様が生活の主体者である事を常に頭へ入れ、入居者様1人ひとりが出来る事を行って頂き、出来なくなってきた事は何ができなくなってきたか見極めながらリビングパートナーとして共に行いながら支えている。		
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	以前は毎月の行事に参加して頂いていたが、コロナ禍では家族の行事参加は行えていないため、定期受診や緊急時の対応、衣替え、必要物品の購入など協力を頂き入居者様の状態報告をこまめに行い、家族様と共に意見を出し合いながら共に本人を支えている。		

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
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	昔から行っていた美容室や歯医者など入居してからも外出して頂いている。家族友人親戚の面会や電話、手紙にも対応し関係が途切れないよう支援に努めている。	利用者の生活習慣や趣味などを把握し、美容室や歯科への外出や友人・家族にハガキを出すなど、関係が継続できるよう支援している。事業所は3つのユニットが繋がっており、親しい人と行き来するなど、ユニット同士での関係づくりも行えている。また、飲酒や喫煙の希望にも対応している。	
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	入居者様同士の関係性を把握しカップリングを行い良好な関係を築けるよう努めている。昔からの友人関係を把握しユニット間の行き来するなど、孤立せずに利用者同士が関わり合い支え合えるよう努めている。		
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	秋祭りの際、毎年お赤飯を持ってきて頂いたり、タオルなど持って来て頂く事がある。契約終了後も家族間のトラブルの相談を受ける事もある。		

### Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント

23	(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	日々の暮らしの中で今やりたい事を聞き、その方に合った生活リズムを理解する事で暮らしやすい環境を整えている。また、意思疎通が困難な方にはケアを受けた時の反応から考えたり、バックグラウンドを参考にしたり家族様に伺ったりして、希望や意向の把握に努めている。	居室担当制で一人の職員が利用者二人を担当し、ドライブや誕生日の希望の食事メニューなど、その都度確認しながら支援している。意思表示が困難な人からは表情や仕草から思いをくみ取ったり、入居前に家族から聞き作成したバックグラウンドシートを参考に支援している。動画や写真を見せたり、アロマや音楽など、五感に働きかけながら個別に対応している。	
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	実態調査での事前の聞き取りや、家族様や本人に記入して頂いたバックグラウンドの把握に努め、また、本人に自宅での暮らしを聞き、その方らしい生活を送れるよう支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	体内リズムを整えるため、ある程度の一日のスケジュールはあるものの出来る限り1人ひとりの生活リズムを理解し、その方が安心して過ごせるよう努めている。また、日常の中で自己決定や自己選択を促し、「待つケア」を実践し自立した生活を送れるよう努めている。		

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
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	日々の生活の中での気づきや意見を話せるようミーティング時や会議の場を設けている。必要に応じてカンファレンスを行い介護計画に反映させている。その後の評価も行い継続してケアを提供できるように努めている。	入居時に利用者の生活歴や趣味、馴染みの関係などをフェイスシートにまとめ、身体状況などは「151項目からなるアセスメントシート」にまとめ、介護計画作成時に活かしている。支援内容は具体的に、いつ、誰がどのようなケアを行うかを詳細に記し、職員全員で情報共有している。モニタリングは全員で行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	KCIS（電子記録システム）にて個別の記録を入力している。また、医療記録や連絡ノート、チャットワークにて気づいた事を記入し、職員間で情報を共有し、支援に活かしている。		
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	訪問歯科や訪問カット、訪問マッサージに入っただき本人や家族のニーズに対応しています。努めている。また、居室が空いた際には短期入所で利用して頂いている。		
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	コロナの影響で地域資源の活用や地域活動への参加が難しい事もあったが、町内の商店に食材を発注したり、週に一回地域の仕出し屋さんがお惣菜の訪問販売に来ている。入居前から通っている美容院へ行かれている方もいる。		
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	本人または家族様の希望するかかりつけ医を選択して頂いている。通院は家族に対応して頂き、受診の際日頃の状態を記入した記録を持参して頂き、連携を図っている。	入居時に利用者や家族から、入居前からのかかりつけ医を受診するか、訪問診療に切り替えるかを確認している。入居前のかかりつけ医を希望する場合は、家族に受診の付添いを依頼しており、受診の際は「情報提供書」を提出し連携を図っている。職員として看護師を配置し、利用者の健康管理を行っている。協力歯科医療機関も定めている。	

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
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	体調の変化や怪我が発生した場合は直ぐに看護師へ報告している。必要に応じてかかりつけ医に連絡し指示をいただいている。MCSで小さなことでも報告をしアドバイスを頂いたり、往診に来ていただき適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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	サマリーを通して施設での情報を提供している。入院中の状態や退院後の生活支援などについては病棟ナースや地域連携室と情報交換を行い、早期に退院できるよう調整するとともに安心して退院できるよう準備をしている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化、終末期になった場合、家族、かかりつけ医を交え、以前からの本人の意向を家族に確認し、桜の家でできる医療・介護の説明と、これからの方針の統一、その人らしい最期を迎えられるようどう支援して行くかを話し合い、状態変化時も、話し合いを行いチームで支援に取り組んでいる。	入居時に「重度化に関する指針」を説明し、利用者・家族から同意を得ている。「看取りに関する指針」に沿って、状態が終末期対応となった場合、医師、家族、事業所で利用者の最期をどのように支援して行くか話合っている。重度化対応について、研修の機会を設け、痰吸引の資格をもつ職員も多数育成するなど体制を整備している。看取り期は3ユニットで協力体制をとり、医師・看護師のオンコール体制も整えている。	
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	緊急時のマニュアルを基に急変や事故発生時の対応を迅速に行えるようにしている。また、年に2回応急処置の実技講習を行っている。		
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	防災訓練の年間計画を作成し早朝、夜間、日中を想定した避難訓練を毎月行っている。また、土砂災害避難指示があった場合は他事業所や近隣の施設へ避難できるよう協力体制を整えている。	火災、風水害、地震対応マニュアルとBCP（事業継続計画）を作成している。通報訓練、避難訓練、応急処置講義など訓練内容を決めて月1回、防災訓練を実施している。避難訓練は、早朝、夜間、日勤帯を想定し、訓練後、自己評価し職員間で共有している。避難指示があった場合は、区長の協力のもと、近隣施設に避難できるよう体制を整えている。設備点検は業者に委託して年1回実施しており、備蓄品は3日分を確保している。	

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
<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 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敬語で話し自尊心を傷つけない言葉掛けや対応ができるようにし、命令口調や否定しない対応に努めている。居室に入る際は、本人不在時でもノックや本人への確認をして入室している。	年1回、プライバシーの保護について研修を行っている。3ヶ月ごとに行う「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で、職員は利用者との関わり方を振り返る機会とし、特に注意すべき事項を『心得』として掲示している。利用者の身体に触れる時は必ず声をかける、排泄介助はさりげなく対応する、着替え時はカーテンを引くなど、随所で一人ひとりを尊重した介助支援を行っている。	
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	できるだけ職員が決めるのではなく常に本人に思いや意見を聞き自己決定、自己選択をしていただいている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	毎日の生活は、1人ひとりの自由な生活に沿った支援ができるよう職員の業務を決めていない。生活リズムを把握しその人らしい生活を送れるよう努めている。		
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	起床時の整容や一緒に洋服を選んだり、好みを聞くなど、その人らしい身だしなみを保てるよう心掛けている。		
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	誕生会のメニューは本人の食べたいものを聞き、お祝いしている。管理栄養士が旬の食材を取り入れた献立を考え、手作りの温かい家庭的な食事を提供出来ている。食事準備片付け、その方が出来る事を行って頂いている。行事時は屋外で火起こしをして食事をした。状態に合わせてカンファレンスを行い、食事形態にも注意している。	管理栄養士が、季節や栄養バランスを考慮したメニューを作成し、事業所で調理している。コロナ禍中は利用者が調理に参加する機会が激減し、職員が調理していた。状況を確認しながら、皮むき、茶碗洗い、味見、後片付けなど、徐々に可能な範囲で、一人ひとりの能力を活かし関わられるように取組んでいる。咀嚼や嚥下能力に合わせた食形態にしている。茶碗、お椀、箸、湯呑など、自分専用の馴染みのものを使用している。	

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
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	管理栄養士がバランスの整った献立を立て、食事形態や好みを1人ひとりに合わせて食べやすいよう提供している。食事量や水分量を毎食記録し、摂取量が極端に少ない時は代替品を用意し必要な栄養や水分が摂れるように配慮している。摂取が困難な際は医師への相談を行っている。		
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	起床、就寝、食後に口腔ケアを行っている。また、歯科衛生士の指導を受け、全職員で共有し口腔ケアが行えるよう指導内容を各居室に掲示している。		
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	その方に合わせた定時のトイレ誘導を行い、出来るだけトイレでの排泄を促している。尿意便意を訴えられない方は行動パターンを把握しトイレ誘導を行い失禁を防いでいる。自分でトイレに行ける方は、トイレの表示を掲示している。入居時にその方が使用するトイレを決めすり込み記憶で自立してトイレに迎えるようにしている。	利用者ごとの状態に合わせてリハビリパンツ、尿取りパッドなどを使用し、排泄パターンを把握しトイレで排泄ができるように誘導などの支援をしている。オムツ利用だった人が上記の取組みで布パンツ利用となった事例もある。夜間は一人ひとりの睡眠状況に合わせながら、誘導や、ポータブルトイレ、紙オムツ使用などの対応をしている。便秘対策として食物繊維の多い食品や乳製品を取入れ、医師の処方薬を服用する人もいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎朝乳製品を提供し、排便の有無や水分量・食事量を毎日申し送っている。散歩や腹部マッサージを行い予防に努めている。		
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	時間や曜日を設定せず、ご本人に確認しながらできるだけ毎日入浴して頂けるよう努めている。入浴剤を使用したり音楽を流して楽しく入浴できるよう支援している。車椅子の方にもリフト浴があるため、安心して毎日入浴して頂く事が出来る。	時間帯や回数の指定はなく、利用者の入浴したい気持ちを大切にしており、朝から入浴可能である。入浴剤を使用したり、希望に応じて音楽を流すなどリクエストにも応じている。車椅子の人はリフト浴で対応し、看取り期の人には足浴や清拭で対応している。入浴を好まない人には声がけなどを工夫し清潔保持に努めている。	



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
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	入居時に1人ひとりの生活習慣を確認し、本人の意思や体調・体力を考慮し休息して頂いている。明るさや音、室温湿度にも配慮し、本人の希望や習慣により電気毛布や湯たんぽを使用し安心して睡眠がとれるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	薬剤情報や体調症状を観察し変化が見られたら医師に報告相談し薬の調整にも繋がっている。下剤の容量は必要に応じてかかりつけ医の指示を仰ぎながら調整している。		
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	一人ひとりの生活歴を把握し、掃除や食事準備配膳下膳など出来る事を共に行い、生活の継続をして頂いている。飲酒や読書、スポーツ観戦や音楽鑑賞など楽しみを持って生活できるよう好きなことが行えるよう支援している。		
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	行事での外出以外にも本人の希望に沿い、馴染みのパーマ屋へ行ったり、家族と法事墓参り、食事に外出されている方もいる。家族との誕生会を企画し、他施設へ入所している息子様を訪問して誕生会を行った方もいる。	全員での外出は難しいが、近所の神社に初詣に出かけたり、6月にはあやめ見物に出かけるなど、少しずつ外出の機会を増やしている。家族の協力を得て通院の帰りなどに、外食や買い物、墓参り等に行く人もいる。他施設に入居している息子を訪問し、一緒に祝えるよう誕生会を企画し喜ばれた例もある。	
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	お金はお小遣いとして家族からお預かりし、出納帳に記入しながら金庫にて保管し、必要な物を購入しています。本人からの希望があれば、お金の所持や買い物の対応は可能で、以前は自分で持っている方もいたが、現在は、自分でお金を管理している方はいらっしゃらない。		
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	自分の携帯で友人や家族に電話をしている方もいる。本人の希望で家族に電話をしたり、家族からの電話を取りつぎ自由に連絡を取り合う事が出来ている。家族や友人から定期的に、ハガキが届く方もいる、自分で読めない方にも職員が読み上げている。		

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
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	日中はなるべく自然の光を取り入れ夕方からは暗くなる前に、電気を早めに点灯し、カーテンを閉め、夕暮れ症候群の防止に努めています。季節に応じた装飾などで、環境を整えています。冬場は掘りごたつにてお茶のみをしたり、思い思いに過ごして頂いています。	デイルームは季節ごとにクリスマスツリーや七夕飾り、紅葉、正月飾りなどで四季を演出している。小上がりに掘りごたつがあり、利用者はテレビを見たり、お茶を飲んだりしてくつろいでいる。3ユニットが廊下で繋がっており、ユニット間を行き来でき、交流することができる。共用部分には手すりを設置し、利用者が安全に歩行できるようにしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	座敷にてお昼寝をされる方、園庭のベンチで過ごされる方、他ユニットへ行き、昔からの友人と談笑されたり、事務所で過ごされる方など一人ひとりに合う居場所づくりをしています。		
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	入居の際、自宅で使っていた家具を持って来ていただき、自宅の居室と同じ向きにベッドを置き、自宅と同じような環境づくりをし、リロケーションダメージを最小限に抑え混乱を招かない環境づくりを行っております。また、家族の写真や位牌を持ってきている方もいます。	エアコン、ベッド、洗面台、クローゼットが備え付けてあるが、希望により布団を利用することも可能である。利用者は遺影や家族写真を持ち込み、自分の部屋のようにくつろげるよう、雰囲気作りに配慮している。冬場の乾燥に備え、加湿器を家族に準備してもらい、温・湿度、換気など職員が管理している。プライバシーに配慮し居室のドアは閉めている。	
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	居室の表札やトイレのサイン表示等本人が分かりやすい表示を掲示したり、入居時から居室から近いトイレを使用して頂き、トイレ、居室、食堂間の移動をできるだけ自力で迷うことなく移動できるように配慮しています。廊下に手すりを設置し、立位歩行ができるよう、筋力維持に努めています。		

## 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	0472600345	事業の開始年月日	2002年3月1日	
		指定年月日		
法人名	社会福祉法人功寿会			
事業所名	グループホーム「桜の家」 ユニット名：ゆったりハウス・のんびりハウス・やすらぎハウス			
所在地	(〒 981-0214 ) 宮城県宮城郡松島町桜渡戸字中島14-1			
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	24名	
		ユニット数	3	
自己評価作成日	2023年11月6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	<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)】

職員は1人ひとりが認知症ケアの知識や技術の向上に努めており、資格取得や研修は積極的に参加しています。重度化や看取りでは看護師が中心となり、介護職員も医療について知識や技術を学ぶ事ができています。また、看護師が指導者になり喀痰吸引の資格取得と宮城県への登録によって喀痰吸引や胃ろうの入居者様にも対応できる体制がとれています。コロナが第2類から5類に引き下げられるも、今もなお感染予防、防止策を継続しながら少しずつ面会や外出の機会を増やしていますが、コロナ以前のようには至っておりません。しかし、ホーム内でも工夫して楽しめる行事等を取り入れながら元の生活、活動を活発化していきたい。

## 【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22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】

「ゆったり のんびり 一緒に 楽しく」

## 【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「社会福祉法人功寿会」は2001年7月に設立し、大和町には在宅複合型サービスを、多賀城市や七ヶ浜町にはグループホームを開設し連携を図っている。住み慣れた地域で暮らしている高齢者が、介護を必要となっても地元で生活が継続できるよう「地域包括ケアシステム」の一翼を担っている。グループホーム「桜の家」は松島町西部、県道8号線沿いの静かな郊外の高台にあり、デイサービス・居宅介護支援事業所を併設している。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

年度初めに、全職員で理念を基に「自分が施設でどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど、具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、「利用者の『リビングパートナー』である」というプライドを持ち日々のケアに取り組んでいる。3ユニットすべての利用者を全職員でケアするという体制を整え、24人の利用者の情報を全職員で共有しケアに活かしている。看取り期の夜間対応についても、職員の負担感が軽くなるよう3ユニットの3人で連携している。また、看護師3人を配置し、利用者の健康管理や看取り時の対応に配慮している。職員は長年勤務している人が多く、入居時から退去時まで同じ居室担当職員が対応し、毎月の「利用者様状況報告書」を詳細に記載している。家族に面会の来訪や、受診付き添いの協力要請などを通し、関係が継続できるよう支援している。地域との関係が良好で、近隣の人がボランティアで雪かきや草刈りを行っている。町から認知症についての相談や講師依頼があり、認知症専門施設として役割を期待されている。

## 【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「桜の家」
ユニット名	やすらぎハウス

**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 ）「ユニット名：やすらぎハウス」

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 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	「ゆったりのにびり一緒に楽しく」の基本理念を基に年度の初めに勉強会を行いながら、全職員で具体的な行動指針を構築している。その行動指針を事務所や職員トイレ、休憩室など目に届く場所に掲示、毎朝ミーティング後に理念を唱和する事で、意識付けをし、時に振り返りを行い、日々理念の理解を深め、実践に繋げている。	事業所理念「ゆったりのにびり一緒に楽しく」を基に、年度初めに全職員で「自分ならホームでどんな生活をしたいか」をテーマに食事、入浴、地域との繋がりなど具体的な行動指針としての「介護理念」を作成し、日々のケアに取り組んでいる。理念は玄関や事務所、休憩室、トイレ入口などに掲示し、毎朝ミーティング後に唱和するなど、意識啓発を図っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、地域のお便りなどで、地域活動の情報を得ている。地域の方々が、草刈りや、雪かきをして下さることもある。コロナ前よりは地域住民の桜の家の活動への参加や、桜の家の地区行事へ参加が減ってしまっはいるが、ごみ拾いへの参加、散歩時の挨拶やコミュニケーションは図れている。	町内会に加入している。地区のごみ拾いなどには利用者は職員と一緒に参加している。地域住民がボランティアとして機材持参で草刈りや駐車場の雪かきなどを行うなど、相互協力が図られている。コロナ禍で休止していた認知症カフェを11月から本格的に再開する予定であり、また、2024年の節分には、近所の保育園児と一緒に豆まきを行う予定である。	
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	コロナの状況を見ながら認知症カフェを開催し地域住民との交流や認知症の理解の啓発を行っている。また、施設長が認知症サポーター養成講座など地域の方に向けた支援の方法を伝える機会を設けている。		
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	2ヶ月に1回偶数月に運営推進会議を開催し、行事等の事業所内の活動報告を行い、頂いた意見を職員で共有し、サービス向上に活かしている。	隔月、家族代表、民生委員、婦人会会長、松島町長寿課職員、社会福祉協議会職員、法人理事長、事業所職員が参加し開催している。利用者の状況や待機者状況、行事・防災訓練・事故などを報告し、意見交換を行うと共に、認知症カフェ開催等の協力要請を行っている。コロナ禍中の運営推進会議は状況により文書報告で行っていた。	

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
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	管理者は町の認知症施策に協力している。町で対応に困った地域住民の相談を管理者が受ける事もある。認知症カフェを開催するにあたりチラシ配りなど開催の協力をして頂いたり、運営推進会議に参加して頂き意見交換などを行う事で協力関係を築けている。	町担当職員が運営推進会議に参加しており協力関係が築かれている。施設長が町から認知症地域支援推進員を委託されており、行政から認知症やホームの入居について専門的な意見や支援を求められることが多い。町からひとり暮らしの男性について相談があり、一時的にホームで預かりながら本人の状態を確認し、町に報告した連携事例がある。	
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	日中は施錠せず、入居者が自由に屋外へ行き来できるようにしている。身体拘束適性化委員会を3ヶ月に1回行い、日頃のケアの振り返りや再確認をしている。会議の場で職員1人ひとりの理解と共有に努め身体拘束をしないケアに繋げている。また、勉強会にて身体拘束に関して学び、身体拘束をしないケアを実践している。	「身体拘束廃止等適正化のための指針」を作成している。年2回の研修や3ヶ月ごとに委員会を開いている。「声掛けをしないで身体に触れる」「食事や入浴を無理強いする」など、利用者に嫌悪感を抱かせる介護は行わないことを掲げ取り組んでいる。玄関の施錠は防犯上、夜間帯18時から7時まで行うが日中は施錠しない方針について、地域に発信し理解と協力を得られるよう努めている。日常の支援中でも、職員同士で気になる言動などがあれば注意し合っている。	
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	虐待防止を研修で学び、新人職員には個別で勉強会を行っている。また、虐待の芽シートを活用し不適切ケアを見過ごす事が無いよう確認している。三カ月ごとに目標を掲げて掲示し、振り返りも行っている。不適切ではないかと感じる声や関わりを見かけた際はその都度注意し合える職場環境を整えている。	年2回、虐待防止の研修を行い、3ヶ月に1回、全職員が参加し委員会を開催している。職員一人ひとりが3ヶ月に1回「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で振り返りを行い、その結果を集計し特に注意すべき事項を、3ヶ月間の『心得』として掲示し、職員の意識啓発を図っている。年2回、施設長が職員と面談を行い、ストレスを感じていることなども聴きフォローするよう努めている。	
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	成年後見制度について学んでいるが現在も今までも活用する入居者様がない。必要時は関係者と調整し、活用できるように支援します。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に入居者様と家族様同席の基説明を行っている。改定時には文書でお知らせし、疑問点がある際は、直接口頭で対応している。不安や疑問がある時は都度説明をして理解と納得をいただけるように努めている。契約終了がある際は、相談に応じている。		

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
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	受診対応時、面会時や電話などで意見や要望を頂いている。また、運営推進会議や家族会の際、意見や要望がないか確認している。意見要望を頂いた場合は要望書を記入し職員間で共有している。	運営推進会議、家族会、受診対応時、面会時などに家族から意見や要望を聞いている。家族からの希望で、事業所前の坂道を車が徐行するよう出口に三角コーンを設置し、利用者の安全面強化に活かした例がある。なかなか面会に来訪できない家族の要望で、利用者の日ごろの様子を録画した動画を送っている。	
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	朝のミーティング時や会議、年2回の個人面談で職員の意見や提案を聞いている。また、何かあればその都度意見や提案を聞けるよう関係性を築いている。	朝のミーティング、月次のスタッフ会議、年2回の人事考課の面談時に職員から意見や提案を聞いている。職員の希望でホワイトボードを購入し、職員間の情報共有時に役立っている。喀痰吸引等資格取得の支援もあり、介護の質の向上に繋がっている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回の職員1人ひとり自己評価を行い評価表を基に個人面談を行っている。吸引研修や実務者研修などやりがいや向上心を持って働ける環境を整備して頂いている。		
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	全職員が毎月講習を受け、スキルアップできるようにオンラインでの講習を受講している。研修会の通知を掲示し自発的に参加を促したり、研修内容に該当する職員に声を掛け、職員の力量に応じて法人内外の研修を受けられるよう努めている。実務者研修や実践者研修の受講も進めている。		
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	GH協のブロック集会や、県外への研修参加や勉強会、交流会に積極的に参加し、同業者の交流や、ネットワークづくりができています。管理者は他施設から研修の講師の依頼を受け、講義を行ったり、他施設との交流や情報交換が常にできている。	施設長が宮城県グループホーム協議会会長の任にあり、ブロック集会や実践事例発表会に職員が積極的に参加している。他施設との情報交換や好事例を通して、自己の事業所の取組みを見直す機会にもなっている。	

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
<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	入居前の実態調査で、家族様や本人に不安や要望、自宅での今までの暮らしを聞き、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。気の合いそうな入居者とカップリングをし、職員だけでなく入居者同士支え合い安心感が持てるようにしている。入居後も困ったことがないか不安なことはないか確認し桜の家での生活に不安がないよう努めている。		
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	入居前の実態調査で、不安や要望、生活の意向を本人だけでなく家族にも確認し、暮らしやすい環境を整え、良好な関係が気づけるように努めている。入居後も安心して頂けるよう電話や月初めの手紙に写真を添えたり、面会時に状況報告を行い、安心して頂けるよう伝えている。		
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	入居時に本人と家族様と話をする中で訪問歯科や訪問マッサージ、訪問カットなどもサービス利用ができるよう提案している。		
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	日頃の生活の中で入居者様が生活の主体者である事を常に頭へ入れ、入居者様1人ひとりが出る事を行って頂き、出来なくなってきた事は何ができなくなってきたか見極めながらリビングパートナーとして共に行いながら支えている。		
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	以前は毎月の行事に参加して頂いていたが、コロナ禍では家族の行事参加は行っていないため、定期受診や緊急時の対応、衣替え、必要物品の購入など協力を頂き入居者様の状態報告をこまめに行い、家族様と共に意見を出し合いながら共に本人を支えている。		



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
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	昔から行っていた美容室や歯医者など入居してからも外出して頂いている。家族友人親戚の面会や電話、手紙にも対応し関係が途切れないよう支援に努めている。	利用者の生活習慣や趣味などを把握し、美容室や歯科への外出や友人・家族にハガキを出すなど、関係が継続できるよう支援している。事業所は3つのユニットが繋がっており、親しい人と行き来するなど、ユニット同士での関係づくりも行えている。また、飲酒や喫煙の希望にも対応している。	
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	入居者様同士の関係性を把握しカップリングを行い良好な関係を築けるよう努めている。昔からの友人関係を把握しユニット間の行き来するなど、孤立せずに利用者同士が関わり合い支え合えるよう努めている。		
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	秋祭りの際、毎年お赤飯を持ってきて頂いたり、タオルなど持って来て頂く事がある。契約終了後も家族間のトラブルの相談を受ける事もある。		
<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 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	日々の暮らしの中で今やりたい事を聞き、その方に合った生活リズムを理解する事で暮らしやすい環境を整えている。また、意思疎通が困難な方にはケアを受けた時の反応から考えたり、バックグラウンドを参考にしたり家族様に伺ったりして、希望や意向の把握に努めている。	居室担当制で一人の職員が利用者二人を担当し、ドライブや誕生月の希望の食事メニューなど、その都度確認しながら支援している。意思表示が困難な人からは表情や仕草から思いをくみ取ったり、入居前に家族から聞き作成したバックグラウンドシートを参考に支援している。動画や写真を見せたり、アロマや音楽など、五感に働きかけながら個別に対応している。	
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	実態調査での事前の聞き取りや、家族様や本人に記入して頂いたバックグラウンドの把握に努め、また、本人に自宅での暮らしを聞き、その方らしい生活を送れるよう支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	体内リズムを整えるため、ある程度の一日のスケジュールはあるものの出来る限り1人ひとりの生活リズムを理解し、その方が安心して過ごせるよう努めている。また、日常の中で自己決定や自己選択を促し、「待つケア」を実践し自立した生活を送れるよう努めている。		

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
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	日々の生活の中での気づきや意見を話せるようミーティング時や会議の場を設けている。必要に応じてカンファレンスを行い介護計画に反映させている。その後の評価も行い継続してケアを提供できるように努めている。	入居時に利用者の生活歴や趣味、馴染みの関係などをフェイスシートにまとめ、身体状況などは「151項目からなるアセスメントシート」にまとめ、介護計画作成時に活かしている。支援内容は具体的に、いつ、誰がどのようなケアを行うかを詳細に記し、職員全員で情報共有している。モニタリングは全員で行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	KCIS（電子記録システム）にて個別の記録を入力している。また、医療記録や連絡ノート、チャットワークにて気づいた事を記入し、職員間で情報を共有し、支援に活かしている。		
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	訪問歯科や訪問カット、訪問マッサージに入っただき本人や家族のニーズに対応しています。努めている。また、居室が空いた際には短期入所で利用して頂いている。		
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	コロナの影響で地域資源の活用や地域活動への参加が難しい事もあったが、町内の商店に食材を発注したり、週に一回地域の仕出し屋さんがお惣菜の訪問販売に来ている。入居前から通っている美容院へ行かされている方もいる。		
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	本人または家族様の希望するかかりつけ医を選択して頂いている。通院は家族に対応して頂き、受診の際日頃の状態を記入した記録を持参して頂き、連携を図っている。	入居時に利用者や家族から、入居前からのかかりつけ医を受診するか、訪問診療に切り替えるかを確認している。入居前のかかりつけ医を希望する場合は、家族に受診の付添いを依頼しており、受診の際は「情報提供書」を提出し連携を図っている。職員として看護師を配置し、利用者の健康管理を行っている。協力歯科医療機関も定めている。	

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
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	体調の変化や怪我が発生した場合は直ぐに看護師へ報告している。必要に応じてかかりつけ医に連絡し指示をいただいている。MCSで小さなことでも報告をしアドバイスを頂いたり、往診に来ていただき適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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	サマリーを通して施設での情報を提供している。入院中の状態や退院後の生活支援などについては病棟ナースや地域連携室と情報交換を行い、早期に退院できるよう調整するとともに安心して退院できるよう準備をしている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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、事業所です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	重度化、終末期になった場合、家族、かかりつけ医を交え、以前からの本人の意向を家族に確認し、桜の家でできる医療・介護の説明と、これからの方針の統一、その人らしい最期を迎えられるようどう支援して行くかを話し合い、状態変化時も、話し合いを行いチームで支援に取り組んでいる。	入居時に「重度化に関する指針」を説明し、利用者・家族から同意を得ている。「看取りに関する指針」に沿って、状態が終末期対応となった場合、医師、家族、事業所で利用者の最期をどのように支援して行くか話合っている。重度化対応について、研修の機会を設け、痰吸引の資格をもつ職員も多数育成するなど体制を整備している。看取り期は3ユニットで協力体制をとり、医師・看護師のオンコール体制も整えている。	
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	緊急時のマニュアルを基に急変や事故発生時の対応を迅速に行えるようにしている。また、年に2回応急処置の実技講習を行っている。		
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	防災訓練の年間計画を作成し早朝、夜間、日中を想定した避難訓練を毎月行っている。また、土砂災害避難指示があった場合は他事業所や近隣の施設へ避難できるよう協力体制を整えている。	火災、風水害、地震対応マニュアルとBCP（事業継続計画）を作成している。通報訓練、避難訓練、応急処置講義など訓練内容を決めて月1回、防災訓練を実施している。避難訓練は、早朝、夜間、日勤帯を想定し、訓練後、自己評価し職員間で共有している。避難指示があった場合は、区長の協力のもと、近隣施設に避難できるよう体制を整えている。設備点検は業者に委託して年1回実施しており、備蓄品は3日分を確保している。	

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
<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 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敬語で話し自尊心を傷つけない言葉掛けや対応ができるようにし、命令口調や否定しない対応に努めている。居室に入る際は、本人不在時でもノックや本人への確認をして入室している。	年1回、プライバシーの保護について研修を行っている。3ヶ月ごとに行う「虐待の芽チェックリスト（桜の家ver.）」で、職員は利用者との関わり方を振り返る機会とし、特に注意すべき事項を『心得』として掲示している。利用者の身体に触れる時は必ず声をかける、排泄介助はさりげなく対応する、着替え時はカーテンを引くなど、随所で一人ひとりを尊重した介助支援を行っている。	
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	できるだけ職員が決めるのではなく常に本人に思いや意見を聞き自己決定、自己選択をしていただいている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	毎日の生活は、1人ひとりの自由な生活に沿った支援ができるよう職員の業務を決めていない。生活リズムを把握しその人らしい生活を送れるよう努めている。		
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	起床時の整容や一緒に洋服を選んだり、好みを聞くなど、その人らしい身だしなみを保てるよう心掛けている。		
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	誕生会のメニューは本人の食べたいものを聞き、お祝いしている。管理栄養士が旬の食材を取り入れた献立を考え、手作りの温かい家庭的な食事を提供出来ている。食事準備片付け、その方が出来る事を行って頂いている。行事時は屋外で火起こしをして食事をした。状態に合わせてカンファレンスを行い、食事形態にも注意している。	管理栄養士が、季節や栄養バランスを考慮したメニューを作成し、事業所で調理している。コロナ禍中は利用者が調理に参加する機会が激減し、職員が調理していた。状況を確認しながら、皮むき、茶碗洗い、味見、後片付けなど、徐々に可能な範囲で、一人ひとりの能力を活かし関わられるように取組んでいる。咀嚼や嚥下能力に合わせた食形態にしている。茶碗、お椀、箸、湯呑など、自分専用の馴染みのものを使用している。	

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
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	管理栄養士がバランスの整った献立を立て、食事形態や好みを1人ひとりに合わせて食べやすいよう提供している。食事量や水分量を毎食記録し、摂取量が極端に少ない時は代替品を用意し必要な栄養や水分が摂れるように配慮している。摂取が困難な際は医師への相談を行っている。		
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	起床、就寝、食後に口腔ケアを行っている。また、歯科衛生士の指導を受け、全職員で共有し口腔ケアが行えるよう指導内容を各居室に掲示している。		
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	その方に合わせた定時のトイレ誘導を行い、出来るだけトイレでの排泄を促している。尿意便意を訴えられない方は行動パターンを把握しトイレ誘導を行い失禁を防いでいる。自分でトイレに行ける方は、トイレの表示を掲示している。入居時にその方が使用するトイレを決めすり込み記憶で自立してトイレに迎えるようにしている。	利用者ごとの状態に合わせてリハビリパンツ、尿取りパッドなどを使用し、排泄パターンを把握しトイレで排泄ができるように誘導などの支援をしている。オムツ利用だった人が上記の取組みで布パンツ利用となった事例もある。夜間は一人ひとりの睡眠状況に合わせてながら、誘導や、ポータブルトイレ、紙オムツ使用などの対応をしている。便秘対策として食物繊維の多い食品や乳製品を取入れ、医師の処方薬を服用する人もいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎朝乳製品を提供し、排便の有無や水分量・食事量を毎日申し送っている。散歩や腹部マッサージを行い予防に努めている。		
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	時間や曜日を設定せず、ご本人に確認しながらできるだけ毎日入浴して頂けるよう努めている。入浴剤を使用したり音楽を流して楽しく入浴できるよう支援している。車椅子の方にもリフト浴があるため、安心して毎日入浴して頂く事が出来る。	時間帯や回数の指定はなく、利用者の入浴したい気持ちを大切にしており、朝から入浴可能である。入浴剤を使用したり、希望に応じて音楽を流すなどリクエストにも応じている。車椅子の方はリフト浴で対応し、看取り期の人には足浴や清拭で対応している。入浴を好まない人には声がけなどを工夫し清潔保持に努めている。	

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
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	入居時に1人ひとりの生活習慣を確認し、本人の意思や体調・体力を考慮し休息している。明るさや音、室温湿度にも配慮し、本人の希望や習慣により電気毛布や湯たんぽを使用し安心して睡眠がとれるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬剤情報や体調症状を観察し変化が見られたら医師に報告相談し薬の調整にも繋がっている。下剤の容量は必要に応じてかかりつけ医の指示を仰ぎながら調整している。		
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	一人ひとりの生活歴を把握し、掃除や食事準備配膳下膳など出来る事を共に行い、生活の継続をして頂いている。飲酒や読書、スポーツ観戦や音楽鑑賞など楽しみを持って生活できるように好きなことが行えるよう支援している。		
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	行事での外出以外にも本人の希望に沿い、馴染みのパーマ屋へ行ったり、家族と法事墓参り、食事に外出されている方もいる。家族との誕生会を企画し、他施設へ入所している息子様を訪問して誕生会を行った方もいる。	全員での外出は難しいが、近所の神社に初詣に出かけたり、6月にはあやめ見物に出かけるなど、少しずつ外出の機会を増やしている。家族の協力を得て通院の帰りなどに、外食や買い物、墓参り等に行く人もいる。他施設に入居している息子を訪問し、一緒に祝えるよう誕生会を企画し喜ばれた例もある。	
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	お金はお小遣いとして家族からお預かりし、出納帳に記入しながら金庫にて保管し、必要な物を購入しています。本人からの希望があれば、お金の所持や買い物の対応は可能で、以前は自分で持っている方もいたが、現在は、自分でお金を管理している方はいらっしゃらない。		
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	自分の携帯で友人や家族に電話をしている方もいる。本人の希望で家族に電話をしたり、家族からの電話を取りつぎ自由に連絡を取り合う事が出来ている。家族や友人から定期的に、ハガキが届く方もいる、自分で読めない方にも職員が読み上げている。		

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
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	日中はなるべく自然の光を取り入れ夕方は暗くなる前に、電気を早めに点灯し、カーテンを閉め、夕暮れ症候群の防止に努めています。季節に応じた装飾などで、環境を整えています。冬場は掘りごたつにてお茶のみをしたり、思い思いに過ごして頂いています。	デイルームは季節ごとにクリスマスツリーや七夕飾り、紅葉、正月飾りなどで四季を演出している。小上がりに掘りごたつがあり、利用者はテレビを見たり、お茶を飲んだりしてくつろいでいる。3ユニットが廊下で繋がっており、ユニット間を行き来でき、交流することができる。共用部分には手すりを設置し、利用者が安全に歩行できるようにしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	座敷にてお昼寝をされる方、園庭のベンチで過ごされる方、他ユニットへ行き、昔からの友人と談笑されたり、事務所で過ごされる方など一人ひとりに合う居場所づくりをしています。		
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	入居の際、自宅で使っていた家具を持って来ていただき、自宅の居室と同じ向きにベッドを置き、自宅と同じような環境づくりをし、リロケーションダメージを最小限に抑え混乱を招かない環境づくりを行っております。また、家族の写真や位牌を持ってきています。	エアコン、ベッド、洗面台、クローゼットが備え付けてあるが、希望により布団を利用することも可能である。利用者は遺影や家族写真を持ち込み、自分の部屋のようにくつろげるよう、雰囲気作りに配慮している。冬場の乾燥に備え、加湿器を家族に準備してもらい、温・湿度、換気など職員が管理している。プライバシーに配慮し居室のドアは閉めている。	
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	居室の表札やトイレのサイン表示等本人が分かりやすい表示を掲示したり、入居時から居室から近いトイレを使用して頂き、トイレ、居室、食堂間の移動をできるだけ自力で迷うことなく移動できるように配慮しています。廊下に手すりを設置し、立位歩行ができるよう、筋力維持に努めています。		