

## 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	0491400073	事業の開始年月日	2014年4月25日	
		指定年月日		
法人名	社会福祉法人ことぶき会			
事業所名	グループホームすみちゃんの家 ユニット名：こまち			
所在地	(〒 981-0303 ) 宮城県東松島市小野字中の関6番2			
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	9名	
		ユニット数	1	
自己評価作成日	2024年1月1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)】

利用者様の個性と想いを大切にし、丁寧な支援を心掛けています。生活リハビリを大切に、出来ることは自分でしていただく、出来ないところは不安がないようにお手伝いさせていただくようにしています。車いすの方や座っての作業も出来る対面式のキッチンがあり、職員や他利用者様と会話しながら調理が出来ます。また全室エアコン、全館床暖房があり、どの季節も快適に過ごせます。その方の身体状態に合わせた食事を手作りし、柔らか食、ムース食にも対応しています。三食後の口腔ケアやその方にあった食形態の工夫にて、最期まで安全に、楽しく食事が出来るよう努めています。また記録はケアラボ(介護記録システム)を導入し、毎日の生活の様子を写真付きで家族様にタイムリーに伝え、家族様と情報共有しています。家族様も心配なことや連絡事項をコメントすることが出来るので、家族様とのコミュニケーションに役立っています。コロナが第五類となり、利用者様との外出や買い物、外食等を再開し、グループホームらしさを取り戻せるよう努力しているところです。

## 【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	2024年1月18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】 ※2023年度新設した理念  
 ① 四季を通して安全に食事が出来るよう支援します。  
 ② ご利用者様の時間を大切に、一人一人にあった生活支援をします。  
 ③ ご利用様の出来ること、出来ないことを把握し、健康に安全に過ごせるよう共に暮らします。

【事業所の概要】 母体法人について・立地環境・建物の特徴等  
 「社会福祉法人ことぶき会」は2006年に設立し、ブルーインパルスで有名な東松島市の小野地区にある。広い敷地一帯を「はまなすの里」と名づけ、ケアハウス、通所介護、グループホーム、地域包括支援センターを協同で運営している。「グループホームすみちゃんの家」は2階建ての施設の1階で、定員9名で運営している。全館床暖房が設置されておりエアコンと併用し、年間を通して快適な生活ができる居住環境である。

【事業所の優れている点・工夫点】  
 今年度、法人理念の「のんびり」「ともに」「たのしく」を基に、職員でじっくりと議論し、グループホームの理念を新しく作成した。その理念を念頭に「節」を意識した食事の提供や、利用者個人個人の能力をできるだけ温存したり引き出せるような介護に努めようと日々努力している。介護記録システム「ケアコラボ」を活用し、職員は利用者の毎日の生活の様子を家族に映像で配信している。家族全員がその仕組みを活用し利用者の状況を確認したり、疑問や質問の問合わせを直ちにフィードバックできる仕組みを活かし、職員と情報交換を行っている。看護師や調剤薬局と連携し「服薬管理ロボット」を活用し、飲み忘れや誤薬の防止に努めている。「はまなすの里」ではゆったりとした敷地で山羊を飼育し、利用者の方々の環境にも配慮したり、残食等の食品ロス削減に努めるなど、SDGsを強く意識した運営を行っている。

## 【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	グループホームすみちゃんの家
ユニット名	こまち

**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	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
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か月に一度、市役所、包括、自治会長、家族様、利用者様同席にて開催している。年間計画に基づき、5月は外部評価の報告、運営推進会議の年間計画、コロナ対策、7月は一日の流れ、9月はデイと合同開催、11月は施設内の感染対策について報告と意見交換をした。活動報告は、毎回写真付きの冊子を作成し、参加できなかったご家族様にも配布している。	運営推進会議は、利用者、利用者家族、自治会長、市職員、地域包括職員で構成し、年6回開催している。家族全員に案内し、可能な家族は参加している。年間で決めたテーマにそって会議を行い、活発に意見交換された会議内容をまとめ、利用者家族に配布している。「職員の顔と名前が知りたい」という要望が出され、「ケアコラボ」や玄関前の掲示物にて確認できるように改善した。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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	運営推進会議に市役所の高齢介護係りの方も参加して頂いており、活動報告を見て頂いたり、利用者様や家族様の意見や要望を聞いてもらっている。また、事故発生時は、速やかに報告している。	運営推進会議に市の担当課の職員が参加している。会議で出された意見を整理し文書にし、発生した事故（転倒、すりむき、通院など）について、速やかに市に報告している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	日中は、玄関や渡り廊下への通路に施錠はしておらず、自由に出入りできる環境にしている。また、身体拘束廃止委員会の勉強会に参加し、身体拘束や虐待について学んでいる。開所から、身体拘束は一度も行っていない。	身体拘束廃止委員会を同法人の他施設と合同で開催している。介護に関する研修や勉強会も一緒に開催している。身体拘束廃止に関する指針を設け、職員は年2回「不適切なケアに関する自己点検シート」を活用し、日々のケアを振り返り支援に活かしている。玄関の施錠は、夜間18時～翌朝8時まで行っている。どうしても禁煙ができない利用者には、安全上そと職員が見守るようにしている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	管理者のフォローアップ研修で身体拘束と高齢者虐待の研修にケアマネが参加。学んできたことを職員に伝えたり、内部研修に活かすなどし、施設内で身体拘束や虐待について、職員の意識が向上するよう努めている。	虐待防止のマニュアルを作成し、身体拘束廃止と一緒に研修を行っている。職員が記入した「不適切なケアに関する自己点検シート」の集計結果を基にグループワークを行い、実践に活かせる研修内容になっている。不適切な言葉遣いやケアなどについては、その都度指摘したりユニット会議でも話し合っている。	
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	保佐人がついている利用者様がいるため、必要時連携をとっている。権利擁護については、個人で学んでいる。		

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
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、しっかりと内容を家族様に説明して、家族様の不安や希望を聞きながら、納得して入所して頂くように努めている。また、重要事項や料金表変更時は、その都度家族様に説明し、納得の上署名頂いている。		
10	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	外部には運営推進会議の場で、家族様や利用者様の要望などを聞く場を設けている。日々の要望や意見、心配ごとなどは、ケアコラボにもアップされることがあるので、その都度お返事をしている。また、面会時には心配ごとなどを聞くようにしている。	介護記録システム「ケアコラボ」を活用し、利用者の家族全員と繋がっている。利用者の日々の生活の様子が画像でアップされており、いつでも確認することができる。家族は意見・要望を「ケアコラボ」に書込み、職員は個別に回答を返信している。運営推進会議や面会時に家族の心配ごとなどを聞いている。	
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	ユニット会議や主任リーダー会議などを開催し、現場職員やリーダーから意見を出しやすい環境作りを努めている。また、出された意見でさらに施設として検討が必要なことがあれば、経営会議にて検討している。	職員は日々のミーティングや月1回のユニット会議で、様々な意見・要望を出し合っている。職員から出された意見で運営上重要なものは、法人の経営会議に提案している。年2回、一般職員と幹部との面談が設けられ、職員が掲げた目標について達成状況を確認し、意見・要望を聞いている。	
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	自らの努力が反映される仕組みとして、資格手当の重複支給、人事考課制度を賞与の参考要件とし、個々の努力や実績を評価するようにしている。		
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	採用時研修後はプリセプター制度にて担当の先輩職員が指導や助言をする。内部研修は感染症や認知症について、身体拘束や虐待について、職員が講師をすることもある。外部研修にも出て欲しい職員、出たい職員を勤務として参加させている。		
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協議会や、外部研修等で、他事業所とグループワークや意見交換会をしている。GH協議会の活動が盛んで、研修会や実践報告会を他事業所と協力して開催している。	宮城県認知症グループホーム協議会に加入している。活発な活動の中、年1回の実践報告会や様々な研修にも参加している。他施設の職員との情報交流は、介護の質の向上に繋がっている。医療機関とは、病院主催の研修に参加し交流をとおし良好な関係ができています。	

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	実態調査時から、本人様にどんなことで困っているか、どんな風に暮らしたいと思っているかをじっくりと聞き、少しでも今までの生活に近い状態で暮らせるよう工夫している。入所時は、本人様への挨拶はもちろん、他利用者様の間に入りコミュニケーションをとるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	施設申し込み時は、家族様や本人様にも見学に来て頂き、その後実態調査に行き本人様の心身の状態や生活の様子をみさせていただいている。家族様に、施設入所にあたっての不安なこと、施設での生活の希望の聞き取りをし、入所後もケアコラボを通して生活の様子を詳しく伝えている。		
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	入所時必要な支援を家族様や本人様と話し合い、現場職員とも共有している。家族様や本人様の状態によって、他サービスが必要な時は、その都度お話しをするようにしている。		
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	職員はすべて支援するのではなく、その方の持っている力を理解し、出来ることは継続して出来るように、出来ないところはお手伝いをしている。出来る力に応じて、料理や掃除、家事を職員と一緒にして頂き、暮らしを共にする関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日用品の準備や面会、受診の付き添い等を家族様にお願いし、利用者様と過ごす時間や体調を見て頂く機会を作っている。また、ケアコラボにて日々の生活の様子を見て頂くようにしている。また、ケアコラボも一方通行ではなく、家族様からもコメントや意見を頂くように努めている。		

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
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	本人様が家にいたところに行っていた店、暮っていた地域へのドライブなどを行っている。また、面会は感染症の季節でも陰圧室で面会したり、制限はしないようにしている。	感染症予防対策として陰圧室を設け、家族との面会ができる環境を整え、家族との関係が途切れないように努めている。入居前から参拝していた定義山や竹駒神社までドライブを希望する人や、家族と一緒に馴染みの美容院や床屋に通ったり、墓参りに行く人もいる。時には自宅の様子を見に行き、外泊する人もいる。利用者一人ひとりの思いを大切に、継続して支援ができるよう努めている。	
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	毎日の調理や家事を通して、利用者様同士の関わりを持っている。また、相性や性格を踏まえて席を決めたり、不満訴え時も、その方の事情を話したり、少しでも理解しあえるよう努めている。記憶障害があっても仲の良い利用者様の名前は忘れないなど、一緒に暮らす者として支えあっている。		
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	退所後も、入居していた際のお写真をお渡ししたり、入院の際には、入院後定期的に状態を連携室に確認したり、家族様にお聞きしたりし、状態の把握に努めている。また、施設での生活や心身の状態を病院に伝えるなどしている。		
<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 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	入所時には、家族様や本人様から昔からの暮らし方や趣味、性格、食べ物の好き嫌いなどを聞くようにしている。入所後も本人様の会話の中から、何か希望や不満がないか聞き取りし、職員間で情報共有している。意思表示が困難な方には特に家族様に本人様ならどう思うか聞くようにしている。	入居時にモニタリングを行い、利用者の思いや意向を把握している。日常生活の食事作りや入浴時、居室で一對一になった時にも希望を聞いている。テレビやチラシを見ながら「行きたいところ」や「食べたい物」の話も大切にしている。それらを記録し職員間で情報共有している。意思表示が困難な人の思いなどは、表情を見逃さないよう努め、家族からも聞くようにしている。	

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
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	入所時に、家族様や本人様、サービスを利用していた方にはそのサービス事業者にも、本人様の生活の意向や性格、生活歴を確認し現場職員にも情報共有している。暮していく中で、疑問に思ったことは、再度家族様や本人様に確認している。		
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	ケアラボを通して、本人様の一日の過ごし方を職員間でも情報共有している。本人様の出来ること、支援が必要なことなどは申し送りをし、支援の統一が出来るようにしている。		
26	(12)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプラン作成前に家族様に生活の意向や希望を聞き取りしている、本人様からは聞き取りが難しい場合、普段の生活や言動から希望の把握をしている。併設施設の看護職や栄養士に必要時は相談し、専門的な意見も聞きながらケアプランの立案をし、担当者会議を行い作成している。	介護計画は、3ヶ月に1回モニタリングを行い、年1回見直しを行っている。家族からの意向は、面会時、電話、日々の「ケアラボ」への書き込みなどで収集している。同法人の併設している施設の看護師が朝夕に利用者の様子や状態の変化を観察し、助言を得ている。利用者の体調変化にともなう食事内容の変更やカロリーなどについて、法人の栄養士からアドバイスを得ている。それらの意見を介護計画に反映し、利用者・家族に説明し同意を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケアラボにて、日々の支援や支援に対する反応などをタイムリーに写真付きでアップしている。また、利用者様の心身の状態については、申し送り等アップし、職員間で情報共有するようにしている。ユニット会議で利用者様ごとに検討することがあれば検討し、支援の統一、質の向上に努めている。		
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	遠方の家族しかいない、受診の付き添いが今は無理という時は、外部のヘルパーを使用したり、買い物を代行したりしている。認知症が重度で、家族様が付き添いに不安がある時などは、相談しながら少しでも安心して受診が出来るよう、送迎や、病院への連絡等柔軟に対応している。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	心身の状態の維持には、かかりつけ医の存在が重要で、スムーズに受診が出来るよう通院連絡表を持参する等工夫をしている。娘様が働く薬局に職員と買い物に行ったり、近隣の小学校と交流したり、グループホームの利用者様も地域の一員として暮らせるよう配慮している。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	受診は家族様付き添いを基本とし、希望の病院に通院している。通院時には看護師が作成した通院連絡表を持って行き、施設での様子や普段のバイタルを伝え、指示があれば聞いたり連絡表に書いて頂いたりしている。服薬ロボットを導入し、薬剤師との連携を密にし、誤薬の防止、飲みやすい薬などの検討が出来る。	通院は、基本家族が付き添い入居前のかかりつけ医を受診している。その際には、看護師が作成した「通院連絡表」（ホームでの様子やバイタル等記入）を持参している。「通院連絡表」には医師からの指示なども書き込めるようになっており、職員間で情報共有し支援している。定期的に訪問診療医や訪問歯科医を受診する利用者もいる。「服薬ロボット」（一人ひとりの服薬の管理をする機械）を導入し、飲み忘れや誤薬の防止に役立っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎日ラウンドに来た際には、利用者様の様子で気になることや心配なことを看護職に伝えている。またケアラボで看護職とも情報共有している。訪問診療を受けている方は、バイタルリンクを通して、主治医や看護師と情報共有している。看護に伝えたいことは「看護」とタグ付けし検索しやすいようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	病院の連携室とケアマネ・相談員が密に連絡を取るようにしている。入院時にはサマリーを病院の看護師に渡し、心身の状態の情報共有に努めている。入院中も、連携室に利用者様の状態を聞いたり、退院の見込みがたてば実態調査に行き、施設での生活にスムーズに戻れるよう各部署調整している。		

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 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	「重度化した場合における対応指針」と「看取り介護指針」について、入所契約時に説明し、家族様と話しあい考える機会を持って頂いている。状態低下時などは早めに家族様にきていただき、看護職やケアマネ、介護職と今後どうしていくか、話しあいをしている。その際は家族様の希望と、本人様ならどう望むかということが一番に考えるようにしている。	入居時に「重度化した場合における対応指針」と「看取り介護指針」について家族に説明している。重度化した場合には、かかりつけ医が判断し家族に説明し、法人内の看護師やグループホームの職員、ケアマネと話し合い、利用者や家族の意向にそえるように支援している。看取り経験がある。	
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	定期的には行っていないが、餅提供の前には窒息時の対応を各部署で行っている。また、救命救急の内部研修を受けたり、その方であった支援方法を看護職に聞いたりしている。		
35	(15)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	半年に一度定期的に避難訓練を行っている。日中、夜間想定と分け、その都度想定を変えて訓練をしている。日頃から、自治会長との連携を密にとり、地域の方の福祉避難所としての役割を担えるようにしている。	火災、風水害、地震の災害対応マニュアルが作成完備されている。避難訓練は日中・夜間想定で年に2回行っている。水害時には、ホームの2階に垂直避難することになっている。また、薪を利用しカマドで炊き出しを行う訓練も行っている。設備機器の点検は基準にそって業者が行っている。非常時の食料、備品は1週間分保管している。コロナ禍の対策として職員は週1回、検査キットで抗原検査を行っている。	
<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 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	各居室にトイレがあり、プライバシーが守られるようになっている。声掛けの仕方も、本人様のプライドを傷つけないよう、その方の性格や認知症の状態を見てしている。また、他利用者様の言葉や行動でトラブルが大きくなならないよう、職員が間に入り対応している。	一人ひとりのプライドを傷つけないよう言葉がけなどに配慮している。排泄介助時にも尊厳を損ねないように努め、食事の前後や台所で調理をする前には声がけし、居室のトイレに誘導している。利用者の呼び方は本人と家族に聞いて、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 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	会話の中で、「これ、食べたいねえ」といったものを献立に取り入れたり、チラシをみて「おいしそう」といったものを買ってくるなどしている、個人的に寿司などが食べたいときは家族様を買ってきて頂いている。意思表示が難しい方は、家族様から好きなものや好きだった場所などを聞き、生活に取り入れている。		

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 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	朝食は本人様の起きられる時間に合わせ時差で提供したり、出来る限り利用者様のペースで生活出来る様心掛けている。普段の何気ない会話の中から、その方の生活や活動の希望を聞くようにしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入浴後や起床時顔を洗った後等はその方にあつたスキンケアをするようにしている。眉をかいたり、昔から使っているクリームを家族様に用意して頂き、職員が塗ったりしている。起床時は髪をとかし、服の乱れをなおすなど、身だしなみに気を配っている。		
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	利用者様と一緒に調理や献立を考え、食事が楽しみになるよう工夫している。食事の準備から盛り付け、食器洗い、食器拭き全て利用者様と共に行うようにしている。誕生日にはその方の好物を出したり、旬の食材、季節に合った献立等、季節を感じられる食事の工夫に努めている。	日常生活の中から利用者の好みや希望を汲み取り、また「節」を反映できるよう意識して献立を作成している。同法人の栄養士からアドバイスを得ている。利用者の状態に応じて、ムース・刻み・トロミなどを取入れている。車いすの人でも使い易い高さや足回りに配慮されたキッチンで、利用者ができる範囲で調理、配膳、皿洗いなどに参加している。利用者の状態に合わせてテーブルや椅子の高さを調節することで、自分の好きなところで食事ができるようにしている。誕生日には本人の好きな物（刺身などの生ものが多い）を用意したり、外食に行くなど楽しめるよう工夫している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食べる量が少ない時は、好物の麺を提供したり、栄養状態の悪い方には看護職と一緒に栄養補助食品を検討し提供している。食事量、水分量は一人ずつ記録に残し、長期的に量をみられるようにしている。朝食が進まない方にはパンとコーヒーを出す等好みや習慣を大切にしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後欠かさず口腔ケアをしている。その方の能力にあわせて、全介助したり、出来ないところのフォローをしたりしている。歯科の訪問診療時に口腔内の状態やケアの仕方を聞いたり、状態によってはくるりーな等使用し、口腔内の清潔に努めている。		

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
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	その方の排せつパターンを考え、トイレご案内や声掛け、オムツ交換をしている。日中は二人介助でトイレに座って頂いたり、時間によってパットの種類を変えたり、トイレで排せつすること、失敗を少なくする支援に心掛けている。排便がある時間も職員間で共有し、失敗を減らす努力をしている。	排泄チェック表で個々人の排泄パターンを把握し、トイレで排泄ができるよう声かけや誘導を行っている。便秘対策としては体操をしたり、食事に牛乳や乳製品、きのこ類など、意識して取り入れるようにしている。水分摂取量もチェックして便秘にならないよう努めている。状態により医師が処方する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	水分をなかなか摂らない方には好む水分を提供したり、パターン表で水分量を把握している。また、食物繊維の多いキノコ類などを献立に多く取り入れている。便秘時には、朝に冷たい牛乳や水を飲んで頂く、トイレに座って腹部マッサージをする等その方にあわせた支援をしている。		
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	入りたがらない利用者様には、声掛けのタイミングを工夫したり、冬至にはゆず湯を楽しんでもらったりしている。お湯の温度やシャンプー類は本人様の好みに合わせている。受診日や外出の前日には必ず入浴するようにしている。	入浴は週2～3回を基本に11時～12時と14時～16時の時間帯で支援している。本人希望で同性介助も行っている。利用者の状態に合わせてミスト浴や機械浴を利用し、安全に入浴ができるよう取り組んでいる。シャンプーなどは本人の好みのものを利用している。湯はかけ流しで、温度は本人の好みに合わせている。冬至にはゆず湯を行い、年1回バラ風呂も楽しんでいる。全館床暖房なので、脱衣所も暖かく寒暖差のないよう配慮されている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	その方の寝る前の過ごし方や寝る時間を考えながら支援をしている。日中は身体を動かし過ごすことを心がけ、夜間ぐっすり眠れるように配慮している。寝具や部屋の温度にも気を配り、気持ちよく眠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	居宅療養管理指導を受けている方は、薬剤師と薬の補充時や体調確認表にて、利用者様の状態、お薬について情報共有している。お薬変更時は、看護職から効用や副作用について説明を受けている。ケアコラポにお薬情報をアップし、いつでも確認出来るようにしている。		

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
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	入所時には生活歴や趣味、好きだったことを聞き、少しでも楽しみのある生活が送れるよう支援している。買い物や調理が好きな方、スポーツ番組を見るのが好きな方、力仕事を職員としてくださる方など、その方の得意なこと、好きなことが出来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	誕生日にお寿司やさんに外出に行ったり、クリスマス雰囲気を感じるためにイオンへ外出したり、日常的には食材の買い物と一緒に歩くようにしている。地域のスーパーで買い物をすることで、お店の人とも顔なじみになっている。家族様との外出や外泊も制限せず、いって頂いている。	普段から地域のスーパーなどに職員と一緒に食材を買いに行っている。クリスマス時期には大型店の華やかな飾り付けを眺め楽しんだ。天気の良い日には広い敷地内を散歩したり、飼育しているヤギに餌やりをする人もいる。家族と外食をしたり、自宅に外泊をする人もいる。	
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	お小遣い程度のお金を持っている方も入れば、事務所で預かって頂き、外出時などはご自分でお支払いをして頂いたりしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	遠くの家族様とLINE面会をしたり、ケアラボを通して動画を送りあったりして、家族様とのコミュニケーションに役立っている。家族様からの手紙は本人様にお渡しし、必要な方は代読する、その様子をケアラボにアップするなどしている。		
52	(21)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングには掃き出し窓からウッドデッキにつながっており、温かい季節にはそこに椅子をおいてお茶を飲んだりしている。リビングにはその年の干支の飾り物やカレンダー、時計を置き、見当識に配慮している。全館エアコン・床暖房があり、適温で暮らしやすいようにしている。	リビングには大きな窓があり、そこからウッドデッキに出ることができ、四季折々の景色が楽しめる。全館床暖房で温・湿度、換気も24時間管理されている。あえて華美な飾り付けをせず、日にちや時間など認識しやすいよう見当識に配慮し、住みやすい空間づくりに努めている。	
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	セミパブリックスペースに、テレビやテーブル、いすを置いて、リビングで大勢で過ごすより、ゆっくり一人や少人数で過ごしたい方の為に活用している。また、交流スペースや、ケアハウスに職員と一緒に散歩に行き、気分転換をすることがある。		

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
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	居室に仏壇や遺影を持って入所し、お茶や水、お花をあげることを日課としている利用者様がいる。家族の写真を飾ったり、家から馴染みの物を持って来て頂くように入所時にお伝えしている。入所時には、家族様も一緒にお部屋の整理をして頂いている。	居室には、ベッド、トイレ、洗面台、エアコン、クローゼット、スプリンクラーが設置されている。入口には部屋ごとに違う暖簾を掛けたり、名前のプレートなどで自分の部屋が分かるよう工夫している。利用者は馴染みの物や家族の写真などを持ち込んでいる。毎日、仏壇や遺影にお茶や水、花を供え手を合わせる人もいる。温・湿度は職員が管理し、居室の掃除や衣替えなどは職員と一緒にしている。	
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	居室やトイレをわかりやすいように工夫したり、ベットや椅子の配置が安全なように配慮している。リビングは座っていても家事をお手伝いしやすい作りになっており、出来ることをして頂きながら生活している。		