

## 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	0475102083	事業の開始年月日	2005年12月1日	
		指定年月日	2005年12月1日	
法人名	社会福祉法人 仙台市社会事業協会			
事業所名	グループホーム 楽庵			
所在地	(〒 981-0917 ) 仙台市青葉区葉山町8-1			
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	9 名	
		ユニット数	1	
自己評価作成日	2023年10月7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)】

- ・ パーソン・センタード・ケアに基づいた認知症ケアの実践に努めている。
- ・ 近隣の公園清掃、小学校での認知症講座の開催など、地域交流・認知症の啓蒙啓発に力を入れている。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2023年11月9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】  
希：自分らしさや持てる力を活かし、希望と自信を持ちながら自由に生活が出来るよう努めます。笑：「今」を大切に、共に喜び、笑いあい、笑顔が溢れる中で幸せを感じあえる生活を目指します。和：一人一人の価値観や生活のリズムを大切にし、「家庭的」「くつろぎ」「和む」ことが出来る居場所作りを目指します。絆：ご家族様との絆、地域の方々との絆を深め、地域の中でこれまでの生活が継続できるよう努めます。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等  
母体法人仙台市社会事業協会は1952年に認可を受け、児童福祉事業、高齢者福祉事業、教育事業と多様な事業を展開している。「グループホーム楽庵」は2005年12月に6階建て仙台楽生園ユニットケア施設群（特別養護老人ホーム・デイサービス・地域包括支援センターなど）の1階部分にあり、定員9人の家庭的なホームである。北仙台駅より徒歩10分程の住宅街にあり、地域の総合福祉サービスの拠点となっている。

【事業所の優れている点・工夫点】  
「グループホーム楽庵」では理念である「希」「笑」「和」「絆」に則り、利用者の思いを丁寧に聴き「生活シート」に利用者がホームでどのように暮らしたいか、入浴や食事、排泄時にどのような支援を受けたいかをまとめ、これをもとに介護計画書を作成し、職員間で共有している。ホームがある仙台楽生園ユニットケア施設の中庭には様々な樹木や植物があり、利用者は日々、散歩をしながら季節の移ろいを楽しむことができる。また、町内会の資源回収、公園清掃活動など、利用者や職員が共に地域活動に参加したり、管理者が地域の複数の小学校で認知症講座を行うなど、地域活動や啓蒙活動を積極的に行っている。隔月の運営推進会議には町内会や赤十字奉仕団、歯科医などのメンバーが参加していることで、各方面との連携に繋がり専門的なアドバイスはグループホームの運営に活かされている。

## 【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 楽庵
------	------------

**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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある
	<input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3. あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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 楽庵 ）

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	パーソン・センタード・ケアの価値観をもとに「希・笑・和・絆」という理念を掲げている。シートを活用し定期的に入居者一人ひとりにとっての「希・笑・和・絆」を見つめ直す機会を設けている。年度初めには理念の研修を行っている。	4月に「希・笑・和・絆」の理念と法令遵守の研修を行い、全職員が「振り返りシート」にて理念に沿ったケアができているかどうか、見つめ直す機会としている。また、職員が利用者の思いを「生活シート」にまとめ、利用者が望む生活ができるよう取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会の資源回収や公園清掃活動に参加している。学生の受け入れ等を積極的に行っている。また、地域住民との繋がりから要望があり近隣の小学校で認知症講座を開催した。認知症施策における地域の拠点としての役割が果たせるよう努めている。	町内会には加入していないが、町内会の資源回収、公園清掃活動など、利用者と共に地域活動に参加している。管理者が地域の複数の小学校で認知症講座を行うなど、啓蒙活動にも努めている。また、新聞たたみや清拭用の布を作るボランティア、看護学生の受け入れを行う等、地域社会との繋がりを大切にしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	前述した地域活動を通じて、啓蒙啓発に努めている（認知症になっても人の役に立てる事を実証している）。また、運営推進会議では、資料配布や講話を行い、認知症に対する具体的で正しい知識を持っていただけるよう働きかけを行っている。	/	/
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヵ月に1回、地域包括支援センターの職員を含む委員を招集し開催している。毎回、報告だけではなく参加者から質問や意見を頂戴し、サービスの向上に努めている。また、欠席者からも意見を頂戴している。	運営推進会議は、家族、町内会長、民生委員、赤十字奉仕団・地区社協メンバー、地域包括職員、歯科医、職員により、隔月で開催されている。ホームの運営状況を報告し、災害時の地域との連携や、コロナ禍での口腔ケアについてなど、専門的なアドバイスを得ている。	
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取り組んでいる	併設している地域包括支援センターの職員とは日頃から良好にコミュニケーションが図れており協力関係は築けている。必要に応じて双方で連絡や相談をする事が出来ている。	併設の地域包括支援センターとは、密に連絡を取り情報交流を図っている。ショートステイの利用者に、後見人を付けられるように支援し、ホームへの入居が可能となるように関係者間で連携し、支援に繋がった事例もある。	

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 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	年に2回の研修、2ヵ月に1回の委員会を開催している。委員会では、日頃の実践を振り返ってもらい、事業所内におけるグレーゾーンについて話し合いを行っている。活動時間帯は解錠しており外出を妨げない対応をしている。無断外出者対応訓練の実施や、併設施設の協力等によりリスクの軽減に努めている。	2ヶ月に1回、職員に身体拘束適正化についてのアンケートをとり、自己の行動の気付きの機会としている。これを集計し、注意すべき点を身体拘束適正化委員会で検討し、これらを年2回の職員研修時にフィードバックし、注意喚起を行っている。外出要求が強い利用者には、職員間で調整し同行している。玄関施錠は防犯上、20時から翌朝7時迄行っている。	
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	年に2回の研修、2ヵ月に1回の委員会を開催している。委員会では、日頃の実践を振り返ってもらい、事業所内における不適切ケアについて話し合いを行っている。不適切な職員の言動には都度管理者より指導を行っている。	2ヶ月に1回職員からアンケートをとり、虐待防止委員会にて検討し、年2回の研修時に内容をフィードバックし、注意喚起を促している。新人職員にはエルダー制度（身近な先輩が指導し相談にのる制度）により支援体制をとっている。年1回、管理職との面談の機会を設け、相談体制を整えている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるように支援している	年に2回研修を開催している。実際に成年後見制度を活用している入居者が居る事から具体的な学びも得られている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時や改定時等に時間を設け疑問点を尋ねながら説明を行っている。契約者の理解度に合わせて、機会を改めて再度説明を行う事もある。		
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	意見箱を設置している。また、年に1度満足度調査を実施し意見を頂いている。普段から、面会時や電話、LINE等を活用し、要望等を伝え易い関係作りに努めている。要望等が聞かれた場合はシートを作成し、内容や対応策の職員間での周知を図っている。	年1回、家族に満足度調査を行い意見収集の機会としている。苦情・要望等は面会時や電話で聴取する他、LINEでも受け付けるようにし、聴取した内容は、シートにまとめ、改善策を職員間で共有している。毎月、請求書と一緒に利用者の様子を家族に送付し、近況を伝えている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	(8)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1度事業所会議を開催している。代表者と管理者は必ず参加し職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。また、管理者は年に1回全スタッフに対し個別面談を行っている。必要に応じて代表者による個別面談も行っている。	月1回の事業所会議にて、施設長、管理者、職員とで意見交換が行われている。意見により導入したLINEやタブレットを活用することにより、省力化が図られている。年1回、チャレンジシートを活用した人事考課の面接が行われ、職員の努力が評価される仕組みがある。実践研修参加や資格取得の支援もある。	
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	年に1度人事考課、個別面談を行っている。勤務状況をフィードバックするだけではなく、一人ひとりの現在の希望や要望、今後の目標を聴く機会としている。就業環境の整備に努めるとともに、希望によっては併設事業所への異動も提案している。		
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	OJTシステム活用のもと人材育成に努めている。また、中堅職員に対しては事業所内研修を企画・運営してもらおう等し、教える力の育成に努めている。また、管理者は現場で不足している知識や技術を抽出しレジメを作成し、教材としている。		
14	(9)	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	全国、県のグループホーム協会に加入している。リモートでの会議に代表者が参加し、情報共有や意見交換を行い、必要に応じて、職員へ情報提供が行われている。また、管理者も認知症介護指導者の活動を行っており、同業者との交流を積極的に図っている。好事例等を取り入れている。	日本認知症グループホーム協会や、宮城県認知症グループホーム協議会に加入している。定期的に会議や研修会が開催され、「コロナ禍での面会対応」など、実践に生かしている。管理者が「認知症介護指導者」として、市内の職員向けに講義を請負っている関係で、他事業所の取組について情報交換する機会があり、職員とも情報共有し、好事例など参考にしている。	
<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 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	申し込みの際に所定のシートを記入して頂き、既往歴やADLだけではなく、生活歴や趣味嗜好等の把握に努めている。入居前には、管理者とケアマネジャーが自宅へ赴き、生活環境や状況を確認した上で、本人との面談を行っている。利用者理解のもと信頼関係の構築に努めている。		

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
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	申し込みの段階で現在困っている事などの聞き取りを行っている。また、自宅訪問時には家族との面談を行い要望等について聞き取りを行っている。電話等でも会話する機会を設けたり、小さな不安や要望であっても解消されるよう努め、信頼関係の構築に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービス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	自宅での実態調査の他に関係機関からの情報提供を行ってもらっている。「その時」のニーズの把握を行うとともに、継続性のあるケアマネジメントに努めている。必要に応じて、他のサービスの紹介や調整、ご家族への協力依頼等を行っている。		
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	自立支援を念頭にご自身で行えることを職員が奪う事のないような関わりを心掛けている。できるだけご自身の事はご自身で行えるように支援している（洗濯ものたたみ、居室清掃、下膳など）。また、調理や盛り付け、地域活動など、誰かのために行えることを大切にしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日用品の買い物や通院対応などをご家族に依頼している。また、面会の促進などを行っている。ご家族をご本人を支えていくチームの一員として見なし、ご家族ができることを奪わない関わりを心掛けている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、支援に努めている	感染症対策の上、面会の積極的な受け入れを行っている。携帯電話で自由に連絡を取っている方や、入居前の町内会での活動に参加している方もいる。また、生活歴等を踏まえ馴染みのある場所への個別ドライブを行っている。商店等の利用については感染症対策の為自粛している。	入居時に聴き取った「基本情報」や「生活シート」により生活状況を把握している。馴染みの場所へのドライブや、入居前から参加していた、町内会の「男塾」への参加を継続し、利用者が満足感や達成感を感じられるように支援している。家族からも受診の帰りに食事や買い物したり、墓参りに付き添ってもらうなど協力を得ている。	
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	毎日の食事や体操、季節行事や誕生会など、全入居者が一堂に会していただいた上でやっている。家事活動などは、できる人ができない人の分まで自発的に行って下さる様子が見られている。		

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
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	退去後も必要に応じ連絡を取り合いフォローを行う事が出来ている。		
<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	シートを活用し、本人の言葉、想いを定期的に書き出しチームで共有している。意思決定が難しい方については、閉じた質問の仕方や選択肢の提示をするなどし、できるだけ自己決定ができるよう支援している。ご家族に代弁を求める事もある。座席は入居者同士の相性を見てその都度調整している。	利用者の意向や思いを「生活シート」にまとめ、職員間で共有している。言葉により聞き取りが難しい人は、表情や日頃の生活状況から判断したり、家族からの情報を得るなどして把握するようにしている。誕生日のメニューは希望を聴き好きなメニューから選んでもらうなど、工夫している。	
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	申し込みの際に所定のシートを記入して頂き、生活歴や趣味嗜好等の把握に努めている。また、関係機関からの情報提供を行って頂いている。入居前には、自宅へ赴き、生活環境や生活状況の確認を行っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	毎日のケース記録の入力、定期的なアセスメントを行っている。情報収集においては複数人のスタッフが行うことによって多面的に捉えられるように努めている。		
26	(12)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	月に1度モニタリングを行っている。また、月に一度多職種参加のもとカンファレンスを開催し、必要に応じてプランの修正を行っている。年に4回プランの更新を行いその都度ご本人・ご家族へ説明・同意を得ている。	入居前に、管理者と介護支援専門員が利用者・家族と面談し、生活歴や生活シートも活用しアセスメントを行い、介護計画書に利用者の思いを反映させて作成している。毎月、管理者、介護支援専門員、看護師・居室担当者によるモニタリングが行われ、介護計画書は3ヶ月に1回見直し、本人・家族から同意を得ている。	
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	日々の様子やケアの実践等をパソコン入力している。特記についてはA4用紙に書き出したり、画像に残す等し、情報共有しやすいようにしている。月に一度ケース記録を見直し、現在充足すべきニーズの抽出を行っている。それを資料にカンファレンスを行い、計画の見直しを図っている。		

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
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	必要に応じて、併設施設や外部機関と連絡調整を行い、連携や協力を得ている（デイサービスの活用、訪問診療や福祉用具の導入、ご家族の協力など）。		
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	感染症対策上、自粛している部分が未だ多いが、実習生の受け入れや地域活動などに取り組むことはできている。また、今年度は小学校に入居者が縫った雑巾を寄贈し喜んでもらう事が出来た。		
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	入居後の主治医についてはご本人・ご家族が決めている。入居後も長年診療してもらっている医療機関を受診している方もいる。受診付き添い時に医師より入居前の様子を教えて頂いたこともあった。かかりつけ医から訪問診療へ変更する場合、診療情報提供書を提出して頂いている。	かかりつけ医は、入居時に本人・家族に確認し、継続を希望する場合は受診介助を家族に依頼している。眼科、耳鼻科等の専門医への受診も家族に依頼している。容体が重度化した場合には訪問診療に切り替え、診療情報提供書にて医療連携が図られている。歯科受診希望者は訪問歯科を受診している。	
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	24時間のオンコール体制を確保している。普段から情報共有に努め、必要に応じて相談をし、指示や助言を受けている。		
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	入退院時には医療機関との情報交換や相談を細やかに行っている。口頭だけではなくサマリーを双方で準備し申し送り等も行っている。		
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	入居時に「重度化対応及び看取りに関する指針」をご本人・ご家族に説明し同意を得ている。また、重度化した場合や終末期のあり方について入居時点での意向を確認している。関連機関と連動のもと事業所でできる事とできない事を明言し、できない場合はどのような方策があるか提案している。意向の確認については、症状の変化が見られた際に、再度行っている。	入居時に「重度化対応及び看取りに関する指針」を本人・家族に説明し、意向を確認している。医師が終末期と判断した場合に本人あるいは家族への説明が行われる。看取り介護時には、カンファレンスを行い、本人、家族の希望を確認し、ホーム職員の他、併設施設の看護師、訪問看護の連携により看取りを行う。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルや実践を通じて応急手当や初期対応について周知を図っている。連絡経路についてはフローチャートで示している。		
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	2カ月に1度避難訓練を実施している。また、入居者一人ひとりごとの避難方法を定めている。運営推進会議を通じて、年に1回地域住民に避難訓練に参加してもらっている。月に一度定期点検を行っている。非常用食料、備品については施設全体で貯蔵している。	2ヶ月に1回、日勤帯・夜間帯の火災避難訓練、地震想定避難訓練等を行い、年1回は、地域住民も参加している。利用者毎の避難誘導方法をマニュアル化している。月1回、設備・備品等の点検を管理者が行い、年2回、設備点検を業者が行っている。備蓄品は1週間分貯蔵している。	
<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 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	ご本人・ご家族に了承を得た呼び方をしている。声掛けについては、尊厳に配慮し、ご本人にとって心地よく、伝わりやすいようにと心掛けている。スピーチロックは身体拘束に繋がる事を都度伝えている。居室は開けっ放しにしない、黙って出入りしない事を指導している。配慮が行き届いていない場合、管理者より個別指導を行っている。	身体拘束適正化についてや虐待防止の研修の際に、人権の尊重やプライバシーの確保についても学んでいる。利用者の呼び方の希望は、本人または家族に確認している。日々の生活の中でトイレ誘導時は、ストレートな物言いを避けるようにしたり、原則、居室の戸は閉めるなど、プライバシーに配慮し、スピーチロックや言い回しに留意し、気になることがあったときは都度、管理者やリーダーが指導している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人がしたい事を止めないようにしている（転倒リスクが高い方の下膳や食器洗い、入浴予定時間の調理など）。選択肢をいくつか用意して尋ねるなどし、意向が引き出せるように工夫している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	想いや希望を引き出し切れていない事もあり、職員側が作った流れに沿って過ごして頂く事が少なくない。		
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	季節感のあるその人らしい装いができるように努めている。日々のところでは行き届いていない部分も多いが、夏には浴衣を着ていただいたり、敬老式ではちょっとしたおしゃれをして頂いている。		

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
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	献立については管理栄養士がたてている。支援のもと、入居者が、調理や盛り付け、下膳、食器洗いを中心に行っている。食事についても、自力摂取を引き出せるように、食器を工夫する、集中して召し上がれるように環境調整等を行っている。職員を交えた会食は感染症対策上行っていない。	朝晩の副食は、併設の特別養護老人ホームで調理し、主食、味噌汁をホームで職員と利用者が作っている。昼食は利用者、職員と協力しながら調理している。メニューは栄養面や利用者の希望を勘案し、栄養士が作成している。週2回、定食、丼もの、パンなどの選択食を企画し、誕生日会には特別食を提供している。部屋で食事をする人もいる。	
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	摂取量は記録し把握に努めている。必要に応じて、看護師や医師へ報告、相談を行っている。摂取量が少ない方にはチェックリストを作成し一日に必要な摂取量の確保に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	起床時と昼食後の臥床時、就寝時に口腔ケアを行っている。口腔内の状況によって歯科の訪問診療を受けていただいている。口腔ケアは、ご本人でできる部分を行って頂いている。		
43	(18)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄チェック表を作成し一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。排泄パターンやサインに合わせてトイレ誘導を行っている。オムツ使用者においてもトイレへ誘導しトイレでの排泄ができるよう働きかけている。	排泄チェック表にてパターンを把握し、トイレで排泄ができるよう誘導している。利用者の状態により、リハビリパンツ、布パンツ、紙おむつなどを工夫し使用している。夜間も本人の希望や、入眠状況に合わせて、ポータブルトイレへの移動を介助している人もいる。	
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	便秘傾向にある方にはオリーブオイルを飲んで頂くなどの働きかけを行っている。また適度な運動や水分摂取を進めている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	少なくとも週に2回入浴できるように支援している。入浴については曜日等の固定は行わず、その時々状態や気分に合わせて提供している。ご本人からの希望があった場合は同性介助での提供を行っている。	入浴は週2回以上を基本とし、利用者の状態や希望に合わせて対応し、同性介助の希望にも対応している。季節により菖蒲湯や柚子湯にしたり、希望者には入浴剤も提供している。立位保持や座位保持困難な人には、同法人施設のチェアーインバスや機械浴で対応している。	

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
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	ご本人の意向や状態に応じて休息をとっていただいている。日中帯の活動量を調整するなどし、安眠して頂けるよう努めている。		
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	お薬情報をファイリングしすぐに確認できるようにしている。不明な点等は医師や看護師に確認し、職員間で情報共有を図っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ひとり一人の生活歴等を踏まえた上で、今できる事や今したい事に取組める機会の提供に努めている。社会性を維持する上でも事業所内や地域での役割を持っていただけるよう働きかけている。その時々心理状態に留意し気分転換を設けるようにしている。		
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	敷地内での散歩は積極的に行う事が出来ている。また、感染リスクの低いドライブなどについては、定期的に行う事ができており、外出先についてはご本人の意向をうかがった上で決めている。	ホームがある仙台楽生園ユニットケア施設内の中庭には様々な樹木や植物があり、利用者は四季折々の景色を散歩しながら楽しんでいる。月1~2回、花見や秋保、定義など希望に添ってドライブに出かけている。家族からも、受診時などを利用し、自宅に立ち寄りたり買い物するなど協力を得ている。	
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	事業所としては御家族の了承のもと金銭の自己管理を認めている。自己管理している方については、IADLの維持を図る上でも、自身の財布から支払いを行う機会をできるだけ持てるよう働きかけている。		
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	事業所としては、携帯電話の携帯を推奨している。IADLの維持を図る上でも、また家族との繋がりを希薄にしないためにも、日々電話を使用して頂けるよう配慮している。面会できないご家族に対しリモートでの面会を勧めている。		

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
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	扉の先が入居者に理解しやすいようにピクトグラムで示している。また、食事の際は視覚や光による混乱を防ぐためパーテーションを活用する、カーテンを締めるなどの対応を行っている。適時喚起を行い各居室にも湿度計が設置されている。一目で情報が得られるように日めくりカレンダーと時計を一緒に設置している。季節感のある飾りを行っている。	デイルームには季節に合わせたリース、利用者の習字、塗り絵、貼り絵など手作りの作品が飾られている。本棚が設置され、利用者の興味に合わせ、動物の本、昭和のファッションの写真等、自由に閲覧できるようにしている。ダイニングの隣にあるこじんまりとしたリビングにはソファを置き、ベランダにも椅子を設け、好きな場所で思い思いに過ごせるように配慮されている。照明、換気、温・湿度も管理され過ごしやすい空間となっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ホールから陰になる部分にソファを設置している。また、ベランダにも椅子を設置し好きな場所で思い思いに過ごして頂けるようにしている。		
54	(22)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具や愛着のある衣類を持って来ていただけるようお願いしている。中には、仏壇や位牌を持ってこられた方もおり、仏壇の水やお茶の取り換えが毎日の日課になっている方もいる。また、自宅で育てていた観葉植物を持参され水やりが習慣になっている方もいる。	居室にはベッドやクローゼット、洗面台、エアコン等が備え付けてある。その他は利用者と家族が、好みにあわせて、冷蔵庫やテレビ、観葉植物などを持参している。仏壇や位牌を持ち込む人もおり、お茶や水を供えるなど、自宅からの習慣が継続できるよう配慮している。	
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	廊下やトイレに手すりを設置している。台所や洗濯場などは入居者が自由に出入りする事ができるようになっている。物干しは可動式になっており、座ったままでも洗濯物が干せるようになっている。ホールには本棚を設け、興味のある本を自身で手に取れるようにしている。		