

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	0470700436	事業の開始年月日	2005年8月3日	
		指定年月日	2005年8月3日	
法人名	株式会社 ジェイバック			
事業所名	グループホームもも太郎さん(笹生) ユニット名: 笹棟			
所在地	(〒 981-1238) 宮城県名取市愛島笠島字東南沢74-1			
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	18名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2023年11月27日	評価結果 市町村受理日		

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

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

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

竹林に囲まれた自然豊かな環境の中で季節感を感じていただきながら、心穏やかに生活を営むことができます。今までの生活習慣を大切に、入居された方が、安心して自分らしい生活が出来るよう本人や家族からの情報を元に様々な活動に取り組んでいます。利用者様の人生の中で喜び、楽しみのある機会を多く作れるような支援に努め、ご家族様や地域住民の方々との関係を大切に、地域のイベントなどに積極的に参加し地域との交流を深めています。

【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	2023年12月5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)】

<p>【事業所の理念】 法人理念 「自由」に生きる 「家族の絆」を大切にする 事業所理念 「地域に密着した心地よい空間で過ごせるよう支援する」</p> <p>【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等 法人は福島県郡山市に主たる事務所を置く「株式会社ジェイバック」である。事業エリアは福島県、山形県、宮城県の3県で、グループホーム14事業所をはじめとして、小規模多機能型居宅介護など18の事業所を運営している。「もも太郎さん(笹生)」は居室から竹林を眺めながら季節を感じることができる自然豊かな環境の中に建つ平屋の和風建築である。</p> <p>【事業所の優れている点・工夫点】 利用者は竹林に囲まれた自然豊かな環境の中で四季を感じながら穏やかに生活している。理念に掲げている「地域に密着」を実現するため、「災害時の連絡先リストに町内会長を入れる」「地域包括支援センターと連携して認知症サポーターの講師を担い参加者に施設見学を行う」などの取組みを行い、地域に開かれた事業運営をしている。地域住民から散歩時に挨拶されたり、季節ごとに筍や白菜など旬の野菜の差し入れがあるなど、地域とは良好な関係にある。協力医療機関の医師に深夜の往診や感染症予防の指導を受けたり、利用者の健康管理について相談するなど、協力関係が構築されており利用者や家族、職員の安心に繋がっている。ケアに支障が生じないよう職員の配置体制について配慮し、利用者の外に出たい・散歩をしたいとの意向に応えられるよう、午前中の作業時間の見直しを行い利用者のケアを優先にする業務改善に繋げている。</p>

【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	グループホームもも太郎さん（笹生）
ユニット名	笹棟

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、安心して暮らさせている。 (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 グループホームもも太郎さん 笹生）「ユニット名:笹棟」

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念である「自由に生きる」「家族の絆を大切にする」の他に事業所としての「地域の絆を大切にする」との理念を基に入居者、家族、地域の方々とのコミュニケーションを大切に実践している。	法人理念と事業所理念を掲げ、日常のケアに生かせるよう毎月の会議で確認している。各理念を念頭に介護計画を作成している。2人用の居室も設けられ、利用者が入居前の生活を継続できるよう支援し、家族が穏やかに暮らしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、地域行事や地域のクリーンキャンペーンに参加している。コロナ禍で事業所の三大自然事は実施されていないが、今後も継続を考えている。2ヶ月一度のは施設の活動状況を報告している。	町内会に加入し地域の清掃活動などに参加し、町内会長をはじめとして近隣住民と交流している。認知症サポーター養成講座の講師を務め、講座の参加者や実習生などの事業所見学を受入れ、地域と交流している。	
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	運営推進会議や避難訓練、事業所の行事に参加していただいたり、地域の行事に参加し、利用者様の触れ合う機会も多く設けていたが、コロナ禍で実施できていない。今後も声掛けや理解と、支援をいただけるよう継続していく。		
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	現在もコロナ禍で運営推進会議は実施できていない為、町内会、行政、民生委員、包括センターには活動状況の報告を行っている。またメールやFAXなどで職員や利用者様の状況報告を行い情報共有を行っている。	運営推進会議メンバーは、町内会長・民生委員・市介護長寿課職員・地域包括職員である。コロナ禍で対面での開催はできていないが、2ヶ月に1回利用者や各ユニットの状況、事故報告や日々の行事などの活動について書面で報告している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議には参加を依頼し運営状況の報告を行っている。コロナ感染でのワクチン接種や利用者の状況などメールなどで情報を共有を行っている。	地域包括職員とは利用者の状況報告や入居希望者などの情報交換を行っている。行政にはコロナワクチンなどの予防接種状況や感染状況、生活保護受給者の様子などを都度報告している。外部評価結果及び目標達成計画も市に届けている。	

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
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	教育委員会が中心となり年4回の内部研修を実施。事業所において自由な行動を制限しないケアに取り組んでいる。ただし、夜間19:00以降は施錠している。	「身体拘束の適正化のための指針」を作成している。同法人の各事業所から選出された教育委員（職員）が法人の教育委員会に出席し、身体拘束についてや高齢者虐待などの研修を受けている。教育委員は事業所で全職員を対象に「身体拘束廃止・事故防止委員会」の研修を年4回開催している。内出血を発見した際の家族への連絡方法など具体的に話合っている。	
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	教育委員を中心に高齢者虐待防止について、外部研修に参加し、内部研修や職員会議で報告を行うことで意識付けをし虐待防止に努めている。管理者、教育委員会で身体拘束・虐待防止委員会を行っている。	教育委員が中心となり「身体拘束廃止・事故防止委員会」の中で、虐待防止に関する研修を行っている。認知症ケアの学習は2月に予定されている。日常のケアでは「声の大きさ」「『ちょっと待って』の使い方」など具体的に話合いながら支援している。職員の相談窓口は、同法人の中で同性に相談ができるよう配慮し設置されている。	
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	成年後見人制度についてはほとんどの職員が理解していないのが現状である。今後外部研修などの参加し、内部研修で勉強会を設けて行きたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居契約時に解かりやすい言葉で説明を行い、理解、納得を得られるように努めている。家族からの質問や疑問点を確認し、丁寧に答えながら信頼関係の構築に努めている。		
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	運営推進会議には家族に参加していただき意見交換を行っていたが現在は実施できていない。家族の面会時、メールや電話などで家族の意見を聞く機会を作り要望などが言いやすい環境を心掛けている。	利用者を担当する職員が毎月写真と共に近況報告を手書きで作成し、家族に送付している。写真を見て「元気な様子がわかって助かります」「髪の毛が伸びたね」などの声があり、家族と利用者を繋ぐツールになっている。介護計画書の文字を大きくして欲しいとの要望があり改善に繋がった。	

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
11	(8)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回の職員会議を開催し、意見や提案の場を設けている。又、日頃よりコミュニケーションを取り話しやすい環境を作り、必要時には個人面談の機会を設けるよう取り組んでいる。	月1回、職員会議を行っている。職員の提案で利用者に関わる時間を増やすため昼食を「クックチル（冷凍食品）」に変更した。変更したことで食事作りの時間を散歩に行きたい利用者に同行しながら希望を叶えるなど、ケアに使える時間を増やすことができた。職員一人ひとりの声は管理者が都度聞いている。	
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	各職員の、勤務時間や就労環境の整備に努めている。又、日頃よりコミュニケーションを取話しやすい環境を作り、必要時には個人面談の機会を設けるよう取り組んでいる。		
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	職員は研修計画に取り組み、施設内研修で実施している。		
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	リモート研修などの参加をできる限り行っていく。他事業所との情報交換も行い参考点など取り入れていきたい。	法人内のグループホーム管理者間で職員や待機者の状況、感染症への対応方法など、情報交換をしている。病院の相談員や地域包括職員とペット同伴で入居できるかなど、情報交換している。宮城県認知症グループホーム協議会に加入し情報交換を図っている。	
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居時の情報を元に、本人からの橋を十分に傾聴し、他の利用者や職員と安心して共同生活を送ることが出来るよう支援している。		
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	入居時に、家族の不安や要望などを気兼ねなくお話していただける機会を作り、良好な関係構築に務めている。		

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
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	本人と家族の状況を把握し、必要なニーズを見極め適切な対応が行える様に努めている。		
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	「人生の大先輩」ということを大切にし、古き時代の良さや新しき時代の良さなど、会話の中で人間関係を作れるよう努力している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族が面会に来られた際には、施設での生活状況や課題の報告・相談し共に本人を支えて行く関係づくりに努めている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族や友人等が面会に来られた際、会話や談笑が出来る環境を整え、支援に努めている。	入居以前の生活が継続できるように支援している。携帯電話を持ち込み使用している人や、家族や友人が来訪し、一緒に外泊や買い物、美容院に出かける人もいる。以前から継続している訪問リハを利用する人や、生活習慣として窓掃除や布団を干す人もいる。	
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	利用者同士の関係を観察しながら、必要時には職員がさりげなく声掛けを行っている。また、気の合う利用者からは声を掛けていただき笑顔が見れる関係構築に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	契約終了後も、今まで家族様と築き上げてきたことを大切にし、必要に応じていつでも相談出来るよう務めている。		

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
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	日常生活の中で本人の思いや意向を確認し、モニタリングを行いプランに反映している。困難な方の場合には本人の希望、意向に添えるよう必要な支援を検討している。	利用者の「散歩がしたい」「ビールが飲みたい」「何かの役に立ちたい」などの希望や意向を記録し、介護計画に反映させている。思いや意向の把握が困難な利用者からは、生活歴を確認し声がけをした際の表情などから思いの把握に努め、職員間で共有し支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人と家族か話を伺い、これまでの暮らしぶりの情報の把握に努めている。入居後も本人との会話の中での情報収集に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日頃の様子を観察し、記録に残し現状の把握に努めている。又個別支援シートを作成し一人ひとりの状況把握できるよう努めている。		
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	毎月、職員会議でカンファレンスを行い、ケアプランの見直しを実施している。本人と家族の意向を確認したうえで、課題の検討が必要時は現状に即した支援が出来るようにしている。	介護計画作成者がアセスメントを行い、本人・家族の意向を反映させて長期（6ヶ月）・短期（3ヶ月）で見直しし、職員会議でカンファレンスを行い介護計画書を作成している。介護計画は来所時や郵送後に電話で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	日々の記録からケアプランの見直しを行っている。業務での職員会議でケアカンファレンスを行い職員の気づきの共有を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	本人や家族様の意向を確認し、そのニーズに応えることが出来るよう努めている。		

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
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	利用者の能力や体調を考慮し、無理のないよう温かい環境の中で、生活を楽しんでいただける様支援しています。		
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	本人及び家族が希望される医療機関をかかりつけ医とし、受診の支援を行っている。又、主治医には状態報告を行い、確実な指示を受け医療機関との関係づくりに努めている。	利用者のほとんどがかかりつけ医を協力医療機関にして受診している。かかりつけ医による月1回の訪問診療、週1回の看護師の訪問で健康管理を行っている。精神科などの他科の通院には家族が付添っている受診している。受診の際は、家族に利用者の普段の生活の様子など情報提供をしている。かかりつけ医とは感染症予防の指導を受けるなど都度アドバイスを受け、連携を図っている。	
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	個別に契約している訪問看護の看護師と介護職は連携に努め、看護師職員は必要な助言や指示を行っている。夜間は看護職員がオンコールで緊急対応と健康管理について助言を行っている。		
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	入院時の対応がスムーズに行えるようフェイスシートや介護サマリーを作成し、各病院の地域連携室の相談委員・病棟看護師との情報交換を行っている。		
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	重度化や終末期医療について、施設で出来ること、出来ない事の範囲について、家族に説明をしている。その範囲の中で、各利用者の主治医との連携を取りながら対応を行っている。	「看取りに関する指針」を入居契約時に説明している。終末期と医師が判断した際、家族に医師・管理者から状況を説明し「終末期生活のための同意書」に同意を得ている。看取りのための「介護計画書」を作成し、看取りケアを行っている。看取りの実績はある。経験の浅い職員の気持ちの負担感が軽減するよう職員全員で話し合い、安心感を得られるように取り組んでいる。	

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
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	緊急時の連絡体制を作成している。施設内研修にて緊急対応についての勉強会も行っている。		
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	年2回の消防訓練を実施し、通報設備など使用し訓練を行っている。消防機器の点検、災害用備蓄・備品も定期的を確認している。災害マニュアル・職員連絡網作成、町内会には協力体制を依頼している。	感染症予防及び風水害も含めた災害マニュアルが作成されている。消防訓練は6月・11月の2回で内1回は夜間想定で実施している。訓練では、「声が小さい、走らない、利用者のペースで行動する」などの反省点が出され、次に活かすよう取り組んでいる。緊急時の連絡表には町内会長も記載され、以前は町内会役員や地域の婦人防火クラブの見守りがあったが、コロナ禍で中断している。備蓄は3日分ある。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者一人ひとりを尊重し、その方に合った話し方、声の高さ、接し方に配慮した対応を心がけている。また、施設内研修では接遇についての勉強会も行っている。	接遇やプライバシー保護の研修を行い、「浴室・トイレの戸を開けたままにしない」「居室にはノックをして入る」など、利用者の尊厳を大切にされたケアを行っている。排泄時には、耳元で小声で話かけている。名前は家族と相談し「さん」付けで呼んでいる。	
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	常日頃から利用者の日頃の希望などに注意を払い、耳を傾け自己決定ができる対応を心がけている。		
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	入居者様の尊厳を尊重し、ご本人が望む暮らしを大切にしながら、日々生活が満足できるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	基本的には自分で衣類を決めて着用して頂いている。選択することが困難な場合は、四季にあった洋服を準備している。		
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	旬の食材を献立に取り入れている。食事は職員と一緒に食べながら楽しんでいる。後片付けや食器洗いなどできる方には参加して頂き会話をしながら行っている。	献立は、担当の職員が旬の食材を取入れて作成している。食材は宅配を利用し不足分は職員が買い出している。朝夕は職員が手作りし、昼食は「クックチル」を活用している。利用者は食器洗いなど、できることを担っている。職員と昔話をしたり歌を歌うなど、楽しく食事ができるよう工夫している。食事・水分量などは医師と連携しチェックしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取や水分量は毎日の記録に残している。飲み物は本人の好きなものを提供知れている。嚥下状態が悪い方には食べやすい大きさにしたり、トロミをつけるなどして工夫をしている。		
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	毎食後の声掛けで口腔ケアを行っている。仕上げが必要な方には介助を行い、歯磨きが難しい方には、スポンジブラシで口腔ケアを行い清潔にしている。		
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	排泄チェック表を利用し、排泄パターンを把握し、定期的にトイレでの排泄が出来るよう声掛けや誘導を行っている。	排泄チェック表でパターンを把握し定期的に誘導している。日中と夜間で下着を使いわけ自立できるように支援している。便秘解消のため食事に乳製品を摂り入れたり水分摂取の量を増やすなどしている。症状が改善しない場合には医師の指示で服薬している。	
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	排便管理は毎日行い、状況に応じて医療機関と連携し対応している。食事には乳製品を取り入れている。個々の体調に合わせてラジオ体操に参加して頂いている。		

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
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	基本的には入浴日を決めているが、本人の体調や希望によって、曜日や時間をずらすなどして柔軟に対応している。	毎日でも入浴できるが、現在の利用者は週に2～3回午前中に入浴している。カテーテルの人はシャワー浴で対応している。湯は一人ひとり替えている。ゆず湯など季節感を取入れたり、シャンプー・石鹸など自分の好みの物を使用するなど楽しめるように工夫している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの体調に合わせて体に負担のないよう日中でも静養時間を設けている。就寝時間を決めずご本人の生活リズムに合わせた支援の提供をしている。		
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	薬剤情報提供書を確認し、目的や副作用の確認を行うよう努めている。また、薬の変更があった場合は、申し送りを行った体調の変化など観察し、職員間で共有に努めている。		
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	その方の生活歴や職歴などの情報収集を行い、できる役割活動やレクリエーションなどに参加していただくよう支援している。		
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	季節に合わせて外出の機会を設け又、個々に合わせ、散歩も行っている。家族様希望もあり外出、外泊も実施している。	春の花見は車いすの利用者も一緒に出かけている。秋の紅葉は近くの道祖神社に散歩しながら季節を楽しんでいる。家族と買い物・外泊などをしている人もいる。日々の外出希望者には午前中の時間を利用して職員と一緒に散歩している。散歩中には地域の人に声を掛けられ挨拶をするなど馴染みの関係ができています。	
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	基本、現金や貴重品は持参していない。必要なものはその都度ご家族へ連絡し持参していただいている。又は、施設側で立替で購入している。		

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
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	携帯電話使用されている利用者様は居室でお話しされている。電話の要望時には、職員がダイヤルし、代わってお話していただいている。手紙等が届いた時はその都度手渡ししている。		
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	音楽を流しくつろげる空間を作ったり、季節感を楽しんで頂けるよう、季節感のある飾りを行っている。また、気温や湿度の調整も行っている。	共用空間は明るく陽当たりのよい空間になっている。壁には利用者と職員が手作りしたクリスマスグッズが飾ってあり季節を感じることができる。時計・暦は目の高さにより見当識に配慮してある。温・湿度などは職員が管理している。新聞をユニットごとに購読し、利用者が交代で読んでいる。	
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	利用者の関係性を考慮して、テーブルの席を配置している。利用者によっては、場所を移動して一人で落ち着いて過ごす時間が出るよう支援している。		
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	ご家族と相談しながら、ご本人が使用していた馴染みの物を持ってこられている。	居室にはクローゼット、介護用ベッド、エアコン、床頭台（サイドテーブル）、扇風機が設置されている。利用者はテレビ、仏壇、衣装ケース、炬燵など馴染みの物を持ち込んでいる。好きなテレビを観る、横になるなど、午後の時間は居室でゆっくりと過ごしている。居室の整理整頓は職員と一緒にやっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	洗濯物干しや、たたみ・食事の後片付けなど家事活動ができる方には積極的に参加して頂くよう声掛けを行っている。		

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	0470700436	事業の開始年月日	2005年8月3日	
		指定年月日	2005年8月3日	
法人名	株式会社 ジェイバック			
事業所名	グループホームもも太郎さん(笹生) ユニット名:竹棟			
所在地	(〒 981-1238) 宮城県名取市愛島笠島字東南沢74-1			
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	18名	
		ユニット数	2	
自己評価作成日	2023年11月27日	評価結果 市町村受理日		

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

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

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

竹林に囲まれた自然豊かな環境の中で季節感を感じていただきながら、心穏やかに生活を営むことができます。今までの生活習慣を大切に、入居された方が安心して自分らしい生活が出来るよう本人や家族からの情報を元に様々な活動に取り組んでいます。利用様の人生の中で喜び、楽しみのある機会を多くつくれるような支援に努め、ご家族様や地域住民の方々との関係を大切に、地域のイベントなどに積極的に参加し地域との交流を深めています。

【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	2023年12月5日	評価機関 評価決定日	

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

【事業所の理念】

法人理念 「自由」に生きる 「家族の絆」を大切に
事業所理念 「地域に密着した心地よい空間で過ごせるよう支援する」

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

法人は福島県郡山市に主たる事務所を置く「株式会社ジェイバック」である。事業エリアは福島県、山形県、宮城県の3県で、グループホーム14事業所をはじめとして、小規模多機能型居宅介護など18の事業所を運営している。「もも太郎さん(笹生)」は居室から竹林を眺めながら季節を感じることができる自然豊かな環境の中に建つ平屋の和風建築である。

【事業所の優れている点・工夫点】

利用者は竹林に囲まれた自然豊かな環境の中で四季を感じながら穏やかに生活している。理念に掲げている「地域に密着」を実現するため、「災害時の連絡先リストに町内会長を入れる」「地域包括支援センターと連携して認知症サポーターの講師を担い参加者に施設見学を行う」などの取組みを行い、地域に開かれた事業運営をしている。地域住民から散歩時に挨拶されたり、季節ごとに筍や白菜など旬の野菜の差し入れがあるなど、地域とは良好な関係にある。協力医療機関の医師に深夜の往診や感染症予防の指導を受けたり、利用者の健康管理について相談するなど、協力関係が構築されており利用者や家族、職員の安心に繋がっている。ケアに支障が生じないよう職員の配置体制について配慮し、利用者の外に出たい・散歩をしたいとの意向に応えられるよう、午前中の作業時間の見直しを行い利用者のケアを優先にする業務改善に繋がっている。

【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	グループホームもも太郎さん（笹生）
ユニット名	竹棟

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 グループホームもも太郎さん 笹生）「ユニット名：竹棟」

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	法人理念である「自由に生きる」「家族の絆を大切にする」の他に事業所としての「地域の絆を大切にする」との理念を基に入居者様、ご家族、地域の方々とのコミュニケーションを大切に実践している。	法人理念と事業所理念を掲げ、日常のケアに生かせるよう毎月の会議で確認している。各理念を念頭に介護計画を作成している。2人用の居室も設けられ、利用者が入居前の生活を継続できるよう支援し、家族が穏やかに暮らしている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会へ加入し、地域行事や地域クリーンキャンペーンには参加している。事業所の三大大行事、夏祭り、敬老会、餅つき大会などの行事は実施されていない。年2回の避難訓練にも町内会にご協力いただいていたので今後も地域との交流が出来るよう継続していく。	町内会に加入し地域の清掃活動などに参加し、町内会長をはじめとして近隣住民と交流している。認知症サポーター養成講座の講師を務め、講座の参加者や実習生などの事業所見学を受入れ、地域と交流している。	
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	運営推進会議や避難訓練、事業所の行事、町内会の行事に入居者様が参加し、認知症の方々とは自然に触れ合うことで理解が深まっている。		
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	、家族様、町内会、行政、包括センターへ2ヶ月に一度施設状況、活動報告を行っている。コロナ感染にて実施されていないが今後も事業所のサービス向上に活かしていく。	運営推進会議メンバーは、町内会長・民生委員・市介護長寿課職員・地域包括職員である。コロナ禍で対面での開催はできていないが、2ヶ月に1回利用者や各ユニットの状況、事故報告や日々の行事などの活動について書面で報告している。	
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に取り組んでいる	運営推進会議は2か月に一度、介護長寿課い書面報告で施設状況や活動報告を行っている。参加をしていただき、運営状況の報告を行っている。利用者様の状況をメールなどで情報共有を行っている。	地域包括職員とは利用者の状況報告や入居希望者などの情報交換を行っている。行政にはコロナワクチンなどの予防接種状況や感染状況、生活保護受給者の様子などを都度報告している。外部評価結果及び目標達成計画も市に届けている。	

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
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	教育委員会が中心となり年4回の内部研修を行い、事業所において自由な行動を制限しないケアに取り組んでいる。ただし、夜間19:00以降は施錠している。	「身体拘束の適正化のための指針」を作成している。同法人の各事業所から選出された教育委員（職員）が法人の教育委員会に出席し、身体拘束についてや高齢者虐待などの研修を受けている。教育委員は事業所で全職員を対象に「身体拘束廃止・事故防止委員会」の研修を年4回開催している。内出血を発見した際の家族への連絡方法など具体的に話合っている。	
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	外部研修への促進、内部研修を実施し、各職員が学習できる場を設け虐待防止に努めている。管理者と教育委員で身体拘束、虐待防止委員会を行っている。	教育委員が中心となり「身体拘束廃止・事故防止委員会」の中で、虐待防止に関する研修を行っている。認知症ケアの学習は2月に予定されている。日常のケアでは「声の大きさ」「『ちょっと待って』の使い方」など具体的に話合いながら支援している。職員の相談窓口は、同法人の中で同性に相談ができるよう配慮し設置されている。	
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	成年後見人制度についてはほとんどの職員が理解されていない。外部研修などに参加し学ぶ機会を作りたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	説明と同時に質問や疑問点等理解納得が得られるよう説明を行っている。改定があった場合は書面で通知し質問やご意見を随時お答えできるような体制を整えている。		
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	運営推進会議や家族会に参加していただき意見交換を行っていたが現在は実施されていない。ご家族の面会時やメールや電話でご家族様と細やかに話し合い意見や要望が言いやすい環境作り心がけている。	利用者を担当する職員が毎月写真と共に近況報告を手書きで作成し、家族に送付している。写真を見て「元気な様子がわかって助かります」「髪の毛が伸びたね」などの声があり、家族と利用者を繋ぐツールになっている。介護計画書の文字を大きくして欲しいとの要望があり改善に繋がった。	

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
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	月一回の職員会議を開催し、意見や提案の場を設けている。又日頃よりコミュニケーションを取り話しやすい環境を作っており、必要時には個人面談の機会を設けるように取り組んでいる。	月1回、職員会議を行っている。職員の提案で利用者に関わる時間を増やすため昼食を「クックチル（冷凍食品）」に変更した。変更したことで食事作りの時間を散歩に行きたい利用者に同行しながら希望を叶えるなど、ケアに使える時間を増やすことができた。職員一人ひとりの声は管理者が都度聞いている。	
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	各職員の、勤務時間や就労環境の整備に努めている。また、適切な評価を行い、やりがいのある職場環境の整備が出来るよう取り組んでいる。		
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	職員は研修計画に取り組み、施設内研修で実施している。		
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	リモート研修などの参加をできる限り行い、他の事業所との情報交換を行い、参考点など取り入れていきたい。	法人内のグループホーム管理者間で職員や待機者の状況、感染症への対応方法など、情報交換をしている。病院の相談員や地域包括職員とペット同伴で入居できるかなど、情報交換している。宮城県認知症グループホーム協議会に加入し情報交換を図っている。	
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前に情報収集を行い本人に合った入居方法を考え、安心して過ごして頂ける信頼関係の構築に努めている。		
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	入居時に、家族様の不安や要望などを気兼ねなくお話していただける機会を作り、良好な関係構築に務めている。		

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
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	ご本人とご家族様の状況を把握し、必要なニーズ見極め、適切な対応が行える様に努めている。		
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	「人生の大先輩」ということを大切にし、古き時代の良さ、新しき時代の良さなど会話の中で人間関係を作れるよう努力している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族が面会に来られた際には、施設での生活状況や、課題など報告・相談している。また近況報告を行いながらともに本人を支えて行く関係づくりに務めている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の日ごろの表情や言動に注意し、心理状態を見ながら家族と一緒に過ごしてもらう時間を大切にしている。	入居以前の生活が継続できるように支援している。携帯電話を持ち込み使用している人や、家族や友人が来訪し、一緒に外泊や買い物、美容院に出かける人もいる。以前から継続している訪問リハを利用する人や、生活習慣として窓掃除や布団を干す人もいる。	
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	利用者同士の関係を観察し、必要時に職員がさりげなく声掛けを行っている。また気の合う利用者からは声をかけて頂き、笑顔が見れる関係構築に努めている。		
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	契約終了後も気軽に相談できる様に努めている。		

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
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	日常生活の中でご本人の思いや意向を確認し、モニタリングを行い、プランに反映している。困難な方のご本人の希望、意向に添えるよう必要な支援を検討している。	利用者の「散歩がしたい」「ビールが飲みたい」「何かの役に立ちたい」などの希望や意向を記録し、介護計画に反映させている。思いや意向の把握が困難な利用者からは、生活歴を確認し声がけをした際の表情などから思いの把握に努め、職員間で共有し支援している。	
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	ご本人とご家族様から話を伺い、これまでの暮らしぶりの情報の把握に務めている。入居後も本人の会話の中での情報収集につとめている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日頃の様子を観察し記録に残しており現状の把握に努めている。その日の申し送りなどで一人ひとりの状況を把握するよう努めている。		
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	3ヶ月毎にモニタリングを基に職員ミーティングを行い、ご本人とご家族様の意向も確認したうえで、課題や検討が必要な時には現状に即した支援ができるようにしている。	介護計画作成者がアセスメントを行い、本人・家族の意向を反映させて長期（6ヶ月）・短期（3ヶ月）で見直しし、職員会議でカンファレンスを行い介護計画書を作成している。介護計画は来所時や郵送後に電話で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	日々の様子や変化などケース記録に記入し、申し送りノートで情報を共有し、プランの見直しに活かしている。		
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	本人の希望や家族の意向を確認しその時々ニーズに応えることができるよう努めている。		

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
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	利用者様の能力や体調を考慮し、無理のないよう暖かい環境の中で、生活を楽しんで頂ける様支援をしている。		
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	本人及び家族が希望される医療機関をかかりつけ医とし、受診の支援を行っている。又、主治医への状態報告や指示受け、確実に医療機関との関係づくりに努めている。	利用者のほとんどがかかりつけ医を協力医療機関にして受診している。かかりつけ医による月1回の訪問診療、週1回の看護師の訪問で健康管理を行っている。精神科などの他科の通院には家族が付添っている受診している。受診の際は、家族に利用者の普段の生活の様子など情報提供をしている。かかりつけ医とは感染症予防の指導を受けるなど都度アドバイスを受け、連携を図っている。	
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	個別に契約している訪問看護の看護職と介護職は連携に努め、看護職員は必要な助言や指示を行っている。夜間は看護職員がオンコールにて緊急時対応と健康管理について助言を行っている。		
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	入院時の対応がスムーズに出来るよう介護サマリーを作成しており、各病院の地域連携室相談委員・病棟看護師との情報交換を行い、利用者について適切な処遇について話す機会を持つようにしている。		
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	重度化や終末期医療について、施設で出来る事、出来ない事の範囲について家族に説明している。その範囲の中で、各利用者の主治医と連携しながら対応を行っている。	「看取りに関する指針」を入居契約時に説明している。終末期と医師が判断した際、家族に医師・管理者から状況を説明し「終末期生活のための同意書」に同意を得ている。看取りのための「介護計画書」を作成し、看取りケアを行っている。看取りの実績はある。経験の浅い職員の気持ちの負担感が軽減するよう職員全員で話し合い、安心感を得られるように取り組んでいる。	

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
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	緊急時の連絡体制を作成している。施設内研修にて緊急時対応についての勉強も行っている。		
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	年に2回の消防訓練を実施し、通報設備など使用し訓練を行っている。消防機器の点検も行い、災害用の備蓄、備品も定期的に点検し、災害マニュアル・職員連絡網作成、町内会には協力体制を依頼している。	感染症予防及び風水害も含めた災害マニュアルが作成されている。消防訓練は6月・11月の2回で内1回は夜間想定で実施している。訓練では、避難時に「声が小さい、走らない、利用者のペースで行動する」などの反省点が出され、次に活かすよう取り組んでいる。緊急時の連絡表には町内会長も記載され、以前は町内会役員や地域の婦人防火クラブの見守りがあったが、コロナ禍で中断している。備蓄は3日分ある。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	入居者一人ひとりを尊重し、その方に合った声掛けや接し方を考えた対応を心がけている。	接遇やプライバシー保護の研修を行い、「浴室・トイレの戸を開けたままにしない」「居室にはノックをして入る」など、利用者の尊厳を大切にケアを行っている。排泄時には、耳元で小声で話かけている。名前は家族と相談し「さん」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	入居者の訴え等の日頃から耳を傾け、話しやすい環境を作るよう心掛けている。		
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	一人ひとりの希望を伺い、ご自分のペースでできる限り生活出来るよう、希望に沿った声掛けをしている。		

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
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	身だしなみについては、四季に応じた洋服を準備している。		
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	旬の食材を献立に取り入れている。食事は職員と一緒にたべられている。後片付けをできる方に参加して頂くよう声掛け職員とお話ししながら楽しまれている。	献立は、担当の職員が旬の食材を取入れて作成している。食材は宅配を利用し不足分は職員が買い出している。朝夕は職員が手作りし、昼食は「クックチル」を活用している。利用者は食器洗いなど、できることを担っている。職員と昔話をしたり歌を歌うなど、楽しく食事ができるよう工夫している。食事・水分量などは医師と連携しチェックしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取や水分量は毎日の記録に残している。食事がとれない方には必要な栄養バランスのものを取っていただいている。嚥下状態が悪い方はトロミ等を使用し提供している。		
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	毎食後、声掛けで口腔ケアを行っている。仕上げが必要な方には介助を行っている。歯磨きが難しい方には、スポンジブラシで口腔ケアを行い清潔に努めている。		
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	チェック表を利用し、排泄パターンを把握している。定期的に声掛けしトイレで排泄できるよう誘導を行っている。	排泄チェック表でパターンを把握し定期的に誘導している。日中と夜間で下着を使いわけ自立できるように支援している。便秘解消のため食事に乳製品を摂り入れたり水分摂取の量を増やすなどしている。症状が改善しない場合には医師の指示で服薬している。	
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	定時には本人の好きな飲み物を提供している。昼食には乳製品を取り入れている。体調に合わせてラジオ体操に参加して頂いている。主治医の指示の元下剤の調整を行っている。		

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
45	(19)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入居者様の体調を見ながら、入浴の声掛けを行っている。主治医指示で制限されている入居者様もあり、個々に沿った声掛けや支援を行っている。	毎日でも入浴できるが、現在の利用者は週に2～3回午前中に入浴している。カテーテルの人はシャワー浴で対応している。湯は一人ひとり替えている。ゆず湯など季節感を取入れたり、シャンプー・石鹸など自分の好みの物を使用するなど楽しめるように工夫している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの体調に合わせて体に負担のないよう日中でも静養時間を設けている。夜間帯は安心して休んで頂くように定時に巡回を行っている。		
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	薬剤情報提供書を確認し、目的や副作用の確認を行うように努めている。また、薬の変更があった場合は、申し送りを行い体調の変化など観察し、職員間で共有に努めている。		
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	その方の生活歴や職歴などの情報収集を行い、できる役割活動やレクリエーションに参加していただくよう支援している。		
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	季節行事に参加している。希望があれば施設周辺に散歩に出かけている。家族様が希望あれば外出をされている。利用者希望でテラスでの食事会も行っている。	春の花見は車いすの利用者も一緒に出かけている。秋の紅葉は近くの道祖神社に散歩しながら季節を楽しんでいる。家族と買い物・外泊などをしている人もいる。日々の外出希望者には午前中の時間を利用して職員と一緒に散歩している。散歩中には地域の人に声を掛けられ挨拶をするなど馴染みの関係ができています。	
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	基本、現金や貴重品は持参していない。必要なものはその都度ご家族へ連絡し持参していただいている。		

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
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	携帯電話を使用されている方は居室でご自分でかけている。電話の要望時には、職員がダイヤルし、お話していただいている。本人宛にかかってきた電話はお部屋でお話しして頂いている。手紙等が届いた時はその都度手渡ししている。		
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	本人使い慣れた物を持ち込んでいただいたり、安全に過ごせるよう家具などの配置を考えたりしている。	共用空間は明るく陽当たりのよい空間になっている。壁には利用者と職員が手作りでクリスマスグッズが飾ってあり季節を感じることができる。時計・暦は目の高さに見当識に配慮してある。温・湿度などは職員が管理している。新聞をユニットごとに購読し、利用者が交代で読んでいる。	
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	利用者の関係を考慮して、テーブルの席を配置している。楽しめる環境を作り、場所を移動して一人で落ち着いて過ごす時間が出るよう支援している。		
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	ご家族と相談しながら、ご本人が使用していた馴染みの物を持ち込んでいただいている。	居室にはクローゼット、介護用ベッド、エアコン、床頭台（サイドテーブル）、扇風機が設置されている。利用者はテレビ、仏壇、衣装ケース、炬燵など馴染みの物を持ち込んでいる。好きなテレビを観る、横になるなど、午後の時間は居室でゆっくりと過ごしている。居室の整理整頓は職員と一緒にやっている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	洗濯物干し、たたみや食事のお手伝いができる方には家事活動に参加していただいている。居室では安全に過ごせるよう環境整備を行っている。		