

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	0492200118	事業の開始年月日	2016年3月30日	
		指定年月日	2016年3月30日	
法人名	株式会社グリーン企画			
事業所名	グループホームすまいる ユニット名：つくし			
所在地	(〒 9889-1247) 宮城県柴田郡大河原町字東32			
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	2024年2月22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)】

ユニット名の由来となっている「思いを尽くし、利用者の皆さんを慈しむ」を大切にしながら、利用者も利用者の家族も、職員も皆家族という思いで、日々のケアにあたっています。防災訓練では近隣の方々や家族の参加、花火大会でも参加声かけしたり、また、自宅の隣の方などとの交流も継続できるようにしています。コロナウィルスの関係であまり活発にはできておりませんが、地域との交流もまた少しずつ増えてきており、より一層地域に情報発信し、認知症の相談窓口の役割もしていきたいと思っています。

【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	2024年3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】

- ・わたしたちは、
家族らしいのあたたかな生活と、安心できる住まいを提供します。
 - ・わたしたちは、
共に学び、共に支え合い、喜怒哀楽を共有し、共に成長します。
 - ・わたしたちは、
地域とのつながりを大切にし、思いやりの輪を拓けます。
- <ユニットつくし理念>・・・尽くし、慈しむ(いつくしむ)
<ユニットわらび理念>・・・笑う日、笑顔を備える

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人「株式会社グリーン企画」は、建築・アパート・ホテル運営などを行うハウスメーカーのグループ会社で、「グループホームすまいる」は高齢者の住まいとして2016年に2ユニットの2階建てで開所した。ホームは大河原町の国道4号線から東側に入った住宅地にあり、近くには町役場・小学校・中学校などがある。隣には同法人の有料老人ホームがある。

【事業所の優れている点・工夫点】

職員はホームの理念や、各ユニット名の由来でもある理念を念頭に、入居者に笑顔で接しながら入居者のできることをサポートし、入居者が安心して楽しく暮らせるように心がけて取り組んでいる。入居者と家族と一緒に運営推進会議に参加できる機会を設けたり、制限のない面会やリモートでの面会など、家族との交流を大切にしている。コロナ禍で自粛していた地域との交流も徐々に再開しており、知人やボランティアが訪問したり、入居者が地域の認知症カフェに参加している。地域と一緒にいるお祭りの再開も検討している。また、桜の名所の白石川沿いは、散歩をしながら地域の人と交流する場になっている。職員は地域包括支援センター主催の事例検討会や勉強会、地域ケア会議に参加し、密に連携している。法人は職員に資格取得を働きかけ、資格取得の費用等の支援を行っている。

【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	グループホームすまいる
ユニット名	つくし

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 グループホームすまいる）「ユニット名：つくし」

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	ホームの理念は代表者と職員が話し合い作成。年度始めには理念の更新を話し合っている。理念を共有できるようにリビング・会議室に掲げ、勉強会・カンファレンスでは全員で唱和している。	毎年度、代表者と職員で理念の振り返りを行い、更新するか話し合っている。ホームの理念と各ユニット理念は、いつでも確認できるリビング・事務室に掲示し、勉強会で唱和している。職員は入居者に笑顔で接し、安心して楽しく暮らせるように心掛けて支援している。	
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	行政区長様、民生委員様に運営推進会議に参加して頂いている。消防訓練時など、近隣の方々にご参加いただいたり、地域との交流を目指している。コロナの影響で滞りがちであったが徐々に再開している。	入居者が地域の認知症カフェや近所の店に買い物へ行くほか、近くの知人が面会に来るなど、地域との交流が戻りつつある。散歩時などに顔見知りの近隣住民と、あいさつを交わしている。行政区長の紹介でギター演奏や紙芝居のボランティアが訪れている。ホームの避難訓練や花火大会の参加の声かけを地域住民にも行っている。	
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	誰でも気軽に来訪してもらえるような雰囲気作り心掛け、認知症に対する理解が深められるよう努めている。		
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	二ヶ月に一回、区長、民生委員、町福祉課職員、地域包括職員、利用者、家族、職員が参加し開催、取り組み状況を伝えたり、アドバイスを頂いている。	運営推進会議は、感染症対策で1回は書面で行ったが、状況を確認しながら2ヶ月ごとに対面式で開催している。行政区長・民生委員・町職員・地域包括職員・管理者・可能な時は入居者とその家族が参加している。会議では写真を見てもらいながら運営状況、行事・事故報告等を行い、参加者からの質問に答え、助言、情報を得て運営に活かしている。議事録には委員の発言を詳細に残し、それをまとめて職員など閲覧できるようにしている。	

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
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	管理者はこまめに訪問し、顔馴染みの関係・協力関係を気付けるよう取り組んでいる。また、研修の声がけをいただき、管理者・職員は可能な限り参加している。	町福祉課職員、地域包括職員が運営推進会議に参加し、情報交換等を行っている。町役場には困難事例など、相談している。地域包括支援センター主催の事例検討会や研修に参加している。年1回、各事業所ごとに介護計画について相談できる「地域ケア会議」があり、助言を得てケアの改善に繋げている。	
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	玄関の施錠は19:00～6:00とし、日中は基本的に施錠していない。身体拘束適正化委員会を運営推進会議の中で開催し、職員には議事録を回覧し周知している。勉強会では年2回、身体拘束による弊害を学び、施錠やスピーチロックも含め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	運営推進会議の中で身体拘束適正化委員会を開催し、職員には議事録で周知している。年2回、事例を挙げて勉強会を行っている。他の職員の良いと思ったケアを書く「いいケア報告書」の取り組みは、ホーム全体のケアの質の向上に繋がっている。外出傾向の人には、職員と一緒に散歩している。日中、玄関やユニットのドアは施錠していない。	
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	勉強会にて日頃のケアにおいて虐待にあたらぬか全員で考えながら、虐待防止に努めている。管理者は面談・アンケートにより職員の精神的負担を察する努力をしている。	身体拘束適正化委員会と一緒に事例を挙げて勉強会を行っている。権利擁護についても研修している。職員のストレス軽減に繋がるよう、アンケートでストレスチェックを行い把握に努めている。代表者や管理者は、職員が何でも言いやすいよう職場環境づくりに努めている。	
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	利用者成年後見制度を検討していた際にパンフレットを職員で回覧、スタッフ間で話し合った。また権利擁護に関する研修には管理者が率先して参加し、施設内勉強会に生かしている。		
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・重要事項説明に際しては、管理者は本人・家族とともに内容を読み上げ、十分に説明し、安心して納得し入居できるように心がけている。また、急変時の対応など事前に契約時点での希望を聞き、対応できるよう心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ケアプランの家族説明時や来訪の際・運営推進会議出席の際には、意見を聞いたり、行事や誕生日には家族にも招待の声掛けを行っている（コロナによりイベント時の招待の声掛けはしていなかったが徐々に声掛けしている）。遠隔地に住む家族の面会やケアプラン説明などはオンラインでもできるようにするとともに、意見を聞く機会を設けている。	コロナ感染症が5類になり、制限無しで面会を再開しており、毎日来訪する家族もいる。遠方の家族とはリモートで面会できるようにしている。家族には面会時に要望や入居者の習慣について話を聞き、介護計画やホームの行事に反映させている。入居者の誕生日や行事には家族を招待したり、毎月請求書と一緒に「すまいる通信」を家族に送っている。	
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	日々の業務の中で、意見や提案を聞き、運営に反映させている。また、毎月の勉強会での報告にはアンケートの欄も設け、職員の意見を記載してもらっている。代表者との面談も半期に一度行っている。	2ユニット合同で毎月ミーティングを行い、その中でカンファレンスや勉強会を行っている。管理者は職員から日常的に話を聞くように努めている。身体拘束・虐待防止委員会、事故防止委員会があり、委員会を中心に勉強会を行っている。年2回、代表者と面談を行っている。	
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	代表者は、職員個々の能力や状況を反映し、整備に努めている。また、管理者は職員に「いいケア報告書」を記載してもらい、モチベーションが上がるよう心がけている。		
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	代表者は、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。資格取得支援も行うとともに、管理者はリーダー研修を受講し、職員の目標設定や日々の指導に役立てている。		
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	管理者は、研修会・交流会などに参加して同業者と交流し、サービスの質を向上をできるよう努めている。また、隣接している有料老人ホームと一緒に合同で行事や研修を実施し、交流を図りながら施設運営に活かしている。	地域包括支援センター主催の地域ケア会議や研修、在宅医療多職種連携会議の勉強会に参加し、他事業所の職員と交流している。地域ケア会議では、看護師や作業療法士から助言を得ることもあり、ケアに活かしている。隣の同法人の有料老人ホーム職員とは避難訓練や救命研修で連携している。	

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
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	実態調査時に本人の居住環境を拝見し、自宅と近い環境にすること、また、今まで行ってきたことを継続してできるよう環境づくりし、本人が安心できるよう、不安や要望を確認しながら、信頼関係作りに努めている。		
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	入居相談・実態調査時から家族が安心を確保できるよう、不安や要望を確認しながら、信頼関係作りに努めている。また、定期的な連絡の他、体調変化時や受診の報告など、随時連絡し了承を得ている。		
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	その時を必要としているか見極め、様々なサービス利用も含め対応に努めている。ホームで対応できない場合など、外部サービスも含めて提案している。		
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	暮らしを共にする者として、できることは利用者と一緒にいる。また、利用者がやろうとしていることを職員が先回りして行ってしまうように心がけている。		
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	家族と随時連絡を取りながら、一緒に支援する者として、本人を共に支えていく関係を築いている。また、コロナ禍においてもある程度の制限はあったが可能な限り家族との面会をできるように支援していた。現在は面会制限は特に設けていない。		
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	これまでの関係を継続できるよう、馴染みの場所へ出掛けたり、友人が来訪し、玄関で短時間面会したりしている。また、以前からの主治医を管理者同行して受診し、近況を報告するなどしている。	自宅へ一時帰宅したり、墓参りや近くのスーパーで買い物するなど、馴染みの場所へ行けるように支援している。近所の知人が花を届けに来てくれたり、通院時に顔馴染みの人から声をかけられたりすることもある。訪問理・美容を利用しているが、家族と馴染みの店に行く人もいる。電話の取り次ぎや手紙のやり取りなど、関係が途切れないように支援している。	

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
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	利用者同士の関係性を把握しながら、時にはスタッフが間に入りながら利用者同士が支え合えるような支援に努めている。		
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	退居しても、家族が来訪し野菜を届けてくれたりと、サービスが終了しても、必要に応じて相談、支援に努めている。また、看取りをした方の場合は命日や中陰などに訪問し焼香するなどしている。		
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	日々の何気ない会話の中から、一人ひとりそれぞれの思いや希望を把握できるよう努めている。家族にも本人が話していることを伝え、家族の意向も聞いている。利用者の思いや意向は、入浴時や居室など一対一でゆっくり向き合える時に聞くことが多く、申し送りノートに記載し職員間で情報共有している。	日常的に把握した入居者の思いや意向を「申し送りノート」に記入し、情報共有している。家族から生活歴や習慣を聞き、ラジオを聴いたり新聞や折込チラシが読めるようにしている。思い出話から前に行っていたお店に買い物に行ったり、昔馴染みの好物を食べられるように支援している。職員は笑顔で語りかけ、何気ない言葉や表情から思いを汲み取るように努めている。	
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	入居前実態調査時に、生活歴や馴染みのものなど聞き取り、自宅を拝見して入居後の生活環境を近くするなどしている。入居してから本人の気持ちを確認しながら、状況把握に努めている。		
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	1人ひとりの入居前からの生活サイクルを聞き取ってそれぞれの過ごし方を把握し、入居後もあまり変わらず本人のペースで過ごせるよう努めている。		

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	半年に1回、また状態が変わったときに利用者・家族・看護師などから意見を聞き、また受診時には管理者同行した上でサービス担当者会議を行い、生活の中で何が支障となっているのか、本人や家族の意向を確認し、より良く暮らせるよう介護計画を作成している。	介護計画は6ヶ月ごと、または状態に変化があったときに見直している。毎月、職員でカンファレンスを行い、家族の意見、受診時の医師や訪問看護ステーションの理学療法士等からの意見を反映させて見直している。遠方の家族には郵送し電話で説明している。面会できる家族には本人同席で説明し、本人が同意のサインをすることもある。	
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	普段と違う言動など、気づきを個別記録に記入、情報共有しながら、実践や介護計画の見直しに活かしている。また、利用者ごとの手順書を職員で共有し、気づきを随時書き込んでケアに生かしている。		
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	その時のニーズに対応できるよう、柔軟な支援やサービスの多様化に取り組んでいる。受診対応は、歩行可能な方は外出を兼ねて管理者が主治医受診同行し、気分転換を図っている。		
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	季節の花を見に出掛けたり、神社仏閣の参拝など、楽しみな生活となるよう支援している。また、地域のボランティアの方との交流や、地域包括支援センターのリモートでの交流会があれば利用者に声がけし参加している。		
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	管理者同行してかかりつけ医への受診を継続し、適切な医療を受けている。また、通院が難しくなった利用者には訪問診療医の紹介をし、適切な診療を受けられるようにしている。必要な場合は訪問診療と共に個別看護の相談も受け、本人・家族の希望する医療を提供できるようにしている。	管理者がそれぞれのかかりつけ医に同行し受診している。通院が難しくなった人には訪問診療医を紹介し、診察が受けやすいよう変更する場合もある。専門医の通院も職員が同行している。受診結果は「申し送りノート」に記入し、情報共有している。週1回、訪問看護師が来所し健康管理を行っている。	

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
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	週1回の訪問看護にて、情報共有や相談し、適切な看護が受けられるよう支援している。		
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	入院時には介護サマリー提供や普段の状況を伝えるとともに、入院後はできるだけ早期に退院できるよう、情報交換や相談に努め、関係づくりを行っている。		
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	契約時に本人や家族から重度化・終末期に向けたケアの希望を聞き、事業所でできること、できないことを説明し、利用者の気持ちに寄り添った支援に取り組んでいる。また、重度化・終末期の対応となった場合には、往診医や訪問看護の相談も行い、希望に添えるよう努力している。	入居時に重度化した時の対応について説明している。重度化した時には再度説明し、ケアの手法や対応を相談している。職員は看取りの勉強会を行い、看取りの際は職員同士で話し合いを重ね、情報共有し支援に取り組んでいる。家族が宿泊して立ち会うこともできる。看取り後は看護師も参加してカンファレンスを行い、職員の精神的なケアにも配慮している。	
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	勉強会にて緊急時の対応方法を学んでいる。訪問看護ステーション職員や認定看護師と緊急時・看取り時の対応を学ぶ機会を設けている。		
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	火災・風水害・地震時の対応マニュアルを作成し、年2回は地域や近隣の方へ、消防避難訓練参加をお願い（コロナ禍で参加見合わせすることも多くなっている）し、協力体制を築いている。また、水害対策として、1階から2階へ移動する訓練も行っている。感染症発生時・災害時の業務継続計画も策定中である。感染症や災害時の応急手当等の勉強会も招き行っている。	年2回、避難訓練を行い、うち1回は夜間想定で入居者も参加して行っている。他に水害対策として垂直避難訓練も行っている。隣の同法人の有料老人ホームへの通報訓練も行い、連携を図っている。防災設備は業者が点検している。備蓄品は有料老人ホームと一緒に1週間分を備蓄している。看護師が講師になり、感染症予防対策、応急手当の勉強会を行っている。	

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
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	プライバシーについて、学ぶ機会を持ち、プライバシーに配慮した声掛けと対応をしている。また、先回りして本人のできることを職員がやってしまうことや、手伝われない気持ちなども考えながら介助を行っている。	呼び方は入居時に希望を聞き「さん」を付けて呼んでいる。職員は入居者ができることは、本人の気持ちを考えて手伝わずに見守り、入居者の尊厳を尊重するように心がけている。また「トイレ」などの言葉には周囲に聞こえないように特に配慮して取り組んでいる。	
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	本人に話しかける際は頷きを確認しながら、職員が一方的に誘導するのではなく、本人の思いや希望を自由に表出でき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	複数の活動メニューを声がけし、一人ひとりのペースで好きなことをして過ごせるよう、できるだけ希望にそって支援している。		
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	好みの洋服を着たり、髪を長くしたりと、その人らしいおしゃれができるよう支援している。うまく伝えられない利用者に対しては、若いころの写真を見て、本人の好み・趣味を把握し、支援できるようにしている。		
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	メニューは、管理者・職員が利用者の好みを聞きながら健康面に配慮して作成している。栄養チェックは、カロリー計算も含め管理者が行っている。糖尿病や高脂血症など、食事制限のある方にも糖分塩分控えめにするなど対応している。利用者は職員と一緒に野菜を切ったり、盛り付けや後片付けを行っている。	献立は入居者の希望を聞きながら管理者が作成し、食材は同法人の有料老人ホームと一緒に地元の店から購入している。家族から旬の野菜の差し入れや、庭で育てた野菜を収穫し食事を楽しんでいる。栄養チェックは管理者が行っている。行事食で「ぼた餅」や「ちらし寿司」など、誕生日には手作りのケーキを楽しんでいる。入居者は料理の下ごしらえや食器洗いなど、できることに参加している。	

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	多品目のおかずを提供し、十分に食事や水分が確保できるよう支援している。一度にコップ1杯飲めない方には、少量ずつ回数を多く提供するなどしている。		
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	起床時や食後、就寝前には口腔ケアを行っている。寝たきりの場合など歯ブラシによるケアができない方にはスポンジや歯磨きティッシュ、口腔内が乾燥する方には口腔ケア用のゼリーなど使用している。		
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	介護記録から排泄パターンを把握し、タイミングに合わせ早めの声掛けをしながら、トイレで排泄できるよう誘導行っている。夜間歩行不安定な利用者にはポータブルトイレを使用することもある。便秘症の方で主治医から下剤処方されている方は、排便状況を確認しながら服用量調整している。	排泄パターンを把握し、入居者の仕草やタイミングに合わせ声がけし、トイレで排泄ができるよう誘導している。入居者の状況や状態に合わせて、大きめのパットを使うなどで対応している。夜間のみポータブルトイレを使用する人もいる。	
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、牛乳を提供したり、食物繊維を多く含んだ食事の提供している。できるだけ身体を動かして、便秘予防に取り組んでいる。		
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	週2回以上を基本に入浴支援し、利用者の希望に応じて回数を増やすこともある。入浴時間は午前中に希望する利用者が多い、午後希望の方には対応している。ゆず湯など季節を感じられる入浴方法も行っている。また入浴できない日や皮膚疾患のある方には足浴や清拭を行っている。	週2回、午前入浴を基本とし、入居者の希望で一日おきに入浴したり入浴時間を午後にするなど、応じている。湯はその都度交換している。車いすの人も湯船に入って入浴できるように支援している。同性介助の希望にも対応している。拒否の人には無理強いせず、タイミングを見て支援している。	
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	それまでの生活習慣や状況に応じて、午睡をしたりと、休息するときは臥床し、メリハリのある生活を送れ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
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	理解できるよう、薬情報はすぐに手にとることができる場所に置いている。変更などあれば、確実に情報共有できるようにしている。また、嚥下が難しくなった方の場合など、処方時に粉碎処理を依頼もしている。		
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	今までの生活歴や職歴など考慮しながら役割作りに心掛け、家事作業や活動を行ってもらっている。		
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	ホーム周辺を散歩したり、季節の花を見に出掛けたり、また受診時には管理者同行し自宅の様子を見るなど、出掛けられるよう支援している。	日常的に散歩や買い物に出かけており、桜の季節には近くの名勝の河原に出かけて楽しんでいる。車いす対応の車両があり、一緒に季節ごとに咲く花を見たり、船岡城址公園などにドライブに出かけている。自宅の様子を見に行く人もいる。	
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	本人・家族の同意を得て、事務所金庫にて小遣いを預かり、本人が必要な場合に一緒に買い物したり、代わりに購入したりしている。		
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	携帯電話で自由に会話したり、定期的に手紙が届いたり、やり取りしている。また、オンラインでの面会も推奨している。		
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	ホームの掲示物は季節を感じられるよう工夫しており、心地よく穏やかに過ごせるよう配慮している。リビング内には、利用者と一緒に製作した季節の折り紙やひな人形なども飾っている。	リビングは大きな窓から自然光が入り明るい。リビングや廊下に入居者と一緒に手作りした季節の飾りや、入居者の日常生活の様子を映した写真を貼っている。廊下にある椅子で休みながら、廊下とリビングを1周して散歩する人もいる。庭では野菜を2階のベランダでは朝顔を育てている。1階の中庭にはくつろげるテーブルと椅子が置いてあり、ひなたぼっこを楽しんでいる。	

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
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	リビングで気の合う利用者同士で過ごしたり、テレビ前のソファで過ごせるよう工夫している。また、静かな場면을好む利用者と少人数の共有スペースも用意している。		
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	自宅で使用していた物をできるだけ持ち込んでもらい、配置も工夫しながら環境変化を少なくできるよう工夫している。表札は家族に製作してもらっている。清掃は毎日、職員と利用者がともに行っている。	洗面台、クローゼット、カーテン、エアコン、ナースコールが備え付けられている。入口には家族が作った表札がかけられ、ベッドや椅子・テレビ・家族の写真などを持ってきている。マットレスに布団を敷いている人もいる。家具は入居者の動きやすいように動線に配置し、掃除は職員と一緒にしている人もいる。	
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	円背の利用者には場所が分かるよう下方に”トイレ”などと表示しわかりやすくし、安全に移動でき、自立した生活が送れるよう工夫している。		

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0492200118	事業の開始年月日	2016年3月30日	
		指定年月日	2016年3月30日	
法人名	株式会社グリーン企画			
事業所名	グループホームすまいる ユニット名：わらび			
所在地	(〒 989-1247) 宮城県柴田郡大河原町字東32			
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	2024年2月22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)】

ユニット名の由来となっている「笑う日、笑顔を備える」を大切にしながら、利用者も利用者の家族も、職員も皆家族という思いで、日々のケアにあたっています。防災訓練では近隣の方々や家族の参加、花火大会でも参加声がけしたり、また、自宅の隣の方などとの交流も継続できるようにしています。コロナウィルスの関係であまり活発にはできておりませんが、地域との交流もまた少しずつ増えてきており、より一層地域に情報発信し、認知症の相談窓口の役割もしていきたいと思っています。

【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	2024年3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】

- ・わたしたちは、
家族らしいのあたたかな生活と、安心できる住まいを提供します。
 - ・わたしたちは、
共に学び、共に支え合い、喜怒哀楽を共有し、共に成長します。
 - ・わたしたちは、
地域とのつながりを大切にし、思いやりの輪を拓きます。
- <ユニットつくし理念>・・・尽くし、慈しむ(いつくしむ)
<ユニットわらび理念>・・・笑う日、笑顔を備える

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

母体法人「株式会社グリーン企画」は、建築・アパート・ホテル運営などを行うハウスメーカーのグループ会社で、「グループホームすまいる」は高齢者の住まいとして2016年に2ユニットの2階建てで開所した。ホームは大河原町の国道4号線から東側に入った住宅地にあり、近くには町役場・小学校・中学校などがある。隣には同法人の有料老人ホームがある。

【事業所の優れている点・工夫点】

職員はホームの理念や、各ユニット名の由来でもある理念を念頭に、入居者に笑顔で接しながら入居者のできることをサポートし、入居者が安心して楽しく暮らせるように心がけて取り組んでいる。入居者と家族と一緒に運営推進会議に参加できる機会を設けたり、制限のない面会やリモートでの面会など、家族との交流を大切にしている。コロナ禍で自粛していた地域との交流も徐々に再開しており、知人やボランティアが訪問したり、入居者が地域の認知症カフェに参加している。地域と一緒にいるお祭りの再開も検討している。また、桜の名所の白石川沿いは、散歩をしながら地域の人と交流する場になっている。職員は地域包括支援センター主催の事例検討会や勉強会、地域ケア会議に参加し、密に連携している。法人は職員に資格取得を働きかけ、資格取得の費用等の支援を行っている。

【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	グループホームすまいる
ユニット名	わらび

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 グループホームすまいる）「ユニット名:わらび」

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	ホームの理念は代表者と職員が話し合い作成。年度始めには理念の更新を話し合っている。理念を共有できるようにリビング・会議室に掲げ、勉強会・カンファレンスでは全員で唱和している。	毎年度、代表者と職員で理念の振り返りを行い、更新するか話し合っている。ホームの理念と各ユニット理念は、いつでも確認できるリビング・事務室に掲示し、勉強会で唱和している。職員は入居者に笑顔で接し、安心して楽しく暮らせるように心掛けて支援している。	
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	行政区長様、民生委員様に運営推進会議に参加して頂いている。消防訓練時など、近隣の方々にご参加いただいたり、地域との交流を目指している。コロナの影響で滞りがちであったが徐々に再開している。	入居者が地域の認知症カフェや近所の店に買い物へ行くほか、近くの知人が面会に来るなど、地域との交流が戻りつつある。散歩時などに顔見知りの近隣住民と、あいさつを交わしている。行政区長の紹介でギター演奏や紙芝居のボランティアが訪れている。ホームの避難訓練や花火大会の参加の声かけを地域住民にも行っている。	
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	誰でも気軽に来訪してもらえような雰囲気作り心掛け、認知症に対する理解が深められるよう努めている。		
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	二ヶ月に一回、区長、民生委員、町福祉課職員、地域包括職員、利用者、家族、職員が参加し開催、取り組み状況を伝えたり、アドバイスを頂いている。	運営推進会議は、感染症対策で1回は書面で行ったが、状況を確認しながら2ヶ月ごとに対面式で開催している。行政区長・民生委員・町職員・地域包括職員・管理者・可能な時は入居者とその家族が参加している。会議では写真を見てもらいながら運営状況、行事・事故報告等を行い、参加者からの質問に答え、助言、情報を得て運営に活かしている。議事録には委員の発言を詳細に残し、それをまとめて職員など閲覧できるようにしている。	

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
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	管理者はこまめに訪問し、顔馴染みの関係・協力関係を気付けるよう取り組んでいる。また、研修の声かけをいただき、管理者・職員は可能な限り参加している。	町福祉課職員、地域包括職員が運営推進会議に参加し、情報交換等を行っている。町役場には困難事例など、相談している。地域包括支援センター主催の事例検討会や研修に参加している。年1回、各事業所ごとに介護計画について相談できる「地域ケア会議」があり、助言を得てケアの改善に繋げている。	
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	玄関の施錠は19:00～6:00とし、日中は基本的に施錠していない。身体拘束適正化委員会を運営推進会議の中で開催し、職員には議事録を回覧し周知している。勉強会では年2回、身体拘束による弊害を学び、施錠やスピーチロックも含め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	運営推進会議の中で身体拘束適正化委員会を開催し、職員には議事録で周知している。年2回、事例を挙げて勉強会を行っている。他の職員の良いと思ったケアを書く「いいケア報告書」の取り組みは、ホーム全体のケアの質の向上に繋がっている。外出傾向の人には、職員と一緒に散歩している。日中、玄関やユニットのドアは施錠していない。	
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	勉強会にて日頃のケアにおいて虐待にあたらぬか全員で考えながら、虐待防止に努めている。管理者は面談・アンケートにより職員の精神的負担を察する努力をしている。	身体拘束適正化委員会と一緒に事例を挙げて勉強会を行っている。権利擁護についても研修している。職員のストレス軽減に繋がるよう、アンケートでストレスチェックを行い把握に努めている。代表者や管理者は、職員が何でも言いやすいよう職場環境づくりに努めている。	
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に支援している	利用者成年後見制度を検討していた際にパンフレットを職員で回覧、スタッフ間で話し合った。また権利擁護に関する研修には管理者が率先して参加し、施設内勉強会に生かしている。		
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・重要事項説明に際しては、管理者は本人・家族とともに内容を読み上げ、十分に説明し、安心して納得し入居できるように心がけている。また、急変時の対応など事前に契約時点での希望を聞き、対応できるよう心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ケアプランの家族説明時や来訪の際・運営推進会議出席の際には、意見を聞いたり、行事や誕生日には家族にも招待の声掛けを行っている（コロナによりイベント時の招待の声掛けはしていなかったが徐々に声掛けしている）。遠隔地に住む家族の面会やケアプラン説明などはオンラインでもできるようにするとともに、意見を聞く機会を設けている。	コロナ感染症が5類になり、制限無しで面会を再開しており、毎日来訪する家族もいる。遠方の家族とはリモートで面会できるようにしている。家族には面会時に要望や入居者の習慣について話を聞き、介護計画やホームの行事に反映させている。入居者の誕生日や行事には家族を招待したり、毎月請求書と一緒に「すまいる通信」を家族に送っている。	
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	日々の業務の中で、意見や提案を聞き、運営に反映させている。また、毎月の勉強会での報告にはアンケートの欄も設け、職員の意見を記載してもらっている。代表者との面談も半期に一度行っている。	2ユニット合同で毎月ミーティングを行い、その中でカンファレンスや勉強会を行っている。管理者は職員から日常的に話を聞くように努めている。身体拘束・虐待防止委員会、事故防止委員会があり、委員会を中心に勉強会を行っている。年2回、代表者と面談を行っている。	
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	代表者は、職員個々の能力や状況を反映し、整備に努めている。また、管理者は職員に「いいケア報告書」を記載してもらい、モチベーションが上がるよう心がけている。		
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	代表者は、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。資格取得支援も行うとともに、管理者はリーダー研修を受講し、職員の目標設定や日々の指導に役立っている。		
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	管理者は、研修会・交流会などに参加して同業者と交流し、サービスの質を向上をできるように努めている。また、隣接している有料老人ホームと一緒に合同で行事や研修を実施し、交流を図りながら施設運営に活かしている。	地域包括支援センター主催の地域ケア会議や研修、在宅医療多職種連携会議の勉強会に参加し、他事業所の職員と交流している。地域ケア会議では、看護師や作業療法士から助言を得ることもあり、ケアに活かしている。隣の同法人の有料老人ホーム職員とは避難訓練や救命研修で連携している。	

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
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	実態調査時に本人の居住環境を拝見し、自宅と近い環境にすること、また、今まで行ってきたことを継続してできるよう環境づくりし、本人が安心できるよう、不安や要望を確認しながら、信頼関係作りに努めている。		
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	入居相談・実態調査時から家族が安心を確保できるよう、不安や要望を確認しながら、信頼関係作りに努めている。また、定期的な連絡の他、体調変化時や受診の報告など、随時連絡し了承を得ている。		
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	その時を必要としているか見極め、様々なサービス利用も含め対応に努めている。ホームで対応できない場合など、外部サービスも含めて提案している。		
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	暮らしを共にする者として、できることは利用者と一緒に行っている。また、利用者がやろうとしていることを職員が先回りして行ってしまうように心がけている。		
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	家族と随時連絡を取りながら、一緒に支援する者として、本人を共に支えていく関係を築いている。また、コロナ禍においてもある程度の制限はあったが可能な限り家族との面会をできるように支援していた。現在は面会制限は特に設けていない。		
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	これまでの関係を継続できるよう、馴染みの場所へ出掛けたり、友人が来訪し、玄関で短時間面会したりしている。また、以前からの主治医を管理者同行して受診し、近況を報告するなどしている。	自宅へ一時帰宅したり、墓参りや近くのスーパーで買い物するなど、馴染みの場所へ行けるように支援している。近所の知人が花を届けに来てくれたり、通院時に顔馴染みの人から声をかけられたりすることもある。訪問理・美容を利用しているが、家族と馴染みの店に行く人もいる。電話の取り次ぎや手紙のやり取りなど、関係が途切れないように支援している。	

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
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	利用者同士の関係性を把握しながら、時にはスタッフが間に入りながら利用者同士が支え合えるような支援に努めている。		
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	退居しても、家族が来訪し野菜を届けてくれたりと、サービスが終了しても、必要に応じて相談、支援に努めている。また、看取りをした方の場合は命日や中陰などに訪問し焼香するなどしている。		
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	日々の何気ない会話の中から、一人ひとりそれぞれの思いや希望を把握できるよう努めている。家族にも本人が話していることを伝え、家族の意向も聞いている。利用者の思いや意向は、入浴時や居室など一対一でゆっくり向き合える時に聞くことが多く、申し送りノートに記載し職員間で情報共有している。	日常的に把握した入居者の思いや意向を「申し送りノート」に記入し、情報共有している。家族から生活歴や習慣を聞き、ラジオを聴いたり新聞や折込チラシが読めるようにしている。思い出話から前に行っていたお店に買い物に行ったり、昔馴染みの好物を食べられるように支援している。職員は笑顔で語りかけ、何気ない言葉や表情から思いを汲み取るように努めている。	
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	入居前実態調査時に、生活歴や馴染みのものなど聞き取り、自宅を拝見して入居後の生活環境を近くするなどしている。入居してからも本人の気持ちを確認しながら、状況把握に努めている。		
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	1人ひとりの入居前からの生活サイクルを聞き取ってそれぞれの過ごし方を把握し、入居後もあまり変わらず本人のペースで過ごせるよう努めている。		

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	半年に1回、また状態が変わったときに利用者・家族・看護師などから意見を聞き、また受診時には管理者同行した上でサービス担当者会議を行い、生活の中で何が支障となっているのか、本人や家族の意向を確認し、より良く暮らせるよう介護計画を作成している。	介護計画は6ヶ月ごと、または状態に変化があったときに見直している。毎月、職員でカンファレンスを行い、家族の意見、受診時の医師や訪問看護ステーションの理学療法士等からの意見を反映させて見直している。遠方の家族には郵送し電話で説明している。面会できる家族には本人同席で説明し、本人が同意のサインをすることもある。	
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	普段と違う言動など、気づきを個別記録に記入、情報共有しながら、実践や介護計画の見直しに活かしている。また、利用者ごとの手順書を職員で共有し、気づきを随時書き込んでケアに生かしている。		
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	その時のニーズに対応できるよう、柔軟な支援やサービスの多様化に取り組んでいる。受診対応は、歩行可能な方は外出を兼ねて管理者が主治医受診同行し、気分転換を図っている。		
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	季節の花を見に出掛けたり、神社仏閣の参拝など、楽しみな生活となるよう支援している。また、地域のボランティアの方との交流や、地域包括支援センターのリモートでの交流会があれば利用者に声がけし参加している。		
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	管理者同行してかかりつけ医への受診を継続し、適切な医療を受けている。また、通院が難しくなった利用者には訪問診療医の紹介をし、適切な診療を受けられるようにしている。必要な場合は訪問診療と共に個別看護の相談も受け、本人・家族の希望する医療を提供できるようにしている。	管理者がそれぞれのかかりつけ医に同行し受診している。通院が難しくなった人には訪問診療医を紹介し、診察が受けやすいよう変更する場合もある。専門医の通院も職員が同行している。受診結果は「申し送りノート」に記入し、情報共有している。週1回、訪問看護師が来所し健康管理を行っている。	

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
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	週1回の訪問看護にて、情報共有や相談し、適切な看護が受けられるよう支援している。		
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	入院時には介護サマリー提供や普段の状況を伝えるとともに、入院後はできるだけ早期に退院できるよう、情報交換や相談に努め、関係づくりを行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に本人や家族から重度化・終末期に向けたケアの希望を聞き、事業所でできること、できないことを説明し、利用者の気持ちに寄り添った支援に取り組んでいる。また、重度化・終末期の対応となった場合には、往診医や訪問看護の相談も行い、希望に添えるよう努力している。	入居時に重度化した時の対応について説明している。重度化した時には再度説明し、ケアの手法や対応を相談している。職員は看取りの勉強会を行い、看取りの際は職員同士で話し合いを重ね、情報共有し支援に取り組んでいる。家族が宿泊して立ち会うこともできる。看取り後は看護師も参加してカンファレンスを行い、職員の精神的なケアにも配慮している。	
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	勉強会にて緊急時の対応方法を学んでいる。訪問看護ステーション職員や認定看護師と緊急時・看取り時の対応を学ぶ機会を設けている。		
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	火災・風水害・地震時の対応マニュアルを作成し、年2回は地域や近隣の方へ、消防避難訓練参加をお願い（コロナ禍で参加見合わせすることも多くなっている）し、協力体制を築いている。また、水害対策として、1階から2階へ移動する訓練も行っている。感染症発生時・災害時の業務継続計画も策定中である。感染症や災害時の応急手当等の勉強会も招き行っている。	年2回、避難訓練を行い、うち1回は夜間想定で入居者も参加して行っている。他に水害対策として垂直避難訓練も行っている。隣の同法人の有料老人ホームへの通報訓練も行い、連携を図っている。防災設備は業者が点検している。備蓄品は有料老人ホームと一緒に1週間分を備蓄している。看護師が講師になり、感染症予防対策、応急手当の勉強会を行っている。	

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
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	プライバシーについて、学ぶ機会を持ち、プライバシーに配慮した声掛けと対応をしている。また、先回りして本人のできることを職員がやってしまうことや、手伝われない気持ちなども考えながら介助を行っている。	呼び方は入居時に希望を聞き「さん」を付けて呼んでいる。職員は入居者ができることは、本人の気持ちを考えて手伝わずに見守り、入居者の尊厳を尊重するように心がけている。また「トイレ」などの言葉には周囲に聞こえないように特に配慮して取り組んでいる。	
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	本人に話しかける際は頷きを確認しながら、職員が一方的に誘導するのではなく、本人の思いや希望を自由に表出でき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	複数の活動メニューを声がけし、一人ひとりのペースで好きなことをして過ごせるよう、できるだけ希望にそって支援している。		
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	好みの洋服を着たり、髪を長くしたりと、その人らしいおしゃれができるよう支援している。うまく伝えられない利用者に対しては、若いころの写真を見て、本人の好み・趣味を把握し、支援できるようにしている。		
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	メニューは、管理者・職員が利用者の好みを聞きながら健康面に配慮して作成している。栄養チェックは、カロリー計算も含め管理者が行っている。糖尿病や高脂血症など、食事制限のある方にも糖分塩分控えめにするなど対応している。利用者は職員と一緒に野菜を切ったり、盛り付けや後片付けを行っている。	献立は入居者の希望を聞きながら管理者が作成し、食材は同法人の有料老人ホームと一緒に地元の店から購入している。家族から旬の野菜の差し入れや、庭で育てた野菜を収穫し食事を楽しんでいる。栄養チェックは管理者が行っている。行事食で「ぼた餅」や「ちらし寿司」など、誕生日には手作りのケーキを楽しんでいる。入居者は料理の下ごしらえや食器洗いなど、できることに参加している。	

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	多品目のおかずを提供し、十分に食事や水分が確保できるよう支援している。一度にコップ1杯飲めない方には、少量ずつ回数を多く提供するなどしている。		
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	起床時や食後、就寝前には口腔ケアを行っている。寝たきりの場合など歯ブラシによるケアができない方にはスポンジや歯磨きティッシュ、口腔内が乾燥する方には口腔ケア用のゼリーなど使用している。		
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	介護記録から排泄パターンを把握し、タイミングに合わせ早めの声掛けをしながら、トイレで排泄できるよう誘導している。夜間歩行不安定な利用者にはポータブルトイレを使用することもある。便秘症の方で主治医から下剤処方されている方は、排便状況を確認しながら服用量調整している。	排泄パターンを把握し、入居者の仕草やタイミングに合わせ声がけし、トイレで排泄ができるよう誘導している。入居者の状況や状態に合わせて、大きめのパットを使うなどで対応している。夜間のみポータブルトイレを使用する人もいる。	
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、牛乳を提供したり、食物繊維を多く含んだ食事の提供している。できるだけ身体を動かして、便秘予防に取り組んでいる。		
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	週2回以上を基本に入浴支援し、利用者の希望に応じて回数を増やすこともある。入浴時間は午前中に希望する利用者が多い、午後希望の方には対応している。ゆず湯など季節を感じられる入浴方法も行っている。また入浴できない日や皮膚疾患のある方には足浴や清拭を行っている。	週2回、午前入浴を基本とし、入居者の希望で一日おきに入浴したり入浴時間を午後にするなど、応じている。湯はその都度交換している。車いすの人も湯船に入って入浴できるように支援している。同性介助の希望にも対応している。拒否の人には無理強いせず、タイミングを見て支援している。	
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	それまでの生活習慣や状況に応じて、午睡をしたりと、休息するときは臥床し、メリハリのある生活を送れ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
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	理解できるよう、薬情報はすぐに手にとることができる場所に置いている。変更などあれば、確実に情報共有できるようにしている。また、嚥下が難しくなった方の場合など、処方時に粉碎処理を依頼もしている。		
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	今までの生活歴や職歴など考慮しながら役割作りに心掛け、家事作業や活動を行ってもらっている。		
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	ホーム周辺を散歩したり、季節の花を見に出掛けたり、また受診時には管理者同行し自宅の様子を見るなど、出掛けられるよう支援している。	日常的に散歩や買い物に出かけており、桜の季節には近くの名勝の河原に出かけて楽しんでいる。車いす対応の車両があり、一緒に季節ごとに咲く花を見たり、船岡城址公園などにドライブに出かけている。自宅の様子を見に行く人もいる。	
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	本人・家族の同意を得て、事務所金庫にて小遣いを預かり、本人が必要な場合に一緒に買い物したり、代わりに購入したりしている。		
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	携帯電話で自由に会話したり、定期的に手紙が届いたり、やり取りしている。また、オンラインでの面会も推奨している。		
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	ホームの掲示物は季節を感じられるよう工夫しており、心地よく穏やかに過ごせるよう配慮している。リビング内には、利用者と一緒に製作した季節の折り紙やひな人形なども飾っている。	リビングは大きな窓から自然光が入り明るい。リビングや廊下に入居者と一緒に手作りした季節の飾りや、入居者の日常生活の様子を映した写真を貼っている。廊下にある椅子で休みながら、廊下とリビングを1周して散歩する人もいる。庭では野菜を2階のベランダでは朝顔を育てている。1階の中庭にはくつろげるテーブルと椅子が置いてあり、ひなたぼっこを楽しんでいる。	

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
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	リビングで気の合う利用者同士で過ごしたり、テレビ前のソファで過ごせるよう工夫している。また、静かな場면을好む利用者と少人数の共有スペースも用意している。		
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	自宅で使用していた物をできるだけ持ち込んでもらい、配置も工夫しながら環境変化を少なくできるように工夫している。表札は家族に製作してもらっている。清掃は毎日、職員と利用者がともに行っている。	洗面台、クローゼット、カーテン、エアコン、ナースコールが備え付けられている。入口には家族が作った表札がかけられ、ベッドや椅子・テレビ・家族の写真などを持ってきている。マットレスに布団を敷いている人もいる。家具は入居者の動きやすいように動線に配置し、掃除は職員と一緒にしている人もいる。	
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	円背の利用者には場所が分かるよう下方に”トイレ”などと表示しわかりやすくし、安全に移動でき、自立した生活が送れるよう工夫している。		