

1 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	0495500480		
法人名	コスモスケア株式会社		
事業所名	グループホームコスモス八乙女 すみれユニット		
所在地	仙台市泉区八乙女中央3丁目9番23号		
自己評価作成日	令和2年12月31日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

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

【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	2020年1月17日		

【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)】

入居者が過ごす生活の場であるという点です。
 楽しく過ごしたいという点から、地域の活動には毎月参加しています。別途外出行事も基本毎月行なっています。
 食事も大切で、美味しいものを準備できるようにと、委員会を中心に毎月献立を考えて、管理栄養士にアドバイスをもらいながら工夫もし、嗜好も伺いながら提供しています。
 毎日のミーティングを通し、細かい課題はすぐに解決できるように取り組んでいます。
 すみれユニットでは、特に食事の楽しみに力を入れて運営しています。希望を伺いパンのバイキングを行ったり、味、手作り、メニュー、色彩すべてにこだわったりして、美味しく召しあがって頂けるように努めています。

【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)】

ホームは、地下鉄八乙女駅から近く、交通の利便性の高い場所に立地している。敷地内には本部があり、市内の同法人のデイサービスやグループホームとはイベントなどで連携している。毎年、理念「感謝する心」「お一人お一人に寄り添う心」を全職員で振り返っている。また、ユニット理念として「尊重し合えるチーム創り(すみれ)」、「みんなが笑顔で過ごせる場所(たんぼぼ)」を掲げ、毎日唱和し、「今日の目標」で具体化し、達成するための手立てを常に模索している。利用者が不安のない生活ができるようにケアを工夫している。「すみれユニット」では食事、「たんぼぼユニット」ではレクリエーションに力を入れ利用者の楽しみとなっている。介護計画には、利用者や家族の意向に添えるよう、手立てや支援の流れが具体的に示されている。ホームが地域貢献に取り組む姿勢が、地域の理解や協力に繋がると考え、「地域ケア会議」「地域サロン」への参加、町内会活動への協力などを積極的に行っている。管理者やリーダーは、職員の希望や適性を考慮し、意見が出しやすく、主体的に取り組めるような環境づくりを行っている。

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	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	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る (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
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	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 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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
59 利用者は、職員が支援することで生き生きと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	66 職員は、生き活きと働けている (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
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (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	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
61 利用者は、健康管理や医療面、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	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. ほとんどできていない
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		

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームコスモス八乙女 ）「ユニット名 すみれ 」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	毎朝地域密着型サービスの意義をふまえた理念を朝礼で唱和し、実践に繋げている。	全職員で作成した理念をホールに掲示し、朝礼で唱和してケアに当たっている。「今日の目標」を具体的に掲げ職員が共通理解して取り組んでいる。職員は利用者が不安や心配事を抱えていないか、気づき、優しい心配りができているかを考え、ケアに努めている。介護計画は理念をもとに、利用者や家族の意向を具体的に捉え作成している。	
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	毎月地域のサロンに参加し、買い物もできるだけ入居者様と一緒にに行くようにしている。地域ケア会議やお祭りにも参加し、近隣保育園との交流もある。時には台風被害のお宅の手伝いもし、地域の一員であり続けられるように心がけている。	町内会に加入し、回覧が届く。地域のサロンなどに利用者も参加している。ホームの行事「秋祭り」には、家族や子どもたちなど多くの参加があり交流が行われた。高校や保育園とも交流があり、利用者の楽しみとなっている。現在、台風被害の高齢者宅の手伝いに参加している。職員は地域ケア会議に参加し交流している。	地域でのボランティアなどの活動を通して、地域貢献を進めていくことを期待する。
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	地域交流の場で質問を受け、認知症の方のケアなどについて説明することがある。運営推進会議を通じて、細かい支援方法についても発信している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催し、地域包括支援センター、町内会長、社会福祉協議会、ご家族、入居者様に参加頂き、運営状況を報告して話し合いの場としている。	町内会長、地域包括職員、社協職員、利用者や家族、職員が参加し、奇数月に開催している。ホームの運営状況や利用者の状態、行事、ヒヤリハットの報告を行い、参加者から意見を聞き、情報交換を行っている。	
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り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	市町村とは運営体制に問題がないかの確認作業を随時行ない、連携を取っている。地域包括支援センターとも連携を密に取り、協力関係構築に力をいれている。	市から認知症や身体拘束、虐待防止などの研修案内が届き、職員が参加している。介護保険法の改正に伴う加算についての質問や会議の連絡などを行っている。生活保護課の申請など、状況に応じ相談している。	
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	3ヶ月に1回以上の委員会開催に加え、年に2回の研修の機会を設けている。外部の研修にも参加している。日々のミーティングも活用して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	年2回研修を行い、マニュアルなどで確認している。身体拘束廃止委員会を設置し、事前にテーマを設け、具体的な事例をもとに職員で検討している。スピーチロックにも配慮し、利用者の意向に寄り添った声掛けや支援を行っている。防犯上、施錠は午後8時半～午前6時までである。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	内部研修を行なうほか、外部の研修にも参加している。随時、声のかけかたや接遇についての見直しができるよう注意を払っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	権利擁護制度に関する研修は行なっていないかった。 伴うものとしては随時管理者から伝達して学びの機会としている。		
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	入居前の契約時まで双方で確認を行なっている。疑問点や質問等に関しては、スタッフから声掛けすることも含めて確認しやすい関係作りに努めている。		
10	(6)	○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なら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	意見箱の設置や、随時のコミュニケーションにより、要望を発信して頂けるよう努めている。ケアプラン説明時と同様。運営推進会議でも、意見発信や質問の場を設けている。	利用者の様子を面会時や電話などで家族に伝え要望を聞いている。家族からの要望で、脳トレのドリルを取り入れ、全体に波及した例もある。食事、外出、入浴、スタッフのケアの仕方など、項目毎にアンケートを実施し、業務改善に活かしている。秋の芋煮会には、多くの家族が参加し意見交換ができた。	
11	(7)	○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	定期面談に加え、随時の面談を通して意見を確認する場を設けている。 本社教育研修課のスタッフからも随時コミュニケーションをとっており、管理者以外からのヒアリング機会も設けている。	全体会議やユニット会議時に職員から意見を聞き、検討する仕組みがある。職員は希望や適性を踏まえ5つの委員会に所属し、自主的な取り組みを行い運営改善に繋げている。管理者と年2回自己評価をもとに定期面談を行い、意見交換しながら働きやすい環境づくりを行っている。	
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	キャリアパスの整備を進め、向上心を持って働ける仕組み作りに努めている。目標設定シートを活用して人事考課にも繋がっている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	内部、外部の研修に参加できる環境が作られている。		
14		○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作り、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り組みをしている	内部研修時や、インターネットツール、部門会議、年に一度の社内行事「感謝のつどい」等の社内交流の機会がある。別途、地域の取り組みへの参加時に他社交流がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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	実態調査時には、情報収集だけではなく、ご本人との信頼関係を構築できるように心がけている。入居後は環境変化のマイナス因子も把握しながら、細かいケアに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	実態調査の段階から、信頼関係の構築に努めている。不安や要望を確認して回答を示すとともに、入居後も細かい報告に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	細かく連絡をとって信頼関係構築や情報共有に努めながら、まずは1ヶ月のサービスプランを作成している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の意思確認が行われるように意識して関わりをもっている。生活の場であることに重点を置き、生活を支える立場としての関わりに努めている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	行事の際に家族参加を促したり、面会の少ない方には来所を促すなど、施設だけの関わりにならない様に心掛けている。		
20	(8)	○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	馴染みの方の来所に繋げられる程の動きは出来ていないかもしれないが、関わりのある方の積極的な面会は随時で提案している。外出は、安全確保に関わりながら全て受け入れている。	家族と馴染みの美容室に、職員と買い物や外食に出掛け、また、以前に行っていたデイサービスに出向き馴染みの人と交流もしている。家族や親戚、友人がホームに来やすい雰囲気づくりと声掛けに努め、関係継続のための支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	交流を促すための席替えをしたり、足の不自由な方の車いすを押す動きを安全確保の上で一緒に行なったり、支え合いの気持ちを大切にやり取りしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	退去の理由をしっかりと確認し、その後の事にも相談に乗れる旨を伝え、関わりが途切れない様に努めている。		
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	(9)	○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	本人や家族の要望は随時確認しながら、入居者様主体という理念に則ったケアの提供に努めている。	入浴や居室で一對一になった時に本人の思いを聞き、ケアに繋げている。把握の困難な利用者からは、家族からの情報や選択肢を設けた質問など工夫し表情や動きから思いを汲み取るようにしている。書道や家事が得意な利用者に活動の場を提供したりしている。月1回セレクト食を設け利用者の楽しみとなっている。	
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	入居前だけではなく、入居後にもケアを検討する上で必要な情報収集が自然と発生し、随時関係者や本人に確認を行なっている。		
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	認知症という病気だけに捉われないように心がけ、常に「生活」という視点で意思確認をしながら、介護予防も取り入れた生活改善検討を繰り返せるよう心掛けている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々のミーティングや毎月のカンファレンス、定期モニタリング等を通し、全職種で情報共有しながらの計画作成に努めている。	入居時に、個々の状態、生活歴や趣味、希望などを取り入れ暫定の介護計画を作り、モニタリング後に介護計画を作成している。その後、3ヶ月ごとに担当職員が作成した評価表を元に、本人や家族の意向、課題などを検討し介護計画を見直している。介護計画は家族に丁寧に説明し、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	重要な内容の記録時は、赤ペンを使用する等して共有抜けが無いように努めている。気づきの共有を重視している。		
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	他事業所との交流も取り入れた支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	主にスーパーや行楽地、地域サロンの場を活用している。災害の際には手伝いにも行っている。		
30	(11)	○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	受診に関しては主に家族との意見交換を行ない、新しいものは主治医の意見に添いながら、必ず提案の形からスタートしている。	往診医がかかりつけ医の場合には月2回の訪問診療を受けている。その他の専門医の受診は、家族付き添いが基本で、受診時には、口頭や書面で状態を知らせている。看護職員がおり、健康チェックや、服薬管理を行っている。訪問歯科の受診をすることもできる。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	日々口頭で情報共有し、重要な内容は文章での共有も図っている。		
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、又、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。あるいは、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。	お見舞いを通しての入院状況の確認、家族との共有、退院にはカンファレンスへの参加をもって、連携に努めている。		
33	(12)	○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	医療との連携のなかで、早い段階から重度化懸念については家族に話すよう心掛けており、看取りの研修も年に1回定例で行なっている。看取りケア発生時には、家族、医療との情報共有を密に行なうよう心掛けている。	看取りの指針を契約時に説明し、意向を確認している。終末期には往診医との契約を勧め、状態の確認など医療連携が密にできるようにしている。家族、医師、職員が看取りの方針を話し合い同意書を交わしている。年1回看取りの研修を行い指針を確認している。利用者の希望を受け入れ、家族が付き添い看取りを行った。	
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	緊急時対応については研修の機会を設けているが、経験不足のスタッフもいるため、研修の継続が必要。		
35	(13)	○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	マニュアルがあり、年に2回の避難訓練を行なっている。消防、地域との連携の訓練も実施しており、協力体制の構築に努めている。	災害対応マニュアルがあり、職員会議などで確認している。避難訓練は年2回、内1回は夜間想定で、消防署も立会い行っている。普段から地域交流を大切に、避難訓練に地域住民の参加があった。感染症対策の為、インフルエンザ時の行動の手順マニュアルやチェック表などを見直した。消火器など設備点検は年2回、業者が行っている。非常時の食料などは3日分備蓄している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	(14)	○一人ひとり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	生活歴もふまえながら、信頼関係の構築に努め、馴れ合いにならないように注意し合いながらの対応を心がけている。	年1回研修を行い、羞恥心に対する配慮を常に意識し支援している。丁寧な言葉遣いを心掛け、盛り上がった際の砕けた会話も悪い習慣にならないよう確認している。居室入室時にはノックし了解を得ている。呼び名は名前や名字に「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	ケアや関りの中から随時本人の思いや希望を確認し、情報を共有しながら実現に努めている。		
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	生活歴や意思を確認しながら、年齢や体力、病歴にも配慮をし、その人らしい生活の実現に努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	お化粧品や身だしなみのフォローをしながら、清潔面も含めた支援を心がけている。		
40	(15)	○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	嗜好を確認しながら、選択食や誕生日食、鍋物やホットプレートでの食卓を共有する食事の提供、外食の支援、郷土食の取入れも行ない、食材のカットや盛り付け、片付け全般にも取り組んで頂いている。	各ユニットの食事委員会の担当職員がメニューを作成し、材料を発注している。利用者や買い物に行くこともある。本部の管理栄養士が3ヶ月に1回、献立作成や栄養のアドバイスをを行っている。調理は、職員が輪番で担当している。正月やひな祭り、敬老会などの行事食や月1回の外食も楽しんでいる。利用者は調理、お茶出し、食器拭きや片付けなど、残存能力に合わせて行っている。	
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	記録を取りながら栄養バランスや摂取量を把握し、病状に合わせた個別食の提供や、栄養補助食の提案や実施も行ない、健康面の支援に努めている。		
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	本人の意向をくみながらも、朝夕は確実に口腔ケアが行なわれるように支援し、必要時には訪問歯科も利用している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○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むけた支援を行っている	個別の排せつリズムの把握に努め、声掛けや誘導を行なっている。可能な限りトイレでの排泄ができるように支援している。	排泄チェック表をもとに排泄のリズムを把握し声掛けや誘導している。夜間帯は、リハパン、ポータブルトイレ使用や定時の声掛けなど、個々に合わせて対応している。寒天食や乳製品などを取り入れ便秘対策を行い、状態により医師から処方された薬を使用することもある。	
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	体操等での運動を提供し、食物繊維のはいったおやつを提供も定期的に行なっている。バナナやヨーグルトなど、排便を促す食材も取り入れた支援に努めている。		
45	(17)	○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、個々にそった支援をしている	週に2回以上入浴機会を確保している。入浴を促す際は、必ず本人の意思を確認し、タイミングをずらすことも行なっている。	基本、週2回以上の入浴で、バイタル、体調を考慮し、清拭、足浴に変更し支援している。入浴順番も利用者の希望や既往症に配慮して行っている。柚子湯や入浴剤などで季節が感じられるような工夫も取り入れている。入浴支援拒否などの際は、会話や声掛けタイミングに配慮して無理強いせずに行っている。転倒防止やヒートショックなどに気を付け、プライバシーにも配慮したケアに努めている。	
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	高齢の方が多く、個々の体力や思いに合わせて、日中は休む場所も限定せず、夜間に関しては安眠できるような支援に努めている。		
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	看護師中心に申し送りがされ、特に服薬変更時は重要事項として副作用を含めて情報共有している。把握が遅れるスタッフもいる為、必要に応じて確認作業もしている。		
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	希望も伺いながら継続的な役割や新しい役割がもてるよう関わりを持っている。手作業やレクリエーションは、残存機能に応じた内容の提供に努めている。		
49	(18)	○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。又、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	近隣の散歩は随時で行なっている。遠出は月に1回の外出行事の時。家族との外出機会が増える様にと、プレッシャーにならない程度の雰囲気作りにも努めている。	初詣や花見、七夕や紅葉狩り、外食など月1回以上の外出を行い、気分転換している。福祉車両で車いすの人も一緒に外出を楽しむことができる。気候のよい時期には、川沿いやホーム周辺を散歩し、ベンチで休んだりおやつを食べ楽しんでいる。家族と外出し墓参りやドライブ、外食などを楽しんでいる利用者もいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	通常時からの自己管理の提供はできていないが、必要時に使えるような管理としている。		
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	携帯電話を持つ方は、自身で管理している。家族から個別の取り決めがない方に関しては、希望時に電話で話ができるよう支援している。		
52	(19)	○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	飾り物や写真等で季節を感じる事が出来るようにし、白内障で眩しさに敏感な方もいるなかで、配席配慮もしている。湿度等にも気を配っている。	ホールは明るく、掃除が行き届いて清潔である。職員と一緒に作った季節の飾りや行事の写真などが飾られている。見当識に配慮し、手作りの日めくりカレンダーや、時計が見やすい所に設置されている。温・湿度は、職員が管理し、冬場は大型の加湿器を設置している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間にソファを置いて交流スペースにして頂いている。廊下にも椅子を置いて交流スペースを作っている。外のベンチを活用することもある。		
54	(20)	○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	馴染みの物の準備は入居時から行ない、ご病気の進行から混乱を引き起こすようになった際などは入れ替えるなども含め、家族に提案をしている。	エアコン、電動ベッド、カーテンが設置されている。利用者は整理ダンスや椅子、テレビ、馴染みの家具などを持ち込んでいる。家族の写真や手作りの作品なども、見やすく飾られている。居室担当職員が整理整頓や日用品のチェックをしている。清潔保持、温・湿度管理、換気などにも配慮し支援している。	
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」「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	構造上リスクのある部分を理解し、対応に気を付けている。居室やトイレ等に名前を貼っている。		

1 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	0495500480		
法人名	コスモケア株式会社		
事業所名	グループホームコスモス八乙女 たんぽぽユニット		
所在地	仙台市泉区八乙女中央3丁目9番23号		
自己評価作成日	令和2年12月31日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

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

【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	2020年1月17日		

【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)】

入居者が過ごす生活の場であるという点です。
 楽しく過ごしたいという点から、地域の活動には毎月参加しています。別途外出行事も基本毎月行なっています。
 食事も大切で、美味しいものを準備できるようにと、委員会を中心に毎月献立を考えて、管理栄養士にアドバイスをもらいながら工夫もし、嗜好も伺いながら提供しています。
 毎日のミーティングを通し、細かい課題はすぐに解決できるように取り組んでいます。
 わいわい楽しめる方が多いので、レクリエーションや製作物、調理等の家事を通して笑顔溢れる生活に出来る様な関りを心がけています。

【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)】

ホームは、地下鉄八乙女駅から近く、交通の利便性の高い場所に立地している。敷地内には本部があり、市内の同法人のデイサービスやグループホームとはイベントなどで連携している。毎年、理念「感謝する心」「お一人お一人に寄り添う心」を全職員で振り返っている。また、ユニット理念として「尊重し合えるチーム創り(すみれ)」、「みんなが笑顔で過ごせる場所(たんぽぽ)」を掲げ、毎日唱和し、「今日の目標」で具体化し、達成するための手立てを常に模索している。利用者が不安のない生活ができるようにケアを工夫している。「すみれユニット」では食事、「たんぽぽユニット」ではレクリエーションに力を入れ利用者の楽しみとなっている。介護計画には、利用者や家族の意向に添えるよう、手立てや支援の流れが具体的に示されている。ホームが地域貢献に取り組む姿勢が、地域の理解や協力に繋がると考え、「地域ケア会議」「地域サロン」への参加、町内会活動への協力などを積極的に行っている。管理者やリーダーは、職員の希望や適性を考慮し、意見が出しやすく、主体的に取り組めるような環境づくりを行っている。

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		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 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	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る (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/>	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
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 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	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 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 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	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が広がったり深まり、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 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
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 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	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/>	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	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 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、健康管理や医療面、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 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	<input type="radio"/>	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. ほとんどできていない
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 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				

自己評価および外部評価結果（事業所名 グループホームコスモス八乙女 ）「ユニット名 たんぽぽ」

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	毎朝地域密着型サービスの意義をふまえた理念を朝礼で唱和し、実践に繋げている。	全職員で作成した理念をホールに掲示し、朝礼で唱和してケアに当たっている。「今日の目標」を具体的に掲げ職員が共通理解して取り組んでいる。職員は利用者が不安や心配事を抱えていないか、気づき、優しい心配りができているかを考え、ケアに努めている。介護計画は理念をもとに、利用者や家族の意向を具体的に捉え作成している。	
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	毎月地域のサロンに参加し、買い物もできるだけ入居者様と一緒に行くようにしている。地域ケア会議やお祭りにも参加し、近隣保育園との交流もある。時には台風被害のお宅の手伝いもし、地域の一員であり続けられるように心がけている。	町内会に加入し、回覧が届く。地域のサロンなどに利用者也参加している。ホームの行事「秋祭り」には、家族や子どもたちなど多くの参加があり交流が行われた。高校や保育園とも交流があり、利用者の楽しみとなっている。現在、台風被害の高齢者宅の手伝いに参加している。職員は地域ケア会議に参加し交流している。	地域でのボランティアなどの活動を通して、地域貢献を進めていくことを期待する。
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	地域交流の場で質問を受け、認知症の方のケアなどについて説明することがある。運営推進会議を通じて、細かい支援方法についても発信している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回開催し、地域包括支援センター、町内会長、社会福祉協議会、ご家族、入居者様に参加頂き、運営状況を報告して話し合いの場としている。	町内会長、地域包括職員、社協職員、利用者や家族、職員が参加し、奇数月に開催している。ホームの運営状況や利用者の状態、行事、ヒヤリハットの報告を行い、参加者から意見を聞き、情報交換を行っている。	
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り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	市町村とは運営体制に問題がないかの確認作業を随時行ない、連携を取っている。地域包括支援センターとも連携を密に取り、協力関係構築に力をいれている。	市から認知症や身体拘束、虐待防止などの研修案内が届き、職員が参加している。介護保険法の改正に伴う加算についての質問や会議の連絡などを行っている。生活保護課の申請など、状況に応じ相談している。	
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	3ヶ月に1回以上の委員会開催に加え、年に2回の研修の機会を設けている。外部の研修にも参加している。日々のミーティングも活用して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	年2回研修を行い、マニュアルなどで確認している。身体拘束廃止委員会を設置し、事前にテーマを設け、具体的な事例をもとに職員で検討している。スピーチロックにも配慮し、利用者の意向に寄り添った声掛けや支援を行っている。防犯上、施錠は午後8時半～午前6時までである。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	内部研修を行なうほか、外部の研修にも参加している。随時、特に管理者から、声のかけかたや接遇についての見直しができるよう注意を払っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	権利擁護制度に関する研修は行っていないかった。 伴うものとしては随時管理者から伝達して学びの機会としている。		
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	入居前の契約時までに双方で確認を行なっている。疑問点や質問等に関しては、スタッフから声掛けすることも含めて確認しやすい関係作りに努めている。		
10	(6)	○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なら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	意見箱の設置や、随時のコミュニケーションにより、要望を発信して頂けるよう努めている。ケアプラン説明時も同様。運営推進会議でも、意見発信や質問の場を設けている。	利用者の様子を面会時や電話などで家族に伝え要望を聞いている。家族からの要望で、脳トレのドリルを取り入れ、全体に波及した例もある。食事、外出、入浴、スタッフのケアの仕方など、項目毎にアンケートを実施し、業務改善に活かしている。秋の芋煮会には、多くの家族が参加し意見交換ができた。	
11	(7)	○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	定期面談に加え、随時の面談を通して意見を確認する場を設けている。 本社教育研修課のスタッフからも随時コミュニケーションをとっており、管理者以外からのヒアリング機会も設けている。	全体会議やユニット会議時に職員から意見を聞き、検討する仕組みがある。職員は希望や適性を踏まえ5つの委員会に所属し、自主的な取り組みを行い運営改善に繋げている。管理者と年2回自己評価をもとに定期面談を行い、意見交換しながら働きやすい環境づくりを行っている。	
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	キャリアパスの整備を進め、向上心を持って働ける仕組み作りに努めている。目標設定シートを活用して人事考課にも繋がっている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	内部、外部の研修に参加できる環境が作られている。		
14		○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作り、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り組みをしている	内部研修時や、インターネットツール、部門会議、年に一度の社内行事「感謝のつどい」等の社内交流の機会がある。別途、地域の取り組みへの参加時に他社交流がある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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	実態調査時には、情報収集だけではなく、ご本人との信頼関係を構築できるように心がけている。入居後は環境変化のマイナス因子も把握しながら、細かいケアに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	実態調査の段階から、信頼関係の構築に努めている。不安や要望を確認して回答を示すとともに、入居後も細かい報告に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	細かく連絡をとって信頼関係構築や情報共有に努めながら、まずは1ヶ月のサービスプランを作成している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の意思確認が行われるように意識して関わりをもっている。生活の場であることに重点を置き、生活を支える立場としての関わりに努めている。第三の家という考え方でお迎えしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	行事の際に家族参加を促したり、面会の少ない方には来所を促すなど、施設だけの関わりにならない様に心掛けている。居室でゆっくりとお話できるよう、椅子を持って行ったりもしている。家族に依頼して、昔の習い事の先生に協力頂いて行事を行なったこと事もある。外泊時、必要な助言も行なっている。		
20	(8)	○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	馴染みの方の来所に繋げられる程の動きは出来ていないかもしれないが、関わりのある方の積極的な面会は随時で提案している。外出は、安全確保に関わりながら全て受け入れている。ご友人の面会も多い。馴染みの美容院へ送っていくこともある。	家族と馴染みの美容室に、職員と買い物や外出に出掛け、また、以前に行っていたデイサービスに出向き馴染みの人と交流もしている。家族や親戚、友人がホームに来やすい雰囲気づくりと声掛けに努め、関係継続のための支援をしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	交流を促すための席替えをしたり、足の不自由な方の車いすを押す動きを安全確保の上で一緒に行なったり、支え合いの気持ちを大切にやり取りしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	退去の理由をしっかりと確認し、その後の事にも相談に乗れる旨を伝え、関わりが途切れない様に努めている。看取りケア実施後は、自宅にご焼香に伺った。		
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	(9)	○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	本人や家族の要望は随時確認しながら、入居者様主体という理念に則ったケアの提供に努めている。意向の発信が難しい方は、その方の言動を通して把握に努めている。	入浴や居室で一对一になった時に本人の思いを聞き、ケアに繋げている。把握の困難な利用者からは、家族からの情報や選択肢を設けた質問など工夫し表情や動きから思いを汲み取るようにしている。書道や家事が得意な利用者に活動の場を提供したりしている。月1回セレクト食を設け利用者の楽しみとなっている。	
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	入居前だけではなく、入居後にもケアを検討する上で必要な情報収集が自然と発生し、随時関係者や本人に確認を行なっている。		
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	認知症という病気だけに捉われないように心がけ、常に「生活」という視点で意思確認をしながら、介護予防も取り入れた生活改善検討を繰り返せるよう心掛けている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々のミーティングや毎月のカンファレンス、定期モニタリング等を通し、全職種で情報共有しながらの計画作成に努めている。	入居時に、個々の状態、生活歴や趣味、希望などを取り入れ暫定の介護計画を作り、モニタリング後に介護計画を作成している。その後、3ヶ月ごとに担当職員が作成した評価表を元に、本人や家族の意向、課題などを検討し介護計画を見直している。介護計画は家族に丁寧に説明し、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	重要な内容は口頭と紙面両方で入念な申し送り共有に努めている。 気づきの共有を重視している。		
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	他事業所との交流も取り入れた支援に努めている。本人のニーズに添う為に、家族に相談することもある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	主にスーパーや行楽地、地域サロンの場を活用している。災害の際には手伝いにも行っている。		
30	(11)	○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	受診に関しては主に家族との意見交換を行ない、新しいものは主治医の意見に添いながら、必ず提案の形からスタートしている。	往診医がかかりつけ医の場合には月2回の訪問診療を受けている。その他の専門医の受診は、家族付き添いが基本で、受診時には、口頭や書面で状態を知らせている。看護職員がおり、健康チェックや、服薬管理を行っている。訪問歯科の受診をすることもできる。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	日々口頭で情報共有し、重要な内容は文章での共有も図っている。事前に全スタッフの意見を個別に確認した上で、受診している。		
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、又、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。あるいは、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。	お見舞いを通しての入院状況の確認、家族との共有、退院にはカンファレンスへの参加をもって、連携に努めている。		
33	(12)	○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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療との連携のなかで、早い段階から重度化懸念については家族に話すよう心掛けており、看取りの研修も年に1回定例で行なっている。看取りケア発生時には、家族、医療との情報共有を密に行なうよう心掛けている。	看取りの指針を契約時に説明し、意向を確認している。終末期には往診医との契約を勧め、状態の確認など医療連携が密にできるようにしている。家族、医師、職員が看取りの方針を話し合い同意書を交わしている。年1回看取りの研修を行い指針を確認している。利用者の希望を受け入れ、家族が付き添い看取りを行った。	
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	緊急時対応については研修の機会を設けているが、経験不足のスタッフもいるため、研修の継続が必要。		
35	(13)	○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	マニュアルがあり、年に2回の避難訓練を行なっている。消防、地域との連携の訓練も実施しており、協力体制の構築に努めている。	災害対応マニュアルがあり、職員会議などで確認している。避難訓練は年2回、内1回は夜間想定で、消防署も立会い行っている。普段から地域交流を大切に、避難訓練に地域住民の参加があった。感染症対策の為、インフルエンザ時の行動の手順マニュアルやチェック表などを見直した。消火器など設備点検は年2回、業者が行っている。非常時の食料などは3日分備蓄している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	(14)	○一人ひとり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	生活歴もふまえながら、信頼関係の構築に努め、馴れ合いにならないように注意し合いながらの対応を心がけているが、レクリエーションで盛り上がっている時等、砕けた表現になってしまう事があり注意している。	年1回研修を行い、羞恥心に対する配慮を常に意識し支援している。丁寧な言葉遣いを心掛け、盛り上がった際の砕けた会話も悪い習慣にならないよう確認している。居室入室時にはノックし了解を得ている。呼び名は名前や名字に「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	ケアや関りの中から随時本人の思いや希望を確認し、情報を共有しながら実現に努めている。「やってください」ではなく、「いかがですか？」等質問を多く取り入れるよう心掛けています。		
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	生活歴や意思を確認しながら、年齢や体力、病歴にも配慮をし、その人らしい生活の実現に努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	特に起床後や外出前にお化粧や身だしなみのフォローをしながら、清潔面も含めた支援を心がけている。		
40	(15)	○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	嗜好を確認しながら、誕生日食、ホットプレートでの食卓を共有する食事の提供、外食の支援も行ない、食材のカットや盛り付け、片付け全般にも取り組んで頂いている。	各ユニットの食事委員会の担当職員がメニューを作成し、材料を発注している。利用者や買い物に行くこともある。本部の管理栄養士が3ヶ月に1回、献立作成や栄養のアドバイスを行っている。調理は、職員が輪番で担当している。正月やひな祭り、敬老会などの行事食や月1回の外食も楽しんでいる。利用者は調理、お茶出し、食器拭きや片付けなど、残存能力に合わせ行っている。	
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	記録を取りながら栄養バランスや摂取量を把握し、病状に合わせた個別食の提供も行ない、健康面の支援に努めている。		
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	毎食口腔ケアが実施されるよう声がけ支援している。必要時には訪問歯科も利用している。口臭の強い方には、モンダミンを使用している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○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むけた支援を行っている	個別の排せつリズムの把握に努め、声掛けや誘導を行なっている。可能な限りトイレでの排泄ができるように支援している。	排泄チェック表をもとに排泄のリズムを把握し声掛けや誘導している。夜間帯は、リハパン、ポータブルトイレ使用や定時の声掛けなど、個々に合わせて対応している。寒天食や乳製品などを取り入れ便秘対策を行い、状態により医師から処方された薬を使用することもある。	
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	体操等での運動を提供し、食材も選べる時は食物繊維のはいった物の提供を心がけている。腹部のマッサージやホットパックの活用もしている。		
45	(17)	○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、個々にそった支援をしている	週に2回以上入浴機会を確保している。入浴を促す際は、必ず本人の意思を確認し、タイミングをずらすことも行なっている。楽しんでいただけるように、入浴剤を使用することもある。	基本、週2回以上の入浴で、バイタル、体調を考慮し、清拭、足浴に変更し支援している。入浴順番も利用者の希望や既往症に配慮して行っている。柚子湯や入浴剤などで季節が感じられるような工夫も取り入れている。入浴支援拒否などの際は、会話や声掛けタイミングに配慮して無理強いせずに行っている。転倒防止やヒートショックなどに気を付け、プライバシーにも配慮したケアに努めている。	
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	高齢の方が多く、個々の体力や思いに合わせて、静養を提案している。夜間に関しては安眠できるような支援に努めている。		
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	看護師中心に申し送りがされ、特に服薬変更時は重要事項として副作用を含めて情報共有している。把握が遅れるスタッフもいる為、必要に応じて確認作業もしている。		
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	希望も伺いながら継続的な役割や新しい役割がもてるよう関わりを持っている。手作業やレクリエーションは、残存機能に応じた内容の提供に努めている。		
49	(18)	○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。又、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	近隣の散歩は随時で行なっている。遠出は月に1回の外出行事の時。家族との外出機会が増える様にと、プレッシャーにならない程度の雰囲気作りにも努めている。	初詣や花見、七夕や紅葉狩り、外食など月1回以上の外出を行い、気分転換している。福祉車両で車いすの人も一緒に外出を楽しむことができる。気候のよい時期には、川沿いやホーム周辺を散歩し、ベンチで休んだりおやつを食べ楽しんでいる。家族と外出し墓参りやドライブ、外食などを楽しんでいる利用者もいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	通常時からの自己管理の提供はできていないが、必要時に使えるような管理としている。		
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	家族から個別の取り決めがない方に関しては、希望時に電話で話ができるよう支援している。		
52	(19)	○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	製作から関わる飾り物や写真等で季節を感じる事が出来るようにしている。湿度等にも気を配っている。	ホールは明るく、掃除が行き届いて清潔である。職員と一緒に作った季節の飾りや行事の写真などが飾られている。見当識に配慮し、手作りの日めくりカレンダーや、時計が見やすい所に設置されている。温・湿度は、職員が管理し、冬場は大型の加湿器を設置している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間にソファを置いて交流スペースにしているが、あまり活用されていない。外のベンチを活用することはある。		
54	(20)	○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	馴染みの物の準備は入居時から行ない、ご病気の進行から混乱を引き起こすようになった際などは入れ替えるなども含め、家族に提案をしている。	エアコン、電動ベッド、カーテンが設置されている。利用者は整理ダンスや椅子、テレビ、馴染みの家具などを持ち込んでいる。家族の写真や手作りの作品なども、見やすく飾られている。居室担当職員が整理整頓や日用品のチェックをしている。清潔保持、温・湿度管理、換気などにも配慮し支援している。	
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」「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	構造上リスクのある部分を理解し、対応に気を付けている。居室やトイレ等に名前を貼っている。		