

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0491400073	事業の開始年月日	2014年4月25日		
		指 定 年 月 日	2014年5月1日		
法人名	社会福祉法人ことぶき会				
事業所名	グループホームすみちゃんの家				
	ユニット名：こまち				
所在地	(〒 981-0303)				
	東松島市小野字中の関6番2				
サービス種別 及び定員等	認知症対応型共同生活介護		定員 計	9 名	
			ユニット数	1	
自己評価作成日	2024年10月31日	評 価 結 果 市町村受理日	令和6年11月15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)】

利用者様の個性と想い、今までの生き方を大切にし、丁寧な支援を心掛けています。家事や身の回りのことは、出来ることは自分でして頂く、出来ないところは不安がないようにお手伝いさせて頂くことを大切にしています。車いすの方や、座ったまま作業も出来る対面式のキッチンがあり、職員や他利用者様と会話しながら調理ができます。全室エアコン、床暖房完備です。季節や旬の食材を使った食事にこだわっており、利用者様と一緒に食事作りを楽しんでいます。またムース食ややわらか食にも対応し、その方にあった食形態で提供しています。三食後の口腔ケアや、食形態の工夫にて、最期まで安全に楽しく食事が出来るよう努めています。また、記録はケアコラボ（介護記録システム）を導入し、毎日の生活の様子を写真付きで家族様に伝え、家族様とも情報共有しています。家族様も心配なことや連絡事項をコメントすることができ、双方向でのコミュニケーションツールとして役立っています。利用者様との買い物、外出にも取り組み、家族様との面会も自由に行って頂いています。

【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11月15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】
①四季を通して安全に食事が出来るよう支援します。
②ご利用者様の時間を大切にし、一人一人にあった生活支援をします。
③ご利用者様の出来ること、出来ないことを把握し、健康に安全に過ごせるよう共に暮らします。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等
「社会福祉法人ことぶき会」は2006年に設立され、ホームは2014年に開設された。鳴瀬川の河口に近い東松島市小野地区にある。裏山に囲まれた自然豊かで広々とした敷地には桜の木等が植えられ、ヤギ3頭が『の～んびり』と草を食む「やぎ山公園」と称された広場が造られている。敷地内には法人本部があり、同法人が運営する通所介護「Cooking Café Ji-Ji」、ケアハウス「はまなすの里」がある。グループホームの2階には地域包括支援センターがあり、「グループホームすみちゃんの家」は1階、定員9名で運営している。全館床暖房、エアコンを完備し、年間を通じて快適に過ごすことができる。

【事業所の優れている点・工夫点】
①職員皆で新たに決めた理念の実現に向けて真摯に取り組んでいる。今年理念の中でも「健康」「安全」を一番に据え、毎月のユニット会議で、一人ひとり個別のケアのあり方について事細かに検討している。この検討により職員皆が目線をあわせて、統一的なケアを行うことができています。
②新たな仕組みを積極的に導入し、より良い支援の実現に努めている。利用者が「健康」「安全」に過ごせるよう「ケアコラボ（介護記録システム）」を活用し、職員間のみならず家族とも日々状況を共有し、意見交換もできている。また、調剤薬局と連携して「服薬管理ロボット」を導入し、一人ひとりの複雑な服薬管理による誤薬・飲み忘れ防止に取り組んでいる。
③地域との交流や活動に積極的に取り組んでいる。敷地内でヤギを育てる等、自然豊かな環境の下、地域に施設を開放して認知症カフェやお祭り等、多彩な催しを行っている。職員は町内活動である地域清掃や小学生の毎日の登校時見守りに参加し、利用者も夏祭りや防災訓練等と一緒に参加するなど、積極的に交流を深めている。また、近隣の小学校を始め県内外からボランティアが訪れる等、総じて地域交流が活発である。

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

事業所名	グループホームすみちゃんの家
ユニット名	こまち

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くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			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
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
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

【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	

自己評価および外部評価結果（事業所名：グループホームすみちゃんの家）「ユニット名：こまち」

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	昨年度事業所の理念を基に、新しく理念を作成し、その周知と実践に努めている。「健康に安全に」というところでは、ユニット会議にて、各利用者様の注意点などを話し合った。食事については、旬のもの、行事を楽しむものを利用者様と作っている。	昨年職員が検討して作った理念を周知・共有・実践するために、目標達成計画を立てて取り組んだ。理念を実践に活かすため、毎月のユニット会議では、特に「健康」「安全」を重視し、一人ひとり利用者の今の状態を確認し、どのように支援するのが最適なのかを事細かに検討し実践している。		
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	今年度は、市の防災訓練の際、地域の方と一緒に避難した。地域のお祭りにも利用者様と参加したり、近隣の小学校の生徒さんをよんで「やぎ山公園祭り」を認知症カフェと合同で開催している。認知症カフェは、月に一度デイサービスで開催し、地域の方中心に10数名の参加者がいる。地域の小学生の見守り活動や、掃除などに職員が参加している。また、地域の小学生が学芸会の出し物をみせに來たり交流がある。	地域の広報紙が届いている。自治会長が運営推進会議に参加し行事案内もあり、同法人の行事の際には協力を得ている。月1回の認知症カフェには住民が参加し、ホームの「ヤギ山公園祭り」には、地域の小学生も参加している。職員は小学生の登校時の見守り、町内清掃にも参加している。利用者も地域のお祭り、防災訓練と一緒に参加するなど、地域との関りが盛んである。		
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	認知症カフェの運営を通し、地域の認知症や高齢者の居場所作りに努めている。認知症カフェの運営に興味がある方が見学に來たりしている。またキャラバンメイトや認知症地域支援推進員の活動に参加し、認知症サポーター養成講座やステップアップ講座の開催のお手伝いをしている。市のお祭り等で、認知症の理解への啓発活動を行っている。			
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か月に一度、市役所、包括、自治会長、家族様、利用者様同席にて開催している。職員研修、感染対策、デイサービスとの合同開催、外部評価、新しい理念について、生活リハビリについて、職員・利用者様紹介など、年間計画に基づいて行っている。活動報告は、パワーポイントにて作成し、冊子にして家族様に配布している。出席できない家族様にも郵送や手渡しをしている。利用者様や出席者からの意見を聞き、次の会議に活かしたり、活動に取り入れたりしている。	市職員・地域包括職員・自治会長・家族にも案内し、利用者も参加して年6回開催している。議題は年間計画を立て、テーマを決めて開催している。パワーポイントを活用し、理念の紹介、ホームの活動報告、新入職員の紹介等を行い、意見交流している。他に「活動報告〇月～〇月」として、その期間の行事や利用者の様子について写真を中心にまとめた冊子を作り、配布し好評を得ている。家族からは、行き届いた口腔ケアや家族ではできない外出支援、季節の行事への取り組み等について感謝の言葉がある。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議に市役所の高齢介護係りの方にも参加して頂いており、活動報告を見て頂いたり、利用者様や家族様の意見や要望を聞いて頂いている。また、事故発生時には速やかに担当者へ報告している。認知症地域支援推進員の活動など、市役所職員と一緒にやっている。	市担当職員が運営推進会議に参加し、職員・家族と意見交流している。「ひがまつBLUEネット」（東松島市社会福祉協議会創設のサイト）を活用し、市や市内の施設と情報共有できている。また市とは、法令関連の相談をしたり、出前講座の講師派遣やキャラバンメイトの依頼があるなど協力関係が築かれている。	
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、18時くらいから8時くらいまで防犯の為にやっているが、日中は玄関や渡り廊下は施錠せず自由に出入りできる環境にしている。一人での歩行が危険な方も、手すりや椅子の配置、居室のレイアウト等を工夫し、転倒の予防に努め、身体拘束は行っていない。	身体拘束をしないケアの指針を準備し年2回職員研修をしている。新人職員は入職時に研修している。「自己点検チェックシート」を基にグレーゾーン等についても話し合っており、今後は声がけの技術力向上の課題にも取り組んでいく。身体拘束廃止委員会を虐待防止委員会と合同で3ヶ月に1回開催している。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	他事業所の職員と共に、身体拘束廃止・高齢者虐待防止についての内部研修を行っている。不適切なケアはないかの振り返りや、グループワーク方式での研修等で、身体拘束や高齢者虐待防止に努めている。	高齢者虐待防止委員会を身体拘束廃止委員会と合同で3ヶ月に1回開催し、職員研修を年2回実施している。気になる支援方法はその都度声がけし、手順等についてはユニット会議で検討して全職員で確認している。法人としても主任リーダー会議で議題にし話し合っている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	司法書士の保佐人がついている利用者様がいたので、その方とは適宜連絡を取り合っている。成年後見制度等に関しては、個人で学んでいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、しっかりと内容を家族様に説明して、家族様の不安や希望を聞きながら、納得して入所して頂くように努めている。また、重要事項や料金表変更時は、その都度家族様に説明し、納得の上署名頂いている。		

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	外部には、運営推進会議で家族様や利用者様の要望などを聞く場を設けている。日々の要望や意見、心配ごとなどは、ケアコラボにもアップされることがあるので、その都度お返事をしている。また、面会時や日用品を持参した際などには近況をお伝えし、心配なことはないかお聞きするようにしている。	運営推進会議を家族全員に案内している。「ケアコラボ」を導入し、毎日の介護記録が画像付きで随時アップされている。この取り組みは利用者の1日の様子やバイタル記録を家族が同時に確認することができ、大変好評である。家族とは随時「ケアコラボ」を活用してコミュニケーションがとれている。職員の名前を知りたいという要望には「ケアコラボ」への掲載や玄関への掲示を行った。外部の相談窓口を紹介し、第三者委員会を明示している。	
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	日々の申し送り、ユニット会議や主任リーダー会議などを開催し、現場職員やリーダーから意見を出しやすい環境作りに努めている。年に2回、現場職員との面談を行い、日々の業務の悩みなどを聞いている。さらに上層部での検討が必要な場合は、経営会議にあげている。	職員も「ケアコラボ」を通じて、その都度意見を出しやすいよう環境を整えている。また月1回のユニット会議、法人の主任リーダー会議で意見・要望の検討をしている。年2回職員面談があり、シフトの要望等を聞いている。初任者研修他、外部研修は業務扱いとしている。法人でハラスメント委員会を開催している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	自らの努力が反映される仕組みとして、資格手当の重複支給、人事考課制度を賞与の参考要件とし、個々の努力や実績を評価するようにしている。また、面談にて日々の業務や家庭の状況の悩みなどを聞いている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	採用時研修後は、プリセプター制度を導入し、担当の先輩職員が指導や助言をする。面談時、不安なことなどきいたり、普段の業務の中で足りないと感じる部分は、外部研修に参加させたり、先輩職員が支援方法の相談にのるなどしている。		
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	グループホーム協議会や外部研修で、他事業所の方と研修に参加したり、グループワークをする機会を作っている。他グループホームから交換研修として、職員が一日研修に入り情報交換をする予定。グループホーム協議会の実践報告会は一年に一度あり、他事業所と協力して開催している。	宮城県グループホーム協議会や外部研修に参加した際に他の施設の職員と情報交流している。協議会が開催する年1回の実践報告会では、避難訓練の方法、外国人研修生を受け入れた場合について等学んだ。一日職員交換研修など行っている。また震災後のボランティアをきっかけに長野県の法人との交換研修にも取り組んでいる。	

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
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	実態調査時から、本人様にどんなことで困っているか、どんな風に暮らしたいと思っているかをじっくりと聞き、少しでも今までの生活に近い状態で暮らせるよう工夫している。職員だけではなく、他利用者様とうまくコミュニケーションがとれるよう気を配っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	施設申し込み時は、家族様や本人様にも見学に来て頂き、その後実態調査に行き本人様の心身の状態や生活の様子を見させていただいている。家族様に、施設入所に当たっての不安なこと、施設での生活の希望の聞き取りをし、入所後もケアコラボを通して生活の様子を詳しく伝えている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	実態調査の情報や、家族様との話しの中で、必要な支援について現場職員とも情報共有している。家族様や本人様の状態によって、他サービスが必要な時は、その都度お話しをするようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は全て支援するのではなく、その方の持っている力を理解し、出来ることは継続して出来るように、出来ないところはお手伝いをしている。出来る力に応じて、料理や掃除、家事を職員と一緒にして頂き、暮らしを共にする関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日用品の準備や面会、受診の付き添い等を家族様にお願いし、利用者様と過ごす時間や体調を見て頂く機会を作っている。また、ケアコラボにて日々の生活の様子を見て頂くようにしている。ケアコラボも一方通行ではなく、家族様からもコメントや意見を頂けるよう努めている。		
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	本人様が以前住んでいた場所やお店にドライブしたり、家族様や友人様の面会は制限することなくして頂いている。家族様とのお墓参りや、自宅への外泊なども行っている。	面会は予約制で相談室で自由に行っている。卒業式帰りのお孫さんが来訪したこともあった。家族と外泊や墓参り、買い物等に出かける人もいる。家族が県外の人には週1回、顔を見ながらの「ビデオ通話」を支援している。月1回の理容訪問、希望者には美容師の訪問もある。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	毎日の調理や家事を通して、利用者様同士の関わりを持っている。また、相性や性格を踏まえて席を決めたり、不満訴え時もその方の事情を話したり、少しでも理解しあえるよう努めている。記憶障害があっても馴染みの利用者様の名前は忘れないなど、一緒に暮すものとして支えあっている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も、ケアラボをとじず、家族様がいつでもグループホームでの生活を振り返られるようにしている。入院時も施設からの情報を病院へ提供している。		
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	入所時には、家族様や本人様から昔の暮らし方や趣味、性格、食べ物の好き嫌い、仕事などを聞くようにしている。入所後も本人様との会話の中から、何か希望や不満がないか聞き取りをし職員間で情報共有している。意思表示が困難な方には特に家族様に本人様ならどう望むかを聞くようにしている。	入居時に、以前の暮らしぶり、趣味や嗜好等詳しく情報収集して日常生活に生かしている。日々の暮らしの中で意向の把握に努め、「ケアラボ」で家族とも情報を共有し、意向にそうよう取り組んでいる。職員は1～2名の利用者を担当している。意思表示が困難な利用者には、信頼関係が構築されている職員が担当することで少しでも心を開いてくれるよう努めている。	
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	入所時に、家族様や本人様、サービスを利用していた方にはそのサービス事業者にも、本人様の生活の意向や性格、生活歴を確認し現場職員にも情報共有している。暮していく中で疑問に思ったことは、再度家族様や本人様に確認している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアラボを通して、本人様の一日の過ごし方を職員間でも情報共有している。本人様の出来ること、支援が必要なことなどは申し送りをし、支援の統一が出来るようにしている。		

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	ケアプラン作成前に、家族様や本人様から生活の意向や希望を聞き取りしている。身体状態が不安定な方は看護師に、食事量等が心配な方は管理栄養士にアドバイスを頂いている（併設施設の）。各職種からの情報をもとにケアプランを作成し、担当者会議を開催している。	家族からの要望・法人の看護師・管理栄養士・薬剤師・かかりつけ医の意見を考慮し介護計画を作成している。ユニット会議でモニタリング結果や担当者会議の意見を参考にして年1回見直し、状態に変化があればその都度見直している。家族には、説明し同意を得ている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケアコラボにて、日々の支援や支援に対しての反応などをタイムリーに写真付きでアップしている。また、利用者様の心身の状態については、申し送りにアップし職員間で情報共有するようにしている。ユニット会議で利用者様について検討することがあれば検討し、支援の統一、質の向上に努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	遠方の家族しかいない、受診の付き添いが今は無理という時は、外部のヘルパーを使用したり、買い物は代行サービスをしている。認知症が重度で、家族様が付き添いに不安がある時は、相談しながら少しでも安心して受診できるよう、送迎や病院への連絡等柔軟に対応している。		
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	心身の状態の維持には主治医の存在が重要で、スムーズに受診が出来るよう通院連絡表を持参する等工夫している。近隣の小学校との交流や、近所のスーパーへ利用者様と頻繁に買い物に行き顔をおぼえてもらったり、避難訓練に参加したりと、地域住民の一員として暮らせるよう配慮している。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	受診は家族様付き添いを基本とし、希望の病院に通院している。通院時には看護師が作成した通院連絡表を持参し施設での様子や普段のバイタルを伝え、指示があれば聞いたり連絡表に書いて頂いたりしている。服薬ロボットを導入し、薬剤師との連携を密にし、誤薬の防止、飲みやすい薬などの検討が出来ている。定期的に訪問診療や訪問歯科を受診する利用者様もいる。	基本、希望のかかりつけ医に家族が同行して受診している。協力医療機関による訪問診療（内科・心療内科）、訪問歯科を受診している人もいる。受診の際は、看護師が作成する通院連絡表を持参し、結果を職員と情報共有している。薬剤師、看護師の管理のもと「服薬ロボット」を活用し誤薬予防に取り組んでいる。	

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎日ラウンドに来た際には、利用者様の様子で気になることや心配なことを看護職に伝えている。またケアコラボやもっちゃ（職員間の連絡ツール）にて、看護職と情報共有している。看護師に伝えたいことは「看護」とタグ付けし検索しやすいようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	病院の連携室とケアマネ・相談員が密に連絡を取るようにしている。入院時にはサマリーを病院の看護師に渡し、心身の状態の情報共有に努めている。入院中も、連携室に利用者様の状態を聞いたり、退院の見込みがたてば実態調査に行き、施設での生活にスムーズに戻れるよう各部署調整している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、「重度化した場合における対応指針」と「看取り介護指針」について説明し、早期に家族様と話し合える機会を設けている。状態低下時や、身体状態の著しい変化があった時は、看護職、ケアマネ、介護職、家族様と今後どうしていくか話しあい、支援方法の見直し、統一をしている。その際、本人様ならどう望むかということが一番に考えるようにしている。	入居時に家族に「看取り介護指針」を説明し、重症化に応じてその都度、意志と支援方法について確認している。家族の希望を把握し、経口摂取ができなくなった利用者を入院治療に繋げた事例もある。ホームでの看取りの経験がある。法人の看護師が毎日巡回しており、また法人の看取り委員会を必要に応じて開催し、看取り支援方法について検討している。職員への看取りについての研修を計画している。	
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	定期的には行っていないが、餅提供前には窒息時の対応の確認を各部署で行っている。のろフェスと称し、毎年10月に感染症発生時、嘔吐時等の対応方法の内部研修を行っている。職員が講師になることで、理解をより深める努力をしている。		
35	(15)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	半年に一度避難訓練を行っている。日中・夜間想定に分け、その都度出火場所などを変更し訓練している。その際、設備機器の点検や、使い方の確認もしている。地域の防災訓練に参加し、地域の一員として訓練に参加した。	火災・風水害・地震の各対応マニュアルを準備し、浸水ハザードマップを掲示している。夜間想定を含め年2回、出火場所を変えて避難訓練をしている。設備点検は年1回業者が実施し、備蓄は3日分を確保し、感染対策のマスク、手袋を準備している。ホームは福祉避難所に指定され、利用者と一緒に地域の避難訓練にも参加している。	

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	
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	一人一人にあった、性格や認知症の進行度にあわせ、人格とプライバシーを大切にした言葉かけを行っている。食事の前後や、お手伝い前などはさりげなくトイレご案内し、失敗をなるべく少なくするよう心掛けている。	全居室にトイレが設けられており排泄介助時もプライバシーが確保されている。日々利用者を尊重し、言葉遣いに配慮して取り組んでいる。呼び名は希望を聞いて苗字か名前に「さん」付けで呼んでいる。居室に入る際にはノックして了解を得ている。法人としてプライバシー保護の研修を計画している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	会話の中で、「これ食べたいねえ」と言ったものを献立に取り入れたり、チラシを見て「おいしそう」といったものを買ってくる等している。個人的に食べたいものは、家族様をお願いして買ってきて頂いたり、職員と外食にいたりしている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	朝食はその方の起きられる時間に合わせ時差で提供するようにしている。本人様が散歩に行きたいと話せば、一人で行けない方には付き添いし、好きな番組などを把握しご案内したり、裁縫が好きな方には裁縫をお願いしたり、一人一人のペースや好きなことにあわせるようにしている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入浴後や洗顔後に顔に塗るクリーム、シャンプー類は、一人一人、家族様が用意して下さった本人様が家で使っていたものを使用している。起床時や昼寝後は、髪をくしでとかすよう促したり、出来ない方は支援している。洋服選びが出来る方には、ご自分で選んでもらっている。			

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	日常生活の中から利用者様の好みや希望をくみ取り、旬や季節を感じられる献立を取り入れるようにしている。利用者様には、材料切りや盛り付け、食器洗いや食器拭き等、家事に参加して頂き、自分たちで準備していることを感じてもらえるよう工夫している。	『皆で楽しく食べる』ことにこだわり取り組んでいる。週1～2回、利用者も一緒に買い物に出かけ、準備や片付けにも参加している。車椅子で作業できる流し台もある。法人の栄養士が相談にも応じ、トロミ、刻み食など利用者の状態に合わせて提供している。年中行事には特別メニューを用意し、芋煮、餅つき等の食を中心とした行事も開催している。また誕生日は本人の食べたいものを用意する等、毎月何かしら「食を楽しむ」行事を企画している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食べる量が少ない時は、好物の麺を提供したり、栄養状態が悪い方には看護職と一緒に栄養補助食品を検討し提供している。食事量・水分量は一人ずつ記録に残している。口腔栄養スクリーニングを6カ月に一度行い、変化がないか、低栄養状態のリスクはないか栄養士含めチェックしている。		
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	毎食後欠かさず口腔ケアをしている。その方の能力にあわせ、全介助したり、一部介助したりしている。歯科の訪問診療時に口腔内の状態やケアの仕方を聞いたり、状態によってはくるりーな等、その方にあった器具を使用し口腔内の清潔に努めている。		
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	その方の排せつパターンを把握し、トイレご案内の声掛け、オムツ交換をしている。排便の出る時間も職員で共有し、少しでも失敗を減らせるよう対応している。日中はトイレにし、夜間はパットの大きさなどを変えて、衣服がぬれたりしないようにしている。	全居室にトイレが設けられている。一人ひとりの排泄パターンに合わせ、プライバシーに配慮しながらトイレで排泄できるよう取り組んでいる。夜間は一人ひとりの状態に合わせたパット、リハビリパンツを活用している。便秘対策には牛乳等の水分摂取、きのこ類等の食材を摂り入れ、できるだけ食事を工夫している。状態により医師の指示で薬を服用している人もいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分をなかなか摂らない方には、その方が好む水分を提供したり、パターン表にて水分量をチェックしている。食物繊維の多いキノコ類を献立に多く取り入れたり、朝に冷たい牛乳や水を提供したりしている。		

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
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	お湯の温度やシャンプー類は、本人様の好みに合わせている。曜日は決めず、病院受診前などは必ず入浴する等、配慮している。また、ゆず湯や、バラ風呂等、入浴を楽しめる工夫をしている。一般浴が難しくなった方には、二人介助でミスト浴にご案内している。	湯はかけ流しで週2回を基本に、同性介助で支援している。受診前日には必ず入浴できるよう取り組んでいる。季節に合わせてバラ風呂、ゆず湯も取り入れ楽しんでもらい、足浴もできるようにしている。石鹸・シャンプー類は利用者の好みに合わせている。寝たままでも利用可能なミスト浴の特殊浴槽を備えている。	
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	その方の寝る前の過ごし方や寝る時間を考えながら支援をしている。日中は身体を動かし過ごすことを心がけ、夜間ぐっすり眠れるように配慮している。部屋の温度や明るさ、寝具にも気を配り、気持ちよく眠れるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	居宅療養管理指導を受けている方は、薬剤師と薬の補充時や体調確認表にて、利用者様の状態、お薬について情報共有している。お薬変更時は、看護職から効用や副作用について説明を受けている。ケアコラボにお薬情報をアップし、いつでも確認できるようにしている。		
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	入所時に、生活歴や趣味、好きだったことを聞き、少しでも楽しみのある生活が送れるよう支援している。買い物や調理が好きな方、スポーツ番組やドラマ等テレビを見るのが好きな方、力仕事を職員と一緒にしてくださる方など、その方の得意なこと、好きなことが出来るよう支援している。		
49	(20)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	普段の買い物帰りに神社で初詣したり、コンビニでアイスを食べて帰ってきたり、家族様とお墓参りや自宅への外泊や外出などしている方もいる。地域のスーパーに職員や利用者様の顔をおぼえてもらい、声をかけて下さる方もいる。買い物して、地域のお祭りに参加したり、少しでも外の空気をすえるよう工夫している。	家族との外泊や外出は自由に行っている。近所の散歩には職員が同行し、週1～2回、買い物を楽しむ人もいる。外出は近隣住民と交流できる機会となっている。また季節ごとに外出を企画し、竹駒神社への初詣やお花見等に、車椅子の人も一緒に車で出かけている。法人の行事委員会が企画したクリスマス会コンサートにも参加した。一人ひとりに寄り添うことを大切にし、時間を確保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
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お小遣い程度のお金を持っている方もいれば、事務所で預かって頂き、外出時などはご自分で支払いをして頂いたりしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	遠くの家族様とLINE面会をしたり、ケアコラボを通して動画を送りあったりして、家族様とのコミュニケーションに役立っている。家族様から送られてきたお手紙は、本人様にお渡しし、必要時は代読し、その様子を動画で家族様に送るなどしている。		
52	(21)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングには掃き出し窓からウッドデッキにつながっており、温かい季節にはそこに椅子をおいてお茶を飲んだりしている。華やかな装飾はせず、リビングには大きなカレンダーを置き、少しでも日付を意識してもらえるようにしている。全館床暖房、冷暖房完備の為、室温は快適に保つことが出来る。	リビングは掃き出し窓がデッキに繋がり、季節ごと豊かな自然が眺められる。セミパブリックスペースも設けられ、利用者は思い思いの場所でくつろいでいる。室内は全体に木造でやすらげる雰囲気があり、床はカーペット敷きで足触りが柔らかい。全館床暖房が完備され、整理整頓、掃除が行き届き、快適で安全安心に過ごすことができる。クリスマス飾りがあり季節感も配慮されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	セミパブリックスペースに、テレビやテーブル、椅子をおき、リビングで大勢で過ごすより、ゆっくり一人や少人数で過ごしたい方の為に活用している。また、交流スペースや、ケアハウスと一緒に散歩に行き、気分転換をすることがある。食事の席は利用者様の相性を考え決めている。		
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	入所時には、仏壇や遺影を持って入所する方もおり、お茶やお花をあげることを日課にしている方もいる。家族様の写真を飾ったり、家からなじみのものを持ってきていただくようお願いしている。入所時や衣替えの季節は、家族様にもお手伝いして頂いている。	居室には、ベッド・戸棚・車椅子対応のトイレ・洗面台・クローゼットが完備されている。利用者は入居時にテレビ 馴染みの家具や遺影、家族の写真等を持ち込み、その人らしい暮らしができるよう取り組んでいる。温・湿度の管理・シーツ交換・掃除は、介護度を配慮して職員が行い、快適に暮らせるよう支援している。	
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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室内は転倒やケガを防止するため、一人一人にあったレイアウトにしている。トイレや居室がわからなくなる方には、わかりやすいよう工夫をしている。リビングの流しは、車いすでも使用しやすい造りになっており、出来ることをして頂きながら生活している。		