

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	0495200198	事業の開始年月日	2014年1月15日	
		指定年月日	2020年1月15日	
法人名	株式会社 ソーシャルライズ			
事業所名	グループホームかりんの家 ユニット名：れもん			
所在地	(〒 983-0822) 仙台市宮城野区燕沢東2丁目1-50			
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ユニット	
自己評価作成日	2024年1月5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)】

・ソーシャルライズ理念
「1. 福祉社会への貢献」「2. 価値観の共有」「3. 健全経営」「4. 人材の育成」「5. 地域社会の一員としての自覚」「6. 誇れる職場の創造」の社是に基づき職員が心掛けて取り組んでいる。

・かりんの家理念
「わたしたちは優しさと思いやりを持って、お一人お一人に寄り添い笑顔の絶えない施設を目指します。」「学ぶ心を忘れずに。質の高いサービスを提供できるよう皆で知識と技術の向上に努めます。」
今年度より、各ユニットの目標ではなく施設全体の目標に変更し、全員が同じ方向を向いて施設を盛り上げていけるよう、取り組みを行っている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	2024年1月23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：社会福祉活動を通し、共働・共感・共生社会の実現へ貢献します。私たちは、自らが地域、地域住民の中にあることを自覚し、支援を必要とする方の心において共に働き、共に感じ、共に生きることで、ご利用者、地域住民、職員の物心両面の幸福を追求していきます。

かりんの家理念：・私たちは優しさと思いやりを持って、お一人お一人に寄り添い笑顔の絶えない施設を目指します。
・学ぶ心を忘れずに。質の高いサービスを提供できるよう皆で知識と技術の向上に努めます。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

法人は1995年10月に設立し2016年3月に株式会社ソーシャルライズに商号変更した。現在、グループホーム、在宅療養マッサージ、居宅介護支援事業所、保育園、療育園、就労継続支援B型、相談支援センター等を運営している。「かりんの家」は2014年に2ユニットで事業を開始した。県道8号線に近く、周りには他法人の特別養護老人ホーム、お寺、飲食店、コンビニがある。他法人の特別養護老人ホームとはコロナ禍前は、合同で避難訓練を行い協力体制があった。協力医療機関も近くにあり、緊急の場合等に連携体制がとれる利点がある。

【事業所の優れている点・工夫点】

「全職員が意思統一して支援しよう」という思いから、2023年度より事業所全体の理念を掲げ、利用者の希望に寄り添って支援している。特に外出支援に力を入れ、利用者の楽しみとなっている。近隣のコンビニ店員と利用者は笑顔で挨拶を交わす顔見知りで、微笑ましい様子がうかがえる。職員は、地域包括支援センター主催の「社協チームつばめ」に参加し、地域の施設や多職種の人々と一緒に「認知症を理解してもらおう」目的で啓蒙活動をしている。また、地域活動で知り合った別法人のグループホームの代表者が「かりんの家」の運営推進会議に参加し、情報交換することでサービスの質の向上につながり、それらを運営に活かすよう努めている。

【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	グループホームかりんの家
ユニット名	れもんユニット

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 グループホームかりんの家 ）「ユニット名:れもん」

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	法人理念の他、年に一度ユニットごとの理念も決め、事務所やユニットに掲示いつでも確認出来るようにしている。(今年度より事業所理念に変更)職員間で共有しケアの実施を心掛けている。	事業所のユニット理念は年1回、年度初めのミーティングで見直している。2023年度より、今までのユニット毎理念を『事業所として同じ目標を持って働きたい』との思いから、共通の理念に見直した。職員は家庭の延長線上のケアを意識し、一人ひとりの思いに寄り添って支援している。また、社是や理念を常に心がけ、理念の実践のために自発的に外部研修に参加し、研修を活かして支援している。	
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	コロナ、インフルエンザの感染対策の為、今現在も地域内の散歩は行うも交流は控えている。	町内会に加入し、回覧板や町内会役員から情報を得ている。コロナ禍前は事業所の行事参加などへの働きかけを行っていたが、まだ再開できていない。利用者がよく行く近隣のコンビニでは、顔見知りになっており声をかけられ、協力が得られる関係である。また、散歩に出かけた際には公園の子供たちと交流している。以前から交流していた近隣の他法人特別養護老人ホームや小学校と交流を再開しようとしたがインフルエンザが流行し、先延ばしになっている。	
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	地域包括支援センター主催の研修に参加したりと、意見交換を継続し行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	二か月に一度、運営推進会議を実施し当施設への意見・ご要望をお聞きしサービス向上に努めている。 なお、令和5年8月より対面会議を開始している	運営推進会議は家族代表、地域包括職員、町内会長、民生委員、他法人のグループホーム職員、職員が参加し、2ヶ月に1回開催している。コロナ禍のため書面での報告や意見・要望のやり取りを行っていたが、8月からは対面で開催している。会議では利用者の状況やホームの行事・事故・苦情・感染症予防対策などを報告し、委員から事故報告やヒヤリハットなどについて質疑応答を行い、経過や対応について説明している。	

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取り組んでいる	担当者とは適宜連絡を取り合い、情報共有や協力関係を築けるよう取り組んでいる。	市とは事故報告や相談、生活保護者の情報交換など、適宜連絡を取っている。4～5年前からは地域包括主催の「社協チームつばめ」で知り合った地域の施設職員や多職種のメンバーと一緒に「認知症を知ってもらおう」との目的で、地域に向けて啓発活動を行っている。	
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か月に1度、身体拘束委員会、毎月の事故対策委員会を実施しマニュアルの確認や研修を実施している。研修においては委員会だけでなく外部研修に参加した職員を筆頭に勉強会も行っている。身体拘束についての知識を深めケアに繋げている。	身体拘束適正化のための指針を作成している。3ヶ月に1回身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束をしないためのケアについて話し合い研修している。常にベッドの柵、手摺などの設置の際にも必要性を検討している。転倒防止のため、離床人感センサーマットを利用する人もいる。外出も自由にできるようにしており、職員が同行している。	
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	3か月毎、虐待防止の研修を実施し高齢者虐待についての知識を深め職員同士、利用者様の身体状態を把握しケアに繋げている。	3ヶ月毎に虐待防止の研修を実施し、虐待についての理解を深めている。また、外部研修に参加した職員は、伝達研修を行い全職員が共通理解できるよう努めている。各ユニットの入り口には、不適切な言葉遣いなどの文言を掲示し、常に意識できるように取り組んでいる。管理者はスピーチロックや不適切ケアを見かけた場合都度指導し、改善につなげている。職員はストレスチェックを受けており、管理者は職員の気持ちを把握し必要に応じて言葉かけやアドバイスを行っている。	
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	権利擁護に関しては深い部分までは研修が実施出来ていない。今現在の入居者様に保佐人等と契約している利用者様もいらっしゃる為、内部研修の中に組み込み職員へ学ぶ機会を設ける様に対応する。		
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	書面を用いて契約内容と重要事項の説明を行い、利用者様やご家族様の理解・納得が得られるように図っている。不安や疑問に対しては、その場でその都度対応を行っている。		

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
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	毎月の手紙や面会時また電話連絡の他、ホーム内2カ所に意見箱を設置し意見や要望の聞き取りに努めている。また、利用者様からの意見等はカンファレンス・ミーティングで共有し改善や解決に取り組んでいる	家族の要望などは面会時や、毎月発行している「かりんの家だより」を送付時に電話などで聞いている。家族からは「自分が施設に行くことができないので、通院は事業所で対応してほしい」などの要望が寄せられた。令和5年3月に家族に面会についてのアンケートを実施し、自粛を緩和したことで面会を希望する家族も増えてきている。利用者からの意見等はカンファレンス・ミーティングで情報共有し、改善に取り組んでいる。	
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	事業所での会議時や職員との定期面談を開催、また月1回のユニットミーティングなど個別に職員から意見を聞く機会を設け反映している	管理者は職員と定期的に個別面談を行い、意見を聞く機会を設けている。この他にも月1回のユニットミーティングや随時意見を聞く機会を設け、出された意見を運営に反映している。職員から、ケアの時間を確保できるよう業務記録作業の簡略化の要望があり、改善につなげた。	
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	評価基準に基づいた自己評価・上長評価の他、考課面談を実施し、目標設定や悩みなどの相談等を聞き取り職場環境の改善・整備に努めている。		
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・外部の研修等で勉強する機会を設けたり、資格取得支援制度を実施し人材育成に取り組んでいる		
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り組みをしている	役職者の自社事業所間での交流や法人研修を通し、情報交換やサービスの向上へ繋げていけるよう努めている。	地域包括主催の「社協チームつばめ」に参加し、地域の施設職員や多職種のメンバーとの交流をおし情報を得ている。毎月法人主催で、管理者、主任、リーダーなどの役職者による研修を行っており、研修終了後には内部研修に活かしている。NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会に加入し、情報を得ている。	

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	サービス開始前にご本人様へ聞き取り調査し、要望や不安なことに耳を傾け、安心した生活が送れるよう職員同士でも情報共有し努めている。		
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	サービスを利用するにあたり、ご家族様のご要望や不安に思っている事に耳を傾け少しでも安心して頂けるよう関係づくりに努めている。 また、毎月のお手紙や電話、来所時の際も利用者様の状態やご家族様のご要望など継続して聞き取り関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人様とご家族様から必要とする支援を聞き取り、サービスを提供する過程でその時の状態に合わせて都度修正や改善に努めている。		
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	職員はご本人様が施設でも生きがいを持って生活が送れるよう、手伝いや軽作業を通して関わり合いながら支援している。		
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	職員はご家族様の要望や考えに耳を傾け、利用者様へのサービス内容に反映したり定期的にお手紙やお電話で連絡を行い、ご本人様とご家族様の関係を支えるサポートをしている。		
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	コロナ、インフルエンザの感染対策で短時間、少人数での面会を制限している。今現在もご家族様以外の馴染みの人達とは会えていないが、お手紙や電話で可能な限り交流を図っている。	家族の面会はホームの玄関等で短時間で行っている。家族と一緒に、通院や美容院に出かける利用者もいる。馴染みの人との関係性が途切れないように、近隣のコンビニへの外出支援や、家族、知人への電話の取次ぎ、職員が手紙で利用者の様子を知らせるなど支援している。訪問理・美容が来訪している。	

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	職員が介入しながら利用者様同士の関係性を把握し席なども考えまた、両ユニット合同での行事もあり利用者様同士の交流の輪を広げられるよう支援に努めている。		
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	サービスが終了しても、利用者様・ご家族様からのご相談があれば都度対応し支援に努めている。		
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	(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	ご本人様からご希望や意向を聞き取り、記録し職員同士でも情報を共有している。また、ご本人様からの聞き取りが困難な場合はご家族様への確認も行っている。	日常の暮らしの中で利用者の表情、身振り、行動、筆談などから本人の気持ちや希望を把握している。家族の意向を聞き取ったアセスメントシートも参考にし、把握に努めケアに活かしている。把握した情報は職員間で情報共有している。	
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	入居前からアセスメントし、ご本人様やご家族様からの聞き取りを行い、生活習慣や環境の把握に努め、暮らしの継続に努めている。		
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	一人ひとりの一日の生活を記録し、心身状態の変化や有する力等の現状の把握に職員は両ユニットの記録を共有し努めている。		
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	ご本人様への調査やご家族様の意向も聞き取り関係者とのカンファレンスで意見を集め介護計画を作成している。	入居時に本人や家族の意向、親戚や隣人などの関係する人から情報を得てアセスメントを行っている。かかりつけ医からの意見や家族等からの意向を確認し、カンファレンスを行い、介護計画を作成している。介護計画は6ヶ月毎に利用者についての情報を収集し、変化があれば都度見直して変更している。介護計画は家族が来訪した時や電話で説明し、手渡しや郵送している。	

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
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	日々の様子や変化は個別に毎日記録しており、申し送りや書面で情報共有しながら介護計画や実践に活かしている。		
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	ご本人様やご家族様を含め、その時々に対してのニーズや相談事にも耳を傾けて、可能な限り柔軟なサービス・支援に努めている。		
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	コロナ渦で減ってしまっているが、通院や買い物等地域資源を利用するようにし、少しでも残存機能を活かして楽しめるように支援している。		
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	月2回の訪問診療(全体往診・個人往診)を受診し、適宜必要な医療が受けられるよう協力医療機関と連携し報告・相談が出来ている	協力医療機関をかかりつけ医とし、月2回訪問診療を受けている。その他の医療機関の受診は職員が同行支援し、結果は家族に報告している。毎週1回訪問看護ステーションから看護師が来訪し、健康管理を行い、必要事項は看護師から医師に伝達される。歯科医も月2回来訪し、定期健診を行っている。	
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	介護職員は、利用者様の身体状態などの変化を日々の記録に残し協力医療機関や訪問看護師への報告・相談が出来ており、受診等が出来る環境を作れている		
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	利用者様の入院時は協力医療機関と連携し、施設での記録など情報を共有し退院時の受け入れなどの相談をし合い、利用者様にとって必要なサービスに繋がられている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	重度化した場合における方針について、ご本人様やご家族様に書面で説明し控えをお渡ししている。また、終末期は医療機関と連携し、医師からご家族様への説明の場も設けている。	「重度化した場合における対応に係る指針」について、本人、家族に説明し同意を得ている。看取り期が近いと医師が判断した場合、家族に説明し看取り支援の介護計画書を作成しケアを行っている。24時間対応の医療機関と協力体制ができている。新人職員等が看取りケアに入る場合は、ベテラン職員のフォローが入る体制があり、後日振り返りが行われている。	
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	急変や事故の発生時に備えてフローチャートを整備。定期的に内容の確認や見直しを実施している。		
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	定期的に避難訓練を実施し災害時のマニュアル等資料も内部研修の中に組み込み全職員が実際の災害時に瞬時に動けるよう努めている。地域との協力体制は今現在も職員だけの訓練となっている。	災害時マニュアルを作成している。年2回、避難訓練を行っており、夜間想定訓練は2月に実施予定である。コロナ禍以前は近隣にある他法人の特別養護老人ホームや寺院、家族等が参加し訓練を行っていた。現在はコロナ等感染症予防対策のため地域からの参加を自粛している。設備点検は年2回業者が行っている。備蓄は食料・水等3日分である。	
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	定期的に研修も行い、利用者様一人ひとりのお声かけやケアを意識し、配慮に欠けている場面や言葉使いなどがある場合はユニットミーティングやその都度の申し送りなどで話し合い、改善を行っている。	研修を行い、一人ひとりのプライバシーに配慮し、声かけやケアの方法に活かしている。排泄介助時や入浴時には、安全に配慮しながらプライバシーを確保し、支援している。呼び名は本人や家族に意向を聞いて決めている。	
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	日常生活での利用者様の自己決定はご本人様に伺った上でご希望を叶えられるよう支援している。困難な方も伺い、また必要であればご家族様へも確認して頂きながら支援を行っている。		

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
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	利用者様の生活リズムを把握し、得た情報を職員全員が共有して、利用者様一人ひとりの生活ペースがご希望に添えるよう話し合いながら支援している		
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	利用者様の自己決定を中心に行っており、困難な方にもその人らしい服装や整容を心掛け、支援を行っている。		
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	食事が楽しみになるようご家族様や利用者様から好みを聞いたり、食事形態も考え提供。行事食や季節の果物を献立の中に組み込んだりと工夫している。食事前のテーブル拭きや後片付けなどお手伝い出来る利用者様は一緒に行っている。	職員は訪問診療医に相談し、栄養が偏らないように配慮した献立を作成し、調理を行っている。行事食や利用者の希望を聞いたメニューも取り入れ楽しめるように工夫している。利用者は自分のできることで、調理や後片付けなどを職員と一緒にやっている。職員は利用者の食事介助を行い、食事が楽しめるように音楽をかけたり、状況に合わせて席替えをするなど、和やかに食事ができるように支援している。	
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	食事量や水分量など毎日の記録を個別に行い把握している。栄養のバランスも栄養補助食品や嗜好を参考にしたりと工夫している		
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	毎食後の口腔ケアを利用者様の能力に応じて声掛けや介助で実施。また月2回に歯科往診にて清潔保持できている。		
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	利用者様一人ひとりの排泄パターンをチェック表により記録し支援している。日中帯や夜間帯に寄っては排泄量が違う為、記録や職員の情報をもとにパッドの吸収量など利用者様に合った排泄用品にしている。トイレでの排泄もお声がけしつつ可能な限り自立に向けた支援に努めている。	排泄チェック表を基に、一人ひとりの排泄のタイミングに合わせて声がけし支援している。夜間のみポータブルトイレを使用する人もいる。便秘気味の人には、極力薬の使用は控え、軽体操を取入れたり、ヨーグルト、カフェオレなどの飲食物で対応している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	飲食物の工夫や軽体操などを取り入れ自然排便を促すように努めている。トイレなどもお声がけして座る時間やタイミングを調整しつつリズムを作っている。		
45	(19)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回を基本に入浴時間を設けている。個浴や機械浴を使用し利用者様一人ひとりに合わせた入浴を支援し入浴を拒む利用者様へはお声がけの工夫や時間を空けて再度お声がけを行ったりしている。また、入浴が難しい利用者様へは清拭で対応し清潔保持に努めている。	入浴は基本週2回であるが、希望があれば応えている。湯は都度交換し、好きな入浴剤等を利用することもある。介護度が高い人には機械浴で入浴ができる。入浴を拒む人には「薬を塗りましょう」など声がけで誘導し、スムーズな入浴に繋げている。今後、夜間帯に入浴希望があった場合に対応できるように検討している。	
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	利用者様一人ひとりの生活習慣やその日の心身状態に合わせてフロアで過ごす活動時間や居室でゆっくりと過ごす時間を工夫し提供している。		
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	定期処方では月1回調剤薬局の方から、各利用者様の薬の使用方法や副作用などの説明を受け、使用目的についても職員側と調剤薬局の方で確認共有している。不明点は医療機関・薬局に確認し理解に努めている。また、臨時処方の場合もその都度調剤薬局の方から説明を受けて対応している。		
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	利用者様の性格や生活歴からその人に合わせた役割などを考え楽しみごと等の支援に努めている。軽作業や日常家事などを職員と共に実施している。		
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	コロナが第5類になり徐々にだが外出の機会を作っている。インフルエンザも流行っているため今現在も密になる場所は検討が必要となるがご家族様の協力も得て出掛けられる機会を作っている。暖かい日は敷地内で日光浴や外でのお茶会などを職員で考え行っている。	年間行事計画を作成し、花見や芋煮会などを行い楽しんでいる。利用者が日常的に近隣を散歩したり、コンビニへの買い物などに出かけられるよう支援している。車イスの利用者は職員と一緒に敷地内の散歩などで対応している。家族が付き添って通院帰りにスーパーに寄って買い物をしたり、自宅を見たりする人もいる。	

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	ご本人様のお金に関しては出納責任者と管理責任者が事務所の金庫で管理を行っている。ご本人様のご希望時にお渡しして必要な時に使えるように支援している。		
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	ご本人様のご希望時には電話連絡の対応をしており、ご家族様からお電話があった際もご本人様へお声掛けしてお話する機会を設けている。 また、施設での様子を毎月のお手紙や広報でご家族様へお伝えしている。		
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	ユニットや廊下など手すりを利用し自立歩行の機会を設けている。また、歩く同線には障害物など歩行時に危険になりそうなものがないように環境整備を行っている。 廊下やフロア内には季節の装飾などを飾ったりしている。	リビングルームや廊下には天窓があり、日差しが入り明るい共用空間となっている。利用者はソファで寛ぐなど好きな場所で編み物などを楽しみ、居心地良く過ごしている。時計やカレンダーは見やすく、利用者の見当識に配慮されている。廊下には利用者の手作りの作品や今年の抱負を書いた絵馬が飾られている。また、温・湿度計も設置され、職員が管理している。	
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	共用空間の中で独りの空間を確保しつつ、ソファなどそれぞれが好きな場所で交流が出来るように工夫をしている。		
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	居室内はご本人様のご希望やご家族様の意向も聞いて家具などの配置を決めている。ご本人様から配置の変更などのご希望があった場合は危険性が無いか確認し配置の変更を行っている。 馴染みの物や思入れがある物を必要とされる場合は、ご家族様の協力を得て持ち込んでいる。	居室にはベッド、エアコン、洗面台、クローゼットが備え付けられている。利用者は寝具、タンス、仏壇、家族の写真、ぬいぐるみなど、馴染みのものを持ち込んで自分の部屋らしく設えている。居室の掃除、整理整頓、衣替えなど自分でできる利用者以外は、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	その日の心身状態に合わせ「できること」「わかること」を活かして可能な限り自立した生活が送れるよう支援している。 できない日もある為、その日は「できない」ことに対し、本人を落ち込ませずにそばに寄り添い会話を通して他の興味など関りを探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	0495200198	事業の開始年月日	2014年1月15日	
		指定年月日	2020年1月15日	
法人名	株式会社 ソーシャル			
事業所名	グループホームかりんの家 ユニット名：ゆず			
所在地	(〒 983-0822) 仙台市宮城野区燕沢東2丁目1-50			
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ユニット	
自己評価作成日	2024年1月4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)】

<p>・ソーシャルライズ理念 「1. 福祉社会への貢献」「2. 価値観の共有」「3. 健全経営」「4. 人材の育成」「5. 地域社会の一員としての自覚」「6. 誇れる職場の創造」の社是に基づき職員が心掛けて取り組んでいる。</p> <p>・かりんを家の理念 「わたしたちは優しさと思いやりを持って、お一人お一人に寄り添い笑顔の絶えない施設を目指します。」「学ぶ心を忘れずに。質の高いサービスを提供できるよう皆で知識と技術の向上に努めます。」 今年度より、各ユニットの目標ではなく施設全体の目標に変更し、全員が同じ方向を向いて施設を盛り上げていけるよう、取り組みを行っている。</p>

【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1月23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：社会福祉活動を通し、共働・共感・共生社会の実現へ貢献します。私たちは、自らが地域、地域住民の中にあることを自覚し、支援を必要とする方の心において共に働き、共に感じ、共に生きることで、ご利用者、地域住民、職員の物心両面の幸福を追求していきます。 かりんを家の理念：・私たちは優しさと思いやりを持って、お一人お一人に寄り添い笑顔の絶えない施設を目指します。 ・学ぶ心を忘れずに。質の高いサービスを提供できるよう皆で知識と技術の向上に努めます。</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1995年10月に設立し2016年3月に株式会社ソーシャルライズに商号変更した。現在、グループホーム、在宅療養マッサージ、居宅介護支援事業所、保育園、療育園、就労継続支援B型、相談支援センター等を運営している。「かりんの家」は2014年に2ユニットで事業を開始した。県道8号線に近く、周りには他法人の特別養護老人ホーム、お寺、飲食店、コンビニがある。他法人の特別養護老人ホームとはコロナ禍前は、合同で避難訓練を行い協力体制があった。協力医療機関も近くにあり、緊急の場合等に連携体制がとれる利点がある。</p> <p>【事業所の優れている点・工夫点】 「全職員が意思統一して支援しよう」という思いから、2023年度より事業所全体の理念を掲げ、利用者の希望に寄り添って支援している。特に外出支援に力を入れ、利用者の楽しみとなっている。近隣のコンビニ店員と利用者は笑顔で挨拶を交わす顔見知りで、微笑ましい様子がうかがえる。職員は、地域包括支援センター主催の「社協チームつばめ」に参加し、地域の施設や多職種の人々と一緒に「認知症を理解してもらおう」目的で啓蒙活動をしている。また、地域活動で知り合った別法人のグループホームの代表者が「かりんの家」の運営推進会議に参加し、情報交換することでサービスの質の向上につながり、それらを運営に活かすよう努めている。</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	グループホームかりんの家
ユニット名	ゆず

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 グループホームかりんの家 ）「ユニット名:ゆず」

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・ユニット理念(今年度より事業所理念に変更)を事務所やユニットに掲示、職員同士で共有しながら実践を心掛けて取り組んでいる。	事業所のユニット理念は年1回、年度初めのミーティングで見直している。2023年度より、今までのユニット毎理念を『事業所として同じ目標を持って働きたい』との思いから、共通の理念に見直した。職員は家庭の延長線上のケアを意識し、一人ひとりの思いに寄り添って支援している。また、社是や理念を常に心がけ、理念の実践のために自発的に外部研修に参加し、研修を活かして支援している。	
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	感染対策を行い、地域内の散歩等を通し挨拶し交流に努めている。コロナ後から隣接している施設との交流は現時点では行えていない。	町内会に加入し、回覧板や町内会役員から情報を得ている。コロナ禍前は事業所の行事参加などへの働きかけを行っていたが、まだ再開できていない。利用者がよく行く近隣のコンビニでは、顔見知りになっており声をかけられ、協力が得られる関係である。また、散歩に出かけた際には公園の子供たちと交流している。以前から交流していた近隣の他法人特別養護老人ホームや小学校と交流を再開しようとしたがインフルエンザが流行し、先延ばしになっている。	
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	地域包括支援センター主催の認知症教室や講話に参加し、意見交換等を行っている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1度、運営推進会議を実施し、当施設への意見や要望をお聞きしてサービス向上に努めている。 ※令和5年8月より対面会議を開始している	運営推進会議は家族代表、地域包括職員、町内会長、民生委員、他法人のグループホーム職員、職員が参加し、2ヶ月に1回開催している。コロナ禍のため書面での報告や意見・要望のやり取りを行っていたが、8月からは対面で開催している。会議では利用者の状況やホームの行事・事故・苦情・感染症予防対策などを報告し、委員から事故報告やヒヤリハットなどについて質疑応答を行い、経過や対応について説明している。	

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取り組んでいる	担当者と適宜連絡をとり、情報共有や協力関係を築けるよう取り組んでいる。	市とは事故報告や相談、生活保護者の情報交換など、適宜連絡を取っている。4～5年前からは地域包括主催の「社協チームつばめ」で知り合った地域の施設職員や多職種のメンバーと一緒に「認知症を知ってもらおう」との目的で、地域に向けて啓発活動を行っている。	
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か月に1度の身体拘束委員会、毎月の事故対策委員会を実施しマニュアルの確認や研修の実施をしている。研修においては委員会役員だけでなく、外部研修に参加した職員を筆頭に勉強会や研修も行っている。ケアにおける留意点や身体拘束の原則禁止等確認し合うよう取り組んでいる。また定期的に居室内の環境整備を行い拘束となる物は無いか点検も実施している。玄関の施錠については19時から翌朝の6時までに変更している。	身体拘束適正化のための指針を作成している。3ヶ月に1回身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束をしないためのケアについて話し合い研修している。常にベッドの柵、手摺などの設置の際にも必要性を検討している。転倒防止のため、離床人感センサーマットを利用する人もいる。外出も自由にできるようにしており、職員が同行している。	
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	3か月に1度の虐待防止の研修やマニュアルの確認を実施している。不適切なケアについて疑問に感じた内容などを集計するBOXを設け、ユニットミーティングなどで周知や、意見交換などを行っている。	3ヶ月毎に虐待防止の研修を実施し、虐待についての理解を深めている。また、外部研修に参加した職員は、伝達研修を行い全職員が共通理解できるよう努めている。各ユニットの入り口には、不適切な言葉遣いなどの文言を掲示し、常に意識できるように取り組んでいる。管理者はスピーチロックや不適切ケアを見かけた場合都度指導し、改善につなげている。職員はストレスチェックを受けており、管理者は職員の気持ちを把握し必要に応じて言葉がけやアドバイスを行っている。	
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	新任職員への理解や研修は管理者や担当する職員から研修を行うよう努めている。年間の研修予定表に、内容を組み込んで必ず研修が行われる体制を整えている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、書面を用いて契約内容と重要事項の説明をし、利用者や家族等の理解・納得が得られるよう図っている。不安や疑問点に対しては、都度その場で対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
10	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見箱を設置している他、来所時や毎月お送りしている手紙または電話等で意見や要望をお聞きし、運営に反映させている。利用者様からの意見等はカンファレンスやミーティングで共有し、改善に努めている。	家族の要望などは面会時や、毎月発行している「かりんの家だより」を送付時に電話などで聞いている。家族からは「自分が施設に行くことができないので、通院は事業所で対応してほしい」などの要望が寄せられた。令和5年3月に家族に面会についてのアンケートを実施し、自粛を緩和したことで面会を希望する家族も増えてきている。利用者からの意見等はカンファレンス・ミーティングで情報共有し、改善に取り組んでいる。	
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	個人面談等を定期的に行い、意見や提案を聞き運営に反映させている。	管理者は職員と定期的個別面談を行い、意見を聞く機会を設けている。この他にも月1回のユニットミーティングや随時意見を聞く機会を設け、出された意見を運営に反映している。職員から、ケアの時間を確保できるよう業務記録作業の簡略化の要望があり、改善につなげた。	
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	評価基準に基づき自己評価・上長評価の他に考課面談を行い、目標設定や向上心、やりがいにつながるよう努めている。		
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	内外部研修を充実させたり、資格取得支援制度を実施し育成に取り組んでいる。外部研修の参加も積極的に行っている。		
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	感染対策を行い、ケアの質の向上のためリーダー研修や管理者研修は自社事業所間で毎月実施している。他事業者との関わりで、意見交換や業務の取り組みについて話を聞く機会が作れている。	地域包括主催の「社協チームつばめ」に参加し、地域の施設職員や多職種のメンバーとの交流とおし情報を得ている。毎月法人主催で、管理者、主任、リーダーなどの役職者による研修を行っており、研修終了後には内部研修に活かしている。NPO法人宮城県認知症グループホーム協議会に加入し、情報を得ている。	

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	利用開始前に本人様の不安や要望を聞き安心して過ごしていただけるよう職員同士で情報共有し取り組んでいる。また信頼関係が築けるよう努めている。		
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	施設見学から入居に至るまでご家族の不安や要望をお聞きし、安心して頂けるよう対応を行っている。その後も継続して対応することで関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	実態調査を行い、利用者のご家族が必要とする支援・思いを受けとめ、状況・状態に合わせた必要なサービスを提供できるよう努めている。		
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	利用者様の趣味や、好きなことを奪わずに出来る事をご自分で選択できる環境作りに努めている。また同じ活動を職員も一緒になり行うことで、信頼関係が築けるように努めている。		
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	手紙や広報誌、電話等で様子報告や必要時都度連絡をし支援や協力を一緒に行っている。		
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	コロナウイルスが5類感染症に移行してからは、感染対策を行いながら面会や、ご家族との外出等も再開出来ている。毎月の手紙や電話連絡は、継続し関わりの支援を続けている。	家族の面会はホームの玄関等で短時間で行っている。家族と一緒に、通院や美容院に出かける利用者もいる。馴染みの人との関係性が途切れないように、近隣のコンビニへの外出支援や、家族、知人への電話の取次ぎ、職員が手紙で利用者の様子を知らせるなど支援している。訪問理・美容が来訪している。	

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	利用者様の性格や個性を理解しトラブルがおきないように対応出来ている。状況を見ながら、必要時は職員が介入し利用者様同士の関りを繋げられるように努めている。席替えや隣のユニットとの交流も積極的に行っている。		
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	契約終了後も必要に応じて、利用者様・ご家族様からの相談や支援に努めている。		
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	(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	ご本人様の気持ちや希望、ご家族様の意向を確認しながら、その方に合った暮らしが提供できるように努めている。意思決定支援を心がけ、飲みたい物や食べたい物を選んで頂ける機会も設けている。	日常の暮らしの中で利用者の表情、身振り、行動、筆談などから本人の気持ちや希望を把握している。家族の意向を聞き取ったアセスメントシートも参考にし、把握に努めケアに活かしている。把握した情報は職員間で情報共有している。	
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	入居前からのアセスメントで利用者やご家族様から生活環境や習慣をお聞きし、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	情報共有が出来るように、一人一人の活動について記録に残している。また、残存機能や状態変化時にすぐ対応できるように両ユニットの申し送りも出勤時に確認するようにしている。		
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	ご本人や、ご家族様の意向も確認しながら課題について毎月ユニットでカンファレンスを行いケアの内容について検討している。	入居時に本人や家族の意向、親戚や隣人などの関係する人から情報を得てアセスメントを行っている。かかりつけ医からの意見や家族等からの意向を確認し、カンファレンスを行い、介護計画を作成している。介護計画は6ヶ月毎に利用者についての情報を収集し、変化があれば都度見直して変更している。介護計画は家族が来訪した時や電話で説明し、手渡しや郵送している。	

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
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	毎日の様子については個別に記録に残している。また担当者にモニタリングを行ってもらうことで、評価と次の課題が明確に出来るようにしている。書面や申し送りなどで情報共有し介護計画に反映させている。		
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	その時々で、必要なことを把握し柔軟な支援が出来るように努めている。		
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	コロナウイルスが5類感染症に移行してからは、感染対策を行いながら通院や、近隣への買い物、外出レクなど積極的に行えるように支援している。		
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	本人やご家族様の希望もお聞きし、協力医療機関と連携し、適宜必要な医療が受けられるよう報告・相談出来ている。	協力医療機関をかかりつけ医とし、月2回訪問診療を受けている。その他の医療機関の受診は職員が同行支援し、結果は家族に報告している。毎週1回訪問看護ステーションから看護師が来訪し、健康管理を行い、必要事項は看護師から医師に伝達される。歯科医も月2回来訪し、定期健診を行っている。	
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	日々の状態はじめ、変化や気づき、疑問に思うことなどを協力医療機関や訪問看護師へ報告・相談し、指示を仰ぎ受診等受けている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている	入院時は情報共有し、安心して治療に専念できるように努めている。協力医療機関とも日頃から連絡を取り合い関係づくりに努めている。		

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
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	ご本人やご家族に重度化した場合における指針についての書面での説明や控えをお渡ししている。その内容を職員は把握し対応出来ている。終末期は医療と連携し、医師からご家族への説明の場も設けている。	「重度化した場合における対応に係る指針」について、本人、家族に説明し同意を得ている。看取り期が近いと医師が判断した場合、家族に説明し看取り支援の介護計画書を作成しケアを行っている。24時間対応の医療機関と協力体制ができている。新人職員等が看取りケアに入る場合は、ベテラン職員のフォローが入る体制があり、後日振り返りが行われている。	
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	急変や事故発生時の研修を行い、実践力を身につけている。フローチャートも整備し、読み合わせや定期的に見直しも行っている。		
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	避難訓練やマニュアル等資料の読み合わせ、見直しは行っているが、コロナ後より地域との協力体制は築けていない。BCP策定を行い、研修などで情報を共有している。	災害時マニュアルを作成している。年2回、避難訓練を行っており、夜間想定訓練は2月に実施予定である。コロナ禍以前は近隣にある他法人の特別養護老人ホームや寺院、家族等が参加し訓練を行っていた。現在はコロナ等感染症予防対策のため地域からの参加を自粛している。設備点検は年2回業者が行っている。備蓄は食料・水等3日分である。	
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	随時、各利用者様に合わせた声掛けやケアの方法について話し合いを行い実践している。プライバシーに配慮しながら、トイレや入浴介助が出来ている。	研修を行い、一人ひとりのプライバシーに配慮し、声がけやケアの方法に活かしている。排泄介助時や入浴時には、安全に配慮しながらプライバシーを確保し、支援している。呼び名は本人や家族に意向を聞いて決めている。	
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	本人が選択しやすい声掛けや方法で対応を行っている。本人の思いや希望を話しやすい環境作りに努めている。		

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
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	都度、一人一人の状態を把握し本人の希望に添える対応が出来るように努めている。気分や体調に合わせてながら、レクや家事手伝いにも参加して頂いている。		
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	好きな色を聞いたり、選択が出来るように何枚か洋服を見せ選んで頂いたりしている。着たい物を着て頂く事で生活意欲の向上に繋げている。		
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	一人ひとりの嚥下状態を確認しながら、日々食事形態について検討している。また、誕生日会、季節毎、行事の際はいつもと違うメニューにすることで食への楽しみが増える様に努めている。また、行えることについては利用者様にも手伝いを行って頂く事で残存機能を活かせるようにしている。	職員は訪問診療医に相談し、栄養が偏らないように配慮した献立を作成し、調理を行っている。行事食や利用者の希望を聞いたメニューも取り入れ楽しめるように工夫している。利用者は自分のできることで、調理や後片付けなどを職員と一緒にしている。職員は利用者の食事介助を行い、食事が楽しめるように音楽をかけたり、状況に合わせて席替えをするなど、和やかに食事ができるように支援している。	
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	食事量や水分量は、一人ひとり記録に残し把握できるようにしている。本人の好みなどを考慮しつつ、無理のない提供を心掛けている。栄養状態については医療連携し相談や、助言をもらいながら支援している。		
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	口腔ケアの声掛けや介助を行う他、月2回の歯科往診にて口腔ケアの研修などを受け、施設内で共有し実践できるようにしている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握するために、排泄チェック表を活用している。また、その人に合った排泄用品を日々、ユニットで検討し少しでも不快な思いをされないように工夫している。なるべく、トイレで排泄が出来るように支援している。	排泄チェック表を基に、一人ひとりの排泄のタイミングに合わせて声がけし支援している。夜間のみポータブルトイレを使用する人もいる。便秘気味の人には、極力薬の使用は控え、軽体操を取入れたり、ヨーグルト、カフェオレなどの飲食物で対応している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食物繊維の多い食材や、乳酸飲料、食品で出来る限り自然な便通を促している。水分量の把握や体操も行っている。		
45	(19)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を目安とし入浴を行っている。個人の希望や自己決定を尊重するように心掛けている。入浴を拒む方には、声掛けの工夫や時間をずらし再度声掛けなど工夫をしている。また入浴が難しい方には全身清拭を行い、清潔保持に努めている。	入浴は基本週2回であるが、希望があれば応えている。湯は都度交換し、好きな入浴剤等を利用することもある。介護度が高い人には機械浴で入浴ができる。入浴を拒む人には「薬を塗りましょう」など声かけで誘導し、スムーズな入浴に繋げている。今後、夜間帯に入浴希望があった場合に対応できるように検討している。	
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	日中は、状況を見ながら昼食後に臥床を促したりレクや家事手伝いなどの提供を行っている。夜間は、お好きな時間に居室へ入って休んで頂いている。		
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	各ユニットの薬担当にて薬を管理している。また全員が把握しやすいように、薬の写真もボックスと一緒に貼ることで誤薬を防いでいる。調剤薬局の方からの説明の他、毎月のミーティングにて薬についての理解を深めている。		
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	一人ひとりの生活歴や趣味などを本人から聞きながら、家事やレクリエーション活動等で出来る事を行って役割を作り、楽しみながら生活できるように支援を行っている。		
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	コロナが5類に移行してからは、感染対策を行いながら少しずつ外出の機会を設けている。車で職員と出掛けたり、家族の協力にて外出したり自宅へ立ち寄ったりと出来ている。	年間行事計画を作成し、花見や芋煮会などを行い楽しんでいる。利用者が日常的に近隣を散歩したり、コンビニへの買い物などに出かけられるよう支援している。車イスの利用者は職員と一緒に敷地内の散歩などで対応している。家族が付き添って通院帰りにスーパーに寄って買い物をしたり、自宅を見たりする人もいる。	

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	お金は事務所の金庫で管理しており、希望時に本人にお渡ししている。使用後は出納帳に記録を残している。		
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	毎月の手紙や広報、希望時には電話連絡の対応も行っている。ご家族様から連絡があった際も本人様へお伝えし、お話できる機会を設けている。		
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	移動や歩行の邪魔になるようなものは廊下に置かず、毎日清掃を行い清潔を保っている。温度調節は職員が行い、毎朝換気も行っている。壁には、四季を感じられるような飾りを貼り、フロアには日めくりカレンダーを設置することで見当識への刺激になるように工夫をしている。	リビングルームや廊下には天窓があり、日差しが入り明るい共用空間となっている。利用者はソファで寛ぐなど好きな場所で編み物などを楽しみ、居心地良く過ごしている。時計やカレンダーは見やすく、利用者の見当識に配慮されている。廊下には利用者の手作りの作品や今年の抱負を書いた絵馬が飾られている。また、温・湿度計も設置され、職員が管理している。	
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	共用空間であるフロアにはソファが2個置いてあり、自由に使用していただいている。それぞれが好きな席で利用者同士交流を図れるように支援している。		
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	ベッドは備え付けの物だが、タンスや布団など使い慣れたものを持参して頂いている。本人が大切にしている物や、写真や贈り物などを視界に入る位置に置いたりすることで、落ち着いて過ごせる様に配慮している。	居室にはベッド、エアコン、洗面台、クローゼットが備え付けられている。利用者は寝具、タンス、仏壇、家族の写真、ぬいぐるみなど、馴染みのものを持ち込んで自分の部屋らしく設えている。居室の掃除、整理整頓、衣替えなど自分でできる利用者以外は、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	一人ひとりの出来る事を把握し、安全で自立した生活が送れるよう支援している。歩行に不安がある方には離床センサーを設置するなど対応を行っている。		