

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	0492800024		
法人名	社会福祉法人みやぎ会		
事業所名	グループホームにこトピア加美 ひまわりユニット		
所在地	宮城県加美郡加美町字町裏八番70-1		
自己評価作成日	令和 5年 10月 11日		

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和 5年 11月 6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)】

グループホームの理念にもある様に、地域や家族との結びつきを大切にするという事に重点を置き、いつでも家族、地域の皆様が来て頂ける様に、家庭的な雰囲気作りにも心掛けています。新型コロナの影響でボランティア活動の自粛や面会制限をしておりましたが、5類になってからは、感染予防対策をしながら外部との交流ができるよう、地域包括支援センターと連携し、認知症カフェを開催したりと、地域との繋がりを大切にしています。また、管理者が看護師と兼務しており、24時間体制で緊急時の対応をし、笑顔で、安全、安心、健康にその人らしい生活が送れる様支援しています。医療連携体制加算を取得しており、本人や家族の希望があれば、在宅診療の医師と連携し看取りも行ってまいります。

【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)】

法人理念やホーム理念、各ユニット理念を基に、職員一人ひとりが長期・短期目標を掲げ、入居者に「その人らしい生活」が送れるよう寄り添ったケアを実践している。「にこトピア加美通信」は、入居者毎に作成され、生活様子が分かる写真等で構成され、管理者と担当者の一言を添えての送付は家族から喜ばれている。日々の暮らしの中で、花や野菜作り、掃除、縫い物、食事の準備など、出来る事はしてもらい、身体機能の維持に繋げている。管理者は、働きやすい職場となるよう、全職員の意見や提案等を聞きながら、ケアの方向性を話し合う等、職員間の連携が構築されている。地域とのつながり等の目標計画は達成された。

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 3. 利用者の1/3くらい 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
59	利用者は、職員が支援することで身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、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
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	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、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	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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			

2.自己評価および外部評価結果(詳細) (事業所名:グループホームにこトピア加美) 「 ユニット名:ひまわり 」

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	職員全員の思いをまとめ、グループホームの理念を作り、毎朝のミーティング時に唱和しています。また、各ユニット毎に、サブ理念・個人の年間目標を掲げ、目の届くところに掲示しています。そして、理念に関連する接遇委員会を立ち上げ、笑顔の挨拶、声掛け、会話には特に気を付け、日々の支援をしています。	ホーム基本理念『その人らしく』をモットーに安心と満足のサービス提供いたしますを掲げている。年度末に、理念に沿ったケアが出来ているか、振り返り継続とした。入居者が自分のペースで、馴染みのある生活が送れるよう実践している。		
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	今年度より、地域包括支援センターと連携し、認知症カフェを開催しています(5月、7月、11月開催)。地域のボランティアの方々や認知症の当事者、家族の方等に参加して頂き、意見交流の場となっている。また、認知症カフェ以外でも、敷地内にある畑作りを利用者様と一緒にこなして頂いており、耕す、種植え、収穫をする等の交流をしています。	町内会に加入し、清掃活動等に参加している。春の伝統行事「火伏の虎舞」の方々が来訪し、お囃子や虎舞の披露に大喜びだった。高校生の職場見学を受け入れている。入居者も一緒に近隣スーパーへ食材等を買いに掛ける等「地域の中で暮らす」ということを大切にしているホームである。		
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	9月に、包括支援センターからの依頼により、管理者が認知症家族介護者交流会にて、参加された地域の方々ミニ講話を行なっています。また、通りすがりにお会いした際等、認知症のような症状の家族を抱えている近隣の住民の方や民生委員に相談される事もあり、お話しをお聴きしたり、対応の部分でアドバイスをしたりしています。			
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	新型コロナウイルス感染症が5類に移行された為、6月より運営推進会議を開催しています。これまでと同様に、ホームの運営状況等の報告を行なっています。6月以前は、運営推進委員の方のお宅に行き、資料配布を行ない、お会いした際には資料について補足をしたり、意見交換をしていました。	6月から対面開催となっている。メンバーは、区長や民生委員、地域包括職員、家族会会長等である。水害時の避難所は、浸水地域であることから「町と相談しては」と言う意見を受けて、町と相談し解決している。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り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	在宅医療介護連携推進協議会のメンバーとなり、市町村の担当者との連携をとっています。また、認知症カフェやミニ講話、運営推進会議等で日頃より連絡を取るよう心掛けている。	町の担当課に、認定区分変更等を相談している。ホーム主催の認知症カフェ開催等を相談し実現した。町主催の認知症対策等の研修会に参加し情報交換している。		
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	身体拘束マニュアルを整備し、身体拘束等の適正化の為に対策を検討する委員会を1回/3ヶ月開催しています。身体拘束についての正しい理解へつなげる為の研修や勉強会に積極的に参加し、職員全員で共有し身体拘束0を目指して、実践しています。利用者の安全上やむを得ず身体拘束をしなければならない時は、家族から了承を得よう、書式があり対応しています。	身体拘束委員会で、身体拘束緊急性3項目や事案11項目だけではなく、言葉による拘束等を話し合い、職員間で共有している。職員の声掛けにも気を配ることで、チームワークで取組んでいる。アンケート調査(スピーチロック等)結果を活用し、身体拘束をしないケアを実践している。		
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逃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	虐待についての研修(内部、外部)に参加し、資料回覧にて全員で共有しています。体の内出血斑等についても原因や要因を追究し、ヒヤリハット報告書に記入・周知を図り、スタッフ皆で話し合いをしながら見逃ごされないよう防止に努めています。ヒヤリハット報告書の書式についても、スタッフ皆で改善に取り組めるよう工夫したものを使用しています。	虐待防止委員会で、高齢者虐待5種類、通報義務等を話し合い、虐待のないケアに取り組んでいる。身体的虐待だけではなく、心理的虐待にも充分注意を払って、お互いに話し合える関係づくりをしている。「職員セルフチェックリスト20項目」を活用し、結果を職員へ周知しケアの振り返りを行っている。		

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	成年後見制度を活用されていた方もおられるので、スタッフ間の知識も増えています。今後制度を活用していける利用者様もいらっしゃると思うので、職員用に包括支援センターからパンフレットをもらい職員間で回覧したり、外部・内部研修もし、知識を深めるようにしています。		
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	十分な時間を取り、文書を利用し、家族が不安や疑問が無い様充分な説明をする事で、理解、納得を得ています。		
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	新型コロナ感染予防の為、家族会を設ける事は控えていますが、ご意見箱の設置や家族の面会時に利用者の状態報告をした際に、要望や意見を伺い反映させています。また、外部の相談機関がある事を契約時に説明しています。利用者の家族が、自分たちの家族でもあるような心構えで接しています。また、家族の方を対象とした満足度調査を行い、接遇・環境等について不足している部分を改善し、サービスの質の向上に努めています。また、利用者の状況等で家族と話し合い、主治医による往診や看取りについても対応しています。	面会時や電話連絡時、満足度調査票などを通して、入居者や家族から要望などを聞いて反映している。家族から「便秘なので運動させてほしい」の要望は、医師から助言をもらい「運動や水分量の調整」等を介護計画に盛り込んだ。入居者毎の「にこトピア加美通信」は、生活状況の写真や管理者と担当者の添え書き等は、本人の表情を見ることができると、家族から好評である。	
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	月1回、定期的に業務カンファレンス、リーダー会議や各委員会会議を設け、スタッフの意見や提案を聞けるようにしています。新型コロナにより、集まる事ができない場合でも、話し合いたい内容を記入する用紙がある為、前もって記入し、全員の意見を取りまとめられるように工夫しています。また、毎朝のミーティングの際、1分間スピーチを行ない、職員の気付きや提案等を聞く機会を設けています。年に2回個人面談をし、本人の今後の意向、悩み等を聞いています。	管理者と職員は、日々の業務の中や会議などで、意見や提案を出せる環境にある。提案などは改善に向けて話し合い業務に活かしている。感染症対策用倉庫の購入要望は実現した。業務改善は、タブレット端末等の導入により、業務量の軽減や他部署との情報共有に繋がった。職員面談は目標管理シート等を用いて、意見や提案等を尊重し助言を行い、目標達成と働く意欲に繋げている。	
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	年初めには、職員の短期目標、長期目標を掲げ、達成できるよう掛けています。又、職場環境整備(ナースシューズ、仕事着の支給)に努めています。職員の持っている資格や能力、キャリアに応じ、正職員Aの登用試験の推薦をしたり、個人面談で、キャリアプランシートを活用し、今後の仕事に関する目標(資格取得等)に向けてフォローしています。		
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	評価制度を用い、各々の実績をつけています。法人内の研修要項や、介護研修センターの介護講座のスケジュールを回覧し、各職員の希望と力量と照らし合わせて本人のステップアップになるような研修を受講できる様にしています。また、人事交流として、3ヶ月～6ヶ月間他施設へ研修に行く機会を設けています。		
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	宮城県グループホーム協会に加入し、リモートでの勉強会、研修等に参加し、交流を深めサービスの質の向上に取り組んでいます。また、同グループのグループホーム管理者や近隣のグループホーム管理者との交流をし、質の向上に努めています。	認知症家族介護交流会や地域包括、加美郡在宅医療・介護推進協議会等の研修会等に参加し、サービスの質向上に活かしている。認知症カフェを通して、他グループホーム職員と情報交換しケアに活かしている。	

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
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	居宅のケアマネージャーや家族より利用者についての基本的な情報を集めつつ、信頼関係を築くにあたり、スタッフが本人に寄り添い、利用者に生活していく上での希望をお聞きしています。また、ケアプランに取り入れ、スタッフ間で情報を共有する事で、安心した生活が送れるような環境作りを心掛けています。		
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	家族が何でも話しやすいような環境を作る為、明るく和やかな対応を心掛けています。また、契約時に本人・家族よりホームで生活していく上での要望等をお聞きし、ケアプランへ取り入れていくようにしています。		
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	利用契約時に本人と家族に生活上の支援についての要望をお聞きし、入居前に居宅のケアマネージャー等から集めていた情報と合わせて、本人が必要としている支援を見極め提供するように努めています。		
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	家庭的な雰囲気作りを心掛け、利用者本位の立場で、生活の中での出来る事や分かる事は本人の意見、意思を尊重しながら一緒に行なうことで関係を築いています。		
19		○本人と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	新型コロナ感染予防の為、面会時には玄関先で距離をとって頂き、短時間の会話をして頂くようお願いしています。また、来所時には本人の近況を詳しく報告したり、2～3ヶ月に1回、にこトピア通信を発行し、ご本人の日常生活の写真や、現在の状況、今後の予定等をお知らせしています。また、状態に変化があった際には、細目に電話連絡しています。		
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	家に帰りたいと希望される方は、ご家族了解の元ドライブにお連れし、自宅の外観や馴染みの場所をご覧になって頂いています。また、近隣に住んでいる学生時代の同級生や、懇意にしていた方等にも面会に来て頂くこともあります。	面会再開により、家族や親戚、同級生、入居前の近所の方等が来訪している。かかりつけ医や馴染みの美容室で、知り合いの方と交流している。感染予防を徹底し、自宅や墓参り等に出掛けている。	
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	職員が間に入り、利用者同士が楽しんで関われるようなレクリエーションを行ったり、トラブル等あった場合は関係の悪化を防ぐ為、席替え等を実施し、気分転換を図っています。随時、家族へ連絡しながら情報を得て支援しています。		

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	家族と会った際等は、挨拶や近況を伺ったりと声を掛け、必要に応じて相談や支援に努めています。また、退所後、家族からの相談に乗ったり、退所後の施設へ訪問したりする時もあります。		
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	1人1人のアセスメント時に、生活上困っている事や要望をお聞きしたり、日々の会話や行動の中から、本人の思いをくみ、個別の対応を心掛けています。申し送りやカンファレンス等で検討するよう、変化の把握に努めています。中々思いが伝わらない方でも、寄り添い、思いをくむよう心掛けています。	家族からの情報や生活習慣、日常の生活の中で思いを汲み取っている。縫い物をしたい人は、雑巾縫いを支援している。ドライブしたい人は、個別で対応することもある。入居者の思いを大切に受け止め、家族と共に共有し、その人らしく生活できるよう支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人やご家族との会話の中で、これまでの暮らしや環境を把握し、ホームでの生活に取り入れるよう努めています(居室の間取り、昔好きだった食べ物等)。また、入所時、利用者の生活状況の把握に努める様、家族や本人より情報を収集し、なじみの物等を持ってきて頂いています。		
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	ITCを導入しており、個別の経過記録や申し送りがパソコンに入力されている為、各自目を通して確認したり、朝礼時や朝・夕の申し送り等で職員同士情報を共有し、現状の把握に努め、必要に応じてケースカンファレンスで取り上げ、対応できるよう努めています。		
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	本人との日々の会話やアセスメントシートを用い、行動観察を行なっている。家族や関係者が来所時には、意見、要望等に耳を傾け、カンファレンス等で職員のアイデアを反映し、本人が笑顔で暮らせるような介護計画を作成するよう心掛けています。介護計画は、管理者、リーダー、居室担当者の承認の元、本人・家族にも説明し、承認を頂いています。モニタリングについても、介護計画が実施されているか、専用の記録用紙を使用し、毎月の状況が判るように工夫し、現状に即しているか確認しています。	介護計画は本人や家族、医師等の意見や要望を踏まえ、基本的に1年毎に更新している。身体状態に変化があれば6ヶ月、3ヶ月、その都度、見直しを行っている。関節の拘縮予防は「拘縮予防リハビリ」や口腔内の清潔保持は「月4回の歯科往診と毎日の口腔ケアの声かけ」等、入居者個々の要望等、現状に即した介護計画となっている。	
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	ITCを導入しており、個別の各種記録への入力その他、気づきのノートへの記入、申し送り、カンファレンス等で情報を共有し、支援に活かしています。また、朝礼でお互いのユニットの連絡を共有しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の状況に応じて、その都度話し合い、柔軟に対応しています。本人の状況(身体・精神含む)が変わった場合、家族・主治医と連携し必要な医療等のニーズに対応しています。		

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	認知症カフェを通じて、自身の経験した事(畑作業等)を発揮したり、地域との交流の場を設けたりし、豊かな暮らしの実現に向けて支援しています。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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	緊急時、ホーム看護師と連携し、出来る限り希望に添った病院の受診で対応しています。掛かりつけ医のいない場合は、主にホームの協力病院を受診し、適切な医療が受けられるよう支援しています。家族が受診支援を行う場合は、生活状況が分かるようなもの(個人経過記録表等)をお渡ししつつ状況を説明し、主治医に報告して頂き、受診結果もお聞きし記録しています。また、治療についてや今後の経過によりホームでの生活面での留意事項をお聞きできるように、受診時に職員が付き添う等、医師との連携をとるようにしています。	全員が入居前のかかりつけ医受診である。信頼関係が構築されており、安心した受診支援となっている。夜間の急変時は、管理者(看護職員兼務)に連絡し、指示を仰げる体制にある。看取りは在宅医療や訪問看護師を利用する方もいる。訪問歯科診療は、個人契約で、毎週、治療や口腔ケアを受けている。受診時の状況や受診後の結果を家族と共に共有している。	
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	特変や気付き等、朝礼を中心に常時報告し合い、職場看護師へ報告し、指示を受け、適切な対応を心がけています。また、個別に在宅訪問診療と契約しているケースもあり、訪問診療の医師・看護師、または家族と往診して頂いている利用者の情報を共有しています。		
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	入退院時、または主治医の状況説明時、管理者(看護師)または職員が同席相談しています。また、日常用品の補充や見舞い等で病院へ足を運んだ際、病院関係者と情報交換を行ない、利用者が安心して入院できるよう努めています。		
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	主治医、家族と連携を取りながらホームで出来る事と出来ない事を話し、出来るだけ本人や家族の思いに近づけるような支援をしています。契約時、看取りの指針について文書にて提示し、家族に同意を頂き、看取りの際には主治医、家族との連携を図り、チームで共有し支援しています。本人・家族の希望により訪問診療の契約をされた際には、医師との連携を図り、また、緊急利用者シートを作成し、急変時に備えています。	重度化してきた段階に応じて説明、話し合いを行い、本人や家族の意向に沿った支援を行っている。自宅や病院等を希望する場合は、退去に向けた支援をしている。看取り研修会は、医師の助言をもらい、管理者(看護職員兼務)が講師となって実施している。看取りの振り返りを行い、ケアに活かしている。今年度は2名看取った。	
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	年に数回、消防署の職員・業者や施設内看護師の協力の元、全てのスタッフが緊急時に備えられるようにしています。急変時の対応の仕方を緊急時利用者シートファイルに綴り、1日を通して対応できるよう努めています。随時施設内で看護師が利用者の状態の経過を説明し、予後に備えと共に、緊急時の対応を勉強しています。		
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	施設内に防災委員会を設け、定期的な訓練やマニュアル回覧にて周知徹底しスタッフ全員が対応できるよう努めています。また、消防署の方々にも協力して頂き、避難訓練時に自力避難が困難な方の移送の仕方等の指導をして頂き、災害に備えています。町の危機管理室より、水防法による水害対策マニュアルの作成と、水害訓練の実施も義務付けられた為、訓練の計画を立てています。災害時使用の物品倉庫の設置、避難経路の増設、地域とのホットラインの作成、また、自家発電を購入し、年に数回の訓練を行い、スタッフ全員が使用出来るよう研修しています。	夜間想定を含む年2回、隣接のデイサービスセンターと合同で避難訓練を実施している。水害時を想定した2階以上の安全な場所への垂直避難訓練を実施している。消防署員から垂直避難訓練では、毛布を担架替わりにする場合は、両サイドを丸めると運びやすい等の助言があった。近隣住民の協力体制は構築されている。非常食や飲料水等は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	(16)	○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	その人の生まれ育った環境等を考慮し、一人ひとりの人格を尊重した、分かりやすい言葉掛けを常に心掛けています。接遇委員会を設け、日頃の言葉づかい等振り返りができるように研修しています。	自尊心を傷つけないよう「さん」付けで呼んでいる。忙しい時でも、笑顔できちんと話を聞く、命令口調にならないよう、心掛けて対応している。排泄や入浴時などは、羞恥心に配慮した対応を行っている。	
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	本人の思いや希望を表しやすい雰囲気作りや、日々の会話の中より具体的な希望の把握に努め、本人が納得できる支援ができるよう心掛けています。また、日常の会話で本人の食べたい物、行きたい場所等を聞くよう心掛け、出来る限り希望に添えるようにしています。		
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し、その日をどのように過ごしたか、希望にそって支援している	出来る限り一人ひとりのペースを大切に、レクリエーション時等、本人より情報収集し、希望する暮らしをして頂きたいのですが、本人の安全や心身の状況、スタッフ側の都合等により、希望に添えない場合もあります。		
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	更衣や頭髪は、本人の希望に添って声掛け、支援しています。希望をお聞きしながら、女性⇒化粧、男性⇒髭剃り等も随時行なっています。又、頭髪や顔そりについては、本人・家族の意向を聞き、理容出張サービスの方にも来て頂いています。		
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	一人ひとりの嗜好を聞き、メニューに取り入れています。配膳の際、その時のメニューについて説明し、ミキサー食の方にも何の料理か伝わるようにしています。、利用者の出来る事と出来ない事を把握し、調理、片付け等のできる事をして頂いています。食事は、一人ひとりの状態に合わせた食事形態を心掛けており、嚥下の状態により、刻みやミキサー食等にはしていますが、出来るだけ形があるようにし、視覚的にも気を配っています。また、各々の状態に応じ、食器の工夫もしています。行事事食の際は、食べたい物をお聞きし、取り入れて提供する事で、喜んで頂いています。	朝夕は配食業者の管理栄養士が作成した献立表と食材を利用している。昼食は入居者の希望を取り入れて、入居者と一緒に近隣のスーパーに買物に行ったり、調理等を行っている。週2～3回は、入居者の希望食を提供している。節分は自分で食べる恵方巻を作ったり、季節の食材を使った旬ご飯や栗ご飯、おはぎ等を一緒に作ることで、食べる楽しみに繋がるよう支援している。	
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	日々、食事や水分量を記録し、一人ひとりに合った摂取量になるよう支援しています。また、食べやすい工夫や、補食、声掛けを行なっています。管理栄養士が作成したメニュー表を基に、利用者の嗜好も取り入れながらメニュー作成を行なっています。嚥下障害のある方には、食事形態を工夫したり、水分もトロミ剤やゼリーで対応する等、その人の状態に合わせて支援しています。		
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	食後、その都度声掛けしたり、支援したりしています。希望者は定期的に歯科往診の医師に診て頂いています。その際、口腔の状態、ブラッシング指導をして頂く等の居宅療養管理指導のもと、それに近付けるよう支援しています。また、一人ひとりに情報提供書を頂いているので、ケアプランに取り入れ、それを元にケアをしています。		

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	(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むけた支援を行っている	排泄表をチェックし、各ケースの排泄パターンや動作、習慣を把握し、トイレ誘導や声掛けを行っています。出来るだけトイレで排泄できるよう支援しています。夜間の安眠に配慮し、ポータブルトイレを使用している方もいます。	一人ひとりの排泄パターンを生活の中で把握し、その人に合わせた誘導や声かけ等で、トイレでの自立支援に努めている。骨折した入居者をリハビリで立つ訓練を行い、自立支援目指して努力している例がある。	
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	食物繊維の多いものをメニューに取り入れたり、水分の調整、繊維物のお茶(ごぼう茶・黒豆茶等)の提供、また、排泄体操を試みて、便秘の予防に努めています。		
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、個々に応じた支援をしている	一人ひとりの希望や、タイミングに合わせて入浴の声掛けを行なっています。気がすまない方には、トイレに来た際の声掛け等、タイミングを見計らったり、スタッフを変えたり(同性介助を含む)して、入浴に繋げています。また、浴室の入口に温泉風の暖簾を掛け、少しでも入浴の意欲に繋がられるよう工夫しています。	週に2~3回の入浴であるが、本人の生活習慣等に配慮し柔軟に対応している。本人の希望に沿って、午前・午後に入浴できるよう支援している。季節感を感じてもらうため、バラの花を浮かべての入浴は、香りとう温泉気分を味わい大変喜ばれた。入浴時は、マンツーマンとなるため、秘密話や昔の話など、お互いの情報交換の場となっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状況や体調、環境(温度、湿度、天気)を考慮し、声掛けにて対応しています。一人は寂しい等、本人の希望により、自室ベッドのみでなく、共有スペースのソファでの午睡も提供しています。生活習慣により床にすのこやマットを引いて布団で休まれる等、工夫しています。		
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	服薬説明表を参考に、理解に努めています。服薬の際は、飲み込むまで見守り、また、随時状況報告を行ない、飲み込みの悪い方は、主治医の指示で錠剤から散剤に変更して頂いています。薬が変更になった場合は、介護記録や口頭での申し送り、また、連絡ノートにどのような所に注意したらよいか記入しスタッフに周知しています。緊急利用者シートにも、内服薬の説明を記入し、周知に努めています。		
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	一人ひとりに合わせて、各種お手伝いや敷地内の散歩、状況を見てのドライブ、レクリエーション(歌の会等)や、季節毎の行事を行ない、メリハリのある日々を過ごせるよう支援しています。		
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	新型コロナ発生前より、外出の機会は減りましたが、家族の希望等を鑑みて、感染予防をして頂きながら、自宅や墓参りに出かけられるよう支援しています。また、状況を見ながら季節の花見等のドライブを行ない、気分転換をして頂いています。また、天気が良い日は、敷地内にテーブルや椅子を出し、日光浴やお茶飲みをしたりしています。	散歩は敷地内が主であるが、ホーム周辺も散歩している。隣接のデイサービスセンターに出掛けて交流して来る人もいる。中新田パークゴルフ場の桜や三本木の菜の花、色麻のシャクヤク、化女沼の紅葉等に出掛けている。松島へのドライブは、弁当を食べて楽しんで来た。敷地内の野菜作り等で外気にふれることで、気分転換に繋がっている。	

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
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的には施設で管理していますが、本人の希望により、少ない金額であれば所持して頂き、安心している方もいます。コロナ禍の為、本人が買い物に行くのは難しい為、本人の欲しい物品があった際には、職員が購入してくる事で了解を得ています。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>希望があればその都度対応しています。手紙や土産物等を送られてきた所へは、ご本人からも電話やお手紙でお礼を伝えられるよう支援しています。</p>		
52	(21)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共用空間や各ケースの居室のドア等に利用者手作りの季節の飾りや塗り絵、また、行事の写真等を貼り、楽しみを持って生活出来るよう工夫しています。利用者の目線を考えた飾り付けや物の配置に心掛けています。台所からの生活音や匂い等の五感が常に刺激されるようにしています。また、ホールから見える位置に花壇を作り、一緒に植える等し、咲いている花をご覧になって頂き楽しみをもって頂いています。冬は、全館床暖房になっていますので、心地よい暖かさで過ごす事ができています。認知症カフェの際等、畑作りや花植えにも参加して頂き、季節を感じて頂けるよう支援しています。</p>	<p>ホールは、床暖房で暖かく、明るく、換気、温湿度管理、感染防止対策を行い、居心地よく過ごせる環境である。入居者と一緒に作った紅葉の貼り絵や塗り絵、行事の写真等を飾り、季節感を感じさせている。ラジオ体操や脳トレ遊び、塗り絵、ゲーム、洗濯量み、柿の皮むき等、入居者が集い、語らいの場として、寛いで過ごせるよう工夫している。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>玄関ベンチを設け、利用者同士の交流や個別対応に活かしています。また、相談事等がある場合は、事務室も活用しています。また、馴染みの物を持って来て頂いており、自分の部屋という認識ができ、安心して生活出来る様にしています。</p>		
54	(22)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>本人や家族の意向を聞き、自宅で使用していたもの（仏壇、家具、ぬいぐるみ、本等）を置いたり、住んでいた部屋の間取りと同じ配置にする等の工夫をしています。本人や家族には、出来るだけ馴染みのものを持って来て頂きたい旨お話しています。また、各々の居室に、希望者のみ名前を表示しています。</p>	<p>ベッドやクローゼット、防火用カーテン、扇風機などが備え付けてある。使い慣れた好みの家具やテレビ、ラジオ、位牌、好きな猫の縫いぐるみ等を持ち込んでいる。職員と一緒にモップ掛けする方もいる。テレビを見たり、本を読んだり、生活習慣を大切に思い思いに過ごす居室となっている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>安全面に留意した手すりの取り付けや、家具の配置、分かりやすい貼り紙や、声掛けによる自立支援を行なっています。安全面においては、手すり等のぶつけやすい所には、クッション材のもので保護する等の工夫をしています。</p>		

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	0492800024		
法人名	社会福祉法人みやぎ会		
事業所名	グループホームにこトピア加美 ひまわりユニット		
所在地	宮城県加美郡加美町字町裏八番70-1		
自己評価作成日	令和 5年 10月 11日		

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和 5年 11月 6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)】

グループホームの理念にもある様に、地域や家族との結びつきを大切にするという事に重点を置き、いつでも家族、地域の皆様が来て頂ける様に、家庭的な雰囲気作りにも心掛けています。新型コロナの影響でボランティア活動の自粛や面会制限をしておりましたが、5類になってからは、感染予防対策をしながら外部との交流ができるよう、地域包括支援センターと連携し、認知症カフェを開催したりと、地域との繋がりを大切にしています。また、管理者が看護師と兼務しており、24時間体制で緊急時の対応をし、笑顔で、安全、安心、健康にその人らしい生活が送れる様支援しています。医療連携体制加算を取得しており、本人や家族の希望があれば、在宅診療の医師と連携し看取りも行ってまいります。

【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)】

法人理念やホーム理念、各ユニット理念を基に、職員一人ひとりが長期・短期目標を掲げ、入居者に「その人らしい生活」が送れるよう寄り添ったケアを実践している。「にこトピア加美通信」は、入居者毎に作成され、生活様子が分かる写真等で構成され、管理者と担当者の一言を添えての送付は家族から喜ばれている。日々の暮らしの中で、花や野菜作り、掃除、縫い物、食事の準備など、出来る事はしてもらい、身体機能の維持に繋げている。管理者は、働きやすい職場となるよう、全職員の意見や提案等を聞きながら、ケアの方向性を話し合う等、職員間の連携が構築されている。地域とのつながり等の目標計画は達成された。

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 3. 利用者の1/3くらい 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
59	利用者は、職員が支援することで身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、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
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	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、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	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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			

2.自己評価および外部評価結果(詳細) (事業所名:グループホームにこトピア加美) 「 ユニット名:あさがお 」

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	職員全員の思いをまとめ、グループホームの理念を作り、毎朝のミーティング時に唱和しています。また、各ユニット毎に、サブ理念・個人の年間目標を掲げ、目の届くところに掲示しています。そして、理念に関連する接遇委員会を立ち上げ、笑顔の挨拶、声掛け、会話には特に気を付け、日々の支援をしています。	ホーム基本理念『その人らしく』をモットーに安心と満足のサービス提供いたしますを掲げている。年度末に、理念に沿ったケアが出来ているか、振り返り継続とした。入居者が自分のペースで、馴染みのある生活が送れるよう実践している。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	今年度より、地域包括支援センターと連携し、認知症カフェを開催しています(5月、7月、11月開催)。地域のボランティアの方々や認知症の当事者、家族の方等に参加して頂き、意見交流の場となっている。また、認知症カフェ以外でも、敷地内にある畑作りを利用者様と一緒に頂いており、耕す、種植え、収穫をする等の交流をしています。	町内会に加入し、清掃活動等に参加している。春の伝統行事「火伏の虎舞」の方々が来訪し、お囃子や虎舞の披露に大喜びだった。高校生の職場見学を受け入れている。入居者も一緒に近隣スーパーへ食材等を買いに掛ける等「地域の中で暮らす」ということを大切にしているホームである。	
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	9月に、包括支援センターからの依頼により、管理者が認知症家族介護者交流会にて、参加された地域の方々ミニ講話を行なっています。また、通りすがりにお会いした際等、認知症のような症状の家族を抱えている近隣の住民の方や民生委員に相談される事もあり、お話しをお聴きしたり、対応の部分でアドバイスをしたりしています。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	新型コロナ感染症が5類に移行された為、6月より運営推進会議を開催しています。これまでと同様に、ホームの運営状況等の報告を行なっています。6月以前は、運営推進委員の方のお宅に行き、資料配布を行ない、お会いした際には資料について補足をしたり、意見交換をしていました。	6月から対面開催となっている。メンバーは、区長や民生委員、地域包括職員、家族会会長等である。水害時の避難所は、浸水地域であることから「町と相談しては」という意見を受けて、町と相談し解決している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り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	在宅医療介護連携推進協議会のメンバーとなり、市町村の担当者と連携をとっています。また、認知症カフェやミニ講話、運営推進会議等で日頃より連絡を取るよう心掛けている。	町の担当課に、認定区分変更等を相談している。ホーム主催の認知症カフェ開催等を相談し実現した。町主催の認知症対策等の研修会に参加し情報交換している。	
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	身体拘束マニュアルを整備し、身体拘束等の適正化の為に対策を検討する委員会を1回/3ヶ月開催しています。身体拘束についての正しい理解へつなげる為の研修や勉強会に積極的に参加し、職員全員で共有し身体拘束0を目指して、実践しています。利用者の安全上やむを得ず身体拘束をしなければならない時は、家族から了承を得るよう、書式があり対応しています。	身体拘束委員会で、身体拘束緊急性3項目や事案11項目だけではなく、言葉による拘束等を話し合い、職員間で共有している。職員の声掛けにも気を配ることで、チームワークで取組んでいる。アンケート調査(スピーチロック等)結果を活用し、身体拘束をしないケアを実践している。	
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逃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	虐待についての研修(内部、外部)に参加し、資料回覧にて全員で共有しています。体の内出血斑等についても原因や要因を追究し、ヒヤリハット報告書に記入・周知を図り、スタッフ皆で話し合いをしながら見逃ごされないよう防止に努めています。ヒヤリハット報告書の書式についても、スタッフ皆で改善に取り組みめるよう工夫したものを使用しています。	虐待防止委員会で、高齢者虐待5種類、通報義務等を話し合い、虐待のないケアに取り組んでいる。身体的虐待だけではなく、心理的虐待にも充分注意を払って、お互いに話し合える関係づくりをしている。「職員セルフチェックリスト20項目」を活用し、結果を職員へ周知しケアの振り返りを行っている。	

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	成年後見制度を活用されていた方もおられるので、スタッフ間の知識も増えています。今後制度を活用していける利用者様もいらっしゃると思うので、職員用に包括支援センターからパンフレットをもらい職員間で回覧したり、外部・内部研修もし、知識を深めるようにしています。		
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	十分な時間を取り、文書を利用し、家族が不安や疑問が無い様充分な説明をする事で、理解、納得を得ています。		
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	新型コロナ感染予防の為、家族会を設ける事は控えていますが、ご意見箱の設置や家族の面会時に利用者の状態報告をした際に、要望や意見を伺い反映させています。また、外部の相談機関がある事を契約時に説明しています。利用者の家族が、自分たちの家族でもあるような心構えで接しています。また、家族の方を対象とした満足度調査を行い、接遇・環境等について不足している部分を改善し、サービスの質の向上に努めています。また、利用者の状況等で家族と話し合い、主治医による住診や看取りについても対応しています。	面会時や電話連絡時、満足度調査票などを通して、入居者や家族から要望などを聞いて反映している。家族から「便秘なので運動させてほしい」の要望は、医師から助言をもらい「運動や水分量の調整」等を介護計画に盛り込んだ。入居者毎の「にこトピア加美通信」は、生活状況の写真や管理者と担当者の添え書き等は、本人の表情を見ることができると、家族から好評である。	
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	月1回、定期的に業務カンファレンス、リーダー会議や各委員会会議を設け、スタッフの意見や提案を聞けるようにしています。新型コロナにより、集まる事ができない場合でも、話し合いたい内容等を記入する用紙がある為、前もって記入し、全員の意見を取りまとめられるように工夫しています。また、毎朝のミーティングの際、1分間スピーチを行ない、職員の気付きや提案等を聞く機会を設けています。年に2回個人面談をし、本人の今後の意向、悩み等を聞いています。	管理者と職員は、日々の業務の中や会議などで、意見や提案を出せる環境にある。提案などは改善に向けて話し合い業務に活かしている。感染症対策用倉庫の購入要望は実現した。業務改善は、タブレット端末等の導入により、業務量の軽減や他部署との情報共有に繋がった。職員面談は目標管理シート等を用いて、意見や提案等を尊重し助言を行い、目標達成と働く意欲に繋げている。	
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	年初めには、職員の短期目標、長期目標を掲げ、達成できるよう心掛けています。又、職場環境整備(ナースシューズ、仕事着の支給)に努めています。職員の持っている資格や能力、キャリアに応じ、正職員Aの登用試験の推薦をしたり、個人面談で、キャリアプランシートを活用し、今後の仕事に関する目標(資格取得等)に向けてフォローしています。		
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	評価制度を用い、各々の実績をつけています。法人内の研修要項や、介護研修センターの介護講座のスケジュールを回覧し、各職員の希望と力量と照らし合わせて本人のステップアップになるような研修を受講できる様にしています。また、人事交流として、3ヶ月～6ヶ月間他施設へ研修に行く機会を設けています。		
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	宮城県グループホーム協会に加入し、リモートでの勉強会、研修等に参加し、交流を深めサービスの質の向上に取り組んでいます。また、同グループのグループホーム管理者や近隣のグループホーム管理者との交流をし、質の向上に努めています。	認知症家族介護交流会や地域包括、加美郡在宅医療・介護推進協議会等の研修会等に参加し、サービスの質向上に活かしている。認知症カフェを通して、他グループホーム職員と情報交換しケアに活かしている。	

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
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	居宅のケアマネージャーや家族より利用者についての基本的な情報を集めつつ、信頼関係を築くにあたり、スタッフが本人に寄り添い、利用者に生活していく上での希望をお聞きしています。また、ケアプランに取り入れ、スタッフ間で情報を共有する事で、安心した生活が送れるような環境作りを心掛けています。		
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	家族が何でも話しやすいような環境を作る為、明るく和やかな対応を心掛けています。また、契約時に本人・家族よりホームで生活していく上での要望等をお聞きし、ケアプランへ取り入れていくようにしています。		
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	利用契約時に本人と家族に生活上の支援についての要望をお聞きし、入居前に居宅のケアマネージャー等から集めていた情報と合わせて、本人が必要としている支援を見極め提供するように努めています。		
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	家庭的な雰囲気作りを心掛け、利用者本位の立場で、生活の中での出来る事や分かる事は本人の意見、意思を尊重しながら一緒に行なうことで関係を築いています。		
19		○本人と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	新型コロナウイルス感染予防の為、面会時には玄関先で距離をとって頂き、短時間の会話をして頂くようお願いしています。また、来所時には本人の近況を詳しく報告したり、2～3ヶ月に1回、にこトピア通信を発行し、ご本人の日常生活の写真や、現在の状況、今後の予定等をお知らせしています。また、状態に変化があった際には、細目に電話連絡しています。		
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	家に帰りたいと希望される方は、ご家族了解の元ドライブにお連れし、自宅の外観や馴染みの場所をご覧になって頂いています。また、近隣に住んでいる学生時代の同級生や、懇意にしていた方等にも面会に来て頂くこともあります。	面会再開により、家族や親戚、同級生、入居前の近所の方等が来訪している。かかりつけ医や馴染みの美容室で、知り合いの方と交流している。感染予防を徹底し、自宅や墓参り等に出掛けている。	
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	職員が間に入り、利用者同士が楽しんで関われるようなレクリエーションを行ったり、トラブル等あった場合は関係の悪化を防ぐ為、席替え等を実施し、気分転換を図っています。随時、家族へ連絡しながら情報を得て支援しています。		

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	家族と会った際等は、挨拶や近況を伺ったりと声を掛け、必要に応じて相談や支援に努めています。また、退所後、家族からの相談に乗ったり、退所後の施設へ訪問したりする時もあります。		
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	1人1人のアセスメント時に、生活上困っている事や要望をお聞きしたり、日々の会話や行動の中から、本人の思いをくみ、個別の対応を心掛けています。申し送りやカンファレンス等で検討するよう、変化の把握に努めています。中々思いが伝わらない方でも、寄り添い、思いをくむよう心掛けています。	家族からの情報や生活習慣、日常の生活の中で思いを汲み取っている。縫い物をしたい人は、雑巾縫いを支援している。ドライブしたい人は、個別で対応することもある。入居者の思いを大切に受け止め、家族と共に共有し、その人らしく生活できるよう支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人やご家族との会話の中で、これまでの暮らしや環境を把握し、ホームでの生活に取り入れるよう努めています(居室の間取り、昔好きだった食べ物等)。また、入所時、利用者の生活状況の把握に努める様、家族や本人より情報を収集し、なじみの物等を持ってきて頂いています。		
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	ITCを導入しており、個別の経過記録や申し送りがパソコンに入力されている為、各自目を通して確認したり、朝礼時や朝・夕の申し送り等で職員同士情報を共有し、現状の把握に努め、必要に応じてケースカンファレンスで取り上げ、対応できるよう努めています。		
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	本人との日々の会話やアセスメントシートを用い、行動観察を行なっている。家族や関係者が来所時には、意見、要望等に耳を傾け、カンファレンス等で職員のアイデアを反映し、本人が笑顔で暮らせるような介護計画を作成するよう心掛けています。介護計画は、管理者、リーダー、居室担当者の承認の元、本人・家族にも説明し、承認を頂いています。モニタリングについても、介護計画が実施されているか、専用の記録用紙を使用し、毎月の状況が判るように工夫し、現状に即しているか確認しています。	介護計画は本人や家族、医師等の意見や要望を踏まえ、基本的に1年毎に更新している。身体状態に変化があれば6ヶ月、3ヶ月、その都度、見直しを行っている。関節の拘縮予防は「拘縮予防リハビリ」や口腔内の清潔保持は「月4回の歯科往診と毎日の口腔ケアの声かけ」等、入居者個々の要望等、現状に即した介護計画となっている。	
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	ITCを導入しており、個別の各種記録への入力その他、気づきのノートへの記入、申し送り、カンファレンス等で情報を共有し、支援に活かしています。また、朝礼でお互いのユニットの連絡を共有しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の状況に応じて、その都度話し合い、柔軟に対応しています。本人の状況(身体・精神含む)が変わった場合、家族・主治医と連携し必要な医療等のニーズに対応しています。		

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	認知症カフェを通じて、自身の経験した事(畑作業等)を発揮したり、地域との交流の場を設けたりし、豊かな暮らしの実現に向けて支援しています。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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	緊急時、ホーム看護師と連携し、出来る限り希望に添った病院の受診で対応しています。掛かりつけ医のいない場合は、主にホームの協力病院を受診し、適切な医療が受けられるよう支援しています。家族が受診支援を行う場合は、生活状況が分かるようなもの(個人経過記録表等)をお渡ししつつ状況を説明し、主治医に報告して頂き、受診結果もお聞きし記録しています。また、治療についてや今後の経過によりホームでの生活面での留意事項をお聞きできるように、受診時に職員が付き添う等、医師との連携をとるようにしています。	全員が入居前のかかりつけ医受診である。信頼関係が構築されており、安心した受診支援となっている。夜間の急変時は、管理者(看護職員兼務)に連絡し、指示を仰げる体制にある。看取りは在宅医療や訪問看護師を利用する方もいる。訪問歯科診療は、個人契約で、毎週、治療や口腔ケアを受けている。受診時の状況や受診後の結果を家族と共に共有している。	
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	特変や気付き等、朝礼を中心に常時報告し合い、職場看護師へ報告し、指示を受け、適切な対応を心がけています。また、個別に在宅訪問診療と契約しているケースもあり、訪問診療の医師・看護師、または家族と往診して頂いている利用者の情報を共有しています。		
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	入退院時、または主治医の状況説明時、管理者(看護師)または職員が同席相談しています。また、日常用品の補充や見舞い等で病院へ足を運んだ際、病院関係者と情報交換を行ない、利用者が安心して入院できるよう努めています。		
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	主治医、家族と連携を取りながらホームで出来る事と出来ない事を話し、出来るだけ本人や家族の思いに近づけるような支援をしています。契約時、看取りの指針について文書にて提示し、家族に同意を頂き、看取りの際には主治医、家族との連携を図り、チームで共有し支援しています。本人・家族の希望により訪問診療の契約をされた際には、医師との連携を図り、また、緊急利用者シートを作成し、急変時に備えています。	重度化してきた段階に応じて説明、話し合いを行い、本人や家族の意向に沿った支援を行っている。自宅や病院等を希望する場合は、退去に向けた支援をしている。看取り研修会は、医師の助言をもらい、管理者(看護職員兼務)が講師となって実施している。看取りの振り返りを行い、ケアに活かしている。今年度は2名看取った。	
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	年に数回、消防署の職員・業者や施設内看護師の協力の元、全てのスタッフが緊急時に備えられるようにしています。急変時の対応の仕方を緊急時利用者シートファイルに綴り、1日を通して対応できるよう努めています。随時施設内で看護師が利用者の状態の経過を説明し、予後に備えと共に、緊急時の対応を勉強しています。		
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	施設内に防災委員会を設け、定期的な訓練やマニュアル回覧にて周知徹底しスタッフ全員が対応できるよう努めています。また、消防署の方々にも協力して頂き、避難訓練時に自力避難が困難な方の移送の仕方等の指導をして頂き、災害に備えています。町の危機管理室より、水防法による水害対策マニュアルの作成と、水害訓練の実施も義務付けられた為、訓練の計画を立てています。災害時使用の物品倉庫の設置、避難経路の増設、地域とのホットラインの作成、また、自家発電を購入し、年に数回の訓練を行い、スタッフ全員が使用出来るよう研修しています。	夜間想定を含む年2回、隣接のデイサービスセンターと合同で避難訓練を実施している。水害時を想定した2階以上の安全な場所への垂直避難訓練を実施している。消防署員から垂直避難訓練では、毛布を担架替わりにする場合は、両サイドを丸めると運びやすい等の助言があった。近隣住民の協力体制は構築されている。非常食や飲料水等は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	(16)	○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	その人の生まれ育った環境等を考慮し、一人ひとりの人格を尊重した、分かりやすい言葉掛けを常に心掛けています。接遇委員会を設け、日頃の言葉づかい等振り返りができるように研修しています。	自尊心を傷つけないよう「さん」付けで呼んでいる。忙しい時でも、笑顔できちんと話を聞く、命令口調にならないよう、心掛けて対応している。排泄や入浴時などは、羞恥心に配慮した対応を行っている。	
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	本人の思いや希望を表しやすい雰囲気作りや、日々の会話の中より具体的な希望の把握に努め、本人が納得できる支援ができるよう心掛けています。また、日常の会話で本人の食べたい物、行きたい場所等を聞くよう心掛け、出来る限り希望に添えるようにしています。		
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し、その日をどのように過ごしたか、希望にそって支援している	出来る限り一人ひとりのペースを大切に、レクリエーション時等、本人より情報収集し、希望する暮らしをして頂きたいのですが、本人の安全や心身の状況、スタッフ側の都合等により、希望に添えない場合もあります。		
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	更衣や頭髪は、本人の希望に添って声掛け、支援しています。希望をお聞きしながら、女性⇒化粧、男性⇒髭剃り等も随時行なっています。又、頭髪や顔そりについては、本人・家族の意向を聞き、理容出張サービスの方にも来て頂いています。		
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	一人ひとりの嗜好を聞き、メニューに取り入れています。配膳の際、その時のメニューについて説明し、ミキサー食の方にも何の料理が伝わるようにしています。、利用者の出来る事と出来ない事を把握し、調理、片付け等のできる事をして頂いています。食事は、一人ひとりの状態に合わせた食事形態を心掛けており、嚥下の状態により、刻みやミキサー食等にしてはいますが、出来るだけ形があるようにし、視覚的にも気を配っています。また、各々の状態に応じ、食器の工夫もしています。行事事食の際は、食べたい物をお聞きし、取り入れて提供する事で、喜んで頂いています。	朝夕は配食業者の管理栄養士が作成した献立表と食材を利用している。昼食は入居者の希望を取り入れて、入居者と一緒に近隣のスーパーに買物に行ったり、調理等を行っている。週2～3回は、入居者の希望食を提供している。節分は自分で食べる恵方巻を作ったり、季節の食材を使った旬ご飯や栗ご飯、おはぎ等を一緒に作ることで、食べる楽しみに繋がるよう支援している。	
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	日々、食事や水分量を記録し、一人ひとりに合った摂取量になるよう支援しています。また、食べやすい工夫や、補食、声掛けを行なっています。管理栄養士が作成したメニュー表を基に、利用者の嗜好も取り入れながらメニュー作成を行なっています。嚥下障害のある方には、食事形態を工夫したり、水分もトロミ剤やゼリーで対応する等、その人の状態に合わせて支援しています。		
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	食後、その都度声掛けしたり、支援したりしています。希望者は定期的に歯科往診の医師に診て頂いています。その際、口腔の状態、ブラッシング指導をして頂く等の居宅療養管理指導のもと、それに近付けるよう支援しています。また、一人ひとりに情報提供書を頂いているので、ケアプランに取り入れ、それを元にケアをしています。		

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	(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むけた支援を行っている	排泄表をチェックし、各ケースの排泄パターンや動作、習慣を把握し、トイレ誘導や声掛けを行っています。出来るだけトイレで排泄できるよう支援しています。夜間の安眠に配慮し、ポータブルトイレを使用している方もいます。	一人ひとりの排泄パターンを生活の中で把握し、その人に合わせた誘導や声かけ等で、トイレでの自立支援に努めている。骨折した入居者をリハビリで立つ訓練を行い、自立支援目指して努力している例がある。	
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	食物繊維の多いものをメニューに取り入れたり、水分の調整、繊維物のお茶(ごぼう茶・黒豆茶等)の提供、また、排泄体操を試みて、便秘の予防に努めています。		
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、個々に応じた支援をしている	一人ひとりの希望や、タイミングに合わせて入浴の声掛けを行なっています。気がすまない方には、トイレに来た際の声掛け等、タイミングを見計らったり、スタッフを変えたり(同性介助を含む)して、入浴に繋げています。また、浴室の入口に温泉風の暖簾を掛け、少しでも入浴の意欲に繋がられるよう工夫しています。	週に2~3回の入浴であるが、本人の生活習慣等に配慮し柔軟に対応している。本人の希望に沿って、午前・午後に入浴できるよう支援している。季節感を感じてもらうため、バラの花を浮べての入浴は、香りと温泉気分を味わい大変喜ばれた。入浴時は、マンツーマンとなるため、秘密話や昔の話など、お互いの情報交換の場となっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状況や体調、環境(温度、湿度、天気)を考慮し、声掛けにて対応しています。一人は寂しい等、本人の希望により、自室ベッドのみでなく、共有スペースのソファで午睡も提供しています。生活習慣により床にすのこやマットを引いて布団で休まれる等、工夫しています。		
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	服薬説明表を参考に、理解に努めています。服薬の際は、飲み込むまで見守り、また、随時状況報告を行ない、飲み込みの悪い方は、主治医の指示で錠剤から散剤に変更して頂いています。薬が変更になった場合は、介護記録や口頭での申し送り、また、連絡ノートにどのような所に注意したらよいか記入しスタッフに周知しています。緊急利用者シートにも、内服薬の説明を記入し、周知に努めています。		
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	一人ひとりに合わせて、各種お手伝いや敷地内の散歩、状況を見てのドライブ、レクリエーション(歌の会等)や、季節毎の行事を行ない、メリハリのある日々を過ごせるよう支援しています。		
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	新型コロナ発生前より、外出の機会は減りましたが、家族の希望等を鑑みて、感染予防をして頂きながら、自宅や墓参りに出かけられるよう支援しています。また、状況を見ながら季節の花見等のドライブを行ない、気分転換をして頂いています。また、天気が良い日は、敷地内にテーブルや椅子を出し、日光浴やお茶飲みをしたりしています。	散歩は敷地内が主であるが、ホーム周辺も散歩している。隣接のデイサービスセンターに出掛けて交流して来る人もいる。中新田パークゴルフ場の桜や三本木の菜の花、色麻のシャクヤク、化女沼の紅葉等に出掛けている。松島へのドライブは、弁当を食べて楽しんで来た。敷地内の野菜作り等で外気にふれることで、気分転換に繋がっている。	

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
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>基本的には施設で管理していますが、本人の希望により、少ない金額であれば所持して頂き、安心している方もいます。コロナ禍の為、本人が買い物に行くのは難しい為、本人の欲しい物品があった際には、職員が購入してくる事で了解を得ています。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>希望があればその都度対応しています。手紙や土産物等を送られてきた所へは、ご本人からも電話やお手紙でお礼を伝えられるよう支援しています。</p>		
52	(21)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>共用空間や各ケースの居室のドア等に利用者手作りの季節の飾りや塗り絵、また、行事の写真等を貼り、楽しみを持って生活出来るよう工夫しています。利用者の目線を考えた飾り付けや物の配置に心掛けています。台所からの生活音や匂い等の五感が常に刺激されるようにしています。また、ホールから見える位置に花壇を作り、一緒に植える等し、咲いている花をご覧になって頂き楽しみをもって頂いています。冬は、全館床暖房になっていますので、心地よい暖かさで過ごす事ができています。認知症カフェの際等、畑作りや花植えにも参加して頂き、季節を感じて頂けるよう支援しています。</p>	<p>ホールは、床暖房で暖かく、明るく、換気、温湿度管理、感染防止対策を行い、居心地よく過ごせる環境である。入居者と一緒に作った紅葉の貼り絵や塗り絵、行事の写真等を飾り、季節感を感じさせている。ラジオ体操や脳トレ遊び、塗り絵、ゲーム、洗濯量み、柿の皮むき等、入居者が集い、語らいの場として、寛いで過ごせるよう工夫している。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>玄関ベンチを設け、利用者同士の交流や個別対応に活かしています。また、相談事等がある場合は、事務室も活用しています。また、馴染みの物を持って来て頂いており、自分の部屋という認識ができ、安心して生活出来る様にしています。</p>		
54	(22)	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>本人や家族の意向を聞き、自宅で使用していたもの（仏壇、家具、ぬいぐるみ、本等）を置いたり、住んでいた部屋の間取りと同じ配置にする等の工夫をしています。本人や家族には、出来るだけ馴染みのものを持って来て頂きたい旨お話しています。また、各々の居室に、希望者のみ名前を表示しています。</p>	<p>ベッドやクローゼット、防火用カーテン、扇風機などが備え付けてある。使い慣れた好みの家具やテレビ、ラジオ、位牌、好きな猫の縫いぐるみ等を持ち込んでいる。職員と一緒にモップ掛けする方もいる。テレビを見たり、本を読んだり、生活習慣を大切に思い思いに過ごす居室となっている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>安全面に留意した手すりの取り付けや、家具の配置、分かりやすい貼り紙や、声掛けによる自立支援を行なっています。安全面においては、手すり等のぶつけやすい所には、クッション材のもので保護する等の工夫をしています。</p>		