

## 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           | 041300042                           | 事業の開始年月日       | 2010年4月15日 |  |
|                 |                                     | 指定年月日          | 2010年4月15日 |  |
| 法人名             | 社会福祉法人 豊明会                          |                |            |  |
| 事業所名            | グループホーム 桂葉<br>ユニット名：蔵王ユニット          |                |            |  |
| 所在地             | (〒 987-2177 )<br>宮城県栗原市高清水新桂葉278番地2 |                |            |  |
| サービス種別<br>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         | 2023年7月9日                           | 評価結果<br>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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【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)】

社会福祉法人豊明会は特別養護老人ホーム若藤園、特別養護老人ホーム桂葉や障がい者施設等15の事業所の運営をしています。地域福祉の貢献、困っている方々の力になる事を目指しています。グループホーム桂葉は、いくつになってもその人らしい暮らしのお手伝いをスローガンに、高清水地区を中心に地域の皆様と共に地域の中で居場所を作る、自分らしく生活できる支援を目指しています。基本理念に「私たちはアットホームな環境を整える為、地域の皆様と共に楽しい時を過ごしなが、温かい家創りを目指します。」を職員一同、思いを一つに目指しています。

## 【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 | 2023年8月25日                    | 評価機関<br>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】  
理念は、「私たちは、アットホームな環境を整える為、地域の皆様方と共に楽しい時を過ごしなが、温かい家創りを目指します。」である。経営母体法人である社会福祉法人豊明会の基本理念と一緒に事務所に掲示している。

【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等  
1989年に設立された社会福祉法人豊明会は、栗原市若柳に事務所を置き、若柳、高清水、金成地域に特別養護老人ホームやデイサービス、グループホームなどの介護事業所と、障がい者や障がい児施設などの福祉施設を運営している。2010年に開所した「グループホーム桂葉」は、高清水の自然豊かな田園が広がる一角に木造平屋建て2ユニットで運営している。敷地内には同法人の「特別養護老人ホーム桂葉」や「ふくし工房かつらっば」などがあり、緊急時や災害時の連携、交流などを行っている。

【事業所の優れている点・工夫点】  
職員は基本理念を念頭に、利用者が住み慣れた地域で、安心して楽しく生活できるように、また、自分らしく役割を持った生活が継続できるように支援している。5月から運営推進会議が文書報告から、メンバーが出席してホームで開催しており、出された意見をサービスの質の向上に活かしている。市職員や地域包括職員、区長や民生委員が運営推進会議のメンバーであり、情報交流や意見交換、アドバイスを求められる場になっており、信頼関係が構築されている。毎月、「家族への連絡」として担当職員が手書きしたお便り（利用者一人ひとりの生活の様子とベストショットの写真が掲載）を送付している。ホームが年4回発行している情報紙「きずな」を地区内に配布し地域に向けて情報発信も行っている。研修担当職員を中心に年間計画をたて内容に合わせ資料を準備しており、職員主体の研修が行われている。管理者は職員からの意見や相談に耳を傾け、利用者にとって温かい家創りを目指し、より良い職場作りにも取り組んでいる。

## 【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  | グループホーム桂葉 |
| ユニット名 | 蔵王        |

**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<br>↓該当するものに○印   |
|---|---|
| 56<br>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。<br>(参考項目：23, 24, 25)     | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)            | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 59<br>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。<br>(参考項目：36, 37)   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 60<br>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。<br>(参考項目：49)        | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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。<br>(参考項目：30, 31)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 62<br>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。<br>(参考項目：28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|
| 63<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない |
| 64<br>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。<br>(参考項目：2, 20)                      | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>4. ほとんどない             |
| 65<br>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。<br>(参考項目：4) | ○ 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66<br>職員は、やりがいと責任を持って働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                 | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 67<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 68<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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 グループホーム桂葉）「ユニット名：蔵王」

| 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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |   |  |                   |
| 1                 | (1)  | ○理念の共有と実践<br>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                     | 住み慣れた地域の中でその人らしい生活が続けられるように、職員一人一人が理念を理解し実践に繋げていけるよう努めている。    | ホーム理念は、開所時に職員で話し合い作られた。年1回全職員で振り返り再確認し、新任職員も研修している。理念をいつでも確認できるよう事務室に掲示している。日々の生活の中で理念を念頭に利用者一人ひとりがホームでも自分らしい生活が継続できるよう支援している。   |                   |
| 2                 | (2)  | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 高清水地区の敬老会やお祭りなどに参加し地元の方々と交流できるようにしている。                        | 町内会には加入していないが地区の広報紙が毎月届けられ、区長や民生委員から文化祭などのお誘いがある。年4回、ホームの広報紙「きずな」を地区内に配布している。コロナ禍前には、利用者の家族などが踊りや歌のボランティアとして来訪していた。ハロウィンには敷地内にある障がい児施設の子ども達が来訪し、利用者がお菓子をプレゼントしたり、敬老会の時には子ども達から手作りのプレゼントがあり利用者の楽しみになっている。 |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 利用者の支援を基盤に、地域の方々の認知症の方への理解や支援を地域包括センターの方々と共に取り組んでいる。          |  |                   |
| 4                 | (3)  | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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回の運営推進会議では、利用者の状況や取り組みなどを報告している。会議で出された意見はサービス向上に活かしている。 | 2ヶ月に1回、家族代表、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、職員のメンバーで開催している。ホームから利用者の状況や活動報告が行われ、参加メンバーからは様々な情報が提供されている。また、質問や意見交換も行っている。年度初めに利用者の家族全員に、前年度の運営推進会議の報告をしている。  |                   |

| 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<br>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  | 市担当職員には運営推進会議へ参加していただき事業所の実情、ケアサービスの取組みを伝えたり、地域の情報等を情報交換している。               | 運営推進会議のメンバーである市職員、地域包括職員とは、ホームの実情や課題を共有しており、相談しやすい関係にある。今回の外部評価時にも市職員が同席した。市からは、研修案内やコロナ5類移行に伴い外出先や地域の取組みについての情報提供がある。外部評価結果、目標達成計画書の提出なども行っている。   |                   |
| 6    | (5)  | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 年2回の研修の実施、3か月毎に会議を開き身体拘束の理解と周知に努めている。利用者、家族に対しては、説明し身体拘束の弊害について理解頂いている。     | 身体拘束の適正化の指針を作成し、玄関に掲示している。年2回の研修では指針を確認し、受講後に職員は報告書を提出し、身体拘束をしないケアに努めている。3ヶ月に1回、管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダーのメンバーで身体的拘束適正化委員会を開催し、会議録を全職員に回覧し情報共有している。外出要求の強い利用者には、本人の希望に寄り添い、見守りや声かけを行っている。防犯上、各ユニットの玄関にはセンサーがついている。玄関の施錠は18時半から翌朝8時半までである。 |                   |
| 7    | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 虐待防止について研修の実施、学ぶ機会を設け理解を図っている。関わりの中で、虐待が見過ごされる事がないよう職員同士が互いに注意し合える関係を築いている。 | 虐待防止の研修を身体拘束をしない研修と一緒に開催している。不適切な声かけやケアについては、職員同士注意をし合ったり、職員会議でも確認している。年2回、管理者との職員面談や、法人の高齢部門の統括が、職員のストレスやメンタル面での相談に応じている。   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 研修で権利擁護に関する制度の理解を学ぶ機会を設け理解に努めている。   |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時には十分な説明に努め、不安や疑問が無いかを確認し理解、納得して頂けるよう努めている。                               |  |                   |

| 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 |
| 10   | (7)  | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                      | 運営推進会議への参加を通し、意見や要望を伺う機会を設けている。面会時などに意見や要望、心配な事が無いかを伺いサービスの向上に努めている。 | 家族会はないが、家族の代表が運営推進会議に参加しており、意見や要望を聞いている。家族からは面会時や事故報告、預り金に関する事などを連絡する時にも意見や要望を聞いている。毎月担当職員が家族へのお便り「家族への連絡」を作成し、利用者の健康状態や日常の様子などベストショットの写真付きで知らせ、意見を聞いている。 |                   |
| 11   | (8)  | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | スタッフ会議やユニット会議を毎月行い、年2回の面談の機会を設け、職員の意見や思い、提案を聞く環境を整え業務改善に取り組んでいる。     | 毎月のスタッフ会議やユニット会議で職員から意見や提案を聞いている。職員は自己評価表を作成し、年2回、評価票を基に管理者と面談を行っている。職員の介護サービスの質の向上のために、外部研修に参加するための交通費や研修当日は出勤扱いにするなどの支援を行っている。                          |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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2回の面談実施し、職員の個々の目標や達成、勤務状況などを把握し、職場環境、条件の整備に努めている。                   |   |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 理事長は、管理者や職員の経験、能力に応じて研修等の機会を計画し、職員の育成を行っている。                         |   |                   |
| 14   | (9)  | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 外部研修や地域の連携会議を通して同業者と交流やネットワーク作りや情報交換によりサービスの向上に繋げている。                | 地域包括支援センター主催の介護ソフトでの研修会や高清水の地域連絡会議に参加し、研修後にはスタッフ会議などで伝達研修を行っている。同法人のグループホーム「藤の木」とはお互いに情報交換を行い、ケアや運営の向上に活かしている。コロナ禍前は、関係医療法人と毎月情報交流していたが、現在は休止している。        |                   |

| 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 |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |  |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | 入居前に本人、家族の意向や不安な事等を確認し、安心して生活出来るよう努めている。入居後は声がけを多くして不安なく生活環境に馴染んで頂けるよう配慮している。 |  |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入居に対する不安や質問等をできるだけ伺い、分かりやすい説明に努め、納得した上で安心してサービスを利用して頂けるように努めている。              |  |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 本人や家族の思いや状況を確認し、本人に寄り添ったサービスの提案、支援をしている。他サービス機関との連絡調整も行っている。                  |  |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 自立した支援が行えるよう、本人と話しながら出来る事、協力し合えるよう働きかけをしている。                                  |  |                   |
| 19                          |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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            | 本人と家族の関係性を尊重しながら、家族も含めた支援が行えるよう、情報を共有し協力を得ながら支援に繋がられるよう努めている。                 |  |                   |
| 20                          | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                        | 地域や近所付き合いを含めて関係性が継続できるよう外出や交流を図っている。  | コロナ禍前には、利用者は家族との外出や自宅に戻ったり、墓参りに出かけるなどしていた。現在は、馴染みの美容院に家族と出かける利用者もいる。面会はホームの応接室を利用しており、アクリル板を設置しマスク着用で行っている。利用者から電話をかけたいとの要望があれば、家族の了解を得て事務所で取り次いでいる。 |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 個々の性格や習慣を尊重しながら、協力しながら生活できる環境作りをしている。一緒に食事準備や洗濯物畳みなど個々が出来る事を把握し無理なく支え合える関係作りをしている。 |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス終了後も変わらず相談に応じている。他施設や病院へ移る必要がある場合でも十分な説明を行い、事前に情報提供を行っている。                     |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                | (11) | ○思いや意向の把握<br>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。  | 個々の性格や生活習慣を把握し、希望や意向を普通の会話からも引き出せるよう努めている。思いを伝えやすい関係性が築けるよう努めている。                  | 利用者の思いや意向は、居室で担当職員が聞くことが多く、入浴時の何気ないつぶやきなども記録し、職員間で情報共有している。把握が困難な利用者には、家族からの情報や表情、しぐさからできるだけ把握するように努めている。利用者からは、食べたい物のリクエストや外出したいなどの要望が出ている。また、本人や家族からの情報を基に、洗濯ものたたみや食事作りなど、役割をもてるよう支援している。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居前の聞き取りの情報で確認し、生活しながら馴染みの暮らしが継続できるよう努めている。  |   |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | カンファレンスや職員間で情報を共有しながら把握に努めている。   |   |                   |
| 26                                | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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、家族に意向を確認しながら、月一回カンファレンス時より良いケアについて話し合い、意見やアイデアを反映して介護計画を作成している。                 | 毎月のユニット会議で居室担当職員のモニタリングをもとにケアの振り返りを行っている。利用者や家族、協力医などから意見を聞き、介護計画を作成している。見直しは6ヶ月に1回行い、状態に変化があった場合には都度見直している。見直し後は、家族に説明し同意を得ている。  |                   |

| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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               | 毎日の様子やケアの実践、気づきや工夫を個別記録に記入している。職員間で情報共有し実践や介護計画に活かしている。          |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる    | その時の変化やニーズに合わせた柔軟な対応、支援が出来るよう努めている。                              |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                | 地域の広報誌や民生委員など情報を頂きながら活用している。                                     |  |                   |
| 30   | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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            | 入居前に本人、家族の希望により継続したかかりつけ医の受診、協力医へ移行した場合は継続した医療を受けられるよう連携し調整している。 | 利用者や家族が希望するかかりつけ医を受診できるよう支援している。かかりつけ医を受診する際は家族付き添いを基本としている。ホームでの様子や状態を書面で提供し、適切な診療が受けられるよう支援している。受診結果をケース記録や申し送りノートに記録し、職員間で情報共有している。協力医をかかりつけ医としている利用者は、訪問診療を受診している。協力医とは、緊急時など24時間連絡体制がある。月1回、歯科医の訪問もあり、口腔衛生や義歯の調整など行っている。医療連携体制ができていることが、家族の安心に繋がっている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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 | 隣接している特養の看護師の協力や協力医へ相談、報告を密にし適切な受診や医療が受けられるようにしている。              |  |                   |



| 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 |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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  | 医療機関と情報交換や相談に努めている。  |  |                   |
| 33   | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 重度化や終末期のあり方については、入所前に説明し、状況をみながら早い段階から家族に事業所で出来る事を十分に説明しながら、家族の意向を伺いながら話し合いを行っている。 | 看取りは行っていない。入居前に重度化や終末期に向けた方針を、利用者や家族に説明している。利用者が食事ができなくなるなど、状態が重度化したときには、かかりつけ医及び管理者から家族に説明し、改めて話し合いを行い、入院や特別養護老人施設などに移れるよう連携しながら支援をしている。  |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 急変時の対応や事故発生時の対応について研修を実施し、職員全員が応急手当や初期対応が出来るようにしている。                               |  |                   |
| 35   | (15) | ○災害対策<br>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   | 災害時のマニュアルの作成、定期的な訓練の実施に努めている。近隣施設と協力し避難場所の確保、地域の方への協力体制を築いている。                     | 火災、風水害、地震、地滑り対応マニュアルを作成している。確認しやすいよう防災マップやハザードマップを事務所に掲示している。年2回避難訓練を実施し、内1回は夜間想定で行っている。訓練について地域には知らせているが地理的な条件で住民参加はない。設備点検は業者が避難訓練時に行い、食料などの備蓄品は3・4日分ある。災害時には、同法人の同じ敷地内にある事業所と協力体制ができています。水害時には医療法人社団泉翔会の介護老人保健施設「藤の里」の施設に避難するよう協定を結び連携を図っている。 |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                              | (16) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | 利用者一人ひとりを尊重し、本人の誇りやプライバシーが守られるように言葉かけや対応に配慮している。                             | 年1回プライバシー保護の研修を実施している。呼び名は苗字か名前に「さん」づけで呼んでいる。排泄介助は、さりげなく声がけし、トイレや居室に誘導している。居室に入室する際は、ノックと声がけを行っている。余裕のない時などの声がけがスピーチロックにならないように、職員間でサポートするように心がけている。                                    |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人が思いや希望を伝えられる環境作りや関わりに努めている。自ら選択出来るように配慮している。                               |   |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 利用者個々のペースを大切にして、提案や誘いを交えてその日の過ごし方を支援している。                                    |   |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その人らしいを大切にして、本人本位のおしゃれや身だしなみ、希望に沿った支援が出来る様に努めている。                            |   |                   |
| 40                              | (17) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 利用者個々の嗜好に配慮し、楽しく食事出来るような雰囲気作りをしている。利用者と職員が協力して食事準備や片付けをしている。                 | 献立は、法人の管理栄養士が作成したものを参考にし、食材は業者に委託してホームで手作りしている。リビングには一日の献立を掲示している。花見弁当などの行事食や利用者のリクエストに合わせた誕生日メニュー、ケーキなど、楽しく食事ができるよう工夫している。利用者は準備や片付けなど、できる事を一緒に役割を担って行っている。一日の食事量、水分量を記録し、毎月体重測定をしている。 |                   |
| 41                              |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 献立は栄養士によりバランスよく季節に合った食材をしようし提供している。利用者個々の疾患や食べる量を把握、習慣に応じて水分量が確保できるよう支援している。 |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 定期的な訪問歯科受診、口腔ケアを受けている。一人ひとりの口腔状態を把握し、状態や能力に応じた支援と清潔保持に努めている。       |   |                   |
| 43   | (18) | ○排泄の自立支援<br>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          | 羞恥心や自尊心を大切に、排泄パターンを把握し必要な支援を見極めながら出来るだけ自立した排泄が続けられるよう支援している。       | 排泄表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。利用者が自発的にトイレに行けるよう、タイミングに合わせ声がけ支援をしている。夜間には、一人ひとりの状態に合わせて、声がけしたり排泄グッズを使用している。便秘対策として体操を取り入れたり、朝食時に牛乳や乳製品、ジュースを提供している。医師から処方された薬を服用する利用者もいる。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 飲食物等で工夫したり、運動の働き掛けを行っている。排便リズムを把握し、便秘が疑われる場合は、医師と相談して下剤の使用を検討している。 |   |                   |
| 45   | (19) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 利用者の希望やタイミングに合わせて支援している。個々の習慣を尊重できるように支援している。                      | 週2回の入浴を基本的とし、湯は午前と午後に入換えている。一人ひとりの好みの湯加減で楽しく入浴できるよう、入浴剤も取り入れている。シャンプーや石鹸などは、その人専用の物を家族が購入している。入浴時には、身体を観察し、入浴後にクリームなど塗るなど配慮している。入浴を好まない利用者には無理強いせず時間をずらしたり、声がけを工夫している。      |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                           | 生活習慣を踏まえて、生活リズムが整えられるよう支援している。安心して休める環境作りに努めている。                   |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                      | 薬の管理は職員が行っている。薬の理解に努め服薬の確認、症状の変化の確認を行っている。                         |   |                   |

| 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 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 利用者の生活歴や能力、希望に配慮しながら日課や役割、嗜好品や楽しみが持てる様支援している。         |  |                   |
| 49   | (20) | ○日常的な外出支援<br>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                     | 利用者の希望に沿って近隣の散歩や外出支援をしている。家族の協力も得られている。               | 外出は年間計画を立て、車椅子の利用者も一緒に法人の車椅子対応の車輛で、花見など季節ごとに楽しんでいる。気分転換にドライブに出かけたり、日常的にはホーム周辺を散歩しながら田んぼの生育など、季節の移ろいを楽しんでいる。コロナ禍や猛暑により今年の夏は外出の機会をほとんど作れなかった。                      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 金銭管理は職員が行っている。個別に希望や能力に応じて所持したり、使用できるよう支援している。        |  |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 個別の希望により携帯電話を所持し自由に連絡が取れる様にしている。                      |  |                   |
| 52   | (21) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節ごとに壁画作成したり、分かりやすい配置を考えて整理整頓して居心地よく過ごせるようにしている。      | リビングの窓から、自然豊かな田園風景が眺められ季節の移ろいを感じることができる。壁には利用者と職員と一緒に手作りの季節ごとの飾りや、一日の献立が掲示されている。カレンダーや時計は見やすい場所にあり、見当識に配慮している。温・湿度、換気は職員が管理している。行事などで活用していたウッドデッキのメンテナンスを計画している。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 利用者が気の合う利用者と関われる座席の配慮や窓際にソファを置いて個々に居心地良く過ごせるよう支援している。 |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 54   | (22) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居時に家族へ提案し利用者の馴染みのある家具や使い慣れたもの、家族写真などを持ち寄って頂き、居心地よく過ごせるようにしている。 | 居室にはベッド、クローゼット、エアコン、換気扇、空気清浄機、ナースコールが設置されている。居室の入り口には花の名前の表札が掛けてある。利用者は使い慣れたタンスやテレビ、パソコンなどを持ち込んでいる。家具は本人の動線を考え配置し、居心地良く過ごせるよう居室作りをしている。居室担当職員が、温・湿度や換気、掃除を行っている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 動線を把握して、安心して過ごせる環境作りに努めている。トイレや居室に目印を付けている。                     |  |                   |

## 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           | 0421300042                         | 事業の開始年月日       | 2010年4月15日 |  |
|                 |                                    | 指定年月日          | 2010年4月15日 |  |
| 法人名             | 社会福祉法人豊明会                          |                |            |  |
| 事業所名            | グループホーム桂葉<br>栗駒ユニット                |                |            |  |
| 所在地             | (〒 987-2217 )<br>宮城県栗原市高清水新桂葉278-2 |                |            |  |
| サービス種別<br>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         | 2023年7月9日                          | 評価結果<br>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 | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a> |
|----------|---|

## 【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)】

社会福祉法人豊明会は高齢者施設と障がい者施設などの事業所を運営しています。グループホーム桂葉では運営理念である「私達は、アットホームな環境を整えるため、地域の皆様方と共に楽しい時間を過ごしなが、暖かい環境作りを目指します。」をもとに職員一同心掛けております。

## 【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 | 2023年8月25日                    | 評価機関<br>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】

理念は、「私たちは、アットホームな環境を整える為、地域の皆様方と共に楽しい時間を過ごしなが、温かい家創りを目指します。」である。経営母体法人である社会福祉法人豊明会の基本理念と一緒に事務所に掲示している。

## 【事業所の概要】母体法人について・立地環境・建物の特徴等

1989年に設立された社会福祉法人豊明会は、栗原市若柳に事務所を置き、若柳、高清水、金成地域に特別養護老人ホームやデイサービス、グループホームなどの介護事業所と、障がい者や障がい児施設などの福祉施設を運営している。2010年に開所した「グループホーム桂葉」は、高清水の自然豊かな田園が広がる一角に木造平屋建て2ユニットで運営している。敷地内には同法人の「特別養護老人ホーム桂葉」や「ふくし工房かつらっば」などがあり、緊急時や災害時の連携、交流などを行っている。

## 【事業所の優れている点・工夫点】

職員は基本理念を念頭に、利用者が住み慣れた地域で、安心して楽しく生活できるように、また、自分らしく役割を持った生活が継続できるように支援している。5月から運営推進会議が文書報告から、メンバーが出席してホームで開催しており、出された意見をサービスの質の向上に活かしている。市職員や地域包括職員、区長や民生委員が運営推進会議のメンバーであり、情報交流や意見交換、アドバイスを求められる場になっており、信頼関係が構築されている。毎月、「家族への連絡」として担当職員が手書きしたお便り（利用者一人ひとりの生活の様子とベストショットの写真が掲載）を送付している。ホームが年4回発行している情報紙「きずな」を地区内に配布し地域に向けて情報発信も行っている。研修担当職員を中心に年間計画をたて内容に合わせ資料を準備しており、職員主体の研修が行われている。管理者は職員からの意見や相談に耳を傾け、利用者にとって温かい家創りを目指し、より良い職場作りにも取り組んでいる。

## 【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  | グループホーム桂葉 |
| ユニット名 | 栗駒        |

**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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>↓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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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 グループホーム桂葉）「ユニット名:栗駒」

| 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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |  |  |                   |
| 1                 | (1)  | ○理念の共有と実践<br>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                     | 事業所に基本理念を掲示し理念とは何か確認し実践するようにしている。                                | ホーム理念は、開所時に職員で話し合い作られた。年1回全職員で振り返り再確認し、新任職員も研修している。理念をいつでも確認できるよう事務室に掲示している。日々の生活の中で理念を念頭に利用者一人ひとりがホームでも自分らしい生活が継続できるよう支援している。   |                   |
| 2                 | (2)  | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 新型コロナの為、交流はほとんど出来ていない。   | 町内会には加入していないが地区の広報紙が毎月届けられ、区長や民生委員から文化祭などのお誘いがある。年4回、ホームの広報紙「きずな」を地区内に配布している。コロナ禍前には、利用者の家族などが踊りや歌のボランティアとして来訪していた。ハロウィンには敷地内にある障がい児施設の子ども達が来訪し、利用者がお菓子をプレゼントしたり、敬老会の時には子ども達から手作りのプレゼントがあり利用者の楽しみになっている。 |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 認知症の方への理解、支援を地域包括支援センターの方々と共に取り組むようにしている。                        |  |                   |
| 4                 | (3)  | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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1度会議の場でグループホーム桂葉内の取り組みなどを報告させてもらっている。会議内で頂いた意見はサービス向上に活かしている。 | 2ヶ月に1回、家族代表、区長、民生委員、市職員、地域包括職員、職員のメンバーで開催している。ホームから利用者の状況や活動報告が行われ、参加メンバーからは様々な情報が提供されている。また、質問や意見交換も行っている。年度初めに利用者の家族全員に、前年度の運営推進会議の報告をしている。  |                   |



| 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<br>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  | 市職員の方にも運営推進会議へ参加して頂いている。また生活保護を受けている利用者の方がいるため報告等行っている。   | 運営推進会議のメンバーである市職員、地域包括職員とは、ホームの実情や課題を共有しており、相談しやすい関係にある。今回の外部評価時にも市職員が同席した。市からは、研修案内やコロナ5類移行に伴い外出先や地域の取組みについての情報提供がある。外部評価結果、目標達成計画書の提出なども行っている。   |                   |
| 6    | (5)  | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 内部研修の実施し理解を深めている。身体拘束のないケアを確認し、取り組んでいる。                   | 身体拘束の適正化の指針を作成し、玄関に掲示している。年2回の研修では指針を確認し、受講後に職員は報告書を提出し、身体拘束をしないケアに努めている。3ヶ月に1回、管理者、ケアマネジャー、ユニットリーダーのメンバーで身体的拘束適正化委員会を開催し、会議録を全職員に回覧し情報共有している。外出要求の強い利用者には、本人の希望に寄り添い、見守りや声かけを行っている。防犯上、各ユニットの玄関にはセンサーがついている。玄関の施錠は18時半から翌朝8時半までである。 |                   |
| 7    | (6)  | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 内部研修の実施にて、職員の意識と理解を高めている。日常の中で声かけ、態度には十分に注意しながら、ケアを行っている。 | 虐待防止の研修を身体拘束をしない研修と一緒に開催している。不適切な声かけやケアについては、職員同士注意をし合ったり、職員会議でも確認している。年2回、管理者との職員面談や、法人の高齢部門の統括が、職員のストレスやメンタル面での相談に応じている。   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 内部研修にて権利擁護について研修し確認している。                                  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時十分な説明を行い疑問点、不安など無いか確認している。                             |  |                   |

| 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<br>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                      | 電話連絡、来設時ご家族様に意見や要望を伺い、頂いたものについては、会議の場で話し合い、改善に努めている。        | 家族会はないが、家族の代表が運営推進会議に参加しており、意見や要望を聞いている。家族からは面会時や事故報告、預り金に関することなどを連絡する時にも意見や要望を聞いている。毎月担当職員が家族へのお便り「家族への連絡」を作成し、利用者の健康状態や日常の様子などベストショットの写真付きで知らせ、意見を聞いている。 |                   |
| 11   | (8)  | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 会議を毎月実施し意見など提案しやすい環境を整える様にしている。それ以外でも意見交換しやすい雰囲気づくりを心掛けている。 | 毎月のスタッフ会議やユニット会議で職員から意見や提案を聞いている。職員は自己評価表を作成し、年2回、評価票を基に管理者と面談を行っている。職員の介護サービスの質の向上のために、外部研修に参加するための交通費や研修当日は出勤扱いにするなどの支援を行っている。                           |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>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2回のパーソナルレポートを提出し、面談を行っている。個々の職場環境、業務内容を話し合いの場としている。        |  |                   |
| 13   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 理事長は管理者や職員の経験、能力に応じて外部研修への参加、内部研修を実施し育成している。                |  |                   |
| 14   | (9)  | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 施設の関係医療法人の事業所との連携会議に参加し情報共有を図っている。                          | 地域包括支援センター主催の介護ソフトでの研修会や高清水の地域連絡会議に参加し、研修後にはスタッフ会議などで伝達研修を行っている。同法人のグループホーム「藤の木」とはお互いに情報交換を行い、ケアや運営の向上に活かしている。コロナ禍前は、関係医療法人と毎月情報交流していたが、現在は休止している。         |                   |

| 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 |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |   |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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 | 入所時本人へ不安な事や、要望等に耳を傾け、入所後も安心して生活出来るよう、相談しやすい関係作りを心掛けている。 |   |                   |
| 16                          |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入所相談、面会時、電話連絡時にご家族様の不安、要望に耳を傾け、改善出来るよう努力している。           |   |                   |
| 17                          |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 本人、家族様の思い、要望を確認し、その方に合ったサービスを受ける方法を検討し考えている。            |   |                   |
| 18                          |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                           | 職員と一緒に活動し生活を共にし関係を築く様にしてる。                              |   |                   |
| 19                          |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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            | 面会時や毎月お手紙を郵送し様子を伝えていく。外出等の要望があればその都度対応している。             |   |                   |
| 20                          | (10) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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う、支援に努めている                         | 本人様より電話連絡の要望があればその都度対応し関係が途切れないうに努めている。                 | コロナ禍前には、利用者は家族との外食や自宅に戻ったり、墓参りに出かけるなどしていた。現在は、馴染みの美容院に家族と出かける利用者もいる。面会はホームの応接室を利用しており、アクリル板を設置しマスク着用で行っている。利用者から電話をかけたいたいの要望があれば、家族の了解を得て事務所で取り次いでいる。 |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                                   | 利用者同士の関係を確認しながら、余暇活動等行っている。孤立のないような関係作りに努めている。                   |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス終了後も相談に応じている。他施設への入所や入院の際は、情報提供を行っている。                       |   |                   |
| <b>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</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                | (11) | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。  | 日常生活で本人の希望や思いを引き出す様に努めている。理解が難しい場合は行動、表情で意向の汲み取りを行っている。          | 利用者の思いや意向は、居室で担当職員が聞くことが多く、入浴時の何気ないつぶやきなども記録し、職員間で情報共有している。把握が困難な利用者には、家族からの情報や表情、しぐさからできるだけ把握するように努めている。利用者からは、食べたい物のリクエストや外出したいなどの要望が出ている。また、本人や家族からの情報を基に、洗濯ものたたみや食事作りなど、役割をもてるよう支援している。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入所前の実態調査にて聞き取りを行い、その内容を基に家族へお話を伺い把握に努めている。                       |   |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 生活の中で利用者一人ひとりの把握に努めている。ユニット会議で話し合い、利用者の状況を把握し役割を持って生活出来るよう努めている。 |   |                   |
| 26                                | (12) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月利用者について話し合い、6か月1回モニタリングを行い、希望や要望を確認し現状に即した介護計画の作成に努めている。       | 毎月のユニット会議で居室担当職員のモニタリングをもとにケアの振り返りを行っている。利用者や家族、協力医などから意見を聞き、介護計画を作成している。見直しは6ヶ月に1回行い、状態に変化があった場合には都度見直している。見直し後は、家族に説明し同意を得ている。  |                   |

| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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               | 日々の様子を個人のケース記録、介護日誌へ記録している。職員同士で情報の共有、ケアの実践、介護計画の見直しを行い、活かすようにしている。 |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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      | その時々ニーズに合った対応し、柔軟な対応、支援が来ている。                                       |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                | 地域の広報誌、地域の方々から情報を頂き活用する。また地域の消防署と連携し年2回避難訓練実施している。                  |  |                   |
| 30   | (13) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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            | 協力医の回診を週1回実施し、健康管理の把握に努めている。体調不良、急変時24時間体制で指示を頂き対応している。             | 利用者や家族が希望するかかりつけ医を受診できるよう支援している。かかりつけ医を受診する際は家族付き添いを基本としている。ホームでの様子や状態を書面で提供し、適切な診療が受けられるよう支援している。受診結果をケース記録や申し送りノートに記録し、職員間で情報共有している。協力医をかかりつけ医としている利用者は、訪問診療を受診している。協力医とは、緊急時など24時間連絡体制がある。月1回、歯科医の訪問もあり、口腔衛生や義歯の調整など行っている。医療連携体制ができていることが、家族の安心に繋がっている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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 | 隣接している特養の看護職員の協力を得たり、協力医の相談等連携が築けている。                               |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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  | 医療機関、医師との相談を行い対応している。                           |  |                   |
| 33   | (14) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 重度化や終末期のあり方については事業所で出来る事を協力医と連携し家族に説明するようにしている。 | 看取りは行っていない。入居前に重度化や終末期に向けた方針を、利用者や家族に説明している。利用者が食事ができなくなるなど、状態が重度化したときには、かかりつけ医及び管理者から家族に説明し、改めて話し合いを行い、入院や特別養護老人施設などに移れるよう連携しながら支援をしている。  |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 事故発生時のマニュアルを作成し、緊急時の対応が出来るようにしている。              |  |                   |
| 35   | (15) | ○災害対策<br>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   | 災害時のマニュアルの作成と定期的な訓練の実施に努め、災害時に対応できるようにしている。     | 火災、風水害、地震、地滑り対応マニュアルを作成している。確認しやすいよう防災マップやハザードマップを事務所に掲示している。年2回避難訓練を実施し、内1回は夜間想定で行っている。訓練について地域には知らせているが地理的な条件で住民参加はない。設備点検は業者が避難訓練時に行い、食料などの備蓄品は3・4日分ある。災害時には、同法人の同じ敷地内にある事業所と協力体制ができています。水害時には医療法人社団泉翔会の介護老人保健施設「藤の里」の施設に避難するよう協定を結び連携を図っている。 |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |   |                   |
| 36                              | (16) | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                 | 利用者一人一人のプライバシーに配慮し尊厳を損ねない声がけや対応をしている。        | 年1回プライバシー保護の研修を実施している。呼び名は苗字か名前に「さん」づけで呼んでいる。排泄介助は、さりげなく声がけし、トイレや居室に誘導している。居室に入室する際は、ノックと声がけを行っている。余裕のない時などの声がけがスピーチロックにならないように、職員間でサポートするように心がけている。                                    |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 利用者本人の思い、希望を出せるような環境作り、自ら選択出来るような場面作りに努めている。 |   |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 利用者一人一人が自分のペースで過ごして頂けるよう支援している。              |   |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 毎日身だしなみを整え、着替えの服を職員と選び、おしゃれができるようにしている。      |   |                   |
| 40                              | (17) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 職員と一緒に食事の準備や盛り付けを行っている。                      | 献立は、法人の管理栄養士が作成したものを参考にし、食材は業者に委託してホームで手作りしている。リビングには一日の献立を掲示している。花見弁当などの行事食や利用者のリクエストに合わせた誕生日メニュー、ケーキなど、楽しく食事ができるよう工夫している。利用者は準備や片付けなど、できる事を一緒に役割を担って行っている。一日の食事量、水分量を記録し、毎月体重測定をしている。 |                   |
| 41                              |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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           | 献立は栄養バランスを考えながら提供、水分も摂取出来る様に配慮している。          |   |                   |

| 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 |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 食後口腔ケアを行っている。ケアが難しい方には職員介助し清潔保持に努めている。                                     |  |                   |
| 43   | (18) | ○排泄の自立支援<br>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          | 排泄表で一人一人の排泄パターンを確認しその方に合ったトイレ誘導やパットの使用を行っている。                              | 排泄表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。利用者が自発的にトイレに行けるよう、タイミングに合わせ声がけ支援をしている。夜間には、一人ひとりの状態に合わせ、声がけしたり排泄グッズを使用している。便秘対策として体操を取り入れたり、朝食時に牛乳や乳製品、ジュースを提供している。医師から処方された薬を服用する利用者もいる。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 食事、水分補給を行っていただき、便秘予防に努めている。  |  |                   |
| 45   | (19) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | その方に合った入浴を勧める。拒否がある際は声がけやタイミングなどを配慮し行っている。                                 | 週2回の入浴を基本的とし、湯は午前と午後に入換えている。一人ひとりの好みの湯加減で楽しく入浴できるよう、入浴剤も取り入れている。シャンプーや石鹸などは、その人専用の物を家族が購入している。入浴時には、身体を観察し、入浴後にクリームなど塗るなど配慮している。入浴を好まない利用者には無理強いせず時間をずらしたり、声がけを工夫している。     |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                           | 一人ひとりの生活リズムを整え、日中の活動を勧めるなどで夜間気持ちよく眠れるよう支援していく。                             |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりを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                      | 内服管理は職員管理で対応している。内服の際は名前と日付の確認飲み終えるまで確認するように努める。薬の用法、用量についても理解できるように努めている。 |  |                   |



| 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 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 本人の役割、活動、楽しみが持てる様に支援している。                       |   |                   |
| 49   | (20) | ○日常的な外出支援<br>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                     | 外出希望される場合は家族の方の協力を得ている。                         | 外出は年間計画を立て、車椅子の利用者も一緒に法人の車椅子対応の車輛で、花見など季節ごとに楽しんでいる。気分転換にドライブに出かけたり、日常的にはホーム周辺を散歩しながら田んぼの生育など、季節の移ろいを楽しんでいる。コロナ禍や猛暑により今年の夏は外出の機会をほとんど作れなかった。                       |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 金銭管理は職員が支援している。利用者の希望などあれば必要な物を購入している。          |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 利用者より電話したい希望があればその都度対応している。                     |   |                   |
| 52   | (21) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ユニットホール内季節感を感じるような装飾を行っている。居心地のいい空間になるよう工夫している。 | リビングの窓から、自然豊かな田園風景が眺められ季節の移ろいを感じることができる。壁には利用者と職員と一緒に手作りした季節ごとの飾りや、一日の献立が掲示されている。カレンダーや時計は見やすい場所にあり、見当識に配慮している。温・湿度、換気は職員が管理している。行事などで活用していたウッドデッキのメンテナンスを計画している。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | ホール内のテレビを見たり、椅子に座ったり利用者の方々が思い思いに過ごして頂けるようにしている。 |   |                   |

| 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 |
| 54   | (22) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 自宅で使用していた物を持ってきて頂き、本人の居心地のいい空間になるように工夫している。            | 居室にはベッド、クローゼット、エアコン、換気扇、空気清浄機、ナースコールが設置されている。居室の入り口には花の名前の表札が掛けてある。利用者は使い慣れたタンスやテレビ、パソコンなどを持ち込んでいる。家具は本人の動線を考え配置し、居心地良く過ごせるよう居室作りをしている。居室担当職員が、温・湿度や換気、掃除を行っている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 生活状況に合わせて、家具や家電の配置を行っている。また居室やトイレの表示を分かりやすくするなど工夫している。 |  |                   |