

### 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	4392300085		
法人名	株式会社 いわしや窪田		
事業所名	グループホーム みずほ		
所在地	熊本県下益城郡美里町安部235-1		
自己評価作成日	令和5年1月10日	評価結果市町村受理日	令和5年3月24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)】

美里町のどかで陽降り注ぐ立地条件にも恵まれ、可能な限り在宅での生活が維持できるよう、ご家族、地域、医療等関係者との連携を図り、認知症進行予防に努め、その人らしく生活できる様に職員一同寄り添って支援しております。  
 入居者様が美里町なら職員も9割が美里人です。ほどよい距離感を持って、自分の親、兄弟、祖父母同様に接し、「健康は財産！ 友達は宝物！」をスローガンに、楽しく、仲良く、笑顔で過してもらえるように努力の毎日です。

※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	<a href="http://www.kai gokensaku.jp/43/index.php">http://www.kai gokensaku.jp/43/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	令和5年1月21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)】

この一年入居者の入れ替りはあるものの、あまり変わらぬ職員体制に入居者と職員との馴染みの関係性が出来あがり、体操やリフレッシュ効果を促すゲームによる集団ケアと、一日のスタートを新聞読みとする入居者や塗り絵等の自由で穏やかな生活等、理念の中で謳う“入居者に寄り添い助け合いながら一緒に歩む”を垣間見ることの出来るホームである。毎月の計画した勉強会としてマイクロクライメットや記録の統一化、入居者の気持ちになり検討する等プランアップを図り、入居者個々問題点や改善案等の話し合い、入居者の“らしく”に注視してケアに当たる等職員同士の意思疎通の良い関係が構築している。行政と連携した在宅生活困難者の受入れは、この地にある地域密着型事業所の役割として捉えられており、コロナ感染症の収束により地域の中での生活が拡充されることを期待したい。

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 ↓該当する項目に○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	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. 利用者の1/3くらいの	4. ほとんど掴んでいない			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	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. たまにある	4. ほとんどない			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	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	1. 大いに増えている	2. 少しずつ増えている
		3. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			3. あまり増えていない	4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	1. ほぼ全ての利用者が	2. 利用者の2/3くらいが	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	1. ほぼ全ての職員が	2. 職員の2/3くらいが
		3. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			3. 職員の1/3くらいが	4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	1. ほぼ全ての利用者が	2. 利用者の2/3くらいが	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			3. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が	2. 利用者の2/3くらいが	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. 利用者の1/3くらいが	4. ほとんどいない			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				

### 自己評価および外部評価結果

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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「みずほ基本理念」5項目については1回/Mの勉強会で共有。又、朝の申し送り時に朗読し、再確認している。理念は理解しているがケア現場での利用者様への言葉使いが不適切と思える場面がある。(標準語Or美里弁のバランス?)	基本理念として残存能力を引き出し出来る限り自立した生活の支援や、入居者の“らしく”に焦点を当てたケア、安心・安楽の支援と共に、職員のケア規範として束縛をしないこと、及び入居者に寄り添い助け合いながら一緒に歩む等を掲げ、唱和により意識付けとするユニットや、感染予防対策の徹底を目標として掲げコロナ禍を乗り越えるユニット、また、“健康は財産 友達は宝物”をスローガンに明るくケアに努めるホームである。	地域密着型事業所として在宅生活困難所の受入れる等地域貢献の一つとして捉えるホームであり、理念の中に地域に根ざす姿勢を組み入れる等検討されることを期待したい。
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	コロナ禍にて応じたボランティアの導入、地元中学生総合学習の体験受入れ、シルバーヘルパーさん等の訪問を中止としている。 近所の穂積神社へ初詣(厳重対策の上) 安部地区のどんどや(隣の畑)に柵越しに参加できた。	地域住民との交流はコロナ禍により出来る状況には無かったが、近隣住民からの野菜の差し入れ等これまで通りの関係が継続されている。近くの神社での初詣や地域のどんどやをホームに居ながらに参加している。また、区長により町の広報誌も持ち届けられており、入居者への読み聞かせや地域の情報源として生かしている。	コロナ感染症や夏場の猛暑、寒さ対策等入居者が気軽に散歩に出かける状況では無かったと思われる。コロナ感染症の状況次第では地域住民との交流を視野に行事等の情報リサーチや、ホームでの介護予防体操等に一緒に参加すること等を行政と一緒に検討いただきたい。
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	コロナ禍にて無し。	/	
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	コロナ禍にて会議の開催は中止。利用者代表、区長さんらの意見反映し、記録のみとなっている。	役場に運営推進会議開催の如何を相談し、無理には開催しなくても良いとの回答ではあるが書面審議として報告書としてまとめている。令和5年2月からはデイルームを活用し再開する予定である。また、会議中止のお知らせの中で、電話等にて指導や指摘事項等を依頼されており、今後も書面審議となる場合には、返信等を封入することで意見等が出しやすくなるよう工夫に期待したい。	対面での開催が出来る状況になれば、ホームの現状報告と共に出席者からの活動状況の評価や助言等を聴集し、ホーム運営に反映させていただきたい。

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
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	町の施策始め研修案内、指示はすべてメールで行われる為、毎日確認し回答している。コロナ予防接種、インフルエンザ予防注射名簿提出し、実施後の副反応の有無についても文書にて報告。必要に応じ指示受け対応するなど関係良好と思われる。	行政からのメールにより様々な情報を把握し、感染症への予防接種等を報告する体制としている。また医療・介護に関する書類はホームへお願い、在宅生活困難事例の相談や、介護保険を見直し、暫定プランにて同日の入居等行政との連携を図っている。また、ホームのデイホールを介護予防教室に提供する等協力関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介護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	身体拘束適正化の為の指針。マニュアル作成し、2回/年位の頻度で職員会議(勉強会)に実施。身体拘束防止委員会発足。契約時や必要時に個別のセンサーマット、ベッド柵への使用同意書にサイン、押印頂く事としている。	身体拘束に関する基本理念を具現化して示し(人としての尊厳、身体を束縛しない、言葉により束縛をしない、思いの尊重)、今年度は身体拘束適正化のための指針を職員に回覧し熟読することで共有化としている。家族には転倒・転落防止事故の説明と同意書を交わし、安全で快適な入所生活とするためとして離床センサーマットや体動センサーの使用をお願いする事もあるとしている。入居者個々の外出傾向を把握し、所在確認を徹底している。	理念を基にしたケアのなかで、不適切な言葉使いもあるとしており、今後も職員同士が注意喚起されるよう期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止適正化の為の指針、マニュアル作成し勉強会実施。県下の状況報告に応じて再確認、共有、周知を行っている。スピーチロックに注意喚起。		
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	管理者個人的には権利擁護と成年後見制度については何度か研修受けている。美里町社協担当者や地域包括支援センターとの連携を取っている。現時点での利用者無し。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時に必ず、契約書、重要事項説明書、その他の関係書類について説明、納得の上、承認のサイン、押印頂いている。また、利用料変更の場合差し替え文書準備、同意を得ている。		

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
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関内に意見箱を設置。コロナ禍にて玄関内に入室し意見を書くことが難しい状況と思われる為、毎月の利用料請求書、近況報告の文章、写真添付他に、要望等についても貰える様にしている。→ラインでの回答有。勉強会にて報告、改善求めている。	家族には近況報告と写真による日常活動を発信し、家族との電話やショートメール等により情報を発信するとともに、意見等を聞き取りしている。家族の中には預けている事で遠慮されているのではと捉え、意見等が出しやすいようなアンケートを行いたいという意向もある。	コロナ禍に家族も頻繁に訪問することは難しい状況にあるが、コロナ感染症の状況によっては、ユニット毎にでも家族との交流会の開催等検討いただきたい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	「運営規定」誰でも見れる場所に掲示し大筋で理解できる様に説明。意見は真摯に受け止め、上司を通じ本社へ報告。改善できるところは改善している。	職員会議により記録方法の統一化(介護記録に残すべき事例や、入居者の状態確認する案件等)を検討している他、マイクロクライメットについての勉強会やコンプライアンスルール等計画した研修によりブラシアップに努めている。また、働く環境が良いと職員の意欲に繋がるとして環境整備に取組み、資格所得を推奨している。職員からの意見等は管理者を通して上申する体制としている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職場環境における改善点は本社と相談し、働き方改革を重んじ、お互いウイン、ウインの関係である様に要望している。改善点見られる。 処遇がよい。勉強できる。仲間がよいのいずれか該当するとよい。		
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	管理者、計画作成者を始め、介護福祉士。認知症スキルUPに関する研修のFAX多し。その都度回覧にて募集するが基礎研修が受けれていないST多く、断念する、状況である。今後、無資格者全員認知症介護基礎研修を受講する予定である。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	ケアマネ研修会始め、各種オンラインでの研修へ変更にてお互い思う様に出来ていない状況である。地域密着型サービス連絡委員会宇城ブロックの交流、勉強会の実施に参加している。		

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
<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 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所時(契約)に本人、家族より傾聴し、意見交換を行い信頼関係の構築に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	契約時他、心身の状態の変動時には家族への情報提供を行い、現在、今後のケアについて話し合い、サービス内容の変更に留意している。 また、いつでも相談出来る様な体制作りを心がけている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入所前の担当SW,orケアマネさんとの連携情報交換を行い、支援内容については慎重かつ明確にしている。又プラン作成後家族、ケアSTの意見取入れ必要に応じて差し替えも行うようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日課を大まかに理解してもらい実際の生活の場面において、本人の意向や能力に応じて自立や生きがいを目指す為、自分に出来る事は職員と一緒に作業できる場面の提供を行っている。職員が「お世話になります。ありがとうございます」と言える関係作りをしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	日常生活に関する情報、結果を電話や文章で報告。逆に家族からの電話が力になれる事も多々あるので、協力を願ったり、何でもかんでも職員が応援するのではなく家族参加型の支援としている。		



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
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族の写真(新しく家族が増えた)や誕生日や記念日にはプレゼントが届き、関係は継続でき良好。例外もあるが・・・。	馴染みの人との関わりは家族中心(窓越し面会等)であるが、入居者と職員との馴染みの関係が構築し、近くのコンビニでの買い物(お金を使うという社会性の継続)、初詣等を支援し、新聞を読んで過す方、行政の広報誌の読み聞かせにより町の情報を把握してもらう等今出来ることで人・場所が途切れないよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個別の人格、相性重んじ、テーブルの席順や運動時間の椅子の配置、共同制作時の仲間意識が芽生え良好な関係が保てるように配慮している。		
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	入院手術等により退所となられた方、入院先のSW、を通じ、医療リハビリ→施設リハビリへの移行及びその先の受け皿が整うまで相談あれば他事業所の情報提供もしている。状態が安定していれば再入所申し込みも受け入れている。		
<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	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	意向再確認や日常生活上で関わる職員の何気ない会話の中から見えてくるものがあるので日頃からコミュニケーション大事にしている。本人意思確認不十分な場合、わかりやすく「うなずき」「横に振る」「顔の表情」等にも注意力をもって判断している。	入居者一人ひとりの思いや暮らし方の意向は、日々の会話での何気ない言葉や表情等から推察している。意思疎通が難しい方や意向等の把握が難しい場合等に自己決定が出来るような会話に努めている。本人の思いである「安心して過したい」や「散歩以外にも何かしたい」等をプランに反映させ、実践状況を見ながら見極め、支援に繋いでいる。また、言葉が出ない方には耳からの情報や五感を生かすとしてテレビの前を席にし、待つ姿勢でケアに当たっている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	前任のケアマネジャーさんや紹介医のSWさんと連携を図り、情報提供書を基に把握に努めている。1か月後には折り返しの現状報告の為に訪問している。		

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
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	日々のバイタルチェック、体調確認、行動記録やの申し送りにて把握できている。 ケア現場訪問行い聞き取り、顔色、下肢の浮腫等健康状態の確認行う様になっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	計画票1表から6表迄作成し、担当者会議開催必要時差し替えとしている。コロナ禍にて家族を交えた担当者会議は控えている。 (行政提案もあり。)	本人・家族の意向を基に、毎月のユニット会議で入居者毎に生活状況での課題等を話し合い、プランニングに反映させている。更新時の見直しに生活全体の意向として元気に過したいとする本人の希望や、ご飯をしっかり食べたい等に具体的なプランを作成している。家族を交えた話し合いは現在は控えており、本人により署名されている。	
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	記録は出来ている。(記録の必要性は勉強会したが内容が単純マンネリ化)		
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	毎日の申し送り事項を勘案して取り組んでいる。		
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	昔ながらの地域行事等の協同作業は控えているが、参加体制は整え、楽しめる様になっている。(回想法)にも配慮。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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	強制無し。入所前の主治医を大切にしている、無理な変更は無し。4割程度は家族の意向尊重。受診支援は基本的にご家族としているが、事由により難しい場合、職員が同行支援し、報告行う事としている。	契約時にかかりつけ医について説明し、入居前からの継続には受診対応は家族としているが、難しい場合にはホームで対応している。また、協力医療期間からの訪問診療やもとのかかりつけ医によ往診等家族の意向に応じた対応としている。訪問看護も利用し、発熱等随時家族に報告するとともに、24時間体制として適切な医療を支援している。	

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
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎週(水)に訪問看護の導入行い、全利用者様の状態把握に努め、連携取れている。夜間や休日等の発熱や病変時には電話連絡行い指示をもらうこととしている。(24H体制)		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	日頃から近医、主治医との関係良好に保てるように努力していて関係良好。入院等時には医療情報提供表の提出行い、医療始め関係機関との連携に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人様の状態を把握し敏速な対応が出来る様に家族、医療関係者への報告相談行っている。医療も介護もチームワークと認識し、支援している。朝の申し送り時に職員間、管理者への報告あり、早期発見、早期対応が出来る様に、勉強会等でも周知徹底している。	重度化及び終末ケアは行わない事として、終末期については主治医の判断及び介護度により家族の話し合いを重ね次の住処を見極めている。ホームでは最終までの生活は出来ないが、一日も長いホームでの生活を願い入居者の状態変化を見逃さないよう異常の早期発見に努めている。毎月の会議終了後には重度化等の勉強会により情報の共有、及びスキルアップに努めている。	
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	利用者緊急時のマニュアルに沿い、対応。【施設における昼夜の非常時・緊急時の対応及び連絡体制】先を掲示、全職員への周知、徹底を図っている。救急車到着までの応急処置はやや不十分である。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	R4年度の防災訓練の実施はなく、机上の訓練となっている。R5年2月には防火管理者任命し、実施予定である。災害火災時の「非常時、緊急時の対応及び連絡体制」を分かる場所に掲示、周知徹底を図っている。避難訓練の実施検討中。	勉強会で作成した「非常災害時のフローチャート」をもとに、災害対策及び対応について机上訓練を行い、情報共有及び災害への意識強化を図っている。備蓄にはカセットコンロや米・水等を用意し、台風時等の自然災害時には法人と連携し情報報告や指示を仰ぐとしている。2月には防火管理者の研修に参加する予定である。	火災及び自然災害を想定した訓練が本年度は行われていないことから、新たに入職する男性職員を交えて2月以降に訓練を実施する予定であり、コロナ禍といえども出来る訓練の実施に期待したい。また、備蓄については必要なものをリスト化し、準備されることが望まれる。



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
<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	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	「基本理念」や、「介護施設コンプライアンスルール」等勉強会の実施、共有協働を目指している。職員も利用者様も地元出身がほとんどで、つい日常的「おいでえ」「ごはんだよー」「散歩に行こう」等不適切な発言あり。注意喚起行っている。又利用者様、職員同士(上司部下、先輩後輩、年齢、経験年数関係無く(〇〇さん)と名前呼びちゃん付け、呼び捨て禁止	日々の挨拶や、言葉使い、身だしなみ及び会議の基本である入浴や排泄などの手順や留意点について、勉強会により意識強化を図り、ケアに反映させている。職員は馴れ合いにならず、入居者への尊厳の念を持って接するよう心掛けている。個人情報の観点から写真の掲載等家族の同意を得て使用し、職員へも守秘義務を徹底するよう指導している。	玄関に置かれた面会簿については、個人情報の観点から個別記入が望ましく、検討の余地があると思われる。
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	運動時、食事時。お茶、入浴時等個別の意向が言い出せるOr聞き出せる状況を作っている。出来る事は叶えられるように支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	食事に時間かかる場合や、時間関係無く散歩希望される場合、解りやすく説明加え納得より納得してもらえるように配慮、本人様の意向尊重するを基本としている。職員都合での言動あり注意喚起している。新入社に向けた勉強会(コンプライアンスルール等)実施		
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	清潔第一にし、入浴、洗面、口腔ケア、爪切り、髭剃りの支援実施している。又身に着ける者は基本的に本人、家族様が準備して下さる物とし、職員が用途に応じて(受診、面会)選択するが本人の承諾も忘れないようにしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	介護度や認知症(実行機能障害)により、出来る事に制限があるが、テーブル拭き、「頂きます」の唱和、お湯呑の返却等自分出来る事の役割を果たしている。業者の宅食活用にて利用者様が切ったり刻んだりする事はない。	業者による宅食サービスを利用しており、副食は配達であるが、炊飯はホームで行っている。入居者が直接調理に関わる機会は少ないがおやつ作りに参加したり、食事前後のテーブル拭き、簡単な下善等出来ることで食への関わりが持たれている味見係として関わる男性入居者や、味噌団子作り等は回想法として生かされている。	

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
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	管理栄養士が考案した宅食にて大まかに栄養バランスはとれているものと思われる。水分補給は1000ml/Dをめどに、達成できている。 毎回食事量、水分量の確認行い、記録を残す事としている。(水分制限者無し)		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、見守り～一部介助及び全介助にて口腔ケア実施できている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	用心の為の紙Pやパット使用の方も日中はなるべくWCへ誘導し、尿意の自覚が得られ動ける様、個別対応し、自立支援を目指している。また、オムツ代の自己負担軽減にも留意している。	トイレでの排泄を基本として、声かけや誘導により失敗を減らし、入居者の自信に繋がる様に支援している。職員はトイレに付き添う際には、ドアを閉め外で待機し、入居者に声を掛けてもらうにしている。自立した方の中には「トイレに行きます」と告知して行かれる方も有り、個別の排泄状況や排泄用品を検討しながら、対応している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	適度の運動と食生活(水分補給含む)にも注意し、3日以上排便見られない時は、医療との連携図って対応している。心身の苦痛緩和に努めている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	介護計画や日課表、体調に応じ、入浴の提供行っている。季節行事に応じ、2月ゆず湯、5月しょうぶ湯が楽しめる様にしている。(家族へ笑顔届けている。)	入居者個々の状況に応じ、週2～3回を目安に入浴を支援している。温度差には十分に注意し、シャワー浴を望まれる方には温まってもらい、「浸かりたい」との声に職員2名体制で支援している。菖蒲や柚等も活用している。	
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	バイタルチェック、体調確認行い、必要時、本人の意向に応じ自室やリビング、ソファにて休息時間を設けている。(職員視野内)就眠時は室内環境、服薬管理行っている。		

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
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	服薬に付いては毎回処方箋の内容確認を行い副作用、禁忌食についても理解している。薬変更時には必ず申し送り簿に記載し、職員のサイン残す事としている。1回/W訪問看護による異常の早期発見や指示助言に従っている。		
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	定期不定期での希望聞き取り行い、洗濯物たたみ、洗濯干し、テーブル拭き、メダカのエサやり、鉢物の水やり等の役割をお願いし達成感が得られる様残存能力を活かしている。趣味活動、脳トレ目的に壁画共同制作他塗り絵間違い探し等個人のレベルに合った物を提案、実施。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	コロナ禍にて制限中であるが感染防止レベルに合わせ家族面会時に距離を置き散歩に連れ出してもらう事がある。最小限にとどまっている状況である。収束し、復活あるのみ	コロナ感染症の状況を見ながら、正月には地域の神社への初詣や図書館へ出かける等少しずつではあるが外出を支援している。受診時には遠回りしてバラを鑑賞して帰ったり、コンビニでの買物等を支援している。	コロナ感染症の状況を見ながら、地域の催し物等に出かけていきたいとしている。まずはホーム周辺の散歩等から支援いただき、入居者が外出したいとの意欲を引き出していただきたい。
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	グループホームが故に金銭管理が難しい。比較的認知レベルが保たれている方に関してはお小使い程度所持し、近くのコンビニで100円～500円の買い物もあり。盗られ妄想に繋がり、トラブル事は避けたい。		
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	会えない分、希望があれば電話での取っ組みしている。コロナワクチン、インフルエンザ注射後に必ず家族への報告行う際に取っ組みするなど接点にも配慮している。塗り絵はがきでお孫さんへ暑中お見舞いもあり。		

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
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	個室、共同生活の場の環境整備(消毒含む)には細心の注意を払っている。玄関や自室には誕生日にと持参された鉢物花で季節感を解ってもらえている。メダカの育成で癒しを。	共有空間では一日のスタートして新聞を読む入居者や体操・塗り絵等感染予防対策を徹底した共有空間であり、壁面を活用した入居者と職員が手がけた四季折々の作品を掲示している。玄関先のメダカ(餌やり)は入居者の役割として生かされ、対面にならないようなレイアウトや相性に配慮した座席等に工夫している。	
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	日中は主にリビングで過ごすことが多い。日常生活上の多様な場面で、個人的居場所や仲間との居場所の配置考慮している。協力談笑する場所や一人空間もあり、お気に入りのクッション使用しゆっくり出来ていると思われる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	在宅時での愛用品や馴染みの置物、湯呑、家族写真は持込自由とし、回想法や職員とのコミュニケーションの一部に繋がっている。ベッドメイキング、整理整頓心がけ気分よく過ごせるようにしている。	環境整備として足元に物を置かない事とし、必要最低限の持込みで良いと説明し、季節の変わり目に持込みを依頼している。室内は職員により感染症対策に清掃や消毒等を徹底している。居室は整理整頓され、食後は居室でゆっくり過ごされている。ご夫婦での入居者はお互いを安じながら生活される等自宅の延長としての日々の暮らしを支援している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	無用の心配や不安感無く日常生活が送れるように自室やトイレ等分かりやすく掲示したり、マスコット、表札を使用し、自立～見守り程度を目指している。(介護度にもよりけり…)館内移動が安全安心の確保できるよう整備している。		