

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	0472100080		
法人名	社会福祉法人 大泉会		
事業所名	グループホーム ふるさと	ユニット名	ふる里
所在地	宮城県刈田郡蔵王町宮字下別当72番地		
自己評価作成日	令和 5年 8月 8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.kai gokensaku.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 9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)】

自然に囲まれた静かな環境にある。春の桜の時期が一番の見ごろである。食事はほとんど全てが手作りで、家庭での食事の様に行っている。季節の野菜がたくさん使われている。週に1回、協力病院より医師が回診に来ていただき、相談しやすい雰囲気と、安心感がある。スタッフ同士のコミュニケーションが取れ、働きやすい職場である。ヒヤリハットを出しやすく、毎月担当を決めて集計し、必要な方にはカンファレンスを行ってスタッフ同士見直せる。

【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)】

ホームは白石市から川崎町間のコスモスライン沿いに立地し、麓の集落や田園が一望できる。敷地内に法人の特別養護老人ホームが併設して、防災訓練や事業面で連携が取れている。法人の医療機関が協力医になっており、週1回の回診があり、いつも相談が出来て安心感がある。職員同士仲が良くコミュニケーションが取れている。いつも笑顔で、入居者の生活リズムを大切に読書や作品作り等本人主体の支援に励んでいる。入居者は得意とする計算プリントの挑戦や家事、ゴミ出し等出来ることに携わっている。目標達成計画の「運営推進会議を年6回開催」と「災害が起きても落ち着いて行動できるようになる」は達成している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
57	利用者や職員が、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)
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)
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)
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
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
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 ふるさと)「ユニット名 ふる里 」

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	大泉会全体の理念と、ふるさとの「ゆったり一緒に楽しく豊かに」をテーマに年度末・年度始めにテーマを決めて、ユニット目標を立て、各個人の目標を設定し、支援を行っている。	ホームの理念を基に、「余裕、寄り添う、笑顔、思いやり」を目標にしている。毎年4月に振り返っている。職員は、入居者との何気ない会話や日常の支援に笑顔を絶やさず、入居者とともに笑顔の生活を送っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	コロナ感染症により今まで他者との交流を行っていなかったが、5月より各居室での面会、外出、外泊を再開した。	町内会に加入し、地域の行事等の情報を得ている。コロナ感染予防の為、地域や町の行事には参加を見合わせている。ボランティアの来訪も中止している。入居希望の地域住民が見学に来訪している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	相談に来た方や電話での受け付けの中で、情報共有し合い、他の介護保険事業者等を紹介したりしている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	利用者様の状況や活動内容等の報告を行うとともに、委員の方々より出た話や意見等があればサービスの向上に活かす様にしている。	地域包括職員や行政区長、住民、家族代表のメンバーで、昨年11月から対面による会議を再開し、年6回実施した。 Consent周りの埃を取るや防止器具を使うなど火災予防の助言もあり、掃除等に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	町の包括支援センターの方や社協の職員の方々等電話等にて、入所への相談や情報の共有、入所後の状態や退所後の相談等を行っている。運営会議の際も町としての情報を共有されている。	ホームで入居判定の際、地域包括支援センターから介護認定区分などの情報を得て対応している。町主催の「認知症サポーター養成講座」を地元の高校で行い、ホームの職員が講師を務めている。	
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	日中は玄関のカギを開けており利用者様や地域の方々が入り出きできるようにしている。	3カ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。ベッドから転落の恐れがある入居者に、センサーマットで行動の安全面に配慮している。入居者に「待って」等の制止は行わず、理由を話して意味を伝え、理解を得ている。	
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されることのないよう注意を払い、防止に努めている	申し送りやカンファレンス等で情報を共有し合い虐待防止に努める。玄関にパンフレットを設置しており、家族や面会人も見て頂けるようにしている。普段の言葉遣いにも気を付けるようにしている。	入居者の身体状況の変化など情報を共有し支援につなげている。法人が作成した「虐待防止テキスト」を職員が持参し実践している。管理者と職員、職員同士のコミュニケーションが良く、笑顔で理解し合っている。	

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	研修会を通し虐待防止について学ぶ。資料等をいつでも見れる状態としている。成年後見人制度の利用者現時点で1名。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関する説明には丁寧に説明を行い、理解、納得を得て了承して頂いている。分からない事や疑問点があれば、その都度対応を行っている。後日、問い合わせある際にも他スタッフが補足を含め説明することもある。		
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	利用者や家族の方々には、いつでも意見や相談がしやすい環境に努めている。意見や相談があった時はスタッフ間で話し合い向上できるよう努める。	面会で来訪した時や電話で家族に連絡した時等に聞いている。通院の同行や入居者の衣類の購入等の依頼があり対応している。帰宅願望の方がホームの周囲を歩いて戻り、我が家に戻ってきたと安心している。	
11	(8)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	意見や提案を聞き実践できる事や良い方向へ向かう事については実践出来るようにしている。ユニット会議やリーダー会議でスタッフの意見を聞いたり、個別で直接管理者やリーダーに話すこともあるため話しやすい環境を整えている。	職員から要望のあったキッチン用品や浴室・浴槽のマットなどすぐに購入している。職場内は何でも話し合える環境になっている。休暇は希望通り取得出来ている。資格取得や研修参加に助成制度がある。	
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	やりがいや向上心を持って働けるように環境や整備等を整えてくれるように努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	グループホーム独自での研修で資料を使い各個人のスキルアップに努めている。		
14	(9)	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	法人内でも、研修会等に参加したり、互いの質の向上につなげたり、また、情報共有し合う事で質の向上に努める。	法人の会議に管理者が出席し、運営状況や課題等について話し合っている。職員にはその都度伝達している。コロナ感染発生時には隣接の特養と協力し合った。防護服購入の際、法人からの情報を得て購入した。	

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	新しい生活環境に不安なく過ごせるよう実態調査時や見学時に聞き取りを行い、以前の環境に近づいて生活出来る支援と安心して生活出来る関係づくりに努めている。		
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	一度説明しても、理解出来ない事もあるため、その都度説明し、信頼関係を築く。		
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	本人が何を求めているのか、必要なものは何なのか、スタッフ同士話し合う。例えば、直ぐに医師に相談し薬を求めるのではなく、私たちに何が出来るのかを話合っている。		
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	共同生活介護の意味を考えながら、スタッフという立場と、家族の様な関係に近づけるよう努めている。		
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	電話対応や、面会時には近況報告等を密に行ったり、少しの時間でも日々の生活を伝えられるような関係をとれるように努めている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	自宅の近所の方や知人等が硝子越しでの面会や電話連絡をいただき、電話での会話を楽しんでいることがあった。	今年の5月から居室での面会を行っている。家族や親戚、知人等多数来訪するようになった。馴染みの美容師が定期的に来訪している。自宅への外泊・外出や墓参りもあった。郵便局への用事には同行支援している。	
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	出来ないことの支援をスタッフが間に入り、支援している。耳が遠い方もいるため、スタッフが会話の中の間に入り利用者との関わりを深める。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も何度か家族がホームを訪れ、本人の状況を説明して頂き、再入所の可能性もあることの説明や、相談しやすい関係づくり支援を行っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(11)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人が何を求めているのか、言葉で表現できなければ目で見て選んでもらう。例えば、何が食べたいか広告等を見て選びやすい環境を整える。	入浴時等に個別で話を聞く機会を持っている。昔、野菜売りをして計算が得意だった入居者に、計算プリントを楽しんでもらっている。家族が月刊誌を毎月購入して、読むのを楽しんでいる方がいる。	
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	利用者様本人や家族の方より、これまでの生活や経歴、出来事について教えていただいたりしている。また、より近い環境を整え安心してもらう。		
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	毎日バイタルチェック、SPO2計測を行い、1人1人の変化や現状を把握出来るように努めている。状態の変化等が見られた時は医師へ相談して指示をいただいたりしている。出来る限り日中は離床を心掛ける。		
26	(12)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様それぞれについて意見があればリーダーや管理者に報告、カンファレンスを行い本人に合ったケアが出来るように介護計画を作成するように努めている。	6か月毎に見直し、状態に変化がある場合はカンファレンスを行い、見直している。手の震えや歩行が不自由になった入居者に、医師と相談して薬の処方をして貰い、手引歩行や車いす、トイレ介助等をプランに入れた。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日、時間を追ってケアの実践、気づきや状態の変化等をケース記録に記入して、スタッフ間で情報を共有しながら、それらを計画に生かすように努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族の協力も頂く方もあれば、それぞれの状況に合わせ、必要に応じて通院送迎や付き添い、スタッフが日用品の買い物等の対応を行っている。		

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
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	手仕事、掲示物作り(カレンダーや)季節の掲示物等で見極め、活動している。		
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	かかりつけ医へ入所後も変わらず、受診できるように送迎・付き添いを行うこともある。	入居者全員が週1回協力医の回診を受けている。医師との相談や緊急時の連携が出来る。専門医の受診は家族が同行する。都合が悪い時は職員が同行している。隣接特養の看護師と連携している。	
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	通院が必要か見極めに、法人内の特養看護師へ相談することもある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	担当医師や病院の相談員などと情報交換し、本人がどんな状態なのか、退院はいつごろになるのか等の連絡を取り合っている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期の方針について家族様等と話をを行うようにしている。	「重度化における指針」「看取りに関する指針」を明文化している。重度化の場合は早い段階で医師と相談し、医師とホーム、家族で話し合っている。看取り体制はあるが、医療の希望が多く、現在看取りはしていない。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変がおきた時には病院に連絡を行い指示を頂くようにしている。又、連絡網やマニュアルを作成して、いつでも見られる状態にしている。		
35	(15)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練等の実施、併設の特養スタッフや地域の消防協力隊が火災や災害が起きた時には協力していただける。	併設の特養と合同で夜間想定を含め年2回の避難訓練を行っている。地域の消防協力隊や併設特養との連携体制が出来ている。反省で訓練時の通報の遅れや車いす避難者の混雑解消が上げられた。	

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	本人に対しての言葉遣いや態度に気をつけて接するように努めている。その時の状況に応じた言葉の使い方、声掛けを心掛けている。	入居者を大事に丁寧に話している。手伝って貰った時等地元の言葉で「せっかくどうもね」と礼を述べることもある。失敗時は失敗でないことをゆっくり話し、安心して貰い居室へ誘導し着替えている。	
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	場面場面で自己決定できるような問いかけや思い、希望を表わせるように言葉や態度に注意し働きかけている。		
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、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	本人のペースを優先に考えトイレ誘導や排泄ケア等、本人の希望に沿った生活を送っていただくように努めている。また、これまで嗜好品(果物等)の管理が出来ていたが、難しいためスタッフ支援を行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	いつも同じ服にならない様に季節にあった服を本人へ確認し、身だしなみを整えている。		
40	(17)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日に本人聞き好みの物を提供している。食後の片づけを一緒に行っている。自助具を使用して、食べやすく提供。個々に合わせ食形態を変えている。	献立や調理は職員が行い、食材は地元の商店から購入している。誕生日には鮭の塩焼きやいなり、焼きそば、ドーナツ、どら焼き等のリクエストが多い。花見弁当や敬老会のお膳、文化祭の握り寿司等を楽しんでいる。	
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	箸やスプーン、フォーク、器等をその方の状態にあわせ提供している。水分量が以前より少なくなった方に対しては、スポーツドリンクやゼリーなど食べやすいもので補給してもらうなど工夫している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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	自力で口腔ケア出来ない方については、支援・介助を行っている。		

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
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	トイレへの声掛けや誘導、介助にて排泄を行う方等、その方に合わせた排泄の排泄支援を行っている。トイレに行く合図を見逃さずに誘導するようにしている。	自分でトイレに行く入居者やトイレへ行きたいと声を掛けて来る方が多い。職員が時間を見て誘導する方もいる。日中は全員がトイレで排泄している。夜間はセンサーマットや定時のオムツ交換で対応をしている。	
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	便秘が目立ってきた方へ青汁や牛乳、水、スポーツドリンクなど、その方に合わせた水分の提供を行っている。また毎日牛乳を提供している。自家製ヨーグルトも提供している。		
45	(19)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた支援をしている	入浴前にはバイタルチェックを行い、本人からの体調変化等について聞き入浴の可否としている。2名で介助を行い入浴している方もおり、その方に合った支援が出来るように努めている。	週に2~3回、午前中に入浴をしている。一番風呂を好む入居者や窓を開けて入浴を楽しむ方もいる。拒否する方には時間をおいたり、職員を替えて誘っている。入浴時はバスタオルで覆うなど露出しないようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中は活動していただき、夜間は安眠していただけるように努めている。夜間、テレビをつけている方もいるためタイミングをみて消すようにしている。室内の温度等にも気をつけるようにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	スタッフが分かるように処方ファイルを作成して、いつでも見られる状態にしている。その人にあった渡し方にしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	掃除、洗濯干し、洗濯たみ、調理の下ごしらえ、ゴミ捨て等、その方が出来る事を行ってもらい、生活を送っていただけるように支援している。花植えや、水やりも行った。		
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	天気の良い日にはなるべく散歩と外気浴を兼ねてゴミ捨てへ戸外に出れるように支援している。外の景色や花などをみてもらう。通院時等、家族と外出が出来るように支援している。	自宅への外出や外泊は自由に行っている。ホームの庭園は広く、桜の木がたくさん植栽されている。日常の散歩や花見、芋煮会を楽しめている。ゴミ置き場へ台車で運搬することや観音像の参拝も日課になっている。	

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		○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	金銭の預かり管理は本人、家族の要請を受け行うようにしています。買い物等で使う際には出金して、台帳に記入を行っています。小銭を個人で管理している方もいる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	公衆電話が設置されており、好きな時に電話を掛けたり、番号の確認を行ったりしている。		
52	(21)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	談話コーナーにはテーブル、イスを設置しており、誰でもくつろげるようにしています。いつでも休むことが出来るようにしている。	食堂は天井が高く広く感じる。窓越しにテラスが設置されている。壁に入居者が色付けしたブドウとザクロの貼り絵が飾ってある。テレビを見たり読書や新聞を見る、作品作り、雑談する等憩いの場になっている。	
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	2ヶ所の談話コーナーを設け、ソファ、テーブル、イスを設置している。食堂前のテラスにもベンチやテーブルを置き、いつでもくつろげるようにしている。		
54	(22)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の方にも協力していただき使い慣れた物や馴染みの品を持って来てもらうようにしている。GHIにて用意した物を飾っている方もいる。	居室にベッドやトイレ、洗面台、箆笥、押し入れ等が備えてあり広くゆったりしている。冷蔵庫やテレビ、位牌、遺影を置いている。孫や家族の写真の壁に貼っている。横になって休む方や本を読む、お祈りをする方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	自力で出来る事は、本人から依頼等があるまで見守り、なるべく自力で行ってもらうように声掛けを行っている。又、一緒に行う事で安心、安全に生活が送れるようにしている。		

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	0472100080		
法人名	社会福祉法人 大泉会		
事業所名	グループホーム ふるさと	ユニット名	わが家
所在地	宮城県刈田郡蔵王町宮字下別当72番地		
自己評価作成日	令和 4年 8月 9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.kai gokensaku.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 9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)】

自然に囲まれた静かなところで、静かに生活する事が出来る。毎年、花見を楽しみにしている。協力病院の大泉記念病院の医師が、毎週回診に来ていただき、利用者・スタッフ共に安心感がある。少ない人数だからこそ、ゆっくり生活することが出来る。出来なくなってきてもできる事をどうやってしてもらうか考え支援出来る所まで行えている。毎月の行事で、メリハリを付け季節感等を実感してもらえる様掲示物等、支援協力している。

【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)】

ホームは白石市から川崎町間のコスモスライン沿いに立地し、麓の集落や田園が一望できる。敷地内に法人の特別養護老人ホームが併設して、防災訓練や事業面で連携が取れている。法人の医療機関が協力医になっており、週1回の回診があり、いつも相談が出来て安心感がある。職員同士仲が良くコミュニケーションが取れている。いつも笑顔で、入居者の生活リズムを大切に読書や作品作り等本人主体の支援に励んでいる。入居者は得意とする計算プリントの挑戦や家事、ゴミ出し等出来ることに携わっている。目標達成計画の「運営推進会議を年6回開催」と「災害が起きても落ち着いて行動できるようになる」は達成している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

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 ふるさと)「ユニット名 わが家 」

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	大泉会全体の理念と、ふるさとの「ゆったり一緒に楽しく豊かに」をテーマに年度末・年度始めにテーマを決めて、ユニット目標を立て、各個人の目標を設定し、支援を行っている。	ホームの理念を基に、「余裕、寄り添う、笑顔、思いやり」を目標にしている。毎年4月に振り返っている。職員は、入居者との何気ない会話や日常の支援に笑顔を絶やさず、入居者とともに笑顔の生活を送っている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	コロナ感染症により今まで他者との交流を行っていなかったが、5月より各居室での面会、外出、外泊を再開した。	町内会に加入し、地域の行事等の情報を得ている。コロナ感染予防の為、地域や町の行事には参加を見合わせている。ボランティアの来訪も中止している。入居希望の地域住民が見学に来訪している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	相談に来た方や電話での受け付けの中で、情報共有し合い、他の介護保険事業者等を紹介したりしている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	利用者様の状況や活動内容等の報告を行うとともに、委員の方々より出た話や意見等があればサービスの向上に活かす様になっている。	地域包括職員や行政区長、住民、家族代表のメンバーで、昨年11月から対面による会議を再開し、年6回実施した。 Consent周りの埃を取るや防止器具を使うなど火災予防の助言もあり、掃除等に活かしている。	
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に取り組んでいる	利用者様の状況や活動内容等の報告を行うとともに、委員の方々より出た話や意見等があればサービスの向上に活かす様になっている。	ホームで入居判定の際、地域包括支援センターから介護認定区分などの情報を得て対応している。町主催の「認知症サポーター養成講座」を地元の高校で行い、ホームの職員が講師を務めている。	
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	日中は玄関のカギを開けており本人や地域の方々が出入りできるようにしている。	3カ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。ベッドから転落の恐れがある入居者に、センサーマットで行動の安全面に配慮している。入居者に「待ってて」等の制止は行わず、理由を話して意味を伝え、理解を得ている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	申し送りやカンファレンス等で情報を共有し合い虐待防止に努める。玄関にパンフレットを設置しており、家族や面会人も見て頂けるようにしている。普段の言葉遣いにも気をつけるようにしている。	入居者の身体状況の変化など情報を共有し支援につなげている。法人が作成した「虐待防止テキスト」を職員が持参し実践している。管理者と職員、職員同士のコミュニケーションが良く、笑顔で理解し合っている。	

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	研修会を通し虐待防止について学ぶ。資料等をいつでも見れる状態としている。成年後見人制度の利用者現時点で1名。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関する説明には丁寧に説明を行い、理解、納得を得て了承して頂いている。分からない事や疑問点があれば、その都度対応を行っている。後日、問い合わせある際にも他スタッフが補足を含め説明することもある。		
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	利用者や家族の方々には、いつでも意見や相談がしやすい環境に努めている。意見や相談があった時はスタッフ間で話し合い向上できるように努める。	面会で来訪した時や電話で家族に連絡した時等に聞いている。通院の同行や入居者の衣類の購入等の依頼があり対応している。帰宅願望の方がホームの周囲を歩いて戻り、我が家に返ってきたと安心している。	
11	(8)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	意見や提案を聞き実践できる事や良い方向へ向かう事については実践出来るようにしている。ユニット会議やリーダー会議でスタッフの意見を聞いたり、個別で直接管理者やリーダーに話すこともあるため話しやすい環境を整えている。	職員から要望のあったキッチン用品や浴室・浴槽のマットなどすぐに購入している。職場内は何でも話し合える環境になっている。休暇は希望通り取得出来ている。資格取得や研修参加に助成制度がある。	
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	やりがいや向上心を持って働けるように環境や整備等を整えてくれるように努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	グループホーム独自での研修で資料を使い各個人のスキルアップに努めている。		
14	(9)	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	法人内でも、研修会等に参加したり、互いの質の向上につなげたり、また、情報共有し合う事で質の向上に努める。	法人の会議に管理者が出席し、運営状況や課題等について話し合っている。職員にはその都度伝達している。コロナ感染発生時には隣接の特養と協力し合った。防護服購入の際、法人からの情報を得て購入した。	

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	新しい生活環境に不安なく過ごせるよう実態調査時や見学時に聞き取りを行い、以前の環境に近づいて生活出来る支援と安心して生活出来る関係づくりに努めている。		
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	一度説明しても、理解出来ない事もあるため、その都度説明し、信頼関係を築く。		
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	本人が何を求めているのか、必要なものは何なのか、スタッフ同士話し合う。例えば、直ぐに医師に相談し薬を求めるのではなく、私たちに何が出来るのかを話合っている。		
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	共同生活介護の意味を考えながら、スタッフという立場と、家族の様な関係に少しでも近づけるよう努めている。		
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	電話対応や、面会時には近況報告等を密に行ったり、少しの時間でも日々の生活を伝えられるように努めている。		
20	(10)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	自宅の近所の方や知人等が硝子越しでの面会や電話連絡をいただき、電話での会話を楽しんでいることがあった。	今年の5月から居室での面会を行っている。家族や親戚、知人等多数来訪するようになった。馴染みの美容師が定期的に来訪している。自宅への外泊・外出や墓参りもあった。郵便局への用事には同行支援している。	
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	出来ないことの支援をスタッフが間に入り、支援している。耳が遠い方もいるため、スタッフが会話の中の間に入り利用者との関わりを深める。		

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
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も何度か家族がホームを訪れ、本人の状況を説明して頂き、再入所の可能性もあることの説明や、相談しやすい関係づくり支援を行っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(11)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人が何を求めているのか、言葉で表現できなければ目で見て選んでもらう。	入浴時等に個別で話を聞く機会を持っている。昔、野菜売りをして計算が得意だった入居者に、計算プリントを楽しんでもらっている。家族が月刊誌を毎月購入して、読むのを楽しんでいる方がいる。	
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	利用者様本人や家族の方より、これまでの生活や経歴、出来事について教えていただいたりしている。また、より近い環境を整え安心してもらう。		
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	毎日バイタルチェック、SPO2計測を行い、1人1人の変化や現状を把握出来るように努めている。状態の変化等が見られた時は医師へ相談して指示をいただいたりしている。出来る限り日中は離床を心掛ける。		
26	(12)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様それぞれについて意見があればリーダーや管理者に報告、カンファレンスを行い本人に合ったケアが出来るように介護計画を作成するように努めている。	6カ月毎に見直し、状態に変化がある場合はカンファレンスを行い、見直している。手の震えや歩行が不自由になった入居者に、医師と相談して薬の処方をして貰い、手引歩行や車いす、トイレ介助等をプランに入れた。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日、時間を追ってケアの実践、気づきや状態の変化等をケース記録に記入して、スタッフ間で情報を共有しながら、それらを計画に生かすように努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族の協力も頂く方もあれば、それぞれの状況に合わせ、必要に応じて通院送迎や付き添い、スタッフが日用品の買い物等の対応を行っている。		

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
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	手仕事、掲示物作りや、季節の掲示物等で見られるところを見極め、活動している。		
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	かかりつけ医へ入所後も変わらず、受診できるように送迎・付き添いを行うこともある。	入居者全員が週1回協力医の回診を受けている。医師との相談や緊急時の連携が出来る。専門医の受診は家族が同行する。都合が悪い時は職員が同行している。隣接特養の看護師と連携している。	
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	通院が必要か見極めに、法人内の特養看護師へ相談することもある。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	担当医師や病院の相談員などと情報交換し、本人がどんな状態なのか、退院はいつごろになるのか等の連絡を取り合っている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合や終末期の方針について家族様等と話をを行うようにしている。	「重度化における指針」「看取りに関する指針」を明文化している。重度化の場合は早い段階で医師と相談し、医師とホーム、家族で話し合っている。看取り体制はあるが、医療の希望が多く、現在看取りはしていない。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変がおきた時には病院に連絡を行い指示を頂くようにしている。又、連絡網やマニュアルを作成して、いつでも見られる状態にしている。		
35	(15)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練等の実施、併設の特養スタッフや地域の消防協力隊が火災や災害が起きた時には協力していただける。	併設の特養と合同で夜間想定を含め年2回の避難訓練を行っている。地域の消防協力隊や併設特養との連携体制が出来ている。反省で訓練時の通報の遅れや車いす避難者の混雑解消が上げられた。	

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	本人に対しての言葉遣いや態度に気をつけて接するように努めている。その時の状況に応じた言葉の使い方、声掛けを心掛けをしている。	入居者を大事に丁寧に話している。手伝って貰った時等地元の言葉で「せっかくどうもね」と礼を述べることもある。失敗時は失敗でないことをゆっくり話し、安心して貰い居室へ誘導し着替えている。	
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	場面場面で自己決定できるような問いかけや思い、希望を表わせるように言葉や態度に注意し働きかけている。		
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、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	本人のペースを優先に考えトイレ誘導や排泄ケア等、本人の希望に沿った生活を送っていただくように努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	いつも同じ服にならない様に季節にあった服を本人へ確認し、身だしなみを整えている。		
40	(17)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日に本人聞き好みの物を提供している。食後の片づけを一緒に行っている。自具を使用して、食べやすく提供。個々に合わせ食形態を変えている。	献立や調理は職員が行い、食材は地元の商店から購入している。誕生日には鮭の塩焼きやいなり、焼きそば、ドーナツ、どら焼き等のリクエストが多い。花見弁当や敬老会のお膳、文化祭の握り寿司等を楽しんでいる。	
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	箸やスプーン、フォーク、器等をその方の状態にあわせ提供している。水分量が以前より少なくなった方に対しては、スポーツドリンクやゼリーなど食べやすいもので補給してもらうなど工夫している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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	自力で口腔ケア出来ない方については、支援・介助を行っている。		

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
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	トイレへの声掛けや誘導、介助にて排泄を行う方等、その方に合わせた排泄の排泄支援を行っている。	自分でトイレに行く入居者やトイレへ行きたいと声を掛けて来る方が多い。職員が時間を見て誘導する方もいる。日中は全員がトイレで排泄している。夜間はセンサーマットや定時のオムツ交換で対応をしている。	
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	便秘が目立ってきた方へ牛乳、氷水等その方に合わせた水分の提供を行っている。医師へ相談し薬の調整をしてもらっている。自家製ヨーグルトも提供。		
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	入浴前にはバイタルチェックを行い、本人からの体調変化等について聞き入浴の可否としている。入浴拒否がある方には声掛けの内容や人を変え、時間をおき何度も声掛けして対応している。	週に2~3回、午前中に入浴をしている。一番風呂を好む入居者や窓を開けて入浴を楽しむ方もいる。拒否する方には時間をおいたり、職員を替えて誘っている。入浴時はバスタオルで覆うなど露出しないようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中は活動していただき、夜間は安眠していただけるように努めている。室内の温度等にも気をつけるようにしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	スタッフが分かるように処方ファイルを作成して、いつでも見られる状態にしている。その人にあつた渡し方、飲み方にしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	掃除、洗濯干し、洗濯たみ、調理の下ごしらえ、ゴミ捨て等、その方が出来る事を任せてもらい、生活を送っていただけるように支援している。花植えや、水やりも行った。		
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	天気の良い日にはなるべく散歩と外気浴を兼ねてゴミ捨てへ戸外に出れるように支援している。外の景色や花などをみってもらう。通院時等、家族と外出が出来るように支援している。	自宅への外出や外泊は自由に行っている。ホームの庭園は広く、桜の木がたくさん植栽されている。日常の散歩や花見、芋煮会を楽しんでいる。ゴミ置き場へ台車で運搬することや観音像の参拝も日課になっている。	

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		○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	金銭の預かり管理は本人、家族の要請を受け行うようにしています。買い物等で使う際には出金して、台帳に記入を行っています。小銭を個人で管理している方もいる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	公衆電話が設置されており、好きな時に電話を掛けたり、番号の確認を行ったりしている。		
52	(21)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	談話コーナーにはテーブル、イスを設置しており、誰でもくつろげるようにしています。いつでも休むことげ出来るようにしている。	食堂は天井が高く広く感じる。窓越しにテラスが設置されている。壁に入居者が色付けしたブドウとザクロの貼り絵が飾ってある。テレビを見たり読書や新聞を見る、作品作り、雑談する等憩いの場になっている。	
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	2ヶ所の談話コーナーを設け、ソファー、テーブル、イスを設置している。食堂前のテラスにもベンチやテーブルを置き、いつでもくつろげるようにしている。テラスにも設置してある。		
54	(22)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の方にも協力していただき使い慣れた物や馴染みの品を持って来てもらうようにしている。GHIにて用意した物等を飾っている方もいる。	居室にベッドやトイレ、洗面台、筆筒、押し入れ等が備えてあり広くゆったりしている。冷蔵庫やテレビ、位牌、遺影を置いている。孫や家族の写真を壁に貼っている。横になって休む方や本を読む、お祈りをする方もいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	出来る事は、本人から依頼等があるまで見守り、なるべく自力で行ってもらうように声掛けを行っている。又、一緒に行う事で安心、安全に生活が送れるようにしている。		