

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	0174700427		
法人名	特定非営利活動法人 オーディナリーサーヴァンツ		
事業所名	グループホーム いと小さき者たちの家		
所在地	北海道十勝郡浦幌町字寿町111-26		
自己評価作成日	令和4年3月31日	評価結果市町村受理日	令和4年5月11日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan_i=true&amp;JigyosyoCd=0174700427-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kan_i=true&amp;JigyosyoCd=0174700427-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ソーシャルリサーチ
所在地	北海道札幌市厚別区厚別北2条4丁目1-2
訪問調査日	令和4年4月19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)】

身体活動性の低下を防ぐこと、楽しみ役割を持って笑顔で暮らし続ける事などを大切に考えている。体を動かすこと→パワリハ、愛知介護予防体操、いと体操、歌、軽い運動等  
外出→図書館・博物館の利用、散歩、ドライブ等  
役割→食事準備、台所手伝い、洗濯、掃除、ゴミ集め、袋やメモ紙切り、新聞取り、花や畑の世話等  
楽しみ→各行事、行事食作りへの参加、野菜や花壇作り、レク・制作、カラオケ等  
地域連携 ご近所との関係(畑起こし、草刈り、避難訓練への協力等)

【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)】

浦幌町内の中心部に位置し、町立病院に隣接しています。利用者が地域の中で、役割をもって楽しく生活できるように、地域との共生を掲げた理念に基いた支援を行っています。利用者の健康維持に力を入れており、看護師の配置や法人内に筋力トレーニングの専門施設を持ち、利用者が通っています。さらに、外部の歩行機能の維持向上に特化した理学療法士の指導を職員が受け、個別訓練計画の実施や日常的なリハビリを行っています。コロナ禍により家族等との面会を制限していますが、窓越しやオンラインでの面会や写真を多く掲載した事業所だけで、利用者の日常生活を伝えています。地域との交流機会も同様に制限がありますが、農作物の差し入れなどは継続しています。旬の食材や行事ごとのメニューなども含め、バランスの良い食事を提供しています。

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で日頃の取組を自己点検した上で、成果について自己評価します

項目		取組の成果 ↓該当するものに○印		項目		取組の成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意図をつかんでいる (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 ほとんどつかんでいない	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ます (参考項目:9、10、19)	○	1 ほぼ全ての家族と 2 家族の2/3くらい 3 家族の1/3くらい 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 あまり増えていない 4 全くない
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 3 利用者の1/3くらいが 4 ほとんどいない	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 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 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、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 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				

## 自己評価及び外部評価結果

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 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を作り、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	理念は事務所に掲示、毎年理念服務等の研修実施、コメント提出。口に出して考える事を繰り返し意識させてきた。入居者を元気にする＝認知力↑のために身体を動かす。パワリハ、外出支援、レク体操、地域交流等に取り組んでいる	法人の理念に「高齢者を元気にする事で、地域を元気にする」を掲げ、利用者ごとに行えることを支援し、自身の存在意義を見出せるように支援しています。管理者は地域を元気にすることが地域密着型サービスである事業所の役割であると認識し利用者の自分らしく暮らしたいという思いに応えています。職員は日々のミーティングを通じて理念を理解し、実践しています。		
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	各地域行事に参加。町内会より避難訓練(希望で車イス操作指導)や環境整備への協力。図書館や喫茶店利用。	コロナ禍でもあり、以前のように気軽に地域交流を行うことは難しくなっていますが、野菜等や年末に手打ちそばが届くなど、間接的な交流を続けています。		
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	福祉有償運送、パワリハ事業、町の補助によるデイサービス体制。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組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	法人3事業所合同で開催、入居者、事業所取り組み、ヒヤリ等、身体拘束、研修等の状況報告。各回テーマを決め意見交換。議事録は毎回ご家族に送付、会議参加へのご案内。参加していただき、今後活かせるご意見をいただきました。	法人の系列3事業所合同で会議を行っています。今年度は書面での会議を2回開催しました。会議に参加する委員には事前に議題を送付し、意見を求めています。会議に参加していない家族には議事録を送付しています。会議には家族や地域包括支援センター、役場担当者、地区区長などが参加し、委員から運営についてのアドバイスを受け、改善に努めています。		
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	包括所長が運推委員、テーマで役場担当職員も出席。入居者紹介や実地調査、生保利用者の事務代行、SOSネットワーク登録等で関わり多い。困難事例にはアドバイスあり。	管理者は施設の空き状況等を提供するなど、役場の担当者や地域包括支援センター、社会福祉協議会との連携を深め、困難な事例について助言を受けています。社会福祉協議会から、お雛様や介護用ベッドなどの寄贈の打診があるなど、利用者支援のため協力を得ています。		
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	マニュアル等を事務所に掲示。毎年研修実施、虐待と合わせて具体的な項目で取り組みミーティングで話し合う。玄関施錠は夜勤者が一人になる時間のみ。頻りに外へ出られる利用者があるが、都度付き添い一緒に動いている、現状として身体拘束はない	身体拘束の排除に向けて研修を行うとともに、グレーゾーンへの対応について、職員を交えて検討しています。さらに、毎年9月に職員は身体拘束について自己チェックを行い、自身の対応を確認するとともに改善に努め、翌月に再チェックを行い改善の状況を確認しています。		
7		○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のないよう注意を払い、防止に努めている	マニュアルがあり毎年研修実施。身体拘束と合わせて具体的な項目チェック表で2ヶ月に渡る取り組みを継続。不適切と感じるケアはないか話し合う。職員の思いを書く欄をもうけ個人面談へとつなぐ。専門医療機関のストレスチェック実施。悩み等他事業所管理者や理事に個別面談が出来る体制がある			

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価	実施状況	実施状況
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	毎年研修を実施、外部研修にも参加してきた。過去に後見人をつけた入居者が2名、その際には役場、病院、後見人、ご親戚の方等と十分な話し合いをしてきた。以前に後見人だった司法書士さんは現在法人の理事として繋がっている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	利用希望の段階で重要事項説明や見学を行い、まず納得されての待機となる。検討対象となった時にはご本人との面会、ご家族とも十分な連絡を取る。契約時は出来るだけ複数の方に同席いただくようにしている。変更時には十分説明し同意書をいただいている		
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	・利用者→入居者懇談会、1/月の個別聞き取り、入浴時の聞き取り、日頃のやり取りから出来る範囲で対応。ご家族→ご意見箱、アンケート、家族懇談会、運推、ケアプラン更新時、日々のやり取り等。法人事業所打合せやミーティングで報告検討される	個別の面談や入居者懇談会で利用者の意見を聞き取っています。また、事業所だよりで利用者の状況等を伝えるとともに、家族が利用料を持参した際に直接状況を説明し、意向や要望を聞き取っています。事業所の運営についてアンケートを実施するなど、意見や要望を表明できる機会を積極的に作っています。	
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	代表者→1/月の研修委員会(各管理者、指導職員、理事)事業所打合せ(各管理者、理事)に持ち寄り検討。希望で座談会を実施したり個別面談出来る体制あり。管理者→日々のやり取り、1/月ミーティング(業務改善等)、個別面談(目標意見等、年2回実施)、要望箱の設置	管理者は年2回、職員と定期面談を実施し、意見を聴取しています。また、職員は直接理事長や管理者に意見を伝えることができます。得られた職員の意見は、ミーティングや担当者会議で検討し、運営に反映しています。職員からの提案で、利用者の記録を一部パソコン入力にするなど効率化にも繋がっています。	
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	給与形態キャリアパス。職員自己評価から個別面談→具体的な目標設定評価。処遇改善手当、子育て支援、資格取得助成(初任者研修全額補助)各種手当。勤務条件は希望相談可。利用者の状況で増員等勤務調整あり		
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	合同の研修委員会を設置し内外の年間研修計画を立て実施している(レポート提出)。職員が講師をする等で指導員の育成。職員は個別目標を設定し具体的に取り組み評価を受ける。それぞれの力量にあわせた段階的な研修		
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組をしている	法人内合同研修や運推、また日頃の合同取り組み等を通して法人内事業所間で情報交換。		
<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	入所希望時点で見学や重説(可能ならご本人同席)状況の聞き取りを実施。ホームの運営に納得いただいて待機へと進める。検討対象となればケアマネと現場職員でご本人に面会し、状況把握や思いの確認をするとともに顔見知りの関係作りをしている		

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	
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	利用希望の時点で時間をいただき、重説や見学、日常生活の流れ等を伝えたり、ご家族の思い等を確認話し合う。決定まで在宅で出来る認知症ケアのアドバイスや冊子提供。連絡を密に取り、入所時の基本情報やアセスメントはご家族と一緒に作成する			
17		○初期対応の見極めと支援サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	家族と作る入所時の基本情報アセスメントから現状や必要な介助方法を確認、状況で調整しながらケアを進める。パワーリハビリ、有償運送、保険外サービス等利用について説明。基本情報でご本人やご家族の願いを把握			
18		○本人と共に過ごし支え合う関係職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	山菜の処理や保存、調理法、花の育て方、野菜作りや漬物作り、かぼちゃ団子作り、お節作り等は皆さんに教えていただける。歌を教えていただくこともある。家事仕事は役割として皆さんの協力がある			
19		○本人を共に支え合う家族との関係職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	事業所とご家族と一緒に支えていきたい旨、重説に記載説明している。運推、家族懇談会でも伝える。毎月通信と個々の生活の様子を送付、食べたい物等ご家族の協力もある。また事業所への差し入れも多い。終末期にはご家族が泊り込まれ一緒に見守ったケースもある			
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	行きたい所したい事等の聞き取りから可能なことは実施。娘さん宅への外泊継続のため症状に対する関わり方を伝える等	窓越しの面会やオンラインでの面会の機会を設けるなど、家族や知人との関係が途切れないように工夫しています。また、外出の希望があった際には、法人で行っている有償運送の活用を検討するなど、実現に向けた検討を行っています。		
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	昔からの知り合いも多い。同地区からの入居もあり、声かけあう場面もある。状況や相性で席替えや行事の配置の工夫、職員が介入することで関係作りを意識している。車内での座席も同様。「あなたのお陰ですケア」実施			
22		○関係を断ち切らない取組サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約終了後(終末期)ほぼ医療機関へ移る現状。洗濯物や用品購入届け等を代行する保険外サービス提供。そこからご家族とのやり取りやご本人との面会が続く状況がある。職員とのつながり継続を希望されサービス利用のご家族もおられる。病院隣接で立ち寄りやすい			
<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	入浴時や日々の関わりの中、1/月の個別聞き取り、入居者懇談会、プラン更新時の話等で把握。内容→献立リクエスト・嗜好品・美味しい物を食べる会・家事参加・畑や漬物作り・ドライブ等。可能な限り対応し記録に残す	入居者懇談会だけではなく、入浴時など職員と一対一になる場面で、利用者の思いや意向を聞いています。利用者の思いや意向は逐語録の形で連絡ノートで職員間で共有し、申し送りの際にも検討するなど誰でも対応できるようにしています。		

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	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所時にご家族(ご本人)と作る基本情報(個別ファイル)から把握(入所までの経過、家族構成、既往症、服薬状況、生活歴、好きな事得意な事、ご本人ご家族の願い等)。待機の時点でご家族から了解をいただき、担当ケアマネから今までの情報提供書をいただいている			
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	その方の1日の生活の流れ、言動、心身の状態等を「生活記録」に時系列で記録しており、職員は申し送り(生活面、体調面)と合わせて現状を確認把握している。定期的なアセスメント、「姿と気持ちシート」作成、毎月のミーティング(モニタリング)で生活の状況を把握している			
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	毎月職員(担当制)から出されたものをサービス担当者会議やミーティング、理学療法士とのリハミーティングで検討。モニタリング内容は見直し表、連絡ノート、申し送り等で周知される。プラン案は現場職員が再確認、ご本人やご家族(来所いただく)の意見を合わせ作成	介護計画は具体的な内容で、効果測定ができるようにしています。計画内容はその達成状況に応じて、随時変更しています。また、利用者ごとに担当職員をローテーションし、モニタリングを行うことで、支援の方向性と職員の利用者理解を深める工夫をしています。		
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	心身の様子や生活状況、認知症状や対応等「生活記録」に時系列で記録。職員は読みながら記録を進める。すぐに必要なことは申し送り(精神面、体調面)に記載、実行される。ヒヤリハット等と合わせて出勤時に必ず確認サインし業務に就く。プランに関する記載欄がある			
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、既存のサービスにとらわれない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	法人にパワーリハビリテーションあり、入居者は2/週サービスで実施。福祉有償運送事業、町の補助によるデイサービス体制あり。合同の喫茶店デイ、生活保護受給者事務処理、入院時の保険外サービス(退所後も継続可)等			
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	図書館博物館の利用や、ドライブなどで自然を感じ春は渡り鳥や花壇、夏は海、秋は紅葉など季節を楽しむ。ホーム内でも季節の花などを、壁飾りとして制作に取り組んでいる。			
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りつけ医と事業所の関係を楽しみながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居時に確認。診療所(24時間365日体制)や歯科とは協定あり。町外は福祉有償運送利用できる。診療所は電話相談ができ、ご家族を交えて話す時間も取れる。出来る限りホームで、全面的に協力すると院長。状況で医師や看護師が様子見に来て下さる事も。1/月往診あり			
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	受診記録等に経過等細かく記載。ホーム非常勤看護師とは24時間オンコール体制を確保。町立診療所とは協定もあり看護師にいつでも電話相談が出来る。状況で経過確認の電話が入る等、気に掛けていただいている			

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 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。	日常的に気軽に相談できる関係にある。入退院時も相談あり、早期退院は院長の方針でもある。不安なことは何でも相談しなさいとの言葉をいただいている。病院の隣という立地状況もある			
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、地域の関係者とともにチームで支援に取り組んでいる	入所時に説明。予測される段階でなるべく複数のご家族に「重度化・終末期を迎えるにあたって」で十分説明し覚書を取り交わし(状況で変更)医療と共有。病院と連携し出来る限りホームで生活、無理になると入院という院長との流れあり。ギリギリまでホームで見ている現状がある(かなり看取りに近い)	入居時に重度化や終末期に向けた事業所の対応について説明しています。入居後も町立病院との協力体制の説明を行い、事業所で行うことができる終末期の対応について説明しています。センター方式のアセスメントシートの中で利用者の意向を把握した場合は記録し、終末期に向けた対応について、本人や家族に段階的に説明し同意を得ています。		
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	マニュアルがあり事務所に指針や緊急時の対応を貼り出している。職員は消防の普通救命講習を必ず受講(更新)している。医療知識研修、事故急変時対応研修は毎年実技も交えて実施している			
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	マニュアルあり、机上訓練、火災避難訓練(夜間想定、消防立会、町内会回覧)年2回実施。避難場所診療所駐車場、地域から協力6~7人固定確保(車イス操作指導)。地域向けスピーカー設置。法人避難訓練(消防署にて煙体験、消火器訓練)実施。洪水時避難訓練予定	本年度は地域や消防を交えた避難訓練は実施できませんでしたが、様々な状況を想定した机上訓練を1回行いました。備蓄や備品について内容を確認し、必要な備品等の補充を行いました。また、非常時に有効に活用するために事業所の備蓄を施設内と施設外の2カ所に分散保管しています。	役場と連携し、ハザードマップを考慮した上で、避難先を選定しています。今後は、BCPの作成を行うとともに、特に水害については避難方法は利用者の特性等に配慮した計画を立案しているため、実際の訓練を行いブラッシュアップしていくことを期待します。	
<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	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	マニュアルあり。研修(法人独自のテキスト等)や具体的チェック表(身体拘束、虐待、言葉遣いや関わる姿勢等)2度実施。チェック表最終結果をミーティングで検討、改善へと進める。他者から注目や指摘されないよう相性への配慮や席の配置に工夫している(車内同様)	法人独自のマニュアルがあり、職員の入職時に配布しています。職員は対応に迷いのある場合は、このマニュアルに立ち返り、指針としています。職員には、利用者や家族の立場にたち、その尊厳や人格を貶めることがないように、言葉づかいや差別的な用語を使用しないように指導しています。		
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	1/月の個別聞き取り実施(行きたい所、したい事、気になる事等)。入浴時や日々の関わりから確認把握、可能な限り対応(外出、食事メニュー、嗜好品、入浴時間、暖房調節等)。理解できる方にはご本人が選べるような声かけ			
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、希望に沿って支援している	生活時間に決めなし。体調や天気、催し物等でその日の目安予定を立てる(臨機応変)。入浴、外出等ご本人の希望により調整。起床がゆっくりの方には他者の目に配慮、場所を変える食事提供。一人外出には都度付き添う			
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	美容室等は入所前の馴染みの店へ。髪型はご本人やご家族の希望。衣類や化粧品購入も希望の物を一緒に買いに行く(ご家族の協力もある)。手洗いの洗濯物もに対応。クリーニング店対応可、「似合いますよ」等の声かけをする			

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	
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたい物は日頃のやり取り、1/月の聞き取り時に把握し献立に反映。その日リクエストOK。形状は個別対応(表あり)。毎日の買い物、食事準備、後片付け(人数分のカゴ用意)は機能や関係に配慮しながら一緒に。山菜の処理等は大得意。畑で野菜(希望)育て漬物作りも楽しむ。お腹いっぱい食べる会、場所を変えて行事食お弁当は大好評。誕生会献立は希望	毎月利用者から食べたいものを聞き取っています。利用者のリクエストや、旬のくだもの、栄養バランスなどを考慮し、献立は当日に作成しています。利用者は、盛り付けや、もやしの下ごしらえなどできることで参加しています。畑での野菜作りや夏の焼肉なども行っています。また、職員は新たなメニューの提供にも力を入れ、インターネットで献立を参照するなどしています。		
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	献立表でメインのタンパク質を意識バランス等は献食表でチェック。状況で個別食事摂取表をつけ対応、医療等へ相談。水分は個別目標を設定、累計しながらさり気なく勧める(好みに配慮)、形状や提供量、頻度は個別対応			
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	毎食後の口腔ケアは習慣となっている。お誘いのタイミングやケア方法は個別対応。曜日を決め納得いただき義歯洗浄、洗浄後の装着は希望で。月1回の口腔チェックの日に細かくチェック。歯科医とは協定を結んでいる。			
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向けた支援を行っている	基本日中はオムツは使わず、紙パンツで過ごす。歩けなくても便座に座っての排泄習慣。動きや訴えには都度対応、さり気ない時間誘導(ご本人と相談もあり個別対応)。状況で用品使い分け。誘導の矢印や混乱防止で汚物入れやバットの置き場所工夫	職員は、定期的な声掛けだけではなく、利用者ごとの排泄のサインを共有しています。サインは申し送りや排便表などを使用して日常的に共有しています。排泄の失敗を減らすことと、利用者の安楽や自立の支援が両立できるよう、手段と目的を理解したうえで利用者ごとの排泄支援を行っています。		
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	毎日の牛乳、ヨーグルト。状況でイージーファイバー。排泄表にて排便状況確認、申し送りで朝から便秘対策(運動、水分、繊維質、マッサージ等)パワーリハビリ、便秘体操等の実施			
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てしまわずに、個々に沿った支援をしている	毎日午後用意、週2回以上の入浴提供。目安はあるが希望や状況で調整。方法や湯温、順番、時間帯、かける時間は個別対応(話をする時間も取り何でも話せる場、お一人目安1時間程度)。帰宅前等入浴希望があれば都度調整。状況で同性介助	週2回の入浴を基本として、毎日午後の時間に入浴しています。入浴方法や入浴時間は利用者の希望で調整しています。同性介助を基本としていますが、職員2名での介助や異性介助が必要な場合は、事前に家族にも説明を行っています。		
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	基本就寝起床時間はご本人の希望。電気をつけたり入れ歯の装着等は希望。食事の時間も状況で個別対応。居室には温湿度計、加湿器設置、時間で見回り実施。玄関フロアにはソファやテーブル設置、事務所も開放している			
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	個別服薬状況一覧表を貼り出し。明細は個別ファイルで確認。情報は受診記録、都度申し送り等で周知。配薬、服薬の手順はチェック表による。服薬方法は個別対応(表がある)。毎朝、入浴前、状況でバイタルチェック実施			

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 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	生活歴、得意な事等は基本情報で把握。力量等に合わせた役割に認め感謝等の言葉を伝える。入浴時やしたいこと等の聞き取りから可能な限り対応、買い物、ドライブ、寄せ植え、畑、漬物作り、食べたい物や飲みたい物(生寿司、干し柿)			
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望に沿って、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	毎日の散歩、リハ、ドライブ、図書館など、毎日の予定で外出の取り組みを意識。行きたい所の聞き取り等から可能な限り対応(お墓参り、海等)町外等には福祉有償運送利用できる。一人外出には都度付き添う	敷地が広いため、畑や物干し場へ洗濯物を干しに行ったり、職員との近所への散歩は継続しています。コロナ禍により、従来の日常的な買い物などの外出が難しい状況となっていますが、花見や紅葉狩り、海へのドライブなど、利用者が季節を感じるような外出を継続しています。		
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	認知症状に合わせて対応。トラブルの経過から、今は支障のない程度の金額所持で協力いただいている。ご家族と相談しホーム立替で一緒に希望される物の買い物ができる			
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご家族への電話等は希望で都度対応している。かからない時は時間を見てつないでいる。毎年年賀状は皆さんと一緒に作りご家族に出している			
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	民家改修型の古い建物、居間は温風ヒーター3台設置、エアコン1設置、場所取り等のトラブルへ配慮。冬は玄関にシャワーカーテンで寒さ対策、陽射しにはレースカーテン。玄関フロアは喫茶店やレストランに、また外の景色等を眺められる場。馴染みの音楽を流す等	居間にはエアコンや空気清浄機、温湿度計を備え、快適な温度や湿度となるようにしています。また、ソファやテレビの配置などには、利用者同士の関係性を考慮するなど、すべての利用者が平等に、快適に過ごすことのできる共用空間となるように努めています。居間に集まって季節感のある装飾を手作りするなど、日中は多くの時間を一緒に過ごしています。		
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	入居者の状況で席替えをしたりテーブル配置の工夫で、お互いの関係に配慮。狭い空間だが玄関フロアのソファ等を利用者が気分を使ったり状況で誘導。事務所も開放、休んだり時間がずれた際の食事を摂る場でもある			
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	自宅間取りを意識。使い慣れた物、可能な限り希望される物の持込OK。温風ストーブ表示が気になる方にはカバー特注、北向き居室は温度管理の見回りの回数に配慮。各居室に温室計、加湿器を設置。壁には家族写真等。居室入り口と下駄箱に誕生花を貼り付けた	利用者が自室を自身の家であると思ってもらえるように、従前使用していた家具や備品を持ち込むように伝えています。さらに、壁には写真や作品を掲示するなど、自分らしい部屋作りを支援しています。居間に行けない利用者にも、事業所たよりなどで他の利用者の写真を見て過ごせるようにしています。		
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	トイレ誘導矢印やゴミ箱表示、台所拭きや布巾色分け、食器拭きは量や重さに配慮、個別洗濯籠、洗濯袋用意。役割は全員にあり機能に配慮し出来ることで進める(台所準備、後片付け、洗濯物、新聞取り、ゴミ集め等)居室、イスの名札、ひらかなの歌集等			