

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	0492800081		
法人名	株式会社 サンガジャパン		
事業所名	グループホーム たがわ翔裕館	ユニット名	はぎの里
所在地	宮城県加美郡加美町字上川原一番42番地1		
自己評価作成日	令和 4年 10月 5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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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 4年 11月 2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)】

鳴瀬川の近くにあり、地元の伝統あるお祭りや地区の芋煮会等、今年も開催自粛でしたが、地域の行事に参加し地域に根差した生活を目指しています。庭には柿の木があり、秋になれば干し柿や渋抜きをして、秋の実りを楽しむことができます。毎日召し上がっていただくお米は地元産で、お味噌も地元の味噌屋さんから購入し、地域の食材を利用するようにしています。眺望良好な2階があり、鳴瀬川の雄大な流れや葉菜山、船形山など素晴らしい景色を楽しめます。2階への昇り降りは、リフトが備え付けてあるので、車椅子の利用者様でも眺めを楽しむことができます。今年も新型コロナウイルス感染予防対策として、地域の方々との交流が困難であったり、外出も思うようにできませんでしたが、レクリエーションの種類を増やしたり、運動不足解消の為毎日体操を行い、利用者様が毎日を豊かに過ごせるよう工夫しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

JR西古川駅から西へ4.6km、加美町役場から1kmほどの西北に「グループホームたがわ翔裕館」がある。ホーム前の軽井沢最上街道に沿って商店が並び、周辺には中新田城跡や河川敷にアユの里公園などがある。敷地内に2つのユニットが向き合って建ち、それらは木製の渡り廊下でつながっている。ホーム運営は6年目に入り、入居者・職員ともに地元出身が多いこともあって馴染みの関係性を保ちながら、理念の「共に生きる」を実践している。入居者について「認知症だから」という捉え方ではなく、普通の高齢者として接することを大切にしている。「その人を知って尊重する」ことが肝要とした介護に努めている。

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)	○ 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 たがわ翔裕館 )「ユニット名 はぎの里 」

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
<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	事業所理念はないが、法人理念研修を定期的実施し、正職・パート職に関わらず実践に努めている。	法人の基本理念「共に生きる」をホームの理念として掲げている。「家族主義」をモットーに、「目配り、気配り、心配り」などの個人目標を作成し、3か月毎にその達成度を確認しながら取り組んでいる。	
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人として日常的に交流している	感染症対策で地域交流は出来ていないが、地区の自治会に参加し、回覧板の受け渡しを行っている。また、主治医を変えることなく、病院で知人と交流できている。	回覧板で町や地区の様子を知ることができる。ホームで使う米と味噌は、地元で調達している。住民から家族について相談を受けたり、入居について聞かれることもある。地区行事の再開を待っているところである。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポーター養成講座の講師を行っている。また、個人でも相談に応じている。		
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	書面での報告のみとなっているが、意見記入書を毎回同封。意見というより、感想や励ましの言葉をいただく。	2か月毎に、入居者の状況やホーム行事の報告などの文書をメンバーに郵送している。意見記入書には、災害訓練での避難先や感染予防についての意見があった。メンバーである送付先の記載はない。	会議を構成する区長や地域包括職員、民生委員、家族代表がメンバーであることやもらった意見の記録もお願いしたい。なお、会議の表題を付記していただきたい。
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	福祉課と密に連絡をとり、相談も行っている。危機管理室にも、毎年災害時対応で相談行っている。	担当課に、他町からの入居希望者や生活困窮者についてなど相談している。認知症サポーター養成講座の講師依頼を受けた。浸水地区指定となっており、指導に従って避難経路や避難先の確認を行った。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束委員2名が2か月に1回、会議を開催。内容は全職員に共有行っている。年2回委員が全職員に研修行い、全員が理解しケアができるよう取り組んでいる。	「身体拘束廃止委員会」を2人の職員で開催している。議題に対する内容を記録しているが、他者が把握するには困難な記述となっている。研修では、身体拘束の種類や拘束しないために気を付けることなどを確認し合った。	議事録は、他者へ伝える意図をもった様式が望まれる。検討した具体的事柄や要因、現場での対応はどうか、実践しての評価などを話し合い、その内容を記録していただきたい。所感も客観的発言が欲しい。
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	虐待廃止委員2名が2か月に1回、会議を開催。内、1回は身体拘束廃止委員と会議実施している。内容は全職員に共有行っている。身体拘束の研修と同時に行うことで、身体拘束は虐待と同じであることを理解している。	「高齢者虐待防止対応委員会」がある。現場における入居者への対応や行動を見て疑問に思ったことや入居者の職員に対するセクハラへの対応策など話し合っている。委員会開催の報告は口頭で行っている。	身体拘束廃止委員会と同様に、議事録の作成について一考をお願いしたい。

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
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	会議時、職員の研修を行い、現場で実践できるように支援している。		
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	契約や改定時は施設長が説明を行い、疑問や不安など聞き取りを行っている。契約は、書面を改めてじっくり読んでいただいて、理解していただいてから行っている。		
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	ご利用者担当職員又は、管理者がご家族と密に電話連絡を行っている。いただいた意見を基に、レクリエーション活動等に反映させている。	現在の面会は、感染予防をして玄関で会うことができる。担当職員が、毎月手紙と写真で入居者の様子を送っている。入居者に状態変化があれば電話で知らせている。入居者に食べさせたい物を持参する家族がいる。	
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	会議、申し送り時など、自由に意見など発表し、行事などに反映させている。	感染症や身体拘束など6つの委員会があり、全職員がいずれかに所属し、各職員が意見を述べ、実践に反映させている。便のコントロールやフットレストの取り外しなど、入居者への対応に関する意見が多い。	
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	目標を立て、自己評価を行い、上司の評価・アドバイスを受けて、各自が向上心を持って働いている。評価が上がれば、昇給するシステムとなっている。		
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	社内研修が充実しており、自己啓発研修も参加している。資格取得も、実践者研修・管理者研修各2名となっている。		
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	リモートでの勉強会や、研修などで交流している。そこでの情報を基に、ご利用者への接遇の工夫や、行事の内容検討等を行っている。	地域包括支援センターに対応困難な人への対応など相談している。法人の合同研修に参加し、グループワークを行うなどの交流をした。外部研修に参加し、職務での共通の悩みなど知ることができた。	

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
<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	表情や、行動をよく観察。笑顔で寄り添い、無理に距離を縮めようとしない。ふとした言葉を読み取り、対応している。		
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	入居前見学時、契約時に不安や疑問等聞き取る。内容によっては、こちらから提案することもある。		
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	入居相談の時点で要望や、疑問を聞き取りを行い、サービス開始時点で安心して生活できるようにしている。		
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	もし自分だったら、家族だったらと常に考え、会話やケアに反映させている。職員も家族の一員と捉えている。		
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	電話連絡を密に行い、毎月生活報告も行っている。必要時は、面会も柔軟に対応している。		
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	主治医はできる限り変更せず、いつもの顔と交流できるようにしている。長期入所の方でターミナル期に入っても、看取り対応行っている。	入居者の誕生日に家族の来訪を依頼する支援をしている。馴染みの訪問理容室があり、必要に応じて来てもらっている。入居前の情報を得て、ホームでも起床や就寝はその人のリズムを継続している。	
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	住んでいた地区や性格を把握し、席を配置している。定期的に座席の検討を行い、重度化したご利用者様でも他の方と交流できるよう工夫している。		

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
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、自宅介護を検討されている方に、ミキサー食の作り方などお渡ししたり、偶然お会いした際にも必ず挨拶し、「皆様お変わりありませんか」とお話をさせていただく。		
<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 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	普段の何気ない会話から聞き取り、ご家族からも自宅での様子を伺う。困難な場合、これまでの生活状況と性格等から判断し、職員全員で検討し支援している。	会話の中で知り得た好きな家事や食べ物などを、生活の中で役割にってもらったり、献立に取り入れるなどしている。家族から本人ペースの過ごし方を聞き、本人を理解することにつながった。	
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	入居前に、ご家族から聞き取り行っている。担当ケアマネにも情報提供してもらい、さらに口頭でも聞き取りを十分に行っている。		
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	毎日の体の動かし方、表情を観察している。軽体操をその人に合わせて行い、気が向かない日は無理に行わない。疲労した様子があれば、休んでもらったりしている。		
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	特に退院後は状態が大きく変化していることが多いので、本人の状況を高頻度で報告し、相談行っている。家族の要望と、本人の状態をうまくマッチングさせ、介護計画に反映させている。	3ヵ月毎にモニタリングを行い、6ヵ月毎に計画書の作成を行っている。家族意向の「元気で過ごして」に対してサービス内容に健康チェックを入れた。退院後について、状態に合わせた対応など随時見直している。	
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	介護日誌、介護記録を毎日確認し、朝・夕申し送り時に共有しケアに反映させている。それを毎月のユニット会議で再検討し、実践できているか確認している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	若年性認知症の受け入れや、デイサービスのようなレクリエーションカレンダーを作成し、活動行っている。		

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	地域交流は出来ないが、畑で野菜を育てたり、調理方法も教えてもらっている。昔の作法や暮らし、方言の意味など教えてもらっている。		
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	これまでのかかりつけ医を受診したり、家族と連携し希望に沿った受診をしている。受診時には病院・医師・看護師との連携を図るように努めている。また、週1回の訪問看護師の助言を受診時に伝えている。	訪問看護師は、バイタルなどの健康チェックや所感を連絡ノートに記している。入居者の状態変化について助言や受診の可否判断をもらうことがある。受診の際には連絡ノートで医師への情報伝達としている。	
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	週1回訪問看護師が来所して、日々の生活や体調面の情報を伝え、助言を得て実践している。常に相談出来る様に、連絡帳を作りアドバイスを頂いている。		
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。	入院時には必ず職員が同行し、情報の共有や経過観察、情報伝達を正確に出来る様にしている。入院中も家族・病院と連絡行っている。退院時は、担当医師・看護師に注意点等聞き取り、退院後も連携が図れるようにしている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	契約時に、重度化について説明し、今後について話し合ってもらっている。かかりつけ医からも、往診医に紹介状を書いてもらい、看取り行っている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を文書に表し、本人が望む場所で最期まで対応するとしている。医師の判断と家族の意向により、訪問医療に切り替えて終末期の援助を行っている。職員は、看取りケアについて具体的な注意点など研修している。	
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	AED講習を全職員受講している。緊急時対応研修も実施している。		
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	火災時は区長さんから協力のお話いただいている。水害時は、行政と連携し避難の協力をしてもらうことになっている。また、火災訓練年2回、防災訓練年1回実施している。	日中想定訓練後に、入居者が混乱したことを受けて次回への課題とした。居室の戸の開放を退居済みの目印にすることを共有した。夜間想定訓練については、行動の流れは確認したが避難は行わなかった。	入居者の命を守るための訓練であることから、具体的で有効な避難行動を身に付けることが大事である。夜間想定に於いては、日中と異なる点などに留意した訓練が必要である。

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	(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	利用者一人ひとりの性格や生活習慣を把握し、言葉遣いやコミュニケーション対応に配慮している。また、尊厳の尊重とプライバシーの確保についての、研修を受講したり、記録類が目に触れないように配慮している。	状態に合わせて車椅子からのずり落ち防止にリクライニング式に変えたり、洗濯物たたみの申し出を受けるなど、入居者それぞれの様子を見たり、傾聴して対応することを大事にしている。入室の際はノックをしている。	
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	分かりやすいように単語を使ったり、顔みや動作で表現できるよう、普段から言葉とジェスチャーを交えて声掛け行っている。		
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	食事のタイミングや、入浴の順番など、毎回希望に沿って支援している。		
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	服を一緒に選んだり、鏡を見ながら髪を整えたり、常に一緒に考えながら支援している。		
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	職員が毎日のメニューを考えている為、ルクエトを取り入れている。誕生日には、それぞれの好みを聞き取り、お出ししている。一緒に育てた野菜も、下処理してもらい、すぐ召し上がってもらっている。	行事の際は、法人のフードサービスが調理人と共に来訪し、納涼祭の屋台や敬老会の握り寿司などで楽しんでもらう。誕生日の好きな物は、海鮮丼の希望が多い。状態に応じて粗刻みやミキサーなど対応している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	メニューを作成する際には、法人栄養士に相談し栄養バランスの確認、一人ひとりの好き嫌いの把握、季節感、食べやすくするための工夫をしている。残食や水分量の記録を行い確認している。		
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	口腔ケアは職員が付き添い毎食後行い、磨き残しのないようにしている。必要時には、訪問歯科に来ていただき治療している。		

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
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	職員全員が出勤時、排泄記録に必ず目を通して排泄パターンを把握し、声がけや誘導を行っている。重度化してもトイレでの排泄が出来る様に支援している。	本人から訴えのない人は記録を参考にして誘導している。立位の難しい人は2人介助でトイレを利用し夜間のみオムツを利用している。退院後に本人の可動域を見極めて、オムツを外すなど自立に向けた支援をしている。	
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	水分摂取量を記録し、一人ひとりが十分な水分を摂取しているか確認している。毎日体操行い、食物繊維の多い野菜を摂ってもらっている。		
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	入浴前に声掛けし、無理強いせず、柔軟に対応している。入浴剤などで季節のお風呂を楽しんでいただいている。	週に2回を目安に入浴している。両ユニット共にリフトを完備しており、車いすの人だけでなく使いたい人が使えるようになっている。季節の柚子湯を楽しむこともある。一番風呂などの希望にも対応している。	
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	一人一人の体質や希望により、エアコン温度を調整している。就寝も、眠くなったら休んでいただいている。		
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	服薬チェックシートにて、服用量を管理している。薬が変わった場合は、申し送りと連絡ノートに記載し、更に会議で確認を行う。		
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	ご家族、ご本人から情報を聞き取り、提案しながら日々の活動を行っている。ご利用者の方から、手伝いの声をかけてくれる。		
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	感染対策で、外出は思うようにできていない。受診の際、遠回りをして花木を観に行ったり、工夫している。	法人の指示で感染予防のため、外出は禁止となっている。天気の良い日は、車いすの人と一緒に周辺を散歩している。ユニット間をつなぐ棧橋(渡り通路)に椅子を出して、青空の下でお茶を楽しんでいる。少し離れた所の畑での苗植えや収穫が気分転換になっている。	

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	外出時、自動販売機でジュースを購入したり、職員が代理で物品の購入をしている。		
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	ご家族と、定期的に電話している。また、職員が提案し、ご家族と電話で話せる機会を設けている。		
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	職員が季節の花を持ち寄り、玄関やフロアに飾っている。季節の掲示物も毎年作成し、	フロアでの軽体操が日課となっている。フロアで、風船バレーなどレクリエーションカレンダーにそって活動している。季節に合わせて節分の豆まきやミニ運動会でのパン食い競争なども楽しんでいる。壁には皆で制作した紅葉の貼り絵を飾っている。	
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	利用者の個性や独立性を尊重し、気が向けば自室で過ごされたり、共有空間にいて仲良く同士過ごされたり、自由に楽しめるようになっている。		
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	自宅と同じように過ごしてもらうために、馴染みの家具等もちこんでもらうようにしている。	居室にはエアコンやベッド、クローゼットが備え付けとなっている。自室では読書をしたり、テレビを見るなど好きなように過ごしている。その人の身体的状態に合わせたベッドの位置などに配慮している。	
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」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	一人ひとりの出来ることや行動を理解し、出来ることは見守りをしながら行ってもらい、できないところは軽介助で安全に、出来るだけ自立で行えるように工夫している。		

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	0492800081		
法人名	株式会社 サンガジャパン		
事業所名	グループホーム たがわ翔裕館	ユニット名	ふじの里
所在地	宮城県加美郡加美町字上川原一番42番地1		
自己評価作成日	令和 4年 10月 5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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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 4年 11月 2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)】

鳴瀬川の近くにあり、地元の伝統あるお祭りや地区の芋煮会等、今年も開催自粛でしたが、地域の行事に参加し地域に根差した生活を目指しています。庭には柿の木があり、秋になれば干し柿や渋抜きをして、秋の実りを楽しむことができます。毎日召し上がっていただくお米は地元産で、お味噌も地元の味噌屋さんから購入し、地域の食材を利用するようにしています。眺望良好な2階があり、鳴瀬川の雄大な流れや葉菜山、船形山など素晴らしい景色を楽しめます。2階への昇り降りは、リフトが備え付けてあるので、車椅子の利用者様でも眺めを楽しむことができます。今年も新型コロナウイルス感染予防対策として、地域の方々との交流が困難であったり、外出も思うようにできませんでしたが、レクリエーションの種類を増やしたり、運動不足解消の為毎日体操を行い、利用者様が毎日を豊かに過ごせるよう工夫しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

JR西古川駅から西へ4.6km、加美町役場から1kmほどの西北に「グループホームたがわ翔裕館」がある。ホーム前の軽井沢最上街道に沿って商店が並び、周辺には中新田城跡や河川敷にアユの里公園などがある。敷地内に2つのユニットが向き合って建ち、それらは木製の渡り廊下でつながっている。ホーム運営は6年目に入り、入居者・職員ともに地元出身が多いこともあって馴染みの関係性を保ちながら、理念の「共に生きる」を実践している。入居者について「認知症だから」という捉え方ではなく、普通の高齢者として接することを大切にしている。「その人を知って尊重する」ことが肝要とした介護に努めている。

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 たがわ翔裕館 )「ユニット名 ふじの里 」

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	
<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	事業所理念はないが、法人理念研修を定期的に実施し、正職・パート職に関わらず実践に努めている。	法人の基本理念「共に生きる」をホームの理念として掲げている。「家族主義」をモットーに、「目配り、気配り、心配り」などの個人目標を作成し、3か月毎にその達成度を確認しながら取り組んでいる。		
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人として日常的に交流している	感染症対策で地域交流は出来ていないが、地区の自治会に参加し、回覧板の受け渡しを行っている。また、主治医を変えることなく、病院で知人と交流できている。	回覧板で町や地区の様子を知ることができる。ホームで使う米と味噌は、地元で調達している。住民から家族について相談を受けたり、入居について聞かれることもある。地区行事の再開を待っているところである。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症サポーター養成講座の講師を行っている。また、個人でも相談に応じている。			
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	書面での報告のみとなっているが、意見記入書を毎回同封。意見というより、感想や励ましの言葉をいただく。	2か月毎に、入居者の状況やホーム行事の報告などの文書をメンバーに郵送している。意見記入書には、災害訓練での避難先や感染予防についての意見があった。メンバーである送付先の記載はない。	会議を構成する区長や地域包括職員、民生委員、家族代表がメンバーであることやもらった意見の記録もお願いしたい。なお、会議の表題を付記していただきたい。	
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	福祉課と密に連絡をとり、相談も行っている。危機管理室にも、毎年災害時対応で相談行っている。	担当課に、他町からの入居希望者や生活困窮者についてなど相談している。認知症サポーター養成講座の講師依頼を受けた。浸水地区指定となっており、指導に従って避難経路や避難先の確認を行った。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束委員2名が2か月に1回、会議を開催。内容は全職員に共有行っている。年2回委員が全職員に研修行い、全員が理解しケアができるよう取り組んでいる。	「身体拘束廃止委員会」を2人の職員で開催している。議題に対する内容を記録しているが、他者が把握するには困難な記述となっている。研修では、身体拘束の種類や拘束しないために気を付けることなどを確認し合った。	議事録は、他者へ伝える意図をもった様式が望まれる。検討した具体的事柄や要因、現場での対応はどうか、実践しての評価などを話し合い、その内容を記録していただきたい。所感も客観的発言が欲しい。	
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	虐待廃止委員2名が2か月に1回、会議を開催。内、1回は身体拘束廃止委員と会議実施している。内容は全職員に共有行っている。身体拘束の研修と同時に行うことで、身体拘束は虐待と同じであることを理解している。	「高齢者虐待防止対応委員会」がある。現場における入居者への対応や行動を見て疑問に思ったことや入居者の職員に対するセクハラへの対応策など話し合っている。委員会開催の報告は口頭で行っている。	身体拘束廃止委員会と同様に、議事録の作成について一考をお願いしたい。	

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
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	会議時、職員の研修を行い、現場で実践できるように支援している。		
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	契約や改定時は施設長が説明を行い、疑問や不安など聞き取りを行っている。契約は、書面を改めてじっくり読んでいただいて、理解していただいてから行っている。		
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	ご利用者担当職員又は、管理者がご家族と密に電話連絡を行っている。いただいた意見を基に、レクリエーション活動等に反映させている。	現在の面会は、感染予防をして玄関で会うことができる。担当職員が、毎月手紙と写真で入居者の様子を送っている。入居者に状態変化があれば電話で知らせている。入居者に食べさせたい物を持参する家族がいる。	
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	会議、申し送り時など、自由に意見など発表し、行事などに反映させている。	感染症や身体拘束など6つの委員会があり、全職員がいずれかに所属し、各職員が意見を述べ、実践に反映させている。便のコントロールやフットレストの取り外しなど、入居者への対応に関する意見が多い。	
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	目標を立て、自己評価を行い、上司の評価・アドバイスを受けて、各自が向上心を持って働いている。評価が上がれば、昇給するシステムとなっている。		
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	社内研修が充実しており、自己啓発研修も参加している。資格取得も、実践者研修・管理者研修各2名となっている。		
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	リモートでの勉強会や、研修などで交流している。そこでの情報を基に、ご利用者への接遇の工夫や、行事の内容検討等を行っている。	地域包括支援センターに対応困難な人への対応など相談している。法人の合同研修に参加し、グループワークを行うなどの交流をした。外部研修に参加し、職務での共通の悩みなど知ることができた。	

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
<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	表情や、行動をよく観察。笑顔で寄り添い、無理に距離を縮めようとしない。ふとした言葉を読み取り、対応している。		
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	入居前見学時、契約時に不安や疑問等聞き取る。内容によっては、こちらから提案することもある。		
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	入居相談の時点で要望や、疑問を聞き取りを行い、サービス開始時点で安心して生活できるようにしている。		
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	もし自分だったら、家族だったらと常に考え、会話やケアに反映させている。職員も家族の一員と捉えている。		
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	電話連絡を密に行い、毎月生活報告も行っている。必要時は、面会も柔軟に対応している。		
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	主治医はできる限り変更せず、いつもの顔と交流できるようにしている。長期入所の方でターミナル期に入っても、看取り対応行っている。	入居者の誕生日に家族の来訪を依頼する支援をしている。馴染みの訪問理容室があり、必要に応じて来てもらっている。入居前の情報を得て、ホームでも起床や就寝はその人のリズムを継続している。	
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	住んでいた地区や性格を把握し、席を配置している。定期的に座席の検討を行い、重度化したご利用者様でも他の方と交流できるよう工夫している。		

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
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、自宅介護を検討されている方に、ミキサー食の作り方などお渡ししたり、偶然お会いした際にも必ず挨拶し、「皆様お変わりありませんか」とお話をさせていただく。		
<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 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	普段の何気ない会話から聞き取り、ご家族からも自宅での様子を伺う。困難な場合、これまでの生活状況と性格等から判断し、職員全員で検討し支援している。	会話の中で知り得た好きな家事や食べ物などを、生活の中で役割にってもらったり、献立に取り入れるなどしている。家族から本人ペースの過ごし方を聞き、本人を理解することにつながった。	
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	入居前に、ご家族から聞き取り行っている。担当ケアマネにも情報提供してもらい、さらに口頭でも聞き取りを十分に行っている。		
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	毎日の体の動かし方、表情を観察している。軽体操をその人に合わせて行い、気が向かない日は無理に行わない。疲労した様子があれば、休んでもらったりしている。		
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	特に退院後は状態が大きく変化していることが多いので、本人の状況を高頻度で報告し、相談行っている。家族の要望と、本人の状態をうまくマッチングさせ、介護計画に反映させている。	3ヵ月毎にモニタリングを行い、6ヵ月毎に計画書の作成を行っている。家族意向の「元気で過ごして」に対してサービス内容に健康チェックを入れた。退院後について、状態に合わせた対応など随時見直している。	
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	介護日誌、介護記録を毎日確認し、朝・夕申し送り時に共有しケアに反映させている。それを毎月のユニット会議で再検討し、実践できているか確認している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	若年性認知症の受け入れや、デイサービスのようなレクリエーションカレンダーを作成し、活動行っている。		

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	地域交流は出来ないが、畑で野菜を育てたり、調理方法も教えてもらっている。昔の作法や暮らし、方言の意味など教えてもらっている。		
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	これまでのかかりつけ医を受診したり、家族と連携し希望に沿った受診をしている。受診時には病院・医師・看護師との連携を図るように努めている。また、週1回の訪問看護師の助言を受診時に伝えている。	訪問看護師は、バイタルなどの健康チェックや所感を連絡ノートに記している。入居者の状態変化について助言や受診の可否判断をもらうことがある。受診の際には連絡ノートで医師への情報伝達としている。	
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	週1回訪問看護師が来所して、日々の生活や体調面の情報を伝え、助言を得て実践している。常に相談出来る様に、連絡帳を作りアドバイスを頂いている。		
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。	入院時には必ず職員が同行し、情報の共有や経過観察、情報伝達を正確に出来る様にしている。入院中も家族・病院と連絡行っている。退院時は、担当医師・看護師に注意点等聞き取り、退院後も連携が図れるようにしている。		
33	(14)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	契約時に、重度化について説明し、今後について話し合ってもらっている。かかりつけ医からも、往診医に紹介状を書いてもらい、看取り行っている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」を文書に表し、本人が望む場所で最期まで対応するとしている。医師の判断と家族の意向により、訪問医療に切り替えて終末期の援助を行っている。職員は、看取りケアについて具体的な注意点など研修している。	
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	AED講習を全職員受講している。緊急時対応研修も実施している。		
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	火災時は区長さんから協力のお話いただいている。水害時は、行政と連携し避難の協力をしてもらうことになっている。また、火災訓練年2回、防災訓練年1回実施している。	日中想定訓練後に、入居者が混乱したことを受けて次回への課題とした。居室の戸の開放を退居済みの目印にすることを共有した。夜間想定訓練については、行動の流れは確認したが避難は行わなかった。	入居者の命を守るための訓練であることから、具体的で有効な避難行動を身に付けることが大事である。夜間想定に於いては、日中と異なる点などに留意した訓練が必要である。

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	(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	利用者一人ひとりの性格や生活習慣を把握し、言葉遣いやコミュニケーション対応に配慮している。また、尊厳の尊重とプライバシーの確保についての、研修を受講したり、記録類が目に触れないように配慮している。	状態に合わせて車椅子からのずり落ち防止にリクライニング式に変えたり、洗濯物たたみの申し出を受けるなど、入居者それぞれの様子を見たり、傾聴して対応することを大事にしている。入室の際はノックをしている。	
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	分かりやすいように単語を使ったり、顔みや動作で表現できるよう、普段から言葉とジェスチャーを交えて声掛け行っている。		
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	食事のタイミングや、入浴の順番など、毎回希望に沿って支援している。		
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	服を一緒に選んだり、鏡を見ながら髪を整えたり、常に一緒に考えながら支援している。		
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	職員が毎日のメニューを考えている為、ルクエトを取り入れている。誕生日には、それぞれの好みを聞き取り、お出ししている。一緒に育てた野菜も、下処理してもらい、すぐ召し上がってもらっている。	行事の際は、法人のフードサービスが調理人と共に来訪し、納涼祭の屋台や敬老会の握り寿司などで楽しんでもらう。誕生日の好きな物は、海鮮丼の希望が多い。状態に応じて粗刻みやミキサーなど対応している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	メニューを作成する際には、法人栄養士に相談し栄養バランスの確認、一人ひとりの好き嫌いの把握、季節感、食べやすくするための工夫をしている。残食や水分量の記録を行い確認している。		
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	口腔ケアは職員が付き添い毎食後行い、磨き残のないようにしている。必要時には、訪問歯科に来ていただき治療している。		

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
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	職員全員が出勤時、排泄記録に必ず目を通して排泄パターンを把握し、声がけや誘導を行っている。重度化してもトイレでの排泄が出来る様に支援している。	本人から訴えのない人は記録を参考にして誘導している。立位の難しい人は2人介助でトイレを利用し夜間のみオムツを利用している。退院後に本人の可動域を見極めて、オムツを外すなど自立に向けた支援をしている。	
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	水分摂取量を記録し、一人ひとりが十分な水分を摂取しているか確認している。毎日体操行い、食物繊維の多い野菜を摂ってもらっている。		
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	入浴前に声掛けし、無理強いせず、柔軟に対応している。入浴剤などで季節のお風呂を楽しんでいただいている。	週に2回を目安に入浴している。両ユニット共にリフトを完備しており、車いすの人だけでなく使いたい人が使えるようになっている。季節の柚子湯を楽しむこともある。一番風呂などの希望にも対応している。	
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	一人一人の体質や希望により、エアコン温度を調整している。就寝も、眠くなったら休んでいただいている。		
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	服薬チェックシートにて、服用量を管理している。薬が変わった場合は、申し送りと連絡ノートに記載し、更に会議で確認を行う。		
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	ご家族、ご本人から情報を聞き取り、提案しながら日々の活動を行っている。ご利用者の方から、手伝いの声をかけてくれる。		
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	感染対策で、外出は思うようにできていない。受診の際、遠回りをして花木を観に行ったり、工夫している。	法人の指示で感染予防のため、外出は禁止となっている。天気の良い日は、車いすの人と一緒に周辺を散歩している。ユニット間をつなぐ棧橋(渡り通路)に椅子を出して、青空の下でお茶を楽しんでいる。少し離れた所の畑での苗植えや収穫が気分転換になっている。	

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	外出時、自動販売機でジュースを購入したり、職員が代理で物品の購入をしている。		
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	ご家族と、定期的に電話している。また、職員が提案し、ご家族と電話で話せる機会を設けている。		
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	職員が季節の花を持ち寄り、玄関やフロアに飾っている。季節の掲示物も毎年作成し、	フロアでの軽体操が日課となっている。フロアで、風船バレーなどレクリエーションカレンダーにそって活動している。季節に合わせて節分の豆まきやミニ運動会でのパン食い競争なども楽しんでいる。壁には皆で制作した紅葉の貼り絵を飾っている。	
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	利用者の個性や独立性を尊重し、気が向けば自室で過ごされたり、共有空間にいて仲良く同士過ごされたり、自由に楽しめるようになっている。		
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	自宅と同じように過ごしてもらうために、馴染みの家具等もちこんでもらうようにしている。	居室にはエアコンやベッド、クローゼットが備え付けとなっている。自室では読書をしたり、テレビを見るなど好きなように過ごしている。その人の身体的状態に合わせたベッドの位置などに配慮している。	
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」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	一人ひとりの出来ることや行動を理解し、出来ることは見守りをしながら行ってもらい、できないところは軽介助で安全に、出来るだけ自立で行えるように工夫している。		