

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7年2月1日	評価結果市町村受理日	令和7年3月12日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度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_kani=true&amp;JigyosyoCd=0174700427-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=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7年2月17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→喫茶ひとやすみ利用、散歩、ドライブ、ツルハ等へ買い物等  
 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  
 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、カルタ  
 地域連携→畑起こし、草刈り、避難訓練・捜索訓練の協力

【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)】

グループホームいと小さき者たちの家では、法人理念である、「高齢者を元気にすることで地域を元気にします」を様々な取組により実践しています。安心して穏やかな生活が送れるよう利用者一人ひとりの個別の思いを受止め、9名の利用者の共同生活を支えています。地域とのつながりや地域に出かけて楽しむ機会を多く持つことを目指し、理学療法士でもある計画作成者の助言を受けて日常的に生活リハビリやマシンリハビリなどを交えて利用者の身体機能の維持向上に努めています。利用者は、地域のコミュニティカフェへ出かけたり、地域の行事で顔見知りと交流する他、個別にドライブで住んでいた地区を見に行ったり、家族との外出を楽しんでいます。住民からの家具や家電の寄贈など、地域からの支援を受けるほか、事業所としての専門性を活かし地域の介護事業者のネットワーク作りや他事業所の職員も含め知識や技術向上のための研修などを企画するなど、地域との関係を大切にした支援を行っています。

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、暮らし方の意向をつかんでいる (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)
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)
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)
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)
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
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
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、理念・服务等の研修を行い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	理念は、入職時研修で理事長から伝えていきます。また、職員にもサービス担当者会議で伝え、外国人の職員にはスマホ翻訳も活用しています。細かなニュアンスを伝えるため毎月通訳を介して事例を交えて説明しています。		
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。町内にある喫茶店利用している。	地域住民から家具や家電、福祉用具の寄贈を受けることもあります。また、利用者は近所のコミュニティカフェに、職員とともに出かけ地域の人のおしゃべりとスイーツを楽しんでいます。町内のイベントに参加する際は高齢者席が用意されるなど、地域の一員として交流しています。		
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。	運営推進会議は法人内3事業所が合同で令和6年度は6回実施しています。地域や行政、教育機関や家族など、町内の幅広い立場の参加があります。利用者の様子や行事報告、ヒヤリハットの報告などを行い、参加者からの助言等を受けています。	運営推進会議への参加の呼びかけは全家族に行っていますが、参加者は多くありません。今後は、欠席した家族に対して議事録を送付するなど、会議の内容を全家族に対して伝えることを期待します。	
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。	福祉課が主催している浦幌町の福祉ネットワークに参加しています。町内の福祉事業者の情報共有や研修の開催など、町内の福祉事業者の支援力強化に協力しています。事業所が持つ専門性を活かし、認知症や虐待、身体拘束、介護技術等の研修開催の中心的役割を担っています。		
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。頻繁に外へ出られる利用者がいるが、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	時間帯により手薄にならないように昼食調理と掃除担当職員を配置し、職員が介護に専念できるようにし、拘束をしない介護を実践しています。定期的な研修とともに、言葉による抑制がないかを職員同士で話し合っています。	法人全体で行っている身体拘束等適正化委員会の議事録を職員が閲覧できるようにするとともに、職員全員で委員会の内容を共有し、身体拘束廃止のための研修の実施記録を作成することを期待します。	
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逃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	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。職員の思いを書き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	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
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、まず納得されたの待機となる。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→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、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	利用者とは、1対1になれる入浴時などに行事についての意見を聞く機会があります。毎月、家族が利用料を持参した際に事業所で話したり、SNSも活用しています。利用者も交え、家族と終末期対応についてや、感染予防を踏まえた面会方法についての話し合いをしています。	
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	職員は管理者との面談のほか、理事長とも年1回の面談を行っています。法人としてハラスメントや、虐待防止の指針を伝え職員の意見と現状を確認しています。外国人の職員とも翻訳ソフトを活用するほか、毎月通訳を介して意見等を確認しています。	
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	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。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	行きたい所やしたい事等の聞き取りから可能なことは実施。外泊や外出が継続できるよう、症状に対する関わり方を伝える	職員は理念に定める、利用者が地域との交流をすることの大切さを共有し、日常的な買い物やカフェ、地域行事に積極的に参加しています。生活リハビリも取入れ、利用者の出かける気力と体力の維持に努めています。	
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・ドライブ等。可能な限り対応し記録に残す	日常の中で利用者の気持ちを個別に聞いています。言葉での表現が難しい場合は、快、不快の表情や行動から読み取っています。職員が計画作成と利用者の気持ちや様子を共有するためにSNSも活用し、利用者の意向を介護に取入れています。	

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	本人と家族の希望をふまえ計画案を作成しています。職員会議で、介護の必要性だけでなく、本人の楽しみやおしゃれ、生きがいについても話し合っています。毎月利用者の状況を把握し、職員の意見を聞いて支援に活かしています。	以前使用していたセンター方式のアセスメントから、内容が簡素化されています。利用者の全体像を会議で話し合っていますが、今後も支援の必要性だけでなく、利用者の「元気」を支える理念を反映していくことを期待します。
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。プランに関した記載欄がある		
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。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)		
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	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	隣接する町立病院をかかりつけ医とする利用者が多く、帯広の病院への通院も支援しています。遠方への受診は家族同行か法人の有償運送を利用することができます。毎月医師の往診があり、24時間の相談ができます。	
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ている。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)	契約時に、事業所の看取りの方針について、家族と利用者に伝えていきます。重度化し医師を交えて家族と相談する際に、改めて家族の意向を確認しています。病院が近く、できる治療や支援を伝え、利用者が病院や事業所、または大きな病院など、どこで過ごすことが最善かを踏まえ個別に支援しています。	
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	避難訓練は消防の立合いで日中と夜間想定で、経験の浅い職員を中心に訓練を行っています。職員に対し、BCP(業務継続計画)が浸透するように研修を行っています。備蓄品は計画に従って整備し、消費期限の管理を行っています。	地域の高齢化もあり、避難訓練への外部参加者は減少の傾向にあります。また避難訓練を行っていますが、法人内の事業所との連携や全職員が毎年参加できるようにするなどの取組みを期待します。
<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)	利用者一人ひとりの尊重とともに、共同生活の中で自分を表現できるように工夫しています。利用者は居間で過ごすことが多く、閉塞的にならないような工夫や、雰囲気を見て職員が仲良く過ごせるよう支援しています。また虐待防止研修を行い、職員に徹底しています。	法人で作成したプライバシーマニュアルがありますが、職員が振り返る機会はありません。プライバシーの概念を共有し、共同生活の中で利用者の権利について学ぶ機会を持つことを期待します。
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	町内の2件の床屋を利用し、ホームまで来てもらい散髪・顔そりをしてもらっている。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)。手洗いの洗濯物も対応。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。、場所を変えて行事食お弁当は大好評。誕生会献立は希望	事業所では、食事を楽しむことは利用者の希望であるだけでなく、健康の維持や意欲の向上にもつながるとして力を入れています。そのため味、見た目、高齢者に適した栄養バランスなどに配慮しています。質の良い食材や旬を取入れ、山菜の下拵えや食事作り、後片付にも利用者が力量に応じて参加しています。	
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パットの置き場所工夫	利用者に合わせた下着を検討し、時間帯によってリハビリパンツやパッドの組合せ等の工夫をしています。夜間の排泄介助についても職員が話し合い、利用者の安眠を妨げないよう検討し、オムツの選定やポータブルトイレを使用しています。	
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	牛乳、ヨーグルト摂取。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	利用者の入浴には、個別の希望を反映しています。また、浴室で使用するボディタオルの硬さを選べるようにし、個別のものに変更しました。入浴に拒否がみられる場合は、薬の塗布のためなど、利用者が納得できる理由を伝え、入浴の理解を得ています。	
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。玄関フロアには椅子を設置、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、、食べたい物や飲みたい物など		
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	敷地内での洗濯物干しや町内の散歩を日常的に行っています。コミュニティカフェでの住民とのおしゃべり、かつて自分が住んでいた場所へのドライブなどにも出かけています。利用者が外出する際は、できるだけ職員が利用者が満足できるまで一緒に付き添うなど、利用者本位に対応しています。	
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出る		
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。陽射しにはレースカーテン。玄関フロアは外の景色等を眺められる場。馴染みの音楽を流す等	冷暖房を備えており、利用者が居間に集まり、歌を歌ったりしながらゆっくりと過ごしています。食卓やソファ、玄関に続くスペースにも椅子を配しており、利用者が自分の気に入った場所で寛いでいます。利用者が協力して作成した壁飾りを掲示したり、地域から寄贈された節句の飾りから季節を感じられるようにしています。	
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。事務所は開放、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ものものを活かして、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。	居室は、利用者が仏壇や家具などを持ち込み、自分の居場所として安心できるようにしています。また、家具が古くなった場合は地域からの寄贈品で利用者の気に入ったものがあれば入替えるなど、利用者の希望などに応じて地域資源の活用をしています。	
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、台所台拭きや布巾色分け、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		