

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	0490300027
法人名	株式会社サンテック
事業所名	グループホーム清水沢あさひ園 ユニット名 1階ユニット
所在地	宮城県塩釜市清水沢3-11-31
自己評価作成日	令和 5年 9月 1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)】

事業所の基本理念・会社の経営理念と、毎月担当を決め、職員が考案した介護の重点を朝礼時に唱和し、理念の達成に向け、全職員で取り組みを行っています。
また、現在はコロナ禍により運営推進会議・家族会は開催していませんが、利用者様のご家族とZoomで面会や意見交換の場を持ち、ニーズに応じたケアの実現を目指しています。現在は予約制で面会時間短縮、感染予防に努め利用者様への面会、家族様との外出を行っています。事業所としても、コロナ前の活動が出来るよう努めています。

※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	http://www.kaigokensaku.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 10月 2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)】

ホームは、仙石線本塩釜駅から北西に車で5分ほどの高台の閑静な住宅地にある。職員はのシニアの方半数と若い方で幅広い年代から成り、話やすく相談しやすい環境である。職員は、入居者に対し丁寧な話掛けや理念の「目配り・気配り・心配り」を心掛け、1対1の傾聴に努め、入居者の安心に繋げている。近所の方から衣類やバスタオルなど頂き、散歩時に挨拶を交わす等交流している。近くの保育園から慰問の要請があり交流を再開する予定である。外出は家族の同行に限って行っているが、ホームの外出支援も検討中である。目標達成計画の避難訓練の反省と報告は達成しているが、地域住民の参加は継続とする。

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 清水沢あさひ園)「ユニット名 1階 」

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	基本理念をいつもでも目につくフロアに掲げ、朝礼時に5つの理念の唱和を行っている。毎朝唱和することにより介護の原点に戻りケアについて意識を高めています。	基本理念を「目配り・気配り・心配り」や「一緒に過ごす時間を大切に」他3項目を定めている。入居者が落ち着かない時はゆっくり話を聴き、帰宅願望の方に「家族へ連絡しますか」と優しく伝え、安心して貰っている。	
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	感染症法ではコロナ感染症は5類に分類されたが、利用者、職員からコロナ感染者が発生し自粛はしているが、感染予防に努め交流ができればと考えています。	町内会の回覧板で地域の情報を得ている。地域の保育園から慰問の来訪を10月に予定している。近所の住民から衣類やバスタオル等頂いている。職員と入居者が近くの花壇の草取をして、住民と交流している。	
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	事業所発信としては行っていないが、地域の方々から認知症についての質問や相談があった場合はいつでも対応できるようにしています。		
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	コロナ感染予防の観点から2カ月に1度ホームでの活動、面会状況等、往診、訪問看護師利用者の人数、訪問理美容、フットメディカルによるフットケアの実施状況を報告しています。	2カ月に1回、メンバーの市職員や町内会顧問、会長、民生委員、住民代表等にホームの活動状況などの報告書を郵送している。「何かあったら電話でお願いします」と伝えている。意見や要望などは殆どない。	ホームの報告書は1ヵ月毎に行事や面会、受診、外出、往診等詳しい内容になっているが、運営推進会議を双方向的に質問や意見、要望が交わされるようにお願いしたい。
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	利用者状況を伝えたり、利用者様に関する相談、運営に関することを相談し、アドバイスをいただきケアの質の向上につなげています。	入居者の成年後見人の選任について家族から相談があり、市の担当職員や地域包括センター、行政書士に相談し、アドバイスを家族に手続きの支援をして実現した。市主催のケアマネ研修会に職員が参加した。	
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	昼間は玄関の施錠は行わず、勉強会を行い全職員が身体拘束による弊害等について理解を深め身体拘束ゼロに取り組んでいます。	3カ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。身体拘束の確認や身体拘束ゼロに向けて取り組んでいる。「待ってて」や「座ってて」などの制止、度を越した強い言葉等職員間で注意し合っている。制止ではなく、「今行きます・順番で次行きます」と伝えている。	
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注意を払い、防止に努めている	管理者が外部研修に参加し勉強会を行い全職員に必要フィードバックをして理解を深め、職員間での見過ごしがいいよう職員間で注意をはらい防止に努めています。	職員が業務でストレスを抱えるような場合は周りで協力し、一人で悩まないようにフォローしている。管理者は職員が不安な状態の時には話を聴き、必要に応じて担当替えをしたり、休養を取ることを勧めている。	

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	ケアマネが勉強会にて基本で人権、消極的な側面、積極的な側面、権利擁護の必要性についてまた提供側の義務「自己決定の尊重」等について学び活用できるように指導を行っています。		
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	入居前に利用者様、家族様に必ず契約書、重要説明書、個人情報取り扱い説明書、苦情申し立てについてしっかり説明をし疑問点には説明を行っています。同意を得て署名・捺印を頂いたものを2部作成し双方で保管し内容を確認できるようにしています。		
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	意見箱の設置、面会時に家族様からの意見、要望を直接伺うことが多い。職員間で情報共有し支援に繋げています。	家族の来訪時に、水分をあまり取らない入居者の好きな飲み物を聞き、リンゴジュースが好きだったことが分かり提供している。家族から「ホームで入居者をもっと外出させてほしい」要望があり、法人と検討中である。	
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	月1回の職員全体会議で意見を求めたり、ユニット会議で職員からの意見、提案を管理者会議で代表者に伝え反映されるようにつないでいます。	職員から下肢の弱い入居者の移乗にスライドボード購入の提案があり、導入してケアが軽減した。「個人面談をして欲しい」の要望があり、取り組む予定である。有給休暇は希望通り取得出来ている。	
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	殆ど代表者が事業所を訪問しており、職員の状況把握を行っています。勤続年数が長い職員には表彰式を行い、向上心を持てるような環境に努めています。		
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	職員の経験年数や技量に合わせて外部研修に参加できるように案内を掲示しています。また研修に参加した職員は、全体会議の場でフィードバックし全職員が学べるようにしています。		
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	宮城県グループホーム協議会の勉強会や座談会にオンラインにて参加しています。	グループホーム協議会の新人職員交流会にオンラインで参加した。対面での認知症研修会に管理者が参加し、職員に伝達講習している。法人の管理者会議では、ボランティアの受け入れを検討している。	

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
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	利用者様の困りごとを把握し暫定ケアプランを作成しています。日常会話の中から些細な事でも耳を傾け、安心した生活、継続的な支援を提供できるよう職員が寄り添い、傾聴することで気づきを大切にしています。		
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	申し込みの段階で現在の困りごとや要望を聞きサービス内容をできる限り分かりやすく説明を行い納得したうえで申し込みを頂いています。失礼がな程度の利用者様の生活歴等の話も伺い少しずつ関係性を構築できるよう努めています。		
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	利用者様、家族様からしっかり話を聞き必要な支援を見極め、必要であれば主治医の意見を求め施設サービスにこだわらず、「地域資源」のサービスの提案もしています。		
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	その方のできる事を把握し、趣味や生活歴から興味が持てるようなことを探し、日課や役割を持つような支援をしています。日常生活の中に達成感が持てるような取り組みができるよう試みています。		
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	認知症であることを受け入れられない家族様や認知症の理解が乏しい家族様もいますのでケアマネが相談に乗り、必要であればケアの方法を共有し家族様と外出や外泊ができるよう支援を行っています。		
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い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	入居時には今まで使用していた家具や日用品を持ち込んでいただき、できる限り自宅から離れないような環境を整えています。また友人や親戚の方も面会や外出が可能であることを家族様や利用者様に説明を行っています。	今年の5月以降に家族との外出を解禁した。入居者は家族と外食を楽しめるようになった。県外から面会に来訪する方もいる。昔から裁縫が得意な入居者が布巾や雑巾を縫い、職員や入居者に喜ばれている。	
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う方同士の席にしたり、職員が間に入り集団で取り組める体操やレクリエーションを行っています。次第に利用者様同士で会話ができるようになっていきます。職員が気づかないことを教えてくださることもあります。		

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	入院等で退去された家族様と連絡を取りその後の状況を聞き相談支援に努めています。お看取りで、ご逝去した家族様とも連絡を取り、相談支援を行っています。		
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	その人の意向をくみ取りサービス計画書に反映し身体状況に変化がみられた場合はアセスメントを行い、利用者様の困りごとに目を向け職員間で情報を共有しています。	居室で一人である時や入浴時に話を聴いている。物忘れが進み不安な方や家族の話を聴いている。話を聞いて「ありがとう」の言葉を貰っている。「夕方家族が迎えに来る」と言う入居者に職員が寄り添っている。	
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	入居前の担当ケアマネの情報や入居時には、生活歴について聞き取りを行い基本情報、フェイスシートを作成し職員が把握できるように努めています。		
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	入居初期のうちに24時間シートを活用することにより、利用者様の生活パターンを把握することに努めています。日々の生活の中で変化があった場合は申し送りノートに記載し職員間で共有しています。		
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	月に1度のモニタリングを行っています。サービス計画書の評価時、状態変化時には担当者会議を行い、課題の検討を行っています。	6ヵ月毎に見直ししている。状態に変化があった場合には医師や看護師、管理者、担当職員で話し合って見直ししている。食事が取りづらくなった方にペースト食や高カロリー飲料水の導入をプランに入れ支援している。	
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	記録用紙への記載と特記事項は申し送りノートに記載し毎日、情報共有を行いサービス計画作成担当者、ケアマネはその情報をもとに、職員からの意見を聞きケアの改善や介護計画の見直しに活かしています。		
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	必要時は地域ケア会議に参加し課題について相談し、地域資源の活用や成年後見人制度の検討訪問診療の導入の検討に取り組んでいます。		

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	高齢福祉課、地域住民、民生委員、多職種の方から様々なアドバイスをいただき利用者様にあった生活ができるように支援している。		
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	利用者様が通院が可能である場合は家族様の付き添いの協力を得て、入居前のかかりつけ医に通院している。日頃の健康状態や血圧票、変化などを書面にし主治医、家族様が確認出来るように対応しています。	かかりつけ医の受診は1ヵ月間のバイタル表を持参し、結果は家族から報告を得ている。月2回の訪問診療を受けている方が7名ほどいる。訪問フットケアを利用し、巻き爪等のケアをして貰っている。	
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	些細なことでも相談し症状が軽いうちに対処できるように努めています。		
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。	介護サマリにて入院前の身体状況、日常生活動作について情報提供しています。看護師や家族様に連絡し病状の把握、治療方針、入院期間等の情報を得ています。また退院時カンファレンスに参加しています。		
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	看取りケアについては、家族様に説明を行っています。デリケートな問題であるため病状の変化や主治医からの説明も交えて、グループホームで行えるケアについて段階を踏まえて説明をしています。	入居の際に「重度化(看取り)対応に関する指針」を説明している。入居者の状態に応じてこまめに意向の確認を行っている。今年1名を看取った際は、他の入居者の声や生活音が聞こえる環境で、通常のケアに努めた。	
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	急変時事故発生時の対応方法をマニュアル化し目の届くところに設置しており、手順に沿って対応、連絡を行えるよう職員間で周知している。AEDを設置しており全職員が、使用できるよう訓練を行い落ち着いて対応できるよう努めています。		
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	コロナ感染予防の観点から地域住民の参加は自粛しているが、定期的に避難訓練を実施しています。	年2回夜間想定を含む避難訓練を実施している。夜間想定訓練では、2階の職員や入居者に対し「通報が遅れてしまった」が、反省に上がった。地域住民の訓練参加はコロナ感染予防の為自粛している。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	個人的な情報についてお話する際は自室や相談室を使用しています。また排泄の際や汚染してしまった場合などは、他利用者様に目につかないよう速やかに対応を行っています。	呼び名は名前か苗字にさん付けでしている。プライドの高い方には敬語を用い、方言を好む方には方言で話している。いずれも丁寧に話している。トイレの近い方はトイレに近い居室に変更するなど配慮している。
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	コミュニケーションでは閉じられた質問、開かれた質問で対応しています。その人が返答しやすいコミュニケーション方法を工夫し「決められる」権利を職員間で周知し心掛けて支援しています。	
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	利用者様が何を望んでいるのか伺いご自身のペースで過ごしていただくよう声掛けを行っています。	
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	2か月に1度訪問美容を利用しカット、カラーリングを行っています。望む服装を伺い季節にあった服装を提案しています。家族様に協力していただき、こだわりの化粧水、化粧品を購入をお願いしています。	
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	食材の準備や味見、簡単な調理への参加をお願いしている。食事の前にはメニューの説明を行っています。職員と一緒に洗い物や片づけを行っています。	ごはんとみそ汁はホームで作り、副食は配食サービスを利用している。カレーや焼うどん等が人気である。誕生日には特別食のちらし寿司やパスタなどが喜ばれる。敬老会では出前の海鮮丼を皆で食べた。
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	1日に必要なカロリーが計算されたメニュー表に沿って提供しています。食餌量、水分量は個人のケース記録に記載して管理しています。身体状況にあった自身で食べやすい食器やテーブルの高さ、姿勢に配慮しています。	
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、歯磨き、義歯の洗浄を行っています。仕上げ磨きが必要な方はケアを行っています。また異常がみられる場合やケアの方法は訪問歯科医師に相談しケアを行っています。	

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	利用者様の8割の方はトイレにて排泄しています。排泄パターンやその方の行動で声掛けを行い、また自身で出来る動作は分割して行ってもらい支援しています。	排泄チェック表を活用し、行動を見逃さず声がけ誘導し、ほとんどの方がトイレで排泄している。夜間はオムツ、パッドの交換をして見守っている。立ち上がりや手摺を持って横歩き等、体を動かさずよう支援している。	
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	午前、午後に適度な体操を行い、午前中のおやつにはヨーグルトを提供しています。主治医に相談し内服薬を使用することもあります。腹部マッサージ、温め等を行いその人にあった予防を行っています。		
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	毎日あるいは一日おきなど利用者様の状況に合わせて入浴を支援しています。入浴を拒否される方には清拭や足浴を勧めるなどの対応をしています。	入浴は1日おきか2日おきにしている。入浴の際は本人に聞き、拒否された場合は無理強いしない。湯温や湯量は希望に沿っている。季節によりゆず湯を使っている。跨げない方にはシャワー浴や足浴を用いている。	
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	本人の意思や生活リズムに応じた就寝と休息がとれるように支援しています。		
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	処方薬の効能、副作用を説明書などで確認し、薬の変更で症状の変化が見られた際にはすぐ医師や薬剤師に相談しています。		
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	生活歴を参照し趣味、興味を示すことをお勧めしたり、散歩など外出機会を提供し気分転換が図れる様支援しています。		
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	出来る限り本人の要望に応じて散歩や外出ができる様に支援しています。季節の行事としてお花見、お祭り見物、壱番館での歌謡ショー、塩釜ガス体育館や集会所での体操教室に参加していただけるように支援していますが、現在、コロナ渦で控えています。	コロナ感染防止のため、花見や見学、祭り、行事など外出は中止している。家族の協力で外食を楽しんでいる入居者が数人いる。天気の良い日はホームの周辺を散歩し、近所の庭や花を鑑賞して楽しんでいる。	

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	自己管理困難な場合など一時的に管理者がお預かりし金庫に保管するようにしています。		
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	利用者様が希望された時に電話をかけられる様支援しています。年賀状や手紙のやりとりなど可能な方には自筆で書いていただけるよう支援しています。		
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	食堂や廊下の壁にレクリエーションで作っていただいた作品や活動風景の写真を掲示しています。居室内には思い出の写真やご家族の遺影など心が安らぐような物を置いています。	食堂に紅葉やコスモスの貼り絵が飾っていて、季節を感じさせる。ファミリールームもあり、テレビやテーブル、ソファが備えてある。洗濯物置や縫物、お喋り、テレビ視聴など自由に寛いでいる。	
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	食堂やファミリールームでは、利用者様同士が会話したりお茶を飲まれたりするなどして過ごせるようにしています。		
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	居室に馴染みのある家具など持参することをお勧めしています。配置も本人の要望にそうようにして居心地の良い居室となる様工夫していただいています。	居室にベッドやエアコン、洗面台、押し入れが備えてある。使い慣れた衣装ケースやテレビ、ラジオを置いている。愛用のぬいぐるみや家族の写真を飾り、パッチワークや新聞、読書を楽しんでいる方もいる。	
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	居室の入口に表札をかけ、明確にご自身の居室とわかるようにしています。トイレ、お風呂場も張り紙で明示し、分かり易く移動できる様に工夫しています。		

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	0490300027		
法人名	株式会社サンテック		
事業所名	グループホーム清水沢あさひ園 ユニット名 2階ユニット		
所在地	宮城県塩釜市清水沢3-11-31		
自己評価作成日	令和 5 年	9 月	1 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)】

事業所の基本理念・会社の経営理念と、毎月担当を決め、職員が考案した介護の重点を朝礼時に唱和し、理念の達成に向け、全職員で取り組みを行っています。
 また、現在はコロナ禍により運営推進会議・家族会は開催しておりませんが、利用者様のご家族とZoomで面会や意見交換の場を持ち、ニーズに応じたケアの実現を目指しています。現在は予約制で面会時間短縮、感染予防に努め利用者様への面会、家族様との外出を行っています。事業所としても、コロナ前の活動が出来るよう努めています。

※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	http://www.kaigokensaku.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	10月	2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)】

ホームは、仙石線本塩釜駅から北西に車で5分ほどの高台の閑静な住宅地にある。職員はのシニアの方半数と若い方で幅広い年代から成り、話やすく相談しやすい環境である。職員は、入居者に対し丁寧な話掛けや理念の「目配り・気配り・心配り」を心掛け、1対1の傾聴に努め、入居者の安心に繋げている。近所の方から衣類やバスタオルなど頂き、散歩時に挨拶を交わす等交流している。近くの保育園から慰問の要請があり交流を再開する予定である。外出は家族の同行に限って行っているが、ホームの外出支援も検討中である。目標達成計画の避難訓練の反省と報告は達成しているが、地域住民の参加は継続とする。

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 清水沢あさひ園)「ユニット名 2階 」

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	基本理念をいつもでも目につくフロアに掲げ、朝礼時に5つの理念の唱和を行っている。毎朝唱和することにより介護の原点に戻りケアについて意識を高めています。	基本理念を「目配り・気配り・心配り」や「一緒に過ごす時間を大切に」他3項目を定めている。入居者が落ち着かない時はゆっくり話を聴き、帰宅願望の方に「家族へ連絡しますか」と優しく伝え、安心して貰っている。	
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	感染症法ではコロナ感染症は5類に分類されたが、利用者、職員からコロナ感染者が発生し自粛はしているが、感染予防に努め交流ができればと考えています。	町内会の回覧板で地域の情報を得ている。地域の保育園から慰問の来訪を10月に予定している。近所の住民から衣類やバスタオル等頂いている。職員と入居者が近くの花壇の草取をして、住民と交流している。	
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	事業所発信としては行っていないが、地域の方々から認知症についての質問や相談があった場合はいつでも対応できるようにしています。		
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	コロナ感染予防の観点から2カ月に1度ホームでの活動、面会状況等、往診、訪問看護師利用者の人数、訪問理美容、フットメディカルによるフットケアの実施状況を報告しています。	2カ月に1回、メンバーの市職員や町内会顧問、会長、民生委員、住民代表等にホームの活動状況などの報告書を郵送している。「何かあったら電話でお願いします」と伝えている。意見や要望などは殆どない。	ホームの報告書は1ヵ月毎に行事や面会、受診、外出、往診等詳しい内容になっているが、運営推進会議を双方向的に質問や意見、要望が交わされるようにお願いしたい。
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	利用者状況を伝えたり、利用者様に関する相談、運営に関することを相談し、アドバイスをいただきケアの質の向上につなげています。	入居者の成年後見人の選任について家族から相談があり、市の担当職員や地域包括センター、行政書士に相談し、アドバイスを家族に手続きの支援をして実現した。市主催のケアマネ研修会に職員が参加した。	
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	昼間は玄関の施錠は行わず、勉強会を行い全職員が身体拘束による弊害等について理解を深め身体拘束ゼロに取り組んでいます。	3カ月に1回身体拘束廃止委員会を開催している。身体拘束の確認や身体拘束ゼロに向けて取り組んでいる。「待ってて」や「座ってて」などの制止、度を越した強い言葉等職員間で注意し合っている。制止ではなく、「今行きます・順番で次行きます」と伝えている。	
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注意を払い、防止に努めている	管理者が外部研修に参加し勉強会を行い全職員に必要フィードバックをして理解を深め、職員間での見過ごしがいい職員間で注意をはらい防止に努めています。	職員が業務でストレスを抱えるような場合は周りで協力し、一人で悩まないようにフォローしている。管理者は職員が不安な状態の時には話を聴き、必要に応じて担当替えをしたり、休養を取ることを勧めている。	

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	ケアマネが勉強会にて基本で人権、消極的な側面、積極的な側面、権利擁護の必要性についてまた提供側の義務「自己決定の尊重」等について学び活用できるように指導を行っています。		
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	入居前に利用者様、家族様に必ず契約書、重要説明書、個人情報取り扱い説明書、苦情申し立てについてしっかり説明をし疑問点には説明を行っています。同意を得て署名・捺印を頂いたものを2部作成し双方で保管し内容を確認できるようにしています。		
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	意見箱の設置、面会時に家族様からの意見、要望を直接伺うことが多い。職員間で情報共有し支援に繋げています。	家族の来訪時に、水分をあまり取らない入居者の好きな飲み物を聞き、リンゴジュースが好きだったことが分かり提供している。家族から「ホームで入居者をもっと外出させてほしい」要望があり、法人と検討中である。	
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	月1回の職員全体会議で意見を求めたり、ユニット会議で職員からの意見、提案を管理者会議で代表者に伝え反映されるようにつないでいます。	職員から下肢の弱い入居者の移乗にスライドボード購入の提案があり、導入してケアが軽減した。「個人面談をして欲しい」の要望があり、取り組む予定である。有給休暇は希望通り取得出来ている。	
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	殆ど代表者が事業所を訪問しており、職員の状況把握を行っています。勤続年数が長い職員には表彰式を行い、向上心を持てるような環境に努めています。		
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	職員の経験年数や技量に合わせて外部研修に参加できるように案内を掲示しています。また研修に参加した職員は、全体会議の場でフィードバックし全職員が学べるようにしています。		
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	宮城県グループホーム協議会の勉強会や座談会にオンラインにて参加しています。	グループホーム協議会の新人職員交流会にオンラインで参加した。対面での認知症研修会に管理者が参加し、職員に伝達講習している。法人の管理者会議では、ボランティアの受け入れを検討している。	

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
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	利用者様の困りごとを把握し暫定ケアプランを作成しています。日常会話の中から些細な事でも耳を傾け、安心した生活、継続的な支援を提供できるよう職員が寄り添い、傾聴することで気づきを大切にしています。		
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	申し込みの段階で現在の困りごとや要望を聞きサービス内容をできる限り分かりやすく説明を行い納得したうえで申し込みを頂いています。失礼がな程度の利用者様の生活歴等の話も伺い少しずつ関係性を構築できるよう努めています。		
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	利用者様、家族様からしっかり話を聞き必要な支援を見極め、必要であれば主治医の意見を求め施設サービスにこだわらず、「地域資源」のサービスの提案もしています。		
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	その方のできる事を把握し、趣味や生活歴から興味が持てるようなことを探し、日課や役割を持てるような支援をしています。日常生活の中に達成感が持てるような取り組みができるよう試みています。		
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	認知症であることを受け入れられない家族様や認知症の理解が乏しい家族様もいますのでケアマネが相談に乗り、必要であればケアの方法を共有し家族様と外出や外泊ができるよう支援を行っています。		
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	入居時には今まで使用していた家具や日用品を持ち込んでいただき、できる限り自宅から離れないような環境を整えています。また友人や親戚の方も面会や外出が可能であることを家族様や利用者様に説明を行っています。	今年の5月以降に家族との外出を解禁した。入居者は家族と外食を楽しめるようになった。県外から面会に来訪する方もいる。昔から裁縫が得意な入居者が布巾や雑巾を縫い、職員や入居者に喜ばれている。	
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	気の合う方同士の席にしたり、職員が間に入り集団で取り組める体操やレクリエーションを行っています。次第に利用者様同士で会話ができるようになっていきます。職員が気づかないことを教えてくださることもあります。		

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	入院等で退去された家族様と連絡を取り孫尾後の状況を聞き相談支援に努めています。お看取りで、ご逝去した家族様とも連絡を取り、相談支援を行っています。		
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	その人の意向をくみ取りサービス計画書に反映し身体状況に変化がみられた場合はアセスメントを行い、利用者様の困りごとに目を向け職員間で情報を共有しています。月に1度モニタリングを行い利用者様の思いをくみ取れるように努めている。またミーティングを行い、状況の変化を共有している。	居室で一人である時や入浴時に話を聴いている。物忘れが進み不安な方や家族の話を聴いている。話を聞いて「ありがとう」の言葉を貰っている。「夕方家族が迎えに来る」と言う入居者に職員が寄り添っている。	
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	入居前の担当ケアマネの情報や入居時には、生活歴について聞き取りを行い基本情報、フェイスシートを作成し職員が把握できるように努めています。		
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	入居初期のうちに24時間シートを活用することにより、利用者様の生活パターンを把握することに努めています。日々の生活の中で変化があった場合は申し送りノートに記載し職員間で共有しています。		
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	月に1度のモニタリングを行っています。サービス計画書の評価時、状態変化時には担当者会議を行い、課題の検討を行っています。担当者会議には本人様、都合が合えば家族様、担当職員、管理者、必要に応じて主治医に参加していただき、課題検討を行っています。	6か月毎に見直している。状態に変化があった場合には医師や看護師、管理者、担当職員で話し合って見直している。食事が取りづらくなった方にペースト食や高カロリー飲料水の導入をプランに入れ支援している。	
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	記録用紙への記載と特記事項は申し送りノートに記載し毎日、情報共有を行いサービス計画作成担当者、ケアマネはその情報をもとに、職員からの意見を聞きケアの改善や介護計画の見直しに活かしています。		
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	必要時は地域ケア会議に参加し課題について相談し、地域資源の活用や成年後見人制度の検討訪問診療の導入の検討に取り組んでいます。		

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	高齢福祉課、地域住民、民生委員、多職種の方から様々なアドバイスをいただき利用者様にあった生活ができるように支援している。		
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	利用者様が通院が可能である場合は家族様の付き添いの協力を得て、入居前のかかりつけ医に通院している。日頃の健康状態や血圧票、変化などを書面にし主治医、家族様が確認出来るように対応しています。	かかりつけ医の受診は1ヵ月間のバイタル表を持参し、結果は家族から報告を得ている。月2回の訪問診療を受けている方が7名ほどいる。訪問フットケアを利用し、巻き爪等のケアをして貰っている。	
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	些細なことでも相談し症状が軽いうちに対処できるように努めている。		
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。	介護サマリにて入院前の身体状況、日常生活動作について情報提供しています。看護師や家族様に連絡し病状の把握、治療方針、入院期間等の情報を得ています。また退院時カンファレンスに参加しています。		
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	看取りケアについては、家族様に説明を行っています。デリケートな問題であるため病状の変化や主治医からの説明も交えて、グループホームで行えるケアについて段階を踏まえて説明をしています。	入居の際に「重度化(看取り)対応に関する指針」を説明している。入居者の状態に応じてこまめに意向の確認を行っている。今年1名を看取った際は、他の入居者の声や生活音が聞こえる環境で、通常のケアに努めた。	
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	急変時事故発生時の対応方法をマニュアル化し目の届くところに設置しており、手順に沿って対応、連絡を行えるよう職員間で周知している。AEDを設置しており全職員が、使用できるよう訓練を行い落ち着て対応するよう努めています。		
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	コロナ感染予防の観点から地域住民の参加は自粛しているが、定期的に避難訓練を実施しています。	年2回夜間想定を含む避難訓練を実施している。夜間想定訓練では、2階の職員や入居者に対し「通報が遅れてしまった」が、反省に上がった。地域住民の訓練参加はコロナ感染予防の為自粛している。	

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
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	個人的な情報についてお話する際は自室や相談室を使用しています。また排泄の際や汚染してしまった場合などは、他利用者様に目につかないよう速やかに対応を行っています。	呼び名は名前か苗字にさん付けでしている。プライドの高い方には敬語を用い、方言を好む方には方言で話している。いずれも丁寧に話している。トイレの近い方はトイレに近い居室に変更するなど配慮している。	
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	コミュニケーションでは閉じられた質問、開かれた質問で対応しています。その人が返答しやすいコミュニケーション方法を工夫し「決められる」権利を職員間で周知し心掛けて支援しています。		
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	利用者様が何を望んでいるのか伺いご自身のペースで過ごしていただくよう声掛けを行っています。		
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	2か月に1度訪問美容を利用しカット、カラーリングを行っています。望む服装を伺い季節にあった服装を提案しています。家族様に協力していただき、こだわりの化粧水、化粧品のお購入をお願いしています。		
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	食材の準備や味見、簡単な調理への参加をお願いしている。食事の前にはメニューの説明を行っています。職員と一緒に洗い物や片づけを行っています。	ごはんのみそ汁はホームで作り、副食は配食サービスを利用している。カレーや焼うどん等が人気である。誕生日には特別食のちらし寿司やパスタなどが喜ばれる。敬老会では出前の海鮮丼を皆で食べた。	
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	1日に必要なカロリーが計算されたメニュー表に沿って提供しています。食餌量、水分量は個人のケース記録に記載して管理しています。身体状況にあった自身で食べやすい食器やテーブルの高さ、姿勢に配慮しています。		
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、歯磨き、義歯の洗浄を行っています。仕上げ磨きが必要な方はケアを行っています。また異常がみられる場合やケアの方法は訪問歯科医師に相談しケアを行っています。		

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	利用者様の8割の方はトイレにて排泄しています。排泄パターンやその方の行動で声掛けを行い、また自身で出来る動作は分割して行ってもらい支援しています。	排泄チェック表を活用し、行動を見逃さず声がけ誘導し、ほとんどの方がトイレで排泄している。夜間はオムツ、パッドの交換をして見守っている。立ち上がりや手摺を持って横歩き等、体を動かさずよう支援している。	
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	午前、午後に適度な体操を行い、午前中のおやつにはヨーグルトを提供しています。主治医に相談し内服薬を使用することもあります。腹部マッサージ、温め等を行いその人にあった予防を行っています。		
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	毎日あるいは一日おきなど利用者様の状況に合わせて入浴を支援しています。入浴を拒否される方には清拭や足浴を勧めるなどの対応をしています。	入浴は1日おきか2日おきにしている。入浴の際は本人に聞き、拒否された場合は無理強いしない。湯温や湯量は希望に沿っている。季節によりゆず湯を使っている。跨げない方にはシャワー浴や足浴を用いている。	
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	本人の意思や生活リズムに応じた就寝と休息がとれるように支援しています。		
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	処方薬の効能、副作用を説明書などで確認し、薬の変更で症状の変化が見られた際にはすぐ医師や薬剤師に相談しています。		
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	生活歴を参照し趣味、興味を示すことをお勧めしたり、散歩など外出機会を提供し気分転換が図れる様支援しています。		
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	出来る限り本人の要望に応じて散歩や外出ができる様に支援しています。季節の行事としてお花見、お祭り見物、吾番館での歌謡ショー、塩釜ガス体育館や集会所での体操教室に参加していただけるように支援していますが、現在、コロナ渦で控えています。	コロナ感染防止のため、花見や見学、祭り、行事など外出は中止している。家族の協力で外食を楽しんでいる入居者が数人いる。天気の良い日はホームの周辺を散歩し、近所の庭や花を鑑賞して楽しんでいる。	

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	自己管理困難な場合など一時的に管理者がお預かりし金庫に保管するようにしています。		
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	利用者様が希望された時に電話をかけられる様支援しています。年賀状や手紙のやりとりなど可能な方には自筆で書いていただけるよう支援しています。		
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	食堂や廊下の壁にレクリエーションで作っていただいた作品や活動風景の写真を掲示しています。居室内には思い出の写真やご家族の遺影などが安らぐような物を置いています。	食堂に紅葉やコスモスの貼り絵が飾っていて、季節を感じさせる。ファミリールームもあり、テレビやテーブル、ソファが備えてある。洗濯物置や縫物、お喋り、テレビ視聴など自由に寛いでいる。	
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	食堂やファミリールームでは、利用者様同士が会話したりお茶を飲まれたりするなどして過ごせるようにしています。		
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	居室に馴染みのある家具など持参することをお勧めしています。配置も本人の要望にそうようにして居心地の良い居室となる様工夫していただいています。	居室にベッドやエアコン、洗面台、押し入れが備えてある。使い慣れた衣装ケースやテレビ、ラジオを置いている。愛用のぬいぐるみや家族の写真を飾り、パッチワークや新聞、読書を楽しんでいる方もいる。	
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	居室の入口に表札をかけ、明確にご自身の居室とわかるようにしています。トイレ、お風呂場も張り紙で明示し、分かり易く移動できる様に工夫しています。		