

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	0470600248		
法人名	社会福祉法人 白石陽光園		
事業所名	共生型グループホーム ながさか	ユニット名	やまほたるの家
所在地	宮城県白石市福岡長袋字永坂1		
自己評価作成日	令和 5年1月11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.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6 年 3月 25 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)】

外観はなじみのある日本家屋とし、昔ながらの雰囲気を残しながらも、建物内はフローリングとすることで、車いすの方にも利用できるようにしております。共生型グループホームとして高齢者だけでなく年齢の若い方も利用されているため世代の違った交流があり、それぞれに自然に役割ができるといった特徴をもっています。現在ではコロナ禍前の状態へとほぼ戻しており、外出や隣近所の方々と挨拶や会話等も当たり前になっております。看護師が常勤しているので看取り時など、医療に強いグループホームであることもアピールポイントです。利用料も安く設定することで、生活保護の方など様々な福祉的ニーズを抱えた方が安心して入居できる「家」を目指して総合的なケアを行っています。
--

【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)】

ホームはJR東北本線白石駅の北西部丘陵地集落の閑静な住宅地に2ユニットのホームがある。内1つは障がい者との共生型になっている。古民家を改修したホームは落ち着きがあり、入居者は穏やかな日常を過ごせている。自治会に加入し清掃活動や行事に参加する等、地域と協力関係を築いている。法人の理念「命の尊さを知り…」やホーム理念の「ながさかの思い」を基本に入居者一人ひとりの思いに寄り添い、入居者本位のケアに努めている。目標達成計画の「リーダー研修修了者を要請する」は1名が終了した。「介護福祉士及び介護支援専門員取得を促すや認知症実践者研修受講者を要請する」は候補者を確保し達成した。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、やりがいと責任を持って働けている。 (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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 共生型グループホームながさか)「ユニット名 やまほたるの家 」

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	「ながさかの思い」として、利用者、家族、地域社会、ネットワーク作りについて、事業所独自の理念に基づいて実践を行っている。	法人理念を基にホームの理念「ながさかの思い」を作っている。申し送り時に復唱し、4月に振り返っている。起床や食事、入浴、地域活動等生活全般に渡り、入居者一人ひとりに合わせた支援に努めている。	
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	自治会に入会しており回覧板や地区の清掃など地域のイベントに利用者と参加することで交流の機会を確保した。昨年は子ども会クリスマス会に参加し、地域住民との交流の機会が再開できた。	自治会の班長を持ち回りで担当している。カーブミラーの設置等要望を区長へ伝えている。地域の清掃活動に年に3～4回入居者と参加している。地域の方から米や野菜など「持ってけー」と声掛けがあり貰っている。	
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	運営推進会議にて認知症について講義行なっている。運営会議がきっかけとなり、近隣住民の福祉相談にも応じ、感謝されることがあった。		
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	地域の方々の参加率も高く、地域の課題についても多くの意見が出され、自治会や行政への依頼へとつながっている。写真を用いた近況報告は好評であり、参加者からも次回が楽しみであるとのことであった。	メンバーは市職員や自治会長、消防団員、婦人防火クラブ員、民生委員、近所の住民12名などで年6回開催している。自治会長から市の防災訓練の報告や住民から必要な場合は声を掛けて欲しい等の申し出がある。	
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	定期的に訪問し、包括、長寿課職員らと情報交換を行っている。行政の理解もあり、良好な連携が深まり、維持できている。	市の担当職員から緊急的なショートステイの相談を受けた。地域外の方や生活保護者の入居について相談している。市主催のケアマネ研修会に職員が参加した。地域のお茶飲み会をホームで支援している。	
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	玄関の施錠はしておらず、身体拘束も完全に行っていない。定期的な身体拘束に関する検討会議にて、行っていないかの確認を徹底して行っている。また、スピーチロックなどについても触れ、意識を高めている。	「身体拘束に関する検討会議」を3ヵ月毎に開催し、身体拘束の現況12項目のチェックやセンサー使用の状況を確認している。「座ってて」や「待ってて」等の声掛けは抑え、理由を説明し対応している。声掛け等があった時は職員間で注意し合っている。	
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	法人で虐待防止委員会を設置し、会議や研修に参加している。また、施設内研修として虐待防止研修会を取り入れ、毎月様々な事例検討も行なっている。	法人が作成した虐待防止21項目のチェックを全職員が毎月行っている。集計結果を研修会で検討し共有している。ユニットのチーフや管理者は職員の意見や相談等を聞き、アドバイスやヒントを伝えている。	

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	後見制度活用が必要な利用者があり、活用のため行政らと連携している。		
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	契約の際は運営規定、入居契約書、重要事項説明書を書面で確認いただきながら、実践に基づく具体的な説明を行っている。そのような説明を行なう事で、利用者、家族からは理解しやすいとお言葉もいただいている。		
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	利用者、家族ともにいつでも要望を伺っており、ケース記録へ記入、ケース会議などで情報共有、改善へとつなげている。 具体的には新年度における顔写真付きの職員配置図の郵送などである。	面会時や電話で相談に応じている。家族から病気療養中の入居者の手術について相談を受けた。医師の意見を伝え判断を委ねた。他のホームに入居している妻を家族の希望で夫の居るホームへ入居の支援をした。	
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	毎月の会議にて運営状況をわかりやすく説明し、その後に質疑応答を行っている。 働きやすい環境作りを各職員から提案できるようにしている。	職員会議やユニット会議等で意見や要望を聞いている。職員の要望で検討していた、昼食のおかずを4月から業者に替えることにした。有給休暇取得や希望のシフトに対応している。資格取得の助成制度がある。	
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	人事考課制度を活用し、各職員から1年の目標を土台に評価、加点方式とすることで、意識の向上となるようにしている。また必要に応じて個人面談を行っている。		
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	研修会の参加促進とともに資格取得の支援も行っている。一人一人を育てるとともに有資格者からの相乗効果も意識している。		
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	GH協やCM協会などの研修に参加する機会を設け、今年度は会場研修に参加いただくことで、他施設、他職種職員との交流の機会にもつなげている。	グループホームやケアマネ協会主催の事例発表会や研修会等に職員が参加した。情報を得て小湊先生を講師に招き法人の研修会開催とした。県社協の研修会で面会の方法やシフトの配置等の情報交換をした。	

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	リロケーションダメージについての理解を深め、利用者の認知症状、家族関係など個別性に合わせた受容の仕方についても共有している。		
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	アセスメント時の姿勢に注意し、安心して話ができる信頼関係を築けるようにしている。主訴のみならず表出されない、言いにくい要望(金銭面など)も引き出せるようにしている。		
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	サービス利用後の変化にも対応できるよう、情報共有、随時のサービス変更ができるようにしている。入居後は特に家族とこまめに連絡を取り合い、お互いの情報共有を行っている。		
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	在宅時の生活の継続となるよう、家事手伝いなどを一緒に行うことで、お互いが支え合えるといった本来の人とのかかわりとなるようにしている。		
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	家族、利用者が求める家族関係に柔軟に対応できるようにしている。入居後も、ともに支え合っていく関係となるようにしている。		
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	家族だけではなく、知人らの来訪も継続できおり、馴染みの関係が継続できている。また、入居前に住んでいたところに行き、在宅時の関係性にも配慮している。	面会は予約を受けて行っている。家族や孫、近所の友人が来訪している。馴染みの美容室や眼科の診察等へ職員が同行している。近くのスーパーやドラッグストアへ日用品や菓子類等の買い物支援をしている。	
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	利用者の個性を受け入れ、その方に合った関係性に配慮している。また集団生活が苦手な方に対しても個別な対応とすることで、間接的な関わりを維持している。		

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	契約終了後においても、利用者、家族の意向に沿った支援を継続している。特に家族からの入院による退去後の事務手続き、病院との相談の仕方などにも対応した。		
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	日々のかかわりから利用者の細かな変化に気付くことでケアの変更を行い、本人本位の生活となるように反映させている。困難な時には家族に在宅時の状況を伺い、試行している。	日常会話で聞いた、食べたいちらし寿司やとんかつ等をメニューに加えている。起床や食事、入浴等1日のスケジュールは、本人の希望に添って支援している。表現が難しい方の表情を読み取り支援に努めている。	
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	日頃の生活の会話から出てくる内容からこれまでの生活の背景や経過について把握し、ケース記録などで各職員で共有している。		
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	残存能力が維持できるように個別的なケアを展開しており、季節の変化などによる心身状態にも注意することで、個別的な生活ができるようにしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプランのケアの担当者に家族や外部の方を含める事でながさかを越えたチームケアを展開している。家族来訪時など、随時モニタリングを行っている。	モニタリングは毎月行い6ヵ月毎に見直している。家族の要望で「衛生面に配慮する」を「紙パンツが汚れていたら」に変えた。身近な家族の他にキーパーソンが別の場合は、生活支援と契約等役割を明確にしている。	
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	ケース記録を基本とし、重要事項は申し送りノートや健康記録への記入、口頭で伝えている。ケアプランの見直しには月ごとのモニタリングを反映させている。		
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	一番に利用者、家族の想いに寄り添えるようにしており、どのような状況においても、その方々の思いに応えられるような体制としている。		

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
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	自治会の方や近隣住民の理解もあり、利用者の方と気軽にかかわっていただく事で、地域で安心して暮らせるようになっている。		
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し、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	嘱託医がおり、24時間オンコール体制としていいる。また毎月往診に来訪され、連携が図られている。実績として急変時には医師からの直接のご連絡をいただくなど、看取りも継続できている。	全員が法人の嘱託医をかかりつけ医にし、月1回の訪問診療を受けている。休日や夜間などの対応や看取り支援が確保されている。専門科受診は職員が同行し、バイタル表と口頭で説明している。	
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	常勤の看護師がおり、いつでも医療面について報告したり、指示を仰ぐことで医療面に対する利用者、各職員の安心感につながっている。		
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。	医師との入院時の説明には、必ず家族と出席し、今後どのようにしていくのかを把握して、退院までの計画を立てている。また退院時にも同様の取り組みを行う事で、退院後においても医療機関と協働を図っている。		
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	看取りの実績があり、体制が構築できている。また、看取りだけにとらわれず、延命を望まれた場合には医療機関へ繋ぐことで、利用者が適切医療ケアを受けられるようにしている。	入居時に「看取り介護指針」を説明し同意を得ている。医師の説明に基づき、家族と支援の方法等を相談している。昨年は1名を看取った。職員研修は春とケース発生毎に行い、不安等は管理者がフォローしている。	
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	研修会にてAEDの使用方法や緊急時の連絡体制について学び、実践に活かしている。また、緊急時の連絡方法について電話の側に掲示することで、スムーズに連絡が出来るようにしている。		
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	年2回の避難訓練、市の防災訓練に参加することで避難体制を職員が理解し、実践している。夜間想定避難訓練では地域の方にも参加いただき、協力体制も築けている。	夜間想定を含めた避難訓練を年2回実施している。夜間想定訓練では関係者へ事前に資料を配布して訓練内容を周知している。地域の消防団や婦人防火クラブ、近隣住民が多数参加し、避難誘導を実施した。	

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
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	利用者の人格を尊重し、毎月の虐待防止研修や振り返りによって、呼称はさん付けと意識付けができています。現在はいわゆるタメ口についても意識付けしています。	入居者が日付や住まい等で間違っている、入居者の思いと受け止め肯定している。「面会に来てよかったね」や「良かったじゃん」等のタメ口は慎んでいる。入室はノックして承諾を得、不在時は後程一緒に入っている。	
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	会話だけではなく、表情などを理解することで、希望が表出され、自己決定時における思いの尊重へとつなげている。		
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し、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	支援の際には意向を伺う事から始め、それについての同意を得てから支援を行うことで、利用者のペースに合わせた生活が送れるようにしている。		
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	頭髪や化粧など利用者の要望に沿えるようにすることでおしゃれを意識した生活を送っていただいている。		
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	食べたいものを伺い、一緒に調理、片付けなどを行うことで、楽しめるようにしている。個別的に食べたいものを購入して召し上がっていただくこともある。	管理栄養士の献立を基に職員が調理している。希望を聞いて刺身や唐揚げを食べたり、寿司を店から取り寄せている。季節の折に花見弁当や芋煮、バーベキューを楽しみ、誕生会では好きな寿司やケーキ等を楽しんでいる。	
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	利用者に応じた食事形態での提供、食事量、水分量を記録することで把握している。嗜好や食事時間についても個別的な支援を行っている。		
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	毎食後の口腔ケア、就寝時に入れ歯の洗浄を行い、清潔保持に努めている。また包括の歯科衛生士による口腔アセスメントを取り入れ、口腔ケアの強化を図っている。		

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	できる限りトイレでの排泄を行ない、適切な用具を使用することで自尊心が維持できるようにしている。	約半数の方が自立している。他の方は排泄パターンや表情、動作を見て声がけ誘導し、全員がトイレで排泄している。個々の排泄状況に応じてオムツやリハビリパンツ、パッド等を使用し、清潔保持に努めている。	
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	排泄記録にて状態を把握し、食物繊維を多く含む食事、乳製品などの水分を勧めている。また、運動にて下剤に頼らない排便となるようにしている。		
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	利用者の希望に応じ、2か所の浴室を利用、浴室も選ぶことができる。自力での入浴が困難でもリフト浴にて気持ち良く入浴いただいている。	週2回を目安にしているが、希望でいつでも入浴できる。リフト付き浴槽や個浴タイプを備えている。好みの入浴剤を使用し、好きな音楽や介助者を選んでいる。拒否の方には時間を置いたり担当を変えて対応している。	
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	夜間就寝時には今まで使用してきた寝具で気持ち良く休んでいただけるようにしている。また昼夜逆転時においても、休みたいときに休めるようにしている。		
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	薬の説明書を参考にしている。特に服薬変更時には経過についても健康記録等に記入することで、状態変化、効果にも注意している。		
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	今までの役割や要望に沿い、すぐに準備を行う事で、縫い物や調理など手先の器用さを生かすことができ、残存能力の維持にもつながっている。		
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	外出支援、面会などについてはほぼコロナ禍前の状態へと戻りつつある。利用者の意向で、鳴子峡へ紅葉狩りにも出かけることができた。	ドライブを兼ねて蔵王エコーラインや鳴子峡へ紅葉狩りに出掛けた。職員の提案で山元町「夢いちごの郷」で苺を食べてきた。散歩がてら近所の方と挨拶を交わしている。近くの商店でカップ麺や菓子などを買っている	

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	本人、家族と相談し、現在は職員が金銭管理を行っている。しかし買い物の要望や残高確認時にはすぐに伝えることで、利用者がいつでも使えるようにしている。		
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	自由に電話を使用できるようにしており、自ら電話を掛ける方もいる。また、手紙なども本人へ渡したり、必要に応じて代読することも行っている。		
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	民家を改修しており、昔ながらの間取りとなっていたり、空調管理、環境整備を行うことで穏やかに過ごせるようにしている。	大きな古民家を改修した造りで、台所に接した居間が入居者の寛ぐ場所になっている。壁にたんぼぼの貼り絵が飾られている。ホットプレートで焼きそば等を作ったり、理学療法士による運動や風船バレーを楽しんでいる。	
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	居間や広縁のソファなど利用者の状態に合わせた家具の配置により、利用者が過ごしたい場所で過ごせている。		
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	入居時に使い慣れたものを持参いただき、住まいが変わっても使い慣れた家具に囲まれることで、リロケーションダメージの軽減を図っている。	エアコンや押し入れが備えてある。使い慣れたベッドや筆筒を持ち込み、家族や孫の写真を飾っている。テレビや仏壇、位牌を置いている方もいる。新聞を読んだり縫物や編み物をする等思い思いに過ごしている。	
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	広縁廊下は車椅子が通りやすいように広く設計されていたり、手すりを設置している。また階段などの段差には滑り止めマットを使用することで事故防止に努めている。		

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	0470600248		
法人名	社会福祉法人 白石陽光園		
事業所名	共生型グループホーム ながさか	ユニット名	かわほたるの家
所在地	宮城県白石市福岡長袋字永坂1		
自己評価作成日	令和 6年1月11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.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 6年 3月 25 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)】

子ども達が敷地内で鬼ごっこをする開放的な施設です。今年度は外出支援や地域の方々と触れ合う機会をほぼコロナ禍前の状態に戻しました。その効果として、コロナ禍と比較して笑顔になり楽しんでいる姿も戻りつつあり、職員の喜びにもなります。日々のかかわりから散歩のときなどに声を掛けていただくなど、地域住民として受け入れていただけていることを実感しております。方針の一つである、看取りケアも継続的にいき、嘱託医と連携して穏やかに見送ることができております。また若年性認知症の方にもご利用いただき、認知症専門の施設として、さらに質の向上を図っております。

【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)】

ホームはJR東北本線白石駅の北西部丘陵地集落の閑静な住宅地に2ユニットのホームがある。内1つは障がい者との共生型になっている。古民家を改修したホームは落ち着きがあり、入居者は穏やかな日常を過ごせている。自治会に加入し清掃活動や行事に参加する等、地域と協力関係を築いている。法人の理念「命の尊さを知り…」やホーム理念の「ながさかの思い」を基本に入居者一人ひとりの思いに寄り添い、入居者本位のケアに努めている。目標達成計画の「リーダー研修修了者を要請する」は1名が終了した。「介護福祉士及び介護支援専門員取得を促すや認知症実践者研修受講者を要請する」は候補者を確保し達成した。
--

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		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	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)
			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		
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	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)
			2. 数日に1回程度ある		
			3. たまにある		
			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	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)
			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		
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	66	職員は、やりがいと責任を持って働けている。 (参考項目:11,12)
			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		
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	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
			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	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
			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		
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 グループホームながさか)「ユニット名 かわほたるの家 」

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	「ながさかの思い」として、利用者、家族、地域社会、ネットワーク作りについて、事業所独自の理念に基づいて実践を行っている。	法人理念を基にホームの理念「ながさかの思い」を作っている。申し送り時に復唱し、4月に振り返っている。起床や食事、入浴、地域活動等生活全般に渡り、入居者一人ひとりに合わせた支援に努めている。	
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	自治会に入会しており回覧板や地区の清掃など地域のイベントに利用者と参加することで交流の機会を確保した。昨年は子ども会クリスマス会に参加し、地域住民との交流の機会が再開できた。	自治会の班長を持ち回りで担当している。カーブミラーの設置等要望を区長へ伝えている。地域の清掃活動に年に3～4回入居者と参加している。地域の方から米や野菜など「持ってけー」と声掛けがあり貰っている。	
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	主に運営推進会議にて認知症を取り上げ、各認知症における具体的な症状やかかわり方を伝えることで、認知症ケアにおける地域力の向上の一助となるようにした。		
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	ご家族、行政、地域住民、消防団、子供会の方が出席されている。近況報告だけではなく、例えば災害時の対応について参加者からご意見を伺い、業務へと反映させている。	メンバーは市職員や自治会長、消防団員、婦人防火クラブ員、民生委員、近所の住民12名などで年6回開催している。自治会長から市の防災訓練の報告や住民から必要な場合は声を掛けて欲しい等の申し出がある。	
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	運営推進会議では長寿課係長の出席をいただいている。直接、家族、地域の方とのコミュニケーションの場となっており、地域を巻き込んだより良い支援ができるように相互で協力している。	市の担当職員から緊急的なショートステイの相談を受けた。地域外の方や生活保護者の入居について相談している。市主催のケアマネ研修会に職員が参加した。地域のお茶飲み会をホームで支援している。	
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	身体拘束は全く行なっておらず、玄関の施錠は夜間帯のみである。利用者の方は自由に入出している。職員会議では身体拘束に関する検討会議、研修を行い、身体拘束をこれからもしないという意識を持ち、支援している。	「身体拘束に関する検討会議」を3ヵ月毎に開催し、身体拘束の現況12項目のチェックやセンサー使用の状況を確認している。「座ってて」や「待ってて」等の声掛けは抑え、理由を説明し対応している。声掛け等があった時は職員間で注意し合っている。	
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	法人全体で虐待防止委員会を設け、虐待がないか職員へチェックリストにて毎月振り返っている。また怪我や痣ができた時は、ヒヤリハット報告や事故報告書を記入して再発しないよう努めている。	法人が作成した虐待防止21項目のチェックを全職員が毎月行っている。集計結果を研修会で検討し共有している。ユニットのチーフや管理者は職員の意見や相談等を聞き、アドバイスやヒントを伝えている。	

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	職員会議で権利擁護についての勉強会を行っている。ながさかにも社会福祉士及び精神保健福祉士がおり、連携、協力体制が構築できている。		
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	契約時や契約内容変更時には対面にて一緒に読み理解していただいた後に契約を結んでいる。後日、不明な点があった際にもわかりやすい説明を再度行っている。		
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	運営推進会議や面会などで常日頃から話し易い雰囲気となっている。御意見箱にて伝えるにくい事も伺っている。要望等は全職員が共有できるよう書面に残している。	面会時や電話で相談に応じている。家族から病氣療養中の入居者の手術について相談を受けた。医師の意見を伝え判断を委ねた。他のホームに入居している妻を家族の希望で夫の居るホームへ入居の支援をした。	
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	職員会議等で法人全体の運営状況について総括責任者より説明があり、その時に意見を述べる機会がある。その場で発言しなくても、いつでも意見や提案を言える環境となっている。	職員会議やユニット会議等で意見や要望を聞いている。職員の要望で検討していた、昼食のおかずを4月から業者に替えることにした。有給休暇取得や希望のシフトに対応している。資格取得の助成制度がある。	
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	目標シートにて、一年間の目標を掲げ年度末にどれだけ達成したか自己評価している。管理者、総括責任者と多角的に評価し公平に査定されている。		
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	法人内では研修委員会を設け、法人全体で研修会を行なっている。外部の研修も会場参加とし、他施設職員との交流も意識している。また、資格取得の応援態勢も整っている。		
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	GH協やCM協会などの研修に参加する機会を設け、今年度は会場研修に参加いただくことで、他施設、他職種職員との交流の機会にもつなげている。	グループホームやケアマネ協会主催の事例発表会や研修会等に職員が参加した。情報を得て小湊先生を講師に招き法人の研修会開催とした。県社協の研修会で面会の方法やシフトの配置等の情報交換をした。	

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	入居前にご家族から情報を伺い、全職員で共有している。居室は自宅で長年使用してきた物が使えるようにあえて作り付けのものは置いていない。入居後も家族らとこまめに連絡を取り合い、本人に寄り添える関係作りをしている。		
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	入居申し込みの段階から家族の意向を伺い、入居後の良好な関係性へと繋げている。計画作成者だけでなく、どの職員でも窓口になり家族の細かい要望等を反映している。		
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	アセスメントにて、本人と家族の必要としている支援を汲み取っている。また毎月、担当が月まとめを行ない、本人の状況や支援を見極めている。面会時に家族に報告、都度意向を伺っている。		
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	洗濯干したみ方、掃除、野菜作りを行うことでサービスを受けるだけというだけでなく一緒に生活を作り上げるという姿勢でかわっている。入居者も人の役に立てる喜びもあり生活に張りが出ている。		
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	毎月ながさか通信を送り、面会に来れない家族にも生活、健康状況を伝えている。健康について変化があった場合、すぐに電話連絡し家族の意向を医師へ伝えたり、病院へ来訪いただいている。		
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	面会を再開したり、外出も自由に行うことで馴染みの方や行き慣れた美容室などにも行っている。	面会は予約を受けて行っている。家族や孫、近所の友人が来訪している。馴染みの美容室や眼科の診察等へ職員が同行している。近くのスーパーやドラッグストアへ日用品や菓子類等の買い物支援をしている。	
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	関係性の良い入居者同士は会話や家事、一緒に外出する支援を行なっている。一人で過ごすのが好きな方は催し物がある時は始めだけ参加するなど無理強いをせず個々の意志に寄り添っている。		

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
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	お亡くなりになり退所された後でもご家族と地域でお会いした時は挨拶などをしている。ある家庭では毎週、おやつをお届けいただくなどご支援をいただいている。		
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	好き嫌いがある方の食事は代替食を用意するなど工夫している。食欲のない方には食べたいものを伺い、購入している。日課を設けず、自由にお過ごしされている。	日常会話で聞いた、食べたいちらし寿司やとんかつ等をメニューに加えている。起床や食事、入浴等1日のスケジュールは、本人の希望に添って支援している。表現が難しい方の表情を読み取り支援に努めている。	
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	アセスメント時に可能な方にはご自宅へ伺い本人の生活状況を拝見し、入居後に安心できる環境作りへ活かしている。社会資源を利用している方には関係者へ聞き取りをし本人の希望を模索している。		
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	自立支援の視点で、本人の抱える不安等の不快感に配慮し、過ごし方や会話の中から心身の状態を把握し、入居者の方の生活の質の向上に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケース担当者を設けケアプランを作成する前に、各担当が毎月行なっているモニタリング(月まとめ)を用い、職員と現在の入居者の事について話し合い、ケアプランに反映させている。	モニタリングは毎月行い6ヵ月毎に見直している。家族の要望で「衛生面に配慮する」を「紙パンツが汚れていたら」に変えた。身近な家族の他にキーパーソンが別の場合は、生活支援と契約等役割を明確にしている。	
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	個別のケース記録にて入居者一人ひとりが、どのように過ごしているかを把握できるようにしている。体調不良や気分状態などこまめに記録し、月末にモニタリングを行い、介護計画に反映させている。		
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	通院介助や行政手続きなど利用者家族の意向に沿えるよう、何にでも対応できる体制となっている。		

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
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	自治会の方や近隣住民の理解もあり、利用者の方と気軽にかかわっていただく事で、地域で安心して暮らせるようになっている。		
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し、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	嘱託医が24時間オンコールで対応できるようにしている。また、1ヶ月に1回往診にも来ていただいております、綿密な連携が取れていることで、看取りの対応も継続できている。	全員が法人の嘱託医をかかりつけ医にし、月1回の訪問診療を受けている。休日や夜間などの対応や看取り支援が確保されている。専門科受診は職員が同行し、バイタル表と口頭で説明している。	
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	常勤の看護師を配置している。毎日、入居者の方の体調を把握し、嘱託医、協力病院とも良好な関係が維持できている為、状況に合わせてスムーズな受診が行えている。		
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。	医師との入院時の説明には、必ず家族と同居し今後どのようにしていくかを把握して、退院までの計画を立てている。また、協力病院のソーシャルワーカーとは良好な関係であり、情報交換がすぐにできるようになっている。		
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	家族の意向を聞きながら、嘱託医、看護師と連携を図り、ターミナルに向けた支援をケアプランに基づき行った。また、延命治療を望む方には医療機関への移行の支援も行っている。	入居時に「看取り介護指針」を説明し同意を得ている。医師の説明に基づき、家族と支援の方法等を相談している。昨年は1名を看取った。職員研修は春とケース発生毎に行い、不安等は管理者がフォローしている。	
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	急変時対応マニュアルを職員一人ひとりが把握し、緊急時に実践できるよう、定期的に研修、訓練を行なっている。		
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	防災訓練は、日中想定と夜間想定の方針を年2回、地域住民と協力し行なっている。GH協会の仙南ブロックや仙南の福祉施設間で協定を結び、災害時、相互に助け合う体制も構築している。	夜間想定を含めた避難訓練を年2回実施している。夜間想定訓練では関係者へ事前に資料を配布して訓練内容を周知している。地域の消防団や婦人防火クラブ、近隣住民が多数参加し、避難誘導を実施した。	

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
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	間違いや失敗があっても、自尊心を傷つけないよう、周りに気付かれぬよう配慮している。呼称についてはさん付けが定着しており、現在はいわゆるタメ口を使用しないことを意識付けしている。	入居者が日付や住まい等で間違っている、入居者の思いと受け止め肯定している。「面会に来てよかったね」や「良かったじゃん」等のタメ口は慎んでいる。入室はノックして承諾を得、不在時は後程一緒に入っている。	
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	意志の表出、自己選択、決定も入居者の方が主体となることを職員が理解することで、入居者が自己決定できるようにしている。		
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	一人ひとりの生活リズムに合わせている。起床が遅い方には、その方が居間に来るタイミングに合わせて食事提供したり、夜遅い時間までテレビを観たいという希望があればその方にあった就寝時間となるようにしている。		
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	希望で「散髪したい」「洋服を買いたい」という場合は、一緒に外出し意向に沿った支援を行なっている。		
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	献立は管理栄養士が作成している。入居者が希望されたメニューも織り交ぜたり、苦手なものは代替を提供し栄養不足にならないようにしている。	管理栄養士の献立を基に職員が調理している。希望を聞いて刺身や唐揚げを食べたり、寿司を店から取り寄せている。季節の折に花見弁当や芋煮、バーベキューを楽しみ、誕生会では好きな寿司やケーキ等を楽しんでいる。	
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	一日の水分量と食事量を毎日記録し、職員が把握できるようにしている。利用者の状態に合わせて水分にトロミを付けたり、食事を刻み食やミキサー食で提供している。		
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	本人の状態に合わせた用具等を使用し、毎食後口腔ケアを行なっている。包括の歯科衛生士訪問をいただくことによって、口腔ケアの強化も図れている。		

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	排泄パターンを把握し、トイレでの排泄ができる様に誘導等を行なっている。一人ひとりの状態に合わせてオムツ類を使い分けたり、随時変更している。	約半数の方が自立している。他の方は排泄パターンや表情、動作を見て声がけ誘導し、全員がトイレで排泄している。個々の排泄状況に応じてオムツやリハビリパンツ、パッド等を使用し、清潔保持に努めている。	
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	排便の有無を把握し、排便がない場合は水分を多く摂っていただいたり、適度な運動を勧めている。それでも出ない場合は、主治医、看護師と相談し服薬にて排便していただいている。		
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	回数にこだわらず、利用者の意向に沿って、入浴を行なっている。汚染時にもすぐに入浴できるようにしている。状態に合わせて自分で行なっている。状態に合わせて自分で行なっている。状態に合わせて自分で行なっている。	週2回を目安にしているが、希望でいつでも入浴できる。リフト付き浴槽や個浴タイプを備えている。好み入浴剤を使用し、好きな音楽や介助者を選んでいる。拒否の方には時間を置いたり担当を変えて対応している。	
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	ベッドでも布団でも、本人が安心して睡眠できるように対応している。日中でも、どこでも自由に横になるなど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	服薬表にて用法や用量について把握している。主治医指示により服薬変更があった場合は、種類や服用回数などを再確認し、誤薬防止に努めている。		
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	一人ひとりが今まで行なってきた事、できる事を把握し、日々の生活の中で活かせるよう工夫している。また、本人が好きな事、楽しい事をできる範囲でしていただいている。		
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	入居者の要望にて、外出の機会を確保した。外出が困難となっても、買物代行や床屋に訪訪いただく事で、QOLの確保に努めた。	ドライブを兼ねて蔵王エコーラインや鳴子峡へ紅葉狩りに出かけた。職員の提案で山元町「夢いちごの郷」で苺を食べてきた。散歩がてら近所の方と挨拶を交わしている。近くの商店でカップ麺や菓子などを買っている	

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	職員側でお預かりして、利用者の希望に沿った物品の購入等を行っている。個人で管理したい方に対しても柔軟に対応している。		
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	利用者からの要望は少ないが、主に家族側から近況確認で電話連絡をいただく事が多い。その際には、職員からの近況報告を行ないつつ、利用者との会話を楽しんでいただいている。		
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	施設内は日中であれば常に明るい状態を保ち、過ごしやすい温度になるよう調整している。季節感を感じられるよう、利用者が描いた作品等を飾るなど、和やかな雰囲気作りを行っている。	大きな古民家を改修した造りで、台所に接した居間が入居者の寛ぐ場所になっている。壁にたんぼぼの貼り絵が飾られている。ホットプレートで焼きそば等を作ったり、理学療法士による運動や風船バレーを楽しんでいる。	
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	居間にはコタツ、広縁にはソファを設置し、定位置を決めないことによって、入居者が常に気分にあった場所で過ごされている。自然と利用者間の交流も見られている。		
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	自宅に置いていた物を持参いただき、配置も本人と相談し好みの場所に置いている。自室に置きたい物や配置換えなど、その都度対応している。	エアコンや押し入れが備えてある。使い慣れたベッドや筆筒を持ち込み、家族や孫の写真を飾っている。テレビや仏壇、位牌を置いている方もいる。新聞を読んだり縫物や編み物をする等思い思いに過ごしている。	
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	安全な歩行のために、手すり等を設けリスクを減らしている。しかし、自宅と同様の雰囲気形成する際に出てくる自室内のリスクに関しては、その都度対応している。		