

### 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	1870300272		
法人名	医療法人 斎藤医院		
事業所名	グループホーム 藤の都 A棟		
所在地	〒915-0802 福井県越前市北府3丁目7-25		
自己評価作成日	令和 4年 1月 7日	評価結果市町村受理日	令和4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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/18/index.php</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和4年2月9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)】

母体が医療法時の為、持病があっても安心して生活が出来るように努めています。専任の看護師が土日を除く毎日2時間程度、土曜日は母体看護師が来訪して利用者様の状態観察を行い医師との連携を図っています。その他24時間母体の医院と連携が取れる体制ができています。利用者様がいつも笑顔で暮らせるよう職員が一丸となり日々の援助を行い、いつも笑い声の絶えないホームです。職員は常勤13名パート2名でユニットごとにほぼ固定の職員で馴染の関係を築いています。職員の8割が5~20年と介護経験が長くその内9割が介護福祉士を有しています。職員中9名が夜勤を行い利用者様の昼夜の状態を把握し元気に長く暮らせるように援助を行っています。また法人内に療養型病棟、老人保健施設、デイサービス、小規模多機能があり、本人の状態に合わせた対応が出来ようになっており、利用者様の人生に最後まで関わりあえる体制があります。

#### 【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)】

当事業所の系列法人は、サービス付き高齢者向け住宅、事業所、介護老人保健施設他10事業を運営している。当事業所には4つの大きな特徴がある。1つめは、新規利用者は入居予定事業所が決まっても、系列法人の医院において2週間の入院を経ることである。体調や投薬の他に総合的な情報整理を行ってから入居するこのシステムは、他の事業所にほとんど見られない方法である。2つめは、看取りまでのターミナルケアを行う環境、システムが整っていることである。利用者と家族にとって大きな安心に繋がっている。3つめは、事業所に週6日訪問する看護師を配属していることである。この配置は、介護職員にとって安心感を持つことに繋がっている。4つめは、勤続年数が長い職員が多く、理念がケアの実践に浸透し、安心感に繋がっていることである。事業所理念「明るく家庭的な雰囲気」を念頭に置き、様々なケアの実践と利用者対応に活かしている事業所である。

### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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		

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
<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ふ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	法人の理念を念頭に置いた上でホームの理念「明るく家庭的な雰囲気」をモットーに援助を行っている。ホームの見やすい場所に掲示し職員一同、常に理念を念頭に置き日常の業務を行っている。	系列法人の理念を玄関に掲示している。事業所理念は入職時に説明し、1・2階の共用空間に大きく掲示している。年度目標や個人目標は策定しないが、毎月の全体会議で、理念を念頭に置いた支援の振り返りを行い、実践に繋げている。	
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	ご近所の方と職員は日々挨拶を交わしているが利用者はコロナになってから外出していない。近所の方からお花をもらったりの交流は続いている。	自治会には法人が加入しており、回覧板が回ってくる。地域住民への介護講習会や研修を、「藤の杜」を中心に実施していた。近隣との交流(ボランティア、敬老会、花火、中学生の職場体験、事業所納涼祭等)、関わりが広がっていた。今後は、事業所だよりを作成し、回覧板の活用を検討している。	
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	運営懇談会の折、市役所職員、地域包括、区長、民生委員、家庭相談員の方々とお互いに協力しあえる事話あっている。		
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	二か月間ホーム内での活動や利用者様の状況を報告し行政や、家族、民生委員、家庭相談員の方々から意見をきき情報を交換しながらサービスの向上に努めている。	運営懇談会は、家族代表、区長、民生委員、福祉委員、市職員、地域包括支援センター職員、地区家庭相談員が参加し、コロナ禍でも可能な限り開催している。利用者状況、行事活動、研修等を報告し、意見交換を行う。地域の在宅生活者、感染症の注意喚起等も報告する。	コロナ禍以前は、各家族へ書類、利用者の近況、会議資料を送っていたが、この2年は送っていない。関係機関や地域住民がどのような協議をするのかを知らせるために、全家族へ議事録を配布することが望ましい。
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	運営推進会議以外にもわからない事や相談がある時は市役所、長寿福祉課の各担当が話し合いに応じてくれる。	運営懇談会に、市職員と地域包括支援センター職員の参加があり、必要に応じた報告、連絡、相談業務、外部評価のチェックを行っている。市の認知症対策地域ケアネットワーク会議にも参加し、可能な限り協力関係が築けるよう努めている。	
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	常勤の職員が身体拘束についての研修を受けマニュアルもある。外部からの不法侵入等、防犯の為、一部玄関ホールからフロアに通じる扉のみ施錠している。他、転倒のリスクから靴や布団に鈴をつけるが、どちらも家族に説明し理解を受けている。また運営懇談会の時に身体拘束廃止検討委員会を行い話あっている。	法人内で身体拘束廃止委員会を毎月実施している。身体拘束適正化の指針、身体拘束排除に関するマニュアルがあり、研修は全職員が参加できるよう2回ずつ行う。言葉遣いに配慮し、安全な見守りのために状況に応じ、家族の了解を得て靴や布団に鈴をつけている。ユニットに入るドアは24時間施錠している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	職員は虐待防止の研修を受けておりマニュアルもある。また疑わしい事があった場合は管理者やフロア責任者に報告する事になっておりすぐに話し合いの機会を作る他、身体拘束廃止委員会でも話し合える体制がある。		

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
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	職員は権利擁護の研修を受けており、個々の必要性和関係者に支援できる体制はあるが、現在まで制度を活用されている方はいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の締結時には書面を確認しながら、すべて説明を行っている。質問にも応じている。また改正があっても書面と共に説明を行い同意を得ている。		
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	運営懇談会の時や来訪時、メールや電話で話し合う機会を得て意見や、要望を聞きだすようにしており、よりよいサービスに繋がられるように努力している。	意見箱を設置しておらず、アンケートは実施していないが、近況報告、運営懇談会、面会時に意見・要望を聞き、運営やケアに反映している。利用者は食事の要望が多く、献立への反映に努めている。	新型コロナウイルスの影響で家族の面会ができない状態が続いている。直接触れることはできなくとも、iPadやパソコンによる「LINE面会」が可能な時代である。早急に、機材とWi-Fi環境を整備することを期待する。
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	月に一回全体会議を開き職員から意見を聞く機会を作っている他、随時、管理者やフロア責任者に話せる体制を作っている。理事への報告も行っている。	職員の意見や提案は、独自の各種会議用紙、療養記録、療養管理日誌、内部研修受講レポート、良い事例の報告リスト、ヒヤリハット報告書、アセスメントシート、実施・達成状況・計画評価表、モニタリングシート等の活用で、いつでも、どこでも反映できるシステムが整っている。	
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	職員、個々に応じて役割を決め責任をもって業務に取り組めるように働きかけている。今年は外部の研修も再開出来意欲の向上に努めている。残業も殆どなく有給休暇も取得出来ている。		
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	内部、外部の研修にできる参加が出来るようにしている他、業務上、疑問や分からない事は管理者や先輩に聞いたり指導して技術の向上に努めている。		
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り組みをしている	全国と福井県のグループホーム連絡協議会に加入してウェブ研修等を通じて情報交換は行っているがコロナ禍で地区部会は開催しておらず以前より交流の機会は減っている。		

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
<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 サービスを導入する段階で、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	事業所相談員と連携して情報の共有を行っている。入所前に見学、契約時に本人、家族から聞き取りを行う事で要望や不安の把握に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	聞き取りの際に不安や困り事を聞き今後のケアの参考にすると共に入所契約時に独自の個人情報シートに記入してもらう事でより多くの情報が引き出せるように努め、良い関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	利用者にグループホームが合うか健康診断も含め、母体に入院してもらい見極めを行っている。対象外であれば法人内の他のサービスを紹介するなど利用者の立場に立った支援を行っている。		
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	利用者に笑顔で暮らしてもらうため職員は言葉かけ雰囲気作りを大切にしながら利用者の気持ちに寄り添い援助を行っている。湯飲み洗いやテーブルの台拭き、掃除等の役割を振って一緒に行っている。		
19		○本人を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	コロナ禍になってから面会等が制限された分、手紙や電話の援助を増やしたり、毎月の現状報告に写真をつけてメールで報告したり、家族からの写真を見せたりして、双方の絆をつなげている。		
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	コロナ禍になってから面会等が制限された分、手紙や電話の援助を増やしたりして対応しているが、十分とは言えず寂しい思いをさせている。	居室は広く、コロナ禍以前は友人・老人会仲間の来訪時に居室でゆっくり過ごしてもらうことができ、友人とドライブ、喫茶店、家族と墓参り、職員と一緒に自宅や親戚訪問等ができたが、今はできていない。親戚や友人との年賀状、ハガキの投函、LINEの利用の支援を行っている。	
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	利用者の性格や行動を把握して座席を決め、お互いに助け合う場面を作っている。利用者も共同生活を送る事で馴染の顔になり、時には口論やトラブルが発生するが職員がフォローに入りより絆が深まる関係作りに努めている。		

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
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	同事業所内に移動された方には職員が面会に行ったり、面会が制限されている場合は相談員等から情報を得て継続して支援できるようにしている。		
<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	アセスメントにて以前の生活習慣や本人の希望等の聞き取りを行っている。認知症により意見が言えない場合でも本人の立場にたって考え検討している。	入居する前に、系列法人の医院に2週間入院し、薬等の調節を経て、事業所の利用が決まる。家族から得た生活歴、趣味、好きな物、意向等を個人情報に記載する。意思疎通ができない利用者には、表情、様子から意向を汲み取り、業務の中で協議し、職員間で共有している。	
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	本人や家族より情報を得てサービスを開始。事前の生活歴や入所後の本人会話や様子から再度、家族に情報の確認を行い、職員が共有。利用者の理解の努めている。		
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	個別に排泄パターン、バイタル、睡眠時間等を一目でわかるようにして本人の生活パターンを把握できるようになっている。またできる事できない事を見つけ職員間で情報共有している。		
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	担当者が本人、家族の思いを聞き、主治医や理学療法士の意見を参考にアセスメントをとり原案立案、カンファレンスにて本人、スタッフで話し合いケアプランの作成に努めている。本人の状態に変化があった場合は、すぐに見直しを行い毎月モニタリングも行っている。	職員は1~2名の利用者を担当し、本人、家族、療育記録や会議からアセスメントし原案を作成する。計画担当者は3か月ごとに家族、医師、理学療法士、看護師等のカンファレンスを事前に行い、半年ごとに介護計画を作成している。状況に応じて随時、見直しを行っている。	
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	個別の記録をつけケアプラン・心身状態の情報を共有している。小さな変化でも申し送り職員間で共有、対応の変更やプランの見直しに役立てている。		
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	家族の状況で支援が難しい場合は職員が個人の要望、不足品の買い出しや病院受診の援助を行っている。法人内に療養型、老人保健施設、デイサービス、小規模があり長期的な支援も行える。		

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	コロナ禍で介護相談員の受け入れだけは行っているが、ボランティアや学校の職場体験、実習受け入れ等すべて中止している。利用者とともに地域の行事にも参加出来ていない。		
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	母体の斎藤医院の医師が主治医となっているが、入所時に緊急時希望病院を聞き、利用者の状態、希望に応じて適切な医療が受けられるように支援している。	全利用者が入居時に、系列法人の医院に主治医を変更をしている。介護度に応じて月1～2回の往診を行っており、24時間連絡可能なシステムが整っている。専門医への同行は家族が原則だが、職員の同行もあり、受診後は、LINEと電話を併用し報告をしている。週5日事業所専従の看護師が勤務し、土曜日は、法人の看護師が来訪している。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	グループホーム専属の看護師がほぼ毎日来訪して利用者の状態や細かい変化を把握している。職員も変化や気づきを報告し指示を仰いでいる。母体の看護師にも24時間連絡でき連携が取れるようになっている。		
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、又、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。あるいは、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。	母体が医療法人のため母体への入院時は特に情報交換、連携は取れている。また他の医療機関の場合も病院、家族との情報交換を行い早期退院できるように体制を整え支援している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ターミナルに関し入所時から希望を聞き文章と共に説明を行っている。本人の状態に合わせ本人、家族の要望を尊重、新たに契約を結び終末期の対応ができる事を説明しているが実際の事例はない。	入居時に、重要事項説明書の重度化、看取り介護の指針を家族に説明し、状況や体制が整えば看取り支援を行うが、食事摂取等が重度化し、終末期医療が必要になった場合は、対応できないと伝えている。系列法人内の介護老人保健施設や医院に転院することが多い。今後、医師によるターミナルケアの研修を検討している。	法人の医療体制が整っているため、看取り介護指針を重要事項説明書の「医療連携体制」に明記しているが、併せて「重度化および終末期に向けた指針」の策定し、「重度化、終末期、看取り」のターミナルケアに対応するため研修・協議を開催することを期待する。
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	急変や事故発生時のマニュアルがあり職員は適切な対応ができるように研修も受けている。マニュアル一覧を見やすい場所に置き迅速な対応ができるよう心がけている。		
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	年2回の火災訓練(内1回は夜間想定)と年1回の災害時訓練を行っている。火災、災害時は緊急連絡網により同法人内より応援がくる体制があると共に地区の自警隊とも協力体制の取り決めがある。	年2回火災避難訓練を実施し、うち1回は夜間想定で行っている。その他に水害・原子力発電所の事故を想定した災害訓練を実施し、協定書作成には至っていないが、地域の自衛消防隊や運営懇談会で協議している。備蓄品は、地域住民の避難所も兼ねており、本部に約3日分を用意している。	

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
<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	個人を尊重した声かけ、対応を心掛けている。馴染の関係から職員の対応がなれ合いになっていないか会議やカンファレンス時に再確認している。また本人の居室で話を聞く等プライバシーや自尊心を尊重する支援を行っている。	利用者の人格尊重、虐待防止、プライバシー保護のマニュアルに沿った対応を心がけ、月2回以上の法人内合同研修を実施している。不適切な対応が見られた場合、管理者が注意し、アンケートを取る等の振り返りを行っている。個人情報等の書類は、事務所の鍵付きロッカーに保管している。	
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	好みの飲み物の選択、入浴時の着替えの選択等、作業の種類等、小さい事だが、選択できる場面を設け本人が選択する事、納得する事を大切にして支援を行っている。		
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	日課として行っているレクリエーションや体操等職員の声かけにて行っているが、基本は利用者のその日の気分に応じてゆっくり過ごしてもらい本人の状態に合わせて作業を組み込みその支援を行っている。		
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	家族に本人の好みの服を用意してもらっている。また利用者本人に着る服を選んでもらった莉、入浴後の眉書きなど本人が大切にしているおしゃれを把握し支援を行っている。		
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	もやしのひげ取りや盛り付けや食事の後片付け等、利用者の能力に合わせて一緒に行っている。また行事では一緒に料理を行う時もある。また嚥下機能や病状にあった食事形態を提供している。	ヨシケイの献立に基づき食事を作っている。法人の管理栄養士から食事形態や嚥下問題、カロリーや塩分調整等のアドバイスを定期的に受けている。コロナ禍で、利用者には茶碗洗いだけ手伝ってもらい、職員も一緒に食事を摂っている。行事に合わせて寿司や弁当等を取っており、利用者が喜んでいる。おかず以外の食器は個人の物を利用している。	
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	ヨシケイから購入し食事を提供している。持病等に合わせて塩分やカロリーを調節し、食事形態を変え全量摂取を目指している。持病に合わせ栄養調整食品の追加もある。またチェック表により主治医の指示通りに水分管理を行っている。		
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	月に一回歯科衛生士の訪問指導があり個別の援助方法を毎月確認している。毎食後、個人の能力に合わせて、口腔ケアの援助を行っている。		

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
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むけた支援を行っている	個別シートにより本人の排泄パターンを把握。本人に合わせた声かけ誘導を行い、なるべく失敗なくトイレ誘導出来るように援助を行っている。各個室にトイレがあるのでプライバシーやプライドにも配慮しやすい。	個人排泄表から「カルテ・三測表」に移し、パターンを把握し、タイミングの良い誘導を行っている。居室にトイレがあり、職員間で情報を共有した結果、利用者全員がおむつ使用から紙パンツ・布の下着になる成果に繋がった。家族了解の元に、靴や布団に付けた鈴で、夜間の対応を早く行うことができ、効果的であった。	
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	全員の排便チェックを行い看護師、医師との連携を密にするとともに、本人の状態に合わせ水分補給を牛乳に変えるや、トイレでの腹部マッサージ、毎日の体操でなるべく自然排便があるように支援している。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人づつ本人のペースで入浴してもらっているが、一人で入浴できる方がおらず職員の勤務に合わせて週2回の決まった曜日の入浴日になっている。2ユニットある為体調に合わせて入浴日を変更することは可能である。	入浴は週2日(1階は月・木曜日、2階は火・金曜日)9時から15時の時間帯で、入浴担当職員は1名である。体調や状況による時間の変更、シャワー浴、回数の上限に余裕がある。入浴剤は使わず、季節の柚子や菖蒲を利用した個浴を行っている。利用者の身体機能の低下が見られるため、機械浴の導入を検討している。	
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	本人のペースに合わせながらも夜間ゆっくり休んで頂けるよう日中レクリエーションや作業を勧め昼寝の時間も作り生活にメリハリをつけています。寝る前にゆったりとおしゃべりの時間を設けたりして個々のリズムが整う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	薬剤情報をもらい、ノートにて投薬量、残数の確認、トリプルチェックを行っています。飲み忘れがないよう時間ごとに職員が管理しています。特に薬が変わる時は注意しその他にも変化があればすぐに報告し連携をとっている。		
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	普段から利用者の話に耳を傾け、趣味の時間を作ったり本人が得意とする事や、昔していた事、その人の能力を見極め、本人の自信につながるような役割を決め、声かけ援助を行っている。		
49	(18)	○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。又、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	コロナ禍になってから、受診以外、外出をしていない。家族との面会もままならない状態で心苦しい限りである。	コロナ禍のため2年間、家族の面会制限、家族との外食や買い物、花見、西山公園、菊人形等の恒例行事ができていない。利用者自身、外に出る気力・体力が低下している。天気の良い日の散歩、共用空間の窓付近での日光浴が日常的となっている。積極的な体力と健康を保つ室内小運動、歩行等の日常的リハビリが求められる。	



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	以前は外出の機会に小遣い程度自分で使う事もあったが、ここ一年全くその機会はない。金銭出納帳で管理し本人の要望を受け職員が購入するか、家族が持ってきている。		
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	本人の希望にて電話をかける支援があり、携帯電話を持っている方もいる。また手紙等が出せるよう住所の把握やハガキ等の準備があり便りがかけるように支援している。		
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	フロアは南側が全面窓になっており、とても開放的になっている。各居室入り口に手作りのプレートを飾ったり、その時期の歌の歌詞なども貼って季節感を出している。空調も管理し快適な室温に調整されている。	共用空間は南側が全面窓になっていて、明るい日差しがフロアいっぱい差し込む。北側の壁には「今月の歌と飾り」を、空いている壁にも利用者や職員とで作った作品を季節感豊かに配置し、和やかで心が踊るような雰囲気を出している。清潔で気持ちの良い空調で、爽やかさもある快適な空間である。	
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	ソファとテーブル席、各自がその時の気分にあった居場所が確保できるようになっている。台所にもイスを置き、思い思いの場所でおしゃべりしたり、くつろげるように支援している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ベッド・タンス・テーブルはホームの備品だが家庭的なものを使用してもらっている。入居の際に本人が気に入っている物や家で使っていたシ食器等も持って来てもらい、生活できるように支援している。	ベッド、タンス、エアコン、テーブルが付帯設備で、トイレと洗面所も備え付けてあり、二人部屋と見間違えるほどの広さがある。和風障子窓からの光は柔らかく、使い慣れたソファやテレビ、仏壇、趣味の本やぬいぐるみ、写真、カレンダー等が、その人らしい調和のある空間を作っている。	
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」「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	必要箇所(フロア・トイレ・ベッド・浴室)には手するが設置されている。洗濯物は室内で座って干せるようにブティックハンガーを使う等工夫している。		