

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	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホーム まこと 2		
所在地	愛知県一宮市佐千原字郷前21番地		
自己評価作成日	令和6年3月25日	評価結果市町村受理日	令和6年3月29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	https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2372202065-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号		
聞き取り調査日	令和6年3月27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)】

地域密着型認知症共同生活施設として、地域との繋がりを大切に諸行事は利用者とスタッフも一緒に参加。昨年、コロナ感染症が第5類感染症に分類された以降、地域行事も徐々に開催され、町民祭りでは子供獅子の練り歩きがあり当ホームに在所して頂き、左義長にも参加出来ました。ホーム主催の納涼祭はご家族様・ご近所住民様に参加して頂き、クリスマス会にはご家族様参加無しでしたが、ボランティアで木曾川民謡同好会の皆様に来て頂き、歌と演奏を利用者様と一緒に下さり、楽しめました。また、年4回は外出レクリエーションとしてフロア毎に行き先を検討し実施、昼食も外食する様に取り組んでいる。ご家族様との繋がりが大切に、入居時に面会・協力をお願いし、家族会を兼ねた行事への参加・推進会議へ交替で参加して頂き、議事録・資料は全家族に配布する。面会時間は自由であるが状況により調整する。毎月、ケア会議では利用者様の個別ケアを検討、スタッフのスキルアップを図る為、社内研修の年間計画を作成、担当者が資料作成と発表、外部研修も交替で参加・報告書をケア会議で発表し情報共有している。今後も理念に基づき、利用者様が安心して暮らしていけるホーム運営が継続出来る様に努めます。

【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)】

◎軽減要件適用事業所
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」
 ②軽減要件確認票
 ③目標達成計画

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広がったり深まり、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. 全くない
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、活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		

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
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。	理念を玄関・事務所に掲示しており、スタッフも出・退勤時に見て確認、ケア会議の「接遇」の内容で取り上げ、家庭的な環境下で楽しく、安心と尊厳のある日常生活を支援するという理念をスタッフ全員で再認識・共有して実践に繋げている。		
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。	町内会に加入、回覧板で地域の情報を得て、行事(町民祭りでホームに子供獅子来所・左義長)は積極的に参加。子供110番の家にもなって居り、ホーム主催の納涼祭は近隣住民に呼びかけ参加して頂く。地元知人から野菜類の差し入れもある。		
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。	地域行事には利用者と共に参加、町内の人達との交流を大切にしている。地域住民からのホーム見学や相談があれば介護の不安や介護負担軽減に繋がるアドバイスも行なっている。要望があれば中学生職場体験も受け入れる。		
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。	年6回開催、地区包括職員・評価機関・ご家族代表・町内民生児童委員・町内会長・島文楽保存会代表・元連区長様達に参加して頂き、ホームの現状・事故報告・活動状況の報告・行事予定・身体的拘束適正化委員会・まこと便り等を報告、それぞれの立場から意見・情報を頂き支援の向上・運営に役立っている。議事録は全利用者様家族に配布、ホームの現状を理解して頂く。		
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。	介護保険に関する相談・情報等、電話で密に取り合っている。生活福祉課への提出書類や介護保険更新手続き等で市役所に出向き、推進会議議事録を提出し、ホームの現状を伝える。市主催の講演会・研修等、スタッフ交代で参加・ケア会議で報告・全スタッフに周知・共有し実践に繋げる。包括主催のケアマネ会にも参加・交流している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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。	身体拘束廃止に関する指針を事務所に掲示、スタッフは自由に閲覧出来、社内研修でも年2回課題に入れ、スタッフ全員が共通認識を持ち、利用者の行動抑制や玄関などの施錠もせず、安全に自由な暮らしができるケアに取り組んでいる。運営推進会議でも委員会を通じて検討・意見を頂いている。		

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
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。	高齢者虐待防止講演会や研修にスタッフ交代で参加・報告で情報の共有化を図り、高齢者虐待に係る通報義務も周知・理解しており、日頃のニュースに関心を持ち、虐待の具体的内容や不適切ケアに気づき、スタッフ同士で話し合い、その場で注意し合い防止に努める。ケア会議の内容に接遇を取り入れ、言葉遣いに関してや疲労・ストレスがケアに影響しない様に心にゆとりを持って接する様に注意喚起している。		
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。	司法書士が後見人の入居者様や生活保護での入居者が居たり、NPO法人のパンフレットも設置している。包括主催の成年後見制度に関する勉強会～実際の事例を通して学ぶ～にも参加し、他機関・多方面にわたっての支援が必要で、市高年福祉課からも他の課にまたがって連携を取りながら支援を進めますとの意見等もあり、改めて、ご家族様・スタッフ等と話し合い、個々の必要性に応じた制度を活用して支援できる様に努める。		
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。	見学・相談に来られた時点から利用者・家族の不安・疑問に答え、入居の際はホームオーナーも同席、利用契約書・重要事項説明書・各同意書・ホームの理念や流れ等・医療連携体制の実際・事故発生時の対応・苦情窓口・解約または改定・ケアプラン等をケアマネ兼 管理者が詳しく説明し、納得して頂き同意を得る。		
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。	スタッフ一人一人が日頃より利用者様に寄り添い、会話を多くし困っている事や希望等を聞く様にしており、ご家族の面会時には日頃の利用者様の様子を伝え、ご家族からの要望を管理者に伝え、ケア会議の個別ケアで検討する。玄関にご意見箱も設置、運営推進会議でご家族代表から意見を出して頂き、外部評価機関が家族アンケート調査を行い、問題があれば良策を考え実施する。		
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。	毎日の申し送り・月1回のケア会議で思った事や不安な事を発言できる雰囲気心がけ、日頃からお茶を飲みながらコミュニケーションを図り、意見・提案を聞く機会を確保、月1回の役員・スタッフ会議で検討し決定事項は速やかにスタッフに周知。オーナーもホーム来所時は利用者様・スタッフと和やかに話をされている。		

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
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。	就業規則を事務所に掲示。オーナーはスタッフが向上心を持って働ける様に資格取得に向けた支援・給与・資格手当等の見直し・有給休暇の取得・外部研修も勤務としてシフト面で考慮、健康診断も年1回・各種の予防接種もホームで行う。ホーム行事の外出レクの際はレンタカーを借り、運転手として協力・スタッフ・利用者様の把握に努めている。		
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。	外部研修にスタッフ交代で積極的に参加し、研修報告をケア会議で発表し、スタッフ全員に周知、レベルアップを図る。認知症介護実践者研修は勤務扱い・費用は会社負担、ホーム内でオンライン研修にて実施している。介護福祉士合格者は資格手当を得る。		
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。	地区包括支援センターのケアマネ会、施設部会の研修・認知症講演会等に参加し、同業者との交流を図り意見交換し合い、ケアの向上と社会資源活用の情報を得ている。他グループホームとの相互訪問もあるがコロナ禍以来、中止となっている。同業者の友人達とはお茶しながら意見や経験等を聞き、ケアに活かす様にしている。		
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。	ご照会には管理者・フロア長が訪問し、ご本人面談を行い、困っている事・不安な事・要望等を聞き、生活状態を把握する様にしている。ホーム見学時には家庭的な雰囲気を見て頂き、安心感を持って利用して頂ける様に対応している。		
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。	最初のホーム来所時にご家族の困っている事・不安な事・これ迄のサービスの利用状況等を十分お聞きして、当ホームの対応や支援内容を説明、リビングや居室等を見学して頂き、徐々に相談を重ねながら信頼関係を築き、ご本人・ご家族が納得され入居して頂き、安心感を持って生活して頂ける様な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。	ホーム見学・相談来所時に現状の問題点をお聞きして当ホームの支援内容を説明しながら、在宅生活可能な限りは他サービスを利用しながら継続して頂く様なアドバイスをしたり、当ホームではお試し入居も有り、その間で判断されても良く、受け入れ難い時は他施設を案内する等の対応をしている。		

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
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。	家庭的な雰囲気の下で日常生活を送って頂ける様に環境整備し、利用者様に無理強いする事無く出来る事は積極的にして頂く。レクや適度な運動・洗濯物たたみやもやしの髭とり等簡単な家事補助等を他利用者・スタッフと協働しながら、穏やかな生活が出来る様に声掛け、場面づくりをしている。		
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。	入居時からご家族には出来る限り面会に来て頂くようお願いし、居合わせたスタッフが日頃の生活状況や気づきを伝え、居室やリビングでご本人と談笑できる様配慮している。また、外出も事前連絡して頂くと可能である為、遠方から来所され外食に行かれる事もあり、入居前からのかかりつけ医への定期受診に付き添われるご家族もいる、ホーム行事の夏祭りやクリスマス会等はご家族に来て頂き楽しい時間を共有して頂き、写真やお便りも送付する。		
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。	コロナ禍以来、友人・知人等の面会は無くなってきたが、外出・外泊が自由となった為、身内の法事やお孫様達と共に家族旅行に行かれたりする利用者様や、外食のついでに久しぶりにお墓参りに行って来たと言われた利用者様もいる。電話の取次ぎや手紙の投函等の支援も行う。		
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。	日常はリビングで過ごされる利用者様が多く、気の合う利用者様を把握し、ソファ席やテーブル席等を配置し、孤立させない様にスタッフも一緒にお茶や食事の時間に多くの会話を持つ様になっている。レクや洗濯物たたみ等も協力して行い、仲間意識が持てる様に支援する。		
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。	転居時には生活環境や支援内容、注意の必要な点等細かに情報提供し、これ迄の暮らしの継続性が損なわれない様をお願いする。転居先が面会可能な場合は馴染みのスタッフが訪問し話相手になったり、ご家族に電話で様子を聞いたり、ホームの行事に招待したりして継続的な付き合いが出来る様に心掛けている。		
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	(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。	日常の会話や表情から本人の気持ちを汲みとり、本人本位の希望、意向に沿える様にそれとなく確認しており、毎月のケア会議時に担当スタッフを中心に個別ケアで検討・情報共有する。また、ご家族とも相談しながら環境整備や支援内容を考える様に努めている。		

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
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。	入居申し込み時に本人・家族より生活歴や生活環境・暮らし方・趣味・サービス利用の経過等を詳しくお聞きし、ご家族の了解を得てサービス利用時のケアマネさんに情報提供して頂き、把握する様に努めている。		
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。	個別の介護記録でバイタル・排泄・食事や水分摂取量・レク等の参加状況・体調変化や睡眠時間・いつもと違った様子、会話や表情・言動等からスタッフの気づき等も記録し、朝・夕で申し送りを行い、情報共有し現状把握に努める。		
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。	介護計画は入居時作成、約1ヶ月後に見直し、その後は基本6ヶ月で見直しするが、状態変化(主に入院)あればその都度、見直し作成する。担当スタッフによりモニタリングを行い、担当者会議を兼ねたケア会議でケアのあり方・意見・アイデア等を話し合い、本人・ご家族の意見も含めて検討し、現状に即したプランとなる様に作成している。		
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。	排泄・食事・服薬・入浴等の生活チェック表の記録で実施漏れを防ぎ、業務日誌・個別介護記録にレクの様子や排泄等の身体状況・本人の言葉・ご家族の面会等を記載、ヒヤリハット・気づき・対応・ご家族からの要望等も職員申し送りノートに記載し、スタッフ交代時に口頭で申し送りを行い、ケア会議で個別検討し、情報の共有化・介護計画の見直しに活かしている。		
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。	基本的にはケアプランのスケジュールで支援するが、病院受診や行事等で入浴日を変更したり、日常生活でも食事・入浴・静養等はご本人のペースや意向に沿って時間の変更等の支援を行っている。個別の買い物・病院受診の付き添い・趣味の補助等も支援しており、ご本人の状態やご家族の要望等でニーズ変更あり、当施設で解決できない場合、区分変更し、他施設を提案している。		
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。	町内会に加入、地域行事には利用者様交替で参加、ホーム主催の夏祭り等は近隣住民へ呼びかけ参加して頂く。運営推進会議に地域包括支援センター職員・民生児童委員・島文楽代表・町内会長が参加され、利用者様が楽しみ、励みになる様にイベントや公民館利用の趣味活動等を情報提供して下さり、町内会長には防災訓練に参加依頼したり協力関係を築いている。		

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
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し、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。	協力医院主治医が月2回往診・利用者全員の健康・服薬指導を受ける。必要あれば専門医へ紹介状を依頼、初診時は家族同行となる場合もあるが、管理者やスタッフが付き添い受診・通院する。家族の希望で入居以前からのかかりつけ医への定期通院はご家族が付き添われる。家族の了解を得て歯科の往診治療を受けている利用者様もいる。		
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。	管理者が看護師資格あり、毎朝の申し送り時や電話報告で利用者の体調変化やスタッフの気づき等を聞き、受診の必要性を判断・受診付き添いし、結果をご家族に連絡する。定期的通院必要な利用者様は、殆ど、管理者が通院介助し、普段の様子や変化を医師に伝え、処方等を頂く。		
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。	入院先は本人・家族の希望があれば優先する、入院時にはご家族の同意で、生活状況や特徴、支援方法等を情報提供し、入院中は可能であればスタッフがお見舞いに伺う。医療相談員・ご家族共回復状況等情報交換しながら、退院時カンファレンスに依頼あれば参加し、退院後の注意事項等聞き取り、ケアプランに反映する。担当医からの情報提供書は協力医院主治医に届ける。		
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。	入居時に急変時・延命治療についてアンケート・同意書を作成。支援内容の説明時、医療行為の必要な看取り支援は行えないが段階的な心身機能の低下に伴う老衰等の場合は、協力医院と連絡を密にして寄り添う介護は可能との事を十分説明し納得して頂き、出来るだけ家族の希望に沿う様に実施している。日々の観察から状態変化や重度化を予測して、早い段階から家族との話し合いを繰り返し方針を含めて、対応の方法等をスタッフのケア会議時に説明・検討し、対応できない場合は他施設を照会している。		
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。	応急手当や初期対応についてはケア会議や申し送りとその都度、口頭で説明。年1回は社内研修で「事故発生予防・再発防止」の発表報告で事故要因や対応等を再認識する。事故発生時の対応マニュアルも事務所に掲示し周知徹底を図っている。		

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
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1回は消防署の査察・消火器や避難経路の確保等の設備点検を行う。9月に2階からの出火を想定し消防署に出向き、避難誘導に対してアドバイスを頂き、町内会長・オーナーへも参加して頂き、避難訓練の予定がコロナ禍となり実施できなかった。備蓄品(非常食・飲料水・オムツ・3日分の処方薬・防災備品等)もホーム2階に確保しており、防火管理者による防災対策の社内研修は9月・2月に実施、スタッフ間の緊急連絡網も作成周知している。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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。	年1回は社内研修で「利用者のプライバシー・倫理規定」を発表報告で、支援時のプライバシーを損ねない言葉かけや対応等を共有認識し、毎月のケア会議では「接遇」内容で利用者の人格を尊重して気持ちよく過ごして頂く様な環境・雰囲気作り・言葉かけを常に考え、自身のケアを振り返りながら支援する事を伝えている。		
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。	日頃の話や行動から、利用者の訴えや希望を見聞きし、実現できる方法を一緒に考える。特に入浴中や夜間は1対1での会話になるとリラックスされ本音を話して下さるが、スタッフも和んだ雰囲気出来るだけ声掛けし、本人の希望や思いを表して自己決定出来る様に働きかけている。		
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。	入居前のアセスメントを把握し、生活習慣を尊重しながら一日を過ごして頂く。利用者の体調や気分スケジュールを変更したり、共同生活のルールも有り、利用者様同士不愉快にならない様に調整する事もある。起床・レク等への参加・静養・就寝時間等、無理強いせず各々のペースで過ごして頂く様に支援している。		
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。	男性利用者様は希望日に髭剃りをして頂く。ホームの行事前には家族の了解を得て訪問美容室に電話予約し、希望に合わせたカットをして頂き、イベントや外出時は服等、季節に合った衣類に気を付け、好みの洋服を選んで頂きおしゃれ出来る様に支援している。		

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
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	平日は宅配食材のメニューで調理するが、出来るだけ季節の野菜を取り入れ、行事食であったり、日曜日は利用者様に好みや日頃食べれない物・昔食べて懐かしい物等聞いて一緒に考える。簡単な調理補助・食器拭き等、出来る事をお手伝いして頂く。食事形態は利用者様に合わせて調理するが、箸を上手に使われ摂取され、スタッフも同じテーブルを囲み、見守り・介助しながら楽しく安全に食事できる様、雰囲気作りも大切にしている。		
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。	食事メニューを業務日誌に記入・毎月の献立実績を作成し、内容検討の資料にしている。個人の生活記録・月別一覧表に食事摂取量・体重を記録し、毎日の排泄チェック表で水分摂取量を記録し把握。利用者の中には担当主治医より、内服薬作用で生野菜・生果物を摂取禁止の指示あり全てゆでたり、おやつ等が果物の時は他利用者様と時間をずらして違った食品を食べて頂く等工夫して、各々の病気・嚥下状態・体重変動等に合わせた適量摂取・形態等を考えて支援している。		
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。	スタッフ付き添いで、食前は手洗い・嗽と食後は口腔ケア・義歯洗浄等を出来るだけご本人に行ってもらい、不十分だったり出来ない場合は介助する。義歯消毒は2回/週・スタッフがを行い、義歯の不具合・歯の状態・痛み等ある場合はご家族に了解を得て、協力歯科医院に往診依頼する。入居前からのかかりつけ医へご家族が付き添いで通院される利用者もいる。		
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むけた支援を行っている。	排泄チェック表で排尿・排便・尿取りパット交換等記入、各々の排泄リズムを把握。自覚のない利用者様は行動で察知したり、間隔を考えて声掛け誘導する。日中は出来るだけ布パンツで過ごして頂き、トイレで排泄できる様に支援する。夜間・下剤服用時等状況に合わせてリハパンツ・テープ式オムツ等も使用する。		
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。	起床時に冷水・ポカリスエット・牛乳等を飲用・リハ体操や歩行運動等へ誘導・食事の工夫(バナナ・牛蒡・芋等)・多めの水分補給で対応し、便秘や自力排出困難な利用者様には腹部マッサージ施行したり、協力医院主治医に相談し緩下剤処方頂き排便状況に応じて調整し服用して頂く。また、下痢が続かない様に服薬後の状態にも注意している。		

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
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、個々にそった支援をしている。	入浴は原則3回/週・曜日も決めてあるが、利用者様の体調や通院外出日・行事等の予定で変更する場合もある。入浴拒否の利用者様には声掛けの工夫・タイミングに合わせて時間に関わらず入って頂き、状況に応じてシャワー浴を行い、清潔保持に努める。誘導から更衣迄一人のスタッフ(状態に応じて二人)が介助し安全に気を付けリラックスして頂き、入浴中に皮膚観察、入浴後に必要な軟膏類塗付等の処置を行う。		
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。	生活習慣や体調を見ながら、利用者様の意向に合わせて好きな時に静養・休息して頂く。昼夜逆転ある場合は安易に入眠剤を使用せず、日中の過ごし方を工夫し生活リズムの変更を図り、なかなか寝付かれない場合はリビングで暖かい飲み物を飲みながらスタッフとお喋りして頂き安心して気持ちよく眠れる様に支援している。居室でテレビを見ながら眠られる利用者様もいる。		
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。	服薬ファイルを作成し、薬剤情報提供書(薬名・目的・用法・用量・副作用)でスタッフは理解している。毎日の分薬は管理者(看護師)が行い、毎回の服薬は各担当者が行うが、1回分の配薬トレイと服薬確認票・服薬手順書(手に持つ薬は一人分・利用者の顔を見て声を出して照らし合わせる・薬内容を他スタッフと確認等)を使用し、誤薬や飲み忘れがない様に注意している。服薬内容の変更・短期間の服薬等は申し送り、記録(経過観察)を残し、ご家族にも連絡する。		
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。	アセスメント時、趣味や生活歴・習慣になっている事・得意な事・やれる事等を十分に聞きとり、ホームでの楽しみ方を考え、共同レクや家事補助等、無理強いせず、本人のやりたい事・出来る事をして頂き役割分担・存在意識が感じられる様に工夫している。また、外気浴・カラオケ・廊下歩行等で気分転換が図れる様に支援している。		
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。	一人一人の希望に沿う事は出来ないが、地域行事への参加やユニット毎の外出に季節・天候・体調を考え、普段、行けない様な場所や出来るだけ希望に沿うような場所へ外出・外食が出来る様に支援している。家族との外出・外泊は自由。福祉車両もあり車いすからの移乗の難しい利用者様も手軽に乗車でき病院受診や外出がし易い。		

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
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。	個別のお小遣いを家族より預かり、日用品の購入・おむつ代・外食・医療費・薬代等に使用。面会時に収支の確認をして頂き、レシート・お小遣い帳のコピーをご家族に渡す。少額のお小遣いを所持している利用者様もいる。外出時に買い物希望される利用者様にはお財布を渡して自分で買って頂く。		
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・友人から届く手紙等は本人に渡し、思いで話等伺う。居室に飾っている利用者もいる。家族・友人からの電話は取次ぎ、希望あれば電話してお話して頂く。年賀状は毎年、利用者様に書いて貰いご家族に送っている。		
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。	玄関・リビング・廊下等に利用者様がスタッフと一緒に作った季節が感じられる作品や行事・外出レク等の写真を掲示している。居室も各々、工夫されて飾りつけやご家族の写真等を置かれている利用者様が多い。 スタッフがホーム全体の掃除を行い、通路に余分な物を置かず、エアコンも細目に調整し、バリアフリーにして整理整頓・安全確認している。		
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。	リビングが主な共用空間になる。ソファやテーブル席もほぼ決まっているが、スタッフも一緒に座ったり場所を変えてお話す事もある。玄関横と駐車場にベンチが置いてあり、外気浴のついでにお花を見ながら、スタッフと一緒にお茶を飲んだりお話しする場所となっている。		
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。	ベッドと洋服箆笥はホームで準備、持ち込み自由で三段棚・椅子・テレビ(1000円/月必要)・チェスト箆笥等持ち込まれており、家族写真やプレゼントの造花等を飾っている利用者様が多い。ご家族面会時に衣類等の整理・入れ替え等お願いするが、担当スタッフで家族了解を得て整理整頓している。		
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」「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。	建物はバリアフリー、スプリンクラー・火災通報装置等、緊急時の安全対策をしてあり、トイレ・玄関の出入り口はセンサーで感知、スタッフが確認する。フロア内や廊下は手すりが設置してあり出来るだけ歩行移動(シルバーカー使用・手引き介助)をして頂く。夜間や静養時、歩行不安定な利用者のベッド下に家族了解を得てチャイムセンサーやセンサーマットを設置、立ち上がりや転倒・転落防止をしている。		