

### 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   | 4372400624       |            |           |
| 法人名     | 特定非営利法人 長寿会      |            |           |
| 事業所名    | グループホームひまわり21長洲  |            |           |
| 所在地     | 熊本県玉名郡長洲町折崎633-5 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和7年12月28日       | 評価結果市町村受理日 | 令和8年3月12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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/43/index.php">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/43/index.php</a> |
|----------|---|

**【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ワークショップ「いふ」 |
| 所在地   | 熊本県熊本市中央区水前寺3丁目15-1  |
| 訪問調査日 | 令和8年1月20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)】**

利用者様を自身の家族と捉え、「家族として暮らす」ことを念頭に何をするときも、様々な支援を行うときも「自分の家族だったら、喜んでくれるだろう、嫌な気持ちになるだろう」というようなことを考えながら、常に「適切な介護」を心がけ、職員全員で取り組んでいます。一人一人の経験やスキルもまちまちであるが、利用者様のために、事業所のために、自身のために、日々自己研鑽しながら頑張っていることは職員の自信にも繋がっています。また、利用者様に清潔で安心・安全に生活していただくための環境整備にも力を入れています。

毎月、開催される法人研修で、理事長・副理事長は理念に込められた想い・ホーム創設の経緯などを説明し、法人全体に理念の浸透を図っている。4項目の理念の1番目に「利用者の尊厳と権利」を掲げ、毎月の職場会議では「適切な介護・不適切な介護」を議題の1つとしてケアを振り返り、理念に沿った適切な介護に努めている。また、職員に介護計画の立て方や、計画に基づいたケアについて理解を促すため、毎月のモニタリング、3か月ごとの計画の見直し・更新は、入居者の担当職員が管理者との話し合いやカンファレンスなどを重ねながら行っている。運営推進会議では、委員に、七夕や門松づくりに必要な竹の調達を依頼したり、家族委員から災害時の支援の申し出があるなど、委員と協力的な関係が築かれている。

**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<br>↓該当するものに○印  | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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                      | 理念については入職時に説明を行い支援を行う上での原点であることを指導している。理念は事業所内の目につく場所に掲示するとともに毎日の朝礼時に唱和しスタッフ全員の共通理解としている。   | 毎月、各事業所から1名参加する法人研修で、理事長・副理事長は理念に込められた思い・ホーム創設の経緯などを説明し、法人全体に理念の浸透を図っている。ホームでは、事務室やリビングに理念を掲示し、朝礼時に唱和している。管理者は、理念の意味するところをケアの中で都度職員に伝え、理念に沿ったケアの実践に努めている。 |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 地域とのつながりは事業所にとっても非常に大切なものであると考える。そのため事業所・利用者のことを知っていただくために積極的に地域活動へも参加できるよう支援を行うとともに事業所へもいつでも出向いていただけるよう開かれた事業所を目指している。           | 町内会に参加しており、職員は資源回収や美化作業などの地域活動に参加している。コロナ以降、地域行事は減少しているが、町の広報や運営推進会議で行事を確認し、今年もどんどやに参加して地域との交流を行っている。また、毎年、七夕や門松づくりに使う竹の調達に民生委員の協力を得られるなどの地域との交流も継続されている。 |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 地域の模擬訓練への参加や運営推進会議においても認知症の勉強会を行ったり、入居相談の時なども丁寧に相談援助を行う等することで機会あるごとに情報提供を行っている。   | /   | /                 |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 定期的に会議を開催している。前年は運営推進会議を活用した外部評価を行い、今まで以上に事業所の取り組み等を詳しく知っていただくとともに事業所への理解を深めていただいた。その中で出た意見についてもしっかりと情報交換しながら日々のサービスの質の向上に役立てている。 | 運営推進会議は、2か月ごとに対面で開催しており、入居者状況や活動についての報告、ホームからのお知らせ、委員による意見交換を行っている。委員に、七夕や門松づくりに必要な竹の調達の協力依頼をしたり、家族委員から「災害時には一番に声をかけてください」との申し出があるなど、協力的な関係が築かれている。       |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる            | 運営推進会議を通じて町役場・包括の方と連携・情報交換を行い、良好な関係を築いている。そのため行政に対しての質問や行政からの依頼等についてもスムーズに解決へ向かいやすい状況にある。   | 町とショートステイの契約をしており、緊急性のある方の入居などについて話し合いをしたり、包括主催の徘徊模擬訓練に協力するなど、日ごろから町との連携が図られている。運営上の不明な点は町の担当者に問い合わせ、適宜回答を得ている。   |                   |

| 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 |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介護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 | 利用者が尊厳をもって生活できるよう勉強会を含め介護技術の向上に努め、スタッフ全員が「適切な介護」を実践している。  | 毎月、職場会議で不適切な声掛けや対応について見聞きしたことを出し合い、適切な介護について話し合い共有している。また、研修の担当者が資料を作って勉強会を行ったり、年1回は「虐待の芽チェックリスト」で職員がそれぞれ自分のケアを振り返り、身体拘束のないケアに取り組んでいる。 |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 法令等についての内容については事業所内研修で学び、毎月の職場会議では「不適切な介護」についての意見交換を行い全職員が日頃から「適切な介護」を意識しケアを実践している。日々のケアの中でも気になることがあれば都度その場で意見交換等行っている。 |  |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 職場会議での研修や外部研修を受けた者が伝達講習などで理解の浸透に努めている。必要性がある利用者については家族等に説明し利用の有無を判断していただくこともある。   |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 入居相談時に契約等については概要を説明し申し込みの有無の判断材料としていただくとともに、実際に入居が決まった際にはより具体的に説明を行い理解・納得を得ている。   |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 遠慮がちに意見や要望を伝えきれない利用者や家族がおられるのも事実であり、そのような状況を改善するためにも職員とのより良い関係を築けるように努めている。家族等の意見等についてはしっかりと検討し日々の運営やケアに活かせるよう努めている。    | 面会時や家族会等の際に、意見や要望等を聞くようにしている。運営に関する意見は聞かれないが、入居者に生活リハビリをしてほしい等の要望は、プランに取り入れてケアに繋げている。ホーム行事の際の写真をたくさん掲載した会報を年3回発行し、家族に送付して喜ばれている。       |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 朝礼や職場会議等で出た意見や提案については、管理会議に議案として提出しその場で話し合いを持ち、結果を現場に持ち帰り実践に反映している。   | 毎月の職場会議では、伝達事項の他、個々のケア、適切な介護・不適切な介護、業務改善等について意見交換を行っている。職員の提案等はまずは1～2週間試してみて、うまくいかない場合は再検討するなど、意見を運営に反映させ、より良い介護に繋げている。                |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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       | 管理者は職員の心身面での状態を含め現状を管理会議等で代表者に報告するとともに、代表者も可能な限り現場に出向き職員とのコミュニケーションを図りながら課題を汲み上げ、その課題を解決すべく取り組みを行っている。                  |  |                   |

| 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 |
| 13                          |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 職員のスキルアップを支援するため法人研修はじめ内外研修を定期的にする段取りを整え成長できる環境を整えている。また、資格取得についても勤務の調整を行うなどしながら積極的支援を行っている。               |   |                   |
| 14                          |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | グループホーム連絡協議会やサービス事業所連絡会への参加及び外部研修を通じて情報交換を行いながら顔見知りの関係を構築するとともにサービスの質を向上させていく取り組みを行っている。                   |   |                   |
| <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<br>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           | 見学に来られた時の様子も含め家族等からの情報や本人の状態観察や会話の中から困りごとや不安等を拾い上げていく。常に声かけ・目配り・心配りを行いながら新しい環境が穏やかな日常になるよう努めている。           |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 入居当初はこまめに本人の状態報告を行うことを心がけている。来所時にはしっかりと話しを傾聴できる環境を整えたりしながら話しやすい雰囲気を作っている。常に誠意をもって接することを心がけている。             |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | 本人の意向や状態、家族の意向等から本人に必要な支援・サービスをしっかりと見極め情報提供している。そのために職員は介護保険制度や他のサービス内容も理解できるよう研鑽している。                     |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 利用者を家族と捉え「家族として暮らす」をモットーに日々支援行いながら、利用者一人一人とより良い関係性の構築に努めている。   |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                   | 本人を中心にして本人を誰よりもよく知る家族と事業所(職員)が共に本人を支えていけるよう努めている。家族にも事業所での行事等に参加していただいたり外出支援を通して家族との絆の継続に努めている。            |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                               | 家族や知人との電話や面会には特に制限を設けず、また、本人と会話する時には地元のことを話題にすることでその時・その場所に心を馳せていただきながら関係性を継続していけるであろう支援を行っている。<br><br>3/9 | 面会は、感染症の流行状況等に応じて制限や緩和を行っているが、現在は居室で行うことができる。また、外出・外泊等も制限はなく、入居者は家族と外食に出かけたり、自宅に立ち寄るなどしている。また、職員は地域行事などを話題に取り上げることを心掛け、馴染みの人や場との関係継続に努めている。 |                   |

| 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 |
| 21                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 個々の性格や身体状態等を十分に把握・考慮し席を決めたり、日頃の活動においても職員が橋渡しをしながら利用者同士が自発的に関わり合える関係性が築けるよう場面設定をしている。    |  |                   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 事業所外で会った時は本人の現状を尋ねたり、入院等で退居された方が亡くなられた際には弔問に伺っている。相手に誠意が伝わるよう日頃から話しやすい雰囲気を作るよう努めている。    |  |                   |
| <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<br>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   | アセスメントや日頃の会話から得た情報、及び本人の表情・言動、また家族からの情報や要望を職員間でしっかりと検討し本人らしい笑顔ある暮らしを支援している。             | 自分の思いの表現が困難な方には、日常の中で笑顔が見られる瞬間を観察しながら、意向の把握に努めている。また、できるだけ「はい、いいえ」で答えられるような問いかけを工夫して、希望を把握できるよう心掛けている。晩白柚の皮をきれいに剥いたり、絵を丁寧に塗っている入居者の姿から、新たな性格に気づいた例もある。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 家族やケアマネからいただいた情報をもとに、しっかりとアセスメントを行い本人とコミュニケーションを図りながら、本人にとっての今までの暮らしが出来る限り継続できるよう努めている。 |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の体調や気分に合わせて無理強いはせず本人のペースで過ごしてもらっている。生活が不活発化しないように、他者との関りが持てるようにということには配慮をしている。        |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 本人・家族の意向を第一に日頃の状態を把握している職員間でカンファレンスを行うとともにかかりつけ医からも助言をいただきながら現状に即した介護計画を作成している。         | 介護計画の立て方や、計画に基づいたケアについて職員に理解してもらうため、毎月のモニタリング、3か月ごとの計画の見直し・更新は、入居者の担当職員が管理者との話し合いやカンファレンスなどを重ねながら行っている。職員が入居者の観察をより深めることで、現状に即した計画作成となっている。            |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ケア記録はタブレットに入力し、職員間で情報共有ができています。気づきや改善点も記入してもらい、ミニカンファを通してケアや介護計画の見直しに繋がっている。4/9         |  |                   |

| 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 |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | 本人・家族のニーズには可能な限り柔軟に対応できるよう現状に即したサービスの情報提供を行っている。場合によっては法人内の他事業所や町内の他事業所への利用も可能とする支援も行っている。  |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域の行事等には職員と一緒に参加し地域の方との交流を図っている。運営推進会議内でも地域資源や地域の在り様といった情報をいただき、地域資源を活用できるための協力をいただいている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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、かかりつけ医の確認をしており、主治医の選択については本人・家族の希望に添うようにしている。かかりつけ医からは月に1回の訪問診療を受けるとともに異常ある時には24時間報告連絡できる体制が整っている。  | 入居時に、本人・家族にかかりつけ医の希望を確認し、現在はほとんどの方が協力医療機関をかかりつけ医としており、月1回の訪問診療を受けている。協力医とは密に連携が図られており、24時間連絡をとることができる。夜間・休日等の緊急時も協力医に連絡し、指示を得て対応しており、適切な医療受診ができる体制となっている。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 利用者の健康管理、皮膚トラブル等ある時の対応等、健康に関することを知識・経験をもって介護職への指導にもあたっている。また、病状悪化時の主治医への報告も行う。利用者の苦痛が継続しないよう適切な対応ができるよう配慮している。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院の際はサマリーを記入し、入院前の状況が分かるように情報提供している。退院に際しては必ず退院前カンファレンスに参加し、今後の生活における注意事項等を確認し、その情報を確実に職員に伝え利用者が安心して生活できるよう支援している。  |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所の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  | 入居時に看取りについてのアンケートを取らせてもらっている。事例検討会でも看取りについての発表を行ったり、勉強会でも看取りについての学びを深めながら、看取り期における各職種の役割を再確認している。本人・家族の意向を最大限に尊重しながら、主治医も含め繰り返し話し合いを重ね方針を確認することで穏やかな最期を迎えられるような支援を心がけている。 | 「重度化した場合における指針・終末期ケア対応指針」を作成しており、入居時に説明し、意向を確認している。重度化した際には改めて意向を確認し、主治医と連携し、本人・家族の意向に沿って対応している。職員は事例検討会や勉強会で看取りについて学び、より良い支援ができるよう努めている。                 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 救急要請時対応ガイド・事故発生緊急時の対応マニュアルが作成されており、職場会議の中で定期的に学習している。応急手当普及員のもと心肺蘇生の方法等も完んでいる。  |   |                   |

| 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                                      |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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           | 火災訓練については年2回消防署立合いのもと実施できている。他、災害についてはマニュアルに添って学ぶとともに推進委員さんを中心に地域への協力依頼を行っている。  | 火災訓練は年2回、消防署の立会いの下、日中・夜間想定で実施している。2階はバルコニーがあり、火元から離れた場所に避難することとしている。今後は水害・地震の際に動ける訓練もしたいと考えている。また、運営推進会議委員には、災害時の協力依頼を行っている。                                 |  |
| <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<br>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                   | 年間研修計画の中に組み込まれており、学習している。不適切な介護や言葉かけについても毎月の職場会議の中でそれぞれが気づきを発表し全職員が学ぶ機会を得ている。   | ホームでは、「人権と意思の尊重」「利用者・家族のプライバシー」「倫理・法令遵守」等の研修を行い、入居者の尊重とプライバシーの確保について、理解を深めている。また、毎月「適切な介護・不適切な介護」についてケアを振り返り、適切な言葉かけや対応に努めている。                               |  |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 食事やレクリエーション等、事前に利用者の要望・希望を聞き取るよう努めている。自己表出が難しい方に対しては「はい、いいえ」で返答できるような問いかけの方法を工夫しながら満足感が得られるよう努めている。   |  |  |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 概ね時間が決まっているのは屋夕食時間であり、それ以外については本人のペースを大切に支援を行っている。決して利用者を急がせることなく、必要ならば職員が待つ、という姿勢で支援を行っている。  |  |  |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 本人の体感等も配慮しながら本人の好みに合わせ衣服等(着脱含む)は支援している。また、衣服の汚れや破損についても常に気にかけて更衣を促すようにしている。寝ぐせや食後の口周りの汚れについても声かけ等行いながら身だしなみを整えている。  |  |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事前にはメニューを伝え、配膳時にも個人的に説明を行っている。可能な限り自己摂取が出来るよう個々人に合わせた食形態での提供を行っている。利用者が好まれる麺類やパン食も積極的に取り入れている。行事食時の材料の下ごしらえや日頃の下膳・食器洗いも出来る方には一緒に行ってもらい食べるだけでなく食事行為の役割を担ってもらっている。 | 食事は外注しており、チルド状態で届けられ、湯煎等で適温にして提供している。行事食はホームで作っており、下ごしらえを一緒に行う入居者もいる。お節は、法人の理事長・副理事長・管理者等幹部職員手作りの料理が毎年振る舞われている。また誕生会には手作りケーキでお祝いしたり、時には麺の日やパンの日を作って楽しむ機会もある。 | できれば職員1名は入居者と同じ食事を摂り、味や食べ易さなどを確認し、記録して業者に伝えていくことも望まれる。 |

| 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 |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 体重の変化等にも配慮し食事量の調整を行ったりしている。水分摂取については定期的な水分補給を促すことはもちろん自分でも自由にお茶が飲めるよう給茶機の設置も行い、嗜好品(コーヒー等)の提供も楽しみの一つとなっている。水分制限のある方についてはDrの指示のもと提供している。 |   |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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徹底している。自分で磨かれる方については最後に磨き残しがないかの確認も行っている。また、唾液が出やすくなるように食前には口腔体操を行い、食後には舌ブラシを使用し口腔内の清潔が保てるよう支援している。                           |   |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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  | 個々人の排泄パターンに合わせてイレ誘導を行ったり、自立されている方についてはトイレまでの動線やトイレ内での転倒等ないように環境整備も行っている。使用するパット類も本人に合わせて調整したり、陰臀部洗浄を行いながら清潔保持に努めている。                   | 基本的に、個々の排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っている。全員、毎日1回は陰部洗浄を行い、清潔保持に努めている。排泄用品は経済的負担に配慮し、必要以上に使わなくていいようにケアにも留意し、また個々の状態にあった適切なものとなるよう、常に検討対応している。                                      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 個々人の排便チェックを行い排便状況の確認を行っている。水分摂取を促すとともに立つこと・動くことを生活リハビリに取り入れたり、乳製品の提供を行ったり腹部マッサージを行うなどして可能な限り自然排便があるよう努めている。                            |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 本人の希望を伺いながら体調面を含めた状態を確認したうえで入浴支援を行っている。入浴時にはリラックスしていただけるよう入浴剤を使用したり、対応する職員とゆっくりと会話するなどして気分転換を図っている。また、全身状態の確認を行い体調面での管理を行っている。         | 入浴は基本週2~3回実施し、入浴をしない日も足浴を行っている。バスリフトを導入し、多くの入居者が浴槽に浸ることができるようになり、入居者・職員の負担軽減にもなっている。入浴剤を使用したり、一人ひとりの好みに合わせた湯温に配慮して、リラックスできるよう努めている。入浴時はマンツーマンで会話も弾み、楽しい入浴となるよう支援している。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 就寝時間については本人のペースにある程度任せているが、その反面で生活リズムが乱れないよう気がけて就寝を促すなど支援を行っている。また、居室内の環境整備を行い良眠出来るような支援を行っている。  |   |                   |

| 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 |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 個々人が服用されている薬の内容については1冊のファイルにまとめ必要時にはいつでも直ぐに確認が出来るよう職員の目につく場所に置いている。また、準備する際には複数人で行っている。症状の変化等については都度Drに報告し情報の共有に努めている。        |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 本人の得手不得手、興味のあるなし等を十分に把握し、個々人に合った役割を持ってもらったり、日々のレクレーションに取り入れたいしながら生活の活性化を図っている。  |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | コロナ以降、現在もバス旅行は出来ていない。その分、家族の協力のもと本人が望まれる場所(自宅や親戚宅やドライブ等)に行かれたり、地域行事への積極参加を行っている。日常的には中庭での活動や近隣への散歩を行っている。                     | 日頃はホーム周辺を散歩したり、中庭でお茶を楽しむなど気分転換を図っている。今年度は、近くの神社への初詣や、地域のどんどこやに出かけている。また、時には車窓からの風景を眺めるドライブなどにも出かけるなど、外出の機会は増えてきている。   |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 現在、当事業所ではお金の預かりや本人が所持する事はない。必要なもの・欲しいものについては家族に依頼し持参していただいている。本人がお金を所持・使用する支援は出来ていない。   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 自身で携帯電話を所持されている方もおられ、自由に電話されている。多くの方は事業所にかかってきた電話を取り次いだり、本人の状態報告等を職員が手紙として出している。  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節の草花を飾ったり、一緒に壁面創作を行ったりしながら季節感や生活感を感じていただけよう努めている。また、安全に安心して生活するための環境整備も適宜行っている。夕食後は照明を少し落とし、テレビの音や職員の言動も少し控え目にするなどの配慮を行っている。 | 訪問当日は天気が良く、リビングや廊下にはふんだんに日差しが入り、明るい。また、玄関やリビングなど各所に観葉植物が、テーブルには花が飾られ、優しく穏やかな雰囲気である。壁には、大きな文字で書かれた「二人は若い」「リンゴの唄」など懐メロの歌詞や、チラシで作った午年の貼り絵、書初めの作品などが掲示されており、日常の活動の様子が伺えた。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 個々人の性格や趣味嗜好・状態等を勘案しながら食席の検討を行っている。また食席以外にもソファや廊下に椅子を配置したり置コーナーを利用しながら自由に過ごしていただいている。  |   |                   |

| 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 |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | 認知症の症状も踏まえ家族と相談しながら居室内のレイアウトを行っている。出来るだけそれまで過ごしてこられた生活空間の継続が出来、安心して不安なく過ごしていただける空間づくりに努めている。                      | 各居室には大きな収納が設置されており、衣装ケースやテレビ・ラジオ・家族の写真など、それぞれに馴染みの物や必要なものが置かれている。犬の写真やぬいぐるみなどがたくさん置かれた部屋、時計が複数置かれた時間が気になる方の部屋、あまり持ち込みがないシンプルな部屋など、それぞれに応じた部屋作りが見られた。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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    | 全て同じようなドアや作りであるため共用部や居室には名前を掲示し少しでも混乱なく自由に行き来できるよう配慮している。また可能な限り一人一人の身体状態に応じた家具の配置や床の水滴にも細心の注意を払い転倒リスクの軽減にも努めている。 |  |                   |