

### 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   | 4372400822         |            |           |
| 法人名     | 特定非営利活動法人長寿会       |            |           |
| 事業所名    | グループホームひまわり21岱明    |            |           |
| 所在地     | 熊本県玉名市岱明町山下1037番地3 |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和6年1月5日           | 評価結果市町村受理日 | 令和6年3月19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6年1月26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)】

法人理念を基本とし、「全てのことは利用者のため(利用者には不利益・負担をかけないように)」との思いを実践できるよう、気づきを常に提案しその場その場でカンファレンスを行い、気づきを後回しにしない支援を心がけています。ホーム全体としても重度化が進んできており、個別の支援が中心となりがちではありますが、「家族として暮らす」という方針のもと、利用者・職員・家族を問わず互いを思い合い、愛情・笑顔のある毎日が過ごせるよう努力しています。

#### 【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)】

理念をケアの行動指針とし、入居者の尊厳と権利を大切にケアに努めている。特に言葉遣いは対応と連動していると捉え、一人ひとりを尊重した言葉遣いに留意しており、大きな声や上から目線のような言動がないよう心掛けている。身体拘束・虐待防止については、毎月の職場会議の議題に入れ、職員それぞれが自分のケアを振り返り、皆で検討する時間を設けている。介護計画は、職員が作成の流れや必要性を理解できるよう、担当者が毎月モニタリングを行い、3か月ごとに計画作成担当者意見交換しながら計画の見直しを行っている。また、例年、年末に区長を中心に、運営推進会議委員さん達が竹の切り出しや門松に使う松・竹・南天等材料の調達を行い、職員手作りの大きな門松づくりが継続されている。会議では意見交換も活発で、委員や地域の方に避難訓練に参加してもらったり、避難訓練に参加した委員の意見から玄関にスロープが作られるなど、有意義な運営推進会議及び地域との関係が伺えた。

### 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<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 | 利用者と職員が、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<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、安心して暮らせている<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                      | 入職時に法人理念の説明を行い、毎日の朝礼時には理念の唱和を行うとともに、その日の目標も掲げ、日々の支援に当たっている。全ての支援は理念の展開である、と意識づけている。 | 理念は目につきやすい所に掲示するとともに、朝礼で毎日唱和し、浸透を図っている。大きな声や上から目線のような言動が見られた時は、「理念に沿ってないよ」とお互いに注意しあっており、理念がケアの行動指針となっている。                                                                                                                              |                                                |
| 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                      | コロナ禍以降、地域との交流も減少していたが、状況を見ながら少しずつ地域への行事等にも参加できるようになりつつある。避難訓練は地区の自治消防団の方々の協力を得ている。  | 以前はどんどやや夏祭りなどの地域の行事に出掛けたり、ホームの夏祭りや敬老会に地域の方に来てもらうなど、積極的な交流が行われていたが、コロナ禍以降ほとんど交流は行われていない。今年度は、岱明福祉まつりに入居者と一緒に作成した壁飾りを出展した。また、例年、年末に区長を中心に、運営推進会議委員さん達が竹の切り出しや門松に使う松・竹・南天等材料の調達を行い、職員手作りの大きな門松づくりが継続されている。時折、近所の方が野菜を持って来てくれるなどの交流もあっている。 |                                                |
| 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                    | 推進委員さんを通して認知症や介護・介護保険の制度の利用方法等についての相談を受けたり、情報を提供している。                               | /                                                                                                                                                                                                                                      | /                                              |
| 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 | 利用者の状況報告、ホームでのサービスの現状・取り組み等について意見交換を行い、貴重な意見をいただき取り入れられるものより順次取り入れ、サービス向上に役立っている。   | 今年度の運営推進会議は対面で開催され、併設の有料老人ホームと一緒に実施している。意見交換も活発で、地域の情報交換なども行われている。避難訓練に参加した委員からの意見を取り入れ、玄関にスロープが作られており、会議の意見をサービス向上に活かす取り組みがなされている。                                                                                                    | 今年度は会議への家族委員の参加がみられておらず、引き続き参加についての呼びかけが期待される。 |
| 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            | 推進会議時は勿論、日頃より様々な情報をいただくとともに、ホームからの情報提供や問い合わせ等にも即時対応していただき不安なくホーム運営ができています。1/9       | 市担当者は、毎回運営推進会議に出席してホームの状況を把握している。また、運営上の疑問点等は電話ですぐ問い合わせ、適切に回答を得ており、協力関係ができています。                                                                                                                                                        |                                                |

| 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 |
| 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 | 介護保険法及び法人に基づき常に利用者の人権が守れるよう職員全員が常に意識し支援行っている。職場会議では毎回、また日々の気づきの中で拘束による弊害等について学びより良いケアに繋げている。                 | 身体拘束・虐待防止については、毎月の職場会議の議題に入れ、職員それぞれが自分のケアを振り返り、皆で検討する時間を設けている。言葉が聞こえにくい入居者に対して大声を出さないよう、ジェスチャーをしたり、「トイレに行きましようか」「お風呂に行きましようか」等のカードを作って示すなど、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        | 年間研修計画及び職場会議の中にも職員全員で学ぶ機会を持つとともに日頃より利用者への声かけ・支援についても職員が互いにアンテナを張り、おかしいな？と思うような言動があればその場で声を掛け合う人間関係の構築に努めている。 |                                                                                                                                                                                               |                   |
| 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    | まずは管理者が率先して学びを深め機会あるごとに職員へ指導している。利用者・家族と接する中で必要性がある場合には説明や話し合い等を行い困りごとの解決に繋がるよう支援している。                       |                                                                                                                                                                                               |                   |
| 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                         | 契約時には十分な説明を行い理解していた。変更時には速やかに連絡・対応をしている。不明点等についてはいつでも連絡していただけるよう伝えており、直ぐに対応出来る体制を整えている。                      |                                                                                                                                                                                               |                   |
| 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                     | 日々の生活の中や家族会・面会時・電話での状態報告時等に希望や意見をいただいている。遠慮なく意見がいただけるよう日頃より職員との信頼関係、話しやすい雰囲気を作るよう努めている。                      | 毎月の請求書送付時には、入居者の状況についてコメントを同封したり、年3回発行している機関誌を家族に送るなどしてホームでの状況を伝えている。今年度は家族会を実施し、ホームの活動報告や座談会、一緒にお弁当を食べるなど行い、家族との信頼関係構築に努めている。また、面会時や電話で家族に入居者の近況報告を行い、意見・要望等尋ねているが、感謝の言葉が多く、意見等はほとんど聞かれていない。 |                   |
| 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                                      | 職場会議や個人面談のほか、日頃より職員の声に耳を傾ける姿勢を意識して対応している。気になることについては管理者より積極的に声をかけ意見を聴くよう努めている。                               | 毎月の職場会議では、連絡事項の報告や業務改善についての意見交換・勉強会等行っている。また、個々のケアについては、必要に応じミニカンファを実施し、記録に残して全員に周知している。意見は活発に出されており、職員の提案は取り入れ試してみても再検討し、より良いケアに繋げている。                                                       |                   |

| 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<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      | 代表者は自ら現場へ足を運ぶとともに管理者を通し職員の状態把握を行っており、職員の意欲向上を図れるような就業環境の整備を行っている。                                              |      |                   |
| 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         | 代表者を中心に法人全体ですべての職員が質を向上させていけるように研修の機会を確保したり、適材適所への人事配置を行う等職員育成の重要性を認識している。                                     |      |                   |
| 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 | 日頃より同業者との交流・連携を図り、必要時には意見交換や協働も行い互いのサービスの質の向上に繋げている。                                                           |      |                   |
| <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           | 本人・家族とも十分な情報交換を行い、環境の変化に伴い本人が受けるかもしれない様々な影響を理解し、不安なく過ごしていただけるよう関りを密にし、安心できる環境を提供できるよう努めている。                    |      |                   |
| 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                      | 相談時及び契約前に不安や相談事を伺いながら、ホームとしてできることできないことを明確にしながらかできる限り希望に添えるようにしている。家族の立場に立ち訴えを受け止め常に情報交換を行いながら安心していただくよう努めている。 |      |                   |
| 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                  | 情報収集に努め、家族にはサービスの情報提供を行い、その方に応じたサービスが提供できるよう努めている。                                                             |      |                   |
| 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                                  | 「家族として暮らす」をモットーに常に互いの気持ちに寄り添いながら「自分の家族だったら」という気持ちで関りを持つよう努めている。                                                |      |                   |
| 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                   | 支援には家族の協力が欠かせないもの(必要である)であることを理解していただくよう伝え、日頃の状態報告を定期的に行い、その際にも利用者にとってより良い状態を家族と確認しあっている。                      |      |                   |

| 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 |
| 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                                       | 認知症の進行に伴い馴染みの人や場所への記憶も薄らいでこられている方が多いが、面会や外出の機会は積極的に設けている。しかし、コロナの影響で制限を強いられている現状である。             | 入居者の重度化に伴い、家に帰ってみたいという人もほとんどおらず、ホームを住み慣れた場所として捉えている。コロナ禍以降、主として、電話や面会でこれまでの馴染みの関係継続支援に努めている。                                                                      |                   |
| 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                                   | 利用者の個性や日頃の行動を把握・確認しながら自席の配置にも配慮している。自ら他者と関わりを持つことが苦手な方も孤立されないよう日常の中で職員が仲介役となり活動するような場面設定も工夫している。 |                                                                                                                                                                   |                   |
| 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                    | 転居や入院された場合にも可能な限りそれまでの生活が継続できるよう積極的に情報を提供している。                                                   |                                                                                                                                                                   |                   |
| <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<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                                           | 認知症の進行で、自身の気持ちを言葉で表現できる方が少ないため、職員は家族からの聞き取りや本人の表情や行動に細心の注意を払い、本人の意向を推察しながら支援している現状である。           | 自分の思いや意向を表現できる入居者はほとんどいない。生活歴や好きなこと・得意なことなどを把握したうえで、表情や行動から意向を推測している。できるだけ自己決定してもらうために、具体的な選択肢を提供して選んでもらうようにしている。それぞれのペースに合わせた対応を心掛け、1日1回はみんなに笑ってもらうことを目標に支援している。 |                   |
| 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                                       | 可能な限りそれまでの生活が継続でき、その方のその人らしい暮らしができるように入居前には関係者からの情報収集をしっかりと行い職員全員で共有している。                        |                                                                                                                                                                   |                   |
| 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                                                     | 個々に応じた生活時間を大切に、その方に合った活動を取り入れている。気づき等についてはその場でカンファレンスを行ったり、記録に残すことで情報の共有を図っている。                  |                                                                                                                                                                   |                   |
| 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 | 担当者を決め、その職員を中心に介護計画等を作成しているが、全職員が意見や気づきを発信し、様々な変化を早めに察知することで追加や変更を加えるなどしながら現状に即した介護計画となっている。     | 職員が介護計画作りの流れや必要性を理解できるよう、担当者が毎月モニタリングを行い、3か月ごとに計画作成担当者と意見交換しながら計画の見直しを行っている。担当者が作成することで、気づきを柔軟に計画に反映することができ、現状に即した介護計画となっている。                                     |                   |

| 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 |
| 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                                     | 職員の客観的視点だけでなく、本人の言動も記録に残し、モニタリングやケアの見直しの際にもケアの妥当性を確認する資料としている。タブレット(記録)は職員の情報共有のツールである。                               |                                                                                                                                            |                   |
| 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                            | その時々ニーズに合わせた対応を心がけている。法人内の他事業所及び法人外の事業所とも常に情報交換を行い、必要時には速やかに支援できるよう努めている。                                             |                                                                                                                                            |                   |
| 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                                      | 推進委員、地区の消防団、隣保班、学校、駐在所、病院等の地域資源を必要時には利用しながら、利用者が地域の中で安全で豊かな暮らしができるよう支援している。地域の行事にもできる限り参加している。                        |                                                                                                                                            |                   |
| 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                                 | 月1回の訪問診療及び必要時には往診対応、また日頃より電話連絡等がかかりつけ医とは情報共有ができています。ホーム内では看護師を中心に健康管理を行っている。                                          | 入居時に本人・家族と話し合い、了解を得て、全員が協力医療機関をかかりつけ医としている。月1回、定期の訪問診療を受けているとともに、24時間365日連絡できる体制となっている。緊急時はかかりつけ医に連絡し、指示を得て対応しており、適切な医療受診が行われている。          |                   |
| 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                          | 日々の状態観察や健康管理は介護職が中心となり行うが、変化ある時、異常見られる時などは看護師に報告を行い情報の共有を行っている。また、日頃より、看護の視点からの指導や情報の提供がある。                           |                                                                                                                                            |                   |
| 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。 | 入院時には日頃の状態報告及び入院に至るまでの経緯を口頭及び文書にて詳しく入院先に情報提供を行っている。場合によっては退院に向けての情報収集を行うこともあり、退院後はケアプランの提出も行っている。                     |                                                                                                                                            |                   |
| 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  | 入居時に終末期・重度化についての説明を行い同意を得るとともに、アンケートも実施している。看取り介護が必要となった場合には家族・かかりつけ医・施設で連携を図り、段階的に状態についての確認を行いケアの方向性を検討し、全職員で支援している。 | 「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。重度化した際や終末期には再度意向の確認を行い、家族・かかりつけ医と連携を図り、指針に沿って対応している。よく話し掛け、清潔や水分補給を心掛け、全職員で支援に取り組んでいる。 |                   |

| 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 |
| 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           | 応急手当普及員が中心となり、定期的に訓練を行っている。また、急変時であっても落ち着いて行動できるようにマニュアルを使った研修を行ったり、連絡先等は誰もが分かるように掲示している。                      |                                                                                                                                                               |                   |
| 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           | マニュアル・BCPを使用し研修及び年2回の防災訓練を行っている。防災訓練時には消防署、推進委員、地区の消防団にも参加していただき、ホームの実情等についても情報共有してもらっている。                     | 年2回、日中・夜間想定で火災避難訓練を実施している。訓練には消防署・地区消防団・運営推進会議委員等の参加を得て、ホームの状況を理解してもらっている。また、地震についてはマニュアルを読み合わせ、机上訓練を行っている。水・食料等は2～3日分備蓄しており、年2回の避難訓練時に期限を確認して消費し、入れ替えを行っている。 |                   |
| <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                   | 法人理念の第一項目に掲げ、毎日唱和することで意識付けをしている。また、職場会議や年間研修計画にも含んでおり全職員で学ぶ機会を設けている。                                           | 言葉遣いと対応は連動していると捉えており、一人ひとりを尊重した言葉遣いを大切にしている。人生の大先輩として、友人や子どものような言葉掛けや上から目線の言い方にならないよう心掛けている。プライバシーに配慮し、特にトイレ誘導の際など大声で呼びかける事のないよう、留意している。                      |                   |
| 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                     | 利用者一人一人支援の方法は異なり、職員に対しても表現の方法が異なっている。一人一人の状態をしっかりと把握して働きかけの方法も職員間でしっかりと共有して対応している。                             |                                                                                                                                                               |                   |
| 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 | 業務優先ではなく、利用者のペースに合わせケアすることを心がけている。利用者が安心・安全に、自分らしく生活できるように職員は役割分担を行い、環境整備等も手際よく行っている。                          |                                                                                                                                                               |                   |
| 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                                  | 髭剃りや髪にブラシを当てるなどは生活リハビリも兼ねてまずは自分で行っていただき、その後必要であれば支援をしている。排泄後の身だしなみや汚れ・破損のある衣服であれば更衣していただくといった当たり前の支援も常に心がけている。 |                                                                                                                                                               |                   |

| 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<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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている    | 日頃は外注の食事であるため、年に数回の(おせち料理、夏祭り、敬老会等)行事食やおやつ作りでは利用者の好みや喜んでもらえるようなものを選びながら調理している。                                      | 食事は業者委託しており、調理されたものがチルド状態で届けられ、湯せん・盛り付けて入居者に提供している。おせち料理・敬老会の食事などの行事食は、外注をストップしてホームで手作りしている。おやつもホームで提供しており、時にはフロアで一緒にどら焼きやポップコーンなどを作って楽しんでいる。食事は味見をしながら味を整えたり、固い時は刻んだりして提供し、残食が多い時などは業者に伝え、より良い食事に繋げている。 | 現在は、ホームの職員は入居者と同じ食事を食べていないとの事であり、一人でも同じ食事を摂り、職員の気づきを業者に伝えて食事に反映していくことも必要と思われる。 |
| 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         | 食事・水分量については都度記録に残し確認している。一人一人の状態(体調、口腔状態等)に合わせての食事形態や補食、栄養剤の利用を行うとともに毎月の体重測定、定期的な採血等も検討課題とし支援している。                  |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| 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、動ける方は洗面所で、そうでない方はテーブル席にて口腔ケアを行っている。併せて舌磨きも行っている。義歯については夕食後預かり消毒を行っている。                                          |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| 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  | オムツの使用量(使用料金)は個人負担となるため、個々人の排泄パターンや習慣を把握し定時誘導や使用パットの種類を常に検討しながら支援している。清潔保持と負担軽減を常に意識している。                           | 日中は基本的に、それぞれの排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っている。夜間帯はポータブルトイレ利用の方やおむつ交換など、それぞれの状況に応じ対応している。常に個々の状況を把握しながら、排泄用品について快適かつ経済的な物となるよう検討・工夫し、家族の負担軽減に配慮している。                                                                 |                                                                                |
| 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                  | こまめな水分摂取を促すとともに1日1食は主食にもち麦を混ぜたものを提供し、また1日20分は歩く(立ち上がる)ことを目標に体操や歩行訓練を兼ねたトイレ誘導を生活の中に組み込んでいる。                          |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| 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 | 入浴への拒否はあっても自ら入浴を希望される方は殆どいらっしゃらない。そのため利用者の体調や排泄のタイミングを見計いながら支援を行っている。入浴中は職員と会話を楽しくたりゆっくり湯船につかるなどしながら気分転換をしていただいている。 | 入浴は冬場は週2回、夏場は週3回を基本としている。最近バスリフトを導入し、ほとんどの入居者が浴槽に浸かることができている。お風呂には入浴剤を入れ、マンツーマンでゆっくり話したり、歌ったり、楽しい時間となるよう支援している。菖蒲湯やゆず湯など、季節のお風呂も楽しんでいる。                                                                  |                                                                                |



| 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                                   |
| 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                                                                    | 個々人の生活パターンや心身状況に合わせて居室での午睡やホールのソファにて傾眠される環境を整えながら支援している。夜間は入眠を促していけるように照明や居室内の温度、職員の声のトーンにも配慮している。                         |                                                                                                                                         |                                                     |
| 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                                                               | 利用者全員の薬情報は職員が直ぐに見て確認できるよう準備している。服薬状況を含め本人の体調等についてもしっかりと観察を行い、気づきについては都度かかりつけ医に報告・相談し指示を受けたり、薬の形状・内容を検討していただきながら体調管理に努めている。 |                                                                                                                                         |                                                     |
| 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                                                  | 生活歴や残存能力、興味関心に応じ無理なく取り組めるよう支援している。認知症の進行により意欲の低下等見られる方に対しては中庭での日向ぼっこやおやつタイムを提供しながら少しでも気分転換ができるよう支援している。                    |                                                                                                                                         |                                                     |
| 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                      | コロナ禍以降外出の機会は激減している。外出は必要時の受診程度であるが、今年度は個別にドライブに出かけたり、地域の行事に少しずつ出向けるようになってきている。外出の機会が減っている分、ホーム内での行事の充実を図っている。              | コロナ禍以降、入居者の重度化もあり外出はあまりできていない。天気の良い日は中庭でお茶を飲むなど、少しでも外に出よう心掛けている。外出が少ない分、ホーム内でのイベント等に力を入れ、気分転換を図っている。                                    | 今後は感染症の状況を見ながら、季節の花見やドライブ、家族の協力を得ての個別の外出支援なども期待したい。 |
| 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                                                  | 事業所としては利用者のお金の預かりは行っておらず、本人の希望があった場合には家族と相談しながら少額のお金を持っていただくなど、臨機応変の対応を行っている。                                              |                                                                                                                                         |                                                     |
| 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                                                                           | 職員が仲介し電話で話をしてもらったり、定期的に家族から電話をかけてもらったりしている。また、機関誌や職員が手紙を書き本人の状態報告等を行っている。                                                  |                                                                                                                                         |                                                     |
| 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 | ホーム内には季節を感じていただけるように季節の花や利用者とのレクリエーション等と一緒に作った作品、またクリスマスツリーや五月人形等も飾ったりしている。また安全に行動していただけるように整理整頓含め環境整備にも配慮している。            | リビングは中庭に面し、広く日当たりが良く、明るい雰囲気である。テレビ・ソファ・テーブル・椅子・給茶機などが配置され、観葉植物や花があちこちに飾られて居心地の良い空間となっている。訪問時、入居者は思い思いの場所でテレビを見たり、庭を眺めて穏やかに過ごしている様子が伺えた。 |                                                     |

| 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 |
| 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             | テレビの良く見える場所、日当たりの良い場所、トイレに近い場所等個々人に好まれる場所が違い、できるだけ本人の希望される場所で過ごしていただけるよう状況判断しながら家具を動かすなどしている。 |                                                                                                                                     |                   |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 本人の状態に合わせた家具の配置、ベッドの高さ、ポータブルトイレの位置、寝具、照明等、安全に安心して使用できすごせるよう、話し合い・検討しながら個々人の居室を作っている。          | 居室には大きな収納があり、ベッド・タンス・ポータブルトイレ等が配置されている。壁には「いつも洗濯物を畳んでくれたりお手伝いをして頂きありがとうございます」など、入居者それぞれに合わせた母の日の感謝状が貼られている。担当者の手により、すっきりと整理整頓されていた。 |                   |
| 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    | 居室やトイレには入口に表示行い、混乱を減らし分かりやすくしている。共用部分には不要な物は置かず整理整頓を心がけ、その他、手すりやコールを設置して安全面には十分注意している。        |                                                                                                                                     |                   |