

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   | 0171400682        |            |           |
| 法人名     | 医療法人社団 向仁会        |            |           |
| 事業所名    | グループホーム よろこびの家 2階 |            |           |
| 所在地     | 北海道函館市栄町16号16号    |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和 7年 1月 1日       | 評価結果市町村受理日 | 令和7年3月25日 |

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先URL | <a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0171400682-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0171400682-00&amp;ServiceCd=320</a> |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

当グループホームは5ユニットと稀にみる大所帯であり、また法人内にグループホームが他に3ヶ所とクリニック、介護医療院、包括支援センター、定期巡回型事業、サービス付き高齢者向け住宅があり、相互で情報交換や勉強会、研修等を実施し、全体で質を高め、向上できる体制を作り幅広い人材の雇用や育成にも力をいれ、無資格者や、外国人技能実習生の受け入れも行っています。  
グループホームでは独自の理念を掲げ、「自由を守ります」「プライドを守ります」「ゆとりを持ちます」「思いを大切にします」「分かち合い共に生きます」を理念とし、職員一人一人が理念に則り日々業務にあたり理念に基づいた環境作りに心掛けています。入居者様からは当然ですが、ご家族様からの要望なども、その都度意見や疑問を聞きながら、その内容の経過や段階を報告し、意向に沿った運営が出来るように常日頃から心掛けています。また近年はコロナウイルスの拡大、その他感染症の蔓延により実施出来ていなかった近隣との繋がりを再度確認し、入居者様、職員共に運営推進会議に参加する等、地域資源の開発に努めていました。

【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 福祉サービス評価機構Kネット          |
| 所在地   | 札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401 |
| 訪問調査日 | 令和 7年 1月 28日                      |

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<br>掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者の   | 63  | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求<br>めていることをよく聴いており、信頼関係ができ<br>ている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |                                                          |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                             |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                          |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                             |                              | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                             |                              | 4. ほとんどできていない  |
| 57  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面が<br>ある<br>(参考項目:18,38)             | ○                            | 1. 毎日ある        | 64  | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域<br>の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                         | ○                            | 1. ほぼ毎日のように    |
|     |                                                          |                              | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                             |                              | 2. 数日に1回程度     |
|     |                                                          |                              | 3. たまにある       |     |                                                                             |                              | 3. たまに         |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんどない      |     |                                                                             |                              | 4. ほとんどない      |
| 58  | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                       | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 65  | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関<br>係者とのつながりが広がったり深まり、事業所<br>の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                            | 1. 大いに増えている    |
|     |                                                          |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                             |                              | 2. 少しずつ増えている   |
|     |                                                          |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                             |                              | 3. あまり増えていない   |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                             |                              | 4. 全くない        |
| 59  | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表<br>情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 66  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                              | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |                                                          |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                             |                              | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |                                                          |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                             |                              | 3. 職員の1/3くらいが  |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                             |                              | 4. ほとんどいない     |
| 60  | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                      | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 67  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満<br>足していると思う                                           | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   |
|     |                                                          |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                             |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |                                                          |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                             |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                             |                              | 4. ほとんどいない     |
| 61  | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく<br>過ごしている<br>(参考項目:30,31)         | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 68  | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにお<br>おむね満足していると思う                                       | ○                            | 1. ほぼ全ての家族等が   |
|     |                                                          |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                             |                              | 2. 家族等の2/3くらいが |
|     |                                                          |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                             |                              | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |                                                          |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                             |                              | 4. ほとんどできていない  |
| 62  | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟<br>な支援により、安心して暮らせている<br>(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     |     |                                                                             |                              |                |

## 自己評価及び外部評価結果

| 自己評価       | 外部評価 | 項目                                                                                                                               | 自己評価                                                                                             | 外部評価 |                   |
|------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|            |      |                                                                                                                                  | 実施状況                                                                                             | 実施状況 | 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<br><br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                                                           | よこびの家理念には「自由を守ります」「プライドを守ります」「ゆとりを持ちます」「思いを大切にします」「分かち合い共に生きます」があり、理念の実践に向けて取り組んでいます。            |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br><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                                                           | コロナ禍だった為、地域行事には参加出来ていませんでしたが、利用者様の買物同伴やドライブ等の対応は継続しております。                                        |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br><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                                                         | 運営推進会議を通じて、他施設の職員や近隣住民にグループホームの運営や認知症等の情報の発信を行い、努めております。                                         |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br><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                                      | 運営推進会議を約2ヶ月に一度開催しています。コロナ禍では定期開催出来ず、近隣施設と電話にて定期報告を行っていました。その場で寄せられた意見や要望、提案は議事録を通じて職員間で共有しています。  |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br><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に取り組んでいる                                                | 主に運営推進会議への案内・参加を通じて、事業所の実情等について説明させてもらっています。また、事業所の運営や手続き等についても適宜問い合わせ、ご指導を頂いています。               |      |                   |
| 6          | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><br>代表者および全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束廃止委員会を中心に周知徹底・指導を行っています。施錠についても、防犯上必要な夜間(20時以降)を除き玄関は施錠していません。                               |      |                   |
| 7          |      | ○虐待の防止の徹底<br><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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                                       | 新規採用職員へのオリエンテーションや事業所内での勉強会などを通じて職員へ周知徹底に努めています。職員は、基礎的な知識を背景に想像力と洞察力を身につけて虐待を見逃ごすことのない様に努めています。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                             | 自己評価                                                                                                                    | 外部評価 |                   |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                | 実施状況                                                                                                                    | 実施状況 | 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<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    | 入居者様・ご家族様、および職員に向けた、成年後見人制度の説明を実施した事があり、今後必要となる場合に備えて新人職員も含め勉強会を積極的に行っております。                                            |      |                   |
| 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                         | 入居前から十分な説明を繰り返し、契約内容や重要説明事項などをわかりやすく説明しています。また、その家族に関わりが強い部分は更に重点的に説明を重ねてトラブルを作らない様に行っています。                             |      |                   |
| 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並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                      | 入居者様の日々の暮らしで困っている事・ご家族様の面会・定期的な電話・運営推進会議で出た内容は、管理者を含めたスタッフ会議等で原因を考え改善策を話し合っています。話し合った内容についてはご家族様に開示させて頂いています。           |      |                   |
| 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                                      | 各ユニットでスタッフ会議や面談を行い、皆が納得した検討内容、安全な範囲での提案は迅速に採用し、経過観察しながらモニタリングを行い、さらなる検討へ繋げています。管理者は代表者と連絡が取れる体制になっており、可能な範囲で対応を行っております。 |      |                   |
| 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      | 管理者は職員一人ひとりの能力・実績・勤務態度等を代表者に提示し給与に反映させています。代表者にも管理者との面談により活動内容を報告しています。                                                 |      |                   |
| 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         | 必要に応じた様々な研修をユニット毎に随時行い、職員の育成に努めています。法人外の研修についても広く職員への告知を行い、希望者を募ることで研修を受けるため機会の均等を図っています。                               |      |                   |
| 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 | 南北海道連絡協議会へ属しており研修への参加の呼びかけ、運営推進会議での同業者との情報交換等の機会を持ちサービスの質を向上させていく取り組みをしています。                                            |      |                   |

| 自己評価                | 外部評価 | 項 目                                                                                     | 自己評価                                                                                         | 外部評価 |                   |
|---------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                     |      |                                                                                         | 実施状況                                                                                         | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                         |                                                                                              |      |                   |
| 15                  |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 本人が困っている事や不安な事を常に職員間で把握する様に努め、また、早急に解決出来る様にスタッフ会議や受診を通じて検討し安心して過ごして頂ける様、努めています。              |      |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 利用前にご家族様から不安事・心配事を必ず聞き職員間で把握し、安心して利用して頂ける様、スタッフ会議にて検討を行い、改善に向け取り組んでいます。                      |      |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | サービス利用開始前に該当階管理者、入退居担当者及び計画作成担当者にご家族様、ご本人様で話し合える場を設け、支援の種類・対応を見極めるよう取り組んでいます。                |      |                   |
| 18                  |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                           | 利用者様を人生の先輩として尊重し、様々な生活の場面を通じ、知識・知恵を学ぶ事を忘れず、また生活を共に過ごし苦楽を分かち合う事で絆を深めるよう取り組んでいます。              |      |                   |
| 19                  |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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            | 入居者様の日常生活の状況について、その都度、ご家族様へ報告を行っています。ご家族様の希望、要望は可能な限り取り入れ、対応しておりご家族様と職員が共に入居者様を支える関係を築いています。 |      |                   |
| 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                        | 電話やお手紙など、入居者様が希望される連絡手段で支援を行っています。面会等はコロナ禍時はテレビ電話で対応していましたが、現在は制限を解除し、気楽に訪れて頂ける環境を整えています。    |      |                   |
| 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                    | 食事の時間やお茶の時間の席は入居者様同士が交流を深められる様な環境づくりを配慮しています。また入居者様同士でテーブル拭き、食器の片付け、洗濯物をたたむ等を行っています。         |      |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目                                                                                                      | 自己評価                                                                                    | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                             |      |                                                                                                         | 実施状況                                                                                    | 実施状況 | 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<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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                      | 退居後も関係を断ち切らない付き合いが出来る様に心掛け、他サービスを利用される際も、遠慮なく移行出来る様に連携を図っています。                          |      |                   |
| 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<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                                            | 入居者様の思いを把握し、職員が共有することで意向に添うべく努めています。思いが把握しにくい場合でも、ご家族様の意見等を考慮し、ご本人様の意向に添えるよう努めています。     |      |                   |
| 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                                        | 入居の際にはご本人様・ご家族様と面談を行い、趣味嗜好・生活リズムを職員間で把握し、楽しく馴染みのある生活が出来るよう努めています。                       |      |                   |
| 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                                                      | カンファレンス会議・モニタリング・スタッフ会議を定期的に行い、入居者様の現状について多面的に考察、把握出来るよう努めています。                         |      |                   |
| 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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | カンファレンス会議・モニタリング・スタッフ会議を定期的に行い、ニーズや目標(短期・長期)、現状に即したケアのあり方について話し合い、その結果に基づき介護計画を作成しています。 |      |                   |
| 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                         | 入居者様個々のケアへの気付きや工夫などについては、日々の申し送りや社内インターネットも利用しながら職員間の情報共有に努めており、より良い介護計画に繋がるように活かしています。 |      |                   |
| 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                | 入居者様・ご家族様の状態、状況に応じ、その時々生まれるニーズに柔軟に対応しています。状況により対応しきれない場合、職員間で協議し、最適解を模索するよう取り組んでいます。    |      |                   |
| 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                          | コロナ禍時は地域資源の活用・行事に参加する事は控えておりましたが、現在は施設内や施設訪問(近隣神社の神輿観覧)でご本人様の出来る範囲で参加して頂いております。         |      |                   |
| 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                     | かかりつけ医を継続的に安心して利用できるよう、特に制限を設けずに対応させて頂いています。職員はかかりつけ医との良好な関係を維持すべく必要に応じた支援を行っています。      |      |                   |



| 自己評価                            | 外部評価 | 項目                                                                                                                 | 自己評価                                                                                 | 外部評価 |                   |
|---------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                                 |      |                                                                                                                    | 実施状況                                                                                 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31                              |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 週に一度の医療連携看護師による健康管理を設け、日常で捉えた情報、些細な変化でも、すぐに報告、相談をしています。医療面での適切な助言をして頂いています。          |      |                   |
| 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、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入居者様が入院した際は、病院関係者と情報交換を絶えず行い、早期退院が出来る様にサポートしています。入居者様と関わりのある病院と常に連絡、相談が出来る関係を作っています。 |      |                   |
| 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 | 重度化、終末期に向けた対応や希望についてはご本人様・ご家族様・主治医・医療連携看護師と担当者会議を開き、入居者様が生涯、安心して生活して頂ける様に取り組んでいます。   |      |                   |
| 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                                             | 急変時・緊急時マニュアルは完備しており、入居者様の变化に備え、救急箱・簡易医療用具の設置や医療連携看護師に常に連絡出来る環境を用意しています。              |      |                   |
| 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                                             | 年に2回避難訓練と防災訓練を実施しており、火災報知器の点検を定期的に行い、マニュアルを設備し災害に備えた心構えが常に持てるようにしています。               |      |                   |
| <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   | ○一人ひとりの人格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                                                  | 入居者様に対しての言葉遣いや声掛けには十分に気を配る様に管理者を中心に指導を行っています。入室の際はご本人様の了解を得て行わせて頂いています。              |      |                   |
| 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                                                       | ご本人様の希望を尊重し自己決定出来る様に努めています。衣類等、ご本人様がどの様な物を着たいか選択して頂き、好みの物を選ぶ環境作りをしています。              |      |                   |
| 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                                  | 食事・トイレ・就寝など、ご本人様に合わせたペースや意向を取り入れています。急な買物や入浴の都合にも出来る限りの対応をさせて頂いています。                 |      |                   |
| 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                                                                    | 着替えの際はご本人様に衣服を選んで頂き、その人らしい身だしなみや季節感がある衣類を提供しております。                                   |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                   | 自己評価                                                                                     | 外部評価 |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                      | 実施状況                                                                                     | 実施状況 | 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         | 食事を楽しめる様に、各入居者様の好物や苦手な食べ物、味付け等を考慮しています。入居者様と共に準備や片付けを行い共に同じ物を食べています。                     |      |                   |
| 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              | 介護記録を活用し、食事量・水分量等を全職員が把握しており、栄養のバランスが偏らない様にメニューを考え支援しています。                               |      |                   |
| 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                       | 誤嚥が生じない様、毎食後にそれぞれに合った口腔ケアの声掛けや一部介助をさせて頂いています。必要場合は歯科受診などで対応させて頂いています。                    |      |                   |
| 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       | 介護記録を活用し、それぞれの排泄パターンを把握し定期的にトイレにお誘いしています。失敗を極力減らし、ご家族様へのコスト削減にも務めさせて頂いています。              |      |                   |
| 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                       | 排便表や申し送りにて職員間で情報交換をして個々の負担にならない様な声掛け、薬の服薬だけに頼らず、便秘予防として食物繊維の多い食材を取り入れてます。水分摂取等も促し進めています。 |      |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 入浴の時間帯は特に制限はありませんが入居者様に合った入浴介助をさせて頂き、入浴を好まない入居者様には気分を害さない様その都度の声掛けを行っています。               |      |                   |
| 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                        | 介護記録を活用し睡眠状況を把握する事で安心して睡眠出来る配慮をしています。個々の生活習慣を把握して、希望に沿うように支援しています。                       |      |                   |
| 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                   | 服薬管理表や薬情を活用する事により入居者様が服用している薬の作用、副作用の理解、把握に努めています。また誤薬が無いよう見守りさせて頂いています。                 |      |                   |
| 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      | その都度、役割分担をして他入居者様とのコミュニケーションを図りながらのお手伝いをさせて頂いています。また、天気の良い日は散歩やドライブ等、気分転換をして頂いています。      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目                                                                                                                               | 自己評価                                                                                           | 外部評価 |                   |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                                  | 実施状況                                                                                           | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している                     | 1人ひとりのその日の希望に沿って、買い物やドライブ等支援させて頂いています。コロナ過になる前は地域の行事等へ参加させて頂いています。                             |      |                   |
| 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                                                  | 管理出来る方は自己管理して頂いています。管理が難しい方についても、管理者の管理のもと、ご本人様の意思を尊重しながら支払いを行って頂く等の対応をさせて頂いています。              |      |                   |
| 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                                                                           | ご家族様やご本人様の希望により居室内に電話が設置しており自由に電話のやり取りが出来るようになっていきます。手紙のやり取りも希望に添い行っています。                      |      |                   |
| 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 | 季節ごとに模様替えや飾りつけを行っており、気候に応じて照明やカーテンを活用して調光したり、窓を開放して換気をしたりしながら少しでも暮らしやすい環境が作れるように配慮しています。       |      |                   |
| 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                                                      | 楽しく交流して頂く空間としてホールや廊下に数々の椅子があり、個々の入居者様は好きな場所で談話されたり、雑誌を読まれたりと思いいきに過ごして頂いています。                   |      |                   |
| 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                                          | 事前にご本人様やご家族様に居室見学の機会を設けています。また、入居に当たっては極力使い慣れたものをお持ち頂く様にお願いしており、ご本人様が安心して過ごして頂ける様に努めています。      |      |                   |
| 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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                            | バリアフリーの他、各所に手すりが設けられており、つかまり歩きが出来る様に配慮されています。歩行困難な方には居室内でポータブルトイレを配置し安心して安全な生活を送って頂ける様に努めています。 |      |                   |