

令和7年度

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	2772402703		
法人名	株式会社 ウィズ・ケアサポート		
事業所名	グループホームそおれ		
サービス種類	認知症対応型共同生活介護		
所在地	大阪府枚方市長尾元町7丁目36番1号		
自己評価作成日	令和7年 5月15日	評価結果市町村受理日	令和7年7月4日

【事業所基本情報】(介護サービスの情報公表制度の基本情報リンク先URLを記入)

https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyouvoCd=2772402703-00&ServiceCd=320&Type=search

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 介護保険市民オンブズマン機構大阪		
所在地	大阪府大阪市北区天神橋3-9-27 PLP会館3階		
訪問調査日	令和7年6月19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)】

・チームでケアにあたることを大切にしており、スタッフひとりひとりが常に考え、良いケアができるように取り組んでいる。情報交換やスタッフに意見をもとめ、情報を共有している。毎月、スタッフが入居者様の課題をあげ、その課題に全スタッフで取り組んでいる。毎月のミーティングでは、全入居者へのケアの確認、見直しをし、各スタッフが考えた課題を評価し、次回の課題へと繋げている。医療機関との連携を図り看取りケアを実践している。家族様とも定期的に連絡を取り、情報交換をし、信頼関係を築いている。枚方市グループホーム連絡協議会の事務局として、グループホームの啓蒙活動、認知症を知ってもらう活動に協力している。また法人全体でグループホームの入居者様のケアに取り組むことを心掛けている。

【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)】

地域に密着した各種の介護サービスを展開する株式会社運営するグループホームです。「認知症ケアの専門集団」として地域に貢献する実践は、「そおれさんだったら何とかしてくれる」と、今ではすっかり地域から頼られる存在となっています。ホームは道路を隔てて小・中学校のすぐ前に位置し、校庭から子どもたちの元気な声が聞こえてきます。また周辺には自然豊かな田園が広がり、季節を感じる散歩コースとなっています。広い敷地を活かした月1回の青空認知症カフェ(そおれdeおしゃべりカフェ)も地域に根付いてきました。ホームの畑で収穫した旬の野菜を使った手作りの食事も利用者に喜ばれています。整理整頓された清潔なホーム内には、職員のアイデアあふれる飾りつけや掲示物を見ることができ、ほのぼのとした温かい雰囲気を作り出しています。代表や管理者が「うちの自慢は職員」と、職員の頑張りを承認し、また、「職員がここで働きたいと思うホームをめざす」との代表の思いの中で育まれた職場環境は、職員一人ひとりが「考えて」仕事に向き合うことに繋がっています。「そおれ(イタリア語で太陽)」の名前の通り、聞こえてくる笑い声や会話は利用者を中心の温かい雰囲気に満ちたグループホームです。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I.理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	マニュアルも常に読めるよう、各階に置いている。基本理念を事業所内の見える所に掲示している。ミーティングなどを通してケアの理念を確認している。	「①お客様の立場で、ともに考えます。②お客様に笑顔と感謝の気持ちで接します。③チームワークで仕事に取り組みます。」を基本理念に掲げ、実践しています。理念は職員が目につく所に掲示し、パンフレットにも掲載することで、職員間の確認や、家族・地域の方々の理解へとつながっています。管理者は、職員の利用者への対応や声かけから、理念の確かな実践を感じています。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	月1回、認知症カフェを開催している。地域で認知症の講座を積極的に行っている。また問い合わせも増えている。	チームとして地域の困りごとには即応、柔軟な対応を行い、「認知症ケアの専門集団」として地域に貢献できるよう「今できること」に真面目に一つ一つ取り組んでいく考えです。地域で認知症の講座や認知症サポーター養成講座の講師をしました。広い敷地を活かした青空認知症カフェ(そおれdeおしゃべりカフェ)も定着してきました。果樹園で採れた柿を届けてくれる地域住民もいます。散歩の途中で会う地域住民との交流もあります。管理者は、保育所や小・中学校との交流を増やしたいと願っています。	今後、保育所や小・中学校との交流が再開されることにより、あらたな地域交流の広がりが期待されます。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の会の会長の方と定期的に情報交換をおこなったり、地域の自治会や学校などで認知症の講座も行っている。毎月第3日曜日に認知症カフェの開催している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に一度、地域の会の会長・地域包括支援センター職員・入居者様・入居者様の家族様にも出席してもらい開催している。またその様子をミーティングでも報告している。議事録を玄関付近においており、自由に見ることができる。	家族・地域の会長・地域包括支援センター職員等の参加で2ヶ月毎に実施し、参加者から評価や助言を得て、ホームの運営に活かしています。会議では、日常の暮らしがわかる写真のスライドを見てもらっています。委員からの意見や労い・励ましの言葉は記録し、職員間で共有しています。身体拘束適正化委員会の報告の際には、委員から、「仕事は大変だと思う。頑張れとは言わないが、踏ん張って欲しいと思う」との発言がありました。	会議は報告中心になりがちですが、ホームが抱えている悩みや課題も開示し、より開かれた運営推進会議になることが期待されます。時には、ホームの自慢のひとつである手作り食事を参加者の皆さんにも食べてもらうのもいかがでしょうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	連絡協議会の事務局でもあり、事業所全体で行政側とも情報交換を行っている。行政からの講座の依頼を受けており、定期的に運営状況を伝えたり、疑問な点はすぐに確認している。	分からないことや困ったことがあれば、市の担当者に相談できる関係です。コロナ感染に関する相談も積極的におこなってきました。ホームはグループホーム連絡会の事務局を担当しています。連絡会では、情報を交換し、共に高め合っています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関は防犯上、常時施錠している。「身体拘束防止」については「倫理要綱」やマニュアルで定めるとともに、ミーティングで取り上げることもある。勉強会も行っており、学んだことや感想の提出を義務付けており、運営推進会議でその感想をみてもらい、評判はよい。運営推進会議で身体拘束適正化について毎回、幅広い意見を求めている。	身体拘束等適正化委員会を2か月毎に開催しています。身体拘束防止に関する研修も実施し、職員全員がレポートを提出しています。職員の気づきや学びが伝わるレポートで管理者も評価しています。「自分がされて嫌なことは人にしない」を基本姿勢とし、学びを深めています。また、ヒヤリハットを事故防止や身体拘束防止に活かしています。玄関は防犯上施錠していますが、閉塞感を感じさせないように、外出の機会を多くつくるように努めています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	「法令遵守マニュアル」等で虐待防止通報義務等は、明示を行っている。事業所内にも資料を掲示している。虐待防止委員会の設置や研修を行っており、上記同様、感想などの提出を義務付けており、虐待防止に努めている。また入浴時に体をチェックする用紙に記入し、傷や打ち身について把握するよう努めている。		

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
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	法人代表者が、社会福祉士の資格を保持しており、実際に後見人として活動しているためこれらの制度を、熟知している。また入居者様の中にもこの制度を利用されておられる方がおり、連携もとれている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居前に契約書を渡し、よく読んでもらい、先に疑問点がないか確認した上で契約の説明をしている。さらに契約後に疑問点があった場合も、納得がいくまで説明している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	「運営推進会議」「行事」「担当者会議」等への参加を呼びかけている。入り口付近に意見箱を設置し、家族様の面会時には入居者様の状態を随時報告しており、面会がない入居者様の家族様には定期的に電話し、状態などを説明している。	家族の面会は玄関横の小部屋で実施しています。面会時には、職員は利用者の生活状況を報告しながら家族の要望を聞いています。自由に面会できない家族の気持ちに配慮するため、連絡を密にし、毎月担当職員から写真を添えて手紙も送っています。定期的に更新するブログも家族には好評です	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に一度のミーティングやスタッフにも常に幅広い意見を求め、発言しやすい環境づくりをしている。定期的に面談を行い、常勤社員の目標設定への取り組みなど、意見を交換する場や、様々な提案等を検討する機会がある。またケア方法など積極的にスタッフが考え、日々、意見が出ていると感じている。	毎月各フロアで会議を行い、連絡事項・行事報告・業務確認事項等を話し合っています。また、利用者一人ひとりの先月の目標達成度や今月の目標発表のカンファレンスを行っています。会議以外の日常でも意見がよく出る職場となっています。代表や管理者は職員に「自分で考えて行動する」ことを伝え続けています。代表や管理者が「うちの自慢は職員」と、職員の頑張りを承認し、また、「職員がここで働きたいと思うホームをめざす」との代表の思いが育む職場環境は職員の士気やケアの質の高まりに繋がっています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	「人材育成制度」の取り組みの中で、定期的な面接あるいは話し合いの場がある。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人全体の勉強会を毎月、行っている。毎月、目標をたて、どの程度できていたか、自らも評価する。また個々には「資格取得制度」「外部研修参加支援制度」が活用できる。		

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
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム連絡会への参加を行っている。連絡協議の事務局にもなっている。感染症のリスクがあるため、他施設の職員同士の交流も検討しているが、控える傾向にある。		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居当初は、スタッフとのコミュニケーション等を重視して関わり、気付いたことを書き出し、幅広い意見を聞き、情報を共有している。毎月、入居者様の課題についても取り組んでいる。また勉強会でケア方法などの統一化を図っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族からお聞きしたことは、今後のケアに生かせるよう記録に残している。面会時にご要望が無いか、聞いている。面会がない方は定期的に連絡し、要望などを聞いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	具体的な事例は無いが、必要に応じて、相談に乗っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様個々に応じた自立支援の視点を「ケアプラン」で明記し、そのようなケアを行っているか、定期的に確認している。またケアするうえでも、信頼関係は必要不可欠なものであるため、よい関係性を築けるようにしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	「状況報告書」でご本人様の様子をお伝えしたりしている。又、「ケアプラン」において家族の役割が明記されている。しかし積極的に、面会や行事への参加が難しい家族様もおられる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族様同意のもと、友人などの面会を、受け入れているが、現在、そのような支援を希望されている入居者様はおられない。以前は入居者様が利用していたお米屋さんからお米を購入しており、現在でも繋がりがあ	職員は、これまでの馴染みの関係を少しでも継続することが利用者にとって大切なことと理解し、支援に努めています。コロナ禍以降、馴染みの人の面会はありませんが、同法人の運営する介護タクシーを利用して葬式に参列した利用者がいます。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者間でコミュニケーションがとれるよう支援の方向性を示した「ケアプラン」もあり、スタッフが入居者様同士の橋渡しができるよう支援に努めている。また入居者様同士の距離感というものも大切に考えている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	以前、入居されていた家族様の相談を受けたり、サービスを利用された事例もある。また、地域の方から相談を受け、利用された事例もあった。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	2ヶ月ごとに担当をきめ、モニタリングを行い、定期的に「ケアプラン」を評価し、本人様の意向がくみ取れているか確認し、課題をあげ、スタッフ全員でその課題に取り組んでいる。またミーティングの際、入居者様ひとりひとりのケアについて話し合っている。	職員は、看取りの研修で学んだ「明日という将来ではなく、今日、今を支える介護。今、目の前の人に何が出来るか、何を望んでいるかが大事」との学びを大切にケアにあたっています。利用者との何気ない会話や動作から本人の意向や要望を把握し、介護記録に残し、職員間で共有しています。散歩や入浴の時間は、利用者の思いを知る貴重な時間となっています。離職者が少なく、利用者との職員との馴染みの関係ができていても、質の高い個別支援に繋がっています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	今までの生活歴や馴染みの暮らし方を家族様から聞き、把握できる範囲でケアに活かすよう心掛けている。しかし安易に生活歴に踏み込んだケアをしていいものか難しい点もある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	アセスメントの活用と、「ケアプランの評価」を1ヶ月に1度、担当者を決め、振り返り、課題などもあげている。長年、行っているためスタッフにも定着し、レベルも上がっている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	「担当者会議」が行われている。「アセスメント」「評価(モニタリング)」は、介護従業者も参加している。また毎月の課題目標も決め実行している。また課題についても出来ない時は、原因を考え、次月の課題にいかしている。	利用者・家族の思いや希望を尊重した介護計画になっています。基本は6ヶ月毎に見直し、状態に変化があった場合は随時見直しています。「プランあつての介護」の考えのもと、職員に「みてもらう工夫・わかる工夫」は介護計画の確かな実践に繋がっています。毎月のフロア会議では、利用者一人ひとりのカンファレンスを実施し、モニタリングも職員が行っています。計画作成担当者は、事前に家族から意見を聞き、介護計画を更新しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	入居者様の人となりが見えるような個人記録を、書くように努めており、指導も常におこなっている。これらをミーティングで発表し、情報共有している。また他のスタッフの記録を読み、意見等をいう姿が多々見られる。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	代表、管理者が現場に入り、日中、夜間と実際にケアにあたっており、柔軟に支援やサービスに取り組める環境になっており、現場スタッフとのケアを理解している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域資源を活用するといった事例までは無い。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	全員が指定医療機関を主治医としている。但し、本人(家族)の希望があれば、他院受診も可能であるし、入院時など家族様に相談したりし、必要な支援も行っている。必要に応じて、医師から直接家族への説明なども行っている。	ホームでは協力医療機関のクリニックより月2回、内科医の訪問診療と看護師の来訪があり健康管理を行っています。本人・家族の希望があれば他のかかりつけ医を受診することも可能です。その際は家族の付添いを基本としていますが緊急時や、付き添いが難しい場合は管理者が対応しています。協力医療機関とは24時間連絡が取れ、いつでも適切な医療が受けられる体制が整っており利用者・家族・職員の安心に繋がっています。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	医師の往診が月2回あり、毎週の医師が来られ、その他に看護師の訪問が月に2回ある。また電話などで必要に応じて相談しており、いつでも必要な支援を行えている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時も頻繁に医療機関と連絡を密に取り、医療機関との退院に向けた支援をおこなっている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	終末期について、契約時に説明し、そのような時期の前にも必要に応じて説明し、終末期には詳しく、理解できるよう説明し、医師や家族様を交え話し合いを行っている。看取りについての勉強会もおこなっている。また看取りケアの経験も数多くあり、振り返りなどもミーティング行っている。	入居時に重度化や終末期について説明を行い意向を確認しています。以降、終末期に入る前まで適宜状況をみながら家族が理解でき受け入れられるように努めています。医師が終末期と判断後、再度、状況を説明、意向を確認し最後までその人らしく過ごせるよう、ホームで出来る支援を話し合い支援していきます。看取り後のカンファレンスや医師を交えての看取りの研修なども実施しています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	医療機関との勉強会や外部研修に参加し、急変時に備える取り組みをしている。しかし全ての職員、定期的な訓練 実践力というところ難しさがある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に消防訓練、BCP訓練を年2回ずつ実施している。消防隊の方にもきていただいて訓練も行っている。非常電源装置を設置し、災害物資の備蓄も行っており、炊き出しセットの使用が可能である。地域との連携は住宅が隣接していないこともあり、協力が得るのは難しいと思われる。	年2回、定期的に消防署職員も来所し避難訓練やBCPの研修や訓練、点検を行っています。避難訓練では車椅子の利用者を非常階段を使用し2階から1階へ移動する訓練を行いました。備蓄品は飲料水や、食料品、衛生用品など勝手口倉庫に3日以上、保管し表にして管理しています。昨年度、非常用発電機を購入しました。付属の炊き出しセットをつかい、利用者、家族と園庭で実際に炊き出しをしました。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	勉強会をおこなったり、言葉遣いについてはミーティングや必要に応じて指導し、ホーム内にポスターを貼り、適切な言葉で話すよう教育や雰囲気作りをしている。また忙しい時ほど、強い口調になることがあるので、そのような時、優しく接することができる方法を各自で考えるよう指導している。行事では入居者様に安易に被りものなどしないよう指導している。	利用者の尊厳を守る事を大事にし、イベントでの被り物等は利用者や家族の了承を必ず得るようにしています。又、日頃から丁寧な優しい言葉遣いや対応を心がけています。定期的に勉強会を行い、接遇や身体拘束、守秘義務などについての動画などを視聴し学んでいます。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	選択できるような声かけを行い、ケアを行うよう努めている。しかし自己決定というものが困難になっている入居者様もおられる。また場面や状況にも左右されることがある。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	そのように心がけているが、スタッフサイドの優先事項もあるので、その点をふまえてバランスをとりながら、希望に沿って支援している。希望がある時は、スタッフ間でも話し合い、散歩、買い物に行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	定期的に散髪もおこなっている。食後の口まわりは専用の布巾を用意したり、髭そり、爪切りなどの身だしなみについてはチェック欄を作り確認している。また衣類のボタンがとれてないかなどの確認を行っている。施設長も自ら現場にはいるため、日頃から細かくチェックしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	職員も昼食は同じメニューをとり、食後、食器拭きなどの家事参加をしてもらっている。コロナ以降、盛り付けなどはしていない。食事前にその日メニューを書いてもらい、貼りだしたりしている。また気軽に台所が見れる環境にある。また私物の飲み物、おやつなどもお預かりし、お出ししている。	食事は月～金曜日は食事専従の職員が手作りし土、日はクックチルを利用しています。食堂のキッチンで調理するので利用者は米とぎやインゲンの筋とり、食器拭き、コーヒーの準備などできる事を一緒に手伝っています。職員は利用者の嗜好を踏まえ、時には代替えの一品も準備しています。ホームの家庭菜園で栽培している野菜も収穫の時期には食卓に上がります。職員も一緒に利用者と昼食をとり、手作りにこだわった食事は好評です。コロナ禍以後、外食はできませんが、広い園庭で家族も一緒に青空カレーを企画したり、どら焼きを一緒に作ったり、鍋を囲んだり楽しみとしての食にも力を入れています。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	水分量は専用の水分表を用意し把握に努めている。また管理栄養士に指導報告書を作成してもらい、栄養管理に努めている。必要に応じて、私物の飲み物も購入している。また定期的に体重測定もおこなっている。必要に応じて医師にも相談している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	声のかけ方を工夫し、ゼスチャーを加え、口腔ケアは、3食後行っている。必要に応じてモア歯ブラシも使用している。入れ歯洗浄剤も使用している。また必要に応じて歯科医師や歯科衛生士に相談し、指導してもらっている。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	原則トイレ誘導を基本とし、定時のトイレ誘導をおこなっている。間隔も個々に応じて対応している。また人としてできる限りトイレで排泄できるか話し合い、PTイレの使用、夜間のトイレ誘導もおこなっている。またマニュアルでも自立した排泄について明記されている。	個人ファイルの日誌に排尿・排泄を時系列に細かく記録しています。職員は一人ひとりの排泄のパターンを把握し、トイレ誘導を行っています。さり気ない言葉掛けとサインを見逃さず、日中は殆どの利用者がトイレで排泄を行い、排泄の自立に向けた支援へ繋がっています。トイレは各階に3か所あります。	

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
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分、食事、運動を把握し励行している。定時の誘導、声かけを行うことで便座に座る機会を増やしている。下剤服用の入居者様もいる。必要に応じて医師にも相談し、下剤を使用する際は、本人に合った下剤を使用している。また、排泄と日光は密接に関係するため、散歩、外気浴を積極的に行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	毎週、入浴日の予定はこちらで決めさせていただいているが、本人の体調や希望により入れなかった時は予定を変更し、週2回は入浴されている。浴室では1対1になるため、日頃話せないような話もするように心掛けている。必要に応じてリフト浴もおこなっている。	入浴は家庭用浴槽で週2回を基本としています。入浴日は利用者の体調や希望により柔軟に対応しています。入浴は保清の目的だけでなく、職員とマンツーマンでゆっくりと話ができる場所でもあり情報収集に活かしています。ゆず湯や菖蒲湯などの季節の行事湯も行っています。2階には電動でシートが昇降するバスリフトの設備があり、介護度が高くなっても安心・安全に入浴することができます。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	体調を崩すことのないように睡眠をとってもらい、不眠傾向にある時は必要に応じて医師にも相談している。外気浴、散歩などで日光に当たる時間を作っている。昼寝もされる方もおられる。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	「薬剤情報書」はいつでも最新のものとなるようにしているので、服薬内容はすぐ分る。疑問があれば薬剤師に確認している。また変更時は日報などに書いたり、ミーティングで伝え、情報の統一をはかっている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々に応じて、家事参加、家事同伴、日光浴、散歩、個別外出、DVD鑑賞、読書、編み物等々支援している。畑で野菜を育て、水やりも行っている。役割をもつという点で特に積極的に家事参加に取り組んでいる。また個々に目標をたてている。		

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
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	積極的に散歩や外気浴をおこなっており、個別外出を行っている。毎週、家族様と喫茶店に行かれる入居者様もおられる。ただし、本人の希望があっても状況によってはすぐには出られないが、スタッフ間で話し合い、予定を立てて、その日に出れるよう、計画している。	日常的に散歩や外気浴を行っています。散歩は季節によりおすすめのコースが何か所かあり、その時どきで30分ほどの散歩コースを楽しんでいます。散歩が好きでない利用者は広々とした園庭で外気浴を楽しんでいます。毎週、家族と一緒に近隣の喫茶店へ出掛けている利用者もいます。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を所持している入居者様はいる。どこかへ隠すこともあり、基本的に管理は本人にまかしている。そのため少額に限り所持している。そのお金で買い物に行く入居者様もおられる。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	個別には取り組んでおり、実際に電話している。テレビ電話も使用できる環境にはあり、スマホを所持している入居者様もおられるが、使用はされていない。家族様、お孫様の手紙は本人にお渡しし、必要におうじて返事など書くよう支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花を植えたりしている。リビングに花を飾ったり、趣味で描かれた絵なども飾っている。季節がわかるようなポスターを毎月、作成し貼っている。換気は定期的に行っており、空気の澁みは感じない。特別不快な音、光もないと感じている。またトイレにシールなどを貼り、心地よい空間づくりを心がけている。	リビング兼食堂は明るく、念入りに清掃し常に清潔な空間であることを心がけています。地域の住民からもらった花が彩りを添え、壁には利用者と職員で作成した季節の作品や利用者の笑顔の写真を飾っています。ゆっくりと座れるソファをリビングや廊下に置き、自由に寛げる場所になっています。1階の玄関前の庭には縁台を複数設え、外気浴だけでなく、家族と面会したり、気分転換したりと最適な場所になっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	相性などを考え席を決めている。必要に応じて席替えをしている。廊下などにも椅子やソファを置き、居室以外にも一人になれる場所を作っている。ただし、常にどこにいるか把握するようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族からの手紙や自分で描いた絵、写真などを壁に貼っている。テレビを設置している居室もある。毎朝、居室をまわり、整理整頓している。センサーを設置し、夜間時は入居者の移動を知らせたり、転倒防止にも繋げている。	居室には電動ベッドとタンス、防災のカーテン、エアコンを備えています。入居時には居心地の良い部屋になるように馴染みのものの持ち込みを勧めています。使い慣れたテレビが置かれたり、家族写真、手紙など飾ってある居室は清掃が行き届いた居心地の良い場所になっています。自分で掃き掃除をする利用者もいます。又、転倒のリスクが高い利用者には夜間、赤外線センサーを設置するなどしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	ホーム内に観葉植物があり、自発的に水やりをされたりしている。ほうきなども置いており、自発的に床を掃除される入居者様もおられる。またパズルや雑誌もおいており、自由に手にされている。手摺を設置し、車椅子の使用が十分可能なスペースも設けている。		