

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2372202065		
法人名	真株式会社		
事業所名	グループホーム まこと 1		
所在地	愛知県一宮市佐千原字郷前21番地		
自己評価作成日	令和4年10月25日	評価結果市町村受理日	令和5年3月31日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Jigy_osvoCd=2372202065-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号		
訪問調査日	令和4年11月10日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

地域密着型認知症共同生活施設として、地域との繋がりを大切に諸行事は利用者とスタッフ一緒に参加するが、コロナ禍で殆ど行事が中止、唯一、左義長が開催され参加出来た。ホーム主催の納涼祭も予定したが、急速なBA5の感染拡大で中止。夏祭りの雰囲気だけでも感じて頂く様に、室内で提灯等を飾り、盆踊りやゲーム、屋台風に食事券で好きな物を選んで買い、昼食は全種類食べて頂く様に取り組みました。又、クリスマス会もご家族参加無しで実施予定です。毎月のケア会議で利用者様の個別ケアを検討、情報の共有を図り、社内研修の年間計画を作成、外部研修もスタッフ交代で参加、ケア会議で報告、全員のスキルアップを図る。家族との繋がりを大切に、入居時に面会・協力をお願いし、家族会を兼ねた行事への参加・推進会議へは交替で参加して頂き、議事録・資料は全家族に配布する。面会時間は自由であるが、コロナ禍の状況に合わせて調整する。今後も理念・利用者様本位を基盤に安心して暮らしていけるホーム運営が継続できる様に努力する。

【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)】

利用者に毎日の生活を楽しくしてもらうために、職員間で検討を重ねながら、様々なレクリエーションの取り組みが行われている。感染症問題が続いていることで、外部の方との交流が困難な状況が続いているが、利用者の生活が単調なものにならないような配慮が行われている。運営推進会議については、感染症の状況にも合わせながら、可能な範囲で会議を開催している。会議を開催する際には、地域の様々な分野の方の参加が得られており、意見交換等を行いながら会議の出席者にホームへの理解を深めてもらうとともに、地域に関する情報交換等の機会にもつながっている。また、利用者の外出が困難な状況が続いているが、ホームでは感染症の状況をみながら、今年度は外出行事に合わせた外食を行う取り組みが行われており、徐々に以前の生活に戻す取り組みも行われている。

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 ↓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)	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)
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)	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)
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)	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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	理念を玄関・事務所に掲示、新任スタッフの研修課題、ケア会議でも「接遇」の内容で話し合い、家庭的な環境下で楽しく、安心と尊厳のある日常生活を支援するという理念をスタッフ全員で再認識・共有し、実践に繋げている。	ホームの基本理念をホーム内に掲示し、管理者からも職員に理念の内容を意識してもらうような働きかけ等の取り組みが行われている。また、職員間で理念を振り返る機会をつくりながら、家庭的な雰囲気の中で支援を行うように、理念の実践に取り組んでいる。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に加入、回覧板にて地域の情報を得たり、行事(本年度は左義長のみ開催)には積極的に参加、子供110番の家にもなっている。ホーム主催の納涼祭には近隣住民・子供会等へ呼びかけ参加して頂く。地元知人からの野菜類の差し入れもある。	感染症問題が長期化しているが、地域で行われている行事等にホームからも参加する機会をつくる等、可能な範囲で交流を継続している。例年は、ホームの行事や中学生の職場体験の受け入れ等、地域の方との様々な交流が行われている。	ホームで開催を予定していた夏祭りについて、最終的に中止になる等、地域の方との交流が困難な状況が続いているため、今後の感染症の状況をみながら、行事等が再開されることを期待したい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域行事には利用者と一緒に参加し、町内の人達との交流を大切にしている。地域住民からのホーム見学や相談があれば、介護の不安や介護負担軽減に繋がるアドバイスも行っている。中学生の職場体験も積極的に受け入れる。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	年6回開催(3回は書面会議)、地区包括職員・評価機関・ご家族代表・町内民生児童委員・町会長・島文楽保存会代表・元連区長様達に参加して頂き、ホームの現状・事故報告・活動状況・行事予定・身体的適正化委員会・まこと便り等を報告、それぞれの立場から意見・情報を頂き、支援の向上・運営に役立っている。議事録は利用者様全家族に配布、ホームの現状を理解して頂く。	会議については、感染症の状況をみながら可能な限り開催する方向で検討が行われている。会議の際には、地域の様々な分野の方の参加が得られている。また、会議に合わせて、ホームの運営状況を詳しく記載した資料の提供が行われており、会議の関係者にホームへの理解を深めてもらう働きかけにつなげている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	介護保険に関する相談、情報を頂く。生活福祉課への提出書類や介護保険更新手続き等で市役所に出向き、推進会議議事録を毎回提出しホームの現状を伝えている。市主催の研修・講演会等スタッフ交代で参加・全スタッフにケア会議で報告、包括主催のケアマネ会等にも参加・交流している。	市内の介護事業所が集まる連絡会等が開催される際には、ホームからも職員が参加する機会をつくり、ホームの運営につなげている。また、リモート方式も活用しながら地域包括支援センターとのケアマネ会等を通じた交流の機会もつくり出されている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止に関する指針は事務所に掲示、スタッフは自由に閲覧出来、社内研修で年2回(4月・11月)、課題に入れスタッフ全員が共通認識を持ち、利用者の行動抑制や玄関等の施錠もせず、安全に自由な暮らしができるケアに取り組む。運営推進会議でも委員会を通じて報告・検討している。	身体拘束を行わない方針で支援が行われており、ホーム内に施錠等を行わないように、職員間で利用者の見守りが行われている。運営推進会議を通じた身体拘束に関する検討を行い、出席者との意見交換等が行われている。また、定期的な職員研修も行われている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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の虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	市や包括主催で「高齢者虐待防止講演会」が開催されるとスタッフ交代で参加・報告し情報の共有化を図る。「高齢者虐待防止関連法」も理解、通報義務のある事も周知しており、日頃のニュースに関心を持ち、虐待の具体的な内容や不適切ケアに気づき、スタッフ同士で話し合い、その場で注意し合い防止に努めている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	司法書士が後見人の利用者様がおり、NPO法人のパンフレットも設置しており、自立支援事業制度の中の医療受給者証を受けている利用者もいる。医療受給者証においては期限に注意、更新時期を確認し早めにご家族に連絡、市役所で手続きして頂く。後見人の利用者様は経済面や市の書類関係の連絡等は後見人へケアプランや身体状況等はご家族様に連絡する様にしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	見学・相談に来られた時点から利用者・家族の不安・疑問に答える様にしており、入居の際はホームオーナーも同席、利用契約書・重要事項説明書・各同意書・ホームの理念や流れ等・苦情窓口・解約または改定・ケアプラン等をケアマネ兼管理者が十分な説明を行い、理解・納得して頂く。		
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。	日常の会話や表情等で利用者の要望・不満を汲みとり、ケア会議の個別ケアで検討、面会や支払い時に利用者の現状・要望をご家族に伝え、出来るだけ希望に添える様に話し合い、スタッフ全員に申し送る。玄関にご意見箱も設置、運営推進会議でご家族代表から意見を出して頂き、外部評価機関が家族アンケート調査を行い、問題があれば良策を考え実施する。	現状、家族との交流が困難な状況が続いているが、面会の機会をつくる等、可能な範囲で交流を継続している。家族からの要望等はリーダーが把握し、管理者を通じて解決等につなげている。また、毎月のホーム便りには、利用者毎の報告が添えられている。	家族との交流については、徐々に緩和の方向で検討しているが、ホーム内が限られた広さでもあることで、困難な状況でもある。今後の感染症の状況をみながら、利用者や家族の交流が増えることを期待したい。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎日の申し送り・月1回のケア会議で思った事や不安な事を発言できる雰囲気心がけ、日頃からお茶を飲みながらコミュニケーションを図り、意見提案を聞く機会を設け、月1回の役員・スタッフ会議で検討し、決定事項は速やかにスタッフに周知する。オーナーもホーム来所時には利用者・スタッフと和やかに話をされている。	毎月のユニット会議が行われており、職員からの意見等をリーダーが把握し、管理者を通じて運営法人にも報告され、業務改善等につなげている。また、日常的にも職員間で情報交換を行う取り組みや管理者による職員との面談の機会もつとられている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	就業規則を事務所に掲示。オーナーはスタッフが意欲をもって仕事に取り組める様に給与・資格手当等を見直し、有給休暇の取得、外部研修も勤務として参加できる様にシフト面で考慮、健康診断も年1回・各種の予防接種もホームで行う。コロナ禍となり、ホームに頻回に来て利用者の状況やスタッフの勤務状況・健康状態等の把握に努めている。		

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
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	外部研修にスタッフ交代で積極的に参加し、得た知識をケア会議で報告、全体のレベルアップを図る。事業者が認めた研修・講演会は勤務扱いとし、資格習得を奨励、便宜を図り、介護福祉士合格者は資格手当を得る。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	コロナ禍で殆どがオンライン参加となったが、地区包括支援センターのケアマネ会、施設部会の研修・認知症講演会等に参加し、同業者との交流を図り、意見交換し合い、ケアの向上と社会資源活用の情報を得ている。他グループホームとの相互訪問もあるがコロナ禍でできず、他グループホームで働く友人等から、お茶しながら意見や経験等を聞きケアに活かしている。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	ご照会には、管理者・フロアー長がご本人に訪問面談を行い、困っている事・不安な事・要望等を聞き、生活状態を把握する様に努めている。ホーム見学時には家庭的な雰囲気を見て頂き、安心感を持って利用して頂ける様に対応している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	最初のホーム来所時にご家族の困っている事・不安な事・これ迄のサービスの利用状況等を十分お聞きして、当ホームとしての対応や支援内容を説明、リビングや居室等を見学して頂き、徐々に相談を重ねながら信頼関係を築き、ご家族(ご本人)が納得され入居して頂き、安心感を持って生活して頂ける様な関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ホーム見学・相談来所時に現状の問題点をお聞きして、当ホームの支援内容を説明しながら、在宅生活可能な限りは他サービスを利用しながら継続して頂く様なアドバイスをしたり、当ホームではお試し入居も有り、その間で判断されても良く、受け入れ難しい時は他施設を案内する等の対応を行っている。		
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。	運営理念に掲げてある様に、家庭的な雰囲気の下で日常生活を送って頂ける様に環境整備している。利用者にも無理強いする事無く、出来る事は積極的にして頂く。レクや適度な運動・家事補助等を他利用者・スタッフと協働しながら穏やかな生活が出来る様に声掛けたり、場面づくりをしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	コロナ禍で10分ほどの面会となっているが、居合わせたスタッフが日頃の生活状況や気づきを伝え、居室やリビングでご本人と談笑出来る様に配慮している。又、ホーム行事の夏祭り・クリスマス会等(コロナ禍で家族参加無し)、写真やお便りを送付している。		

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
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	コロナ禍の面会制限等で、友人・知人等も面会には見えないが、ご家族の協力で馴染みの美容院へ行かれる方もおり、外出は自由なので、車で自分の家の近くへ散歩に、連れて行って下さる方もいる。電話の取次ぎや手紙の投函等の支援も行う。	外部の方との交流が困難な状況が続いているが、利用者の中には手紙等を通じて交流を継続する等、馴染の方との関係継続にもつながっている。また、身内の方の法事に利用者も出かける機会をつくる等、感染症対策をお願いしながら関係継続につなげている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	日常はリビングで過ごされる利用者様が多く、気の合う利用者様を把握し、男性同士やソファ一席・食事のテーブル席等を配置し、孤立させない様にスタッフも一緒にお茶や食事の時間に多くの会話を待つ様になっている。レクや洗濯物たたみ等も協力して行い、仲間意識が持てる様に支援する。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	転居時は生活環境や、支援内容、注意の必要な点等情報提供し、これ迄の暮らしの継続性が損なわれない様をお願いする。面会可能な場合は馴染みのスタッフが訪問し、話し相手になったり、家族のフォローに努めている。また、ホームの行事に招待したり、家族の相談にもものっている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の会話や表情等から本人の気持ちを汲みとり、本人本位の希望、意向に沿える様にそれとなく確認しており、毎月のケア会議時に担当スタッフ中心に個別ケアで検討・情報を共有している。また、家族とも相談しながら快適に過ごせる環境整備、支援内容を考える様に努めている。	職員間で利用者を担当する取り組みを行う等、利用者の意向等の把握につなげている。毎月のユニット毎にカンファレンスを実施しながら利用者や家族の意向等の検討を行い、定期的なアセスメントや日常の支援につなげる取り組みが行われている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居申し込み時に本人・家族より生活歴や生活環境・暮らし方・趣味、サービス利用の経過等を詳しくお聞きし、ご家族より了解を得て、サービス利用時の担当ケアマネさんにも情報提供して頂いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	個別の介護記録でバイタル・排泄・食事や水分摂取量・体重やレク等の参加状況・体調変化等やいつもと違った様子、会話や表情・言動等からスタッフの気づき等も記録、朝・夕の申し送りを行い、情報共有し現状把握に努める。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画は入居時作成、約1ヶ月後、その後、原則年2~3回見直しを行うが、状態変化(主に入院等)があれば、その都度、見直し作成する。担当スタッフによりモニタリングを行い、担当者会議を兼ねたスタッフ全員のケア会議でケアのあり方・意見・アイデア等を話し合い、本人・家族の意見も含めて検討し、現状に即したプランとなる様に作成している。	介護計画については、基本6か月での見直しが行われているが、利用者の状態変化等に合わせた随時の見直しも行われている。担当職員も参加しながら毎月のモニタリングを実施している。また、日常的にも細かな記録を残す取り組みも行われている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	排泄・食事・服薬・入浴等の生活チェック表の記録で実施漏れを防ぎ、業務日誌・個別介護記録にレクの様子や排泄等の身体状況・本人の言葉等を記載、ヒヤリハット・気づき・対応等も職員申し送りノートに記載し、スタッフ交代時に口頭で申し送りをを行い、ケア会議で個別検討し、情報共有化・介護計画の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	入居時に本人・家族の希望を聞いてケアプラン作成、支援内容を説明する。ニーズの変化には出来るだけ対応。個別ケアを大切に。病院受診の付き添い、個別の買い物、趣味の補助、ご本人のペースや意向に沿って食事・入浴・静養等の時間の変更等の支援を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	町内会に加入、地域の行事には利用者様を交代で参加して頂き、ホーム主催の行事には近隣住民に呼びかけ参加して頂く、運営推進会議に地域包括支援センター職員・町内会長・民生児童委員が参加して下さり、支援に関する情報交換、協力関係が築けている。町内会長には防災訓練への参加協力もも依頼する。		
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。	協力医院主治医が月2回往診、利用者全員の健康・服薬指導を受ける。必要あれば専門医への紹介状を依頼、受診する。家族の希望・付き添いで以前からのかかりつけ医に定期的に通院されている利用者もいる。また、家族の了解を得て、歯科や外科の往診治療を受けている利用者もいる。	医療面での定期的及び随時の医療面での支援が行われていることもあり、現状、全員の利用者が協力医をかかりつけ医としている。受診については、職員による対応で行われている。また、管理者が看護師でもあることで、医療面での支援にもつながっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	管理者が看護師資格あり、毎朝の申し送り時や電話連絡で利用者の体調変化やスタッフの気づきなどを聞き、受診の必要性を判断、病院受診に付き添い、家族にも連絡している。定期的に通院必要な利用者様には必要であれば家族同行して頂くが、殆ど、管理者が通院介助し、普段の様子や変化を伝える様にしている。		
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。	入院先は本人・家族の希望があれば優先する。入院時には、本人の普段の状況や特徴、支援方法等の情報(家族の同意あり)を提供し、可能であればスタッフがお見舞いに行き、相談員・家族とも連絡・回復状況等情報交換しながら、依頼があれば、退院時カンファレンスに参加、退院後の注意事項等聞き取り、ケアプランに反映する。担当医からの情報提供書は協力医院主治医に届ける。		

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
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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に急変時・延命治療についてのアンケート・同意書を作成。ホームの支援内容の説明時に医療行為が必要な場合の介護・看取りは出来ないが、段階的に心身機能が低下し老衰等の場合は、協力医院と連絡を密にして、普段通りで寄り添う介護での看取りは可能との事を十分説明して納得して頂く。スタッフ共、重度化した場合の対応・終末期のあり方、家族との話し合いの方針等をケア会議時に早い段階で説明・共有している。他施設を紹介する場合も有り、出来る限り、家族の希望に沿う様に対応している。	現状、ホームでの看取り支援を行っていないことを家族にも説明が行われており、利用者の身体状態等の段階に合わせて、次の生活場所への移行支援が行われている。ホームでも可能な支援が行われており、食事や入浴等の対応が行われている。	ホームでは、利用者の看取り支援についても可能な範囲での検討等が行われており、医療面での支援体制を含めて、今後のホームの前向きな取り組みにも期待したい。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	応急手当や初期対応についてはケア会議や申し送り時にその都度、口頭で説明、10月には社内研修で「事故発生予防・再発防止」の発表報告で事故要因や対応などを再認識した。事故発生時の対応マニュアルも事務所に掲示し周知徹底を図っている。		
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。	インターネット等から引用し「非常災害時の対応」を7月の社内研修で、9月には「防火対策」の発表報告を行い、マニュアルを作成し入居者と共に避難訓練(垂直避難)も実施した。コロナ禍で今回は参加して頂かなかったが、町内会長・オーナーにも参加して頂く。備蓄品(非常食・飲料水・おむつ・3日分の処方薬・防災備品等)もホーム2階に確保している。	年2回の避難訓練を実施しており、夜間を想定した訓練や通報装置の確認等の取り組みが行われている。火災や地震の他にも、水害を想定した訓練も実施している。道路が狭いこともあり、消防署との情報交換等も行われている。また、ホーム内に水や食料等の備蓄品の確保も行われている。	通報装置が2階にあることや玄関までの通路が狭いこと等、利用者の迅速な避難誘導に困難が予測されるため、近隣の方との協力関係等、ホームの継続的な取り組みに期待したい。
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。	毎年、5月の社内研修で「利用者のプライバシー・倫理規定」を発表報告、排泄・入浴・更衣時等にプライバシーを損ねない声掛けや対応等を共有し、ケア会議時には「接遇」の内容で利用者の人格を尊重して気持ちよく過ごして頂く環境、雰囲気作り・言葉かけを常に考え、自己のケアを振り返りながら支援する事を伝えている。	「認知症ケアの心得」に関する基本的な支援方法等を明示する等、職員による利用者への声かけや対応等に関する注意喚起にもつながっている。接遇にもつながる職員研修も行いながら、職員の振り返りにつながる取り組みも行われている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日頃の話から利用者の希望や訴えを聞き取り、実現できる方法を一緒に考える。特に入浴中や夜間、1対1での会話になるとリラックスして本音を話して下さるが、本人の思いや希望を表して頂く様に、スタッフも和んだ雰囲気出来るだけ声掛け、自己決定できるように働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	入居前のアセスメントを把握し、生活習慣を尊重しながら一日を過ごして頂く。利用者の体調や気分スケジュールを変更したり、共同生活のルールも有り、利用者様同士不愉快にならない様に調整する事もある。起床・レク等への参加・静養・就寝時間等、無理じいせず各々のペースで過ごして頂く様に支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	男性の入居者様には毎朝、髭剃りをして頂いている。ホームの行事前には家族の了解を得て訪問美容室に予約を入れカット・整髪・顔そり等をして頂く。ご家族が馴染みの美容室に連れて行かれる利用者もいる。また、イベントや外出時の服装等、季節に合った衣類に気を付け、好みの洋服を選んで着て頂き、おしゃれが出来る様に支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	平日は宅配食材でメニューを基本にして調理するが、出来るだけ、季節の野菜を取り入れ、行事食であったり、日曜日は自由メニューの為、好みを聞いたり、日頃、食べれない物、昔、食べた懐かしい物等、利用者と一緒に考え、簡単な調理補助・片付け・食器拭き等は利用者と共に、食事はスタッフも同じテーブルを囲み、見守り・介助しながら楽しく安全に食事できる様、雰囲気作りも大切にしている。	日常的には、食材業者のメニューによる食事作りが行われているが、日曜日は職員が利用者にも確認しながらメニューを考えて調理が行われている。調理や片付け等に利用者もできることに参加している。また、利用者の身体状態等にも合わせた食事形態の対応や職員も利用者と同じ食事を行っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事メニューは業務日誌に記入・毎月の献立実績を作成し、内容検討の資料にしている。個人の生活記録・月別一覧表に食事摂取量・体重を記録、毎日の排泄チェック表で水分摂取量を記録し把握。主治医より栄養補助食品を処方頂いている方もいるが、嗜好品や食べやすい物等工夫したり、各々の病気・嚥下状態・体重変動等に合わせ適量摂取・食事形態等を考えて支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	スタッフが付き添い、食前は手洗い・嗽をして頂き、食後は歯磨き・義歯洗浄を出来る限り、自己にてやって頂き、出来ない方や、仕上げ等スタッフが介助している。義歯消毒はスタッフ管理で2回/週に行う。協力歯科医院より定期的に往診して頂いたり、通院して口腔衛生・義歯調整・治療をされている利用者もいる。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている。	排泄チェック表に排尿・排便・尿取りパット交換等を記入、各々の排泄リズムを把握。自覚のない利用者様は間隔を考えて声掛け誘導する。日中は出来るだけ布パンツで過ごして頂き、トイレで排泄できる様に支援する。夜間・下剤服用時等状況に合わせてリハパンツ・テープ式オムツ等も使用している。	利用者の排泄記録を残し、日常的に職員間で情報を共有しながら、一人ひとりに合わせた排泄支援につなげている。トイレでの排泄を基本に、日中と夜間でパンツとオムツを使い分ける等、排泄状態の維持、改善につなげている。また、排泄に関する医療面での情報交換等も行われている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	起床時に冷水・ポカリスエット・牛乳等を飲用・軽い運動(体操・歩行運動等)・食事の工夫(バナナ・牛蒡・芋等)・多めの水分補給等に対応し、常時、便秘や自力排便困難な利用者には協力医院主治医に相談、緩下剤処方を頂き、排便状況に応じて調整し服用して頂く。また、下痢が続かない様に服薬後の状態にも気を付けている。		

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
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。	入浴は原則、週3回、曜日も決めてあるが、その日の体調や病院受診・行事等の予定で変更する場合もある。拒否の強い利用者には声掛けの工夫・タイミングを見て、曜日・時間に関わらず入って頂いたり、失禁強く汚染等に応じてシャワー・入浴等を行い、清潔保持に努める。入浴誘導から更衣迄、一人のスタッフ(状態に応じて二人介助)が行い、安全に気を付けリラックスして頂き、入浴中に皮膚観察、入浴後に必要な軟膏塗布等の処置を行う。	利用者が週3回の午前の時間に入浴できるように支援が行われているが、状況等にも合わせて午後の時間にも対応が可能である。入浴を拒む方にも声かけ等を行いながら、定期的な入浴につなげている。利用者の身体状態に合わせた職員2名での支援も行われている。また、季節等にも合わせた入浴も行われている。	
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。	各々の生活習慣・体調を見ながら、個別に休息して頂く様に配慮。昼夜逆転ある場合は、安易に入眠剤を使用せず、日中の過ごし方を工夫し生活リズムの変更を図り、なかなか、寝付かれない場合はリビングで暖かい飲み物を飲みながらスタッフとお喋りして過ごして頂き、安心して気持ちよく眠れる様に支援する。		
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。	管理者が毎日の分薬を行い、配薬はその都度の担当者が、配薬手順書に添って、誤薬・飲み忘れの無い様に必ず、薬内容・名前・日時等を二人確認、服用後は配薬確認票にチェックする。各々の薬剤情報をファイルに保管し、スタッフが把握出来る様にしており、服薬内容の変更・短期間の服薬は申し送り、経過記録に記載し、変更内容は家族にも説明している。		
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。	アセスメント時、趣味や生活歴、習慣になっている事・得意な事・やれる事等を十分に聞きとり、ホームでの楽しみ方を考え、共同レクや家事補助等、無理強いせず、本人のやりたい事・出来る事をして頂き、役割分担・存在意識が感じられる様に工夫している。又、外気浴・カラオケ・廊下歩行等で気分転換が図れる様に支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	コロナ禍で外出できない状況が続いているが、季節・天候・体調を考え、地域行事有れば参加し、近隣周辺で四季折々の名所へ外出・外食が出来る様に支援している。家族との外出・外泊は自由。福祉車両も有り、車いすからの移乗の難しい利用者様も手軽に乗車でき、病院受診や外出がし易い。	現状、利用者の外出が困難な状況が続いているが、季節等に合わせた外出行事の実施等、可能な範囲での外出の取り組みが行われている。今年度は、外出行事を行いながら外食も行われており、利用者の楽しみにつなげている。	ホームでも可能な範囲で外出支援が行われているが、ホーム前の環境等、日常的な外出が困難な状況になっている。ホーム敷地内の環境整備等、今後に向けた前向きな取り組みにも期待したい。
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	個別にお小遣いを1万円預かり、日用品の購入・おむつ代・外食・医療費等に使用。面会時に収支報告、レシートやお小遣い帳のコピーを家族に渡す。家族の意向と相談で、少額のお小遣いを所持される利用者様がいて、ホーム内で持ち歩き、落とされて無くなった事が、物取られ妄想に繋がりが、利用者のトラブルとなった事もあったが、なるべく本人・家族の意向に沿える様に相談しながら支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	ご家族・友人から届く手紙はご本人に手渡し、居室に飾っている利用者もいる。家族からの電話は取次ぎ、希望あれば、スタッフにて電話をかけお話しして頂く。年賀状は毎年、名前だけでも利用者を書いて貰い送る様に支援している。		
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。	玄関には季節の花を飾り、廊下やリビングの壁面には行事や日常生活の写真やスタッフと共に利用者様が作った季節感のある作品を飾っている。居室も家族の写真や飾っている利用者も多く、馴染みの物で飾りつけ工夫されている。スタッフが全体の掃除を行い、エアコンは細目に調整、日差しが強い時はカーテン等で調整、換気にも注意し、通路には余分な物は置かず、バリアフリーで清潔で過ごし易い環境を整え、安全管理の確認もしている。	ホーム内は限られた広さとなっているが、ソファを配置したり、テレビを2台置く等、利用者が好みの場所で過ごすことができるような配慮が行われている。また、玄関先にプランターで植物を植えたり、リビングの壁面に季節等にも合わせた飾り付けを行う等、アットホームな雰囲気づくりが行われている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングが主な共用空間になり、ソファや食卓の座る位置もほぼ決まっているが、出来るだけ気の合う利用者を隣同士にしたりテレビの好きな利用者は見やすい位置になる様配置している。玄関と横のスロープに椅子とベンチが置いてあり、玄関の花を眺めながらお喋りしたり、天気の良い日はスタッフと共に外気浴したりと一休みする場所も作っている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ベッドと洋服箆笥はホームで設置、持ち込みは自由で三段棚、整理箆笥等、なじみの物を持ち込み、使い慣れた時計を置き、家族写真を飾っている利用者が多い。季節ごとの衣類の入れ替えは基本的には家族にお願いするが、本人・家族の了解を得てスタッフが衣類整理をする事もある。	居室には、利用者や家族に意向等にも合わせた好みの物や趣味の物等が持ち込まれている。利用者の中には、自身の作品を飾っている方もいる。また、居室内に整理タンスが設置されていることもあり、持ち込みの少ない方にも対応している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	建物はバリアフリー仕様、スプリンクラー・火災通報装置等の緊急時の安全対策をしている。玄関の出入り口はセンサーで感知、居室入口に名前を設置し、フロア内や廊下には手すりを設置、出来るだけ自力歩行を促し、シルバーカー歩行の見守り、手引き歩行や車いすの移動介助を行う。立ち上がり・歩行不安定な利用者は家族の了解を得て、居室ベッド下にセンサーやセンサーマットを設置し、夜間や静養時の対応を行う。		