

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	3577800489		
法人名	特定非営利活動法人 宅老所 ほほえみ		
事業所名	グループホーム ほほえみ		
所在地	山口県下関市豊浦町涌田後地 31-1		
自己評価作成日	令和 6 年 12 月 2 日	評価結果市町村受理日	

【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)】

明るく家庭的な雰囲気と健全な環境の下、季節ごとの行事や外出支援を行ったり、施設の畑で収穫した旬の食材を味わったりすることで四季を感じてもらい、お誕生月や敬老の日には全員で長寿を祝い、ゆったりした日常生活を送ることで、「その人らしく」、日々生き甲斐を感じられるような生活を送ることができるよう、共に生活するという感覚を忘れないことを大事にしています。
また、入居者の人格を尊重しつつ、生活意欲と身体能力の維持・向上を図る事に積極的に取り組んでいます。

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/35/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3577800489-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	令和 7 年 3 月 4 日

【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)】

地域に愛され、利用者や家族に対して手厚い介護を実践している。自宅での生活歴を把握できるように、施設独自で使用している「気づいて私の心」という書類を活用して、利用者や家族の思いを把握できるように工夫している。特に入浴時間は午前・午後・夜間と対応可能である。利用者の思いや訴えをもっと知ろうとの思いから、ユマニチュード技法(見る、話す、触れる、立つ)も導入した。徐々に利用者の気持ちができるようになり、介助がスムーズにできるようになった。また、家族からの感謝の言葉も増え、職員の達成感にも繋がっている。地域との交流を深めるために、施設の前に自動販売機を設置した。散歩やジョギング中に飲み物を買われる方がいて、「あのばあさん、元気か?」と利用者と顔馴染みになり、会話を楽しんでいる様子が微笑ましい光景となっている。近隣の方に野菜の作り方や植え付け方を教えて頂けたり、みかんや柿の木の実を採っていいよと言われてたりするくらい、地域に根付いている。介護職員は、この施設を一言で表すと、「ホーム」と答えてくれた。【自宅】のように、この施設が【拠点】となり、交流が始まる場所、利用者にとっては【我が家】のように生活ができ、職員は家族であると語ってくれた。

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	新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、感染拡大防止のための理念に変更し運営してきたが、昨年5月に5類移行となったことで、コロナ以前の理念に戻し運営している。理念は地域密着型サービスの意義をふまえた、事業者独自のものとなっており施設玄関に掲示している。職員は勤務前に一読し業務へ取りかかっている。理念の内容や意義については、毎年度初めに再確認の意味で研修を行い共有している。理念を実践することにより、日々の業務の中で生じる注意点（特に、服装・髪型などの身だしなみや言葉遣い）については、些細な事でも職員同士がチェックし注意し合っている。翌月初めには評価会議にて職員全員で前月の評価を行い、『理念実践評価表』を作成している。評価会議の中で、サービスを提供する上での注意点があげられた場合は次月の改善点とする。服装の乱れなど、日々の注意点として職員同士間で改善できた事例については、特に書類には残していないが、頻発する場合は職員全員で理念を再確認するための研修を行うことにしている。また、半年毎に『中間評価』をして改善点をあげ、次期の目標設定を行ったり、理念についての見直しを行ったりしている。新型コロナ感染症が流行した際には、地域との交流や家族の面会を制限することになったため、理念の見直しを行い、当時の活動に沿った理念に一時的に変更した。	グループホーム理念は、玄関に掲示している。コロナ禍では、地域交流の項目を少し変更したが、現在は元の理念に戻っていて、世の中の情勢に合わせた対応をしている。出勤時に玄関で立ち止まり、理念を見てから仕事に入るようにしている。毎月の会議にて、項目ごとに実践できているかどうかを振り返っている。何かあればその都度確認して、より良い職場環境を形成している。		
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	自治会に加入し、自治会長や民生委員には市民生活課や豊浦地域包括支援センターの職員と共に、運営推進会議に出席してもらい、情報交換を行いアドバイスをいただいている。新型コロナ感染症が5類に移行され、社会活動はコロナ以前に戻ってきているものの、完全に終息したわけではなく少数ではあるが今でも感染者が報告されているため、入居者やご家族とも協議した結果、現在も地元の祭りやイベントなどへの参加は控えている。イベントへの参加は控えているが、施設周辺で自然観察を行ったり、近隣住民宅の庭へ季節の花を見に行かせていただいたり、施設周辺の草刈りや溝掃除を近隣の方と一緒にしたりするなど、屋外での活動は徐々に増やしている。また、畑での作業中に栽培方法や種植えの時期を教えてください、花や野菜を差し入れたりして下さる方もおられ、地域との交流も少しずつではあるが、コロナ前に戻りつつある。また、施設内での年行事（正月・桃の節句・端午の節句・七夕・敬老会・コスモス見物・みかん狩り・クリスマス会）はこれまで通り実施し、職員と入居者で楽しい時間を過ごしている。コロナ前のように、家族への参加案内は始めているが、今のところ参加希望はない。	施設前に自動販売機を設置していて、散歩やジョギング中の方と会話をする機会を設けている。また、トラックで来た業者の方とは、利用者は笑顔で手を振っている様子が窺えた。地域の方とは、野菜の作り方や植え付け方を教えて頂き、近隣の方が所有する土地にある、みかんや柿の木の実を採っていいよと言われるくらい関係性が良い。		

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
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	認知症の理解や支援方法の発信については、問い合わせや希望があれば随時受け付け対応している。また、介護サービスの利用を検討されている方から相談があれば、ご本人の状況に応じたサービスの紹介や施設情報の提供を行ったり、施設入居を検討している方々への利用説明を行ったりしている。施設内の見学希望を事前に連絡いただいた場合は、その都度柔軟に対応しているが、コロナ以降は一度もない。ご本人の状況が、医療機関の受診を必要とする場合は適切な医療機関(精神科を含む)への受診を提案している。		
4	(3)	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	管理者は外部評価を実施する意義を職員研修にて説明し理解を深めるようにしている。また、職員全員で自己評価項目を確認することで、ケアに対する考え方や取り組み方を振り返り、改善すべき所はないか考え、職員それぞれがサービスの質の向上に取り組んでいる。これまでに受審した外部評価の結果を受けて、今後のサービスへの課題や情報の共有について話し合い、具体的な改善に取り組んでいる。これまでの改善点では、入居者の意思にしっかりと寄り添うため『気づいて、私の心』の様式見直し、体験入居の積極化、MDS方式からセンター方式への変更などがある。	外部評価を受審するにあたり、全職員から聞き取りを実施した。最終的には、管理者を含む職員3名で取りまとめた。職員の気付きにもなり、今後のケアに活かせるように取り組んでいる。ステップアップは、職員全員で取り組めるようにする予定である。	
5	(4)	○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	運営推進会議は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により令和4年2月より施設内での開催を中止し、書面での活動報告としていたが、今年度(4/16開催分)より施設内での開催を再開した。以前のように、総合支所市民生活課や地域包括支援センターより職員を派遣してもらい、自治会長・民生委員・第三者委員・入居者・職員が参加し、2ヶ月に1度開催している。会議では、日々の取組や行事、感染症予防や食中毒予防などの衛生管理、熱中症予防などの体調管理、理念の見直し、消火避難訓練、AEDによる心肺蘇生訓練、緊急対応や災害対応の模擬訓練、外部評価への取組、ヒヤリ・ハットについて報告し意見を募っているほか、自治会や行政からの連絡事項を聞いたり、市町から情報提供される行方不明者や詐欺被害について情報を共有したりしている。また、8月に開催した運営推進会議では、施設敷地内にゴミの不法投棄があったことを報告し、皆さんに対応策について協議していただいた。会議の際に出された質問や意見はQ&A形式で議事録に記録しており、参考となり得る情報や意見については、職員会議にて報告しサービスの向上につなげている。	対面で実施。市民生活課、地域包括支援センター、自治会長、民生委員、他施設の理事長、家族・利用者、GH職員が参加している。入居者状況、行事報告、協議事項について話し合った。直近では、水道・ガスについての話があり、自治会長がガス会社のOBだったので、有益な情報が聞けた。民生委員の方からは、大変勉強になったと言われた。	

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
6	(5)	○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	市町担当者には運営推進会議に出席してもらい、近況（感染症や食中毒予防のための衛生管理、熱中症予防対策、エアコン使用による環境整備、日中および夜間想定避難訓練、自然災害時の対応訓練、不審者対応訓練、その他施設内研修、年間行事、外部評価受審）について報告したり、ゴミの不法投棄について相談したりして、意見やアドバイスをいただいている。自治会や行政側からは、清掃活動の連絡があったり『わがまち豊浦介護あんしんマップ』の制作のための情報交換を行ったりしている。運営推進会議以外でも、直接出向くか電話やメールにて、情報交換や要介護認定申請書の記入方法の確認を行い助言を得るなど、協力関係を築くように取り組んでいる。介護保険課以外にも、生活支援課と入居者の受け入れや入退院について連絡を取り合ったり、利用料設定についての相談をしたり連携を図ったこともある。	窓口の基本は管理者だが、他の介護職員が担当する場合もある。市の職員が運営推進会議にも参加しているので、意見を聴取しやすい。市の職員は地元の方なので、避難場所や経路についてアドバイスが聞けた。役所へは直接書類を持って行ったり、相談事があったりした際には、親切・丁寧に答えて頂ける。	
7	(6)	○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	『身体拘束適正化委員会』を設置し、委員会を年2回定期開催し、身体拘束排除に向け取り組んでいる。また、身体拘束排除マニュアルやWEBサイトからダウンロードした関係資料に基づき、年2回施設内研修を行い、全職員が身体拘束の対象となる行為や身体拘束排除の重要性を十分に理解し、抑制のない環境作りとケアに取り組んでいる。『施錠しない取り組み』については継続して実施しており、例えば帰宅願望の強い入居者への対応として、『気づいて、私の心』に入居者の言動から思いや意向を推測し、この入居者が今何を求めている、どういう対応をとることが一番なのかを考えケアに取り組み、必要に応じてミーティングで入居者の思いを取り上げ、対応を協議している。玄関に向かうことがあっても、危険が及ばない限り納得いくまで外の空気に触れてもらい、見守りにて対応し過ぎてもらうようにしている。それでも外へ出ようとする入居者があれば、職員が一緒に出かけて気分転換を図るなどの対策を講じることで、単独離設には至っていない。ある入居者の家族から、「この施設は玄関からの出入りが自由なんですね。」と言われたことがある。また、ベッド柵は転落防止と起き上がりのための補助具として使用する『囲まない取り組み』や、入居者の訴えに直ぐに対応できない場合に「これが終わったら行きます。」「あと〇分待ってください。」など、対応することを具体的に伝えて待つてもらうための声かけを行い『言葉による拘束（スピーチロック）をしない取り組み』も継続して実践している。また、医療機関受診の際に処方薬が増量された場合の状態変化には注意を払い、主治医と連絡を密にしドラッグロックにあたるような事案にならないよう注意を払っている。	委員会では、身体拘束の有無、スリーロックについて確認し、適正化の指針や排除マニュアルの確認もできた。拘束があった場合には、検討会を開き、拘束がないように取り組んでいる。スピーチロックについては、資料を活用しての職員研修や、言い換え表を参考にして言葉を置き換えられるように取り組んでいる。日中は玄関の施錠はしておらず、行き来は自由である。	

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
8		○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	『高齢者虐待防止検討委員会』を設置し、委員会を年2回定期開催し、虐待防止に取り組んでいる。また、虐待防止マニュアルやその他資料に基づき年に2回施設内勉強会を行い、虐待の種類には『身体的虐待』『介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）』『心理的虐待』『性的虐待』『経済的虐待』があり、それらの虐待に『該当する行為』について具体的に学び、正しい理解と認識ができています。全職員は、日々の業務の中でお互いの行動や発言が虐待にならないように注意を払っている。		
9		○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	日常生活自立支援事業と成年後見制度については、高齢者虐待防止の一環として、資料を基に年1回の職員研修を行い、職員の学ぶ機会を設けている。入居者や関係者からの相談があった場合、説明できるよう資料を準備している。		
10		○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	入居を検討されている方には『パンフレット』や『料金表』を用いて、施設での生活や費用について説明を行っている。疑問や質問にはその都度応えており、帰宅してから気になることがあれば遠慮なく連絡してほしいとの旨を伝えている。予約を希望する方には、施設での生活に対する本人や家族の要望、ADL状況、宿泊体験希望の有無、既往歴を聞き、『予約票』を記入してもらっている。（その場で書くか、持ち帰って書くかは、その都度選択してもらっている。）ご本人が医療機関に入院中の場合、家族の許可を頂き、入院先からの情報提供を頂くこともある。契約締結時は契約書類に沿って入居について改めて説明しており、契約書類については、ご家族の希望を聞き、その場で書いてもらうか持ち帰って書いてもらうか、選択してもらい対応してもらっている。持ち帰った場合は、後日郵送もしくは持参をお願いしている。『契約書』には、利用の目的や基準、介護計画の作成とサービスの内容と提供について、医療上の対応、利用料の支払い、法定代理受領サービス以外の証明書の交付、入居者と代理人の権利と義務、契約終了や契約解除の条件、退去後の支援や費用について、事故発生時の対応と損害賠償について、秘密保持について記載している。また、『重要事項説明書』では、事業所の概要、職員と勤務の体制、入居者の状況、サービス及び利用料について、緊急時の対応、ホーム利用にあたっての留意事項、協力医療機関、第三者評価の実施状況、苦情相談機関を記載している。いずれの書類も、本人と家族の署名捺印をいただき交付することで同意を得ている。個人情報の取り扱いについても、『個人情報に関する基本方針』『個人情報の利用目的』を交付し説明を行い、署名捺印にて同意を得ている。入居後の生活の中で発生する事故や急変の可能性についても説明し、受診や緊急時・終末期の対応についての意向を『相談票』に記入してもらっている。また、将来的に生じるであろう、重度化した場合の対応についても『重度化した場合の指針』にて説明している。		

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
11	(7)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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	管理者が生活相談員を兼務し、苦情相談窓口となっており、『重要事項説明書』に施設内の苦情相談窓口のほか、第三者委員や外部相談機関を記載している。契約の際には、入居者や家族からの苦情や相談に常に対応できる体制をとっていることと、対応するための苦情処理手続きを定めていることを説明している。苦情が出た際には『苦情処理票』で管理しているが、近年苦情はなく、処理票の記載はない。苦情だけではなく、家族からの意見や要望があれば面会時や行事参加時に直接聞いているが、その時に限らずいつでも意見や要望が出しやすいように、玄関とフロアのセンターテーブルとにポスト形の意見箱を設置し、投函してもらえるようにしている。月に1度、面会時に記入してもらっていた『相談票』は、基本的には半年に一度、介護記録と一緒に郵送し記入してもらい、その間は月に一度、面会や電話のタイミングで意向の確認をさせてもらっている。入退院や臨時受診にて新たな疾患が見つかった場合や状態が大きく変化した場合、随時郵送して新たに記入してもらい意向確認をしている。入居者に対しては、今の生活や意見・要望について『希望調査アンケート』を3ヶ月ごとに実施し、介護サービス計画に反映したり、面会時に家族へ報告したりしている。	面会是对面で実施していて、居室やリビングで可能。毎月、施設介護経過、健康記録と写真を同封して郵送していて、日々の様子がわかるように工夫している。遠方の方とはSNSを活用して、毎週末に連絡を取るようにしている。外出したいとの要望挙げ、外食やお墓参り、孫の結婚式に参加された方もいる。自分のお墓が気になり、職員と一緒に見学に行かれた方もいる。	
12	(8)	○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	管理者自身が介護従事者として直接現場に入り、ミーティングや職員会議の場だけでなく、休憩中や食事中に、職員から意見の出しやすい話しやすい雰囲気づくりに努めている。勤務体制・環境整備・設備改善・介護記録の書式変更など職員から出された提案については、必要に応じて、ミーティングや職員会議を開き、決定事項についてはケアやサービス、業務環境に反映させている。過去に事例で言うと、『夜間の不眠対応』『嚥下状態低下への対応』『食事形態の切替(現在の形態から、軟食・刻み食・ペースト食へ)』など。	月1回、職員会議を開催しているが、何かあればその都度、会議を開いて情報共有をしている。食事中や休憩中にも意見が飛び交っている。職員ロッカーや冷蔵庫が欲しいとの要望が挙げ、新しい物の購入に至った。ケアに関する話は毎日挙げ、より良い対策を常に模索している。	職員の意見を吸い上げて、更なる施設の発展に役立ててみてはいかがでしょうか。
13		○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	管理者も一職員として現場に入ること、全職員の業務に取り組む姿勢を把握している。全職員が向上心を持てるよう処遇改善加算による賞与支給を行ったり、働きながらも介護福祉士やケアマネージャーなどの資格を取得できるような勤務体制を整えたりもしている。また、職員が相談しやすい場面作りに配慮したり、必要に応じて個人面談を行ったり、ストレス軽減につながる取り組みを行っている。環境整備の面では、感染予防対策を徹底するため、業務に必要なマスクや消毒液を支給し、1階と2階にはそれぞれ、空気清浄機を設置した和室があり、入居者と一緒に利用することができる。和室は個人的に休憩室として利用することも可能で、短時間ではあるが業務から離れて気分転換を図ることもできる。さらに、がんばる一むには私物の置き場所と職員用の冷蔵庫を設置して、体調管理面や快適性について向上させている。		

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
14	(9)	○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	通常なら、受講後の復命と配付された資料を閲覧するな どして共有するが、新型コロナの感染拡大以降、外部研 修への参加は見合わせて、オンラインでの研修参加を勧 めてきた。外部研修へは徐々に参加を促すようにしてい るが、今はまだオンラインや施設内研修に力を入れている。 施設内研修では、マニュアルやWEBサイトからダウン ロードした資料に基づき、認知症ケア、プライバシー保 護、食中毒の予防、感染症の予防、虐待防止と身体拘 束排除、倫理と法令遵守、緊急時対応、理念の実践と評 価等、知識と技能の習得に向けた施設内研修を充実さ せている。感染症流行時にはその感染症の症状や予防 方法を、自然災害発生時には避難方法や手順の再確認 を、臨時の職員会議や施設内研修を行い、周知徹底を 図っている。新任職員は『新人オリエンテーションプロ グラム』に沿って、7日間の研修を行った後、3ヶ月目まで毎 月評価を行い、日々の業務を通して管理者や先輩職員 から介護の知識や技術を学ぶための取り組みがある。ま た、介護福祉士やケアマネージャーなどの資格取得を目 指す職員については、勤務体制を考慮し、スムーズな資 格取得を進めている。	新人職員には、オリエンテーションプログラムが用意 されており、3ヶ月かけて5段階で評価を実施してい る。管理者からフィードバックして、次の業務 に活かせるように取り組んでいる。月に3～4回内 部研修を実施しており、職員のやる気向上に努め ている。参加できなかった職員へは、議事録を参 考にして、気になることがあれば、後日質問するよ うにしている。	
15		○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	例年の活動では、地域包括支援センターが主催する、地域 ケア連絡会議や認知症に関する研修会や講義に出席し、 ケース検討や問題提起を通して情報交換を行ったり、同業 者間のネットワーク強化・サービス向上、情報や知識の習得 に努めたりと交流を図ったりしていた。他のグループホーム に職員の1日研修を受け入れて頂いたり、運営推進会議に 出席して頂いた機会を利用して、接遇やケアについて話し て頂いたりしたこともある。新型コロナ感染症が5類に移行され て以降、他施設での研修について受け入れ先と協議を行っ ているが、今のところまだ実施に至っていない。総合支所の 担当課・包括支援センター・自治会とは、運営推進会議にて 施設の活動を報告し意見を頂いたり、必要に応じた情報共 有を行っている。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
16		○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	予約の段階で、本人・家族・ケアマネージャー・相談員から、 これまでの生活での問題点や今後の生活に対する本人の 不安や要望について、詳細な聞き取りを行っている。さらに ご家族には意見・要望・相談事を『予約票』に記入してもら い、内容についてはご家族の了解を得た上で担当相談員や ケアマネージャーと共有している。家族の許可により、情報 提供をしていただけた場合は、その内容から家族・担当相談 員・ケアマネージャーに入居希望者の状態確認を行う。可能 であれば面談を行うこともある。入居が決定すると、入居の 日までに職員のみによるサービス担当者会議を開き、家族 の意向や要望とこれまで得た情報から、『入居前介護サー ビス計画書』を作成し、入居後すぐにサービスの提供を開始で きるようにしている。また、入居時後に新たな情報があれば、 入居後1週間以内でサービス担当者会議を開き、介護サー ビス計画書の見直しを行い、必要事項の追加・変更を行っ ている。		

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
17		○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	予約の段階で、家族やその他関係者から提供してもらえる範囲での聞き取りを行い、『予約票』に家族の意向、ADL状況、既往歴をわかる範囲で記入してもらい、この『予約票』と医療機関やケアマネージャーから提供された情報に基づいて、今後の生活に対する不安の解決や要望を反映させた『入居前介護サービス計画書』を作成し、ケアにあたることを説明している。入居時に新たに入手した情報から、『入居前介護サービス計画書』の修正が必要になった場合、入居後すぐに見直しを行うことを説明し、合意を得るようにしている。		
18		○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	「本人にとって、より適したサービスは何か」ということと、家族の家庭事情を総括的に考慮した上で、より良い選択ができるよう、利用可能な様々な種類のサービス（訪問介護／訪問看護／定期巡回・随時対応／訪問入浴介護／訪問リハ／夜間対応型訪問介護／通所介護／認知症対応型通所介護／通所リハ／小規模多機能／短期入所生活介護）や医療機関がある事を説明し、施設一覧を参考に情報提供することもある。その結果、グループホーム入居以外のサービス利用を検討したいという希望があれば、地域包括支援センターや担当のケアマネージャー（要介護認定がまだの場合は居宅介護支援事業所を紹介）と連携して、他のサービス利用へつなげていくようにしている。		
19		○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	『センター方式』に記載されている、得意なことや好きなことを参考にして、日々の声かけや談話のきっかけ作りをしている他、歌の得意な入居者には大きな声で歌ってもらい全員が手拍子をして楽しく過ごしたり、職員が昔の歌を教わって一緒に歌ったり、漬け物の漬け方や料理の方法・味付けを習ったり、野菜作りの過程を教わったり、食器やテーブルを拭いてもらったり、洗濯物を干したりたたんだりしてもらって、入居者の得意分野で力を発揮できる場面づくりをしている。本人から聞いたり、日々の生活の中で新たに気付いたりした得手不得手なことや好き嫌いがあれば、『センター方式』に追加し職員間で情報の共有を行っている。また、誕生会で皆に祝ってもらい一緒に喜んだり、昔からの趣味や関心事の話を聞いて一緒に楽しんだり懐かしんだりして、入居者の喜怒哀楽を共有し、共に支え合い生活する関係を築いている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
20		○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	家族の来設時には入居者本人と共にお迎えし、『予約票』や『センター方式』の内容を十分に理解した上で、普段の生活の様子などを話し、入居前には見られなかった表情や言動を知ってもらうことで、その喜怒哀楽を共有してもらい、本人に対する家族の思いをさらに理解することができるように取り組んでいる。生活の様子をお伝えした後に職員は席を外し、入居者と家族のための空間作りに配慮し、帰宅の際には入居者本人と共に見送っている。コロナ以前は、この面会時に記録(介護サービス計画書、施設介護経過、週間レクリエーションチェック表、バイタルチェック表、各会議録)の開示を行ったり、『相談票』を記入してもらったりしていたが、ご家族からの希望もあり、現在は、記録を持ち帰ってもらい自宅でゆっくりと読んでいただき署名捺印していただくようにしている。遠方で頻繁に面会できないご家族には郵送で対応している。また、入居者の現症を把握してもらうための健康記録は、面会の緩和を行ったため、半年ごとから1カ月ごとに戻し、家族に送付している。年間行事(初詣、豆まき、雛祭り、花見、七夕祭り、敬老会、コスモス見物、みかん狩り、クリスマス会)の開催にあたり、ご家族には事前に参加の案内状を送付している。以前は、誕生日会に家族が参加され、入居者の好きな食べ物を持ってきてくれたことがあったが、今のところ参加はない。また、温泉施設の和室と浴場を貸し切って敬老会を行い、全員で楽しい時間を過ごすこともあった。ご家族から入居者の外泊希望があった場合、感染症への対策を徹底して行う事をお願いした上で、ケアのポイントや気をつけてほしいことを説明し、情報提供票に書いて渡すことにしている。また、体調の変化や体温管理を徹底するための書類をお渡しして、入居者に接する全ての家族に、定期的に記載して頂くよう協力をお願いする。		
21	(10)	○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	入居者本人の馴染みの場所や人との関係、生活習慣については、本人や家族から聴集して得られた情報を『センター方式』に具体的に書き出し、職員全員で共有している。新型コロナウイルス感染症が5類に移行され感染者数が減少してきたことを受け、家族との面会を再開し、家族との交流の機会を増やしている。同時に、半月ごとに送付していた『健康の記録』を月1回の送付に戻した。施設内の生活の様子が分かるように、写真の送付は継続している。日々の様子を記録した介護記録類(施設介護経過、週間レクリエーションチェック表、バイタルチェック表、介護サービス計画書)は面会時に持ち帰って目を通してもらい署名捺印後に、持参してもらるか返送してもらおうようにしている。遠方に住んでおり、頻繁に面会できないご家族には郵送して目を通してもらい、返送してもらっている。また、希望によりこれまで同様ビデオ通話も実施している。面会を再開したことにより、コロナ禍で何年も面会でできていなかった入居者の家族が遠方より訪ねてこられ、お姉さんに会うことができた男性入居者や、息子さんに会うことができたりた女性入居者は、懐かしそうに言葉を交わされ大変喜ばれていた。他にも、家族への思いを、本人直筆で手紙にして家族に送ることもあった。外出を伴う季節行事については、人の集まるイベントには参加していないものの、施設周辺での自然観察や近隣住民宅でのお花見など、外出機会を少しずつ増やしている。	面会是对面で実施していて、居室やリビングで可能。施設に設置している自動販売機に飲み物を買いに来られる方からは、「あのばあさん、元気か?」と声を掛けられ、話が盛り上がり、今ではすっかり馴染みの関係となっている。パーマをあてたいとの要望が挙がり、行きつけの美容院に向向き、美しくなって帰って来られた方もいる。施設内で飼っている猫が馴染みとなり、一緒に添い寝をしている姿が微笑ましい。	

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
22		○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	職員は『センター方式』から入居者の性格や好みを十分に把握し、共通の趣味や興味事を見つけ、食事の時間以外は、入居者同士が共通の話題で和気藹々とした関係でいられるよう、自由に席に座ってもらい、職員が入居者同士の間をとりもつよう気遣い、話しかけることでそれぞれの交流が深まるような工夫をしている。また、談話室として和室も開放しており、自由に使ってもらっている。ホールにもテーブルやソファを設け、思い思いの場所で自由に過ごせるような配置にしている。大きなスクリーンで映画を見ることもできる。レク活動(歌唱、音読、パズル、しりとり、かるた、体操、輪投げ、お手玉、貼り絵、書字、折り紙)の際は、得意な人が皆の先頭に立って進行してくれている。		
23		○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	コロナ前は、入居者が入院された際は時折面会に訪れ、経過や状態を聞いて、家族の意向を踏まえた『退院支援計画』を作成していたが、現在は医療機関の面会が家族に制限されており、定期的に病棟へ連絡し経過や状態を聞いて状態の把握に努めているが、直接本人の様子を確認できないため、『退院支援計画』は作成していない。入院が長期になったりグループホームへの帰設が難しくなったりした場合は、医療機関や家族と検討した結果、退居となることもあるが、退居後も家族から相談があれば、その後の様子をうかがい対応をアドバイスしたり、退院後の施設の紹介を行ったりして、それまでの関係性の維持継続を図っている。入居者が退居後利用することになる機関に対しては、家族の了解を得た後、入居中の介護経過や既往歴、退居時点でのADL状況を記載したサマリーを作成し提供している。また、かかりつけ医からの診療情報提供書や、希望に応じて、その時点での最新の『介護計画』『症状別対応及び報告基準マニュアル』『レクリエーション実施計画表』『処方薬の説明書き』『緊急時・終末期の家族の希望書』『嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査』といった、ケアに関する個別情報の提供も行うこともある。退居された方の家族が、立ち寄り一緒にコーヒーを飲んで談笑したり、自宅で採れた野菜や果物を差し入れしてくれたり、自分自身のことで相談に来たりすることもある。		

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	
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						
24	(11)	○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	意思疎通が困難な入居者の思いや意向を把握し、しっかりと寄り添うため『気づいて、私の心』は継続して活用し、入居者の言動・表情・しぐさから、本人の立場にたって考察・推察をすすめ、入居者がその時どんな思いでいるのか、何をしてほしいのかなど意向の把握に努めている。また、全ての入居者に対し、ユマニチュードケアを基本として日々のケアに努めているが、一部の入居者については1年間のモニタリングを行い、ケアに対する評価を行った。他にも、3ヶ月ごとに行う、『嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査』は継続し、意向の確認と希望の実現について職員会議で評価し、意向に添った対応が可能かどうか検討している。実際に、遠方(市外)よりご家族が面会に来られ、お姉さんに会うことができたり、息子さんに会うことができたり、希望が実現した入居者もいる。入院中の母親に会いたいという入居者の希望についても、前向きに進めていく予定にしている。	入居時に、センター方式のシートを活用し、生活歴、既往歴、趣味を把握している。3ヶ月に1度、嗜好調査アンケートを実施して、食べたい物、したいことを確認している。施設にいる息子に会いたいとの要望が挙がり、施設と連携を取り、実際に対面するに至った。「気づいて私の心」を活用し、発言・行動、意向や思いを記録し、対応策を考え、家族からのコメントも頂いている。		
25		○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	本人や家族、友人・知人・ケアマネージャーなどにできる限り詳細に昔の生活習慣や社会的立場について聞き取りを行い、『センター方式』に記録している。全職員は『センター方式』の内容を共有し把握することで、施設内での生活全般において、できるだけ自宅で過ごすのと変わらなく生活できる環境作りに努めている。『センター方式』で収集した情報をもとに、昔から得意だったことを生活作業レク(調理・配膳・下膳、野菜の種まき・植え付けから収穫まで、花の栽培、洗濯、掃除)として取り入れる工夫もしている。			
26		○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	各入居者の生活のリズムや体調変化を把握するために、排泄チェック表で排尿や排便の状態や間隔を、バイタルチェック表で出納チェック(食事や水分の摂取量)、服薬の状況、口腔ケア、入浴の実施について記録しており、それぞれに看護師の指示及び考察が記載され管理されている。また、レクリエーションに参加してもらったり、生活作業レク(茶碗拭き・テーブル拭き・食事の支度・片付け・洗濯・掃除・畑仕事のお手伝い)をしたりする中で、取り組む姿勢や会話、表情などから入居者ごとに、現状での『分かること・分からないこと』『できること・できないこと』を見極め、『何に興味があるのか』を把握するよう努めており、日々の活動に活かしている。			

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
27	(12)	○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	予約後に入居日が決定すると、予約時に家族に記載してもらった『予約票』と、担当ケアマネジャーや入院中の医療機関からの情報提供書や聴集した内容から、入居後すぐに適切なサービスが提供できるよう、計画作成担当者を中心としてサービス担当者会議を開催し『入居前作成分』として介護サービス計画書を作成している。入居後は、本人や家族からこれまでの暮らしや趣味・嗜好についての情報をできる限り収集し、『センター方式』を作成する。その他、3ヶ月毎のアンケート調査（嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査）、記録の開示や『相談票』による入居者と家族の意向確認、『週間レクリエーション実施計画表』、各勤務帯の職員からの『申し送り日誌』や入居者の状態に関する看護師の指示や考察記録、受診時の主治医や医療スタッフからの意見やアドバイス（内容は『施設介護経過』に記載）といった、あらゆる意見・要望・アイデア・情報を、入居者本人や入居者に関わる様々な人（家族・親族・友人・知人といった身近な人やケアマネジャー・医療関係者など）から収集して、サービス担当者会議を開催し、入居後の『介護サービス計画書』を作成している。この介護サービス計画書は、通常3ヶ月ごとに評価・見直しを行い更新しているが、更新までの期間内（更新後1～2ヶ月頃）に中間評価のための『定例会議』を開催し、より短期間での評価検討の機会を設けている。なお、ADL状況が変化したり、臨時受診や入退院等により新たな課題が浮上したり、本人や家族の意向が変化したりして、現行の支援内容の変更が必要になった場合は、通常の期間終了を待たずにサービス担当者会議を開き、介護サービス計画書について再検討して内容を更新し、その時の状況に即した介護サービス計画を作成している。	入居前に、暫定プランを作成し、1週間、1ヶ月、3ヶ月毎、何かあればその都度見直している。管理者がケアマネジャーを兼務していて、職員や家族の意見も確認して、ケアプランを作成している。週間レクリエーション表には、家族からのコメントを頂き、思いを尊重できるようにしている。アセスメントシートを活用して、モニタリングに反映させている。	
28		○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	日々の様子や介護計画の内容に基づき実践されたケアの結果は、入居者の反応や言動とともに『施設介護経過』に記録し、入居者の意思にしっかりと寄り添うため『気づいて、私の心』も活用し、日常的に評価をしている。日々記録した『施設介護経過』『バイタルチェック表』『排泄チェック表』『週間レクチェック表』を基に、3ヶ月毎のサービス担当者会議や中間評価のための定例会議で改めて評価し、介護計画の見直しにつなげている。『バイタル・食事・入浴チェック表』には、血圧・脈拍・体温、出納チェック（食事・水分摂取量）、服薬、口腔ケア、入浴実施の有無を、また、『排泄チェック表』には、排泄の有無や排泄パターン、温湿度管理をそれぞれ記録し、『看護師の指示及び考察』も含め、全職員が全ての書類について確認署名することで、情報を共有している。		

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
29		○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	空床利用の許可をいただいた入居者が長期入院となった場合に、待機者の中で宿泊体験を希望した方へ利用の案内をして、日程調整後に宿泊体験して頂く場合がある。入院中の入居者に対しては、早期退院へ向けて『退院支援計画書』を作成し、ホームでどのような対応ができるか検討しており、可能な限りの支援をしている。(現在も、医療機関での面会制限により、施設職員が病棟へ自由に入出りができないため、『退院支援計画書』の作成は実施困難となっている。)入居者が重度化した場合や終末期と診断された場合には改めて面談を行い、家族の意向を確認した上で専用の『面談票(重度化・終末期)』を作成し、それ以降の対応を検討している。単にグループホームへの入居という、既存のサービスの枠に捉われず、入居者とその家族、および入居希望者とその家族の多様なニーズに、柔軟に対応できる体制をとっている。		
30		○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	行政や自治会とは、運営推進会議にて活動内容や施設の現状等を報告し、意見やアドバイスを募っている。消防とは、年1回の消防立会の消火避難訓練や立ち入り検査の際に、入居者や職員の数や状況を把握していただき、定期的な情報提供による連携を図っている。民間の警備会社ALSOKと契約し、防犯の面だけでなく事故や災害といった有事の際に駆けつけてもらえるようにしている。災害時の避難場所を川棚公民館とし、避難が必要な事態になれば総合支所に連絡して受け入れ確認を行うようにしている。災害模擬訓練を行う際には、近隣住民への参加の呼びかけを行っており、民生委員が参加されたこともある。入居したばかりの利用者を心配した家族が、一晩付き添いを希望されたことがあった。一緒に入浴してもらったり、同じ部屋で休んでもらったりして、翌朝、一緒に朝食を摂られ、安心して帰って行かれたこともあった。		

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
31	(13)	○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	予約時に、かかりつけ医と定期的な受診や転院についての意向を確認している。基本的には本人や家族の希望する医療機関をかかりつけ医としており、臨時受診や他科受診時にはかかりつけ医と連携を図って情報提供してもらい、事業所で受診の支援をしている。入居時、特にかかりつけ医として医療機関の指定がない場合は、本人および家族と相談し同意を得たうえで、これまで受診していたかかりつけ医から情報提供をもらい、協力医療機関への転院してもらっている。入居後も引き続きかかりつけ医で受診を希望される場合は、継続して受診できるよう、事前に家族と相談し受診スケジュールを調整している。受診の付き添いを家族が希望すれば、面会の機会を増やす意味も込めて家族にお願いすることもあるが、施設での経過等の報告が必要な場合はスタッフも同行している。医療機関の受診や結果報告に関する内容は『重要事項説明書』に記載し、入居契約時に本人および家族に説明し、署名捺印することで同意を得ている。定期受診や容体急変時の対応については、本人および家族の意向を確認するため、『相談票』を記入してもらい、受診に関する希望や緊急時・終末期の対応についての希望を把握している。この『相談票』は、他の介護記録と共に家族へ郵送し、半年ごとに記入してもらっているが、意向の確認は毎月行っており、短期間での意向の変化にも柔軟に対応し、希望に添った支援に努めている。定期受診の結果、特に異常がなければ、医師の所見や意見・アドバイスは、『施設介護経過』に記録し、送付したタイミングで内容を確認してもらっているが、近日中に面会があればその時点で報告している。病状や治療方針に変更があった場合や体調不良により臨時受診した場合は、受診後速やかに家族に電話で報告して、今後の治療について家族の意向を確認している。より迅速な受診につなげるための対応の一環として、看護師による健康管理を日常的に行い、留意しなければならない事項については、『バイタルチェック表』『排泄チェック表』『申し送り簿』の『看護師の指示及び考察』欄に毎日記載しており、職員全員が確認し、入居者の状態の変化を早期に把握している。また、主治医の指示を得て、入居者別に『症状別対応及び報告基準マニュアル』を作成し、罹患している疾病と出現しやすい症状を挙げ、各症状出現時の対処方法を一覧にし、看護職員以下全スタッフが対応できるよう活用している。この『症状別対応及び報告基準マニュアル』は原則として1年ごとに内容の見直しを行い更新しているが、病状の変化や新たな疾患が見つかったと随時見直しを行い更新している。また、緊急時は看護師が対応し、適切な医療が受けられるように支援している。	かかりつけ医は、入居時に選べるが、ほとんどの方が協力医に転医している。月1回、職員が定期受診に連れて行っている。ドクターとの関係も良く、管理者が看護師の資格を持っていることもあり、医療連携も取れている。眼科は、元のかかりつけ医をそのまま受診されている。歯科は協力医と連携して、定期的に受診して、口腔ケアをして頂いている。	

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
32		○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	介護職員は看護職員により、特に観察が重要とされる入居者についてのケアのポイントが記入された『バイタルチェック表』『排泄チェック表』『申し送り簿』の『看護師の指示及び考察』欄を確認し、入居者の状態について些細な変化も見逃さないよう、観察をしながらのケアを徹底し、必要に応じて受診もしている。看護職員は、昼夜を通してほぼ常駐勤務しており、介護職員は入居者の状態変化や異常について即時報告している。介護職員は『症状別対応及び報告基準マニュアル』に基づき対応することが周知徹底されており、看護職員不在の場合でも迅速な指示対応が図れるよう、24時間常に連絡がとれる体制をとっている。新規の入居者が持っている疾病や医療機関を退院した入居者に新たな疾病が見つかった場合は、その病気について職員研修を行い、症状と対応について学んでいる。		
33		○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	入院時は、今後のケアに役立ててもらうために、これまでの経過やADL状況を詳細に記した『情報提供サマリー』を、入院先の看護師長宛てに提出している。医療機関に出向いての情報提供やカンファレンス参加の要請があれば、できる限り対応している。入院中は担当相談員や家族と連絡を取り合い、情報交換している。家族から早期退院の希望があれば、担当医と病院スタッフに意向を伝えてもらい、施設側としては、担当相談員や病棟から現在の状況について情報収集し、退院後の対応について検討する。入居者または家族に希望があれば、入院して原則として2週間を目処に居室を確保しておき、早期退院に向けた支援を行っている。		
34	(14)	○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	入居時に契約書類とともに『重度化した場合の指針』として、具体的な支援方法について家族に説明し、署名捺印をもらうことで同意とし、この指針を交付している。緊急時や終末期の対応については、半年ごとに『相談票』を記入してもらい、意向に変化がないかを毎月確認することで、家族の意向の変化に短期間で対応できるようにしている。実際に重度化の診断を受けた場合は、入居時に同意を得た『重度化した場合の指針』に基づき具体的な支援方法について改めて説明し、本人や家族と面談を行い、現状と今後についての意向を改めて確認する。さらに、医師より看取りの段階であると診断された場合は『看取りに関する指針』に基づき具体的な支援方法について説明し、『看取り介護についての同意書』に署名捺印してもらう。また、本人や家族とともに主治医と面談し今後の方向性について検討し、面談後に作成する『面談票(重度化・終末期)』に基づいて、『介護サービス計画書』の見直しを行い、サービス担当者会議で今後の具体的な支援内容について検討する。対応については可能性も含めて、施設側で対応できる最大限の支援について検討し、医療機関への入院や協力機関(特別養護老人ホーム豊寿苑)への転居も視野に入れ、最終的に納得のいく形で方針を取り決めるようにしている。これらの結果は、介護サービス計画書に反映され、実施される。	看取りは実施していない。入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」にて説明し、同意を得ている。終末期に差し掛かった際には、「看取りに関する指針」にて説明し、「看取り介護についての同意書」にサインを頂いている。終末期を迎えた際には、ギリギリまで施設でみて欲しいと言われる家族がほとんど。	

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	(15)	○事故防止の取り組みや事故発生時の備え 転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている	事故防止及び発生時の対応については『事故予防対応マニュアル』を、夜間については『夜間緊急マニュアル』を、個別の対応については『個別の主たる事故予防対策マニュアル』を作成しており、年2回職員研修にて、それぞれのマニュアルの内容を再確認し、必要に応じて見直しを行い更新している。さらに、知識習得のみではなく、さまざまなケース（骨折や鼻出血の止血、誤嚥・誤飲、行方不明、心肺停止時）を想定した模擬演習訓練を概ね2ヶ月に1回実施している。実践力養成のため訓練後には管理者によるABC評価を行い、職員ひとり一人がA評価を目標として管理者による指導を実施しており、実践力を身につけるよう努めている。事故想定した模擬演習訓練では、実施前に想定事故に関する必要な予備知識を予め確認してから、実演訓練に入っている。訓練終了後は、対応結果について反省し次回訓練につなげている。模擬演習訓練に関する内容（予備知識の確認→訓練→反省）は、職員研修として記録している。他にも、食中毒や感染症の予防についても、職員研修を実施している。また、年1回消防署員の立会指導の下、救急蘇生法（心臓マッサージ、AEDの使用法）や消火器の使用法についての講習も受けている。入居者の日常の行動で、事故につながるような行動を『ヒヤリ・ハット』に記載することで、事故の早期発見と今後の予防に役立っている。結果的に、死亡・重体・重傷等（一週間程度以上の入院を伴う骨折等）の事故が発生した場合は、『事故報告書』に状況や原因、対応策を記録するとともに公的機関に報告し、所定の手続きを踏んで段階的に対処し、再発防止を図っている。	ヒヤリ・ハットや事故報告書に発生状況や原因、家族への報告や要望を書くようにしている。ミーティング時に、今後の対策として、車イスの移乗に気を付けることや、複数の職員で対応するように話し合った。大きな事故は平成29年以降発生していない。消防署の方が来られた際には、救急救命法やAEDの使い方について学びを深めた。	
36	(16)	○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	『消防計画』『地震計画』『風水害計画』を作成し、内容の確認と理解の徹底を図っており、年1回職員研修にて見直しを行いその都度更新している。年1回、消防署の立会の下で避難訓練・通報訓練・消火訓練を実施する他、ハザードマップ・避難経路・避難方法を確認している。概ね2ヶ月に1度は、火災・地震・風水害を想定した訓練（日中と夜間をそれぞれ想定）を実施している。地域住民の方々（自治会長、民生委員、民間警備会社ALSOK、その他近隣の方々）の訓練参加については、運営推進会議等にて呼びかけを行っているが、新型コロナウイルスの影響もあり、今のところ参加はされていない。緊急連絡網の中には、地域住民や企業（自治会長、民生委員、警備会社ALSOK、近隣の方）も記載しており、地域との連携が築かれている。運営推進会議の際には、自治会長や民生委員などの地元の方々から「ここは、立地的に直ぐに避難する必要はないかもしれませんが。施設にとどまる方がいいように思います。」などの意見を頂いたこともある。消防・ALSOK・地域住民などの外部協力を得て避難活動を行う際の必要な情報として、居室の表れに担送（赤）と護送（青）のシールを貼り、『個人認証カード』をそれぞれが首から提げようとしている。この『個人認証カード』は常に非常持ち出し用の荷物として準備しており、個人の病名・移送方法・緊急連絡先・処方薬について（どの医療機関からどんな薬がしよほうされているのか）が記載してある。また、非常用備蓄品として、お粥、カンパン、飲料水、毛布、使い捨てカイロ、救急セット、紙パンツ、尿取りパッド、不織布マスク、手指消毒、除菌シートといった必需品を、2階倉庫とがんばる一むに備蓄している。防犯についても、日中用と夜間用のマニュアルを作成し、定期的な訓練を行うようにしている。	年2回、昼夜想定で火災訓練を実施し、そのうち1回は、消防署立ち合いの基、実施できた。通報訓練、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方を学んだ。関連会社と連携して、防災機器の使い方も確認できた。談話室に緊急連絡網を、がんばる一むに避難時における各種マニュアルを保管している。備蓄は、1階のがんばる一むと2階はリネン庫に、水、食料、衛生用品を3日分程、保管している。	

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	
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
37	(17)	○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	『プライバシー保護マニュアル』を作成し、年2回職員研修にて見直しを行い、人格の尊重や個人の権利、プライバシー保護、守秘義務の遵守に関して、その意義や重要性について理解の徹底を図りその都度更新している。また、基本理念の実践により、プライバシーの保護や入居者の自尊心を傷つけない、人格の尊重を意識した取り組みができています。入居者に対しては基本的に敬語を用いており、職員同士が互いに注意し合って徹底を図っている。誘導方法についても、羞恥心を伴う介助(トイレ・パッド交換・入浴・着替え)の声かけは、他の入居者に聞こえないように耳元でささやくように話しかけたり、筆談やジェスチャーにしたりすることで、一人一人の心身の状態に応じた声かけ方法を実践しており、これらの介助や見守りは、女性入居者には女性職員が対応するようにしている。声かけに拒否があれば、時間を空けたり職員が交替したりして、再度声かけを行っている。入居者がうまくできず失敗したことに対しては、直接そのことに触れる発言は避け、さりげなく介助している。トイレでの事故発生の危険性は決して低くなく、安全確保を優先させるため職員と一緒にトイレ内に入るための声かけを行い、了解を得た後に排泄介助を行っている。食事摂取に全介助が必要な入居者は、基本的には自力で摂取できる方とは別のテーブルで介助することになっているが、介護サービス計画書変更に係る担当者会議の際に、ご家族の意向を確認し、他の入居者との同席を望む意向があれば、これまで通りの席にて食事介助を行うようにしている。また、居室への入室の際には、ドアノックへの返事を待ち入室することを徹底している。不適切な対応を見つけた場合は職員間で注意し合い、管理者が指導している。また、個人記録の取り扱いにも注意し、守秘義務は遵守している。	呼称の基本は苗字に「さん」付けだが、本人や家族の了承を得た上で、別の呼び方で呼ぶ場合もある。プライバシー情報、プライバシー保護の研修、権利擁護について学びを深めている。居室に入る際には、本人の承諾を得たり、ノックをしてから入室するようにしている。家族に送付する写真には、周りの方が写らない様にして、プライバシーに配慮している。		
38		○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	入居者が伝えようとしている思いをしっかりと把握するため、発言や行動をゆっくりと待ち、それだけで理解しづらい場合は、筆談やジェスチャーでコミュニケーションを図ったり、簡潔でわかりやすい言葉に言い直してみたりして、その瞬間の思いを十分に引き出すよう努めている。全職員で共有すべき内容の場合は、入居者の意思にしっかりと寄り添うため『気づいて、私の心』を活用する。また、3ヶ月毎に行う『嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査』により「いつ、何がしたい」という、はっきりとした希望が出た場合は、その実現に向けた支援を検討するが、漠然とした希望(「何か楽しいことがしたい」「何かおいしい物が食べたい」「どこかに出かけてみたい」)が多く見られるため、これまでの生活や言動から推測される事例を提案して、本人の思いが表現できるよう支援している。			

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		○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	施設が決めているスケジュールは、あくまでも基本的な1日の流れであり、そのスケジュールに入居者の生活を合わせることはしていない。入居者の生活スタイルを優先させ、時間の制約や業務にとらわれないスケジュールで生活できるよう支援している。例えば、決まった時間に起床の声かけを行うが、入居者自身が自主的に起床して来るか、起床の意志を表すまで待つようにしている。食事やおやつについても声かけは行うが、「後で」や「今いらない」等の返答があった場合、時間を空けて声かけするか希望の時間まで配膳を遅らせるよう、時間帯に幅を持たせてある。(例:朝食の時間帯は6:00～9:00としている)。また、夜間に間食の希望があれば、軟らかい消化の良い物を提供している。入浴の時間や方法(普通浴・シャワー浴・清拭・足浴)についても希望を確認し実施している。就寝の時間も特に決めておらず、リビング消灯(20:00)後は各居室にて読書やテレビ観賞、音楽鑑賞と自由に過ごしてもらい、自分たちの判断で就寝してもらっている。また、日中の過ごし方で気になる発言や行動があった入居者の部屋を訪ね、不安や心配事を聞く時間を設けている。他者に影響のない言動や危険が及ばない行動については、可能な限り見守りのみで対応し、本人の自由に過ごしてもらっているが、時折声をかけ「今何がしたいのか」を訪ねて意向を確認している。意思疎通困難な入居者にしっかりと寄り添うために『気づいて、私の心』を活用し、意向に沿った対応をする。		
40		○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	入居時には、これまでの生活で着慣れた服(下着も含む)を持ってきていただくよう勧め、更衣の際には入居者が着たいと選んだ服を、季節感やT.P.O.(行事や外出)を考慮して職員と一緒に調整している。服装や髪型に乱れがあれば声をかけ、手の届かないところは職員が手伝って直してあげている。希望のある女性入居者には化粧の支援もしている。男性へはひげそりのための支援をしており、自己管理が困難な入居者には毎朝職員が準備をしている。基本的に1ヶ月半から2ヶ月に1度、訪問理美容に来てもらい、希望する人は施設内で散髪を実施している。当日利用されなかった場合は、家族の意向も踏まえながら、近隣の理美容院に行ったり、家族になじみの理美容院に連れて行ってもらうことも可能である。入居者が希望する日に家族の都合がつかない場合は職員が付き添うこともある。入居者自身が意思決定できない方の場合、入居時の『センター方式』に収集されている情報や家族の希望から、入居者の好みに合うような服装や髪型を選ぶようにしている。		

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
41	(18)	○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	食事がより楽しく満足いくものとなるよう、3ヶ月毎にアンケート調査(嗜好調査・形態別嗜好調査・希望調査)を実施し、結果については職員会議で評価を行い、入居者の好みや嚥下状態に合わせ、食材の変更や形態の工夫(軟飯、全粥、粗刻み食、刻み食、ペースト食、とろみ)をするなどして、献立の改善につなげている。また、この結果から「今食べたい物」に挙げられたメニューがあれば、入居者からのリクエストメニューとして、近日中に献立に取り入れるようにしている。アンケート時に希望が聞かれなくても、日常会話に気を配り、意向に通じるような発言があれば注目する。例えば、職員の昼食について、「そんなのでもいいね」や「食べてみたいね」などの言葉が聞かれた場合、似たようなメニューを食事に取り入れるなどの工夫もしている。普段の食事には、畑で入居者と一緒に栽培・収穫した野菜や、差し入れとしていただいた食材を使った献立を考え、三食とも事業所で食事づくりをしている。以前は広く多くの種類の野菜(オクラ、トマト、キュウリ、ゴーヤ、大根、サツマイモ、玉ねぎ)を栽培していたが、現在は農作業を行える入居者が少なくなってしまうため、畑の規模を縮小して数種類の野菜に限定している。栄養摂取状況については、半年ごとに栄養士の助言を受けている。ペースト食で提供している入居者の体重減少には、栄養面に配慮して夕食後から就寝までに1食追加して対応したこともある。生活作業レクの一環として、入居者の調理に係る役割分担を、その時の状態や力量を見極めながら、手指消毒を行い、テーブル拭き、野菜の下ごしらえ、盛り付け、配膳、食器洗い、食事前後の挨拶など、職員と一緒に準備から後片付けまで行う場面作りをしている。調理に係るすべての動作が困難な入居者においても、実際に下処理中の食材を手にしてもらったり、調理している様子を間近で見てもらったりすることで、香りや音などを五感で感じながら自分が協働しているような雰囲気を感じてもらい、食の楽しみが広がるようにしている。入居者と職員は同じテーブルを囲んで、会話をしながら食事をとるようにしている。居室で過ごすことが多い入居者も、体調の良い日はリビングで一緒に食事を楽しむようにしている。また、入居者と一緒に保存食(梅干し、干し柿)やおやつを作ったり、季節行事食(雑煮、おせち料理、節句料理、ソーメン流し、ちらし寿司、年越しそば)の提供を行ったりして、食事を楽しむことができるように支援している。	食事は創設以来、3食手作りをしている。1ヶ月のメニュー表に沿っているが、冷蔵庫と相談しながら、調理をしている。担当職員は昔、学校や施設で調理されていた方なので、安心して任せられる。昼食の雰囲気もゆったりと落ち着いて食している姿が窺えた。おやつ作りとして、パンケーキやお好み焼き、ゼリーを作った。できる方には、食器洗いやお皿拭きを手伝って頂いている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○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	毎日の食事と水分の摂取量は『バイタル・食事量・入浴チェック表』に記録している。毎月はじめには体重測定を行い、『バイタル・食事量・入浴チェック表』に記録し、全職員が入居者の体重変化を確認し把握できている。栄養面については、看護師や栄養士の助言を受けながら、各入居者の状態に対応している。医師からは年2回の健康診断（一般採血・胸写）の際に、栄養状態についてアドバイスをいただき、結果は介護経過に記載し、必要に応じて介護サービス計画に反映させ、入居者のケアに活かしている。熱発や下痢などの健康状態の悪化、ムセ、開口状態や嚥下状態の低下、通過障害といった身体機能の低下が見られる入居者は、サービス担当者会議を開催して状態と対応について詳細に話し合い、介護サービス計画の変更を検討し、『刻み食』『ミキサー食』『粥食』で対応すると同時に、飲み物にはとろみを混合し、食べるタイミングや姿勢にも注意を払うようにしている。スプーンを使って食事介助をする際は、口腔内（粘膜）を傷付けないよう配慮している。3ヶ月ごとのアンケート調査にて、個人の嗜好を把握し体調不良による食欲低下がみられる場合は、決められたメニューとは別に、好きな物・食べたい物に変更して食欲の回復に努めるが、変更することで栄養面での問題がないか医師や看護師に相談し、メニューへのアドバイスを頂いたり、漢方薬やサブリ、プリン、ゼリー飲料、ココア、生姜湯、カルピス、エンシュアH（1缶250mℓ375kcal）などを摂取したりしている。		
43		○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	口腔ケアマニュアルに基づき、年2回内容の見直しと職員研修を行い、口腔ケアの必要性・重要性を理解している。年1回、中山歯科医院による往診にて歯科及び口腔内検診を実施して口腔ケア指導を行ってもらっており、状態により随時歯科受診をするようにしている。コロナ禍では実施していなかったが、今年2月に実施を再開した。また、歯ブラシや薬剤の管理については、各入居者の力量に応じた声かけや介助を行っている。自分で歯磨きが行える入居者や、義歯洗浄や薬剤の管理が可能な入居者については、声かけと見守りにて自室での実施と管理を行ってもらい、義歯洗浄は可能でも薬剤の管理が困難な入居者は、職員がリネン室にて薬剤の管理を行っている。自力での実施が困難な入居者については、口腔ケアスポンジ・マウスウォッシュ・口腔ケアティッシュを使用して職員が実施し、口腔内の清潔保持に努めている。口腔ケアの技術については、職員研修にて周知徹底している。		

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
44	(19)	○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	一人一人の排泄パターンを把握するため、『排泄チェック表』を活用しており、このチェック表を基にして、それぞれ声かけのタイミングを2～3時間毎に設定して、排泄パターンに応じたトイレ誘導やパッドの確認を行っている。頻尿傾向の入居者に対しては膀胱訓練を行うこともある。排泄チェック表の内容は、看護師が毎日確認し、『指示及び考察』として留意点を記録している。それに対し、職員がコメントし全職員が閲覧することで情報の共有としている。排泄介助の具体的な取り組みとして、排泄の声かけは他の入居者に聞こえないように耳元で話しかけたり、筆談やジェスチャーにしたりと、入居者の心身の状態に応じた方法を実践しており、当然性別も考慮した介助や見守りを行っている。また、日々のサービスの中で入居者と職員とが信頼関係を築き上げることで、介助される事への羞恥心や不安の解消を図っている。介助にあたる職員は、トイレ内での安全確保を最優先させるため、一緒にトイレ内に入る為の声かけを行い、了解を得たうえで排泄介助を行っている。自立支援を図るための取り組みとして、入居者の尿意や失禁の有無を把握し、排泄パターンに合わせて一定時間毎にトイレ誘導やパッド汚染の確認を行っており、失禁があった場合でもいったんはトイレに座ってもらうことで、トイレで排泄する意識を持ってもらうようにしている。また、排泄自立状況は、他のADL状況とあわせて、『サービス担当者会議』や『定例会議(中間評価)』で評価し、今後の自立に向けた支援の具体的な内容について検討している。パッド類の使用を減らすための取り組みとして、夜間はリハビリパンツに尿取りパッドを使用している入居者でも、日中(状況や状態に応じてではあるが)はそれらを使用せず、声かけや介助にてトイレでの排泄ができるよう誘導するようにしている。但し、夜間のトイレ誘導が安眠の妨げになり、起きてトイレまで行くことが本人の負担を強いることになってしまう場合には、入居者や家族と相談して要望と負担軽減を優先させるため、自室内にポータブルトイレを設置したり、リハビリパンツや尿パッドを使用したりすることもある。この取り組みによりパッドの使用を少なくできた例がある。強度な心疾患のある患者を受け入れた際、おむつカバーを使用していたが、失禁が少なかったため、日中はリハビリパンツと尿取りパッドで過ごしてもらうようにした。トイレ誘導が体の負担になってはいけなくて、居室にポータブルトイレを設置した。立位も良好で胸部症状の訴えも少なく、ポータブルトイレの使用が問題なくできたため、現在では昼夜ともにリハビリパンツのみで過ごしてもらっている。個別支援の観点から、入居者の意向を尊重するための介助を行っている。支援の具体例としては、日中の排泄は自立しており夜間の眠剤使用を希望しない入居者からの、「トイレ誘導に起こされると眠れなくなってしまうので起こされたくない」という訴えにより、パッド類の使用を希望したため、使用したケースがある。	排泄チェック表を活用して、一人ひとりの排泄パターンを把握した結果、ほとんどの方の失敗が減った。毎日記録を取り、管理者と出勤している職員がコメント欄に記入し、職員間で情報共有をしている。一人ひとりに応じた言葉掛けや誘導を行っているため、利用者の自尊心を傷つけないような配慮ができています。	

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
45		○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	便秘の予防や改善に向けた日々の取り組みとしては、規則正しい排便習慣を身に付けるため、毎日同じタイミング（朝食後）でトイレに座ってもらうようにしたり、毎日の食事に繊維質の多い食材を使用したり、整腸作用のある乳製品（朝食時のヨーグルトやヤクルト）をメニューに取り入れたり、水分を十分に摂取してもらったりしている。また、適度な運動量を確保するため、生活作業レクや機能訓練を積極的に行うようにしている。排泄状況を把握するため『排泄チェック表』を記入し、便秘傾向にある入居者に対しては、その対応方法についてサービス担当者会議で検討し、必要なら介護サービス計画にサービス内容として反映させている。様々な対処法を実施しても改善が見られない場合は、サービス内容の再検討を行うが、最終的には主治医に相談し、処方薬（下剤、浣腸、座薬）を使用することもある。主治医の指示を得て、排便を実施することもある。		
46	(20)	○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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的な入浴時間は、9時30分～11時30分と13時～16時の1日2回となっているが、入居時のアセスメントにてこれまでの生活習慣や好みを把握し、順番・時間帯・湯温などを考慮しているため、入居者の生活習慣や希望に合わせ、夜間にも入浴できるようにしている。ただし、夜間の入浴は夏期のみシャワー浴で対応し、その日の夕食までに入居者に確認し、希望者があれば、日勤スタッフ1名が入浴介助に協力することで20時まで利用可能としている。「自宅の浴室ではない」「いつもの生活スペースではない浴室への移動」という環境の変化がもたらす恐怖心や不安感を持たせないよう、介助の内容や状況を必ず説明して入浴を実施している。安心して入浴してもらうための取り組みとして、入居者の好みを聞きながら一緒に着替えを選ぶところから始める。羞恥心や抵抗感を和らげるため、女性入居者の対応は必ず女性スタッフがを行い、介助中はタオルをあてるなどして肌の露出を最小限にしている。拒否が見られる場合は、時間を空けたり、別の職員に交替したりして改めて声かけを行うようにしている。それでも、拒否が強度にある場合は、別の日に変更することもある。入浴することが、心臓への負担などの身体的な不安につながる入居者については、その日のバイタルチェック表の記録から健康状態を説明し、納得したうえで入浴してもらうようにしている。入浴そのものを嫌がる入居者については、その発言や行動から原因を考え、入浴できるよう努めている。例えば「家に帰ってから入る」という入居者には、面会時に家族から入浴を勧めてもらったこともある。常に安心して入浴してもらえることを第一に取り組んでいるが、その一方で、「自立支援を促すこと」と「残存機能を最大限に活かすこと」を念頭に、自力で行えない箇所への介助のみを行うという補助的形式で支援に努めている。特にADLの高い入居者については、本人の意志を尊重して必要以上の介助はせず、時折声をかけ様子を見守ることで安全確認を行っている。入浴を希望しない入居者や体調不良により入浴できない入居者は、翌日に振り替えたり全身清拭や足浴を実施したりすることで対応している。また、入浴を楽しんでもらう工夫として、季節を感じられるよう、ゆず湯やよもぎ湯にしてみたり、入浴剤を使ったりしている。	入浴は3～4回の提供。入浴時間帯は、午前・午後・夜間と本人の希望に応じているが、午前の方がほとんど。浴槽に浸かれる方は4名いて、他の方はシャワー浴や足浴で対応している。入浴を拒否される方へは、「気持ちいいよー」や「こないだは30分入ってたよー」と言葉掛けをしたり、時間帯や対応職員を変えたりしている。季節湯として、ゆず湯、菖蒲湯、よもぎ湯をして気分転換を図っている。	

自己	外部	項 目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
47		○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	入居時の『センター方式』や『サマリー』から、基本的には入居前の生活習慣や1日の生活リズムに合わせた生活を送られるよう支援している。身体を動かすことが苦手な入居者もあるが、昼夜メリハリのある生活を送ってもらうため、日中はできるだけレクや機能訓練、自然観察に参加してもらい、無理のない程度で活動的に過ごしてもらっている。また、受診や行事のために外出したり、生活作業レクへの参加や入浴を実施したりする中で、入居者の体力や集中の度合いを常に見極めながら、状態に合わせて活動の合間の休憩や水分補給のための時間を取っている。時には居室や談話室(和室)で昼寝をしてもらうこともあるが、入居者それぞれの生活習慣や夜間の睡眠パターンを考慮して、1時間以内を目安にしている。夜間よく眠れない入居者については、ミーティングで話し合ったり、サービス担当者会議で家族と共に原因と対応策を検討したりして、本来の生活リズムに戻るように取り組んでいるが、結果的に改善が見られない場合は再検討し、主治医に相談するようにしている。また、入居時すでに眠剤が処方されている場合、施設の環境に慣れた頃に家族や主治医と相談し、一度眠剤使用を中断し、経過を主治医に報告して眠剤の使用について指示を受けるようにしている。		
48		○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	処方薬については、変更の有無にかかわらず、薬局から処方薬についての用法用量・効能効果・副作用などの注意事項を記した『薬の説明書』が発行されており、全職員は内容を確認し、サインすることで情報を共有している。処方薬に変更や追加があれば、看護職員が薬局の薬剤師から医学的・薬学的な説明を受けており、その内容についてより詳細に把握している。また、補足説明を『バイタル・食事量・入浴チェック表』に記載することで、全職員が情報を共有し、処方の薬剤についてより深い理解が得られるよう取り組んでいる。処方の内容は『施設介護経過』に記載し、処方薬に変更があった場合には、アンダーライン(赤)を引いて、よりわかりやすいようにしている。処方薬は、入居者の手の届かない場所で管理・保管しており、服薬時にはスタッフが配薬ケースから取り出し、誤薬の無いよう複数のスタッフで確認してから入居者に手渡している。また、服薬中は見守りを徹底し、服薬完了の確認をしている。自力での服薬が困難な入居者は、介助し服薬の支援をしている。服薬を担当した職員は『バイタル・食事量・入浴チェック表』に記名している。		

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
49	(21)	○活躍できる場面づくり、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	入居者の生活歴について、本人や家族やその他関係者から情報収集を行い、『センター方式』を作成したり、3ヶ月毎に調査アンケート(嗜好調査・形態別嗜好度調査・希望調査)を実施したりして、趣味や嗜好、関心事が何であるかを明確にしている。施設での共同生活の中で活躍できることとその力量を日常の様子から見極め、継続して実施できる見込みがある役割については、『レクリエーション実施計画表』の生活作業レク欄に、洗濯物たたみやテーブル拭きとして取り上げ、日課として習慣づけることで、役割の定着化を図っている。また、毎朝新聞を読むことが習慣となっている入居者には、朝食後リビングで大きな声で皆に新聞の内容を読んでもらったり、人前で歌うことが好きな人には、好きな歌を大きな声で歌ってもらったり、他の人には手拍子で盛り上げてもらったり、全員で楽しんでいる。他にも、家事が得意な入居者は、食事の準備(下ごしらえ・米とぎ)や食器拭き、食前食後のテーブル拭き、食事前後の挨拶を担当してもらったり、乾いた洗濯物の折りたたみと自室への収納を職員と一緒にってもらったりしている。生き物の世話が好きだった入居者には、動物の世話をお願いしている。このように、これまでの生活習慣を皆の生活に活かすことによって、その人らしい暮らしができる環境づくりと活躍できる場面づくりに活かしている。人前で歌うことが好きな人には、好きなうたを大きな声で歌ってもらい、他の人には手拍子で盛り上げてもらうなど、全員で楽しんでいる。長年、家事全般を担ってきた女性入居者は、職員が毎朝行っている雑巾がけを見て「手伝いましょうかあ。」と言ってくれ、モップ掛けを手伝ってくれたこともあった。高齢であるため、長い時間は持続できないが、「はあ、くたびれた。」とソファに座り込む際の表情は、常に笑顔で活き活きとして見えた。自分らしさを発揮し活躍できる場面づくりに取り組むことで、入居者同士が得意分野を活かしてお互いに助け合うことのできる共同生活となっている。このような活動を行う際には写真を撮影し、家族に送っている。家族に入居者の活き活きと活躍している姿をお伝えすることで、お元気に生活されていることをとても喜んでもらっている。現在も多くの人が集まる場所への外出は控えているため、施設周辺への自然観察や散策に出かけたり、近隣のお宅の庭先でお花見をさせてもらったり、施設内で行える季節行事(初詣、豆まき、雛祭り、花見、七夕祭り、敬老会、コスモス見学、みかん狩り、クリスマス会)は積極的にに行ったりして、非日常的な雰囲気とその都度楽しんでいる。日々のレクリエーションでは、絵画、塗り絵、折り紙、楽器演奏、カルタ、トランプ、ラジオ体操、リトミック体操、ボール遊び、風船バレー、脳トレ(しりとり・計算・漢字・間違い探し・パズル)を行っている。また、個々に過ごす時間には、雑誌や新聞を読んだり、園芸や風景の写真集を眺めたり、大型スクリーンで映画鑑賞したり、和室で足を伸ばしゆったりと過ごしたり、それぞれが思い思いの時間を過ごしている。	本人のレベルに合ったパズルや自分が得意な塗り絵を職員に持って来てとお願いしている方もいる。元事務員の方は、ノートに自分の名前を書いていたが、周りの声に反応し、最後には「色えんぴつ」と書かれていたことも、今では笑い話の一つとなっている。できる方には、居室やリビングの掃除を手伝って頂いている。清拭用のおしぼりを畳んでくれる方もいる。施設内で飼っている猫を抱っこしたり、撫でたりして過ごしている。	

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
50	(22)	○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	新型コロナウイルス感染症の影響で、年間行事や地域交流も兼ねた外出行事は今もまだ控えており、以前のような活動には至っていないが、地元の神社への参拝に出かけたり、近隣の方のご厚意で、ご自宅の庭先でお花見(梅・桜・あじさい)や記念撮影をさせていただいたり、敷地内での柿もぎや栗拾いをしたり、きれいに咲いたお花を切って持ってきていただいたり、可能な範囲での外出支援と地域交流を行っている。外出支援については、歩行状態にかかわらず、車椅子で参加可能な人は体調に配慮しながら参加してもらい、全員参加できるように対応している。人と関わるのが苦手な、出かけることをためらったり拒否したりする入居者には、他者と距離をおいて個別に自然観察に出かけたり、外気浴を行ったりするよう配慮し、徐々に他者との関わりを深めていくための支援を行っている。また、3ヶ月毎の『希望調査アンケート』で、「今行きたい所は?」「今やりたいことは?」の質問に、普段なかなか出かけられない外出先(墓参り、冠婚葬祭、親戚や知人・友人宅訪問、美容院の利用、外泊、県外などの遠出、出産や見舞い)が挙げられた場合でも、最初から実施困難と決めつけず、家族と実現の可能性と支援方法を検討するなど、家族の協力を得ながら希望の実現に向けて取り組んでいる。	気候の良い日には、梅や桜が堪能できる隣人の庭に散歩に出掛けている。施設前の自動販売機で飲み物を買うこともある。歩いて10分くらいのところにある、お地藏さんに花を供えたり、線路を通る電車を眺めたりして過ごしている。一面が田んぼなので、収穫の様子を一部始終見て、昔農家だった方は思いにふけ、昔の自分と照らし合わせていた。	
51		○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	予約や入居の際に、入居者が金銭を持つことで精神的な安定を保たれる状態であれば、所持してもらうことは問題ないと伝えている。また、入居後の生活の中で本人の能力を見極め、金銭の自己管理や使用に差し支えなければ、本人や家族とよく話し合い、合意を得たうえでお金を所持してもらうことも可能としている。自分で管理することは困難だが『支払う』という行為が理解でき可能であるなら、自動販売機に行って飲み物を買ってみる『購入する支援』も行っている。コロナ前は近くのスーパーに買い物に出かけ、購入することも行っていたが、現在は行っていない。		
52		○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	遠方に住んでいる家族が、頻繁に面会に来ることができないため、電話やビデオ通話で入居者との会話を希望するが増えている。また、入居者から家族や他の大切な人への電話を希望されることもあるため、時間帯にも配慮しつつ対応するようにしている。入居者へ電話があった場合、入居者に声をかけた後、会話の最中はプライバシーに配慮し職員は席を外すようにしているが、本人や電話相手の希望によっては職員が側で会話の内容を確認したり、回答したりすることもある。入居者が、家族以外や住まいが遠方で、頻繁には会いに来られない人への面会を希望する場合は、家族の協力を得て希望する相手と連絡が取れるよう働きかけることもある。年賀状は、毎年入居者の自筆にて家族へ出している。それ以外にも希望があればいつでも手紙やはがきが出せるように準備している。母の日や、誕生日、敬老の日といった行事に家族からプレゼントが送られてきたり、季節の果物が届いたりすることがあるが、その際に、書字が可能な入居者には、簡単ではあるがお礼のはがきを書いてもらい、送り主に出すようにしている。		

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
53	(23)	○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	施設内で最も広い空間であるメインホールは、車椅子でも楽々通行できる程の余裕があり、吹き抜けの天井には天窓が設置され、自然の日の光が優雅に差し込んでくる。天窓からの光が当たるところに、座り心地のよいソファと木の優しさが感じられるウッドテーブルを配置し、自然の光を浴びながらゆったりと過ごせるくつろぎの空間となっている。また、季節ごとに飾り付け（花・小物・テーブルクロス）を変え、色彩や香りで心地よい刺激を楽しめるようにしている。フロア壁面は大型スクリーンとなっており、映画やDVDをいつでも楽しめるようになっている。部屋の工夫としては、リハビリやトレーニングのできる『がんばる一む』や談話室など、入居者が思い思いの好きな場所で活動できるよう配慮し整備している。特に談話室は和室となっており、畳ならではの肌触り・香り・雰囲気、和を感じることができる。しかも、単に談話するだけの場所ではなく、誰でも自由に入ることができるようになっており、時には昼寝をしたり、冬場はこたつに入ってお菓子や果物を食べたりと、我が家にいるような気分でリラックスできる憩いの空間として入居者に利用されている。リビングからは、カウンター越しにキッチンが見えるため、実際にキッチンに入って準備している人だけでなく、それ以外の入居者も、音や香りから調理する一連の工程を感じることができ、その場に居る全員が料理を五感で楽しむことができる。庭先にはテーブルを設置し、開放的な雰囲気でお茶やコーヒーを楽しみながらゆったりとした気分にくつろぐことができる。	スクリーン用の壁にしたことで、いつでもDVDの視聴が可能となっている。がんばる一む（機能訓練室）もあり、自転車漕ぎ、平行棒、三段昇降の3点セットが兼ね備えられている。玄関先にテーブルと椅子が置いてあり、気候の良い日には、ティータイムを楽しんでいる。メルヘンチックな大きなこびとやうさぎの置物が利用者に癒しを与えている。また、季節に応じて利用者が好きな花を飾っている。	今以上に共用空間で楽しく過ごせるように工夫してみてはいかがでしょうか。
54		○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・がんばる一む・談話室・ホールのウッドチェアやソファといった室内空間だけに限らず、庭先のオープンテーブルや畑や花壇も含めた共用空間から、入居者が過ごしたい場所を選択することができるようになっており、個人や少人数で分散して利用できる環境が整備されている。自分の意志で移動することができない入居者の場合、表情や雰囲気、これまでの生活歴からその時一番過ごしやすいであろう場所を考え、移動させてあげるよう配慮している。		

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
55	(24)	○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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	予約に訪れる方には、居室の広さや設備、構造などを詳細に説明しており、希望があれば入居者に許可をもらった上で、居室を見てもらうこともある。入居者や家族に居室への持ち込み品について説明する際には、これまでの馴染みの生活スタイルをできるだけ壊さず居心地よく過ごしてもらうため、持ち込み可能な大きさの家具であれば、可能な限り自由に持ち込み、配置してもらえることを説明している。これまでに入居者の思い入れが強く持ち込まれた物には、テーブルと椅子のセット・筆筒・テレビ・ラジオ・時計・寝具・タオル掛け・パイプハンガー・仏壇・位牌・地蔵像・日本人形・手芸箱、ポータブルプレーヤー、ぬいぐるみがある。カレンダーや家族の写真を飾っている入居者もあった。入居時に電気ポットを自室に置きたいとの希望があった際には、本人や家族と自己管理の可能性や使用時の安全面を考慮し検討してもらい、温冷対応の魔法瓶に変更し、好みの温度で飲み物を提供させてもらうことで、入居に至った例もある。各居室の窓からはのどかな田園風景や四季の花々、生り物を眺めることができ、ゆっくりとくつろげる空間となっている。また、和室も自由に利用できることも伝えている。入居に伴う環境変化への配慮の一つとして、就寝形態を選択してもらっている。入居後の居室が洋室となるため、入居前の生活が和室であった入居者と家族には、環境の変化を伴うことを説明し理解していただくようにしているが、布団を敷いての就寝を希望される場合の対応として、就寝時は談話室を利用してもらい、入居後の環境に慣れるまで、もしくは本人の体調不良時や若干の身体機能低下が見られた際に、本人・家族・職員で協議し、自室でのベッド使用への移行を検討するようにしている。	備え付けは、ベッド、エアコン、クローゼット、洗面台。家族や孫の写真を大切に飾っている方や位牌を持ち込んで家族を忍んでいる方もいる。どの居室からも自然の風景が一望できる造りとなっている。馴染みの家具やぬいぐるみ、日本人形を持ち込んで自分らしい居室を演出していた。日中はリビングで過ごされる方が多く、居室は落ち着いて就寝できる場所となっている。	
56		○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	入居者の動線となる部分は整理整頓が徹底されており、安全に十分な配慮がなされている。入居者それぞれの身体の状態を把握し、一人一人の状態に合わせた生活環境の工夫をすることで、生活に不自由さを感じさせないようにしている。具体的には、施設内の随所に設置してある手すりや、ベッドに取り付けてあるベッド柵を補助器具として利用してもらうことで、人為的な介助に頼らず自分の力で活動できるような自立支援を行っている。手すりを使用することが理解できない入居者には、職員が歩行介助する場合もあるが、機能障害の程度に応じて残存機能が最大限に活かせるような声かけや誘導をして、常に歩行状態や姿勢の安定状況を見守り、安全でスムーズな移動を確保している。居室内は本人が生活しやすいように整理整頓してもらい、衣類の整理は職員と一緒にやっている。歩行困難な入居者の移動に車いすを使用することもあるが、完全に車椅子での生活にせず、短距離の移動や食事の時間など可能な範囲で車椅子から降りてもらった時間を設けている。小柄な入居者が調理台や洗面台を使用する際は、職員の見守りの下で踏み台を使用し、適切な高さで作業ができるように調整している。生活に必要な日用品については、基本的には各居室に収納しており、必要に応じて使用してもらっているが、安全面を考慮し自己管理が難しいと判断される入居者については職員が管理する。		

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	
57	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:24,25,26)	○	1. ほぼ全ての利用者の	64	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	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				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
58	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:19,39)	○	1. 毎日ある	65	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		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
59	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:39)	○	1. ほぼ全ての利用者が	66	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		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. 全くいない
60	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:38,39)	○	1. ほぼ全ての利用者が	67	職員は、生き活きと働けている	○	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
61	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:50)	○	1. ほぼ全ての利用者が	68	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				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
62	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:31,32)	○	1. ほぼ全ての利用者が	69	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. 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
63	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 (参考項目:29)	○	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				