

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	4171600275		
法人名	有限会社 森		
事業所名	グループホーム いこいの森		
所在地	佐賀県杵島郡白石町大字戸ケ里2387-8		
自己評価作成日	令和7年2月14日	評価結果市町村受理日	令和7年5月29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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会		
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号		
訪問調査日	令和7年3月11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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・入居者様のできる事を最大限に引き出せるように日々気を付けて支援しています。 ・協力医療機関より月に2回の訪問診療、急変時はもちろん普段から入居者様の状態を把握していただくことが出来、医療面で安心して過ごしていただく事が出来ています。ご家族様の希望に合わせて、看取りの介護までさせて頂き、本年度は1名看取りを行いました。 ・同一敷地内に認知症のデイサービスと小規模多機能型居宅介護施設が併設しており、通常時は交流等を行い、顔なじみの関係が継続出来るように努めています。また、入居の際もスムーズな入居ができるように支援しています。 ・施設内の掲示物に力を入れており、季節感を味わってもらえるようにしている。 ・地域行事に積極的に参加、近隣の方との交流も図っている。

【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)】

<p>母体である医療機関の2階で事業を行われていたが、令和6年8月に現地に引っ越しとなった。当時は慌ただしくはあったが、衛生面に配慮された新しい建物で入居者は安全に過ごすことができるようになっていく。また、職員にとっても働きやすい工夫が随所になされている。同敷地内には認知症のデイサービスと小規模多機能型居宅介護施設が併設されており、合同での行事や交流の機会も設けており、協力できる体制を整えている。近隣には農地もあり、自然豊かな環境のなかにある。地域行事には進んで参加し、また、地域の方々との交流も増えてきている。災害時や緊急時に備え、地域防災にも気配りがなされている。</p>

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 3. 利用者の1/3くらい 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拡がったり深まり、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と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、生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. 職員の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、戸外に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	ありのままの利用者を受け入れ、いつまでも地域や家族の一員として利用者が暮らし続けられるような支援を行うことを目指している。全職員が常にその理念を共有し実践できるようにリビングに掲示をし毎朝申し送り時に唱和している。	理念は誰からもよく見えるリビングの壁に掲示されており、全職員で共有している。入居者のありのままを受け入れ、家族のように温かく支援できるよう実践に繋がっている。	
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	運営推進会議や防災訓練等では多数の地域住民や知見者の方に協力をいただいている。地域の行事(べったんこ祭)でブース出店、利用者様も参加。地域の方を餅つき会、ひなの会にお呼びし、施設の中を知ってもらえるように交流をしている。	民生委員や地域住民の方との交流が多く、地域の行事には進んで参加している。また、ホームで住民や地域の子どもたちと触れ合う機会を作るなど入居者や職員が地域の一員として日常的に交流できるようにしている。	
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	運営推進会議やイベント等で、区長、老人会長、民生委員、家族、その他多くの地域住民の方に、認知症や認知症介護についての助言やアドバイスを行っている。要請があれば、認知症サポーター養成講座に出向いたり、実習生の受け入れを行っている。認知症GH協会の活動にも力を入れている。		
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回奇数月に開催し、毎月の活動状況や利用者様の様子などを報告している。メンバーは別紙の通りで、毎回多数の方に参加いただき、活発な意見交換や情報交換が行われている。ご家族様に沢山参加して頂くように家族会等と合わせた開催も行っている。	家族代表の他、民生委員や区長、役場の担当者、消防関係者など、地域の方々が毎回参加されている。写真などを活用しホームの取り組みを紹介することで、貴重なご意見を聞き、情報交換できる場となっている。	
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	役場担当者にはほぼ毎回運営推進会議に参加いただき情報や意見交換を行っている。また、役場主催の認知症カフェなどにも参加。以前にGH入居されていた利用者様家族に認知症介護について話していただく協力も要請。近所にて困っている方など役場への相談など支援に繋がっている。	役場から運営推進会議には毎回参加されており、また役場から介護の研修会等の案内がある時は職員が参加している。役場主催の認知症カフェにも参加し、協力している。	
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	代表者や職員が外部研修会に参加したり、定例会議の中で身体拘束の勉強会を行っている。現在、身体拘束は行っておらず、転倒や転落の危険性がある場合は、家族様と相談しながら環境整備等を工夫している。外に出たいという方には職員が付き添い散歩等を行っている。身体拘束廃止委員会を3か月に1度定時と必要時に開催。	外部の研修に行った際は、職員間で研修内容の共有を行っている。また、定期的に身体拘束廃止委員会を開催し、日常的に転倒や転落などがないように、職員間でも声掛けを行い正しいケアに取り組んでいる。	
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	外部研修への参加の他、定例会議での勉強会を行っている。職員の言葉遣いや対応、介助方法等にも注意し虐待の防止に努めているが、自覚がないうちに職員の言動が不適切になっていることがあり、お互いに注意し合っている。		

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
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	外部研修への参加や定例会議の中で勉強会を行っているが、現在のところ活用されている入居者はいない。		
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	入居の際は家族と面談し、重要事項の他、利用料、医療連携、看取り介護、入院時や退去時の対応等、内容を説明の上署名捺印いただいている。改定がある場合には家族会等により説明を行い、同意をいただいている。		
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	玄関に意見箱を設置している。運営推進会議や家族会、日頃の面会時の会話の中から意見や要望を汲み取り、管理者をはじめ職員で検討の上、改善が必要な場合は速やかに対応するように心がけている。改善後は、次回面会時などに家族に報告している。外部への意見要望先を重要事項説明書にも記載、説明。	家族間の交流は自発的に行われており、家族会からは意見を受けている。イベントの飾りの作成は、管理者や職員、入居者も家族会と一緒に和やかに取り組み、そこで出た意見は運営に反映させている。	
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	代表者(管理者)は日々の業務に従事し、毎月の定例会議にも参加している。その中で職員の意見や提案を聞いたり行事の反省を行う等して運営に反映している。	管理者は日々の業務に従事しており、職員一人ひとりの意見や提案を聞き、運営に活かしている。勤続年数の長い職員は多いが、新しく入った職員の意見も丁寧に聞き参考にしている。	
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	代表者(管理者)は、職員の年齢や実績、家庭の状況等に配慮し、働きやすい環境や勤務態勢作りを行っている。介護福祉士等の資格取得の支援にも力を入れており、資格手当等にて給与評価している。		
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	一人ひとりの力量にあった外部研修に年1回以上参加させ、定例会議の中で報告したり、全職員が閲覧できるようにしている。また、定例会議の中でテーマを決めている。また、定例会議の中でテーマを決めている。また、定例会議の中でテーマを決めている。また、定例会議の中でテーマを決めている。		
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	町内でグループホーム連携協議会を設立し意見交換、情報交換を行っていたが現在はコロナの関係で実施できていない状況のままである。鹿島・嬉野・太良等町外のGHで構成されるむつごろう会に参加し、研修や座談会、勉強会や情報交換を行っている。		

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
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	事前の面談では、家族様に本人様の状態や入居後の生活への意向を確認している。今年度1名入居あり。入居前に本人様の状態を確認し、少しでも環境の変化等に戸惑われないように受け入れ準備を行う。入居後約1ヶ月間は本人様の生活の様子を見ながら、徐々に意向の確認や状態を把握するようにしている。		
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	契約時には、重度化した場合や入院された場合の対応についても説明し、家族様の不安の解消に努め、意向や要望を聴きながら本人様の入居後の生活について話し合っている。家族会もあり、家族様同士の交流、相談がしやすい関係も構築している。		
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	本人様の体調面や精神面で家族様に不安がある時などは、入居前に職員と一緒に受診に付き添い、主治医に入居後の留意点などを確認している。計画書にも反映し本人様や家族様の安心につなげている。グループホーム以外のサービスについても伺い対応している。		
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	掃除や洗濯物たたみ、調理、片付けなど、本人様がができる作業と一緒にしながら、介護されるだけでなく、役割や生きがいを持って生活していただけるように心がけている。現在は毎週必ずおやつ作りを全利用者様で行い、皆さんでそれぞれに出来る力を発揮すると共に交流を図っている。職員の見守りのもと利用者様が他利用者様のお手伝いをすることもある。		
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	入居前、家族会、面会時等に、入居後も家族と職員が協力して本人様を支えていくことや家族の絆の大切さを繰り返し説明、理解していただき、一緒に行事に参加していただくなど、本人様と家族様の絆が途切れないような支援に努めている。毎月1回以上担当者からご家族様にお電話にてお互いの近況報告を行っている。		
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	年末年始やお盆だけでなく、いつでも好きな時に自宅に外泊、外出できるように支援をしている。また、希望があれば、お墓参りや本人様の思い出の場所にドライブに出かけるなどの支援も行っている。面会の制限もなく、昔からの近所の方なども積極的に受け入れている。	面会の制限や家族との外出、外泊の制限は設けていない。誕生日に「あなたの夢かなえます」として思い出の場所にドライブしたり、孫の結婚式には介助役として付き添いを行うなどの支援も行っている。	
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利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の相性や関係を把握し、一人ひとりの長所や個性を引き出しながら、誰もが楽しく過ごせるように、座る場所や会話、活動内容等を工夫している。心身の状態や気分、感情の変化にも把握できるよう、随時模様替えを行うなど見守りや対応ができるようにしている		

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
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	入院や死亡退去により契約が終了した方の家族様が、家になった果物を届けて下さったり、医療機関であった時などにお話をして下さる事多く、顔なじみの関係として続いている。認知症介護をしてこられた家族様に講演をお願いした事も何度もある。快く引き受けていただいている。		
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	入居時や定期的なアセスメントの他、日常生活の中での会話や家族様の面会時、本人様の行動などから利用者の意向、希望を把握するよう努めている。意思確認が困難な方場合は、家族様に確認したり表情や行動などから推察し、定例会議(ケアカンファレンス)等で検討するようにしている。家族様にお願いし、昔の写真を貸していただき、本人様の歴史を作成したことも。	日常的に入居者一人ひとりの生活歴や意向を確認し、希望を把握できるように努めている。思い出のある写真を家族より持参してもらい、入居者本人の気持ちに寄り添った支援ができるよう努めている。	
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	入居前の担当ケアマネからの情報の他、本人様や家族様から聞き取りを行っている。入居後も、本人様との普段の会話や、家族や親戚、知人の面会時の話などから情報を集めるようにしている。		
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	朝夕の申し送り、個人記録等により、一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する能力等の現状把握に努め、定例会議(ケアカンファレンス)や申し送り等により、全職員が情報を共有できるようにしている。		
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	毎月のケアカンファレンスで、全職員が利用者一人ひとりの状態やケア方法等について検討し、毎月のモニタリングと定期的な評価を行っている。本人や家族とは、日頃から面会時に状態報告を行い意向の把握に努め、状態の変化がある場合はいつでも現状に即した介護計画に変更するようにしている。	入居者本人や家族の希望する生活ができるよう、全職員が日常的に入居者一人ひとりの意向に添った介護計画を作成している。介護計画は毎月モニタリングを行い、定期的な評価を行っている。	
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	日々の生活の様子や心身の状態、ケアの実践・結果、気づき等を個人記録に記入し、情報を共有できるようにしている。それを踏まえて定期あるいは状態変化時の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	本人様の心身の状況により、家族様ではできないような外出や墓参り、外食、受診等、普段より人員体制を増やすなどして柔軟に対応している。また、米寿の祝いなど特別の時には家族様にも連絡をし参加いただくようにしている。		

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
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	運営推進会議や事業所の行事等に、役場の担当者、区長、老人会長、民生委員、駐在所、地区消防団や町会議員等が参加し、利用者の安心・安全な暮らしのために情報交換や意見交換を行っている。敬老会の行事では、家族様、ボランティア様、同業者の参加もあった。		
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	入居前の面談では、今までのかかりつけ医を受診できる事や協力医をいつでも受診できる事を説明し、受診や通院は本人や家族の希望、状況に応じて職員が代行している。また必要時は専門の医療機関を受診できるよう支援している。家族様の協力が必要な場合はその旨お伝えし、協力を仰いでいる。	協力医療機関から月2回訪問診療を受けている。入居前からのかかりつけ医への受診や通院は、本人や家族の希望、また身体状況に応じて職員が代行し、診療内容は必ず家族に報告している。	
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	看護職員(医療連携担当)を配置し、利用者の健康管理や状態変化に応じた適切な受診や看護を受けられるようにしている。看護職員がいない時にも利用者の状態や変化を電話等で連絡し、常時連携を図っている。定期的に看護職員から利用者様の状態について介護職員に情報伝達している。		
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。	入院の際必要時はケアマネ等の職員が付き添い医療機関に情報提供を行う。週1回程度は本人様の状態確認や面会に赴き、ソーシャルワーカー等関係者と面談を行い、早期退院に向けての情報交換や支援を行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	契約時に重度化した場合の対応や看取り介護についての説明を行い文書で意向の確認を行っている。終末期に入り主治医より状態説明を受け、家族様が希望された場合は、主治医や看護師、職員が連携を取りながら、最期の時まで支援を行っている。家族様の気持ちの変化にも十分に注意し、適宜支援方法についての確認をさせていただいている。	看取りについては契約時に確認している。数ヶ月前から、家族の希望により主治医、看護師、職員が連携を取りながら最期の時まで支援し看取りを行った。死後のエンゼルケアを行うことで、家族からは感謝の言葉をもらい、職員の良い経験となっている。	
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	行政機関や消防署等が行う応急手当や心肺蘇生の講習会等に職員が参加し、他の職員に対し伝達研修を行っている。緊急時や救急車が到達する前の対応等についても、勉強会などで確認している。		
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	年2回防災訓練(1回は夜間想定)を行い、消防署、地区消防団、地域住民等の協力もあり、利用者と共に消火、通報、避難訓練、避難経路の確認等を行っている。コロナ期は事業所だけで開催を行ったが、事業所移転もあり、関係機関の協力を再開している。近隣住民とは避難場所の確保等の協力体制もできている。	年2回の防災訓練のほか、年に1回は夜間を想定した訓練を行っている。入居者と全職員で消火訓練や避難経路の確認を行っている。また、災害時には近隣住民の避難場所として確保し、協力できる体制を整えている。	

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					
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	定例会議の中で、プライバシーや接遇マナー等の勉強会を行い、言葉かけや対応に気をつけているが、不適切な言動がある時などはお互いに注意し合うようにしている。また、入居者の個人情報の取り扱いにも注意している。	入居者の一人ひとりを人生の先輩として話すことを基本に言葉かけを行っている。また定例会議の中で接遇マナーの勉強会もおこなっており、職員間では気付きを出し合い、改善点は共有するようにしている。	
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	自分で意思表示や伝達ができる方は本人の話を十分傾聴し、あまり表出されない方や表出困難な方は、その表情や言動、ご家族様からの情報も含んで推察し対応している。		
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	基本的な1日の流れはあるが、入居者一人ひとりが体調や精神状態、本人のペースに合わせて食事や休憩などが取れるようにしている。現在朝食を少し遅くに取りられる利用者様もいる。外出希望の方には散歩やおやつ、買い物、ドライブなどの対応を行っている。		
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	衣替えは基本的に家族様にさせていただいている。着替えはできる方は自分で決めて行われ、自己決定が困難な方は職員が考えて行っている。行事や外出の時などは、場面にあわせたおしゃれを考慮して洋服を選ぶなど支援をしている。		
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	基本的には職員が栄養面を考えてメニューを決めているが、利用者に決めてもらうこともある。できる方には野菜の下ごしらえをしてもらう。後片付けなども手伝っていただき、職員も一緒に会話や介助しながら片付けを行っている。毎月の行事食や誕生日食などでは本人様の希望の物を取り入れるなどしている。	献立は職員が考え、野菜の下ごしらえなど簡単な作業ができる入居者には手伝ってもらっている。また、家族会の方が食事を準備される特別な日があり、入居者、家族、職員も一緒に食事を楽しむことができている。	
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	献立は栄養バランスを考え、食事形態も一人ひとりの嚥下状態などを考慮して提供している。毎食の食事量を表に記入し一日の摂取量を把握、月1回は体重測定を行っている。必要時は主治医や訪問歯科に相談し支援方法を検討している。		
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	毎食後、一人ひとりの状態に合わせて歯みがきやうがい等口腔ケアの支援を行い、口腔内の清潔や誤嚥性肺炎の防止に努めている。嚥下状態の悪化や義歯の調整など、必要時は家族様と相談しながら訪問歯科の診療を受けている。現在たけお歯科様より週2回の定期清掃を受けている方が2名いらっしゃる。		

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
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	排泄の訴えない方も、記録よりその日の排泄状況を見ながら、トイレ誘導やパットの確認などを行っている。利用者の言動や様子から推察することもある。身体介護が重度になられた歩行の難しい方も、トイレへ二人介助で誘導しトイレでの排泄を行っている。	職員は入居者一人ひとりの排泄パターンを把握しており、さりげなく声掛けすることで自立排泄を促している。排泄記録を確認することで体調の変化にも早めに気づくことができる。	
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	チェック表により一人ひとりの排便のパターンを把握するようにしている。野菜を多く取り入れた献立や、お茶などの水分補給、体操等により便秘の予防に取り組んでいるが、主治医の指示がある方は下剤を服用されている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	日中はいつでも入浴できるようにしている。意思表示できる方は一人ひとりの希望に合わせて、できない方は心身の状況に合わせて入浴の介助を行っている。拒否のある方には言葉かけや対応を工夫している。また、拒否された際には無理はせず翌日の入浴をしてもらうなど臨機応変に対応している。個浴にてゆっくりと入浴を楽しんでいただく。	入浴を拒否される入居者はいるが、タイミングを見て、本人の希望に合わせて入浴できるよう声掛けをしている。職員が個別に対応することで、ゆっくり話を聞いてもらえる時間にもなっている。	
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	日中は活動への参加を促し生活リズムを整えるように支援しているが、一人ひとりの心身の状態やペースで午睡をしたり、リビングのソファでいつでも休息できるように配慮をしている。		
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	服薬ファイルにより全職員が入居者の薬の内容を把握できるようにしている。服薬時は状態に合わせて見守りや介助を行っている。状態の変化に留意し、定例会議で検討したり、看護師や主治医との連携を図りながら支援を行っている。安定剤等は常時使用せず、除去出来るときには除去や中断している。		
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	生活歴や聞き取りなどから本人様の好きなこと、楽しみ、嗜好品等を把握し、日々の生活に取り入れている。掃除や食事の手伝い等、できることはできるだけ参加していただき、役割を持って生活できるように支援を行っている。		
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	外出の希望が多い方には職員が付き添って散歩やおやつや買い物、ドライブなどに出かけている。希望のない方も、気分転換にドライブや外食、おやつを食べに行くなどしている。以前は普段行けない場所にも、家族様の協力や職員を増やすなどして対応し、花見やバス旅行等を行っていた。	季節の花見や行事への参加など年間計画に沿った外出支援のほか、気分転換にドライブにでかけることもある。また、本人や家族の希望があれば、個別に外出の支援が行われている。	

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
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	本人様や家族様が希望される方は、財布にお小遣い程度を持たれており、職員と一緒に衣類やおやつなどを買いに行かれています。皆さんで外出ドライブされたときにホームのお金でおやつを購入しお金のやり取りをしていただくこともある。		
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	電話を希望される方にはいつでもできるようにしている。場所もリビングから少し離れた所に設置し、会話の内容が他に聞こえないように配慮している。遠方の家族様から手紙や贈り物が届いた時などは、返事を書くための支援を行っている。正月には年賀状も。		
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	リビングや壁面など、毎月季節感や生活感を感じられるような飾り付けを行っている。行事や家族様と一緒に撮影した写真も多く掲示し、居心地良く安心して過ごせるように工夫している。台所、浴室、トイレ等は衛生面や安全面に留意し整理整頓を心掛けている。また、昔の写真をご家族様に持参していただきお一人ずつの歴史をまとめたものを壁面に貼ったこともある。	リビングは玄関、台所、トイレ等、どの位置からも全体的に見渡すことができ開放的である。壁面には季節感のある飾りつけがされている。衛生面やにおい対策には特に配慮されており、共用空間が居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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	リビングの隅などに椅子やソファを設置し、掲示物を見学したり、気の合う方同士でお話をされたり思い思いに過ごしていただけるようにしている。		
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	自宅で使用されていた家具を持ち込んだり、家族と一緒に写真、自分が作った作品を飾られている。また、安全面等を考慮し、介護用のベットを導入した。必要な方にはエアマット等の設備も提供している。	各部屋には介護用のベッドやエアマットが準備されており、ベッドの向きや家具の配置は入居者の好みに合わせている。本人が大事にされてきた思い出のある物や、使い慣れたもので安心して過ごせる工夫がされている。	
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	自分の居室やトイレの場所が分からなくなる方がおられるので、居室の入口に名前と写真を掲示したり、トイレの表示を見やすくするなどの工夫をしている。		