

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	1791400094		
法人名	有限会社ドリーム21		
事業所名	グループホーム庄の里		
所在地	石川県河北郡津幡町字庄二69番地		
自己評価作成日	令和2年9月26日	評価結果市町村受理日	令和2年12月7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	http://www.kai gokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(有)エイワイエイ研究所
所在地	金沢市無量寺5丁目45-2 サンライズⅢ106号
訪問調査日	令和2年10月16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)】

利用者主体のライフサポートワークの実践に取り組んでおり、これまでの住み慣れた暮らしや楽しみを継続できる支援を目指している。職員は利用者個々の思いを尊重し、考察をしながら取り組み取れるよう努めている。外出支援にも力を入れており、日々の買い物他に外食や季節ごとの催しや風景を見にドライブに行き、利用者と共に楽しみを共有しながら信頼関係を築いている。ターミナル期においても生活の質を保つことを重視し、外出や嚙下状態が悪くとも食事を楽しめる飲食店に出かけている。地域の一員であることを意識し、地域主催のお祭りや隣の幼稚園との交流、地域の防災訓練にも積極的に参加している。

【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)】

当ホームは「利用者本位」を含む6項目の企業理念を掲げ、利用者一人ひとりの「思い」を重視したライフサポートワーク支援の実践に取り組んでいる。1日の始まりとして職員は自らの作業業務ではなく利用者への挨拶から勤務を始めている。日常会話での利用者の言動をケース記録に記載(言動、表情は顔文字)して、これまでの生活歴等から利用者の「本音・真意」を職員全体で考察している。ケース記録は記録した職員だけでなく他の複数の職員の意見を記載している。ケース記録をもとに担当者を中心に職員全体で気づきを話し合い、利用者本人の「思い」を中心としたライフサポートプランを作成している。独自のチェックシート・ケアプランを用いて目標・ケア方法・モニタリングまでを一貫して明確化している。また改善点と今後取り組んでいきたい点を分析して、よりよい暮らしに向けたプラン策定につなげている。ホーム提携医による訪問診療中心の健康管理体制を構築しており、訪問看護事業所や薬局とも連携したバックアップ体制のもと利用者・家族の希望に沿ってこれまでの生活の質を大切にしながら、重度化・終末期支援にも取り組んでいる。地域とは町内行事への参加や法人グループ全体の広報誌の地域配布、幼稚園との交流等が、認知症・グループホームについての理解につながっている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~59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	
60	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	67	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				4. ほとんどできていない
61	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:18,42)	○	1. 毎日ある	68	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
62	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:42)	○	1. ほぼ全ての利用者が	69	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くない
63	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:40,41)	○	1. ほぼ全ての利用者が	70	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどいない
64	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:53)	○	1. ほぼ全ての利用者が	71	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
65	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	72	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
66	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、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が				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

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
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	ユニットに理念を掲示し共有している。理念に沿ったケアができていないか、ユニット会議で職員間で確認し合い、管理者、ホーム長と相談してケアの実践につなげられるよう努めている。	「生命と尊厳の尊重」「プライバシーの権利」「差別・虐待防止」「安らぎと安心感のある生活」「利用者本位」「家庭的雰囲気」の6項目を柱とする企業理念を掲げている。理念はホーム内に掲示している。また毎月のユニット会議と毎日の申し送り時に、ケース記録をもとに職員間で話し合い、理念に立ち返り利用者本位にケアができていないかを検討している。
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	利用者の馴染みのあるスーパーに買い物に行ったり、寺社や公園などにドライブや散歩に出かけている。地域の祭りなどの行事に参加し、町会の防災クラブと合同での避難訓練を行っている。隣の幼稚園との交流もある。	町会行事(餅つき、祭礼、防災訓練、運動会の見学等)への参加や近隣幼稚園と相互交流(給食を一緒に食べる等)している。また法人グループ全体の広報誌を近隣地域に配布して、認知症・グループホームについての理解を深めてもらっている。
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	運営推進会議でホームの現状について説明し、今後の取り組みについて意見交換を行っている。地域便りを作成し公的機関や近隣のスーパーなどに配布し日頃の生活の様子をお伝えしている。定期的にホームページを更新している。管理者が津幡町の認知症部会に出席しているほか、キャラバンメイトに参加している職員がいる。	/
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践、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	役場や家族、地域の方に参加を呼びかけ運営推進会議を開催している。会議では参加者とホームの運営状況・サービス・生活の様子を報告し、その時々での議題について意見交換を行い相互の理解を深めている。	運営推進会議は家族代表、区長、民生委員、幼稚園職員、行政担当者(介護保険課、地域包括)等が参加して年6回開催している。ホームの活動状況報告や福祉にまつわるミニ勉強会を通じて意見交換しており、意見・助言をサービスの向上に活かしている。開催案内は全家族に送付しており、開催後の議事録も全家族に送付して会議の内容を周知している。
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取り組んでいる	介護保険証の申請など諸手続きに役場まで赴いており、運営推進会議の参加もお願いしている。生活保護の方もいるため、地域包括支援センターや県職員と連携をとってサービスの向上に活かしている。役場主催の研修に参加している。	運営推進会議・グループホーム連絡会(管理者が世話役を務める)での情報交換を通じて、行政担当者との協力関係を構築している。津幡町の認知症部会・権利擁護部会やキャラバンメイト活動に参加しており、ホームとして行政と協力して認知症の啓発活動に取り組んでいる。またグループホームへの入居の順番を待ちしている利用者の行き所を探す取り組みを地域包括と協力して行っている。
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「介護保険法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	日中は玄関の施錠は開放し、自由に出入りができるようになっている。拘束するのではなく、なぜそのような言動に至るのか利用者の視点で思いをくみ取り、理由を探ることを大切にしている。利用者の心身の状態によって、外出の際には見守り、同行している。	年4回身体拘束適正化委員会を開催し、半年毎に自己点検(管理者用、職員用)を実施している。言葉による利用者の言動制限(スピーチロック)や身体拘束(虐待、グレイゾーン等)に該当する行為がないか毎月のユニット会議でも振り返る機会を設けている。気になる点はその場で職員同士で注意合っている。利用者中心でなく業務中心になっていないか、利用者のその時にしたい事を考え初心を忘れないケアに取り組んでいる。

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	利用者の身体に異常が無いが、虐待がないか職員間で確認している。外傷などあればヒヤリハットを記入し、職員間で話し合い原因と今後の対策について検討している。		
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	成年後見人制度について実際に活用している利用者がおり、行政機関や後見人となっている司法書士・行政書士と事例によって相談している。管理者が津幡町の権利擁護部会に出席している。		
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	入所前に可能なら本人、家族ともに施設内を見学し納得して頂けるようにしている。契約の際は原則、管理者、主任立ち会いの下、契約書を読み上げて説明を行い、現状での不安や疑問を尋ね、福祉用具を含めた介護、医療の面でも必要な支援について話し合っている。		
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	日頃の様子について毎月お手紙で伝えており、利用者本人や家族から意見があれば、管理者に報告し職員間で原因、改善点がないか話し合っている。運営推進会議や面会時に家族の要望や意見を聞き、運営の反映に努めている。家族にユニットの携帯電話の番号をお知らせし、気軽にかけたいようお話している。	毎月ホーム通信(写真、担当者の個別コメント添付)を家族に送付して面会・電話時に具体的な要望・意見を引き出せるよう利用者の日頃の暮らしぶりを伝えている。家族にユニットの携帯電話番号をお知らせし、LINEでのやり取りも合わせて気軽に連絡がもらえるよう取り組んでいる。利用者本人や家族から要望や意見があった際は、管理者・職員間で原因・改善点を検討して運営に活かしている。	
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	管理者は職員の意見、提案を会議や個別で聞いている。管理者会議を通じて管理者は代表に意見を伝えたり、事例によって管理者、主任が代表に連絡している。代表が全体会議やユニット会議に出席することもある。懇親会、研修を通じてコミュニケーションをとり意見が言いやすいよう工夫している。	研修会や懇親会の年間スケジュールを策定しており、代表・管理者・職員がコミュニケーションを取りやすい職場環境作りに取り組んでいる。日頃の業務時での意見交換やユニット会議での話し合いから職員の意見・提案をホームの運営(利用者への支援方法等)に反映させている。	
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	職員の健康診断を年に2回行っている。有資格者手当、賞与、昇給など向上心をもって働きやすい環境を整えている。コロナ禍における職員のストレス対策の一環として、飲食代の半額支給などの取り組みをしている。福利厚生が充実している。		
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	現在コロナ予防のため自粛しているが、法人内外の研修に参加し、法人内での勉強会や研修も積極的に開催している。研修によって費用の補助を行い、参加者は資料や報告書を提出し共有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
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	管理者は地域連絡会議に出席し、地域の同業者との意見交換を行っている。入居希望の方との面会や情報提供について他施設を訪問、空き情報を伝えたり連絡をとっている。地域便りを配布しホームの現状をお知らせしている。		
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	初期相談については主に管理者、主任、ケアマネが行っている。家族だけでなく、なるべく本人にも見学して頂き、様子を見守りながら、不安や要望を傾聴し関係づくりに取り組んでいる。事例に応じて、地域包括支援センターなど行政機関にも相談している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係	本人の心身の状態を確認しながら、見学時や電話相談の段階で家族の不安や要望を聞きながら、入所の準備を行い家族との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	本人や家族のこれまでの生活歴や周囲との関係性や医療や介護で必要としている支援を見極め、往診や福祉用具などのサービスや行政機関との連携をふまえてその時に必要なサービスを速やかに行えるようにしている。他施設や病院からの情報提供をお願いしている。		
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	利用者主体である意識し、それまでの個々の生活スタイルを大切にしている。生活するなかで外食やドライブなど共に楽しみながら関係性を築いている。料理や裁縫などアドバイスを頂く事もある。		
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	現在コロナ予防対策で面会制限を行っているが、基本的に家族がいつでも面会に来れる雰囲気づくりを心掛けている。面会時や毎月の便りで個別に利用者の近況を報告している。自宅へ行かれたり、職員も含めて家族との外食に行く事もある。運営推進会議の参加、受診の協力を依頼したり、家族からの支援が必要な場合はその都度電話でお願いしている。		
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	馴染みの人や場所との関係継続を心がけている。馴染みの商店や理容店に行ったり、ホームに知人や親戚が訪ねてくることもある。自宅へのドライブや片付けにいく利用者もいる。親族の葬儀に出席したり、家族と自宅や外食に行くこともある。	利用者本人・家族からの情報をもとに趣味のつながり等の馴染みの人間関係・場所を支援マップに集約・追記して関係継続を支援している。家族・親戚・友人の来訪や、馴染みの美容室の継続利用(送迎支援含む)、自宅周辺へのドライブや親族の葬儀への出席、趣味の場所への外出、家族との外食・外泊等も支援している。	

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
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	性別や相性、認知の能力の差によって、時に口論になることもある。出来ない事を利用者同士で支援したり、利用者同士で談笑したり職員も含めてドライブを楽しんでいる。テレビや新聞を読んでいる。職員は互いの関係を見守りながら、フォローしつつ支援に努めている。		
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	他施設に入所される際にサマリーを提供している。退所後に家族や後見人から相談などあれば、その都度対応している。亡くなられた方の葬儀に参列している。		
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	各利用者の言葉や表情から、どのような思いがあるのか考察し記録している。ライフサポートワークを実践しながらユニット会議にて意見を交換し、利用者本位の支援を目指している。希望や意向が表現できにくい方に対して、関係性を築いていくなかで仕草や態度からくみ取れるよう努めている。	1日の始まりとして職員は自らの作業業務ではなく利用者への挨拶から勤務を始めている。日常会話での利用者の言動をケース記録に記載(言動、表情は顔文字)して、これまでの生活歴等から利用者の「本音・真意」を職員全体で考察している。ケース記録は記録した職員だけでなく他の複数の職員の意見を記載している。意思疎通が難しい利用者には職員側から働きかけ、その際の反応から利用者の「思い」をくみとれるよう取り組んでいる。	
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	入所時にアセスメントを行い、これまでの生活や環境などを家族にも協力してもらい記録している。在宅や他施設のケアマネより情報提供してもらっている。		
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	日中と夜間の様子を業務日誌、個別記録をつけ、心身の状況や出来事を把握できるよう努めている。特変があればその都度申し送りしている。ユニット会議で個々の必要な支援について話し合っている。		
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	本人の必要な支援を見極め、ライフサポートプランを作成し、本人の思いを考察した個別記録から評価、要望、課題についてユニット会議等で話し合っている。プラン作成、モニタリングの際には家族に説明し意見を求め、時に協力を得ながら、共に支え合えるよう努めている。	ケア会議にてケース記録をもとに担当者を中心に職員全体で気づきを話し合い、利用者本人の「思い」を中心としたライフサポートプランを作成している。独自のチェックシート・ケアプランを用いて目標・ケア方法・モニタリングまでを一貫して明確化している。また改善点と今後取り組んでいきたい点を分析して、よりよい暮らしに向けたプラン策定につなげている。	
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	本人の思いや日々の様子を中心に考察をふまえた記録を行い、申し送りをしながら共有している。ユニット会議にて個々の支援の見直しを行っている。		

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
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	献立は決まっておらず、その時に食べたい物を利用者と相談しながら決めている。買い物、ドライブ、自宅訪問、外食など外出支援を行っている。嚥下の状態の悪い方などと店側とも打ち合わせをして外食に行っている。家族との外出を楽しめる方もいる。		
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	毎月地域便りを行政機関や病院、スーパー、公民館などに配布しホームの様子をお知らせしている。町内の防災クラブと協力して合同での避難訓練を行っている。役場、町会長、幼稚園、民生委員など招いて運営推進会議を定期的に行っている。隣の幼稚園との交流もある。		
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	ホームの提携医が24時間連携による訪問診療が中心になっており、定期受診以外にも体調の変化についてや服薬の相談をしている。症状にあわせて主治医と連携し、精神科などの専門医への受診を行っている。	利用者・家族の希望に応じて受診支援しており、ホーム提携医(24時間連携)による訪問診療中心の健康管理体制を構築している。専門医(精神科等)の受診については職員による送迎・付き添い支援しており、適切に必要な医療を受けられるよう支援している。また訪問看護事業所による週1回の健康チェックと提携薬局との連携体制も整備している。	
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	週1回訪問看護と契約しており往診の結果など報告している。体調の変化などあれば相談し、主治医の指示によって個別に契約していただき、点滴などの処置を行うこともある。往診時に連携医の看護師に相談することもある。事例によって退院時のカンファレンスに参加してもらうこともある。		
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。	入院時にはサマリーを提供している。お見舞いに行ったり、治療経過など記録し共有している。本人の生活の質を考えながら早期退院に向け、病院側と連絡を取っている。家族の同意を得て病院側とのカンファレンスに参加している。		
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	終末期になる前に、延命についてアンケートで家族の意向を把握している。終末期を迎えた方に関して、本人も家族も後悔がないよう、連携医、訪問看護を含めたホームで可能な支援をふまえて話し合う機会を持っている。終末を迎える過程の中で家族の医療や介護の要望の変化があれば、その都度柔軟に対応できるよう取り組んでいる。ターミナル期であっても、これまで過ごしてきた生活の質を大切にしよう努めている。	重度化・終末期支援について、入居開始時と状態変化時にホームの方針を説明して利用者・家族の意向を確認している。また普段から日常会話の中で利用者の意向を随時確認して家族に伝えている。終末期前には家族にアンケートを実施して家族の意向を確認している。家族から医療・介護への要望の変化があれば、ホーム提携医・訪問看護を含めて柔軟に対応している。ターミナルケアに関する研修と事例検討により、ターミナル期であってもこれまで過ごしてきた生活の質を大切にしたい支援に取り組んでいる。(クオリティ オブ ライフ)	
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	急変時は主治医、上司、家族に連絡し適切な対応を行うようにしているが、状況判断など対応の実践力にまで至っていない状況である。		

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
35	(13)	○緊急時等の対応 けが、転倒、窒息、意識不明、行方不明等の緊急事態に対応する体制が整備されている	緊急時のマニュアルはあり、発生の際は主任、管理者、代表に報告し指示を受けている。連携医に状態について相談し往診に来てもらうこともある。生命に関わる行方不明、意識消失など緊急時には警察や救急車を要請している。	緊急時における対応マニュアルと連絡体制（ホーム提携医、管理者への相談）を整備している。全職員が定期的に救命救急講習の受講しており、また救急時対応手順（救急車要請等）を明確化している。行方不明時対策として利用者個別に写真付きの情報提供シート（災害時にも利用）を準備している。懸念がある利用者については申し送り時に毎日の服装をチェックして記録している。	誤嚥・窒息発生時に対する職員の対応スキルの把握と向上への取り組み（実技講習など）に期待する。
36	(14)	○バックアップ機関の充実 協力医療機関や介護老人福祉施設等のバックアップ機関との間で、支援体制が確保されている	地域の介護老人福祉施設とバックアップについて契約しており、毎月地域便りを直接手渡しで配布しホームの現状をお知らせしている。入居に対する問い合わせも時がある。連携医と状態によって相談しており、定期以外に往診に来たり、支援体制を確保している。訪問看護、薬局にも相談することもある。	ホーム提携医・訪問看護事業所・薬局による医療支援体制を構築している。地域の介護老人福祉施設とは契約によりバックアップ支援体制を確保しており、毎月のホーム通信を直接手渡しで配布してホームの現状を知らせている。また法人グループ全体（他の介護事業所）のバックアップ体制も整備している。	
37	(15)	○夜間及び深夜における勤務体制 夜間及び深夜における勤務体制が、緊急時に対応したものとなっている	各ユニット1名ずつ夜勤者があり、緊急時には上司に報告し、隣のユニットや休みの職員に応援を要請し連携している。定期的に全体会議をして、両ユニットの状況を報告し合い共有するようにしている。近隣に住む職員が駆け付けることもある。	夜間は各ユニット1名（ホーム内計2名）の夜勤体制となっている。緊急時は両ユニット夜勤者が協力して対応にあたり、管理者・ホーム提携医への相談体制と近隣に住む職員の応援体制も確保している。申し送り時には懸念事項を確認し、また定期的に全体会議の中で両ユニットの状況を報告して職員全体で共有している。	
38	(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	主に夜間想定で定期的に避難訓練を行っており、消防署員立ち会いのもと行うこともある。地域の防災クラブと合同での避難訓練も行い、ホームの状況も知ってもらっている。	年2回夜間を想定した火災避難訓練を実施している。消防立ち合いの訓練時は消火器の使用方法や避難方法（経路・場所）の指導を受けている。地域の防災クラブと合同での避難訓練（震災想定）も実施してホームへの理解と災害発生時の協力関係を確認している。	
39	(17)	○災害対策 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	火災や緊急時に備え、職員の連絡網の作成、スプリンクラーや自動連絡装置、消火器が設置されている。避難先、連携体制を協力機関にお願いしている。	災害時対応マニュアルを策定しており、職員の連絡網や避難先である協力機関との連携体制を構築している。防災設備（スプリンクラー、自動連絡装置、消火器等）は訓練時に業者による定期点検を実施している。備蓄品（飲料水、食料、カセットコンロ等）は定期的に点検している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
40	(18)	○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	利用者中心の生活が送れるよう、本人の気持ちを尊重しながらプライドや尊厳を重視した言葉かけをしている。更衣やトイレの声かけなどプライバシーに配慮するよう意識している。外出時、面会時など個人情報を守っている。	職員の作業業務優先ではなく利用者の生活を中心に支援している。利用者の尊厳に配慮した言葉使い（呼び名、話し方、声の大きさ等）、羞恥心・プライバシーに配慮した介助（トイレ・入浴・更衣の同性介助）に取り組んでいる。申し送り等の職員間の情報交換は利用者から見えない場所や声が聞こえない方法で行う等、利用者の不安を煽らないよう工夫している。	

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		○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	本人の意思や希望を尊重し、自己決定できるような声かけ、雰囲気や関係作りに努めている。自分の気持ちを言いたせない方でも、日々の生活を共にするなかで、表情や態度から思いを考察し、くみ取れるようにしている。利用者の希望の沿った支援ができていないか、会議を通じて話し合い共有している。		
42		○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	自宅で過ごしていた時のような利用者のペースを大切に、柔軟な対応ができるよう心がけている。日課や入浴の制限もなく、ドライブや買い物に出かけたり、自室でテレビを見たりゆっくりと過ごされる方もいる。		
43		○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	本人希望の美容院や理髪店に出かけ、化粧品を買いに行っている。服装はなるべく本人に確認しながら好みの服をきており、季節にあわせてさりげなく声かけすることもある。		
44	(19)	○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	献立はその時の食べたいものを大切に、スーパーのチラシを見たり、料理番組や雑誌を利用者と見ながら季節のものを取り入れた献立を考えている。野菜の皮むきや調理、片づけなどの他、一緒に食卓で食事を利用者と一緒に食べている。嚥下の状態に合わせた食事形態、盛り付けなど美味しく楽しめるよう配慮している。	献立は利用者と相談して季節の旬の食材を中心に決めている。食材は地域のスーパーに買い物に行き、おすそ分け等の食材も活かしてユニット別に季節感ある手料理を提供している。利用者の得意な事・やりたい事を活かして準備・調理・後片付けを職員と一緒にやっている。利用者の経験を活かしたおやつ作り(押し寿司、ところてん等)や個別・少人数での外食やテイクアウトの利用等も利用者の楽しみとなっている。	
45		○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	それぞれの体調や習慣に合わせて食事や水分が確保できるよう支援している。嚥下機能が低下している方には水分の代わりにゼリーを摂取している。事例によって水分、食事のチェック表をつけている。		
46		○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	自立している方に対しては声かけている。介助、見守りが必要な方には起床時、就寝時に義歯の洗浄を介助し、残差物がないか確認している。		
47	(20)	○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	排泄の間隔や本人からの様子を見てサインを汲み取り、声かけてトイレでの排泄を支援している。本人の自尊心にも配慮しながらさりげなく声かけている。下剤服用時には記録して申し送って様子を見ている。	全利用者についてチェック表を活用し個々の排泄パターン(間隔、仕草等のサイン)を把握して必要に応じて声かけ誘導によりトイレでの排泄を支援している。日中・夜間ともに利用者の身体状況・睡眠状況に合わせてオムツ・パッドの使用を利用者と話し合いながら対応している。薬剤師とも連携して体調に配慮した排泄支援に取り組んでいる。	

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
48		○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	食物繊維の多い食べ物や乳製品を献立に取り入れている。水分摂取を声かけたり、頓服薬で調整している。必要に応じて主治医、薬剤師に相談している。		
49	(21)	○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	日時は決まっておらず、利用者の習慣にあわせて毎日入浴ができる。間隔を見て声かけをしているが入浴が嫌いで空いてしまう方もいる。無理強いをせず清拭をしたり、タイミングやどのような声かけが良いか検討している。皮膚疾患の方などに清潔の保持のため説明しながら声をかけている。	毎日お風呂を沸かしており、利用者個々の希望・生活習慣(入浴回数、時間帯、順番、好みの石鹸・シャンプーの使用等)に沿った入浴を支援している。お風呂嫌いの利用者には無理強いをせず、シャワー浴や清拭への変更、どのような声かけが良いかを検討している。ゆず湯・菖蒲湯や入浴剤の利用、家族との銭湯入浴、足湯外出等も利用者が入浴を楽しめるよう支援している。	
50		○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	居室やリビングで自由に休まれている。昼夜逆転気味の方もいるが、日中の生活をいかに高めて夜に質の良い睡眠ができるか、外出支援など取り組んでいる。就寝時間は決まっておらず、それぞれの習慣にあわせている。エアコン、加湿器を設置して湿度や温度が適切になっているか注意している。		
51		○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	与薬時には確認雄声かけを常に行っている。薬の情報、副作用について主治医の他、薬剤師に相談している。薬の変更時には、変更の理由と様子の変化が無いか記録して申し送っている。		
52		○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	それぞれ好みや生活習慣などを記録に残している。個別のお菓子や果物などの嗜好品を買いに行くほか、散歩や自宅の掃除、ドライブに行っている。家事が得意な方には調理や片付けを一緒に行っている。		
53	(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	買物、ドライブ、外食など一緒に日頃から外出するよう取り組んでいる。ドライブでは季節にあわせて海や山、観光としてお寺や神社などに行き軽食を楽しんでいる。自宅の片付けや田んぼの様子を見に行くこともある。現在はコロナ禍での自粛をお願いしているが、家族との外出や外食を楽しまれる方もいる。	利用者の希望に応じて散歩、日光浴、買い物、ドライブ、喫茶・外食など個別・少人数での日常的な外出を積極的に支援している。自宅周辺や田畑の様子を見に行くドライブや、季節感を味わうことのできる外出(桜花見、紅葉狩り等)も支援している。また家族との外出(食事、買い物)や外泊も利用者の楽しみとなっている。	
54		○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	本人が自分の財布で管理している方もいるが、ほとんどがホームでの管理となっている。財布が見当たらなくなることもあり、本人と一緒に居室を探すこともある。生活保護の方もおり、買い物の際に後見人に相談することもある。		

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
55		○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	コードレス電話を自由に使うことができる。携帯電話を個人で所有している方もおり、自室から家族に連絡をとっている。職員が伝言を頼まれたり、手紙を預かることもある。		
56	(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	家庭的な雰囲気を大切にし、利用者の作品や写真をユニット内に飾ったり、季節の花などテーブルに置いている。廊下やリビングには手すりがついており、洗面所や台所は使いやすいよう低めに設計されている。リビングの温度、湿度の調節を利用者に相談しながら加湿器や換気をして配慮している。夜間は時間が分かりやすいようリビングは照明を消している。	共用空間については過度な飾り付けを控え季節の花をさりげなく生ける等の家庭的な雰囲気作りに取り組んでいる。廊下やリビングへの手すり設置や洗面所・台所は低めに設計する等、利用者が自由に安全に行動できるよう配慮している。共用空間の温度・湿度・換気・採光は快適に保っている。夜間は利用者が時間認識しやすいようリビングは消灯している。和室コーナーは仏壇参りや洗濯物をたたむ場所として活用している。	
57		○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	ゆっくりと過ごせる様、食席やソファの空間で利用者同士でテレビを観たり談笑している。居室で好きなテレビを観たり、雑誌や新聞を読んだりマイペースに過ごす方もいる。		
58	(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	自宅での生活が継続できるような環境づくりのため、なるべく各自が慣れ親しんだ家具や寝具を、家族と相談して自宅から持ってきている。個人の生活スタイルを重視し、それぞれに必要な電化製品やタンスを用意している。家族からのプレゼントや写真が飾ってある。	各居室はリビングと離れた場所に位置しており、プライバシーが保てる造りとなっている。ベッドとタンスが備え付けられており、入居時に使い慣れた物(テレビ、冷蔵庫、寝具一式等)と安心できる物(家族写真、趣味道具、電子ピアノ等)を自由に持ち込んでもらっている。配置も利用者・家族と話し合いながら安全安心な居室作りを支援している。	
59		○身体機能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	各居室には名前のプレートがかかっており、手すりが各所に設置されている。台所や洗面所は利用者に合わせ低めに作られている。ガスレンジや二層式の洗濯機、ポットなど以前からある使い慣れたものを使用している。		