

# 自己評価票

- 自己評価は全部で68項目あります。
- これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
- 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。
- 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したようになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。
- 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

### I. 理念に基づく運営

1. 理念の共有と実践
2. 事業所と地域とのつきあい
3. 運営推進会議を活かした取り組み
4. 市町村との連携
5. 身体拘束をしないケアの実践
6. 運営に関する利用者、家族等意見の反映
7. 運営に関する職員意見の反映

### II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

1. 馴染みの人や場との関係継続の支援

### 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

1. 思いや意向の把握
2. チームでつくる介護計画とモニタリング
3. かかりつけ医の受診支援
4. 重度化や終末期に向けた方針の共有と支援
5. 災害対策

### IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

1. 一人ひとりの尊重とプライバシーの確保
2. 食事を楽しむことのできる支援
3. 排泄の自立支援
4. 入浴を楽しむことができる支援
5. 日常的な外出支援
6. 居心地のよい共用空間づくり
7. 居心地よく過ごせる居室の配慮

### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)

項目数

14

8

13

20

13

合計

68

### ○記入方法

自己評価と外部評価は共通の同一のシートを使います。  
自己評価は、プロセス項目(項目No.1~)のサービスの実施状況から記入します。  
プロセス項目を点検した後、その成果について、1枚目のアウトカム項目を記入します。  
グループホームは、ユニット毎に自己評価を行います。ユニットが複数ある場合、評価シートをコピーして記入します。(アウトカム項目もユニット毎に記入)ただし、事業所概要、アピール点の記入は1ユニット目の評価票に記入します。

### ○自己評価のポイント

各項目の「考え方の指針」にそって、何をどのように取り組んでいるのか、何が取り組めていないのか、職員全員が実践状況を振り返ります。管理者はそれを集約し、自己評価の「サービスの実施状況」としてまとめます。取組みの十分・不十分が事業所の優劣のように誤解されがちですが、正確な現状把握こそ、その事業所の問題意識の表れでもあり、次のステップに向けたスタートラインの見極めにもなります。

### ○用語の説明

家族等・・ 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
家 族・・ 家族に限定しています。  
運営者・・ 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
職 員・・ 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすすべての人を含みます。  
チーム・・ 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

事業所名 (ユニット名)	グループホームホコホコ
所在地 (県・市町村名)	三重県伊賀市依那具1004
記入者名 (管理者)	堀井恵子(管理者)を含む介護職員5名、堀井博文(運営者)
記入日	令和4年10月14日

### 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	2471200309		
法人名	有限会社 希ぼうの里		
事業所名	グループホーム ホコホコ		
所在地	三重県伊賀市依那具1004		
自己評価作成日	令和4年10月14日	評価結果市町提出日	

※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	
----------	--

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	評価認証推進機構株式会社
所在地	三重県四日市市八王子町439番地1
訪問調査日	令和4年12月23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)】

ホコホコの特徴は、生活の広がりや心がかげ一人ひとりの想いに添った外出や地域住民としての暮らしを支えていることです。居間と食堂の前面は庭に続く開放的なテラスで、お茶を飲んだり散歩をしたりと緑の景色と風を感じながらの暮らしが広がります。また病院への受診や通院は24時間体制で職員が付き添い対応しています。

私たちの信条は「いつのときも心に寄り添うホコホコの暮らし」です。老いは誰にでも訪れ、それは人生にとってかけがえのない実りのときです。在宅介護では支えることが難しくご自分の家に住みづらくなったとき「自宅に変わる家」として移り住んでいただき、日常のごく普通の暮らしを大切に人生終焉のその時まで誇りを持って暮らしていただくことです。

#### 【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)】

キャッチフレーズとして言われている「自宅の離れにいる暮らし」が適切に実現化されている雰囲気のある施設である。民家を改築した施設は、広い共有空間で、庭に続く開放的な広いテラスと、庭の先には田畑が広がり、その中を伊賀鉄道の電車が通っている風景が広がっている。利用者は自宅離れにいるが如く、家族も思う時にいつでも面会に訪れ、最近のコロナ禍であっても、玄関先や庭での面会を可能としている。

職員も全員が、利用者は家族であるかの雰囲気を持って対応しており、利用者は安心して楽しい生活を送っていることから、家族からの信頼感、安心感も強い。

#### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「いつのときもその人の心に寄り添う支援」が理念の柱です。毎年標語を作って理念が実現できるよう心がけ、ここは、自分の家の離れのように思ってもらえる暮らしづくりを目指しています。	理念をもとに毎年職員全員でスローガンを定め、本年は「みんなの気持ち繋がろう心」としており、理念、スローガン、利用者の権利、身体拘束などについて毎月1回の職員ミーティング(ケア会議)で話し合い、教育を行い毎日のケアでの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	コロナ禍で地域との交流が減少していますが、地域の畑で咲いたコスモスの花をホームに移植させて貰ったり、市民センターの文化祭に今年も参加させていただきました。	市民センターでの文化祭には「ホコホコのコーナー」を設置してもらい、利用者が製作した塗り絵などの作品を展示している。 コロナ禍になって中断しているが、地域の融資による手品やオカリナの演奏、学童の総合学習での来訪などでの交流がある。	
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	依那古小学校の総合学習や南中学校の職場体験実習の場として提供し、事前協議も行いましたが(残念ながら)生徒の応募がありませんでした。		
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	ホームの状況や活動内容を報告しています。R3年12月開催では、自己評価の実践状況を説明し意見交流を行いました。それ以降は、コロナ感染者の発生で書面での報告を行っています。	運営推進会議で「認知症の患者さんとの接し方」の勉強会を行い、職員はもとより、地域の代表者にも知っていただく機会なども設けている。	市職員や、包括などに対して、事前にグループホームに限らず広く高齢者施設でのコロナ禍での介護の事例紹介を依頼し、他施設事例を参考に自施設での対応に生かす工夫が望まれる。
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	伊賀市介護相談員の訪問派遣が休止中です。、管理者は、伊賀市社協や介護支援事業所、ケアプランセンターなどを定期的に訪問し、ホームの状況報告や意見交換を行い連携に努めています。	コロナ感染の発生時には、すぐに市役所、保健所に連絡し、指導、助言をもらいながら、協力医による指示を受けて、適切な処置を行うなど、積極的な連携による対応が行われている。	
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	毎月のミーティングで「身体拘束等の適正化検討委員会」を開催し、身体拘束関連の事例や資料を用いて勉強しています。その上で支援内容を見直し、身体拘束に繋がるような対応がないか点検しています。	身体拘束等適正化委員会による事例、資料を基にした勉強会を行い、日頃から、代表者、管理者、ホーム長をはじめ全員で相互に注意しあいながら拘束につながらない様な努力がみられる。最近はや言葉による拘束についても同様にちゆいいがはらわれている。	
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	「高齢者虐待防止委員会」を設置し、毎月のミーティングで勉強し協議しています。職員は、言葉かけ、態度、雰囲気気を付けて虐待防止に繋がるような対応が無いか、互いに連携し点検しています。		

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
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	運営者は、地域福祉権利擁護研修を受講しました。これまでは成年後見制度を2名、伊賀市社協の権利擁護を2名が利用し、協力してきました。現在は、1名の生活保護受給者を支えています。		
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	契約内容は重要事項説明書に基づき説明しています。特に重度化した場合におけるホームの方針や入院時の対応、利用料金の内訳などを丁寧に説明しています。		
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	家族の訪問時は、利用者の日頃の様子をお伝えし、意見交換をするよにしています。病院受診時や面会の少ない家族には、担当職員が毎月電話で報告し、要望等をお聞きしています。	最近の家族からの要望で、コロナ禍での利用者の能力低下が心配という意見から、天気の良い日にはベランダ等少しでも戸外に出ることや、地元で開始された「にんにん体操」や「指遊び」などを取り入れ、体を動かしたり、認知症の進行予防などを行っている。	
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、毎月の職員ミーティングに参加して意見交換を行っています。ミーティングでの協議内容や業務の改善点を実務にスムーズに反映できるよう取り組んでいます。	施設運営では「日課」などのスケジュールを定めることなく、職員ミーティング(ケア会議)職員からの意見により普段家庭にいるように、利用者一人ひとりのその時の状況に合わせたケアとするようにしている。	
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	運営者は職員の勤務状況や健康状態、要望を把握するよう心がけています。就業規則は都度見直しを行い改善しています。また資格取得への支援、勤務時間の調整等、職場環境を整えています。		
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	職員に応じた研修や資格取得のための奨励金制度を設けて支援しています。現在、就業中の介護職員のうち、介護支援専門員3名、介護福祉士3名がこの制度を利用して取得しています。		
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	全国認知症グループホーム協会の会員として情報を得ながらサービスの向上に努めています。管理者は伊賀市社協や居宅介護支援事業所、他事業所を定期的に訪問し、連携と情報交換に努めています。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	計画作成者と担当職員が本人の心身の状態、家族の意見、要望等を踏まえ、支援内容を検討します。そして介護職員ミーティングで話し合い、その後の様子や変化に対応できるよう適切に取り組んでいます。		
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	入所前の調査で本人の状態や問題点、生活習慣、病歴等をお聞きします。また、家族が抱えている不安や心配事なども聞かせてもらい、支援内容を検討しています。		
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	ホームの特徴を説明した上で最善の支援方法を検討します。本人の状態に応じて他の施設やサービスを提案(紹介)させていただくこともあります。		
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	残存機能を維持できるよう自然体で見守り、無理のない暮らしをサポートしています。互いに信頼できる関係づくりを心がけています。		
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	家族とは定期的(毎月)に日頃の様子をお伝えし、支援内容を共有しながら支えています。コロナ禍ですが家族の絆を大切に、面会は場所や環境を工夫して続けています。		
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	コロナ禍で外出支援は控えています。ご家族との面会は、項目19の通り続けています。季節を五感で感じて貰えるよう庭やテラスで日光浴をしたり、地域が育てたコスモスを摘んだりして散策しています。	コロナ禍で人込み等への外出は控えているが、可能な範囲として施設周囲への散歩は行い、周辺住民とはその折々に挨拶やお話をし、地域のイベント(文化祭など)に参加している。	
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	利用者さん同士支え合う場面も増えてきましたが、混乱や孤立することもあるので気を付けています。利用者さんの気性や相性に配慮して席の配置を工夫しています。		

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
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	入院や退去をされたときは、現状を記入したフェースシート(介護サマリー)で支援内容や生活状況の情報提供を行い、必要に応じて相談や支援を続けています。		
<b>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</b>					
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	本人の思いや職員が気づいたことを日々の記録や看介護記録に記入し、その内容は申し送りノートとスタッフ間での引継ぎで共有します。その人らしい暮らしが継続してできるようサポートしています。	日頃から共有空間では職員が寄り添い、話をする事で思いや希望などを聞き取り、例えばこんなものが食べたいという意見からその日の献立を変えたり、入浴予定を変更するなど、細やかな配慮がされている。	
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	入所に至る経過や生活歴、病歴等をお聞きし、調査表に記録します。入後はフェースシートを作成し、状態に変化が生じたときは適宜、見直しています。		
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	日々の記録には暮らしの様子を記入しています。その日の様子や心身の状態を次のスタッフに共有できるように引き継ぎます。また毎月のスタッフミーティングで現状や変化の把握に努めています。		
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	職員が担当分けして利用者の状態を把握します。その内容と利用者の想いを反映できるように計画作成者と協議し、介護計画を作成します。家族には都度報告し、体調面や様子に変化があれば見直しています。	職員が毎日の状況を「介護メモ」に記録し、毎月の職員ミーティングにて全員でこの情報を共有し、ケアマネージャーとともに介護計画を策定して家族に説明し、本人の意向、家族の考え・意見を確認している。	
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	看介護記録はバイタルチェック、食事摂取量、排泄の状況を記録し、介護支援日々の記録は、その日の様子を記入します。そのほか申し送りノートを参考に、介護計画の見直しやフェースシートの追記をしています。		
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	病院への受診や通院は全てホームが対応します。ご家族とは連絡を密に必要なに応じて病院へ駆けつけてもらいます。また、介護認定などの代行サービスも行っています。		

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
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	例年は地区のイベント、文化祭、美容室の利用等、地域資源を活用していますが、今年もコロナ禍で外出支援が減少するなか、職員によるホームでのレクレーションや整髪など、暮らし作りをサポートしています。		
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	本人や家族の希望する医療機関の受診が可能で入所前の病院を4名が利用しています。受診はホームが対応し、家族とは連絡を密に受診内容を報告し要望をお聞きしています。(お礼の言葉がほとんどです。)	本人・家族の希望があれば、それまでのかかりつけ医への受診を継続し、受診時には職員が対応して、その結果を家族に連絡している。	
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	准看護師を職員(非常勤)として配置し、健康管理の強化を図っています。介護職員は毎日のバイタルチェック(血圧、脈拍、体温)や食事摂取量、排泄状況等を確認し、本人の様子や体調変化の早期発見に努めています。		
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。	入院先の担当医、看護師に現状を記入したフェースシートで説明します。病状や見通については家族と一緒に聞かせてもらい帰園に備えます。また、身の回り品や洗濯物等必要に応じて対応しています。		
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	利用者や家族の意向、医師の指導に基づき可能な限り終身対応を行います。終末期に予想される課題や医療支援について三者(主治医、家族、ホーム)で話し合い、協働体制を確認します。この方針は重要事項説明書に記載し都度理解を深めています。	重度化や終末期に対する対応は入居時に説明し、合意を確認しているが、その後変化が出る都度、家族と相談し、本人・家族の意向に従い対応を変更している。施設で対応することが合意されれば、契約医を含め、三社での話し合いにより一人ひとりに合わせた介護支援を行っている。	
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	事故発生時や救急時に備えて緊急時対応マニュアルを整備しています。その内容は全員ミーティングで確認しています。		
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	コロナ禍によりホーム職員による消防訓練(消防設備の点検と使用方法の確認、避難経路の確認と訓練等)を実施しました。また、防災業者による消防設備の点検を行い、消防署に報告いたしました。	年2回の防災訓練を行い、うち1回は消防署の立ち合いによる指導のもとで実施している。避難経路の確認、避難訓練は全職員が即時に行動できる様に徹底している。	今まで実施した避難訓練等は昼間のみ実施されており、夜間又は夜間想定による防災訓練を実施し、連絡経路確認、近隣住民の協力体制、職員の緊急予備大対応などについて、確認・整備が望まれる。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	尊厳の保持と「心に寄り添う支援」を大切に、その人に合った言葉かけや対応ができるようミーティングなどで話し合い、職員間で気を付けながらサポートしています。	職員会議などは共有空間で行っているが、日ごろの共有空間での職員間の会話時など、利用者の話については個人名で出さず、Aさん、Bさんと言う様に利用者相互にわからないよう配慮もしている。	
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	職員は、その人の関心ごとや好みを把握し、日々の暮らしに活かせるよう働きかけています。そして可能な限り自己決定をしてもらっています。		
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	利用者さんの状態に合わせて生活できるよう支援しています。日課を設けず思い思いに過ごせるよう個別対応に努めています。屋外での散歩や日光浴をなるべく取り入れるようにしています。		
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	服装は着慣れたものやその人らしいおしゃれができるよう支援しています。コロナ禍で美容院の訪問は見合わせ、毛染めやカットは職員が行なうようにしています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	四季に応じた食事を提供できるよう心掛けています。お手伝いが可能な方には調理の準備や配膳、食器拭きをしてもらっています。食事前の口腔体操(パタカラ)と忍にん体操を毎日行なっています。	代表者が毎日買い出しに行き季節に合った食材や、旬のものなどを使用して季節が感じられる食事を配慮している。利用者一人ひとりに合わせ可能な範囲で配膳などを職員と一緒にしている。食事をほとんど食べなかった利用者にも、お気に入りの食器を探す事から始め、今では完食するまでになった。	
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	毎日の食事摂取量を看介護記録に記録し、栄養管理に努めています。水分は十分に摂取して貰えるよう日中は定期的にお茶やスポーツドリンクをお配りし夕食後にはミルクを促して排便や水分摂取を支援しています。		
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	食後の声かけと見守りで口腔ケアをサポートしています。入れ歯の方には就寝前に、はずしてもらい、義歯洗浄剤を使用して清潔保持を確保しています。		



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
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	毎日の排泄状況を記録し、排泄パターンを把握してサポートしています。便通の良いもの(牛乳やヨーグルト)を毎日摂取し、便秘の方には、かかりつけ医と相談して、心地よい身体維持に努めています。	毎日の排泄記録から一人ひとりのパターンを把握しているが、職員による細やかな様子の観察からの声掛けにより、おむつの使用はなく、自律でのトイレ使用が行われている。	
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	食物繊維を多く含んだ料理や乳製品の摂取を心がけ、就寝前にはホットミルクを、日中も定期的に水分補給を促しています。誤嚥予防の「パタカラ運動」、お腹のマッサージ、足踏みなどを行っています。		
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	安全に気持ちよく入浴できるよう2人の職員がサポートし、週2~3回は入浴して貰っています。更衣から入浴までのプライバシーへの配慮と入浴前後の水分補給に気を付けています。	利用者の見守りのため、職員が3人体制時に入浴を行っているが、利用者の希望に合わせての入浴を行っている。また、温泉の入浴剤などを使用し、今日は××温泉に行こうかと言う様に、楽しむ入浴を心がけている。	
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	一人ひとりの生活パターンを尊重し、昼間はなるべく活動してもらい生活リズムを整えて夜はゆっくり休めるようサポートしています。不眠の方は主治医指導の下、安眠を支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の用途に応じて職員が仕分けし、服用は二重チェックで管理しています。病状に変化があるときは、早めに主治医に報告して指示を受けるようにしています。		
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	利用者さんの生活歴や想いに沿って興味を持っていただけるもの(音楽や塗り絵など)を提供し、屋外での散歩や日光浴も取り入れて、一日を楽しく過ごしてもらえようサポートしています。		
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	例年は、地区のイベントや買い物など、それぞれの希望に沿った外出支援をしてきましたが、今年はコロナ禍のため日常的な外出を控える中、ホーム周りやドライブなどで四季の移り変わりや自然に触れ合ってもらっています。	コロナ禍により日常的な外出は制限せざるを得ないが、可能な範囲で施設周辺や、庭先迄でもでて、季節の感覚や景色の変化に触れ合っている。	

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
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	ご家族と相談して、お小遣いは個人別の出納帳でホームが管理しています。使用時についても安全のため、職員が管理してサポートしています。		
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	利用者さんの要望に応じて手紙を書いたり電話をしたり、その都度サポートしています。		
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	建物は民家改修型で落ち着きがあります。居間は日当たりが良く、前面が広いテラスでお茶や食事も楽しめます。庭には花壇や小さな畑も有り、田園風景に電車が走っています。室内は馴染みの家具や装飾で居心地良くしています。	「自宅の離れにいるような」生活ができるよう、施設は民家を改修して使用されており、利用者が自宅を思わせるような雰囲気がある。共有空間は大きな内廊下でのガラス戸で明るく、日当たり良く、庭から前の田園風景その中の電車の往来がみられ、自宅の離れが感じられる。	
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	居間の他にホールにソファを置いて2~3人がくつろげる場所を設けています。テラスや庭には、ベンチやテーブルを置いてゆったり過ごせるようにしています。		
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	部屋の入り口は写真入りの表札と暖簾をかけています。室内は使い慣れた物や思い出のある物など持ち込みは自由です。利用者さんの状態に応じて安全面への配慮や配置の工夫をサポートしています。	出来るだけ馴染みの家具を持ってきてもらい、それまでの自宅自室の雰囲気を持たせている。また、夜間転倒などを配慮して、夜間にはマットや布団を利用して角の保護等によりけりの予防も行われている。	
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	利用者毎に、お部屋内の配置を工夫して転倒防止に努めています。ホーム内は、歩行の妨げになる物に注意し、場所や物事が分かりやすいよう、貼り紙や声かけに工夫しています。		