

## 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   | 2990190072     |            |  |
| 法人名     | 社会福祉法人秋篠菫会     |            |  |
| 事業所名    | グループホームきたまちテラス |            |  |
| 所在地     | 奈良市西大寺北町四丁目3-3 |            |  |
| 自己評価作成日 | 令和 8 年 6 月 1 日 | 評価結果市町村受理日 |  |

※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 | <a href="https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2990190072-006&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/29/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2990190072-006&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a> |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 Nネット    |
| 所在地   | 奈良市高天町48-6 森田ビル5階 |
| 訪問調査日 | 令和 8 年 7 月 22 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)】

|                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家族や地域とのつながりを大切にし、入居者一人ひとりがこれまでの生活を継続できるよう継続できるよう支援しています。日常的な家事活動や地域行事への参加、地域住民との交流を通じて、施設ではなく“暮らしの場”としてのグループホーム運営を目指しています。また、多職種連携のもとで看取りまで見据えた支援を整え、入居者・家族が安心して生活できる環境づくりに取り組んでいます。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 【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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 母体は、特別養護老人ホーム、通所介護、小規模多機能居宅介護、高齢者専用共同住宅、保育園も運営する社会福祉法人で、事業所は近鉄大和西大寺駅から徒歩10分の住宅地にある。建物は2階建てで、1階に精神科診療所と通所施設があり、2階にグループホームがある。法人が人権、福祉、民主的運営、地域の核となることを理念にしており、事業所は理念を踏まえ、寄り添う個別ケア、チームワーク、つながりを大切にしている。法人グループは長年、地域の医療や福祉に貢献し、地域の方から信頼されている。利用者の大半は地域の方で、暮らしてきた街へのお出掛けと交流に力を入れており、認知症になっても地域で普通に暮らせるよう支援している事業所である。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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<br>↓該当するものに○印 |                                                                   | 項 目 |                                                                   | 取 り 組 み の 成 果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:9,10,19) | ○                           | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                           | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                   | ○                           | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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り深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                           | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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とした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66  | 職員は、生き生きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                    | ○                           | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                           | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>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                      | 法人の理念をエレベーター前に掲示し、職員が日常的に目にできる環境としています。より具体化できるように福祉宣言も策定しています。入職時の研修で理念学習を実施しています。                                                       | 「人間尊重、民主的運営、医療との連携、福祉水準の向上、地域のセンター的役割」等を謳った法人理念と、職員の話し合い作成した「寄り添う個別ケア、チームワーク、専門知識と技術の向上、つながりを広げる」等を謳ったホームの福祉宣言を玄関に掲げ、入職時と年1回の学習会で確認している。事業所開設4年目となり、現場に浸透してきている。 |                   |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 近隣店舗への外出を行い、地域の中で生活する機会を大切にしています。地元出身者が多く、旧知の方の面会もあり、関係性が継続しています。                                                                         | 自治会に加入し、回覧板も回ってくる。地域の大掃除に参加したり、ふれあい祭りには出店したりし、入所者も職員も楽しんでいる。近くにはクレープ屋さん、パン屋さん、喫茶店などがあり、利用者と出かけることがある。また、法人の保育園との交流、伏見地域包括支援センター主催の認知症カフェにも出掛けている。                |                   |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 地域行事への参加や運営推進会議を通じて、認知症の方の日常生活や支援のあり方について地域住民や関係者に理解を深めていただけるよう努めています。また、事業所の日常の様子を発信し、認知症になっても地域で暮らし続けることができることを広く知っていただく機会づくりに取り組んでいます。 |                                                                                                                                                                  |                   |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 運営推進会議では、地域包括支援センターや地域住民代表の方との意見交換を通じて、認知症の方が地域で暮らし続けるための課題や支援について情報共有を行っています。また事業所の取り組みを発信することで認知症への理解促進に努めています。                         | 運営推進会議は、自治会長と地域包括支援センター職員、家族代表などが参加し、2ヶ月に1回開催している。利用者の状況、活動状況や事故等を告等を行い、意見交換を行っている。会議への参加は家族代表だけなので、すべての家族に案内を送ると共に、議事録の送付も期待したい。                                |                   |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>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           | 運営推進会議にて包括支援センターの方から地域の情勢を伝達頂いています。包括主催の多職種連携会議にも出席し、地域の事業所や地域で支える方々と交流し顔の見える関係作りに努めました。                                                  | 市役所へ直接出向く機会は、認定調査の依頼などで、ほとんどはメールのやり取りで情報交換している。市主催の研修があれば参加するが、オンラインがほとんどである。地域包括支援センター主催で、福祉事業所、ボランティア、民生委員等が参加し、地域ケア会議を行っている。生活保護受給者の入居も可能であるが、現在はいない。         |                   |

| 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 |
| 6  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「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 | これまで身体拘束は行っておらず、拘束のないケアを継続しています。特養と合同で委員会を設置し、3ヵ月ごとに検討を行っています。学習会も合同開催し、身体拘束防止へ意識向上に取り組んでいます。       | 身体拘束の事例は、開設以来ゼロである。ベットから転落リスクある方には、ベット高を低くし、床に衝撃吸収マットを敷いたりしている。グループホームは2階にあるが、エレベーターに乗って下まで降りて行ける。3ヶ月1回、法人の特別養護老人ホームと合同で委員会も開催している。身体拘束に関する研修も、年2回行っている。 |                   |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                  | 特養等と合同で委員会や学習会を通じて、虐待防止と意識向上に取り組んでいます。委員会では事例共有で教訓を得たり、学習会では日頃の支援を振り返ったりしています。                      |                                                                                                                                                          |                   |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                              | 経済的負担のあるケースでは制度を確認し、負担減免に向け検討を行いました。本人にとって適切な選択を支援しました。                                             |                                                                                                                                                          |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                                                   | 特に高齢な主介護者へ丁寧に繰り返し説明を行い、不安軽減に努め、理解と安心を得て入居につなげています。                                                  |                                                                                                                                                          |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                                               | 運営推進会議には可能な限りご家族代表に参加頂くほか、面会等で来所の家族から聞き取った意見を共有しています。                                               | 家族からの意見はあまりないが、面会に来られた時や電話等で状況説明する時に聴いたりしている。年1回は、家族や地域の人にも参加してもらえるイベントを行っている。意見や要望を聞いたときは、職員で共有し対応している。定期的に椅子に座って話を聴く機会があればさらに良いと思われる。                  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                                                | 業務ノートを活用して職員が誰でも発信したり、こまやかな情報共有したりできるようになっています。月に一回の職員会議ではオンラインと現地集合のハイブリッド開催とし、意見しやすい雰囲気作りに努めています。 | 毎月、職員会議を行い、利用者のケア内容と業務について話題にしている。休みの職員もオンラインで参加可能にしている。原則年1回個別面談を行っているが、入職間もない人や必要時は随時行っている。管理者は普段から職員が意見を言いやすい環境づくりを心掛けており、意見をもらって改善につなげている。           |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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                                | 年一回の個別面談を実施し、職員一人ひとりの目標や課題、働き方について確認する機会を設けています。また年一回の事例発表を通じて支援内容の振り返りや学びの共有を行い、職員の資質向上につなげています。   |                                                                                                                                                          |                   |

| 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 |
| 13                         |    | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 職員の勤務状況や能力に応じて再研修や業務の到達度を確認する機会を持っています。法定研修はオンラインでなるべく多くの職員が研修を受けられる機会を確保しています。 |      |                   |
| 14                         |    | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 包括が主催されている地域の事業所が一堂に会する多職種連携会議などに参加し、顔の見える関係作りに努めています。                          |      |                   |
| <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<br>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           | 入居前の面談や見学を通じて本人の思いや生活歴を把握し、入居後も日々の関わりを重ねながら安心して生活できる関係づくりに努めています。               |      |                   |
| 16                         |    | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | 入居前から家族等と情報共有を行い、入居後も生活状況を随時報告しながら信頼関係の構築に努めています。                               |      |                   |
| 17                         |    | ○初期対応の見極めと支援<br>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・家族から得た情報やアセスメントをもとに状態やニーズを把握し、多職種で情報共有を行いながら適切な支援につなげています。                   |      |                   |
| 18                         |    | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 本人の思いや希望を尊重しながら日常生活を共に過ごし、できることを活かしながら安心して暮らせる関係づくりに努めています。                     |      |                   |
| 19                         |    | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>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                   | 家族と定期的に情報共有を行い、本人の生活や支援について共に考えながら支援に取り組んでいます。                                  |      |                   |

| 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                                                                                             |
| 20                          | (8)  | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                                       | 家族や知人との面会、外出、地域とのつながりを継続できるよう支援し、これまでの生活関係を大切にしています。                                           | 近隣に住んでいた方が多く、家族や友人知人が面会に来たり、正月やお盆に家に帰る方もいる。また、地域の行事へ参加したり、馴染みの店に行く方もいる。毎月、家族に写真付きの状況報告を行ったり、利用者の写真入り年賀状も送っている。グループホームきたまちテラス便りも毎月発行している。Instagramも行っている。 |                                                                                                               |
| 21                          |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 利用者同士が自然に交流できるよう座席を固定せず、その時々関係性や状況に配慮しながら心地よく過ごせる環境作りに努めています。                                  |                                                                                                                                                          |                                                                                                               |
| 22                          |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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                   | 入院時や受診時なども家族や関係機関との連携を継続し、生活環境や人とのつながりが途切れないよう努めています。退去時はそれまでの経過を書類にまとめて医療機関や入所施設へ情報提供を行っています。 |                                                                                                                                                          |                                                                                                               |
| 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<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している                                           | 日々の関わりや会話を通じて、本人の思いや希望の把握に努めています。                                                              | 入居時にできるだけ自宅を訪問し、家での生活の様子や事業所での暮らし方の希望を伺っている。普段の生活においても、利用者個々の生活リズムを大切にしている。おやつ作りの時は、食べたい物を聞いている。                                                         | アセスメント用紙は、身体面が中心で、利用者の生活歴や趣味嗜好、生活習慣などを十分書くところがない。自宅訪問で得られた情報なども記録できる用紙をつくり、利用者が生きてきた人生を少しでも把握して、思いの把握に繋げてほしい。 |
| 24                          |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居前の利用中のサービス事業者への情報収集や複数の家族からの聞き取りを行い、生活歴や習慣の把握に努めています。                                        |                                                                                                                                                          |                                                                                                               |
| 25                          |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | 日々の生活状況や心身の状態を観察し、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<br>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 | 多職種で情報共有を行いながら介護計画を作成し、定期的にモニタリングを実施しています。                                                     | 定期的な介護計画の更新は半年か1年で、更新前にモニタリングを行っている。更新時は、職員の意見や面会時の家族の要望など取り入れ、介護計画を作成しているが、改めて介護計画に対する家族のカンファレンスは行っていない。                                                | 介護計画の内容は、健康管理や日常生活動作の課題を中心に分かりやすく丁寧に記されているが、利用者の生活歴や生活習慣、趣味嗜好、楽しみごとなど参考に、プラス面からのアプローチした内容も欲しい。                |

| 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 |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                                     | 日々の様子や支援内容を記録し、職員間で共有しながら支援に活かしています。入所時、退院時、状態変化があればカンファレンスを行い支援内容を見直しています。                                                |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | 家族や医療機関、地域の関係機関と連携しながら、一人ひとりの生活を支えています。                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域包括支援センターや関係機関と連携し、必要な支援につなげています。                                                                                         |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | かかりつけ医との連携を図りながら、必要な受診や健康管理を支援しています。                                                                                       | ならやま診療所の内科医が毎週火曜に来て、利用者は月2回訪問診療を受けている。歯科医と歯科衛生士が月1回来訪し希望者は受診できる。精神科(同建物内)、眼科の外来受診している方がいる。看護師が週6、日勤帯で勤務している。                                                                              |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 看護職と情報共有を行い、利用者の健康状態の把握と支援に努めています。必要時は往診の主治医へつなげています。                                                                      |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 医療機関と情報共有を行い、円滑な入院支援に努めています。                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 本人や家族の意向を確認しながら、多職種連携し重度化や終末期に備えた支援を行っています。利用者の状態変化が見られた際には家族へ終末期の意向を改めて確認し、本人や家族の思いを共有しながら、最期の居場所や医療のあり方について意思決定支援をしています。 | 「重度化した場合における対応および看取りに関する指針」を重要事項説明書に記載している。入所時に終末期の意思確認も行っているが、終末期近くになれば、家族と話す機会を持ち、ホームで出来ることを含め選択肢を示し、意向を伺っている。開設以来3名看取っている。事後にデスカンファレンスを持ったり、研修を行ったりしている。要介護3以上になれば、特別養護老人ホームに移られる方もいる。 |                   |

| 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                                                 |
| 34                        |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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            | 緊急時対応マニュアルを整備し、医療機関や家族と連携できる体制を整えています。                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                   |
| 35                        | (13) | ○災害対策<br>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            | 防災訓練を実施するとともに、災害時に備えた備蓄品の管理を行っています。地域の防災訓練や自治会活動へ参加し、日頃からつながりが持てるよう努めています。                  | 年2回防災訓練を行い、避難経路と消火器の確認、外階段で降りることも行っている。地域の防災訓練にも参加している。BCPは作成済みであるが、更新の予定もある。停電対策としてポータブル電源やランタンを発注している。水が3日分、おかゆやレトルトカレーなどを備蓄しており、給食業者から1回に2日分の食料が届き、ストックされている。カセットコンロの用意もある。 | 防災訓練だけでなく、停電を想定し、備蓄食料をみんなで食べてみたり、断水を想定し実際に水でトイレを流すなど、BCPの訓練も望まれる。 |
| 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<br>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                    | 一人ひとりの思いや生活習慣を尊重し、プライバシーに配慮した支援を行っています。                                                     | 法人理念、ホームの福祉宣言に謳われているように、人権を尊重し、寄り添う個別ケアを大切にしている。例えば朝起きられなかった方には、朝食を遅らせたり、別メニューを提供したりもする。家族の面会は居室でもらっている。トイレ誘導時には羞恥心を抱かれないような対応を行っている。接遇の研修は入職時と年1回行っている。                       |                                                                   |
| 37                        |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | 日々の会話を通じて本人の希望を確認し、自ら選択できる機会を大切にしています。                                                      |                                                                                                                                                                                |                                                                   |
| 38                        |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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 | これまでの暮らしや習慣を大切にしながら、その人らしく過ごせる生活を支援しています。                                                   |                                                                                                                                                                                |                                                                   |
| 39                        |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 本人の好みを尊重しながら、季節や場面に応じた身だしなみを整える支援を行っています。本人の好みや希望を大切に、衣類選びや整容のほか、ネイルなどおしゃれを楽しむ機会づくりを行っています。 |                                                                                                                                                                                |                                                                   |
| 40                        | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 食事を楽しみな時間として捉え、季節感や行事食も取り入れながら支援しています。                                                      | ご飯と汁物はホームで手作り、惣菜は給食業者から2日分まとめて届き、温めて提供している。おやつを利用者からリクエストを聞き、たこ焼きやおはぎ等、手作りして楽しんでいる。誕生日には、外食に行くこともある。利用者もキッチンに入り、準備や片付けなど出来ることをしている。                                            |                                                                   |

| 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 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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              | 一人ひとりの状態に合わせて食事形態や水分量を確認しながら支援しています。             |                                                                                                                      |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                       | 毎食後の口腔ケアを習慣化し、定期的に歯科往診を受けて、口腔内の健康維持に努めています。      |                                                                                                                      |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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       | 本人の生活リズムや能力を活かしながら、できる限り自立した排泄を支援しています。          | 居室内に使いやすいトイレがあり、入居者は全員、昼夜とも布パンツカリハビリパンツで生活しており、オムツゼロである。病院から退院直後、オムツであったが、自立度が向上し、オムツでなくなることがある。                     |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                       | 水分摂取や運動状況、排便状況を把握しながら便秘予防に努めています。                |                                                                                                                      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 本人の希望や体調に合わせ、安心して気持ちよく入浴できるよう支援しています。            | 入浴は、週6日風呂を用意し、1人当たり2回入浴できるよう支援している。入浴を拒否の方には、時間や日をずらしたりして対応している。入浴剤は使わないが、ゆず湯などは楽しんでいる。リフト等もなく、重度介助になれば、シャワー浴となっている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                        | 一人ひとりの生活リズムを尊重し、安心して休息できる環境づくりに努めています。           |                                                                                                                      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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                   | 医師や看護職、薬剤師と連携しながら、安全で確実な服薬支援を行っています。             |                                                                                                                      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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      | 洗濯物たたみや食器拭きなど、それぞれが得意なことや役割を持ちながら生活できるよう支援しています。 |                                                                                                                      |                   |

| 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 |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 散歩や買い物、地域行事への参加など、地域とのつながりを感じられる外出を支援しています。                                | 近隣の散歩や買い物、カフェに行くことがある。週1回は出掛けるようにしている。家族と外食したり、自宅へ帰られる方もいる。近隣に花見楽しめる所がある。各利用者の外出状況のチェック表を作成したり、介護計画の中に入れたりすることができればさらに良いと思われる。           |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | 本人の能力や希望に応じて、買い物等を通じた金銭管理を支援しています。                                         |                                                                                                                                          |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 家族や知人とのつながりを継続できるよう、電話や手紙のやり取りを支援しています。書ける方には直筆で毎年暑中見舞いのはがきと年賀状を家族宛てに送ります。 |                                                                                                                                          |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 家庭的な雰囲気の中で自然に集い、交流できる空間づくりに努めています。                                         | 共有空間は広く、テーブルと椅子、ソファもあり、好きな場所で寛ぐことができる。また、大きなテレビと観葉植物が置かれている。カウンターキッチンがあり、職員は全体を見渡すことができる。壁には大文字のカレンダーが貼られている。入口の廊下には、利用者全員の笑顔の写真が飾られている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | 一人で過ごしたい時も他者と交流したい時も、それぞれが心地よく過ごせる環境づくりに努めています。                            |                                                                                                                                          |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                           | 馴染みの家具や思い出の品を持ち込み、自宅に近い環境で過ごせるよう配慮しています。                                   | 居室の入り口に、表札と笑顔の写真が貼られている。居室内には使いやすいトイレと洗面台、低床にすることができるベッドが設置されている。利用者が、馴染みの筆筒や椅子、思い出の物を持ち込み、その人らしい部屋創りがなされている。                            |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                             | できることを大切にしながら、安全に生活できる環境整備に努めています。                                         |                                                                                                                                          |                   |