

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	1298900042		
法人名	社会福祉法人 福祉楽団		
事業所名	グループホーム杜の家くりもと		
所在地	千葉県香取市岩部869番60		
自己評価作成日	令和5年10月28日	評価結果市町村受理日	令和5年12月25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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【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コミュニティケア街ねっと
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生町1107-7
訪問調査日	令和5年11月14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)】

<p>■ケアを考える ナイチンゲール看護論をベースとしたケアの考え方を浸透させ、科学的な根拠に基づいたケアの実践を目指している。そのための職員研修を充実させている。</p> <p>■くらし(生活)をよくする 施設(グループホーム)が生活の場であることを鑑み、一人ひとりのご入居者に合わせたよりよい生活を目指してケアを実践している。①移動の自由の確保②馴染みの方とつながりを保つ③人生の最期まで暮らし続けられることなどを大切にしている。</p>

【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>法人の基本理念「ケアを考え “くらし”をよくし 福祉を変える」が明確になっている。特に、“福祉を変える”では、毎月多くのテーマごとに開催する職員教育、組織構造と目的が明確な会議体、介護支援をサポートする各種の介護ソフトの導入、地域との深い関係性や地域貢献を実践しており、介護理論に基づきながら常に福祉のあり方を模索している。また、複合施設であるこのホームは福祉避難所となっており、その機能を利用して、台風などの災害時にライフラインを失ったグループホームの入居者を受け入れたり、お風呂を地域に開放したりして、地域密着型サービス事業所として地域に貢献している。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 (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、戸外の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

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	入職時のオリエンテーションやoff-JTで「法人の理念」を職員へ伝えている。月例のユニットミーティングにマネージャーが参加して、理念やケアの考え方に即した実践を行えるようスーパーバイズしている。	事業報告書を毎年作成し、法人の基本理念を文章で示している。その内容や思いを理事長がビデオを通じて毎年職員に説明し、職員がその研修報告書を作成することで理解を深め実践に繋げていけるように図っている。	
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	毎月15日に「ごはんの日」を開催している。そこに参加する地域の方と、GHの入居者の交流の機会を設けている。また、デイサービスやショートステイの利用者とGH入居者が知り合いの場合に、交流の機会を設けている。	「ごはんの日」には送迎バスを出して、十数人の近隣の住民やボランティアを迎え入れ、来訪者同士の交流の場になっている。中学生の職場体験、自治会や公園の清掃活動へ参加するなど地域と交流する機会は多い。	
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	施設の相談員や居宅介護支援のケアマネージャーが個別の相談に応じている。香取市(高齢者福祉課)より、「認知症カフェ」の実施の依頼を受けているが、未だ実施できていない。		
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	5月23日に開催した会議では、季節ごとの行事や外出の取り組みについて報告し、ご家族から感想や意見をもらうことができた。その後、6月24日にご家族と職員と一緒に「掃除イベント」を実施した。	今年度から対面での運営推進会議が復活し、利用者家族と直接意見を交換し、行事等の活動に反映している。コロナ感染症対応で面会を制限していたが、レベル分けをして面会や外出も可能としてしている。	
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に取り組んでいる	特養や在宅介護サービス事業所を併設しているため、日常的に地域包括支援センターや香取市高齢者福祉課との連絡を取っている。	地域密着連絡会に出たり、併設している事業があるために、市のケアマネジャー定例連絡会や生活支援の協議会などに出て、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどと多くの連携を取り合っている。	
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「介指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	入職時のオリエンテーションと年に2回のoff-JTで、「虐待防止と身体拘束禁止」について勉強会を行っている。虐待につながる可能性のある不適切なケアについて、職員からマネージャーへ報告・相談があった際は、適宜個別指導を行っている。	玄関ドアは無施錠でいつでも出入りが可能であり、敷地内の他施設に散歩に出かけている利用者もいる。出入りについてはセンサーで検知し、事務室で画像を見て必要な対応の判断をしている。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	上記に同じ		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

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	入職時のオリエンテーションやoff-JTで「権利擁護に関する制度」を学ぶ機会を設けている。		
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	契約業務は、生活相談員(社会福祉士)が行っており、利用者や家族等の不安や疑問に応えるようにしている。また、契約業務のロールプレイ研修を実施し、契約業務の質の向上を図っている。		
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	1年に4回「お客様のご意見はがき」を全利用者の家族へ送り、意見や要望を管理者や職員に発信できる仕組みをもうけている。受け取った意見は、適宜、運営に反映させている。	利用者からは日常的に、家族からは運営推進会議、面会やイベント時に意見を聞いている。施設で用いている介護記録ソフトに家族がアクセスして要望を直接伝える事もでき、それを運営や支援に反映させている。	介護記録ソフトは非常に便利で有効なツールであるが、うまく利用できない家族に対しても、意見の表明や情報伝達が容易にできる工夫を何か検討することを期待したい。
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	職員(ケア現場)の意見や提案を吸い上げられるよう会議体を設けている。①ユニットMTG(チーム)②リーダーMTG(拠点全体:リーダー・マネージャー)③運営会議(拠点全体:点マネージャー)④経営会議(法人全体:拠点長・代表者)	月1回開催のユニットミーティングで主に職場の意見をくみ上げている。その他に施設内連絡ソフト(チャット)を使って日常的な提案を職員間で伝え合い、管理者はそれを見て意見を採用している。	
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	勤務状況(労働時間)は毎月の勤怠チェックで把握、モチベーションは4ヶ月ごとのリフレクション面談で把握している。給与水準は労働市場と法人全体の給与水準を鑑みて個別に決定している。		
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践と力量を把握し、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	職員一人ひとりのケアの実際と力量は、ユニットリーダーとマネージャーが日常的に情報共有を行って把握している。その情報に合わせて、研修の機会を設けたり、OJTを実施している。		
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	6月12日に市内の他施設見学を実施。9月～11月にかけてリーダー向け研修で、神奈川県・群馬県の施設と相互訪問を実施している。また、管理者は「香取市地域密着型サービス連絡会」に参加し、市内の施設と情報交換を行っている。		

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

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	生活相談員が、入所前に本人や家族と面談しヒアリングを行っている。併設するデイサービスやショートステイ、居宅介護支援サービスを利用されている場合は、担当職員とも連携を取りながら関係づくりに努めている。		
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	上記に同じ		
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	上記に同じ		
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	職員がケアを考える上で共通の基準となる「ケアのものさし」を設けている。その中に“もてる力・健康な力を活用し高めるケア”という基準があり、できることは、自分でやってもらうことをケアの原則としている。		
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	本人の日常のケアの記録を「ケアコラボ」というシステムで行っている。この記録は、家族とタイムリーに共有することができる。本人の現在の状態に合わせたケアを、職員と家族と一緒に考えるためのツールとして活用している。		
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	2の「事業所と地域とのつきあい」にプラスして、個別の支援を行っている。定期的外泊支援や、親類の葬儀へ参列するための移動支援などを行っている。	利用者の知人が来所して施設内の花壇の手入れを継続しておこない、会って話をすることを楽しみにしている。また、利用者が外出して馴染みのお菓子を買いにいく支援をするなど、関係が途切れないように努めている。	
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	仲のよい利用者は、日常的に交流がもてるよう支援している。すべての利用者がGHでの集団生活に馴染めるよう、孤立することがないように支援している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	GHから併設する特別養護老人ホームに転居された場合は、生活相談員や介護職員は、GHでの生活や関係性が継続できるよう、本人の生活が大きく変わらないように相談や支援に努めている。	
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	個別のケアプランを作成する際は、最初に本人と家族の思いや暮らし方の希望・意向を聞いている。その希望・意向に沿ったプランを立て、実践につなげている。	入所時に利用者・家族に聞き取りし、基本情報シートを作成している。利用者本人からの聞き取りが難しい場合は、家族の話や日々の様子から、その人らしい暮らしについて職員間で話し合い、ケアに反映している。
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	入所前の調査で、生活歴を詳しく聞き取っている。入所後も、適宜、本人や家族から自宅での生活の様子や、生活歴、サービス利用の経過等を聞き、よりよい生活を検討しているが足りないところも多い。	
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	一日の過ごし方や心身状態は、個別にケア記録を残し、介護職員チーム全体、多職種で共有し、現状の把握に努めている。	
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	介護計画を更新する際は、ユニットミーティングでケースカンファレンスを行った上で更新している。また、その際に、本人、家族の希望・意向を再確認している。	介護計画作成の際は、ユニットリーダーや介護職員、看護師、ケアマネジャー、生活相談員などが職種横断的に意見交換をしている。毎月の会議で利用者個々の状況をモニタリングし、現状に即した計画となるよう努めている。
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	日々の様子やケアの実践・結果は個別のケア記録システムを使用して職員間で情報を共有している。また、気づきや工夫は、適宜、「申し送り」機能を使って、職員間で共有・伝達している。	
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	20の「馴染みの人や場との関係継続の支援」に同じ。既存のサービスにとらわれない柔軟な支援やサービスの多機能化については、施設全体で「ごはんの日」「杜ごはん」「杜バス」など、制度外のサービスを実施している。	

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	近隣の公園に花見に行ったり、市内の祭りへ出かけたり、コロナウイルス感染症の状況が落ち着いてきたので、地域へ出てゆく機会は増えてきている。		
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	週1回、内科・歯科医師の往診があり、必要な方への診療を行っている。また、月1回、内科医師が全利用者を往診している。精神科医の往診も月に1回あり、必要な方が診療できるよう支援している。	内科・歯科が週1回、精神科が月1回ホームを訪れ、必要な利用者を診察している。また利用者全員に対し、月1回の内科の往診がある。夜間はオンコール体制にしており、緊急時は看護師職員などが対応している。	
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	介護職と看護職が常時協働しているので、医療的ケアが必要な場合は、タイムリーに伝達・相談し、必要な医療的ケアを受けられるように支援している。		
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。	入院時は、生活相談員が定期的に病院関係者と連絡をとり、本人の状態把握を行っている。その際、できるだけ早く退院できるよう病院関係者や家族との連絡・相談に努めている。		
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	入所契約時に、終末期の説明を行っている。また、本人に老衰の兆候がみられた際は、できる限り早い段階で本人・家族と話し合いの場を設け、今後の意向を確認した上で支援の計画を立てている。	看取り指針があり、入居時に口頭と文書で説明している。時期が来たら家族に週1回のペースでこまめに状況説明をおこなう。ホームでの酸素投与、エンゼルケアもしている。最期は職員・利用者がともに見送るなど、生活の中で自然な最期を迎えることを支援している。	
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	急変時、事故発生時の対応は、フローチャートに基づいて全職員が実施できるように明示、業務用のスマートフォンにも明示している。応急手当や初期対応はoff-JT等で訓練を行っている。		
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、火災と地震を想定した総合防災訓練を実施している。また、定期的に、夜間を想定した通報訓練や、地震発生時の初動訓練を実施している。	火災・地震想定訓練を年2回実施している。夜間の連絡体制、初動の動き方も確認している。備蓄品も一覧表をもとに管理されていた。今年度初めて、利用者の所在不明時の対応訓練も実施し、捜索態勢を構築した。	

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと

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	「マナーアップ5か条」を掲げ、毎朝礼で全員で昭和して浸透を図っている。この内容に沿わない言動を不適切なケアとし、リーダーやマネージャーが適宜指導師改善を図っている。	利用者への接遇・マナーについて定めた「マナーアップ5か条」があり、入職時や日々の朝礼で周知している。権利擁護に関する研修もある。管理職が職員のケアを見守り、必要があれば注意・指導をしている。	
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	ユマニチュードのケア技法(見る・話す・触れる)を用いて、本人が思いや希望を表出しやすいようにはたらきかけている。また、「選択と自己決定」の考え方について、入職時のオリエンテーションで説明している。		
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	法人の理念に「当事者の最善の利益を追求します」という内容を掲げ、本人の希望にそった最善の利益を追求して支援を行うことを目指している。		
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	その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう個別に支援を行っている。		
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	家庭の食卓の雰囲気になづけるようユニットでご飯を炊いている。また、食器の一部は本人の物を使っている。盛り付け、配膳や下膳は、利用者のもてる力に合わせて職員と一緒にやっている。	同法人他事業所も含め、食事は厨房が一括して調理している、炊飯・盛り付けはホームでおこない、下膳は利用者も手伝う。おやつ作りのレクリエーション、買い物の機会もある。法人実施の地域食堂「ごはんの日」に利用者も参加できる。	コロナ禍で活動が制限されていたこともあるが、メニューの幅をより広げることも期待される。選択食、リクエスト食、様々な行事食、外食や出前など、楽しい食事の企画が増えるとさらに良いと思われる。
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	食べる量や栄養バランス、水分量が適切に確保できるよう、一人ひとりの状態や力をタイムリーに把握し、必要な支援を行っている。		
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、口腔ケアを行い、口腔内の清潔保持に努めている。自分でできる方は自分で行ってもらい、難しい方は職員が介助している。		

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
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	新入職員研修やoff-JTで、排泄のメカニズムや一人ひとりの排泄パターンに合わせた排泄方法・介助の解説を行っている。日々の排泄ケアについては、ケア記録で情報を共有し、本人の状態に合わせてアイテムや介助方法の検討を行っている。	日々の排泄記録に基づき、個別に即したケアをしている。食事や水分摂取、運動による自然な排便ができるよう努めている。夜間はオムツ、ポータブルトイレ、コール対応など、個々の希望・状況に応じている。	
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	栄養士が、バランスのとれた献立を立てている。また、水分を多く摂取できるよう分量を増やしたり、個別の嗜好に合わせた飲料を提供している。		
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	本人の希望に沿って入浴の時間や湯温等を調整している。また、入浴剤を使用し、リラックスして入浴できるよう工夫している。	原則週2回、職員がマンツーマンで入浴介助をしている。家庭的な浴槽ではあるがリフト設備もあり、湯船にゆったり浸ることができる。入浴剤の利用、しょうぶ湯などで、良い香りを楽しめるよう工夫もしている。	
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	本人の状態に合わせて休息できるよう支援している。夜間の眠りが浅かったり時間の短い方は、「眠りスキャン」(モニタリング機器)を使って睡眠の状態を分析して、個別の支援方法を検討・実施している。		
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	薬の情報は、ケア記録システム「ケアコアポ」で、全職員が共有できるようにしている。服薬の支援と症状の変化は、医師と看護師からの情報を介護職員が共有し、記録・報告するようにしている。		
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	洗濯物量み、食事の配膳・下膳など、日常生活の中で役割を創出したり、庭を散歩し、草花を觀賞するなど、楽しみを見いだせるよう支援している。		
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	20「馴染みの人や場との関係継続の支援」 29「地域資源との協働」 と同じ	散歩、おやつ購入の買い物などを日常的におこなっている。帰省や個別外出の支援もしている。広い敷地内には法人の他事業所が複数あり、利用者は自由に行き来することができる。コロナが5類となり、外出行事が少しずつ再開している。	

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		○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	本人の希望に沿って、金銭を自己管理し、自動販売機で飲み物を購入したり、日用品等も購入している。		
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	携帯電話を所持し、自由に連絡を取っている方がいる。また、隣接施設に公衆電話があり利用の支援を行うことがある。		
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	リビングに温湿度計を設置し、快適な温度・湿度で過ごせるように配慮している。家庭的な雰囲気でも過ごせるよう、照明の明るさや色調も調整している。	建物は築20年だが、大規模修繕の際に天井や壁のクロスを張り替え、明るくきれいな内装である。清掃専門職員がおり、週1回ホーム内の掃除をしている。家族を交えての施設清掃イベントもあり、快適な空間が保たれていた。	
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	利用者一人ひとりが、自分のペースで過ごせるよう、座席の配置を工夫したり、ソファを置くなどしてつるげる場所づくりも行っている。		
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	自宅で使っていた家具や食器、思い出の品(写真など)を持ち込み、自分の居場所だと感じられるよう工夫している。	自宅で使っていた馴染みの家具や思い出の品などを個々に持ち込み、落ち着いて過ごせる空間となっていた。介護の度合いに応じ、床にマットを敷いて寝るなど、個別に即した空間づくりがおこなわれている。	
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	必要のない場所には鍵をかけないことを原則とし、エレベーターは自由に乗降できる、玄関も日中は自由に出入りできるようにして、利用者の「できること」「わかること」を妨げないように工夫している。		