

### 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	3290200033		
法人名	社会福祉法人せんだん会		
事業所名	グループホームバルツガーデン		
所在地	島根県安来市荒島町2177-14		
自己評価作成日	令和2年2月24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 [https://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/32/i/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_022\\_kani=true&Ji\\_gyosyoCd=3290200033-00&Ser viceCd=320&Type=search](https://www.kai.gokensaku.mhl.w.go.jp/32/i/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Ji_gyosyoCd=3290200033-00&Ser viceCd=320&Type=search)

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和2年3月5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)】

○理念に沿って利用者様がその人らしい生活が送れる事を目指し、日常生活での自己決定の尊重、能力と可能性の活用などを意識して日々の支援を行っている。  
 ○地域の認知症ケアの拠点となるよう、地域との交流の場としてオレンジカフェを開催し出来るだけ地域の方達との交流が出来る様にしている。  
 ○職員が子育てしながらでも働き易いように支援している。  
 ○職員の勤務時間、曜日など出来るだけ要望に応じて働きやすい環境作りをしている。

【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)】

平成19年に開設して以来、地域と共に歩み、地域との交流を大切に事業所運営が行なわれています。  
 法人は病院と複数の福祉施設を有しており、バックアップ体制も十分です。  
 併設で小規模多機能型居宅介護事業所、同敷地内にサービス付き高齢者向け住宅があり、オレンジカフェも定期開催されており、地域の認知症ケアの拠点となる様努めておられます。  
 ホーム内は、若年性認知症の方から、100歳になる方、夫婦の方などが入居されており、個々の意向や特性に合わせてケアに取り組まれています。  
 職員が必要に応じて寄り添いながら、ゆった入りとした時間が過ごせ、利用者の方も表情豊かに生活

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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、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. 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、安心して暮らせている (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
<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	理念を念頭に置き、朝礼時唱和し、共有して実践に繋がるよう努力している。また、グループホームの目標を年度初めに話し合い掲げている。年度末に振り返りを行い、次年度に繋げている。	年度初めに、理念を踏まえ、職員で話し合いを通じてグループホームの目標を作成、一年間取り組んで行きながら年度末に振り返りを行い、次年度につなげておられます。職員各自も目標設定を行い責任感持ち日々業務に取り組んでおられます。	日々の業務の中で、目標達成のケアではなく、利用者の為のケアである事、理念の実現の為の実践になる様期待します。
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	日常的な交流はできていないが、ボランティアの方との交流、訪問相談員さん、オレンジカフェでの交流場を設けている。子供園との交流は喜ばれている。職員は地域の奉仕作業やお祭りやイベントに参加している。	事業所近所の高齢者やサークル・ボランティア等との交流は定期的に行われています。同一敷地内にあるサ高住でのオレンジカフェの利用者、こども園との交流も盛んです。	
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	オレンジカフェや地域との交流を通して認知症の理解をして頂くようにしている。		
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	荒島ふれあいの郷3部署、合同運営推進会議を開催したり、バルツガーデン単独の会議を設け、利用者様、利用者家族、地域住民、市職員、地域包括等の参加があり、サービス向上に向けての意見を頂き参考にしている。	年6回開催されており、同一敷地内のサ高住や小規模多機能事業所と一緒に3回開催し、グループホーム独自に3回開催されています。ホームの取り組みや報告が行なわれています。行政や、地域、利用者家族等からサービス向上に向けた意見等を頂かれています。	テーマを決めて、関係機関から貴重な意見や意向を聴取出来る様今後の取り組みに期待します。
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	運営推進会議やケア会議の場に於いて事業所の実情等を伝えるなど連携を取り、協力を得ている。	運営推進会議や地域ケア会議開催時に、ホームの実情を伝えケアの実践の説明等行われています。必要時に連携・協力体制の確保に努めておられます。	
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	利用者の行動を職員会やスタッフ会で情報を共有しケアに取り組んだり、施設内研修の場に於いて周知し身体拘束をしない取り組みを行っている。毎月身体拘束委員会を開催し、入居者様への安全と身体拘束廃止に努めている。	サ高住や小規模多機能とグループホーム3施設での合同委員会を開催されています。スピーチロックも日頃より気を付けておられます。身体や生命を守る為の拘束等については、事前に家族への説明等行われています。実際の拘束事例はありません。	

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	毎年研修に積極的に参加し、虐待防止について学び職員会やスタッフ会の場に於いて研修報告や勉強会を行い周知理解を得た上で業務にあたり防止に努めている。		
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	毎年研修に積極的に参加し、権利擁護について学び職員会やスタッフ会の場に於いて伝達し制度の理解する場を設けている。現在成年後見制度を利用している人はいない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	利用申し込み時や契約時に於いて説明を行い理解して頂いている。入居後も必要に応じて都度説明をし同意を得るようにしている。		
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	運営推進会議の場や担当者会議、面会時や電話を通してご家族様の意見、要望を聞いている。	利用者の方には日常的に意見要望を聞くようにしております。家族の方には、運営推進会議の場や面会時、電話等で適宜、意向や要望について、くみ取れるよう努めておられます。	
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	スタッフ会、職員会、役職会を定期的開催し意見、提案を出せる機会を設けている。スタッフ会に参加出来ない職員は意見を書面で提出してもらっている。日々の申し送り時も活用している。	スタッフ会、職員会、役職会を定期的開催し、職員の意見・要望の提案が出来る様取り組まれています。ケア面については、日々の申し送りやモニタリングの際等に話し合われます。	
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	面談や日々、相談や要望を聞き、家庭の都合に応じて労働時間も考慮している。やりがいや向上心を持てるよう資格の取得や得意分野が活かせるよう責任ある役割を一人ひとりで担う環境作りを行っている。		
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	その人に合った研修に参加してもらうようにしており、報告書にて復命して頂き他職員にも共有している。また介護福祉士の取得に向けての勉強会、スクーリング等に参加できるよう配慮している。		
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	研修の機会があると声をかけて頂いたりしており、他事業所の方との交流や学ぶ機会がある。また、実践者研修等で交換実習を通して交流する機会があり、刺激や学びに繋がっている。		

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
<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	生活環境の変化の不安な思いをくみ取り、ゆっくり関わりながら、利用者の方の考えや意見、思いをきちんと聞き、本人との信頼関係を構築し馴染みの関係をつくる努力をしている。		
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	入居前の説明時に、ご家族の意見をお聞きしたり、入居数日後、電話で生活の様子をお伝えするようにしている。困っている事や不安な事には納得できるようきちんとした説明をしたり、アドバイスを行い信頼関係作りに努めている。		
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	面談時や入所前調査時に話を聴き見極め、その方に合ったサービスの提供が出来る様努力している。入居後、1か月以内に具体的な支援を本人や家族と相談しながらケアプランに都度反映し変更している。		
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	暮らしを共にする者同士と思い関係を築いている。一緒に家事をしたり、共有できる気持ちを持つ様に努めている。		
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	入居時や定期的に家族様と利用者様の絆を大切に下さるようお話をさせて頂いている。受診や面会、外出、外泊の機会が持てる様働きかけている。また、毎月お便りを送り話題作りを行っている。		
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	本人が大好きな物、大切にしている馴染みの物を置いたりしている。友人や近所の方が面会に来所し易いようにしたり、プライバシーが保たれるようにしている。	以前利用していた併設小規模多機能事業所へ訪問したり、馴染みの家族、友人や近所の方が来られ面会される方もあります。面会の際には利用者の意向に合わせた取り組み、プライバシー配慮がなされています。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	より良い関係で過ごせるように席の配慮を行い、スタッフが間に入り楽しい時間が過ごせるよう支援している。また相性の良い利用者間の対話を大切するよう支援している。		
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	契約終了時や病院から退院時等相談対応している。転居された施設に面会に行くこともある。また退所された後死去された方の葬儀にも参列している。その後の相談にも乗る等もやっている。		

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
<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	本人の思いを日々のケアの中で把握するようになっている。困難な場合もあるが本人の意向に近づけられる様努めている。	利用者様の意向に添える様ケアに取り組んでおられます。意向の表現が難しい方については、表情や日々のケアの中で読み取れるよう努めておられます。	
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	入所時にバックグラウンドの記入をして頂いたりし生活歴やこれまでの暮らし方を御家族様、本人との会話から把握するための情報収集を行っている。		
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	その人の望まれる過ごし方を知ることや、毎朝の健康観察時症状の変化を知り、その人に合った1日の過ごし方で支援している。申し送り時で情報を共有し把握に努めている。		
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	担当制にし担当を中心にモニタリングし、スタッフ会を通し話し合い気付きや意見をまとめ介護計画に取り入れている。また家族様には担当者会議の場において要望をお聞きしている。	担当者を中心にモニタリングが行なわれ、利用者の意向や家族様の要望や希望について聞き取りを行い、計画へ取り込み、介護・看護職多職種で検討して現状に即した計画作成に取り組まれています。	
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	個人記録に必ず記入するようになっている。またケアプランのモニタリングの所にも記入するようになっている。日々の申し送りを通して情報を共有し必要な時はチェックリストを利用し見直しに生かしている。		
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	必要な時間帯が手厚く支援出来るよう勤務時間を変更したり、他に替わる支援がないか考えるように臨機応変に対応している。		

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	地域のスーパーに買い物に行ったり、花見、ドライブ、外食の機会を設けたり、こども園に出かけたり、来所してもらっている。		
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	在宅生活からのかかりつけ医を継続して診て頂いている方がいる。かかりつけ医には往診や電話で相談や指示をして載っている。緊急時はスタッフが付き添ったり家族様と受診をして頂いている。受診時は手紙を添えている。	在宅からかかりつけている主治医への受診は家族様が同行され、必要な情報や報告については、職員が事前に書面や電話にて伝えられています。往診等希望されている利用者は、協力医である同一法人の病院から往診対応がなされている。	
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	バルツの看護師と連携し健康観察を行い、体調不良時は早期に受診している。看護師不在時は敷地内にある他部署の看護師に相談したり処置等依頼しており協力体制をとっている。		
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。	入院時には必ず情報提供書を渡している。入院中の様子は電話で聞いたり面会に行き状態把握をしている。退院時は退院時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、事業所の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	長高齢化にて終末期において担当者会議や必要時家族と話し合いの場を設けている。施設でできる事、家族様の協力体制、方向性を都度確認し、御家族様にも納得して頂いている。看取りは主治医、御家族様との協力体制が取れば看取りができるようにしている。	利用開始時に、終末期について事業所としての方針を説明されます。また、介護度が要介護3になった時点で、特別養護老人ホームに申請が可能となった事と、今後の意向や終末期や重度化についても、ご家族様と話し合いがなされています。主治医、家族と協力体制を取りながら看取りが実施されています。	
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	応急手当、緊急時の対応についてはマニュアルに沿って行い、また指示をだしている。消防訓練時や研修の場に於いて実践力を身に付けている。		
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	定期的に避難訓練を実施しており利用者様も参加して頂き、意識向上に努めている。近年自然災害が増えている為、様々な災害を想定し避難方法や対応を会議等で話し合い共有している。地域消防団にも参加を呼び掛けている。	定期的に同一敷地内の3施設で避難訓練等実施されています。様々な災害を想定しての机上訓練も行い対応方法を話し合われています。避難訓練時には近隣住民にも声掛けして参加頂けるようにされています。	

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>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	毎朝の接遇研修でのトレーニングや研修を通して、一人ひとりの思いを念頭に置き誇りやプライバシーを損ねない対応に努めている。	接遇研修も実施されており、毎朝の申し送りの際の職員会で接遇のロープレ等も継続されています。個々の尊厳を損ねるような言動等は見受けられません。	
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	常に疑問形や選択し易い2択にして問いかけ、答えやすい環境作りをし、自己決定して頂いている。		
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	提案をして、自己決定して頂き、本人の思いを優先し都度確認しながら、過ごして頂いている。		
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	保清を保ち毎日髭剃り、整容して頂いている。散髪は希望者は移動車ハッピー号で散髪や毛染めをして頂いている。行きつけの美容院がある方は家族と行かれる。お化粧の楽しまれている方もあり、意欲的になれるような声掛けをしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	アレルギーや嗜好の把握に努めている。希望の飲み物を聞いたり、お茶のお菓子を選んで頂き盛り付けをして頂くこともある。	テーブル拭き等出来る事をお手伝いして頂いています。行事食や誕生日時のメニュー等、ご本人様の意向を傾聴し、意向に添える様支援されています。外食の代わりに屋台ラーメン屋さんに来て頂くお楽しみも継続しておられます。おやつのお菓子も選べれるようにされています。	
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	栄養士との連携を図り管理している。個別の摂取量を把握して一覧表にしている。水分も適時摂取できるようにしている。場合によっては摂取表の記入も行っている。		
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	毎食後声掛けし実施している。できない利用者についてはスタッフが行っている。		

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
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	一人ひとりに合った時間で声掛け、誘導し必要に応じて保清してパット交換をしている。全員トイレ、Pトイレでの排泄である。	定時誘導、声掛けや生活リズムの確保等、必ずトイレでの排泄支援を継続しておられます。おむつ、リハビリ、パット等の利用頻度が減少したり、パットだけでの対応になった方もおられます。	
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	個々に応じた対応を行い歩行訓練を促したり、水分補給を行い便秘の予防に取り組んでいる。在宅生活から飲用されていた排便を促すお茶を持参されている方もある。		
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	本人の希望を取り入れ入浴時間を決めている方もある。入浴拒否があった場合は無理はせず時間をずらしたり、日にちをずらし入浴して頂いている。	本人の希望を聞き取り希望に添えるよ入浴支援がなされています。週に2~3回、午後入浴が実施されています。入浴拒否の傾向がある場合は、職員を交替したり、曜日をずらす等の対応が行なわれています。	
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	昼食後はホールベッド、リクライニング椅子であったり希望する場所で休んで頂いている。昼食後落ち着かない場合はホールで職員と話をし過ごされる。夜間睡眠ができるよう日中の活動を充実するよう心掛けている。		
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	薬の説明書を提示し誰でも情報が得られる様にしている。確実に服薬できるように二名での対応を基本としている。		
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	家事では、洗濯たたみなど出来ることをして頂いている。季節の行事を計画して、楽しんで頂いたり、生活リハビリ、読書など個々の過ごし方がある。希望に添って食事形態を工夫している。		
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	お菓子を買いに行ったりしている。花見外出やドライブ後お茶を飲んで帰ったりしている。ローズで開催されるオレンジカフェに参加したりしている。	今年は新型コロナの感染予防であまり外出が出来ませんが、例年は季節のドライブや買い物等の支援を行なわれています。今年は、敷地内オレンジカフェに出かけたり、敷地内の散歩や日向ぼっこ程度にとどまっています。	

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
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	自己管理できる方は所持して頂いており、買い物と一緒にいたりしている。		
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	希望される方には支援している。家族からの手紙に返事を書かれる方もある。電話は希望すれば掛けれる様にしている。		
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	季節感に合わせた飾りを作りクリスマスツリー、正月飾り、ひな飾りなどで楽しめるように工夫している。またソファの置き方やテーブルの設置など工夫している。	共有空間は、程よい明りと季節の飾り、ひな壇が飾られており、室温や音も居心地よいよう配慮・工夫がなされていました利用者間の完成も配慮して座席の配置を変えたり、テーブルやソファのレイアウトの変更が行なわれています。	
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	安楽な姿勢で過ごせるような工夫をしたり思い思いの場所で過ごせるようなテーブル、ソファを置いたりし気の合った利用者で過ごせるような工夫をしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時に家族に説明するが個人差があり殺風景な居室もある。中には仏壇があったり使い慣れた馴染みの家具などを持参されている方もある。	利用開始時に、利用者・家族等にご説明し、個々の使い慣れたものや写真等を持参頂くようにご説明されており、馴染みの物を持ち込んで頂き、生活しやすい環境整備になっていました。	
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	自立した生活が送れる様ご本人の意思を尊重しながら支援している。一人ひとりの能力を理解し残存機能を活用し出来ない部分はお手伝いしている。		