

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	0970102646		
法人名	社会福祉法人宝生会		
事業所名	グループホームカトレア		
所在地	栃木県宇都宮市星が丘1-1-28		
自己評価作成日	令和5年8月31日	評価結果市町村受理日	令和6年1月30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	tp://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanr.i.nsf/aHyokaTop?OpenAge
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	令和5年9月28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)】

グループホームカトレアでは、設置法人である社会福祉法人宝生会の他の施設、及び協力医療機関との密接な連携により、要介護高齢者への包括的な支援・サービス利用へのお手伝いが可能です。
 現在、全国的なご利用者の重度化傾向から特養ホーム的な介護の実践が必然的に求められ中にある中でも、利用者様の日常生活行為の維持、傾聴、園芸ボランティア等の関わり、外出支援、地域行事の参加、利用者様個別の密な関わりなど、利用者様の自立性・活動性の維持拡大に努めています。
 地域との関わりを大切にしており、公益的な取組に力を入れております。地域に貢献できるよう施設行事への参加や清掃活動、消防団協力事業所への登録、認知症サポーター養成講座の開催など、地域のために何が出来るかを検討しながら取り組んでいます。
 介護人材育成認証制度☆3を取得しています。緊急災害時の、地域連携として、近隣企業様との協力関係や、自治会との協力関係を築いています。

【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)】

- ・当法人は、病院や老人保健施設、特別養護老人ホームを運営しており、訪問診療や入居施設への移行など身体状況に応じて医療と介護を提供することができる。
- ・入居時に本人や家族にかかりつけ医の継続が可能であることを伝えているが、ほとんどの方が同じグループ法人の訪問診療へ変更されている。訪問診療は、週1回行われているが、それ以外でも医師と電話で連絡することができる。
- ・事業所では、利用者一人ひとりの思いや意向を大切に、入居後も日課の家事や趣味のカラオケを続けることができる。
- ・食事は、職員と利用者と一緒に調理して提供している。利用者と共に、献立を考えたり、食材を買い出しに行くなど、利用者が食事の楽しみや興味を持ってもらうような工夫をしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55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
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
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
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
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
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
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
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
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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、生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
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
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

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	介護保険施設としての理念を大切に考え、職員全体で共有できるよう、内部研修にも取り入れて、常に確認し合っています。	事業所の理念を5つの項目に分け、職員が目にしやすいユニット出入りに掲げている。また、内部研修やケアの振り返りをするときには、全職員で理念について確認し、同じ方向性で取り組めるようにしている。	
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	運営推進会議を通じて、カトレアの活動状況を報告しています。民生委員の方が、交代で運営推進会議に出席されたりしています。地域における公益的取組として消防団協力事業所として認定され、いつでも地域に協力できるよう努めています。自治会行事には利用者様に参加していただき、地域との関わりを大切にしています。また、いちごハートネット事業に参加しています。	事業所は、自治会に加入しており日頃から自治会長や民生委員との繋がりがある。地域の傾聴ボランティアやコーラスボランティアを事業所に呼び、利用者との交流が行われている。また、近隣の小学校のお祭りに利用者や職員で参加している。	
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	利用者は、個々の状態や季節に合わせて散歩に出かけ、小学校の下校見守りパトロールに協力しています。また資源ごみ回収、草むしりに貢献しています。その際に御近所の方々と交流し、その存在への理解につなげています。認知症サポーター養成講座の開催を地域の方へ行っており、認知症への理解が深められるよう地域貢献を行っています。		
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	年6回の開催ごとに、入退所状況や日常生活のサービスを報告しています。利用者の家族様、自治会長、民生委員の方々が出席されています。地域活動や行事の参加、カトレアの行事開催の報告などを通して交流の場として活かしています。	メンバーは、自治会長や民生委員、家族代表、地域包括支援センター職員となっている。現在は対面で会議を行っており、参加者から水害への備えやボランティアについての意見や助言があり、事業所の運営に活かされている。全家族には議事録を郵送し、事業所の実情を伝えている。	
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	事業運営に関連する事柄や、運営基準の内容に関連すること等について、窓口の訪問や電話連絡などにて指導を仰ぎ、適正なサービス実施に努めています。	市とは、介護保険の加算について相談するなど日常的なやり取りがある。また、市の事業である「ハートネット事業」「認知症サポート講座」などに積極的に協力している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	原則身体拘束は行いません。徘徊のある利用者様はマニュアル及び管理者・副管理者が、リーダーに指導・確認に努め、指導を改める時は介護計画書を追加します。但し、利用者様の状況により、ユニットの出入りを施錠することで、安全確保を行う場合があります。身体拘束委員会を設置し3か月に一回職員全員に内部研修を行っています。	身体拘束委員会を3か月に1回開催し、勉強会も併せて行っている。勉強会では、職員が交代で資料作りや司会進行を行うことで、より身体拘束をしないケアについて学んでいる。利用者に対して、言葉で行動制限することが無いよう徹底している。	
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等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	管理者と副管理者が現場に赴き、利用者とのコミュニケーションやレクリエーションを通ずることで監視の機能を果たすとともに、利用者との信頼関係構築の見本となるよう努めています。外部の研修にも積極的に参加し、虐待に関する知識の習得を図っている。		

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
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	制度利用が必要な利用者様が入居した場合などに、その内容や必要な情報を職員が共有できるよう図る事を考えています。内部研修にて知識習得に努めています。		
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	入所前や当日の説明にて、十分な理解が得られるよう努めています。入所手続きや相談は、主に管理者と副管理者が2人で実施します。		
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	御意見箱を設置するとともに、常に職員全員が利用者・家族からの御意見を管理者に報告することが徹底されています。管理者、副管理者は家族が来苑された時は対応し家族の意向や相談を受け入れて、ご安心されるように努めています。	利用者には、普段の生活から意見や意向を聞いている。食事のことや外出についての意見が多く、事業所で可能な範囲で意見反映に努めている。家族には、面会時に本人の様子を伝えながら、意見を聞いている。また、事業所の玄関に意見箱を設置している。	意見箱の設置場所の工夫を行うなど、より家族から意見が出るような工夫を期待します。
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	日常の業務内で、リーダーのみならず、職員からの業務に関する相談・提案を管理者・副管理者が聞くようになっていきます。	管理者は、業務に携わりながら職員からの意見を聞いている。行事の提案など、職員の意見を取り入れた取り組みも行っている。管理者は職員に対して年2回の人事評価の際に、個別に話を聞くなどしている。	
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	職能要件書の整備とともに、法人の施設担当者会議にて、職員の労働環境・条件について検証を繰り返しています。これまでも、資格手当の創設やベースアップ、処遇改善手当の算定等を実施してきました。また、とちぎ女性活躍応援団、いい仕事いい家庭つぎつぎとちぎ宣言や、介護人材育成認証制度星3つの取得等、職員が働きやすい環境ややりがいを感じられる職場であるよう努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員の職務研修は毎月1回の内部研修をもうけ、職員がテーマを決めて行い、年間計画を立てています。法人の研修にも毎月1回参加し報告者を提出しています。		
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組みをしている	法人内のそれぞれの内部研修に参加したり、そこでの専門知識や業務の在り方を学び施設職員や医療機関職員との接触の機会をもうけております。相互の情報共有に役立っています。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所時や初期の2か月くらいまでは、新規利用者様に対しては、より緊密にコミュニケーションしていくことを中心に介護にあたっています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入所時の手続き説明の段階で、なるべく多くの時間をかけて、家族とコミュニケーションしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	利用前に必ず面談調査を実施、現状の把握に努めています。		
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	利用者様個別に、日常生活行為の自立支援を援助しています。又、日々洗濯物干し・洗濯物たたみや食材の準備に調理のお手伝い、更に花壇等への水撒きや館内の清掃等、職員とともに実施しています。		
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	帰宅願望が強い利用者様にはカトレアの生活リズムに慣れて、落ち着かれてからの面会や個々の主訴に応じて1、2か月は様子を見ながらのご面会をお願いしています。		
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	コロナが落ち着いてきたため、身元引受人に確認をとりながら、これまでの馴染みの関係のある方の訪問・面会を感染対策に留意しながら、受け入れています。更に、コロナの状況によっては、外出や外泊も出来るようにしています。地域のボランティアの受け入れを行い、地域との関わりや関係が途切れないよう支援しています。	感染症対策を行った上で、家族以外の知人や友人との面会を居室でできるようにしている。また、墓参りに出かけた時、自宅に日帰りができるように支援している。	
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	利用者個々の認知症の状態や、生来の性格・持ち味に配慮し、良好な関係性が保たれるよう配慮します。レク、ボランティア活動、外出支援を通して利用者様同士の関わり場を作っています。		

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
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	退所後も、相談に応じています。法人の介護施設や入院している場合も、管理者、副管理者が出向き、ご様子や状態をお聞きし把握するとともに、現在の置かれている状況についてご相談をさせていただいております。		
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)	○思いやりや意向の把握 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	入所時と入所後1~3カ月の期間を目安に、暮らしへのニーズを把握するよう努めます。認知症の症状が顕著で主訴の確認が困難な場合は、必要な介護・支援を中心に据えながら、御家族と随時電話や面会時に協議します。	本人の意向を入居時に伺うが、入居後も管理者や職員が利用者の意向や思いに変化がないか確認している。表出された思いなどは、記録して全職員に情報共有されている。意思疎通が困難な場合は、家族からの聞き取りや生活歴を確認して、本人本位に検討している。	
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	入所時に、ご本人の生活歴等についての情報提供書への記入を家族様をお願いしています。 又、面会や家族との面談を行うごとに、少しずつ詳しい内容を聴取することもあります。生活機能訓練加算を算定し沼尾病院の理学療法士による個別計画を評価してもらい、介護士が毎日一諸に行うことによりADLを保っています。		
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	一人ひとりの状態を、日々の状況を通じて把握し、職員全体が情報共有できるよう努めています。例えば、入浴は午後にご希望であれば、対応に応じています。		
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	介護計画は、基本的な計画を基に、ご利用者様の日々の変化に細かく対応できるよう、管理者・副管理者への報告を密に実施させ、連絡や申し送り等で補えるよう努めています。	介護計画書は、ケアマネジャーが職員の聞き取りや本人の状態を確認しながら、作成している。入居初めは、3か月程度で見直しを行い、現状と相違がないか検討している。担当者会議は、本人や家族も参加し、関係者ができるだけ集まり話し合いをしている。モニタリングは、ケアマネジャーと職員が話し合い、評価している。	
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	個別の介護記録を全員分毎日行っており、生活状況や健康面の推移が確認できるよう努め、それを基に家族への説明や介護計画・日々の介護援助実践の根拠となるようしています。又、誰が見てもわかりやすい記録になるよう実践しています。		
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	運営基準への抵触や関係法令との絡みを精査しなければならない点が多く、困難な場合が殆どですが、時々現れるニーズに耳を傾ける姿勢を大切にしています。		

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
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	利用者様個別の状態に応じて、地域の行事に参加したり、美術館や博物館、図書館、買い物に行きたいところを傾聴しながら、外出しています。		
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し、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	主治医は、入所前からの継続を基本としていますが、訪問診療が週1回あることから、協力病院の医師を希望とされる利用者様には切り替えていただいております。家族様が薬の処方や緊急時対応の面で協力病院をご希望されることより、より密接な連携を保っております。	入居時に本人や家族にかかりつけ医の継続が可能であることを伝えているが、ほとんどの方が同じグループ法人の訪問診療へ変更されている。訪問診療は、週1回行われているが、それ以外でも医師と電話連絡することができる。整形外科や皮膚科などは訪問診療で対応できないため、家族が受診の対応をしている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護ステーションとの連携により、週1回の健康チェックに来院していただいております。情報共有を実施、又助言や応急対応の指導を得られるようになっております。		
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、また、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。また、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。	主に協力病院や訪問看護ステーションとは密な連携関係を構築しています。入院の際も、医師・病棟スタッフは当施設及び利用者への認識が深く、情報交換も密に実施できます。他の医療機関に入院した際も、担当スタッフと連絡を密に取り合うよう行っています。		
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、事業所です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	重度化の指針について、入所時に説明を行い理解を得るよう行っています。	入居時に本人や家族に、看取りや重度化についての方針を伝えている。事業所では、看取りを行っており職員に対して看取りケアの研修会を行っている。身体状況が低下した際には、同法人の介護老人保健施設でリハビリを行い、回復後に再度事業所に戻ることができる。	
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	訪問看護師よりアドバイスや指導を受けている。又、急変に対応するマニュアルがあり、それに従い行動する旨、職員・訪問看護師又は協力病院医師は共通の認識を持っています。		
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	年間防災計画を立て、月1回の実施を行っております。職員が常に迅速な行動がおこせるように訓練と学習を繰り返すことで身に付けています。自治会長との連携を図っており、緊急災害時には連絡できるよう協力体制の構築ができています。年2回の消防訓練や水害時に対する避難訓練も実施している。	避難訓練は年2回実施し、うち1回は消防署立会いで行っている。日中と夜間を想定した訓練を利用者と職員と一緒に実施している。火災想定その他、水害に対する訓練も行い、屋上に避難する訓練も行っている。自治会長が災害時の緊急連絡網に入っており、地域の協力体制が整備されている。	

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
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	個々の人格やプライバシーに配慮するため、必要に応じて、各利用者の居室(個室)内にて介護や援助を実施しています。集団での言葉かけはいたしません。認知症に対しての言葉かけには常に配慮するよう職員に指導しています。	トイレや入浴などの支援には、個別に声掛けするなど羞恥心やプライバシーに配慮している。認知症の方に対する接し方や関わり方などは、事業所内で研修を行い、統一できるようにしている。	今後は、プライバシーに関するマニュアルを作成し職員に周知できるよう期待します。
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	日常的に、利用者本人の意思表示を優先するよう心がけています。職員は利用者様に傾聴を心がけ、引き出せるよう、管理者、副管理者が職員との連携を密にして話し合っています。		
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	食事や入浴以外は基本的に生活日課の設定はしていません。散歩や外出、レクリエーションへの参加等、利用者の意思やペースに配慮し、無理強いにしないよう対応しています。		
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	入所時(自立度の高かった頃)の服装や本人イメージ、家族の思いを考慮した服装や着脱介助の実施、必要に応じてお化粧品のお手伝いなど行います。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜の下ごしらえや味見・配膳・下膳など、利用者個々の自立度に応じて、参加を毎日促しています。	利用者と一緒に野菜を切ったり、ご飯をよそうなど調理の手伝いをしている。近くのスーパーへ利用者と職員と一緒に食材の買い出しに行っている。誕生日やおやつ作りでは、利用者が食べたいものを一緒に作っている。	
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	食事摂取量・水分量の観察とともに、認知症の特性を念頭に置いた摂取の促し、毎食後の他、10時、3時、入浴後等の飲用の機会の設定とその他随時の水分補給を実施しています。		
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	毎食後の歯磨きや口腔ケアを実施しています。口腔内のトラブルに応じて対応します。口腔衛生管理体制加算の取得により、協力歯科の歯科衛生士より口腔に関する指導を職員が受けており、口腔内の清潔が保たれる様援助しています。		

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向けた支援を行っている	最初からオムツに頼るのではなく、本人の状況に合わせて時間でトイレに誘導し、認知症による排尿・便意の低下や失見当識による排泄自立低下を補えるよう図っています。	トイレは、排泄チェック表を用いて、一人ひとりの排泄パターンを把握し誘導している。尿意・便意が曖昧な方でも、定時で声掛けすることで、トイレの失敗が減ることに繋がっている。夜間もできる限りトイレでの排泄を支援している。	
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	食物繊維や水分摂取、散歩などの適度な運動に配慮するとともに、主治医や訪問看護と連携し、必要な場合は下剤の服薬等対応を行っています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴介助(身体介助)の必要性が高い利用者の方は、予め入浴する日時を決めさせていただいていますが、その際の本人の希望や意思表示により、時間帯や実施日は変更できます。同性介助への配慮も行っている。	週2回の入浴支援を行い、時間帯や曜日は利用者の希望に応じている。同性介助を望まれる方には、職員を調整するなど個々に応じた支援を行っている。重度の方でも入浴ができるように、入浴ボードやシャワーチェアを用意し、安心して入れるように工夫している。	
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	一日の過ごし方に決まりはなく、他の利用者や交流したり、自室での昼寝や、部屋で過ごす、食事も一人で食べるなど自由です。		
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	職員全員が服薬の重要性や誤薬の危険性を認識し、服薬のミスが無いように、個別に仕分け保管等の対応を行っている他、与薬時には職員2名にて確認作業を行っています。		
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	縫物が得意な方に裾上げをお願いするなど、其々の得意な物事を行っていただいています。以前、茶道を行っていた方には、お茶をたてていただいております。		
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	日々の散歩やドライブ、希望を聴取した季節の外出の他、個人の外出ニーズに対しては、御家族の協力を仰ぎながら、利用者本人の希望の実現に努力しています。希望にて、カラオケへの外出支援も行っています。	日々の散歩は職員が付添い支援している。感染症予防を行った上で、花見や初詣など季節や時節に合わせた外出支援を行っている。また、近所のカラオケボックスに出かけ、歌を歌ってくるなどの外出も行われている。	

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	金銭トラブル防止から、原則、所持金お持ち込みは禁止させていただいておりますが、ご希望があれば、ご本人様、ご家族様の了承の元、金庫にてお預かりし、必要の際は、ご本人様が支払いを行っています。		
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	本人の希望により、電話をかけるお手伝いをします。手紙を書く場合は、完全に職員が代行するのではなく、本人の可能な範囲で自立を促します。		
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	採光や壁の色・材料等について、居住空間として配慮された設計・建築・施工がされています。空調は集中管理式で、利用者の各居室のエアコンは自動調整式を導入しています。	リビングは照明の電気を暖色系にまとめ、利用者に不快感なく、暖かみのある空間を提供している。また、金魚を飼っていたり、制作物を飾るなどで生活感も取り入れている。空調設備を整え、適度な湿度を保つように配慮されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	食事テーブルとソファの配置を工夫し、グループ分けされやすいよう配慮。又、廊下にベンチが配置され、気の合う利用者同士で団欒することも可能です。又、必要に応じてスクリーンにて間仕切りも行います。		
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	居室内御搬入頂く所持品や家具・電化製品等は、法令で禁止されているもの以外はすべて自由です。入所時には、改めて新調するのではなく、使い慣れたものの持ち込みをお勧めしています。	利用者は、自宅で使用していたものなどを自由に持ち込むことができる。また、ベッドや棚の配置も本人や家族で決めることができる。ソファや仏壇、冷蔵庫などを持ち込むことができるほど十分なスペースが確保されている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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	常設ではありませんが、利用者個別の必要性に応じて掲示物の設置をするなどします。その他、手すり歩行が可能方の移動の支障にならないよう、障害物を置かない等の配慮を実施しています。		