

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	2172600666		
法人名	社会福祉法人 新生会		
事業所名	グループホーム もやいの家 泉		
所在地	岐阜県揖斐郡池田町本郷1501番地		
自己評価作成日	令和3年10月22日	評価結果市町村受理日	令和4年2月22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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JkyosyoCd=2172600666-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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 岐阜後見センター
所在地	岐阜県岐阜市平和通2丁目8番地7
訪問調査日	令和3年11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)】

認知症になっても安心して地域のなかで過ごすために利用者主体の生活が送れるように支援している。出来ること、出来ないことを見極めた自立支援に向けたアセスメントを行い、チーム全体で取り組んでケアを実践している。地域との関わりについてはコロナ禍において交流がなかなか出来ない状況において、グループホームの活動状況が分かるように通信の発行等を行っている。家族との面会が出来ない時には個々のレベルに合わせて電話や手紙等で対応出来るように支援、その際には利用者の現状報告をするなど、家族と職員との繋がりも取れるようにしている。また、利用者本人の強みを活かした活動として、裁縫や大正琴の演奏など個々の生活歴や知識を活かした活動を支援し、行事ができないなかでも畑の作物を見て触れることで季節を感じられる活動を実践している。

【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)】

有資格者でかつ経験豊かな職員が配置され、一人ひとりの利用者の性格、能力、体調の変化をきめ細かく把握し、情報を共有してケアにあたっている。ケアする・される立場の関係性を超えて、日常生活をともにする観点から、自立心の強い人、依頼心の強い人等、その人の性格を考慮した上で、優しすぎるケアにならないような支援の在り方をチーム全体で話し合っ対応するとともに、その対応が適切であるかを検証している。具体的には、この人に普通食を提供しても良いのか、この場合に歩いてもらっても良いのか等、個々のケアの場面場面について専門職の助言も得て検討し、その結果を家族にも伝え、了解を得た上で実施している。また、裁縫の得意な方に縫い物や袋物の制作を依頼するが、針の管理が困難になっていることから、針の管理は職員が補助する等、利用者ができること、できないことを見極めて支援している。利用者の大正琴による伴奏によりみんなで歌を歌ったり、畑でうねを作り、玉ねぎや大根の育て方の蘊蓄を聞いたりする等して、利用者が生き活きと生活できる場を提供している。

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

[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 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	法人理念を基に、地域の中で安心して暮らすをホーム理念に掲げている。認知症になっても安心して暮らしていけるような地域のなかの役割と専門性を活かした入居者主体の生活をサポートしている。	法人理念を基にしたケア実践の具現化に取り組んでいる。管理者、職員ともに、理念につながる利用者本位のケアはどうあるべきかという議論が常日頃から活発に行われている。	
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	コロナ禍において本来の地域交流会が出来ないため交流は難しいが、お彼岸の時おはぎ作りは利用者と共に継続し、今後の状況に合わせていつでも近隣に配れる様に準備はしている。	地域の認知症介護の拠点施設として、地元の人々に受け入れられており、地域の介護の駆け込み寺的な役割も担っている。現在、コロナ禍の影響で、交流活動が制限的にならざるを得ない状況にあるが、例年は、行事をはじめ、様々な形で地域交流を行っている。	
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	ボランティアや福祉職の学生、近隣の小学生が福祉を学ぶ機会となっている。認知症ケアの取り組みと合わせて、常に相手の気持ちを考える共感や共生への学びの場となっている。		
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	コロナ禍において行政、区長、有識者、入居者家族との書面での運営推進会議を開催。11月に対面での初顔合わせを予定。様々な視点から意見交流をし自施設を見つめ直す機会を持ち、サービスの向上に努めている。	今年度はコロナ禍の状況にあり、会議は、町の担当課、自治会区長、外部委員、家族代表等に運営状況等の報告資料の送付による文書開催としているが、例年は、2カ月毎に、各委員出席のもと、開催している。いただいた助言や意見はサービスの質の向上に活かしている。	
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取り組んでいる	母体施設では、機関紙を発行、介護予防教室、認知症サポーター養成講座も連携している。今年度も認知症カフェの委託事業も担い、市町村と共に連携して活動している。	各種活動(介護予防教室、認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、障がい者体験等)を市町村と連携して行っており、市町村と緊密な連携が日常的に行われている。	
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	日中は自由に入出入りが出来る環境であり、母体施設での勉強会での身体拘束をしないケアを学び、障害者体験や抑制体験で体感し、利用者の尊厳を守っている。	年2回、職員勉強会が行われている。年齢の若い職員は、高齢者と同居する生活体験が少ない場合があるので、体験学習を取り入れ、身体拘束がいかに人の尊厳を損なうものかを体験してもらう等して、身体拘束をしないケアの実践について学びを深めている。	
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	法人内外の研修で学び、背景にある原因・対応を考え、困難ケースには他職種によるカンファレンスを実施、拘束しないケアが当たり前になっている。職員研修プログラムに組み入れ、職員に周知している。		

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
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	母体施設での勉強会で学ぶ機会を持ち、各職種での話し合いや相談が出来る体制である。		
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	見学、調査、契約と十分に時間をとり、家族の不安、疑問に答え、契約内容の説明を行っている。書類は一度持ち帰り、内容を確認後押印頂いている。入居時に再度、要望、不明な点を説明するよう配慮している。		
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	契約書に相談窓口、第三者評価委員を明示し説明、本人・家族の要望を支援に取り入れている。意見箱を設置、話しやすい場を作り、思いを聴き、家族の声をケアに還元している。	家族の対応にも利用者と同じように丁寧に行うよう心がけ、いつでも家族が気軽に話しやすい環境作りを行い、意見・要望を汲み上げるべく努めている。家族に対しケアプランを提示する際にも、モニタリング総括表を併せて見てもらい、家族の意見を聞き取っている。いただいた意見・要望はホームの運営に反映させている。	
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、リーダー職員は、ミーティング、面接、日常の支援の場面で職員の意見や提案を聞くようにしている。常に利用者の立場に立った発言を行い、皆で作っていく職場作りを目指している。代表者と語る会がある。	管理者は、常に現場に身を置き、日常的なケアを通じて、職員の意見の汲み上げに努めている。「口腔ケアセットを置く位置を統一しよう。コロナ禍の中、いつ他部署からの応援が必要になるかもしれない。リスクが高い服薬には利用者の顔写真を薬箱に貼付したらどうか。」等の意見が活発に出され、改善につなげている。	
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	年度始めでの勤務状況や個々の目標設定などのスタッフ一人ひとりの思いを聞くことを意識している。法人内のグループホーム懇親会を開催し、共に認め合い、成長できる職場環境を整えている。		
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	ステップアップ研修(新人・中堅・リーダー)、他部署・他施設研修、法人内外研修、専門委員会参加の機会を設け、資格取得やスキルアップに努めている。職員の強みが活かされ、やりがいに繋がっている。		
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	他施設研修を受けて、外部の施設から学ぶ機会を得ている。同法人内での(互いの施設の交換研修)を行い、自施設を見つめ直すきっかけにしている。		

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
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	入居前に見学や試し利用、ショートステイを活用しホームに馴染み、信頼関係が作れるよう援助している。事前に嗜好や強み調査、事前指定書を記入、自宅訪問で生活の様子を知り、不安、要望の把握に努めている。		
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	入所相談では、見学、心身状態、入居に至る経緯等を聞き、入所判定委員会での入所決定している。自宅訪問により、理念やケアの説明、家族のニーズを確認、不安を軽減、一緒に支えるスタンスで関わっている。		
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	ケアマネや生活相談員等との連携し、生活状況を把握した上で本人、家族のニーズから本人の合った生活が継続できるような見極めが出来るように相談、連携して対応している。		
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	本人の尊厳を守り、今までの生活が継続できるようにサポートしながらも、人生の先輩から学ぶことが多い。共に支え合う関係を築いている。		
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	介護計画を基に常に情報を共有し、家族の役割を共有し、面会時に家族とゆっくりと過ごす時間や本人の希望に合わせた外出を行っている。介護計画の説明・同意でのカンファレンスで情報共有を行っている。		
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	本来は知人、友人などの面会等、常にオープンな雰囲気、ゆったりと話ができる環境を整えている。デイ利用時に顔見知りの利用者との関わりが出来るように母体施設のレクリエーションに参加している。	少しでも面会の機会を作ろうと、予約すれば面会してもらえよう面会制限の緩和に努めている。家族に写真を送っていただくよう依頼したり、利用者に贈り物が届いた時には礼状を書くこと勧めたりする等、関係継続の支援に取り組んでいる。	現在、面会も外出も制限される中であるが、馴染みの人との関係継続への取り組みとして、例えば、家族や関係者の協力を得て親戚、友人等に季節の挨拶状等を書くことを奨励する等、手紙、はがきでの交流も一考と考える。
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	利用者同士が洗濯物たたみや食器拭きなどの家事作業を共同に行うことで自然に交流を深めることが出来ている。お互いに気遣いながら、共に暮らす仲間の意識を持つことが出来ている。		

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	
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	年に1度、6月に物故者慰霊祭があり、他界された家族を呼び、故人を供養する機会を設けている。他界後も関係は継続している。入院時は定期的に様子を伺うように配慮し、要望に合わせた相談窓口へ繋げている。			
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	常に利用者の思いを聞く姿勢を持ち、今後の生活への意向や希望を読み取っている。裁縫教室や英会話クラブ、農作物など本人のやりたいことを聞き、実現している。	利用者とゆったりと過ごす時間を大切に接しており、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。一例として、利用者の一人が農作物を作っていたと聞き、さらに話を聞いていくうちに、水やり等だけでなく、畝作りもできることがわかり、その方に畝作りをお願いしたところ、今や南の庭に立派な畑があり、大根、玉ねぎ等が栽培されている。		
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	事前調査時に生活歴や職業や大切にしてきたことなど強み調査表での聞き取りをしている。趣味や習慣にしていたことを継続が出来るように支援している。			
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	日頃の状態を観察、アセスメントシートを活用し、ニーズに即したプランを作成している。MNスケールやDFDLスケール、ケアチェック表を使用、課題分析を多職種の視点を加え多面的に行っている。			
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	強みアセスメントを加えたニーズ把握、カンファレンスで家族の意向を確認、多職種の連携でより個別の介護計画を作成している。暫定プランを1ヶ月で評価、その後3ヶ月毎、状態変化に合わせ見直している。	一人の方が食事を摂られなくなったので、カンファレンスで原因を検討した結果、やわらか食が好みに合わず食欲減退につながっていると気づき、管理栄養士、PT、STIにも相談しながら、家族の了解を得て、計画に反映し、普通食を提供したところ、食べていただけるようになったという例がある。チームで作る現状に即した介護計画の好例である。		
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	記録では主観的情報、客観的情報、アセスメント、プランニング(SOAP)での記載を行っている。情報からアセスメントを行い、ケアの根拠を理解し、プランに繋げている。ひやり・リスクシートでの情報共有を行っている。			
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	母体施設でのデイホールを地域の公民館と位置づけて、本人の意向や生活に合わせたレクに参加している。事業所の枠にとらわれずに支援をしている。			

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
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	スーパー、喫茶店、美容院を利用、福祉運動会、文化祭等地域行事に参加、ボランティアの方の協力を得ている。消防訓練や認知症の人が迷ったり捜索がいる際は、消防署、警察署、近隣住民の方の理解、協力がある。		
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	入居時に主治医の確認と選択をしてもらっている。母体施設医師の往診や協力病院医師の往診、診察、精神科受診、歯科医の往診も可能であり、緊急時・夜間も対応出来る体制をとっている。	契約時にかかりつけ医の選択の自由について説明を受けるが、大半が往診が行われる協力病院を選んでいる。家族が同行して受診する際には日々の生活情報、受診するに至った経緯を書面にして渡す等して、正確な情報の提供に努めている。	
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	入居時看護師が家族から在宅の健康状態を確認、状態変化はすぐに相談、緊急時・夜間も対応できる体制である。個別チェック表、ミーティング等情報共有している。重度化に伴う褥瘡予防、処置をしている。		
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。	協力病院は同敷地内にあり、夜間や緊急時にも必要な治療が受けられる。見舞い時状態を伺う等医療機関、家族と連携している。早期退院を希望するケースも多く、退院に向け主治医、看護師、リハビリ職、家族を加えカンファレンスをしている。		
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	重度化・看取り指針を説明、同意を得ている。入所時事前指定書で終末の支え方、意向を確認、状態に合わせてカンファレンスの実施し、最期までその方らしい生活が出来るように支援している。家族の希望もあり、お別れの会を実施している。	重度化した場合や終末期になると家族に医師より病状についての説明があり、職員も同席してカンファレンスを開き、家族の意向を確認するとともに、今後の対応について話し合いを持っている。特別養護老人ホームへ移る方もあるが、馴染みとなったホームでの看取りを希望される場合は利用者・家族の意向に沿った支援に努めている。	
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	急変時等看護師、主治医と連携し対応している。緊急対応マニュアルに搬送医療機関や家族連絡先を明記、緊急に備え、誤嚥時の対応など訓練を実施、周知している。介護職員の痰吸引等医療実習を行っている。		
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	災害マニュアル、消防計画を作成、報知機、消防署通報装置・スプリンクラーを設置。母体施設、協力病院と消防訓練を実施した。防災備品の点検や緊急連絡簿訓練を実施している。台風・水害被害への避難訓練を実施した。	例年、消防署も参加して、災害に関する訓練を特別養護老人ホームや協力病院と合同で年2回以上実施している。ハザードマップで危険箇所を把握し、避難場所は家族へも周知している。食堂の椅子には利用者手作りの防災頭巾がかけられている等、利用者の防災意識も高めている。	

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	理念を基にその方の尊厳を守り、利用者主体の生活ができるように本人の思いを聞きながら支援している。出来ることや出来ないことを見極め、出来ないことに対してはさりげなくサポートしている。	どのような生活を望んでいるのか、利用者一人ひとりの潜在的な強みを活かしつつ、それぞれの生活スタイルに合わせて、満足感や安心感を持ってもらえる生活をと、職員が皆思いを一つにして支援にあたっている。なかなか食事が終わらない利用者に「いいよ、ゆっくり食べて」と穏やかに声かけする等、利用者を尊重している様子が窺えた。	
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	ティータイムの飲み物や服装、レクへの参加など日常生活での自己決定が出来るように声かけを行っている。第1.3の水曜日に食べたいものをお聞きし、手作りの昼食を提供している。		
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	本人の生活リズムを大切に、起床時間や就寝時間は決めずに生活に合わせて対応している。レクへの参加や体調や気分を伺い、本人の意向を聞きながら対応している。		
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	毎朝、長い髪を整える方もあり、身だしなみへの意識を持っている。コロナの為資格のある職員によりカットを行い、洋服も本人らしさを心掛け、身だしなみへの意識が高まるよう支援している。。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたいものを聞きながら手作りおやつや第2.4水曜日に手作りの昼食作りをしている。手作り日や味噌汁具材で畑で採れた野菜を提供している。食環境を整え、食材の話題やグルーピングにも配慮している。	食べたいものを手作りする日は、役割分担して畑で採れた野菜や旬のものを使い調理している。手作り料理はどの日の食事よりも食欲が旺盛で、笑顔があり、なごやかな昼食となるとの事である。食材や献立、調理法等には管理栄養士の助言も得て、利用者にとって食事が楽しみなものになるような食事提供に努めている。	
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	嚥下・咀嚼状態に応じ食材の大きさ、調理法、トロミを工夫、食べやすい姿勢の保持を行い、食事環境を整えている。1日1500ml以上摂取できるように起床時や間食時に水分をこまめに提供している。食事量、水分量は記録して管理している。		
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	個々のアセスメントを基に洗面の声掛けや誘導、歯磨き、義歯洗浄の声掛け、介助をしている。口腔内炎症などの確認も行っている。歯科医師の往診や歯科衛生士、言語聴覚士の助言を受けることが出来る。		

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	排泄間隔を把握し、尿意やしぐさなどの排泄動作への観察を行い、トイレでの排泄に繋げている。失禁の状況は排泄チェック表に記載し、パットの使用も個々に合わせて、不快感を軽減している。	排泄行為は極めてデリケートな行為であると捉えて、一人ひとりの状況の観察を通じたパターンの把握や、それぞれに合わせたパット使用、さりげない声かけ誘導に心がけ、トイレでの排泄を大切に支援に努めている。オムツの使用についても利用者の気持ちを推測してケアする等、利用者に配慮しながら自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	便秘には水分と運動が重要であり、排便を補助するオクノス(食物繊維)、ビルクル(乳酸菌)起床時の牛乳提供を個別に対応している。排泄動作での前傾姿勢を保持や腹部マッサージを行い、出来る限り、自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	気分、体調により時間帯、温度など配慮、個室でゆったり入浴できる。ゆずや入浴剤、足湯など入浴が楽しめるよう支援、身体状況により作業療法士と連携し、シャワーチェアや母体施設で入浴する方もいる。	日に2人の利用者がゆったりと入浴を楽しんでいる。職員は声かけをして湯加減を聞き、適温になるよう対応し、一人ひとりの状況に応じた入浴の支援をしている。皮膚観察し、保湿のケアや爪切りのケアを行う等、気持ち良く過ごせるよう配慮している。	毎日、湯を張り、週2回の入浴を実施しているが、ニーズ・オリエンテッドの観点から入浴回数を増やして対応する必要が出てくるかも知れない。今後、対応可能性について検討に向けた取り組みに期待したい。
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	昼夜の区別が体感できるように日中は起きて過ごし、体内のリズムを整えている。就寝時間は本人のリズムに合わせた対応を行い、温かい飲み物を提供し、安眠を図ることもある。室温、布団等のリラックスできる環境を整えている。		
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	薬剤師からの服薬時の留意点等があれば、申し送りを行い、薬剤情報を把握している。誤薬のリスクがないように服薬チェック表を活用し、服薬確認をしている。服薬前に名前、日にち等確認して服薬介助をしている。		
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	生活歴を理解し、趣味活動や本人の得意な部分や役割を見出し、強みを活かした活動に繋げている。手芸、裁縫、音楽、ゲーム個々に合わせた支援を行っている。		
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支援している	本来併設デイホール利用を行ったり、家族協力により外出等個別に対応したり、花見、初詣での外出ドライブを支援しているが、現在は、出来る限り中庭等散歩に出かけたりする事を行っている。	ホームは広い敷地の中にあり、特別養護老人ホームに併設されている。中庭には大きな2つの花壇、屋根付きお地蔵様、オリーブの木、銀杏の大木、びわやサクランボの木が植えられて、それらを巡るだけでもかなり距離があり、四季を楽しみながら、お参りをしたり、実を収穫したりする等して、散策している。	

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	金銭管理の能力に応じて、財布を持っている方もいる。買い物と一緒に出掛け、支払いをしたり、母体施設の喫茶店で支払いも継続している。		
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	家族からの届け物に対するお礼など本人が手紙を書いたり、電話をすることで家族や知人との繋がりが継続できるように家族協力のもと支援している。		
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	リビングに日差しが差し込む木目調の落ち着いた創りである。洗面所、トイレ、リビングは居室から分かりやすい位置に配置し、適切な広さである。音楽、花、絵画、手作りの作品、畑の野菜等暮らしやすい空間を作っている。	リビングは南向きで広く、大きな窓からは花や野菜作りをしている畑が眺めることができ、利用者の楽しみのひとつとなっている。セミリビングには応接セットが置かれ、ゆったりと過ごせるエリアになっている。台所は対面式で調理の様子を見ることができ、香りが漂い、とても食欲がそそられる事と思われる。	
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	主にくつろぐリビングの他、セミリビング、和室、テラスがあり、相性、活動、気分に応じ空間の使い分けをしている。家族面会時はセミリビングでゆっくり過ごせたり、生活の様子をアルバムで見れるようにしている。		
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	入居時家族と相談し、自室と認識しやすい、くつろげる居室作りを依頼している。馴染みの家具や小物、写真など持ち込み、季節の花を飾る、室温や衛生面の配慮など居心地のよい空間が保てるようにしている。	自宅の延長となるような居場所となるよう、自分の個性を活かした居室づくりを家族の協力のもと、支援している。自宅で使っていた小型のダンス、小物入れ、手作りした洋服をかける衣装掛け、伴侶との思い出の写真等、思い思いのものが置かれている。	
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	利用者の力が活かせるよう個別の自助具、ベッド周りの環境をリハビリ職と連携し作っている。リスクの管理に努め、自由に安全に生活できるよう配慮している。対面キッチンで見守りやすくバリアフリーの環境である。		