

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	1273400265		
法人名	医療法人社団 恒久会		
事業所名	グループホームならわの家		
所在地	千葉県袖ヶ浦市奈良輪718-1		
自己評価作成日	令和4年1月1日	評価結果市町村受理日	令和4年5月23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="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</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4年2月17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)】

昨年と同様、感染症対策には、袖ヶ浦市役所、地域運営推進会議の委員のご意見、協力医療機関の医師・看護師の指導を受けて職員全員が緊張感をもって臨んでいる。行事に力を入れており、3密を避けた外出支援を行ったり、屋内行事も感染リスク低減のため階別開催にしつつも気分転換や季節感を味わって頂いている。協力医療機関との連携が強いので、医療上の必要に対する対応力には自信を持っており、利用者・家族の安心感を得られている。生活面では、調理の下ごしらえ、配膳前の準備、下膳、掃除、洗濯物畳みなど、出来ることはできるだけご自身で行って頂くことで、生活の実感が得られるよう支援している。また、1日を本人のペースで過ごし、自宅に近い雰囲気でご過ごせるようにしている。

【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)】

「なごやかで らんらん楽しい わたしのホーム」という理念からホームの名前も付けられた。コロナ禍で制限がある中で、利用者の生活が楽しいものになるように、ホーム内で出来る、行事、レクリエーションに力を入れている。また、利用者が自立して生活できるように、日々工夫をしている。同一法人が運営する医療機関と連携体制があり、利用者家族の安心に繋がっている。「看取りに関する指針」に基づき、ターミナルケアをおこなう体制があり、実績もある。

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 ↓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

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	理念をリビング等目に付くところに掲示し毎日見ること、介護計画や実践が理念に基づいた計画・行動となるよう、管理者・職員が共に意識して臨んでいる。	理念をいつでも目に入る玄関、リビング、事務所に掲示している。日々の申し送り時、研修時に読み上げ、職員間で共有して実践に繋げている。運営推進会議でも理念を確認している。また、ならわの家ホーム便りにも掲載して、広く周知するようにしている。	
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	体操や演芸を通してボランティアと交流している。また、近隣保育園との交流、隣近所の方との顔なじみの関係を築いている。	近隣保育園と交流を持ち、社会福祉協議会を通して、歌や踊り、体操のボランティアの訪問がある。コロナ禍で、現在はすべて中止しているが、終息すれば、すぐ再開出来る体制がある。	
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	家族はもちろんのこと、ボランティアやその他来所された方にホームでの取り組みや認知症の方への対応方法などの説明を行っている。		
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	運営推進会議で出た内容は介護リーダーから職員全員に共有されている。コロナ禍でも書面開催を行い、意見や情報を頂くことで地域の実情に沿ったサービス提供に努めている。	運営推進会議は、市役所介護保険課職員、民生委員、元市議会議員、シニアクラブ役員、利用者家族の参加で、年4回開催している。現在は、書面開催としている。利用者やホームの状況を報告して意見を聞いている。議事録も作成している。	利用者家族に運営推進会議の議事録を郵送することで、運営推進会議への理解を深めてもらい、意見を聞く機会ともなると思われる。
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	地域運営推進会議では市の介護保険課職員がメンバーとなり協力関係を築いている。管理者が市役所へ出向き情報交換をすることを行っている。	運営推進会議に市の職員が参加しており、意見交換をしている。また、市の介護相談員を受け入れているが、コロナ禍により中断している。現在は、3か月に1回、君津圏域が主催する多職種連携会議にリモートで参加している。	
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「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	身体拘束をテーマにした勉強会を年2回行い、職員全員が知識の共有や利用者個別のケアについて都度話し合いを行っている。特に接遇を重視して言葉遣いや態度については頻繁に対応を考えている。	「身体拘束等の適正化のための指針」に基づき、身体拘束をしないケアを実践している。事例を基に勉強会を年2回実施し、不適切な声掛けがあった時には、その都度注意し合っている。	
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	接遇委員を中心に、毎月法人の目標に沿った施設独自の目標を定めて虐待防止に努めている。雇用時には虐待防止の研修を行っている。身体的拘束適正化検討委員会において検討を行っている。		

【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
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	成年後見制度を利用されている利用者もいるため、制度の理解に努めている。また家族から相談を受けた場合には、相談窓口の紹介や制度の概要を説明できるようにしている。		
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	契約前に見学をして頂き、相談を受けながら十分な説明を行っている。入居を決められる際には重要事項説明書の説明を必ず行う。改定時には家族会又は個別に説明し、同意を頂く。		
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	利用者・家族には積極的に声掛けを行い、意見・要望を表明できるよう促している。玄関に組織図を掲示して、どの職員と話をしたか分かるようにしている。玄関にご意見箱を設置している。	家族会を年2回開催して、意見を聞いている。また面会来訪時や、家族参加の行事でも意見を聞いている。家族の意見から、職員の顔写真と役割分担を玄関に掲示した。	
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	主に事業所会議においてリーダーがまとめた職員の意見を管理者に上げて、相談・決定しているが、管理者はリーダーから日常的に相談・意見を聞き、素早い反映を目指している。また年1回意向調査にて意見・要望を上申する仕組みがある。	事業所会議で出た意見をリーダーがまとめて管理者に伝え、改善につなげている。日常的に職員の意見を管理者が聞き取り、対応をしている。年1回の意向調査で、全職員が意見、要望を、直接理事長に申し出る仕組みもある。	
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2回人事考課を行い、勤務状況及び個人目標の評価について面談を行い、向上心をもって勤務できるように努めている。		
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	事業所で勉強会を行い、知識・技術の向上を目指している。法人内外の研修に参加できる機会を設けており、新人職員は業務を把握してもらうため、チェックリストを活用して達成の目標にしている。		
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	法人内の内部研修・交換研修等で情報交換する機会を設けている。地域内(君津圏域)の同業種・他職種が交流する研修・勉強会がZOOM開催されており、出席している。		

【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
<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	入居前に本人・ご家族及び介護事業者から情報収集を行い、要望・心配事を聴いて寄り添うことで安心して頂けるよう努めている。介護支援専門員は必ず入居前に本人と面談して関係性を構築している。		
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	入居前に見学をして頂き、施設の説明を行いつつ家族からの相談や要望、困っていることなど具体的なことを聴き、関係づくりに努めている。		
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	初期段階では相談内容から暫定のケアプランを作成し、2週間以内にケアプランを見直しと修正を行っている。		
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	本人を主体として、本人ができる事、やりたい事ができるよう支援し、施設を生活の場として協働する関係性を構築するようにしている。		
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	家族訪問時や電話・手紙等で本人の生活の様子を細目に伝えるようにし、協力を依頼している。本人と電話で話して頂いたりすることもある。職員は家族の話聞くことで関係を築いている。		
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	コロナ禍で面会の機会がないため、電話、手紙で馴染みの人との関係性が途切れないように支援している。	現在はコロナ禍で中止しているが、家族や親せき、近隣の友人の面会は自由である。お墓参りや、正月の外泊支援、電話の取次ぎもしている。リモート面会が出来る体制は整えており、家族に周知していくこととしている。	
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にご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	食席への配慮を行い、楽しく会話ができるよう支援している。レクリエーションを介して楽しく交流できるようにしている。職員が会話の仲介に入って支援することもある。		

【評価機関】

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	サービス利用終了後も必要時は相談や支援を行うよう努めている。場合によっては、施設から支援をお願いすることで関係性を継続している。		
<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	居室担当者を中心に本人の意見や希望を受容し、意向を反映できるよう努めている。困難な場合は表情や仕草の観察や家族からの情報により検討判断するようにしている。	利用者との普段の会話や顔色・表情から気持ちを探り、思いや希望の把握に努めている。得た情報は口頭で申し送りをするとともに介護記録に記入し、職員間で共有している。	
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	本人の相談記録を見て生活歴を把握し、本人・家族より改めて生活歴を聞き取ることでサービス利用の経過から暮らし方を理解し、今までの環境と変わりなく生活できるように努めている。		
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	朝夕の申し送りや介護記録によって日々の心身状態を職員全員が共有し、現状に合った暮らしができるよう支援している。		
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	本人の課題やケアについて本人、家族、関係者の意見を反映し、介護計画を作成する。モニタリングにより計画の見直しを行う。	利用者と家族の意向、職員の気づき、介護記録等の情報を基に、計画作成担当者が6か月ごとに介護計画を見直し、作成している。また、定期的なモニタリングで状況が変化した時に、計画を見直している。	
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	日々の様子や変化を申し送り、記録することで情報共有と介護への実践に活かしている。また計画の見直しにも繋げている。		
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	本人や家族の状態の変化に伴うニーズを把握し、柔軟な支援・サービスの提供に取り組んでいる。		

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	地域運営推進会議で情報提供を受けている。コロナ禍で制限しているものの、保育園との交流・花見・ドライブに行くことにより暮らしを楽しめるよう支援している。		
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	協力病院が主治医であり、月2回の往診、週1回の医療連携訪問等で体調管理を行っている。必要に応じて受診の支援も行っている。	協力医院の総合内科医による月2回の往診、看護師の週1回の訪問により、健康管理をしている。専門医等の受診代行や通院同行も、必要に応じておこなっている。	
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	医療連携訪問で体調の変化について詳しい報告を行い、適切な指示や指導を受けている。また変化があれば随時協力病院の看護師と連携して受診等に繋げている。		
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。	入院時は職員が出向いて病院関係者との情報交換を行っている。退院時も事前に情報交換や訪問を行い再入居を円滑に進めるよう病院関係者との連携に努めている。		
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	入居時に重度化した場合と看取りに関する指針を書面で提示している。家族、医師と相談しながら今後の方針について早めに家族と話し合いを行っている。決まった方針に基づき医療関係者ととも支援に取り組んでいる。	入居契約時に意向を確認し、重度化や終末期に向けた方針を説明している。確認書を作成して意思を確認し、体調の変化があった場合や看取りの時期に入る時に、協力医が説明して、対応支援している。ターミナルケアの勉強会もおこなっている。	
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	マニュアルを備えている。また医師、看護師の指導を受け急変や事故発生時に対応できるよう備えている。		
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回の防災訓練及び勉強会を行い、災害時の動き等を確認している。地域運営推進会議でも協力体制を築いている。	年2回、夜間想定を含めた避難訓練の時には、消防署から水消火器を借りている。水や食料の備蓄は法人一括管理しており、隣接の母体病院の備蓄も利用可能である。発電機の備えもある。	自然災害が増えているので、飲料水や食料をホームでも備蓄し、発電機等の機器も職員全員が稼働できるようにすることも期待される。

【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
<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	一人ひとりの自尊心を維持できるよう、否定しない声掛けや対応に当たっている。施設で接遇目標を設定し、職員間で意識を高めている。	接遇目標を掲げ、利用者への言葉遣い、言葉による拘束にも配慮している。指示・命令にならないよう、言葉を置き換えることを実践している。	
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	本人が希望を表したり、自己決定ができるよう会話の中で促すよう努めている。また本人が思いや希望を表出できる雰囲気づくりをしている。本人が自己決定ができるよう会話の中で促すよう努めている。		
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	個々の生活リズムやペース、またその時の気分に合わせて過ごせるよう、本人の希望を聴いたり様子観察をしながら支援している。		
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	本人に着る服を選んで頂いたり、選べない方には季節や天候に合わせた服装ができるようにしている。整容を鏡を見ながら行うよう支援している。 月1回理容師が来ており、サービスを利用することで身だしなみを整えている。		
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	献立表を掲示し食事への楽しみを持っていただいている。食材の下ごしらえ、テーブル拭き、お茶の配膳、下膳や後片付けといった作業を一緒に行ったり、役割として行う支援をしている。	管理栄養士がメニューを作成している。畑で栽培した野菜等を利用者と一緒に収穫して食べたり、季節に合わせた食事を提供するなど、食事を楽しめるように支援している。下ごしらえや盛り付け、台拭き等を職員と一緒に利用する利用者もいる。	
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	管理栄養士が献立を考え、個々の状態に合った食事形態で提供している。毎食水分・食事摂取量を記録し状態を把握している。		
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	毎食後口腔ケアを行い、自力でのケアが難しい方には職員が介助する。口腔内の状況により、舌磨き、ガーゼを使用する対応を行う。夜間は義歯を預かり消毒を行っている。		

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	排泄パターンやサインを把握し、トイレ誘導やパッド交換を行い本人の不快感軽減に取り組んでいる。過剰な介助は避け、できることを行って頂くことで自立支援に繋げている。	排泄状況を記録し、個々の排泄パターンの把握に努めている。車いすを自走するなど、自分で出来ることを見守り、自立に向けた支援をしている。	
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	水分摂取、乳製品の摂取、運動、腹部マッサージの支援を行うことで予防している。医師、看護師の指示の下、下剤の投与・調整を行っている。		
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	血圧・体温を測定し、無理のない入浴を楽しんで頂いている。その日の体調、ペース、気分に合わせて順番、時間を調整する等の支援を行っている。	週2回は入浴できるように支援している。冬場はヒートショック対策に、脱衣所や浴室を暖めている。入浴剤を入れたり、ゆず湯などで季節を感じるなどリラックスできるようにしている。入浴をしたくないという場合の声かけの工夫などは、職員間でアイデアを出し合い、支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣や体調に合わせて休息できるように照明、室温、寝具等の調整を行っている。また、その日の状況により休息を挟むことで疲労感を溜めないように努めている。		
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	薬情報書をもとに、服薬状況の理解、薬の作用・副作用等の理解を深めており、医師・看護師・薬剤師の指導・連携による確認及び新規投薬の場合は服用後の様子の報告を行っている。		
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	利用者ができることを維持するため、役割としてお願いすることで張り合いのある生活を送って頂いている。生活歴も把握し、生け花、畑仕事、習字、カラオケ、音楽(ビデオ)鑑賞などの楽しみごとを行っている。		
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に支援している	昨年と同様コロナ禍で家族や地域の方々と協力における外出は控えているが、散歩や外気浴、行事でのドライブ等3密回避を重視した外出支援をしている。	天気がよい時は、周辺を散歩をしたり、花壇や畑で水まきするなど、外気に触れる機会を作るよう心がけている。初詣や花見、ドライブなどの外出支援をしている。	

【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
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	本人に金銭管理能力がある場合には、本人にお金を所持して頂き、無い場合は買い物をするときに本人にお金を渡して支払いするよう支援している。		
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	ご家族へ電話をかけたたり、はがき、封筒、便せんの用意や投函等、手紙のやりとりができるよう支援している。		
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	玄関や廊下に行事の写真を掲示したり、季節の装飾を利用者と一緒に作成して壁に飾ることで季節感が出るように努めている。換気や空調にも配慮し居心地のよい空間を作っているようにしている。	窓が大きく明るいリビングは、ソファも置かれ、居心地のよさそうな空間となっている。床掃除や廊下全周にある手すり等は毎日3回のアルコール消毒で感染予防に努めている。共有部分は掃除が行き届いており、清潔である。	
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	リビングにソファを置いたり、席にも配慮し気の合う利用者同士がゆっくり会話できるようにしている。食事の際は席を決めているが、それ以外の時間はフリーとなっており自由に過ごして頂いている。		
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	本人の使い慣れたものを置き、昔の写真、行事や誕生日の写真や色紙を飾り、自宅のような居心地のよい空間を作っているようにしている。	使い慣れた家具や馴染みの品を持ち込んでもらっている。在宅時に使用していた布団や枕を利用してもらったり、家族の写真を飾るなど、安心して過ごせるように支援している。	
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	居室入口には表札を付け、トイレ、浴室などが分かるように表示している。迷っているときには声掛けをしたり、臨時に表示を貼ることによる支援している。できる方はタンスに収納・整理をして頂いており、わかるように表示している場合もある。		

【評価機関】