

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5年1月1日	評価結果市町村受理日	令和5年6月7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2月16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)】

感染症対策は予防以上に「感染が起これたらどうするか」という視点に力を入れた。行事は継続的に力を入れ、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。本年度はクラスターの発生もあったが、本人・家族・医療・介護の連携により素早くまた適切な対応ができた。生活面では、調理の下ごしらえ、配膳前の準備、下膳、掃除、洗濯物量みなど、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)】

理念は「なごやかでらんらん楽しいわたしのホーム」で、ホーム内に掲示して周知している。穏やかに過ごしてもらいたいと、職員間で日々話し合いながら支援している。利用者は掃除、食事の下拵えなどに職員の見守りのうえ参加しており、自立支援につなげている。残存機能の活用を促すよい取り組みだと思われる。医療体制はホーム協力医が月2回往診し、看護師が週1回訪問して健康管理をしている。ターミナルケアには力を入れており、医師の指導のもと看取りをおこなっている。外出支援にも取り組んでおり、工夫しながらドライブに出かけるなどしている。

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
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	理念を食堂等の見やすい場所に掲示し、職員全員で共有し実践している。特に利用者様が和やかな雰囲気でお家にいるようにつるぎる環境作りができるようにしている。	理念は「なごやかでらんらん楽しいわたしのホーム」として、ホーム内に掲示しており、職員には浸透している。法人の理念を読み取って利用者の立場に立つということを勉強会や日常の申し送り時に話し合っている。	
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	体操や演芸を通してボランティアと交流している。また近隣保育園と交流の機会がある。散歩や外気浴をするときにはご近所とのあいさつや会話をして交流している。	近隣の保育園からハロウィンや勤労感謝の日などに訪問がある。近隣住民とは日常的に挨拶などで会話をしている。また、電話や来所での介護相談もある。近隣の派出所には利用者の情報を提供し、離設などに備えている。	
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	運営推進会議は現在書面での開催であるが、電話でのやり取りも含め情報交換を行っており、現在の実情に合わせたサービス提供に活かしている。	今年度は書面開催としており、送付先は住民代表、民生委員、地域の有識者である。市の介護保険課には議事録を提出している。入居者および職員の状況、行事報告などを行っている。参加者からは意見をもらいホームから回答するなどやり取りがある。	運営推進会議の書面でのやり取りの機会に利用者家族をはじめ、広く参加者を募っていくことを期待したい。また、報告内容はヒヤリハット・事故報告もあると良いと思われる。
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に取り組んでいる	管理者ができる限り頻りに市役所を訪問するように心掛けて協力関係を築けるようにしている。介護相談員の来所時には利用者の様子やホームの取り組みを伝えている。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情報交換をしている。	介護保険についての相談などで市の介護保険課とやりとりをしている。市の高齢者介護の連絡会などに参加して、勉強会などで情報収集をしている。市の介護相談員の活動が再開しているため、今後は連携を強化したい意向である。	
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	身体拘束に関する勉強会を行い、拘束しないケアを実践できるようにしている。利用者様の支援について職員同士で都度身体拘束とならないか検討を行っている。言葉や態度による拘束の防止にも取り組んでいる。	「身体的拘束等の適正化のための指針」を策定し、職員に年2回の研修をして周知している。身体的拘束適正化検討委員会を3か月に1回実施している。スピーチロックなどは職員同士でお互いに注意し合える環境である。	
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	勉強会等を通じて高齢者虐待について学び防止に努めている。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	成年後見制度を活用できるよう支援している。申立てに当たり本人情報シート作成を管理者が行い、主治医に正確な情報提供を行っている。制度を利用している利用者もいるため、制度の理解に努めている。		
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、概要の説明を行い、詳細は重要事項説明書を元に行っている。だれもが疑問に思う点のいくつかは予め説明することもある。改定時は家族会ないし個別に説明を行い同意を得ている。		
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	家族来所時は意見や要望を伺っている。面会時では最近の様子を伝えている。玄関に組織図を掲示して、どの職員と話したのかわかるようにしている。玄関に意見箱を設けている。	家族からの意見、要望は、通常の面会や電話などで聞いている。コロナ禍で面会が出来なかったため面会再開の要望が多くあった。オンライン面会を推奨しているが、玄関先での面会も可能とした。	
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。年1回意向調査にて意見・要望を上申する仕組みがある。	職員には毎月の事業所会議で意見を出してもらっている。また、年1回の職員の意向調査は理事長に直接意見が届くようになっており、職員のユニフォームも意見を反映したものである。	
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	事業所で勉強会を行い、法人内外の研修にも参加してスキルアップを目指している。新人職員はチェックリストを活用して力量把握と目標設定を行っている。		
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	法人内で内部研修や交換研修を行い、他事業所職員との情報交換の機会を設けている。外部研修では同業者との交流をする機会を作っている。		

【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	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	入居時に、相談内容から暫定のケアプランを作成し、入居してからの必要を見極め、1週間以内に本プランの作成を行うことで導入時の支援を適切に行えるようにしている。		
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、オンライン面会を活用することもある。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。	電話や手紙のやり取りの支援をしている。家族や近隣の利用者の友人の来訪や電話もある。コロナ禍以前は家族と一緒に外出や外食、墓参りなどに出かける人もいた。	
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	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】

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
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。		
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	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。	表情や行動から本人の気持ちを把握し、電子カルテに記録して職員間で共有している。思いを伝えることが出来なくて表情が陰くなる利用者がいたが、職員間で情報共有し対応を変更した結果、穏やかになった事例もある。	
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聴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。詳細な情報共有を必要とするときは、定時申し送り以外にも随時共有するように努めている。		
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	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。	介護計画は、計画作成担当者が居室担当職員からの情報や家族の意向をもとに、暫定プランを作成し、サービス担当者会議で意見を聞いて、本プランにつなげている。また、毎月モニタリングとアセスメントをおこなっている。	
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。		

【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
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。	訪問診療医が月2回、訪問看護師が週1回訪問して健康管理をおこなっている。精神科受診の場合は、家族と一緒にホームの精神保健福祉士が同行している。	
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	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複数回行っている。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「重度化した場合における対応に係る指針」「看取りに関する指針」で説明している。看取り期と判断した場合は、医師、看護師、施設管理者で利用者家族に丁寧に説明し、看取り計画書を作成して家族等の同意を得て、職員研修をおこない支援をしている。看取り実績がある。	
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回の防災避難訓練、通報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。	自然災害、火災、高潮、日中、夜間を想定した避難訓練を年2回実施するとともに、発電機の稼働訓練、通報訓練をおこなっている。法人本部が備蓄食料の管理をしており、ホームとして3日分の備蓄食料は備えている。	グループホームとして備蓄食料、備蓄品の一覧表を作成し、消費期限の管理がされるとさらによいと思われる。

【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
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	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。	接遇研修をおこない、事例を検討しながらプライバシーを損なわない支援に努めている。利用者同士の会話がプライバシーに触れるような場合は、職員が会話の中に入って話題を変えるなどしている。	
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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。メニューには季節を感じるものを取り入れていることがある。	職員が食材の準備と調理をしている。利用者は、調理の下準備や、食器洗い、下膳、お茶入れなどを職員と一緒にこなしている。おやつは職員と一緒に、おはぎやケーキを作ることもある。	
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。		

【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
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。	排泄記録を職員間で共有し、声掛け誘導している。その結果、リハビリパンツから布パンツに移行した利用者もあり、自立支援を実現している。	
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ず、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。	入浴は週2回を基本としている。ゆず湯など季節のお風呂や入浴剤で気分を変えることもある。入浴は、職員と利用者がコミュニケーションが取る時間と考え、利用者に向き合うように努めている。	
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増薬・減薬・変更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の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。	感染対策をしたうえで、2回に分けて、車椅子の利用者も一緒にイルミネーション観賞ドライブをした。ホームの上層階にエレベーターで上がり、ベランダから富士山を眺めることも出来る環境である。	

【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。オンライン面会の支援も行っている。		
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るようにしている。	訪問当日、広く明るいリビングで利用者と職員が行事の写真を眺めながら会話する姿が見られた。室温、換気などにも配慮して、居心地よく過ごせるようにしている。共用空間は掃除が行き届いて清潔である。	
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	自席に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。自室に自由に出入りできるよう配慮している。		
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	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るようにしている。	自宅で使ってきたタンスや寝具、孫の写真などを持って来ている利用者もおり、寛いで過ごせるような居室になるようにしている。	
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】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと