

令和 5 年度

### 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	0270101553		
法人名	有限会社 青森福祉サービス		
事業所名	グループホーム上磯		
所在地	〒038-0056 青森県青森市大字飛鳥字塩越4-1		
自己評価作成日	令和5年8月20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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和5年11月15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)】

<p>・各利用者様の尊厳を守り、身体拘束適正化委員会、虐待防止対策委員会、事故防止対策委員会感染症対策委員会を立ち上げ、各委員会で対応策を検討し、職員の意識向上、ケアの統一を図り利用者様の潜在能力を引き出し、自立支援に向け有意義な生活を送れるよう支援します。</p> <p>・24時間医療機関と連絡が取れる体制にあり、健康面で安心して生活できるよう努めています。また、本人、家族が希望すれば終末ケアも行い、最後まで安心して生活が出来るよう支援します。</p>
---

【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)】

<p>住宅街で、幹線道路沿いに位置し、地域住民の生活の営みを感じられる環境にある。福祉の心もち、利用者の視点に立って自立支援へのアプローチを強化してケアの質の向上に繋げる事を理念に、日々のサービスが展開されている。地域、家族との結びつきも重視し、コロナ禍で自粛していた関わりも徐々に再開し、積極的に交流していく予定である。食へのニーズを大切に、季節毎のメニューや行事食も多く、折々の暦に合わせた御馳走、又、毎月の利用者主体のおやつ作り等、食べる喜びの充足が図られている。医療の協力体制も良好で、3機関の訪問診療が月1~2回来所し健康管理が行われている。職員の資格取得を奨励し、スキルアップへの援助体制も整備され、意見の出し易い環境でスタッフ間の連携も良好に機能し、働き易い職場である。</p>
--

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	ホールや事務所内の見えるところに貼り、いつでも確認できるようにしている。また職員会議などで日々のケアを点検確認しながら取り組んでいる。	福祉の心を持ち、自立をサポートする利用者本位のケアの実践と、地域・家族との繋がりを大切にしたい理念を掲げ、日々の支援の中で実践している。毎月の職員会議でも、細かく援助姿勢を振り返り、理念に沿ったケアを再確認している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内の回覧板を利用して広報誌を載せている。新型コロナウイルスのため、地域の行事には参加できていません。終息後には互いのの行事へ参加し、交流を図りたい。	令和3年に現住所へ移転する前は、相互交流が活発に行われていた。以降はコロナ禍で自粛していたものの、徐々に地域の行事に参加したり、事業所を開放し祭りに参加してもらい交流する等、繋がりの強化に取り組む方向である。	
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	以前は、地域の一員として、町内の行事や地域活動(避難訓練等)に参加し、地域の中学校の体験学習を受け入れ、認知症施設の理解を深める機会を作っていた。徐々に貢献できる活動をしたい。		
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	2ヶ月に1回開催し、包括支援センター、町会等の参加があり、事業所の取組や行事、外部の研修参加の状況等を報告している。地域からの発信も多く、内容は職員会議で周知している。	年間の予定をメンバーに配布し隔月で開催している。利用者の状況、行事や内部研修等の活動、残食調査結果報告を行っている。参加者から、感染対策に関する意見や、面会再開への希望が出され、段階的に対応している。	
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	相談がある際は電話や直接担当者に会い助言を頂き、協力関係を築いている。	医療ニーズの高い方の入居や疑問点は都度確認し回答を得ている。行政からはメールで介護保険情報の発信があり、生保受給者のオムツ申請や控除についても分かり易く指導を受けている。	
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	マニュアルを作成し身体拘束をしないことを前提としている。やむを得ず拘束時がある時は、家族へ行動制限が一時的であることを説明し同意を得、記録し早期の拘束終了に努める。身体拘束適正化委員会は年4回開催し、全職員で情報を共有している。(夜は防犯のため施錠している。)利用者の安全の為拘束が必要と思う時でも、拘束しない対応を考えている。	指針が整備され、マニュアルに則り拘束の無いケアを実践している。身体拘束適正化委員会と虐待防止対策委員会を年4回実施し、個々の不安定な行動に対し尊厳を守り安全に繋がる対応を検討し、時には医師に報告し内服治療で落ち着いた事例もある。	
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	内部・外部研修に参加し、高齢者虐待について理解に努めている。虐待防止対策委員会を年4回開催している。虐待・拘束についてアンケートをとり、意識を持つようになっている。日常業務においてもミーティングを実施し、内出血等が見られた際は原因を話し合い対応している。言動についても振り返り、声の高低にも気をつけ虐待が起こらない様努めている。		

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
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	内部研修では、制度の活用の必要性を職員間で話し合い、外部研修に参加した場合(オンライン研修・リモート)は、復命書類を作成、回覧し、職員会議で報告をしている。全職員が制度について理解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	契約時、家族からの疑問点や不安に対し十分に説明をして、理解・納得して頂いている。また、改定する際は本人、家族に説明し同意を得ている。		
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並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	利用者や家族と信頼関係を築き、意見や要望を話しやすいよう努めている。また、意見箱や苦情ノートを設置し、直接ではなく間接的にも要望を伝えられるようにしている。運営推進会議の内容を報告書に載せ、参加していない家族にも伝えるようにしている。	契約時に市役所と国保連の意見窓口を説明している。コロナの5類移行より、家族からは県内外の面会の再開希望が多く聞かれ、段階的に制限を減らし対策を講じた上で実施している。利用者の意見としては、相性が合わない方との距離を取りたい希望が聞かれ、さりげなく対応している。	
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	職員会議や主任会議で要望や意見を聞いている。会議以外でも何かあったらその都度要望、意見を聞いている。	職員間のコミュニケーションは良好で、日頃から意見が出し易い環境である。又、毎月の各会議でも出された意見への対応を検討し優先順位を検討し解決に繋げている。	
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	職員の資格取得に向けた支援を行っている。資格取得後は手当の支給をし、人事考課評価シートを活用して、各自向上心を持って働けるよう努めている。また、職員の休憩室を設け(更衣室と兼用)、環境設備にも努めている。		
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	外部研修には全職員が参加できるよう配慮している。復命書を作成、職員会議で発表し、資料は全職員間で閲覧できるようにしている。		
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	同じ地域のグループホームとお互いの行事に参加したり、包括主催の研修会(オンライン研修・リモート)などに参加し交流を図り、サービスの質を向上させる取り組みをしている。		

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
<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	サービスを開始する際には、アセスメントを取り、本人の状況を把握し困っている事、体調や不安なこと、また、要望などをよく聞くようにしている。本人の思いに向き合い安心して頂けるよう努めている。		
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	サービス開始の際は、本人も含めて契約書と重要事項を、ゆっくり、納得して頂けるよう説明している。契約後何かあったら相談してほしいことを伝えている。不安や要望を聞き、内容に応じた説明が出来るよう、また、話しやすい関係作りを心掛けている。		
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	入居にあたり、居宅介護支援事業所のケアマネージャー等と相談し、情報提供表をもらい、本人、家族が今すぐ必要としている支援が提供できることを確認しながら、可能な限り柔軟な対応を行い、ケアプラン作成に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活を共にする中で、利用者は人生の先輩であるという考えから敬意を持ち、今まで経験した知識から職員も学び、共有し、より良い関係を築いている。		
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置かず、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	利用者の様子を面会時、報告書や広報誌などで伝え、困難な状況や、起こり得るリスクについても相談し合いながら支えていく関係作りにも努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場所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	本人や家族から聞いた思い出話をしたり、写真や家族、知人からの年賀状などを居室に貼っている。、コロナ予防のため、家族の面会は月1回ではあるが、これまで大切にしてきた関係が途切れない様支援している。	家族の協力で、お盆・正月の帰省や馴染みの場所へ外出している。最近では、友人の所在が不明確で心配だと話し、再会を熱望している利用者の思いに沿い、管理者と一緒に探しに行く予定である。	
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	お茶や食事以外でも、一人一人に声をかけ、会話を持つよう努めている。軽作業をみんなで رفتり、できない場合は近くで見ること参加を促している。レクリエーションでは全員で1つのテーブルを囲み、孤立せず、利用者同士の関係が円滑になるよう働きかけている。利用者同士の会話時にはトラブルにならないよう、間に入るように努めている。		

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
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	退所されても、いつでも相談に応じる旨を伝えたり、行事があるときは口頭や手紙、電話でお知らせしたりと、継続的な付き合いができるよう努めている。		
<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	日々の関わり合いの中で、何気なく発した言葉からでも真意を察したり、表情からでもくみ取り関わられるように努めている。本人の希望や意向に沿えるよう、家族、職員とも話し合い、サービスに反映させている。	日頃の生活の様子を観察し、行動の変化が何のサインであるか、職員間で情報共有し、その思いに対応している。表情や、顔色、活気の有無にも留意し、普段と異なる時は、連携して対応場面を多くもち、要望の吸い上げに努めている。	
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	入居前の本人との面談、アセスメントなどから、これまでの生活歴や生活環境の把握に努めている。面会時家族から、再度生活歴を聞いたりしている。入居後の会話からも聞きとりをし、追加分として記録している。		
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	ケース記録や日誌を活用して、一人一人の生活のリズムを理解するとともに、出来ない事よりも出来ることが維持、継続して行われるよう職員間で話し合い情報交換をしている。		
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	半年に1回モニタリングをし(必要に応じて3ヶ月に1回)、状況に変化がある際はその都度カンファレンスを行いケアプランを作成している。本人や家族の意向はもちろん、職員の気付きからも課題を引き出し、本人がより良く暮らせるよう状況に合わせてプランを作成し、評価、見直しを行っている。	利用者・家族・関係者から意見を聞き取り、担当者会議で検討し、包括的自立支援プログラムでケアチェックを行ない、状態変化も考慮し、要望や課題解決に向けた実践可能な計画を立案、実行している。半年毎に評価を実施、現実との乖離を防いでいる。	
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	介護日誌・個人ケース記録・申し送りノートで情報を共有し、職員の気づきや本人の思いをケアカンファレンスで話し合いながら、実践や変更などに対応し介護計画の見直しに活かしている。		
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	利用者の状態悪化時には、主治医へ連絡し指示を仰ぐ。本人、家族の状況によっては通院、送迎など必要な支援をに対応している。また、主治医以外の専門への受診にも対応し、何が必要かを考えサービス内容を検討している。		

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	地域行事へ積極的にの参加し、ホームの避難訓練の際には、地域の消防団の協力を得ていたが、コロナ禍のため中止となっている。徐々には再開する予定である。		
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	本人や家族が希望する医療機関への受診の支援をしている。かかりつけ医の往診や、夜間特変時、本人や家族と相談しながら適切な医療を受けられるよう支援している。日、祝等受診・往診が出来ない時は、消防へ在宅当番医や医療機関への問い合わせや携帯でも検索をしている。	主治医は継続とし、定期受診は職員が付き添い対応しており、結果を家族に報告している。現在、3機関の訪問診療が月1~2回来所し健康管理を行ない、夜間の状態変化にもオンコールで対応してくれる等、連携が図られている。	
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	いつもと違う状態変化の際は、看護職員や主治医と相談している。訪問看護師とも状況を共有し、適切な指示の下支援している。		
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、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。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。	入院時には情報提供表(アセスメント表)で伝えることで、情報を共有し、入院中も安心して過ごせるよう支援している。退院時には医療、家族とともに担当者会議等で速やかな退院支援を行っている。		
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	本人、家族の意向に沿って段階を踏み(主に家族)、健康状態に関する情報を主治医、家族と話し合い、同意を得てターミナルケアと一緒に実施している。家族が付き添い職員と一緒に看取ったこともある。また、看取りの契約をしても、その場面で家族が病院搬送の希望があれば対応している。マニュアルを作成している。	契約時に、看取り対応を希望するか事前に確認している。重篤になった時は、家族に状況報告し、医師より説明を受けてもらい、改めて終末期の対応を確認し、同意書をいただきターミナルケアを行っている。医療のバックアップが万全で職員の不安も少なく、穏やかに生を全う出来るよう支援している。	
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	緊急時のマニュアルを作成し、内部研修で毎年見直し確認している。各棟ホールにマニュアルを置き、昼夜の急変に備えている。年3回の避難訓練の実施、年1回の救命講習(心肺蘇生)にはDVDを参考に全職員が対応できるようにしている。		
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3回利用者とともに避難訓練(昼、夜間、地震想定)を実施している。職員間の連絡網を作成し、実際にリレー方式で電話連絡している。消防署への連絡方法、業者による消火器使用の訓練を受けている。居室戸口に、歩行可能、車椅子等とシールを貼りスムーズに避難できるようにしている。	年2回、昼夜を想定した訓練を行っており、年度内に地震に備えた訓練を計画している。地元の消防団にも協力を交渉する予定で、移動の様態を入口に掲示し安全な訓練の対策を講じている。3ヶ月分の備蓄物があり、賞味期限の管理も行われている。	

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
<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)	○一人ひとりの人格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	プライバシーの保護の内部研修を行い、全職員が周知している。トイレ、オムツ交換、入浴や普段の声掛けにも、一人一人を尊重できるよう、プライド等に留意しながら対応している。居室を訪問する時は、必ず「ノック」し名前を呼んでいる。	内部研修を行ない、不適切な事案を例にし、個々の対応を振り返り、人格を損ねない言葉や接遇に繋げている。日常的にも、名字での呼び掛けを徹底しており、尊重に裏打ちされた個人を大切にす支援が行われている。	
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	発言に対しては傾聴するように努め、職員側で決めたことを押し付けるようなことはせず、常に複数の選択肢を提案している。また、本人が得意とする活動、作業、納涼祭でのバイキング会などで自己決定できるよう働きかけている。		
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し、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	その日の体調や気分に合わせて、起床、食事、散歩など、本人のペースで過ごせるよう必要な声掛け等で個別性のある支援を行っている。		
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	2ヶ月に1回程度の理美容師の来所時に、本人の希望を伝えカットしている。行事、外出や日常の着替えで、本人の意思で決めており、見守りや支援が必要な時には手伝いや助言をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	年2回の嗜好調査の結果から好き嫌いを把握している。食事前後のテーブル拭き・食後の茶碗、コップ拭き等行なっている。	食が持つ力を活用し、食べる楽しみが生きる力になるよう四季折々、又、暦上の催事に合わせた食事が提供されている。夏季を除き、週1回は刺身が出され、毎月のおやつ作りは利用者も率先して調理に携わりやりがいを感じている。	
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	利用者の状態に合わせた調理方法で提供している(きざみ、ミキサー食)。水分補給時以外でも、本人の好みの物や希望があれば提供している。熱中症予防や主治医からの指示のもと水分確保に気を付けている。		
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	毎食後の歯磨きの声掛けを行い、見守りや介助をしている。歯ブラシで残渣処理をしている。就寝前は義歯洗浄剤を使用し、清潔にしている。		

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
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	排泄チェック表を利用し、一人一人のリズムを把握し、誘導の声掛けをしている。立ち上がったたりしていつもと違う行動やトイレを汚すときには、その都度誘導し、出来る限り自立排泄できるよう支援している。	個々の排泄チェック表の活用と動きから、パターンを把握し、誘導にてトイレでの排泄に繋げている。日中、ホールで見守りながら時間で声掛けする事により、放尿の観られた利用者が、失敗無くトイレ利用するまで改善された事例がある。	
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	健康体操や家事活動等で体を動かす機会を適度に設けている。また、繊維質の野菜や海藻等をメニューに入れたり、水分摂取量の確保にも気を付けている。どうしても便秘が続くときは主治医に相談し、下剤などで早めに対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	入浴は週3回行っている。各棟により、曜日、時間が違うため、本人の体調に合わせて毎日いつでも入浴可能な対応をしている。	3棟で連携し、希望する時に入浴出来る体制で、週3回を基本としている。拒否が見られた場合は時間や職員を変え対応し、床暖でヒートショック防止に努めている。	
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	一人一人の体調や表情、希望などを考慮し、ホールのソファや居室でゆっくり休息が取れるよう支援している。昼夜逆転とならないよう、個々に合わせている。また、日中の活動を促し、就寝に向けて生活リズムを整え、気持ちよく眠れるように支援している。		
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	主治医や薬剤師からの情報や処方箋などで薬の内容を把握し、指示通り服用出来るよう支援する。副作用が出た時は、すみやかに主治医へ連絡する。服薬時は直接手のひらに乗せ、飲みこみまで見守る。粉剤はむせこみ防止のため、スプーンに乗せ水を浸みこませて服用介助している。口腔内でかみ砕く利用者には、必ず水を飲むよう声をかけ見守りしている。薬に変更があった際は介護日誌や申し送りノート等で把握する。特変あった時は主治医に報告している。		
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	生活歴や家族の情報を基に、家事作業(茶碗・コップ拭き、洗濯たたみ)など出来ることを支援している。塗り絵、習字、編み物等趣味を活かしたり、四季に合わせた行事、行事食の提供や数回のドライブ等で気分転換をしている。		
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。また、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	利用者の状態、希望に応じて、散歩、ドライブ、季節に合わせた外出行事を計画している。家族や親族との買い物、食事、墓参り等と要望に応じて外出支援をしている。が、コロナ予防のため現在は、行っていない。	年間で季節毎に遠出の行事を計画し、花見や紅葉見物等に出掛け、おやつを楽しんでいる。日常的にも、買い物や外食の希望に対応しており、気分転換へのアプローチとして徐々に外出の機会を増やしている。	



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	本人の残存機能に応じて、家族と相談している。		
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	本人の希望に応じ、はがきの購入、電話、年賀状などやり取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	玄関やホールなどに、季節の花を飾ったり、貼り絵で四季を感じられるようにしている。エアコンを利用し、季節に合わせた温度、湿度を考慮している。寒い時期、夜間時トイレに起きた時は温度差がないよう廊下にもエアコンを点けている。ホールにソファを置き、テレビを見てくつろげるよう良い空間づくりに努める。	窓が大きく開放的であり、写真や皆で作成した飾り絵で季節感を味わえるように工夫している。日中は殆どホールで過ごす利用者が多く、ソファで横になったり寛いだりしている。空気清浄機や加湿器を設置し、感染対策にも配慮しており、居室にも全てエアコンを設置し建物内の温度を一定に保っている。	
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	ホールにソファを置き、なじみの利用者やテレビを見て思い思いに過ごせるよう支援している。廊下にもソファを置き、他棟の利用者や職員とも話しができる支援をする。		
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	入居前に使用していたタンスや椅子等を持ち込み、本人や家族の意向でご先祖様やご主人の位牌や遺影を置き、偲んでいる。また、家族の写真、孫、ひ孫、本人の若い時の写真等を飾ったりしている。壁には毎月手作りのカレンダーを貼っている。テレビ・ラジオやCDでも好きな番組や曲を聞いて楽しんでいる。	低床ベッドとクローゼットが設置され、居室は広くゆったりと過ごせる空間で、自宅で使用していた筆筒や衣装ケース等の持ち込みもあり、移動の動線の妨げにならない環境である。位牌や遺影に水や花を供し御先祖様に掌を合わせ、心の安寧になっている利用者も居り、思い思いの生活スペースである。	
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	廊下、トイレ、浴室に手すりを付け、歩行や立位の安全を確保している。玄関、ホール、居室等がバリアフリーで、年2回または、必要に応じて事故防止対策委員会を開催し、対応策を検討し安心して生活が送れるようにしている。		