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	0290300110		
法人名	医療法人仁泉会		
事業所名	グループホーム妙水苑		
所在地	八戸市大字妙字分枝43		
自己評価作成日	令和4年 9月 1日	評価結果市町村受理日	令和2年10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	
----------	--

【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4年10月7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>利用者一人ひとりの個性と思いを大切に、グループホームでの生活を有意義に過ごせるよう支援しています。事例検討を重ね、認知症ケアの知識・技術の研鑽に職員全員で励んでいます。地域の皆様にご協力を頂きながら、認知症予防の情報誌を発行したりと地域交流にも力を入れています。</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>グループホーム独自の理念があり、職員は常に日頃の支援が理念に沿ったものかを振り返りながら実践に取り組んでいる。職員は利用者との会話や表情の変化等から思いを汲み取り、利用者一人ひとりの思いや希望の実現につなげている。コロナ禍でも三密回避に努めつつ、個々の体調に合わせた距離で海岸へのドライブやドライブスルー体験、職員が誕生日ケーキや寿司を作ったりと利用者が楽しく過ごせるよう支援している。日々の運営面では、管理者と職員が活発に意見交換を行っており、職員個々の意見、提案から利用者へのより良いケアの実践とともに、職員の働きやすい環境づくりにも取り組んでいる。認知症に関する研修や身体拘束をしないケアの実践では、一人ひとり尊厳やプライバシーに配慮した対応の徹底にも取り組んでおり、気になる助言等があれば職員相互に気付かせ合い改善を図っている。敷地内には有料老人ホーム、デイサービスセンター、訪問看護ステーションが併設されており緊急時等の応援体制が確保されていることも利用者、家族の安心に繋がっている。</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、活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	事業所理念は事業所のみやすい場所に掲示し、職員全体での周知・共有を図っている。利用者の個別性、地域交流を重視した理念の実践につなげている。	グループホーム独自の理念があり、玄関、休憩室、ホール、事務所に掲示して誰もが目に付くように貼り付けられている。入社時には職員研修を行い、日頃の支援が理念に沿ったものになっているかを検討しつつ、利用者の気持ちに寄り添い、住み慣れた地域で安心して過ごせるよう実践に取り組んでいる。	
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	情報誌の発行や推進会議の開催、意見交換を通して地域交流を図っている。	情報誌、陽だまり通信を年2回、陽だまりカフェを2ヶ月毎で発行し、グループホームの取り組みや利用者の様子をお伝えしたり、地域の方々への認知症予防の啓発に繋がっている。また、近隣の介護福祉学科の大学生や専門学生の実習受け入れを行い、地域の人材育成に貢献している。	
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	情報誌を通じて情報発信をしている。情報誌にはアンケート欄を設け情報をケア向上に役立てている。推進会議では利用者様の生活の様子を具体的に報告している。		
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	運営推進会議では積極的に意見を求めケア改善等に役立てている。防災等についても町内会長等から助言をいただき連携を図っている。	運営推進会議は2ヶ月毎に書面で行っており、2つの地区の町内会長、民生委員3名、高齢者福祉センター職員1名、職員3名が参加されている。具体的な意見や助言を頂き、サービス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	運営推進会議開催状況の報告を通じて身体拘束廃止の取り組みや事故発生状況と対策の実施状況等を漏れがないように共有している。必要に応じ質問表を活用し助言等を求めている。	運営推進会議での取り組み状況は議事録をFAXで報告している。質問票を活用し助言を求めたことに対して市の担当者からも書面で回答があり、良好な関係が築けている。	
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	身体拘束について指針を定め、事業所内に掲示している。事業所勉強会を定期的実施している。同法人GH協働で委員会を設置し身体拘束廃止適正化を図っている。	身体拘束の指針は玄関に掲示している。事業者内での勉強会や、同法人グループホーム共同で委員会を設置して身体拘束廃止適正化を図っている。日頃行われているケアについて見直す機会にしており、気になる発言等があれば職員相互に気付かせ合い、改善を図っている。	
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	高齢者虐待防止委員会を同法人GH協働で委員会を設置している。虐待の芽チェックリストを積極的に実施し職員間の虐待防止に関する意識付けを図っている。		

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	成年後見制度、権利擁護の勉強会を年度計画に盛り込み、制度の理解を職員全体で深めている。		
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	サービス利用前に、事業所の特性を十分に理解していただきサービス内容に十分に納得していただいた上で契約締結を行っている。家族様からの疑問等にも丁寧に説明し理解を得よう努めている。		
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	利用者様ニーズはアセスメントを十分にを行いプランに反映させている。意見箱を玄関に設置し、また苦情窓口の案内も掲示している。ご家族意見苦情等は、他部署とも共有している。	意見箱は玄関に設置しており、苦情窓口の案内も掲示している。出された苦情、意見については段階的に処理している。コロナ禍のため面会制限を行っているが、家族への電話やお便り、許可を得て屋外で距離をとった面会、タブレットでのリモートや自宅からのオンライン面会を行っている。こまめに状態報告、活動の報告をした際に、意見・要望を伺い、話しやすい環境づくりを行っている。	
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	個別面談を年2回および随時実施し職員の意見を聞いている。ケアに対する提案はカンファレンスや苑会議の時間を活用し広く聞いている。	個別面談は年2回、人事評価時に行い有給休暇の希望や意見、提案等を聞いている。ケアカンファレンスや会議では、活発な意見交換が行われ職員個々の意見、提案から利用者へのより良いケアの実践とともに、職員の働きやすい環境づくりにも取り組んでいる。	
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	目標管理シートを活用し目標を設定している。職員の特性に応じて助言を行いながら目標設定を行っている。個人面談では、有給希望調査を行い、要望を聞き入れている。		
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	事例検討を積極的に取り入れ、認知症ケアの知識技術向上を図っている。研修案内を回覧を通じて発信し、自発的な研修の参加を促している。		
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	同法人GH間で事例検討会を紹介したり、共通課題を元に勉強会資料を作成する等している。また、委員会等を通じて他部署、他事業所職員と連携を深めている。		

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
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	サービス利用相談時は、空所の有無に関わらず相談を受け付けている。必要に応じ、他事業所の空所情報等の情報提供も行っている。		
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	ケアプラン作成時は家族の要望を反映させている。定期的にお電話等でケアに対する要望を確認している。		
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	アセスメントツールを有効に活用し適切なニーズ把握に努めている。看取りの要望があれば、出来る限り対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	積極的にコミュニケーションの機会を作っている。家事のお手伝い等も積極的にケアプランに取り入れている。		
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	利用者様への手紙や嗜好品の持ち込み等をご家族に協力を依頼している。関係が途切れないよう連絡をとっている。		
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	オンライン面会を取り入れている。コロナ禍でも家族が触れ合える場をできる限り整えている。月1回のお便りで利用者様の生活の様子を具体的に報告している。	月1回の妙水苑便りの他、利用者の写真を送ったり、タブレットを貸出し、車の中からオンライン面会や自宅のパソコンからもオンライン面会できるようにしているので、遠方にある家族の方にもオンラインで誕生日の様子などを伝え、関係が途切れないよう支援している。	
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	利用者様との交流イベントに力を入れている。日々のケアでも利用者様同士の関係調整を行いながら、意思疎通が困難な方でも交流を楽しめるように支援している。		

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
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	入院時、入院後等は病院連携室や家族との連携が途切れることがないようにしている。入院後退居となっても情報交換を行い、その後の受け入れ先を紹介する等している。		
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	アセスメントはセンター方式を活用し、客観的な視点で課題分析を行っている。プラン作りは、必要に応じてケアマネがサービス計画作成担当者に助言を行っている。	本人の希望や意向を聞き、家族からの情報やアセスメント、日々のかかわりの中で本人の表情や言動など把握し、意見や意向を汲み取っている。医師、看護師からも助言を頂き、介護計画作成や日々の支援に活かされている。	
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	アセスメントをもとに生活歴を考慮したサービス計画を立案している。利用者様、家族様から積極的に情報収集を行いサービスに反映できるよう支援している。		
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	ケアプラン作成時の流れを遵守し、利用者様の客観的な課題分析が行えるよう努めている。		
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	モニタリング評価を行い、客観的な視点で考察を行っている。ニーズの充足度を把握し、必要に応じてニーズを再抽出し、プラン・サービスに反映させている。	モニタリングは3ヶ月毎に行うが、状態に応じて随時見直しを行っている。サービス充足度は市からの助言もありグループホーム独自の評価表を根拠が分かるようチームで作成している。現状に即した介護計画の作成、実施に努めている。	
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	カンファレンスの場で気づきを共有したり、申し送りノートを活用し意見交換を積極的に行っている。		
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	行きつけの美容室等に継続的に通えるよう支援をしたり、利用者様の交友関係等が途切れないように支援している。ボランティア受け入れも継続的に行っている。		

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
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	町内会長や民生委員、高齢者支援センターとの情報交換を積極的に行い地域資源の把握に努めている。町内の取り組み状況や、課題を共有している。		
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し、納得が得られたか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	利用者様、ご家族の意向に合わせ医療サービス利用をすすめている。要望に応じ訪問診療や他医療機関を紹介している。	かかりつけ医は希望に合わせているが、状態や要望に応じて訪問診療や他医療機関を紹介している。便りや電話で通院内容を報告し、今後の対応を決めている。	
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	医療連携では看護師に積極的にケアの助言を求めケアに反映させている。必要な医療を適切に受けられるよう看護師と協働している。		
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。	受診の際は必要な情報提供を医療機関に行うことで、利用者様、家族様の不安軽減を図っている。入院後は医療機関の連携室担当者と退院後滞りなく受け入れできるよう情報交換を密に行っている。		
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	重度化、看取りに関する指針について契約時に説明し同意をいただいている。看取りを積極的に受け入れている。利用者様の健康状態に応じてGHでの対応が困難な場合は、他施設を紹介している。	入居時に重度化、看取りに関する指針について説明し同意を得ている。看取りを行っているが、状態の変化があったときは段階的に話し合い、必要に応じ医師、家族、職員との話し合いの結果、他事業所や病院を紹介することもある。看取りの際は訪問看護ステーションがあるので24時間相談できる体制にあり支援を行っている。	
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	急変時の対応マニュアル作成し、介護、看護間で共有を図っている。医療連携時に訪問看護師に必要なケアの助言を受けている。		
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	防災マニュアルに準じた避難訓練を併施設設合同で定期的実施している。緊急連絡網訓練事業所は定期及び職員体制変更時実施している。	併設事業所と合同で年2回、昼夜どちらも想定した訓練を行っており、消防署からも指導、助言を頂いている。マニュアルの他にも災害時の避難について一人ひとりの方法・留意点を記入したのも整備されている。発電機の使い方の勉強会や緊急時の対応の勉強会などを行い、適切な対応が出来るようにしている。	

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
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	認知症に関する会議事例検討等を通じケアの改善・向上を図っている。また職員個別面談時に必要に応じ声かけ対応等について、指導を行っている。	2ヶ月に1回、3ユニットでチームを作り認知症の事例検討会を行っている。日々の業務の中でうまくいかなかったことを事例にして、その人らしさを支える介護とは、その人にできることは何か等を仮説を立てて話し合い一人ひとりの思いや人格、尊厳に配慮した対応をしている。排泄時はさりげない誘導、同性介助、声掛けにも配慮している。	
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	アセスメントからニーズを的確に抽出し、認知症があってもできる限り自己決定をできるように支援している。家族からも積極的に意見をいただきケアに反映させている。		
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	利用者様個人の生活ペースを尊重し無理強いが無いように支援している。日課等を継続できるよう環境を整えている。		
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	訪問理美容や個人の行きつけの美容室を入居後も自由に利用できるよう支援している。季節の変化に応じ衣替え等をご家族協力のもと行っている。		
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	個人の食事摂取能力に応じて食形態を検討している。また嗜好品を取り入れ食欲増進につなげている。食器の片付け等家事のお手伝いに参加していただいている。	食事は利用者の状態に合わせた食事形態となっている。摂取量が少ない方については医師に相談し食事以外でも好きな物を提供している。利用者と一緒にドライブスルーで買い物したり、職員が寿司や誕生日ケーキを作ったりして食べる楽しみを提供している。食後は食器の片付け等、利用者の力を引き出すようにしている。	
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	医師看護師に相談しながら利用者様一人一人にあった食事支援を検討している。摂取能力が低下しても無理なく食事が楽しめるよう嗜好品等も積極的に活用している。		
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	義歯調整治療等は協力歯科に訪問診療を依頼している。声かけ介助を必要に応じて行いながら口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	排泄状況を把握し、個別のトイレ誘導時間や使用パッドを検討している。できる限りトイレでの排泄を促し自立支援につなげている。	排泄パターンを把握して、日中は2人介助で出来る限りトイレでの排泄を促し自立支援につなげている。排泄場面では利用者の自尊心、羞恥心を損ねない対応に努めている。	
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	医師看護師へ相談のもと利用者様個別の下剤の調整を行い排便コントロールを徹底している。食事摂取状況や水分摂取状況を把握し、便秘予防に取り組んでいる。		
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	入浴拒否時は曜日変更を行っている。浮腫等の状態に応じ個別に入浴日以外に足浴を実施している。	入浴日は週2回と決めてはいるが、本人の要望や体調に合わせて対応している。浴槽に入ることが困難な方にはシャワー浴で対応している。事故が無いよう安全に十分配慮して、ゆっくりと入浴が行えるように実施している。	
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	日中の活動を促し、夜間の安眠を促している。入眠状態を観察し、安易に眠剤等を使用したり増量したりしないように慎重に安眠の支援を検討している。		
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	医師看護師、薬剤師に助言を受けながら、正しい服用ができるよう努めている。		
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	得意分野や生活歴等を活かし、日々の余暇の支援を検討している。アセスメントを十分に行いニーズをケアプランに反映している。楽しみややりがいを持てる支援を行っている。		
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。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	外出イベントや散歩等を支援に取り入れている。馴染みの場所にドライブに出かける等、気分転換につなげている。介護度が高い方に合わせ近隣の短距離ドライブ等も企画している。	コロナ禍でも可能な限り三密回避を徹底しつつ、散歩や降車しないドライブに出かけている。生まれた街や、海岸を見に行ったり、介護度が高い方でも負担が無いように配慮してドライブを行っている。	

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
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	利用者個人が使用する日用品は職員が代行し買い物している。必要に応じて家族にも食べ物嗜好品の購入等を依頼している。金銭管理が困難な利用者様は職員が管理している。		
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	手紙の代読や遠方に住むご家族とのオンライン面会を積極的に行っている。家族知人等との関係が途切れないように支援をしている。		
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	好みの写真、季節に応じた掲示物等を要望に応じて作成している。清潔区域、汚物管理区域を明確に分け排泄物等による匂いにも配慮している。湿度温度にも配慮している。	共有スペースは明るく、過ごしやすい場所になっており、自由にゆったりと過ごしていただいている。照明や温度、湿度は快適に過ごせるように配慮され、排泄物等の臭いにも配慮して消臭剤が置かれている。写真や季節ごとの壁飾りを飾っており、季節感のあるアットホームな雰囲気を作り出し居心地よく過ごせるように工夫をしている。	
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	利用者様同士の交友関係等に応じて座席を検討している。意思疎通が困難でも集団生活に溶け込めるよう関係調整を行っている。		
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	利用者様の家族写真等を積極的に掲示している。家具配置は入居時に利用者様、ご家族と相談しながら決めている。ご家族に馴染みの寝具等も持ち込みをお願いしている。	備え付けのタンス、チェスト、ソファ、ベッドは相談して配置を決め、馴染みのものを持ってきていただいたり、写真や希望で小さな仏壇を持ち込まれた方もいる。本人、家族と相談しながら居心地の良い居室づくりに取り組んでいる。	
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	トイレやナースコール場所の案内表示を掲示している。起居動作立位動作の能力に応じてトイレ等に移動式手すりを設置している。		