

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	0972600050		
法人名	社会福祉法人光誠会		
事業所名	ケアハウスフローラ グループホーム		
所在地	栃木県塩谷郡高根沢町上柏崎551-1		
自己評価作成日	令和5年10月1日	評価結果市町村受理日	令和6年3月25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 www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?0

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	令和5年12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)】

入居者ひとり一人に寄り添い、住み慣れた地域で安心して日常生活が送れるように支援しています。身体機能低下防止等の一環として食事の準備や後片付け、館内の掃除、運動や地域との交流などを行い、その日その時が充実が図れるように日々支援にあたっています。また、職員の意識として優しい声掛けや穏やかに関わりながら支援を行っています。コロナが5類に移行されてからは感染対策を行い、外出支援が再開されました。外出を通して、気分転換や外に出る喜びを共有しています。

施設内の介護、認知症ケアだけでなく、町内外で介護や認知症ケアで困っている方(本人・家族・事業所等)から連絡を受け、電話や面談、訪問などで相談援助を行っています。一度の相談だけでなく定期的に連絡を取り、体調や思い、他に困りごとはないか確認を行っている。また、相談者への認知症についての勉強会を実施しています。必要に応じて包括支援センターと連携し、認知症があっても住み慣れた地域で安心して生活が送れるように援助も行っています。

【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)】

- ・事業所と同じ敷地内にケアハウスやデイサービスが設置されている。当法人は、高齢者事業や保育事業など多岐に渡る事業を展開している。
- ・町の事業である「認知症伴走型支援事業」の支援拠点として活動し、地域住民を対象に「もの忘れ相談センター」を開設し、地域の相談窓口となっている。また、地域コミュニティセンター「けやき館」を活用し、オレンジカフェや地域住民対象に研修会を開催するなど、地域に根差した取り組みが行っている。
- ・日頃から、利用者の要望に応じて買物支援や花見等へ個別外出支援に取り組んでいる。
- ・利用者全員が入居前から利用していたかかりつけ医を受診しており、家族が受診対応が困難な場合は、職員が通院同行支援を行い、利用者や家族の要望に沿った取り組みが行われている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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
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
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
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の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
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
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

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	毎朝、部署内の事業所理念を唱和。入居者支援を行う為の心構えを確認して入居者支援を行っている。また、法人理念の唱和も行い、意識を高めている。	法人の基本理念の下、事業所の基本方針を掲げている。基本理念や基本方針を事業所内に掲示し、朝礼で法人理念と事業所の基本方針を唱和し振り返る機会としている。	
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	自治体のクリーン活動やクラブ活動、オレンジカフェに参加を通して地域の方々と交流を図っている。また、小学生との交流を楽しむ機会がある。	町の事業である「認知症伴走型支援事業」の支援拠点として活動し、「もの忘れ相談センター」を開設し、地域の相談窓口となっている。また、地域コミュニティセンター「けやき館」において、オレンジカフェや地域住民対象に研修会を開催するなど、地域に根差した取り組みが行われている。	
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	伴走型支援事業、オレンジカフェを通して認知症の理解や支援方法、予防などの助言・相談を行っている。		
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	年6回けやき館で会議を行っている。 グループホームでの入居状況や活動等の報告・説明をし出席者より意見を聞き、サービス向上に努めている。	会議は2か月に1回、コミュニティセンターけやき館で開催している。民生委員や町職員、地域包括支援センター職員、警察、近隣住民、家族、事業所職員が参加している。事業所から活動状況や感染症対策等報告が行われ参加者から意見をもらっている。	
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	常日頃、各事業所や町からの情報を受け、情報共有を行い、協力関係を築くよう取り組んでいる。昨年7月から伴走型支援事業を展開して、相談援助を行っている。	町の担当者とは介護保険制度上の改正内容確認や研修会等、普段から連絡や相談を行える協力関係ができている。町の委託事業での認知症伴走型支援事業の支援拠点として位置づけられ、地域の困り事相談に取組まれている。	
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	3か月に1回身体拘束委員会活動を実施。内部研修で身体拘束適正化の勉強会を行い、全職員の意識を高めている。定期的に身体拘束チェックを行っている。	併設施設と合同で身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回開催している。年に2回、身体拘束廃止の研修を実施し、事例検討会や不適切なケア、スピーチロック等学ぶ機会を持ち理解を深めている。	
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	虐待防止委員会の全体研修で虐待についての勉強会を実施している。 虐待防止自己点検シートを実施し、全職員で意識を高めている。		

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度の勉強会を実施。まずはそれぞれの制度の理解をする取り組みをした。		
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、重要事項説明書・利用契約書を使い、本人や家族が分かるように説明をしている。疑問点などがあれば、その都度説明を行い、納得いただいてから署名・捺印を頂いている。		
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	家族が面会に来られた時や運営推進会議時、意見や要望を聞き、外部の委員の方達とも話し合い運営に反映している。	利用者や家族より、コロナ禍での外出に対する要望について、個別に外出が実現できるよう取り組まれている。日頃から利用者が意見が言える雰囲気作りに努め、出された要望に対応している。定期的に利用者の状態を家族に書面で送付している。	
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	月1回のグループホーム会議時、施設長や管理者を交え、職員から意見や提案事項を伝え話し合い、円滑に運営できるように努めている。上半期下半期、必要時に個人面談を行い、職員から意見や要望を聞き取りして運営に反映している。	職員会議を毎月開催し、個別ケアや業務内容の検討を行い職員の意見を反映するようにしている。年2回、管理者や法人施設長と個人面談の機会を設けている。	
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	上半期・下半期の施設長面談や必要に応じて面談を行い、職員一人一人がイキイキと仕事が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	法人内外の研修を受け、知識・技術の習得を行っている。ケアで困ったこと(介護技術や関わり方など)を部署内で働きながらトレーニングを行い、介護や社会一般のビジネスマナーなどスキルを高めている。		
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	定期的に同法人(他施設)とリモートや集合にて会議を行い、意見交換を行っている。部署内の会議、ゼミ、施設内の内部研修・会議などで情報交換・共有を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	入居前、ご自宅に訪問。何気ない世間話をしながら、困っている事や不安なことを十分に傾聴、共有共感し、思いを受け止めている。入居後も本人から思いや要望を聞き取りを行い、安心して生活が送れるように関係づくりに努めている。		
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	ご家族から相談や申込み時、訪問などを行い、家族が困っている事、不安に思っている事など傾聴。その都度家族と連絡を密に行っている。		
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	サービス利用開始前、担当ケアマネジャーより利用者の情報を得たり、連絡を取っている。また、包括支援センターとも連携。今、本人にとって必要としている支援を話し合っている。		
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	職員は共に生活しているという姿勢を持ち笑顔を忘れず日常生活作業をゆっくり楽しく寄り添いながら安心できるような関係を築いている。		
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	入居者のADL、IADLの変化を迅速に察知し家族の方に状態様子等を電話等で報告し、家族の方と一緒に本人を支えていく関係を築いている。		
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	コロナの影響がまだ続いているため、外部の方との接触が少ない中でも感染対策を行いながら、けやき館や合同での行事に参加。地域の方との交流が図れるよう支援している。	家族と共に通院や外出も行われている。月に1回、併設施設と合同で夏祭りや合同誕生会、収穫祭などを開催し、ボランティアや地域住民との交流が行えるよう取り組んでいる。	
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	個々の状態や日頃の関係性を把握し、気の合う同士が近くに座れるようにしたり、職員が間に入るなどしてコミュニケーションが取れるような環境づくりを行っている。		

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
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、退居後も面会に行ったり、家族より状況を聞いたり、相談を受けている。また、施設のお祭りの案内を出している。		
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)	○思いやりや意向の把握 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	入居者ひとり一人の意向を尊重し、日常会話から本人が困っていること暮らし方の要望などを聞き取りを行っている。困難な場合は家族に聞き取りをして本人本位で考え意向、要望等の把握に努めている。	日頃の支援の中で、入居者との雑談等の会話から意向把握に努めている。意思疎通の難しい方は、ホワイトボードを活用し視覚的に伝えたり、言葉や表情、仕草から思いを汲み取るよう努めたり、家族や関係者から情報を得たりしている。	
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	包括支援センターやケアマネジャーの担当者と連携を図り、その方のライフスタイルなどの把握に努め、家族からも情報収集を行っている。		
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	体調面や心理面などケアを行いながら入居者の出来る事、出来なくなってしまったことを把握。入居者ひとり一人が安心して日々の生活が継続出来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	週ミーティングなどで気になった事などを話し合いを行っている。その後、毎月の部署会議時にケアカンファレンスを行い、入居者の現状を基に全職員から意見を聞きケース記録と連動しながら話し合い、結果をまとめケアプランを作成している。	介護計画は利用者や家族の意向を聞き取り、介護支援専門員が作成している。モニタリングは6ヶ月に1回実施し、職員からの意見を取入れ介護計画に反映している。	
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	ケース記録を細かく具体的に記載し、早番日勤遅番夜勤に送りを行い、個々の情報が共有できている。また、状態の変化など気づいた事は迅速に管理者やケアマネジャーに報告している。		
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	本人・家族のニーズをくみ取り、必要とされている支援を柔軟に行っている。		

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	自治体のクリーン活動に参加したり、けやき館での行事に参加を行っている。また、町内外のスーパーに買い物などに行き、楽しく暮らせるように支援している。		
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	全入居者は、入居前から利用されているかかりつけ医に受診されている。通院シートや電話等で状況説明したり、通院に同行したりして良好な関係が継続できるように支援している。	入居前からのかかりつけ医の受診を継続している。家族と一緒に受診することを基本としているが、家族が遠方で対応できない場合や突発的な場合は、事業所に対応している。通院シートに入居者の状態を記載し、受診後主治医のコメントをもらいかかりつけ医と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	ADLや体調の変化等があった時は、看護師に看てもらい、連携を図りながら医療機関受診のアドバイスを受けたり、健康管理の相談を行ったりしている。		
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。また、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。	施設の条件を伝え、スムーズな退院ができるよう病院関係者と連携を図っている。また、必要に応じて情報交換や相談等も行っている。		
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、事業所の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、終末期のあり方について、当施設が出来る事を本人・家族などと話し合いと説明を十分に行い、共有を図っている。他施設の情報・紹介を行っている。関係している事業所や地域の関係者とも連携を図り、チームとして支援に取り組んでいる。	契約時や重度化した場合に、本人や家族に意向等について確認している。事業所としては、入浴が困難になった場合を目安に住み替えを提案している。	
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	年2回のシュミレーションを実施、職員がどのように行動するか再確認をしている。その中で検討することがあれば、意見を出し合い統一を図るように努めている。		
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	消防署に指導依頼。年2回消防訓練実施。昼夜どちらとも訓練内容実施。また、部署内でも災害時の訓練を実施。全職員が訓練を通し災害時の対策等の意識を高めている。地域との連携及び協力体制の構築を検討している。	法人内で防災計画を立て、年2回併設施設と合同で、日中・夜間想定、消防署立会いの下避難訓練を実施している。併設施設からの応援体制を構築している。消防機器の点検の実施、備蓄も完備されている。	災害マニュアルに基づき避難訓練が行われているが不十分である。栃木県DMATを活用し、地域内での連携や協力についての働きかけ、地域との協力体制が図られる事を期待します。

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
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	入居者ひとり一人の人格を尊重し、本人が不快に思わないよう丁寧に安心した声掛けや関わりを持ち対応している。	年1回併設施設と合同で接遇・マナーの研修を実施され全職員が受けている。管理者や職員が講師となり、認知症について研修を実施している。入浴や排泄介助する際は扉を閉める等、プライバシーの配慮も欠かさないようにしている。	
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	入居者からの思いに寄り添い、本人が選択して自分で決定できるように働きかけている。		
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、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	日々の日常会話からゆっくりしたいのか、体を動かしたいのか、出掛けたいのかなど、その日どのように過ごしたいのか本人の希望を聞き、思いに寄り添えるように支援している。		
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	季節に応じた服装選びなど職員と一緒にやっている。普段からオシャレや身だしなみが出来るよう支援している。また、化粧品会社のイベント参加してオシャレのお楽しさを再確認など行った。		
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	使い慣れた食器を使用している。職員と一緒に献立を決めたり買い物に出掛けたり、食事作りを行っている。野菜を切ったり、食器を洗ったり、拭いたり、個々が出来る事を行っている。	食事は併設施設の栄養士が献立を立て一括調理されている。月に1回、食事を作る機会があり、近隣のスーパーへ利用者と共に買い物に出かけている。配膳下膳等の手伝いを希望する利用者には一緒に行くようにしている。手作りおやつや行事食(テイクアウト等)では食の楽しみが得られるよう工夫されている。	
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	食事量や水分量のチェック表を活用し、接種状況の把握に努めている。ご飯やおかずは1人ひとりあった量を提供し、美味しく食事が出来るように支援している。		
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、口腔ケアの声掛けを行い、口腔内の清潔保持に努めている。義歯を使用している方は、洗浄剤を使い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	排泄チェック表を使用し、各自の時間でのトイレの声掛けや誘導を行っている。トイレ時、必要に応じて見守りや排泄動作において自立できるように動作の声掛けを行っている。	排泄チェック表を用いて一人ひとりの状態に応じ、自立した排泄を目指し、トイレ誘導を基本としている。夜間時は転倒のリスクを考慮し、職員が定時で誘導、介助している。	
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	水分補給の促しや運動、散歩等を行い個々に応じた予防を行っている。主治医と相談して必要に応じて下剤を処方してもらっている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	最低でも週三回入浴支援を行っている。心身ともにリフレッシュできるようにその方にあつた支援・介助を行っている。	週3回、入浴支援が行われている。利用者一人ひとりの意向やタイミングに合わせ、個浴でゆっくりと入浴できる環境を提供している。入浴を拒む方には、言葉かけや対応の工夫をしている。ゆず湯等気持ちよく入浴を楽しんでもらうよう工夫している。	
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、レクリエーションを行ったり、居間でくつろいだりなど自由に行って頂き、規則正しい生活が送れるように支援を行っている。その日その日の疲れが取れるように寝具を整えたり、空調を整えたり安眠できるように支援を行っている。		
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	医療機関関係者から薬の目的や副作用、用法の助言をもらい、職員1人ひとり理解できるように通院シートや送り紙を活用して理解を深めている。定期受診や体調不良時の受診など医療機関と連携を図り変化の確認に努めている。		
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	台所の家事やゴミ出しなど1人ひとりに合った役割を持って頂いている。多くの方から「次は何するの？出来る事があつたらやるよ」と意欲的な声が聞かれている。また、その日その日で、楽しみごとを聞き取りを行い、気分転換を図っている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	withコロナ中、近くの公園で花見をしたり、散歩をしたり、近くのスーパーなどに買い物に出掛けたりしている。家族にも協力してもらいながら、外出が出来るように支援している。	家族と外出や外食をしたり、要望に応じて職員付添にてドライブへ出かけたりしている。また、桜を見に外出したり、外食、散歩をしたりと、入居者の要望に応じて、外出支援に取り組んでいる。	

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
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	家族から本人のお小遣いを預かっている。コロナの影響はまだあるが感染対策を行い、料理作りに使う材料だったり普段と違ったおやつなど職員と一緒に買い出しに行ったりし、本人にお金の支払いを行って頂くなどの支援を行っている。		
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	毎月、家族に宛てた手紙を書いてもらったり、個人個人の写真を撮って様子を伝えている。		
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	共用空間において、居心地良く生活して頂けるように外光、空調や室温など必要に応じて調整を行っている。季節感が感じられるように飾り物を飾ったりしている。	リビングには利用者の作品や写真等を飾り季節を感じられるようにするなど、居心地よく過ごせるようにしている。置のスペースに炬燵があり、食事や昼寝、談笑するなど、寛げる場所となっている。オープンキッチンで空気清浄機を設置し感染症対策を行っている。	
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	各々が自席や畳、ソファなどで自由に過ごせるようにしている。声掛けもやっている。		
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	入居時に使い慣れた家具を持って来て頂き使用している。また、行事を行った際、飾り物を自室に飾ったりもしている。	居室には介護用ベッドや洗面所が備え付けられている。テレビや家具、写真等、使い慣れた物が持ち込まれ、本人が居心地よく過ごせるようにしている。	
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」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	少しでも理解が出来るように名札や案内板を掲示し自立を促している。障害物を極力排除し、安全安心な環境づくりに取り組んでいる。		