

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	0471500314		
法人名	有限会社 スバル		
事業所名	グループホーム太陽		
所在地	宮城県大崎市古川中里2丁目7-1		
自己評価作成日	令和3年11月15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.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和 3 年 12 月 9 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)】

「のんびり、ゆっくり、一緒に歩こう」の理念のもとに利用者の笑顔と想いを大切にしている。利用者、職員が一緒になって生活リハビリ(食事の準備や片づけ、洗濯物たたみ、梅干しや干し柿づくり、畑作物の収穫等)に取り組み、利用者一人一人が役割をもち充実感を得られるようにしている。地域とのつながりを大切にし、町内会活動に参加したり、地域の方の相談などにのるようにしている。協力病院(内科・歯科)、訪問看護ステーションと24時間対応で連携をはかり、急変時に対応できるようになっている。また、行政、地元医師会が支援して行っている研修会に職員が参加して適切なケアに繋げるようにしている。

【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)】

ホームはJR古川駅より南西に徒歩5分の住宅地の中にある。スーパーやドラッグストア、古川学園野球部の寮が近くにある。「ここに入居して良かった」と言って貰えるように、独自の申し送り表を作り、1日3回の申し送り時に注意事項を記入して職員間で共有し、「寄り添う介護」の実践に取り組んでいる。協力医療機関や訪問看護ステーション、調剤薬局と医療連携が来ている。1年間に3名の看取りがあり、家族から感謝された。運営推進会議などで地域の方の意見や情報を聞き、地域の介護の相談窓口になっている。目標達成計画の「職員のスキルアップ」は、職員個々が希望する研修会に参加したり資格を取得したりして達成した。

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 3. 利用者の1/3くらい 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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (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	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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、医療機関との連携や、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			

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム太陽)「ユニット名 」

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踏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	新任、中途採用職員にも利用者、職員、地域等の皆さんの声を参考にして作られた事業所の理念の普及につとめ、ケアの実践につなげるようにしている	介護理念は職員全員で振り返りをし、1年前から継続している。玄関や事務所に掲示し、職員それぞれに携帯している。「寄り添う介護を基本とする」ために言葉遣いに注意を払い、実践に繋げている。		
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	町内会の一員として地域とのつながりを持ち、行事などは中止となっていますが、散歩時のあいさつやご近所から頂いた野菜や柿など使って、利用者と一緒に作業に取り組んでいる。	地域にとっての介護相談窓口となり、地域包括職員や市の担当者に繋いでいる。近所の高校野球部生徒がホームの雪かきをしてくれた。ボランティアの方が切り絵やぬいぐるみ、衝立を作ってくれる。		
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	地域の方から相談などあった場合、傾聴し、可能な限りご家族が無理なく支援できる方法を伝えている。また、地域包括や行政等諸機関も紹介するようにしている。			
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	コロナ感染症予防対策で文書開催もありましたが、地域の民生委員、区長さん、地域包括、訪問看護st等からの意見や報告、利用者の現状や家族からの相談等を報告、交換して事業所の運営、活動に活かすようにしている。	コロナ禍で文書開催が2回と奇数月に開催している。区長や地域包括から地区に住む高齢者の状態を情報として貰っている。「音が無いのは寂しい」の意見から、リビングに民謡や童謡を流している。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	県市の担当課や地域包括等とも連絡を取り、事業所の状況も伝えながら連携を図っている。コロナ感染症予防対策では県から講師を派遣していただいて研修会を開催している。	県や市から研修会の案内があれば、すぐに申し込むようにし、職員のスキルアップに繋げている。大崎市の医学講座には毎回1名参加している。近所トラブルに巻き込まれた時、市に職員のメンタル面の相談をした。		
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	身体拘束にあたる具体的な行為について学習会等でも確認している。利用者が外に出ようとされる時は職員が同行するようにしている。また玄関の施錠は行っていない。	「身体拘束適正化委員会」の議事録は回覧し、職員間で共有している。内出血などがあれば申し送り書に記録をし、訪問医が確認している。外出傾向のある方には、一緒にしばらく歩いてから戻っている。センサーマットは使用していない。		
7	(6)	○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	高齢者虐待防止法について学習会をもち、声のかけ方など具体的な行為について確認し、職員間でも注意し合うようにしている。	家で布団だった方のベッドを低く下げ、柵は1点のみにしている。「ダメだっちゃあ」など乱暴に聞こえる方言は使わないように、その都度注意している。職員の精神的負担軽減に、希望休は月2～3日取れる。		

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	成年後見人が定期的に訪問され、その際に制度の現状や運用等についてお聞きしている。また、その制度や支援事業について学習会も設けている。		
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	契約書、重要事項説明書等について項目ごとに詳しく説明し、疑問点なども出して頂き、理解してもらえるようにしている。改定等については、前後を比較してわかりやすく説明を行っている。		
10	(7)	○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	ご家族からの意見、要望等は管理者に報告、早く対応するようにしている。職員にもその経過を報告し、サービスに反映させるようにしている。	支払いに来訪された時に家族の意見を聞いている。「出来ることはさせて」に燃えないゴミの当番の仕事を一緒にしたり、畑仕事をして貰ったりしている。毎年、梅干づくりと干し柿づくりは恒例になっている。	
11	(8)	○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	申し送りやミーティング等で出された意見や改善点などを取り上げて議論を行い、実践を通して方向性を見出して職員全体のものにするようにしている。	夜間頻尿の方の水分摂取方法を皆で考え、15時までの適量摂取に変えたところ、夜間に起きる事が減った。洗濯機や掃除機などの故障にはすぐに対応した。育児中の方のシフトは要望に応えるよう配慮している。	
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	仕事と育児の両立への支援、資格の取得に向けた支援、専門家による健康相談など職場環境の整備に努めている。		
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	感染症対策も含めて県市など外部機関の研修をズームを積極的に利用して視聴するようにしている。		
14	(9)	○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	コロナ禍で相互交流はできないが、グループホーム協議会の学習会や地域の同業者との情報交換を行い、運営やサービスの改善に反映させている。	同業者と空き状況や補助金の使い方、新規の有料老人ホームなどの情報交換をしている。調剤薬局の薬剤師に入居者が服用している薬の話をして貰い、飲ませ忘れをしないなどの理解を深めた。	

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	入所にあたって環境が自宅等と大きく異なり、困惑されることがあるため、本人のお話を傾聴し、ゆっくりとした声掛けで安心していただけるようにしている。		
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	ホームに入所されてからもご家族からの意見や要望、困りごと等を傾聴し、他の専門家の協力もえながら信頼関係を築くようにしている。		
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	事前に本人、家族に調査はしているが、入所時点で違いがある事もあるため、その時は必要とする支援の見直しを行なっている。他のサービスも含めて検討している。		
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	利用者のできることで、できないことを見極め、職員と一緒に役割を分担して作業などにとりくんでいる。生活を共にする者同士として家庭的雰囲気大切にしている。		
19		○本人と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	ご家族には定期的に面会に来ていただくようにしており、その際に往診や生活の様子を伝え、通院が必要な時は同伴していただいている。また、おむつなども連絡して購入してもらっている。		
20	(10)	○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	外出は控えているが、家族、親せき等の短時間の面会は、体調等を確認の上で玄関先で行うようにしている。電話を使用して遠くの兄弟などと会話していただいている。	入居者全員が大崎市出身で、スーパーや雑貨店が馴染みの店であり買い物などしている。「婦人画報」や「家の光」「市政だより」をよく見ている。2ヵ月毎の訪問理美容の方と馴染みになっている。	
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	新しく利用者が入所された時は利用者間の相互関係を把握し、イスの配置、居室の場所を決めている。利用者が作業などを通じて協力できるように声掛けをして雰囲気作りも行っている。		

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	サービスの利用が終了してからも家族との関係を大切にして困りごとが生じたときは相談に乗るようにしている。		
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	(11)	○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	希望や意向については、入所前に直接ご本人に合って把握するようにしている。困難な場合は、家族やサービス提供関係者等に確認し、検討している。	職員から「どうしたい」と話しかけるようにし、言葉だけでなく表情や身振りからも思いを把握している。リビングにいる時の何気ない会話から「この米はうまい」「〇〇が食べたい」などの思いを引き出し対応している。	
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、ご家族、担当のケアマネさん等から利用者の生活歴、職歴、病歴、サービスの利用状況や健康状態など詳しく把握するようにしている。		
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	一人ひとりの利用者について生活の仕方、できることやできそうなこと、日中と夜間の心身状態の違いなど観察して把握するようにしている。		
26	(12)	○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	本人の希望や医師等多職種からアドバイスを頂き、職員個々の気づき、意見も出しあい、課題を整理して一人ひとりに合ったわかりやすい計画を作成するようにしている。	毎月モニタリングを行って課題をピックアップし、家族に説明し意向を確認している。糖尿病でインスリン治療だった方が、規則正しい食事を摂ることで医師の指示により服薬治療に変更になった事例がある。	
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	申し送り、個人記録等職員が勤務する前に確認している。また、日々のケアの実践で失敗・成功した事例をもとに意見交換を行い、介護計画の見直しにも役立っている。		
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	本人や家族の多様なニーズに応えるため、医療、福祉、地域包括等専門家と連絡を取り、障がい者福祉制度、福祉用具の学習も行い、一人ひとりにあった柔軟なサービスが提供するようにしている、		

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
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	地域の皆さんから野菜や果物等差し入れがあり、それらを使ってみんなで下準備を行っている。また、利用者の車いすなど福祉用具は、専門家の意見を聞いて適切なものを使用するようにしている。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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	ホームの協力医療機関(内科、歯科)はあるが、本人の意向を確認したうえで、長年のかかりつけ医を家族の協力のもとに受診していただくようにしている。また、必要な他の診療科目については家族に同伴して通院していただいている。	入居者全員が古川民主病院の月2回の訪問医療を受けている。訪問看護師は週1回来訪し、24時間オンコール対応している。協力歯科医が随時訪問して治療し、口腔ケアの指示を貰っている。	
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	利用者の毎日の血圧等バイタルサイン、身体の変化を訪問看護師に伝えアドバイスをいただいたり、協力病院の医師へ連絡して早期の受診へつなげてもらっている。		
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。又は、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。	利用者が入院した場合には情報提供を行い、適切な治療ができるようにしている。また、退院前にも家族、病院関係者と連絡、相談し、ホームで継続的に療養できる体制を作るようにしている。		
33	(14)	○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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に終末期における看取りについても説明、その後家族との信頼関係を築く中で、重度化した場合のあり方について、看取りの指針を詳細に説明、確認を行い、ご家族、ホーム、医師等が協力して支援を行うようにしている。	「グループホーム太陽看取りに関する指針」を明文化して家族に説明している1年で3人の看取りをした。看取り後のアンケートでは家族から感謝の言葉があった。職員は訪問看護ステーションからアドバイスを受けている。	
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	利用者の急変や事故発生時には、24時間対応で訪問看護師に来所いただいている。また、初期対応のしかたについてアドバイスをいただき、職員にも周知して活かすようにしている。		
35	(15)	○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	災害時に備えて事務所に災害マップを掲示、指定避難場所を確認している。また、年2回消防訓練を行い、全職員が参加して避難誘導、消火訓練を行っている。	古川ポンプ製作所に訓練指導を委託し、夜間想定火災訓練を年2回実施している。「避難に時間がかかった」の反省があった。コロナ禍以前は区長や民生委員に声掛けし、救出と見守りをお願いしていた。	

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	(16)	○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	利用者のプライバシー保護について学習会を行い、人格、個性を尊重したコミュニケーションの仕方や利用者の映像を含めた情報の流出防止に注意をしている。	入居者の写真は、プライバシーに配慮しホームのカメラで撮影している。入居者への面会に制限希望を申し送り書で共有し対応している。居室に入る時は必ず「〇〇さん」と声掛けしてから入っている。	
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	利用者と会話だけでなく、身振り、手振り、表情などを見てちょっとしたことでもその意向を見逃さないようにしている。		
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	利用者一人に声掛けて体調を見ながら、毎日の生活の仕方をふまえて、役割など分担して張りのある生活を送って頂くようにしている。		
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	本人の好みや個性を大切に季節に合わせた衣服、掛物、整髪など要望を聞きながら支援している。		
40	(17)	○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	利用者一人ひとりの力を活かして職員と一緒に食材の下準備、食事の片づけ、洗い方や拭き方などの役割を分担して行うようにしている。	献立は管理者が作成し、栄養士に相談している。カレーライスや炊き込みご飯、あら汁が喜ばれている。正月はお節料理を出す。梅干しと干し柿作りは毎年恒例となっており、手作りのドクダミ茶を飲んでいる。	
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	毎日申送りで水分摂取量や食事の状況をチェック、必要な量を摂って頂くようにしている。また月初めに体重測定を行い、その変動に注意している。		
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	毎食後声掛けして歯磨きを行なわれる。汚れがある場合、職員が仕上げを行なっている。また、歯科往診(月1回)により入歯の調整や口腔内チェックも行われている。		

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
43	(18)	○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	トイレでの排泄を基本として、一人ひとりの排泄状況に応じてリハビリパンツ、おむつなどを適切に使用するようにしている。	日中は全員がリハビリパンツを使用し、夜間のみ2名がオムツをしている。オムツの方は夜間にパッド交換し、朝にトイレ誘導している。訪問看護師にオムツの種類について教えて貰い参考にしている。	
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	普段からラジオ体操やできるだけ身体を動かして頂くようにしている。また食事、おやつにも野菜や乳製品も取り入れている。排便間隔が長い時は訪問看護師に相談、対応している。		
45	(19)	○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	利用者の体調等チェックしてから声掛けを行い、状態に合わせて職員が二人で対応したり、シャワー浴、足浴などもしてゆっくり温まってもらうようにしている。	週に3~4回入浴している。床暖房のフロアを素足で歩けるように、水虫の撲滅に努めている。拒否する理由を「入浴ノート」に記録し、医師に相談し清拭で対応することもある。菖蒲湯やゆず湯を楽しんでいる。	
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	生活習慣に応じて昼寝をしたり、就寝前には季節に応じて居室をあたためたり、掛物の調節をしてゆっくり眠れるようにしている。		
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	連携薬局より毎月1回、定期薬を配達されており、利用者の状況について報告、相談している。また、服用薬品カードを職員がいつでも閲覧できるようになっている。		
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	一人ひとりの生活歴、力を参考にして梅干しづくり、干し柿作り、ホームの畑で野菜づくりなどのお手伝いをしていただいている。また、大好きな民謡、演歌歌手の歌を聞いていただいている。		
49	(20)	○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	コロナ感染症予防対策のため、病院への通院、やむをえない事情以外は、できるだけ外出は控えて頂くようにしている。	天気の良い日はホーム周辺を散歩している。車で10分の所にある畑に行き、苗の植え付けや芋掘り、大根やかぼちゃの収穫をしている。帰宅願望のある方の家族の協力を得て、週1回、家でホルモンを食べる外出支援がある。	

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	利用者やご家族の希望により所持される場合、金額や保存場所を確認している。必要な物は家族に買ってもらうようにしている。		
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	遠くのご家族からの手紙や小荷物をお渡ししたり、お読みしたりしている。また、利用者の希望により、本人の携帯電話で家族等とお話できるように支援している。		
52	(21)	○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	居室、共用空間とも換気、温湿度、採光等を調節し快適に過ごせるようにしている。玄関には季節の花や植物、小物を飾り、利用者の好みに合わせて音楽も聞いていただくようにしている。	玄関を入るとクリスマスツリーが飾られている。床暖房のあるリビングには入居者が集まり寛いでいる。小豆の選別やタケノコの皮むき、フキの筋取りなどをして皆で楽しんでいる。地域の方からもらった押し花の額や折り紙を飾っている。	
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	利用者一人ひとりが思い思いに過ごせるようにリビングの窓側にコタツを設置し、トイレの近くにはソファや椅子を置いて、横になったり、お話をしたり、一人で過ごせるようになっている。		
54	(22)	○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	本人様のなじみの小物などを飾ってもらいくつろげるようにしている。また、利用者の状態に応じてトイレに近い居室を配置するようにしている。	畳敷きのベッドに敷いている布団は毎日上げている。職員が手伝うが、自分で出来る方もいる。家族が来たときは畳の上でお茶をす。テレビや冷蔵庫、筆筒、仏壇を持ち込み、写真や馴染みの物を飾っている。	
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	建物内部は、手すりの設置、段差の解消が行われている。移動の際、ぶつかったり、見誤まることのないように通路、居室内を整理・整頓している。		