

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	1290400033		
法人名	飯倉居宅介護支援事業所有限会社		
事業所名	グループホーム 木もれ陽		
所在地	千葉県若葉区大宮町3099-1		
自己評価作成日	令和4年3月4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	http://www.iikura-group.jp/grouphome/
----------	---

【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NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	令和4年3月19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)】

利用者の介護状態と心身の特性を踏まえ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、医療と介護を24時間365日綿密に連携して、必要な支援をしています。また心身機能の維持・回復を図り、利用者の生活機能の維持・向上を目指しその人らしい生活が送れるよう支援しています。

【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)】

ホームは、車椅子の利用者が多いため日常の散歩はするが、室内での機能訓練強化を多くしている。例えば、足首を柔らかくするために、20分程のイージーウォークや足のむくみを減らすために、自転車こぎを20分程度行っている。整骨院が運営母体であり、利用者にとってADLの向上には大変良いホームと言える。理念の中に、利用者の人間としての尊厳を大切に、自己決定権と個人の尊重に努めるとある様に、その人らしい身だしなみやおしゃべりが出来る様に、着替えの時にはどれを着るか選んでもらったり、イベント食には極力皆の意見を取り入れるようにしている。利用者の自立支援のために、自分の事は自分で行うことを基本としており、それが出来ない人に対して最低限の支援を行うことを念頭に行動している。言葉でうまく表現できない場合、その人の表情や動きから何を欲しているかを判断し、普段から試行錯誤で当人の意向を読み取るための繰り返しが行われている。

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 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広がったり深まり、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	『ほっと安らぐ家族的な暮らしの場』をモットーに、利用者の個性を尊重しながら、生き生きと楽しく、当たり前の生活が送れるように努めている。新入の職員には、研修期間中において、理念や方針について学ぶ機会を設けている。	利用者には、おはようの会話から始まって、行事等で中庭に出て宴を重ね、いつもと違った雰囲気でお話を楽しんでもらっている。着替えの時には、どれを着るか選択してもらい、その人らしい生活を楽しんでもらっている。新人職員には、OJTや職員会議、研修で主に利用者を尊重するようなコミュニケーションの取り方を指導している。	
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人として日常的に交流している	地域の行事には、積極的に参加するように努め、地域の人達とのふれあいを大切にしている。また、散歩の際には、ご近所の方々への挨拶を心がけ、時には会話も交し合うこともある。	自治会に加入し、地域の文化祭やクリスマス、盆踊りに参加し抽選会を行ったりしたが、コロナ禍でこの2年間は中止している。ホームの行事の際は、地域に住んでいる職員が近所に声掛けを行うと、地域の方々からは外から見学をすることもある。	
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	居宅サービスを受けているご家族が相談に見えた場合は面接により現在への状態を把握し、サービス事業者に紹介依頼すると共に認知症の相談は随時行っている。		
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	地域の役員や千葉市あんしんケアセンター職員・民生委員・利用者家族に参加していただき、ホームの活動報告や利用者の生活状態などの報告会議を3か月に1度開催予定となっているが、コロナ感染予防のため、今年度は、書面会議として報告している。	書面での運営推進会議を行い、あんしんケアセンターの他従来のメンバー全員に回答用紙を送付し、意見等を書いてもらい回答後に再び感想を書いてもらっている。例えば、災害発生時のBCP(業務継続計画)は策定されているかの質疑に対し、厚労省のガイドラインを参考に作成中との応答に、予防対策を徹底してくださいとの感想等である。	
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	ホームの実情を常に理解してもらうために、生活保護課、介護保険課、地域包括支援センターとの連携を密にし、問題が生じた場合には、早期解決に向けての対応をしっかりと行っている。	行政へは、災害時用の発電機等の購入に係る申請を行ったり、事故報告等の届け出や相談に行ったりし、行政からは、PCR検査の連絡メールやアルコール等の配布の連絡が来るなど、あんしんケアセンターとの連携を含め、協力関係を築いている。	
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	身体拘束は皆無である。精神薬については、利用者の状態を主治医へ、的確に伝達し、指導を仰ぐと共に、薬を少なくするよう努めている。	虐待の最初は言葉からと言うように、身体拘束をしないケアでスピーチロックに重みを置き、本当に危険な時を除いて、続く言葉はトーンを下げて穏やかに言うようにしている。内部研修は年4回行い、主任者研修等外部研修修了者は、職員会議でフィードバック報告会を行っている。	
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逃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	効率的な話し合いの場を設け、日々利用者に接する言葉使いや対応について検討しながら、良心的な介護のあり方を目指している。		

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
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	事業所内定例研修で学ぶ機会を持ち積極的に取り組んでいる。		
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	契約書等を読み上げ難しい表現など分かりやすく説明し、そのつど質問に答え理解していただくよう努めている。		
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	定期的に家族会議を開催し、面会時には、利用者の健康状態等をもと細かく伝え、特に変化があった場合には、迅速に、その都度連絡をするようにしている。	家族が要望等を表せる機会の内、毎年行う三者面談では看取りに関する意見や緊急時の搬送について等本音が言い易くなっている。2ヶ月毎に発行している「こもれびだより」は、日常生活の報告や行事の写真にコメントを付し、請求書と一緒にその他の日常の写真を添付して利用者毎に送付しているため、良く様子が分かるとの評価が高い。	
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	定期会議を行い、そのつど意見交換を行い、グループホームの業務運営に関する情報を職員で共有し、速やかに対応している。	職員の意見や提案を聞く機会には、全体会議や日常業務の中、個別面談等がある。全体会議では、業務の不満や改善点等が出る。例えば、休憩時間を一緒に取りたいとか利用者とは別の所で休憩したい等、日常業務では利用者に関することが多く、体調不良等について申し送りを行っている。個別面談では、家庭の事情でシフト変更をして欲しい等個人的なことが多い。	
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	気持ちよく話し合い、相談ができる職場環境を整えるように心がけるとともに、職員が、明るく生きがいを持って働ける職場作りに努めている。		
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	毎月の定例会において職員一人ひとりが取り組んでいる研修の成果の報告会を行っている。また、資格取得に関しても積極的に取り組むよう働きかけている。		
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	同業者間の交流や情報交換は常に行うように努めている。		

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
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	利用者面接において病歴、生活歴など聴取し、困っていることは何か、どんなことで心配しているかなど、本人との会話の中で、理解をし、把握することによって、家族同様に接するよう努めている。		
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	ご家族の不安な気持ちを取り除くため、家族会議や電話等にて連絡を取り合い、協力し合いあっていく中で、理解を深めるようにしている。		
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	生活の環境変化に伴い精神面のケアに力を入れると共に健康面で機能が低下しないよう、機能回復運動を取り入れている。		
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	家族と同様な関係づくりに力をいれており、料理、掃除など家で行っていたことはホームでも行うよう努力している。		
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	ご家族と共に。利用者が『今日は楽しかった』といえるような生活環境を工夫している。面会時には雑談をまじえた会話でコミュニケーションをとっている。		
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	職員と入居者が、協力して壁画を作成したり、行事の写真や創作活動で作成した物を居室に飾ったりして、面会に来やすい環境づくりや新しい生活に戸惑いのないような環境づくりを工夫している。	コロナ禍で面会は充分とは言えず、玄関で距離を取り15分位にしている。ストレス解消の一環として、中庭で梅を見ながら鶯の鳴き声を聞き、バーベキューを行ったりしている。外出計画を立てても、ドライブにも行けない状況が続いているため、近くの公園へ桜見物に行くことを計画している。	
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	共同生活を送る上で最低限必要なルールやマナーを守ることの大切さ、共同作業、レクリエーションを通して助け合いの精神が芽生えるように働きかけている。		

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	契約が終了しても信頼関係を大切に、いつでも立ち寄ることの出来るホームにすることを、心がけている。		
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	利用者ご本人の意見表示を見逃さず、利用者の満足のいく介護や主体性の確立を、目指すように心がけている。また、ご本人及びご家族からの暮らし方の意向・希望を職員全員が共有できている。	言葉でうまく表現できない場合、その人の表情や動きから何を欲しているのかを判断している。例えば、隣の人をじろじろ見ている、水道の方を見ている時などは、水が飲みたいシグナル、足をしきりに動かすとトイレに行きたいのだと判断し対応している。このように、普段から試行錯誤で当人の意向を読み取るための繰り返しが行われている。	
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	アセスメントを行い、総合的に分析し、職員全員が共有できている。		
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	出来ないこと・出来ること・今何をして欲しいのかなど、日々の生活状態や心身状態にあった対応の仕方を工夫し、快適かつ安全に介護を実践していくよう努めている。		
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	介護担当者やご家族と協議しながら最新の情報を元に計画の変更・継続を実践している。また、医師の意見を参考にし、現状に即した計画を作成している。	家族会議で、なるべく体を動かさせて欲しいという要望を受け、本人の出来ることをしてもらい極力体を動かすようなケアプランを心掛けている。また、健康観察記録から排便の回数が少なくなっているが食事の量が変わっていない利用者には、医師と相談しながら運動量を増やして排便よくするような取り組みを行っている。	
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	各個人の健康観察記録・日々の生活の記録を作成し、本人・関係者と意見交換し、目標・介護計画の見直しを行っている。		
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	連携医療機・往診医・他業種との連携により、一人ひとりに柔軟な支援を行っている。		

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
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	令和になり、コロナ禍の状況により、実践がままならぬが、いつでも地域に貢献できる体制を整えている。		
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	受診予定日に、ご家族からの依頼等の際は、職員が、付き添い、症状経過を担当医師に伝え、受診結果の診断内容等を適切にご家族に報告する。また、ホーム往診医にも報告し、連携をとっている。	提携医であるシーサイドクリニックで一元管理することを基本としているが、以前からのかかりつけ医の内科に通院を希望するのであれば、家族の付き添いをお願いしているが職員が付き添う場合は有料としている。提携医の往診は月2回となっている。職員の中に看護師がいて、健康管理は十分に注意しており医師への連絡体制もしっかりと出来ている。	
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	各入居者の心身状態を「健康観察記録」により把握し、体調に異変が生じた場合には早急に対応し、職員全員と共有・把握している。		
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、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。	医療機関より適切なアドバイス・情報を共有することができ、入居者が安心かつ安全にホームで暮らすことができている。		
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	重度化やターミナルケアについて家族には、事前に、不安を抱くことのないよう、方向性とケア内容・状況及び経過を説明し、連絡体制や協力医師との連携も確立出来ている。	入居時に家族から看取り希望をするケースが多くなっている。今年度の看取り実績はなし。皆さん健康な方が多く、中には100歳になる利用者もいる。重度化してきた場合、医師から「そろそろかな」という声で家族に連絡し、医師の2回目の判断が出た時に看取り会議が開かれる。その時に家族の意見を聞きながら、施設内で看取るのか病院でするか、を決めた上で準備が進められる。	
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	急変時の対処や事故発生時の対処法などマニュアルを作成し、職員はいつでも確認する事が出来る。定期的な訓練により、職員は、実践力を身に付けている。		
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	定期的に避難訓練や消火訓練も行っている。介護者の役割分担の確認と自覚を持った行動がとれるよう、理解の場を設けている。地元消防署との協力体制を構築している。	5月に地震対策、10月に火災訓練を消防署に届け出て、自主訓練を行った。夜間を想定した訓練は昼間の訓練の後に実施している。災害時に備え、井戸からの給水、自家発電機、7日分の食料の備蓄準備で対応は出来ている。災害発生時のBCP(事業継続計画)に関して、11月の運営推進会議であんしんケアセンターより質問を受け、現在BCPの作成中である。	

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
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	一人ひとりのボディサインやささやきを見逃すことなく細かい配慮をたやみず、取り組むよう心掛けている。	その人の顔の表情を見て失禁していそうだと分かると、そっとトイレに連れて行っておむつの交換をしようと、ちょっとお部屋に行きましょうかと声掛けをし他の人に気づかれない心配りをしている。また、普段の生活の中で声掛けや寄り添ってのボディタッチを通して、その人の気持ちを読み取る努力をしている。	
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	日々の生活の中で利用者との信頼関係を築き、何でも話せる雰囲気づくりをして心のうちを察することが出来るよう、努力している。		
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	その日の心身の状態を把握し、個別の介護計画を基本として、満足のいく生活が出来るように援助している。		
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	髪の毛は定期的に施設に床屋に来てもらいカットする。衣服に汚れなどある場合はこまめに着替えをして清潔を心がけている。		
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	おやつについては、月に一回、二回を職員と入居者が一緒になってメニューを考え、みんなで一緒に作って食べる計画を立案し、取り組んでいる。行事用のお食事は、工夫したものを用意し、召し上がっていただくようにしている。	お彼岸のおやつ時間に「きな粉」と「あんこ」の2種類の「おはぎ」を作って皆で楽しんだ。皆で作って一緒に食べるという共同で行ったことが、利用者にとっての楽しみの一つとなっている。ひな祭り、節句、敬老会等でのイベントには家族に声掛けをして食事をしてしたが、現在は家族の参加はない。イベント食には、極力皆からの意見を取り入れるようにしている。	
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	毎日の水分量、食事摂取量のチェックを行い、栄養バランスの取れた食事を心がけている。また、糖尿病の利用者の食事摂取量にも十分注意を払っている。		
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に、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	月に一度、訪問歯科を利用し、入れ歯の調整、歯磨きやうがいの指導もうけている。食後の口腔ケアも行い、一人で出来ない利用者は職員が介助している。		

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むけた支援を行っている	自立のためトイレ誘導をこまめに行い、利用者の行動、健康観察記録から排泄パターンを把握し、早めに介護するよう心がけている。	本来、自分のことは自分で行うことを基本としており、それができない人に対して最低限の支援を行うということを念頭に行動している。排泄の自立支援のために「健康観察記録」が職員の目にするところに置かれ情報の共有化をしている。排泄がスムーズに出来るよう煮豆、寒天料理、さつま芋等を料理に加えることも心掛けている。	
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	日頃から運動、水分、バランスの取れた食事をするなど便秘の予防をしている。排便が困難な場合には、医師処方の下剤を服用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	清潔が保たれるよう入浴日を計画している。入浴時間も体調を考慮しながら、心身共にリラックスし入浴できるようにしている。	失禁で体が汚れるような人には毎日だが、週に2回入浴できるようにしている。湯舟に浸かるのを嫌う人にはシャワー浴を、前かがみになって髪を洗うのが嫌う人には後ろに反ってもらい髪を洗うなどの工夫をし、警戒心を取り除いてあげるような入浴支援を行っている。	
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	起床・離床時間は本人の意思に基づいている。居室に本を読んだり、音楽を聴いたり、ご自宅にいる時と同様にリラックスしていただくようにしている。		
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	薬は、飲み忘れがないようにチェック表を用いている。個別の薬や情報ファイルを作成し、薬の目的・副作用等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	日常生活の中で一人ひとりの役割を明確にし、張り合いのある生活に努めている。個々の趣味も生かせるように心がけている。		
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	行事年間計画において、工夫された計画を盛り込んでいるが、コロナ禍にあり、ホームの庭に出る程度にとどまっている。外食や花見など外出の機会を慎んでいる状態となっている。	外出計画は立てているが、コロナ禍により中止せざるを得ない状況である。最近では、桜の咲く時期に近くの平和公園に桜見物に行くことを計画している。車イスの利用者が多くなり、散歩も以前より少なくなってきた。現在、歩ける人は3人で、2人が暖かいときに30分ほど近くを散歩している。外出もままならない今日、機能訓練強化を目的にイージーウォークや自転車こぎを20分程度行う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
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	利用者は、金銭管理が出来ないため、ご家族からお金を預かり、本人から申し出があった場合、ご家族了解の下で、職員が付き添って、買い物ができる環境を整えているが、今の状況では無理である。		
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	いつでも電話をすることが出来るようになっていいる。お手紙や年賀状については、宛名書きなどを介護者が手伝い、投函にするなどの支援を行っている。		
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	居間に利用者と職員で作成した季節を感じることを出来る壁画を飾っている。日中音楽を流したり、居心地よく生活できるようにしている。	利用者全員参加のもとに、毎月リビングに季節を感じる壁画を飾るようにしている。3月のひな祭りには、折り紙や毛糸を使っておひな様を作った。一日の大半を過ごすリビングでは、「飽きさせない」環境づくりに注意し、BGMで音楽を流している。無言で何もなく過ごすのではなく、常に動的な環境を考え結果的に眠れやすくなるような生活リズムを作る工夫をしている。	
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	居間にテレビがあり、利用者全員で見て楽しむことが出来る。ソファで昼寝をしたり、おやつを食べたりと、リラックスできるように配慮している。		
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	なるべく昔から使っているものをご自宅から持ってきていただき、安心して居心地よく生活してもらえるよう職員が整理・整頓を心掛けている。	自分の使っていた整理タンス、人形、仏壇、家族の写真等を持ち込むことが、その人の生活に安定感をもたらすよう注意している。室内は、据付け以外の物は自分の好みに合わせて部屋作りをしてもらっている。室内で過ごす上での安全面から各部屋にカメラを付けて安全管理を行っているが、あくまでも補助的な器具であって、最終的には職員一人ひとりの確認を怠らないよう心掛けている。	
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	利用者本人の意思表示を見逃さず、利用者の満足のいく介護や自立した生活が長く続けられるような環境づくりを利用者と共に確立していくことを心がけている。		