

### 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	4190200263		
法人名	(有)ケアサポート・KSN		
事業所名	グループホームおうち・緑山		
所在地	佐賀県唐津市相知町相知533-28		
自己評価作成日	令和6年9月20日	評価結果市町村受理日	令和7年3月19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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会		
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号		
訪問調査日	令和6年10月18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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出支援。(夏は暑くて外出できていませんが…苺狩りや芋ほり、野菜の収穫など。)</li> <li>・外に出れなくても、施設の中で季節を感じる事が出来る様に飾り物をしている。</li> <li>・型にはまらない。失敗してもいいからチャレンジし、チャレンジする過程を大切にしている。</li> <li>・お看取り。ご家族と看取りの同意書を交わした後にご自宅への外出支援をさせて頂いた。</li> <li>・内服薬の減量。(例えば、便秘時には牛乳。歩いてもらいお腹周りを動かすなど…)</li> <li>・認知症カフェの開催。(スタッフが立案した内容のイベントを2か月に1回行っている。)</li> <li>・午前と午後のメリハリ。(午後はTVや照明を消しオルゴールなどの音楽だけを流している。)</li> </ul>
--

【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>山間部の自然豊かな場所に立地している。ホームの両隣には、同法人の施設があり、入居者間の交流を主にしたイベントや職員研修を合同で行っており、活発に交流がなされている。入居者の主体性を大切にしており、意向や要望を聞いて実現できるような関りがなされている。その中でも四季の変化を感じられるような外出支援や、入居者は地域の祭りへの参加ができるよう企画し、明るいアットホームな雰囲気づくりに取り組まれている。</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	朝の申し送りの前に会社理念の読み上げ、次に施設理念の読み上げをしている。自分が利用者さんの立場だったらと思い行動したり、その場の雰囲気を考えて言葉を選んで会話をしている。「尊厳」「地域との共生」とは何を示しているのか、お互いの意見を交換する事もある。理念にある言葉は難しいが、理念からそれるようなことがあれば、管理者さんが助言・指導してくれている。	月1回のケア会議の際に、理念に基づく実践ができるように職員間で振り返りがなされている。「尊厳」や「共生」など難しい言葉は、わかりやすい言葉に変換をして職員が認識できるように工夫がなされている。	
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	地域の方に会ったら、挨拶は必ずしている。買い物は地域のスーパーや販売所を使い、お店のスタッフさんと話すことも交流の一つと思っている。	ホームの近くに花壇があり、季節ごとに入居者と観賞をしている。また、週に1回、スーパーの移動販売車が来ており、入居者が買い物をできるように声掛けなどされている。	
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	認知症カフェを開催し、当施設以外の認知症の方ともコミュニケーションを取っている。認知症の人の理解や支援の仕方は、研修や勉強会で学習するよりグループホームで働きながら感覚的に覚えていった部分もある。認知症カフェで認知症サポーター養成講座を開催し地域住民に認知症の理解をして頂く機会を作った。		
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	運営推進会議は、小規模多機能と一緒に開催している。部長、介護長、各棟のリーダーが出席しているので他のスタッフは参加する機会が少ない。運営推進会議の為にリーダーが2ヶ月分の入居者さんの様子をまとめた資料を作っている。市の職員さんや地域の方を交えて情報交換し、地域のお祭りや地域清掃などの日程を聞き、参加できるようにと思っている。	地域住民などの参加もあるため、資料は専門用語は使用せずにわかりやすい言葉で作成されている。ホーム側から参加者に積極的に質問を行い、出された意見は、サービスに反映するようにに努めている。しかし、職員への周知は十分ではない。	議事録は、要点をまとめたり、写真を掲載して作成されているが、職員間でも回覧して理解を促し、ホーム内での取り組みに対して直接声を聞けることで、職員の意欲向上につながることに期待したい。
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に取り組んでいる	現場スタッフが直接市町村の担当者さんと連絡を取り合うことはないが、認知症カフェや運営推進会議を通して情報交換している。	わからないことは市役所に相談を行っている。市役所の担当の役割も職員は把握しており、相談がしやすい関係づくりがなされている。	
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	身体拘束委員会で1月に1回話し合っている。勉強会やケア会議で話し合い理解している。身体拘束をしないようにと心掛けているがスピーチロックについて特に注意しないといけないと思っている。玄関の施錠は、夜勤者さんが出勤した後、17:30～翌朝の日勤さんが出勤してくる8:30までとしている。利用者さんが自由に入出入りできるような環境である。	身体拘束適正化委員会を設置し、ホーム内の研修では、職員が順番で講師となり、研修会が開催されている。また、外部の研修はオンラインでの参加をしている。	

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
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	年に2回勉強会で虐待の種類等を学び、防止に努めている。言動にも注意を払い日々の業務についている。		
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	成年後見人について学ぶ機会はないが、実際に成年後見人がついている入居者がいるので、言葉は知っている。詳しい支援内容はわからないのでケアマネージャーに聞きながら理解しようとしている。		
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	現場スタッフは契約にはかかわらない。ケアマネージャーが契約業務は行っている。契約時には、難しい言葉や聞きなれない言葉、情報量の多さから、大切な部分を中心に伝え、表情の変化を観察しながら説明している。その場で疑問点を尋ねられる契約者様はいないが、時間がたって後日でも疑問点があれば連絡いただけるようにと伝えている。		
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	玄関、入り口に意見箱を置いている。入居者がしたいことがあれば実現できるように思っている。ご家族は、大切な家族を施設に預けているので施設スタッフになかなか意見を言わずらうと思うのでスタッフの方から積極的の声をかけるようにしている。ご指摘や要望があれば早期に対応している。	家族が面会に来所された際に声掛けを行い、意見を聞いている。面会に来ることが難しい家族は、メールなどを行い、家族の意見を聞くようにしている。	
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	同一法人の事業所と別法人の系列施設の管理者が集まる”管理者会議”を月1回開催している。年に1回、リーダーさんと管理者さんと面談している。個人面談の時以外にも問題があるときは話し合いをしてくれて仕事しやすい方へ反映されている。	管理者は、年に1回職員と面談を行って意見を聞くようにしている。日頃から職員に声をかけることが多く、意見も受けている。出された意見はできるだけ、職員の思いが実現できるよう努めている。	
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	仕事をしていて”やりがい”を感じたことはないが、お給料をもらっているので頑張らないと思っている。”やりがい”はわからないが仕事は楽しい。認知症について知識を深めたいと思い、民間資格の認知症ケア専門士の資格を取ることができたので自信がついた。		
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	タイムカードがある場所に研修案内を貼りだしてあるが、勤務時間内に研修に行ってもらうのは困難。だからといって自分の休みを使ってまで研修に行くことはしない。最近では、申し込みがQRコードを読み取るものになっていて使い慣れないスタッフは研修参加申し込み自体が困難となっている。法人内研修は月に1回行われている。		

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
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	他の施設の認知症カフェに参加したり、当施設の認知症カフェに他施設さんに参加してもらったりすることで、他の事業所の方と話をしてどんな活動をしているのか聞いている。		
<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	なるべくコミュニケーションを多くとり話を聞くようにしている。プロフィールや昔の話に耳を傾け一緒に共感したりして会話している。施設が快適な場所であるということを知ってもらうために、沢山コミュニケーションをとるようにしている。		
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	家族が困っている事、不安な事、要望など話しやすい関係性を築けるように努めている。家族との関係や関わり方を聞いて気を付けながら対応している。面会にみえられた時に何気ない会話にも耳を傾け参考にしている。		
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	「その時」まず必要な支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応というのが、いまいよくわからない。日々の生活の中、今までと違った場面があれば重要性が高いと考え対応に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	つわの皮むき、豆のさやとりなど役割をもって生活して頂いている。家族だっただらと思行動するようにしており、スキンシップやコミュニケーションをとり、信頼関係が早期に築けるように努めている。		
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	月1回は必ず施設での生活の様子をお手紙にてお知らせしている。電話以外でLINEでも家族と連絡を取っている。家族の方の名前をよく出して不安にならないように努めている。お手紙や誕生会、写真を撮り日常生活の様子をお知らせしている。中には家族関係が良くない方もいるので、適切な距離を保てるように支援している。		
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	「相知くんち」「中島くんち」「唐津くんち」など秋になると地域のお祭りなどに外出して、支援に努めている。馴染みの方の写真や場所の写真を交えながら会話をするようにしている。又、姉妹、家族様との外出、法要等、連絡を取り合いお手伝いしている。	入居者の友人や知人が面会に来ることもあり、自由に面会をしてもらっている。本人が家に行きたいなどと言われた際には、実現できるような取り組みがなされている。	

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
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	認知症の方同士でお話しされているときは、会話になっていないことが多いけど楽しそうなので見守っている。一人一人が出来ることを把握して間に入りながら支援し、他人の悪口を言っておられると中に入り話を切り替えるようにしている。誰かが他の人の悪く言うなら、会話を楽しいものに変えるようにしている。		
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	解約終了のほとんどがお亡くなりになった時なので、お盆になると初盆参りに伺う。地域柄か、ちょっと身内の話をすると実は遠い親戚だったり、知り合いの家族だったりがある。そういった話から契約終了後も関係が続くことが多い。		
<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	意向の把握は大切。ケアプラン更新時には再確認しているが、認知症があると意向確認は困難なので日々、本人がしたいようにしてもらっている。何を食べたいのか、したいことはないかなど度々聞くようにし、あればケア会議などで外出支援やイベントを提案することもある。集団生活が苦手な方もいらっしゃる。無理に参加させず「気が向いたら来てください」と声かけている。	普段の会話の中で、思いや意向を把握している。言葉で確認することが難しい時は、職員間で協議を行い、入居者の思いや意向を受け止めることができるように努めている。	
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	生活歴や馴染みの暮らし方は、大切なことと思う。本人様から話を聞いたり、家族様来所時に話を聞いたりしている。ケアプランに目を通したり、聞ける範囲家族に聞いている。若いころの生活や仕事についてよく尋ねる。過去の事を思い出せるようにしている。		
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	心身の状態や有する力の把握は大切。日中の様子など申し送りノートやミーティングでの確認し、他の職員にも話して伝えている。元気がなさそうだったり何か言いたそうなきときは体調を聞く。座っていると下肢筋力低下、エコノミークラス症候群の発生率が高くなる。廊下歩行、下肢の運動等を行い、出来る力を低下させないように努めている。		
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	日々の様子で病状悪化傾向等あればチームでカンファレンスを行い共有している。看護職や、かかりつけ医などへ意見を求める事もある。ケアの方向性が変わればケアマネに相談するようになっている。	担当制ではなく、職員全員が入居者の把握をするようにしている。細かい変化にも気づき、ケアプラン内容に反映させ、よりよく生活できるためのケアプラン作成を心掛けている。	
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	記録に記入ももう少ししたいと思うが、なかなか単調になり入れられないことが多い。日々の様子での気づき、スタッフと一緒に考え情報共有している。記録(言葉、文章にして残す)が難しい、日々のスタッフ同士のコミュニケーションで情報共有している。		

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
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	家族様との外出、お食事会の対応して取り組んでいる。ご家族は無理だと思っていた法事への参加や終末期での外出など、グループホームでそこまでののか！？という柔軟な支援は行っている。		
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	道の駅で購入した地域の農家さんが作った野菜や果物を使った食事、相知くんちや中島くんち、唐津くんちなどのお祭り見物、海を見に行ったり滝を見に行ったりしている。		
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	高齢であるので積極的な治療を希望する家族は少ない。又、医療的な事など家族が決めきれない場合が多いので一緒に考えている。かかりつけ医の考え方の傾向も家族に伝えるようにしている。本人の希望があれば家族と話し合い不安な部分をできるだけなくせるようにしている。体調の変化があれば、かかりつけ医に相談し適切な医療を提供している。	受診は、本人及び家族の希望に沿った形で行われている。緊急時は、ホームの協力医療機関を受診し、受診結果を家族に報告をしている。	
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	変化があれば看護師に報告し相談して対応を考えている。15時のミーティングで気になっている方をスタッフ間で話し合っている。看護師は、介護スタッフが声を掛けやすい看護師であるように心掛けている。		
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。	現場スタッフは直接入院先の病院と連絡をしようとはなく、ケアマネジャーが入院した入居者さんの様子や退院の調整など行っている。ケアマネジャーから要望があれば退院のお迎えに付き添ったりしている。ケアマネジャーは、研修、勉強会など積極的に顔を出し他の施設や病院との関係作りをしている。		
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	ケア会議等で話し合ったことや本人の希望を含めケアマネジャーを通して家族に伝え家族と本人の意向を取り入れ支援していると思う。体調の変化に気を付け、訪問診療時に相談したりスタッフ間で対応の在り方を共有している。重度化や終末期であることを家族に理解してもらうことが難しいと感じている。	終末期ケアについては入居時に説明をしている。実際に終末期に入った際には、医師から再度説明してもらっている。ホームの職員とも共有し、本人や家族の意向に沿って支援している。	
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	訓練は定期的にあるが、急変は怖い。急変時に必ずしも看護職員が居るとは限らないので、訓練などで技術を身に付けている。実際に心停止した入居者さんを発見した夜勤スタッフが1人で考え行動し、応援スタッフを呼び救急搬送まですることができた。このようなことはあまり起こらないが日ごろの訓練や判断力が試されるので、急変時の対応を適切に行ったスタッフは自信をもって良いと思う。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	
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	携帯のオープンチャットなどで連絡し職員が集まり、避難できると思われる。が、不安。避難訓練災害対応は地域の方やボランティアの方と一緒に定期的に行われている。	年2回の夜間を想定した火災避難訓練を実施している。ホームの敷地内倉庫には備蓄品も管理されている。訓練時には、地域の方の協力を得ているが、職員は一部の職員が未参加となっている。	全職員が火災避難訓練に参加できるよう、計画の見直しや、火災避難訓練の回数を増やすなど、期待をしたい。
<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	本人様の近くで話しかけ対応しているが時々大きな声になりすぎている事もある。話されている時はなるべく否定せず利用者の味方になるように心掛けている。否定的な言葉を避け、一人の人格者として接している。	本人の行動を制限するような対応はせず、本人のペースに合わせた支援をするように心がけている。プライバシーへ配慮し、入居者の部屋に入室する際は、必ずノックをして入室するようにしている。個人情報の記録等は持ち出しはせずに、スタッフルームのみで閲覧するように心掛けている。	
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	何をしますではなく、何をしたいですかと尋ねて毎日好きな活動をする。一緒にソファに腰かけてゆっくり話す時間を作っている。話しやすい雰囲気をつくることで思いや希望が表出しやすいようにしている。		
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	本人様に話を聞いてどのように過ごしたいか考え支援している。何かを始めるときは体調や色を伺いながら行い、定期入浴日に拒否されたら翌日に声掛けして入ってもらっている。毎日の事や曜日で決まっていることに捕われず、臨機応変な対応を行っている。		
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	なかなか時間は取れないが本人様の洋服の準備(入浴)選んでいただけるようになればと思っている。どんな服を着たいか尋ね、着たい服の希望や色合いなど本人の希望を取り入れて選ぶようにしている。		
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	配膳や下膳、台拭きなどスタッフからお願いするとしてくださる。定期的に希望を聞き、月一回はパン食にしたり、たまには一緒に美味しい料理やケーキを作ることもある。毎日の食事の下ごしらえは、皆でするとすぐ早い。	なるべく季節の旬の食材を使用した食事が提供できるようにしている。食事はホームで作られており、入居者が笑顔になるような食事支援を心掛けている。	
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	水分量が足りない方は居室にお茶を持って行ったり、個別にジュースを準備している。食事がいけないうちはお菓子やアイスなど、好まれるものを提供する。食事量、だいたいの水分量のチェックは毎日行っている。不足時はおやつの方に水分を補っている。食事を残すことに罪悪感を感じられる方が多いので、食べきれる量を提供している。そして、完食してもらえるようにしている。		

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
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	ほぼ出来ているが1名出来ていないのであきらめず、言葉かけを行っていきたい。毎食後歯磨きはしてもらおうが、歯磨きを拒否される場合はうがいのみもある。就寝前には義歯は洗浄液につける。		
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	トイレに行くと言われない方はできるだけ一人一人のトイレの時間を把握し、時間を見て言葉かけし誘導を行っている。尿意が無くても便座に座ってもらっている。出た時は一緒に喜ぶ。	記録を見ながら、トイレ誘導を行っている。入居者に応じた自立支援を考え、職員間で共有をしようとしている。拒否が強いときは無理をせず、本人のペースに応じた対応をされている。	
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	排便の記録の確認を行い排便が3日くらいで牛乳を飲んでいただいたり運動廊下歩行などをすすめている。どうしても排便がない場合は、医療機関で処方された薬を飲んでもらう。野菜や果物をたくさん食べるように、食事には野菜を多く使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人様の希望をたずね、曜日、時間帯は決めて入浴しているが、現場の現状によりできない場合もある。どうしても入浴したくない場合は、後日声掛けを行っている。お風呂が好きな人には一度声掛けし拒否があれば無理をしないで次の方に声を掛ける。音楽をかけたり、心が和む工夫をしている。	週2回の入浴を行っている。1人ずつ入浴を行い、入居者の様子を見ながら臨機応変に対応をされている。ゆっくり入浴できるよう心掛けている。	
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	高齢な方が多いので日中疲れたら少しの間居室で休めるようにしている。また、暗いことに慣れていない場合は、夜電気を付けて休んでもらう。		
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	処方の確認を看護師が行っているのですが、どのような効果があり使用しているかなど薬について理解していないスタッフもいる。内服介助の際は、日付、名前、いつ飲むのかの服薬確認を二人で行っている。又、極力、内服薬は減らす方向性である。本当に必要な内服薬なのか考え、主治医へ相談している。薬を減らすときは変化に気を付けている。		
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	時間があれば、カラオケ、洗濯物畳み、野菜の下処理など得意なことをして頂いている。カラオケは声を出すリハビリ、洗濯物畳みは手指のリハビリを兼ねて行ってもらっている。カラオケでは、歌い踊り大笑いしている。他には、ゲームや絵をかいたりしている。		

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
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	ビールを飲みたい方は入浴後にノンアルコールビールを飲まれたり、外気浴、散歩、畑仕事(芋ほり、大根の収穫、苺狩り)気分転換をはかっている。遠出が出来ない時は、部屋の外に出て会社の近くの風景を見に行くこともある。	入居者と職員とで、個別で買い物などに行くことが多い。なるべく入居者には外出をしても、四季の変化を感じてもらえる外出を支援している。	
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	馴染みのスーパーに行き、本人のお財布から支払いをしてもらっている。スーパーへは、なかなか行けないので家族様と相談を行い、週1回のとくしまで買い物ができるようにしている。自分のお金を居室で自己管理されている方がいたが、他の入居者さんが部屋に入り金銭を持ち去ってしまったことがあり現在は事務所で管理している。		
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	職員からご家族へ連絡、手紙はあるが利用者本人からご家族へ連絡は支援したことが少ない。本人自らの希望で電話、手紙の方がいらっしゃれば支援したいと思います。ご家族から送られてくるお手紙を喜んで読まれているので、見えるところに置き、時々見せている。		
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	毎日、掃除を行っている。玄関には職員が季節の花を持参し飾っている。又、季節感のある装飾がしてある。トイレは汚染に気を付け、定期的に確認している。夏はエアコンをつけるが歓喜の為、窓も開けるようにしている。リビングは午前中は体操など活動の場であるが、午後はTVを消してゆっくり穏やかな雰囲気である。一つの空間ですが、メリハリをつけている。	共用空間は、季節を取り入れた作品が掲示されている。なるべく入居者間で会話ができ、より良い関係作りと団らんの雰囲気が出るように、職員も会話に加わり、談笑している。居心地の良い空間づくり、雰囲気づくりに努められている。	
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	本人様の希望にそってホール、居室で過ごしてもらっている。ホールにはソファを配置し自由に座れるようにしている。ソファには、なるべく本人の希望や雰囲気でする場所を決めるようにしている。どこで休みたいか尋ね希望の場所で過ごしてもらう。1人になりたいときは居室にお連れすることもある。		
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	好きなぬいぐるみや写真をおいている。家族の写真や着馴れた洋服をかけたTVを置いたりしてくつろげるように工夫している。家族やペットの写真ぬいぐるみ寝具などは使い慣れたもの好みの物を持ってきてもらっている。	居室には入居者の思いの品を持ち込まれている。また、家族等と話をしながら安全な導線確保に努められている。居室の温度管理は、職員が各部屋の温度計を確認して行っている。	
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」「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	できる状況の時は時間がかかっても本人様に何でもしてもらっている。時間がかかっても自分で出来ることは取り組んでもらっている。		