

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2895000350		
法人名	社会福祉法人 菜の花会		
事業所名	認知症高齢者グループホーム丘の風		
所在地	神戸市西区西大池2丁目26-1		
自己評価作成日	令和5年2月15日	評価結果市町村受理日	令和5年3月30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	認定NPO法人 コミュニティ・サポートセンター神戸(CS神戸)		
所在地	神戸市東灘区住吉東町5-2-2 ビュータワー住吉館104		
訪問調査日	令和5年3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)】

当ホームは「共に暮らす。地域で暮らす。」を理念に掲げ、認知症により一人ではできないことでも他の利用者やスタッフと補いながら共に生活を送っていくことができるように取り組むことを目標としています。出来るだけ多くの方に役割をになってもらえるように、テーブル拭きや食事の盛り付け、食器の片付けなどを手伝ってもらっています。また女性利用者が多いこともあり、月に1回は食事レクレーションを開催し、実際に包丁を持って調理してもらったり、それが出来ない方には野菜を千切るだけでも参加してもらおうなどして、参加する機会を設けています。コロナ禍にあって買い物など日常的に地域に出掛ける機会は制限されていますが、花見や紅葉狩りなど行事として外に出掛ける機会は作るように取り組んでいます。

【第三者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)】

「共に暮らす。地域で暮らす」の理念に沿って入居者にも何等かの役割を持ってもらう「一人一役」の目標を掲げて実践している。食事のメイン料理は業者から送られてくるが、盛り付け、配膳、食器洗い等は当番、担当が決まっている。月に1回は食事レクレーションを行い皆で調理する。バルコニーや戸外でお茶や食事を楽しむこともある。コロナ禍でも、職員が事前に準備して四季折々の行事や花見、紅葉狩りの外出行事を行ってきた。毎日のように近所を散歩する。新しくできたコンビニに、職員が入居者を誘って買い物に出て行く。途中で顔見知りの方が、挨拶して下さる。入居者の様子は、3か月毎に「丘の風の便り」で家族に知らせる。母体の協力病院、系列医療介護施設等と連携の実績を重ね、入居者が重度化した場合に、家族等に選択肢を提案している。

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				

自己評価および第三者評価結果

グループホーム丘の風

評価機関:CS神戸

自己	第三者	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	・玄関やスタッフルームなどに理念を貼っている。会議などの場において時に管理者の想いとして伝えている。一人一役を目標に利用者との関わりを考えている。	事業所理念は「共に暮らす。地域で暮らす」である。玄関、スタッフルームの目につき易い所に掲示し、管理者は研修等の機会に共有化を促す。理念に沿って入居者にも何等かの役割を持ってもらう「一人一役」の目標を掲げ、役割分担表を作って実践している。	職員一人ひとりが、事業所理念を実現するために、日々入居者に関わる際に何をなすべきなのかを意識できるよう具体的な計画等に展開して取り組まれることを期待します。
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	・コロナ禍にあつてここ数年は地域行事も行われておらず、参加する機会がなくなっている。地域ケア会議には参加し、地域の方と話をする機会がある。また地域の方による段ボールの回収を継続し繋がりを持っている。	自治会行事の殆どが自粛が続いているが、事業所の運営推進会議に自治会長、老人会長が出席している。自治会が継続している資源回収活動には協力しており、事業所前の桜並木の花びらや落ち葉の清掃を行っている。地域ケア会議には必ず参加している。	
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	・運営推進会議の中で利用者へのかかわり方、日々の暮らしについて報告することで、当ホームの実践内容をお伝えしている。 ・地域ケア会議の中で当事業所としての提案を行なっている。		
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	・出来るだけ普段の様子をお伝えできるように写真を用いて実施した行事の様子を紹介している。会議で参加者から意見をいただくように努め、いただいた意見や助言は議事録にまとめている。	年間6回、偶数月に開催するよう努めているが、8月、12月は、文書でメンバーへの活動報告を行い助言、意見を求める形式とした。全てに議事録を作成して、家族にも届け、閲覧できるよう玄関に備え置いている。メンバーの提案等は内部で検討し対応する。	運営推進会議は、その目的、内容から会議メンバーの構成に「利用者、利用者家族」が予定されていると思われる、その意義を勘案して、メンバー構成に加える運用を期待します。
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	・サービスを提供する上で不明な点については、その都度、行政に確認を取りながら行なっている。生活保護受給者の生活を維持するため、生活支援課との連絡相談を実施している。	5月に入居者の右手首骨折事故が発生し神戸市に報告した。地域密着型サービスの基準の解釈に関する疑問等を問い合わせたりする。入居者の生活保護手続のため北区生活支援課、福祉事務所と連携して対応する。地域包括支援センターとは協力関係を維持している。	
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	・原則として身体拘束は行なわない旨を重要事項説明書にの記載し、契約時にも説明を行なっている。定期に行なわれる会議の中でケアの状況を見直している。運営推進会議でも身体拘束該当者の報告を行なっている。	管理者が外部研修資料、神戸市作成動画等を用い、毎年虐待防止と併せて全職員に研修を行い、研修報告の提出を求める。四半期毎に虐待防止拘束廃止委員会を開いて「身体拘束に関するチェック表」等により、現場の実態を確認して運営推進会議にも報告する。	

自己	第三	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	(6)	○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	・フロア会議や運営会議など定期に行なわれる会議の中でケアの状況を振り返り、入居者への虐待等が見過ごされる事のないよう日常的な防止に努めている。	身体拘束と併せて毎年管理者が全職員に研修を行っている。毎月のフロア会議で虐待防止を話し合い「スピーチロック」の排除を目指して、不適切な言動には相互に注意する。定期的に職員面接を行っているが、随時に声掛け等をして職員のストレス把握に努めている。	
8	(7)	○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	・法テラスより後見制度についての冊子を取り寄せ、玄関のブックスタンドに設置している。ご家族に対して後見制度について説明することがあった。 ・集合研修は実施できていない。	専門家による成年後見制度の職員研修は実現していない。成年後見制度の利用を必要としそうな方がおり、適正な対応がとれるよう、事業所内で制度を学び研修したい。地域ケア会議で研修できるよう働きかけたい。成年後見制度のパンフレットは備え置いている。	
9	(8)	○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	・事前に重要事項説明書を交付し、入居契約時には再度、重要事項の説明、入居契約書の説明を繰り返し、理解を確認したうえで契約書にサインをいただいている。	事前面談の際に契約書、重要事項説明書等を預け、契約時に、これ等を読み上げ丁寧に説明する。利用料金を確認願ひ、転倒、誤嚥、怪我等の事故のリスクがあること、重度化対応の指針及び介護医療連携による選択肢を具体的に説明して理解を得て契約する。	
10	(9)	○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	・利用者に対しては日常的に意向を聞いて行事などに活かしている。ご家族に対しては来所された際やお電話の際にご意見も伺うようにしている。また、アンケートも実施した。	運営推進会議に家族を招かないが、独自に家族アンケートを行い運営の改善に繋げている。面会や必要物を届けに来所される際や電話で話す機会にも意見・要望を聞いている。3か月毎に発行の「丘の風の便り」は喜ばれている。10月から対面での面会を再開した。	
11	(10)	○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	・日頃よりスタッフからの意見、提案があれば改善を図るように取り組んでいる。また判断に迷う場合は運営会議にて諮るようになっている。	職員間のコミュニケーションは活発で、毎月のフロア会議、運営会議に意見が出される。職員が事前に準備して四季折々の行事や花見や紅葉狩りの外出行事を行っている。管理者、リーダーは定期の個人面談に加え随時に話し合える機会を作り意見等を聞いている。	
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	・スタッフの人事考課の結果を把握し、必要に応じてスタッフ個々との面談を実施している。主に管理者からの報告をもとに、より良い職場環境が整えられるよう助言をいただいている。		
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	・研修支援制度を作っており、研修における費用負担を法人として行うなど、研修参加を支援している。		

自己	者	第三	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	・他のグループホームで行なわれる運営推進会議への参加を通じて、自ホームでのサービスの見直しを行なっている。 ・認知症グループホーム協会の集まりなどに職員を参加させている。		
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	・スタッフによる積極的な声掛けを行ない、他の利用者との関係構築を支援している。出来るだけこれまでの本人の生活歴、嗜好等を聞き取り、提供することを意識して取り組んでいる。		
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	・入居前に必ず見学を実施していただき、他の利用者の様子をご覧いただくことで、ご本人様の入居後の様子を少しでもイメージしてもらうように対応している。入居後しばらくの間はご家族様との連絡を密にしている。		
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	・ご契約前に面談を実施し、入居を希望する理由、課題、当ホームでの対応方法などを相談している。必要に応じて、他のサービスを勧めることもある。		
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	・「共に暮らす」ことを理念にも掲げ、掃除や洗濯、調理に関しても出来るだけ利用者と一緒にこなすことを実施している。一人一役を目標に取り組んでいる。		
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	・ご家族様に電話を掛け、本人と話をしてもらったり、面会の提案を行なっている。遠方のご家族様とはタブレット面会も実施した。 ・3ヶ月毎に利用者の様子を写真付きで報告する丘の風便りを発行している。		
20	(11)		○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	・特別な事情が無い限り、当ホームにご入居されたことをご身内の方々に広く周知していただくよう伝えるとともに、施設を訪れる面会者を歓迎している。	日常的に近隣の散歩に出ており顔見知りの方が、挨拶して下さる。月2回、玄関前でのパンの訪問販売を楽しみにしている。遠方から果物を送って下さる親族と数人の入居者がタブレットで面談をした。昔の恋人に電話をしたい入居者の手伝いをした。	

自己	者 第三	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	・日々の生活の中で利用者間の会話の内容、交流の様子を見て、食事席を配慮している。スタッフが間に入って関係を取り持つようにしている。必要により部屋移動や階移動を実施している。		
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	・例えば状態が悪化し入院となった場合でも、その後の状況を伺い、当ホームで対応できることがあれば実施している。また当ホーム以外での介護サービスの情報などを提供している。		
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	(12)	○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	・本人の意向を伺うようにしている。本人からコメントが得られない時は、ご家族様から普段の様子を聞くなどして、本人の想いをイメージするよう努めている。	入居の相談があれば本人、家族に見学に来てもらい経歴から、意向や要望まで聞いている。入居後は頻回に家族に様子を報告し、意見を聞き意向の把握に努めている。日々の生活ではお茶やレクリエーションの参加等その都度本人にどうしたいか聞いている。	
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	・入居前の面談において、出生から今に至るまでのご様子をできるだけ聞き出すようにしており、入居後はそれらの情報をもとに積極的な会話を展開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	・毎日の様子を介護記録に記載し、スタッフ間での共有を図っている。特に重要なことは申し送り帳に転記するとともに、日中の様子と夜勤の様子の違いについても把握に努めている。		
26	(13)	○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	・計画作成担当者が中心となりカンファレンスを実施することで、他のスタッフからの本人の様子や意向、家族の想いを聞き取り、サービス計画書に反映している。	通常1年で介護計画を見直している。家族、本人から意向を聞き医師、看護師、訪問マッサージ師、歯科医師からも意見をもらい、「一人一役」で何を担うかも介護計画に盛り込んで独自性のあるものになっている。本人に説明し署名をもらっている方が1名いる。	
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	・普段の様子は介護記録に記載している。いつもと違うことがあれば、個人毎の申し送りノートや管理日誌にも転記し、全ての職員が目を通す仕組みになっている。		

自己	者 第三	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	・利用者およびご家族様のご状況に応じてスタッフが病院受診を付き添っている。本人の嗜好に応じて衣類やお菓子、身の回りの品を家族に代わって職員が用意することがある。		
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	・日々の散歩、地域で暮らすスタッフからの情報、運営推進会での構成員からの情報をもとに利用者に活用可能な資源の把握に努めている。		
30	(14)	○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	・入居後は協力医療機関による往診を受けていただけるようにしているが、他の医療機関への受診に関しても、必要に応じてスタッフが同行し情報提供を行なうなどの支援に取り組んでいる。	協力医は月に3回往診がありほとんどの入居者がかかりつけ医に選んでいる。看護師の訪問は週2回だが、それ以外にも必要時に対応してくれる。病院受診は基本家族が対応するが、情報の提供、介護タクシーの手配、事業所車両で送迎したり支援をしている。	
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	・定期的にホームを訪れる看護スタッフと情報の共有、相談など連携を図っている。介護スタッフで判断できないことは24時間体制で看護スタッフにも連絡を入れられるようになっている。		
32	(15)	○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。	・入院された場合は、医療機関の相談員と連絡を取り続け、退院の時期を調整しています。再入居が難し場合は、ご家族様とも相談しながら他のサービスを探すなど、協力体制をとっている。	入院時は介護サマリーをFAXで病院に送っている。入院中は電話で病状を確認し、退院時は必ず病院で本人に面会して状態を確認している。退院時は電話と看護サマリーで情報提供を受け、入浴方法を検討したり車いすを準備する等退院後の生活の準備をしている。	
33	(16)	○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	・重度化にかかる指針を定め、ご契約時に説明を行なっている。当ホームの場合は、系列の介護老人保健施設が協力介護施設になっており、連携を図っている。	食べられなくなる等状態の変化があれば、かかりつけ医に相談し家族と話し合っている。系列の介護老人保健施設には、かかりつけ医が兼務しており、本人も安心して過ごせる場を紹介することができる。介護老人保健施設に移り戻ってこられた方もいる。	
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	・事故発生時の対応マニュアルや緊急時マニュアルを整備している。訪問される看護スタッフとも日頃より情報交換を行なっている。		

自己	者三	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
35	(17)	○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	・非常災害マニュアルを整備しています。夜間想定訓練も含めて、年2回の災害訓練を実施している。訓練の内容を書面で共有し、参加できなかったスタッフにも周知を図っている。	年に2回避難訓練を行う以外に停電復旧時の対応や地震の際にはまず靴を履くなど対策を準備している。備蓄は通常の食材が三日分ストックされており、水やガスコンロを準備している。地域防災訓練には参加を予定しており、運営推進会議に報告をしている。	連絡手段として携帯電話を想定されています。災害時でなくとも通信障害が起きています。そのことを考慮されて職員間で話し合っておかれてはいいかがでしょうか。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	・全て個室となっており、内からカギを掛けることもできるようになっている。声掛けについては敬語を基本とするが、よそよそしくなり過ぎないように関係性を考慮しながら使い分けをおこなっている。	言葉遣いには気を配っており、家族の前で言えない言葉は普段から遣わないよう申し合わせた。名前は基本苗字だが苗字以外で呼ぶ時は本人、家族の希望を聞き介護計画に盛り込んでいる。食事中にエプロンを使用している方がいたが、本人の意向を尊重し止めている。	
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	・日々の活動の中で、無理強いすることなくご本人のペースで生活できるよう取り組んでいる。選択できるものについては、ご本人の希望を確認するように実施している。		
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	・大まかに食事の時間は決めているが、時に居室に配膳するなど利用者の希望にも応じている。入浴日についてもご本人の意向に応じて臨機応変に対応している。		
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	・ご自身で衣類の適切な選択が出来ない方でも、ご本人に声掛けを行ないながら一緒に選ぶように心掛けている。服が汚れていれば、その都度更衣を支援している。		
40	(19)	○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	・可能な方には下膳を手伝ってもらっている。簡単な盛り付けや食器洗いなども出来るだけ利用者へ手伝ってもらっている。食事はスタッフも同じものを同じ場所で食べることで、同じ空間を共有している。	メイン料理は半調理の状態業者から運ばれる。ご飯、みそ汁はキッチンで作る。配膳、メニューボード書き、食器洗い等は当番、担当を決めている。月に1回は食事レクレーションを行い皆で調理を楽しむ。バルコニーや戸外でお茶や食事を楽しむこともある。	
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	・食事量や水分量はチェック表を用いて把握するようにしている。嗜好品を提供するなどして、必要な量を確保できるように支援している。		

自己	者 第三	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	・ご本人による整容行為が困難な方にはスタッフによる歯磨きや義歯の洗浄を実施している。訪問歯科による口腔ケアや歯の治療を毎月実施している。		
43	(20)	○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	・尿意や便意が無くてもトイレへの誘導を継続することで、トイレに座る時間を設けている。失敗を減らし、尿取りパッドの使用枚数を少しでも減らせるように取り組んでいる。	布パンツの方が5名程いる。定時又は把握した排尿パターンによってトイレの声掛誘導を行っている。夜間頻回にトイレに行く方はポータブルトイレを置いている。センサーマットを利用している方もいて、トイレの間隔が長くなれば声をかけ誘導している。	
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	・朝に乳製品を提供するなど、出来るだけ薬に頼らない方法による排便に取り組んでいる。どうしても薬による対応が必要な場合でも、排便リズムが整うように薬の調整を図っている。		
45	(21)	○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	・生活リズムを整えるために入浴日を決めているが、気分や体調により入浴できない方については、本人のタイミングで入浴してもらっている。入浴剤を使用している。	週に2回は入浴できるようにしているが、毎日の対応も行う。湯の温度や浸かる時間も希望に添うようにしている。いろいろな入浴剤を入れて温泉気分を楽しんでいる。希望者には同性介助をしている。入浴を遠慮される方には声かけを工夫している。	風呂上がり、好物のおにぎりやゆで卵を食べようと誘っていた方が、突然入らなくなり原因を探っています。医師に相談していますが、諦めないで今の努力を続けてください。
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	・常に居室の鍵はオープンであり、自由に横になることが出来る。昼夜逆転などに陥らないようにスタッフによる管理も実施している。		
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	・調剤薬局による薬の管理を行っており、複数の医療機関で処方される薬の重服を防ぐなどの取組を行なっている。 ・薬剤師に相談できる環境を作っている。		
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	・ご本人やご家族様よりヒヤリングした趣味や嗜好をホームでの生活の中で取り入れるように努めている。また、役割も持っていたけように食器洗いや掃除、洗濯物を畳むなどを出来る方にはお願いしている。		

自己	者 第三	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	(22)	○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	・現在はコロナ禍にあつて日常的な外出は難しいが、年2回程度の外出行事を行なっている。また、本人の希望により一緒に散歩を行なっている。	今年度はコロナ感染状況を見ながら春の花見、秋の紅葉狩りとドライブを楽しんだ。週2、3回は散歩に出掛け近所の方と挨拶を交わしている。資源回収の段ボールを出す時や、近くのコンビニにおやつを買いに行くときには、職員と一緒に掛けている。	
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	・買い物などに際しては、事務所より本人分としてお金を提供し、使用分を立替金として利用料に含め請求している。ご自身で所持されている方に関しては、ご自身の財布から支払ってもらっている。		
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	・本人の希望によりホームの電話機をお貸しし、電話してもらっている。ご家族様等からの電話も本人に取り継ぐことで支援している。		
52	(23)	○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	・季節ごとの壁画を利用者と一緒に作り、フロアに飾っている。居室から出るとすぐに広いフロアが広がっており、圧迫感を与えない作りとしている。暑さ、寒さに個人差があるが、出来るだけ利用者から声の平均を取るよう努めている。	広いリビングの掃き出し窓にはレースのカーテンが掛けられ、明るく開放的である。職員と一緒に作ったお雛さまの貼り絵が飾られ、イベントを楽しんでいる写真などが貼られている。大きな家具は置かず、テレビは滑り止めを敷いて転倒予防をしている。	
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	・フロアでは特に席の指定は行なわず、座りたいところに座ってもらっている。日中はユニットドアの施錠は行なわず、自由に玄関まで出て、外の景色が見られるようにしている。		
54	(24)	○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	・ベッドやエアコン、カーテン、タンスはホームで用意をしている。本人の能力に応じて、趣味や嗜好に合わせたものを持ち込んでもらっている。	3段の衣装ケースが置かれたスペースはロールカーテンで仕切られすっきりとした部屋である。ハンガーラックやテレビ、小灯台等を置いたり、壁に家族や、韓流スターの写真を貼っている方もいる、塗り絵など自分の作品を貼り、その人らしい部屋となっている。	
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	・ホーム内には移動支援のため手すりを各箇所に設置している。間取りはシンプルにし、見渡しが良いようにレイアウトされている。車椅子の方でも自由に階移動できるようにホームエレベーターを設置している。		