

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	0990600082		
法人名	特定非営利活動法人 あかね会		
事業所名	グループホームあかね		
所在地	栃木県日光市鬼怒川温泉大原2-135		
自己評価作成日	令和4年12月31日	評価結果市町村受理日	令和5年5月1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/wamapp/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2月10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)】

コロナ禍により新型コロナの感染力や流行している風邪やインフルエンザの状況に合わせて、職員間で話し合い、感染対策の内容を話し合い随時更新しています。
また、外部研修についても管理者が外部で得た研修内容を持ち帰り新たに研修資料を作成し、施設内研修で職員に情報共有してご入居者への支援方法を日々学び、現場で実践しています。
認知所カフェも精力的に行い認知症の事だけでなく、ご自身の老後や終末期についてどうしていきたいか学んだり、感染対策をして外部から音楽活動をしている演奏者を招いてミニコンサートを開いたり、コロナ禍でも地域の皆様にあかねは楽しい場所、気軽に足を運んで相談できる場所、休める場所として認知してもらえるよう活動しています。

【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)】

当事業所はグループホーム内に認知症対応型通所介護も運営している。法人で「認知症カフェ」や地域の交流の場として「オアシス大原あかね」を運営している。また、市からの委託事業で団地に住んでいる1人暮らしの高齢者の見守りや安否確認を行う「LSA」を運営している。
・運営推進会議を近隣の社会福祉協議会で対面で実施し、事業所の活動報告や参加者から意見や地域の情報を得ている。地域住民の高齢化が進み地域との協力関係の体制の見直しについても前向きに検討している。
・入居者に対し公認心理士から脳科学の「ブレインジム」の考えを取り入れたり、一人の職員が支援で困っていることに対して全職員で一緒に考える機会を持つ等、職員が働きがいをもてるように取り組んでいる。

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	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
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

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	職員は一日一回朝の申し送り時に理念を復唱共有し、ご入居者が穏やかな日々を送れるよう実践につなげています。	事業所が開所してから10年以上が経ち、適宜、理念を見直している。理念は玄関やキッチンに掲示され、職員は毎朝の申し送り時に唱和し、日頃の支援が理念に沿っているかどうか振り返っている。	
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	コロナの影響で地域行事が減り、参加が制限されてしまいましたが、感染対策をしたうえで自治会の運動会に参加できました。また、散歩に出かけ近所の方と世間話を楽しんだり、地域の掃除に職員が参加して少しずつ交流する機会を増やしています。	コロナ禍のため地域の行事への参加には制限があるが、自治会に加入し、地域の運動会に参加したり、職員が清掃活動に参加している。天気の良い日に散歩する際には近所の方と挨拶をしたり世間話を楽しんでいる。	
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	月一回のオレンジカフェを開催し、認知症当人や家族の話を聞く場を設けています。コロナ以前は出張出前講座も行っていました。		
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	二カ月に一回開催しています。活動状況や行事の取り組みなどをご家族、地域の方たちに報告し逆に意見をもらったりして情報を共有しています。	会議は2カ月に1回、近隣にある社会福祉協議会にて開催している。参加者は家族代表者や地域代表、市職員、社会福祉協議会職員、事業所職員等である。事業所から活動報告を行い参加者からは地域の情報や意見をもらい事業所の運営に活かしている。	
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	認知症デイサービスや認知症カフェを通じて関係者の方と日頃から連絡を取り合い情報交換しており、良好な関係を築いています。	コロナ禍のためリモート面会に必要なタブレットの購入について、市に相談し補助金を活用する等、スムーズに相談できる関係が築けている。認知症対応型通所介護や認知症カフェ、地域の子どもから高齢者までを対象としたオアシス等の運営の相談についても協力関係が築けている。	
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	年2回の研修を行い、職員の声かけや姿勢などを意識し、身体拘束につながっていないか指針の見直しなど職員間で話し合っています。玄関施錠については防犯上の観点から夜間のみ施錠しています。	年2回、身体拘束について研修が行われている。研修の内容について市にアドバイスをもらいながら、講師は管理者が務めている。年3回、身体拘束適正化検討委員会を開催している。	
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	年2回の委員会を立ち上げ年1回の研修を行い、職員間で言動を振り返り、意識あっています。身体拘束研修と抱き合わせで開催しています。		

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
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	成年後見制度については認知症カフェで行政書士の方を講師に学ぶ機会を設けましたが、その後それを活用できる支援は出来ていません。今後支援が必要になった時は専門職とも連携し取り組めるよう検討しています。		
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	契約時に利用者、家族からの要望を聞き今までの経験談や利用者本人の生活歴をもとに、支援していくことを説明しています。解約についての説明も規約をもとに説明していますが、他者への暴力等職員の対応で事前に防げることは臨機応変に対応しています。		
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	ご家族の面会時に出来るだけ話す機会を作り要望等伺っています。遠方のご家族でなかなか面会に来れない場合は電話で対応したり、SNSやZOOMを活用しています。その後検討し支援に反映させ、運営推進会議等で実践内容を説明しています。	家族の意見や要望は面会で来訪された時に聞いている、遠方で面会に来れない家族には電話や通信機器を利用し聞くようにしている。入居者からは日頃の支援の中で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	年2回面談の機会を設けています。そこで職員の思いや意見を聞き、管理者に伝えています。	管理者は職員が意見や提案をしやすくするために、職員が入居者の対応で困っていることを書面に記入し、他の職員が具体的な対応策を記入する入居者カンファレンスシートを導入している。年2回、施設長との面談があり意見や提案をする機会がある。	
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	代表者は随時管理者の意見や意向を聞き入れ働きやすい環境づくりに努めています。		
13		○職員を育てる取組み 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	少しずつ人員配置が変わっていき、業務分担も検討しています。管理者から職員へ役割を振り分ける働きかけを実践中です。		
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組みをしている	近年地域住民の高齢化が進み、避難訓練など地域と協力しての取り組みが難しい状況です。来年度から地域事業所と協力して防災ネットワークを再開していきます。		

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
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	事前訪問や契約時に不安なことや要望を傾聴し、施設内を見学してもらいあかねの雰囲気を感じてもらおうことで少しでも不安感を和らいで頂けるようにしています。		
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	契約時にご家族から不安や自宅での出来事など聞き、アドバイスやこれからの支援について一緒に考えていけるように努めています。		
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	入居時にご家族、ご本人から今までの生活歴や趣味、好きな食べ物など聞き取りを十分に行い必要とされているサービスをプランに取り入れています。また、センター方式も用いて生活歴・趣味等をご家族に記入していただいています。		
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	常に生活の場であることを意識して、ご入居者との会話の中で得た知恵を参考に調理や掃除を一緒に行い、手伝いをお願いした時は感謝の気持ちを伝えています。		
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	暮らしの継続のためにご家族にとっても「お母さんち、お父さんち」と受け入れられるよう自宅で使っていた家具を居室においていただいています。他にも、衣類や寝具なども家族と相談し、馴染みのあるものを使っています。		
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	ご入居者によっては携帯電話を持っており、自分から知人に電話して話したりしています。他にもタブレットによるリモート面会や、ドライブで自宅まで行き近所の方と会ったりしています。	親戚や友人が来訪し玄関でアクリル板越しで面会したり電話をすることで馴染みの人との関係が継続できるように支援している。事業所の自動車で自宅までドライブに出かけ、近所の人と偶然再会し会話を楽しんだことがあった。	
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	相性や互いの刺激なども考え、席替えをしています。その日、その場面により各々席を移動したりしています。		

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
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	施設で行うBBQ等には手紙を出し、来ていただきました。あかね会で開催している祭りにも契約後も来ていただき一緒に祭りを盛り上げてくれました。		
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	ご入居者とのコミュニケーションや言動、行動、表情等から本人の意向を把握するよう努めていますが、希望、意向を伝えられない方が殆どで、現在の本人の状況を考え何が最善か検討しています。	入居者の言葉からだけでなく行動や表情から一人ひとりの意向を把握するようにしている。意思疎通が難しい入居者については本人本位で検討している。	
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	入居前のアセスメント資料を参考に、情報が少ない方にはご家族との面会時に話を聞いたり、ご本人との会話の中で情報を集め、本人本位の生活環境づくりに努めています。		
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	入居初日から24時間シートを利用し期間を決めて1日の行動を観察し、その後も申し送りや振り返り等で職員間の情報を共有し記録しています。		
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	日頃関わりのある全職員の意見を参考にして作成しています。全職員で一人一人のご入居者を観察し、担当者会議に於いてご家族の意見を反映できるようにしています。	介護計画は計画作成担当者が入居者の担当職員や家族から意見を聞いて作成している。更新時や状態変化時には担当者会議を開き計画を見直している。毎日記録する連絡ノートには介護計画に沿った支援になっているかどうか各職員がコメントしている。モニタリングは3カ月毎に実施されている。	
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	毎日行っている連絡ノートを活用した振り返り時間でご入居者の1日の生活を振り返り、小さな気づきを職員間で情報共有し個別記録に反映させています。		
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	基本にご入居者の病院受診はご家族にお願いしていましたが、コロナ禍や県外のご家族が増え、職員が同行したり代理受診で対応しています。受診結果はご家族に報告しています。		

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
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	地域の幼稚園、小学校の子供達との関わりは減ってしまった。最近の災害の多さから地域の協力を再度得るため、災害ネットワーク委員会を再開し、地域で取り組めるよう呼びかけています。		
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	ご家族ご本人の希望で今まで馴染みのあるかかりつけ医の継続を重視している。契約時の説明でご家族ご本人の了承を得られた場合は施設の協力医に移行して頂いる。緊急時に対応していただき、看取り対応にも協力を得られている。	入居前のかかりつけ医を継続できる。事業所の協力医に変更することもできる。受診はコロナ感染症予防のため事業所の職員が対応している。	
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	医療連携体制をとっている週一回の訪問看護師が来訪しており、報告相談している。24時間対応しており、夜間帯での緊急時にも相談に応じてくれる。また、終末期看取りの時期には共にご入居者を支え、同時に職員のメンタルケアもお願いしている。		
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。	入院時は地域医療連携室、ソーシャルワーカーさんの協力で主治医とのカンファレンスの場を設けご家族と相談しながら退院に向けての支援を検討したりすることが出来る。		
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	ご本人の状態をごまめにご家族へ報告し、終末期へ向けてかかりつけ医、訪問看護師、職員、ご家族と連携しながら、ご本人ご家族の意向に寄り添った支援を行うように努めています。	重度化した場合や終末期に向けて、本人・家族と十分話し合い、医師や訪問看護師、職員と連携し、本人や家族の意向に添った支援を行っている。家族には抗原検査を実施してもらい、入居者と同じ居室で過ごし残りを残すことがないように取り組んでいる。	
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	緊急時マニュアルは作成してありますが、全職員が把握できているかは共有できていない。マニュアルについても職員間で話し合い、見直すべきであると思います。		
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	防災訓練は年2回地域の消防署に協力依頼して日中・夜間を想定して行っています。が、地域の住民を巻き込んだ訓練は地域の高齢化もあり、協力体制を作るのが難しく、来年度からの地域合同防災訓練に向け、防災ネットワーク委員会を再開し話を進めています。	年2回、消防署に協力依頼し火災を想定した避難訓練を実施している。現在、地域住民の高齢化が進み協力体制について地域と一緒に検討中である。BCPの作成についても今後の課題となっている。	地域の方々と一緒に地域の実情に合った災害時の協力体制を築かれることを期待します。

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	入浴や排泄時の支援は必要以上の介助をしないように心がけています。日々の会話に於いては生活歴を充分把握しながら人生の先輩としての尊敬の気持ちを込めた声かけをしています。	入居者が自分でできることは自分で行うように職員は手を出さず、待つことを意識し支援に取り組んでいる。入居者との会話では本人と目線が合ってから話すようにし、語尾も「〇〇しましょう。」と決めている。目線についても入居者の目の位置が職員よりも高くなるように気を付けている。	
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	職員はご本人がやろうとしている事に妨げになるような声かけをしないよう心掛けています。		
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	ご本人の行動を業務を理由に止めないよう努めています。お茶の時間で今日1日何をしたいか話したりして散歩に出かけたり、洗濯物を干したり、昼寝したり自由に過ごしています。		
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	ご家族の協力を得て衣替えをしていただいているので、外出や行事参加時はその場の雰囲気に合った服を職員と一緒に選んでおしゃれが出来るように支援しています。		
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	食事を美味しく食べていただくため味見や盛り付けを手伝っていただいたり食事を1日の大切な楽しみとして支援しています。	食事は外部の配食サービスを利用している。週1回、カレーの日を設け、入居者が野菜の皮むきを行う機会を作っている。月に1回、入居者が食べたい物を企画し入居者と職員と一緒に作り食事を楽しんでいる。	
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	食べやすい形状や食べたいと思う盛り付け、季節に合った食材選びなど、食事・水分量の確保が難しい方には原因を把握し、臨機応変に対応しています。		
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	個人の習慣を尊重しながらも朝昼夕の食後のケアを行っている。義歯洗浄や歯間ブラシの使用など歯科医の指導も本人に説明して行っている。		

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
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て排泄パターンを観察し、時間による声かけを行っています。リハビリパンツやパットを使用しているご入居者でも便座に座っていただき、自立排泄を促しています。	排泄チェック表を活用し時間で声かけや介助を行っている。夜間帯は入居者に応じてトイレに誘導したりベッド上でパッドを交換している。放尿癖のある方の対策としてトイレの扉を少し開けておくことでトイレの場所が分かりやすいようにしている。	
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	乳酸菌飲料やオリゴ糖、水溶性食物繊維を取り入れ本人の苦痛にならない薬に頼らない方法を検討し、実践しています。		
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	基本的に順番で声をかけさせていただいているが、その日の気分や体調によって後日調整したりご本人から入りたいと要望がある場合もすぐ入れるよう臨機応変に対応している。	入浴は毎日10時30分～15時30分の間に実施している。デイサービスの利用者も一緒であるが、3日に1回のペースで入浴している。1人あたり約40分位かけてゆっくり入浴している。	
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	体操や散歩に出かける等体を動かして自然な睡眠が出来るよう支援しています。夜眠れなくなる方や休息が必要な方等、その日の体調を考慮してお昼寝も検討しています。		
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	薬説明書は職員全員が分かる場所に保管し、いつでもご入居者の薬情報が理解できるようにしています。服薬時には職員二人によるダブルチェックで誤薬が無いようにしています。定時薬の変更があった場合は次回受診時にかかりつけ医に経過報告しています。		
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	洗濯物たたみ、洗濯物干し調理など今までの生活を思い出し継続できるよう支援しています。また、趣味のカラオケや書道、パズルなどご入居者それぞれが好きな事をしていただくために材料を揃用意し支援しています。入浴後にはノンアルコールビールを自宅同様に飲んで気分転換しているご入居者もいます。		
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	現在はコロナの影響で外出を控えることが多いですが、春は花見、夏はひまわり畑、秋は紅葉とドライブを中心に少しずつ外に出掛けられる機会を増やしています。	コロナ禍のため外出する頻度は少ないが、ドライブを中心に花見や紅葉狩りに出かけている。家族と外出する際は、家族に抗原検査をもらってから出かけてもらうようにしている。	

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
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	コロナ以前であれば一緒にお買い物に行き、欲しい物をご本人のお小遣い金の中から支払、購入していましたが、現在はご入居者一人ひとりに欲しい物を伺いお小遣い金から職員が購入するようにしています。		
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	施設の電話を使用し連絡したり、携帯を持っているご入居者は自分からかけたり、ご家族から直接かかってきてお話しています。またZOOMやLINE電話で面会したりご家族の希望に添えるよう対応しています。		
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	月ごとの壁絵をご入居者と一緒に作成しフロアに飾ることで季節感を感じていただいています。また、ご入居者の刺激になる生活音を職員全員が意識し、必要以上の声を出さず、走らず、排泄後においても気を付けるよう朝の申し送りや理念を復唱するようにしています。	リビングの壁面には入居者と職員と一緒に作成した作品が飾られている。行事係が毎月、季節に応じたものを企画し作成している。廊下にはソファが設置されていて自由に寛ぐことができる。	
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	フロアでの席は決まっていますが、気の合うご利用者同士で自由に席を移動し談笑できる環境を作っています。少し一人になりたい時は二か所ソファを設置しており、そこで休憩しています。		
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	ご家族とご本人には自宅で使い慣れた物を持ってきていただけるよう薦めており、家族写真や思い出の品を飾ってご入居者が一人の時でもくつろげる環境づくりをしています。	居室にはベッドやタンス、棚が備え付けられている。自宅で使用していた物を持ち込んでもらい入居者が居心地よく過ごせるように配慮している。	
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	家具の配置はご本人の行動の動線を意識しています。夜間帯のトイレ移動では分かり易くするためトイレの明かりを事前につけて置いたり、廊下の電気をつけておき、迷わないようにしています。また、タンスに何がどこに入っているか表示してあるご入居者もいます。		