

## 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
<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	2ユニット共通の『介護理念』を見えるところに掲示し、共有している。また、月あるいは一定期間おきに具体的な行動目標をユニットごとに設定し、毎朝の申し送り時に復唱し、ユニット会議やミーティングで振り返り、実践につなげている。	事業所の理念は、開設時にその当時の職員がブレーストーミング法を活用してアイデアを出し合い作ったものである。年度初めに利用者への対応を振り返る中で「主役は利用者」であることに立ち返るため、具体的な介護目標を立てて共有しながら実践に繋げている。	理念と介護目標は各ユニットに掲示し、管理者・職員間で共有し実践に努めている。今後は理念の言葉の意図することは何か、そのことが具体的にケアに活かされているのか、共通の理解を図るための話し合いの機会を持つことが望まれる、理念が生きた言葉となって全職員に浸透し、さらにケアに活かされることを期待したい。
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	小学校との定期的な交流を継続していた（三年生の総合学習の計画に毎年入れてくれていた）が、コロナの影響で中断している。小学生の登校見守り・声かけを、二階の窓からではあるが毎朝実施している。保育園児も散歩の際に「こんにちはー！」と声をかけてくれ、入居者は喜んでいいる。『こども110番の家』の表示を子どもの目線の高さに設置し、園児の散歩の際に保育士さんに「困ったらいつでも入ってください」と呼びか	コロナ禍以前は、小学校の総合学習の受け入れや運動会、文化祭等の行事を通じた相互交流が図られていた。現在はコロナ禍により自粛されているが、小学生や保育園児の登校時に窓越しから「おはよう、いってらっしゃい」の声掛けは日課となっている。利用者は職員と日常的に近隣の散歩に出かけて住民に挨拶の声掛けを行うなど、顔見知りの間柄となっている。	
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	実績なし。		
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	コロナの影響で書面でのみの開催になっており、ほぼ一方通行の「報告」とどまっている。昨年度、「工夫や取り組みに期待したい」と指摘を受けたが、新しい取り組みはできていない。	運営推進会議は概ね年4回、併設の小規模多機能介護センターと合同での開催となっている。新型コロナウイルス拡大以降、会議を招集せず報告事項について構成員に書面で送付している。メンバーは区長、民生委員、市職員、地域包括支援センター職員、本社事務長などで構成され、評価や意見をいただくまでには至っていない現状が窺えた。	運営推進会議は、外部の目を通してサービスの質の向上のため意見をもたう重要な会議である。今後は、利用者・家族も構成メンバーとし、資料の送付のみに留まらず、参加メンバーから質問、意見、要望等受けられるよう書面の工夫を検討してほしい。それにより、運営推進会議が利用者のサービスにとって有効なものとなるのが期待される。

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
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	虐待ケースの受け入れを積極的に行ったり、困難事例については適宜報告・相談を行ったりと、塩沢地域包括支援センターと連絡・連携をとっている。	行政職員とは運営上の不明な点の問い合わせなど、いつでも必要な時に相談できる関係にある。生活保護を受給している利用者のケースでは定期的な家庭訪問等で、市の担当者に状況報告を行っている。独居の困難事例の入居相談も多く、常に行政とは地域の高齢者を支える協力関係が築かれている。	
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	夜間を除き、ユニットの出入り口およびエレベーター、階段のいずれも施錠はしていない。赤外線センサーの使用について、法人内施設共通のガイドラインを策定し運用している。	夜間以外は施錠せず、外へ出かけた利用には職員が付き添うなど、意向に沿った対応を行っている。現在複数の方が赤外線センサー使用されており、法人共通のガイドラインに沿って検証・評価(数値化)を行い、利用者の安全性に配慮しながら解除に向け話し合いが行われるなど、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
7	(5-2)	○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	法人全体の『身体拘束廃止・虐待防止委員会』にて2ヶ月に一度会議を開催している。集合しての研修が困難な中、虐待防止についてチェックリスト記入・アンケート回収型の勉強会を実施した。	「身体拘束・虐待防止委員会」を設置し、マニュアル及び指針が整備されている。職員はチェックリストを用いたアンケートでスピーチロックについて日頃のケアを振りかえり、気になることはユニット会議で話し合っている。管理者は日頃より職員の様子に気にかけており、何かあれば声をかけ勤務調整するなど、ストレスや負担が大きくなるよう配慮している。	
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	R5年2月現在、成年後見人利用者1名、保佐人利用者1名。管理者が関係機関と連絡を取り合い円滑な制度利用へつなげている。		
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	契約に際し管理者が本人およびご家族に直接説明をさせていただき、特にそれまでの在宅サービス利用時との違い(受けられなくなるサービスや制度等)について重点的に説明し同意・了承をいただくよう努めている。		

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
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	ご家族へは年に1回の外部評価の際のアンケートと、ケア方針等の相談の際にご意見があればお聞きしている。利用者ご本人とは日々のかかわりの中で要望等をお聞きしている。 正面玄関付近に意見箱を設置しているがご意見の投入実績なし。	家族とは、面会や受診、ケアプラン更新時等に利用者の様子を伝えるとともに、今後についての相談も含め意見や要望を聞き取るように努めている。利用者とは日頃の関わりのなかで聞くようにしているが、遠慮がちな方とは散歩や入浴時などマンツーマンでゆっくり話を聞き、支援に反映できるよう努めている。	
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	管理者および本社の役員(適宜)が定例のユニット会議に出席し意見を聞いている。	日々の話し合いや毎月のユニット会議の中で、利用者のケアや環境整備について話し合いが行われている。事業所内で解決できることはすぐに反映させ、内容により相談が必要な場合は管理者が本社に挙げる仕組みである。提案等について本社からのリターンも早く、現場からの意見を受け、トイレ内や廊下等に手すりを取り付けられ活用されている。	
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	法人内研修の他に、個人が受けたい研修についても年間の限度額を超えない範囲で参加費を補助している。介護福祉士受験のための研修費用についても条件付きで補助。非常勤職員の勤務時間や形態については個々の事情により柔軟に対応している。		
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	法人全体の『研修委員会』を中心に、計画的な研修を実施している。介護福祉士や介護支援専門員の資格取得に向けた費用の補助や貸与制度および、資格手当を導入している。		
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	法人内ではあるが他事業所と行ったり来たり『交換研修』を実施し新鮮な視点の取り入れや意見交換を行っている。		

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
<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	管理者・ケアマネが本人に面談(できるだけ自宅訪問)し、不安や要望にお応えできるよう努めている。入居後も、自宅での生活とのギャップや様々な思いを感じられることを考慮し、職員・管理者は頻繁に話を聴くようにしている。		
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	可能なら、ご本人同席とは別の場を設けてご家族の困りごとや要望をお聞きしている。また、入居にあたってのご家族の思い(葛藤)にも配慮し、入居後しばらくは頻繁に連絡をとったり、写真をより多く届けたりしている。		
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	空床ができた際は、待機者の現在の状況を居宅ケアマネや地域包括支援センター、および法人内の小規模多機能型事業所に確認・相談し、『入居が妥当か』を検討を行っている。		
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	介護理念にも『共に支え合う介護』を掲げ、「ともに暮らす」関係づくりに努めている。教えていただくことも多く、「家族の延長」「大変助かっている」「人生の先輩」という思いを職員は持っており、お互いに「ありがとう」の声が聞かれる。		
19	(7-2)	○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	施設の方針として定期的受診は原則、ご家族に協力を依頼し、関係が疎遠にならないよう、また、直近の状態の共有に努めている。毎月のお便りで受け持ち職員から近況をお伝えしたり、ご本人に記入してもらったりしている。ご本人との会話の中でもご家族の名前を出すことで、気持ちの安定につながっている。	家族には入居時に、利用者の好きだったものや自宅での暮らし振り、家族の考えや気持ちなど丁寧に聞き取り、家族に精神的な支えとなってもらえるよう協力をお願いしている。家族へは毎月の便りに写真を掲載した手紙を送ったり、面会時等で本人の様子を伝えている。受診の付き添いや自宅外泊についても家族の協力を得ており、共に本人を支えていく関係を築いている。	

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
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	併設の小規模多機能施設から入居した方は、希望に応じて行き来をして関係が途切れないよう配慮している。毎月、決まった床屋さんが出張に来てくれており馴染みの関係が出来ている。コロナやインフルエンザによる面会の困難さはあるが、「遠方から来た」、「久しぶりに(孫が)帰省した」などの際は短時間でも対面での面会を許可するなど柔軟に対応するように努めている。	コロナ禍で馴染みの方との交流が制限されているが、手紙のやり取りや自宅への外出・外泊などできる範囲で関係継続を支援している。遠方の方や孫を連れて子供達が久しぶりに会いに来られた際には、感染対策を講じながら短時間ではあるが利用者にとって嬉しい再会となっている。また、入居されたことで昔からの知り合いや出身が近い方、親戚同士だった方と偶然に会うことができた方もおられるなど、事業所が馴染みの場所の一つとなっている。	
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	不安を訴える方に他入居者が声をかけてくれるなど、入居者同士の関係はおおむね良好である。お喋りに花が咲く時は職員はそっと見守り、いさかい(一方または双方が傷つく)になりそうな時はさりげなく話に入るなど、配慮はしつつも入居者同士の関係に出しゃばりすぎないようにしている。		
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	8月・11月・12月・1月、永眠された入居者のご自宅に写真を届けるとともに、葬儀の見送りに参列させていただいた。 ほか特養へ移られた方2名、入院から療養⇒特養まで支援させていただいた方1名。		
<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	サービス計画書(2表)のサービス内容だけでなく、(1表)の本人の意向欄への丁寧な記載や、職員間の周知を大切にしている。受け持ち職員を中心に日ごろの言動(の観察・記録)や会話からご本人の意向や好むこと・好まないことを把握し、サービス方針や声かけの仕方などに反映させている。	入居時にMDSアセスメントをシートを使用して本人の意向や希望を把握して介護計画に反映させている。また、日常の何気ない会話や日課の足マッサージなどを通してゆっくり利用者の声に耳を傾けることを大切に、食事の好み、部屋の照明の明るさなど、利用者個々の思いや意向を拾い上げて支援に活かしている。	

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
24	(9-2)	○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	前任ケアマネや事業所、およびご家族からの情報をもとに可能な限り環境や過ごし方を整え、入居という環境変化によるダメージの軽減に努めている。また、入浴や足マッサージの時間に昔の話や季節の話題に触れ、『これまでしてきたこと』や『昔の家族のこと・思い出話』の把握・話題づくりに努めている。	入居前に自宅訪問して生活環境や暮らしの様子を確認するとともに、担当ケアマネジャーや利用していたサービス事業所、病院からも情報を収集している。入居後に新たに得られた情報は記録に残し職員間で共有している。それまで行っていた書道や畑仕事、家事仕事を続けている方もおられる。	
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	職員は入居者のその日その日の表情や言動、また、『ちょっといつもと違う』の観察につとめ、互いに報告・記録し、夕方のミーティングで共有している(異常の早期発見・早期受診につなげている)。		
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	受け持ち職員と計画作成担当者が主になってアセスメントを行い、ご家族にもご意見をいただきながらケアプランを作成している。受け持ちが毎月モニタリングを行い、変化を見逃さない仕組みづくりができています。また、それを日々のミーティングで検討・共有している。	入居時は計画作成担当者が中心となり、アセスメントから暫定ケアプランを作成している。入居後は担当職員が日々の様子観察から毎月モニタリングを実施している。業務日誌の特記事項をまとめた「つくしんぼノート」を作成し、利用者の状況等について職員間で共有している。令和4年度からモニタリング評価内容を変更し、転倒などの原因究明等に活かされている。今後は、ケアプラン作成を現場職員と協働で取り組むことで、よりよいケアに繋がりたいと考えている。	
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	ケアを実行したら原則すぐに、介護記録用紙に本人の言葉や表情(気づき)を正確に記入している。それをもとにミーティングでも話し合い、次のケアにつなげている。『ケアプランの見直しやモニタリングがしやすいように、記録する』という意識も職員は持っている。		

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
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	体調やADLの変化には速やかに・柔軟に対応している。基準ぎりぎりよりも余裕のある人員配置をしているため、お一人おひとりと関わる時間や柔軟な対応がとしやすい事業所であると考えている。		
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	遠方のご家族が(受診等)対応が困難な際、もともと在宅の頃から生活を支えて下さっていたご親戚の方に協力いただいたり、気分転換の外出・外食にお付き合いいただいたりしているケースがある。		
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	もともとのかかりつけ医を継続している方が多い。ご本人の状態やご家族の希望に応じて、紹介状を依頼し適切な受診の支援をしている。受診の際は職員が同行するか、施設での様子を書面で主治医に報告・相談を行っている。	医療との連携は魚沼の医療ネットワーク「うおぬま・米ねっと」を活用し、利用者の情報を医療機関へ情報提供している。基本受診は家族に付き添いをお願いし、家庭環境等から困難な場合は職員が対応している。受診時には、利用者の状態を書面で家族に渡し、適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	予期できない体調不良などの際には併設事業所の看護師に看てもらっているほか、持病や既往から予測される症状については一日でも早く(特に休日前)かかりつけ先の看護師等に相談している。		
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。	入院時には管理者が同行し、情報提供や相談を行う・見舞いを兼ねこまめに足を運び、看護師から経過を聞くなどして対応している。治療方針の決定や退院に向けた話し合いには同席する。		

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
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	看取りができる体制はとっていないが、『そのような時』の相談は入居の時点からご家族とよく相談し、救命処置を希望するかしないかの確認を文書で行っている。看取り期が近づいてきた場合、急変時にどう対応するか、主治医および医療相談員、家族と都度都度確認・共有している。	訪問看護とは24時間相談可能である。入居時に緊急時、急変時における延命処置等に対する希望を確認している。その都度、利用者の状態変化に応じて利用者と家族から希望の確認を行っている。家族からグループホームでの見取りの希望があった事例では、サービス担当者会議で話し合いを重ねてきたが、医療面での対応の難しさもあり看取り対応が厳しい現状である。介護度が高くなってきた際に早めに特別養護老人ホーム等をお勧めし利用者の状態の変化に対応している。	
34	(12-2)	○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	今年度は職員からの要望をもとに『誤嚥について』の動画研修を全職員が視聴した。	緊急時の対応としてフローチャートが整備され、緊急連絡網とともにいつでも確認できるようになっている。異食など起こった際には今までの経験を活かし柔軟に対応している。転倒時等の際は管理者へ電話連絡行い指示を仰ぎ対応している。日中は同じ施設内にある小規模多機能介護センターの看護師に相談ができAEDも1階に設置されており、AED使用方法は防災訓練時等に職員周知行っている。誤嚥についての動画研修後はアンケート実施し職員の感想を聞いている。	
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	防災訓練を年度に2回実施。災害時の備蓄品は担当者が定期的に期限を確認し入れ替えている。火災・地震・水害時等の一般的なマニュアルと、火災・地震時の初期行動等を定めたマニュアルを作成している(市のハザードマップの冠水地域には指定されていない為、水害については詳細なマニュアルは作成していない)。	消防立ち合いの防災訓練は年に1度実施されている。防災訓練は同じ施設内の小規模多機能介護センターと合同で行っている。災害時の非常食や備品を整備しているが、有事の際は関連会社の農場や食品関係の会社の協力を得ることが可能である。緊急時の職員への連絡として緊急連絡網を作成しており、いつでも確認できるようわかりやすい場所に設置されている。地域は豪雪地帯でもあり、雪害時にはグループの建設会社による除雪作業も行われている。	



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	
<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	名字と名前のどちらで呼ばれたいかご本人に確認し、実践している。トイレの声かけは他者に聞こえないように(耳元で、小さな声で)配慮している。	利用者の呼び方は入居時などに本人に聞きながら決めている。同姓の利用者がいたり、呼ばれ慣れている名前で呼ぶことにより、よそよそしさが無くなり安心しリラックスされている。トイレの声かけは、周りの利用者への羞恥心に配慮してプレートやメモを活用し、日々の記録などを参考にしてタイミングをみて声掛けしている。確認が難しい場合は、入浴時などに確認を行っている。入浴時、排泄時どちらも同性介助を心掛けており、自分だったらどのように対応してほしいかを考えて対応している。認知症状への利用者対応についても特別扱いをせずに接し、人格を尊重しプライドを損ねない言葉かけや対応に努めている。		
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	着る服を選んでもらう、何を食いたいかが答えてもらう等、生活の場面で『自分で選ぶ・決める』機会を大事にしている。誕生日には何を食いたいかがお聞きし叶えている。遠慮する方には「希望を伝えて下さい」と伝え続けたり、ご家族から性格や好みをお聞きしたり、日頃の表情などから気持ちを汲み取るよう努めている。			
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	朝「まだ寝ていたい」、「横になって過ごしたい」、「お茶はあとで」昼寝はしない。新聞読みたい」等、極力その日・その時のご気分や本人のペースで過ごしていただいている。			
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	お一人の人間として、爪、ひげ、髪型などの・整容の援助を大切にしている。また、好みのスカーフを着用してもらったり、決めることが難しい方には二者択一で選んでもらうようにしたりと、『決めて、着る』ことを援助している。			

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立の中に好みの物を入れたり、野菜の皮むき等の下ごしらえから、味見、盛り付け、片付けまで入居者に当たり前に参加してもらい、お礼を伝えている。「肉より魚が好き」など個々の嗜好については個別に対応している。	食材は週3回地元のスーパーに届けてもらい、週に一度職員のみで別のスーパーへ購入に行っている。お米は同じグループの農園から購入している。献立は決まっているが、季節の食材を取り入れて臨機応変に変更している。朝食時は利用者にもみそ汁の具材を聞いて作っている。調理の際は感染対策のため、加熱前の下処理や洗い物、食器の片づけなどを利用者にお願ひし一緒に行っている。3月に桜餅、5月にちまきなど季節感のあるメニューを提供している。また入居日や利用者の誕生日などには赤飯やお刺身など豪華なメニューを提供している。	
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	全員、毎食、食事摂取量はチェックし少ない方には間食や果物等で補っている。10時には牛乳、昼のデザートに隔日でカスピ海ヨーグルトをお出しし、便秘の予防に配慮している。特に脱水予防が必要な方は水分量をチェックし、不足しないよう手を変え品を変え対応している。		
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、口腔ケアを行っている。極力、自力で行っていただき(必要性をわかっていたが)、不十分なところを介助(舌みがきも含め)している。義歯は毎晩、洗浄剤に浸けている。		
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	傾合いを見て声かけや誘導を行い、可能な限り布パンツで過ごしていただいている。終日紙パンツの方は18名中約半数。他の方は日中布パンツ+必要な大きさのパット。重要事項説明書に「可能な限りオムツの使用を避け…」と記載し実践している。	トイレでの排泄を基本として、排せつの記録を確認して個々の排泄間隔に応じてトイレに誘導している。二人で排泄介助を行わなくてはならない方おられるが、7割の利用者が声掛け支援で一人でトイレに行かれている。布製の着で過ごされる方も数人おられ、利用者の排泄に対する意識・意欲を尊重し、自立に向けた支援を行っている。排泄についてしっかりと記録に残し排泄のタイミングをつかむ「ツール」にもなっており、ケアプラン要点として個別のプラン、排泄のシートにも記載されている。	

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
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	排便の有無を毎日チェックし、水分の不足がないよう終日(夜間も部屋にペットボトルを用意)飲水をすすめている(ほか、項目41参照)。個別にヤクルトを購入したり、排便の間隔に応じて牛乳を多めにすすめたりとその方に合う方法を模索し実践している。		
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	併設の小規模多機能とボイラーが共用のため、冬場は『湯が出なくなるように(重ならない日時に)』入浴いただいている。ゆず湯、しょうぶ湯など季節に応じたかわり湯の機会を通年実施している。	入浴設備が併設施設と共有のため、現在は入浴日時、回数に制限を設けている現状だが、年内には整備を行い解消される予定である。数種類の入浴剤を常備しており毎日入浴剤を入れている。季節感を感じてもらうためにリンゴの実やゆずの実、菖蒲などを入れて利用者に楽しんでもらっている。シャンプーなどは基本的に施設のものを共用で使用してもらっているが、個別に好みのシャンプーの使用や、入浴後の化粧水、保湿クリームを使用されている利用者もおられる。	
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	ソファ(冬はコタツ)を用意し自由に足を伸ばして休んでもらっている。夜間は空調だけでなく希望に応じ湯たんぽや電気毛布を使用し気持ちよく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	常勤職員が2ヶ月交代で配薬を行い、『なんの薬か』の理解に努めている。準備～服薬までに3人の職員によるチェックを行う体制をとっている。また、全入居者の薬の一覧表を、随時更新したり見やすく改善したりして誤薬の予防に努めている。		
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	生活歴から、できること・得意なこと・好きなことを探り、役割(食事の支度のほか、掃除、洗濯、裁縫、ゴミ出し、古紙しぼり、宅配物の2階への運搬と仕分け等)や楽しみ(季節の行事、畑の収穫、お茶でなくコーヒー等)が持てるように日々支援している。		

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	コロナ禍のため外出の機会は必要な受診等に限られてしまっている。が、受診同行の帰りに寄りたい店に寄ったり、空き家になっている自宅の様子を確認に行ったりと可能な範囲で支援している。「自宅玄関の上がりかまちを上がれなくならないように」ケアプランに階段上りを取り入れている方もいる。	施設周辺の小学校やコンビニエンスストアまで職員付き添いで日常的に散歩をされている利用者もおられる。「歩けなくならないようにしたい」という利用者の気持ちを考慮して、歩行訓練を兼ねた散歩やユニット内に設置されたルームマーチ器具を利用者自ら使用している。コロナ禍のため外出に制限を設けているが、自宅への外泊・外出など家族の協力を得ながら支援している。	
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	トラブル防止のため、事業所としては現金の預かりはお断りし、日用品など個人的な支出は立て替えで対応している。自分で管理できる方についてはご家族から少額ずつ持たせてもらい、希望に応じてお菓子やジュース等の購入をお手伝いしている。		
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	希望に応じご家族へ電話を取り次ぐことはある。毎月のお便りのほか、暑中見舞い・年賀状をご家族や友人に宛ててお出ししたりしている。遠方からの帰省や面会の機会が減ったため、電話での会話をケアプランに取り入れれ亡くなる二日前まで実施できた方がいた。		
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	季節を感じていただけるよう、花を飾ったり掲示物に配慮したりしている。鉢植えへの水やりを「自分の役割」と楽しみにしている入居者もいる。	リビングや廊下には、利用者が趣味で書かれる和風名月や、利用者と職員とで手作りした季節の飾りが派手すぎないように工夫して掲示されている。リビングの畳コーナーには炬燵と長ソファが置かれ、利用者はゆっくり寛いでいる。廊下やトイレ内の共用空間には、利用者の動線に合わせた手すりが多く設置され、安全面への配慮がなされている。	

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
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	入居者どうしの仲や相性に配慮しテーブルの(食事の)席を工夫している。コタツやソファは、気兼ねなく自由にくつろいでいただけるようお勧めしている。昼寝の習慣がなく、他入居者とよりも職員と過ごすほうがリラックスする方は、リビングで職員と過ごしていただいている。		
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	ご自宅で使い慣れた家具や小物(時計やラジカセ等)をなるべくお持ちいただき本人が安心できるよう努めている。また、ご家族や知人の方と写真を撮らせていただき部屋に飾り、気持ちの安定や会話のもとになるよう、面会時には積極的に撮影させていただいている。	居室にはベッドが備え付けられており、自宅から整理タンスやテレビ、遺影など持ち込まれている。壁面には家族との思いで写真も多く、長く利用されている利用者の居室には、お孫さんの成長がより身近に感じられるほど多くの写真が飾られており、家族来所時に適宜撮影されていることが伺える。利用者が以前から好きな歌手のCDやラジカセなどが置かれ心が休まるプライベートな空間づくりがなされている。	
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	お部屋のカレンダーやコルクボードなど、ピンが外れやすい箇所は、ネジを打ち込み外れないようにしてある。『トイレ』や『便所』の掲示は入居者本人の目線(高さ)を意識している。手すりのないトイレ内部に手すりを設置したり、つかまる所のない動線上には椅子(背もたれ)につかまれるようにしておくなど、自力での歩行が継続できるよう配慮している。ハンドソープ誤飲の危険がある方が使う洗面台は、手の届かない・見えないところにハンドソープを置くなどの配慮をしている。		