

### 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	3190200430		
法人名	医療法人社団AST		
事業所名	グループホームすずかぜ<葵ユニット>		
所在地	米子市二本木1125番2		
自己評価作成日	令和6年2月6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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3190200430-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3190200430-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和6年2月16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)】

当グループホームは、家庭的な雰囲気の中で利用者様に安心して生活していただけるような環境作りや関わりを心掛け、一人ひとりのQOL向上を目指して日々の生活支援に取り組んでいます。レクリエーション・外出など、1年を通して季節を感じていただけるようなイベントや催しを計画立案し、また、生活では役割を持っていただけるよう支援計画を作成してチームで取り組んでいます。さらに医療連携を密に図ることで、体調不良時や緊急時などにも速やかに対応でき、安心していただけるよう、毎日の健康管理と維持に努めています。

【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)】

運営母体が医療機関という事もあり、利用者・家族は体調面、医療面について安心できる環境が整えられた開設して7年目の鉄筋2階建ての2ユニットのホームです。  
管理者は、「ホーム＝自宅である」事を念頭に、「歳を重ねる毎に、できていたことが出来なくなっていく事。」「すれば良かったと悔いの残るケアだけはしたくない。」という気持ちがどんどん強くなり、「今できる事は今やる。今したいことは今やろう」と、『利用者の気持ちや意向を形にできるケア』に、職員一丸となって実践に取り組んでおられます。  
そんなホームは近隣の商業施設や家族、地域住民との信頼関係が構築されており、イベントや行事の時は常にバックアップして頂ける体制が出来ています。

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

[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	地域住民・ご家族と密に関わり、個人の尊厳を守りながら、温かい雰囲気の中で、その人らしい生活が送れるよう個々に応じた自立支援に努めている。	事務所に理念は掲げられており、職場内で共有出来ています。理念を念頭に置き、個人の尊厳を守りながら、温かい雰囲気の中で、その人らしい生活が送れるようユニット会議等で話し合い自立支援につながるよう努めておられます。	
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	コロナが五類になったこともあり、外出や催しなどを通して地域との交流も少しずつ再開しつつある。公民館便りなどから情報収集をし、今度も積極的の参加をしていく。	コロナ5類移行に伴い、外出や地域交流の予定が組まれ始めています。地域の方のボランティアの受入れはすでに再開しておられます。利用者が買い物に行ったり散歩したりと、隣接するコンビニとの良い関係は継続しており、一緒に秋祭りを開催し食べもの屋の出店など、実施されています。	
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	相談窓口を設けていることを、便りやチラシなどで発信し、認知症の方をサポートする手法や手段などを電話にて対応し、必要であれば地域包括や事業所との橋渡しを行っている。		
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	運営状況、ケアの具体的な取り組み、イベントや催しの計画、ヒヤリハット・事故報告書について話し合い、意見交換から次回の推進会議までの改善報告を行い、サービス向上に繋げている。欠席者には、会議議事録を郵送し、理解を得ている。	2ヶ月に1回開催されており、ホームの現状や事例の報告、イベントなどの通知が主となっています。参加メンバーと意見交換を行い、頂いた意見等を参考に業務改善へとつなげておられます。議事録は関係者に配布されています。	利用者・家族や同業者、地域のサービス事業者、ケアマネ等にも呼び掛けを行い、必要な情報収集・交換を行ったり、ホームへの期待や求めるモノなど、意見交換の場として活かされると良いと思います。
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	2か月に1度開催している運営推進会議(中止の場合は報告書を郵送)で、現状報告して周知してもらう。また、事故案件など重要事項については、都度相談し報告をおこなっている。また、利用状況について、在宅支援事業所や包括支援センターなどと連携を取り合っている。	困難事例の相談等の連携が主となっています。運営推進会議にも参加頂いております。連携等は地域包括支援センターが主となっています。	運営推進会議等でテーマを決めて、関係機関の参加を促しても良いと思います。
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	運営規定の項目に掲げ、職員、利用者、家族がいつでも閲覧できるようにし、意識づけをする。また、3か月に一度の身体拘束委員会を開催し、各利用者の環境の見直しや、研修へ積極的な参加で身体拘束への理解を深めている。	定期的に委員会開催し、現在の状況や利用者様を取り巻く環境についてモニタリング・評価を行い、身体拘束を行わないことへの理解や実施に努められています。運営規定に記されており、利用者、家族、職員等にも意識付けされておられます。	やむおえない時に、身体拘束に値する行動が生じてもすぐに対応できるように書式の準備をお勧めします。

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
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	高齢者虐待の防止の研修・資料閲覧・虐待防止委員会により意識づけを行う。また、チェックリストを用いて、自身の行動や言動が虐待に値していないかどうか振り返りを行なっている。	職員は虐待防止の研修や委員会に参加しておられます。また、日々のケアの行動が虐待に値しないかどうかチェックリストで振り返りを行うなど定期的に確認が行われています。	
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	現在、制度を必要としている入居者がおられないため確立していないが、資料などで情報収集を行い必要時に対応できるよう学ぶ機会を設けている。		
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	契約時には、その内容と事項を説明し、必ず理解を得てから署名・捺印をいただいている。以降に発生した疑問や不安に関しては、個別対応、または運営推進会議を活用し、その解消に努めている。		
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	定期的に行われている運営推進会議や、カンファレンスで、また、ご家族来所時に意見やご意向を聞き、対応策を検討し、実践、評価、報告を行う。また、各フロアにご意見箱を設け、活用している。	家族との関係性が良く、信頼関係が築かれている事が家族アンケートからも確認できました。家族からはホーム訪問時に口頭で意見を頂くことが多いです。頂いた意見・要望は、職員→管理者→法人と情報共有し、運営に反映できるよう検討・実践に努めておられます。	
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	ユニット会議や全体会議で職員との意見交換を行い、またラインなどを活用し相談しやすい雰囲気作りを心掛けている。また、現場指導員を介入することで取り組みに反映させている。	ユニットや全体会議で職員間や法人と意見交換が実施されています。また、グループラインで気軽に相談や意見が表出できる環境を整えられています。	
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	法人での就業規定をいつでも閲覧できるようにし、諸手当や昇給などの報酬制度をわかりやすくすることで、働く意欲に繋がるよう心掛けている。また、有給休暇の活用と、リフレッシュ休暇を取り入れている。	法人は就業規則や人事考課・報酬制度などわかりやすく、閲覧できる仕組みを整えられています。職員は定期的に自己評価を行う仕組みも整備されています。有給休暇やリフレッシュ休暇が自由に活用できるようになっています。	
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	職員の勤務状況、能力を踏まえ、法人内研修を受ける機会を設けている。現場指導員が介入することで、ケアに対する不安を疑問を解消できるよう取り組んでいる。	認知症の理解について研修等の座学では学べないケア現場での実践などについては、現場指導員を介入し、困難な事例の対応方法、留意事項等について直接指導もらうことでケアに対する不安や苦手意識が解消できる様に実践トレーニングできるよう取り組んでおられます。	
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り組みをしている	可能な限り地域ケア会議や、地区介護事業所連絡会、オンラインで認知症介護研修へ参加し、ネットワークを通じて同業者と交流を図り、サービス向上へ反映できるよう努めている。。		

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
<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	入居前に、本人と話しをするほか、関係先事業所や、家族から情報をとり、生活歴を把握する。その上で新たにアセスメントシートを作成し、本人と関わることで、なじみの関係、信頼関係が早期に作れるよう努めている。		
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	施設内を見学(可能な場合)していただき、方針や取り組みの理解を得た上で入居していただき、入居後は面会時や電話などで連絡を取り合い、意向を伺うように努めている。		
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	各担当者、計画作成担当者は、本人・家族の意向を伺った上で、グループホームで出来る現状での支援の内容を理解していただき、状況に応じて法人内外の他のサービスを利用できるよう支援している。		
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	一日の生活の中で、食事・掃除・洗濯などを利用者同士・職員と一緒にいき、また、利用者の力量に応じて、作品づくりやちぎり絵、編み物などを行い、達成や完成の喜びを共に分かち合っている。		
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	面会に制限のある時にはオンライン面会を活用している。担当職員より状況報告をこまめに実施し、毎月、写真付きのお手紙を送ったり、いつでも連絡がとれるよう努めている。		
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	賀状やお便りで互いの近況報告のやり取りを行ったり、馴染みの場所での交流目的として、自宅への一時帰宅や、近隣への外出訪問などを行っている。	利用者が季節の挨拶状・手紙、賀状などを送ったり、盆・正月に一時帰宅して仏壇に参ったり、近隣の馴染みの場所に外出したり、個々の意向に沿えるよう配慮・取組みがなされています。	
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、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	毎日のレクリエーションや、食事・洗濯・散歩・掃除へ参加していただくよう声掛けをし、一緒に楽しめるように働きかけることで職員、利用者同士が共に学び支え合える関係性を築けるよう努めている。		
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	退居後も、入院先、転居先へ訪問したり、一定の期間でお手紙を送ったり電話などで近況を伺ったりしている。		

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
<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	ケアプランを作成する前に、本人、家族からの意向を伺い、また、日常の関わりの中で、本人の望まれることや思いをさりげなく会話の中から把握できるよう心掛けている。	思いや意向の表出が出来る方は都度汲み取れるよう努められ、表出の難しい方は、家族からの情報収集や日々の行動やさりげないつぶやき、会話から把握できるように心掛けておられます。	
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	日々の関わりの中で、本人の価値観や生活歴を把握するよう努め、不足している部分や本人から知りえない情報は、家族や入居前に関わりのあった事業所から情報収集し、把握するよう努めている。		
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	関わりと介護記録の中から、その方の生活や行動のパターンを把握し、できること、を活かした関わりをするよう努めている。		
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	本人にとってのなじみの物や、楽しみにされること、などを本人、家族より聞き出し、生活に取り入れることができるよう支援計画に取り入れている。	3か月毎のモニタリング、6か月毎の評価・見直しを、ユニット毎で職員で行い、出た結果や課題については、皆で話し合い、計画作成担当がまとめ、家族と話し合い、次のケアにつながられています。	
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	気付いたこと、成果のあったことなど、タブレットや介護日誌、個別記録・連絡ノートに記載し、勤務開始前の確認を義務付けている。情報共有することで、介護計画に反映していけるよう努めている。	現場でタブレット利用し業務日誌や個別記録、ケア日誌の記載に用いておられます。連携ノートや情報共にも活かされています。職員は持ち場につく前に確認するように取り決めがされています。	
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	かかりつけ医への受診介助はもとより、症状の変化や、新たなニーズがみられたときなど、都度家族に連絡、相談し、医療面以外でも一緒に解決策を見出していけるよう取り組んでいる。		

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	外出が可能な場合は近所に一緒に買い物に出かけたり、様々な楽しみを感じてもらうことで、地域との交流を図り、良好な関係が築いていけるよう心掛けている。		
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	事前に受診予定日をお知らせし、診察にいつでも同席していただけるよう配慮している。また、いつでも相談できることで安心していただける環境作りに努め、診療情報は都度家族へ連絡している。	本人・家族に了承を得て、運営母体の協力医をかかりつけ医として頂き、定期的な訪問診療が行われています。診療日は家族にも伝えられており、同席を促しておられます。同席出来ない時は、診察結果は都度家族に伝えられています。	
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	毎日のバイタルチェックで状態を把握し、少しでも変わったことや状態の変化が見られた時には速やかに相談し、指示を受けて支援している。また、週に一度の看護指導記録と毎回の往診記録を作成し、職員が周知できるよう努めている。		
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。	医療連携室、相談員と密に連絡を取り合い、情報共有を行い、適切な支援が受けられるよう努めている。また、入院された際は、相談員・家族と定期的な連絡を取り合い、退院に向けてのカンファレンスと評価を行っている。	入院することになれば、病院の連携室と密な情報共有・連携を行っておられます。入院期間は2ヶ月待って、帰ホームが難しいようであれば退所となりますが、帰ホームの見込みがあれば、治療状況見ながら慣れた環境への退院支援が出来るよう努められています。	
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	重度化した場合、終末期ケアについての指針を掲げており、入居前に本人、家族の意向を伺ったうえで、説明し、了承を得ている。また、看取りの方針もあり、最期まで本人・家族の要望に沿えるよう医師やチームで連携をとっている。	終末期ケアについての指針を掲げ、入所時に利用者・家族等に意向や方針の確認を行い同意を得ておられます。終末期を迎えた段階で医師、家族、ホームで再度話し合いその後の方針が決定されます。運営母体が医療機関のため、本人や家族の意向に沿えるようチームで支援が出来るよう連携体制は出来ています。	
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	急変時や事故発生時について、医師・看護師・薬剤師より指導を受けており、必要に応じてその状況に対応できるよう常に心掛けている。		
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	定期的に職員と入居者合同の避難訓練を実施。また、洪水時避難計画を作成し、一時避難場所となる地域商業施設とも連携がとれている。災害時には緊急避難場所として受け入れもできるよう非常食や防災グッズを備蓄している。	年2回の避難訓練や防災訓練は定期的に実施されています。今年正月の地震を踏まえ、すぐに津波による災害避難訓練を実施されました。防災グッズや備蓄、非常災害時の避難場所や連携体制も整えられています。	

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
<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	入浴や排泄に関しては出来る限り同性介助を実施し、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した声掛けの仕方と、表情を常に意識しながら接するよう努めている。	排泄や入浴など、職員は利用者のプライバシーに配慮しながら、声掛けしておられます。拒否があっても、自尊心やプライバシー配慮がなされた言葉かけ、心遣いに努めておられます。また、同性介助を基本としておられます。	
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	日常生活動作においては、問いかけ、質問形式で本人の思いを表出しやすいように声掛けし、更衣や食事、買い物などの場において、自己決定をできる機会をつくるように心掛けている。		
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	食事や入浴のタイミングは本人に伺い、可能な限り希望に添えるよう支援している。余暇については気分や状態に合わせ、柔軟に対応しながら提供している。		
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	本人の好みや、習慣を把握し、お化粧品や、帽子、好きな衣類や小物を着用してもらえるよう努めている。		
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	盛り付けや、簡単な調理を一緒に行い、また季節を感じていただけるような食材の取り入れや、自畑で栽培した野菜の収穫を一緒にして調理し、食につながる楽しみを感じていただけるよう努めている。	調理準備、片付け等出来る利用者に職員と一緒に取組んで頂かれています。ジャガイモやネギなどの食材を畑で作り、収穫・調理・食す楽しみの機会を確保されています。行事食と一緒に考えたり、季節を感じられるメニューを提供したりして食事を楽しまれました。	
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	塩分・カロリー計算をされ、食べやすい安全な介護食を提供している。個々の状態に合わせた食形態を確立し、摂取制限のある入居者に対しては医師・看護師の指示を仰いで提供している。		
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、全入居者の口腔ケアを実施し、また、義歯などは毎夜、消毒を行っている。歯科との連携をとり、定期的な口腔内の状況評価と口腔衛生指導を受けている。	毎食後口腔ケアの支援が行なわれています。定期的に歯科医師や歯科衛生士による口腔内の評価やケアの指導を頂いております。	

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
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	排泄のアセスメントを実施し、排泄パターンを確立することで、オシメ→リハビリパンツ→布パンツへ移行し、トイレでの排泄が支援できるよう努めている。	排泄アセスメントを実施し、個々に合わせた排泄ケア支援や用品の利用が出来るよう支援しておられます。職員都合ではなく、利用者目線でのケアに努めておられます。夜間パット交換で起こす事なく、より良い睡眠の確保を視野に入れた支援に努めておられます。オムツ外しトイレでの排泄への移行も成功例もあります。	
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	毎日の朝食に、ヨーグルトや青汁、または牛乳を、本人の好み、排便状況に合わせて提供している。また、水分・食事摂取量・排泄チェック表を記入して、運動量の調整や見直しを行い、良好なコントロールが出来るよう努めている。		
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	午前・午後・夕の時間帯で、本人の望まれる時間帯や、回数に合わせて調整を行っている。	週2～3回本人の望まれる時間帯で入浴頂かれています。同性介助を基本とし、拒否があってもタイミングや曜日等ずらしながら、支援されています。拒否の強い利用者については現場指導員から指導や巧妙な技術の伝授を頂きながら入浴への促し・成功へと取り組みがなされています。	
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	日中は活動的に過ごしていただくことで昼夜のバランスをとり、落ち着いて入眠できるよう、安心できる環境づくりにも努めている。		
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	個人ファイルに、服薬における効果、副作用などがすぐに確認できるよう綴じてあり、また誤薬や服薬ミスが起きないよう、服薬手順書、チェック表を作成し活用している。薬の変更時には状態の変化の観察を行っている。	医療職である管理者が服薬セットを行い、処方薬の変更や薬効についても、適宜職員へ連絡・周知できるように努めておられます。誤薬が無いように、名前の記述や服薬タイミングの色分け記述など、薬剤師との連携も密に取られています。薬の変更時には状態の変化の観察が行われています。	
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	本人が得意とすることや、これまで趣味としてされていたことなどを、レクリエーションに取り入れたり、掃除や洗濯などの役割り分担をし、声掛け見守りをして、行っていただいている。		
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	可能な限り、本人の行きたい場所や馴染みの場所にて出かけられるよう努めている。また、季節に合わせて花見やドライブ、リンゴ狩りなどのイベントも実施している。	コロナ5類に伴い、外出は季節のドライブ、花見に留まらず、行き慣れた場所へ出かける支援が日常的になされています。家族との日常的な外出も可能とされています。	



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
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	目的のものがあれば、買い物と一緒に出かけ、一緒に購入する、までを行う。財布が手元がないことに不安を感じられた時には、きちんと管理されていることを伝え、実際に見ていただき安心していただいている。		
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	年賀状を出したり、毎月のお手紙で本人の様子を知っていただき、気軽に連絡していただくようお願いし、電話などの取次ぎもやっている。		
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	季節を感じられる装飾品や、落ち着きを感じられるよう植物や花を飾って、視覚からの楽しみも感じてもらえるよう工夫をしている。感染予防対策の目的も含め、室温調整・湿度や換気などに配慮している。	共有空間は室温調整・湿度や換気などに配慮しておられました。調理の音や匂い等で自宅にいるような空間となっていました。レクで作られた作品や植物が飾られた落ち着いた空間作りが行われていました。	
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	廊下にソファを設置し、いつでもくつろいでいただけるようにしたり、植栽に関わりながら、入居者同士が談話できるよう、楽しみと交流の場として畑や花壇を活用している。		
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	使い慣れたもの、馴染みのある家具や、置物、絵画・写真やぬいぐるみなどを持ち込んでいただき、本人が好まれる空間を作れるよう支援している。	個々の馴染みの物を持参頂き飾ったり、置いてあり落ち着きのある空間となっていました。利用者に合わせた動線に考慮したレイアウトになっていました。換気も配慮され、掃除も行き届いていました。	
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	日々の生活の中から、その方のできることを見出し、危険がないことを確認しながら、できることはしていただくよう支援している。また、目印をつけたり家具やベッドの配置等を見直し、自立支援へ向けた取り組みを行っている。		