

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	3170200830		
法人名	株式会社 ヒョウゴナカムラ		
事業所名	グループホームさわやか		
所在地	鳥取県米子市皆生温泉1-16-10		
自己評価作成日	令和4年3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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3170200830-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	鳥取県米子市米原2丁目7番7号
訪問調査日	令和4年3月15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)】

『家族のように』接し、居心地良く楽しく過して頂けるよう、行事やレクリエーションを企画し、またそれぞれの趣味・特技・意向を踏まえた個別ケアを行っている。 家事作業を積極的に提供し、行っていただいている。

【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)】

2003年に皆生温泉に開設され、間もなく20年目を迎えられるグループホームです。利便性のよい場所にあり、歩いてコンビニに買物に出かけたり、近くに散歩のコースもあり、お風呂もとなっており利用者の楽しみの一つにもなっています。 食事は3食手作りしておられます。利用者も準備や片付け等、それぞれが役割を持ち職員と一緒に手伝いされています。誕生日には本人の好きな物、食べたい物をお聞きし、リクエストメニューとして提供されたり、コロナ禍前には外食にも出かけておられました。 職員一丸となり、居心地良く安心して楽しく過ごして頂けるよう努めておられます。管理者は職員の意見を聞き、風通しの良い職場環境を目指しておられます。
--

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している (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
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	理念は把握しているが、実際には実践につなげていない。	管理者・職員は理念についての意識は持っておられます。毎月全体会議、ユニット会議は開かれており、理念についても話し合われる事もあります。振り返りまでは至っておられません。	年に1回理念に基づくサービスが実践できているか職員で振り返る時間を持って頂き、実践に活かされる事を期待します。
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	コロナ禍以前は公民館祭への参加や、子供会を招いての行事を行っていたが、この2年では行っていない。	コロナ禍の為、内外の行事の参加・開催は難しい状況ですが、運営推進会議のメンバーに公民館長も入っておられ、情報共有は行なわれています。子ども会との連絡も途切れないように行なわれています。	
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	行っていない。		
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	資料を作成し、当施設での取り組み等を報告し、意見をいただいたり、情報交換を行っている。コロナ禍で開催できることが少ないため、資料の提出をしている。	コロナの流行状況を見ながら、書面開催、リアル開催を選択肢ながら2日月に1回開催されています。実際にホーム内部を見て頂けない現状の中、ご意見とうが頂きにくい状況となっています。	コロナが終息した際には、委員の方々に意見も出やすい形の内容の会の開催を検討頂き、サービス状況やホーム内を見て頂き、サービス向上に活かせられるよう活発な意見交換に繋がる工夫に期待します。
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に取り組んでいる	市町村との連絡は、取り組みの報告はあまりないが、お互いに相談等の連絡はとって協力体制はできている。	市役所との連携については、運営推進会議に出席頂き、情報提供や意見等を頂いております。また、ホーム必要時に問い合わせを行っております。現在は、市役所よりのコロナ対策やアンケート依頼等メールによる連絡が主です。	
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	身体拘束適正委員会を設置し、勉強会を行い知識を深め、定期的に委員会を開催し現状での拘束の有無の検討など行っている。	身体拘束適正委員会が設置されており3ヶ月に1回開催されています。勉強会やチェックリストによる自己チェックを行なう等、身体拘束とならない、つながらないよう職員間で検討されています。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	職員教育委員会を設置、毎月の勉強会で虐待について学び、現在の支援の中で虐待に繋がることはないか話し合っている。	職員教育委員会が設置されており、従来から、虐待防止の研修は行なわれています。虐待につながらないように気を付けなが支援が行なわれています。	虐待防止委員会の設置が義務化されましたので、委員会を設置され、指針の作成、委員会の開催時の議事録を残す等、早期対応を望みます。
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	管理者と一部の職員は成年後見制度の研修に参加している。利用者にそのような事例があれば事業所へ相談するな度している。		
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	実施できている。 家族からの相談や疑問点にこたえることができている。契約の改定等の場合は、書面にて同意を得ている。		
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	意見、要望は書面、口頭で随時受付、話ができるようにしている。家族の要望などなるべく反映し対応できるよう努めている。	利用者からは日々関わりで聞いておられます。家族の意見・要望は面会時、プラン変更時等に伺われています。毎月のお便りで利用者の様子を伝え、何かあればすぐに連絡をしておられます。	
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	管理者やリーダーは職員の意見や提案を聞き、それについての他職員の意見も聞くようにし、反映している。 必要があれば、代表者へ報告・相談をしている。	毎月の全体会議・ユニット会議の際に職員からの意見を聞いておられます。ユニットリーダーの育成についても取り組み始められています。	
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	提案があつたり、相談に乗ってもらえることもある。	会社の給与規定もあり、休暇の取得もしやすいよう、風通しの良い職場環境になるよう努められています。人事考課は導入されていませんが、日々のがんばりを評価する仕組みあり、やりがいの感じられる職場環境となっています。	
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	管理者にケアの実際と力量を確認することがある。研修機会の確保は管理者に任せている。 資格の取得について費用の一部負担がある。	管理者による職員の力量評価も行われています。職員の目指す資格や受けたい研修も把握し取得や受講に向け機会の確保が行なわれています。介護福祉士の資格取得の費用負担も行われています。	
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	なし		

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	本人と入居前担当者から情報収集を行い、また、本人を中心に、環境に慣れるよう話の傾聴や他者とのコミュニケーションの支援等を行っている。		
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	家族の要望を聞き、可能なことは支援に反映し、困難なことも少しでも実現できるよう家族・職員間で話をしている。また、こちらから提案をすることもある。		
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	* 自己評価15・16の項目に同じ		
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	限度を踏まえた上で、家族的な対応を心掛けている。個人の能力にあった作業やレクリエーションの提供、また、できることはないかと模索し、提供することにも努めている。		
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	毎月、本人の近況報告の手紙を送付。身体的、精神的に変化があったときは電話で報告し、受診の相談、可能であれば面会につなげるようにしている。		
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	本人の過ごしてこられた人生について、普段の生活の中の何気ない会話等から情報を得て、なじみの人や場所とつながりが持てるよう可能な範囲で支援できるよう努めている。	コロナ禍の中、面会や外出が難しい状況が続いています。その中でも自宅を見にドライブに出かけられる方もあります。昔住んでおられた辺りの写真を見て話をされたり、馴染みの方の話をし、本人のやりたいことの情報を得ておられます。	
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	個々の時間を穏やかに楽しく過ごしていただけよう、職員がその時の様子を見ながら利用者同士の関りを支援している。		
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	サービス終了後も相談があれば支援できるように努めている。可能であれば、転居先へ面会に行っている。		

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
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	日々の関わりの中で個々の思いなどの把握に努め、個人記録に残し、職員間で共有している。 本人の言葉を聞き逃さないよう利用者に向き合うように努めている。	日々の関わりの中で、意向、要望を確認するようにしておられます。本人の希望を聞き、誕生日には本人の好きな物、食べたい物をお聞きし、リクエストメニューとして提供されたり、コロナ禍前には外食にも出かけておられました。	一人ひとりが長生きをよかったと思えるような生きがいに繋がる事に期待します。
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	入所前面談後、アセスメントシートとカンファレンスにて本人の状況を確認する。 また、入居後も新たな情報があれば記録に残し、情報共有している。		
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	個々の利用者とかかわりを持つ時間を持つことを目標とし、気付きなどは記録に残し、情報共有している。		
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	計画作成担当者と利用者担当職員が、日々の関わりや状態を反映し、ケアプランを作成している。 プラン作成時に改めて家族の意見を聞くことは少ないが、普段要望があることはプランに反映するようにしている。	モニタリングは毎月行なわれています。定期的な評価・見直し時期に、計画作成担当者が中心になって利用者担当の話を聞きながら、原案を作成されています。また、利用者、家族等の意向等を伺いプランに反映しておられます。	
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	プランの内容を把握し、実践に生かして、記録に残すことで情報共有をしている。 職員の能力や資質によって違いがあり、皆が同じように対応することはできていない。 利用者、仕事への考え方の相違。	プランに従って、支援の実践状況の記録が行なわれており、手書きで行なわれています。プランの留意点は共有されています。事務時間の省力化を目指しタブレット等のICT導入も検討中です。	介護マニュアルの読合せを行なう等、章句員間で利用者対応の共通理解を目指されると良いと思います。
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	臨機応変に対応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
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	地域資源の把握はできていない。利用者個人の能力を発揮し安全で豊かな暮らしを楽しめるよう、利用者とのかかわりを持ち支援することに努めている。		
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	かかりつけ医は普段から本人や家族の希望を含め、相談に乗ってくださっており、受診往診、面談など適宜対応して下さる。事業所としても良好な関係が築けていると思う。また、必要時は家族の受診同行を提案している。	利用者、家族の希望するかかりつけ医を選んで頂いており、殆どの方が協力医をかかりつけ医とされています。協力医による往診対応が行なわれ、気になる場合には家族に受診同席や、個別の面談も行われています。歯科も協力医による往診があります。	
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	週1回の訪問看護の際に、記録や口頭で状況の報告、相談をしている。また、定期訪問以外にも、かかりつけ医とも連携し、相談や訪問看護の対応をして下さる。		
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。	入院時はお互いに情報提供が行えるよう努めている。入院中、または退院時にはカンファレンスに参加する。普段からの病院関係者との関係づくりは行っていない。*かかりつけ医を除く。	入院時には地域連携室と連絡を取り、ホームでの様子等を情報提供を行ない安心して入院できるようにされています。退院時にもカンファレンスがあり、退院後の支援に於いての注意事項も聞かれています。コロナ禍以前は入院中に本人の様子を見にも行かれていました。	
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、事業所の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	家族とは、体調・精神面に変化が見られた時や、重度化した場合は話し合いを行っている。終末期は医師と家族、管理者の三者で今後についてのカンファレンスを行い、その内容を職員に情報提供し、支援している。	契約時に終末期の指針について説明し同意を得ておられます。重度化が進行した場合には、医師、ホーム、家族で話し合いを持ち、本人、家族の希望を聞きながら今後の方針が決定され、その後の支援が行なわれています。支援内容については職員にも説明し共有されます。職員への看取り研修も準備中です。	
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	事故・急変時の対応について定期的に勉強会で学んでいる。実践力はそれまでの経験と、個々の能力で差があると思われる。		
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	会議や避難訓練にて、避難の方法を身につけられるように努めている。地域との協力体制は築けていないが、運営推進会議にて避難場所やハザードマップの情報提供をしていただいている。	年2回避難訓練が行なわれています。ホーム自体が2階にあるので、水害については対応できています。想定以上の水害の場合には、運営推進会議で地域の際以外避難場所について情報提供して頂いています。備蓄の用意もあります。	事業継続計画(BCP)の作成も義務化されました。自然災害編・新型コロナ対応感染症編の作成を望みます。

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	限度を踏まえて、家族的な関りができるように努めているが、対応や言葉遣いが時々雑になっている。	接遇研修も行われており、声掛けや言葉遣いを中心に気を付けておられます。記録物の置き場所や職員同士で利用者の話をされる時は特に配慮されています。排泄、入浴介助はマニュアルに沿って行われています。希望される場合は同性介助の対応もされています。	
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	自己決定の支援が行えるよう、希望を聞いたり気持ちを汲み取ったりしているが、職員の都合で決定してしまうこと見ある。		
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	自己決定の支援が行えるよう、希望を聞いたり気持ちを汲み取ったりしているが、職員の都合で決定してしまうこと見ある。		
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	可能な限り、入浴時の衣類の準備は利用者本人、もしくは職員と一緒に選び、気候に合った衣類の提案をしている。 髪のカットは気分転換をかねて、近くの美容院を利用している。		
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	献立は職員が立てるが、利用者好きな食べ物、食べたいものを話をしてメニューに取り入れている。基本的に米とぎや食材のカット、食器洗いなどは普段からしていただいている。時には利用者に調理を任せ、作っていただくこともある。	3食ホーム職員による手作りで行われています。献立も利用者の方と一緒に話し合い考えておられます。準備、片付け等、利用者それぞれがお手伝い可能なことを職員と一緒に行われています。行事食や誕生日のリクエストメニューも大切にされています。	
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	嫌いなものが多く、食事の摂取量が少ない方には本人の好まれる別メニューを準備する。 水分に関しても同じ。		
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	毎食後の口腔ケアは個々に合った形で支援している。また、歯科医とも連携が図れており、相談や受診、往診がスムーズに行えている。	毎食後、口腔ケアの声掛けを行い、利用者に向けた支援が行われています。義歯の方は夕食後洗浄液に入れ、清潔保持を心掛けておられます。協力歯科医による往診も行われており、相談も受け頂けます。	

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	おむつの使用量、トイレでの排泄ができるよう、利用者の排泄パターンを把握し、トイレ案内を行っている。	排泄チェックを行い、それぞれに合った声掛け、誘導、介助が行われています。リハビリ等使用量を最低限となるよう細目な真が行なわれています。最期までトイレで排泄して頂く事を基本として考えられています。	
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	利用者個人の排便の有無を把握できるよう努めている。医師とも相談し、便秘の原因を理解し、必要な場合は下剤の使用をしている。		
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	以前は入浴時間を午後にしていましたが、今は午前中も入浴時間をとっており、本人の希望の時間に近いタイミングで支援している。曜日や回数は決めておらず、基本的には毎日誰もが入浴できるように設定している。ただ、職員の人数の関係で入浴出来ないことがある。	1階にお風呂は温泉になっており、多い方は週に3・4回入られる方もあります。2階にも浴室があり、午前中使われます。利用者の希望に沿うよう心掛けておられます。入浴拒否のある方もありますが、週に一度は入って頂けるように工夫しておられます。	
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	出来ている		
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	使用の薬の変更があった場合は、必ず変更理由と薬の内容を申し送りし記録で職員が周知できるようにしている。変更後の変化も記録に残し、医師へも報告をしている。また、飲み忘れ、誤薬がないように都度ダブルチェックをしている。	服薬についての情報は、職員間で共有しておられます。薬の変更、用量の変化がある場合に薬職員に申し送られ、利用者の状態変化等がある場合には記録し、医師に報告し対応を確認されます。誤飲、飲む忘れ登らないよう、きちんとダブルチェックしておられます。	
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	入居時の情報提供だけに頼らず、入居後も本人の嗜好品や楽しみ、できること(能力)を探し、生活に張り合いや喜びを提供できるよう支援に努めている。		
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	コロナ禍もあり、外出は散歩、ドライブ程度になっている。家族もコロナを気にされ、一緒に外出や一時帰宅をされることがなくなった。ただ、利用者の希望はあるのでコロナが収まれば、希望に添えるよう支援していきたい。	コロナ禍と言う事もあり、以前のように気軽に外出は行きませんが、気を付けながらドライブや散歩とうが行なわれています。ホーム付近にはコンビニや足湯等もあり、近くに散歩コースもあり楽しまれています。コロナ終息後には、以前のように家族との外出、外食も企画される予定です。	

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
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、利用者個人にはお金の所持は遠慮していただいているが、必要な場合は所持し使えるように支援できている。		
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	希望や気持ちを汲み取り、電話や手紙のやり取りができるように支援している。字を書くのが苦手な利用者の場合は職員が代筆している。		
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	穏やかにゆったりと過ごしていただけるよう、配慮できている。リビングの壁には季節を感じられる壁飾りをしている。飾りは、利用者と職員と一緒に準備している。	お雛様を飾ったり、利用者と職員が一緒に作成した季節の壁飾り等、季節ごとに飾り付けは変え、季節を感じて頂かれています。廊下にはソファを置かれ、思い思いの場所でくつろいでおられます。温度管理も行ない、換気にも気を付けておられます。	
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	利用者同士の相性を考え、場所を決めている。 希望等あれば一人で過ごす空間を用意している。		
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	入居時に、利用者の使い慣れた物や好きなものを持ち込んでいただくよう提案し、家族もそうして下さっている。最近では、携帯電話の持ち込みも可能にした。	写真や仏壇等、それぞれが馴染みのある物、使い慣れた物等、思い思いの物を持って来て頂き、本人が落ち着いて、心地よく過ごしていただけるよう心がけておられます。利用者に合わせてベッドの向きの変更も行われています。	
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	居室の入り口には表札と顔写真を掲示している。ほとんどの利用者が自室の場所を理解できている。		