

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1290900628		
法人名	株式会社楽家		
事業所名	小規模多機能・グループホーム楽家習志野		
所在地	千葉県習志野市東習志野5-5-5		
自己評価作成日	令和4年12月5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	http://gh-hikousen.net/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	令和5年4月5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)】

・ご入居者がその人らしく、また、楽しく安らいだ暮らしができるように入所以前の生活様式を尊重した環境と声かけの配慮を行っています。また、残存機能を活かした援助を行っており、さらに以前の生活に近づいて頂けるよう支援をしております。・併設している小規模多機能と連携し、馴染みのある地域での在宅生活を継続しながら、自宅での生活が困難になってきた場合はグループホームの活用が出来るなど地域の拠点となっている。・手作りのお食事は、ご入居者様から味付けがおいしい、とご好評いただいております。

【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)】

当施設は、京成本線実籾駅より八千代台方面へ徒歩13分、住宅街の一角に立地し、1階は小規模多機能施設、2階はグループホームが営まれている。行事運営も、1階と2階、連携し防災訓練、ボランティア受入れ、職員研修など効率的に運営している。サービス面では、理念に掲げた「家庭的な雰囲気」を大切に、手作り料理や外出支援等利用者本位のサービスを提供している。医療面でも、提携医療機関との連携により24時間オンコールの体制と内科医による月2回の訪問診療、週1回の歯科医訪問、非常勤看護師体制が構築されており、利用者・家族からも安心感があると評価を受けている。感染症対策も、マスク・消毒液を職員の自宅用にも配布するなど徹底してきた。また、タブレット端末の導入など、IT化を段階的に進めている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、安心して暮らさせている (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	理念に「家庭的な雰囲気」「尊厳を守り、自己決定を尊重」「地域コミュニティーの中で、その人らしい生活」を実現するための援助を掲げている。管理者・職員は毎日のミーティング時に情報を確認し、共有してサービスに実践している。	地域密着の意義を踏まえたグループホームの理念3箇条を玄関、事務所等目につくところに掲示し、月1回のユニット会議や毎日のミーティング時に管理者・職員は情報共有し、「家庭的な雰囲気」を大切に「その人らしい生活」を実践している。	
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	習志野第6中学校との交流、自治体の路上清掃活動の実施や、お祭りなどの行事の参加、お誘いなど。また近くの交番や消防などとも連携を図っている。	地域行事(清掃等)には積極的に参加し、地元中学校との連携による体験学習の生徒受入れ等を通して交流を深めている。また、近隣の交番や消防署との連携を深め、徘徊者がした場合にも備えて地域住民の方にもお声掛けし利用者が地域とつながりながら暮らしているよう日常交流を深めている。	
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	地域の方にグループホームに訪問・見学して頂き、理解していただくように努めている。昨年12月に職員3名がキャラバンメイトに加入。今年度は小学校や事業所に向けた認知症を知ってもらうための活動を行う予定。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は2か月に1回、民生委員、東習志野包括センター長、家族代表、入居者代表、管理者、ケアマネジャーで開催している。議題は状況報告・行事報告・活動報告・職員年間研修予定・意見交換等で話しやすい雰囲気になっている。	運営推進会議は地域代表者を含め、2ヶ月に1回開催していたが、コロナ禍のため施設内で行い、会議内容の議事録を、地域包括支援センター長、家族代表等へ、状況報告として郵送し、後日意見やアドバイスをいただき事業所のサービス向上に活かしている。	
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	当施設では生活保護者の受け入れも行っており、入居相談などを含む連絡を受ける事は多いため関係の構築は出来ている。また介護保険法関連についても直接市役所に出向き、相談している。運営推進会議や地域包括研修などに参加、情報を収集し運営に役立てている。	生活保護者の受入など、入居相談を含め市職員との連携を深めている。また、介護保険法関連や個別の住所変更等についても、できるだけ直接市役所へ出向いて相談する機会を通して連携強化を深めるよう取り組んでいる。家族の生活支援にもきめ細かく対応しており、成年後見人相談や、介護保険課や高齢者支援課など市役所への手続き支援も実施した。	
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	身体拘束排除の方針を掲げ、マニュアルを作成し、3か月に1度研修を行っている。また、毎日のミーティングやカンファレンス等で職員に周知し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束についての指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月毎に開催し、身体拘束ゼロを実現するために全職員積極的に取り組んでいる。玄関に掲示している理念「尊厳を守り、自己決定を尊重」とあるように、声かけや言葉遣いに注意し虐待につながるような傾向がないかなど特に注意を払っている。	
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	職員の研修参加を促し態度、言葉づかい等においても注意を払い、職員会議の時間や連絡ノートを用いて、虐待に繋がらないように配慮している。身体拘束の研修に併せ、虐待防止についての理解も深めるよう取り組み、身体拘束の条件などを把握している。		

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
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	権利擁護の考え方について実例を挙げて、事業所内で研修を行っています。現在、成年後見制度の対象者が入居されており、必要な方には説明を行っている。		
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	契約時に利用者・家族の方からの契約書や重要事項説明書への質問、疑問について理解されるように説明をしている。また、入居前には必ず見学にてホームの雰囲気をご覧になり決定して頂くようにしている。		
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	職員は家族の訪問時に直接意見を聞いたり、遠方の方へはお電話での意見を伺う。また、直接職員に伝えるに配慮し、ご意見箱を玄関に用意し、可能な限り対応している。	利用者については日ごろ適宜、家族からは訪問時や電話連絡時、意見要望を聞き運営に反映させている。家族アンケートでも「よく話を聞いてくれ、柔軟に対応してくれる」と好評である。また、「入居者〇〇様のご様子」として、毎月のユニット会議、カンファレンスの様子や入浴カレンダー、医療受診結果等を家族に郵送している。	
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	管理者は職員から毎朝のミーティングや職員会議で意見を聞き運営に反映している。また、必要であれば個人面接を適宜行い、反映している。流行病が蔓延した際には職員のマスクや消毒液を個人宅でも使えるよう配布した。	管理者の積極的な働きかけと話しやすい雰囲気作りから、毎月のユニット会議やカンファレンス時に出た意見要望を、運営に反映させている。全般的に入居者の安全対策に関することが多く、階段や建物の経年変化に対応した。個人面接も適宜行っており、マスク・消毒液を職場ばかりでなく自宅でも使用できるように配布している。	
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	必要に応じ職員との面接を行い個々の意見や思いを反映している。また、人事評価シートをポジション毎に設けて目標設定を共に行っている。研修にも参加できるように配慮し、働きやすい環境になるよう努めている。		
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	外部研修・内部研修に参加を促し、研修参加時には研修レポートによる伝達講習を行い必要に応じその場で指導を行い介護者における勉強会を行っている。		
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	東習志野包括主催の研修や、習志野市内の医療関係者主催の連携会議に参加し交流を図り、サービス向上に努めている。		

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
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	利用前にご自宅へ伺い、ご本人の希望や施設の説明、不安などをお聞きする。また、ご高齢者、ならびに中等度以上の認知症の方への話す姿勢や手法などの研修を行い、ご本人の生活歴や性格等を把握し、その人に合う話し方、接し方に心がけ、会話や表情からご本人が安心できる声掛けや対応に努めている。		
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	面会等で来られた時には、こちらから必ず声をかけさせて頂き、ご利用者の説明や状態の変化をお話し、要望等を気軽に聞けるよう心掛けている。また、著しい身体能力の低下など、状況に応じて、施設からも適宜ご連絡をしている。		
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	ご本人からの情報やご家族からお話を伺い、必要であれば居宅支援事業所から情報を基にどのように支援をすればよいか、何が必要かを話し合いながら対応するよう努めている。		
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	その方の立場に立ち一方的にならないよう、出来る方には掃除や食器洗い、洗濯物等を生活感が持てるよう職員と一緒にしながら、関係づくりを構築している。		
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	適宜、ご家族様と連絡をし、身体状況の変化の報告やそれに合わせた必要物品などの環境支援などを整え、その方の現在に合わせた対応を共有している。		
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	ご家族や本人関係者等がいつでも自由に訪問できるように受け入れ時間、雰囲気作りや、施設の電話の使用や持参した携帯電話を使用し自由にお話しして頂いている。また、一か月に一度ご家族様には写真付きで近況を報告している。	家族アンケートで、「気兼ねなく訪問しやすい雰囲気です。」と大多数の方が答えており、職員の柔軟な対応を評価している。コロナ禍での利用者及び家族との関係性の維持に関する工夫や努力の結果とみられる。月に一度写真付きで家族に近況報告を行っている。また、面談機会の新しい方法として試験導入したタブレット端末等を利用し、月3回、15分程度のオンライン面談を実施している。	
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	レクリエーションや共同作業を通じて、関係性の構築をしていただきます。また、職員はコミュニケーションが出来るように座席配慮や雰囲気づくり、必要であれば間に入る。		

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
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	契約の終了後も必ず1度は、電話をかけるようにしている。また、入院された時はお見舞いに伺います。また、他施設等へ移られた場合でも面会に伺う。必要に応じてご本人・ご家族をフォローし、相談や支援に努めている。		
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	(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	入居前に、ご本人やご家族から聞き取り、思いや暮らし方の希望、意向の把握しプランを立案します。入居後も普段の会話での情報やレクリエーションなどでうかがい知れる表情などから本人の思いに沿ったケアに努めている。また、日常の支援に活かすよう毎朝のミーティングや職員会議時に確認しています。	入居時のアセスメントから情報収集することが多いが、日常の会話や態度からも思いや意向を把握している。また、職員と利用者の日常の関わりの中で、利用者の食べたいおかずやおやつを訪ねたり、手伝いたい家事について聞いて、スタッフ間で情報共有し支援に当たっている。	
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	ご本人やご家族からの情報で生活歴や暮らし方を把握し、また、困難な場合にはご本人に話しかけ回想法を行い把握に努めています。		
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	日常の暮らし方や表情、身体的変化を見ながら何ができて何が困難になったのかをレクリエーションや日常生活にて見極めながら現状の把握に努めています。		
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	介護計画は介護支援専門員または、介護計画作成担当者が3か月に1回のカンファレンスを行い職員と相談し、本人の意向を基に、ご家族の意向も取り入れ担当医からの診療情報提供書の情報を織り込みながら作成しています。	3ヶ月に1回ユニット会議の中でカンファレンスを行っているが、特に変化がない場合は、半年に1回モニタリング情報を活用して、スタッフヒアリング及びケア会議で検討して介護計画の見直しを図っている。見直し前には、家族の意向を確認し、見直し後は新しい介護計画を詳しく説明して承諾を得ている。	
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	日常の様子や身体変化等、ご本人の様子を毎日個別に記録し把握に努めています。連絡ノートの利用や朝のミーティング時に職員間で共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしています。		
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	生活保護者の受け入れや身寄りのいない方の受け入れを行っています。必要に応じて、受診の付き添いや、送迎なども実施しております。		

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
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	地域にあるカルチャースクールと交流の機会を設けている。中でもピアノ講師やフラダンス講師、日本舞踊の先生をボランティアに招致している。また、近隣の中学校生徒とも交流機会があり、ご利用者にとって大きな支援となっている。		
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	在宅往診医(主治医)月2回の訪問往診により日頃の体調管理に留意しています。初回往診時にはご家族も立ち会って説明を聞いて頂き情報を共有していただくこともある。身体的変化があれば24時間随時対応でき、指示を仰ぐことができます。	契約医療機関のクリニックの訪問診療が1ヶ月に2回あり、本社職員である看護師が週1回訪問し、身体的変化や対応等の相談や指示を受けることができる。また、看護師とは、オンコール体制が取れており、医療連携体制が出来ている。	
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	看護師と24時間連絡が可能、医療連携体制を確保している。週1回の訪問により身体的変化や対応等の相談や指示を受けることができる。		
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、在宅往診医(主治医)による紹介状や診療情報提供書等による情報提供を行っており、また、退院支援においては、ソーシャルワーカーとの連携を行いできるだけ早期に退院できるように調整を行っています。また、主治医との連携も行っています。		
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	契約時・入所時にご本人、ご家族と終末期について話し合い、終末期意向確認書を交わしています。また、体調の変化に伴い再度意向を確認し希望があれば主治医、看護師と連携を図りながら看取りも受ける体制ができています。緊急時の対応マニュアルを職員が何時でも見れるように設置している。	入居時に重要事項説明書と一緒に看取りに関するホームの指針について説明している。ホームでの見取りを希望した場合は、見取り時期になると医師の説明があり、再度看取りの意向確認を行う。昨年度は2件の看取りがあったが令和4年度は無かった。	
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	急変や事故発生時に備えて緊急対応マニュアルに基づきすべての職員が実践できるよう教育をしています。また、ヒヤリハット検討会を開き事故の推移を調査し二次予防に努めています。		
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	年2回消防避難訓練(消火・避難・通報)を実施しており、スプリンクラー、消火器、非常口、緊急通報装置が設備されています。また近くに了解を得て避難所も確保しています。1週間分の食糧を備蓄している。インフルエンザやその他の流行病などに備えマスクや消毒なども1か月程備蓄、随時点検交換している。	年2回(日中・夜間想定)避難訓練を実施している。6月に夜間対応の避難訓練を行い、11月に消防署立会いで災害訓練を行った。近隣の住民の方々も参加して、水消火器を使用した訓練を行い、消防署からアドバイスをもらっている。	

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	個々の人格を尊重し、あまり堅苦しくならないように家庭的な雰囲気大切にしている。時には、家族の認める範囲、かつプライバシーの確保がなされている場合に限り名前と呼んだりすることもある。また、内部研修を行い、誇りやプライバシーを損ねない、不快とならない声掛けをし、虐待・拘束の理解と丁寧な言葉遣いに努めている。	職員は毎月施設内の研修でプライバシーの確保や尊厳を守るケア、虐待防止などを学んでいる。職員同士で声掛けの方法などを話し合っておりより良いケアに努めている。また、管理者は、日々職員に声掛けやケアの指導を行っており、利用者に対して丁寧な言葉遣いに努めている。
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	まずは今までの生活歴を把握し趣味嗜好の把握、日常会話の中から思いや希望を聞くよう心掛け、散歩や体操、レクリエーション等も強制することなく意思を確認できるような声掛けを行う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	起床から就寝まで日常生活において、ご本人のその日の状態やペースに合わせて生活して頂き、支援を行っています。	
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	ご本人に必ず選択をして頂き、好きな色・形の洋服をきておられます。困難な方は、はいいいえで答えられる質問、生活歴の考慮、職員によりその方が引き立つような工夫をしています。また衣類による体温調節も心掛けています。	
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	買い物は職員で行うが、出来る限り利用者様と職員と一緒に味噌汁作りや下膳、食器拭きなど手伝って頂く。また、食事中はテレビを消しBGMを流したり雰囲気作りにも配慮する。時折、ドライブを兼ねた外食も行っている。	食材は外部より半調理のものを導入し、ホーム内で料理して食事を提供している。朝食だけは食材を購入し、味噌汁と共に暖かい手作り料理を提供している。また、行事のたびに行事食を提供して講評を得ている。食事の準備や後片付けは、利用者も参加して行っている。
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	1日1600kcalを目安に献立が考えられています。食事は身体や口腔の状態に合わせ、ご飯、おかゆ、キザミ、一口大に切る等の工夫をしています。水分不足にならないよう水分チェックも行っています。また、食が細い方には主治医に相談し、栄養補助食の補給を行っています。	
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に、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	食事後には口腔ケアを行います。残菌のある方はケアに注意し清潔にしています。また口腔内の炎症や義歯の調整等において訪問歯科に来てもらい医師の指示を仰いでいます。また、歯科衛生士のかたによるケア指導も受けております。	

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	排泄チェック表から時間を見て定時や随時、一人一人に合った排泄支援を行っている。本人様やご家族様と相談し、立位が不安定な方も職員二人介助での排泄を行うなど、トイレでの排泄に心掛けている。	ホームではトイレでの排泄を基本とし、排泄チェック表を活用して排泄リズムに合わせた声掛け誘導を行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。また、便秘にならない様に水分摂取管理を行い、利用者の好みに合わせてヨーグルトなどの機能食品を取り入れたり、腹圧が懸かる運動を取り入れている。	
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	排泄表に毎日記録を行い排便の確認をしています。水分や運動(腹圧のかけかた)により便秘予防をしています。便秘が続く場合には医師の指示により薬の内服を行うようにしています。		
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、個々にそった支援をしている	自己決定ができる方以外は職員の判断で決めている。入浴は、週2回で午前中に入浴し。午後には定期往診等や、レク、体操、散歩、買い物等を行うため、午前中に一人ずつ個浴に対応しているがまた、お体の状況に合わせ洗身・洗髪も自立支援を促すように心がけている。また、希望があれば好きなBGMを流します。	入浴は週2回午前中に行い、自己決定できる方には希望に沿う時間帯に入浴できるように心掛けている。また、好きな方には入浴中にBGMを流し、くつろいでもらっている。入浴の声掛けをして拒否した場合は、時間帯や職員を替えたり翌日にしてもらっている。体調が悪く入浴が出来ない場合は、全身清拭したりして清潔を保つように心掛けている。	
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	その日の状況や変化に応じ、起床や就寝時間を見極めた対応をする。夜間、居室の電気も、その方の希望に合わせて対応しているの安心して休んで頂けるように努める。		
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	薬は、鍵の掛かる事務所で管理し服用前に個別のケースに配役し提供しています。個々の薬の用法・効果・注意書きがすぐわかるようにしています。薬の処方変更時には医師より説明を受け、服薬の前には日付、名前の確認等を行い安全に服用出来るように心掛け、症状の変化の観察を行っています。		
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	入居者様の生活歴やご家族様の情報をもとに、その日の体調に合わせて役割(掃除・洗濯干し等)、趣味(塗り絵・切り絵・花の水やり)を生かし生活できるように支援しています。		
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	外出が困難な時期を除いて、希望があれば外出は可能であり、散歩やドライブなども付き添い支援をする。概ね週に2回ほどは必ず散歩に出かけている。金銭を自身で管理ができる方であれば、お小遣いを持って嗜好品の購入も行っている。それ以外では自治会のイベントなど地域行事も参加する。	コロナ禍で外出頻度は減少しているが、外気に触れてもらう意味からも、週2回以上は散歩に出かけるように心掛けている。散歩に行き公園のベンチで雑談したり、近くのスーパーやコンビニへ嗜好品を買いに出かける方もいる。正月には、近くの神社へ初詣に行き甘酒を飲んだり、ドライブに行き降りて散歩をしながら桜並木を見に行ったりしている。	

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
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	現在、金銭管理が難しい事が多く、施設側が現金を立替、後ほど請求をしている。		
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している	電話はご家族と相談の上、いつでも使えるよう配慮しています。携帯電話使用も可能にしています。手紙や葉書を書かれたときは職員が預かり投函しています。		
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	リビング、食堂、台所が一つの部屋となっており、テレビは壁掛けになっています。料理の匂いが楽しめます。空調管理も行い適温になるようにしています。ホーム内の環境美化に努め、清掃は一日二回、トイレも臭いのないように十分心掛け不快な空間にならないように努める。また、リビングには時期に合わせて、入居者様と作成した壁面創作を飾っている。	利用者と一緒になって季節に合った飾り物を作ったり、ぬり絵や貼り絵、写真等を壁に貼ることで四季を味わってもらっている。快適な居住空間を維持するために、加湿器や空気清浄機等を設置し、温度・湿度の管理を行い換気にも注意を払っている。リビング、食堂、台所が一つの部屋になっているため、特にトイレ等の臭いには充分心掛けています。今年から始めた1階の共用スペースで麻雀を楽しむ利用者もいる。	
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	共用空間では、リビングのソファに座り、くつろぐ方、それぞれの方の居場所があり、個別に対応しています。職員・入居者とのコミュニケーションを設けています。		
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	利用者は自分のなじみの物(タンス、写真、人形、本など)を部屋に自分の家のように居心地よく過ごしていただくようにしている。	利用者は今まで自分の使い慣れた家具やテレビ、枕、毛布、ソファなど馴染みの物を持参して、在宅での自宅に近い環境整備をしている。使い慣れたものに接することで、安心感が湧き落ち着くようである。独居の方については、職員が引っ越しを手伝っている。居室のレイアウトは家族と相談して、本人が自由に過し易いように支援している。	
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」「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	廊下や出入口には極力、障害物を置かないよう安全に心掛け、洗面道具や湯飲み等のすべてに名前を貼り、手に届くところに置くようにし、自分の所持品と分かるようにいつも同じ場所に置くようにしております。		