

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 A棟)

事業所番号	0692600042		
法人名	社会福祉法人緑愛会		
事業所名	グループホーム新緑の丘		
所在地	山形県東置賜郡川西町大字下奥田字穴澤平3796-65		
自己評価作成日	令和 5年 1月 10日	開設年月日	平成 24 年 2 月 1 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)】

- ①法人内外との研修が充実しており職員の教育の場がありスキルアップに繋げることが出来る。
- ②隣接には老健施設・病院がありお客様の体調管理などサポートでき、医療連携室との連携を図り最期までグループで過ごす事が出来るようなシステムがある。
- ③コロナウイルス感染症等が発生した場合川西湖山病院が隣接しておる為医療的ケアの支援がある。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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/>

【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 エール・フォーユー		
所在地	山形県山形市小白川町二丁目3番31号		
訪問調査日	令和 5年 2月 7日	評価結果決定日	令和 5年 2月 28日

【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)】

法人グループの共通理念と「新緑の丘理念」の下、こやまケア行動指針を毎月の活動目標に掲げ、利用者一人ひとりに寄り添い穏やかに生活できるよう支援しています。利用者が今できる事を大事にして過剰な介護は行わず取り組んだ結果、出来なかったことが出来るようになり生き活きとした笑顔が見られています。職員は、こやまカレッジ人材育成の様々な研修に参加し、成果を全体会議で発表してケアの質向上を図っています。隣接する同法人の病院・老人保健施設と密に連携して医療・介護を充実させています。かがやきの丘協会(老人保健施設・病院・地域住民の協働会)と花いっぱい運動や災害時の協力体制を築き交流を継続し、地域住民に親しまれ、家族に受けてもらいたいと思えるようなケアに努めている事業所です。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~54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	
55	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	62	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
56	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:18,37)	○	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	63	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
57	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64	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
58	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:35,36)	○	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	職員は、活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
59	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:48)	○	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
60	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:29,30)	○	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
61	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、安心して暮らしている	○	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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
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踏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	法人共通の理念に加え、新緑の丘としての理念を掲げ、事業方針を年度初めに立て取り組んでいます。理念は玄関に掲示誰でも見れるようにしています。	理念を念頭に、住み慣れた地域でその人らしさを継続し、本人の意向に沿ってアイデアを出し合い笑顔で過ごせるよう支援している。玄関に理念を掲げ、日々の申し送りでも確認し、毎年事業方針や施設目標を立ててケアの向上に取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	感染対策で地域ボランティアの受け入れや、認知症カフェの開催は停止中です。今後活かせるようカフェの情報交換会に参加する等しています。自治会長等電話や書面でのやり取りで関係性は継続出来ています。	隣接する老人保健施設、病院、地区会長等の有志で構成された「かがやきの丘協力会」には花いっぱい運動や災害時の協力依頼もしている。地区会長が運営推進会議メンバーになっており、広報紙を地域に配布してもらい事業所の理解に繋げている。	
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	居宅のケアマネージャーへは認知症ケアに特化した施設であることを伝えた上で相談、申し込みに繋がるような流れができています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議は2ヶ月に1回、年6回開催しています。今年度は感染症対策のため活動報告等は書面で行いご意見を頂き書面で回答させて頂いています。	コロナ禍のため定期的に書面で開催し意見の集約方法を町と相談して、各委員から項目ごとに意見等をもらい、結果は運営に活かし家族等や職員間でも共有している。職員研修や感染症、身体拘束適正化などを議題にしている。	
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	電話やメールで情報交換を行い意見を頂き運営に活かしています。感染症に関しても最新情報のやり取りは密に行っています。	運営推進会議時や介護認定申請等の機会に利用者の暮らしぶりや運営について、情報交換している。コロナ感染症対策や予防接種についても担当者と相談して対応している。今年度の水害では町から避難者受け入れや備品等の問い合わせがあり情報提供し、良好な協力関係を築いている。	

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
6	(5)	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる</p>	<p>身体拘束は行っておりません。年2回勉強会を開催し、身体拘束の適正化についても委員会で話し合いを行います。居室内での行動が把握できず転倒や転落の可能性があるご利用者様に関しては毎月ユニット毎評価を行い感知センサーを使用しています。</p>	<p>職員は身体拘束に関する勉強会や接遇・マナーの研修を行い、声かけやトーンを工夫して認識を共有しケアに活かしている。歩行状態を確認し見守りを強化して抑圧感の無い暮らしを実践している。利用者の状態に合わせて感知センサーを設置し安全に暮らせるよう支援している。</p>	
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止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</p>	<p>年2回高齢者虐待防止について、認知症についても定期的に勉強会を開催しています。個人実践評価表でケアの振り返りも行っていきます。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>年1回権利擁護の勉強会を開催し基本知識を学びます。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約の際、契約書の読み合わせをご家族様と行い、不安や疑問点についての確認と説明を行います。</p>		
10	(6)	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並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</p>	<p>苦情窓口について契約時に説明を行い、玄関ホールに苦情窓口の掲示し意見箱も設置しております。年1回お客様アンケートも実施し意見要望等については内容を検討し返答しています。</p>	<p>来訪時には世間話など気兼ねなく話せるような雰囲気づくりをして意見を聞いている。居室担当者が、家族等に電話や郵便・メールで利用者の様子を知らせている。毎年利用者・家族等にアンケートを行い、だされた意見・要望は職員間で共有し運営に活かしている。</p>	
11		<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>全体会議、ユニット会議、各委員会を毎月開催しています。委員や居室担当等一人一人が役割を持ち、意見や提案をすることで運営に活かされています。</p>		

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
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	年度初めに個人目標を立て、進捗確認を行いながら目標達成に向け取り組んでいます。また、年1回の人事考課による実績評価を行っています。		
13	(7)	○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	湖山医療福祉グループの研修、法人内の研修へ参加をしています。階級別のため力量に合わせた参加が可能です。施設内では緊急時の備えとして毎月部分訓練も実施しています。	法人内・外研修に力量に合わせ人選し参加しており、新人研修やフォローアップも充実している。研修で学んだことや感じたことを全体会議のなかで発表し、レベルアップに繋がっている。緊急時対応訓練は事業所会議のなかで初動体制の実技を繰り返し訓練している。	
14	(8)	○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つくり、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	法人内外の研修を通じて交流の機会を設け目標や悩みを共有しサービスの質の向上に努めています。	病院のリハビリセンター研修では認知症の介護について情報交換したり、県さくらんぼカフェ研修に参加し、他事業所と交流している。法人内ではオンラインでグループワーク研修を実施し、意欲向上に繋がっている。	
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	実態調査でご本人とご家族の要望や不安なことを聞き取り、安心できるサービスに繋がります。		
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	相談、申し込みの段階でご家族様より不安や要望の聞き取りを行い、ユニット職員へ情報共有し介護計画書時に反映します。		
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	入居前の聞き取りの際に確認を行いご利用者様、ご家族様や担当ケアマに確認を取ります。		

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
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	担当職員を中心にその方を知るところから始まり、人生の先輩として対応するよう心掛けています。また、家庭的な雰囲気の中で役割を持ち出来ることを職員と一緒にしています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	定期通院や状態に変化がある時は、電話や面会時に状態報告を行い情報交換を行います。また、毎月広報誌を発送したりブログ等で施設内での様子もお伝えしています。		
20		○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	感染症対策を行いWeb面会を導入しています。外出外泊は行っていませんが、職員対応で対策を行いながら今年度はドライブに出かけるようになりました。		
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	ご利用者様の表情を見逃さないよう心情を察しながら職員が間に入りながらコミュニケーションをとっています。また、馴染みの関係が継続できるよう食席の配慮も行っています。		
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	退居時は他施設や病院との連携を行い、本人、ご家族にはいつでも連絡して頂けるようお伝えしアフターフォローを行っています。		
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	ご本人様、ご家族様の意向を確認してケアプランに反映しています。毎月ユニット会議でご利用者様お一人お一人についても話し合いを行いを行っています。	難聴の方とは筆談や声のトーンを変えて意向を確認し、入浴での会話やハンドクリームをぬる際にスキンシップを図りながら思いを受け止めた結果、会話ができるようになり穏やかになった方もいる。洗濯ものたたみなどの家事手伝いで満足感がみられ、家ではできなかったことが職員の見守りで出来るようになるなど、利用者に寄り添っている。	
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	入居前の実態調査時にご家族様や関係各所より情報を収集したり、センター方式を活用しご本人様やご家族より聞き取りを行っています。		

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
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	毎日の生活の様子を介護記録に残し、バイタルチェック、食事や水分量、排泄の回数等を把握し健康管理に努めています。心配事がある際は個別に対応しています。		
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	担当者会議やケアプランの見直しを行い、状態が変化した際はその都度本人の状態に合ったプランの実施ができるよう作成しています。	利用者の思いを大事に意見を聞き取り記録し共有している。ユニット毎に一人ひとりの状態を詳細に検討し、家族の意向も確認してプランを作成している。退院後や生活の中で変化が見られた時は随時見直し、利用者にとって最適な介護計画となっている。	
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	介護記録の他に毎日のミーティングの内容を申し送り簿に記入したり、インシデント報告書を活用しユニット間の情報共有も行っています。また、ユニット会議では事前に意見書を提出し意見が偏らないようにしています。		
28		○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	地域のケアマネージャーとの連携を行い、自宅に近い環境で、できることが継続できるようケアに繋がっています。		
29	(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、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	入居時に本人やご家族の希望を伺い、継続して診察が受けることができるよう配慮しています。また、受診の際には日常の様子も職員から主治医へ伝えるようにしています。	全利用者の希望で職員受診対応の法人系列協力病院をかかりつけ医とし、受診結果は都度家族に報告し、全職員で共有している。病院併設の訪問看護ステーションの看護師も週2回訪れ、医師との迅速な連携で行き届いた医療支援を行っている。	
30		○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	週2回の訪問看護利用時、状態や些細な変化を伝えていきます。必要時は主治医に報告し支持を仰いだり、24時間対応なので急変時には相談・訪問の協力をしてもらっています。		

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
31		○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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入退院時はサマリー等で情報提供し、ICにも同席しています。また、医療連携体制を整え、相談員の方との情報交換や相談を行いスムーズな誘導が出来るようになっていきます。		/	
32	(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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の際に、重度化した場合における対応に関わる指針の説明を行い、ご本人様、ご家族様の意向に沿った対応を心掛けています。必要時は主治医とご家族様を交えた話し合いを持ち、方向性の確認も行っています。訪問看護や医療連携室との連携も強化しています。		契約時に重度化した場合の対応と、看取りはしないことを説明し理解を得ている。自力で食べられなくなる・浴槽を跨げなくなる・継続的な医療行為が必要になるなどグループホームでの生活が難しくなった場合は、家族と今後の方針を話し合い、法人系列介護施設への紹介も行い、将来の生活に不安なく過ごせるようでき得る限りの支援をしている。	
33		○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	救急救命講習等外部研修への参加の他、施設内でも様々な緊急時の部分訓練を繰り返し行い身につけるようにしています。		/	
34	(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	日中、夜間想定のある防災訓練を実施しています。その他、委員会主催のシュミレーションも行われています。災害時用の避難経路、ハザードマップを掲示し、備蓄品を万が一に備えています。		緊急時対応訓練年間計画に組み込み、想定を変えて避難訓練を実施し反省点や改善策を参加者や防災委員会で話し合い危機管理をしている。地域には災害時の協力をお願いし、緊急連絡網の確認や毎月備蓄品チェックも行い有事に備えている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(14)	○一人ひとりの人格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	接遇、コミュニケーションの取り方について勉強会を行い「こやまケア」を念頭におき対応しています。		普段の様々な会話から拾い上げた言葉や様子を見逃さず記録し共有して、一人ひとりを理解している。在宅時はできなかった家事なども職員の見守りの下できるようになり、活躍の場を得て生活リズムが安定した方もおり、多くの笑顔が見られている。	
36		○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	自己決定できるご利用者様にはご自分で決めて頂くよう声掛けしています。判断が困難な方には、選びやすいように工夫し対応しています。		/	

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
37		○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	希望を聞きながらその日の体調や気分に合わせて、家事作業やレクリエーションを提供するようにしています。		
38		○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	起床時や通院などの外出時は衣服を選んで頂きます。日頃から化粧をされていたご利用者様については継続できるよう支援しています。		
39	(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	料理の下ごしらえや、盛り付け、後片付けをお一人お一人の持っている力に合わせて提供し援助しています。また、誕生日等行事食として嗜好調査を行いリクエストメニューを提供しています。	栄養士資格を持つ管理者のメニューと食材宅配業者を併用して、職員を中心にできることを利用者の手伝ってもらいながらバランスの取れた食事を提供している。広告を見て食べたくなったものやラーメンの出前などの希望も行事食に取り入れ喜ばれている。	
40		○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	栄養士が作成する献立で栄養バランスのとれた食事が提供できています。食事量、水分量も毎日チェックし、カロリー制限のある方、摂取量の少ない方への提供の仕方の工夫を行い持病の悪化や脱水予防にも努めています。また、定期通院時体重測定を行い体重管理もしています。		
41		○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	起床時、毎食後口腔ケアの声掛け見守りを行っています。必要な方には介助を行いお一人お一人に合った口腔ケアを行っています。外部研修に参加した職員より伝達講習が行われ正しい知識を身につけています。		
42	(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	排泄パターンを把握しトイレでの排泄ができるよう支援しています。必要な方には、介助によるトイレ誘導や状態に合わせた声掛けを行っています。	一人ひとりに合わせた声掛けや誘導方法を話し合い、トイレでの排泄を大事にしている。入居前の情報が杖歩行の方も様子を見て手引き歩行で試した結果、速やかにトイレで排泄でき生活の質が向上した方もおり、全利用者が不快感なく暮らせるよう支えている。	
43		○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	毎食のメニューに、野菜・海藻・乳製品・繊維物を取り入れ、毎日体操で適度に体を動かすようにしています。場合に応じて訪問看護や主治医と連携を図るようにしています。		

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	
44	(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、事業所の都合だけで曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴剤を楽しんで頂いたり、ご本人様の希望を取り入れた曜日や時間に入浴して頂いています。週2回は入浴し清潔保持にも努めています。	入浴前はバイタル測定で体調確認し、ヒートショックや転倒防止を図り安全に心掛け、習慣を尊重し皆が浴槽に入り温まってもらっている。浴室内では歌を歌ったり若かりし頃の回想をしたり、話も弾みその方をより深く理解する機会となっている。		
45		○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	日中の適度な運動と休息で夜間の安眠に繋げるようにしています。			
46		○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	お一人お一人の疾患や処方薬の内容をカルテや通院記録簿で把握しています。処方変更の際は状態観察をし記録に残し訪問看護・主治医に報告しています。また、服薬介助は処方薬マニュアルに添って行っています。			
47		○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	テラスのプランター菜園での種まき・水やり・収穫を行ったり、節句行事の実施で役割を持って頂きながらその方に合った楽しみや気分転換の機会を支援しています。誕生日等にはリクエストメニューを提供しています。			
48	(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。また、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	感染症対策で外出を制限しているため、施設の周辺の散歩やドライブ、テラスでの外気浴で気分転換を行っています。	コロナ禍でもできるだけ外気に触れてもらいたいとの職員の思いがあり、利用者の希望に沿って少人数に分かれ自宅や町内めぐりのドライブに出かけ、車窓からの風景を楽しんでいる。日ごろから近隣の散策やテラスでの日光浴・プランターの世話などで開放感を味わっている。		
49		○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	認知症の方がお金を所持することのリスクを説明しご家族様より同意頂いたご利用者様に関しては自己管理して頂いています。自己管理が困難な方に関しては通院や買い物の際の支払いを職員と一緒に等々の支援を行っています。			

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		○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	携帯電話等電話は自由に使用できます。困難な方に関してはライン電話の使用をサポートする等で相手の方に安心して頂きます。感染症対策で面会ができない分手紙や電話でのやり取りが増えていきます。		
51	(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	リビングや玄関に季節の花や観葉植物を飾ったり、掲示物も季節に合わせたものにしていきます。また換気や温度調整、湿度管理を行い感染症予防も行っていきます。また、車椅子やシルバーカーを使用している方が移動しやすいよう家具の配置にも気を配っています。	1日のほとんどを過ごすリビングは、家事のプロを職業にしてきた方の美しい洗濯物たたまをする仕事場になったり、日々の体操やゲーム、年間行事予定のミニ運動会、また職員も一緒に卓球大会で競い合い、笑顔あふれる楽しみの場ともなっている。食席は利用者間の関係に配慮して細やかに気配り目配りし、穏やかに暮らせるよう心掛けている。	
52		○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	部屋は一人部屋なので自由に過ごせます。和室や東側のスペース、テラスも自由に過ごせるようになっています。		
53	(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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居準備の際に、ご本人様愛用品や使い慣れた物をもってきて頂けるようお願いしています。日用品買う際もなるべく本人様同行で出掛け、好きな物を選んで頂くようにしています。	居室には洗面台・クローゼット・ベッドが備え付けてあり、使い慣れた家具などを持ち込んで転倒や転落に気を付けた配置で、自宅と違和感なく過ごせるよう努めている。また居室前には避難時歩行状態がわかりやすいマークを貼り、万が一の場合に速やかに避難できるように備えている。	
54		○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	玄関にスロープを設置し、廊下や浴室・トイレに手すりを設置し安全に生活できるようにしています。		