

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	3290400161		
法人名	社会福祉法人神門福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護グループホームかんの里		
所在地	島根県出雲市神門町13番地5		
自己評価作成日	令和2年3月27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	
----------	--

【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2年3月28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)】

運営理念のキーワードに「尊敬」、「家庭的な雰囲気」、「安心」、「絆」を掲げ、今までの関係性が途絶えないことや地域と一緒に開催する行事を行ったりして、利用者にとっての地域、事業所にとっての地域との関係を大切にしている。また日常生活では普通の生活を継続するために生活行為を大切にして、認知症の方が安心して過ごせる生活作りにとめている。また、家族と施設の関係性も近く、日ごろから相互に相談したり協力し合える関係性である。施設の運営にあたっては、職員の役割があり、行事の運営や担当の係があり、毎月の職員会議では職員同士で話し合いながら業務改善を行っている。

【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)】

グループホームかんの里は地域密着型介護老人福祉施設と小規模多機能型居宅介護事業所が併設されています。地区社会福祉協議会と合同でのB型サロン事業を行われ地域交流の場となっています。地区行事や地域の子ども達、法人の保育園、ボランティアとの交流が継続されています。職員の異動や退職も少なく利用者とは話もよく明るく穏やかな雰囲気でも生活を送られています。また令和2年4月より1ユニットを増設のため新職員はホームで仕事に従事されています。新職員は研修や介助の指導を受け利用者との関係性を築きつつ支援を行われています。
「新型コロナウイルス」発症のため全職員は感染予防の徹底をされています。
管理者、職員は「尊敬」「家庭的な雰囲気」「安心」「絆」の基本理念のもと認知症の方が安心して過ごせる様笑顔で丁寧な対応をされています。

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広がったり深まり、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
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	理念を4つのキーワードで掲げているが、日常で思い起こす機会が少ない。毎年の事業計画に掲げて、運営理念を目指した事業の運営を行っている。実現の難しい利用者個人単位での地域交流についてケアプラン等で話し合っている。	運営理念・「尊厳」「家庭的な雰囲気」「自立支援」「絆」を掲げられており、毎年の事業計画にも掲げられています。認知症が進み地域交流ができにくくなってきた利用者にはカンファレンス等で話し合われケアプランに繋がられています。毎月の目標を作成し評価を行い実践につなげられています。月1回職員会議を開催されケアやカンファレンス等意見交換よりケアプランに繋がられています。	
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	利用者個人の入所前の関係性を大切にしてケアプランを作成している。継続が難しくなっている方もありますが、友人が施設へ来て下さる利用者もある。地域の行事に参加したり、地域の方と一緒に行事をしたり、地域の子どもたち(保育園や幼稚園以外)との交流の機会も設けている。しかし施設近隣との交流はイベント的な関係性である。	利用者と事業所が地域とつながり続けて暮らせるように交流されています。納涼祭に地域の方をお招きしたり、地域のとんどさんに参加されています。近所の子ども達を招待してのクリスマス会も継続されています。利用者のかかりつけ医受診や行きつけの美容院、スーパーで買い物、友人の面会も行われています。法人の保育園と交流も行われています。地区社会福祉協議会と合同でB型サロンも継続されており、グループホームの理解を地域に向けて発信されています。	
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	地区社協とB型サロンを開催した。また近所の子どもたちを招待してクリスマスのお祝いをした。認知症や高齢者の方が特別な存在ではなく、事業所が特別な場所ではなく当たり前の存在として認知されるために。		
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	運営推進会議の開催が計画的にできていない。	運営推進会議は年6回開催が予定されていますが、計画的に行われる事が難しい現状です。会議では、利用者状況、行事、ヒヤリハット、事故報告等行われています。公民館には広報誌を置かせてもらい認知症や介護保険のサービスについて発信されています。	
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	保険者に頻繁に指導を仰ぐことはないが、運営推進会議の出席や集団指導の開催など適宜協力して頂いている。介護相談員は定期的に訪れ、その都度状況の報告をいただいている。また報告書も頂いている。毎月入退去報告をして、待機状況は地域包括支援センターへ情報提供されている。	運営推進会議に参加頂いております。集団指導の際に情報提供を頂かれています。毎月の入退所の報告を行わない待機状況は地域包括支援センターへ情報提供を行われます。各研修の知らせ、インフルエンザ感染症等知らせ連絡もあります。介護相談員が4ヶ月に1回ホームに訪問されています。	
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	身体拘束は行っていないがやむを得ずセンサーマットを導入した事例がある。危険回避のために非常口にはセンサーが設置してあるが、外出を妨げることのない関わりを実践してきている。年2回の研修を行っている。	身体拘束は行われていません。年2回身体拘束をしないケアの研修が行われています。3ヶ月に1回身体拘束をしないケア、人権についての話し合いを行われ職員は理解されています。「スピーチロック」は職員会議で話し合われ、話し方について管理者は都度指導されています。	

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がないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止について年2回の内部研修を行っている。職員会議やケアカンファレンスで接遇やケアの質について意見交換したりして相互に啓発している。		
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	現在はこの関連法や制度を利用する方がない。外部の研修でのこれらの企画は少なく学ぶ機会がほとんどない。管理者は日常生活自立支援事業や成年後見制度について概ねの理解をしている。		
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	重要事項説明書による説明や見学を行ったうえで入所申し込みを受け付けている。また契約書も内容の説明を行ったうえで記入をしていただき契約に至っている。入居後の質問もいつでも受け付けることも申し添えている。		
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	職員は利用者の日常の言葉を聞き、記録に残すことに努めている。これによって利用者の思いや世界を理解することに繋がっている。ケアカンファレンスで本人について意見交換をして、介護計画は家族に説明して同意を得ている。介護計画の説明以外にも面会時に家族に日ごろの事を伝え意見を頂きながら一緒にケア内容を検討している。	家族には面会時に意向、要望を伺われています。利用者の日常会話や言葉を記録し、意向や希望を把握され介護計画に反映されています。遠方の家族には郵送で、毎月の請求書と一緒にかんの里通信にて行事、生活様子の報告、ケアプラン更新時等に電話で意見要望を伺われています。	
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	毎年の事業計画は職員の意見を入れて作成している。毎月の職員会議では管理者や施設長はできるだけ話さないようにしてその他の職員で運営するようにしている。	施設長や管理者は職員会議に出席されるが意見等の発言はあまり行われず職員で運営されています。目標の設定・反省、ケアの検討、連絡事項が話し合われています。職員間でまとめた意見の実施に施設長、管理者は協力をされます。施設長、管理者は定例会や役員会に施設の運営状況を報告され職員の意見は反映されています。	
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	給与規定の改定や法改正にあわせて就業規則の改定を行っている。政府の働き方改革の方針に沿った改定も行った。代表者は施設長・管理者に対し職員の働きやすい職場の第一は人間関係であると指導している。施設長・管理者は職員の個別の相談に応じる時間をとっている。人事評価制度を導入している。		
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	年度ごとの事業計画に施設内研修の年間予定とその担当者が決めているが実施できなかったものが多い。外部研修は経験年数に応じてその機会を提供している。しかしながら研修の機会が提供しにくいのが現状。		
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	出雲市認知症グループホーム連絡協議会の実践発表会への参加や出雲地域介護保険サービス事業者連絡会の交流研修などに出て、他施設の実践状況を知ったり交流する場がある。		

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	新規入居者の情報収集(訪問)の段階から介護職員も関わっている。入居後は職員一人一人が一人一人に対し声を工夫したり、その方の言葉を引き出せるような工夫をして、その情報を共有して、それを生かして利用者が安心して過ごされるよう努めている。ケアプランには本人の言葉が入っている。		
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	入居申込時より介護状況や困りごとを聞いて傾聴の姿勢に務めることで相談者も本人も意見を表明し易いように努めている。入居後の面会では最近の状況を報告して意見を聞き、信頼関係ができるように努めている。		
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	本人がどのように生活したいのか、どのようになりたいのかを把握してそれに向けて、入居から当面をどのようにかわるのかを介護計画に反映している。職員同士が相談しやすい環境なので情報を共有している。まずは入居後の相談に慣れて頂くことを大切にしている。		
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	入居前の暮らし方や生活歴を把握して、その人らしさを介護計画に位置付けるようにしている。掃除や洗濯、洗い物、調理、化粧など本人がこれまでされていたことは継続するようにしている。		
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	入居時の介護計画から本人や家族等の役割を示し、協力をして頂いて。日常の様子を伝え、家族等からの意見も聞いて日々の関わりや介護計画に反映している。		
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	かかりつけ医や行きつけの美容院、スーパーなどとの繋がりを大切にしている。入居前の情報収集の段階から友人や行きつけの場所について把握して、介護計画に位置付けている。身体状況の変化や入居期間が長くなると入居前との関係性が薄れていく傾向にある。	かかりつけ医の受診や行きつけの美容院、スーパーで買い物や家族、友人の面会が継続して行われていきます。入居前の情報収集や友人や行きつけの場所等からの新しい情報をケアプランに繋がれ馴染みの人や場との支援が継続されています。	馴染みの人や場との関係継続があった場合には、利用者の方にお話しを頂き、回想法に繋がられると良いと思います。
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	利用者同士も気が合う合わないがあるので、席の配置や利用者の中に職員が入ったりしてよい関係が保てるようにしている。共同で作業されて楽しい時間を過ごさせている。		
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	施設で看取った方のお墓参りは三回忌まではいくようにしている。入院された方にはお見舞いに行っている。入院中にも退院のことや療養の事について相談を受けている。		

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	普通の会話で利用者本人が思いを話せるように関わり、それを記録して職員同士本人の価値観を共通理解するようにしている。表情や話せなくなる前の本人の思いや性格・行動から本人の思いを推しはかっている。利用者理解への効果は大きかった。	利用者の普通の会話や言葉の記録や24時間シートを活用され思いや意向の把握されています。困難な方には家族から入所前の生活歴や家族の希望、カンファレンスで把握されています。	思い・意向・希望より生きがいが持てる課題の介護計画に繋がれたいと思います。
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	入居前に生活歴や趣味などを聞いて本人の理解に努めているが、入居後も本人との会話の中から更に情報を得てより理解が深まるようにしている。		
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	24Hシートを使って本人の能力や価値観や思いについて把握している。グループホーム生活は概ねの時間が決まっているが、一律の生活や介護を行わないように一人一人のこだわりを把握した支援に努めている。		
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	入居前訪問には介護職員も一緒に訪問して生活の場を見ながら本人の情報収集をしている。入居時には介護計画の説明をするが、本人や家族の役割も位置付けている。また職員一人一人が入居後の情報収集をして本人をさらに理解できるように、記録によって共有するようにしている。	入所前の相談、調査に管理者と職員と一緒に訪問し家族・本人の希望、意向から情報収集が行われています。本人や家族の役割や24時間シート等から介護計画を作成されます。職員は、ケア内容や日々の様子を話し合い共有しながらケアが行なわれています。モニタリングは毎月、3ヶ月に1回評価・見直しが行われています。	
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	体調の変化や介護計画の実施について記録するだけでなく、本人の言葉を記録して本人の世界観を職員が共通理解できるように努めている。これらの実践が本人らしいケアや生活に対する意向に繋がるケアとなっている。		
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	本人の思いを実現したり関係性の継続ができるようにしている。個別の外出や散歩をしている。入居前の関係性が徐々に薄れていくことが課題。		

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	本人にとっての資源とは何か、生活歴や友人関係、家族との関係や行きつけの店や場所などを知り、その関係が継続できるように努めている。本人の訴えが的外れであってもそれに付き合い、言葉を聞き一緒に行動して本人理解をしてきた。		
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	必要があれば施設職員がかかりつけ医への受診に付き添い、生活の様子を代弁したりしている。施設の契約している医療機関に限らず、入居前からの医療機関との関係も希望があれば継続するようにしている。	本人・家族の希望により、入所前のかかりつけ医や協力医をかかりつけ医する事が出来ます。入所前のかかりつけ医の受診は家族が同行されます。独居の方、家族が遠方の方は職員が同行受診が行われます。受診時状態説明が必要な利用者は職員が同行し説明されています。協力医は夜間急変時に対応されます。協力医の往診は月2回行われています。	
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	看護職員がパートタイマーの体制であり介護職員が必要な時にはかかりつけ医や家族への相談を行っている。次年度は新ユニット開設のため看護職員を増員する。		
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。	入院される方が減ったが、入院時には情報提供をしたり、面会をして入院中の情報把握をしたり、退院前カンファレンスに参加してスムーズな退院ができるように努めている。		
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	看取りの方針について入居時に説明をして同意を得ている。入居時は身体的に元気な場合が多いため、その意味合いが十分に理解されていないが、重度化や看取り期には繰り返し説明をして不安の軽減に努めている。医療機関には看護職員だけでなく介護職員も報告相談を行う。	入所時に看取り指針を家族に説明されています。重度化や看取りの時期について丁寧に繰り返し説明をされ不安の軽減に努めておられます。今までの看取りケアの記録や経験のある職員を中心に理解に努めておられます。	グリーフケアの研修や勉強会を行われる事も良いと思います。
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	救急法の研修を行い緊急時に備えている。事故発生時に判断が難しいときは看護職員や管理者へ連絡が取れる体制になっている。		
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	避難訓練を年2回行っている。避難確保計画を作成し、避難場所への移動や避難場所の見学をした。	年2回避難訓練を実施されています。水害避難確保計画を作成され避難場所への移動について確認をされました。備蓄も準備されています。	

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
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	理念にある通り意識しているが、日常の親しい関係性から言葉遣いを課題と考える職員は多い、一方、利用者が親しみを持てることや、分かり易い言葉遣いにも気を付けているところ。入室時のノック、排泄や入浴の個別対応、ドアやカーテンをしめしめることは当たり前のこととして行っている。	接遇研修を行われ言葉使いやプライバシーの確保の対応が行われています。利用者に分かりやすい言葉や対応、排泄時の声掛けや居室入室時のノック、入浴時の個別対応、同性介助の対応も希望により行われています。	
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	本人が気持ちや思いを言えるような言葉がけに努めている。選択肢を示す声掛けや好きなもの、やりたいこと、いきたいことなど簡単に言えることを尋ねようとしている。何かを依頼するときは断られてもそれを受け入れている。		
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	24Hシートを作成してその方の一日のペースを把握するようにしている。しかしその日にしたいことがあればそれを尊重するようにしているが、施設内の生活が主なので利用者にも遠慮があるように感じる。		
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	本人に洋服を選んでいただいたり、紙を整えたり、化粧をしたりして身だしなみやおしゃれをしていただいている。外出するときは特に声掛けやお手伝いしている。		
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	食事作りは利用者で行っている。おやつ作りをするときも利用者で行っている。下膳、食器洗い、テーブル拭き、買い物、食事の受け取りや盛り付けも利用者と一緒にしている。季節の献立も取り入れている。	食事の主菜は併設特養で作られ運ばれてきます。ホームでご飯、御汁、副菜1品が作られます。下膳、食器洗い、テーブル拭き、食事の受け取り、盛り付け等それぞれの利用者ができることを職員と一緒に役割として行ってもらっています。時季により施設の菜園で収穫した野菜を食事に使用されます。おやつ作りも行われ楽しまれています。スーパーへの食材やおやつ等買い物に出かけています。誕生日には希望を伺い外食される方もあります。	
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	食べられる量(水分量)は一人一人に合う量を検討している。水分摂取が少ない方は計測をして摂取量を把握したり、食べやすい形態を検討したりしている。		
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	口腔ケアは毎食後に行っている。自分で行える方は自分でされる。磨き残しのあるかたや義歯洗浄がうまくできない方は支援している。義歯洗浄剤も適宜利用している。		

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
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	排泄パターンの把握、定時誘導の時間設定、内容を定めこれに沿って支援をしている。排泄の有無はチェック表に入力し状況把握ができ、次の検討材料となっている。	トイレで排泄支援をもとにチェック表を活用し、排泄状況を確認し声掛け、誘導、一部介助等、トイレで排泄の支援が行われています。リハビリ、パットはカンファレンスで検討され本人の尿量や時間帯にあわせ種類を変えて自立に向けた支援が行われています。夜間のみオムツ対応の方は時間でオムツ交換や体位変換が行われています。	
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	運動、水分、食事、トイレ誘導によって排便を促し、必要な方には適宜、かかりつけ医処方の方の緩下剤を使用している。排便の量や性状についてもきろくして、排便の苦痛に対処している。		
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	入浴は個別に行い、環境整備によって安全に行われるようにしている。入浴のチェックも行い、定期的な入浴ができたり、本人のこだわりに合わせて入浴(時間帯)ができるようにしている。ゆず湯や菖蒲湯もっており、入浴の楽しみも提供している。介助方法は本人の状態に合わせた内容としている。	入浴は週2回以上、午後入浴が行われています。時間の希望や同性介助やシャワー浴など個々に沿った対応で入浴が行われています。ゆず湯や菖蒲湯も行われ入浴の楽しみとなっています。希望により足湯の対応も行われています。	
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	生活習慣を維持するため消灯・起床時間を定めているが、強制ではない。時間より早く寝る方もあれば、居室で遅くまで起きて過ごす方もある。夕食後の過ごし方はその人によって違う。シーツ交換や季節に合わせた寝具の選択を家族の協力のもと行っている。睡眠障害のある方はかかりつけ医と相談をしたり、夜間に対話の相手をしたり、日中の活動を検討している。		
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	薬局から発行される説明書を利用者個々のファイルに閉じてあり、薬の内容を確認できるようにしている。薬は看護師が準備し、その都度勤務帯ごとの担当者が配薬をする。一人で飲めるかた、封を切ってもらるかた、口に入れてもらうかたなどここに支援内容は違い、確実に飲み込むところまで確認している。		
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	家事やその人にあつた生活上の役割を日常生活に位置付けて、援助のもとで行って頂いている。施設内だけで過ごすことは窮屈なので、個人の買い物にはその方が出かけたり、ドライブやソフトクリームを食べに出かけたりして、外の空気に触れ気分転換ができるようにしている。		
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	普段できないところへ行ったり、その方が望む外出先に出かけたり、自宅や夫の面会に行ったりと日常に外出があるようにしている。食材の買い物、個人の買い物、誕生日の外出など行っている。	施設の近所の散歩、食材の買い物、ドライブ、かかりつけ医の受診等日常的な外出も行われています。行事で花見、紅葉狩り等外出支援が行われています。誕生日の外出は本人、家族、担当職員で出かけられています。「新型コロナウイルス」の対応として2月中頃より外出を控えられています。	

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
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	お金を個人で保管している方もありますが、お金の管理ができなくなった方が多勢。定期的に買い物に行って支払いは自らして頂いたり、希望する買い物があるときだけ出かける方もある。お小遣いは主に施設で管理している。		
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	県外に居られる家族から電話があったり、手紙が届いたりする。直接本人に渡している。本人から電話を掛けたいとか手紙を出したいという希望は少ないが、希望されたいらできるように手伝っている。		
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	窓から見える庭に花を植えたり、壁紙を作って貼ったり、ソファやタンスなどを置き、それらに囲まれた空間としている。和室もあり自由に使っている。一人になれるが、目を向けると誰かがいる安心感を目指している。	観葉植物や廊下の壁に季節の貼り絵や子ども達との七夕飾りやクリスマス会の写真を飾られています。居間にはソファや椅子があり思い思いにくつろぐ事ができます。リビングや居室は職員が時季にあわせエアコンの温度を管理され居心地よく過ごせます。換気は食事後等日に数回行われ特に「新型コロナウイルス」のため換気に注意をされています。	
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	利用者毎の座る場所、活動ごとのメンバー選びなどできる事、仲の良さなどに職員が配慮して誘導している。一人で座れるようにソファも分散し、和室もある。		
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	居室にはなるべく本人が使っていたものや、写真などを飾り自分の居場所が認識できるようにしている。入居前の説明から家族にそのコンセプトを説明して協力をお願いしている。ベッドの配置は本人の過ごしやすさや使いやすさを検討している。	ベッド、床頭台、はホーム備え付けです。使い慣れたテレビ、タンス、テーブル、椅子、家族の写真等持ち込まれています。居室内にトイレがあり本人のペースで排泄ができプライバシーの確保が保たれています。また、ベッドの位置も変更され転倒予防が行われています。	
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	日常生活は職員の見守り、声掛け、付き添いのもとでご本人にして頂けることは役割として頂き、ADLの低下、混乱の防止に努めている。		