

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	4171700125		
法人名	有限会社エムエス		
事業所名	グループホーム私とゆかいな仲間		
所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿甲4715番地5		
自己評価作成日	令和4年10月9日	評価結果市町村受理日	令和5年2月7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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	令和 4年 11月 18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)】

医療機関と併設していることもあり、24時間医療のサポートを受けることができます。夜間帯も急変時には病棟看護師に連絡後、対応をしてもらうことができます。グループホームとしては重度者の方が多いですが、それぞれに合った介護支援を提供するように日頃からの情報共有を密に行うようにしています。介護技術等においては理学療法士や作業療法士、言語聴覚士に相談を行うこともあり、入居者様それぞれに合った介護を提供できるよう心がけています。今年度は入居者様への楽しみや気分転換等を図っていけるよう外出支援等を計画し、実施しています。

【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)】

ホームは住宅と商店の混在街に有り、緑地公園も近接し適度な生活感と閑静さがバランス良く感じることが出来る環境である。また、入居者は、近接する同法人的医療機関との連携で24時間医療でサポートされ、通院者の情報は医療関係者との日常的な接触で保たれている。介護については、近接するグループホーム「紫陽花の路」と緊密な連携を保持し、緊急時は両職員間で協力して対処できる関係が構築されている。入居者は高齢で介護度が高い方が多いが、医療機関が近接しているため、行き来がスムーズにできる。外出支援は入居者が、入所前に暮らしてきた記憶を想起できる場所を選定するよう配慮している。

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、安心して暮らしている (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	目に見えるところに理念を掲げている。日頃、意識している部分が理念の中にあり、入居者様へのより良いケアにつながるよう情報共有を密に行い、実践へとつながるようにしている。	玄関等に職員や訪問者の目に見えるように掲げ、職員のがケアと理念が日常的に繋がるように意識している。しかし、職員の理念の浸透には個人差がみられ、理念を振り返る機会も少ない。	理念と実践の結びつきが明確になるように、実践から理念を振り返り、職員間の意識付けが積極的に図られることを期待したい。
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	コロナ禍でもあり、地域の方を呼んでまでのつながりを持つことはできていない。リハビリ室へ行った際に顔なじみの方がいらっしゃるときは、先方から声をかけていただくこともある。	コロナ禍のため、以前行われていたゴミ拾いや祭り参加などができないため、つながりが薄くなりつつある。	コロナ禍でもあるが、これまで関わった地域関係者との繋がりが途切れなような関わりの工夫に期待したい。
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	コロナ禍でもあり、地域の方までつなげることはできてはいないが、オンライン研修等において意見交換を行い、活かしていけるよう情報収集を行うようにしている。		
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	現在も書面での報告のみとなっているが、ご家族様からの声を書面でいただくこともあり、職員全員で目を通し、要望等があればそれに向けた支援ができないかの検討を行うようにしている。	コロナ禍のため、書面による会議となっている。回答をもらえるよう書面も工夫したり、家族へは入居者の様子が分かるように、誕生日などの写真をつけた書面を送付している。	
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に取り組んでいる	主にケアマネが主となり市町村とのやり取りを行っている。	市担当者との関係もよく、非常時や事業所全体に関わるケアサービス上の課題について、必要に応じて相談を行うようにしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 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、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	病棟との繋がりのある扉を開けると階段がすぐにあるため施錠を行っているが、以前に比べて開錠している時間が多くなっている。個別の身体拘束に関してはそれぞれの実情に合った検討を行い、必要性をしっかりと見極めた上で判断している。すぐに身体拘束の判断を行うのではなく、職員にもしっかりと話を行うようにし、身体拘束を行わないで良いケアについても話すようにしている。	職員が身体拘束等に関する禁止行為について正しく理解できるように、同法人の病院にある委員会に所属し拘束をしない取り組みの検討や研修を受けている。なお、安全上、出入口を施錠しているが、解錠している時間を増やすなど、施錠に頼らないケアの向上に取り組んでいる。	出入口の解錠について試行されている段階であるが、今後も、解錠に向けた取り組みに期待したい。
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	S-QUE研修会やオンライン研修会等で学ぶようにしている。日頃の言葉かけ等にも職員同士で注意を払うようにしており、気づいたときは注意しあうようにしている。		

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	学ぶ機会は少ないが成年後見を利用されている入居者様に関しては、実践を通して職員にも情報提供を行うようにしている。 今後も必要な方がいらっしゃれば関係機関等を交えながら支援できるように進めていくことも必要と思われる。		
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	入居希望の方には事前に説明を行い、契約時にはしっかり理解・納得していただけるように対応を行っている。 改定時等も文書等で提示している。		
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	月1回、日常生活の様子を手紙で報告している。 その他、電話や日用品等を持参いただいた際に話しを行い、ご家族様からの要望等があれば代表に報告し、対応することもある。	月に一回、家族に日常生活の様子と事業所への要望等についての書面を送付している。 家族から要望を受けた場合は、代表者に報告し必要な対応をしている。	
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	必要時には代表へ報告を行い、入居者様の要望や入居者様のケアに対する職員側の要望等も伝え、応えられるよう検討を行っている。	随時、必要に応じて代表や管理者に、入居者の要望及びケアに関する職員の意見や提案を伝え、対応できる体制にある。	
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	必要時には個々人で相談を行うようにしている。その中で意向を確認されながら対応されている。		
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	S-QUE研修やオンライン研修等の情報提供を行い、参加へ向けての声掛けを行っている。 施設内での勉強会を行う時間を作り、認知症ケアに関する勉強会を行った。		
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	集まったの研修会参加は難しいがオンライン研修会等へは参加を促し、同業者との意見交換を行えるようにしている。参加後は参加できなかった職員に情報提供している。		

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
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	アセスメントを通じて情報共有を行い、初期に必要なことを把握する。入居時は不安に思われていると思うためこまめな声掛けを行うと共に、本人様が望まれていること等をしっかり把握するようにしている。		
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	初期のアセスメントでご家族様の要望等をしっかり把握し、入居後も生活状況を報告しながら安心していただけるような支援に取り組むようにしている。		
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	アセスメントを通じて初期支援で必要なことを把握し、入居後も介助を行って行く中で必要なことが出てきた場合には検討をしっかりと行い、相談しながらケアに努めるようにしている。		
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	残存機能を把握し、できることできないことを見極めながら、できることは時間を要しても行っていただくようにしている。 生活を共にしている者同士としての関係を築けるよう努めている。		
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	毎月のお手紙で日頃の生活状況を報告。対面での面会ができないため日常の様子を写真を送ったりしている。 その中でご家族様にも日常生活の様子を伝えていくことで、過ごされている状況を知ってもらうことで、一緒に生活を支えていくという関係が途切れないように努めている。		
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	対面での面会ができていないが、タブレット端末を利用してのリモート面会ができるように環境整備を行った。ご家族様だけでなくご兄弟や親戚の方々が揃われた時にも活用し、関係が途切れないような支援を行うことに努めている。	親族や知人方々との関係が途切れないように、電話やインターネット画面(オンライン)で面会できるようにしている。できる限り顔が見える関係づくりに努めている。また、バスハイクで馴染みの場所を回る取り組みも少しずつ再開している。	
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	会話の橋渡しを行いながら、入居者様同士でも話が通じ合うような支援を行うようにしている。 普段は休まれていることが多いが、ホールにお連れすると周りの言葉に反応され、そのような中でも言葉を交わせるように行っている。		

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
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	直接の関わりはないが、ご家族様とお会いした際には声をかけたり、かけられたりで様子を伺うことはある。		
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	個別に傾聴する時間を作り、その方の思い等を伺い、意向の把握に努めている。困難な場合には日常生活での行動を見極め、望まれているだろうと思われる支援へつなげられるよう検討しながら支援を行うように努めている。	入居者で意思表示ができる方は、食事中など、各入居者が話しやすい時間や場面で話しかけて意見を聞くように努めている。意思表示が困難な入居者は、日々接する時に表情などのしぐさで思いや意向を把握するように努めている。	
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	事前にアセスメントで入居以前の生活歴を把握すると共に、入居後も個別に話を傾聴しながら把握するように努めている。 ご家族様と話をする機会があれば、その時にも色々なことを尋ねるようにしている。		
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	個人記録や職員からの情報を聞きながら、日々の過ごし方について把握するようにしている。 本人様が望まれている過ごし方も日々違うため、意向を聞きながら支援を行うようにしている。		
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	ケアマネを通して情報共有を見直すと共に、見直し時期には現在の生活状況等も伝え、現状に即した介護計画につながるようにしている。	日々のモニタリングと職員間の情報共有を密にし、ケアマネジャーとの協議において現状に即した介護計画になるよう努めている。	
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	個人記録に日々の状況を記録し、特に大きな変化が見られた時には詳細に記載するようにしている。それ以外でも職員間での情報共有を密にすることで介護計画の見直しができるように努めている。		
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	現在の状況に変化が見られ、この先も同じような状況が見られる場合には代表や専門部署への情報提供を行い、適切な支援につなげられるよう行っている。		

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
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	地域資源はほとんどなく、外庭散歩に出かけた際に挨拶を交わす程度である。年に2～3回ほど近所の美容室の方に訪問カットをお願いしており、顔見知りの方とは話をされていることもある。		
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	併設のクリニックが主治医でもあり、定期診察以外でも必要時には受診を受けることができる。診察時に職員が付添、情報提供を行う。ご家族様にも変化時には報告を行っている。	隣接するクリニックとの医療連携を通じて、看護者と介護者間の日々の情報共有を踏って適切な医療を受けられるよう努めている。	
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	毎朝、夜勤者が外来看護師への状況報告を行い、必要時にも相談し、医師への橋渡しをしてもらい指示をもらうことがある。それ以外でも夜間帯の特変時には病棟夜勤看護師へ連絡し、対応してもらえる環境が整っている。		
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。	入院時には介護サマリーを提出し、情報提供を行っている。その後は入院中の状況等を入院先に確認。退院決定時には事前情報を伺い、退院後の施設での対応について検討を行っている。		
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	入所時に終末期や重度化した場合等の対応について説明を行っている。実際になられた場合には主治医や看護師、関係職員やご家族様との情報共有を行い、支援の方法について検討するようにしている。	入居者や家族の判断を尊重している。主治医とその都度話し合いの機会を作り、重度化や終末期に向けての方針の共有を行っている。また、看取りについては、本人はもとより家族を支えることも重要であるとのことで、電話などで悩みについても積極的に相談を受け、支援している。	
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	定期的な訓練は行っていないが、勉強会等を通じて急変時の対応等を学ぶようにしている。 クリニック併設の為、連絡後、看護師等がかけつけていただける対応にもなっている。		
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	地域との連携については協力体制が整っていない。火災時の避難訓練については通報訓練のみ実施しており、避難誘導等の訓練の実施は行えていない。	夜間想定した火災避難訓練については、コロナ禍でもあり、年2回通報訓練を実施している。また、火災以外の災害についても、災害時の事業計画を作成し、対策を立てている。しかし、実際上の地域との連携は十分ではない。	コロナ禍で連携が難しい中ではあるが、夜間対応での消防団連携など、地域との連携作りが望まれる。

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
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	介助時含めこまめな声掛けを行い、一つ一つの動作を行うにあたって声掛け後に動きを行うようにしている。プライバシーへの配慮を行い、日常生活でも自尊心を傷つけないような配慮を行うようにしている。	日々の入居者との関わりの中で、人格とプライバシーに配慮した介護となるように、職員間での声掛けや情報交換を行うよう努めている。	
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	職員都合の時間配分になってしまうことが多いが、自己決定・意思決定を行える入居者様には選択ができるような言葉かけを行っている。		
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	時間や1日のスケジュールに縛られがちであり、入居者様の希望に沿った支援を臨機応変に対応することができていない。 できるだけ意向に沿えるような支援を行えるよう取り組むようにしている。		
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	ご自分で行える方には櫛を渡し、鏡を見てもらいながら整えてもらうこともある。 入浴時の洋服選び等はその日の気候に合わせていつか提案し、選択できるようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	全体での食事メニューのため、日頃のメニューに関して選択していただくことはないが、誕生日月対象の方には昼食で食べたいものの聞き取りを行い、できるだけ意向に沿えるような食事の提供を行えるようにしている。ミキサー食やキザミ食の方もいらっしゃるが食形態を工夫しながら提供できるように行っている。	病院での調理となっているが、おかず等については、個人の好みに対応をしている。栄養士もホームを訪れて個人の好みなどを把握することに努めている。食事はゆっくりした雰囲気でも食べられている。	
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	管理栄養士による食事メニューで管理してもらっており、疾患に合わせた食事提供も行ってもらっている。 水分摂取が少ない方もいらっしゃる、できるだけ飲水していただけるよう好まれる飲み物が提供できる方はその方に合わせて提供し、それ以外でも麦茶やポカリスエット等、味を変えながらの提供を行うようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアを実施し、介助が必要な方にも適切に口腔内の清潔が保てるように支援を行っている。 また、歯科受診の検討が必要となった場合でも、提携歯科医院への情報提供を行い、適切な支援を行えるようにしている。		

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	一人ひとりに合った排泄支援を行うようにしており、その方に合った排泄道具(PTイレや尿器等)を使用することで自立に向けた支援を行うようにしている。排泄パターンをつかみ声掛けを行うことでバット内への失禁がない時もある。	個別の排泄パターンを把握して、個々に合ったトイレ誘導を行っている。また、自立心を尊重して、おむつなどの使用を極力控え、排泄の自立支援を心がけている。	
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	ほとんどの方が下剤を服用されているが、トイレに座っていただき、焦らせずにゆっくりしていただく時間をとることで、トイレでの排便ができておられる。水分もしっかり摂っていただくよう声掛けを行っている。		
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	入浴日を決めているため、個々人に合ったタイミングでの入浴支援を行うことができていない。その中でもゆっくり入りたい方もいらっしゃる、リフト浴対応→一般浴対応へ変更することができ、あまり長風呂にならないように心がけているが、本人様の湯舟に浸かっておきたい時間まで入っていただくこともある。	入浴予定日には、個人の好みあった時間をとれるように配慮し、湯船につかる楽しみがとれるよう配慮している。	
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	自由に休んでいただける環境は整っており、意思表示ができれば本人様の要望に合わせて対応を行っている。意思表示が難しい方や昼夜逆転の方にはその時の様子や外気浴等を取り入れながら、夜間安眠へつながるような支援を行っていくようにしている。		
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	定時処方薬の確認を行うと共に変更時にはなぜ変更になったのか等診察時の確認を行うようにしている。変更時には内服前と内服後の変化があるかないか情報共有を行っている。		
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	個々人で塗り絵に取り組みまれたりされている。全体を通してはマイクロバスを利用しての外出支援を行い、気分転換が図れるような計画を行っている。		
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	個別での外出支援が難しいが、全体ではマイクロバスを利用しての外出支援を行い、気分転換につなげられるように支援を行うようにしている。近辺では外庭散歩に出かける時間を作り、気分転換を図るようにしている。	日常の外出は近くの緑地公園や、周囲の散歩が主である。マイクロバスでの外出支援では、昔住んでいた地域を選定し、記憶の蘇りを促し、楽しめる外出となるように配慮している。	

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	預り金は行っておらず、家族対応のみとなっている。		
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	タブレット端末を利用したリモート面会を行い、本人様希望時には通信を行うようにしている。 ご家族様からもかかってくることもある。		
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	ホールの壁紙を季節に合わせて作成し、季節感がわかるように行っている。 居室内は本人様が塗られた塗り絵を張ったりし、居室内も寂しさがないような雰囲気づくりを行っている。	季節ごとの壁飾りを入居者と一緒に作成したり、花を飾るなど、季節感と楽しみを感じられるように努めている。声の大きさや足音にも配慮し、心地よく過ごせるような環境になるように努めている。	
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	入居者様同士で塗り絵に取り組まれることもあり、お互いの作品を見ながら言葉を交わされている。 また、テレビを見て過ごされる時も映像を見ながら言葉を発せられており、共に過ごすことのできる空間を作っている。		
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	馴染みのものを持ってきていただくことができるようになっている。 居室は生活を送られる場でもあるため、ベッドの配置等も本人様の状況に合わせて移動を行ったりすることもある。	部屋の壁には家族写真が飾られ、位牌なども置かれている。本人の馴染みや大切にしているものを持ち込まれ、生活感が感じられる居室づくりに努めている。	
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	1人ひとりのADLを把握し、残存機能が活かしていける支援を心がけるようにしている。		