

### 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	4190200263		
法人名	有限会社 ケアサポーターKSN		
事業所名	グループホームおうち緑山		
所在地	佐賀県唐津市相知町相知533-28		
自己評価作成日	令和2年9月10日	評価結果市町村受理日	令和3年2月25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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------

#### 【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2年10月22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)】

自然に囲まれ小高い場所にあるグループホームおうち緑山は、春は桜・、夏は花火大会、秋は紅葉や町内のお祭り、冬は雪を見て存分に四季を感じることができます。毎月の外出支援は利用者様の介護度が上がったことと新型コロナ感染症予防対策として外出できない状態が続いていますが、施設の中を散歩することができ季節を感じることが出来ている。自然に囲まれた居住環境の中でのんびりとした家庭的な雰囲気、笑顔があふれた生活を送って頂いています。

#### 【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)】

高台にあり、四季折々の景色を楽しめる自然豊かな山と住宅に囲まれたホームである。併設の小規模多機能事業所と有料老人ホームがあり、行事や会議、避難訓練等を連携して行い、協力体制を築いている。室内は、天井が高く、廊下には天窓あり、照明器具にもこだわりがあり、細やかな配慮がなされている。リビングは、雨の日でも自由に行き来が出来る共有のテラスと面している。コロナ感染症予防の為、外出が難しい状況でも、花火が見れたり、季節の移り変わりを感じながらおやつを楽しむことも出来る。職員間は、和気あいあい、相談し易く、やりたいこともできる活気のある職場となっている。

### 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 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、戸外に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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	目の届く場所に理念、基本姿勢を掲示し、具体的な目標を掲げ、毎朝の申し送り時に職員全員で唱和を行い業務に当たっている。理解し実践につなげるよう努力したい。	玄関と台所に理念と基本姿勢を掲示し、毎朝の申し送り時に唱和している。勉強会や研修でも理念に沿ったケアを伝えているが、職員の理解は、まだである。	ケアの実践から、理念を振り返ってみる機会を作り、理念をより実践に繋ぐ取り組みに期待したい。
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	近隣の方が訪問され、古新聞や手作りのごみ入れ等を頂いている。また、運営推進会議に来ていただいたり施設周囲の草取りと一緒にしている。区の総会やいきいきサロンにたまに参加し顔見知りになった。	地域の総会やサークルに参加している。また、ホームのクリスマス会や秋祭り等の行事には、参加して貰ったり、地域との交流は継続している。	
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	施設見学等の受入れは常時行っている。地域の方については、今年2月から認知症カフェを開催。しかし、コロナ感染予防の必要あり同敷地内の有料と小規模からの利用者様に参加。		
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	運営推進会議の議事録を作成し職員がいつでも閲覧できるようにしている。また、月に1回の研修会の折に職員からの意見など求めている。外部評価の結果を公表している。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催している。会議では、入居者の状況・報告等を行い、地域の情報を得たり、意見交換が出来ている。出た意見は、事業所全体の青い鳥通信で閲覧し、家族には便りで報告し、サービスの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に取り組んでいる	地域包括支援センターの職員や市職員へ支援方法、問題等の相談を行っている。また、支所に訪問したり、電話等で相談も出来ており、問題解決に取り組んでいる。	市町の担当者とは、日頃から連絡を密に取り、相談しやすい関係である。市町からの入居相談に、知り合いのグループホームを紹介することもあり、協力関係が出来ている。	
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	身体拘束適正化委員会を月に1回開催。身体拘束の研修を年に2回以上実施。ケア会議では認知症についてとか身体拘束についてなどミニ研修をしている。離設者がいる場合でも施錠せずに対応。どうしても必要な方は、同意書をとっている。	身体拘束適正化委員会を毎月、研修を年2回以上開催し、指針も作成している。玄関の施錠を含め身体拘束はしていない。勉強会や研修で、言葉による行動制限について確認をしたり、身体拘束をしないケアを共有し、取り組んでいる。	
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	高齢者虐待について勉強会を行い、職員は理解を深め、ケアを行っている。		

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
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	相談があれば代表や管理者が対応。成年後見などについても勉強している。成年後見人のついている利用者様がおひとりいらっしゃる。一般職員の研修に至っていない。		
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	契約締結時に家族に必ず説明を行い、疑問や質問を受けつけている。また、気になることがあればいつでもお尋ねくださいと説明している。		
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	運営推進会議への出席を家族にお願いし運営等についてのご意見等も伺う様にしている。家族の面会時には必ず利用者の近況を話しご家族様が言いやすいように言葉をかけている。何か問題などあれば管理者や職員で検討している。	スマホを購入し、家族とSNSやメールで意見交換を行っている。また、面会時には、近況報告を行いながら、意見や要望を聞き取るように努めている。出された意見や要望は、対策を話し合い運営に反映している。	
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	職員が日常定期的に意見や要望を出しやすい環境作り(毎朝の申し送りや月1回のケア会議)に努めている。また、代表者や管理者が職員会議で出た意見や要望を取りまとめ、改善するように努めている。	日頃の業務の中で、管理者が意見を聞いたり、相談し易い環境作りに努めている。ほとんど寝たきりの入居者の耳元で好みの歌を歌うことや、居室に1日の流れをわかりやすく掲示する等、ケアの実践や運営に職員の意見が反映されている。	
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	必要に応じた個人面談で要望や希望を聴き取り、改善できるように努めている。また、給与や手当などを付けているが意欲向上につなげていない厳しい。		
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	職員の個々に応じた施設外研修への参加を行っている。研修で学んだことを勉強会で報告を行い、施設で取り入れ、ケアの質向上に努めている。また月に1度の施設内勉強会を実施している。研修参加者が少ない。		
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	2か月に一度、市内のグループホーム連絡会に参加し、情報交換や相談を行い連携の強化、サービスの質向上に努めている。またグループホーム連絡会の勉強会に参加し、職員の交流を図っている。グループホームのネットワークで来ている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス利用開始前に家族と本人へ面談を行い、不安や要望を聴き取り担当者会議を開催し、安心して利用できるように努めている。初期は特に言葉かけや状態観察、把握に努め関りを大切にしている。		
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	相談時に家族が不安に思っていることや要望を受け止め、解消するように努めている。初期には特にご家族様への状況を伝え不安の除去に努める。必要以上に伝えて不安にさせない。伝える職員は、責任者が主任など固定する。		
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	本人や家族の意向や課題となるニーズを施設介護計画に反映させ、サービス提供を行っている。また、職員が本人の状況を把握し、意見交換を行い対応を行っている。		
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	生活リハビリを中心に食事の準備など、出来る事をしてもらい、共に生活していることを感じてもらえる支援を行っている。洗濯物置やテーブル拭き。介護`が高くとも支えあえない状況が増えた。		
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	家族の面会時や、毎月のお便りで入居者の状況の報告を行い、意見や要望があれば、日頃の支援に反映し、関係作りに努めている。家族、利用者の代弁者として関り絆を大切にしたい。		
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	利用開始の時に、なじみのものを持参していただいたりして環境作りをはじめ、馴染みの方達との交流関係が途切れないように家族に声掛けしている。また外出支援時は唐津くんちなど馴染みの場所や催事などに向いている。	終末期の入居者を自宅に連れて行ったり、入居者の希望に合わせて、葬儀や初盆参り等の支援を行っている。友人や知人の面会時には、職員が声かけを行い、ゆっくり話せるようテラスに案内し、関係が途切れない様配慮している。	
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	入居者同士で関わる事が出来るように努めているが、個々の入居者の状況を把握し、良い関係が築けるように職員が間に入って、関わり合えるように支援を行っている。		

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	入院時には、本人へ面会に行ったり、家族と連絡を取っている。サービス利用が終了された方に対しては、面会に行ったり、必要時には相談に応じるようにしている。初盆参りは必ずしている。		
<b>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</b>					
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	本人の生活歴を把握し、日頃から希望や意向を聴いている。希望や意向を伝える事が困難な方に対しては、本人の状態や様子を見たり、家族からの情報など介護経過記録や連絡ノートなどで職員みんなで共有している。	意思表示の困難な人がほとんどであるが、介護記録や家族からの情報、本人の状態や表情からくみ取っている。意思表示のできる人は、日頃の業務の中で、希望や意向の把握に努めている。	
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	本人と生活歴の話をしたり、家族の情報をもとに、サービスに活かせるように努めている。		
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	日々のバイタルや排せつ、食事のチェックなど日常生活の状況や心身状態を記録し、職員同士で情報共有し把握に努めている。		
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	必要に応じて本人、家族、職員などで話し合い実行し、月に1回のケア会議で検討し、目標達成できたかどうか職員間で意見交換している。提案を取り入れ、介護計画を作成している。	本人、家族、必要な関係者と話し合い、ケア会議等において職員間で意見交換をし、一人ひとりに合った介護計画を作成している。	
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	職員が個別記録やケアプラン実行表に目を通し、職員間で情報共有し、意見交換を行い、実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	その時々ニーズに対し、本人、家族、責任者、職員と検討し出来る限り対応できるように取り組んでいる。コロナ感染防止で外出禁止であったが、ご主人が他界され初盆参りに客など少ないときに付き添った。礼服に着替え葬儀にも参加。		

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	運営推進会議で地域資源の情報提供の依頼を行い、情報提供があれば活用している。		
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	入居時に協力病院を勧めるが、かかりつけ医の継続を望まれるときは、必要であれば対応もしている。主治医との情報交換をし、連携もとれている。家族の協力も得られ、適切な医療を受けられるように支援出来ている。	入居時に本人、家族の希望を聞き、かかりつけ医の受診継続も可能である。協力医療機関では、月1回の訪問診療と24時間対応可能である。また、専門医は、家族の希望を聞きながら、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	医療面で看護師へ相談し、適切な対応が出来る。		
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。	入居者が入院した場合には、病院側へ入居者の日々の状態を報告し、連絡調整が出来ている。また、治療の計画、退院時期、退院後のケアについての情報交換もできている。		
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	入居時に利用者様が重度化した場合の指針について説明している。入居者の重度化や終末期の家族とは、その都度、状況報告を行い意向を確認している。また医療機関との情報共有を行い職員とも連携を図っている。	看取りの研修を年間計画に取り入れ、職員は方針を理解し、看取りの支援が可能な体制作りが出来ている。入居時に重度化の指針について説明を行い、重度化した場合は、その都度、家族、協力医療機関と情報共有し、支援に取り組んでいる。	
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	施設外研修へ参加し、参加職員による施設内勉強会の実施している。		
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	年に2回の火災訓練を併設事業所と合同で実施している。消防署と近隣住民に参加してもらい訓練を行う計画である。また、災害時マニュアルを設置し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。	夜間想定訓練や消防団、近隣住民の参加、備蓄も出来ている。避難の受け入れもある。しかし、事務所の棚の上には物が積まれており、地震の際落下して入居者への対応が遅れる可能性もある。地震への備えはこれからである。	棚の転倒と棚の上の物の落下防止等、地震への備えに期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	接遇や職業倫理の意識の向上為、勉強会等を行い、入居者の人格の尊重やプライバシー保護に努めている。日常の対応特にトイレや風呂のドアの開閉ノックをするそとタオルを掛けるなどお互いに注意しあう。	勉強会や研修を行い、入居者のプライバシー保護に努めている。写真は許可を取って掲示し、トイレ誘導時は、プライバシーを損ねない言葉かけや対応を行っている。	
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	日常的に、入居者との話の中で、どんな服にするか、何かしたいことがあるかなど、可能な限り自己決定ができる雰囲気づくりに努めている。		
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	大まかな一日の日課を設定しており、日課に合わせて支援を行っているが、本人の希望や状況を勘案しながら、臨機応変(外出、散歩、お昼寝など)に対応ができるよう支援している。		
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	普段着と外出着を分けるようにしており、日常的にも、おかしな服装にならないように注意している。また、髭剃り等の身だしなみも定期的に行うようにしている		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	施設で栽培カボチャやごうや。季節や行事等に合わせた食事メニュー(正月、お雛様、彼岸、赤飯など)を提供しているが、入居者と一緒に食事を作ったり、後片付けをすることはできてない。	季節の食材を使って、個々人の形態に合わせた食事を提供している。嗜好調査や給食会議を行い、好みや希望も取り入れている。テラスでおやつを食べたり、環境にも配慮し、食事が楽しめる様工夫している。	
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	同じ食事メニューが続かないように、食材やメニューを記入したノートを作成している。また、食事量のチェックや、必要な方には水分量のチェックを行い、個人の食事や水分の摂取量の把握や栄養状態の確認に努めている		
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、入居者の状況に合わせた口腔ケアを行い、自立支援や口腔内の清潔に努めている		

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
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	排泄の時間帯や状況を記録しており、排泄のパターンや量の把握に努めている。また、それぞれにあったおむつやパットを使用。トイレでの立位ができなくても二人介助で排泄ができるように支援しできる限りトイレでの排泄を継続させている。	排泄チェック表を活用して、排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。立てない人も介助方法を検討したり、一人ひとりにあった排泄や排泄の自立支援に努めている。	
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	自然に排泄ができ、入居者の苦痛を軽減できるように食事内容を工夫したり、水分の摂取に心がけている。また、便秘が続く際は、緩下剤等の処方を受け、便秘が長時間続かないように注意している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入居者を半分に分け、それぞれ週三回ゆっくりとした時間で入浴ができるように支援している。また、入居者の希望や必要に応じ、足浴、手浴、シャワー浴、清拭を行っている。	入居者の状況や入浴の希望に合わせ、週3回入浴支援をしている。夜、職員と一緒に入ることもあり、入浴が楽しめる様一人ひとりに沿った支援をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	入居者それぞれの状況に合わせて、入眠や休息の時間をとっている		
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	スタッフが、誤薬しないように、個々の配薬を行っている。また、服薬介助の記録も行っている。薬の内容についても分かりやすいようにファイリングしている。		
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	入居者一人一人の状況に合わせて、現時点でできることを日課の中に組み込み、それぞれが、楽しみや役割を感じながら過ごすことができるように支援している。		
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	屋外への外出は、入居者の年齢やADL等の低下に伴い、実施する回数は少ない。今後、入居者の状況に合わせて外出や外気浴、敷地内の散歩を実行する。コロナ感染症予防の為外出ができていない。以前は、近くのファミリーレストランへ外食に出かけていた。	コロナ感染症予防の為、外出の機会は少ないが、敷地内の散歩へ出かけたり、共有の広いテラスでおやつを食べたり、屋外へ出れるよう支援に努めている。自宅へ帰宅の機会を作ったり、法事等への個別支援も行っている。	



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
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	入居者がお金を持つことの大切さや意味を職員が正しく理解できるように努めている。また、入居者についても、家族との相談で、少額の金額でも所持できるように支援していく。		
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	本人の希望があれば、家族や友人への電話は自由にかけられている。		
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	リビングは、天井が高く広い空間を感じさせている。外を眺めると広いテラスに、緑、小鳥のさえずりなど聞かれ自然豊かで居心地よさを感じていただけるように設定している。	廊下は、天井が高く天窓あり、各部屋は、窓が大きく明るい。リビングは、床暖房も完備され、温度や湿度の管理もできている。清掃も行き届き、臭いも気にならない。近所に咲いているコスモスを、リビングや応接室に綺麗に飾り、居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	ソファや食卓テーブル、談話室の畳みを活用し、ゆっくりと本人の思うように過ごすことができる環境を提供している。		
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	各居室、ベッドとタンスは据え置きであるが、それ以外で、本人やご家族の意向があれば、相談をしていただき、長年使用していたものや思い出の品物や写真などを持ちこんでいただいている。	仏壇や位牌等、持ち込み自由である。居室は、清潔感があり、写真や花が飾られている。馴染みの物も本人の希望を取り入れて配置し、居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	一人一人のできる力の見つけ、家事や移動時など、本人のできる力を発揮できるような支援を心がけている。また、個別の歩行練習などを通して、できる力が維持・向上できるように支援内容を検討している。		