

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873002691		
法人名	有限会社シニアケア		
事業所名	グループホーム シニアケア塚口		
所在地	兵庫県尼崎市南塚口町8丁目3-15		
自己評価作成日	令和6年1月15日	評価結果市町村受理日	令和6年2月27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://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2873002691-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和6年2月20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)】

利用者には自分がある場所が「暮らしの場(住まい)である」という認識を持ってもらい、スタッフには自分たちの仕事(生活支援)が事業所内で完結させず、地域の中に存在しているという認識をもってもらうために、「毎食の手作り」にこだわり、献立の作成・買い物・調理の流れを自事業所で行うようにしている。また、リーダー的存在となるスタッフが各種研修における講師を務める機会を設けており、単に経験年数や資格だけを根拠として存在するのではなく、常に新しい知識や情報を取り入れ、それを事業所にも落とし込むことで仕事が惰性的な作業に陥ってしまわないよう心がけている。

【第三者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)】

入居者の重度化も進んできたが、初心を忘れず「暮らし」を大切に努めている。職員の定着率も良くグループホームの役割・使命を果たそうと努力している。その取り組みのこだわりは①入居者も出来るだけ参加いただき「食事の手作り」—献立・買い物・調理・片付けを、自宅と同じように行う。②法人の持っている高齢者福祉、介護の知見を社会に役立てる。③これらに携わるスタッフの質向上に、「あるべき姿」と「そこに至るための考えの方向性」を浸透させようとしている。この3月から事業主体が変わると聞く、益々の活躍に期待したい。

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、生き活きと働いている (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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	理念をケア実践の根拠として意識できるよう、新たに「ケア理念」を追加。「あるべき姿」と「そこに至るための考えの方向性」という関係性をわかりやすく明示することで浸透を図っている。	常に自らの行動・動きと目指す方向を見つめ、職員と共に個々が意識・責任のある行動をしようと、振り返り実践に努めている。	
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	少しずつ外出機会を設けホーム内で生活が完結することを減らすよう取組んでいる。買い物や毎日近隣スーパーへ行っている甲斐もあり顔見知り程度ではあるが関係構築に繋がるきっかけができてくると感じている。	地域の「夏祭り」が復活し参加することができた。食事の買い出しは、毎日近隣のスーパーを利用して、馴染みの関係である。ボランティアグループによる三味線の演奏会を予定している。	
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	本社が行っている介護員養成研修(初任者研修、実務者研修)や、兵庫県が行う認知症介護研修、尼崎市が行う市民後見人養成研修、認知症サポーター養成研修といった研修等の講師を務めている。		
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	感染症対策のため集合形式の開催を控えてきたが、本年度より集合形式で実施している。それにより参加者から直接、意見をいただくことができるようになった。	5年度の第1回会議より対面での会議に戻し、特に問題なく開催できた。運営状況等に対して直接評価を聞くことが出来るようになった。	
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	基本的には何か相談すべき出来事があったときの連絡に留まるが、昨年は事業所内の体制の変更等、届出を行う事柄が複数あったため、比較的連絡を取る機会が多かった。	市の介護担当とは相談や指導を仰ぐ時ぐらいのつながりである。今年度は届出事項や、今後のGHの施設計画について意見を求められ、来庁する機会があった。	
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	現状、身体拘束の実施を検討するような状況はなく、具体的に考える機会がないが、社内勉強会において取り上げることで「身体拘束は行わない」という原則が当たり前の考え方になるよう取組んでいる。	制限しなくても、あたり前にゆったり過ごして頂けるよう取り組んでいる。テレビ視聴についても「見たい」番組をネットを利用して時代劇や歌番組を楽しんで頂けるよう工夫している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(6)	○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	虐待は、利用者への不適切な関わりから始まり、最も評価しやすいのは言葉遣いであるという考え方を広げようとしているが、浸透していない(親しみのある言葉遣いとない言葉遣いの違いへの気づき)。	言葉の乱れは職員の精神・ストレスと認識して、勤務希望や休憩の取り方等きめ細かに意思疎通を図っている。お互いに意識し合い声掛けを行っている。	
8	(7)	○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	ホーム利用者が直接関連する成年後見制度(後見人等との連携方法等)については学ぶ機会を設けているが、日常生活自立支援事業については直接的な関係が薄いこともあり取り上げることができていない。	入居時には全利用者の後見人を確認している。元社員に司法書士がおり、また社内でも弁護士に相談できるようになっている。	
9	(8)	○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	契約書等をお渡しした後、一定期間を空け不明な点がないかがい、質問がないことを確認してから契約の締結に進んでいる。報酬改定時は最近では集合形式の説明会は行っておらず、個別対応を採っている。	入居時には利用料に関する質問が多いが、更新が進むにつれ「いつまでホームにおられるか？」と聞かれる。丁寧に説明して理解・納得を頂いている。	
10	(9)	○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	面会等での来訪時に声をかけ話をうかがうようにしている他、意見箱を玄関に設置している。これまでに意見箱が利用されたことはなく、来訪時や電話にて直接うかがうことがほとんどである。	感染症対策実施中も来訪者は減ったが、電話やメールを使って話すことが多くなった。	
11	(10)	○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	管理者の基本的な考え方が「個人の意見の尊重」であり、極力、個別に話を聴く機会を持つことを心がけている。一方で、代表者との関係性についてはトップダウンの指示や命令を受けることが主となっている。	管理者は職員個々の意志・個性を大事にしており、「自分たち(スタッフ)がしっかりやらなければ」の浸透を図っている。職員の定着率は良い。	
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	代表者としては「スタッフを大切にしたい」という思いを持っているものの、日常的な関わり合いの機会が少ないこともあって互いの思いが必ずしも合致しないこともある。		
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	研修事業部が行う介護員養成研修を活用し、介護福祉士資格の取得支援を行っている。また外部研修のうち会社が認めるものについては、受講料の負担を行うといった支援策を講じている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	感染症流行前は市内グループホーム・グループアハウスで連絡会を組織し、勉強会や交流会、交換研修会等行っていたが、現在は活動休止状態にあり、同業者との交流の機会をもつことはできていない。		
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	ホームに入居される前にご本人にお会いさせていただきようとしているが、ご本人のおられる場所(病院)によってはお会いできないまま入居に至る場合もあった。		
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	介護サービスの利用申込みは、SOSの表れであるという認識を持ち、ご家族の現状や直面されている悩みなどをお聞きするようになっている。		
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	要介護・要支援認定を受け、認知症があり利用の申込をされた時点で介護サービスが必要である状態がほとんどであるため、対応不可(医療行為が必要)な場合を除き、まずお受けするようになっている。		
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	洗濯物をたたむ、食事準備を行うといった、いわゆる「家事」という場面への参加を促し、介護を受ける以外の場面での関わりを持てるようになっている。		
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	入居によりご家族の介護負担はある程度軽減されるため、それを改めて増やすことのないよう気をつけながら、個性の極めて高い外出や情緒的な関わりについて担っていただくようお願いすることがある。		
20	(11)	○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	感染対策時の制限を除き、面会を受けるようにしなじみの人間関係が継続できるよう努めているが、なじみの場所との関係継続についてはそれぞれのご家族に任せる状態になっている。	感染症対策への理解を得ながら、これまで大切にしていた人・所との関係継続に、家族とも話し合いを重ねてきた。要望が多いのは「外食」だった。まずはそこから取り組もうとしている。	
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	良好な関係を築く以上に悪くなる状況が起こりやすいのが現状だが、その中でも良好な関係が生じるときもあり(居室で談笑される等)、そういったときはスタッフが邪魔をすることのないよう気をつけている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	ここ最近の状況は、サービス利用が終了となる理由がご利用者のご逝去されることによるため、それ以降、ご利用者ご家族とホームとで関係が続くことはない。		
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	(12)	○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	基本的にはご本人の発せられる言葉を受けようとしているが、それが困難な方の場合は、これまでの様子やご家族のお考え、それぞれのスタッフの見たこと・聞いたこと等を含め検討している。	職員と利用者や家族とのコミュニケーションを日頃から大切に、その中から利用者の思いや意向を汲み取っている。飲酒したい、〇〇を食べたい等、日常生活での希望が多い。職員一同利用者の希望がかなえられるよう努力している。	
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	入居時の面談において生活歴等をお聞きしている。短時間の面談で得られる情報は限られているため、入居後もご家族等におうかがいし情報を収集するようにしている。		
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	介護を行った際の状況・状態等を記録に残すことで、「その時の状態」と「1か月という期間の中での状態の変化」を見比べることができるようにしている。		
26	(13)	○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	多方面から情報収集するとかえって方向性が定まらなくなるため、計画作成は計画作成担当者が担っているが、担当者個人の考えに寄りすぎないようにするため、管理者も内容を検討するようにしている。	ご家族に毎月報告書を送付して意見を伺い、管理者の意見も聞きながら計画作成担当者を中心に介護計画を作成している。短期計画として3か月毎に見直しを行っている。	
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	タブレット端末の使用により、振り返りのしやすさや、画像による引継ぎなど、より正確な情報共有が図れるようになった一方、記録者の力量や意識の持ち方により情報の質の差が大きく開いてしまっている。		
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	ご家族から求められることについてはできる限り応じるようにしている(受診の依頼や利用料等の支払い等)。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	多くの部分がホームスタッフによってなされており、地域資源の活用は現在は「訪問美容」に限られている。		
30	(14)	○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	入居時に希望をお聞きし、以前よりかかっている医療機関との関係の継続を希望される際は、それに応じている。ホームが連携をとらせていただいている医療機関もあり、定期的な訪問診療や往診を受けている。	入居時に本人や家族の意向を伺っている。現在、入居前からのかかりつけ医にかかっている方は1名いる。ほとんどの方は入居後、協力医療機関に変更している。訪問診療は月2回行われている。	
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	令和5年5月より、訪問看護ステーションと業務提携を結び、週1回の訪問を受ける他、緊急時の対応の相談や連絡・報告といった形で連携をとることができている。		
32	(15)	○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。	サマリーの提供や口頭での発信等、医療機関に向けての情報提供を行っている。入院する医療機関はあらかじめ決めていないため、従来から関係づくりを進めることはできていない。	入院先が決まればその医療機関へサマリーの提供や口頭での発信等を通じて情報提供を行っている。また、入院後も医療機関と連絡を取りながら早期退院へ向けて支援している。	
33	(16)	○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	契約時に「重度化の際の対応の指針」をお示し、対応可能な方向性についてお伝えしている。終末期のあり方についても契約時に確認しているが、その時点での意思の確認にとどまり、看取り指針を説明するなど具体的な内容には踏み込んでいない。	契約時に「重度化の際の対応の指針」や「終末期の在り方」について説明し、また重度化した時点で、本人や家族、医師と話し合い、今後の方針を決めている。	
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	消防署が実施する訓練は一部の職員しか受けることができていないため、事業所内にて訓練を行うことができるよう機材を購入し、社内勉強会等において練習を行うことができるよう準備を進めている。		
35	(17)	○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	火災に対する避難訓練は年に2回の頻度で実施しているが、通報訓練が主となっているため、利用者を避難させる方法についても訓練内容に盛り込むことを検討している。	火災に対する通報訓練を消防署の協力を得ながら年2回実施している。今後は地震や洪水を想定した避難訓練も実施予定である。その際、地域住民の協力体制を築いておくことが望まれる。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(18)	○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	利用者に関わる時間が長くなるに連れて、言葉遣いが乱れも生じている。親しみと取れなれしきの違いを意識することの重要性について、社内勉強会等で取り上げているが、実践にまでは浸透しきれていない。	利用者に関わる時間が長くなるにつれ親しみと馴れ馴れしさが混同され相手の尊厳を無視した対応になることが考えられる。利用者への言葉かけが適切であるかどうか、毎月の勉強会で取り上げ実践に努めている。	
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	言葉によるコミュニケーションが取りやすい方については、「聴く」という姿勢を取りやすいが、意思表示が困難な方については、介護職側のペースが主になりがちである。		
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し、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	事故の防止や予防といった視点、「仕事」といった視点と利用者の生活を支えるという視点のバランスが取れていない面がある(食事の時間や起床の時間が早まっている)。		
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	自身で着替えができる方は本人の意向にお任せしている。介助を要する方についてはおしゃれを支援するという視点よりも介助のしやす、負担の軽減といった要素の方を重視しがちである。		
40	(19)	○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	献立の作成から買い物、調理までホームで行っており、利用者の意向を直接的に反映できるようにしている。またムース食やミキサー食等、利用者の能力に合わせた形態での食事を整えるようにしている。	献立作成から食材購入、調理まですべて施設内で行っている。献立は利用者の希望をできるだけ反映し、また利用者の食事能力に合わせてミキサー食やムース食を用意している。	
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	水分摂取量のチェック表を活用し、個人毎の水分摂取状況の把握に努めている。お茶やジュース・コーヒー・ゼリー等、ホームで準備できる物だけでなく、医師に処方してもらう物も含めて個人に適した物で水分摂取を促している。		
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	毎食後の口腔口腔ケア実施には至っていないが、起床時と就寝前の2回は行うようにしている。また利用者の意向や状態によっては、月2回歯科医師による口腔ケアを受けている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(20)	○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	状態が重症化するに伴ってリハビリパンツやパットを使用する機会が増えており、トイレでの排泄よりもパット等を交換する介助の方が多くなっている。	利用者の状態が重症化しているため、リハビリパンツやパットの使用者が増えている。しかしトイレでの排泄を促すため、排泄チェック表を使ってタイミングを見計らい声掛けを行っている。	
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	ケアとして行えていることは排便ペースの把握、水分摂取の促しにとどまっており、下剤の使用や必要に応じて浣腸を行うこともある。		
45	(21)	○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	介助を要する方が増えるに連れて、入浴の時間帯が限定されつつある。お一人ずつの入浴場面では、できるだけ快適に入浴していただけるよう努力している(寝たきり状態の方でもお湯に浸かってもらう等)。	入浴は週3回が原則となっている。寝たきりの方にもお湯につかっていただいている。一人ひとりができるだけ快適に入浴していただくため、入浴の時間帯に工夫を凝らしている。	
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	日中でも眠そうにされている方には短時間の睡眠を採っていただくようにしている。		
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	複数の人間が服薬介助に関わるため、まず間違いのないように介助することを最重要視しており、確認(2人で確認する、マニュアルと照らし合わせる)を徹底するよう促している。		
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	取り組みを行うことはあるが、継続できず単発的なものになってしまうことが課題である。		
49	(22)	○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支援している	感染症対策に重点を置いて以降、外出の機会は極端に減っていたが、昨年からは再び、散歩・買い物・行事(お祭り)への参加等、出かける機会を設けるようにしている。年末年始には外泊や友人と外食に出かけられた方もおられる。	コロナ収束後は、散歩や買い物、地域行事への参加等外出の機会を増やしている。外泊をしたり、外食をしたりして楽しんでいる方もいる。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	紛失やもの盗られ妄想につながるの方が多いため、現在はホームで管理させていただくことが主となっているが、管理能力があると思われる方については、少額を自己管理していただいている。		
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	電話を受ける、手紙や年賀状を受け取るといった受け身的なことが多いが、利用者によっては個人で携帯電話を所持しておられ、それを使って自由に連絡を取り合っておられる。		
52	(23)	○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	装飾等、過度な物や幼稚な物にならないように考えている。建物の構造上、寒さの対策が難しいため、利用者の座る席ごとに暖房器具を用意して個別対応を行っている。	リビングや廊下等の共用空間は寒さ対策に気を付け、利用者の座る席毎に暖房器具を用意している。リビングには、家族が撮影した写真や絵画、工作等が掲示され生活感、季節感が出ている。	
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	リビング・居室以外にも応接間や和室といった空間があり必要に応じて活用できる。		
54	(24)	○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	居室は個人毎の自室としてもらえるようにするため、あらかじめ用意しているのは、エアコンと照明器具だけにしている。		
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	バリアフリーとそうでない部分を混在させている。エレベーター等を設置しない代わりに、段差を極力低くする等して、安全への配慮と生活の中での力の自然な発揮の両立ができることを目指している。		