

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	1276200076		
法人名	株式会社 いづみ		
事業所名	グループホームはすぬま		
所在地	千葉県山武市蓮沼口2783-7		
自己評価作成日	令和6年2月26日	評価結果市町村受理日	令和6年6月10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/>

【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コミュニティケア街ねっと		
所在地	千葉県千葉市稻毛区園生町1107-7		
訪問調査日	令和6年3月21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「笑顔で目線を合わせた生活作り」の理念のもと、入居者の思いを少しでも実現できるように努めている。
- ②山武市で生活する地域住民という意識を持ち、生活がホーム内で完結することのないように、地域社会の中に出で行くことができるシステムを整えている。
- ③人が生活を営む姿から遠ざけないよう、入居者が生活の中心として考え、出来ることは行っていただき、職員だけでなく、入居者同士も多く関わることができるような支援に努めている。
- ④市内の各サービス事業所が集まったり、ケアマネ連絡会などに参加し、他事業所との交流を図り、よりよい支援が実現できるように努めている。
- ⑤リーダー研修を行い現場力のアップを図り、また虐待・感染症・ハラスメントについても各事業所で委員会を設置し、よりよい支援が行えるように話あっている。

【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)】

ホームの理念は「笑顔で目線を合わせた生活づくり」である。職員は目の前の利用者の様子をつぶさに見て、今何を望んでいるかを考え、例えば、一人でボツンとしている利用者がいたら、目の前に座り目線を合わせて話かけたり話を聞いたりするなど、利用者に寄り添う支援を心がけている。また、「生活していく」という考えをベースに、何ができるか本人の意志を尊重して支援している。食材の野菜を包丁やハサミで切る、下膳、食器洗い、食器拭き、植物の水やり、部屋の掃除など、多少時間や手間がかかるても、持てる機能を維持するために利用者にできることは何でもしてもらい、利用者が自立した生活を送ることを目指している。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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、信頼関係ができる (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しづつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどない
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどない	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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどない
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどない	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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどない		

自己評価および外部評価結果

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	ミーティングを利用し、理念(事業所としての方針)について理解を深め、自立支援への取り組みや情報共有のあり方、社会資源の活用についてなどの話し合いを行い、地域密着型サービスの目的を実践できるよう努めている。	玄関・リビング・事務室に理念を掲示して、職員や家族にも常に目に入るようしている。プロアミーティングや振り返りを利用して理念の理解を深めるとともに、日々の支援方法について話し合いをおこない、理念の実践につなげている。
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	市の広報等から地域の行事を調べ、興味があるものに参加している。また、日々のスーパーへの買い物にも、入所者の方と一緒に行き、地域での生活を継続できるような取り組みをしている。(現在は、感染症対策のため実施はできていない)	合同避難訓練に参加したり、ボランティアや実習生を受入れている。市と連携して家族介護教室を毎年開催して、介護支援について一般の人にも情報や知識を伝えている。子ども会との交流はコロナ禍以降中止している。
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	地域の高校や、大学からの実施を受け入れ、事業所での取り組みや地域密着サービスを伝える機会を設けている。また、市役所との連携により家族介護教室の実施も行っている。	
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	高齢者福祉課の職員や社会福祉協議会職員、家族が参加しているが、参加者に偏りがあるため、今後も促していく。会議録については、開催した翌月に家族に郵送し内容を把握していただいている。(感染症対策のため現在は、書面のみの実施となっている)	運営推進会議を年6回開催している。ホームの活動状況、事故報告、身体拘束や今後の予定などについて報告をしている。現状は書面開催であるが、地域、市、民生委員や家族の書面参加が出来ていない。
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	入退所状況、その他隨時法令その他連絡事項について、こまめに連絡を取り合い、お互いの理解・連携に努めている。その他にも、地域密着型サービス連絡会や介護支援専門員連絡会への参加により、介護保険課や地域包括支援センターとも連携と取っている。	毎月、市の担当課とホームの空き情報、介護保険制度の変更点や研修などの情報交換をしている。市社会福祉協議会や市高齢者福祉課の職員に運営推進会議のメンバーとなってもらい、ホームの状況把握や問題解決の協力関係を築いている。
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	プロアミーティングの際に、拘束を行う事により、どのような影響があるのか等の理解を深めていく取り組みを行った上で、可能な限りなくしていく取り組みをしている。管理者会議の場でも報告相談など行っている。	「身体拘束適正化に関する指針」で拘束の具体的な行為を示し、廃止に向けて職員の役割を定め周知している。法人内の各施設代表者が集まる管理者会議における身体拘束廃止委員会などの活動報告も参考にしている。
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注意を払い、防止に努めている	プロアミーティングの際に、虐待・不適切なケアに繋がる支援をしていないかを毎月話合っている。また、法人内で虐待防止委員会を立ち上げ毎月各事業所よりの相談案件などを持ち寄り、解決策や取組を話合っている。	

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	新規入居者が権利擁護等必要とされる場合に、その背景や権利侵害が疑われる状況などを伝え、関係行政等が関わっている制度について周知している。		
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	事前訪問時の疑問や不安な点を聞き、理解、納得していただけるよう意識している。契約時における重要事項説明書や利用契約書の説明に時間かけ、お互い納得した上でサービスの提供が始められるよう心がけている。		
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	入居者家族が意見を言いやすいよう、些細なことでも相談や報告を行うよう心がけている。 ケアプラン更新時にも要望等の記入欄を設け、少しでも把握できるようにしている。ご家族の状況により個別に電話連絡等おこなっている。	家族会はないが、毎月の請求書や便り、介護計画書の更新の時に意見や要望を記載する用紙を同封したり、家族の来所時に意見を聞くように努めている。	
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	運営している上で、原則となることについては説明し理解をしていただけるようにしている。意見や提案などについては、都度聞いていけるような体制や関係性を作ることが重要になってくるため、可能な限り会話する機会を多く設けられるよう努めている。	月に1回のミーティング、3か月に1回のカンファレンスや連絡ノートで職員の意見や要望を吸い上げている。ミーティングはできるだけ職員が集まる時間帯の午後7から9時におこない、現場の多くの意見を聞き、改善に活かしている。	
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くよう職場環境・条件の整備に努めている	正社員は半年に一度、パートは年に一度人事考課を行い、職員の実績を具体的に評価した上で、昇給を行っている。また本人にも自己評価を行ってもらい、本人の課題や努力しているところを把握した上で、個々の目標設定を行えるようにしている。		
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	必要となる共通の知識や技術については、入職時にある程度行い、フロアミーティングやその他機会を設け、身につけてもらえる取り組みを行なながら、ホーム外でも学べる機会も作れるよう情報提供は常に行い、参加できる環境の確保に努めている。		
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	法人内では研修会でワーク等を通じ意見交換をおこなったり、他施設実習を通して学びや交流ができるようにしている。外部では介護支援専門員連絡会や地域密着型サービス連絡会での勉強会へ参加し、交流を図っている。		

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
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	入居申し込み時でのご家族、ケアマネ等からの情報を元に、初回面接時でご本人が、不安にならないような対応が出来るよう留意している。ご家族にも個別で癖などを伺い打ち解けるヒントにしている。入居後は環境が大きく変化するため、多く関わる環境を継続して行えるようにしている。		
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	入居申し込みの時点で、ご家族が現在抱えている不安や悩み、施設に対してどのような考え方や思いを持っているのか等を丁寧に伺い、どのように支援していくかと共に考えていくよう関係の構築に努めている。		
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	面接時や入居後においても隨時ヒアリングを行い、ご本人、ご家族を支援していく上で、必要を感じた際には、社会資源(他事業所との連携も含め)が有効に使えるよう、事前に調査し、提供できるよう体制を整えるようしている。		
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	対人援助職という意識を持ち、認知症状態にある「人」が生活を営む姿を支えることが、グループホーム職員の「勤め・役割」だということを、共通の認識とできるよう努め、職員側からの一方的に行うだけの支援にならないようにしている。		
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	入居申し込みの時点から、共に考えていく関係性を築けるよう努め、ご家族の状況を踏まえた上で、可能な限り協力していただけるような関係となるようにしている。必要な場合には、相談・了承を欠かさないようにしている。		
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	ご家族のご理解も頂きながら、ご親戚や近隣の方などの面会や電話での連絡、手紙等の関係は限られた方ではあるが見られている。継続して関係が保てるように支援していきたい。	利用者の家族や知人に電話をかけたり、手紙を書く支援をしている。また、近隣の店に出かけるなど、これまでの関係性が途切れないようにしている。	
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	共同生活を行うものとして、食器の片付けを協力して行ってもらったり、散歩や外出等で車椅子を押してもらったりするなど、助け合える瞬間を大切にした支援が行えるよう意識している。(外で過ごして頂くことについては、感染症対策により実施は減少)		

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	積極的な関わりが持てているとは言えないが、退所した家族が現在の状況を話しに来てくれたり、見学に来た家族が手紙をくれたりしている状況もある。必要に応じ支援していこうと思う意欲はある。		
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	「本人はどう望まれているのか」ということを考えた支援を心がけ、意思表示の困難な方に対しては、その方の性格や生活暦、その他ご家族等から得た情報を踏まえ、本人主体となれるような関わりがもてるよう努め検討から実施まで行っている	食後のゆっくりしている時などに本音を聞くことが多い。聞き取った思いなどは、家族等に相談しながら、実現できるか調整するなどしている。	
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	初期の段階だけでなく、継続的にその方を知るために、ご本人、ご家族、周囲の方から、性格、生活暦等の情報収集をこまめに行えるように努め、ご家族等との情報共有を行っている。		
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	「認知症」の状態だからというような考え方ではなく、一人一人違う「人」であることを念頭に置き、可能な限り職員の都合でご本人の過ごし方を決めてしまわないよう状態を把握しながら、ご本人の意思を確認し、無理強いのない生活支援に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	管理者、担当者を中心に、カンファレンスを行い、本人に今必要なニーズの把握に努めている。また実践に反映できるよう、ご家族や主治医、その他関係機関に連絡、相談し取り入れながら計画書を作成している。	家族の意見は文書でもらい、カンファレンスで話し合っている。ケース記録も参考にしながら、居室担当者、計画作成担当者で介護計画を作成している。3か月に1回見直しており、状況に変化があればその都度見直しをしている。	
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	特に大事な部分については、赤字や赤線を使い工夫し、特記についても細かく記入するよう努めている。また、記録の内容や書き方については、会議等を利用し、よりよいものになるよう話し合っている。そのない用をカンファレンスや介護計画の見直しなどにも活用している。		
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、その時々に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	本人のニーズにより対応できるよう、医療面であれば訪問が可能な機関に相談し、活用している。 また、高齢者福祉課・社会福祉課・包括支援センターなどに都度相談、連携をお願いして、安心した生活を提供できるように努めている。		

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
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	スーパー、コンビニ、レストラン、行楽地等、ご本人やご家族の意向をもとに資源の活用を心がけている。今後もより意向に沿った支援が行えるように努めていきたい。(現在は、感染症対策のため実施が難しいがご本人の購入希望があるものを職員が購入している)		
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し、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	基本的に契約している在宅診療医との連携により、夜間や休日でも速やかな対応ができるようにすることを目的にご家族には理解を得ているが、引き続きかかりつけ医への受診を希望されるご家族についてはご希望に添うよう対応している。	月2回の訪問診療、週1回の看護師訪問で健康管理をしている。眼科、整形外科など専門医の受診が必要な場合は、訪問診療医の指示で受診している。訪問診療医と24時間オーソンコール対応体制がある。希望により、訪問歯科の往診もある。	
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	所属する看護師とは、出勤時だけでなく、電話等でも隨時相談・助言が受けられるようにしている。往診前に状態の変化や相談したい内容についてまとめ、指示、助言等共有できるようにしている。また、訪問看護師にも隨時相談ができるような関係作りを行っている。		
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	病院の医師、看護師、ワーカーと隨時確認を行いながら、円滑に退院までの流れを作れるよう努めている。また入院期間中も関係性が途切れないよう、可能な限り面会にいける環境作りを心がけている。		
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	契約時に、施設側の看取りに対する取り組みを伝え、ご家族のご意向を伺い、方針を合わせている。職員・主治医にも現状のご意向を伝えて、サービス提供を行っているが、ご本人の状態が変化してきたり、病気を発症して病状について説明する際などご家族のご意向を確認し、支援に取り組んでいる。	利用契約時に、重度化及び看取りに関する指針で説明し、同意を得ている。重度化してきた時点で医師から家族に説明し、看取り体制について同意を得たうえで手順書を作成して支援をしている。看取り後の振り返りをおこない。研修計画もある。	
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ます	現状職員同士での申し送り等の連携はできているが、今後も継続して学んでいく必要があり、医師・看護師への報告相談スキルについても、全職員が冷静に対応できるようにしていかたい。		
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	地震・災害に対応できるBCPを前回の震災を元に作成し、職員に周知できるよう準備をしている。火災においては、年2回(内1回消防署立会いの下)避難訓練を実施している。参加できない職員もいるため、日頃から意識してもらえるよう取り組んでいかたい。 感染症対策のBCPも作成し、不測の事態に備えている	年2回、夜間、火災、水害を想定した訓練をしている。自家発電装置の備えもある。備蓄食料、備品の準備はあるが、正確な数量、保管場所の確認が出来ていない。BCPの作成は完成が近い。	備蓄食料、備品については、数量や有効期限の把握し、保管場所の確認が望まれる。また、BCP完成時には、職員研修を実施し、備蓄保管場所とともに、職員全員に周知する事を期待する。

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	ご本人の性格や生活暦、また入居されてからの様子などを踏まえて、ご本人が穏やかに反応できる声掛けや接し方、また日々の生活の中で関わりを持つ意識をしている。	尊厳を大切にした対応については、職員間で共有している。トイレ誘導時は、他者に気づかれないように、声掛けしている。居室入口に表札をかけているが、望まない人についてはかけないなど、個々を尊重している。	
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	「本人はどうしたいのか」また、意思表示が困難な方は「本人ならどうしたいのか」という本人主体となる考え方を念頭に、可能な限り本人の思いや希望を表現できるような関わりを意識している。		
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	本人の意思で行動できるような声かけの工夫は行っているが、職員配置の関係や何かが重なってしまった場合の時間の関係から、こちら側の都合になってしまうこともあるので、可能な限り希望にそえるような支援を考えていきたい。		
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	口元や衣類の汚れ、衣類の乱れなど最低限の意識はしているが、それ以外のおしゃれの部分に関しては職員個々の意識の部分になってしまっているため、ご本人の意向を取り入れながら行えるようにしていきたい。		
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	食事のメニュー決め、買い物、調理、盛り付けなど、行えることを入居者の方と一緒に、時には出前や外食などを計画している。形状もミキサーや刻み等状態に応じたもので、不快とならないよう意識し、苦手なものは別メニューなどで対応し、楽しい食事の時間を過ごしていただけるようにしている。	食材の購入、調理、配膳、下膳、食器洗いは利用者も参加しており、ホーム便りには利用者がお米をとっている写真もあった。食後はソファで寛ぐ人、食器を次々と拭く人など、それぞれが自由に過ごしていた。誕生日には、その人の希望に合わせてお寿司を楽しむなどしている。	
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	食事量や水分量はケース記録に記入し、把握に努めている。バランスについては、本人の好みもあり、ある程度偏った摂取になっているが、日々の声かけや医師・看護師からのアドバイスも受け、少しでもバランスよく摂取するようここ掛けて提供している。		
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	朝・夕に必ず口腔ケアを行い、清潔保持に努めている。また、訪問歯科と提携し、随時相談、治療を行ってもら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	トイレで排泄できるようにする支援は、基本的に全ての方に行っている。個別に排泄の間隔、トイレに行きたい時のサインを共有できるようにしている。また、随時検討を行い、可能な限りトイレでの排泄が行えるように取り組んでいる。	トイレでの排泄を基本に、職員間で情報を共有し、誘導している。利用者の希望で、夜間はポータブルトイレを使用している人もいる。自立に向けて支援した結果、リハビリパンツから布パンツに移行した人もいる。	
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	日々の支援の中で可能な限り体を動かしてもらえるような支援を意識をしながら、バナナやヨーグルトなどの食べ物を用意し提供している。 主治医に相談・報告をしながら対応策も考えている。		
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	入浴の準備は毎日行い、希望される方で可能な場合は毎日入浴していただいている。こちらの都合で急がせることのないよう、会話を楽しみながら行える環境作りを心がけている。	お風呂は毎日準備しており、週2回は入浴できるようにしている。中には毎日入る人もいる。入浴中は職員と会話をしたり、歌を歌うなど、楽しい時間となるように支援している。	
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	一人一人の状態や休息を希望された場合は、時間帯にとらわれず休んでいただけるようにしている。ただ、夜間安眠ができないことがないような働きかけは常に行うよう意識している。		
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	服薬に変更があった場合には、ケース記録・申し送りノートには記載をし、申し送るだけでなく、個々に把握できるように薬情を閲覧できるようにしている。また、新たな薬が追加され場合などは状態の観察を細かく行うように努めている。		
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	日常生活における役割については継続して行えるようにしていき、新たな役割をみつけるように努めたい。ケアプランにも余暇に関する部分を必ず入れ、楽しみのある生活となるような支援を意識している。		

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
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	現在、コロナ感染症対策で、全体での外出支援はまだ実施が出来ていない状態だが、ご家族の面会時など一緒に外出して頂ける対応は行っている。 (事前に外出先や時間などを伺っての対応)	機能維持のため散歩に出かけたり、テラスで野菜を育てて水やりや収穫を楽しんでいる。家族と墓参りや外食に出かける利用者もおり、利用者が外に出る機会を持てるように支援している。	
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	アセスメントにも金銭管理の項目があり、定期的に現在の本人の能力や意向を把握した上で、希望に応じ、自己管理をしてもらっている。 (ご家族にも適宜確認をおこなっている)		
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	電話は本人からの希望があった場合で、家族の了承がある場合に行っている。家族、知人から届いた手紙は渡しているが、こちらからは年賀状程度になっている。		
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	清掃箇所を職員で分担して行い、清潔の保持に努めている。その他明るさや温度、定期的な換気なども行い、心地よく過ごせるように工夫している。 室温・湿度管理などの研修も行い大切さを共有している。	共用空間は明るく清潔である。利用者も清掃に参加している。手作りのカレンダーやメニュー表は職員と利用者が作成している。ソファを設置しており、訪問当日も利用者が寛いでいる様子が見られた。	
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	リビング以外でも、施設奥のベンチや庭のベンチなどを有効に活用できるよう意識し、独りの時間や気の合う入居者同士や職員とも関わりをもてるようにしている。		
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	入所時に、なじみのものを可能な限りお持ちいただけるようにご案内し、環境の変化を最小限にできるようにしながら、安易に装飾することにより本人が不快とならないよう配慮を行い、居心地のよい空間となるようにしている。	居室は和室タイプと洋室タイプがある。それぞれ家族の写真や時計などを置いて、自分らしい居室にしている	
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	構造上リスクがある部分を理解しつつ、可能な限り工夫を行っている。理念を紐解き理解をしてもらう中で、可能な限りできることは行ってもらう必要性を、職員に伝えている。		