

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	0272400821		
法人名	有限会社ケアサービスたんぽぽ		
事業所名	グループホームたんぽぽ		
所在地	青森県五所川原市金木町字芦野200-269		
自己評価作成日	令和2年9月28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	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	令和2年10月14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)】

<p>・敷地内に通所・訪問介護、居宅介護支援事業、住宅型有料老人ホーム、高齢者共同住宅などがあり、小規模な中で職員との協力体制があり、利用者間交流も行われています。</p> <p>・周囲はたんぽぽ畑、芦野公園に囲まれて自然に恵まれています。民家は少ないが、避難訓練に参加頂いています。</p> <p>・グループホーム開設以来、代表者を含めてすべての職員が出来る所から積み重ねる姿勢で取り組んでいます。特に健康・衛生面に力を入れています。</p>
--

【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)】

<p>周囲はたんぽぽ畑・芦野公園に囲まれ、自然豊かで季節感が楽しめる。同一敷地内にはデイサービス・住宅型有料老人ホーム等があり、職員・利用者同士の交流が盛んに行われている。地域行事への参加以外にも、地域住民と一緒に避難訓練を行う等、地域との繋がりはとても深い。創設者である代表者兼管理者は、職員からの人望が厚く、個々の希望に沿った労働条件を整えてくれる等、働きやすい職場環境作りに尽力している。職員は『利用者様が笑顔で安心して暮らせることを目指します』の事業所理念を共有し、実践に繋げている。</p>
--

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りや深まりがあり、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、活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	管理者・職員一同で検討し、令和元年10月より新しい事業所理念を作り、毎月1回の職員会議の冒頭で唱和し、利用者が笑顔で暮らせる様になる事を目指しています。	事業所の状況変化に合わせ、新しい理念に作り変えるなど、理念を大切にしている意識は高く、職員会議において地域密着型サービスの意義や役割を考え、理念がケアへ反映されているのか、意識付けを行っている。	
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	コロナ禍では一旦外部との交流は中止していますが、前年度は行事で幼稚園児やボランティア団体等地域の方々と交流しています。また、避難訓練では近隣の方も参加しています。	現在はコロナ禍のため自粛しているが、以前は幼稚園やボランティア団体等と地域の行事を通して、交流が盛んに行われている。加えて、地域住民や友人が事業所に訪れる等、日常的な接点や触れ合う機会も多く、地域に溶け込んでいる。	
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	運営推進会議や家族会で、これまでの認知症介護の実践で学んだ支援方法や、一人ひとりの異なるケア方法など伝達し、喜ばれています。		
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	運営推進会議では、年1回は利用者やサービスの状況、自己評価の結果を発表し、議題としてしています。身体拘束・虐待防止についても有識者から助言や意見をいただき、ケアの向上に役立っています。	現在はコロナ禍のため文書による共有に留めているが、以前は2ヶ月に1回のペースで会議を開催している。地域包括支援センター職員や有識者より意見や助言を伺い、具体的なサービス向上に活かせるよう努めている。	
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取り組んでいる	集団指導の指導事項により業務を見直したり、市の担当者からの連絡メールを定期的にチェックし対処しています。運営推進会議を通じて、ホームの実情やケアへの取り組みなどの伝達を心掛けています。	市役所担当者や地域包括支援センター職員と電話やメールにて、実情・課題の情報を共有している。法改正や介護計画作成に関する助言を貰うなど、協力関係が築けている。	
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	代表者・職員は事業所内外の研修受講や身体拘束等適正化委員会を定期的に開催し、身体拘束による弊害の理解と廃止する事に取り組んでいます。	現在、身体拘束の事例はない。身体拘束等適正化委員会において、事業所内研修を開催している。事業所全体で、身体拘束の内容と弊害を理解し、身体拘束をしないケアの継続に取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	事業所内において虐待防止の研修を行い、自分でささいな事だと思っても虐待に当たる事例などを読み合わせ、防止することへの思いを再確認しています。		

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
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	日常生活自立支援事業を利用している入居者を通じて、職員は制度についての理解をする機会を持ち、支援員との話し合いに参加したり、話し合いの結果を聞く事によって理解を深めています。		
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	新規契約時や改定時は分かり易い言葉で説明しています。また、これまで出された家族の疑問点等を表にしてチェックしながら説明しています。		
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並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	令和元年12月に家族へのアンケートを行いました。意見は出しにくいと思われる為、「やや満足」と答えた所は満足でないと捉えて運営に活かしたいと思えます。ご本人からはサービス担当者会議の場で意見を頂いてケアに活かしています。	家族に対し『サービスに関するアンケート調査』を行っている。アンケートの集計結果を全職員で共有し、『やや不満足』の多かったサービス内容の向上に努めている。意見や要望を運営に反映させようとする意識は高く、ケアの向上に活かそうとする姿勢が伺える。	
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	代表者兼管理者は日常的に職員の申し送りや月1回の定例会議での職員の意見を聞き、可能な限り実現に向けて検討しています。	代表者兼管理者は、申し送りや会議中による意見交換を行っている。加えて、日頃から職員一人ひとりと細やかにコミュニケーションを図ることで、気付きやアイデアを取り入れている。環境整備に必要な物品を購入したり、勤務体制や異動に関する要望を反映している。	
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けるよう職場環境・条件の整備に努めている	代表者はグループホームの管理者を兼任しており、常に施設に居て、職員個々の状況を把握し、勤務表(勤務時間)も介護員の意見を聞きながら作り上げています。		
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	職員の資格や経験年数に応じて研修計画を立て、所内外の研修を受講する様にしています。今年はコロナ禍の影響で所内の研修を多く実施しています。		
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	同業者が加わる五所川原市介護事業者連絡協議会に入会し、研修会や会議に出席して、サービスの質を向上させる様取り組んでいます。		

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
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 サービスの利用を開始する段階で、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	可能な限り入所前にご家族とともに本人にも施設を見ていただきながら、困っていることや要望などに耳を傾け、入所時のサービス担当者会議で利用者本人の意見を聞いて不安が少なくなるよう努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	事前の電話相談や面談で、入所に至った経過や事情を伺いながら、ご家族が困っていることや不安、要望、サービス利用の際の希望などについてお聞きし、信頼関係を築いています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	初回相談から、管理者・計画作成担当者などで必要な支援を見極め、入所前の担当ケアマネジャーからの情報も得ながら種々のサービス提供できるよう努めています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は利用者の持っている力をホームの生活の中で活かす様にしています。テーブル拭きや食器拭き、洗濯物を干したり畳んだりを一緒に行ったり、食事や行事で挨拶してもらっています。		
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置かず、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	ご利用者と家族の絆を大切に、誕生会、遠足、ショッピングなどはご家族にも声がけし、参加をお願いしています。自室に家族と共に写った写真を飾ったり、家族の事を常に話題にしています。		
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	アセスメント(センター方式)で馴染みの人や場所を必ず把握し、希望の場所への外出支援や家族・友人との面会が継続できるよう、電話で依頼したり、馴染みの人の写真を部屋に飾ったりしています。	同一敷地内にあるデイサービスセンターや住宅型有料老人ホーム等から利用者の訪問がある。利用者のほとんどが地域の顔馴染みであることから、関係が途切れない支援に繋がっている。加えて、家族や友人への電話連絡を通じた交流も継続して支援している。	
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	ご利用者同士の相性を見極め、常に座席の位置にも配慮し、心地よく過ごせる様にしています。孤立することがないように、日常にご利用者同士が関わりあい、支えあえるよう職員が仲立ちして言葉掛けをしています。		

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
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	入院が長期化し契約が終了しても、その後の施設入所や介護認定の手続きの支援を行ったり、他施設に移った後もご本人やご家族と合った時はその後の経過を伺ったりして継続支援に努めています。		
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	ご利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望を、センター方式に記録しています。ご本人が意志を伝えられない時は、面会にみえた家族からも暮らしぶりや本人の思いをお聞きし、担当者会議で検討するようにしています。	本人との日々の関わりや家族との会話の中から、思いや意向の把握に努めている。センター方式や経過記録の情報をもとに『課題整理総括表』を活用し、課題や援助内容を吸い上げている。	アセスメントの意義や手順について正しく理解し、根拠として活用するツールの整理・見直しを行うことが望ましい。
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	可能な限り入所前に自宅を訪問し、ご本人やご家族から生活歴や普段の過ごし方、サービス利用についてお聞きし、担当のケアマネからも基本情報を頂いています。		
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	上記同様、入所前に一日の過ごし方や心身状態、自分で自宅で出来る事を把握し、入所後も経過を追って把握する様にしています。		
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	毎月本人へのモニタリングを行い、3ヶ月に1回は家族とも話し合っって介護計画の原案を作成し、担当者会議で検討して意見を出し合い、必要があれば変更しています。	3か月に1度のペースでモニタリングを実施している。さらに定例会議において、モニタリング記載内容を再確認し、職員間の情報共有を行っている。本人や家族の意向を確認し、状態変化に応じ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	個別の生活記録や体調記録を行い、毎月定例会議でモニタリング結果を検討して共有化に努めています。状態の変化があれば介護計画の見直しを行います。		
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	馴染みの美容院に行きたい、役所の手続きが分からない、趣味の材料が欲しい、友人に会いたいなど、色々なニーズに可能な限り対応しています。		

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
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	センター方式の記入により、ご本人の生きがいや支えてくれる人、頑張ってきたことなどを把握し、それに関連した言葉掛けやレクレーションで楽しめるよう支援しています。		
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	在宅時からのかかりつけ医に継続して受診出来る様支援しています。病気や心身状態の変化で他科を受診したり、主治医から紹介されて他の病院に変わる時も、家族に連絡してから受診するようにしています。	馴染みの医師による医療が受けられるよう、入居前からの『かかりつけ医』へ継続して受診ができる体制である。受診の付き添いは職員が支援し、家族との受診結果に関する情報共有も密に行われている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	体調やバイタルサインの変化で急を要する場合はすぐ口頭や電話で看護師に伝え、受診の可否を相談しています。排泄や皮膚のケア等についても相談し、必要な手当てをしてもらったりアドバイスを受けて支援しています。		
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、また、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。	利用者が入院した場合は、すぐに服用している薬などを持参して伝達し、看護情報提供書を病棟看護師に渡しています。入院中に変化や退院が近い場合連絡を依頼し、退院前には家族と共に退院後の注意点について伺っています。		
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	主治医から終末期にあると言われた場合、本人・家族と予め、事業所で出来ること・出来ないこと、治療の必要がある場合の通院等について相談しています。入所段階で看取りの指針について説明しています。主治医や外来看護師に普段から連絡や相談を行っています。	重度化した場合や終末期支援について、入居の際から本人・家族と話し合いの機会を設けている。地域特性や事業所の体制を把握し、現状はどこまで支援ができるのか、その都度見極めを行っている。これまで看取りの実績はないものの、事業所ができることを十分に説明しながら方針を共有し、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	急変や事故発生時に備えて、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を行うよう努めています。今年は、看護師を講師に誤嚥と窒息の違いと手当方法の研修と実技を行いました。		
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	消防計画の元に年2回の避難訓練の他、夜間の自主的避難訓練も実施しています。また、近隣住人にも避難訓練に参加していただいています。	地域住民の参加や協力により、火災・地震等を想定した災害訓練が行われている。災害対応マニュアルが整備され、災害時に備え非常用食料・備品も確保されている。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	どのような言葉や対応が虐待に当たるかを、具体的な事例を元に事業所内研修を行い、それを意識しながら介護に当たっています。排泄の失敗などは、なるべく他の利用者に悟られないように行っています。	事業所内研修において、不適切な言葉の確認や共有を行っている。排泄の失敗等で支援が必要な際には、さりげない対応・関わりを意識し、羞恥心に配慮している。	利用者の誇りを傷つけたり、プライバシーを損ねる言葉となっていないか確認し、妥協する事なく改善に向けた事業所全体の取り組みを期待する。
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	利用者の話に耳を傾け、否定しないで聞く様になっています。意志決定が難しい場合も、身振り手振りを付け、津軽弁で話しかけたり、表情で汲み取るようにしています。		
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	夜、テレビ鑑賞したい利用者は自室で見て頂いたり、編み物や部屋の片付けをしたい等の希望があればその日のペースに合わせて過ごして頂いています。		
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	在宅時からの行きつけの美容院を利用の方には、送迎支援しています。また、外出時の化粧や洋服、帽子やストール等の小物でおしゃれ出来るよう支援しています。		
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	食事前に楽しくごっくん体操やメニュー紹介で雰囲気作りをしています。一人一人の好きなメニューを把握し行事食に入れる様にしています。手伝いが出来る利用者は、食器やテーブル拭き、食事エプロンたたみ等一緒に行っています。	朝食はすべて事業所内で調理し提供している(昼食・夕食は同一敷地内デイサービスセンターで調理したものを提供)。加えて、個々の嗜好に合わせた食事メニューも提供している。食事の準備や後片付け等、できることを利用者と一緒にすることで、喜びや食事への関心を高めることに繋げている。	
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	栄養士が作成した献立のもとに、一人ひとりのアセスメントに合わせて軟食や刻み、とろみ付けを支援しています。一日の食事量と水分量を把握できるよう記録しています。		
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	全職員が研修等を通じ、口腔内の清潔を保つことは感染症の予防になる事を認識し、毎食後ケアを行っています。磨き残しがある場合は一部介助し、定期的に義歯洗浄剤に漬けて清潔を保っています。		

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
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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄記録を行って排泄パターンを把握しながら支援をしています。自分でトイレに行く利用者には時間を見て声がけします。紙おむつの方もリハパンにはき替えし、トイレでの排泄に努めています。	『排泄記録』にて、1人ひとりの排泄パターンを職員間で把握している。入院によりおむつの着用が必要となったが、退院後本人の『トイレで排泄したい』という意向に沿って支援し、トイレで排泄ができるようになった事例がある等、自立に向けた支援に取り組んでいる。	
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	献立に繊維質の多い食品を取り入れたり、適正量の水分を摂れる様援助しています。ヨーグルトや牛乳等の乳製品をおやつに取り入れたり、毎日の体操や歩行・起立運動等に取り組んでいます。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は決めているが、本人の体調や意見を尊重して、午後の時間帯の中で良いタイミングで入浴していただいています。また、一人ひとりの好みの温度にしたり、入浴剤の使用、入浴時間など配慮をしています。	週2回の入浴機会を基本としながらも、希望時間を本人へ確認し、相談に応じている。また、利用者1人ひとりの『お湯の温度』や『浴槽に浸かる時間』の好みを把握し、個々に合わせて支援している。	
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	在宅時からの生活習慣や睡眠、午睡などの習慣を把握して休息への支援をしています。夜眠られなかった、体調が悪いなど状況に応じて休めるよう援助しています。		
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	薬の説明書を利用者一人ひとりファイリングし、変更があった時は、連絡ノートや会議で全職員で意思統一を図っています。副作用を把握し、症状に変化があった時は看護師に相談しています。		
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	一人ひとりの生活歴、得意なこと・好きなことをセンター方式で把握し、手伝いが出来た時は褒め、生きがいを感じられるよう支援しています。針仕事が得意な方には繕い物、食器拭き、男性入居者には食事や行事の挨拶をお願いしています。		
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。また、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	例年は天気の良い時は戸外でレクリエーションを行ったり、すぐそばの芦野公園に散歩に出かけます。年1回はご家族も誘って遠足や外食にでかけたり、花見や地区文化祭に出かけられるよう支援しています。	現在はコロナ禍のため自粛しているが、以前は遠足や外食など、個々の希望に合わせた外出支援を実施している。また、家族の協力も得ながら、自宅まで外出支援を設けており、職員と一緒に事業所周辺に外出する等、日常的に外出する機会もある。	

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
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	職員は一人ひとりの金銭に関する希望を把握し、お金を持つことへの希望があれば、家族と相談して小額の小遣いを持つことが出来るよう支援しています。また、買い物や外出時にはご家族と契約した上で、会社で用意した立替金で買い物できるように支援しています。		
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	家族と電話で話をしたいという希望があれば、いつでも事務室の電話機で、お話しできるように支援しています。また、施設からご家族に用事があって電話する際も、希望を伺った上でご本人とお話しして頂いたり、郵便で近況をお知らせしています。		
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	トイレの入り口のカーテンや、風呂場の入り口について立てを立ててプライバシーの保護をしたり、窓に光線を和らげるフィルムを張る等工夫しています。また、四季の花を飾り、季節感を出すよう努めています。	窓にフィルムを貼ることで、直射日光を防ぎ、温度調整の役目を果たしている。また、共同生活室には季節に合わせた装飾が施され、暮らしの場を整えている。利用者の不安やストレスとなる原因がないか、全職員が日常的に注意を払っている。	
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	食堂から離れた所にソファを置いてくつろげるようにしたり、畳の小上がりのコーナーを設け、足を伸ばして座ったり少し横になったりとくつろげる場所を工夫しています。		
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	ご家族の協力で、本人が長年愛用していた物や好きな物、作った作品を置いたり、入居してからの本人の作品や誕生会の家族写真などを飾り、喜ばれています。	本人・家族と相談しながら、馴染みのある家具の持ち込みや配置場所について工夫を行っている。本人が居心地よく過ごせるよう、その人らしい居心地の良い居室作りに努めている。	
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」や「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	出来るだけ自分で移動出来るよう、トイレや風呂場、玄関に手すりを追加したり、身長に合わせた椅子、ベッド用立上り手すり等を用意しています。場所が分からなくなる方に対しては大きい字で分かり易い言葉で案内表示しています。		