

### 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	0272501073		
法人名	社会福祉法人 貴望会		
事業所名	グループホームみほの		
所在地	〒039-4141 青森県上北郡横浜町字三保野54番地		
自己評価作成日	令和3年10月19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3年11月10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)】**

認知症ケア理念に基づいた実践ができるように、職員の質向上育成に力を入れている。質の高いケアの提供を行い、ご利用者様のQOL向上につなげている。  
 職員育成では、年間目標を「意思統一」と掲げ、認知症の人の行動や表情を見てチームで同じく感じ、考え方を統一し、チーム合意のもとケアを提供できることを目標にしている。ケア統一することでご利用者様の安心、快適な暮らしを心がけている。  
 認知症ケアでは、ご利用者様の心の動きに合わせ柔軟に対応できるよう探究し続ける必要性を定期的に全職員で周知している。毎日OJTの実施、振り返りをチームで行い目標達成に向け取り組んでいる。

**【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)】**

同一敷地内には、特別養護老人ホームやデイサービスセンターなどが並び、職員・利用者同士の交流が盛んに行われている。町役場や地域包括支援センターとの情報交換や連携が密に行われ、地域からの信頼は厚い。法人理念をもとにした認知症ケア理念(事業所理念)を掲げるなど、認知症ケアに特化した地域密着型サービスの意義や役割を考え実践している。管理者は職員からの人望が厚く、労働環境の改善などに加えて、チーム作りや新人育成に関する意識が高い。会議や委員会などを通して法人内の意見交換が盛んに行われ、ケアの質や統一性に繋げている。

**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	職員全員で認知症ケア理念と基本方針を作り、理念に基づいたケアの実践ができるように、毎月勉強会で共有し、毎日ケアの振り返りを行いOJTで個人、チームの育成に努めている。	法人理念をもとに、職員と対話を重ねながら認知症ケア理念(事業所理念)と基本方針を作り上げている。毎月の勉強会で共有し、地域密着型サービスの意義や役割を考え、理念がケアに反映されているかを立ち返っている。	
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	月1回、町内の理容店の方々に来訪し散髪を行う。理容店の方々との交流を通じて地域の情報や昔ながらの地域に関する話題で交流をしている。	コロナ禍のため行事や外出等は自粛しているが、地域の『理容会』が協力し、月1回のペースで散髪時のコミュニケーションや交流が行われている。昔からの顔の見える関係作りを継続し、日常的な繋がりを維持するようにしている。	
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	通院時など地域住民との会話の中で認知症に関する理解や向き合い方を助言し、地域住民と認知症の人をつないでいる。		
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	運営推進会議はコロナの影響により開催していない。取り組み状況や事故報告など都度行っている。	コロナ禍のため会議は自粛している。代替えとして2カ月毎に家族・町役場等へ書面を送付し、情報共有を行っている。資料に勉強会の内容や写真等を添付し、意見や要望をサービスの向上に活かせるようにしている。	
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取り組んでいる	施設の現状課題や認知症ケアからの学び、困難事例への取り組みを連絡、相談しながら行っている。	日頃から事業所の実情や課題を共有し、運営やケアに関する助言を貰うなど、協力関係が築けている。コロナ禍においてもオンライン研修やセミナーを活用した連携が行われている。	
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	定期的に勉強会を開催しスリーロックによる影響を周知徹底している。特にスピーチロック、ドラッグロックは基本方針にも掲げており毎日OJTで考え方、対応方法を学ぶ機会を設けている。	3カ月毎に『勉強会』を開催し、身体拘束をしないケアの継続に取り組んでいる。『薬に頼らない』という基本方針のもと、日頃のコミュニケーションにおいてもケアを振り返り、事業所全体で身体拘束の内容と弊害を理解し、意識共有を図っている。	
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	年2回虐待の芽チェックリストを行い意識づけを行っている。毎年勉強会ではグレーゾーンに気づけるように演習を通して実施している。		

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	虐待と合わせて勉強会を実施し内容を周知している。必要な場合は支援できる体制にある。		
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	契約、改定の書類説明は管理者が分かりやすく説明し一つ一つ理解・納得したか確認をとりながら行っている。契約後でもご家族様から質問がある場合に対応できるよう全職員で共有している。		
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	ご利用者様には常に心の声に気づけるように目配り、気配り、耳配り、心配りしている。ご家族様からの意見、苦情等は検討会議を行い、苦情として挙げられた場合は、法人の苦情処理委員会で検討している。	利用者との対話や日頃の気付きに加え、面会や電話連絡などを通じて、家族との意見交換も随時行われている。意見や要望を運営に反映させようとする意識は高く、月1回の『苦情検討会議』の開催や法人内による情報共有も行われている。	
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	全職員が公平に意見を言えるような職場環境作りをしている。毎年評価表を元に管理者と職員は面談を行っている。その他日常的に管理者は職員の意見を聴き必要性があれば上部へ報告している。施設長と職員の面談も定期的に行われており、直接意見が届く体制になっている。	日常的なコミュニケーションの他、年1回の面談時に、管理者と職員が意見交換を行っている。提案やアイデアが運営に反映されやすいよう、法人本部へ内容を報告する仕組みが構築されている。	
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	勤務体制変更し職員の労働時間の負担軽減に努めている。変更により1日あたりの日中勤務者を4人確保できケアの充実と成功体験からのやりがいを感じる機会が増えていく。		
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	個々の能力評価を行い能力別の勉強会を実施している。個人育成→チーム育成に力を入れている。勉強会で学んだことが実践につなげることができるように更にOJTで日々トレーニングしている。困難事例では、ひもときシートを活用しチーム全体で考え解決策をご利用者様視点で気づくことができている。		
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	交流機会は減っておりネットワークづくりは消極的である。包括支援センターや法人内とのやり取りで質向上に努めている。		

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
<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	本人に寄り添い、言動や表情から心の声を読み取り、本人の想いに沿うことで不安感を取り除く。そのため、アセスメントの視点で心の声や想いを観察、推測できるスキルアップに努めている。		
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	不安軽減のため面会の仕方を工夫し、頻繁な面会と施設内での暮らしの様子を通信機器を活用し密に伝えている。		
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	センター方式を活用しチームで専門的視点でアセスメントし、本人、家族の要望と専門職のニーズを擦り合わせ見極めている。他サービスが必要な時は、専門機関と相談しながら行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	「家」ということを意識し、型にとらわれない柔軟なケアを心がけている。利用者主体であるかを常に自問自答しながら行っている。一緒に生活し共感しながら支え合うことの重要性を勉強会等でも実践を振り返りながら再確認している。		
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	ご家族様には、契約時にグループホームみほの方針と認知症への理解、ご家族様と共に支え合う意味を伝えている。ご家族様の現在の気持ちと揺れ動く気持ちに合わせて本人、ご家族様、施設3者で支え合っている。		
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	外出は入所前からのかかりつけ医に行く程度である。ご家族様に協力して頂き写真を活用している。回想法を用いて昔のこと、昔の強みである記憶、本人の気持ちが途切れないように努めている。	コロナ禍のため自粛しているが、手紙やテレビ電話を活用し、友人や知人との交流が維持できるよう努めている。加えて、LINEを活用した動画配信を行うなど、馴染みの人との関係が途切れないよう工夫している。	
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	ご利用者様が難聴でコミュニケーションが取れず孤立防止のため、利用者同士をつなげ輪に入れるように代弁したり架け橋になっている。		

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	ご家族様から本人の近況報告や選択に悩んでいる相談がある。ニーズに合った情報、助言をし支援している。		
<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	本人の意思を会話からくみ取るようにしている。言葉で伝えることが困難なご利用者様は、行動や仕草から推測し実践して、その後の状態で適切・不適切を判断している。	認知症ケア理念(事業所理念)と基本方針にもとづき、本人の思いや意向の把握に努めている。センター方式を一部用いたアセスメントツールを活用し、課題や支援内容を吸い上げ、職員間で共有している。	
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	事前情報を元に本人と会話したり、回想法を用いて表情や仕草、話し方、目の動きから当時の想いを探っている。他事業所やご家族様にもアセスメントのための情報を提供して頂いている。		
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	本人のその時の状態、気分、想いはケース記し共有している。また3ヶ月に1回センター方式を活用しアセスメントを行い状態変化の把握に努めている。		
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	計画作成担当者、居室担当で3か月に1回モニタリングを行いカンファレンスで周知している。ご利用者様の状態変化時や困難な状態の時は随時カンファレンスを開催し、内容によってユニット職員、または全体で共有している。認知症のことに本人の意向を代弁する医師との相談する機会が増えている。	担当職員が主体で行ったモニタリング内容をもとにカンファレンスが行われ、職員間の情報共有を行っている。認知症ケア理念(事業所理念)と基本方針に立ち返ることで、カンファレンス以外にも対話の機会を増やし、チーム意識を高めている。	
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	居室担当者が介護過程のモニタリングを行い、ご利用者様ひとりひとりに興味を持ち責任を持っている。計画作成担当者と連携しケアプランの作成、カンファレンスで共有しチーム合意の元実践している。		
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	ご利用者様の瞬時で変わる心の動きに合わせて柔軟な考え方をしている。ご家族様の揺れ動く気持ちも傾聴し、何が最善かを考えそれに合わせて職員の動きや体制を変えて工夫しながら柔軟な対応をしている。		

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
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	なじみのお店に行く事ができない為、お店の方にも協力して頂き、品物を施設に持ち込み選ぶ。運搬は職員が行っている。施設内でもお店の物を自分で選択し購入でき、地域資源を活用しながら地域とのつながりが途切れない様支援している。		
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	入所前からのかかりつけ医で継続して医療を受けられるよう支援している。また、状態に合わせ適切な医療を受けられるように本人、ご家族様と相談しながらかかりつけ医の選択を行っている。	入居前からの『かかりつけ医』へ継続して受診できる体制だが、病院やクリニックが少ないという地域の実情により、町外への受診が多い。移動にかかる時間が長いといった課題がある中でも、受診時はすべて職員が付き添い、家族との情報共有が密に行われている。	
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	介護職員は日常の少しの体調変化に気づけるよう観察し、都度看護師に報告、相談している。迅速な対応を心がけている。		
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、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。	医療機関と連携を密に取り情報交換、調整を行っている。ご本人様の状態、ご家族様の意向も踏まえ早期退院できるように受け入れ体制を整えている。		
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	ご本人様とご家族様には、早い段階の契約時に予後をどのように過ごしたいか確認している。また、本人の状態に合わせ随時ご家族様に意向確認している。	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・家族と話し合っている。訪問診療を可能とする医師が、不足する地域の実情を踏まえ、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。これまでも看取り実績がある。	
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る	事業所内にAED設置し、定期的に救命講習を受講している。急変時のマニュアルも全職員で把握し対応できるようにしている。		
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	法人全体で災害対策委員会を設立している。年2回日中想定と夜間想定避難訓練を実施している。災害時は法人の他部署の職員も応援に駆け付けられる体制ができている。	法人(拠点)全体で『災害対策委員会』を設置し、地域との協力体制を築いている。夜間想定を含めた年2回の避難訓練を実施し、他部署の職員との応援体制を確認し合っている。	

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
<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	個々の世界観に合わせて否定せず傾聴している。非現実を受容することで、本人の満足感や自信につながり心が元気になれるように支援している。	『利用者の行動の意味を考えケアに努める』という基本方針をもとに、一人ひとりの人格を尊重する意識作りが行われている。誇りやプライバシーを損ねるような不適切な言動・対応となっていないか、日常的な確認をしている。	
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	本人が自己決定できる言葉、環境をアセスメントし個々に能力、状態に合わせてアプローチの工夫を行っている。言葉で表す事が困難な方は、表情や目の動きで判断しその後の本人の状態を確認している。		
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	「業務」ということは基本的に存在せず、その時のご利用者様の動きに合わせて職員が動くというスタンスで行っている。そのため利用者主体の考え方に力を入れている。		
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	本人が着心地の良い好む洋服やこだわりは積極的に受容している。本人のこだわりであるスキンケアやお化粧品も自宅に居た頃と変わりなく継続出来るよう支援している。		
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	毎食時、ご利用者様と一緒に盛り付けを行っている。食事と一緒に摂っておりメニューから季節感や会話を広げている。	食事への関心が高まるよう、月1回の『誕生会』において、一人ひとりの好みや季節の食材を取り入れたメニューを提供している。利用者それぞれの能力に合わせた準備や後片付けを促し、職員も一緒に行っている。	
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	栄養バランスは栄養士が行い管理している。水分量は毎日チェックしており、本人が好む飲み物で工夫したり、個々に合わせた時間帯で提供している。		
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	ご利用者様の口腔内を随時確認している。また、定期的に歯科受診し口腔内掃除や歯磨き指導を行って頂き歯科医師とも連携している。		

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向けた支援を行っている	個人の排泄パターンに合わせて誘導トイレにて排泄している。又、排泄意のある利用者様が同じトイレに集中する為、混乱し失敗ないように動向に目配りしている。	利用者毎に『排泄・水分チェック表』を作成し、排泄パターンを細やかに記録している。職員間で利用者の排泄サインを共有し、可能な限りトイレで排泄できるよう支援している。取り組みにより失敗が減り、リハビリパンツが不要となった事例がある。	
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	好みの飲み物やゼリー、アイスなど個々に合わせて提供している。糖分や体重管理を考慮して日課の中に体を動かす時間を設けている。		
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、個々に応じた支援をしている	ご利用者様のその時の気分に合わせて曜日時間帯を替え対応している。個人の特性を把握し、順番や垢すり、個人のシャンプーなど希望に合わせて支援している。	月～土曜日の入浴が可能である。本人の希望や体調などを考慮し、お湯の温度や入浴順の工夫を行っている。加えて、排泄の失敗による汚染や外出前に入浴を支援するなど、一人ひとりの状況に合わせて対応している。	
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	個人の生活習慣を尊重し在宅生活とのズレ解消に努めている。本人の意向に沿ったケアや不快要因を解消するケアにより夜間の安眠につながっている。		
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	病院受診し、薬変更時には作用・副作用を確認し職員全員が把握するよう努めている。薬に関することは看護師と連携し介護職員も把握できるように、薬に携わる機会を意図的に設けている。		
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	施設内での作業(洗濯量、食器拭き等)をただ役割として与えるのではなく、ツールとして本人の快になっているか。暮らしの中での楽しみは何かを自問自答しながら支援し職員で共有している。本人の価値観に合わせ個別ケアをしている。		
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。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	コロナ禍のため外出制限があるが、通院後に町内を廻ったり、天候に合わせホール窓を全開にして外の空気を吸い外気浴の雰囲気を楽しむ。解放感から閉じこもり生活の軽減に努めている。	コロナ禍のため自粛しているが、病院受診後の『町内ドライブ』や『外気浴』を行うなど、利用者が事業所の中だけで過ごさない工夫が、継続して行われている。	



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
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	ご利用者様の希望に応じて所持できる環境を整えている。ご家族様にはお金を所持する目的とリスクを説明し納得して協力して頂いている。		
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	面会制限がある為、通信機器の活用を積極的に行っている。顔が見えるようテレビ電話で会話するなど個々の能力に合わせて使い分けている。		
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	季節行事に合わせてご利用者様と一緒に調理や装飾品を作っている。不快な刺激がその人にとって何かを把握し配慮している。職員も環境の一部であることを十分理解し、接遇面に力を入れ職員の質向上に努めている。	エアコンとパネルヒーターが完備され、居心地の良い共用空間となっている。加えて、季節に合わせた装飾や作品が掲示されるなど、暮らしの場が整えられている。『職員も環境の一部』という共通理解のもと、接遇や環境に関する意識は高くある。	
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	一人の時間を一息付ける時間になるように、居室にはなじみのものやテレビ、ソファ、冷蔵庫の持ち込みなど制限なく本人、ご家族様の希望に応じながら環境整備している。共用空間では自席はあるもののその時々で椅子、ソファ自由に利用できる環境になっている。		
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	上記の他に、洋服なども本人が着慣れたもの、心地よいものを持参して頂いている。自宅での暮らしと途切れないようにしている。	写真・ソファ・冷蔵庫など、本人が使い慣れ希望したものを持ち込み、居心地よく過ごせるような工夫・配慮が行われている。自宅からの暮らしが途切れないよう、好みの衣類や習慣の把握にも努めている。	
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	自尊心に配慮しながら、リスクばかりにとらわれず自立できるように包丁やはさみ等刃物を使った活動も行っている。必要なところの支援をさりげなく行い自立支援につなげている。		