

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	0194700613		
法人名	社会医療法人 恵和会		
事業所名	グループホーム どんぐり		
所在地	北海道河東郡音更町木野西通8丁目1番地14		
自己評価作成日	令和6年10月15日	評価結果市町村受理日	令和6年12月18日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	mhlw.go.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosvoCd=0194700613-00&Se
-------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 NAVIRE
所在地	北海道北見市とん田東町453-3
訪問調査日	令和6年11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)】

・利用者様一人ひとりが有する能力を最大限引き出せるよう、身体能力・認知症の状態・生活歴・性格などを正しく把握・見極め、職員間で介助方法を統一することに努めています。
 ・医療法人が運営するグループホームであり、医療と介護の連携が密接にとれ、利用者の健康、体調管理の面で安心頂けると共に、相談などを受けることができます。
 ・百人一首、すごろく、塗り絵、カラオケなど、利用者様の趣味、趣向などを取り入れたレクリエーションを行うと共に、掃除、茶碗拭き、簡単な調理など職員と一緒に生活リハビリに取り組んでいます。季節ごとに行事を行い、外出機会を設けドライブや外食、喫茶に行くことで季節感を感じてもらえる工夫を行っています。
 ・町内会の行事、町内会主催の自主防災会、地元企業主催のお祭りへの参加など、地域との交流を深めています。

【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)】

音更町木野地区のショッピングセンター等がある利便性に富んだ地域で、向かいにはコミュニティセンターがあり、事業所隣には同法人のデイサービスや他法人経営の高齢者住宅がある福祉エリアに、社会医療法人恵和会により2階建て2ユニットで開設されているグループホームどんぐりは、法人理念に掲げられてある様に「その人がその人らしくいられるよう」「豊かな人生、豊かな生活を再現できるよう」「家族や友人、社会との交流が続けられるよう」と利用者を受け入れ、寄り添った支援となる様に努めています。職員は利用者と接する上で笑顔でいる事を常に心掛け、いつも明るく笑顔ある生活が送れる様に取り組んでいます。更に、法人理念をもとに各ユニットで目標を定め、「利用者の気持ちを考える」「心の余裕を持てる環境を皆で作って行こう」と理念を具体的にした介護に努めています。家族にはコロナ禍で面会が少なくなっている時も電話連絡や運営推進会議議事録、担当職員のコメントが書かれた事業所便り「どんぐり」を送付して様子をお知らせし、安心して頂ける様に取り組む、家族に喜ばれています。外出もコロナ禍で少なくなりましたが現在は感染に注意を払いながら近隣へ紅葉見物や外食、お祭り見物等、季節を感じられる様支援を行っています。十勝地区には法人関連の高齢者介護事業所があり合同での研修や身体拘束適正化や虐待防止、感染対策等の会議を行っており適切な介護、運営が出来る様に取り組んでいます。

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ます (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広がったり深まり、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		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	当ホームの理念に基づいて、利用者様がその人らしく生活できるように支援している。目標を定め職員が共通の意識でサービス提供をするように心がけ達成状況を毎月の会議で話し合っている。	理念を玄関、リビングの目につきやすい場所に掲示しており、各ユニットには理念に基づいた目標を掲示し実践するように努めています。本社では、新人研修(オリエンテーション)をWEBで行える様動画を作成しています。	
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	町内会に加入し、回覧板や町内会行事に利用者様と参加している。町内会の集まりには職員が参加する機会を作っている。回覧板や運営推進会議にてホーム内の行事や避難訓練の案内を行ない、参加を頂いている。	町内会に加入し総会や行事に参加しています。コロナの影響で以前迄の交流は再開出来ていませんが、短大生の実習受け入れ等徐々に交流するように努めています。	
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	地元短大生の実習を受け入れホームの生活を知って頂き、認知症介護を見て頂いている。町の認知症支援事業に参加し意見交換を行っている。		
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践、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	2ヶ月に一度の運営推進会議が行なわれ、地域の方や家族の方と話し合い各報告が行なわれ、災害や介護業界の現状などについて意見を交換している。	運営推進会議は1年ごとの交代でお願いしている利用者家族、町内会役員、行政担当者の出席を得て2か月毎に開催しています。半年に1回は系列の地域密着型介護事業所と合同で行っており、意見を得てサービス向上に活かしています。	
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	町の介護保険課職員と運営推進会議を通じて情報交換を行っている。空室・待機状況を毎月報告し、ケアサービス状況を伝えている。	行政担当者とは運営推進会議に出席頂いている他、報告書提出や介護保険法解釈、運用等で主に施設長が訪問しており、協力関係を築いています。	
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「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	転倒のリスクが高い利用者にご家族様に説明、同意を得てセンサーマットを使用している。介護部門の職員が集まり3ヶ月に1回身体拘束廃止委員会を開始、正しい知識を持ち、適切なケアに努めている。	身体拘束廃止に向けては指針を作成しており、法人介護事業部主体で委員会を設置しています。各事業所管理者、ユニット1名ずつの職員で構成し、事業所の事例や言葉遣いについて検証し結果は毎月のケア会議で報告し適切な介護が出来る様に取り組んでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の業務の中でも職員同士がお互いに適切な言葉使い・身体介護などを行っているか馴れ合いの関係にはならず意見を言い合うようにしている。3か月に1度介護事業部で合同の身体拘束廃止委員会を開催している。		
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な支援している	成年後見制度の研修を事業所内で実施している。町で開催した研修に参加し身寄りのない方への支援方法を学んでいる。		
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	契約は丁寧に説明し、疑問点や不安点がないように十分に説明を行ってからサインして頂いている。契約書を持ち帰って目を通してから契約をして頂くことも行っている。		
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	玄関に意見箱を設置し、ご家族様からのご意見、ご要望については、謙虚に受け止め検討している。日頃から職員より積極的に声を掛け、隠れている問題点がないか気を配っている。	利用者、家族の意見や要望は日常の会話や面会時に把握しています。コロナ禍でここ数年は面会も制限されていましたが、現在は事前には連絡を得て居室での面会が出来、来訪時には様子を報告しています。毎月、事業所だよりで担当者がコメントを書き様子を知らせています。	
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	管理者は年に2回面談を実施し職員の意見をくみ上げる機会を持ち、意見を反映させている。	職員の意見や提案は業務の中や毎月の会議、年2回のホーム長の面談で把握し運営や業務に関して意見を反映し活かしています。職員は利用者担当として居室清掃や備品管理で日常生活を支援しています。	
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	法人は、介護職員処遇改善交付金等の制度を積極的に活用し、介護職の賃金アップ、キャリアパス制度等できる限りの環境・条件の改善整備を行い、活気あるホーム作りに努めている。		
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	スキルアップを目指し研修会の参加を勧めている。研修案内を回覧し自己啓発を促している。法人外の研修はWEB研修を活用し多くの職員が参加出来るようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	同一法人内の介護事業所と定期的に会議を開催し情報共有を行っている。管理者レベルでは他事業所を訪問し連携体制を作っている。		
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	入居前に家族、又他の関係者からの情報を元に、本人の求めているニーズを見極め、又センター方式を利用し、ご家族様に記入して頂き、サービス提供といち早く良い関係作りを目指している。		
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	入居前に家族から、心配事や相談を細かくお聞きし要望に沿ったサービスが提供できるよう、又信頼関係を築けるように努力をしている。また可能なこと・不可能なことをきちんとお伝えし誤解が生じないように努めている。		
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	初期相談時には、管理者、介護支援専門員、計画作成担当者がチームを組み、必要としている介護を模索、検討している。当然ながら、医療連携等の他のサービスが必要か否かの判断も行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	本人の考え方、過ごし方を尊重しながら「できること」に着目し身の回りのことや家事手伝いのできる限り行ってもらおう心がけている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	生活の状況や介護状態を知っていただく為に、ホームでの出来事を細かく報告している。又面会や共に外出する機会をもつていただけるよう依頼すると共に、家族参加の行事を実施している。		
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	ホームより電話で連絡を入れたり、手紙での交流が途切れないよう道具の準備などを支援している。また外出支援も行っており実際に会って交流できる機会も確保している。	利用者の馴染みの関係にある、知人、友人との関係が途切れないように面会時や、手紙、電話の手伝いを行っています。	
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	入居者が孤立する事が無いように、問題が起きた場合には、職員が仲介役となり、良い関係が保てるように支援している。特に新規入居者が入居された際は雰囲気・関係性も変化することがあるので注意深く見守っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退去された家族が当施設をとっても評価していただき新たに入居申し込みをされることがある。退去にあっても経過確認及び電話連絡をしその後困りごとはないか情報交換を行っている。			
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	持っている力を引き出しお手伝いを促し生活歴などを把握し本人主体の支援に努めている。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方、今後の終活については日常会話の中でそれとなく話をしながら把握する様に努めています。最初の生活歴やアセスメントから変化してゆく気持ちを把握し支援しています。		
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	家族面談や担当ケアマネから得たり本人の会話の中から生活歴を把握し現在の状態に合わせたケアを行っている。			
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	必ず一人ひとりに気を配り、いつもの過ごし方や心身状態が異なるときは原因を追究し、状況に応じた対策を行なっている。又能力に応じた役割を設定し機能維持・向上に努めている。			
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	日常の本人の言動、家族からの意見・毎月のカンファレンス、モニタリング、職員全員が入居者の情報を把握、共有し個別の対応を行う事ができるケアプラン作成に努めている。	介護計画は利用者、家族の要望を取り入れながら、毎月の会議の中でカンファレンスを行い、更に担当者、ユニットリーダーがモニタリング表に変更点や注意点を記入しながら見直し、状況に即した介護計画を作成しています。生活記録はデジタル化され閲覧希望家族には紙媒体で配布し理解を得ています。		
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	毎日の詳細な生活記録や変化時、受診時と記録に残し、かつ申し送りを確実にこなしている。特に重要な事案については口頭にて報告、又は別の連絡簿に記入し情報の共有に努め、介護計画の見直しにも活かしている。			
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	ご家族の事情で病院受診ができない場合の対応、必要な生活用品の購入など、個別の支援を重要視し、本人の意向も取り入れながら、柔軟な支援を心がけている。			
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	本人の家族関係を把握し、面会や電話などで関りを継続し本人が安心できる関係づくりを継続している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	入居時に主治医を確認し、希望の病院をかかりつけ医としている。通院時には、日常の身体状態や生活情報を提供し関係構築に努めている。系列病院以外の医療機関の受診時は相談を行い状態変化時は職員が同行している。	これまでのかかりつけ医を基本的に主治医とし、通院時には日常の状態等の情報を提供しています。法人の系列医療機関が協力医であり月2回の訪問診療が行われ、看護師が常駐して健康管理を行っています。		
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	系列病院より週1回の訪問看護師の派遣があり健康チェックを受けている。事前に用紙にバイタルや気になることを記入し看護師より助言を受けている。			
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。又は、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	入院に当たっては、医療機関と速やかな情報提供を行い、家族と以後の対応を協議し、安心して治療に専念できる様に心掛けている。長期入院になり認知症が悪化する場合は早期に退院出来るように医師に相談している。			
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	重度化した場合や終末期においてはご本人はじめご家族の要望を受け入れつつ、ホームでできることを主治医・協力医療機関と慎重に協議し支援に取り組んでいる。	重度化した場合や終末期の対応については、指針で利用契約時に説明し理解を得ていませんが、事業所で出来る事を説明し、医療機関、家族と協議しながら連携を取って支援を行っています。		
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	救急時の対応の流れのマニュアルを作成し定期的に見直している。AED設置し使用方法をシミュレーションしている。			
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	昼夜を想定した避難訓練を実施している。災害時の備蓄品を揃えて随時点検し使用できる状態を保っている。職員全員が避難経路や避難場所を把握している。	火災の避難訓練は消防署の指導を得て日中、夜間想定で年2回実施しています。隣接でJAの施設があり夜間管理者が常駐しており相互協力の体制を取っています。	火災の避難訓練は行っていますが、冬期間の停電時の寒さ対策等その他の災害対策の早期実現を期待します。	
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	過去の経歴や性格などをふまえ、人格を尊重した声掛けに注意を払うように努めている。(特に排泄面に関しては小声で声掛けするなど細心の注意を払うよう心がけている)	一人ひとりの人格を尊重し誇りを傷つけない言葉掛け等に細心の注意を払っています。毎年時期を見て接遇に関する研修を行い尊厳が守られるよう取り組んでいます。		
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	なるべくご自分で意思表示ができる方は希望を聞き支援している。言葉だけでなく表情からも希望をくみとるよう努めている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の好きだったこと特だったことを聞き、塗り絵やカルタ等を提供している。		
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	服は本人が選べる方はなるべく自分で行ってもらうよう支援している。		
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	一人一人の能力に応じて出来ることを行ってもらっている。野菜の皮むき、茶碗拭き等は一緒に行っている。	食材が配送されるサービスを利用しており材料が予め用意されています。職員はご飯、みそ汁を用意すると同時に主菜、副菜を調理しています。行事や誕生日には特別食やケーキを用意し楽しい食事になる様に取り組んでいます。	
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	栄養士の献立を利用して日々の食事を作っている。飲み込みが悪い方にはミキサーを利用。きざみ食など食事形態の工夫を行っている。水分摂取できない方にはゼリーなどを勧めている。		
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	毎食後口腔ケアを行い、夜間義歯の消毒を行っている。歯磨きの支援が必要な方にはお手伝いを行なう。訪問歯科による診察を必要時には提供している。		
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	排泄チェック表により排泄パターンを把握していると共に、個人のサインを見逃さず誘導することで、失禁が無く、トイレで排泄できるように支援している。失禁時には羞恥心を損ねないような言葉かけ、対応を行なっている。	排泄は一人ひとりデジタル入力しており、習慣やパターン、仕草、癖を把握しさり気無く声掛け誘導を行い、トイレでの排泄を心掛けています。また、声掛けは羞恥心に配慮して行っています。	
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	個人差がある為、室内での体操や運動・散歩・食事でコントロール出来る方もいれば、薬やヨーグルトなどを使用される方もいる。最終排便を把握し下剤調整を行っている。		
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	最低週に2回以上の入浴はして頂き、嫌がる場合は無理強ひせず、日時や職員を変えたり、本人の調子や様子を見ながら入浴するよう支援している。	入浴は週2回を基本としその日の状況や状態を考慮しながら支援しています。困難な場合は日時、職員の変更、声掛けの工夫をして無理強ひせず様子を伺いながら対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人の状態により、日中でも休息の時間を設けたり、状況に合わせた支援を行なっている。寝具や寝巻き・室温など安眠を妨害しないよう環境整備にも配慮している。		
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	全職員が薬剤の用法や用量、薬効等について確認し、安全な服薬支援を行っている。薬のセット、服薬直前の確認などは必ず2名体制で行っている。状態に変化がある時には、医師、看護師と連絡、報告をし、指示を仰いでいる。		
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	職歴や生活歴にあわせ、畑や散歩、塗り絵、日記の記載・野菜の皮むき・茶碗拭きなど個々に合わせた支援を行なっている。		
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	常にではないが外に行きたいと希望があれば散歩や買い物支援を行っている。転移が良い日は全員でアイスを食べに出かけたり祭りに言っている。ご家族にも外出の協力を伝えている。	外出はコロナ禍で今まで思うように出来ませんが、現在は感染に注意を払いながら希望の場所に出掛けています。紅葉見物や外食でレストランに行ったり、日常的には散歩や外気浴を行い気分転換を図っています。	
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	管理ができる方や手元にないと不安になる方などは納得し安心してもらっている。所持が難しい方がお金がないと聞いてきたときは預かっているがいつでも使えることを説明し納得してもらっている。		
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	電話をかけたい要望があった時はいつでもかけて頂き安心してもらっている。		
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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	毎月、季節の展示物を手作りで作成しリビングに展示し季節感を取り入れている。温度計、湿度計を置いて冷暖房の調節を行っている。	居間には食卓、ソファが寛げる様に配置されており、職員により定期的に温湿度の検温で空調を管理されています。季節の展示物や利用者が作成した作品を飾り居心地よく楽しめる様に工夫されています。	
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	廊下、窓前にはベンチがありリビングのソファや食堂にも自由に行き来でき、一人での時間を過ごすことが出来ている。逆に居室を歩き来しお話をしたり個々に合わせ触れ合いの時間を過ごすことが出来ている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	自宅から使い慣れた家具や物を持参している。ご家族との写真や手紙を飾り安心出来る空間づくりに配慮している。	居室にはクローゼットが設置されており、希望によってはベットの貸与も行われています。利用者は筆筒、椅子等の家具や仏壇を配置し、家族の写真や絵を飾り自宅同様に寛いだ生活ができる様に配慮しています。	
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	建物全体はバリアフリーで廊下、トイレ、浴室、玄関には手すりを設置し移動時の補助となっている。着替えや整容道具等を目に付く場所に置き、残存能力を引き出している。		