

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	0272501511		
法人名	医療法人すみれ会		
事業所名	グループホームすみれ湖		
所在地	〒039-2404 上北郡東北町上北北一丁目34-390		
自己評価作成日	令和3年10月15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9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>家庭的な雰囲気の中で、利用者様とスタッフが毎日の何気ない日常生活を共に楽しむ視点を大事にし、季節感を演出する行事や郷土食などを取り入れているほか、商店街が近く買い物や理容のご希望があればいつでも出かける等個別外出支援を積極的に行っている。</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>周囲は田畑に囲まれた自然豊かな場所に立地し、リビングの窓からは常にその風景が見え季節を感じることができる。畑で収穫した野菜や、差し入れの地元で採れた白魚やシジミを献立に取り入れ、食べ親しんだ味でも四季を感じている。同法人で内科クリニック、通所介護事業所があり、連携を図り運営されている。併設のクリニックの看護師を通して、医師からも健康面の助言が得やすい体制にある。コロナ禍で活動が種々制限されているが、感染対策をとりながら、屋外に出る機会を作るように心がけている。</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	すみれ会の理念を基に職員みんなで意見を出し合い独自の理念を決定した。採用時のオリエンテーションで伝え全職員で共有している。利用者様に心からのケアが提供できるよう実践に繋げている。	設立当初に事業所独自の理念を決め、現在まで継続して掲げている。法人の理念にもつなげて、勉強会や採用時の研修、個別指導の機会などで折に触れて説明している。	
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	以前は小・中学生の学習訪問の受け入れ、敬老会等の行事に保育園児を招くなど交流の機会を設けていた。散歩時に近隣の方と挨拶を交わす機会は現在もある。	2年前までは、小中学校の体験学習、保育園児との交流会を開催していたが、コロナ禍で昨年からは中断している。町内会には加入していないが、地域住民には事業所の存在は浸透していると感じている。	
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	運営推進会議を活用し認知症を含めた高齢者に多い疾患や支援方法に関する理解を求めている。情報発信のために会議の時にパンフレットを配布したり、キャラバンメイト活動にも協力している。		
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	2か月に一度開催し、サービス状況や評価についての取り組み、活動報告をしている。その上でご家族様や出席者から意見を伺い、サービスの向上に繋がるような話し合いを行い、サービス向上に努めている。(現在は資料を郵送し、意見等は電話で受け付けている。)	コロナ禍で昨年度から会議の参集は行っておらず、資料を送付し、意見があれば受け付けることとしている。開催した行事の様子や避難訓練、研修の内容等を資料で報告している。	
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	町役場の福祉担当者に入居状況や運営推進会議の資料送付にて現状報告を行っている。地域密着型事業者連絡会や包括ケア会議で事業所の実情や取り組みを報告しあっている。	役場主催の会議が年に3~4回あり、感染対策を徹底し参集して開催されている。町内の他の事業所も参加し、それぞれから町の担当者へ報告が行われ、意見交換の場になっている。	
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	マニュアルを整備し速やかに閲覧できるようにしている。カンファレンスでは話題に取り上げ、全職員に周知徹底している。施錠や安定剤の内服の在り方を検討し、職員が身体拘束について正しく理解できるように努めている。	勉強会で身体拘束をテーマに取り上げ理解を促しており、月1回のカンファレンスでケアについて検討し、身体拘束にあたる事例がないか確認している。玄関は基本的に夜間は施錠し、日中は開錠するが、帰宅願望の強い場合などは、状況に応じて日中も施錠することがある。	
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	高齢者虐待防止に関する研修を、年1回必ず行い周知している。言葉遣いや態度など職員間でもお互い注意している。		

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	施設内の勉強会や外部の研修に参加して、権利擁護や成年後見に関する知識を学び、支援している。		
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	事前見学を勧め、施設の雰囲気などを実際に確認していただいた上で契約している。分かりやすく説明を心がけ、項目ごとに質問がないか確認しながら進めている。内容に変更がある場合は再度説明し書面で同意を得ている。		
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	ご家族の面会や電話があった際は話をする時間をもうけ、さりげなく苦情や意見等がないか聞くようにしている。内容に応じては職員間で話し合ったり再度ご家族と相談した上で対応している。	コロナ禍で家族が来所する機会は減ったが、電話での報告事項のやりとりの際に意見等がないか確認している。頂いた意見は上司に報告している。現在、面会はガラス越しやテレビ電話を活用して行っているが徐々に緩和する予定がある。	
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	毎月のユニット会議や主任者会議、運営会議などの場で、管理者や法人本部に意見や提案する機会を設けている。	月1回、ケアの内容や業務改善について話し合うユニット会議の場で職員の意見を聞き、各事業所の管理者と運営側が参加する主任者会議で報告している。希望すれば、運営側と面談する機会を設けることもできる。	
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	職員の努力を自己・上司・同僚・他部署職員で評価し、公平公正に評価できるようにしている。他、各種研修の助成や資格保有手当の改善などを積極的に行い、向上心を持って働くことができる職場作りに努めている。		
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	定期的に研修会を実施し職員が参加できる機会を設けている。積極的に外部研修の受講も勧めている。		
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	町の主催する地域包括ケア会議、地域密着型サービス事業者連絡会に参加し、意見交換する機会を設けている。		

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	時間をかけて本人の状況や不安、困っていることを聴いたり、観察するようにしている。親身になって話をすることで信頼関係を構築する努力をしている。		
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	ご家族の状況や不安、困っていることを真摯に受け止め、支援について検討している。支援内容を伝え、信頼関係を構築する努力をしている。		
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	ご本人やご家族と、その時必要としている支援について話し合う場を設けている。当施設で対応できない場合は、他施設や居宅サービスを紹介するなどの対応を行っている。		
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	日常的に利用者様との会話を多く持ちながら喜怒哀楽を共有している。昔ながらの知恵や工夫を教わりながら一緒に家事や軽作業などを行っている。		
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	電話や手紙等で利用者様の近況を報告し、情報交換を行っている。面会は窓越しや距離を保って、またテレビ電話を活用している。家族からの情報を基に利用者様を支えていく心がけている。		
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	現在は窓越しであるが面会は受け入れている。また、手紙やテレビ電話を勧めている。感染対策を講じたうえで自宅周辺や馴染みの場所にドライブへ出かけたりと、関係が途切れないように支援している。	利用者から家族に宛て年賀状を出したり、家族からの手紙に返事を書けるよう支援している。町の商店街に衣類を買いに出掛けたり、スーパーと一緒に買って誕生日のケーキを選んでもらったり、慣れ親しんだ環境との関係継続に努めている。	
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	テレビを囲むときや、お茶や食事の際は気の合う利用者様同士と一緒に過ごせる工夫をしている。関係がうまくいかないこともあるが、その際は職員が話し相手になり、両者の思いを傾聴し孤立しないようにしている。		

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
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	入院をした利用者様には面会が可能ならばお見舞いに行き、体調やご本人・ご家族の状況、退院後のご意向や心配事がないかを伺っている。必要に応じ関係機関を紹介するなど相談や支援を行っている。		
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	利用者様とのコミュニケーションの場を多く設け、ご本人の意向を把握できるよう努めている。上手に表現できない利用者様の意向は表情や動作から思いを汲み取ったり、家族から情報を得るようにしている。	積極的に話し相手になったり、日常の本人の様子を見て意向が把握できるように努めている。家族から入居前の自宅での状況を聞き、ケアに活かしている。	
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	これまでのサービス利用の経過は事業所から情報提供していただいたり、ご本人やご家族と面談し、改めて情報収集をしている。生活歴や、頼りにしている人や友人についても伺っている。		
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	一人ひとりの現状を観察している。介護記録やカンファレンス等を利用して把握するように努めている。		
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	定期的カンファレンスを行い、アセスメント、サービス計画書、評価についての意見交換や課題について話し合いをしている。また、ご本人やご家族、関係者にも意見を聞き、介護計画に反映するようにしている。	ケアプランは特段の状態変化がなければ半年に1度見直ししている。家族からは電話にて内容の説明と意見聴取を実施している。協力医療機関の外来看護師や介護支援専門員である本部長から意見を求めることもある。	
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	個別にその日の出来事や心身の様子を介護記録に残し、職員間で情報を共有できるようにしている。カンファレンスを通し、介護計画に反映させている。		
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	希望により通院介助や外出、金銭管理を行い、柔軟に対応している。また、更新認定手続きなども希望があれば支援している。福祉事務所や市町村役場、社会福祉協議会との連絡を密に行い、ご本人やご家族が必要な支援を受けられるよう相談に応じている。		

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	利用者様が安心して生活できるように警察や消防の協力を確保している。民生委員や市町村の介護相談員との情報交換を行い、利用者様の生活を地域全体で支えているよう支援している。		
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	協力医療機関の訪問診療を受け、緊急時は速やかに対応できる体制を整えている。入居前からのかかりつけ医や希望する病院への受診については、ご本人やご家族と相談をした上で通院介助を行っている。	家族からの希望で、協力医療機関である同法人のクリニックへかかりつけ医を変更する方がほとんどである。普段からクリニックの看護師を通して医療面の助言を得ている。入居前からのかかりつけ医への受診は事業所に対応する。	
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	日々の状態や気づきを協力医療機関にファックスや電話で報告し、受診やケアに関するアドバイスを受けている。		
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。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。	入院時は病状把握に努め、状態が安定している場合は見舞いを行っている。ご家族との情報交換を行いながら、退院後のケアなども話し合っている。		
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	重度化した場合について、事業所が対応出来る最大限のケアを、入居時にご本人やご家族に説明している。状態変化がみられた際はその都度、ご本人・ご家族の意向確認を行い、各協力機関と方針を共有し支援している。	希望があれば看取りができる体制はある。家族へは入居時に意向を確認している。状態変化があれば医師から家族へその都度説明が行われる。吸引や点滴は協力医療機関の看護師が来所し、日中のみ対応可能である。入浴ができない場合はベッド上で清拭を行なう。	家族への意向の確認や、職員への研修を定期的に行うことで、家族の気持ちの変化に気づき、共通認識のもと、統一したケアが提供でき、事業所でも対応困難な場合でも法人内での協力が得られれば負担のない入浴も可能と思われる。看取りの体制がより充実するような上記の取り組みに期待したい。
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	全職員が緊急時の対応についての研修を受けている。		
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	避難訓練や避難場所については消防署の指導、立ち合いの元、年2回実施している。有事に備えた非常食や飲料などを確保し、定期的に確認を行っている。また、近隣住民の協力を確保している。	避難訓練は今年度は事業所単独が1回、通所事業所との合同開催が1回の計2回、いずれも消防の立ち合いを得て実施している。BCPIについては作成中だが完成予定時期は未定である。	ハザードマップの内容を把握することで、より実効性のある避難計画が策定できると思われる。近隣住民への協力は依頼してから年数が経っているとのことで、避難訓練に参加協力してもらうなど、日頃からの関係強化に期待したい。

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	ご家族やご本人に対して入居時に個人情報取り扱いについて説明し同意書を作成している。全職員に対し守秘義務やプライバシー保護に関するオリエンテーションを実施している。排泄の声掛けや介助は、周りに配慮しながら行っている。	排泄のサインを把握したときは、声には出さずに手招きしたり、他の利用者に聞こえないように配慮してトイレに誘導している。採用時と、年1回は研修のテーマとし、皆で学習している。	
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	食べたい物や行きたい場所などを伺い、食事に選択食を取り入れたり外出計画をたて実施している。また、日々の会話の中で利用者様が強調して話されている部分や表情からも、思いをくみ取るように努めている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、無理に押し付けることはせず、その日の体調やご本人のペースを大切に、ゆっくりと過ごせるよう支援している。		
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	地域の理髪店を利用し散髪をしたり、洋服の購入希望があった際には職員と一緒に出掛け、気に入ったものを選んで頂くなど好みのおしゃれができ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	旬の食材を用意し季節感のある食事の提供を心がけているほか、昔ながらの郷土食を取り入れている。下ごしらえや後片付けを利用者様と一緒に、家庭的な雰囲気ですごすよう支援している。	家族や近隣の方から野菜や白魚、シジミを差し入れてもらうことがあり、献立に追加して味わっている。利用者と一緒に野菜を切ったり炒めたり、食後の下膳など、できることを役割として担ってもらっている。	
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	個別に記録している。不足気味な利用者様や、食事量が低下している方には、食事内容を再検討したり、好みの食べ物や飲み物を提供したり、補食を提供している。		
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	毎食後に口腔ケアを勧め、ブラッシングやうがいは可能な限り自力で行って頂いている。協力歯科医院の歯科医師から口腔ケアに関する技術的指導や助言を受け、必要時や本人希望時には歯科受診の援助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し一人一人の排泄パターンを確認、把握できるようにしている。日中はできる限りトイレで排泄できるように声掛けや介助を行い、失敗があっても自尊心を傷つけないようさりげなく介助するよう心がけている。	ポータブルトイレも活用し、できるだけトイレで排泄できるようにしている。骨折後の利用者にも、職員二人で介助することで、本人にあまり無理なくトイレで排泄してもらえるよう支援している。	
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	毎朝牛乳を提供している。歩行、軽体操を行い腸の働きを活発にし便秘予防に努めている。便秘傾向があれば主治医や訪問看護師に相談しアドバイスを受けている。		
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	ある程度曜日は決めているが、本人に希望する時間を確認し対応している。気分がのらない利用者様には別日を提案したり、清拭や更衣、手足浴を勧めている。	朝のうちに今日が入浴であることを伝え、気持ちに無理なく入浴できるよう配慮している。入浴剤は最初に入る利用者を選んでもらう。一般浴が困難な方に併設の通所事業所の設備を使用しての入浴を検討したこともある。	
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	体操やレクリエーションなどを行い、日中の活動を促し生活リズムを整えると共に就寝時は室温や照明に考慮している。不眠傾向がある方には主治医や訪問看護師に相談しアドバイスを受けている。		
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	薬の説明書をファイルし、いつでも確認できるようにしている。変更や追加があった際は用法や副作用を調べ、記録に残し全職員へ周知を図っている。		
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	一人一人の利用者様の趣味や生活歴、楽しみ、できること、できないこと等を入居時や普段の関わりを通じて把握している。無理をしない程度に職員が見守りながら、家事や掃除、作品作り、趣味活動を行っている。		
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支援している	散歩の希望があれば付き添いをしたり、自宅へ様子を見に行くなど出来る限り対応できるよう努力している。また、外での行事を企画し、気分転換が図れるよう支援している。	コロナ禍で昨年度から遠出は実施していないが、敷地内の畑仕事や草取りなどで外に出る機会を意識して作っている。墓参りを希望する方には家族に連れて行ってもらっている。	

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
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	ご本人やご家族の希望で少額のお金を持っている方もいる。事業所でお金を預かっている方でも、食べたい物や欲しい物がないか伺い、時にはご本人と一緒に買い物に出かける時もある。		
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	希望時に電話できるよう支援している。手紙の返事をスタッフも手伝い書くようにしている。		
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	ソファやテーブル、テレビなどを配置し、利用者がくつろげるようにしている。季節に合わせた装飾をしている。換気を常に行い、室温や湿度を調整し、居心地よく過ごせるよう工夫している。	リビングは採光がよく、周辺の田畑の景色から季節を感じられる。ホールはキッチンに面しており、調理のにおいや音が生活に溶け込んでいる。利用者がホールでテレビ体操をするなど、体を動かしたりしながらゆったりと過ごせるスペースになっている。	
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	ソファを多数配置し、各自お気に入りの場所で気の合う方と過ごされている。ユニット間の利用者様同士の交流の場ともなっている。		
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	自宅で使用していた愛用品や装飾物の持参を勧めている。写真を飾ったり、職員と掃除を行ったり居心地よい空間作りに配慮している。	使い慣れた家具の持ち込みは積極的には依頼していないが、希望があれば対応できる。収納は十分あり、部屋を広く使うことができる。	
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	床はフラットのバリアフリーになっている。随所に手すりを設け、必要であれば使用を勧めている。居室やトイレが分からない利用者様には目線の高さに合わせ張り紙をするなど工夫している。廊下、ホールは車椅子自乗の妨げになる障害物を置かないよう配慮している。		