

### 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	0792730038		
法人名	特定非営利活動法人エオス		
事業所名	グループホーム第2あけぼの		
所在地	〒969-6215 福島県大沼郡会津美里町下堀字中川46番地		
自己評価作成日	令和 4年 8月 3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	<a href="http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</a>
----------	---

#### 【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 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	令和4年9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)】

介護保険法第1条記載の「入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」ができることを目指し、以下の基本姿勢で地域に根ざし支持される介護事業所を目指し事業展開を行っています。

基本姿勢  
 1.入居者様の尊厳を守り、個性を尊重します。  
 2.一人ひとりの個性・感性を生かし豊かな暮らしが出来るよう支援します。  
 3.家庭的で居心地の良い安心のある生活を支援します。

#### 【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)】

地域密着型介護事業所としての役割を理解し、事業所の持っている力を地域のために役立てようと、小中高校に出向いて認知症について伝えたり、実務研修生を受け入れている。

利用者が怒りっぽくなる、妄想がある、興奮したり、暴言や暴力が見られるなどの行動・心理症状は原因があると考え、ケアによって解決する取り組みをするなど、その人に寄り添う対応を大切にしている。

### 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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 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	「癒しと安心」を基本理念とし、理念に到達すべく事務所や玄関共同生活ユニットのに掲示し、認知症があっても今までの生活の継続が送れる介護実践を行っている	開設時に作成された理念を基に運営し、入居者と職員が笑顔でコミュニケーションを図っている時などに理念が活きていると感じている。尊厳が保たれ自己実現ができる目標に向けて、その人らしく、その人ができることを維持できるよう取り組んでいる。	
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	地域町内会に加入している。地域の方々から温かい目で見守って頂ける事業所であることを目指し日々努力を行っている。	回覧板や町広報文書を届けてもらっている。認知症サポーター養成講座に管理者がキャラバンメイト登録し、小・中・高校と機会があれば参加している。例年、初任者研修に年2回で10名程度を受けている。避難訓練で隣接する住民の方の避難の手伝いなどを行っている。	
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	運営推進会議を活かし、事例などを報告し地域や行政と連携を図り、認知症ケアの啓発に努めている。当地域には認知症の人と家族の会の支部がないが管理者が個人的に以前から会員となっておりことから本法人の実践事例などを説明し早期の対応の促し啓発を行っている。		
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2カ月に1回開催している。活動報告、事故報告、介護保険に関する情報提供や多方面からの意見を頂き改善の為の気づき等に活用させて頂いている。	ヒヤリハットの増加で質問があり、職員の危機意識と観察力が向上している事を説明している。面会について意見を貰い、補助事業での面会場所用設備の申し込みを町を経由して行っている。重度化していく方が多くなり、看取りケアができる事業所を目指している。	
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	普段は電話やメールでのやり取りを行い、必要に応じて役場担当者のもとへ相談や資料等の交付に出向き意見を貰ったりしている。会津美里町が事業所に向け発信するメールにて情報を素早く共有できるようになっている。	運営規定を改定する中で、修正やアドバイスを貰っている。町から介護保険や、ワクチン接種に事業所として個別接種の接種券交付についての情報等を得ている。町と連携するために、伴走型相談支援事業の相談があるため積極的に参画していきたいと考えている。	
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	全職員に身体拘束は行わないことを周知徹底し、委員会組織を令和2年5月に発足させている。マニュアルを配布し(平成30年度福島県身体拘束廃止推進セミナー資料)ている。「緊急やむを得ない」状態に該当する状況時は行政に相談しアドバイスを受けながら取り組んでいる。	身体拘束は行わないを基本にし、怒りっぽくなったり、歩き回るなどの行動はケアで解決できることを掲げている。スピーチロックについては職員本位ではないことを個別に話し指導している。一人歩きする方には、気をつけてねと声掛けし、見守りを行っている。	
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逃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	「高齢者虐待防止の基本」をマニュアルとして配布し自学して貰いながら、虐待は行ってはならない事を管理者宣言とし、些細な案件であっても隠さない風通しの良い事業所運営に努めている。		

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
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	研修等に参加しているが伝達研修で継続的な研修とはなっていない。本年度の研修計画にも組み込み事例を交えた管理者の学びと経験を基にした研修を実践する。 また、「虐待の芽チェックリスト」を使用した自己チェックを開始している。		
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	重要事項説明書を詳細に事例を交えた説明をし、とすれば契約はすればよいとの考えから、法律行為であり相互に権利と義務がある事等を理解して頂き十分な理解をしていただいたうえで行うようにしている。		
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	家族会や家族との電話などでのやり取りから苦情や意見をくみ取り、事業所内で検討し改善すべきことは改善している。また、意見箱を配置し同じく事業所内で検討改善している。 自分がその当事者だったらどう感じるかなど機会があるたびに管理者主導に行ってる。	受診や日常生活の報告を電話で話をするときに、意見や要望を聞くことが多い。誕生会の写真をいただいたが、ほかに写真があったらほしいと要望があり送ち感謝の言葉を頂いている。いただいた意見や要望は、ユニットの会議において伝達周知をしている。	
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	職員会議を令和2年度より月1回開催と変更し、月の第1週土曜日にリーダー会議を開催し職員間で共有すべき内容や協議すべき内容を管理者とリーダー2名で開催している。法人の判断を仰ぐべき内容は理事長と協議し回答している。	改善提案等には、いつでも話してもらえるようにしている。資格取得や研修会に参加の要望があったときは、勤務調整を行い、参加できるようにしている。失敗を恐れず、まず、やってみる。うまくいったら継続し、うまくいかなかったらみんなで考える事を行っている。	
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	週3回定期的に出社し、決裁業務や事業所運営状況の報告等を受けている。出社時は入居者と昼食を共にする事も実践している。		
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	事業所内研修、事業所外研修への参加の機会を設け職員が平等に受講できるよう配慮して進めている。		
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	町内で運営するグループホームとの連携や、介護保健施設介護福祉施設との連携強化に努めている。		

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	緊急時以外は急いで話やサービスを開始せず、本人のペースでゆっくりと話を伺い、意向を丁寧に確認し、サービスとサービス内容についても本人に確認をしながら進め、本人の満足が安心となり信頼を得られる様にしている。		
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	初回面接時に家族からの話を丁寧に聞き取り、困っている事や要望には、対応やサービスについて説明をしている。傾聴を心掛け、質問等にも誠実に回答し信頼が得られる様にしている。		
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	導入時は緊急性がある時以外は、本人と家族が一番望んでいるサービスを導入し、サービスを受け満足体験が得られ、信頼を得たところで、アセスメントから必要と思われるサービスを提案している。緊急性がある場合は本人と家族がそう思わない場合でも十分に説明し納得を得てサービス導入している。		
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	人生の先輩として、尊厳を持ち手を借り知恵を借りながらお互い助け合って生活が出来る関係を築きたいと努めている。		
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	本人の心身の状況、生活の状況を説明しながら家族と共に利用者を理解し、本人・家族・職員が三位一体となり統一したケアに取り組んでいる。		
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	知人・親戚の訪問や一緒に出掛けられたり、地域の桜が咲いた時にお花見に出掛けたり、馴染みの美容室へ出掛ける支援をし、今までの地域とのつながりが途切れない様に支援をしている。協力医療機関への受診時などに合う事も多い事から受診同行も積極的に行っている。	事業所の会議室を開放し地域サロン開催、行きつけの美容室・理容室に行くなどしている。家族や親族とは、コロナ禍の為通院時の同行が面会の場となっている。受診時に近隣の方と出会ってもらっている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入所者さんの生活環境・性格等を考慮し一日を過ごす場所に配慮している。介護度の軽い方は出来ない方のお世話をお手伝い頂いている。(現在は重度化し職員が行ってる)		

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	退所された家族と現在もお付き合い頂き、現在の様子を伺ったり、これからの相談を受けたりしている。またボランティアで話し相手、事業所内の行事の時はお手伝いに来て頂いている。		
<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・家族から生活の意向と希望をお聞きしている。聞き取りが困難な場合は家族からのみの聞き取りになるが、本人の表情や行動から感じ取れるように努めている。	自分で出来る事はしたいとの思いに、可能な限り最後までやり遂げる支援を行い、達成感を感じてもらっている。把握した思いや意向をは、職員間で話し合い、計画に反映させるようにしている。コミュニケーションを絶やささないケア、ちいさな言葉から聞き出す事を大切にしている。	
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	入居の際に家族や担当ケアマネジャーから情報提供や聞き取りを実施しサービス利用の経緯などの把握をしている。		
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	聞き取りにより在宅での生活の様子や趣味・嗜好を聞き取り、実際の心身状態や身体機能、本人の持つ力等を生活の中で把握し能力を阻害しない様になっている。		
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	本人の望む生活を実現するため、サービス担当者会議で課題やケアについて検討し計画書を作成、定期的に本人・家族・担当職員がモニタリングを行い、必要時はカンファレンスと計画書の見直しを行っている。	その人の持っている力を活かしたり、維持できるような介護計画書を基に話し合いを行い、生活支援と自己実現に向けた計画作成をしている。計画の変更は主治医の意見聞き、提供するケアに展開できる情報提供をし共有している。	
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	介護記録や日々の生活の様子を記録するケア記録アプリ方式に変更し、リアルタイムに排泄状況や水分摂取量総量わかる。申し送りノートは必要に応じて記載し出勤した職員は必ず利用者を把握する等の業務の連絡などに役立てている。必要に応じてカンファレンスを行い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	各人のニーズに対応するために、従来のサービスのみに捉われない柔軟に個々に合わせて対応している。また、介護ケアサービスは当たり前と考え、生活面全般の支援を重点的に実践している。		

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	地域のボランティアさんの受け入れを増やす事で、入居前の知り合い等に偶然会える事も増え笑顔で当時の話をされたり、ご近所の様子を聞き満足されている。行事や作業を行うことで、意欲的になり心身の安定が図れればと支援している。		
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	家族の依頼にてほとんどの入居者さんの受診は職員が付き添っている。協力医療機関の診察を受け、受診記録はケア記録アプリに受診結果として入力し職員との情報の共有をし、受診の都度家族への報告にも行っている。(自己評価10とも関りあり)	入居前からのかかりつけ医を基本にしている。協力医療機関とは、地域医療連携室を窓口として医療的な相談などを看護師の立場からの意見を貰い、受診に繋げている。受診結果は、遅くとも翌日までには家族に電話連絡し、状況によっては受診時同行に繋げている。	
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	看護師は不在の為、協力医療機関の看護師に相談をしたり、地域医療連携室との連携強化を行っている。		
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。	入退院については会津圏域入退院調整ルールを活用して行っている。必要に応じて面会や退院時期の調整を行っている。		
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	当事業所に看護師がいない事、地域に往診可能医療機関がない為、看取りは行っていない。重度化や終末期の入居者さんの家族へは事業所の出来る事を説明し、診察時に家族同席にて主治医から病状の説明を受け、家族に入院等の意思決定を行って貰い方針を決めている。	重度化した場合は、受診に家族同行を求め主治医の説明から判断して貰い、入院の方向となっている。重度化や終末期に対応するために、毎日測定記録している体温や血圧などと明らかに違う場合や食事量の低下ときは、家族・医療機関と協議し対応している。	
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	消防署の救命講習を定期的に通い、急変や事故発生時に対応が出来る様にしている。救急搬送時に速やかに情報提供ができる様に個人のシートを備えている。		
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	近所の方には緊急連絡網に登録し協力していただき消防署員の指導のもと避難訓練を行っている。居室の入り口には入居者さんの状態の紙を貼り、緊急時に見分けがつく様にしている。	消防署立ち合いの訓練後に、入居者をベッドから降ろし廊下まで運んで貰えれば、救助がスムーズになると助言を貰っている。職員は年に一度以上訓練に参加できるよう、勤務調整をしている。火災・水害・地震を想定して訓練し、水・食料品等は3日分備蓄している。	

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
<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	一人ひとりの人格を尊重し、人生の先輩である事を忘れずに特に言葉遣いには注意して対応している。排泄や入浴のケアの際もプライバシーを損なわない様に配慮している。	様々な場面で、村長やプライバシーの保護が最良になるようにケア実践を行うようにしている。言葉かけやコミュニケーションの方法では、後ろから声をかけない、同じ目線で話をする等、相手の気持ちや立場に立った対応をしている。	
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	個別に話を伺ったり、日常生活の中で問い掛けをする事で自己決定をしたり、希望を伝えられる様な環境づくりを心掛けている。認知症の進行で自己決定難しくなってきたと思われる方にも、表情や仕草等から本人の思いを読み取る様に努めている。		
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、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	ある程度の一日の流れはあるが、その人の希望に添って一日の流れを流動的に支援している。支援者側の都合やペースに無理強いしない事している。		
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	本人に毎日の洋服を選んで着ていただき、整容については必要な時に部分的に支援している。頭髪も定期的にカットや毛染めの支援をしている。		
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	下準備・盛り付けを職員と一緒にしながら、おかずや作り方等の話をしている。現在は身体的に出来ないが、以前は後片付けも職員と一緒に会話をしながら行っていた。誕生日には好物やリクエストを受けて食事を作っている。	メニューは職員が、肉・魚等を取り入れ、週1回は麺にし、月1回パンにするなど変化を持たせ食事が楽しみになるようにしている。一人ひとりの食べる力に合わせて調理し個人個人のペースで食べて貰えるようにしている。	
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	ケア記録アプリを使用し、排泄・食事量・水分量が個別にリアルタイムに把握できる様にしている。必要時は診察時に必要項目をプリントアウトし持参し主治医に睡眠や頻尿・便秘等の相談にも役立っている。		
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	毎食後に口腔ケアと就寝前に義歯洗浄・除菌を行っている。一人で歯磨きが不十分な方には仕上げ磨きを支援している。就寝前は毎日義歯を預かり洗浄剤で洗浄し翌朝にお渡ししている。		

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	ケア記録アプリから排泄のパターンを把握し、トイレ誘導のタイミングをみて声掛けをして対応や個々の排泄サインを見逃さない様にしてトイレへ誘導している。	その人の状況と希望を聞き、可能な限りトイレで排泄しようを目標にしている。自立に向けて、職員は排泄パターンを把握して、プライバシーに配慮した誘導を行っている。失敗してしまった時は、何気なくトイレや居室に誘導し対応している。	
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	便秘は認知症の敵であることを職員が知り、毎日の食事、飲み物の工夫や毎日体操の時間を設けて対応している。個々の排便パターンを把握し必要に応じて主治医に相談をして対応している。		
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	週2回以上の入浴日を設け、入居者さんの状態に応じて曜日一応決めてはいるが、その方が入りたくないと言う時は日にちや時間も流動的に変更し、気持ち良く入浴を楽しめる様に対応している。(事業所主体の押し付けるケアはしない。)	入浴を嫌がる時は、生活史を読み解きどのように入浴していたのかを考え対応している。衣類の着脱時に利用者の羞恥心に配慮し、職員は外で待機し必要などの介助をするようにしている。脱衣所と浴室の温度差をなくすようヒーターや扇風機で対応している。	
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	消灯時間は定めず就寝時間は本人が決める、居室やホール等で各々が自由に過ごされている。寝具等も自宅から馴染みの物をお持ち頂き安心して休める様に支援している。昼食後に下肢の浮腫み防止等の為に少し横になっていただいている。		
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	ケア記録アプリを用いて内服が済んだことを入力して記録している。内服介助時も一包化薬の袋の日付と名前を職員のダブルチェック後に実施している。調剤薬局による薬歴管理も行われると共に、アプリ上で内服薬情報が見られる対応を行っている。主治医から調整可能指示のある下剤は前日の状況で調整している。		
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	個々の生活歴を把握し、それぞれの能力や嗜好に合わせて手芸・読書等と個別化し、作品等は掲示をしたり、お部屋に飾ったりしている。テーブル拭き、洗濯物たたみをお願いし、意欲的に生活が出来る様に支援している。現状は心身状況から洗濯干しはお願いしていない。		
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	地域の協力は無いが、入居者さんと一緒に行き先を考えて外出している。伊佐須美神社の干本桜を見たりしている。新型コロナウイルス感染症予防で三密回避の為外出等は自粛している。	春先は屋外散歩や外気浴をし、夏には通院時に入居者から暑さを感じた話を聞くことがあり、秋には周囲の田んぼの稲の黄金色を見に行く考えがある。来年に向け家族や職員と春彼岸のお墓参りを計画し家族と相談しようとしている。	

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
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	以前は金銭や通帳を自己管理されていた方がいたが、現在は管理が難しい状況の為、預かり金名目で事業所が管理し、必需品購入の支払いや、医療費などの支払いを行い、毎月出納帳を家族に送付している。		
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	家族からの電話の取次ぎや家族への電話を希望された場合は家族へ電話をする等の支援をしている。年賀状や葉書も同様に個々の希望にて葉書の準備・投函や宛先の記入等の支援を行っている。		
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	季節感を感じられる様に廊下・居室・ホールに飾り付けををしたり、作品の展示・行事写真の展示をして職員や家族と一緒に見て楽しめる様にしている。西日が強くなったり、テレビが反射して見えにくい時間帯があるので、カーテンで遮光し対応して気持ち良く過ごせる様に支援している。	一日の大半を共有空間で過ごす方、居室でテレビを見て寛ぐ方と、自由に過ごしてもらっている。歩行や移動のため必要なもの以外は置かないようにしている。感染症対策で予防接種、換気や室温の調整、うがいの励行、職員が持ち込まない努力をしている。	
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	食堂のテーブル配置を工夫し、ゆったりと作業が出来たり塗り絵が出来たりできるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	ベットとタンスは事業所で準備してあるが、それ以外の物は自宅から馴染みの物をお持ち頂いて、本人・家族と相談し居室の配置等の環境を決めている。家族の写真や家族からのプレゼント等、好きな物を好きな様に置いて貰い、居心地よく過ごして貰える様に支援している。	介護用3モーターベッドを使用し、配置はその方の身体状況に応じて行っている。居室を間違わないよう名札を廊下を歩いても見える様に設置している。掃除は居室担当が行い、衣替えは家族の面会時に入居者と一緒に行っている。入り口には独歩か車いすかを表示して避難時にわかるようにしている。	
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	居室がわからなくなる方には本人の目線に合わせたネームプレートを作って貼っている。トイレや浴室も同様である。居室の場所も本人の状態によって、トイレの近くやホールの近くへ移動し、本人がトイレやホールへ自由に行き来ができる様に支援している。		