

## 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	2472800750		
法人名	有限会社 くらべ		
事業所名	グループホーム みそのむら		
所在地	三重県伊勢市御園町高向481		
自己評価作成日	令和元年11月28日	評価結果市町提出日	令和2年3月3日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2472800750-00&amp;ServiceCd=320">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;Ji_gvosyoCd=2472800750-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	令和元年12月16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)】

・利用者は家庭的な雰囲気の中で、食器片付けや洗濯物たたみ等の出来ることを役割として大切にしながら生活している。また家庭菜園や草引き等の園庭での活動や行事を通して、日常生活上での喜びや充実につなげたり、利用者同士やスタッフとの交流も増えてきている。・おでかけサポートやデリバリーサービス等の外部サービスを利用し、利用者の自己実現につなげている。・避難訓練や行事に地域住民を招待する等、地域との交流を図っている。運営推進会議、カフェ活動、出前講座等で地域貢献にも力を入れている。・初任者研修、現任者研修、チューター制度等の研修カリキュラムが充実している。係活動や委員会活動があり、各部門でスタッフそれぞれが活躍できる仕組みがある。・人事考課制度があり、働き方の選択やキャリアアップができる仕組みがある。

## 【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)】

田んぼや畑が広がる長閑な風景の中で日当たりの良い敷地内に家庭菜園や四季の草花が植えられて利用者が野菜の収穫や散歩を楽しめるよう工夫がされている。地域住民との交流も積極的に行っており、地域主催のイベントへ職員と共に参加したり、事業所主催の夕涼み会には地域住民のボランティアの協力を得て計画・開催をしており300名を超える参加者で盛り上がる地域行事にもなっている。地域参加型の避難訓練も実施しており、避難経路を歩いてタウンウォッチングすることで危険個所の確認などを行い、地図に写真を掲示して災害対策に取り組んでいる。

## 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、生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、安心して暮らせている (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	施設内キッチン横に運営理念を掲げ、朝の申し送りの後唱和している。自己実現を目指し、個人の尊重を重視し日常生活支援に繋げている。	基本方針・運営理念をしっかりと理解し、具体的にユニット目標に反映し、意識を高めることで、日々の支援の中で個人を尊重した取り組みに繋げている。	
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	地域主催のイベントに参加したり、事業所の行事に地域の方を招待し参加していただいている。町づくり協議会にも一員として参加している。	地域より運営推進会議へ毎回出席を得ており、様々な情報交換や協力体制ができています。町づくり協議会へのスタッフ登録や地域ボランティアとして地域貢献してつながりを深めている。	
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	地域の方々に認知症に対する理解や支援が向上し広がるように運営推進会議で勉強会を実施している。認知症についての出前講座も行っている。		
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	運営推進会議では利用者へのサービス、事業所が実施している取り組み結果を報告。開催月に応じてテーマを設け参加者の意見が出やすいように努めている。事前に事項書を配布して説明している。	年間予定・テーマ設定されていることで、多職種の出席者により情報提供の場となり、テーマに沿った討議が行われ議事録にまとめられている。ホーム便りにより、取り組みが紹介されて家族にも情報共有されている。	
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	市町とは日頃から利用相談や紹介等連絡を密にし、情報交換も行っている。運営推進会議には必ず介護保険か、介護相談員の参加がある。介護相談員から現況報告も頂いている。	運営推進会議への出席の際に市の取り組みや情報提供がされている。毎月、介護相談員の訪問により情報を得たり、事業所の取り組みを知ってもらうことで協力体制ができています。	
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	全体勉強会で学び、職員各自も法令遵守の意識を持って介護の実践をしている。虐待防止委員会で、定例で不適切ケアの見直しを行っている。(虐待防止委員会は二ヶ月に一度開催。不適切ケアの見直し等を実施している。)	社内独自のポスターで可視化により虐待防止の啓発をしている。会議では全員で身体拘束事例に取り組み、不適切なケアの見直しを行い意識して身体拘束をしないケアの実践に繋げている。	
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	高齢者虐待防止関連法については、全体勉強会で学び、施設内に於いてもコンプライアンスが守られているか注意を払っている。虐待防止委員会主催でアンケートを取るなど現状を把握し虐待防止に努めている。		

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	外部研修で成年後見人制度についても学び、運営推進会議に成年後見人の方が参加し、意見交換も行っている。		
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	契約、解約時に於いて代表者、管理者は家族等の疑問にも耳を傾け、十分な説明をし理解、納得がして頂ける様努めている。又法改正の際には運営推進会議や施設発行の新聞等でお伝えし理解を図っている。		
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	運営推進会議にて意見交換を行ったり、希望要望に関しても運営に反映できるよう努力している。事項書、議事録も渡している。新聞で家族にも情報伝達し、ユニット会議の時に提案書として議題にあげている。	面会時や運営推進会議で家族の意見を聴く機会を持ち対応している。意見箱の設置や年1回のアンケート調査も実施しているが、意見や要望が寄せられていない状況でもある。	より多くの家族が運営推進会議へ参加できる工夫や何でも話しやすい雰囲気づくりに留意し、様々な意見や要望を得ることで話し合い、反映できるよう期待する。
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	勉強会、会議の中で職員の意見や提案等も聞く機会を設け反映に努めている。年度末には希望者に代表との個別面談があり、その中で個々の意見が話せる仕組みがある。	職員は管理者や代表に対して話しやすい環境にあり、常に意見を聴く機会がある。現場での環境整備等について意見や提案があれば、すぐに検討して改善し運営に反映している。	
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	人事考課制度による適正な評価が実施されている。「能力評価シート」や代表から全職員にアンケートも実施。その内容や、研修報告書を考慮し処遇の見直しを行っている。		
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	施設の内外を問わず、研修等には積極的に参加を促している。又一年間の職員研修プログラムを実施している。新入社員にはチューターをつけており、新入社員が安心して働ける取り組みを実施している。		
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	地域密着型サービス協議会、市の介護保険サービス事業者連絡会、地域ケア会議等に参加し同業者間の情報交換を行ったり、現場研修の受け入れ、施設見学を通じてサービスの向上に繋がる取り組みをしている。		

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
<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	無理強いせず、どうしたいか 今と一緒に考え 安心できる為にはカンファレンス等を通し 少しでもいい状態になれるよう努める。		
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	家族様が今までと今からを受け止めやすくなるように、話を伺いながら理解され 安心して頂けるようにこまかい所まで気づけるように努めている。		
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	初の利用の場合など 無理強いせず少しずつ御本人の気持ちに対して寄り添い 家族様の意見も伺い少しでも安心できるサービス支援を行う。利用時初期支援シートも活用している。		
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	危険がないかぎり、それぞれの利用者様の意見を見守りにて活動して頂いたり、できる事を見極め 手伝って頂き喜びにつなげていく。		
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	現状の説明や家族様方の面会時一緒に笑う時間が過ごせるように配慮し、又来て頂けるように心がける。見送りなど一緒に行く。		
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	入居者の居住年数が長くなるとホームそのものが馴染みの関係となっている。預かり金を少なくして家族がホームに立ち寄る機会を作っている。	デイサービスで通いの利用者や地域行事を通して馴染みの関係を継続されている。おでかけサポートの利用により、馴染みの床屋に出かけたい要望が実現できるよう検討している。	
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	利用者様同士が会話されたり、時に合同で楽しめる時間を作り、その時々に合わせて場所の移動を行い、過ごしやすい状態に努めている。		

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
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	全員ではないが、利用者様が死亡された後も、息子様と交流が有り、その後の様子を聞かせて頂いたりしている。		
<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	GH入所者の以前よりの希望を確認して、現在本人の良い方法を介護者に相談して行っている。ユニット会議で個別支援を自己実現につなげる視点でみている。	毎朝、申し送り時に一日一人のミニカンファレンスを行い、現状把握と本人の思いや意向を確認している。退院時には集中支援シートを利用して状態変化を情報共有して個別支援に繋げている。	
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	アセスメント表にて把握している。不足している情報はケアマネに聞いたり、ユニット会議で検討したりしている。		
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	ユニット会議で話し合い、個別ケアに反映している。		
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	介護計画変更時、介護者と話し合い計画している。介護スタッフも積極的に家族の意見を聞いている。(例:不安が大きい利用者には家族と一緒に出かける事をプランに取り入れれたりもしている。)	1~2ヶ月でモニタリングを行い、3ヶ月に1回評価、プラン変更時は家族と相談検討を行いプラン作成をしている。状態変化に伴い担当者会議開催時には医師に意見を求めてプランに取り入れ、関係者全員が把握できるよう情報共有している。	
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	必要時、介護経過をみて情報を交換している。ユニット会議でも気づきをケアに繋げるように努力している。		
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	日常的な支援の中でも、柔軟に状況に合わせて、楽しみのある生活を送って頂けるように心がけている。		

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
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	下肢筋力低下予防の為、整骨院へ通っている利用者がいる。整骨院院長による健康体操を月に1～2回デイルームで実施している。町の老人クラブにも入れてもらい、活動に参加している。		
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	隔週で主治医の往診があり、主治医が24時間対応しているので、特変時は往診してもらい、必要に応じて他科受診の紹介をしている。外部の訪問看護とも連携している。	入居者全員が協力医を主治医として状態把握されている。必要時、他科受診は家族の協力を得ている。24時間体制の主治医への相談や週1回訪問看護の利用と看護師スタッフの連携により、医療面でも充実している。	
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	週1回訪問看護を受けている。日常の小さな変化や、今後の健康管理についても看護師に相談指導を得て対応している。看護師も常勤しており気軽に相談できる環境にある。		
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。	主治医や家族に状況を聞き取り共有している。入院先へのお見舞いで相談事等を聞き、早期で退院できるように退院後の方針を話し合っている。必要に応じて病院への面会や相談員との連絡調整も行っている。		
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	主治医を中心に家族、スタッフ、ケアマネ等による担当者会議を必要に応じて定期以外も行い、本人や家族の意向に少しでも添えるようにスタッフ全員で勉強会で話し合い方針を決め支援している。	看取りの指針もあり、昨年は2名の看取りをしている。終末期まで主治医を中心に、家族・職員が繰り返し話し合って方針を決定して、詳細を議事録で情報共有して支援をしている。ユニット会議で必要に応じて看護師主体で看取り指針の説明と取り組みを学んでいる。	
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	緊急時、主治医等への連絡先を掲示しマニュアルが分かりやすくしてある。AEDもスタッフ全員が使用方法を理解している。スタッフに応急手当普及員がいる。		
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	防災管理委員会を中心に年3回以上の避難訓練を実施している。(条件を変えて実施)地域参加型訓練と題しタウンウォッチングを行い地域住民、利用者が参加している。停電を機に蓄電池も購入し体制を整えている。	災害時マニュアルが明確化されており、対策本部長の指示で的確に役割分担へ行動できる方法を職員は身につけている。地域との協力体制も確立しており、市の危険管理課のアドバイス等を受けて災害対策に取り組んでいる。	

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	利用者一人ひとりの性格や現病歴、認知症について理解しようとしている。不適切ケア防止の為、ユニット会議でも話し合い、学び、丁寧語の徹底に務めている。	ユニット会議にて個別に利用者に対する言葉かけや誘導方法を検討し、共有して対応を統一している。行動制限に関する言葉については、置き換えの言葉や回避方法を学習をして対応している。	
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	利用者本人の希望や意見を時間の許す限り徹底的に聞き、家族からの意見と照らし合わせ、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、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	利用者一人ひとりと話をする事により、趣味やペースを分かろうとし、その方が今求めている事やその方に必要な介助見守りなど、自分の都合を優先せず、その方らしい生活が送れるよう自分なりに思い仕事をしている。		
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	季節、気温等はもちろん、その方が外出予定がある時などは衣替えや洋服選びを行っている。家族にも通い帳なども利用し伝え協力してもらっている。		
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	利用者との会話の中で、何が好物か？食べたいか？なども聞くようにしている。出来る限り提供できるメニューは提供できるようにしている。“食事の時間”が楽しみになってもらえるよう考えている。片付けや食器拭きなどできる限り協力してもらっている。	利用者の意見や地域住民からの差し入れの野菜など旬の食材を取り入れてメニューを考えている。毎年2月に味噌作りや家庭菜園で野菜収穫等を一緒におこない、食の楽しみに繋げている。行事食も手作りで季節感が味わえる工夫をしている。	
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	利用者一人ひとりの性格食事量や水分量を確認し、声掛けや介助なども実践し、バランスよく、楽しく食事ができるように支援している。		
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、口腔ケアの声掛けを実施している。自分でできない方は介助している。歯科医師や衛生士の定期的な来設にて利用者は口腔ケアや治療を受けている。義歯は毎晩夜勤者が消毒を行っている。		

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むけた支援を行っている	利用者に合った声掛けと誘導介助を行っている。施設での生活の中でサインを見逃さないようにし排泄失敗の予防などに努めている。	トイレでの排泄が現状維持して誘導介助できるよう個々の排泄のサインを情報共有して早めにキャッチできるよう支援している。排泄の自立を促すため、状態に応じて二人介助で安全に支援している。	
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	排便パターンを把握し決まった時間に声掛けを行う。便秘の日数を記録し職員間で共有を行う。		
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	ゆっくりを楽しんでもらう為に体調に注意し1対1で入浴をしている。基本的に一日おきの入浴を提供している。	利用者の希望や状態に合わせて一人ずつ個別対応で一日を通して入浴介助を行なっている。状態に応じて二人介助や小規模多機能の大浴場でシャワーチェアの利用により安心して入浴を楽しめるよう支援している。	
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	レクリエーションや体操などを昼夜逆転防止の為に増やし生活リズムを整えるよう努めている。個別で散歩の支援も行う。		
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	服薬の目的、副作用を把握し 変更があった際は申し送りなどで把握するように努めている。心身の変化に気をつけ服薬ミスが無いようルールに則り支援している。(声出し確認等)		
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	利用者が何ができるか把握し各利用者にあった無理のない食器洗い、洗濯物たたみ、掃除等の作業を行って頂いている。		
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。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	行きたい所などを日常の会話からくみ取り、毎月の行事で外出の機会を設けている。外部のおでかけサポートサービスを利用する時もある。	日常的に気分転換を兼ねて敷地内の庭の散歩をしたり、小規模多機能への行き来ができるようになっている。おでかけサポートの利用により、家族と共に墓参りや法事に出かける方もいる。今後は小規模多機能と合同で外出支援を計画している。	



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	お金は事務所で管理している。お金の管理可能な利用者様はお出かけサポートを利用しお出かけをしている。		
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	電話や手紙は自由にできる様になっている。		
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	共有空間はエアコンや加湿器で湿温計を見ながら調節し、利用者様に合わせている季節感を感じる物を作り飾っている。一年中居心地の良い工夫をしている。(カーテンの開け閉め等調整しながら環境作りをしている。)	利用者が芋やレンコン判で作った富士山の作品や習字が飾られている。現在は職員と利用者が藁を編んでしめ縄作りに取り組んでおり、正月飾りが準備されている。懐メロが流されて、笑顔で口ずさんだり、なごやかな雰囲気の中で過ごせている。	
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	共有空間でもソファや和室で一人になれる場所づくり、気の合った利用者様と一緒にテーブルに行けたりできるよう配慮している。		
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	自分が昔から使用していたもの、大切なものを家人や本人に協力して頂いて持ってきて、自分の家の様に過ごして頂ける。良い場所づくりに工夫している。	畳の部屋もあり、それぞれが冷蔵庫やテレビ、イスなどの愛用品を持ち込み、自分の部屋として家族の協力を得て環境を整えている。ぬいぐるみや家族写真、ポスターなど思い入れのある飾り付けがされており、愛着のある部屋作りがされている。	
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	トイレやお風呂等場所の表記は誰でも分かる様になっている。居室の一人ひとり 名前札と顔写真を貼っている。余計な物を置いたりはしていない。		