

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	0990600116		
法人名	社会福祉法人大恵会		
事業所名	グループホームみょうじん		
所在地	栃木県日光市明神1000番地1		
自己評価作成日	令和元年5月13日	評価結果市町村受理日	令和元年7月29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	www.wam.go.jp/wamapp/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/aHvokaTop20
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	令和元年5月28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)】

・地域と連携した地域福祉づくり 地元の長寿会の方々2か月1回「健康体操」「夕涼み会」「食事会」や、草刈り奉仕作業の交流を深めている他、小学校、中学校のふれあい交流会を回り喜ばれている。 ・平成28年8月より日光市から「認知症カフェ事業」を委託し地域の公民館を借用して、毎月40～50人の住民の方々を訪れ、食事やミニ講座を実施している。「交流の場」「介護予防の場」「相互扶助の場」として利用されています。認知症カフェへの理解や「地域の横のつながりを持って、共に地域を支えていく輪」が広がっています。 ・医療連携を行い他の看護師が健康管理をし夜間でも心配なことがあれば相談し、本人又家族が安心して生活できるよう支援しています。毎月、利用者の様子を定期的に家族に知らせる取組みを行っている。

【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)】

・「地域に根ざした、開かれた事業所作り」が行われており、事業所は、地域の住民と利用者が、地域の一員として過ごせるように支援している。具体的には、毎月地域ボランティアの協力で開催される「認知症カフェ」、定期的な地元の長寿会との交流、小・中学生との世代間交流などの活動である。 ・食事での取組みは、利用者の意向に副った献立を作成し、業者に食材を依頼し職員が手作りで提供している。 ・外出支援では、日々の散歩以外にも年に2回感謝デイとして利用者の要望に副った外出支援が企画されている。昨年は、利用者の要望で日光東照宮や県庁に出掛けて気分転換を図っている。
--

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の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、生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

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	職員間で理念を念頭に日々の業務に取り組んでいる。毎朝、利用者の前で朝礼を行い理念を伝え当日の業務分担を説明している。「業務の手引き」を作成し職員全員に周知している。	利用者の前で毎日、朝礼を行い、職員が理念を確認し共有している。定期的な会議の中でも理念を振り返る機会を持ち、共有して実践に繋げている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	毎月1回、認知症カフェの開催にあたり、地域ボランティアで構成するスタッフ会議を開き、メニューの検討や前日準備をし当日を迎えている。又、手打ちうどん、蕎麦の実演をして昼食時に食事を喜ばれている。	毎月、地域のボランティアの協力で「認知症カフェ」を開催している。参加者の送迎を行うことで、参加しやすい状況を整えている。また、定期的に地元の長寿会との交流や小・中学生との世代間交流など開かれた事業所作りを目指している。	
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	認知症カフェ開催中、相談を受けている。ケアマネを中心に、南地域包括支援センターの職員も相談に応じています。1人1人の席を回りながら声を掛け、相談しやすい雰囲気づくり、相談に応じています。		
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	議題の一つに「地域で抱える介護問題」を取り上げ、事例検討を行いそこから見える地域の介護の現状を課題に共有し、地域資源等をいかに活用しながら問題に解決につなげていくかを話し合っている。	運営推進会議は、毎回、10名以上の参加を得て開催している。事業所の活動や取組みを報告している。事故やヒヤリハットに対する事業所の分析を参加者に伝えることで、活発な意見交換が出来る。	
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に取り組んでいる	介護制度の解釈やその取り扱いについて疑問が生じたときには、市担当の随時指示を仰ぎ、適切な制度活用に努めている。	運営推進会議や認知症カフェでのミニ講座の講師、公民館の職員によるミニ体操の実施など、行政との連携が図られている。定期的に管理者が認知症に関する施策についての会議に出席し、行政、有識者との意見交換が図られている。	
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	身体拘束禁止の対象となる具体的な行為を理解し安全面に配慮したケアに取り組んでいる。異食行動の防止の為に市に確認し、割烹着着用で家族に確認し、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」に同意ももらい1日でも早く拘束をしない様に支援していた。	法人全体で拘束ゼロを掲げている。週1回の職員間カンファレンスや月1回の職員会議で事例を挙げて職員が拘束しないケアに取り組んでいる。	
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	虐待防止マニュアルを常置し、言葉の使い方に注意を払うなど日常業務において不適切なケアなど行わないよう、各職員が虐待防止を常に意識して業務にあたっている。		

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
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	認知症実践者リーダー研修及び管理者研修において、日常生活自立支援事業や成年後見人制度について学び、他職員に周知をし必要に応じた活用方法を職員間で話しあっている。		
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	契約の締結、解約又は改定の際には利用者や家族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。		
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	運営推進会議の開催時、利用者家族の方1名を評議委員とし参加し今後の施設運営に反映している。家族の面会時や電話を通じ接触機会を設け、事業所での出来事など情報を伝えながら頂いたご意見を反映させている。	毎月、家族へ利用者の生活状況などについて書面で報告している。また、家族が来所した際には、担当職員から日頃の状況を報告し、家族からは要望などを聞き取り支援に反映している。	家族などからの意見に対して、出来ること出来ないことを整理し、職員が周知し業務に取り組まれることを期待します。
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	毎月1回の職員会議、週1回カンファレンスを開き、職員の意見や提案を開く機会を設け、話し合い、良い点、利点、決め事を業務に反映させている。	週1回のカンファレンスや月1回の職員会議で業務内容の検討を行い、業務の改善を図っている。また、職員は年に1回施設長と個別面談を実施し、個別の年間目標や業務上の悩みを話す機会がある。	
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	年に1回、全職員を対象に「職員意向調査」を行い、職務意欲や実績、健康状態などを把握し、これを基に面接を行い、良好な就業環境に力を注いでいる。		
13		○職員を育てる取組み 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	多くの職員が多種の研修に参加出来るよう努めている。事業所内や事業所外で知り得た知識を生かして業務にあたっている。		
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組みをしている	市内の同業者と相互交流を行い、認知症カフェについては年2回「連絡会」を実施し、それぞれの事業への取り組みやその問題点について話し合う機会を設けている。		

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	傾聴やコミュニケーションを積極的に行い利用者との信頼関係を築き、利用者が不安を少しでも心に留め置かず安心して生活していける様努めている。		
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	利用の際には利用者本人、家族の双方から話を聞き、ホーム生活で何を望んでいるかなどを話し合い、相互の信頼関係を築くよう努めている。		
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	利用開始時の聞き取り調査において、本人及び家族が求める支援を把握し、ケアマネを中心に職員間で話し合い、適切な介護計画を立て必要なサービスを提供している。		
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	利用者のその日の身体状況や気分等に応じ、本人が出来る洗濯物たたみ、調理など、職員と一緒に作業するなどして過ごし、お互いに感謝の気持ちを口に出来るようなそんな支えあう暮らしとなるよう努めている。		
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	随時、利用者の状況を家族に報告すると共に、面会や電話、メールなどでいつでも連絡が取れるようにしておく。家族には協力できる部分は協力を得るなどして、共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	ホーム利用者前からの付き合いしてきた方の面会の受け入れや手紙や電話のやり取りを進め、これまで築いてきた関係を大切にし、また、外出時は希望する馴染みの場所に行けるように努めている。	友人との手紙や電話でのやりとりが自由に行われている。以前住んでいた地域をドライブしたり、行きつけだった寿司屋や湯葉料理店などに行ったり、個々の要望に応じた支援が行われている。	
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	利用者同士親しい関係において、相互に居室を訪れコミュニケーションを図ったり、個人の生活習慣を尊重し、自分らしく過ごせるよう環境を整えるとともに、利用者同士が思いやりを持って過ごせるように努めている。		

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	サービスを終了した後も連絡を取り、その後の生活の近況を聞きながら、本人や家族が困っていることがある場合は相談などを応じている。		
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)	○思いやりや意向の把握 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	一人ひとりこれまでどんな暮らしをしてきたかを家族から情報を得、職員同士で共有している。また、得た情報を基に寄り添い利用者本位の支援に心がけ支援経緯をケースに記録している。	家族より生活歴や趣味などの聞き取りをし、今までの生活が続けられるよう支援している。カラオケが好きな方は、日中カラオケをする機会を作っている。お話しが好きな方は、好きな方同士が同じ席に座れるように、配置するなどの支援をしている。	
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	アセスメントシートや日々の会話等から、これまでの生活歴や環境の把握に努めている。		
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	日中や夜間で、気持ちの波や体調、意欲の変化を見極め、本人の生活リズムを尊重しながら、状況に応じた声掛けするなど支援を行っている。		
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	介護計画に基づき行う支援の内容をケアマネを中心にカンファレンスやミーティングを行い実施により見てきた課題など話し合い、その都度必要なサービス内容に変更しながら支援を行っている。	職員は1から2名の利用者を担当している。ケアマネージャーを中心にカンファレンスを行い、家族の意見を含めて介護計画を作成している。利用者の状態変化時には、介護計画を見直して作成している。	
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	日々の支援の中コミュニケーションから本人の思いを聞きとめまた、家族と接触から家族の意向を聞くなどして把握に努めている。		
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	医療連携で地元病院看護師による医療連携や、歯科医師による居宅療養管理指導など、利用者の健康管理に努めている。個々の要望等に対しても本人の意向に沿うよう対応に取り組んでいる。		

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
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	地元長寿会との定期的な交流会の中で、市保健師による健康教室や地域包括センター看護師の介護予防教室等を開くなど、地域資源を活用し取り組んでいる。		
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	利用者に体調変化が見受けられたときは看護師と話し合い、家族の協力のもとかかりつけ病院や協力病院を受診し、医師からホーム生活における注意事項などの指示を仰ぎ、指示に基づき観察を行いながら健康管理に努めている。	基本的には、かかりつけ医の継続を支援し、家族に受診をお願いしている。受診時には、家族へ利用時の記録を渡して対応している。家族受診が困難な利用者には、職員が受診対応をしている。併設の小規模多機能の看護師が週1回、利用者の健康管理をしている。	
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	併設した小規模多機能型ホームの看護師の協力を得て毎日のバイタルチェックを行うほか、医療連携でのホームを訪れる外部看護師と情報交換し、適切なアドバイスを受けながら利用者の健康管理に努めている。		
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。また、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。	利用者の退院時に病院に伺い、病院での経緯や退院後の注意点などを、医師、看護師、ケースワーカーと話し合い、退院後、適切な支援を行うよう、万全な対応に努めている。		
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	利用者本人や家族の意向を常に確認しながら、重要化したホームにて終末期を迎えることを希望利用者に対し、往診する医師と連携を取って安心して穏やかに過ごせる環境を整えている。	看取りについては、毎年家族に意向の確認を行い同意書を得て行っている。主治医と訪問看護師、小規模多機能の看護師、家族と連携し支援している。重度化した利用者には、ベッドマットに脈・心拍・体動を測定できる電子マットを敷いて健康管理をしている。	緊急時の対応などでは、家族の揺れ動く気持ちを理解し、話し合いを十分に取りながら取り組むよう期待します。
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	緊急時対応マニュアルを作成し、状況に応じてすべての職員が対応できる体制を整えるとともに、容態の急変時には併設事業所の看護師の指示を仰ぎ、緊急な場面でも適切な対応が出来るよう整えている。		
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	運営推進会議のメンバーが参加し消防避難訓練また、昨年は地震想定訓練を行い、体験感想を参考に避難方法を見出す。地元自治会と災害相互協力書を取り交わし、地域と連携した災害対策を講じている。	運営推進会議の参加者と合同で地震想定や昼夜想定火災時の避難訓練を行っている。消防隊員の立ち合いで避難訓練や消火器放水の訓練を行っている。	

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
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	利用者中心の支援を心掛け、食事や創作活動は居間で楽しみ、自分の時間を確保したい場合は自室で過ごすなど、本人の意向に沿ったきめ細かい配慮に努めている。	利用者の人格を尊重し、自身のペースで過ごせる様、意向に副った支援に努めている。入浴や排泄には個別に支援し、プライバシーの確保に努めている。	
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	外出で行きたい所、外出時買いたいもの、外食で食べたい物、入浴時の着替えなど、本人が選び、好むものに対応している。		
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	日によって入浴やレクリエーションの参加を望まない場合は、その気持ちを聞き本人の意向に沿い、本人のペース合わせ支援している。		
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	定期的に散髪のを設け、髪の長さなども希望に沿って散髪している。パーマや白髪染めをしたい利用者は家族の付き添いのもと出かけるなど、常に清潔感をもっておしゃれに過ごせるよう努めている。		
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	食べたい食事を聞き、季節感を感じる献立を立て、調理や片付けなどは、一人ひとりの力を活かせるように職員が声掛けし職員と一緒にやっている。	利用者の意向に副った献立を作成し、業者に食材を依頼し職員が手作りで提供している。また、利用者に食の楽しみが得られる様にバーベキューを実施したり、ケーキやおはぎ作っている。	
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	毎月、体重測定を行い体重に変動を考慮し、栄養のバランスや食べる量塩分制限がある方には味噌汁を1食減らすなどしている。水分補給は年間通しお茶ポカリスエットなどを勧め、夜間でも暖かい飲み物を提供し健康管理に努めている。		
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	市内歯科医院の医師と歯科衛生士による居宅療養管理指導を受け、アドバイスのもと食前の口腔体操、食後の口腔ケアの実施に努めている。また口腔内の痛み等があった時は医院に連絡しアドバイスをいただいている。		

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	日中の排泄はほぼ自立している方は見守り強化にて対応し、尿意便意が分からない方は定期的にトイレ誘導をし促している。昼夜の状態を把握し便通についても体操やおなかのマッサージなど声掛けしている。	日中はトイレ誘導を基本とし、定時の声掛けが必要な方には職員が誘導し、状態によっては介助している。一人ひとりの状態に応じて、自立した排泄を目指している。	
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	毎日、軽体操などで身体を動かし、また、食材は食物繊維を多く含んだものを使用し、水分補給も適量を摂取できるよう行っている。便秘時は、看護師の協力を得て薬をむやみに頼らず自然は便が出来るよう取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	季節に合わせてゆづ風呂やバスクリンなどで香りや季節を楽しんでいただいている。入りたくない日などは無理に入ってもらっていない。1番に入りたい方、最後がいい方など希望に合わせて入浴して頂いている。	週3回、午後入浴を実施している。個浴で自身のペースで、ゆっくりと安心して入浴できるようにしている。利用者の状態を観察しながら支援している。	
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	季節、天候や体調に合わせて掛物、空調の調整し、快適に休んで頂くため、環境作りを努めている。また、日中の個人の疲れ具合に合わせて、個別に休息を取り入れている。		
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	併設の小規模多機能型ホームの看護師や医療連携と連携を図り、利用者一人ひとり処方されてくる薬の処方内容を把握し、全職員がその内容を理解したうえで服薬支援を行っている。		
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	季節に合わせて塗り絵、点結びをしたり天気がいい時は外に散歩に出たり食事の準備、お皿拭きの手伝いや外の植木鉢の花に水をやるなどし過ごしている。		
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。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	年間行事で外出の機会を設けるほか、年2回に利用者感謝デイとして普段出かけられない場所に出掛け外食や外の景色を見て喜ばれている。利用者の方から行きたい場所があれば聞いて外出している。	日々の散歩や年間行事以外にも年に2回感謝デイとして、利用者の要望に副った外出支援が行われている。昨年は、利用者の要望で日光東照宮や県庁に出掛けて気分転換を図っている。	

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	「利用者預り金規程」を設け、一定額の金銭を預かり、本人が希望する品物を購入し要望に応じている。預り金は月末に締め、家族に支出状況を毎月報告し支出を確認する。		
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	本人が家族に電話を掛けたりと希望されるときは電話を繋いだり、事業所で敬老会を開催する時は、家族に招待状を送り、一緒に祝ったりしている。毎年、家族や友人と年賀状のやり取りを行っている。		
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	居間や出入り口やフロアーの空間に季節に合った飾り付けや、散歩に行ったり利用者が外に咲いている草花を取って飾り、ベランダにプランターに花を植え、居心地の良い生活環境に努めている。	玄関やフロアー、ベランダには季節の花が飾られており、室内で観賞することができる。壁には、利用者が作った作品やボランティアの写真が掲示されている。ドアの格子戸には、手作りの切り絵が差し込まれており、居心地よく過ごせるような工夫がされている。	
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	気の合う利用者同士が自分の部屋に招き歓談したり、一人で過ごしたいときは自分の部屋で過ごされ、本人の意思を大切に居場所の工夫、対応をしている。		
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	居室にお好みの小物や家族様が展示した家族の写真などを置き、部屋では好きな本を読んで過ごすなど、本人の居心地良い居住環境を整え支援をしている。	自宅をイメージして、居室入り口には木製の表札を掲示している。家具やテレビや写真など、自宅で使っていたものを持参してもらい、生活の継続性を意識した空間作りが行われている。	
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」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	各部屋に表札を掲げ、安らげる自分の居場所での時間と空間を確保し、また、共用スペースにおいて利用者同士や職員と共に過ごすなど、利用者の意思や生活リズムを尊重した日課が送れるよう支援している。		