

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	0792210015		
法人名	株式会社エコ		
事業所名	グループホームてんえい 1階		
所在地	福島県岩瀬郡天栄村大字飯豊字大行45番地1		
自己評価作成日	令和4年10月10日	評価結果市町村受理日	令和5年2月1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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	令和4年12月26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)】

開設してから7年を迎え、地元、近隣市町村、各関係事業所からの支援を頂き地域密着型の事業所として運営しています。介護度が高くても自宅で一人きりになる時間を少なくし、起きている時間休む時間のメリハリをつけて他の入居者様と一緒に過ごすことで心身が活性化するように支援しています。また、開所当初より近隣に民家が多くなり、道行く人達と「こんにちは」「花がきれいですね」等、挨拶や会話することが日常的になっています。また、天栄村役場との連携が密に取れており、通行に危険な箇所の改善にも力を入れて頂いたり、入居者、家族から安心頂ける事業所になるよう努力しています。

【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)】

1. コロナ禍にあっても感染対策に留意し、対面での面会を実施している。また、近隣住民との日常的な挨拶や付き合いのほか、年に数回ボランティアサークルが草刈りや剪定、家庭菜園づくりなどに協力してくれている。加えて、地域消防団や区長も定期的に顔を出すなど、日常的な交流が行われている。
2. チルド食を導入しているが、利用者により食事を楽しんで頂くために、チルド食をミックスして味を変える等の一手間を加えている。また、月2回のお楽しみメニュー(カレー、または麺類)を含め、事業所の菜園で採れた野菜やきのこ・山菜など旬の食材を購入し、手づくりの料理を月6回程度提供している。

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 ↓該当する項目に○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、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させている (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	事業所理念を毎日申し送り時に唱和しています。また職員の目標、年間ホーム目標を設定し、理念の共有と実践に努力しています。	理念の実践に向けて「職員心がけ」と年間目標を設定し、スタッフ会議で目標を達成するための具体案を策定している。理念は見えやすい場所に掲示するとともに、毎朝のミーティングで唱和、職員間で共有し、実践につなげている。	
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	地域との付き合いは新型コロナウイルスの影響で十分にできませんが、地域消防団とのつながりは継続しています。	コロナ禍にあっても近隣住民との日常的な挨拶、付き合いのほか、年に数回ボランティアサークルの方々が事業所内の草刈りや剪定、家庭菜園づくりなどに協力してくれている。また、地域消防団や区長も定期的に顔を出して下さり、日常的な交流が行われている。	
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	認知症対応事業所であることは、行政をはじめ地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に発信し理解を得られています。新規入居の問い合わせにも地域密着型の認知症対応型事業所である説明をし、地域で貢献できることを説明しています。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	コロナ禍の為、運営推進委委員には事業所の運営状況資料を送付し、意見や課題等記入返信して頂き、その意見等について事業所内で課題として話し合いをし、サービス向上に活かしています。	コロナ禍で文書開催とし、利用者の概要、運営内容等をまとめた資料と、委員の意見を伺う書類を同封して郵送している。開設当初、事業所が地域に溶け込むまで時間を要したが、民生委員や区長が委員となり、互いに情報を共有することで理解が進み、サービスの向上にもつながっている。	委員からの意見を伺う書類を郵送しているが、意見が上がるまでに至っていない。運営推進会議は、委員から率直な意見をもらい、サービス向上に具体的に活かしていくことが重要であることから、意見収集の方法を検討されることが望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者にはホームの現状をお伝えして、入退去の報告は役場に行き相談や支援について話して協力関係を築くようしています。	担当課とはコロナ禍により電話やFAXでの連絡が中心となっている。入退去報告や認定更新手続きなど、管理者は定期的に担当課に出向いている。生活保護利用者や複数人を村域外市町村から受け入れており、必要の都度、各市町村担当課と連絡を取り合い、協力関係を築いている。	
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	入居者のケア状況をケース会議等で話したり、身体拘束適正化検討委員会において、チェックシートを活用し身体拘束にあたるケアがないか確認し取り組んでいます。	身体拘束適正化委員会を年4回開催し、チェックシートを用いた拘束の有無や日常のケアの振り返りを行っている。スタッフ会議でも随時テーマにあげ、拘束禁止の意識を高めている。スピーチロックにも留意し、不適切な声かけには、職員が互いに注意し合える関係構築に努めている。	

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
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	虐待につながりそうな不適切ケア注意し、ヒヤリハット等を活用して職員に虐待防止の意識付けを行い、事業所内外でも虐待が見過ごされることがないように防止に努めています。		
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	研修資料の確認、伝達研修を行い、入居者の入居状況に照らし合わせて制度の必要性を学んでいます。また、事業所においても成年後見制度を活用している方の支援をしています。		
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	入居前の実態調査の時点で契約に関する事柄、リスクに関することを説明し、入居契約時にも再度重要事項説明書を丁寧に説明し理解を得るようにしています。		
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	家族等からの電話や来所時に入居者の状況を伝え、意見要望を伺い、頂いた意見はスタッフ会議、ケース会議で話し合い運営に反映させています。	日々のケア場面で利用者の声に耳を傾けるとともに表情や仕草から思いを推察し、ケアの向上に努めている。家族訪問の際は、日頃の生活状況を伝えるとともに、事業所への要望なども伺っている。家庭菜園へアドバイスを頂いた結果、豊作となり、利用者の食卓に華を添えた事例もある。	
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	朝の申し送り時、スタッフ会議、ケース会議などで発言の機会を設け、できるだけ運営に反映できるように心がけています。	会議に加えて日常場面でも気軽に話せる環境づくりを心がけ、事業所全体で良好なコミュニケーション形成に努めている。年2回の個別面談では職員からの具体的提案を吸い上げ、ケア場面に反映している。職員の希望や家庭環境等も勘案し、勤務シフト調整にも配慮している。	
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	入社時就労希望条件を聞き、できるだけ本人の望む環境で就労できるように努めています。		
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	一人一人の個性を理解し成長できるよう、研修の機会を設けたり働きながらスキルアップできるようにしています。		

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
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	同業者との連携を図り情報を得て、相互で協力できるようにしています。		
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	入居前に本人・家族から不安や要望を聞き、入居してからの支援に活かし、安心して何でも話して頂けるように努めています。		
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	電話受付や見学時より、家族の困りごとと不安を伺い、サービス利用時には事業所を信頼して頂けるよう努めています。		
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	本人と家族等の希望や状態を把握し、必要に応じて村役場の担当者や法人担当者と支援方法について検討し対応しています。		
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	生活歴、性格を把握し残存機能を活かし、日常できることは一緒に行い、本人らしい生活ができるように支援しています。		
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	本人と家族の関係性を把握し、入居後の生活状況を報告しながら、家族の意見を聞いたり、協力を得ながら共に支援できるようにしています。		
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	コロナ渦でも、面会や電話での対応をしたり、馴染みのある人や場所の話をしながらか、関係が途切れないように支援しています。	適度な物理的距離を保ち、対面での面会を行っている。手紙の代読や返信の代筆、家族等からの電話には子機を手渡してゆっくりと話せる環境を提供し、関係継続を支援している。馴染みの飲食店からテイクアウトしたパンなどを食べながら昔話に花を咲かせる等の工夫もしている。	

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
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	入居者同士が談笑できるように支援しています。レクリエーションなどでも孤立しないようにし、交流が図れるように努めています。		
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	退居後も相談があれば対応し、引き継いだサービス事業者とも連携をとり支援しています。		
Ⅲ. その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	本人の希望を日々生活の中で、傾聴しています。困難な場合は家族と相談し把握するようにしています。	30分ほどの事業所周辺の散歩は、利用者の声に耳を傾けたり、表情・仕草から思いや意向を学ぶ貴重な機会となっており、得た気づきを個別ケアに活かしている。帰宅願望がみられる利用者には、その都度の傾聴と丁寧な説明の時間をもつ等、利用者の気持ちに寄り添ったケアに努めている。	
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	実態調査時にこれまでの暮らし方を把握し、入居後も新たな情報を得た場合は記録し、職員間で共有するように努めています。		
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	生活状況を記録し、申し送りやケース会議で情報の共有を図り、介護計画に反映させています。		
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、家族、他に関わる職員から現状について話し合いをし、それぞれの意見を考慮して現状に合わせた介護計画を作成しています。モニタリングは3ヶ月に1回実施、また、状態に変化があるときは随時介護計画を見直しています。	入居時の暫定介護計画、利用者・家族・居宅介護支援専門員等関係者から意見・情報を聴取し、短期目標を1ヶ月の設定で策定。入居後は概ね3ヶ月を目途に計画を策定している。居室担当者がモニタリングシートをまとめ、ケース検討会議で具体的なサービス内容を検討している。	介護計画に基づく、ケア提供の記録が十分に行われていないために、モニタリングにバラツキが生じている。ケア提供プロセスが具体的に記録され、適切なモニタリングに反映させるためにも「ケース記録」や「業務日誌」の様式を含めて検討されることを期待したい。
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	ケース記録、業務日誌に一人ひとりの日々の変化を記入し、情報共有しています。変化や気づきがあれば、ケース会議にて検討し、介護計画の見直しに活かしています。		

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
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	本人の状態変化、家族の要望等があれば、事業所内にて検討し、必要に応じて村役場の担当者や地域包括支援センターなどに協力を仰ぎ、既存のサービスに捉われないように取り組んでいます。		
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	地域行事に参加したり、ボランティアを受け入れていましたが、現在はコロナ感染予防で自粛しています。今後状況を勘案しながら地域資源を活用して、安心安全に豊かな生活ができるよう支援します。		
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	本人と家族の希望に応じて、かかりつけ医への通院と訪問診療を選択できるようにしています。	入居時に、月2回の訪問診療を行っている協力医か家族対応のかかりつけ医かを選択していただいている。家族対応の外来受診では、家族を介して口頭で健康状態を主治医に伝達し、結果は家族から報告を受けている。訪問診療の結果は電話や「病院診断・服薬記録」を送付して伝達している。	
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	毎週医療連携の看護師に健康状態を伝え、その時の状態に応じて、適切な医療を受けられるように支援しています。		
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。	定期的に病状の確認をし、担当の看護師や家族と、情報交換しながら早期に退院できるように支援しています。退院後も看護サマリー等を頂き指導を受けながらケアしています。		
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、事業所の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	契約時に本人と家族に意向を伺っています。重度化した場合には、再度家族と話し合いの場を設け、事業所のできることを説明し医師、看護師と連携して支援しています。	入居時に指針に基づき事業所の対応を説明し、終末期や看取りについての意向を文書で確認している。重度化した場合には主治医の説明後に家族と話し合い、同意を得て看取りを行っている。毎年、看取りの研修を実施し看取り後に振り返りを行い、医療連携の看護師と協力して最期まで安らかな生活が送れるように取り組んでいる。	
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	救急救命の訓練を定期的に行っており、利用者の急変、事故発生時に対応出来るようにしています。		

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
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	様々な災害に対する訓練及び講習を定期的に受け、実践できるようにしています。	年2回の消防署立ち会いの総合訓練を含め、防災訓練年間スケジュールに基づき、風水害・地震・火災・夜間想定・通報訓練など様々な想定での訓練を毎月実施している。現在、コロナ禍で自粛しているが、地元消防団の避難訓練への参加が得られるようになり、地震の際には消防団長が駆けつけてくれるなど協力体制が築かれている。	
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	一人ひとりの人格や生活歴等に配慮し、適切な言葉遣いができるようにしています。	居室に入る時のノック、トイレ誘導時の声掛けや排泄介助の場所などプライバシーに配慮した基本的なケアの徹底に努めている。また、本人の訴えがなくても男性の職員を敬遠する素振りが見られた時には女性の職員が替わって対応するなど配慮したケアに努めている。	
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	利用者の立場で考え、自らの言葉や思いを伝えられたり、意思決定できるように働きかけています。		
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	入居者には日々笑顔でいられ、生活リズムを崩さないようにペースを大事にして、ケア出来るよう支援しています。		
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	入居者に洋服を選んで頂いたり、その人らしい身だしなみができるように支援しています。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	献立と食材配達は業者を利用し、塩分控えめでカロリー計算された食事を提供しています。月6回入居者が希望する献立を取り入れ、ホームで栽培した野菜など一緒に調理して楽しめるように支援しています。	3食とも、食材配送会社の献立付きのチルド食を提供している。利用者が飽きないように、チルド食をミックスして味を変えてみたり、月2回のお楽しみメニュー(カレー又は麺類)を含め毎月6回は事業所の畑で採れた野菜や、きのこ・山菜など旬の食材を購入して手作りの料理を提供し楽しんで貰っている。	
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	利用者毎に食事、水分量を記録し把握しています。摂取量が少ない方には、好みの物を提供したり、医療的問題は主治医に相談して栄養確保できるように支援しています。		

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
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	毎食後口腔ケアを舌磨きも含め行っています。自身でできない方はその方にあつた介助をしています。また、義歯の洗浄も毎日しています。		
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	入居者一人一人の排泄パターンを把握し支援に努めています。オムツ使用の入居者でもできるだけトイレに誘導しています。	最期までトイレで排泄してもらうことを目標に排泄自立に向けた支援を行っている。排泄の記録をもとに、2時間に1回は状況を確認して排泄パターンを把握し、利用者の様子を見ながらトイレに誘導している。排泄パターンを把握しトイレ誘導することで失禁して着衣を汚すことが少なくなっている。	
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	便秘予防のために水分を多く摂るように促したり、個人に応じた下剤の対応を医師の指示に従って実施しています。		
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、個々にそつた支援をしている	週2回は入浴できるように希望に合わせて支援しています。入浴を拒否する方には時間をずらしたり、さり気なく浴室にお誘いしてタイミングを見計らって個人の希望に沿うように支援しています。	原則、週2回の入浴としている。夏期などは希望する利用者に回数を増やしたり、以前には夜間の入浴希望に対応していたが、現在は希望者がいない。浴槽がスライドするため、職員2人体制で極力浴槽につかれるよう支援しているが、困難な利用者には足浴・シャワー浴で対応している。	
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	日中はその日の体調や生活習慣に合わせて、居室で休めるように声掛け支援しています。		
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	服薬内容は個別に記録し用量、用法を把握しています。また、誤薬防止の為、服薬時は複数の職員で何重にも確認をしています。		
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	一人ひとりのやりたいことやできることを把握し、意欲や役割を持てるような声掛けをして、日々過ごせるように支援しています。		

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
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支援している	コロナ渦のため通院の時しか外出はできていません。天気の良い日には近所を散歩したり外気浴ができるよう支援しています。	毎年、日常的に散歩や買い物などの外出やバス旅行などを実施してきたが、コロナ禍以降は感染防止を最優先にして外出を自粛している。現在、利用者が外出する機会は、外来受診の時や天気の良い日に事業所敷地内での外気浴や、敷地周囲の30分程度の散歩に止めている。	
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	金銭は基本的に事業所管理ですが、外出時や移動販売での買い物の際には、職員付き添いで支払いができるように支援しています。		
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	手紙の代筆をしたり、電話できるように取次したりしています。		
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	共用空間は温度・湿度を適切に管理しています。利用者の作品を展示したり季節の花を飾ったり、居心地がいいと感じられるように工夫しています。	玄関やリビングに鉢植えや生け花が飾られ、壁面には貼り絵やスクラッチアート、ダイヤモンドアートなど利用者の作品が飾られている。リビングには、テーブル席の他に、ソファが置かれ、利用者が好みの場所で寛げるように配慮されている。また、職員が定期的に換気や温度・湿度の調整を行い、快適に過ごせるよう努めている。	
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	入居者様一人一人が快適に過ごせるように居場所には配慮しています、座席の配置替えをしたりソファを活用しています。		
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	馴染みの物を持ち参って頂いたり、室内の物品の配置を考慮して、居心地よく過ごせるようにしています。	居室にはベッド、クローゼット、トイレ、エアコンが備え付けられている。テレビ、衣装ケースなど馴染みの品物を持ち込み、壁には自分の作品や色紙、家族の写真や賞状を飾り、その人らしい居室づくりがなされている。職員は、身体状況や日差しの入り方、エアコンの風向きなどを考慮してベッドの位置や向きをアドバイスして快適に過ごせるよう支援している。	
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	一人一人の出来ることを把握し、見守りしてできる限り安全に自立した生活ができるよう支援しています。		