

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 綾花の家)

事業所番号	O673000659		
法人名	株式会社 狩川佐藤組		
事業所名	グループホームやまゆり		
所在地	山形県東田川郡庄内町狩川字小縄3-3		
自己評価作成日	平成 26年 12月 25日	開設年月日	平成 17年 6月 13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)】

利用者の時代背景を考えた『家庭的な雰囲気』に加え『家族との時間の共有』に重点を置き、家族と一緒に利用者の生活を応援するといった形に力を入れ取り組んでいます。家族と交流を深める事で、気兼ねなく物事を相談出来るようになり、以前よりも構えずに連絡や相談などを行える環境が作れてきています。
介護事業部の理念である『考える介護』をテーマに創意工夫を忘れず、加えて固定概念を崩し、物事に捕らわれないようにしながら、利用者の笑顔にたくさん出会えるように、また職員が楽しいと感じることが出来るようにしながら日々の仕事に取り組んでいます。

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、閲覧してください。(↓このURLをクリック)
(公表の調査月の関係で、基本情報が公表されていないこともあります。御了承ください。)

基本情報リンク先 <http://www.kaigo-yamagata.info/yamagata/Top.do>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株) 福祉工房		
所在地	〒981-0943 仙台市青葉区国見1丁目19番6号-2F		
訪問調査日	平成 27年2月3日	評価結果決定日	平成 27年2月25日

【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)】

利用者や家族の意見を聞く方法や、サービスの質の向上の為に職員の目標設定、災害時の避難のための日常の活動、小学生の登校時の「見守り隊」活動による地域の方々とのふれあい等、随所に事業所としての工夫が行われており、常に支援の質の向上を目指した取り組みが行われている。又、地域における他業種との連携も行われており、地域の福祉向上の為に取組みも積極的に行い、地域における福祉の拠点として活躍している事業所である。

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ます (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、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、安心して暮らさせている (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				

山形県地域密着型サービス「1 自己評価及び外部評価(結果)」

※複数ユニットがある場合、外部評価結果は1ユニット目の評価結果票にのみ記載します。

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	
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踏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	やまゆりの理念『考える介護』を、職員がいつでも確認できるように事務所内に掲示し、理念を達成させるためのユニット目標をパソコンを起動する為のパスワードにして、常に意識できる状況としている。加えて事業計画書はパソコンの動線上にあり、いつでも目を通せる状態にしている。	グループホームやまゆりの運営理念「考える介護」を事業所内に提示し、各ユニットの目標を職員で話し合いで作成し実践で確認している、又、目標をパソコンのパスワードにして理念を常に意識する工夫をしている。		
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	見守り隊や散歩・買い物等、地域に出ていく場面作りや、やまゆり祭を始めとする各行事に地域の方々をお招きしたり、中高生の実習やボランティアの受け入れも行っており、普段から地域との交流も自然に図る事が出来ている。	町内会に入会している。9月にやまゆり祭を開催し、地域の人達も130名程参加、又、利用者による小学校の登校時の見守りを行う「見守り隊」活動を行い、地域に協力している。地域の学校(高校、中学校等)の実習の場として学生を受け入れている。		
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	散歩や買い物といった日常の様子を見ていただく機会や行事に参加していただく事で、認知症であるご利用者様と自然に接する機会ができています。また、数名の職員が町等と共に認知症サポーター養成講座を開催している。			
4	(3)	○運営推進会議を活かした取組み 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カ月に1回、会議を開催し、やまゆりの現状を見て頂いている。時には行事に参加する場も設け、利用者の表情や様子を観察して頂いたり、アンケートや話し合いでの意見を参考にサービス向上に取り組んでいる。	区長(榮町、貢地目)社会福祉協議会、家族代表、保健福祉部の参加で2ヶ月1回に開催している。事業所の近況報告、外部研修に参加しての情報を公開し参加者の意見をサービス向上に活かしている。		
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	事務手続きに限らず、分からない事等への相談・協力体制は出来ている。また、アンケートや認知症サポーター養成講座などの事業に協力したりと、良好な関係を築いている。	事業所の統括が地域包括支援センターや町と関係があるので、話や相談が出来る関係がある。外部研修の講師依頼もあり、協力関係を作っている。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら、玄関に鍵をかけない工夫や、身体拘束をしないで過ごせるような工夫に取り組んでいる	夜間を除き、玄関などの施錠は行っていない。帰宅願望のある利用者もいるが、適度な運動や話に耳を傾ける時間を設け、穏やかに過ごして頂けるような支援をこころがけている。基本的には、十分な見守りと玄関チャイム等の確認で対応している。	来客確認のためのセンサーが玄関に設置されているが、非常口やテラスは夜間以外常時開放されている。身体拘束に関する研修を行い、弊害についての周知を行っている。		

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	
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	職員会議や自施設内研修を有効に活用すると共に、虐待のニュースがあった場合など、新聞やインターネットからの記事を事務室へ掲示したり、注意喚起も行い防止に努めている。			
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	地元の社会福祉協議会と協力し、福祉権利擁護事業の支援を行っている。関わる事のない職員もいるが、どのような方が何のために利用しているのか、実際の利用を通じて感じてもらっている。			
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	入居が決まった方に対しては、契約を結ぶ際に疑問に思う事、分からない事等を聞きやすくする為にも、重要事項説明書と契約書を事前に渡し、確認をして頂いている。契約時や契約解除時にはご利用者と家族とで話し合い、納得を頂いている。			
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	毎月、利用者会議を開催して意見等を聞いている。家族の来居時にも意見や要望が受け入れやすい関係作り心掛け、話し辛い事に関しては設置された目安箱を利用してもらっている。	利用者会議で意見や希望を聞く機会を作っている。家族には行事後にアンケートが実施されている。会社として年1回アンケート調査を行っているので、事業所の課題等を整理して運営に反映させている。相談は随時電話等でも受け付けている		
11		○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	職員から出された意見に関しては、申し送りノートに記入したり職員会議の議題として取り上げ、皆で検討している。また法人全体の事に関しては、リーダー会議を設け、そこで各ユニットで出た意見を反映させている。			
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	シフト表作成にあたり、毎回勤務の希望を聞いて対応している。資格取得者には資格手当が支給され、頑張る意欲にも繋がっている。			
13	(7)	○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	自分ケアプランを作成し、個人の目標に合った内容の外部研修への参加を促し、施設内では毎月研修会が行われ、知識の向上を図っている。新人職員に対しては個人の目標を作り、2週間毎のミーティングを行い、不安な事・出来ない事・聞きたい事等を話し合い人材育成に繋げている。	職員個々に個人目標(どうい介護員になりたいか)をたて、各々研修への参加を希望している。新人研修は2週間に1回ミーティングで研修経過を確認している。	更に、より研修の効果を高めるためにも資格取得を意識した目標の設定が期待される。	

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	
14	(8)	○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つくり、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	毎年一人ずつ交換研修に参加し、お互いのホームの良い点・悪い点を検討し、サービスの向上に繋げている。また、グループホームの体育祭や認知症の講座等を通じ、他施設の方と連携を図る機会を設けている。現在、顔を合わせる機会の確保のため、町内の多職種連携を管理者が中心となって進めている。	GH協の交換実習や体育祭等への参加、認知症サポーター養成講座のキャラバンメート等を通じ同業者からの情報を得て、支援の向上に役立てている。又他職種の人達と交流し、幅広い意見や情報をもとに、サービスの向上や地域の福祉の向上に役立てている。		
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	事前面接や関係機関からの情報を全職員が把握し、本人の現在の状況を理解する様に努めている。他の利用者や活動を共にする等、早くホームに慣れてもらうように支援を行っている。			
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	入居前に聞き入れた家族の希望等に沿った支援に努めている。状況が変わった場合には、お互いに連絡を取り合い即対応出来る様にしている。			
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	家族や居宅のケアマネを含めた事前面接で、今すぐに必要な支援は何なのかを話し合い・見極め・調整を行っている。入居後にも、家族や関係機関と相談行い対応している。			
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者からは、調理や掃除など出来る事を積極的に行ってもらっている。また、センター方式Dシートを活用し、出来る可能性について常に考え、出来た時の喜びを感じてもらえるような生活をして頂いている。			
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族には『お便り』という形で、毎月情報を伝えている。利用者の情報はお便りだけでなく、変化が見られた時には電話で知らせる様に心掛け、家族からの協力も頂きながら支援をしている。また、家族参加型の行事も取り入れながら家族とのつながりを深めている。			
20		○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	友人や知人の面会の際には、利用者が安心して話が出来よう、部屋へ案内するなど、話しやすい環境を作り、必要であれば、その場に職員が寄り添い、今後の関係も維持出来るような支援をしている。			

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
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	利用者それぞれの性格を考慮し、ホールで楽しく過ごせる様な環境作りを行っている。状況に応じて席替えも行い、必要時には職員が介在している。		
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	次の入所施設や入院先、家族から情報提供を求められた場合には、しっかりと対応している。退居後であっても家族から相談を頂く事があり、こちらで出来る事であれば相談対応を行っている。		
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	センター方式Cシート・Dシートを活用し、本人の希望や思いを聞き出しており、加えてモニタリングや課題分析の充実も図っている。気づきノート等の活用を普段から行い、個々の問題解決やニーズの把握に努め、3ヶ月に1回の定期的なケースカンファレンスに加え、必要時にも行っている。	センター方式を活用し、アセスメントをしている。日常生活では、気づきノートの活用で、記録されて3ヶ月1回のケースカンファレンスが行われている。	
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	関係機関からの情報提供や家族から聞き入れた情報は、個人の台帳や申し送りノートを活用し、全職員が把握できる様にしている。また、入居後に新たに加わった情報があれば、申し送りをしている。		
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	各利用者の心身状態を考慮し、気分的な落ち込みが見られた場合は傍に寄り添い、その都度出来る事に配慮しながら、皆で協力し合える環境作りに努めている。		
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	介護計画を作成する前には、必ずモニタリングを行い、本人や家族などの意向を取り入れて作成を行っている。加えて、3ヶ月に1回カンファレンスを行い、本人の求めるケアや可能性について探っている。また、1月からは介護保険更新に合わせ、本人・家族を交えた会議の開催も必須としている。	ケアプランは日常の記録やモニタリングで振り返り、家族、本人の意向を取り入れて作成している。	
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	介護計画に沿った記録を心掛けると共に、日常の様子が見える様な記録を残すように努めている。毎日の記録から課題が見付かった時には新たに介護計画に取り入れている。		

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
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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			
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	地元のボランティア団体から来てもらったり、地域と合同での防災訓練等を行ったりしながら交流を図っている。近所の神社へ散歩した際には、地域の方と声を掛け合える関係作りに努めている。		
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、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	毎月、主治医の往診にて健康管理が行われ、相談に対しての指導も受けている。他の医療機関を受診する際は、家族から協力を頂き、その際には情報提供をしっかりと行い、結果についても常に共有出来る様に努めている。	内科、精神科、皮膚科、歯科、整形外科も月1回の往診、受診後は家族に文章にて報告している。緊急時の時は職員が受診同行している。	
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	日々の体調変化を観察し、特変時には協力医院を受診している。受診の有無に迷う時には、かかりつけ医院の看護師に相談してから決めており、受診後の処置などに関しては指示通りに対応している。		
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。又は、入院治療が必要な可能性が生じた場合は、協力医療機関を含めた病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合は、早い段階から家族と連絡を取り合い情報収集に努めている。合わせて、病院の医療相談員とも情報交換を行ったり、実態調査を行ったりしながら、早期の退院に向けての準備や支援を心がけている。		
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	グループホームでの対応が困難になった場合に備えて、要介護度が高くなってきた際には他施設への申し込みを勧めている。医療依存度が高くなり、対応が困難になりそうな時には、家族や関係者と今後についての話し合いの場を設けている。将来的に看取りの実施を目指し、研修会などの開催は行っているが、現時点では目途は立っていない。	入所時に重度化の指針はあり、情報は提供するが、看取りは現状では看護師がいないので実施はしていないが、看取りの研修には参加している。	

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	
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	事故や急変時には、出勤者同士協力し合い、その状況にあった対応が出来る様に努めている。また、事故の際は、カンファレンスを開催し、同じ事故を繰り返さない様に対策を考えている。			
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	年2回の全体での防災訓練の他、各ユニットでも独自の避難訓練を実施している。8月の消防署も交えた避難訓練では、トリアージの視点も持って行動するように指導を受けた。	総合訓練は年2回(6, 9月)の防災訓練が実施された消防署より、避難、優先準備等のアドバイスをもらっている。寿々花ユニットは10月に夕方避難訓練、綾花ユニットでは緊急の連絡網の訓練と各ユニットで工夫している。		
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	今年ユニット目標に「思いやり＝よりそう心」を掲げ、利用者の話をゆっくりと傾聴できるように意識している。利用者に対しての声の掛け方や接し方を工夫し、気持ちを損ねない対応に努めている。	トイレ誘導する時は猫の部屋(トイレのドアに猫の絵を貼っている)というように工夫している。センター方式Cを利用して		
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	利用者の訴えに対しては、ゆっくりとした気持ちで耳を傾け、本人の思いを聞き出す様な対応を心掛けている。時間がかかっても自分で選ぶ事ができるように支援を行っている。			
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	その日の気分や状態に合わせて、各利用者が出来る事に合わせて一緒に活動を行っている。時間がかかっても、本人のペースで日常生活が営める様な支援をしている。			
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	定期的に出張理容を依頼し、希望に沿った身だしなみが出来る様にしている。また、外出や行事の際はちょっとおしゃれをし、衣類の着方が不十分であれば、さりげなく手を貸して整えている。			
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	メニューは職員が作成するが、利用者の嗜好をふまえた食事を考慮に入れて提供している。また、食事の準備や後片付けを一緒に行い、それぞれの役割を、持っている能力に合わせて活かしている。	献立は事業所開設して10年になるので、その間の献立を工夫して利用している。買い物は週1回利用者も一緒に出かけている。		

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
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	栄養の偏りがない様にバランスの良い食事を提供しており、旬の野菜も取り入れ、季節も感じて頂いている。毎日の摂取量・水分量もチェックを行い、量を見ながら声掛けを行っている。		
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に、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、職員が付き添いブラッシング行っており、不十分な方には介助も行い清潔を保持している。歯科医による定期的な口腔ケアの指導を受け、内容に沿った支援を行っている。		
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	仕草を見ながら誘導を行い、尿意が無い方であってもオムツに頼る事が軽減出来る様にトイレ誘導を行っている。時間を決めてトイレ誘導する事で失禁回数も減少している。オムツ券などの活用も行い、家族の金銭的負担にも対応している。	排泄チェック表を利用し、トイレ誘導を基本にしている。排便は報告してもらうようにしている。	
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	水分の摂取や適度な運動、腹部のマッサージを取り入れたり、排便の困難な方には、お茶やオリーブオイルを使い、できる限り自然排便出来る様に対応をしている。また、全利用者の排便チェックを行い、医師や看護師の指示を仰ぎながら、状態に合った対応を心がけている。		
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、事業所の都合だけ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	基本的には週3回の入浴を楽しんで頂いており、気分の不快や体調不良で入れなかった場合には、翌日に入浴できるように配慮している。また、ゆず湯などのお楽しみ入浴の日を設定し、季節を感じて頂いている。	週3回を基本に入浴を実施している。拒否する人には無理に進めず翌日に入浴できるようにしている。ゆず湯等の工夫を行い入浴を楽しめる工夫がされている。	
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	夜間、ゆっくりと休める様に、日中はホールで過ごす時間を多く持ち、心地の良い疲労感もてる様な支援を心がけている。		
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	薬錠表は個人のファイルに綴り、把握できるようになっている。薬の変更等は申し送りノートを活用し、全職員が共有出来る体制作りをしている。服薬により変化があった場合には、主治医や薬剤師に相談している。		

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	
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	アセスメントを活用して特徴を活かした役割を見付け、個々の状況に合わせて楽しみ事やリフレッシュが図れる様に支援を行っている。			
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に支援している	普段から散歩をよく行うようにし、天気の良い日は、できる限り外に出るようにしている。職員の体制や天候等を考慮しながら、希望があれば近くまで景色を見ながらドライブに出掛けることもある。家族からも外泊や外出の機会を作ってもらい、家族との時間を大切にに使っていただいている。	月の半分は外出(散歩も含めて)している。神社、テラス等で食事して楽しむ時もある。家族と一緒に外出できるように声がけしている。外食は年2回程行っている。		
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	全ての利用者のお金はホームで預かり管理をしており、保管場所には鍵をかけ、利用者が安心出来る様に対応している。職員と一緒に買い物に出掛けた時に、お金を預け、自分で支払いして頂く場合もある。			
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	利用者からの希望があれば、電話をしたり手紙を出せる様に支援している。電話する場合は、時間や相手の状況も考慮して対応に努めている。			
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	玄関やホールには、季節に合った花や装飾を行う事で季節を感じてもらっている。また、自然にホールに集まりたくなる様に、仲の良い利用者同士と一緒に席を囲める配置を考えている。温度や湿度にも配慮を行い、時間を決めて換気に取り組み、少しでも快適に過ごせる様な環境作りを行っている。	いつもホールに居たくなるように、テレビコーナーや調理している所が見え、安心していられるホールです。昼食後も皆でホールの掃除をして、清潔にしている。		
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	それぞれのお部屋はもちろん、ホール内には食事の席の他に所々に椅子やソファを置き、くつろげる空間を設けている。			

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	
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	入居時に、これから過ごすお部屋に持ち込める物の説明を行い対応している。慣れ親しんだ家具や仏壇等を置く事で、少しでも安心した生活を送っているのではないかと感じている。	各部屋には自宅より、整理タンスや使い慣れたなじみの物が持ち運ばれて、安心していただけるように家族、職員が工夫している。		
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」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	施設全体（玄関・ホール・廊下・トイレ・浴室）には、手すりや備え付けの椅子が設置され、活用する事で出来る範囲が広がっている。また、3ヶ月に1回のカンファレンスでの話し合いも含め、個々の状況を話し合う場を設けてケアプランに取り入れ、支援をしている。（必要時は随時）			