

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 ひだまり棟)

事業所番号	0672700325		
法人名	医療法人社団 緑愛会		
事業所名	満天の家		
所在地	山形県西置賜郡小国町大字幸町6-1		
自己評価作成日	平成 25 年 11 月 7 日	開設年月日	平成 18 年 4 月 1 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)】

認知症ケアの発信地として地域に向けた活動を展開しています。また、日々の生活の中では、利用者一人一人のご希望に応えながらご本人らしい生活が出来る様に支援しております。ユニット内は、利用者職員が、ともに、明るく、楽しく生活し、情報共有を念頭に置きながら、職員同士のチームワークを大切にケアにあたっています。今後も専門性を生かすことにより、私たちに出来ることを地域のなかで発信し続けたいと考えています。また、ボランティアの受け入れを多くすることで、グループホームの役割や利用者の生活、認知症があっても地域の一員であることの理解を広めていきたい。

【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)】

事業所は、豊かな「白い森」として全国的に有名な小国町の市街地の中心部に位置する、町唯一のグループホームである。「生まれ育ったこの土地で、個性・らしさを大切に穏やかに過ごしてほしい。」という理念を大切に、利用者や家族の思いや願いを大切にして活動している。特に、地域や事業所の祭りでの交流、小学生との総合学習での講師やボランティアとして交流、また、地域で認知症ケアの講師としての交流、認知症情報発信活動等で、地域の一員として大きな役割を担っている。利用者に対しては、事業所理念・目標・ユニット毎の月別目標を踏まえ、一人ひとりの「個性」「らしさ」を大切に、本人らしい生活ができるよう努力しており、「笑顔」のある施設となっている。

※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.kaigokensaku.jp/06/index.php>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	協同組合・オール・イン・ワン		
所在地	山形市桜町四丁目3番10号		
訪問調査日	平成25年11月29日	評価結果決定日	平成25年 12月 17日

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 3. 利用者の1/3くらい 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している (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				

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	法人の理念に基づき、事業所独自の理念を掲げ、玄関に掲示している。それを踏まえ、施設目標を設定し、GH全体会にて確認し、さらにユニット会議においても確認しながら、利用者の個性を大切にケアを実践している。	法人の理念を踏まえて事業所理念を設定（「生まれ育ったこの土地で、個性・らしさを大切に穏やかに過ごしてほしい。」）し、これを基に年間目標・月別のユニット目標を設定し職員間の問題意識や共有を図り、会議等で振り返り確認している。また、職員は、普段のケアの中で利用者一人ひとりへのかかわりや、地域との交流を大切にしている。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地区の一員として、地区の行事や作業に率先して参加している。夏祭りなどに招待されたり、事業所のお祭りに地域の方を招待したりと、地域の方々と積極的に交流を図っている。また、個別に昔からの繋がりを続けている。	地域の花植え作業参加、地域での認知症ケアの講師等地域貢献を始め、夏祭り・満天祭りでの交流、小学生や地域の傾聴ボランティアの受け入れ等地域との交流に努めている。職員等も散歩や買物途中での挨拶・会話を大切にしている。隣近所からの野菜等の差し入れなどいただけるような関係になっている。		
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	学生の体験学習の受け入れや、依頼があったときには、GHで生活する利用者の支援等を、どのように行っているか知っていただくため、積極的に見学を行っていただいている。			
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	運営推進会議を通し、ホームでの活動状況や救急・災害時の訓練等の報告にて、委員の方々よりご意見を頂いている。また、当法人での事例発表会で運営推進会議での取り組みを発表し、会議にて報告と発表を行っている。	町職員、社協職員・公民館長・地域代表・利用者家族・事業所職員で構成する運営推進会議で、ホームの運営・活動（災害訓練等々）・事故などの報告を基に率直な意見や提案をいただき、サービス向上に繋げている。また、事業所開設前から現在までの経緯や取り組みについて法人の事例発表会にて発表したことを報告し、会議にても発表を行っている。		

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
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に取り組んでいる	運営推進会議にて、町の担当職員の方に意見とアドバイスを頂きながら、連絡を密に取り情報の共有と協力関係が上手くいくように実施している。	町職員の運営推進会議出席や町開催「おぐに塾」参加で町と意見交換をする とともに、町唯一の施設として、日頃から連絡・情報交換をし、アドバイスももらいサービス向上を図る協力関係ができています。	
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、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	施設全体で拘束について勉強会を行い理解することで、身体拘束は行っていない。しかし、夜間は転倒の危険性が高い利用者については、ケアプランに盛り込み、ご家族の同意を得ながら、センサー対応させていただいている。	事業所年間研修計画の中に身体拘束のカリキュラムを組み職員に周知を図っている。職員も身体拘束の禁止の対象となる具体的な行為やその弊害を理解している。介護計画の中で危険に繋がる行為を未然に防ぐ工夫を加えるなど、利用者にかかる職員の情報共有の密度を高め安全を確保し寄添いながら不適切な対応の無いよう工夫している。	
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	虐待について全体会にて勉強会を開催し、職員が学ぶ機会を持つことで、ユニット会議で再確認を行う。利用者の権利、GHの倫理綱領を掲示し、虐待のないケアの実践に取り組んでいる。		
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	全体会議にて新しい成年後見制度の勉強会を行ったり、今後ご家族の都合などで制度を使う方も多くなってくるとされるため、職員に理解を深めていくよう勉強会に参加している。		
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	契約時に事業所のサービス契約書、重要事項説明書に沿って、十分な説明を行いその都度、疑問や不安がないかを確認しながら、理解、納得をいただいている。		
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	利用者とは日常会話の中で、また、ご家族とは面会時やサービス担当者会議などを通じ意見や要望など聞かせて頂き改善している。玄関に意見箱を設置している。運営推進会議への利用者の出席、年1回の家族交流会にて、意見交換の機会を設け運営に反映できるようにしている。	利用者の日常会話・面会時の家族の会話を基本にししながら、運営推進会議への利用者の出席・家族交流会の開催などで家族の意見が出やすい環境をつくとともに、「お客さまアンケート」も実施し、多くの意見を運営に反映させている。	

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
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	毎日のミーティングや業務の中で職員の声に耳を傾け、意見を収集しユニット会議にて、意見の再確認を行いケアサービスに活かしている。全体会、各委員会などで意見や提案を聞き反映させることで、個人の意欲を高めている。		
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	職員一人一人が目標を掲げ実績管理を行う事で、努力や実績を把握し処遇改善に反映させている。向上心を持ち働けるよるに年に一度、人事考課に基づき昇給等により、やりがいを持って実践できる環境作りに努めている。		
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	法人内の様々な研修や地域密着部会、県社協での研修への積極的参加にて、職員個々のスキルアップを図り全体会で報告し勉強会を事業所内で行うことで、全職員のスキルアップにも繋げている。	年間研修計画（法人主催、事業所、県社協、東日本・県GH連絡協議会等）に基づいて計画的に学ぶ機会を確保している。職員毎の「目標管理シート」「達成度確認調査票」等によって職員一人ひとりのケアの実際や力量の把握を行うと共に、職員のスキル向上を図っている。計画は6委員会の意見を踏まえ事業所の実情に応じて策定している。	
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	町と管理者が主体となり継続しているケアスタッフおぐに塾の幹事となり、年間の活動計画を立て、勉強会を開催することで事業所のレベルアップと個人の技術の向上、情報交換することで質の向上を目指している。	法人内GH連携研修や県GH連絡協議会等の研修・交流機会をもっているほか、「ケアスタッフおぐに塾」に主体的に関わりながら、GH・高齢者介護・支援に係る個人のスキルアップとサービスの質の向上に努めている。	
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	相談、紹介から申し込みに至るまで、パンフレットや実際に見学していただき、ホームの様子の説明を行い、不安や要望などをお聞きしている。また、入居まで不安がないよう、必要に応じ訪問などを行うことで、ご本人の状態や意思を確認させていただき、顔も覚えていただくきっかけとする。		
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	申し込みや入居前は必ずホームを見学して頂き、不安や要望などをお聞きし、安心してご利用して頂けるように配慮し信頼関係が築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
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	ご利用申し込みをいただいてから、定期的にご本人の状況、状態を把握させていただきながら、ホームの利用が適切かどうかを見極め、ご本人とご家族の実情を踏まえ必要に応じた事業所との利用の調整を図っている。		
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	共に生活をしていく一員として、食事、おやつを召し上がったりと楽しめるような場を提供している。また、ご自分の役割として出来る方には、掃除や食器拭き、洗濯物たたみをして頂いている。気分転換に買い物にもお誘いしている。訴えがある時は傾聴し共に分ち合っている。		
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	面会を大切にしゆつたりと出来る様な場の設定に心掛けている。必要に応じスタッフから体調などについてお話しさせていただいている。また、ご家族の要望も取り入れながら、施設側とご家族とでご本人を支援し合える関係作りを行っている。		
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	ご本人が行き慣れた理容、美容室を利用している。地域の理容、美容室では希望に沿って出張してきて下さり、気軽に行き来きできるような関係を継続している。買い物に行く事で、顔馴染みの方と会うことができている。		
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	窓側に図書コーナーと名付けて、団欒の場を設けることで利用者同士の関わりが増えてきている。また、孤立しない様にスタッフが介入し寄添うことで利用者同士の関係が保たれている。また、居室に居る方については、おやつ時間に入室し話を傾聴している。		
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	体調不良やけが等で入院され退去になった方なども、定期的に面会に行き、声掛けしながら様子を伺うようにしている。また、ご家族との関係も大切に、退去先に連絡調整を行いながら、ご家族の相談に答えている。		
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	センター方式の活用によりご本人やご家族様より、思いや希望、意向を把握している。プランの変更時にご本人やご家族の意向をお聞きしながら反映させている。	職員との日頃の会話やつぶやきの確認を基本に、センター方式シートを詳細に記入し、一人ひとりの思い・希望・意向の把握を行っている。ケアプランの変更時も、本人・家族の意向を詳細に把握・記載し、「本人本位」の支援の検討をしている。	

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	
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	センター方式の活用によってご本人、ご家族、知人などから情報収集し、生活歴などを把握することで、アセスメントに役立っている。また、関係機関等との連携を図りサービスの利用や経過等について把握できるように努めている。			
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	担当者やその日の勤務の職員が日常生活の過ごし方、バイタルチェックの確認と共有にて心身の状態、残存能力の確認を行うことで、日々の現状把握に努めている。			
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	プランの変更時や必要に応じ、担当者を中心にご本人、家族、関係者などからセンター方式のC、Eシートの活用により情報収集を行っている。それを基にカンファレンスを開催し、職員の中で意見交換やアイデアを出し合い現状に即した介護計画を作成している。	日々の申し送り、週1回のミーティング、ユニット会議での情報共有を基本に、特にケアプランの変更時には、担当者を中心に、本人・家族の意向、詳細に記入したセンター方式シートを基に意見を出して検討を重ね、「個性・らしさを大切に」現状に即した介護計画を作成している。		
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	毎日の生活の中で、プランに基づきモニタリングを行いながら、その都度記録している。状態が変化しサービス計画の変更が必要になった場合は話し合いを持ち、現状に即した介護計画の作成を行っている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化（小規模多機能型住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	地域の行事へ参加したり、ホームへ傾聴ボランティアなどを受け入れることにより、地域の方との関わりができています。地域や家族の方より様々な新鮮な野菜などが届き、一緒に料理を行うことで四季を感じて頂いている。			

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
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	入居時にかかりつけの病院、主治医の確認を行っている。病院は定期的に通院し、状態変化の報告を行うことで信頼関係が保たれる様にしている。また、専門医などへの通院も支援している。	利用開始時に本人家族の希望を把握し、かかりつけ医の継続的な受診ができるよう、家族を支援している。受診時には「受診記録簿」を持参し又はしてもらい、医師又は付き添者の記録・メモ内容を職員の共通認識としている。	
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	医療連携により、看護師が週3回出勤となり、状態を把握し、場合によっては病院とのやり取りができている。必要に応じ訪問診察の支援を受けている。また、利用者の少しの変化、不安、心配事がある場合は看護師に報告、連絡し指示のもと対応している。		
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。	入院先の病院へ出向き、看護職員との連携を図り、随時状態の確認を行っている。また、医師による病状説明時にご家族と一緒に同席させていただき、医師、看護師との情報交換を行い、早期退院や退院後の相談を行っている。ご本人やご家族が不安を抱かない様に支援している。		
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	出来る限りホームでの生活を継続してほしいが、ご本人、ご家族、主治医との話し合いで、事業所が出来る事、出来ない事を説明している。その中で、家族との話し合いを持ち、意向を確認しながら今後の方向性を決めている。かかりつけ医はGHの状況を十分理解していただき、その方に応じた対応をして下さる。	利用開始時に「重度化対応指針」「看取り対応指針」の内容を説明している。重度化した場合は随時、早期に本人・家族の意向を確認しながら、主治医と相談し、対応方針を決定している。	
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	法人内でマニュアルを冊子に保管、連絡網など目のつくところに掲示し、職員への理解と周知を行っている。心肺蘇生法については、毎年、全員が講習に参加している。急変や夜間訓練など部分訓練を定期的の実施。救急救命士の方の応急処置法の勉強会にて実践力を身に付けている。		
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	総合防災訓練を年2回実施し、地域の方の理解と協力を得ている。消防分団長、団員、公民館長、公民館役員の方々に参加をいただいている。その他、夜間想定訓練や緊急連絡網集合訓練などを行い方が一に備えている。地域全体の避難訓練に参加させていただいた。	事業所全体・ユニット合わせて年10回程度の防災訓練を実施している。総合訓練は年2回で地域の方や消防団にも参加してもらい、また、その他夜間想定・緊急連絡集合など様々な想定で実施している。広域災害に備え備蓄等も行なっている。	

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	こよまケア実践評価表に基づき、こよまケア委員会を中心に職員自らの自己評価を行い、質の向上とサービスの向上を目指している。個別ケアに取り組み、利用者の人権、人格を尊重し、個々のプライバシーを守りながら、その方に合わせた言葉かけを行っている。	利用者一人ひとりの人生の歩みや誇りなどを把握しながら楽しい話題を提供したり、大人の誇りを傷つけないような気くばり・誘導をするなど、人格・誇り・プライバシーを尊重するケアをしている。普段のケアの振り返りを行うため、独自のケア実践評価表によって自己評価も行っている。	
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	日常の会話の中で利用者の希望などを把握しながら、ケアプランに落とし込み日常生活に取り入れ、また、希望時にはご家族の協力を得て、外出や外泊をお願いしている。傾聴しながら利用者が自己決定出来る様に支援している。		
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	利用者の思いを大切に傾聴しながら、その日のペースに合わせ状態の把握を行いながら、希望に応じ支援している。		
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	季節に合わせた洋服をご本人と一緒に選んで着ていただきながら、おしゃれを楽しんでいただくと共に、整容については、声かけにて行っていただき、清潔感のある身だしなみができるように支援している。		
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	日々生活の中で、利用者の嗜好を聞き取りながら、献立の作成に役立てている。四季を感じて頂くため、季節に合った食事や行事食を提供し一緒に楽しむ時間を作り、食事を作る時には、利用者と共に準備、味付け、盛り付け、食器拭き等を行っている。	職員が利用者の好みを利きながら、四季の食材を基に献立を作成し、3食手作りで提供している。食事が楽しみになるようアクセントとしての行事食もある。買物・準備・会食・後片付けには利用者のアドバイス・手伝いもあり、職員と会話を楽しみながら家庭的な食事の提供を行っている。	
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	毎食後お一人お一人の食事量、水分チェックを行い摂取に合わせチェック表に記入している。献立表にカロリーを計算し一日の把握を行っている。足りないようなときはおやつなどで捕食し、水分がなかなか取れない方にはゼリー等を提供し栄養のバランスを考え支援している。		

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	
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	食後、お一人お一人に合った口腔ケアを行うように支援し、昼食後はお茶うがいを継続している。残歯のある方は、しっかりとブラッシングをしていただき、夜間は入れ歯洗浄など使用して口腔内の衛生に努め、汚れや臭いなど生じないように支援している。			
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	排泄チェック表を活用しお客様の排泄パターンを職員が把握している。ご自分で排泄される方以外は、何気ない声かけで誘導を行っている。おむつ使用の方については、残存機能を活かし日中はリハビリパンツに変更し、個々に合った支援を行っている。	一人ひとりの詳細な排泄チェック表を作成し、職員全員がそれを頭にいれ、さりげない声掛けと誘導を実践している。また、出来るだけ利用者の能力を生かし、パットの活用などでおむつの使用を減らす工夫を行っている。		
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	水分摂取をチェック表にて把握し、ヤクルトや自家製のヨーグルトを提供し、体操、歩行訓練で身体を動かし便秘の予防を行っている。それでもコントロールがつかない場合は主治医と相談し対応している。			
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、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	希望される方には、毎日でも入浴出来る体制になっている。また、本人のプライバシーに配慮しながら、個別の希望やタイミングに合わせて、スタッフと利用者がゆっくりとかかわりを持てるように支援している。	出来るだけ利用者の希望・タイミングに添って支援している。音楽をかけたり、職員と会話をしたり、時には入浴剤等を活用し入浴を楽しむことが出来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	ご本人の体調や時間に合わせて、くつろげる場所や休息を取って頂いている。就寝時も声かけやご自分の時間に合わせて安心して休まれるように支援している。			
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	処方になった薬に、日付を記入し、個別に仕分けしている。変更ある時は、薬名、効能など通院記録簿に記入しスタッフに周知している。服薬前にはダブルチェックを行い、内服時には個々に名前を確認している。変化ある時は、主治医に報告させていただき相談している。			
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	センター方式の活用とご本人、家族から情報収集を基に、担当者が中心となり、外食、外出、アルコール類を楽しむなど利用者の希望を叶えることで、気分転換を行っている。季節に合わせた行事を計画することで気分転換の支援を行っている。			

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	
49	(18)	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>町内外への外出や見学など計画を立てて、その方に合わせた支援をしている。また、その日の利用者の体調や天候に合わせて、散歩の支援、買い物や外食の支援を行っている。自宅への外出については、家族と連絡を密にしながら支援している。</p>	<p>事業所の年間計画表を作成し、さくら・しゃくなげ・ダリア・ゆり・紅葉見学、夏祭りや文化祭参加、外食ツアーの支援を行っている。また、日々は、畑や駅付近の散歩、買い物、外食などで外出するほか、家族の協力で定期的に自宅への帰宅する人もいる。外泊の際には、外泊先での過ごし方等重要な情報の伝達も行われている。</p>		
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>ご家族の了解のもと、自己管理できる方には家族と情報交換しながら自分で管理して頂いている。また、希望がある時には、買い物に行き支払をしている。自己管理が困難な方については、必要に応じご家族と連絡を取りながら管理している。</p>			
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>家族より連絡がある時は、プライバシーに配慮し居室や事務室でお話しして頂き、本人の希望がある時には、電話の支援も行っている。また、ご本人の携帯電話を所持されており使用されている。</p>			
52	(19)	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>フロアには利用者の行事や暮らしの中のスナップ写真などを掲示している。また、四季を感じられるような装飾をしている。利用者には不快の無いよう配慮し生活しやすく、居心地良く過ごせるような空間作りを行っている。</p>	<p>公共空間は台所を中心に配置され、清掃も行き届き清潔感があり、明るく、利用者のスナップ写真や手作りの飾り物に溢れ、利用者は、テレビ視聴・談笑・お手伝いなど、思い思いの過ごし方をしている。居間・食堂の他に、小さなスペースがあり、一人で又は気の合う同士で過ごす事ができ、居心地良く過ごせる空間となっている。</p>		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>フロアには食席のほか、ソファを置いたり、図書コーナーを設置し、いつでも好きな場所でくつろがれるようになっている。食事が終わると個々に、気の合った利用者同士で過ごされている。</p>			

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	入居の際にご家族に相談し、馴染みの家具や使用している物を持ってきていただき、本人のお部屋で生活しているような雰囲気をつくり、また、写真の掲示やご本人が好きな物をレイアウトしながら、居心地よく過ごせる様工夫している。	入所の際の説明に沿って、それぞれ馴染んだダンス等の家具、家族の写真・絵・飾り物・位牌などを持ち込み、自分なりの居室空間となっており、家庭的な雰囲気がある。	
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	各場所に手すりの設置がされており、キッチンカウンターの高さなど配慮されており、自立した生活が送れるようになっている。個々の自立度に合わせ居室内を工夫している。また、表札を掲げて自室であることをわかりやすくしている。		