

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 鶴さん家)

事業所番号	0670700574		
法人名	ぶらすはーと株式会社		
事業所名	グループホームなでしこ		
所在地	山形県鶴岡市斎藤川原字間々下35		
自己評価作成日	令和 7年 8月 1日	開設年月日	平成 14年 6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)】

運営理念に掲げているように、認知症になられても「住み慣れた地域で暮らし、なじみの関係性の継続とその人らしい生活」を大切にしています。ご利用者の「できること・やりたいこと」に着目して家事活動と生活リハビリで「できる力」を支えています。いつまでも人生の主役として輝き続けられるように、スタッフは黒子として、ご利用者の生活をサポートしています。

【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)】

事業所が開設してから23年を迎え、新築移転して4年目となり2ユニットが自由に行き来でき、利用者は支援を受けながら、顔馴染みの関係性の中で安全に安心して過ごしています。また、趣味や得意なことで役割を持ち、買い物や家事活動などのできることを職員と一緒にいき、互いが学びあう暮らしの中で、利用者に対し「ありがとう」の言葉を伝えています。地域の方から収穫した旬の野菜などの差し入れがあり、食して季節感を味わい、神社の獅子舞や祭りの催しなどを楽しみ、地域との繋がりある暮らしを大切にしています。職員は、業務の中で互いの良い対応を「サンクスグッドカード」に記入して向上心を高め、研修会での学びを深めながらサポート力の向上に努め、利用者が自分らしく暮らし続けることができるよう支援している事業所です。

※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)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人エール・フォーユー		
所在地	山形県山形市小白川町二丁目3番31号		
訪問調査日	令和 7年 11月 20日	評価結果決定日	令和 7年 12月 15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、戸外に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	○	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		○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	住み慣れた地域の街の中で、その人らしく生活できるよう、法人の運営理念をホーム内に提示し、始業前やミーティング、スタッフ会議時に復唱し、気持ちを切り替え、日々の実践に努めています。		
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	近所の方から新鮮な野菜や花の差し入れと「頑張ってください」の声をいただいています。出張理由で散髪は気分転換にも繋がっています。地区の獅子舞来訪でご利用者の健康と安全のご祈祷や子供みこしなどの交流を図っています。		
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	利用相談等で来訪した方やご利用者家族などの悩み事を聞き、認知症についての説明やサポートを提案しています。		
4		○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	利用状況やサービス取組状況をまとめた資料を参加メンバーに事前配布し、意見を持ち寄って参加していただいています。避難訓練やスタッフ研修の資料なども添付し、報告しています。災害対策など、様々なご意見をいただいています。		
5		○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	市職員の方より運営推進会議へ参加していただき、介護保険の変更点などの情報や助言をいただいています。生活保護ご利用者のケースワーカーと連絡を取るようになっています。		
6	(1)	○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	身体拘束等適正化及び虐待防止検討委員会を設け、3ヶ月に1回開催しています。各事業所の委員会メンバーが中心となり、ユニットの問題点を考え、指導、改善に努めています。また、不適切ケアを見逃さないように、スタッフ間で注意し合える関係性の構築を目指しています。	指針を定め、法人合同の身体的拘束等適正化検討委員会を3ヶ月毎開催し、全体で報告や適正性など検討を行い、職員はスタッフ会議の中で報告を受けて内容を共有している。職員同士がコミュニケーションを図り、日常のケアの中で気付いたことは互いに注意・確認し合い、安全確保と身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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	
7	(2)	○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止研修を5月に全スタッフが受け、理解を深めています。身体的拘束等適正化及び虐待防止検討委員会メンバーを中心に「虐待の芽チェックリスト」を用いて自己点検し、不適切ケアについてアンケートの実施、共有、改善に努めています。	身体的拘束等適正化検討委員会と合わせて委員会を開催している。職員は、年2回「虐待の芽チェックリスト」で自己点検してケアを振り返り、気になることは話し合い、未然の防止に努めている。管理者は、日頃から職員の体調やストレスがケアに影響していないかを把握し、メンタルケア等の研修も行っている。		
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に支援している	現在、成年後見人が金銭管理を行っているご利用者が2名います。スタッフにも制度について研修を実施し、理解を深めています。			
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	契約時は重要事項等の説明を丁寧に行い、疑問があればその場で回答しています。改定等の際は、事前に電話で十分な理解を得られるよう詳しく説明を行い、書面にて署名捺印をいただき、交付しています。			
10	(3)	○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	ご家族の面会や来訪時に近況報告をしながら、情報を交換し、関係性の構築を図っています。ご家族アンケート等で要望や意見をいただいた際には、ご家族へ向けての回答と検討し、サービス内容に反映できるようにしています。	家族等との面会は、感染予防のため所定の場所で15分程度としている。通院同行や面会での来訪時、電話連絡の際に利用者の日頃の様子を伝え、家族等からは意見・要望等を聞くなどしてケアに反映している。毎月、写真とコメントで様子を知らせ、「なでしこだより」は年2回送付し喜ばれている。		
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	スタッフからの改善提案や意見を聞き、スタッフ会議等で、スケジュールの見直し等を行っています。改善提案は、事業所の意見として法人会議で話し合いを行っています。			
12	(4)	○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	スタッフ評価後に個別面談を実施しています。困っている事、伸び悩んでいる点を話し合い、アドバイスをしています。評価結果に応じ、給与に反映しています。また、スタッフ間で最も優れたサポートを投票する取り組みも行っています。	「スタッフ評価」では業務のやりがいや実績、理解度等を細かく評価し、上司との面談で職員の成長やモチベーションアップに繋がるような指導・助言している。職員同士が業務の中で互いの良い対応を「サンクスグッドカード」に記入し、集計結果により給与等にも反映されることで更に向上心が高められている。		
13	(5)	○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	入社時から新任研修ファイルを用いて、認知症への理解を深め、疑問点やアドバイス等、コーチとやり取りをしています。メンター制度を活用し、悩み事の相談や今後の目標を一緒に設定し、取り組んでいます。また、法人内で研修を企画し、学びたい研修に参加できる体制づくりを行っています。	法人の「ぶらすはーと研修会」は、学びたい研修の職員アンケートを基に年間計画し、全スタッフや希望・習熟度等の参加対象に合わせて受講している。参加できなかった職員には、スタッフ会議でミニ研修して伝達し、内容を共有している。新入職員や外国人材の育成にも全職員で丁寧に取り組んでいる。		

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
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	オンライン研修会に参加し、意見交換等で交流の機会を得ています。居宅介護支援事業所を訪問し、事業所だよりを持参し、情報提供をしています。		
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	利用開始前に調査に伺い、本人の困り事やどのような生活を望んでいるのかなど、聞き取りをしています。今までの生活歴や趣味活動なども参考にし、なじみ深い話などを通じて、関係性を構築しています。		
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	ご家族が困っている事、どのように過ごしてほしいか、何を重点に置いてほしいのかなど、話を伺っています。ご家族の問題と事業所としての問題を精査しながら、サービス内容を理解していただけるように関係性づくりを図っています。		
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	困りごとや要望を聞き、どのようなサービスが必要なのかを考え、メリットとデメリットを伝えながら、本人やご家庭に合ったサービスを提案しています。		
18	(6)	○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	ご利用者が人生の主役として輝けるように、できる環境を整備し、役割のある日常生活が送れるように自立支援を行っています。ご利用者とスタッフがお互いに「ありがとう」を伝え合える関係を構築しています。	利用者の好みや喜怒哀楽、願いや要望などを把握して個人ケース記録や「私の姿と気持ちシート」で情報共有し、表出が難しい方には気持ちを推察ながら信頼関係が深まるような関わりに努めている。趣味の裁縫や編み物、家事活動など得意なことを発揮して活躍している場面では、職員が「ありがとう」の言葉で感謝を伝えている。	
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	日用品等の不足物を準備していただいたり、通院対応など、ご家族が可能な限りご利用者を一緒に支えられるように協力を求めています。		
20	(7)	○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	面会や外出支援を行っています。ご家族と一緒にドライブやご自宅でお食事を楽しむなど、関係性が途切れないように支援しています。	家族等との通院やドライブ、家庭行事に参加するために出掛けたり自宅に外泊するなど、これまでの関係が途切れないよう支援している。地域の方から野菜や花の差し入れがあり、調理や鑑賞して季節感を味わい、また、神社の獅子舞や祭りの催しを楽しむことで、これまでの暮らしの継続が保たれている。	

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
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	ご利用者同士と一緒に活躍できるように席や声かけに配慮しています。ご利用者同士で助け合えるようにサポートしています。		
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	サービス終了後も困り事や悩みがある際は、気軽に声をかけて下さいとお伝えし、相談できるように努めています。		
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		○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	日々のサポートの中で、表情や仕草、言動等をスタッフが共有し、希望や思いが把握できるように努めています。また、意思表示が困難なご利用者の場合は、ご家族から話を伺い、ご利用者中心のサポートを検討しています。		
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	事前調査の際に生活歴や今までの暮らし等について聞き取りを行っています。サービス利用後もご本人やご家族に自宅での生活の様子やこだわり、馴染み深い人等の情報を収集し、スタッフ間で共有しています。		
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	個々の心身状態やその時々状態に合わせて柔軟に対応しています。生活のサイクルができてい方にはリズムを崩さないように支援し、意思表示できない方には一緒にいき、日々の変化を記録に残しながら把握に努めています。		
26	(8)	○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	個々のサポート内容について、毎月のケアプランミーティングで評価・検討し、スタッフ会議の場で意見交換を行っています。また、年1回、もしくは身体状況等の変化があった際にアセスメントを行い、ご家族からの意見等も反映できるように取り組んでいます。	利用者の思いや希望、何をしたいのか、何に困っているのかを確認し、家族等の希望や職員の意見も取り入れた個別性のあるケアプランを作成し、本人・家族等に説明して同意を得ている。プランの評価結果を3ヶ月毎に、暮らしの様子を定期的に発信し家族等に知らせている。	
27	(9)	○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	日々の様子や会話、ケアの実践や気づき等をケース記録やケアプランチェック表、排泄記録等に記録しています。全スタッフが出勤時に確認し、情報の共有化、継続性のあるサポートを目指しています。急な対応の変化など、連絡帳を活用し、周知と対応に努めています。	職員の気づきや利用者の状態変化はケース記録や24時間シート等に入力記録し、業務に入る前に必ず確認している。シフト交代時には対面で申し送り、情報共有して統一したケアに努めている。ケアプランチェック表には毎日のプラン実践状況を記録して情報を蓄積し、評価や見直しに活かしている。	

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
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	ご本人やご家族の意見、要望や相談事を聞き、その都度、サポートしています。また、ご家族のライフサイクルに合わせ、協力して支援できる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	3カ月に1回、出張理容に来ていただいています。ご家族の協力を得て、通院も対応していただいています。		
30		○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、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	入居時に医療機関の意向を確認しています。ご家族と相談し、病院等の通院介助や代理受診を行っています。ご家族が対応する際は、情報提供書を作成し、適切に受診ができるように支援しています。また、かかりつけ医による訪問診療を月1回実施し、その他に体調不良時や変化があった際は相談し、指示を仰いでいます。		
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	毎日のバイタルサインや表情、顔色、声の張り等で気づいた情報や、排泄や入浴、皮膚の状態等を記録し、情報を共有しています。受診が必要と判断した際は、ご家族へ報告の上、受診をサポートします。		
32	(10)	○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	担当医師や看護師、ご家族との情報共有を図っています。医師からの説明や入退院時には同席し、今後について話し合いの場を設け、ご家族の不安な気持ちに寄り添っています。	利用者の状態が悪化した場合は、かかりつけ医の紹介状や救急搬送により入院対応している。入院時は、アセスメント(情報収集)や個人ケース記録を持参して情報提供し、定期的に病院看護師と連絡を取り状態を確認している。家族等と情報交換しながら、事業所の対応可能な段階での早期退院に向けて支援している。	
33	(11)	○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、事業所です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	重度化した場合、その時点で予想される経過や終末期のあり方について、医師の診断及び治療方針をもとに、ご家族と十分に話し合いを持つようになっています。可能な対応について説明し、希望があれば、看取りの対応も行ないます。	利用者の状態が徐々に悪化し、食事量が減ってきたり嚥下機能が低下するなど重度化した場合には、医師から家族等に説明があり、意向を確認し希望により看取り介護を実施している。看取りに関しての気持ちや意向に変化がある場合は、医療機関や他施設申し込みなど相談支援している。	

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	
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	採用後に消防署開催の心肺蘇生やAEDの操作等の救急法訓練研修に参加しています。緊急時の対応についてはフローチャートと救急搬送時に救急隊員への情報シートを作成しています。急変時対応研修や事故・急変時対応研修も行っています。			
35	(12)	○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	年間計画を作成し、①風水害②地震・火災・BCP訓練③夜間火災・通報訓練・初期消火の3つの想定での避難訓練、防災機器説明を実施しています。例年、地域住民やご家族にも参加していただいています。	BCP(業務継続計画)を策定し、職員は全体研修の中で説明を受けて防災計画マニュアルを確認している。計画的に利用者とともに避難訓練を行い、実施後の講評や反省点を基に改善に向けて話し合い安全確保に努めている。非常持ち出し品や備蓄品は定期的な点検・確認し、非常時に備えている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(13)	○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	日常生活の中で、排泄や入浴等、プライバシーを尊重した声かけを行っています。プライバシーに関する内容は、スタッフ評価においても取り組んでいます。身体的拘束等適正化及び虐待防止検討委員会のメンバーが中心となり、定期的に不適切ケアに該当していないか等、チェックをしています。	利用者のトイレ誘導や失敗時など援助が必要な場合には、直接的ではなく目立たずさりげない言葉掛けや対応に配慮している。職員は「虐待の芽チェックリスト」で言動を振り返り、人格を尊重したケアを心掛け、管理者は個人情報や守秘義務等の人権意識についても指導している。		
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	「やりたいこと」を大切に、自己決定ができるように、ご利用者の話に耳を傾けています。			
38	(14)	○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	ご利用者の意思を尊重し、活動的なご利用者へは軽体操や家事活動等を支援し、居室で過ごしたい方はリラックスして過ごせる環境づくりを行っています。また、スケジュールを優先せず、ご本人の体調等に配慮し、食事等を提供をしています。	利用者がどう過ごしたいかを把握し、起床時間を遅くしたい、入浴を翌日にしたい、居室でゆっくり過ごしたいなど、体調に配慮しながら出来る限り本人のペースに合わせて個別支援している。趣味の裁縫や編み物、家事活動などが安全に行えるような関わりを持ち、事故防止に努めている。		
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	意思決定ができるご利用者は一緒に服を選んでいきます。鏡の前で身だしなみを整えられるよう、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	調理の下ごしらえ、米とぎ、盛りつけ、お茶入れ、片づけ等、ご利用者の力と意欲を引き出し、一緒に行っています。ご近所からいただいた野菜や畑の収穫物を普段の献立にも使用して、季節の食材を取り入れています。行事では一緒におにぎり作りやホットプレートを使用しての調理等、楽しんで食事ができるように努めています。	献立食材の買い出しから調理、盛り付けまでを職員と利用者が一緒に行って温かい食事を提供している。食事形態に配慮が必要な方には、料理の彩りが分かるように工夫して盛り付けしている。行事の「お食事会」では、好きな寿司や牛丼などを食べることができ楽しみとなっている。		

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	
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	個々の摂取状況・体重の増減を把握し、体調不良時や食事量にムラがある方は摂取量をチェックしています。主治医への情報提供や栄養補助飲料の検討、補食、好きな物の提供等、個別に対応しています。好きな飲み物の提供やトロミの使用等、夫しています。			
42	(16)	○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、うがいや歯磨きの声かけをしています。磨き残しがあるご利用者には個別に対応しています。うがいができない方は、口腔用ティッシュやスポンジで口腔清拭を行っています。義歯の不具合等、訪問歯科診療をサポートしています。	毎食後に口腔ケアを実施し、個別に対応しながら清潔を保っている。スタッフ会議の中で口腔内に関わるケアの取り組みを検討し、義歯の調整や口腔内に支障があった場合には、家族等に治療の必要性を伝え歯科診療に繋げている。夜間帯は義歯を預かり、洗浄して翌朝に渡している。		
43	(17)	○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	個別に排泄記録を残し、日々の状態を確認しています。認知症、体調、季節の変化等に応じ、誘導時間の変更や下剤調整を行っています。	利用者の排泄パターンを把握し、さりげなく声掛け誘導して支援し、失禁後のケアができる方には排泄用品を渡して自立を支援している。排泄チェック表には、排泄状況を細かく記入して体調管理にも活かしている。起床時と就寝前には、清拭対応して皮膚の清潔保持に努めている。		
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	腸の働きをよくするために起床時に牛乳を提供し、昼食時には手作りヨーグルト、ご家族が準備したヤクルトを飲んでいただいています。身体状況に合わせて、トイレでの排泄が続けられるように支援しています。無排便3日以上にならないように排便コントロールをしています。			
45		○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	主体性を重視し、入浴の声かけ及びケアを行い、体調に合わせて、柔軟に対応しています。浴室は個室となっており、一人でゆっくりと入浴を楽しむことができます。また、ご利用者の身体状況に合わせて、機械浴の対応を行っています。			
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	日々のご利用者の表情、体調を観察しながら、身体を動かす機会を作っています。適度な休息と午睡により生活にメリハリをつけ、安眠できるように支援しています。室温や照明、音に配慮し、眠りを妨げないように配慮しています。			
47	(18)	○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	お薬手帳や薬剤情報を管理し、処方薬を確実に服薬できるように支援しています。錠剤の飲み込みが困難なご利用者は、粉砕薬の処方に切替えています。体調不良時など、薬の副作用の可能性も考え、薬局や主治医に相談し、指示を仰ぎ、結果をスタッフと共有しています。	前日の夜に翌日分の薬をセットし、服薬前に利用者の名前・日付・用法を読み上げてダブルチェックし、飲み込むまできちんと確認して誤薬防止に努めている。薬剤師による居宅療養管理指導で受けた内容を情報共有して服薬を支援し、状態変化等を記録して医師に状況を報告している。		

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	ご利用者の生活歴を参考に、洗濯物干しやたたみ、掃除、食器洗い・拭き、裁縫などの家事活動を通して、手続き記憶(体で覚えた記憶)に働きかけるサポートを行っています。また、歌合唱や計算ドリル、風船バレーなど、一人ひとりが楽しみが持てるように工夫しています。		
49		○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	ホームの敷地内で花を育て、遊歩道の散歩で季節を感じていただいています。花や畑仕事が好きなご利用者と一緒に水撒きや収穫も行っています。		
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	実際にお金を使う機会はありませんが、ご自分の財布が手元にあると安心するご利用者の方には、所持できる要にサポートしています。		
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	面会は、時間や人数を制限しています。但し、ご家族とのライフイベント等は相談させていただいております。面会や電話で、ご家族とのふれあいの時間を大切にしています。		
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	キッチンとリビングが一体化しており、調理の音や匂いを感じられます。近くにテラスがあり、外の様子を眺めたり、日向ぼっこなど、各々のペースで過ごせるようになっています。四季折々の植物が楽しめるように、庭に様々な草木が植えられています。隣のユニットへも自由に行き来ができ、落ち着く場所で過ごしていただいています。	リビングでの物音や話し声に敏感な方、目に障害がある方に対しての合わせた環境の工夫をしながら支援し、テーブル席の配置は気の合う利用者同士が一緒になるように配慮している。利用者が一緒に調理を行う際には、手指消毒を徹底し、館内全体の換気を良くして感染防止に努めている。	
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	テレビ前にはソファ席を準備し、くつろいでテレビ観賞やティータイムを楽しむことができます。また、神棚前にも長椅子があり、会話や歌など、憩いの場となっています。		

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
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室になじみの物(ぬいぐるみや写真等)、自宅で使用していた椅子やテーブル、テレビ等を置き、個々のプライベートスペースを作っています。	居室内のベッド・チェスト・エアコンは備え付けであるが、それ以外は自宅で使い慣れた馴染みの物を持参してもらい、家族の要望も取り入れて、その人らしく、居心地よく暮らせる環境を整えている。居室入口には、顔写真付きで名前や避難時の移動方法などを表示して有事に備えている。	
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	手仕事や家事活動、余暇活動等、本人が得意なこと、好きなこと、長年の習慣をケアプランに反映しています。動作や会話が理解できない、ひとりでは難しくなってきた方には、ジェスチャーを交え、スタッフと一緒にできるようにサポートしています。		