

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	グループホーム満天の家		
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	令和 1年 10月 31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)】

地域の方々を巻き込み毎月1回体操教室を開催している。職員2名を2ヶ月間の担当とし企画、実施まで責任を持ち行えるようにしている。地域の方々の参加はまちまちではあるが「家ではなかなかできない」「テレビを見てやったが体がおかしくなった」等と意見や感想を頂きながらセラバンド体操を行っている。その中で熱中症予防の試飲を行うなど自分たちが勉強会で学んだプチ情報を提供している。個人の介護計画書のサービス内容に「手作りおやつを提供」とし企画書を挙げ月に1~2回程度行っている。インシデント報告を1人2件の目標としている。両棟共、中高生の傾聴ボランティアの受け入れや合同行事等を年間5回実施している。

※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)

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	協同組合オール・イン・ワン		
所在地	山形市検町四丁目3番10号		
訪問調査日	令和 元年 11月 28日	評価結果決定日	令和 元年 12月 12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)】

事業所では理念の実践として生活の支援に重点を置いた介護計画を作り、職員は日常からプランに繋がるように行動し常に意識しながら個別ケアに取り組んでいる。生活の支援の中で、歩行することを大切にし、近隣の図書館、併設したデイサービスの利用、また階段の昇降などリスクも取りながら、職員が協力し合い、残存能力を活かした個別ケアを行い、その成果として在宅復帰された利用者も見られた。居室に閉じこもらないよう、フロアでリクリエーションなど楽しみごとを作り出し明るい家庭的な環境づくりに努力している。家族へのアンケート、家族会の行事、情報交換等を通して信頼関係のさらなる深化を重視するとともに、利用者を家族と共に支え合う関係を大切にしている。ケアスタッフおぐに塾の取組に見られるように地域の中で認知症介護の実績を活かしながら、町の社会資源として地域の福祉向上にも貢献している。

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		項目	取り組みの成果	
	↓該当するものに○印			↓該当するものに○印	
55 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	62 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
56 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:18,37)	○	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	63 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
57 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目: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	64 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
58 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:35,36)	○	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 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
59 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:48)	○	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
60 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:29,30)	○	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
51 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、安心して暮らせている	○	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	(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	湖山医療福祉グループの理念を共有すると共に、職員個人の目標管理ファイルに理念を綴じ利用者個々の思いを大切にしながらケアの実践を行っている。	法人の理念を基にした行動指針から毎月の目標を立て、会議等で普段の業務を振り返り実践状況を確認するとともに、職員も半期ごと目標を掲げ、その実践状況を管理し、理念の共有と実践に繋げている。職員は普段から利用者一人ひとりの出来ることを基本に楽しみごとや役割を見つけ出し、「自分が受けたいと思う」サービスの提供に努力している。		
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	利用者ひとり一人が地域の一員として生活している中で、施設の行事や体操教室の開催にて地域の方々に来ていただくことで繋がりを大切にしている。また、地域の作業にも参加させていただいている。	地域の人を招いた体操教室を開催することや様々なボランティアの来所、文化祭等の地域行事への参加、図書館等地域資源の活用など交流の拡大に努力している。小国高校への寄付として、利用者と一緒に雑巾作りを行うことなど、利用者と一緒に地域貢献する取り組みも見られた。		
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	運営推進会議を通し地域住民の代表の方や公民館長、民生委員との情報交換を行っている。町主催の初任者研修の協力。所長対応にて研修実施 現場にての実習			
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	運営推進会議にて、グループホームでの取り組みや、外部評価の結果などを報告している。話し合いを通じて委員の方々より意見をいただきながら、サービスの向上に努めている。今年度も身体拘束についてとし、センサー使用者についての報告も継続している。	民生委員、公民館長、社協職員、町職員と家族代表を委員として2か月に1回開催されている。会議では事業所の現状、行事等の取組、事故事例や防災訓練等の報告がなされ、委員より意見を頂いている。特に、身体拘束をしないケアの取組として、帰宅願望の強い利用者に対する、事業所の取組等が報告され、意見等を頂いている。		

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	
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	関係機関の方々には運営推進会議に出席していただき情報の共有を行いながら意見等もいただいている。町で取り組んでいる初任者研修への協力を行っている。	運営推進会議で事業所の現状や取組について理解いただいている。地域事業所と共にケアスタッフおぐに塾で、町と連携し、地域の福祉向上にも貢献している。利用者に係る個別具体的な問題等へは、窓口とやり取りし協力しながら解決に向け取り組んでいる。		
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	施設での勉強会を行い虐待や拘束について理解、再確認を行いながら身体拘束を行わないようにしている。内服薬の変更にて状態の変化、ADLの低下にて転倒の危険性が高い方については、家族の了解を得ながらセンサー対応をさせていただきケアプランに盛り込んでいる。センサー使用者については運営推進会議にて報告している。	法人の指針やマニュアル、事業所内での勉強会を通して職員に周知している。職員も禁止の対象となる具体的な行為やその弊害を正しく理解している。離設等危険に繋がる行為を行う利用者には、介護計画に具体的支援の方法を位置づけ、職員が共有し、評価を繰り返しながら安全確保に繋げている。センサー対応などには家族からの理解を頂くとともにその経過の記録や評価を行い、改善に向け努力している。また、推進会議でその経過等を報告し、外部者からの意見等も頂いている。		
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	施設での勉強会を行い虐待について理解したうえで、職員ひとり一人注意を払い防止に努めている。また、スピーチロック等についても身体拘束のひとつとして勉強会を行っている。再度ユニット会議で勉強会を行っている。			
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支援している	今後予定している。			
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、事業所のサービス契約書や重要事項説明書に沿って家族等に説明を行い理解と納得をいただいている。また、不安等がないように対応している。			

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	
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	利用者とは日常生活の会話の中で、また、家族の方とは面会時やサービス担当者会議等で要望等を聞かさせていただきながら改善している。玄関に意見箱を設置し意見を記入できるようにしている。家族へのアンケートも依頼している。家族交流会を10月に実施している。	家族へのアンケートを行い要望の把握に努めている。家族交流会で芋煮会を一緒に行い、行事を通して信頼関係の強化を行っている。職員は、家族の面会時には笑顔でゆっくりかかわることを大事にし、状況報告を密に行い家族との関係を大切にしている。		
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	毎日の申し送りやユニット会議、全体会議にて職員の意見等を聞く機会を設けている。意見や提案については聞き入れながら反映に繋げている。			
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	職員ひとり一人が個人目標を掲げ年間の実績管理を行い、努力、実績を把握しながら処遇改善に反映している。やりがいや向上心を持てるように業務改善を提案しながら環境を整えている。休憩時間の確保や有給休暇の取得にも努めている。			
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	法人内外の様々な研修会や施設内外での勉強会、研修に参加、報告書を記入する事で職員のスキルアップに繋げている。ユニット会議で報告できる機会も設けている。	半年ごと実践評価として職員全員が目標を作り、管理者等が評価指導することで、職員の力量やケアの実際の把握が行われ、働きながら質の向上に繋がるよう工夫されている。年間の研修計画があり、それぞれの研修では、全職員が報告書を作り、管理者がその理解度を評価することで、質の高い学ぶ機会が作られている。		
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	町が主体となりケアスタッフおぐに塾の継続にて、他施設との勉強会、また、講師を通しての講習会に参加する事で個人のスキル、事業所のレベルアップに繋げ技術の向上を目指している。また、グループホーム置賜ブロック会研修参加にて交流の機会をつくっている。	地域の事業所と共にケアスタッフおぐに塾の研修や交流会等で地域の福祉の向上に努めている。グループホーム連絡協議会の交流や研修会にも参加しネットワークづくりに取り組んでいる。		

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、紹介の時点で、話を良く聞き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、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、必要に応じご本人の状態やご家族の意思を確認できるようにケアマネジャーを交え密に行っている。		
----	--	---	---	--	--

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
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ご本人やご家族との会話を大切にするように配慮している。		
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	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、本人にあった役割を見極めながら職員と利用者が共に助け合い、支えあう関係を築きながら生活を送る事で利用者本人より、「私がしようか」と声をかけて下さる関係性ができている。		
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	面会時間を大切にしゆつたりと出来る様な場を設定し、スタッフからは日々の生活、体調面の話しをさせていただき事で安心していただけるように心がけながら、必要に応じ相談等をさせていただき共に支え合う関係作りを行っている。また、担当が主となり年に3回家族にメッセージを送っている。		
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	可能な限り本人に馴染みの理容、美容室等の聞き取りや家族等に情報を聞きながら継続した社会関係ができるように支援に努めている。また、外出が困難な場合には出張していただきながら安心できるようにしている。		
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	利用者の性格、現在の状態を職員が把握しながら団欒できる環境作りを行っている。また、トラブルが起きないように目配りを行い、孤立しないように職員が間に入りながら利用者同士が安心した関係性が自然とできるように努めている。また、利用者同士の声がかげも聞かれている。		
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も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。		

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	
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	日頃の様子、表情等をセンター方式を活用する事で本人やご家族様より、思いや希望、意向を把握している。介護計画者の変更時にも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。	センター方式アセスメントを使い利用者の出来ることや好みなど把握し、意向の把握に繋げている。半年ごとアセスメントは見直されている。職員は普段のケアの中で、会話やあまり話さない方は仕草や表情から、思いを把握し、気づき等を大切にし、職員同士話合っ利用者本位に検討している。今月の目標として、利用者の希望を叶えることをテーマとし、職員が特に聞き取り、実行できるよう取り組んでいる。		
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	入居前の情報と関係機関との情報収集にて生活環境や生活スタイル、ご家族、本人への聞き取りにて生活歴の把握に努めセンター方式を活用している。			
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	職員がバイタルチェックや利用者個々の日常生活の過ごし方、また、心身の状態、残存能力の情報を共有する事で本人ができていた事やできなくなっている事の把握にて提供する内容も変更していくように心がけている。			
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	介護計画書の変更時や必要に応じ、担当者を中心にセンター方式の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することで、その方の現状に合わせたサービスが提供できるように介護計画に反映している。	毎月モニタリングが行われ、計画の実施状況の評価が行われ、問題がなければ半年ごと見直しが行われている。見直しの際は家族からの意見を基に職員がカンファレンスで話し合い、利用者の出来ることを大切にしながら、楽しみごとや役割等を盛り込み、生活の継続の支援に取り組んでいる。職員もそれぞれの計画の内容をよく理解し、計画の実践と自立に向けた支援が共有されている。		
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	生活の中で個々の介護計画書に添ってケアを行い、日々の様子や気づきを記録しながら、モニタリングで評価を行い状態に応じた介護計画の作成を行っている。また、変更までいかない時にはカンファレンス表を活用しケアの継続を行っている。			

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	
28		○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、新たな取り組みとして高校生の傾聴ボランティアを依頼、受け入れる事で利用者の得意な事が発揮できている。家族の方より様々な野菜などが届き、一緒に料理しながら季節感を味わう事ができている。体操教室を行う事で地域の方々との交流の場にもなっている。			
29	(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、状態変化や本人の希望に応じて通院出来る様に支援している。また、専門医などの通院も支援している。	入居前のかかりつけ医等利用者の希望に応じた支援に努力している。町内の通院は事業所で、町外の通院は家族と事業所で支援している。通院記録簿に事業所での心身の状況等を記載し、医療機関に繋げることで情報の共有が図られ、家族への連絡の記録も記載し、三者で情報が共有される仕組みを作っている。		
30		○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	利用者との日常生活の関わりにて、状態変化に気を配りながら、医療連携の看護師と情報共有し、指示を受けケアを行っている。。また、少しでも体調に変化が見られた時には、DSの看護師に報告、相談し指示を受けながら適切な受診ができるように支援を行っている。			
31		○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。	入院した場合は介護サマリー作成にて病院に情報提供を行っている。また、看護職員との連携を図り、随時状態の確認を行っている。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。			
32	(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	可能な限りホームでの生活を継続してほしいが、重度化した場合や終末期のあり方については早期に、本人家族、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、慎重に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。	契約時等早い段階から事業所が出来ること、出来ないことの説明が行われている。心身の状況に応じながら、家族と、主治医等を交えながら繰り返し話し合うことで段階的な合意と方針の共有が図られている。		

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	
33		○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	マニュアルを参照しながら、ユニット内で訓練を行っている。また、心肺蘇生法については、毎年普通救命講習を全員が参加し講習を受けている。急変時の対応や夜間訓練など部分訓練を定期的実施し実践力を身に付けている。			
34	(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回実施している。消防団員の方々や、地域の方々に参加していただいている。また、ご家族に案内を送付し参加を呼びかけている。定期的に昼夜想定訓練をユニット内で行っている。	併設する事業所と一緒に年二回総合防災訓練が行われ、消防や地域の方の協力が得られている。地震の訓練やハザードマップの確認が行われている。また、グループホーム単体でも部分訓練として、より実践的な訓練が行われている。各居室の入り口には、外部者からの協力の実現のため、避難誘導の方法が分かるよう工夫されている。広域災害のために備蓄等も行われている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
35	(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	こやまケア実践評価表を個々で評価し、こやまケア委員会を中心に職員の強みや弱みを知ること、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、人格の尊重し、個々のプライバシーを損うことのないように声掛けや対応を行っている。	利用者の思いや出来ることを支援し、個別ケアに取り組み利用者的人格の尊重に繋げている。こやまケア実践評価表で、職員一人ひとりが普段のケアを振り返り不適切な行為がないよう努力している。親しみのあまり過ぎた声掛けや対応は職員同士注意しながら不適切な対応の無いよう努力している。		
36		○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、担当毎に企画したり、少人数で楽しめるように支援を行っている。また、ご家族の協力を得て、外出や外泊をお願いしている。傾聴することで利用者が自己決定出来る様に支援している。			
37		○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	利用者一人ひとりのペースに合わせて生活していただきながら居室内での時間が自由に過ごせるように希望があれば工夫している。また、本人の要望があれば行きつけの理容等に出向いたり、来ていただいたりしている。			

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	
38		○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	洋服もご本人と一緒に選んだり、町内の店に買いに行けるように支援したり、必ず声がけを行い残存機能を活かし身だしなみを整えていただいている。また、ADLの低下方については、職員が話し掛けながら頭髪等の身だしなみに気をつけている。			
39	(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	職員と一緒に食事をする中で、利用者の嗜好を聞きながら、旬の食べ物の話をして楽しみが持てるようにしてる。食事作りや盛り付け、食後の食器洗いや食器拭き等は職員と利用者が協力しながら行っている。	法人の管理栄養士監修の献立に従い栄養や季節感等に配慮し、三食事業所内で調理されている。オープンキッチンで利用者も調理の過程に関わりながら、会話を楽しみ家庭的な食事の支援を行っている。行事や外食、手作りおやつなど食べることにアクセントを付け食事が楽しみなものになるよう工夫している。		
40		○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	ひとり一人の食事量、水分チェックを行い記入している。熱中症対策として経口補水液の提供しながら体調管理を行っている。糖尿病食提供にて管理栄養士に聞きながら主食量、塩分制限も塩分計にて行い個々の注意点を確認しながら介護計画書に落とし込んでいる。			
41		○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	食後には、うがいができるように洗面台脇にコップケースを設置し声掛けを行いつてもできるようにしている。感染症が流行する前に予防としてお茶うがいの提供を行っている。一部介助の方については、自分でできるところまでしていただいている。毎晩義歯洗浄を行い清潔に努めている。			
42	(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	お客様の排泄パターンを職員が把握し、時間を見ながら誘導することで失禁が少なくなるよう工夫をしている。自分で排泄される方は自尊心に気を配り確認を行い、さり気なく交換できるようにトイレ内にパットを置いている。	排泄リズムを把握し、適時の誘導など、なるべくトイレでの排泄を支援している。介護計画に具体的な支援を位置づけ、評価を繰り返しながら排泄の自立に向けた支援を行っている。		

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	
43		○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	食事量や水分摂取の把握を行い状態に合わせてオリゴ糖を使用している。また、歩行練習や下肢の体操にて便秘の予防に努めている。			
44	(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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の一人ひとりのタイミングを確認しながら個別に対応し、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している。	利用者の希望に応じながらゆっくり入浴できるよう支援している。入浴を好まない方にも、声掛けや誘導の方法を工夫して清潔が保てるよう支援している。利用者との会話を楽しみながら、入浴剤で気分に変化を加えながら入浴を楽しめるよう工夫している。		
45		○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、くつろげる場所で休息を取って頂いている。就寝時も声が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。			
46		○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	処方になった薬は個別に仕分けしている。変更ある時は服用薬品カードの確認後、カルテ温度表や通院記録簿に記入し職員に周知している。体調に変化ある時は、その都度、主治医に報告させていただき相談している。禁止食品の掲示を行っている。			
47		○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	家族から情報収集をしながら、得意とする事やできる事を見出し生活に役立てる事で個々の役割分担を行い張り合いにも繋がっている。また、好みの食べ物を聞きながら食への楽しみや外出、ドライブ、棟内に知り合いがいる方同士の交流も支援している。			
48	(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	利用者のADLに合わせた外出、季節に合わせた外出などの計画を立て外出できるように支援している。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、外泊については、家族と相談しながら支援している。	季節の行事としての外出や天候を見ながらのドライブ、買い物や外食などの個別の支援など外出する機会を作っている。地域の図書館等社会資源の利用、地域行事への外出、日常的な散歩、役割の実現としてのごみ捨て等戸外に出かける機会も大切にしている。家族の協力のもと自宅への外出、外泊も支援している。		

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
49		○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	家族と相談しながら、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できる体制も考えている。自己管理が困難な方には希望に応じて使用できるように支援している。		
50		○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	家族より電話があった時は、プライバシーに配慮し居室や静かな環境でお話して頂き、本人の希望がある時には支援を行っている。家族より荷物が届いた時には連絡を行い本人が話せるようにも支援を行っている。		
51	(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	フロアには季節を感じれるような利用者共同の作品、行事や暮らしの中のスナップ写真を掲示したり、居心地良く過ごせるようにフロア内の温度、湿度に気を配りながら、快適に過ごせるように支援している。	居間・食堂は、オープンキッチンを囲みながら食卓やソファで思い思いに過ごせるよう工夫されている。温度や湿度が管理され、利用者と共に掃除がなされ清潔感がある。利用者の作品、思い出の写真、季節を表現した作品等が飾られ居心地よく過ごせるよう工夫している。	
52		○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	フロアには食席のほか、ソファを置いたり、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。また、絵を描く事を希望された方にはテーブルを置き絵がいつでも描けるようにしている。		
53	(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、協力を得ながら自宅で使用していた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、居心地よく過ごせる様工夫している。又、環境整備にも心掛けています。	使い慣れたものの持ち込みや利用者それぞれが思い出の品を飾りつけ、居心地よく過ごせるよう支援している。各居室には災害時の避難の際の誘導の方法が記され安全対策にも配慮されている。	
54		○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安全に歩行ができ、また、各居室には表札を掲げており自室であることをわかりやすくしている。キッチンカウンターの高さが利用者のできる事に活かされている。		