

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 グループホームなな草)

事業所番号	0690700133		
法人名	ぶらすは一と株式会社		
事業所名	グループホームなな草		
所在地	山形県鶴岡市外内島字石名田82-23		
自己評価作成日	令和 7年 10月 24日	開設年月日	平成 24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)】

家事活動を通してご利用者や職員と交流を図り、楽しさや生きがいを提供できるよう支援しています。1人ひとりが役割を持ち、自信や居場所作りを努めながら安心した生活が送れるよう支援しています。

※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)

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 21日	評価結果決定日	令和 7年 12月 10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)】

日々の業務の中で職員一人ひとりが運営理念を胸に刻み実践できるよう、毎日理念の唱和を行っています。理念には「一期一会」が掲げられており、利用者と共に職員はテーブル拭きや洗濯物たたみ、料理の支度などの日々の営みを大切にしており、利用者も「あなたに会えてよかった」と心を通わせています。食事はすべて手作りで、季節に合わせた出来たての料理を提供しています。また、法人内の他事業所と連携し、身体拘束等適正化委員会や虐待防止委員会を合同開催することで、事業所内にとどまらないケアの資質向上にも取り組んでいます。さらに、地域の協力を得て防災訓練を実施するなど、地域の中で利用者が自分らしい生活を続けられるよう努めている事業所です。

## 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)
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)
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)
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)
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
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
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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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、自分らしい生活ができるように、理念の実践に努めている。全職員へ運営理念と合わせ、基本方針や行動指針の説明を行う他、理念研修を実践している。		
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	地域の菓子店や散歩時に挨拶を交わし、地域とのつながりを大切にしている。		
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	防災訓練や運営推進会議の参加・声かけを行ったり、地域の夏祭り行事に参加している。		
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	各回毎にテーマを決め、利用状況や暮らしの様子と合わせて報告し、幅広く意見をいただいている。防災に関しては、計画段階より参加して頂いている。		
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	市町村担当者とは、介護保険に関する事業所の取り組みや生活保護受給者の状態変化の報告や相談を行っている。		
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	日中は施錠をせず、外出希望の際は、できる限り外出を支援をしている。ベッド柵や椅子の配置は、本人の動きの妨げとならないようにしている。向精神薬の使用は過鎮静にならないよう、細やかな観察のもと専門医と連携している。身体拘束等適正化研修と不適切ケア防止研修を行っている。身体拘束等適正化委員会を年4回開催し、現状報告や事業所の取り組みを協議している。	理念の中に掲げられている「侮らず・叱らない・否定しない・拘束しない」等を実践するために、毎朝と毎昼に唱和し確かめ合っている。身体拘束等適正化委員会は法人内の他事業所と合同で設置されているため、多様な事例が鋭意検討され、身体拘束に頼らないより良いケアの実践に繋げている。	

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	(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	虐待防止研修を行っている。また、認知症に関する研修を通し、認知症への理解と対応を深め、虐待防止と発見に努めている。虐待の芽チェックリストを用い、職員が自身のユニットケアについて確認し、取り組みに活かしている。虐待防止検討委員会を開催している。	虐待を生まない環境づくりのため、指針や委員会の会議録を事業所内に掲示し、職員だけでなく利用者や家族等にも広く周知している。「虐待の芽チェックリスト」を用いて職員が内省できる時間を設けると共に、その結果をスタッフ会議でも共有し日々の業務を見直している。	
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、成年後見制度を利用している方はいない。研修会で権利擁護について学び、成年後見制度を活用する機会に備えている。		
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、重要事項等や不明な点を丁寧に説明している。改定の際は書面と口頭で説明を行い、家族の理解と納得できるように努めている。		
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	運営推進会議や面会、家族面談時に話し合いの場を設けている。意見や要望を引き出せるように取り組み、意見等について、会議で話し合いを行っている。	複数の家族等が運営推進会議に参加しており、気軽に意見要望が発言できるよう配慮している。「なな草だより」やSNS(インスタグラム)、面会時等により、利用者の暮らしを伝えながら意見を聞いたり、家族アンケートに寄せられた意見に応えたりするなどしてサービスの質の向上に努めている。	
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	事業所内の会議や面談を活用し、意見を聞く機会を持つようにしている。職員にアンケート調査を行い、働き方や研修の行い方等、希望を反映させている。		
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	事業所訪問や管理者を対象とした毎月の会議、年2回の面談で把握に努めている。やりがいや向上心が持てるよう、実績顕著な職員を表彰している。	職員一人ひとりの家庭環境に応じた勤務時間や働き方を配慮できる体制が整えられている。年2回管理者が実施する個別面接では、事前に管理者・主任・副主任で丁寧に個人評価を行い、それを元に業務態度や認知症ケアの実践評価、個人目標についても話し合わせ、職員の意欲を引き出している。	
13	(5)	○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	年2回の評価と個人面談を行っている。経験と力量に見合った目標を定めるとともに、チャレンジシートにキャリアデザイン(3年プラン)を記載し、スキルアップを支援している。	認知症実践者研修や認知症実践リーダー研修は、公務として参加できるよう支援している。また、面接評価で「ユーモアマスター」「まごころマスター」「笑顔マスター」と認められた職員は、身体拘束等適正化委員として任命され、その力をさらに発揮している。	

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
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	連絡協議会等の研修会を活用し、他事業所と情報交換しながらサービスに役立てている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	一方的なケアにならず、ご本人が得意な仕事で主役になれるようにサポートしている。それぞれが役割を持ち、自信を持ち生活をしている。		
16		<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	ご家族の協力のもと、通い慣れた医療機関への通院を継続している。友人や親族の面会等も関係性が途絶えないように支援している。		
17		<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	日常のサポートの中で、会話や表情等でご利用者一人ひとりの思いを汲み取り、職員間で情報を共有できるよう努めている。家族からも希望を伺い、ご利用者の思いを本人の視点に立って話し合っている。		
18	(6)	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	ご利用者の意思を尊重し、家事、入浴等一人ひとりのペースに合わせている。その日の体調や希望に沿った支援をしている。	利用者からの「ありがとう」「あなたに会えてよかった」「ここにいると楽しい」という言葉が、職員の励みとなっている。また、利用者と共にテーブル拭きや洗濯物たたみ、料理の支度などの日々の営みを行いながら、「暮らしをつくる仲間」であることを実感している。	
19		<p>○本人を共に支え合う家族との関係</p> <p>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</p>	ご利用者を主体に家族からの意見を伺い、ニーズ・ケア目標、サポート内容に反映している。		
20	(7)	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	日々の記録をもとに、スタッフ会議やケアプランミーティングを通し、全職員が共有している。	地域の夏祭りでは子ども神輿が立ち寄り、利用者とのにぎやかな交流を図っている。近くの小売店へ散歩に出かけ、地域の人との自然な関わりを育みながら新たな馴染みの関係づくりも行っている。ドライブの際には、利用者の思い出の場所をそっと通るなどの配慮も行っている。	

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
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	ご利用者同士が交流を深め、なじみの関係を構築できるように席の配置や協力しながら家事活動を行なえるように環境を整えている。		
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	長期入院などで利用が継続できず利用終了となってしまうご利用者やご家族には、いつでも相談を受け、支援する旨を伝えている。必要時は小規模多機能など法人のサービスが受けることができるように支援している。		
<b>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</b>					
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	利用前に、ご本人の仕事や生活歴、趣味や興味のあることを聞き、職員間で共有し統一し、声かけやかかわりを行なっています。ご家族の希望も伺い、本人の視点に立って話し合っている。		
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	事前調査時や日々のコミュニケーションの中で情報を収集しています。ご利用者からの聞き取りが難しい際は、面会時にご家族からお話を伺い、ご利用者の理解を深めている。		
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	各担当と毎月ケアプランミーティングを行ない、ケアプランを評価しています。ミーティングした内容をスタッフ会議で情報共有し統一したサポートができるように周知している。		
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	ご利用者を主体に、家族からの意見を伺い、ニーズ・ケア目標・サポート内容に反映している。日々の記録を基に、毎月のケアプランミーティングで評価検討を行っている。	日々の記録やケアプランチェック表をもとに、担当者が丁寧にモニタリング(観察)を行い、介護計画を作成している。家族の同意が得られた介護計画は直ぐにタブレットで共有され、すべての職員が同じ情報を持って利用者に向きあい、適切なケアに繋げている。	
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	個別記録、気づきや工夫などを記録し、勤務時に確認し、情報を共有している。記録を基にケアプランミーティングで検討している。	日々のケア記録は、タブレット入力記録と健康状態の入力記録、ケアプランチェック表・排泄記録・そわそわ記録(介護計画で必要性が認められる場合に記録されるもの)等がある。必要な情報はタブレットにまとめて整理され、利用者の変化が掴みやすいように工夫されており、日々のケアに活かされている。	

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 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	法人内の小規模多機能型居宅介護サービスとも連携し、必要に応じてサービス変更がスムーズに行えるように情報共有を行なっている。ご家族より希望があった際にはサービスや利用料金の説明などをわかりやすく行っている。			
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	春は花見ドライブ、秋は紅葉狩りドライブなどで四季を感じ、楽しさや生きがいを感じられるよう支援をしている。			
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	協力医による訪問診療を月1回実施している。その他、体調に変化があった際は、随時連絡し、対応を確認している。適切に受診ができるよう、心療内科専門医への情報提供書を作成している。			
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	週に1回、看護師より体調確認、相談を行っている。バイタル測定、爪切り、皮膚状態の確認、薬剤セットを行い、快適な日常が送れるよう支援をしている。			
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	入院時は病院へ同行し、身体状況や認知症の状況の情報提供を行っている。入院中は家族とも情報交換し、医師から説明がある場合は、管理者も同席している。退院前にリハビリの様子や心身の状況等確認し、かかりつけ医への診療情報提供書の依頼等、退院後の生活がスムーズに送れるよう支援をしている。	入院時には、利用者の身体状況や暮らしの様子を細やかに記した書面を作成し、家族に渡している。面会が難しい時には、病院や家族と連絡を取りながら、利用者の状況を確認している。退院後の受け入れが難しい場合には、適切なケアが受けられる場所についての助言を行っている。		
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	重度化した場合には、医師の診断および治療方針をもとに、家族と十分に話し合いを持つようにしている。なな草で可能な対応について説明し、最良の方法を家族と検討している。	入居時「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、利用者家族等の理解を得ている。重度化し起きている時間が短くなり、食事が少なくなってきた時には、主治医・家族等・職員で話し合い、希望があれば看取り介護を行っている。職員は管理者指導のもと看取り研修を受けており、家族等の意向を受け止め寄り添い最期を迎えられるよう支援している。		

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	緊急時の対応は、フローに基づき、迅速に適切に対応できるよう努めている。新人職員は救急法の研修会に参加し、緊急時に備えている。			
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	年間計画に基づき、風水害避難訓練、日中地震火災想定避難訓練、夜間総合訓練を行っている。災害時には地域の方の協力が得られるよう、運営推進会議(民生委員等)を通じて話し合いを行っている。	防災関係の年間行事計画書を立て、年3回想定を変えて避難訓練を実施している。事前にチラシで近隣に見学や協力等呼び掛け、消防立会いのもと運営推進会議のメンバーにも声掛けし、地域との協力体制作りが繋がっている。防災チェックシートや持ち出し品のチェックリストも整備されている。訓練時の講評を必ず次回に繋げるよう意識し体制を整えている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	利用者一人ひとりを尊重し、日々、言葉遣い、声かけを常時気を付けている。スタッフ会議時に認知症対応の研修を行っている。	職員は人生の先輩として敬う心を持って接し、言葉遣いに気を付けて「その人らしく」生活出来るよう声掛けしている。全体会議の中で尊厳を守った認知症介護について学び、日々の暮らしが継続出来るよう支援している。		
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	利用者の意思を尊重し、その人らしい生活が送れるよう注視している。工夫した声かけで本人のやりたいことが行えるようにしている。			
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	家事、入浴や散歩等、一人ひとりのペースに合わせた生活が送れることを大切にしている。	一日の大まかなスケジュールは決めてあるが、利用者の体調などに合わせて生活できるようにしている。天気の良い日は外に出て日向ぼっこやスーパーまで車で行ってみるなど個別に対応し、衣服着替えの時は自分で選ぶなど出来る事を行い、自信を持って生活出来るよう働きかけている。		
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	洗顔、整髪が行える方は、鏡を見ながら行っていたき、自分で身だしなみを確認している。衣類選びも、本人と相談しながら服装を選んでいる。			
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	法人が作成した献立をもとに提供している。近所や家族からいただいた品物は、希望の調理方法を伺い、季節を感じられるよう工夫している。	調理スタッフが法人の立てた献立を基に、買い物や調理し食事を提供している。行事食等は行事担当者や相談し楽しい食事を準備し、誕生日は3時のおやつを豪華にしてお祝いしている。利用者は出来る事を引き受け家事活動として喜んで参加し自信に繋げている。職員も一緒に温かい食事を食している。		

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
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	ご利用者の状況に合った食事形態を提供している。必要に応じて食事・水分摂取量のチェックを行い、本人の好む物を用意し、こまめな水分補給に努めている。		
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、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	声かけで歯磨きやうがい、義歯のサポートをしている。体の状況に合わせて、口腔清拭など、個別に対応している。	毎食後自分でケア出来る方には見守りし、不十分な方には手伝い、出来ない方には口腔ペーパーなどを使い介助している。食前には口を大きく開け口腔体操を行い、嚥下障害や誤嚥防止にも取り組み、義歯は預かり洗浄して気持ち良く使用出来るようサポートしている。	
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	排泄記録を残し、日々の状態を確認しています。個々の排泄パターンを把握し、できるだけトイレで排泄できるよう支援している。そわそわする等、言葉以外の排泄サインも察知し、支援している。	排泄記録表からパターンを確認し声掛けや誘導に活用している。声掛けに応じない時には自尊心に配慮しながらトイレに案内し、視界に入らない所で待つなどしている。ケアプランミーティングで排泄用品についても話し合い、夜間はゆっくり眠れるようおむつや夜用パットを使うなど適切に使用している。	
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	毎朝の牛乳や毎食食時に手作りヨーグルトを提供し、季節の果物のジャム等で提供している。排便が滞りがちなご利用者へは、かかりつけ医に状況を報告し、緩下剤を処方していただいている。		
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	個々の希望や身体状況に合わせて機械浴や二人介助を行い、安全に配慮した見守りやサポートで、会話や歌を楽しみながら気持ちの良い時間になっている。		
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	ご利用者の意向や体調を考慮し、適度な昼寝屋就寝前のテレビ鑑賞、足湯の準備、傾聴や寄り添いケアを行い、安心して眠れるよう支援している。		
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	薬剤情報に基づき、用法や用量を含め複数で確認し合い、服薬を支援している。個々の状態を月に1回、かかりつけ医に情報提供し、主治医の指示のもと、服薬支援を行っている。	職員は薬剤師の居宅療養管理指導を受け、一人ひとりの薬剤情報を共有している。看護師がセットした薬袋を当日の勤務者2名でダブルチェックし、名前を確かめ飲み終わった後残っていない事を確認している。薬が変わった時など状態に変化が見られた時は、医師に連絡し指示を受け、申し送りで変化の周知を図っている。	

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
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、趣味や特技を参考し、調理や買い物・掃除など、一人ひとりの出来ることを確認し、役割を持ち、生活の張りや趣味活動の楽しみが持てるようサポートしている。		
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	ご本人の希望に応じ、買い物や日光浴、散歩などのサポートをしている。普段から散歩や畑作業、洗濯干しや取り込みなどで、外気浴を取り入れたを送っている。		
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	必要なものがある際はご家族へ依頼をしている。希望に応じて、ご家族へ連絡し、暮らしの様子を伝えながら購入の依頼も行っている。		
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	ご利用者やご家族の意向を確認しながら、電話をかけたご利用者をサポートしている。		
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	ご利用者が居心地よく生活ができるよう、椅子やテーブルの配置、レースのカーテンで遮光し、空調管理に配慮している。リビングは、山花を飾ったり季節の装飾をし、季節を感じられるよう工夫をしている。	一日のほとんどを過ごすリビングには、余暇時間に作られた季節感のある装飾品を飾り、四季折々の風情が感じられる居心地の良い場となっている。リビングは活動の基点にもなり、相性に配慮したテーブルに分けた食席により、落ち着いて過ごせる居場所となっている。手指消毒、ワクチンの接種などの感染症対策も行っている。	
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	気の合うご利用者同士と会話が弾むように席を考慮している。逆にご利用者が不穏や混乱してしまった際には、神棚等へお誘いし、スタッフと一対一でかわり、場面転換を図っている。		

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
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	ご本人の希望や状況に合わせ、衣類や写真、湯飲みなどを持参してもらい、なじみの物に囲まれ、居心地よく過ごせるよう配慮している。	ベッド・箆笥・クローゼット・エアコン等を備えた居室に、利用者は使い馴染んだ身の回りの品や必要な物を持参し、過ごしやすい自分の部屋を作っている。動作に不安のある方には家族等と話し合いセンサーを利用し転倒予防に努めている。防災面で廊下に煙感知器・居室には熱感知器が設置されており、有事に備え居室の扉を少し開けて安心・安全を確保している。	
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	起床や就寝時間、入浴や食事など、1人ひとりの習慣を確認し、外の景色を眺めたり、読書や音楽、身だしなみ等、これまでの暮らしの習慣にあった生活ができるよう支援している。		