

# 1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 ふきのとう1丁目)

事業所番号	06		
法人名	株式会社ケアネット徳洲会		
事業所名	グループホームふきのとう		
所在地	山形県新庄市大字鳥越字駒場4519-2		
自己評価作成日	令和 3年 11月 18日	開設年月日	平成18年 3月 29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)】

一人一人に寄り添い、認知症になっても出来る事、出来ない事を見極めて、その人らしさを出しながら生活できるように関わっている。施設ではなく、住まいとして心地よく過ごせるように、昔から地域に根付いた食生活や行事などを取り入れ、温かい環境作りに努めている。また、新型コロナウイルス禍のなかでも、楽しみとなる行事を行い、一瞬一瞬が笑顔で過ごせるよう企画している。訪問看護ステーションとの連携により、体調の変化に早期に対応し、健康管理に努めている。

※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	山形県山形市桜町四丁目3番10号		
訪問調査日	令和 3年 12月 17日	評価結果決定日	令和 3年 12月 27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)】

理念に掲げた「その人らしく 家庭的で 穏やかな日々を」実現するために、普段から家族の一員として接し、鴨汁・納豆汁等の郷土料理の提供、施設版新庄まつり開催、出張ラーメン招請等の楽しみ事の企画を通して、利用者が「もうひとつの我が家」と感じられるよう、自宅での生活を継続する支援に取り組んでいる。職員の一と一言を添えた写真を掲載した「おたより」や家族アンケートの集計結果、指摘事項への回答等を定期的に家族に送付し、家族とのコミュニケーションの向上、信頼関係の構築に努めている。利用者の思い、気づき、振り返り、問題や課題等の情報をA4シート1枚にコンパクトにまとめた「ケアプラン立ち上げシート」を活用し、ユニット会議でアイデアを出し合い、利用者一人ひとりに合ったケアプランを作成している。

## 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 ↓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
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)
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)
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)
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)
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
60	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: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
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	
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	ホームの玄関に理念を掲げ、毎朝の朝礼時に唱和して意識することで、1日のケアに活かしている。 (コロナ禍は唱和を控えた時期もあった)	理念に掲げた「その人らしく 家庭的で穏やかな日々を」実現するために、普段から家族の一員として接し、郷土料理の提供、施設版新庄まつり開催、出張ラーメン招請等の楽しみ事の企画を通して、利用者が「もうひとつの我が家」と感じられるよう、自宅での生活を継続する支援に取り組んでいる。目標達成計画に掲げた「ユニット目標・個人目標の作成」は取り組みが行われ、ケアの振り返りに活用されている。	
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	コロナ禍で、新庄市に相談のうえで、運営推進会議は文書開催に留まっている。又、地域の行事や地域を招いての行事も全て中止している。しかし、敷地内や近隣の散歩は日常的に行われ、地域の方とあいさつを交わしたりできている。避難訓練では今年度も地域の消防団に参加して頂けた。	コロナ禍で、従来多くあった地域との交流は制限を余儀なくされているが、広報誌の回覧、散歩時の挨拶、避難訓練への地域消防団の参加等を通して地域との交流を続けている。	
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	年4回の広報誌を作成し、ふきのとうの様子を発信できた。又、離設の危険性のある方の見守りもご協力を頂いている。近隣の区へは全軒配布、ほかの区へは回覧版にて回覧してもらっている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り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	コロナ禍で、運営推進会議の開催はできなかったが、2か月に1回ふきのとうの近況報告を文書発送し返信用意見用紙を同封して意見を反映できるよう努めている。	新庄市及び最上地区市町村職員、鳥越地区自治会長、家族代表等が参加し、2ヶ月に1回開催しているが、コロナ禍のため、近況報告と返信用紙と封筒を送付し、書面会議となっている。委員からは書面で意見やアドバイスを頂き、運営に活かしている。	
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り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	2か月に一回ふきのとうの近況報告をお伝えできている。又、困った事や判断に迷った際などは、電話や訪問にて随時相談しており、その都度ご協力を頂いている。	運営推進会議を通して市担当者に運営状況を報告している。困難事例については都度相談し、解決に向け努力している。	

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	
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	身体拘束はしないという事を念頭に、年に2回の施設内勉強会にて知識を深めている。また、夜間の施錠し安全を確保するためのやむを得ない場合の施錠以外は基本開放して、見守りのもと外に出れる環境を作っている。現在は身体拘束の対象者はいないが、1名離設の危険性が高い方がおり、GPS機能付きのシューズや、地域へ見守りのお願いをするなどして、万が一に備え安全確保に努めている。	身体拘束防止マニュアルを整備し、定期的に研修会を実施している。毎月の全体会議が身体拘束適正化委員会を兼ねており、意見交換が行われている。離設の危険性が高い利用者には、GPS機能付きシューズでの所在確認を行い、見守り・寄り添いにより安全を確保し、不適切な対応がないよう努めている。		
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	年に2回の身体拘束についてと、高齢者虐待について施設内勉強会を実施しており、常に意識してケアできるように努めている。			
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	施設内勉強会にて学び機会を作っている。必要性があれば活用できるように支援したい。			
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	契約時の説明は勿論のこと、契約前の段階でも不安が軽減できるように説明に努めている。その他、随時質問等にお応えし、安心して頂けるように努めている。			
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	玄関に意見箱を設置しているが面会制限があった為に日々の連絡の中で要望をお聞きし対応している。なかなか顔を合わせる機会が持てない状況であった為、こまめに電話連絡し状況をお伝えし対応できた。希望に応じてメールにてやりとりし、時間を気にせずに連絡を頂ける環境を作っている。	普段から家族が話し易い環境づくりに努めている。職員のひと言を添えた写真を掲載した「おたより」や家族アンケートの集計結果・指摘事項への回答等を定期的に家族に送付し、家族とのコミュニケーションの向上、信頼関係の構築に努めている。		
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	年に1回、会社のアンケートを実施し、問題解決や意見の反映に努めている。又、月に1回の全体会議での意見交換や個々の面談など、日ごろから相談できるように努めている。			

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	
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	年に1回、会社のアンケートを実施し、問題解決や意見の反映に努めている。その都度、必要に応じて就業規定等の改定がなされている。又、家庭の事情や体調等に応じてシフト調整し、働きやすい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	コロナ禍で、外部研修に行く機会は残念ながら作れていないが、ZOOMにて参加できる研修に参加を始めている。施設内研修会は毎月実施しており、知識向上と見直しにつながっている。又、本社として、リモート研修を開催するなど、今できる方法を探って実施できている。	教育委員が年間計画を立て、本社製作の映像研修も取り入れ、毎月内部研修会を実施している。外部研修はリモート主体で行われているが、全職員が年1回以上受講できるよう配慮している。毎年職員アンケートを実施し、面談で悩みを解決するなど働きやすい環境づくりにも努めている。		
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	例年であれば、交換研修やオレンジカフェ、最上地区GH連絡協議会などに参加し交流できているが、今年度もコロナ禍で交流できていない。文書を通して、最上地区のグループホームの情報交換はできている。	コロナ禍で他事業所との交流は制限されているが、3ヶ月に1回、最上地区のグループホームが持ち回りで幹事を担当し、各事業所の課題を取りまとめて送信することで文書による情報交換を行っている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>						
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	事前面談の段階から、本人の様子を観察したり話を聞いたりし、入居後の環境の変化にも対応できるように努めている。			
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	事前面談の段階から、家族の不安や要望をお聞きし、安心して頂ける説明に努めている。また、家族と職員が共に本人を支えていけるよう、関係づくりに努めている。入居後は様子を電話にてお伝えしたり、安心できるように働きかけている。			
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	入居前に得た情報をもとにケアプランを作成している。その方の生活歴等も考慮してプランに盛り込み、支援している。必要に応じて、他のサービス提供も個々に検討している。			

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
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	主体者は入居者である事を忘れず、出来る事を見極め、過剰な介護にならず、不足する事もないように支援している。		
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	今まで通りの関係を継続できる環境を作ったり、つながりの持てる方法を探りながら、家族と職員が共に支えていけるように支援している。コロナ禍で面会の制限もあり、電話で話せる環境を作ったり、オンライン面会できるようにしたり工夫している。毎月状況に応じて制限の緩和を図り、出来る限り繋がり		
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	家族の協力も得ながら、出来る範囲で支援している。家に帰ってみたり、行きつけの美容室に行ったり、会いたい人に会いに行ったりできるように努めている。又、地域に根差した昔からの食生活や行事等も取り入れている。		
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	共同生活のなかで、1人1人の性格や相性を把握し、それぞれの認知症状を受け入れながら、良好な関係で過ごせるように、職員が働きかけている。皆で楽しみを共有できる時間、お1人でゆっくり過ごせる時間、どちらも大切にしている。		
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	いつでも来て頂けるような声かけ、見送りを行っている。退去後2か月はお手紙を発送しており、何かあれば相談しやすいように努めている。		
<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	(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	日頃の表情や仕草、何気ない一言から、希望などを探っている。可能な限り本人の希望に寄り添い、信頼関係が築けるように努めている。	普段の会話や仕草から利用者の思いや意向の把握に努め、困難な場合は本人本位に検討している。常にケアプランを意識し、把握事項を記載している。小さな気づきも記載し、情報共有に努めている。	

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	家族や本人から生活歴等をお聞きし、ふきのとうでの生活が、これまでの生活の延長になれるよう努めている。また、使い慣れた物や家具などを持ってきてもらったり、過ごしてきた環境に近づけられるようにしている。			
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	毎日のバイタル測定にて健康状態を把握し、日ごとの生活の様子は個々のケース記録にて管理している。一人だけの情報とならないように、小さな気づきもケース記録に記載するよう努め、情報共有できるようにしている。			
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	毎月の担当者会議、その他日々の業務のなかでも気になった事を話し合っってプラン作成に繋げている。家族の要望も、その都度確認し、言いやすい関係作りに努めている。一人一人に合った、個別のプラン作成に努めている。	毎月モニタリングを行い、評価を繰り返しながら、状況に変化がなければ6ヶ月毎に見直しを行っている。見直しの際は、家族の意見や要望を取り入れ、利用者の思い・問題や課題等をまとめた「ケアプラン立ち上げシート」を活用し、ユニット会議でアイデアを出し合い、利用者一人ひとりに合ったケアプランを作成している。		
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	ケアプランに沿った記録に努めている。小さな気づきも大切に、皆で情報共有できるように記載している。その場に居ない職員にも分かるような記載に努めている。			
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	出張美容や理容、出張販売などを利用し、楽しみに繋げている。又、ホームとしてもシルバー人材を利用して環境整備してもらったり地域の資源を活用できている。			

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	
29	(11)	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、希望する医療機関を確認したり、こちらから提案したりして、希望に沿った医療を受けられるようにしている。また、月に1回の訪問診療、週に1回の訪問看護があり、その都度相談できる体制になっている。	かかりつけ医は継続するが、訪問診療のある協力医に変更する利用者もいる。通院支援は家族と事業所で行っている。定期的な訪問診療・訪問看護により利用者・家族の安心に繋がっている。目標達成計画に掲げた「通院記録簿の作成・運用」によって、医師への情報提供と受診結果の情報共有が行われている。		
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	週に1回の訪問看護にて日頃の体調管理のサポートをしてもらっている。その他、何かあれば24時間相談できる体制になっている。また、敷地内に系列の有料老人ホームとデイサービスがあり、何かあれば看護師と連携できる体制になっている。			
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。	入院時は、随時相談員と連絡をとり、状況提供と状況の把握に努め、退院調整を行っている。			
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	入居時に、重度化した場合における指針について説明を行っており、その都度、状況に応じて希望の確認を行っている。また、年に1回、訪問看護と共に看取りについての指針の見直しを行い、方針を共有できている。	重度化指針・看取り指針について入居時に家族に説明している。重度化した場合は都度関係者が話し合い、方針を確認し、チームでの支援体制を築いている。看取りの後は振り返りを行い、職員の感想を記録に残し、次に繋げている。		
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	心肺蘇生を年に1回は必須、目標年に2回以上を目指して勉強会を実施し、万が一に備えている。			

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	
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	各種マニュアルの整備を行い、年に3回の避難訓練を実施している。1回は3施設合同で実施しており、地域の消防団の方からも参加して頂いている。その他、勉強会も実施している。	災害対策マニュアルが整備され、様々な事態を想定した災害訓練を年3回実施している。うち1回は、消防署・地域消防団・設備業者の協力を得て、3施設合同で訓練を実施している。ハザードマップや避難経路の確認、備蓄も行われている。		
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	プライバシー保護や接遇についての施設内勉強会を実施し、一人一人を尊重した声掛け対応に努めている。	接遇について毎年勉強会を行っている。人格の尊重やプライバシーの確保に留意し、一人ひとりに合った声掛けや対応に努めている。不適切な対応が見られた場合は、職員同士で注意し合いながら対応している。		
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現したり、自己決定できるように働きかけている	答えやすいような質問や雰囲気にも努めている。また、決定が難しい際は、選択できる工夫をし、自己決定できるようにしている。			
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	入居者が主体である事を忘れず、職員都合の生活にならないように支援している。認知症の方々なので、自分で判断できない方には、ペースを作るお手伝いもしながら、心地よく生活できるように努めている。			
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	清潔が保てるように、きれいな身だしなみができるように働きかけている。			



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	
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	準備から食べる、片付けまでのすべての過程で入居者と共にできており、それがやりがいに繋がっている。また、季節にあわせた食事も取り入れ、楽しみに繋がっている。	朝・夕は事業所で調理し、昼は配食サービスを利用している。利用者は役割を持って準備や後片付けに参加し、家庭的な雰囲気ですべてを囲んでいる。鴨汁や納豆汁等の郷土料理や寿司の日、出張ラーメン、おやつづくり等で食べる楽しみと作る楽しみを味わっている。		
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	食事チェック表を活用し、その都度不足していないか確認している。状況に応じて補食を加えたりするなど、個々に合わせて対応している。また、トロミやミキサー食、粥や刻みなど、個々に応じた食事形態で提供している。			
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	起床時、毎食後に口腔ケアの支援を行っており、口腔内の清潔と、誤嚥性肺炎等の予防に努めている。			
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	排泄パターンの把握に努め、さりげなく誘導したりして失禁せずにトイレで排泄できるよう働きかけている。また、トイレでの排泄を基本に、出来る限りオムツ使用にならないよう働きかけている	排泄チェック表を用いて排泄パターンを把握し、適時の誘導を行いトイレで排泄できるよう支援している。また、下肢筋力強化などをケアプランに位置付け、排泄の自立に向けた支援を行い、改善した事例もある。		
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	起床時に牛乳を提供したり、こまめに水分補給したり、適度な運動や体操を取り入れている。必要に応じてお薬を服用するなどして、便秘しないように努めている。			

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	
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	ある程度の週間予定は決まっているが、その日の気分や体調、要望などにより臨機応変に対応している。その他、希望入浴の日も設けている。夜間入浴も1名～2名実施できている。入浴拒否の方には家族の協力をお願いして入浴したり、清拭や洗髪・足浴で対応中である。	身体の状況や希望に合わせ、入浴を支援し、清潔の保持に努めている。入浴を嫌がる利用者には家族の協力も得ている。夜間入浴、デイサービスの大浴場での入浴、隣接施設の機械浴の利用も可能である。		
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	本人の様子をみながら休息、入眠できるように声かけをしている。眠れない時は、リビングで一緒にすごしたりお茶を提供したりして無理強いせず、タイミングをみて支援している。			
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	一人一人の薬の必要性和内容を理解し、安全に正しく服用できるように努めている。特に向精神薬などは、副作用についても気を付けて観察している。			
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	一人一人の得意なことや好きなことを情報収集し、生活の中で楽しみややりがいに繋がるように取り入れている。			
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	コロナ禍で、例年のように外出は出来なかったが、日常的に外にでる機会を設けて、散歩したり日光浴したり気分転換できるように努めた。また、ドライブの機会を多く作り、人との接触を避けながら外出を楽しむ事ができるよう努めた。	コロナ禍で外出する機会は例年より減ったものの、散歩や日光浴、花見・紅葉狩りドライブ、花植え・野菜作り等外気に触れる機会を確保し、利用者ストレスが溜まらないよう工夫をしている。		
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	基本的にはホームで預かり管理しているが、自分で管理できる方、または手元にある事で安心する方には、高額でない金額を管理してもらい、買い物を楽しんでもらっている。			
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	コロナ禍で会えない時間が多かったので、こちらから電話して話せるように支援している。			

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	
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	毎日の掃除を行い、綺麗な環境で生活できるように努めている。また、季節感のある花や装飾物を飾り、心地よく生活して頂けるように心がけている。外には、プランターに色とりどりの花を植えたり、野菜を植えて収穫したりと、日々の楽しみに繋がっている。	毎日利用者と一緒に掃除を行い、適切な温度・湿度管理、毎食後の換気を行うことで清潔を維持している。季節感のある花や装飾物を飾り、戸外のプランターの花や野菜で心を和ませ、居心地よく過ごせるよう工夫をしている。		
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	和室やリビング、個々の居室、玄関のソファや外のベンチなど、それぞれが好みの場所で過ごせるように工夫している。			
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	使い慣れた物を持ってきてもらったり、家族との写真を持ってきもらったり、安心して暮らせる環境作りに努めている。	使い慣れた家具・調度品や家族の写真等を持ち込み、好みの飾りつけを行うことで、自宅と同じような環境で居心地よく過ごせるよう工夫をしている。利用者と一緒に掃除を行い、定期的換気もを行い、整理整頓にも努めている。		
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	整理整頓を心掛け、使いやすさと安全性に繋がっている。一人ひとりに合った居室環境作りに努めている。			