

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 グループホームなずな亀さん家)

事業所番号	0670700525		
法人名	ぶらすは一と株式会社		
事業所名	グループホームなずな		
所在地	山形県鶴岡市神明町15-15		
自己評価作成日	令和7年8月13日	開設年月日	平成13年7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)】

「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サポートします」を運営理念に掲げ、ご利用者ひとりひとりの尊厳を大切にサポートしています。家庭的な雰囲気、素足で歩ける環境づくりを実現できるように内履きや制服を設けず、ご利用者の導線を阻害しないように環境を整えています。今年度よりホームスローガンを「あたたか、私が暮らしたい！通いたい！ホームを創ります」に変更し、不適切ケアの防止やサポートに悩んだ際に立ち止まり、考えることができるようなスローガンとなっています。生活リハビリでは、ご利用者の残存機能を活かした家事活動、自分の役割を持ち認知症になっても人生の主人公は自分と思えるような関わりを大切にしています。

※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19日	評価結果決定日	令和 7年 12月 8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)】

※1ユニット目に記載

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		○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サポートします」の実践のために、職員が始業前、昼のミーティング、会議の際に唱和しています。その他ホームスローガン「あなたが、私が暮らしたい！通いたい！ホームを創ります」を掲げ、毎月スローガン検証を行なっています。スタッフそれぞれが本人。家族を預けたいホームはどんなホームかを考え、行動しています。ケアやサポートに悩んだ際はスローガンを思い出し、立ち止まれるようなスローガンとなっています。			
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	地域の一員として、町内会に加入し、挨拶を交わす等、声をかけ合っています。前年度と同様に感染対策を講じ、避難訓練や運営推進会議への参加を働きかける等、地域の方々との繋がりを意識し、交流の場が増えるよう努めています。今年度からご利用者と曜日を定め近所のスーパーと一緒に買い物に行き、カートを押しながら品定めをしてもらい、地域との交流を徐々に増やしています。			
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	開かれたホームを目指し、認知症110番やこども110番を開設し、ステッカーを掲示しています。「ぶらすたぐらむ」(instagram)に力を入れ、ご利用者の日常やスタッフの休日の過ごし方などを発信しています。			
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践、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	感染症に留意しながら、利用実績や暮らしの様子などを発信し、ホームの雰囲気を感じてもらえるように努めています。実際に避難訓練に参加いただき、頂戴した意見を次回に活かせるようにスタッフ会議で共有しています。参加者の皆様からは地域で抱える問題や相談を聞き取り、ホームとして協力できる範囲でサポートしています。(地区の公民館の管理人などの高齢化が進んでいる状況から、認知症カフェの開催場所が減少しているとのことで開催場所の提供を予定しています※12月初旬)			

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		○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	定期的に鶴岡市介護サービス相談員も来訪し、随時ご指導をいただきながらご利用者にとって最良の生活サポートができるように努めています。また、介護保険請求に関する加算やその他不明な点は専門委員と連携し、適切な運営につながるよう指示を仰いでいます。		
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	高齢者虐待防止法等の研修を全スタッフが受け、理解を深めています。また、毎月ケアプランミーティングを開催し、ご利用者に対して良いケア、悪いケアについて話し合い、不適切ケアについて考える機会を設けています。3か月毎に、身体拘束防止に資する委員会を開催し、現状報告やホーム毎の取組みについて情報を共有する機会を設けています。		
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	高齢者虐待防止法等の研修を全スタッフが受け、理解を深めています。また、毎月ケアプランミーティングを開催し、ご利用者に対して良いケア、悪いケアについて話し合い、不適切ケアについて考える機会を設けています。3か月毎に、身体拘束防止に資する委員会を開催し、現状報告やホーム毎の取組みについて情報を共有する機会を設けています。		
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	制度についての研修の場を設け、理解を深めています。現在、ご利用者の中に日常生活自立支援を利用している方はいませんが、成年後見制度を利用されているご利用者があり、定期訪問の際に日常生活で変わったこと等の情報共有に努めています。		
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	契約や解約、利用料の変更等、ご家族に重要事項を説明し、ご不明な点等を伺い、ご理解と納得を図っています。また、改定があった際は、十分な理解が得られるよう説明を行っています。		
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	前年度と同様、今年度も感染対策を講じながら、ご家族とご利用者が対面でコミュニケーションを図れるように努めています。また、サービス開始3か月後のアンケートと年1回のアンケートを実施・集計を行ない、ご家族へ回答しています。		

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
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	スタッフ会議(月1回)、ケアプランミーティング(月1回)、個別面談(年2回及び必要時)に改善提案について聞く機会を設け、幅広く意見を聞けるように努めています。面談シートを活用しながら目標管理を行ないながら意欲向上に努めています。代表者はチャレンジシートを(3か年計画)を毎年聞き取り、資格取得など意欲のある職員に対しては資格取得に係る費用の補助を行ない、キャリアアップをサポートしています。		
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	代表者は人事の評価を行ない、給与に反映しています。各種手当の金額(夜勤手当)の修正や、職場環境整備に努めています。スタッフ間でサンクスグッドポイントを送り合い、優れたスタッフは笑顔・まごころ・ユーモアマスター任命し、やりがいと向上心を持てるように努めています。		
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	新人研修やOJT研修を行ない、認知症への理解を深めています。新任研修レポートで不安や疑問に思ったことを記載してもらい、コーチ・指導者等とやりとりできるようにしています。メンター制度も軌道にのり、他ホームスタッフが定期的に面談を行ない、早期離職の防止や知識や経験の伝承を行なっています。外国介護人財のスタッフへは庄内研修を計画し、荘内の魅力を感じてもらえるような研修も計画しています。		
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	交換実習やGH連絡協議会の研修への参加を促しています。同業者との情報共有、ネットワークづくりを行ない、サービスの質の向上に努めています。新たにGHへ転換を行なう他事業所への情報提供や開設時には内覧に出向く等、交流を深め、情報共有を行っています。		
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	事前に面談を行ない、本人の困っていること、不安なこと。生活歴や健康状態などを情報集しながら「寄り添いの姿勢」で信頼関係の構築に努めています。利用者間のなじみの関係づくりにも注視し、家事活動を通して役割や居場所づくりに努め、安心した環境の提供できるようにサポートしています。		

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
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	利用開始時には、ご利用者だけでなく、ご家族の不安や要望も聞き取り、今までの介護を労い、必要時、専門職としてのアドバイスをこなっています。		
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	利用開始時は、法人で提供できるサービスだけでなく、本人や家族のニーズを見出し、何を必要としているのかを見極め、最善の方法を考えています。必要時は他のサービスの情報も提供し、相談を行っています。		
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	一方的なケアにならず、ご利用者ひとりひとりが役割を持てるようにサポートしています。スタッフが「通いたい、暮らしたいホーム」とはどういう場所か毎月スローガン検証を行い、そこで検討された内容をご利用者へ還元できるようにケアをしています。		
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	毎月文書として暮らしの様子をご家族へ報告しています。3か月に1度はケアプランの報告をご家族へ行かない、ホームでの様子について説明しています。その他、通院の結果等、密にコミュにケーションを図り、信頼関係の構築に努めています。その他スタッフ会議ではスタッフへはご家族が来訪した際の対応の仕方について周知しています。		
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	ご家族からの協力もいただき、通いなれた医療機関や入居前によく通っていた食堂などに外出支援を行なっています。感染対策を講じ、面会制限の緩和を行なっています。現在はユニットの中(居室内)まで緩和しており、衣替えなどにも関わってもらえるようにご家族へアナウンスしています。		
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	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った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ます。必要時は再度利用してもらえるような声かけ支援、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
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	利用前に、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	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	ご利用者を中心に置き、ご家族からの意見・要望も伺いながらケアプランを立案しています。ご利用者ひとりひとりにケアプランチェック表を作成し、その日その日の状態で一喜一憂せず、1か月のスケールで評価しています。		
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	スタッフも電子記録に慣れてきています。ケース記録、事故報告、などの記録を1つのデバイスで確認することができるようになり、情報収集・共有の効率化につなげています。スタッフも自主的に食事摂取量や体重など経過を見た方が良いご利用者については積極的に活用しています。		
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われなない、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ます。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	ご利用者を連れて、近くへのスーパーへの買い出しを再開しています。品定めやメニューについて和気あいあいと買い物を楽しんでいます。ご利用者の希望に応じて近所の美容院を予約し、カットだけでなく、カラーやパーマなどを行なえるように支援しています。		

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
30		<p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>協力医療機関(乙黒医院)の訪問診療を月1回実施しています。訪問診療の前には、ご利用者ひとりひとりの1か月間の健康状態をまとめ、事前に情報を提供し、スムーズな診療に繋がっています。その他、体調不良時は随時、診察を受けることができるように支援しています。</p>		
31		<p>○看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>ご利用者の些細な状態の変化や皮膚状態の観察に伴う処置について報告・相談しています。必要時、かかりつけ医への情報提供書の作成を依頼し、ご利用者が安楽に過ごせるようにサポートしています。</p>		
32	(10)	<p>○入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>入院時は、病院へ同行し、ホームでの生活の様子や身体状況、認知症の状況について情報を提供しています。入院中には適宜、病院とご家族と連携し、退院後のスムーズな利用再開につながるようコミュニケーションを図っています。退院時のモニタの際は、管理者も同席し、ホームに戻ってからの注意点などを確認しています。</p>		
33	(11)	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>ご利用者の体調や徐々に認知症が進行してきた場合は、数回に分けて今のご利用者の状況を理解してもらえるようコミュニケーションを図っています。積極的な治療もしくはホームでの看取り、どちらを希望されるか選択し易いような情報を提供しています。協力医療機関医師とも連携し安心して暮らせるようにサポートしています。</p>		
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>急変時や緊急時の対応フローに沿い、迅速に対応できるように努めています。新任職員については、救急救命講習への参加を促し、緊急時に備えています。</p>		
35	(12)	<p>○災害対策</p> <p>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</p>	<p>年間計画に沿い、風水害避難訓練、夜間想定総合避難訓練、日中想定地震火災避難訓練を実施しています。災害時には地域住民の方からも協力いただけるように運営推進会議を通して計画・反省点を話し合っています。BCP計画に添い、3日分の食料品、衛生用品を備蓄しています。</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
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	ご利用者一人ひとりを尊重し、声かけについても最初と最後は丁寧に、なじみの関係が気付けるように意識しています。守秘義務があることを、研修を通して周知を行ない、利用中のみならず、利用終了後も一切口外しないように徹底しています。		
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	日常生活の中でコミュニケーションを図り、希望や関心を聞き出している。ケアプランを見直す時期に「私の気持ちシート」を記載し、自己決定ができるように支援しています。		
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、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、その日の体調に合わせて散歩や家事活動、入浴など柔軟にサポートしています。		
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	ご本人やご家族の意向を尊重し、季節に合った衣服や身だしなみを整えています。季節の変わり目には衣替えを支援しています。理美容院へご本人の好みを伝える支援を行なっています。眉毛を描きたいご利用者へのサポートも継続しています。		
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	ご利用者の好みや希望に応じて、週2回は希望献立を提供しています。(ご利用者への聞き取り)また、すし街道等で出前を取り、食事を楽しんでいます。食事の盛りつけや手作りおやつなど、ご利用者同士で協力し作れるようにサポートしています。		
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で提供しています。必要に応じて、iPadに食事摂取量や水分量を記録し、1か月の平均の値としてご家族へ報告しています。		
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、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	声かけでうがいや歯磨き、義歯洗浄のサポートしています。状況に合わせて、口腔ティッシュや口腔スポンジを用いてサポートしています。		

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
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	さわやか記録(排泄記録)を残しています。便の性状や量も細かく分類して評価しています。その他、失禁の時間や誘導ラインについても毎月のケアプランミーティングの際に話し合い、個々の排泄パターンに対応し、サポートしています。		
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ます。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	個別浴で、羞恥心に配慮しながら、ゆったりと入浴を楽しめるように支援しています。個々の身体状況に合わせて機械浴でサポートしています。ヒートショックに留意し、浴室と脱衣場の温度差を少なくし、入浴前後に水分摂取しています。		
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	日中も必要時には居室で静養を促しています。就寝前のテレビ鑑賞など自宅での生活リズムを継続してサポートすることや、傾聴や寄り添いを行ない、安眠につなげられるようにサポートしています。中途覚醒があった際にはリビングに誘導し、ホットミルクを提供しています。		
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	薬剤情報に記載のある用量、用法などを確認し、実際に介助する前には複数のスタッフの目でチェックして服薬を支援しています。提携している薬局と連携し、毎月1度訪問いただき、前回処方と異なる用量や薬剤が変更となる際には情報を共有することができ、副作用などの注意点を指導いただきながら安全に生活できるようにサポートしています。		
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	ご利用者の生活歴や趣味、特技を把握し、個々に合わせた役割のある生活を提供しています。嗜好品や取り組んでもらいたい活動についてはご家族から預かり、取り組めるようにサポートしています。また、スタッフも意欲的にレク創作を行い、手作りパズルやかるた等、ご利用者と一緒に作成しています。		

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
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	ご利用者の希望に応じ、日光浴や散歩などの外出を支援しています。地域の行事(祭り)に参加し、パレードの見学などで気分転換を図っています。中庭で芋煮会や畑仕事、洗濯物干しなどでお誘いし、活動を外気浴を併用した生活を支援しています。		
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	必要なものがある際はご家族へ依頼をしています。ご家族へは、購入したものが明瞭にわかるように、毎月送付している暮らしの様子で内訳を記載し、報告しています。		
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	ご家族から届いたお手紙は代読し、居室へ保管しています。いつでも読み返すことができよう保管したり、壁に貼り、楽しんでいます。		
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	ご利用者が心地よく過ごせるようにリビングの机や椅子の配置を日々検討しています。また、季節に応じて空調管理し、個々に合わせてひざ掛け等で調整しています。壁には季節を感じられる飾りを施し、ご利用者からも装飾を手伝ってもらいながら作成しています。素足で歩ける環境づくりにより、通所ご利用者ではホームへ着いてからすぐに靴下を脱ぐご利用者もいます。		
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調整しています。反対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かわり、場面転換を図っています。その他、居室に誘導し、ゆっくり静養できるよう促しています。		
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	利用前に使用していたなじみの物や家族の写真などを飾り、安心感につながるようにサポートしています。利用開始の際にご家族にも説明し、ご利用者らしい居室になるように支援しています。		
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	ご利用者の歩行する導線には物は置かずに安心して歩ける環境を整えています。その他、2階にある憩いの場でもある神棚にすべてのご利用者が来ることができるようにエレベーターも完備しています。		