

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3190200430		
法人名	医療法人社団AST		
事業所名	グループホームすずかぜ<楓ユニット>		
所在地	米子市二本木1125番2		
自己評価作成日	令和2年2月18日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kai.gokensaku.nhl.w.go.jp/31/iindex.php?action=kouhyou_detail_022_kanji=true&Ji_gyosyoCd=3190200430-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和2年2月19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)】

当事業所は、ご家族様を巻き込んだ自立支援に取り組んでおり、各イベントや、行事、レクリエーションなどを都度ご案内し、積極的に参加していただいております。また、医療連携を密に図ることで、緊急時などにも速やかに対応でき、安心していただけることはもとより、日々生活の中で健康の維持・管理にも努めております。温かく、明るく家庭的な雰囲気の中で安心して過ごしていただけるよう職員一同が、元気で笑顔で日々接するよう心掛けており、利用者様や、ご家族様に、意見や要望、ご意向など、言っていただきやすい雰囲気づくりに努めていきます。

【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)】

医療法人社団が経営されており、看護師も常駐されていますので、医療連携は密に取られています。
 終末期の対応や家族の希望に添える体制も整えられています。
 職員は認知症を理解され、利用者の様子や生活の中からできる事をして頂き、1人ひとりに役割が持つて頂く利用者本位の支援が行われています。
 日々の健康の維持・管理に努められ、明るく家庭的な雰囲気の中で、利用者の方々は表情があり、安定された生活を送られています。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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せている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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 (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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ふ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	地域住民・ご家族と密に関わり、個人の尊厳を守りながら、温かい雰囲気の中で、その人らしい生活が送れるよう個々に応じた自立支援に努めている。	グループホーム理念を事務所内に掲示され職員は理解されています。入居者のその人らしい生活が送れるよう理念に沿った支援を行なわれています。	
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	自施設の催しや祭り・イベントの案内を行い、参加を促している。また、地域の運動会や祭りに参加させてもらい、地域交流を図っている。また、地域のスーパーやコンビニを利用し日常的に連携し交流を行っている。	ホーム近隣は商業地域で民家が少なく交流しにくいですが、地区公民館長より催しや祭り、イベント等の案内を頂かれ、運動会や祭りに参加されています。ホームの秋祭りには地域の方にも案内を行わない交流されています。大神山神社のとんどさんに出かけたり、ホーム近くのコンビニ、地域のスーパーに出かけ交流が継続しています。中学生の職場体験や認知症の相談窓口を設置され地域に発信されています。	
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	地域ケア会議や自治会の連絡協議会へ参加し、各自治会長、民生委員へ、自施設で認知症ケアの取り組みを行い、また、認知症に関わる相談窓口を設けていることを発信している。		
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	運営状況、ケアの具体的な取組み、イベントや催しの計画、ヒヤリハット・自己報告書について話し合い、意見交換から次回の推進会議までの改善報告を行い、サービス向上に繋げている。欠席者には、会議議事録を郵送し、理解を得ている。	2ヶ月に1回開催されています。運営状況や研修会の報告、避難訓練の様子を写真で提供されています。食事、口腔、排泄、認知症ケア対応、ヒヤリハット、事故報告、虐待防止について、各ユニットの取り組み等意見交換を行われています。意見交換後次回の運営推進会議までに改善報告を行われサービス向上に繋がられます。欠席者には会議議事録を郵送され理解を得ておられます。	
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ヶ月に1度開催している運営推進会議へ参加してもらい、現状報告して周知してもらおう。また、事故案件など重要事項については、都度相談し報告を行っている。また、利用状況について、在宅支援事業所や包括支援センターなどと連携を取り合っている。	運営推進会議にも参加頂いています。現状報告の周知、事故案件など都度相談、報告が行われています。利用状況について包括支援センターや介護支援事業所とも連携が図られています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	運営規定の項目に【身体拘束について】の項目を掲げ、職員、利用者、家族がいつでも閲覧できるように、意識付けをする。また、3ヶ月に一度の身体拘束委員会を開催し、各利用者の環境の見直しを実施。研修へ積極的な参加を行っている。	身体拘束について入居者、家族、来訪者がいつでも閲覧できるようポスター等を玄関、事業所内に掲示され意識付け、理解に取組まれています。3ヶ月に1回身体拘束委員会が開催され、居室環境の見直しを行い整備されています。「スピーチロック」は管理者が都度指導されています。	

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	管理者、職員は高齢者虐待の防止、対応事例等の資料回覧、配布により、その必要性と重要性について意識づけを行い、また、研修機関で実施される虐待防止研修に可能な限り参加している。		
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支援している	現在、制度を必要としている入居者がおられないため確立していないが、研修会などに参加することで学ぶ機会をつくる。		
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	契約時には、その内容と事項を説明し、必ず理解を得てから署名・捺印をいただいている。以降に発生した疑問や不安に関しては、運営推進会議を活用し、その解消に努めている。		
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なら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	定期的に行われている運営推進会議や、カンファレンスで、家族の意見・意向を聞き、対応手段を検討、実践、報告を行う。また、各フロアにご意見箱を設け、活用している。	来訪時、運営推進会議やカンファレンスで家族の意見・要望を伺われ、対応・検討され実施されます。意見箱も用意されています。意見・要望は検討され介護計画に繋がります。遠方の家族にはホームの便りと共に生活や行事等の様子写真を送付されています。	
11	(7)	○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	毎月のユニット会議への参加と全体会議で職員との意見交換を行い、また、相談しやすい雰囲気作りを心掛けている。また、外部への研修参加を促したり、共同の閲覧書庫を作ることで、仕事への意欲向上、質の向上に努めている。	管理者は毎月のユニット会議で職員の意見・要望を伺っています。個人面談も行われ相談しやすい雰囲気作りを心掛けておられます。職員は外部研修参加や共同の閲覧書庫が作られ支援の共有が行われています。管理者、職員は仕事への意欲向上、質の向上に努められています。職員から出た意見等は管理者から法人代表者に伝えられます。	
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	法人での就業規定をいつでも閲覧できるようにし、諸手当や昇給などの報酬制度をわかりやすくすることで、働く意欲に繋げていけるよう心掛けている。また、有給休暇の活用と、リフレッシュ休暇を取り入れている。		
13		○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	職員の勤務状況、能力を踏まえ、法人内研修を受ける機会を設けている。現場指導員を介入することで、ケアに対する不安を疑問を解消できるよう取り組んでいる。		
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作り、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る	地域ケア会議や、地区介護事業所連絡会、認知症介護研修へ参加し、ネットワークを通じて同業者と交流を図り、サービス向上へ反映できるよう努めている。		

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
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 サービスを導入する段階で、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	入居前に、本人と話しをするほか、関係先事業所や、家族から情報をとり、生活歴を把握する。その上で新たにアセスメントシートを作成し、本人と関わることで、なじみの関係、信頼関係が早期に作れるよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	施設内を見学してもらい、方針や取り組みを理解していただいた上で入居していただき、入居後は面会時や電話などで連絡を取り合い、意向を伺うように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	各担当者、計画作成担当者は、本人・家族の意向を伺った上で、グループホームで出来る現状での支援の内容を理解していただき、状況に応じて法人内外の他のサービスを利用できるよう支援している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一日の生活の中で、食事・掃除・洗濯などを職員と一緒にいき、また、利用者の力量に応じて、作品づくりやちぎり絵、編み物などを行い、達成や完成の喜びを共に分かち合っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	いつでも面会に来ていただけるような温かい雰囲気作りに努め、行事への案内、毎月、写真付きのお手紙を送ったりいつでもご家族と外出ができるよう調整なども行っている。		
20	(8)	○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	本人の意向や生活歴の中から馴染みの場所に出かける機会を設けたり、友人、知人、親戚などの面会もしてもらえるよう努めている。訪問の際にはゆっくり話しが出来るよう居室など静かな場所に案内しお茶を提供している。	本人の意向や生活歴から馴染みの場所に出かける機会を設けられています。友人、知人、親戚の方等の面会により馴染みの関係が継続されています。訪問時には職員はゆっくり話ができるよう居室など静かな場所でお茶を出され家族や面会の方と会話を楽しまれるよう配慮をされています。	利用者の昔話や生活歴等聞きだされる事でなじみの場所や人との関係が分かりやすくなり回想法に繋がると思います。
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	毎日のレクリエーションや、食事・洗濯・散歩・掃除へ参加していただくよう声掛けをし、一緒に楽しめるように働きかけることで職員、利用者同士が共に学び支え合える関係性を築けるよう努めている。		
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	退去後も、入院先、転居先へ訪問したり、一定の期間でお手紙を送ったり電話等で近況を伺ったりしている。		

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
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	ケアプランを作成する前に、本人、家族からの意向を伺い、また、日常の関わりの中で、本人の望まれることや思いをさりげなく会話の中から把握できるよう心掛けている。	ケアプラン作成前に本人、家族から意向を伺われています。また、日常生活の関わりや会話、畑で野菜作りや食事準備などからも一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向を把握されています。困難な方は家族から生活暦等伺われ意向・希望に繋がれます。	思い・意向。希望より生きがいが持てる課題の介護計画に繋がりたい。
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	日々の関わりの中で、本人の価値観や生活歴を把握するよう努め、不足している部分や本人から知りえない情報は、家族や入居前に関わりのあった事業所から情報収集し、把握するよう努めている。		
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	関わりと介護記録の中から、その方の生活や行動のパターンを把握し、出来る事を活かした関わりをするよう努めている。		
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	本人にとってのなじみの物や、楽しみにされることなどを本人、家族より聞き出し、生活に取り入れることができるよう支援計画に取り入れている。	管理者と担当は本人、家族から楽しみや希望等伺われています。本人の日頃の様子からできることを話し合わせ介護計画を作成されています。モニタリング毎月行われ、評価、見直しは6ヶ月に1回実施されています。状況に変化があった時は、介護計画を随時変更されます。	
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	気付いたこと、成果のあったことなど、タブレットや介護日誌、連絡ノートに記載し、勤務開始前の確認を義務付け、情報共有してチームケアに繋がっていきけるよう努めている。		
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	かかりつけ医への受診介助はもとより、症状の変化や、新たなニーズがみられたときなど、都度家族に連絡、相談し、医療面以外でも一緒に解決策を見出していきけるよう取り組んでいる。		

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
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	近所に一緒に買い物に出かけたり、外出での楽しみを感じてもらうことで、地域との交流を図り、良好な関係が築いていけるよう心がけている。		
30	(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、納得が得られた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	事前に受診予定日をお知らせし、診察にいつでも同席して頂けるよう配慮している。また、いつでも相談できることで安心してもらえる環境作りにも努め、診療情報は都度家族へ連絡している。	本人・家族の希望するかかりつけ医となっており、協力医をかかりつけ医とされており、月2回往診が行われています。歯科は月2回往診されます。また、歯科衛生士による口腔指導も行われています。他科受診は家族が付き添いが基本とされ、診療情報は都度家族に連絡されます。いつでも医療の相談ができることで家族、利用者は安心しておられます。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	毎日のバイタルチェックで状態を把握し、少しでも変わったことや状態の変化が見られた時には速やかに相談し、指示を受けて支援している。また、週に一度の看護指導記録と毎回の往診記録を作成し、職員が周知できるよう努めている。		
32		○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、又、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。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療連携室、相談員と密に連絡を取り合い、情報共有を行い、適切な支援が受けられるよう努めている。また、入院された際は、定期的な訪問と、退院に向けてのカンファレンスと評価を行っている。		
33	(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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、終末期ケアについての指針を掲げており、入居前に本人、家族の意向を伺ったうえで、説明し、了承を得ている。また、看取りの方針もあり、最期まで本人・家族の要望に沿えるよう医師やチームで連携をとっている。	重度化や終末期ケアの指針があり、入居時に本人、家族に説明されています。意向も伺われています。看取りの方針より本人、家族の意向に沿えるよう、医師、職員はチームで支援に取り組みされます。ホーム看護師による看取り研修が行なわれ、職員は理解されています。	
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	急変時や自己発生自について、医師・看護師・薬剤師より指導を受けており、必要に応じてその状況に対応できるよう常に心掛けている。		
35	(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	定期的な職員と入居者合同の避難訓練の実施、及び洪水時避難計画を作成し、一時避難場所となる地域商業施設とも連携がとれている。また、災害時に緊急避難場所として受け入れもできるよう備蓄している。	職員、入居者と一緒に避難訓練を実施されています。避難訓練の様子を運営推進会議で報告されています。洪水時避難計画を作成され一時避難場所の地域商業施設と協定書を交わしておられます。交流室に水、ウォーターボトル、米、缶詰等が備蓄されています。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとり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	入浴や排泄に関しては出来る限り同性介助を実施し、利用者の自尊心やプライバシーに配慮した声掛けの仕方と、表情を常に意識しながら接するよう努めている。	入浴、排泄の支援はできる限り同性介助で実施されています。誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けや対応が行われ、日頃から敬語を使う、利用者の表情を意識する、傾聴、共感の姿勢に努められ支援が行われています。	
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	日常生活動作において、問いかけ、質問形式で本人の思いを表出しやすいように声掛けし、更衣や食事、買い物などの場において、自己決定ができる機会をつくるように心掛けている。		
38		○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	食事や入浴のタイミングは本人に伺い、可能な限り希望に添えるよう支援している。余暇については気分や状態に合わせ、柔軟に対応しながら提供している。		
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	本人の好みや、習慣を把握し、お化粧品や、帽子、好きな衣類や小物を着用してもらえるよう努めている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付けや、簡単な調理を一緒に行い、また季節を感じていただけるような食材の取り入れや、自炊での栽培した野菜の栽培・収穫を一緒にして調理し、食につながる楽しみを感じていただけるよう努めている。	職員と一緒に盛り付けや簡単な調理が行われています。配膳、下膳、茶碗拭き等は入所者の様子を見ながら可能な方が行われています。季節の食材や畑で栽培した野菜を調理に使われるなど食事が楽しみとなるよう支援が行われています。レクリエーションではフレンチトースト作りや誕生会のケーキ作り、ユニット合同でおやつ作りも行われています。花見にはお花見弁当を持って出かけられ楽しいお花見をされています。	
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	塩分・カロリー計算をされ、柔らかく安全な介護職を提供している。摂取制限のある入居者に対して、医師・看護師の指示を仰いで提供している。		
42		○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	毎諸語、全入居者の口腔ケアを実施し、また、義歯などは毎夜、消毒を行っている。歯科との連携を取り、定期的な口腔内の状況評価と口腔衛生指導を受けている。		

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
43	(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むけた支援を行っている	排泄のアセスメントを実施し、排泄パターンを確立する事で、オシメーリハビリパンツ→布パンツへ移行し、最後までトイレでの排泄が支援できるよう努めている。	排泄のアセスメントより排泄パターンを把握され、オムツ、リハビリパンツから布パンツへと移行できるよう支援が行われています。最期までトイレで排泄支援ができるよう排泄のパターンや入居者のトイレ利用を把握した支援が行われています。	
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	毎日の朝食に、ヨーグルト、または牛乳を、本人の好み、排便状況に合わせて提供している。また、水分・食事摂取量・排泄チェック表を記入して、運動量の調整や見直しを行い、良好なコントロールが出来るよう努めている。		
45	(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、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	午前・午後・夕の時間帯で、本人の望まれる時間帯を決時間帯や、回数に合わせて調整を行っている。	午前、午後週2～3回の入浴支援が行われています。自宅での入浴回数や希望の時間帯や回数の調整等行われています。1階の浴室には特殊浴槽があり身体状況に合わせた入浴ができます。入居者の様子や希望により足浴も対応されています。拒否の方は時間をずらしたり、声掛けで入浴されます。	
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	日中は活動的に過ごしていただくことで昼夜のバランスをとり、落ち着いて入眠できるよう、安心できる環境づくりにも努めている。		
47		○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	個人ファイルに、服薬に於ける効果、副作用などがすぐに確認できるよう綴じてあり、また誤薬や服薬ミスが起きないよう、服薬手順書、チェック表を作成し活用している。薬の変更時には状態の変化の観察を行っている。		
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	本人が得意とすることや、これまで趣味としてされていたことなどを、レクリエーションに取り入れ、掃除や洗濯などの役割り分担をし、声掛け見守りをして、行っていただいている。		
49	(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。又、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	職員同行で、買い物に出かけたり、家族を含めたレクリエーションの計画や、気分転換の散歩やドライブなどで外出する機会を設けている。	職員同行で買い物に出かけられたり、気分転換のためホーム周りを散歩やドライブで外出されています。ドライブでの外出の様子は写真で家族に報告されています。花見外出では花見弁当を持参され弁当や団子を食され楽しめました。家族を含めたレクリエーション計画や個々の希望に沿った外出支援は家族の協力や本人の希望を把握された支援となっています。	

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
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	目的のものがあれば、買い物と一緒に出かけ、一緒に購入する、までを行う。財布が手元がないことに不安を感じられた時には、きちんと管理されていることを伝え、実際に見ていただき安心していただいている。		
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	年賀状を出したり、毎月のお手紙で本人の様子を知っていただき、気軽に連絡していただくようお願いし、電話などの取次ぎも行っている。		
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	季節を感じられる装飾品や、落ち着きを感じられるよう植物や花を飾って、視覚からの楽しみも感じてもらえるよう工夫をしている。室温調整・湿度や換気などに配慮している。	季節の花や植物、装飾品を飾られ季節感やくつろぎを目で見て感じられるよう配置の工夫が行なわれています。ホールには加湿器を設置され、感染症の予防が行なわれています。ホール、居室はエアコンの温度を季節に合った過ごしやすい温度となっています。	
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	廊下にソファを設置し、いつでもくつろいでいただけるようにしたり、植栽に関わりながら、入居者同士が談話できるよう、楽しみと交流の場として畑や花壇を活用している。		
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	使い慣れたもの、馴染みのある家具や、置物、絵画・写真やぬいぐるみなどを持ち込んでいただき、本人が好まれる空間を作れるよう支援している。	馴染みの家具や使い慣れた物や置物、絵画、写真、ぬいぐるみ等それぞれ持ち込まれ工夫され過ごされています。居室入り口は暖簾をかけブラインドカバーにも努めておられます。	
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」「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	日々の生活の中から、その方のできることを見出し、危険がないことを確認しながら、できることはしていただくよう支援している。また、目印をつけたり家具やベッドの配置等を見直し、自立支援へ向けた取り組みを行っている。		