

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 南)

事業所番号	0691700066		
法人名	社会福祉法人たいよう福祉会		
事業所名	グループホームソーレ東根		
所在地	東根市温泉町2丁目5番15号		
自己評価作成日	令和 6年 10月 1日	開設年月日	平成 27 年 5 月 1 日

【事業所が特に力を入れている点・アピール】

日常生活の中で、調理や掃除など、できる事を大切にして役割を持ち、自分らしく安心して過ごしていけるように支援しています。健康面では入居者様が安心して過ごせるように訪問診療との連携に努めています。

※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 6年 11月 7日	評価結果決定日	令和 6年 11月 20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)】

職員は利用者一人ひとりのできることを尊重し、利用者は家事活動や編み物などの特技を活かして互いに助け合いながら生活しています。同敷地内に法人の入所施設やデイサービス事業所等があり、合同の「地域委員会」で地域に貢献する活動(たいよう教室)を実施しています。地域住民や家族等にパンフレットで案内し、介護に関する情報の提供、事業所の食事体験なども行っています。事業所内に「理事長ボックス」を設置して誰でもが理事長に直接意見等を申し出ることができることや、「サンクスカード」という職員毎のポケットケースに職員同士が日頃の行動に対して称賛のコメントを書いて送る取り組みが日々のモチベーションアップに繋がっています。「入居者とスタッフが共に笑顔あふれ安心して生活できるように」支援している事業所です。

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)	○	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
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せている (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	新型コロナ感染症の状況を見て、朝礼時に唱和している。感染が拡大しているときは、予防の観点から唱和は行わず事務室や休憩室の見えるところに張り出し掲示している。		
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	コロナ5類になり、少しずつ外部・地域とのつながりが感じられ、職場体験受け入れや再開した子供神輿の休憩所の場所を開放するなど入居者との関わりに努めている。		
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	今年度は、地域委員会でたいよう教室を開催している。（第一回は、たいよう福祉施設見学、昼食試食会など開催している。第二回も準備中である。）		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を開催。会議の内容・結果はスタッフにも周知しサービス向上に活かしている。		
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に取り組んでいる	不明な点や対応に困ったときは東根市役所福祉課へ相談し助言を得ている。運営推進会議等でも助言をもらっている。		
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	身体拘束適正化の指針を全スタッフで共有している。身体拘束を回避できるように取り組んでいる。	「身体拘束等適正化のための指針」を定め身体拘束等適正化委員会を開催し、必要時には運営推進会議の委員に意見をもらっている。玄関の鍵は夜間帯のみ施錠し、利用者には不安な言動がある場合は、職員同士が声を掛け合い安全に配慮して自由な暮らしを見守っている。	

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
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	全体会議や法人内・外で研修を行い虐待防止に努めている。またカンファレンスにてスタッフ間で話し合いや相談を行い入居者への対応が適切か確認している。	「虐待防止のための指針」を定め虐待防止検討委員会を開催している。法人内・外の研修に参加し、参加できなかった職員には伝達研修の受講や資料を回覧し理解度を高めるようにしている。日頃の気付きをヒヤリハット報告書で話し合い、防止の徹底を図っている。	
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	研修を通し制度や必要性について、外部研修等に参加し内容をスタッフ間で伝達している。		
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	契約書や重要事項説明書を使い、また契約時にきちんと説明を行っている。疑問点や不安な点がないかを確認し理解・納得が得られるようわかりやすい言葉で説明を行うようにしている。		
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	ホーム玄関に理事長ボックスを設置し誰もが自由に意見を言えるようにしている。また、家族からの意見・要望はすぐに理事長と話をし改善できるように取り組んでいる。	家族等に毎月発行の「ソーレ東根通信」や「利用者状況表」で生活の様子や身体状況等を知らせてしている。担当職員が生活用品の補充依頼の連絡をする場合などにも状況を伝え、家族等にも意見や要望を聞いている。入浴時は、ゆっくり話ができ向き合える機会になっている。	
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	ホーム玄関に理事長ボックスを設置し誰もが自由に意見を言えるようにしている。また事業所ではフロアカンファレンスなどで出た意見をリーダー会議に理事長も出席するためその際意見を提案できるようになっている。		
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	一年に一度自己評価を行い、その評価表を用いて面談を行っている。スタッフの悩みや考えを把握しスキルアップを図るための助言を行い、目標を設定し向上心を持てるようにしている。	職員は自己評価表を用いて目標達成に向けて取り組み、管理者は職員の努力や成果を把握し年2回の個人面談を行い処遇へも反映している。生活状況に合わせた勤務シフトや勤務交代および勤務時間中の気分転換が図れるような一人の休憩時間や休憩室の確保に配慮している。	
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	新人スタッフには指導者が付き、ケアに関する情報や資料を提示し資格取得を行うために法人がサポートしている。	職員が積極的に学ぶことを推進し、ソーレスキルアップ研修年間計画表に外部研修情報を提示し、受講時のシフト調整にも配慮している。受講後は報告書を作成し、伝達研修で共有する機会を作り知識や技術向上への取り組みと全体の質の確保に努めている。	

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
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	山形県グループホーム連絡協議会に加入し、研修会等の情報を頂いている。また、同市のグループホームとも交流している。		
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	入居相談時から、本人・家族と話をし入居までの経過や入居後の必要な支援を見極め対応している。入居後も都度家族へ連絡・相談するようにしている。		
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	電話や面会時に状況を伝え本人家族の不安や要望に耳を傾けるようにする。		
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	何に不安を感じ、何を支援してほしいのか順番を整理し都度本人と家族へ確認するようにしている。		
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	入居者のやりたいことや得意とすることを中心に、農作業や郷土料理などは入居者様が先生となり一緒に作業を行うことで、支援が一方向的にならないようにしている。	家族等や本人から出来ることや得意なこと、思いや意向を聞き日々の生活の情報と合わせて共有し、利用者主体の場面作りや声かけをしている。理念にある「エンパワメントを活かしたケアを目指す」を念頭に、互いが協働しながら生活を送ることができるよう支援している。	
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	本人の希望があるときは、家族に要望等を伝え家族との外出等の支援を行っている。		
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	家族以外の面会は、家族に承諾の上、出来るだけ実施している。馴染みの場所を散策したり地域との関係性を大切にしている。	面会や外出は事前の申し込みがなくともできるだけ多く受け入れることを心掛け、携帯電話で馴染みの人と自由に話ができる方もおり、これまでの関係継続を大切にしている。地域のお祭りの休憩場所として事業所を開放し、一緒に楽しみながら地域の人と触れ合う機会にもなっている。	

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	同じ作業やレク活動に参加してもらう中で、入居者一人一人の得意なことや生まれ育った故郷の話など、会話の橋渡しをし、興味を持つ話や歌などで孤立しないよう努めている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	本人や家族の希望により退去・施設を移動する場合も退去後の生活が不安なく送れるよう、必要な情報を提供し、また、支援の方法、手順などを実践で伝えるようにしている。		
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	本人・家族と話をしながら進めるが、家族と意向が分かれるときは可能な状況を見極め可能な限り入居者本人の意向を最優先に努めている。		
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	事前調査や面会時、他電話等で生活歴を家族から聞き取りをし、ホームでの生活に活かすよう努めている。		
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	朝礼時に、夜間の睡眠状態や排泄、食事量などの観察からその日の体調や精神状態等を把握し、日中の過ごし方などを話し合い共有するようにしている。		
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	本人・家族・計画作成担当者・居室担当で話す場を設けている。他面会時や電話で現状を報告した際に希望や意見の聞き取りを行い計画に活かすように努めている。	本人や家族等の意向を最も大切に考え、気づきや要望・意見を反映させるための聞き取りも来訪が難しい場合には職員が出向いて把握することもある。月に一度のユニット会議でカンファレンス(検討会)やモニタリング(観察)を実施し計画の見直しなどを行っている。	
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	普段のケース記録に、実践しての行動や、発言等の記録を細かに残すようにしている。また、申し送りノートなどで集中的に観察が必要なことなどの情報共有を行い見直す際に活かすようにしている。	日々の生活記録での特記や申し送り事項は、毎日の朝礼や業務日誌で確認している。重要なことは1週間申し送りし、交代勤務でも聞き漏れがないようにしてケアの統一を図っている。排便状況や食事摂取量・健康チェックの記録は、パソコン入力し体調管理している。	計画に沿ってケアが実践されたか、評価や気づきを日常的にチェックし介護計画の見直しに活かせるよう期待したい。

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	対応が難しいご家族に代わり、外部医療機関への通院介助、買い物への付き添いなどをニーズに対して実現可能かを見極めながら、職員間で話し合い、サービスに繋げている。		
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	近隣のドラッグストアやコンビニ、タクシー会社などの検索ネットワーク等の協力を依頼し、入居者が一人で外出し迷ってしまったとき等必要時の協力をお願いしている。		
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	本人・家族の意向を確認し、協力医療機関の訪問診療を定期的に受けている。また、主治医は無理に変更することなく、必要な医療を必要時受けることが出来るよう家族と協力し通院や往診の対応を行っている。		
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	状態変化があれば、ホーム内の看護師に報告・相談できる体制がとられている。また、月に一度、提携医である診療所との連携に努めている。		
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	提携医である診療所の医師・看護師と情報交換を行い、入・退院時には、アセスメントを行い必要な情報をすぐに共有できるようにしている。退院時も退院カンファレンスの場等で不安なく退院後の生活が支えられるよう情報共有を行っている。	体調変化が見られた場合は、看護師に連絡し24時間対応在宅診療所の医師の往診が受けられる体制である。入院時には、情報提供シートに状態や支援方法などの情報を書き込み提供している。居室の取り置きは3ヶ月まで可能で、病院の医療連携室や家族等と回復状況等を情報交換し退院支援に結びつけている。	
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	入居時に看取りについての意向を確認している。また、重度化した場合の指針を重要事項説明書の中に入れ、入居契約時に説明している。 意向については、提携医にも伝えている。	家族等には入居時に重度化についての指針を説明し理解を得ており、また看取りについても意向に沿えるよう取り組んでいる。重度化により医療的な関わりが多くなり、さらに機械浴槽の設備がなく入浴対応ができないなどホームでの対応が困難になった場合は、協力医の説明を受けて話し合い、状態によっては他の施設等の検討も視野に意向の再確認をしている。	

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	AEDの設置場所の確認、全スタッフが救命講習を定期的に受け、急変時や事故発生時に対応できるようにしている。また、急変時の対応マニュアルを作成し、確認できるようにしている。		
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	毎年9月に防災炊き出し訓練を実施している。その際、備品の確認や防災食を提供し必要時に対応できるようにしている。	年2回、日中帯と夜間想定の方災時避難訓練を実施している。法人福祉会合同の方災訓練に利用者も参加し、また災害時の利用者に向けた炊き出し訓練を行っている。地元消防団の協力もあり、職員連絡網・避難経路・避難場所・備蓄品の確認も行い、訓練後は反省点を話し合い改善に努めている。さらに地域とは防災協定を結び協力関係を築いている。	近年さまざまな災害が多発していることから、更なる対策に向けて取り組まれるよう期待したい。
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	人格やプライバシーを尊重しながら介助や声掛けを行っている。職員の対応が気になった場合は声をかけ注意するようにしている。外部研修に参加しユニットカンファ等で伝達している。	職員は利用者の生活歴や趣味・嗜好などを把握して一人ひとりを尊重した姿勢で支援している。「グループホームソーレ東根入居者の権利」を明記し職員は利用者が守られる権利を理解し寄り添っている。不適切な声掛けがあった場合、管理者は少し間をおいて注意し研修でも学んでいる。	
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	入居者が自己決定できるような声掛けを行い、希望や思いを表現できるように働きかけている。		
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	個人のペースを大事にし、日課の声掛けやレク活動をすすめたり、希望に沿って支援をしている。	日課はあるものの利用者の出来ること・出来なくなったことを考慮し、一人ひとりのペースを大事に日々の過ごし方を決め、テレビを見る、新聞を読む、歌を歌うなど思い思いにフロアで過ごしている。編み物が得意な方が帽子を編んで他の利用者にプレゼントし喜ばれている。自己決定が難しい方には選択できるよう提案し意思を大切に支援している。	
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	本人の希望を聞いたり家族に好みを確認しおしゃれの支援を行っている。		

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
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一人一人のレベルや能力を活かし、職員と食材を切ったり、盛り付けや味見など調理に参加し、食器のふき取りなどを行ってもらっている。	食事は配食サービスを利用し、調理済みのものと調理を必要とするものの混合を取り寄せ、利用者は調理一連の作業に参加し、できることに力を発揮している。茶碗やコップなど食器は個人のものを使用し家庭的な雰囲気になっている。外食に行く、誕生日には好きなお菓子をリクエストするなど楽しい行事もあり、また食形態にも配慮し口から食べることを大事にしている。	
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	医師の指示により塩分量や水分量の制限が必要な場合は指示に従い、一日の水分摂取量・食事摂取量の把握を行い、個人の好みや習慣に合わせた飲み物の提供、個別の食器や食具で提供している。		
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に、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、就寝時に声掛けを行っている。一人で行うことが難しい方は見守りや介助を行い義歯洗浄剤を使用し口腔内を清潔にしている。	法人の歯科衛生士から2ヶ月に一回利用者と職員も口腔ケアについて指導を受けている。起床時・就寝時、また日中居室へ移動した際に居室の洗面台で義歯洗浄等を行い清潔保持に努めている。義歯に支障が出た場合は、協力歯科医の往診を受けて食事がしっかりと摂れるよう支援している。	
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	一人一人の排泄パターンを把握し、個人に合わせたトイレのタイミング、パッドを使用しトイレで排泄の習慣が持てるよう援助している。	排泄チェック表を活用しているが、利用者は自分のタイミングでトイレに行っている方が多い。訴えない方は時間を見て誘導することで失敗なく過ごしている。夜間はセンサーやポータブルトイレ使用で転倒防止にも努めている。	
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	朝食時に乳飲料を提供。また、水曜日はヨーグルト、日曜日は果物を提供している。下剤だけに頼らず、こまめな水分補給や運動で便秘予防に努めている。		
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	入浴曜日や時間は決まっているが、その日の気分や体調に応じて、時間などの調整を行っている。		

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
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	個人の生活パターンを把握し、状態に応じて休息できるようにしている。安心して休めるよう個人に合わせ照明の明るさや空調の設定を調整している。		
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	服薬チェック表、毎食ごとの服薬箱を準備している。個人ファイルに薬の説明書も準備している。薬の変更や服薬量に変更があった場合は、理由も含め業務日誌に記入し1週間申し送り、申し送りノートにも記載し経過の観察を行っている。	薬は職員が服薬箱に配薬し、チェックシートで確認、利用者一人ひとりの前で再度声出し確認し服用してもらい誤薬防止に努めている。薬の変更があった場合は看護師が服薬情報表に記載し職員の周知漏れがないよう1週間続けて申し送り、状態観察を行っている。	
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	個人の好きなことを会話の中から見つけたり、家族に話を聞き情報を得ている。大好きなレク活動だけでなく空いた時間で気分転換につながる活動を行うように努めている。		
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	現在感染対策で人が多い場所への外出は控えている。天候に合わせて散歩の声掛けをし外に出るようにしている。季節に合わせてドライブなどに出かけたりしている。家族との外出、外食も楽しめるよう支援している。		
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	入居者の管理能力に合わせ、家族と相談し対応している。必要な日用品を購入するようにしている。		
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	本人の希望があれば電話や手紙のやり取りを行っている。携帯電話を持っている方もいる。		

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
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	日常生活のワンシーンや行事で撮った写真や折り紙等で作った飾りをフロアに掲示し季節を感じられるように工夫している。季節の花などを飾るようにしている。	カフェスペースを中心に左右にユニットがあり互いの声が聞こえ、またカフェの大きな窓から外の往来を眺め、冬季は薪ストーブで暖をとるなど寛ぐことができる環境にある。ユニットのフロアはエアコンで温度調節し、空気清浄機が2台設置してある。利用者はなかなか外に出る機会が少ないが行事の写真を掲示したり、干し柿などを作り季節の変化を感じられるよう取り組んでいる。	
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	入居者同士がリラックスしてゆっくり過ごせるよう照明の明るさや空調、テレビの音量に気を配っている。		
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	自宅で使われていたものを持ち込み、家族の写真を飾るなど安心して過ごしてもらえるようにしている。	居室にはベッド、クローゼット、洗面台が設えてある。自宅からは使い慣れた家具やテレビを持参し、家族の写真等を飾りその人らしい部屋作りをしている。居室の照明はゆっくり休めるよう暗めに設定し、衣類の整理や掃除は職員と一緒にを行い季節に合った装いを心掛けている。	
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	移動の手段や歩行のレベルに合わせ食席を決めたり、安心して移動ができるように環境整備をしている。電気のスイッチなど混乱する方へは同じ色のビニールテープで表示したり、張り紙で場所がわかるようにしている。		