

1 自己評価及び外部評価結果

(ユニット名 ひなた)

事業所番号	0671400281		
法人名	医療法人社団 緑愛会		
事業所名	グループホーム香紅の里		
所在地	山形県村山市楯岡俣町20-19		
自己評価作成日	平成 26年 9月 16日	開設年月日	平成18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)】

法人の理念である「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を念頭に置きお客様の事を第一に考え、安全・安心に暮らせるよう支援させて頂いています。地域との関わりを大切にし、ボランティアの受け入れ、地域行事への参加を継続しています。お客様の夢や希望を叶える為、個別レクに力を入れご家族との交流はもちろん、馴染みの関係を絶やさぬよう支援しています。認知症ケアのプロとしてお客様にケアが出来るよう、各種研修への参加や毎月勉強会を開催し職員のスキルアップに努めています。

【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)】

村山駅すぐ西側に位置し、公園や桜並木など散歩コースにも恵まれ、地域との関わりを絶やすことなく暮らしていけるように管理者はじめ職員皆で寄り添うケアに取り組んでいます。徳内まつりを披露してくれる高校生はじめ幼稚園児の来訪など地域ボランティアとの交流や事業所からも心肺蘇生法の勉強会を開くなど互いに支え合う関係づくりが大切だと捉えています。地域と利用者の馴染みの関係を継続させるためにも外出支援を積極的に取り組みプランにも盛り込むなど、本人の意思を尊重した個別のケアで、理念の実践とできることへの継続をサポートしている事業所です。

※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.jp/06/index.php>

【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3-31		
訪問調査日	平成 26 10月 15日	評価結果決定日	平成 26年 11月 4日

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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 (参考項目:28)	○	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	(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	ユニット玄関と職員用書類庫にいつも掲示し、職員はもちろんの事誰でも見ることが出来るようにしています。また各種書類にも理念を記載し、目に触れる機会を多くし、常に理念に基づいたケアが実行できる環境になっています。	地域の方や店、ボランティア等との関わりを絶やすことなく、個別のレクリエーション活動で積極的に外出する機会を持ち、行動指針の一つを月目標に掲げて寄り添うケアで理念の実践に取り組んでいる。	
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	地域活動推進委員会が中心となり、地域の清掃活動、環境美化運動、また総合避難訓練に参加しています。施設の方から地域の方に声をかけ消火訓練、心肺蘇生法の勉強会なども実施しています。	地域の防災訓練や運営推進会議を通して互いの行事へ参加呼びかけをして交流を図っている。毎年、近くの幼稚園児の可愛い来訪があり、輪投げゲームなどでにぎやかな楽しい時間を過ごしている。	
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	地域ごとに行われるサロンにデイサービスの職員と参加し、認知症ケアのプロとして認知症についての講義や、認知症の予防の講習を実施させて頂いています。		
4	(3)	○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	年6回開催しています。市職員2名・ご家族代表2名・町内会長2名・民生児童委員1名を委員とし、施設の行事や事故報告、各報告を行い意見や情報交換を行っています。	会議では事業所からの報告と共に、参加者との意見交換が活発に行われている。開設して8年を経過しメンバーが固定化してきている現状に何かしらの転機が必要であると考えている。	地域交流ができてい中、テーマによってはもっと幅広く参加を呼びかけ、会議がより双向方向的に活かされることに期待したい。
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	定期的に関係各所に訪問し、施設の待機者の状況や広報誌を使ってお客様の様子などを伝えています。市の介護保険課の職員と、地域包括支援センターの職員とも会議などで情報交換を行っています。	介護保険課、地域包括支援センター職員からは運営推進会議に参加があり実情も理解してもらっている。定期的な広報誌や香紅だよりを持参して関係性を図ると共に、併設の法人居宅介護支援事業所を通じて利用者の受け入れにも協力関係が出来ている。	
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	年1回職員による身体拘束についての勉強会を実施しています。日中は玄関の鍵を開放しています。、身体拘束の実績ありません。日々、拘束しなくても安全・安心に過ごして頂けるように話し合いをしながら生活して頂いています。	勉強会を通して職員は拘束ゼロを周知している。玄関の鍵は掛けず、外出したがる方にはプランに組み込んだり一緒に散歩するなど個別に対応している。言葉での拘束にも気を付け、気になった時は管理者が指導している。	

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
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1回職員による勉強会を実施しています。高齢者虐待の定義や現況、防止法の内容についても詳しく説明し、話し合いを行っています。お客様の表情や軽微なげがなどにも十分注意し、防止に努めています。		
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	年1回ケアマネージャーによる勉強会を実施しています。ケアマネージャーと相談し、必要に応じケアマネージャー同伴で話し合いを行う準備ができています。		
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	契約は必ず管理者が実施し、運営規定・契約書・重要事項説明書等必要書類を読み合わせ、説明させて頂いています。分かりにくい部分は分かるまで説明させて頂き、入居後でも疑問などあればその都度説明しています。		
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	年2回無記名でのアンケートを実施し日頃言いにくいことなどの把握に努めています。結果についても対策を含めて公表し、施設内に誰でも見ることが出来る場所に掲示しています。各ユニット玄関に要望書も設置し随時意見も頂けるようにしています。	家族アンケートの結果においては職員間で話し合い、全体会議でも検討するなど真摯に向き合い公表に至っている。家族会もあり行事等で交流を図りながら、毎月のお便りでも信頼関係づくりに努めている。	
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	全体会議・グループホーム会議・ユニット会議と月に3回会議を開催し、建設的な議論が出来るようにしています。個人面談を定期的の実施し、必要に応じて都度面談できる体制を作り職員にも周知しています。		
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	職員全員が毎年個人目標管理シートを作成し、達成に向けて日々取り組んでいます。		
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	年度初めに研修計画書を立案し個々のスキルに合った研修に計画的に参加できるようにしています。また、毎月認知症勉強会を開催し、認知症ケアのプロとしてお客様のケアが出来るように取り組んでいます。	法人内研修が充実しており、こやまカレッジ(介護福祉士取得の研修)にも派遣している。会議後は必ず勉強会を行い事業所全体のレベルアップを図り、3か月に1回面接して個人目標の評価と話を聞く機会を設けている。	

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	
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	県グループホーム協会のブロック会義に参加し交換研修や、勉強会に参加することで他事業所と交流を図っています。法人内でも交換研修を実施しています。	山形県グループホーム連絡協議会等の会議で情報交換をすると共に、法人内でも研修会等で交流し意見交換しながらサービスの質向上にむけて励んでいる。		
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	ご本人、ご家族から家での生活や若かりし頃の出来事などを出来る限り多く聴きだし、ご本人様の事を知り理解することで困っている事や不安になっている事を探りホームの生活に慣れて頂けるよう支援しています。			
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	申し込みの時点で心配事や不安をお聞きしご家族様が安心できるようお話をさせて頂いています。また入所後も何かあればその都度ご家族様の相談に応じています。			
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	ご本人様、ご家族様の希望、要望をお聞きし、今現在何が必要であるか、ニーズを正確に把握するように努めております。お客様に必要な支援が当ホームの理念や方針と合致しているかを見極め、ニーズに応じたアドバイスをさせて頂いています。			
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	職員とお客様の関係はもちろんの事、共同生活の場であることを忘れず、お客様同士が助け合い共に楽しく生活できるようサポートしています。			
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	ご家族が面会に来られた際は状態を詳しく伝え、情報を共有するようにしています。またご家族様と交流が図れるよう食事介助や外出などをお願いし支え合う関係が継続できるよう支援しています。			
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	入所後もこれまでと同じ生活が出来るよう、ご家族に馴染みの場所をお聞きし、定期的に個別の外出を計画・実施しています。			

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
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	毎日のレクレーションや家事などを通してお客様同士が交流を持てる場面を作っています。交流が困難な方には職員が間に入り支援しています。		
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	ご家族から必要とされる時は可能な限りフォローをさせて頂いています。フォローが不可能な場合は関係機関を紹介させて頂いています。		
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	お客様との会話の中から希望や要望を聴きだし、職員間で共有しています。また言葉だけでなく表情や仕草、行動にも注目し思いの把握に努めています。家族からの情報収集もセンター方式を活用し、入居時・面会時に意向を把握しています。	入居前に家族等から情報をセンター方式のシートにわかる限り書いてもらい生活歴等の把握・共有に努めている。行きたい所、やりたい事など希望に沿えられるよう本人の意思を尊重した個別ケアを心がけている。	
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	センター方式を活用し、ご本人、ご家族からこれまでの生活歴をお聞きし、職員で共有しています入居直前の情報などは、全ケアマネージャー等にも情報を頂きながら、ホームで安全安心に生活が出来るように経過の把握に努めています。		
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	センター方式を中心に、定期的にご本人のADLの把握、心身の状態の把握に努めています。心身状態の把握については、医療連携体制をとっているので看護師による把握も定期的実施しています。		
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	各ユニットに介護支援専門員を配置し、毎月モニタリングの評価を行っています。その時々ニーズを正しく把握し一人ひとりに合った個別性の高いプラン、出来る事を継続できるように支援するプランを意識して作成し、ケアを実施しています。	毎月のモニタリングの評価で出来てない所は都度サービスを変更し、状態やメンタル面が下がった時は職員全員でカンファレンスを行い、利用者の現状に即したプランに繋げ、チームでより良い介護計画の作成に取り組んでいる。	
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	専門用語を使用せずわかりやすく簡潔な記録を心がけています。介護記録だけでなく、ノートや相談記録などを併用し、必要な情報を職員全員が共有できる環境を作っています。		

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	
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 (小規模多機能型居宅介護事業所のみ記載) 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				
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	定期的に地域の方にボランティアに来て頂き、交流を図っています。また地元の図書館や飲食店、理容店を意識して使い、地域に根差した施設作りを行っています。			
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、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	月1回協力医の方へ職員対応で受診をしています。以前からのかかりつけ医を希望される方は、そのまま変更することなくご家族対応か往診で対応して頂いています。他専門科通院については、その都度主治医・ご家族と相談して対応しています。	利用者それぞれのかかりつけ医を受診しており、協力医の定期的な往診もある。医療機関や訪問看護と連携して状態の把握と健康管理に努め、服薬等のチェックも全職員で万全の注意を払って行っている。		
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	訪問看護ステーションと委託契約し、週1回の訪問、必要時は電話での相談でお客様一人ひとりの体調管理を実施しています。また緊急時には併設のデイサービス看護師が対応するように連携を取っています。			
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、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。	入院が必要になった時は職員も同行し、必要な情報を可能な限り医師、看護師等に伝えています。入院中も定期的に職員が病院に行き、状態の把握と退院の予定等の把握に努めています。			
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、医療関係者等と共にチームで支援に取り組んでいる	ご本人やご家族の希望を一番に考えた上で、それぞれの希望に合った対応が出来るように体制を整備しています。病気の悪化や認知症の進行によりホームでの生活が困難になった場合は、随時ご家族、主治医と話し合いを行い、その後の対応を検討しています。	まだ看取りのケースはないが、重度化して医療行為が必要となった場合は、主治医・訪問看護師・家族等・事業所と話し合い持ちながら方針を統一し、可能な限りの支援体制を整えている。		

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		○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	年2回、地元消防署に講師を依頼し、心肺蘇生法の講習会を実施しています。今年も、地域の講習会にも職員が参加しました。また看護師、職員による緊急時対応の勉強会を行い職員全員が対応出来るようにしています。			
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	防火管理者を置き年2回総合避難訓練を実施しています。また災害時には地域住民の方から協力を頂く体制になっています。	会議後の勉強会のあと避難方法や手順の確認などの防災教育を行い、食糧等の備蓄も増やして事業所全体で意識高揚に努めている。また、地区の防災訓練にも参加して互いに協力し合う体制を築いている。		
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	職員全員がお客様一人ひとりの人格を尊重しプライバシーの確保に真剣に取り組んでいます。可能な限り一人ひとりに合わせた声かけやケアを行っています。	居室入り口に暖簾をつけて必ずノックしてから声掛けするなどプライバシー確保には十分配慮している。また、羞恥心や尊厳にかかわる排泄や入浴介助にも理念に沿った取り組みで統一したケアを心がけている。		
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	お客様が毎日充実した生活が送れるように、また一人ひとりの希望や思いが引き出せるよう工夫しながらケアを行っています。			
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	お客様の事を一番に考えその人に合ったペースで支援させて頂いています。その日の体調や気分を読み取り、無理のない範囲で行動して頂いています。			
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	個々に合わせた好みの身だしなみや化粧を提供しております。職員と洋服を買いに行ったり、馴染みの美容室へ出かけられる企画を計画しています。			
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	献立をたてる際や調理、買い物の際食べたい物や好きな物を聴きだし、出来る限り希望に添った物を提供しています。また一緒に作ったり後片づけを手伝って頂いております。	法人の管理栄養士の献立で、栄養とバランスのとれた食事を事業所内で調理して提供している。月2回は希望献立を取り入れ、毎日の買い出しや盛り付け、後片付けなど利用者と一緒にやり出来る事の維持に繋げている。		

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
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	毎食のカロリー計算をし、バランスチェック表をつける事で偏りなく栄養摂取出来るよう努めています。また個々に合った食事量や形態で提供しています。		
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	毎食後口腔ケアが出来るよう準備し個々の状態に応じて支援しています。夕食後には義歯をお預かりし洗浄を行い清潔を保っています。		
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向けた支援を行っている	オムツに頼らず、トイレでの排泄が出来るよう個々の排泄パターンに合わせてトイレへお誘いし支援しています。	その方に合わせて誘導の声掛けを工夫してトイレでの排泄に繋がるように取り組んでいる。毎日ポータブルトイレを使用している方もおり、家での習慣を活かして支援している。	
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	食物繊維を多く含む食材を献立に取り入れれたり、個々に合わせた水分量の摂取を心がけています。毎日体操を行う等体を動かして頂く工夫をしています。		
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、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	お客様の希望に合わせて毎日入浴される方や一日おきに入浴される方もおり、時間も希望や生活のリズムに合わせてお誘いしている。必要な方は2人介助で入浴して頂いています。	同性介助など自尊心に配慮しながら、できることはやってもらい転倒など安全面に注意して見守り介助している。皮膚等の身体観察や浴室の温度差にも気を付け、ゆっくり気持ち良く入ってもらうように努めている。	
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	体調や希望に合わせて日中の休憩や入床の時間も一人ひとり違っており対応している。入所前もテレビを見て過ごされたり希望の方は晩酌が出来るよう支援しています。		
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	毎日の服薬介助の際は名前、日付、いつの薬かを声に出して確認し内服して頂いています。薬の変更があればその都度情報を共有しています。体調に変化があればすぐに医師、看護師に報告相談しています。		

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	
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	生活の中で出来る事や役割りを見つけ、継続して実施出来るようケアプランに入れ、張りのある生活が出来るよう支援しています。個別の楽しみとして外出、外食ご家族様との交流等もケアプランに取り入れ実施しています。			
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。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	近くのスーパーへの買い物や馴染の床屋への外出等、一人ひとりの希望やその日の様子に合わせ外出にお誘いしている。またご家族の協力を得られるよう、本人の希望を伝え外出の支援を行っています。	年間計画で花見や外食、紅葉狩りなどの外出があるが、個別に希望があれば担当者と一緒に馴染みの所に出かけている。ドライブや散歩をプランに組み込んだり、外出支援をケア目標の強化月間にするなど積極的な取り組みをしている。		
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	入居の際ご家族へ確認の上事務所で現金を管理しています。外出時や買い物の時には直前に財布をお渡しし好きな物を購入したり食べたり出来るようにしています。			
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	定期的にご家族へ手紙を書く方や、お手紙を下さるご家族もいるので、継続してやり取りが出来るように支援しています。また、ご家族への電話希望がある場合は、お部屋にてゆっくり電話して頂き、大切な人との交流を継続して頂いています。			
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	お客様の生活空間であることを最優先に考え整備しています。特に幼稚な飾りつけにならない様十分注意し、季節を感じお客様が落ち着いて生活出来るようにしています。	共用空間は程よい明るさと広さで清掃も行き届いている。テレビを囲んでお気に入りのソファで談笑する利用者達の姿が見られ、畳のスペースには床の間や掘炬燵があり、また違った雰囲気である場所になっている。手洗い・うがいの励行とテーブル・手すり等の消毒を欠かさず感染症を予防している。		
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	2～3人のお客様同士がゆっくりと過ごせるように居住空間を整備しその時々で居場所を変えられることが出来るよう支援しています。			

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	
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	居室にはエアコン、洗面台、クローゼットを設置し快適に過ごせるよう整備しています。入居の際使い慣れた物を持参して頂き、安心して生活できるようにしています。	入り口にはそれぞれ個性ある表札や暖簾が掛けられ、住まいとしての思いが伝わってくる。クローゼットも大きく使い方も色々できるようになっており、本棚やテレビを持ち込んで一人の時間も楽しんでいる。		
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	お客様の出来る事を奪うことなく、出来る事を安全に出来るよう自立支援を行っています。居室やトイレなどの表示も景観を損なわないように気配りしています。			