

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鶴さん家)

事業所番号	0670700525		
法人名	ぷらすはーと株式会社		
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 6年 11月 6日	開設年月日	2001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」を掲げ、ご利用者一人ひとりの個性を尊重し、サポートしています。家庭的な雰囲気大切にするために、スタッフの制服や内履きを設けず、素足で歩ける環境づくりを整えています。家事活動や趣味活動で活躍できる環境を提供し、笑顔や溢れるホームを目指しています。コロナ期間で遮断していた外部との関わりを緩和し、家族やなじみの方の面会も増え、ご利用者も安心した表情が見られています。これからも地域に開かれたホームを目指し、認知症についての相談業務を行なっています。

※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 18日	評価結果決定日	令和 6年 12月 9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)】

利用者は調理活動等を通じて自宅で生活していた時と変わりなく明るく生き活きとした日々を過ごすことができるようになっています。運営理念を実現するために外部・内部研修を実施し職員育成に積極的に取り組み、勤務開始前に各自理念を復唱するようにしています。人事評価は上司の評価のみならず、同僚の良い所を見つけて職場内で「ありがとう」を贈り合うサンクスグッドポイントにより同僚を認め合う関係作りができています。また、優れた職員を笑顔・まごころ・ユーモアマスターと任命して向上心ややる気を引き出し、身体拘束等適正化及び虐待防止検討委員会の委員として事業所のサービス提供に積極的に関わり、利用者が自分らしい生活ができるようにサポート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)
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)
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)
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)
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
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
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		

※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。

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)」

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「チームで支え合い、サポート力の向上と安心を提供します」を掲げ、毎月スローガン検証を行ない、できた点、まだ足りない点の共有を深めています。		
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人として日常的に交流している	地域の一人として、町内会に加入し、挨拶を交わす等、声をかけ合っています。また今年度は感染対策を講じ、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。地域のスーパーや美容院、菓子店などを利用しています。		
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	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。		
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	前年度から鶴岡市介護サービス相談員も来訪していただけるようになり、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に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カ月毎に、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。	法令順守等の研修を通じて全職員がより良いケアを目指している。不適切なケアを職員が見かけた場合は状況を把握し改善に繋がるようにスタッフ間で共有し、不適切ケアのグレーゾーンについても各ユニット間で話し合っている。スピーチロックについては「ちょっと待って」「順番に伺います」のように具体的な言い換えリストを作成している。	

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	(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	身体拘束等適正化及び虐待防止検討委員会を3カ月に1度開催しています。日中玄関は施錠せず、外出希望の際は可能な限り支援しています。ベッド柵や椅子の位置などは本人の動きを妨げることがないように配置しています。向精神薬の使用は細やかな観察を行ない、心療内科受診前に情報提供書を作成し、医師との連携を図っています。	職員の不適切な言動を見かけたときは利用者と離れた場所で伝えている。服薬調整の際は家族等へ使用目的を説明し、気持ちが落ち着きユニットで活躍の場が増えると伝え、服薬後は記録して職員間で共有し家族が安心できるようにしている。	
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に支援している	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	前年度に引き続き、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。	利用者の思いを把握するため「私の気持ちシート」に嬉しい事苦しい事を記載し、寝たきりになっても自分らしい生活ができるようにしている。家族等の要望についてはアンケート等で確認し、できる事・できない事を法人内で検討してから回答している。	
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	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。		
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。	働きやすい職場を目指して人事評価システムを導入し、特に同僚の良いところを見つけて職場内で「ありがとう」を贈り合うサンクスグッドポイントにより同僚を認め合う関係作りができています。勤務は休日や時間帯、曜日等に配慮して希望に沿って作成し継続して働けるようにしている。	
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。	年間を通じて各職員の目標設定や進捗状況を上司との面談で確認することで職員育成に力を入れ、社内研修ではビジョンを明確にした年間研修プログラムを作成している。職員アンケートで希望する研修内容を把握して職員からのアイデアを取り入れることに努めている。	

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	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。		
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。		
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、相談を行なっています。		
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。運営理念にもあるように、「認知症になっても出来る、人生の主人公は自分」と思えるように小さな小さなぶらすは一との提供に努めています。	入居前に把握している情報を基に話をする際は難しくないように馴れ馴れしくならないように気を付けながら、馴染みの関係になるようにしている。一緒に家事活動等を行う時は不安を感じさせないように、できる事や楽しめる事が見つかるように努めている。	
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	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。		
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、通い入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。遠方でなかなかホームに訪れることができないご家族に対してオンライン面会を行なっています。	面会制限が緩和され事前予約と感染症対策をして30分間の面会が可能で、また外出制限もなく家族と外食することができる。行事では紅葉狩りドライブに出掛けて季節を感じて気分転換を図っている。コロナ渦前のようにすべては戻っていないが徐々に再開している。	

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
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きます。必要時は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。		
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。	ケアプランミーティングやスタッフ会議で利用者の状況とケア内容を確認し見直すようにしている。家族等へケアプランの更新や変更時の説明だけでなく、面会や日用品を受け取る時にも状態変化や生活状況を伝えて家族との日々のコミュニケーションを大切にしている。	
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	記録の媒体を紙ベースからiPadへと変更し、ケース記録、事故報告、ヒヤリハットなどの記録を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。記録をもとにミーティングを重ね、必要に応じてプランの見直しにつなげています。	記録等を手書きから入力ソフト導入により複数の部署でデータを管理しやすくなっている。受診時にバイタル等の記録をまとめて印刷し持参でき、報告様式を電子化することで報告しやすく改善されている。すべての記録を共有できることは利用者のケア内容変更にも役立っている。	

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	
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	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	春は花見ドライブや地域の祭りのパレードを見学、秋は紅葉狩りドライブなどを行なっています。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。			
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	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。			
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	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。			
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	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。退院時のモニテラの際は、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。	入院時の対応を特定職員が担当する体制だったが夜間帯について見直しを行ってオンコール当番制を開始し、職員の負担軽減や職員育成そしてサービスの向上を目指している。退院時は入院前と変わりなく生活できるように入院先の病院と連携している。		
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	ご利用者の些細な変化や処置の仕方などを相談し、指示を仰いでいます。かかりつけ医への情報提供書の作成や通院介助を行ない、安楽に生活できるようにしています。	食事・水分が摂れないなど重度化になった時は指針に基づいて家族等と管理者で話し合い、住み慣れたホームで最期を迎えさせたいという希望が多く、24時間対応の協力医・看護師(管理者他)・職員とチームで統一した方針で取り組んでいる。職員は急変時研修を受講し、看取り後の振り返りも行っている。		

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	
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。			
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	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。	利用者も一緒に併設のケアホームと合同で7月に水害想定避難訓練と11月にBCP(業務継続計画)訓練を実施している。9月には消防署・防災会社の参加で夜間想定訓練を運営推進会議メンバーにも見学してもらっている。訓練後の反省会で課題を見つけ、毎月の防災機器点検や備蓄食の試食会なども行い災害に備えている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(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。	個人情報に関しては広報紙などに顔写真を載せて良いかなど一人ひとりの対応方針を、契約時に家族等から同意書を得ている。家事活動には自らの役割として得意分野を發揮してもらい、お礼の言葉に満足した表情が見られる。		
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	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。	入浴したくないなどの訴えには無理強いせず、職員の声掛けや時間を変えたりして誘い、利用者の気持ちを大事にしている。職員と1対1の庭仕事などで話題が広がり、経験を活かし活躍の場を広げるきっかけとなっている。食事と午前・午後のお茶の時間は職員も一緒に座り利用者の話に耳を傾けている。		
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	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行なっています。			
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。	法人合同の献立で、利用者の参加を得ながら事業所毎に調理スタッフが手作りしている。週2回の希望献立は利用者からリクエストを聞き取り、出前の寿司を庭で食べるなど楽しい食事となっている。お粥・刻み・ミキサー食などの食事形態を毎月のミーティングで検討し、目からの情報も大切にしている。		

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
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	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。	食後の口腔ケアはできる方は自分のペースで、できない方には職員がサポートしており、プライバシーゾーンなので声掛けなどに配慮している。義歯は夜間に預かり、洗浄・消毒している。治療が必要な時は家族等と情報交換ながら歯科通院・往診対応の支援を行っている。	
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	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。	さわやか記録(排泄記録)に排泄(回数・量など)の24時間を1ヶ月毎スケールで記録し、利用者一人ひとりのパターンを把握している。職員は共有スタッフ会議で見直ししながら時間を見計らってトイレ誘導を行い、失敗がないように支援している。	
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	毎朝の牛乳や毎昼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、安眠につなが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、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ており、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。	提携している薬局とは処方薬が変更になった時のアドバイスや、疑問に思った事はすぐ問い合わせの関係になっている。管理者(看護師)と非常勤看護師が1週間分の薬をセットし、職員がダブルチェックしている。服薬の確認をして記録し、症状の変化を観察している。	

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
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。		
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	現在はお小遣い制度を廃止し、必要なものがある際はご家族へ依頼をしています。希望に応じて、ご家族へ連絡し、暮らしの様子を伝えながら購入の依頼も行っています。		
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	毎年、正月にはご利用者の字で記載した年賀はがきをご家族へ向けにお届けしています。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るように保管したり、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。	全館床暖房が設置してあり、冬でも暖かく素足で歩ける共用空間となっている。リビングや廊下の壁面には利用者と一緒に手作りした装飾品が飾り付けしてあり、季節を感じる事ができる。リビングは食事や体操・レクリエーションをする皆が集う場所として、感染対策をしながら安心して過ごせるようにしている。	
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	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。		

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。	居室にはベッド・クローゼット・エアコンが備え付けてあり、寝具・仏壇・テレビなど使い慣れた物を持ち込んで自分好みの個室となっている。センサーマットやポータブルトイレ使用する事で夜間でも安全に過ごせるように支援し、リネン交換や清掃を委託業者に依頼して清潔保持に努めている。	
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	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。		