

1 自己評価及び外部評価結果

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	山形県村山市楯岡俵町20-19		
自己評価作成日	令和 6 年 7 月 23 日	開設年月日	平成18 年 4 月 1 日

※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 8月 27日	評価結果決定日	令和 6年 9月 9日

(ユニット名 ひなた)

【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)】

「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」を理念に、認知症に対する知識や経験があり、認知症の程度に関わらずその方らしく過ごして頂けます。理学療法士によるお客様の身体状況の評価や歯科衛生士による口腔ケアを実施。食事については、手作りでお客様と一緒に調理し、温かい物は温かい内に出来立てを召し上がって頂いています。また、地域に根差した施設を目指し、日々努力しており、コロナ5類移行後は、徐々に感染対策を行いながら少人数での外出、個別レクの実施、四季を感じて頂ける行事、地域の美化活動へ参加させて頂く等、住み慣れた地域でいつまでも元気に過ごして頂ける様お手伝いさせて頂いています。

【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)】

香紅の里は「ここが自分の家だと思い安心して過ごしてもらいたい」この思いを持って、職員は法人の年度目標に合わせた自己目標を立て、達成に向け研鑽を積み、利用者の尊厳を守り暮らしの手伝いをしています。自分が得意としている事(一例として縫い物)を率先して個別レクリエーションとして取り入れ縫い上げた雑巾を贈呈し、地域との交流に役立てています。利用者が何を望んでいるかを察知し、ケアプランに補足して共有し統一を図り丁寧な介護を実践しています。これから認知症カフェを再開して認知症への理解を深めてもらい、地域の役に立つ事業所でありたいと歩みを進めている事業所です。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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させている (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 自己	外部 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	職員は事業所理念を理解し、実践に繋げています。また、毎日確認が行えるよう職員の目の届く場所に提示し来客者も見えて頂ける様な環境になっています。		
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	コロナウイルスが5類になり地域の美化活動、清掃活動へ参加させて頂いています。小中学校へプルタブやペットボトルキャップ、雑巾の寄付も行っています。		
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	村山市より助成を受け認知症カフェ運営の一環として、介護情報誌を発行し地域の方にも介護や認知症の方を理解していただける機会を設け、地域貢献へ取り組んでいます。		
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	運営推進会議を年6回開催しています。行政、地域の代表者、ご家族様に参加していただき施設の利用状況、事故報告等を行い情報交換を行っています。また、身体拘束委員会にて拘束についての意見、評価を頂いています。		
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	関係各所を訪問させて頂き情報交換を行い市の介護保険事業所の会議などにも参加しています。必要な情報を都度得ることが出来ています。		
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	年2回身体拘束について勉強会を実施し全職員が拘束について勉強を行っています。運営推進会議内でも身体拘束廃止委員会を開催しケアについて意見や評価を頂いています。また、サテライト事業所間で委員会を開催し、事例について話し合ったり対策について職員へ周知行っています。	法人の身体拘束適正化委員会(サテライト事業部)があり、3ヶ月に1回委員会を開き、事例検討会を行っている。事業所では管理者と安全感染対策委員会のメンバー9名で検討し、全体会議で周知して年2回の勉強会も行っている。また運営推進会議でも事例検討を行い、人感センサーの使用について問題なく適正との評価を得ている。	

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	年2回虐待について勉強会を実施し全職員が虐待について勉強を行っています。虐待についての理解、職員の心理状態についても勉強し虐待防止に努めています。またサテライト事業所間で委員会を開催し、事例についてや対策などを話し合い、職員へ周知行っています。	虐待防止検討委員会を身体拘束適正化委員会と同様に組織している。法人のマニュアルを確認して、安全感染対策委員会で年2回の勉強会を行い事項の分析と検討会を行っている。不適切なケアを見聞きした時は、リーダーを中心にミーティングを行い、ユニット会議で話し合って再発防止に周知徹底を図っている。	
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に支援している	年1回権利擁護について勉強会を実施し全職員が権利擁護の内容の把握、理解について学んでいます。必要時は居宅介護支援事業所の介護支援員と連携を取り対応できる体制が整っています。		
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	契約は管理者が行い、重要事項説明書、契約書、運営規定、重度化に対する指針について理解していただけるよう詳しく説明をさせて頂いています。入居後のご意見やご質問等合った際、都度説明させて頂きます。		
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	年1回お客様アンケートを実施しご家族様からの意見、ご要望を把握しています。結果について全職員で考え、改善策を検討し取り組み、顧客満足度向上に努めています。	家族等には月1回利用状況の報告などを便りにして、担当職員の手紙・請求書と一緒に送っている。面会時や、要件のある時は電話で話し合って意見要望を聞き、検討して利用者の暮らしの向上に繋げている。	
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	毎月全体会議、部署会議、ユニット会議を開催し、運営に関することについて職員が把握できる場を設けています。		
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	毎年法人目標に合わせ目標管理シートを作成。個人目標の達成に向けて取り組んでいます。	職員は毎年法人目標を基に自己目標を立て管理シートで達成度を確認して、数回の面談を受け達成に向けて取り組んでいる。有給・育児・家庭の都合での休暇等も取れている。職員の生活環境に合わせた働き方が出来ており、働きやすい職場作りに邁進している。	
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	新人職員教育にはプリセプター制度を導入しており、全業務が行えるよう教育、フォローを実施しています。また、職員はスキルアップの為研修計画書を作成し個々に合った研修に参加できる様な体制になっています。	事業所内研修に法人研修が補足する形で組み込まれており、期間を設けて全員受講している。報告書には目的・目標・内容の評価を行っており、受講者の意識確認をしている。外部研修には中々出向く事が出来ず、動画の視聴に留まっているが効果を確認しながら実施している。	

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
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	法人内外での研修や勉強会にweb参加することで自施設以外の介護職員と交流を図っています。法人での研修では交流だけではなく情報交換も行っています。		
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	入居前にご自宅を訪問させて頂き詳しくお話を伺いアセスメントを実施している。ケアチームでの共有を図り不安なく入居でき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	申し込みの時点でグループホームがどのような施設なのか、また、取り組みを説明し理解していただいている。ご家族様の不安や心配事をお聞きし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	入居前からアセスメントを行いニーズを正確に把握するように努めています。当施設で出来る支援がその方に合っているかを見極めています。		
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	共同生活の場である事を忘れず、お客様同士が助け合い、共に生活できるよう、職員とお客様との関係を踏まえ、支援しています。	利用者の思いを大切にこれまでの経験を活かし、趣味や特技を発揮出来るよう一人ひとりに配慮して行事計画を立てている。レクリエーションの時間も縫い物・掃除などの家事活動やゲーム・花を生けるなど、得意な事をして楽しんでいる。職員はケアプランを確認して目線を合わせて、ゆっくりと丁寧な会話をを行い、利用者本位のケアを提供している。	
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	状態、生活の様子を月1回手紙にてご家族様にお伝えし情報の共有を図っています。感染予防を行いながらご家族様との面会を支援しています。		

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
20	(7)	〇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	感染予防を実施しながら家族様との面会や馴染みの場所への外出を支援しています。	コロナ5類以降も家族等との面会は、予約して本人を含め3名まで15分所定の場所で行っている。家族等付き添いで外出も少しの時間出来るようになり、買い物を楽しむ姿が見られている。地域との交流も地域活動委員会を中心に、プルタブやペットボトルキャップ収集や小中学校に雑巾を送るなどの活動を行っている。また、徳内祭りの町内お披露目会に希望者が出かけるなど、少しずつ交流の場を広げている。これから地域で広く認知症を知ってもらう為、認知症カフェの再開を考えている。	
21		〇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	お客様個々の状態に合わせ、役割を持って生活されている方もおられます。継続しながらお客様同士が支え合える様に支援しています。		
22		〇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	ご家族様から相談あれば可能な限りフォローをさせて頂いています。不可能な場合でも関係機関からの紹介を行っています。		
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		〇思いや意向の把握 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	生活の様子、会話から思いや要望を把握する事に努めている。思いを伝えられない方はご家族様から情報を収集しています。		
24		〇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	アセスメントシート、センター方式を活用し、ご家族様、担当ケアマネジャーからこれまでの生活歴、情報を収集しています。知りえた情報は職員間で共有しケアに活かしています。		
25		〇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	一日の過ごし方、出来る出来ない事を把握できるようにセンター方式を活用しています。医療連携体制で看護師、生活機能向上連携で理学療法士による現状把握を実施しています。		

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
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	研修修了者が計画作成担当になり介護士、看護師、理学療法士と連携を図り、ご家族様の要望も取り入れながら、お一人おひとりに合ったケアプランを作成しています。毎月モニタリングで評価し必要に応じてプランの変更を行っています。	介護計画作成時は、本人が望んでいる事や、今出来る事を維持し長く継続出来る様に、を大切に考えている。毎日の観察記録をケアマネジャー・職員全員で評価しての結果と看護師(週1回)・理学療法士と連携し、家族等の要望も入れて作成している。	
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	記録はタブレットを使用し、タイムリーな記録とユニット間での共有もスムーズに行えています。	一日の記録はタブレット入力で、ケアに関してはノート記入のほか口答での申し送りを追加している。職員への引継ぎ時、申し送りノートに押印して確認している。ヒヤリハットは同じ事が2回続いた時には再検討し利用者の安全確保に努めている。	
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	体調面での状態変化、その時々のご本人の思いを基にカンファレンスを行い支援しています。主治医、医療連携看護師、理学療法士との連携を図り、ケアプランに取り入れています。		
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	小中学校へプルタブ、ペットボトルキャップ、入居者様が作った雑巾の寄付を行っています。地域の清掃活動へも参加。		
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	施設主治医以外のかかりつけ医への受診時はご家族様対応となる為、その都度施設での様子や通院記録簿の内容を説明しかかりつけ医での適切な医療を受けられる様支援しています。		
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	毎月のお客様との関りで気づいた状態の変化や体調管理について週1回の医療連携の看護師の訪問日に相談したり、特変時には電話にて相談、指示を受け適切に受診や看護を受けています。		

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
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	入院時は職員が同行し必要な情報を医師、看護師に伝える様になっています。入院中も病院の連携室と連絡を取り、情報収集に努めています。	体調を崩し、主治医から入院加療が必要と診断された時には、家族と共に職員が入院先まで同行して現状を伝え、次の日には情報提供書を届けている。入院中は病院から情報を得て、状態を確認しプランの変更に繋げている。ケースワーカーから情報をもらい1ヶ月は部屋を確保しているが、延びた時には退居としている。	
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	出来る限り、ご本人、ご家族様の希望に従った対応が出来るよう体制を整えています。重度化により施設での生活が困難になった場合、随時家族、主治医と話し合いを行い、方向性について検討しています。	入居時に「重度化した場合における対応に係る指針」に基づいて事業所の方針を家族等に説明し、理解を得ている。要介護3認定になった時点や、口から食事が摂れない、一般浴槽に入れないなど事業所での生活が困難な状態になった時に家族等と移動を含めて今後の方針について話し合い、希望に沿えるように支援している。	
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	防災委員会を中心に心肺蘇生法、AED操作方法の勉強会を行っている。緊急時対応のマニュアル整備と訓練も行っています。協力医、医療連携看護師と連携を図り急変時に備えています。		
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	防火管理者を置き、年1回は消防署の協力を得て、年2回の総合訓練を実施し、火災、水害、地震、夜間等を想定した訓練を行っています。	昨年10月に総合訓練、今年7月に夜間想定避難訓練を消防署・防災会社の参加を得て実施しており、9月に自然災害(地震・大雨)のシミュレーション訓練を計画している。あらゆる災害のBCP(業務継続計画)を策定し、備蓄や非常持ち出し品も備え、コロナ禍で自粛していた地域の防災訓練に参加予定もしている。	
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	年1回全職員対象に権利擁護、接遇についての勉強会を実施し、個人情報やプライバシーについて学んでいます。お客様一人一人に合わせた声かけ、ケアを行っています。	利用者の居室には必ずノックと声掛けをしてから入る、トイレ誘導は周りに聞こえないように小さい声で、使用時はドアを必ず閉めるなど職員は基本的な事を大切にしている。利用者の得意な事・好きな事を把握してレクリエーションや日課に組み込んで満足した笑顔に繋がっている。	
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	基本的にお客様に選んで頂くケアを心掛けています。ご自分で判断できない方はその方にとって一番良い選択を職員がさせて頂いています。		

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
38	(14)	〇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、その方に合ったペースで支援させて頂いています。個別ケアを大切にし、一人で過ごす時間も大切にさせて頂いています。	事業所のスケジュールに合わせるのではなく、一人ひとりの希望に沿った個別ケアを大事にしている。リビングで皆と一緒にレクリエーションを楽しみ、また居室では一人で好きな音楽を聞いたり趣味の時間を過ごすなど一日の生活にメリハリを付けて過ごしている。	
39		〇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	個々の好みに合った身だしなみを支援しています。女性の方はお化粧の日を企画、実施しています。		
40	(15)	〇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	季節の食材、食べたい物を管理栄養士の管理の下、高齢者に合った物を提供しています。また、嗜好調査を実施し献立に反映させています。食事の準備や片付けも職員と一緒に実施しています。	同法人の管理栄養士が立てたバランスの良い献立で、ユニット毎におかずのみ一部配食サービスを利用しながら手作りにこだわった食事を提供している。食べやすい大きさ・彩り・季節が感じられるよう工夫し、お粥・ミキサー食など食事形態にも対応している。誕生日のリクエスト食・手作りおやつ・行事食など楽しい食事となっている。	
41		〇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	管理栄養士が献立を作成し、栄養管理を行っています。個々に合った形態で提供しています。		
42	(16)	〇口腔内の清潔保持 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	毎食後、口腔ケアの声がけ、お手伝いをしています。就寝前には義歯をお預かりし、洗浄しています。希望者には歯科医、歯科衛生士による口腔ケアの連携も取っています。	ほとんどの利用者が希望により歯科医師・歯科衛生士の定期訪問による口腔ケアを受けている。毎食後の声掛けで一人ひとりの状態に応じた口腔ケアを実施しており、夜間の義歯洗浄・管理は職員が預かっている。	
43	(17)	〇排泄の自立支援 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	お一人おひとりの排泄パターンを把握し、個々に合った支援、声掛けを行っています。	排泄チェック表で一人ひとりのパターンを把握して時間を見計らい、またいつもと違う仕草をした時は見逃さずに声掛け・誘導をしてトイレでの排泄を大切にしている。夜間だけのポータブルトイレ使用や排泄用品の検討などをして現状維持が継続出来るよう支援している。	
44		〇便秘の予防と対応 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	医師や医療連携看護師と連携を取りながら、個々に合わせた水分摂取を心掛けています。体操など体を動かし、便秘の予防を実施しています。		

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
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	無理には勧めず、お客様の希望を優先し、気持ちよく入浴して頂く事を心掛けています。必要時は2人介助で行っています。		
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	自宅と同じリズムで入床の支援をしています。日中の活動量を考え、体に負担がない様に日中の休憩を取って頂いています。		
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	服薬マニュアルに沿って支援させて頂いています。薬局からの薬の情報で種類や数、変更などを全職員が確認し内容を把握しています。	毎月のユニット会議で「処方薬マニュアル」の読み合わせをして薬の事故防止に努めている。訪問看護師から利用者の通院記録簿や薬の情報を確認してもらい、相談は24時間オンコール体制で可能である。配薬は前日に職員がダブルチェックして行い、服用時は飲み込みまで見とどけて記録している。	
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	その方の得意な事や好きな事を把握し、日々の生活の中で役割を持てるようにケアプランに反映し支援しています。		
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	制限が緩和され、外出できるようになった為、散歩やドライブ、買い物に出掛けられる様工夫しています。ケアプランに立案し実施しています。		
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	基本的に必要時に事務所からお金を貰い、立て替え行っている。ご自分で持っていたい方もいらっしゃる為、職員と一緒に出掛けた際は自身で支払い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
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	電話希望がある方はご家族様の負担にならない時間にお話しできるよう支援しています。		
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	季節に合わせた掲示物の作成を行っています。室内の温度管理にも気を配り、お客様が快適に過ごして頂ける様にしています。	リビングには利用者と職員が一緒に作成した貼り絵・塗り絵・折り紙などの作品を掲示して季節が感じられるようにしている。皆が集う場所で居心地良く過ごせるよう食席などに配慮し、清掃・温湿度・換気・消毒に留意して感染予防対策もしている。	
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	お客様のその日の気分に合わせ居室やリビングで過ごして頂いています。気の合う方と過ごして頂ける様テーブルなども準備しています。		
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	これまで過ごされた環境と同じように過ごして頂ける様、使い慣れた家具や小物を持参して頂いています。配置など危険の無い様に本人様と相談させて頂き対応しています。	居室は和室と洋室タイプでベッド・エアコンが備え付けてあり、自宅で使い慣れた物を持ち込んで自分好みの部屋作りをしている。家族等の許可を得て人感センサーを利用し、使用継続について毎月のカンファレンス(検討会)や運営推進会議で評価してもらい、転倒・転落事故の防止に繋げている。	
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	出来ることは自分で行えるよう自立支援を心掛けてケアを行っています。安全に生活して頂ける様必要時はプランにも立案し見守り、付き添いを行い安全確保に努めています。		