（別紙4）　　平成　27　年度

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	2392600116		
法人名	株式会社　赤坂台介護サービス		
事業所名	グループホーム喜ら里（1F）		
所在地	愛知県豊川市赤坂町北平山51-5		
自己評価作成日	平成27年10月14日	評価結果市町村受理日	平成28年　2月　1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	http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=2392600116-00&PrefCd=23&VersionCd=022

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社　中部評価センター
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地　加福ビル左京山1F
訪問調査日	平成27年11月24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）】

「喜ら里（キラリとかがやく一日をみなさまと共に）」をモットーに、利用者様と職員が輝ける一日を過ごせるように努めております。利用者様へのおもてなしの心を忘れずに、職員自身も活き活きと楽しく対応しております。地域のボランティア様の協力を頂きながら、外出し社会参加に心掛けております。

【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）】

開設から2年目を迎えたばかりの新しいホームではあるが、ボランティアグループ「喜ら里クラブ」の協力もあって、充実した支援を展開している。中でも、ボランティアの協力の下に実施されている外出支援が充実している。

日常的にホーム外に出て、広い庭や畑を巡って散歩している。足を伸ばして近くの公園まで散歩したり、買い物がてらにお墓参りをしてくる利用者もいる。四季（花）を求めてのドライブが恒例となっており、これも喜ら里クラブの協力がある。

ホームは既に地域での市民権（社会資源としての位置づけ）を確立している。法人が実施している「認知症カフェ」に集まった地域の住民がホームに立ち寄って相談を投げかけることもある。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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（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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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）	○	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
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
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
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

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	「喜ら里（キラリ）とかがやく一日をみなさまと共に」を理念として、職員は利用者様とともに楽しくアットホームに過ごせる環境づくりと、その意識の共有に努めている。定期のミーティングで再認識するようにしている。	利用者の高齢化や重度化が進行しているユニットもあるが、それぞれの状態に合わせた支援を実践し、「喜ら里（キラリ）と輝く」場面を演出している。食事を楽しむ人、思い出を語る人、片づけを手伝う人等、皆輝いている。	
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	劇団や生け花、音楽療法の先生など複数のボランティアの方の訪問が定期的に行われている。「喜ら里クラブ」というボランティアの支援で、地域への外出やイベントも頻繁に行われ、地域との密着は強い。	ボランティアグループ「喜ら里クラブ」の存在が大きい。外出支援や畑の軽作業等、職員と変わらぬ役割を果たしている。ホームは地域での市民権を確立しており、認知症カフェに集まった地域住民が相談に訪れている。	
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	事業所のお祭りやイベントにおいては、地域の一般の方にも参加してもらい、認知症に対する理解を深める活動を行っている。認知症カフェを毎月開催している。		
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	利用者様や、家族様からの意見はすぐに実践で反映させ、サービス向上へつながるよう意識している。地域のボランティアや民生委員にも現状を報告することで、運営への理解をして頂いている。	毎奇数月に運営推進会議を開催しており、ホームからの現況報告に続いて活発な意見交換が行われている。目標達成計画の進捗に関しては、議題に取り上げたことはない。	運営推進会議メンバーに、目標達成計画の評価（進捗管理）もメンバーの役割の一つであることを伝え、有効な討議が行われることを期待したい。
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り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	随時、市の介護高齢課に相談し、必要がある時は足を運んでいる。また、市の連絡協議会にも定期的に参加し、情報交換や研修などの取り組みを行っている。	市が定期的に介護事業所の連絡会を開催しており、施設部会に参加している。そこでのネットワークを利用し、研修や防災、運営推進会議への相互参加等、有意義な取り組みへと発展している。	
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、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	ミーティングを通じて、職員間で利用者様への拘束禁止についての意識の共有は行っている。利用者様の意思を尊重することで、転倒、徘徊のリスクはともなうが、職員間での連携を強化し、拘束とならないような見守りを行っている。	利用者の意向を尊重し、行動制限のない見守り主体の支援を徹底している。職員の口調は穏やかであり、研修を通してスピーチロックに関しても十分な知識を有している。	
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注意を払い、防止に努めている	日常の利用者様との関わりの中で、ささいな身体や言動の変化にも注意を払い、職員間でしっかり情報を共有することで、虐待の防止に努めている。		

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
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	インターネットで取り寄せた資料で学ぶ機会を設けている。必要時には制度を活用できるように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約前には、面談を行い、しっかりとした説明をすることで利用に対する理解を頂いている。契約後も不明な点については、随時、質問や相談を受け、利用者様やその家族の理解の向上に努めている。		
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	利用者様や家族の方から意見要望があった場合、ミーティングや業務日報などを通じて申し送り、職員間で共有を行っている。運営推進会議に利用者様、家族ともに参加してもらい、意見を頂いて反映に繋げている。	家族のホーム訪問が頻回にある。遠方の家族もホームイベントへの参加の機会を利用して訪れ、意見や要望を伝えている。利用者や家族の意見は、可能な限りホーム運営に反映させている。	
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	職員の要望や困難な場面対応については、随時報告をしてもらっている。職員間での定期的な情報共有ミーティングも行い、日々の業務に反映させる環境を作っている。	職員雇用は安定している。職員の意見をホーム運営に活かしており、「薬の二重チェック」や「緊急時対応マニュアル」は、職員意見を基に改訂された。	
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	年に二回、人事考課において、昇給、賞与を決めている。職員との面談時に、要望や悩みなども聞き、よりよい職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の経験年数によってアドバイスをしケアの実践に努めている。困っていることは随時、相談をできる環境づくりに努めている。		
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く取り組みをしている	他社や施設開設前研修の受け入れや、他者の会議に参加させてもらうことで、勉強・交流の機会がある。ケアマネなどの施設見学や訪問がある。合同の防災訓練も行っている。		

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
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	サービス利用前に必ず面談を行い、利用者様ご本人の生活歴や心身状態を把握し、希望や要望を聞く機会を設けて、不安の軽減に努めている。利用前には、全職員が基本情報を把握し、受け入れ態勢を整える。		
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	面接時、家族からの希望や不安、心配ごとなどを聞き取り、適確なサービスがすぐに行える態勢を整えるよう努めている。		
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	面接時の聞き取りで、利用者様に応じた適確なサービスが行える対応に努めている。他のサービス利用については、関係事業所の担当者を含めた話し合いをしている。		
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	食事や家事、レク等の日常生活を通して利用者様、職員、利用者様同士がお互い協力したり、気をかけたり、ともに暮らす者同士で良い関係が築けている。		
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	それぞれの家族の方の思いや、家族の関係を理解した上で、随時相談、話し合いを行うことで、利用者様本人を支えていく為の協力関係の構築に努める。		
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	以前に隣接していたデイサービス利用者との交流や、知人、友人の訪問で談話をされる機会も多く、これらが行いやすい環境づくりや支援に努めている。	ホームの他に、デイサービス、小規模多機能事業所が同一敷地内にあり、相互に行き来して懐かしい顔馴染みとの関係を継続させている。買い物の途中で「墓参りがしたい」との訴えがあり、職員とお墓に寄ってきた。	
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	利用者様同士の関係を考慮した上で、座席の配慮や、支障なく関わり合えるような環境づくりに努めている。重度の認知症の方は特に孤立しないよう、意識して関わっている。		

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
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	解約後も、家族から連絡があれば、随時相談に応じている。		
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	(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	毎日の業務日報や申し送り、定期的なミーティングなどを通じて利用者様からの言葉や思い、職員の気づきなどを共有し合い、話し合うことで、実践に繋げるようにしている。	利用者の思いや意向は、業務日報や申し送りノートに記録されている。すぐに実行できるものは対応しているが、介護計画に連動させて取り組むためのルールが明確になっていない。	時間がかかっても叶えてあげたい利用者の思いがあるはず。支援すべき思いを掴んだ職員から、計画作成担当者へつなぐルール作りを望みたい。
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	日頃の利用者様との会話にしっかりと耳を傾け、ご本人の生活歴や趣味・嗜好などを把握し、理解に努める。ご家族の来所時などに、利用の状況、経過等を話す機会ができるように心がけている。		
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	本人の意向をもとに、「暮らしまとめシート」を作成し、職員は利用者様のできること、できないことに着目し、把握した上で、日々の介助や支援に携わっている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様の日々の変化やモニタリングを通じて、家族や利用者本人様との話し合いで課題を挙げ、それに即した介護計画を作成するように努めている。出来る限り、本人の意向を取り入れた具体的なものになるよう努めている。	介護計画の見直しは、6ヶ月毎（定期的）に行われており、状態に変化のあった時にも見直されている。介護計画の様式は、「ライフサポートプラン」を使用しており、「24時間シート」も活用されている。	「ライフサポートプラン」には、「個々の目標（ゴール）」だけでなく、「利用者の意向」、「家族の意向」を記述することが望ましい。
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	利用者様ごとにケース記録、バイタル表、食事量、服薬情報、サービス内容の変更、連絡事項などを記入し、職員間の情報共有を行っている。それによるプランの見直しも同時に行っている。		
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、その時々に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	利用者様ごとの心身状況、家族の介護状況の変化にも目を配り、随時適切な介護サービスを提供できるように取り組んでいる。		

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	季節に応じたイベント（遠足、祭り、畑作業）、外出（外食、買い出し、散歩）など、地域のボランティアの方には適宜、支援して頂き、地域とは深く関わりがある。		
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し、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	家族の希望したかかりつけ医、もしくは専属の病院の往診という形をとっている。通院は家族対応。特変時は必要に応じ職員が受診に同行、説明し、医師より適切な指示を仰ぐ。	半数以上の利用者がホーム協力医をかかりつけ医としている。他の医療機関への通院は家族対応となるが、可能な限り看護師（職員）が情報を提供し、「月間バイタル表」や「排泄管理表」を託す場合もある。	
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	特変時は看護職員に報告し、対応している。医療面では、看護師より家族に連絡し、受診する場合は適切な指示を受けられるように支援している。		
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。	入院時は必要な情報を病院の相談員、看護師に伝えている。入院中は必要に応じ訪問し、退院に向けた情報交換や相談を行っている。職員間でも入院利用者様の情報共有をはかり、退院後の受け入れ態勢を整えている。		
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	重度化する前に利用者様の家族には終末期についての希望や意思の確認を行っている。主治医、各関係事業所と連携を図りながら事業所としてできる支援に取り組んでいる。定期のミーティングで看取りに対する職員の勉強会を行った。	開設から2年目のホームであるが、既に2例の看取り経験がある。利用者・家族の思いを尊重し、かかりつけ医の協力を得て円滑なホームでの看取りを実施できた。	
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	定期的にミーティングを行い、利用者様の急変時の対応について話し合いや周知を図っている。		
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	消防訓練時には地域のボランティアの参加、協力を求め、常日頃より協力体制ができいる。訓練後は各職員が訓練の反省、改善点を挙げるなどして今後に活かすようにしている。	市の介護事業者の連絡会で培ったネットワークを活かし、他法人のホームの職員も参加して防災訓練を実施した。実施後には、他ホームの職員からも有益な意見が出された。	

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	利用者様一人ひとりに対し、人格や個性を尊重し、ご本人の思いに寄り添う声掛けや対応、支援に努めている。	レクリエーションで興奮した時や夜勤時の忙しい時には、ややもすれば職員の声が大きくなったり、激しい口調になったりする恐れがある。そのような状況にならないよう、職員は互いに注意し合っている。	
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	職員主導ではなく、利用者様本人が希望、要望を言いやすい環境づくり、雰囲気づくりに努めている。		
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	工作、ゲーム、気の合う方との会話など、利用者様一人ひとりが希望する事、楽しみにしている事を把握し、個々のペースに合わせた支援ができるように努めている。		
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	季節や環境に応じて、個々に合わせた身だしなみの支援、見守りを行っている。自己での判断が難しい方は、ワンパターンにならぬよう、定期的な服の入替、確認などの支援を随時行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は施設内の厨房で手作りしており、利用者様の嗜好、食事制限、体調などに合わせて献立を変えて対応している。調理の一部や片付けなど、できる範囲内でできることは自分で行ってもらっている。	利用者との係わりの時間を増やしたり、外出支援を充実したものとするため、昼の食事についてはデイサービスの共同厨房で調理した食事を提供している。家族向けの試食会も好評であった。	
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	利用者様ごとに適切な食事量、食事形態についての名札を作成し、全職員が把握できるようにしている。食事量は毎回記録し、体調に応じて食べやすいよう、臨機応変に対応している。		
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	口腔ケア用品の準備、保管は事業所にて行い、自己にてできる方には声掛けと見守り、自己ケアが困難な方は程度に応じて、職員が介助している。		

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
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	排泄チェック表を活用し、介助が必要な方には声掛けと誘導、自立している方は見守り、様子観察にて排泄感覚や失禁の有無を確認し、個別の適切な排泄支援に努めている。	利用者の高齢化や重度化は進んでいるが、トイレでの排泄を基本として支援している。尿意が無い利用者であっても、排泄チェック表を基に声掛けやトイレ誘導を行ってトイレでの排泄を支援している。	
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	利用者様ごとに排便状態や体調、服薬状況等を把握し、水分補給や運動、服薬等で便秘を改善できるように努めている。		
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	本人の希望や順番等に配慮して行っている。拒否のある方は、タイミングや声掛けを検討し、職員で統一を図り支援している。一人ずつ、ゆったり入浴を楽しんでもらうよう努めている。	1日置きの入浴が基本であるが、自立度の高い利用者は毎日入浴している。重度化からベッドでの生活となっていて入浴が叶わない利用者については、医師の指示の下で清拭を行っている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中の活動や個人の休息の取り方など、利用者様本人の希望や意見を尊重している。食後や体調が優れない時など、本人の気分に合わせて休息しやすい環境づくりや支援を行っている。		
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	利用者様ごとに、服薬情報を個人ファイルに保管してあり、全職員が把握できるようにしている。日々の状態を記録し、薬が変わった時は家族と連携を図って症状を報告するように努めている。		
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	利用者様ごとに暮らしのなかでのこだわりやできることに着目し、得意なことやできる事は積極的にやって頂く環境を提供し、参加してもらっている。毎月、外食や外出が必ずあり、気分転換を図っている。		
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	利用者の体調や気分に合わせて、戸外へ散歩に出かけるようにしている。利用者様の要望に合わせて、外食、外出などのイベントを企画している。行事の時は、ボランティアの方に協力を頂き、地域との繋がりも深めている。	集団で、あるいは単独でと、積極的な外出支援が行われており、家族アンケートにおいても高い評価を得ている。外出支援においても、ボランティアグループ「喜ら里クラブ」の陰の力が大きい。	

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
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	外出時や買い出し時は、利用者様ご本人の希望をお聞きして、買い物をしている。外食時も、ご本人が食べたいものを選んでもらって食事を楽しめる環境づくりの支援を行っている。		
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	利用者様の希望に応じ、支援を行っている。		
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	リビングには季節に応じて、利用者様が作成した壁飾りを掛けて季節感を感じて頂けるようにしている。利用者様が心地よく過ごせるような環境の提供を常に心がけている。	掃除が行き届き、大きな窓からは陽光が降り注いでいる。リビングの壁面に、利用者の作品群が展示してある。見事な絵手紙があり、習字の作品には利用者毎に朱の落款が押されている。この落款もお手製である。	
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	利用者様ごとに希望に合わせて、一人でくつろげるよう座席の配慮をしたり、気分次第では居室でもゆっくり休んで頂けるように支援している。		
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	自宅で使い慣れた枕や掛物、置き物などを配置することで、少しでも自宅にいた時と同じ環境に近づけることで穏やかに過ごせるような工夫をしている。	自宅から使い慣れた机やいすを持ち込み、自宅での生活に近い形の居室づくりを支援している。利用者の意思で居室の模様替えをすることもある。職員手作りの仏壇が、利用者の精神の安定に役立っている。	
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」「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	建物内部は多数手すりがあり、歩行時、訓練時、安心して掴まれる環境とされている。トイレ、浴室内も余裕のある広さが確保されていて、利用者様のできる範囲内の自立動作が行いやすい環境となっている。		

（別紙4）　　平成　27　年度

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	2392600074		
法人名	株式会社　赤坂台介護サービス		
事業所名	グループホーム喜ら里（2F）		
所在地	愛知県豊川市赤坂町北平山51-5		
自己評価作成日	平成27年10月14日	評価結果市町村受理日	平成28年　2月　1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	http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=2392600116-00&PrefCd=23&VersionCd=022

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社　中部評価センター
所在地	愛知県名古屋市緑区左京山104番地　加福ビル左京山1F
訪問調査日	平成27年11月24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）】

「喜ら里（キラリとかがやく一日をみなさまと共に）」をモットーに、利用者様と職員が輝ける一日を過ごせるように努めております。利用者様へのおもてなしの心を忘れずに、職員自身も活き活きと楽しく対応しております。地域のボランティア様の協力を頂きながら、外出し社会参加に心掛けております。

【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）】

V．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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（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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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）	○	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
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
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
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

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	「喜ら里（キラリ）とかがやく一日をみなさまと共に」を理念として、職員は利用者様とともに楽しくアットホームに過ごせる環境づくりと、その意識の共有に努めている。定期のミーティングで再認識するようにしている。		
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	劇団や生け花、音楽療法の先生など複数のボランティアの方の訪問が定期的に行われている。「喜ら里クラブ」というボランティアの支援で、地域への外出やイベントも頻繁に行われ、地域との密着は強い。		
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	事業所のお祭りやイベントにおいては、地域の一般の方にも参加してもらい、認知症に対する理解を深める活動を行っている。認知症カフェを毎月開催している。		
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	利用者様や、家族様からの意見はすぐに実践で反映させ、サービス向上へつながるよう意識している。地域のボランティアや民生委員にも現状を報告することで、運営への理解をして頂いている。		
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に取り組んでいる	随時、市の介護高齢課に相談し、必要がある時は足を運んでいる。また、市の連絡協議会にも定期的に参加し、情報交換や研修などの取り組みを行っている。		
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、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	ミーティングを通じて、職員間で利用者様への拘束禁止についての意識の共有は行っている。利用者様の意思を尊重することで、転倒、徘徊のリスクはともなうが、職員間での連携を強化し、拘束とならないような見守りを行っている。		
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注意を払い、防止に努めている	日常の利用者様との関わりの中で、ささいな身体や言動の変化にも注意を払い、職員間でしっかり情報を共有することで、虐待の防止に努めている。		

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
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	インターネットで取り寄せた資料で学ぶ機会を設けている。必要時には制度を活用できるように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約前には、面談を行い、しっかりとした説明をすることで利用に対する理解を頂いている。契約後も不明な点については、随時、質問や相談を受け、利用者様やその家族の理解の向上に努めている。		
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	利用者様や家族の方から意見要望があった場合、ミーティングや業務日報などを通じて申し送り、職員間で共有を行っている。運営推進会議に利用者様、家族ともに参加してもらい、意見を頂いて反映に繋げている。		
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	職員の要望や困難な場面対応については、随時報告をしてもらっている。職員間での定期的な情報共有ミーティングも行い、日々の業務に反映させる環境を作っている。		
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	年に二回、人事考課において、昇給、賞与を決めている。職員との面談時に、要望や悩みなども聞き、よりよい職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の経験年数によってアドバイスをしケアの実践に努めている。困っていることは随時、相談をできる環境づくりに努めている。		
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く取り組みをしている	他社や施設開設前研修の受け入れや、他者の会議に参加させてもらうことで、勉強・交流の機会がある。ケアマネなどの施設見学や訪問がある。合同の防災訓練も行っている。		

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
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	サービス利用前に必ず面談を行い、利用者様ご本人の生活歴や心身状態を把握し、希望や要望を聞く機会を設けて、不安の軽減に努めている。利用前には、全職員が基本情報を把握し、受け入れ態勢を整える。		
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	面接時、家族からの希望や不安、心配ごとなどを聞き取り、適確なサービスがすぐに行える態勢を整えるよう努めている。		
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	面接時の聞き取りで、利用者様に応じた適確なサービスが行える対応に努めている。他のサービス利用については、関係事業所の担当者を含めた話し合いをしている。		
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	食事や家事、レク等の日常生活を通して利用者様、職員、利用者様同士がお互い協力したり、気をかけたり、ともに暮らす者同士で良い関係が築けている。		
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	それぞれの家族の方の思いや、家族の関係を理解した上で、随時相談、話し合いを行うことで、利用者様本人を支えていく為の協力関係の構築に努める。		
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	以前に隣接していたデイサービス利用者との交流や、知人、友人の訪問で談話をされる機会も多く、これらが行いやすい環境づくりや支援に努めている。		
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	利用者様同士の関係を考慮した上で、座席の配慮や、支障なく関わり合えるような環境づくりに努めている。重度の認知症の方は特に孤立しないよう、意識して関わっている。		

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
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	解約後も、家族から連絡があれば、随時相談に応じている。		
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	（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	毎日の業務日報や申し送り、定期的なミーティングなどを通じて利用者様からの言葉や思い、職員の気づきなどを共有し合い、話し合うことで、実践に繋げるようにしている。		
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	日頃の利用者様との会話にしっかりと耳を傾け、ご本人の生活歴や趣味・嗜好などを把握し、理解に努める。ご家族の来所時などに、利用の状況、経過等を話す機会ができるように心がけている。		
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	本人の意向をもとに、「暮らしまとめシート」を作成し、職員は利用者様のできること、できないことに着目し、把握した上で、日々の介助や支援に携わっている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様の日々の変化やモニタリングを通じて、家族や利用者本人様との話し合いで課題を挙げ、それに即した介護計画を作成するように努めている。出来る限り、本人の意向を取り入れた具体的なものになるよう努めている。		
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	利用者様ごとにケース記録、バイタル表、食事量、服薬情報、サービス内容の変更、連絡事項などを記入し、職員間の情報共有を行っている。それによるプランの見直しも同時に行っている。		
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、その時々に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	利用者様ごとの心身状況、家族の介護状況の変化にも目を配り、随時適切な介護サービスを提供できるように取り組んでいる。		

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	季節に応じたイベント（遠足、祭り、畑作業）、外出（外食、買い出し、散歩）など、地域のボランティアの方には適宜、支援して頂き、地域とは深く関わりがある。		
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し、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	家族の希望したかかりつけ医、もしくは専属の病院の往診という形をとっている。通院は家族対応。特変時は必要に応じ職員が受診に同行、説明し、医師より適切な指示を仰ぐ。		
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	特変時は看護職員に報告し、対応している。医療面では、看護師より家族に連絡し、受診する場合は適切な指示を受けられるように支援している。		
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。	入院時は必要な情報を病院の相談員、看護師に伝えている。入院中は必要に応じ訪問し、退院に向けた情報交換や相談を行っている。職員間でも入院利用者様の情報共有をはかり、退院後の受け入れ態勢を整えている。		
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	重度化する前に利用者様の家族には終末期についての希望や意思の確認を行っている。主治医、各関係事業所と連携を図りながら事業所としてできる支援に取り組んでいる。定期のミーティングで看取りに対する職員の勉強会を行った。		
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	定期的にミーティングを行い、利用者様の急変時の対応について話し合いや周知を図っている。		
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	消防訓練時には地域のボランティアの参加、協力を求め、常日頃より協力体制ができいる。訓練後は各職員が訓練の反省、改善点を挙げるなどして今後に活かすようにしている。		

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
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	利用者様一人ひとりに対し、人格や個性を尊重し、ご本人の思いに寄り添う声掛けや対応、支援に努めている。		
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	職員主導ではなく、利用者様本人が希望、要望を言いやすい環境づくり、雰囲気づくりに努めている。		
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	工作、ゲーム、気の合う方との会話など、利用者様一人ひとりが希望する事、楽しみにしている事を把握し、個々のペースに合わせた支援ができるように努めている。		
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	季節や環境に応じて、個々に合わせた身だしなみの支援、見守りを行っている。自己での判断が難しい方は、ワンパターンにならぬよう、定期的な服の入替、確認などの支援を随時行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は施設内の厨房で手作りしており、利用者様の嗜好、食事制限、体調などに合わせて献立を変えて対応している。調理の一部や片付けなど、できる範囲内でできることは自分で行ってもらっている。		
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	利用者様ごとに適切な食事量、食事形態についての名札を作成し、全職員が把握できるようにしている。食事量は毎回記録し、体調に応じて食べやすいよう、臨機応変に対応している。		
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	口腔ケア用品の準備、保管は事業所にて行い、自己にてできる方には声掛けと見守り、自己ケアが困難な方は程度に応じて、職員が介助している。		

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
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	排泄チェック表を活用し、介助が必要な方には声掛けと誘導、自立している方は見守り、様子観察にて排泄感覚や失禁の有無を確認し、個別の適切な排泄支援に努めている。		
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	利用者様ごとに排便状態や体調、服薬状況等を把握し、水分補給や運動、服薬等で便秘を改善できるように努めている。		
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	本人の希望や順番等に配慮して行っている。拒否のある方は、タイミングや声掛けを検討し、職員で統一を図り支援している。一人ずつ、ゆったり入浴を楽しんでもらうよう努めている。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中の活動や個人の休息の取り方など、利用者様本人の希望や意見を尊重している。食後や体調が優れない時など、本人の気分に合わせて休息しやすい環境づくりや支援を行っている。		
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	利用者様ごとに、服薬情報を個人ファイルに保管してあり、全職員が把握できるようにしている。日々の状態を記録し、薬が変わった時は家族と連携を図って症状を報告するように努めている。		
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	利用者様ごとに暮らしのなかでのこだわりやできることに着目し、得意なことやできる事は積極的にやって頂く環境を提供し、参加してもらっている。毎月、外食や外出が必ずあり、気分転換を図っている。		
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	利用者の体調や気分に合わせて、戸外へ散歩に出かけるようにしている。利用者様の要望に合わせて、外食、外出などのイベントを企画している。行事の時は、ボランティアの方に協力を頂き、地域との繋がりも深めている。		

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
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	外出時や買い出し時は、利用者様ご本人の希望をお聞きして、買い物をしている。外食時も、ご本人が食べたいものを選んでもらって食事を楽しめる環境づくりの支援を行っている。		
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	利用者様の希望に応じ、支援を行っている。		
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	リビングには季節に応じて、利用者様が作成した壁飾りを掛けて季節感を感じて頂けるようにしている。利用者様が心地よく過ごせるような環境の提供を常に心がけている。		
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	利用者様ごとに希望に合わせて、一人でくつろげるよう座席の配慮をしたり、気分次第では居室でもゆっくり休んで頂けるように支援している。		
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	自宅で使い慣れた枕や掛物、置き物などを配置することで、少しでも自宅にいた時と同じ環境に近づけることで穏やかに過ごせるような工夫をしている。		
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」「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	建物内部は多数手すりがあり、歩行時、訓練時、安心して掴まれる環境とされている。トイレ、浴室内も余裕のある広さが確保されていて、利用者様のできる範囲内の自立動作が行いやすい環境となっている。		