

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	0793100017		
法人名	有限会社 和みの里		
事業所名	なごみの里グループホーム		
所在地	福島県田村郡三春町大字熊耳字上荒井82番地の1		
自己評価作成日	平成27年5月21日	評価結果市町村受理日	平成27年10月14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/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成27年8月26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)】

・認知症の進行や身体機能の低下により重度化が進んでいるなかでも、協力医療機関からの往診を受けるなど医療機関と連携し、本人、家族、スタッフともに安心して過ごせるよう取り組んでいる。
 ・2か月に1回の運営推進会議では、区長さんをはじめ地域の方においでいただき、ホームでの生活状況について細やかに報告するとともに、ご意見をいただくことでより良いケアを目指していく機会となっている。また、防災においても、地区の方々に毎年1回、避難訓練に参加いただき、ご協力をいただけるようになっている。
 ・余暇については、体調をみながら外を散歩したり、軽い体操やパズル、スタッフの演奏に合わせて皆と歌を歌って楽しい時間を過ごしていただくなど取り組んでいる。

【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)】

1、利用者の重度化に対応して理念の見直しを行い、喜びや生きがいを見出し生活の質の維持向上等を目指し、利用者の傾聴や生活リハビリなど日中活動に力を入れ、生活の質の向上に取り組んでいる。
 2、認知症や身体拘束、感染症、看取りなど外部研修も含め、年間研修計画を立て積極的に人材育成に取り組む、利用者サービスの質の向上に取り組んでいる。
 3、開設後10年目に入り、利用者の高齢化が進んでおり、家族や本人の希望を受け、最後の瞬間まで安心して過ごせることを目標にし、医師、訪問看護と連携しながら重度化に対応するとともに看取りについては、家族のケアや職員間で看取り後の振り返りも含めた対応が行なわれている。

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 ↓該当する項目に○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. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きと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、生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 (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				

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
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	管理者及び職員で理念について話し合い、利用者様のご家族、地域の方々と交流の機会を持ち、利用者様が住み慣れた地域で暮らしているという安心感が得られるようにしている。	開所後10年目に入り、利用者の状況も変化してきたことから、今回職員間で話し合い事業所理念を見直し、利用者の笑顔、生きがい、最後まで安心な生活と利用者の状況に合わせ見直し、職員間で共有しながら利用者の思いを傾聴し、歌等好きなことや生活リハビリを取り入れ実践に努めている。	
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	「子ども110番」の参加事業所として地域のこどもの見守りや、地区の自主防災組織へ参加し地域の防災活動にも取り組んでいる。	子ども110番や地区の自主防災組織に参加するなど積極的に地域での役割を果たしている。また、地域のお祭りに利用者に参加したり、踊りや音楽ボランティアも受け入れている。さらに小中学校の職場体験受け入れや事業所の避難訓練に地域の方が参加するなど地域との交流も深まっている。	
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	運営推進会議などで、区長や民生委員等に認知症の方の言動と、その原因や対応方法について、事例を挙げて報告及び説明をしている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	会議では利用者様の状況報告、ケアの検討課題、事故報告とその対応策などについてホームの取組について報告し、理解と助言をいただいている。特に防災活動については、委員の他に隣組の組長や地域の消防団に参加して頂き、ホームへの理解と協力をいただいている。	会議は、地域代表、家族や地域包括、町の行政担当のほか第三者委員の弁護士も入り、入居者の状況やヒヤリハット、防災訓練、外部評価結果などについて話し合いが行われている。利用者家族から出された家族会開催の要望を実現したり、弁護士から専門的な助言も得て運営に活かしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	毎月定期的に入居者状況について行政の窓口を訪問しながら報告するとともに、些細なことでも担当者と連絡を取って報告や確認をするなど日常的な協力関係を築いている。	三春町の担当課長等が運営推進会議に出席し、事業所の状況把握や助言などを行うほか、欠席した際は管理者が担当者に開催結果を報告している。また随時、利用者に関する相談や報告を行うなど、協力関係が築かれている。	
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	勉強会の実施や外部研修会への参加と伝達研修を実施し、身体拘束廃止の必要性と実践に向けて職員で取り組んでいる。また、身体拘束をしないことによるリスクについて職員間で認識を共有し、転倒防止の見守りの工夫やベッドからの転落のリスクがある利用者様にはマットレスをベッド下に敷いておくなどの工夫を行っている。	身体拘束の具体的な内容や弊害などについて、全体会議や月1回の社内研修で徹底するほか年2回検討課題として取り上げ理解を深める取り組みを行っている。またリスク管理のため職員のメンタルケアなどにも取り組むほか、見守りで対応するなど身体拘束をしないケアの実践が行われている。	

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に注意を払い、防止に努めている	社内研修会において虐待防止の勉強会を行ったり、外部研修会へ参加した時には伝達研修を行うなど、虐待防止のための認識を深め、ケアについて振り返りを行っている。また、年2回の職員面談においても職員のストレスについて確認し、対策を行っている。		
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	弁護士や司法書士、地域包括職員から成年後見制度について見識を深める機会を持ち、実際に入居されている利用者様のケースから学びを得ている。		
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	契約の際には、予め契約書・重要事項説明書をお渡ししておき、内容について十分検討できるようにしている。契約時には、利用料金をはじめ、事故防止や緊急事態、入院の際の取り扱いなどについて理解と納得が得られるように十分時間を取りながら説明を行っている。		
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	事業所玄関にご意見箱(よろず箱)を設置し、要望等を伝えやすく取り組んでいる。また、社内にサービス向上委員会を設けており、利用者様・ご家族へのアンケートを実施、結果について運営に反映させている。	玄関に意見箱を設置するほかサービス向上委員会を設け、利用者や家族へアンケート調査を実施し、結果を家族や行政に報告し運営に活かしている。また家族会で食事(刻み食やトロミ食も含め)の試食等も実施し具体的な意見を頂き、メニューに取り入れるなど運営に反映してる	
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	年2回自己申告書を全職員に記入してもらい、面談を実施している。職員提案制度を設けて職員からのアイデアなど常時出しやすくしており、その他、毎月の職員会議で職員からの提案を出しやすくしている。	利用者や家族からの意見は職員会議で話し合い改善につなげている。管理者による職員面談(年2回)、職員提案制度などで意見を出しやすい環境づくりを行うとともに職員の様子から管理者が声をかけるなど普段から意見を聞く機会を持ち、運営に活かしている。	
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2回の自己申告書において、職員の仕事に対する達成感や今年の目標などについて把握できるようにしており、働きやすい環境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	法人全体での研修会の開催や、全体会議において各事業所が持ち回りで自分たちが勉強したことを発表する経験を通して、一人ひとりが学べる機会をつくり、質の向上に努めている。		

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	福島県認知症グループホーム協議会県南地区での職員研修に参加しているほか、三春町地域密着型事業所連絡会において相互訪問を行うなど取り組んでいる。		
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	入居前に自宅等を訪問し、利用者様の身体状況や生活するうえで困っていることの把握に努め、できる限り本人の意向について確認している。それらをもとに職員間での情報の共有と対応について検討し、入居して頂くようにしている。		
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	入居前にご家族と面談し、ご家族から生活状況や困りごと、生活するうえで支障となっていることなどのお話を伺い、入居に向けてのケアの方向性を確認している。		
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	入居前にご家族・利用者様と面談し、その思いの把握に努め、在宅の担当介護支援専門員と連携して支援に努めている。		
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	職員と一緒に会話をしながら新聞折りや洗濯物たたみを行い、ホームでの日常生活の役割を持って過ごすことができるように支援している。		
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	毎月の手紙による情報共有の他に、状況によっては電話や面会時に利用者様のケアの方向性について話し合いを行い、ホームとご家族が連携して利用者様が落ち着いて生活できるように支援している。		
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	歩行できる方には、これまで行きつけていた理美容店へ職員が付き添いしながら継続していけるように支援して、昔話や近況について話したりなど交流できるようにしている。	美容室のお迎えや職員の支援で馴染みの美容院に出かけたり、家族の協力で馴染みの場所に出かけている。歩けない利用者は友人の訪問を積極的に受け入れることで馴染みの関係を続けている。重度化などで買い物などが困難となっており、外出を可能とするため生活リハビリを等機能回復の取り組みをしている。	

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
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	職員からみた利用者様同士の関わり具合を判断して、席の配置を決めたり、状況の変化によって変更するなど利用者様同士が会話や交流がしやすい支援に努めている。		
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	利用者様が亡くなられた後も自宅へ訪問して焼香しながらご家族と思い出話をしたり、手紙を送って追悼している気持ちを伝えている。		
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	利用者様が言葉で表現することが困難であり、意向が把握しにくい場合は、ご家族へこれまでの生活ぶりや会話などから利用者様の意向について確認している。その他、日常生活の表情や訴えから利用者様の思いを汲み取り、ケースカンファレンスやミーティングで職員間での共有に努めている。	利用開始時は地域生活サポートセンターのアセスメント様式を改良し、ADL、IADL、健康状態、本人や家族の希望を詳細にアセスメントしている。また、入居後は普段の生活の中で本人の会話や表情から思いをくみ取るなど本人本位に検討している。	
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	入居時にご家族や在宅の介護支援専門員からこれまでの生活について聞き取りを行ったり、本人との日常生活での会話から、これまでの暮らしぶりや交流関係などを把握するように努めている。		
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	生活の様子について記録し、勤務交換時などに申し送りを行うなど、利用者様の過ごし方や本人の状態について把握に努めている。利用者様一人一人に担当職員が付き、その職員が中心となって利用者様の生活の様子や本人の思いなど把握に努めている。		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族の面会時やホームからの電話にて本人の現状について報告を行い、主治医の所見を報告しつつ今後のケアについて検討している。それらをふまえて、ケースカンファレンスやモニタリングを行い、介護計画書の作成を行っている。	初回のケアプランはアセスメントに基づき1か月の暫定計画を作成している。計画は、担当者から日頃の気づきやケアプランが本人の状況に合っているか否かを計画担当者が聞き取り、モニタリングを行い、ケースカンファレンスで検討し3か月に1回見直しを行っている。状況変化時には随時見直しを行い現状に合った介護計画となっている。	
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	日々の暮らしの様子や言動について、利用者様ごとのケース記録へ記入し、職員間で共有できるようにしている。利用者様の言動については、そのままの表現を記録するようにして、本人の思いや認知症の症状など把握しやすくしている。		

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
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	重度化に対応しながら、利用者様・ご家族が安心して生活できるようにその時々に応じた対応が望ましいのか、ご家族と相談しながら取り組んでいる。		
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	避難訓練には地域の消防団や隣近所の方にも参加していただいたり、秋祭りには子供神輿に在所してもらい、地域の方々と利用者様が交流できる場となっている。		
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、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	重度化に伴い西山医院・三春病院の訪問診療等を活用して適切な医療が受けられるように支援している。必要時にはご家族と職員が連携して受診できるように、勤務調整も含め対応している。	かかりつけ医受診を原則としていたが、重度化等により訪問診療の利用がほとんどとなり、協力医療機関の往診により適切な医療が受けられるようになっている。訪問看護師による、健康管理や24時間オンコール体制がとられるなど、医療や看護との連携が密接にとられ利用者、家族の安心につながっている。	
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	西山医院の看護師及び、三春病院の看護師と連携しており、入居者様の体調の変化に応じて、24時間オンコール体制が確立されている。		
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。	協力医療機関から訪問診療に在所して頂いており、定期的な情報交換ができるようにしている。また、協力医療機関には入院設備があり、入退院に際しては主治医・ソーシャルワーカーと連携して早期に安心して退院できるように協力関係を築いている。		
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、事業所の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	入居の段階で看取りについての当事業所での方針について説明を行い、利用者様・ご家族の意向を確認している。利用者様の状態に合わせてながら、最終的な方針について随時話し合いを行い、ホームでの対応について理解と協力をいただきながら、安心した生活が送れるように取り組んでいる。	契約時、利用者、家族に終末期における看取りの説明を行い、本人や家族の希望を聞き同意書を取り交わしている。また、終末期には医師から家族へ説明し看取りの確認を行い再度同意書を取っている。看取りマニュアルが完備されており、看取り後は、職員間で振り返りを行い、問題点の共有や職員のストレスケアに活かしている。平成18年から現在まで7名の方の看取を行うなど経験を活かし最後まで安心して過ごして頂けるよう工夫しながら取り組んでいる。	
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	利用者様の状態から想定される急変について、主治医・家族への連絡方法や対応について確認している。		

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
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	毎月1回自主避難訓練を行い、その都度災害の想定を変更しながら、万一の場合に速やかに動けるように取り組んでいる。また、年に1回は、地域の消防団、地域住民等の協力を得ながら避難訓練を実施している。	職員全員が避難に対応できるよう毎月、防災訓練を行っている。また、消防署立会の訓練には、消防団、地域住民の参加があり、協力体制が築けている。非常用備蓄品として、食糧、飲料水等(3日分)、防災ずきん等が準備されている。また毎月漏電防止のためコンセントの清掃を行うほか機器の整備点検がなされている。	
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	ミーティング時に接遇や心構えのトレーニングを行い、利用者様は人生の先輩であることを念頭に、利用者様を尊重した言葉使いや対応を心がけている。	運営推進会議や研修で、人格尊重、プライバシーの確保について話しあうほか、日常的に職員全員で言葉遣い、態度、声の大きさ等細部にわたって話し合い確認し合っている。特になれなれしい言葉遣いなどには注意をするなど利用者が人生の先輩であることを念頭に置き尊厳に留意した対応に努めている。	
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	言葉や行動で自分の思いを表現できない利用者様には、職員から声掛けを行い利用者様の表情や態度から思いを汲み取るようにしている。		
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、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	利用者様の体調をみながら外を散歩したり、ホールや居室で過ごす時間を変更して対応している。		
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	洋服を選ぶことができる利用者様には選んでいただいたり、髪の毛を気にする方には自分で櫛を持ってとかしていただいたり、かかりつけの理美容店へ職員が付き添って外出するなど利用者様らしいおしゃれができるように支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	椅子に座ったままもやしの芽取りや食器拭きを行っていただいている。食事介助を受ける利用者様が多いが、介助する時に食材の説明をしたり、献立にまつわる話をする中で食事を楽しめるように支援している。	食事は、ゆっくり、楽しく摂られるように心がけている。嗜好調査で利用者の好みを把握し、食べれない場合は代替食で対応している。また、管理栄養士による栄養管理や制限食等への対応を行っている。利用者は、もやしの芽とり、さやえんどうの筋とり、食器拭き等利用者ができる範囲でお願いしている。	
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	食事・水分の摂取量を測定しながら、必要な量が確保できるようにケアへ反映させている。利用者様の身体状況やその日の状態に合わせて、食事や水分の形態を変更しながら自分で摂取できるように支援している。		

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
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	利用者様の状態に合わせて、できるだけ自分でケアができるように支援している。利用者様全員が毎食後にうがいを行っていただいたり、口腔内清拭ができるようにしている。		
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	排泄チェック表を使用して一人ひとりの排泄リズムを把握し、トイレでの排泄の支援や気持ちよく過ごせるように支援している。	排泄チェック表により利用者毎の状況と日々の観察により排泄リズムを把握し、出来る限りオムツに頼ることなく、トイレ誘導を行い、排泄の自立に向け支援を行っている。また、トイレも一人用や車椅子対応トイレ、ポータブルトイレ等利用者の状況に応じ、プライバシーにも配慮した支援がなされている。	
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	毎日排便チェックを行い、一人ひとりの体調に応じた水分摂取の促しを行っている。また、主治医へ便秘時の対応について看護師と共に確認しながら調節を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	体調に合わせて入浴やシャワー浴、清拭を受けられるように支援している。	入浴は、利用者の希望やに配慮し、入浴日の調整を行い、体調によってはシャワー浴や清拭で対応するなど個々に寄り添った支援が行なわれている。機械浴の必要な利用者は、デイサービスセンターの機械風呂を利用している。利用者の希望によりゆず湯等にも対応するなど楽しく、心が癒されるよう心掛けている。	
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	日中帯の休息は、体調や希望に合わせて行うようにしている。		
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	薬剤情報を職員が確認できるようにしておき、新しい内服や中止になった薬については、受診記録や申し送り、日報で職員間の情報の共有が出来るようにしている。内服の際には、日付や氏名を職員2名で確認し、利用者様の変化が見られる時には内服するかどうかホームの看護師や医療機関看護師へ確認している。		
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	洗濯物たたみや運動などを日課とし、役割を持って生活できるようにしている。職員や他の利用者様と運動や歌、パズルなどを行い楽しみを持って生活できるように支援している。		

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
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	天気の良い日はホームの周りを散歩したりしている。また、利用者様の希望や体調に合わせて、かかりつけの理美容店への外出など支援している。	事業所として春は花見、秋は紅葉狩りに出掛けている。また利用者の希望に添って行きつけの理、美容院への外出支援をしている。事業所内の散歩のほか、天気の良い日は畑の手入れ等を職員と一緒にやっている。家族の協力を得て外出、外泊が、随時行われている。	
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	希望があれば、利用者様とご家族へ確認しながらお金を利用者様本人に持たせていただき、外出時の買い物の時に支払して頂くようにしている。		
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	家族へ電話をしたい希望があれば本人が電話を出来るようにしたり、職員が代わりに電話をかけて利用者様とご家族と話ができるようにしている。		
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	物が乱雑にならないように整理整頓に努め、廊下は歩行の妨げにならないように、すっきりとさせている。温・湿度の管理も行っている。ホールや廊下には、季節の花や観葉植物を飾り、季節を感じながら落ち着いて生活できるようにしている。	事業所内は、家庭の延長に心掛け、季節の花が飾られ落ち着いた雰囲気を大切にしている。ホール内の利用者の席は、相性を考えて決めている。利用者と一緒に季節感のある歌を歌ったり、話をしたり、好きなこと等生活を楽しむ工夫をしている。また、湿度や温度を確認しながらエアコン、加湿器などで管理を行っている。	
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	廊下やホールの窓側に一人で過ごしたり、他入居者様と日光浴ができるように椅子やテーブルを配置している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	利用者様やご家族の意向を確認しながら、使い慣れた家具などを安全に使用して頂けるように配置している。できるだけご家族や自宅での生活が感じられるように写真や位牌など居室に置いて、過ごせるようにしている。	居室には、自宅から使い慣れた椅子など生活用品や大切な位牌等も持ち込まれるなど、個性を尊重した生活が感じられる部屋となっている。温度と湿度は居室ごとにチェック表で管理し、エアコンの操作も含め、職員が行っている。居室の清掃は、早番の職員が行っている。家族の宿泊も可能となっているが、実績はあまりない。	
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	廊下には手すりをつけ、安全に自立した歩行ができるようにしている。また、利用者様にトイレの場所が分かるように、大きな文字で表示している。		