

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	0792100018		
法人名	株式会社マインド		
事業所名	グループホームまいんど満天		
所在地	福島県安達郡大玉村玉井字北東町54-1		
自己評価作成日	平成27年12月29日	評価結果市町村受理日	平成28年4月25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)】

マインドでは企業理念の他に各事業所ごとに年度目標を掲げ、目標を達成する為に計画を立て実践しております。27年度のグループホームまいんど満天の年度目標は、「大玉村の地域資源として選ばれるように取り組んで参ります」と掲げました。利用者様が認知症になり施設に入所しても地域の一人として暮らせるにはどのようにしたら良いかを考えました。その為には認知症の理解を広めなくてはなりません。その為に地域行事や奉仕活動、認知症サポーター養成講座など積極的に参加し、認知症について正しい理解をして頂けるように満天から配信しております。現在は公的な会議に呼ばれる事や研修の受け入れ先として着実に地域資源として選ばれるようになってきています。

※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.kaignokensaku.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28年2月5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)】

1. 町内会に加入し、地域行事や奉仕活動に積極的に参加するほか、夏祭り等事業所の催しに地域住民や子どもの参加をすすめ利用者との交流が深まっている。
2. 事業所の認知症についての専門知識を活かし認知症サポーター養成講座や教員研修を受け入れる等行政の要請に応じて積極的に役割を果たしており地域に頼られる事業所となっている。
3. リスク管理については事故防止委員会で問題点、対応策を話し合い職員が情報を共有しながら支援にあたるほか運営推進会議に報告し意見をいただくなど改善に向けた取り組みが行われている。

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、生き生きと働いている (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				

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	地域貢献や地域との関わりを意識して取り組む為に、企業理念をホーム内に掲示したり、申し送りや毎月の会議に唱和している。また、組んだ内容をスタッフ会議で話し合いをし実践につなげている。	法人と事業所の理念を事業所内に掲示し、毎朝法人理念を唱和をして、共有を図り実践につなげている。また、事業所の年度目標「地域資源として選ばれるように取り組む」を掲げ実践に活かしている。	
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	事業所内行事を企画し、地域の方へチラシを配布し参加の呼びかけをしている。また、利用者の馴染みの美容室へ行ったり、買い物や外食などの支援をしている。	町内会に加入し、毎月公園内の清掃活動に参加したり、新年会や総会に出席して交流を図ったり、回覧板届けや散歩等で挨拶を交わして、地域の一員としての関わりを大切にしている。また、夏祭りやクリスマス会等には、地域の方々に参加を呼びかけ交流を図っている。	
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	地域包括支援センターと協力し、認知症サポーター養成講座を定期的で開催している。また、教育委員会新任教諭奉仕活動の受け入れ、町内会行事などを通し認知症の理解や支援の方法を説明している。	/	/
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	毎年恒例となっている夏祭りは運営推進委員のアドバイスや協力を得て企画運営を行った。また、委員の方の働きかけにより、地域の子供たちとの交流も図れるようになった。	運営推進会議は定期的で開催され、事業所の近況報告や利用者状況、リスク管理、自己評価結果等を報告して、参加メンバーから意見等をもらっている。また、防災訓練や夏祭りに参加・協力して頂き、意見等をもらっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	大玉村介護保険運営協議会や大玉村認知症初期集中支援チーム検討委員会で委員を務め会議に参加している。また、地域包括支援センターと協力しサポーター養成講座を定期的で開催している。	村担当窓口との関わりは少ないが、協議会や委員会等の委員として参加協力している。また、認知症サポーター養成講座に協力したり、新任教員の研修の場として協力する等、連携を図っている。	
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	法人で身体拘束廃止マニュアルを整備している。また、身体拘束廃止委員会が設置されており、委員が主となり事業所内で勉強会を行い身体拘束をしないケアに努めている。	身体拘束廃止委員会が中心となって、「身体拘束ゼロの手引き」を参考にしながら、定期的に勉強会を開催し、身体拘束のない支援に努めている。また、家族には予め事業所内におけるリスクについて話し合いをしている。玄関の施錠は夜間以外はしていない。	

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
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	法人で高齢者虐待防止マニュアルを整備している。身体拘束廃止委員会が主となり事業所内で勉強会を行い、虐待防止に努めている。		
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	現在制度を活用している利用者はいないが、制度についての研修会があれば参加し、スタッフにも知識を広めたい。		
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	入所契約時に契約書や重要事項説明書を基に明確に説明している。不明な点や不安があれば理解を得られるように十分に説明をしている。また、改定があれば家族会や面会時に改定書面を基に説明し理解、納得を図っている。		
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	面会、家族会、運営推進会議の際に家族から意見や要望があった内容に関して管理者を中心にスタッフと話し合い運営の参考とさせて頂き、利用者や家族の意見が反映するようにしている。	利用者や家族からは、日常の会話や訪問時、声掛けを行い意見を述べやすい環境作りに努めている。また、家族アンケート調査を実施したり、家族会や運営推進会議等でも意見や要望を聞いて、職員全員が共有し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	日々の業務や会議の中でスタッフの意見を聞いている。設備投資、行事の企画運営、利用者のケアカンファレンスはスタッフの意見や提案が反映されている。	管理者は、会議や日々の業務の中で声掛けを行って、意見や要望等を聞いている。職員会議の中では、指名して発言を求め、それらの意見を運営に反映させている。また、法人が職員アンケート調査を実施し、専門家にその結果を分析してもらい、事業の運営に反映させている。	
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	スタッフの個々の勤務状況を管理者会議で報告している。実力や実績を考慮し、スタッフの中から介護リーダーを1名置いた。		
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	社外研修はスタッフの勤続年数や力量、役職に応じた研修会に参加している。社内研修は業務に出ているスタッフ以外が参加出来るようになっており、外部講師を招きスタッフの人材育成に力を入れている。		

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
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	グループホーム協議会の会員となっており、研修会や管理者情報交換会を通して意見交換や情報交換をしてサービスの質の向上に努めている。		
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	入所前にホームの見学に来て頂いたり、実態調査の際に本人や家族または、利用されて来たサービス担当者から話しを聞き、本人がどのような生活を望んでいるのかを話し合っている。		
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	実態調査やケアプラン作成時に家族と話し合い、支援の方法やサービス内容を説明し、不安なく利用が出来、家族等の要望に添えられるようにしている。		
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	入所前に家族にもセンター方式の用紙に記入をして頂き、それらの内容を参考にして支援に繋げている。また、本人を知るために、初期の対応は24時間シートを使い詳細なアセスメントを行い現在必要とされるサービスを見極めている。		
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	日常生活で家事を行ったり、ホーム行事や地域行事に参加をする事で楽しみや支え合う関係を築いている。		
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1回は利用者の近況報告を兼ねたお便りを写真も添付して家族に送付している。また、行事の参加や家族会、運営推進会議の参加をお願いして日頃の様子を見て頂いている。		
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	利用者の希望があれば、入所前から通っていた理容室への同行やスーパーへの買い物、ドライブなどの支援をしている。また、地域の方が参加できる行事を企画し、参加して頂いている。	これまでの地域との関係が継続するよう、外食や買い物、理容室や事業所近隣への散歩等の支援をしている。また、家族の協力を得て、外食や買い物、墓参等の外出支援をしている。行事等にも近隣住民を招いて交流もしている。	

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	日常生活の中で利用者の関係を把握して家事やレクリエーションを通し関わりや支え合える支援をしている。		
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	現在は該当者がいないが、サービス終了後も自宅や他施設でも本人や家族がそれまでと同じようなケアが受けられるように情報の提供や相談ができる関係を築いていきたい。		
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	日常のコミュニケーションや表情から思いや変化があれば介護記録や送り、スタッフ会議等でスタッフ間で把握できるようにしている。また、センター方式を用いて利用者一人ひとりの思いを把握する事に努めている。	契約時のアセスメントシートや、センター方式を活用しながら、日常の会話や表情等から、本人の思いや意向を把握している。困難な場合は、家族から以前の生活状況を伺い、本人本位のケアが出来るよう支援している。	
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	センター方式を用いて家族からの情報や他施設の担当者からの情報を収集したり、日々の介護記録へ記載し把握に努め、できるだけそれまでの暮らしや習慣が継続出来るように支援をしている。		
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	利用者個別の介護記録に記載し、状況の把握に努めている。それらの情報をスタッフ間で共有している。		
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	アセスメントから見えてきた課題や、本人の意向や思いなどをケアカンファレンスで相談をしている。また、家族や関係者には面会時に話し合いをして意見を取り入れながら介護計画を作成している。	アセスメントを実施し、その結果を基にカンファレンスを行い、利用者や家族の思いや意向、職員の意見等を反映した介護計画を作成している。また、毎月モニタリングを実施し、その結果に基づいた、介護計画の見直しもしている。	
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	日々の様子や介護計画の内容に沿って実践した事は利用者個別の介護記録に記載し、スタッフ間で情報を共有している。また、それらの記録を評価し介護計画の見直しに活かしている。		

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	その都度本人や家族の意見や状況に合わせてニーズに応えられるように柔軟に対応し、満足をして頂けるように取り組んでいる。		
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	利用者の馴染みの理容室へ同行し、本人と理容室との関係が継続出来るようにしている。また、毎年、地域の方がホームの花壇に花を植えて下さり、利用者が整備を一緒に行ったり観賞を楽しんでいる。		
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	入所時よりかかりつけ医について、本人や家族の意向を伺い、希望の医療機関へ受診が出来るように努めている。また、協力医療機関の受診方法について説明をしている。	契約時、希望する医療機関を聞いて、適切な医療が受けられるよう支援している。協力医療機関への受診や通院は事業所が同行し、それ以外は家族が支援している。また、主治医変更等の相談があった場合は、その都度必要な情報を提供している。	
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	日頃から利用者の変化に気付いた事は介護記録に記載し、看護師の巡回日に報告や相談をしている。また、訪問看護を受けている利用者に関しても同様に行い適切なケアをしている。		
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。	入院時は利用者の心身の状態について情報提供し、出来るだけ同じケアを受けられる事で本人が安心出来るように努めている。また、スタッフはこまめに面会に行き状況の把握に努め早期退院に向けて医療機関との連携を密に図っている。		
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	入所契約時に終末期ケアについての説明し、家族の意向を伺っている。現在終末期ケアとなった利用者があり、家族、主治医、訪問介護と連携をしてチームで支援に取り組んでいる。	契約時、重度化・終末期対応指針に沿って、支援内容を説明し同意を得ている。状態変化に応じて随時意向を確認している。重度化・終末期の支援は、家族や主治医、訪問看護師等と連携し、チームケアで取り組んでいる。看取りに関する勉強会も行っている。	
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	利用者の急変時や事故発生時の対応の仕方をマニュアル化し、それらのマニュアルを掲示し、いざという時に対応できるようにしている。また、消防署で普通救命救急を受講している。		

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	法人で災害対策マニュアルを整備している。災害時に備え約3日分の水、レトルト米、ドライフードがある。他ストーブやコンロなど備品も備えている。防災委員会が中心となり、年に2回消防職員立会いで訓練を実施し、アドバイスや指導を受けている。また、緊急連絡先として近所の方を登録させて頂いている。	防災委員会を設置し、消防署や運営推進会議メンバーの立ち会いを得て、火災を想定した避難訓練等を実施している。また、災害時の地域住民による協力体制が出来ている。水やレトルト米等の食料品、ストーブ等の防災用品を準備している。	火災以外に地震や風水害等を想定した訓練も昼夜を問わず利用者が避難できるように実施されることが望ましい。
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	利用者一人ひとりに合った声掛けをして対応している。排泄時は羞恥心に配慮し小声で確認を取っている。また、手伝いの後は労いや感謝の言葉をかけている。	日常的に利用者それぞれに配慮した、優しい声掛けに心がけている。また、排泄や入浴時における誘導は、プライバシーや羞恥心に配慮した、さり気ない言葉掛けや対応をしている。接遇研修も定期的実施している。	
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	日常生活においてどのような場面でもコミュニケーションを取り、利用者の思いを聞いている。また、自己決定が出来ない場合は二択にするなどし選択が出来るように働きかけている。		
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	利用者の生活のリズムに合わせて、場合によっては業務内容を変更したりして利用者の希望に沿って柔軟な対応をしている。		
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	利用者に希望があれば馴染みの理容室への同行や家族に連絡を取り、馴染みの美容室へ散髪の対応をお願いし協力を頂いている。		
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	主に昼食と夕食作りは利用者の状況に応じてスタッフと下準備から盛り付けまで行っている。昼食は利用者と同じテーブルで食事をしている。	楽しく食事が出来るよう、食事の下準備や配膳、下膳を利用者と職員が一緒に行っている。献立と食材はJAと契約しているが、利用者の希望や嗜好、地域の方々の差し入れ等を活かし、柔軟に対応している。	
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、水分量はチェックシートを用い利用者の摂取量を把握している。嚥下機能が低下している利用者には水分にトロミ剤を使用している。		

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	毎食後、利用者に合わせ、歯磨き、うがい、義歯の洗浄を行っている。また、訪問歯科検診を利用し利用者の歯の状態を診て頂き、ケアの仕方などアドバイスを頂いている。		
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	排泄チェック表を用い利用者の排泄パターンを確認している。トイレの場所が分からない、自分でトイレに移動出来ない利用者はスタッフが声掛けをしてトイレ誘導をし、自立に向けた支援をしている。	排泄チェック表によるトイレ誘導や、利用者の動きの変化を見逃さず、積極的に声掛け等を行い、排泄の自立に向けた支援に取り組んでいる。また、自立に向けた機能訓練も取り入れている。	
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	自然排便が出来るように、利用者に合わせ水分摂取や乳飲料、便通が良くなる食材を提供し便秘予防に努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日や時間等は決めていない。利用者に希望があれば柔軟に対応している。	本人の希望を大切にして、曜日や時間等は柔軟に対応している。入浴を拒む利用者に対しては、時間や職員を変えて、出来るだけ入浴して頂くようにしている。入浴中は歌を歌ったり、入浴剤や菖蒲湯等で香りを楽しみながら、ゆったりした入浴の支援をしている。	
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	利用者の生活パターンに合わせた就寝時間、安心して気持ちよく眠れるように、居室の灯り、温度調整をしている。		
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	受診の際に担当スタッフが主治医から説明を受け、それらの内容を管理日誌の方へ記載し申し送っている。		
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	利用者のやりたい事や習慣としてきた事など介護記録に記載して把握している。また実際に利用者が行えるようにして張り合いや喜びがあるように支援をしている。		

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
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	利用者の希望やスタッフから持ちかけて戸外に出かけられるように支援に努めている。また、スタッフから家族に本人の思いを相談し、家族によっては外出支援の協力を頂いている。	日頃から事業所周辺の散歩をしたり、利用者の希望を把握し、スーパーでの買い物や外食、思い出の場所へのドライブ等の支援をしている。また、家族の協力を得ながら、墓参りや理美容院、外食等馴染みの場所へ出かけている。	
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	利用者の希望と力に応じて、自分で買い物が出来る方に関しては自分で精算して頂き、精算が難しい方はスタッフが仲介している。		
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	利用者に希望があれば電話をして頂いている。また、利用者の家族や知人から電話があれば利用者に取り次いでいる。		
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	共用の空間に季節の物をさりげなく飾り、季節感を出している。また、利用者の希望によっては配置の変更など柔軟に行っている。	廊下や居間、食堂等は、季節感を味わえるよう、さりげない飾り付けがされている。また、居間からは、慣れ親しんだ田畑や山々の風景が眺められる。テーブルや椅子、ソファ等を利用者が利用しやすいよう配置され、落ち着いた雰囲気の中で過ごしている。	
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	気の合った利用者が気兼ねせずに過ごせるようにテーブルを移動したり、コタツを設置している。		
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	入所時に出来るだけ自宅で使い慣れ、馴染みの物を持参して頂けるようお願いをしている。また、家族の写真を掲示したり、家族からの贈り物を居室に置き、安心出来る環境作りに心がけている。	その人らしい居室づくりのために、自宅で使い慣れた馴染みのタンスや寝具、衣装ケースや家族の写真等を持ち込み、心の休まる居室づくりに配慮している。	
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	浴室、トイレに表札を付けて分かりやすくしている。また、利用者によっては居室が分からなくなる方には名前を表示し混乱しないように努めている。		