

### 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	0770402501		
法人名	有限会社 滋正福祉会ムーミンの森		
事業所名	グループホーム ムーミンの森		
所在地	〒972-8318 福島県いわき市常磐関船町上関70-1		
自己評価作成日	平成29年1月3日	評価結果市町村受理日	平成29年4月24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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【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29年2月23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)】

① 施設イメージからの脱皮・脱管理化 ② 戸外空間・浴室空間・食の遊び心等の各こだわりの重視 ③ 「ムーミン」の作者トーベ・ヤンソン氏のメッセージを理念化させることにより、ごく自然かつ当たり前の生活の追及
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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. 利用者一人ひとりの思いや意向を聞きながら、生活のリズムを理解し、調理や片づけなど出来ることを探し利用者に寄り添った支援を行っている。 2. 事業所全体が開放的で、9室を3ブロックに分け、各居室は、ドアやクロス、カーテンや床の色彩を変え、より家庭的な雰囲気を出している。また、浴室も温泉気分を味わえるよう、浴槽を大きめにし坪庭を設けたり、ゆったり入浴できる工夫がされている。
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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
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、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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	ホームの運営理念を掲示板に掲げ共有すると共に、その理念をもとに「ムーミンの森のお約束」という「職員の心構え」を全職員で作成し、それを毎朝のミーティング時に唱和している。	理念を事業所内に掲示し、理念をもとに「職員の心構え」を職員で作成し、毎朝ミーティングで唱和し、共有しながら実践につなげている。	
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	新興住宅街の中にあり、町内会もない地域であるが、ホームの目の前に公園があり、ホームのテラス脇に犬を飼っている事もあり、そこで地域の方と交流をしたり、外出・散歩を通して近隣の方と交流を図っている。	事業所周辺や公園への散歩等で挨拶や会話を交わし、交流を図っている。また、訪問美容や中学生の体験学習等を受け入れている。	
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	地域のボランティアを受け入れたり、中学校の体験学習等を受け入れた際に認知症の理解を得られるように働きかけている。又、NPO法人福島県認知症グループホーム協議会の活動の中で、地域の人々に認知症の理解を発信している。		
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	運営推進会議において、当ホームの課題(「地域とのかかわり」や「人材確保の問題」等)を取り上げた際に会議メンバーの助言を頂いて、サービスの向上に努めている。また、ホーム内の入居者の状況や我々の取り組みも報告し、介護の質の向上に活かしている。	定期的開催し、入居者の状況報告の他、高齢者虐待や防犯対策等毎回テーマを設けて話し合い、委員から意見をもらい、事業所運営に反映されている。	災害対策や外部評価の実施と活用状況についても話し合いを行い、サービスの向上に活かして欲しい。
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	常磐・遠野地区地域包括支援センターの管理者(職員)の方に運営推進委員になって頂き、会議を開催した時に情報交換を行っている。又、定期的にセンターの窓口を訪れ、相談や情報交換を行っている。	市担当者とは諸手続きや報告事項、事故が起きた時の相談等をしている。	
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	ホームの理念として職員採用時及び随時ホーム内研修、日々のミーティングにて理解、浸透を図っている。又、「身体拘束ゼロへの手引き」をマニュアルとして活用し、職員が閲覧できるようにしている。	玄関の施錠を含め身体拘束をしない支援に取り組んでおり、内部研修等で禁止の対象となる具体的な行為や、身体拘束の弊害等を周知している。家族には身体拘束のリスクについて説明し理解を得ている。	

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		○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	ホーム内研修を定期的で開催したり、日々のミーティング等を通し、虐待防止に関する理解、浸透を図っている。		
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支援している	権利擁護センター「ばあとなあ福島」に名簿登録している職員がおり、随時必要に応じ、職員会議やミーティング時に確認している。		
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	契約時には、ご家族の不安部分を随時確認のうえ十分な説明に心がけている。(特に終末ケア、退居に関わる内容)		
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	必要に応じ電話連絡にてのコミュニケーションを図ったり、面会時に意見の交換ができるように声掛け等にて配慮している。(意見箱の設置)	利用者からは日々の生活の中で聞き取り、家族からは、訪問時や電話等で意見を聞いて、運営に反映させている。また、気軽に意見が言えるよう、玄関に意見箱を設置している。	
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	不定期ではあるが管理者と各職員との個別面談日を設け、総合的な意見や悩み、要望等の把握と反映に努めている。	管理者は、日々の業務やミーティングで意見を聞いたり、状況に応じて個別面談や懇親会を開催しながら、意見や思いを聞いている。	
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	職員が働きやすい環境を整備するため、職員全員で話し合い業務マニュアルを作成した。又、介護職員処遇改善交付金(加算)を積極的に活用したり、職員の親睦会を定期的に行い交流を図っている。		
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	年間を通し、職員が研修会へ参加できるように努めていたが、慢性的な人員不足で、法人外の研修の参加が不十分だが、職場内においては、職員会議や個別に教育の機会を得ている。		

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
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	NPO法人福島県認知症グループホーム協議会に入会しており、その会の主催の研修に参加すると共に、県内、市内のグループホームとの交流を通じ、サービスの質の向上を図っている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ホームの入居前に必ずご本人にあって心身の状態や本人の思いに向き合い、職員との信頼関係が早く築けるように努めている。		
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	ホームの入居前にご家族が求めている事やこれまでのご家族の苦労等の経緯について聞き取り、ホームではどのように対応できるか話し合いをもっている。		
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	相談時にご本人やご家族の思い、状況等を確認し、改善に向けた支援を行い、早急な対応が必要な場合は担当ケアマネジャーにつなげるように対応している。		
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	生活場面において、それぞれの利用者が得意分野で力を発揮して頂き、利用者、職員お互いが協働しながら共に支えあえる関係作りや声掛けをしている。		
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	なるべく月一回の面会をして頂くように入居時にご家族に伝えている。来訪時には、本人の日頃の状態を報告、相談すると共にご本人とご家族の潤滑油になるように努めている。		
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	ご家族の協力を得て、馴染みの場所等に外出する機会作りや地域に暮らす知人・友人等にホームに訪れて頂くように働きかけている。	家族の協力を得ながら、理美容院やドライブ、自宅外泊や墓参り等を行い、馴染みの関係が途切れないよう支援している。家族を通して知人等に訪問の働きかけをしている。	

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	認知症の状態や性格等に関わらず、利用者同士がホームで共に生活する仲間として関係作りができるように職員が調整役となって支援している。		
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	長期入院の為、契約を終了する事があるが、その際はご本人の状態やこれまでの支援状況等の情報を提供し、連携を心がけると共に今後の事も家族からの相談にのっている。(退居後における入院時の支援等)		
<b>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</b>					
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	日々の関わりの中で声掛け会話をを行い、ご本人の言葉や表情の中からその思いを把握するように努めている。 意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。	日々の支援の中から、利用者の思いや希望を把握するようにしている。困難な場合は、家族等から情報を得たり、暮らしの中での仕草や表情から、本人の思いを読み取っている。	
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	ご本人やご家族との信頼関係を築き上げながら、プライバシーに配慮しつつ、徐々に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	食事・水分量チェック表、排泄チェック表、バイタルチェック表等の各チェック表を用いたり、利用者に寄り添い生活リズムを理解し、「できる事」を探し、ご本人の全体像を把握するよう努めている。		
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	ご本人やご家族には日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き反映させるよう心がけている。又、職員からは毎日のミーティング時や毎月のケース記録をまとめる時に情報交換やモニタリングに努めている。	利用者や家族の要望や意向と、支援経過記録や職員の意見等を加えて、介護計画を作成している。介護計画の見直しは6カ月を基本としているが、利用者の状態が変化した場合は、計画の見直しを行い現状に即した介護計画を作成している。	
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	個別にファイルを用意し、食事・水分量、排泄等の身体状況及び日々の様子等を記録している。いつでも全ての職員が確認できるようにしており、「日誌」は勤務開始前に確認するように努めている。		

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
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	ご本人、ご家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応している。		
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	地域包括支援センターより地域資源の情報を得たり、地域のボランティアを受け入れたり、近隣への外出を通し、暮らしを楽しめるよう支援している。		
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	ホームに入居する前に、事前にホームの主治医に変更するよう説明し同意を得ている。隔週ごとの往診、随時の受診は職員が同行している。他科への受診や入院が必要な場合は、ホームの主治医に調整して頂いている。	入居時に利用者や家族と十分に話し合い、同意を得て、かかりつけ医を主治医に変更し、適切な受診支援を行っている。主治医には月2回の往診や緊急時の対応、他科への受診調整等をお願いしている。受診結果は電話で家族に連絡し、情報の共有を図っている。	
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	職場内に看護職がなく、訪問看護師との契約がない為、体調の変化を見逃さないよう早期発見に取り組んでいる。又、ホームの主治医とは電話でのやり取りが可能であり、協力体制を築いている。		
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。	入院に対するダメージを極力防ぐ為に、医師と話をする機会をもち、ホームでの対応が可能な状態となるべく早く退院できるように働きかけている。又、ご本人の支援情報を提供し、週に1~2回は職員が見舞うようにしている。ご家族とも情報交換をするように努めている。		
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	ホームの方針として「終末ケア」を掲げており、入居時にご本人やご家族には説明を行っている。又、「重度化・終末期ケアに関する方針」を作成し、それをもとに説明しながら方針を共有できるような体制を整えている。	「重度化・終末期ケアに関する指針」が整備され、入居時に事業所として対応し得るケアについて説明し、利用者、家族と方針を共有し、同意書を得ている。最近家族の意向を踏まえ、看取りの支援を行った。	
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	緊急時の対応については、マニュアルを整備し周知徹底を図っている。又、消防署主催の普通救命救急の講習を受けていない職員から参加するように努めている。		

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
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	消防署立ち合いのものと総合訓練や夜間想定避難訓練は、定期的実施している。又、運営推進委員会の方に総合訓練を見学して頂き協力の理解を働きかけたり、災害対応マニュアルを作成し、職員への周知を図っている。	夜間火災を想定した避難訓練を2回実施している。災害対応マニュアルを整備し、水やコンロ、懐中電灯やシート等の非常用品を準備している。地震、水害等を想定した避難訓練は実施しておらず、地域との協力体制は構築されていない。	地震、水害等の災害を想定した訓練も含め、より多くの訓練を実施するとともに、地域との協力体制も構築してほしい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ケアをする際、まずはご本人の気持ちを大切に考え、さりげないケアを心がけたり、「利用者本位」を常に意識し、自己決定しやすいような言葉かけをするように努めている。	日常の言葉かけや排泄支援でのさりげない誘導、居室の戸を開放したままにしない等、利用者の人格やプライバシーを損ねない対応に努めている。また、利用者の意向を汲み取り、自己決定しやすいような言葉かけを行い支援している。	
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	日常生活内において職員が決めた事を押し付けるような事はせず、個々の希望や複数の選択肢を提案して一人ひとりが自分で決める場面を作っている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、一人ひとりのペースを大切に、それに合わせた対応を心がけている。その日の体調や様子を見たり、ご本人の希望を聞きながらその日を過ごして頂いている。		
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	ご本人のこだわっているスタイルを把握し、その人らしさを保てるように支援している。散髪についてはご家族の協力を得て、馴染みの理・美容院にかかったり、近所の美容院の協力を得て、散髪・パーマができるような体制作りをしている。		
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	ホームの畑で栽培した野菜を利用者と共に収穫し、食材に使用したり、調理、盛り付け、片付け等も共に行い、職員が同じテーブルを囲んで楽しく食事できるよう雰囲気作りをしている。又、行事食や店屋物の配達も時折取り入れている。	利用者と職員が調理、盛り付け、片付け等を共同で行い、一緒に楽しい食事時間を共有している。事業所の畑で栽培した野菜を食材として利用したり、利用者の嗜好を反映した行事食や店屋物等も提供している。	
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	利用者の嗜好を取り入れた献立を作成し、栄養バランスを確保すると共に、毎日の食事・水分量のチェックを行い健康の管理に努めている。		

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
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	一人でできる方は声掛け・見守りを行い、できない方には毎食後洗面所に誘導し、それぞれに合わせて口腔ケアを行っている。		
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	毎日、一人ひとりの排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握し、その時間に合わせた声掛け・誘導により、オムツをできるだけ使用しないように心がけている。	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、介助や失禁時の対応について、プライバシーや羞恥心、不安に配慮しながら、さりげない声かけや誘導を行い、トイレで排泄出来るよう支援している。	
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	水分補給と野菜等の繊維質の多い食材の提供、及び牛乳・ヤクルト・ヨーグルトの提供や腸の働きを良くする為に散歩等の運動も促している。		
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	できるだけ利用者の希望通りに対応できるよう配慮はしているが、現状では入居前にご本人とご家族の同意を得て、平日の14:00～16:00の間に入浴して頂いている。	浴室は温泉気分を味わえるよう、浴槽を大きめにし坪庭を設けたり、ムーミン柄のタイル貼りで、色彩にも工夫がされている。希望に合わせて週5回の入浴支援を行っている。	
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	なるべく日中の活動を促し、夜間心地よく眠りにつけるよう、生活リズムを整えるように努めている。又、その日の体調や希望を考慮してゆっくり休息できるよう支援している。		
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	「服用薬品名カード綴り」を活用し、職員が内容を把握できるようにしている。服薬時は、本人に手渡し、服用の確認をしたり、服薬介助を行っている。又、服薬チェック表を活用し、誤薬の防止を図っている。		
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	それぞれ自分がやりたい事や得意な事で一人ひとりの力を発揮して頂けるよう日常の仕事をして頂き、感謝の意を伝えるようにしている。		

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
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	屋外散歩やドライブ、中庭のテーブルでお茶を楽しんだり外の空気を楽しむよう努めている。又、ご家族の協力を得て、外出や外泊を行い気分転換を図っている。	事業所前が公園になっており、良く散歩に出かけている。また、花見や紅葉狩り、海岸等へドライブに出かけ気分転換を図っている。家族の協力を得て外出、外泊を行っている。	
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	ご家族の同意を得て小額のお金を持っている方もいるが、ホーム外での買い物ができない状態になっており、現在は支援を行っていない。		
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	電話は利用者の希望に応じて、コードレスフォンを使用し自分の居室でかけられるよう支援をしている。 手紙をやりとりする利用者は、現在はいない。		
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	共用空間は「ごく自然に」という考えで対応している。リビングの飾りつけは積極的には行っていないが、行事等を通して随時利用者との協働作業にて行っている。	事業所全体が開放的で明るく、観葉植物等が置かれている。共用空間の飾りつけは、利用者と職員が一緒に行き、季節感を採り入れるようにしている。	
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	廊下に椅子やテーブルを置いたり、リビング脇の小上がりの和室を活用し、一人で過したり、仲の良い利用者同士で過す事のできる居場所がある。		
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	入居時になるべくご本人が今までに使用していた馴染みのタンスや思い出の品等を居室に持ち込んで頂くように働きかけている。又、持ち込み品が少ない方はご本人とご家族に相談しながら徐々に物品をそろえ、居心地が良い居場所作りを心がけている。	居室は、3ブロックに分けられ、ドアやクロス、カーテンや床の色彩を変え、利用者が自室と認識出来るようになってきている。テレビや衣装ケース、タンス等を持ち込み、壁面には家族写真や手工品等が飾られ、その人らしい居心地のいい部屋となっている。	
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	ホーム内のバリアフリー化、廊下、トイレ、洗面所等の手摺りの設置により、安全の確保に努めている。又、トイレや居室の扉のデザインを全て違うデザインにして認識できるように配慮している。		