

### 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	0772700266		
法人名	医療法人社団平成会		
事業所名	グループホーム かりん		
所在地	福島県大沼郡会津美里町萩窪字上野185		
自己評価作成日	平成27年 7月31日	評価結果市町村受理日	平成27年12月22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27年10月14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)】**

田畑に囲まれ窓からは磐梯山も眺めることができ、ゆったりと過ごす事ができる環境にあります。地域密着の為、ほとんどの方は農業の経験もあり、ホームの畑を活用し野菜植えや花植え、外出や毎日のレクリエーションなど一人お一人が自分のペースで過ごして頂いています。事業所としても認知症サポーター・キャラバンメイトにも力を入れ、地域高齢者の認知症サポート活動に取り組んでいます。職員教育では、内部研修、外部研修を有効活用し学びの機会を積極的に実施しています。又ご利用者様の生活支援の為、業務改善を継続的に行ない出勤時間の変更も実施しました。併設の老健と情報共有し、知人などの面会へ行ったり来たりしています。緊急時でも対応できるような連携を図っています。

**【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)】**

1 職員一人ひとりが、理念や事業計画を意識した具体的な年間目標を立て、日常のケアで実践している。6か月毎管理者と達成状況を話し合い、質の向上に向けて取り組んでいる。  
 2 職能別、階層別、テーマ別、資格取得等の研修が年間計画で定められ、きめ細かに実施されるほかISO取得の取り組みも行い、人材育成と組織の活性化に取り組んでいる。  
 3 職員は利用者から出た些細な希望や意見に耳を傾け、「ふき味噌食べたい」、「干し柿食べたい」等に迅速に対応し、利用者と一緒に手作りで楽しむなど取り組みをしている。出された希望や意見は対応結果も含めて運営推進会議に報告し理解や協力が得られている。

**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. 全くいない
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	理念を玄関と更衣室に掲示し、オリエンテーション時に説明を行い個人目標に繋げ理念に沿って実施している。	理念を玄関、休憩室に掲示し、オリエンテーション等を通じ内容を共有している。また、理念を実践するため毎年全職員が利用者に関わる際の個人目標を立て、半年ごとに管理者が個人面談を行い実践状況を確認しながら取り組んでいる。	
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	周辺に民家が無いが、併設の老健に近所の知合いの方が利用された時は交流を持ったり、町や地域の行事にも積極的に参加している。	民家が離れており町内会とのかかわりが持ていないが、お祭りや花いっぱい運動などの地域行事には積極的に参加している。民謡ボランティア等の訪問があるほか事業所の行事には地域の協力が得られている。職員が町のキャラバンメイト養成を受講しており、認知症への地域の理解を得る取り組みをすることとしている。	
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	運営推進会議で報告したり、3年前より町の家族教室に参加している。また、認知症キャラバンメイト養成を習得した職員が、町が実施している認知症の講演会の寸劇に参加し、地域の方に認知症について伝えている。		
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	2ヶ月に1回会議を行い、利用者も一緒に参加している。事業所の近況や予定など情報交換し、そこで出た意見を基に地域の行事等への参加や防災訓練を実施している。	地域の方や民生委員、町の担当、利用者や家族代表が参加し、定期的に関行われている。行事、事故、ヒヤリハット、利用者からの要望、外部評価など幅広く議論され、率直な意見が出されている。ヒヤリハットへの対応や地域の行事への参加等運営に活かされている。	地域包括支援センターの職員にも参加いただくと地域の情報や専門的視点からの意見も出され、更なる活性化が期待できる。
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	介護保険の手続きや運営推進会議の会議録を持参した時等に情報交換を行い、町の認知症講演会にも参加している。また、担当者が運営推進会議のメンバーでもあるので、定期的に話し合いを行なっている。	町の担当者が運営推進会議の委員として参加しており、事業所や利用者の状況を把握している。また、介護保険の更新や運営推進会議の結果報告の際窓口を訪問しており、日ごろから連携体制が築かれている。	
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	隣接した老健の身体拘束廃止委員会に参加し、毎月身体拘束がされていないか巡視し確認している。又日常的にも、玄関などの施錠はしておらず身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	隣接の老人保健施設の「身体拘束廃止委員会」に事業所から委員として参加し、一緒に取り組んでいる。また、老人保健施設の職員が毎月身体拘束の有無を見回りし確認している。その他外部研修にも参加し、職員会議で報告がなされ、法人全体で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	

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
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	職員会議で勉強会を実施し、研修にも参加している。学んだことは、会議で報告している。事業所内でも虐待が起きない様、職員に介護上の不安やストレスがないか、関わり方に問題がないか、常に注意し情報交換をしている。		
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	職員会議にて勉強会を実施し、資料をいつも見れるようにしているが、必要な場面无いので、十分には活用されていない。		
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	管理者が利用者や家族と十分コミュニケーションをはかりながら、理解していただいた上で契約、解約している。改定時も同様に説明し、了承をいただいている。		
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	利用者は日常の会話で希望や要望を聞いたり、表情で思いを読み取り職員間で共有し実施に繋げている。御家族には、アンケートを年1回実施したり、各居室に用紙を設置し面会時に意見箱に入れて頂けるよう、場所もホールから玄関に変更した。	居室に用紙を備え意見や苦情を出しやすくしている。年1回「湖山グループ」で実施する家族アンケートで接遇面やケア面で意見を聞き運営に反映している。また利用者の要望は些細なこともすぐ対応することに努め、対応結果も含め運営推進会議で報告している。	
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	管理者は日常の申し送りや職員会議時、面接等で意見を聞き、対応している。必要時は法人の上司に報告し、対応している。	管理者は職員会議や面談などで常に職員の意見を把握するように努めている。職員の提案で勤務体制を直し、利用者のケアに人手がかかる時間帯にシフト変更など人手を厚くし、利用者中心の支援を大事にする取り組みを進めている。	
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2回の個人目標の進捗状況や成果、処遇改善により手当の見直しも行われた。業務上の問題点や休みの希望についても管理者と随時話し合いをしている。		
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	職員の階級に応じて法人の研修計画があり、その研修やグループホーム協議会の研修に参加できる様計画を立て調整している。受講した職員は会議にて報告し情報を共有している。		

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	毎年、町内の4ホーム交流会を行い、親睦を深めている。また管理者は、定期的に管理者会議に出席し、研修を企画、実施し交換研修も行き、職員の質の向上に積極的に取り組んでいる。		
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	申し込みから利用開始、また生活に慣れるまでの間、十分にコミュニケーションをとり不安や要望を聞き、行動パターンを把握して、本人が安心して生活できるよう、職員全員で取り組んでいる。		
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	申し込みから利用開始までの間、家族が困っている事、要望、今までの生活歴について十分話をきいてコミュニケーションを図り、信頼関係を構築している。		
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	独自のアセスメント様式、またセンター方式シートも用いてアセスメントを行っている。入居後2週間は24時間シートを記入し、本人の思いや必要としている支援を把握している。		
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	伝統的な食事、地域の行事や風習、昔の生活や遊び等を教えていただくことにより、一緒に生活し支え合っている雰囲気を作っている。本人の不安や喜びを共有できるよう、十分なコミュニケーションを心がけている。		
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	面会や外出、外泊等で家族と接する機会を増やし、毎月の便りでも報告している。また、行事に参加された時にお手伝い頂き、一緒に支えているという雰囲気を作っている。		
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	外出時に馴染みの場所に寄ったり、帰宅して近所の人とお茶のみをしたり、地域の行事参加で知人と会話したり等の支援を行っている。	家族の協力で外泊やお墓参りをしたり、職員と一緒に自宅を訪問し近所の方とお茶飲みを楽しむ取り組みもしている。さらに隣接の老人保健施設のデイサービスの利用者に友人がいる場合そこに出かけ会話を楽しむこともあり、馴染みの人や場との関係が継続できるよう支援がなされている。	

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
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	利用者同士の関係を良く把握しておき、席の工夫をしたり、さりげない会話でスムーズな関係作りに努めている。また、レクや共同作業の提供で、利用者同士の交流をはかっている。		
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	他施設入所や入院になった方の面会に伺い、関係を断ち切らないようにしている。退所後も家族の相談にのり、適切な機関に連絡を取ったりしている。		
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	日常の会話や団らん時、要望や気づきを専用の用紙に記入し職員間で情報を共有し、実施したりプランに繋げたりしている。また、表情やそぶりでも思いを把握し、話し合い、プランに組み込んでいる。	家族から情報や意向を把握するほか、日常の会話や言葉に出ない食べる表情、レクリエーションを楽しんでいるかなど言葉にできない情報も把握し「申し送り書」に気づきを記入し、職員間で話し合い、本人の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	日常の会話や家族の話等によりこれまでの生活を把握し、用紙に記載し申し送ることにより、全職員が共有できるよう努めている。		
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	日常の見守りや会話、バイタルチェックや観察を通して状態を把握し、申し送りやカンファレンスで意見を出し合いながら情報共有している。		
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	本人や家族の話を聞く、主治医と相談する等しながら職員で随時話し合い、毎月カンファレンスを行い、モニタリングや計画の見直しをしている。	ケアマネジャーがモニタリングを行い、毎月計画担当者を中心に職員による利用者全員のカンファレンスが行なわれ、計画が利用者の状況とマッチしているか確認している。入居時は1か月、計画の見直しは3か月毎行われている。状況によっては随時変更しており、現状に合った計画になっている。	
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	個別記録や申し送り簿、プラン実行表に、プランの実施や気づいたこと、状態の変化等を記入し、情報を共有しながらカンファレンスに生かしている。		

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	本人の希望に応じて急な外出や帰宅を実施したり、近所の本屋へ本を買いに行ったり等、今までしていなかったことも可能な限り行っている。また、隣接老健のPTにリハビリや転倒防止のアドバイスをいただいたりしている。		
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	公民館活動や町の行事に参加したり、そば会や笹巻作り、民謡等のボランティアの方が来て下さり、利用者が好きなこと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、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	本人や家族の希望を聞き、主治医を決めている。家族同行の受診が原則だが、不可能な時は職員が同行し家族に報告している。家族同行の方も職員はできるだけ一緒に行き、主治医と連携をはかっている。	医療機関受診の際は、必要に応じて職員が付添い主治医へ日々の状況を伝える等、連携を図りながら適切な受診ができるよう支援している。通院の結果や体調の変化時には家族へ連絡し情報共有をしている。	
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	職員として看護師がおり、常に介護職と話し合いながら利用者の健康管理に努めている。看護師が不在の時は、隣接老健の看護師と連携をはかり、緊急時に備えている。		
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。	主治医や病院のワーカーと連絡を取り合い、家族も含めて退院に向けて、また普段の受診でも利用者にとって最善の方法は何か等の話し合いを行っている。		
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	入所時、また本人の状況に応じて家族、主治医と話し合いをしている。また、事業所としてできること、できないことを明確にするための話し合いを職員と行い、家族に説明し、意思確認書に記入していただいている。	利用開始時に本人や家族に重度化した場合の指針と事業所でできることを説明している。状況変化に伴い、本人、家族、主治医等と都度話し合いを重ね意思確認を行っている。隣接する施設と連携し終末期ケアについて職員の勉強会を行い、資質の向上に努めている。	
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	急変時の勉強会やマニュアルの確認、法人内研修を行っている。隣接老健とも連携をはかり、あわてず確実に連絡、報告できるよう話し合っている。		

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
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	毎月の職員会議時に勉強会や訓練を行っている。また、隣接老健との合同訓練を年2回行い、その内1回は必ず運営推進会議のメンバー及び地域の防災委員や消防団の方に来て頂き、訓練に参加し、意見をいただいている。	年2回、隣接する施設と合同で総合防災訓練を実施しており地域の方々の参加もあり防災協力体制が整っている。訓練後に反省会を行い、避難誘導時の安全確保について出された意見等は改善へと繋げている。事業所でも毎月自主訓練を実施し、持出し袋の中身の確認や備蓄品の定期的な点検等を行っている。	
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	誇りやプライバシーを損ねることのないような声かけ、また人生の大先輩であり、常に尊敬の気持ちを持つことを職員が常に頭に入れてケアを実施している。	研修会に参加し接遇についての理解を深め、やわらかい表情で接するように心がけている。全職員に人格を尊重し優しい口調でゆっくりわかりやすい声かけをするよう周知している。個人情報の管理も徹底されている。	
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	日常会話や団らん時に、やりたいこと、食べたいもの、行きたいところ、お茶の種類、入浴時の希望等なるべく自分で決められるよう、選択肢を用意し支援している。		
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	一人一人のペースやその時の希望に沿って、散歩や外出、レク等実施し、見守りや付き添いしながら、自分のペースで自由に行動していただいている。		
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	可能な方は本人の意向を聞きながら、服装を決めたり介助したりしている。本人の希望を聞きながら理容の予約をし行っている。服に汚れやほつれがないか、注意している。		
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	利用者の意向や能力を考えながら、一緒に買い物、準備、食事、片付けを行っている。旬の素材や郷土料理を提供し、和やかな雰囲気ですぐに食事ができるよう、話を聞いたり話題を提供したりしている。	暮らしの中から利用者の好みを把握し、献立へ取り入れている。地域のスーパーへ食材の買い物、野菜の皮むき、盛り付け等を職員と一緒にしている。また畑で野菜を育てたり、希望により外食に出かける等、食事が楽しいものとなるよう支援されている。	
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	食事量を全員チェックし、記録し、また水分補給にも努めている。水分摂取量を細かく記録している方もいる。栄養バランスや食べたいものの希望を聞きながら、日々の献立表を作成している。		

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	利用者の状態に応じて歯磨きや義歯洗浄の声かけ、介助を行っている。義歯の方は毎晩ポリドント洗浄を行っている。		
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	失禁のある方は多いが、パットや紙パンツのみでおむつは使っていない。排泄パターンを把握し、なるべくトイレで排泄できるよう支援しており、紙パンツから布パンツに変更した方もいる。	一人ひとりの排泄状況を把握してトイレ誘導を個別に行うことでおむつを使用することのないケアに取り組まれている。入居してから布パンツになる等、羞恥心に配慮した自立に向け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	水分、野菜、乳製品等の摂取や散歩等を心がけている。水分摂取についてプランに上げている方もいる。		
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	無理強いせずさりげなく誘ったり、希望する日や時間にゆっくり入れるよう心がけている。拒否があるが、後で「誘ってもらっていない」等訴える方もいるので、気持ちよく入れるよう工夫している。	週2回は入浴できるようその日の気分やタイミングをみて声かけし、好みの歌を歌ったり、富士山の絵を飾る等してゆったり入浴できるよう支援している。入浴剤や季節風呂(柚子、菖蒲等)も実施し喜ばれている。	
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	基本的に、自由に居室で休めるようにしている。また夜間不眠のある方には、会話や水分提供、昼間充実して過ごす工夫等で安眠出来る様支援している。居室の温度調整にも配慮している。		
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	服薬の一覧表を作り本も常備し、作用、副作用がわかるようにしている。薬箱には薬品名と量を記載し服薬時に確認している。また職員は症状の変化をすぐ看護師に報告する体制をとっている。		
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	家事、畑、外出、レク等一人一人が楽しみ、充実感を持って生活出来る様プランを作成し、カンファレンスで再検討しながら支援している。また、自分が頼りにされていると思える場面を提供するよう心がけている。		



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	あらかじめ計画する外出も多いが、その時々希望に応じて臨機応変に、散歩や買い物、ドライブ等ができるよう配慮している。	日常的に天気の良い日は散歩に出たり、買い物に行ったりしている。事業所で花見や祭事参加や果物狩り等に行く機会もあり季節を感じ五感の刺激になっている。利用者の希望で品揃えが豊富な本屋へ出かけるなど個別対応もしている。また、家族の協力により外泊する方もいる。	
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	2名程、少額を自己管理して持って頂いており、自由に使えるようにしている。その他の方も、購入希望時はいったん管理部で立て替え、後で家族に請求という形をとっている。		
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	手紙を書きたいという方は現在いらっしゃらないが、電話したいと希望がある時は出来ないことを手伝いながら、いつでも電話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	毎月違うタペストリー、花や観葉植物を置く、利用者の写真や作品を飾る等して、居心地の良い空間作りをしている。健康管理のためにも、温度、湿度をこまめに調節したり、清潔保持に努めたりしている。	共用フロアの大きな窓からは外の景色が眺めることができ、天井は高く、ゆったりとした空間となっている。利用者の作品や花や観葉植物が飾られ、生活しやすいよう家具を配置され家庭的な雰囲気が感じられる。空調管理もされている。	
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	ソファや椅子の配置を工夫し、皆で団らんできるスペースと一人でいられるスペースを、ホーム内に確保している。		
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	使い慣れた道具や大切にしている物を持ってきていただく、本人の希望に合わせ、自分で作った作品や家族の写真や壁に貼る等の工夫をしている。	居室は使い慣れた寝具やテーブル等の家具、人形、写真等希望のものを持ち込み居心地よく過ごせるよう配慮されている。各居室に温湿度計を設置し、過ごしやすい温度に設定する等一人ひとりの生活環境に合わせた居室作りに気を配られている。	
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	暖かみのある表札や目印となるものを居室前に飾る、手すり代わりとなるものを各所に配置する、障害となるものを置かない等、安全かつ自立した動きができるよう工夫している。		