

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	0790700058		
法人名	三菱電機ライフサービス株式会社		
事業所名	須賀川ケアハートガーデン グループホームやまゆり 東		
所在地	福島県須賀川市木之崎字西田11番		
自己評価作成日	平成28年10月25日	評価結果市町村受理日	平成29年3月29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28年12月12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)】

利用者様に対する介護サービスの質の向上の為、全ての職員が研修に参加できるように行っている。定期的に内部研修、本社研修、GH協会の研修、福島県主催の実践者研修、管理者研修等参加している。利用者様へのサービスを職員が情報共有できるように、センター方式を活用、帳票の記録等と行っており、外部研修センターの講師を招き定期的に研修を行っている。

【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、理念を職員全員で「どんな事業所を目指すのか」を話し合い意見を反映した理念を作りあげた。それを事業所内研修で共有しながら「利用者のその人らしい暮らし」にこだわった支援について検討するなど理念の実践に取り組んでいる。
 2、開所から日が浅いが、利用者や家族の要望により、協力医療機関と連携しながら看取りに取り組んでいる。看取り後は法人内看護師も交え職員会議で振り返りを行うなど職員の心理ケアにも取り組んでいる。
 3、利用者のできる事に注目し調理の下ごしらえ、味付け、お盆拭き、衣類たたみ、部屋や廊下のモップがけなど出来る範囲で役割をお願いし職員も一緒に作業しながら利用者のやりがいと機能維持に努めている。

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
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	その人らしさの大切さ、スタッフの心構え、地域との関係を重視した理念を掲げ、施設内に掲示している。	開所前の準備段階に職員全員で理想とする事業所の在り方について意見を出し合い地域密着型の意義を踏まえた理念を作り上げ、事業所内に掲示し、共有を図っている。実際のケアプランを検討する時も理念を念頭に入れ内容に反映し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	小学校との交流を行ったり、地域のボランティアの方々にお越しいただいている。運営推進会議には区長、民生委員、地域包括支援センターの方に参加いただき意見交換をしている。	スタッフのつながりを活かし様々なボランティアを受け入れ利用者と交流する他、地元小学校との交流も行われている。事業所の芋煮会には家族のほか地域の方も参加し利用者も一緒に楽しんでいる。開所後日が浅くお祭り等で協力はしているが町内会に加入はしていない。	町内会に加入するなど地域とつながることで地域の一員として日常的な交流を深めることが望まれる。
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	地域の方からの相談、対応を随時受け付けている。		
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	運営推進会議にて、利用者様の状況、職員の動向、研修の実施状況、避難訓練や施設行事の報告を行い、率直な意見をもらいサービス向上に活かしている。	地域代表、家族代表、行政(地域包括、市担当)が参加し、運営状況、職員研修、行事、避難訓練等を議題にして話し合い、意見を運営に活かしている。ヒヤリハットなどは議題になっていない。また、会議の記録は発言者や意見への対応状況等があいまいとなっている。	ヒヤリハットは事業所で話し合い支援の見直しも行われており、取り組みを理解していただくためにも報告することが望まれる。また会議記録も第三者に分かるような工夫が望まれる。
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取り組んでいる	必要時は出向いたり、電話で相談、意見をいただき、質の向上に取り組んでいる。	運営推進会議に市担当が委員として出席しており事業所の運営状況について理解を得ている。また、課題や疑問については、窓口や電話で随時相談しており、信頼関係を築く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	身体拘束していない。会議時虐待防止、身体拘束に関する資料を用いて内部研修を行い理解に努めている。玄関の施錠は夜間のみ防犯上の観点から行っている。	身体拘束防止について事業所内研修を行い、職員の理解を得て、身体拘束をしないケアを実践している。言葉についても事例集を作りお互いに注意し合い対応している。職員のストレス対策として、ストレスチェック、産業医への個人相談も行われている。	

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	認知症介護・研究・研修センター発行の「高齢者虐待防止学習テキスト」等を基に内部研修を行い意識を高めている。職員同士が自覚を持ち、見過ごさないよう防止に努めている。		
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、成年後見制度については該当者はいないが必要となる場合は関係者と話し合い支援していく。		
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、契約書及び重要事項説明書等に基づいて時間をかけ説明している。疑問点や意見等も伺い説明し、納得頂いている。解約時も家族や関係者等に説明し納得頂くようにしている。		
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	日頃より家族来所時や電話連絡等で意見、要望を聞ける機会を作っている。運営推進会議には家族代表2名に参加頂き意見を伺う機会を設けている。また玄関ホールに意見要望箱を設置している。	家族訪問時や運営推進会議の際家族から意見、要望を聞いている。意見箱を職員から見られずに書けるように玄関に置き、苦情など出せるよう周知も行っている。本人の意向も表情などから読み取りケアに活かす取り組みをしている。	
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	年2回職場懇談会を設け職員からの意見要望事項を聞き、改善を行っている。毎月の全体会議に代表者、管理者も出席し、意見と提案の場、時間としている。	毎月の全体会議で職員から意見を聞くほか、年2回職場懇談会で要望、意見の把握に努めている。また、要望を出しやすくするために管理者を通さず、従業員代表に提出する方法でアンケート調査を行う取り組みも行い、改善に努めている。	
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	各種研修に加え、資格取得の為の講習会に参加できるよう勤務日を調整し支援している。有給休暇が取得しやすくなるよう職員を配置している。		
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	社内外の研修会に派遣し、研修内容を全体会議で各職員に共有化している。また随時対応方法や不足の事態に備え対策をアドバイスしている。		

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	県市町村、各協議会の研修会に参加した際交流の機会を持つようにしている。 社内階層別集合研修の折互いに情報交換するなど、サービスの質の向上に取り組んでいる。		
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	入居前に関係者と連絡を取り、事前アセスメントに出向き(本人、家族、関係者同席)要望等を伺うなどして情報収集を行い、入所以前の生活、なじみの関係等を継続できるように努め、また関係者にもご協力いただくよう働きかけている。		
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	事前アセスメントを行い、ご家族の要望等を伺うなどしてご家族の思いを汲み取れるよう配慮している。疑問点などあれば都度説明し関係づくりに努めている。		
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	アセスメントを行い、本人が今必要としているサービスを見極め、ケアプランを作成している。他のサービスも本人、家族が希望する場合は随時関係者と話あっている。		
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	本人に無理なく出来ることを行ってもらいながら、さりげなく支援している。共に信頼関係を築けるように努力している。		
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	利用者の方の日頃の状況を報告し、情報を共有し相互相談することで家族との協力関係を築いている。		
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	家族、友人、知人等が来所される場合は気兼ねなく話が出来るよう自室内でゆったり過ごすことを勧めている。	頻繁に訪ねてくる家族も多く、気兼ねなく来所できるよう過ごし方や声掛けに工夫している。馴染みの美容師の訪問美容を受け入れたり、家族の協力を得て外泊や一時帰宅、墓参りなども支援している。また、友人等に年賀状等を出す支援など関係継続にも努めている。	

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
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	利用者同士で一緒に行えるレクリエーションを行ったり、スタッフが間に入って話題を提供しコミュニケーションをはかれるよう配慮している。また利用者同士の関係も把握し席の配置など考慮している。		
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	サービス終了後も今までの関わりを大切に、必要などきはいつでも相談に応じることを伝えている。		
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	日頃より、本人の思いを推測したり、意向を確認したりしながら、本人が暮らしやすいように支援できるよう努力している。	センター方式を活用してADL、IADL、これまでの生活歴、趣味や希望を詳しくアセスメントして把握している。入居後は本人の表情や言葉、感情の変化を24時間シートを使い簡潔に記録しそれを基にスタッフ間で話し合いながら本人理解、ニーズの把握に努めている。	
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	入居前に自宅や本人の居場所に訪問し本人、ご家族、関係者から話を聞き把握に努めている。入居後も本人とのコミュニケーションや、ご家族、関係者らとのやりとりの中でより本人のことを理解するよう努力している。		
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	一人ひとりの過ごし方、心身の状態等を個人ごとに専用のシートに記入し、職員全員が把握できるようにしている。また月1回のケアカンファレンスでも情報を共有化している。		
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	更新時や状態の変化があった場合などは、ご家族の希望、意向を伺いケアプランに反映させるよう努めている。	本人の意向や家族の希望、24時間シートを基に担当がアセスメント票にまとめ毎月カンファレンスで検討している。それを基に計画担当者が本人の願いや支援して欲しいことを考えながらケアプランの原案を作り、ケース検討会議でケアのアイデアを出し合い計画を策定している。定期的な見直し、随時見直しなど現状に合った介護計画と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	生活シートの項目に基づき、日々の様子、気づきや工夫を記入している。月1回のケアカンファレンスの際はその記録から情報を共有し、ケアプラン作成に活かしている。		

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	個別にその時々ニーズに合わせて家族や関係者と話し合いをしている。		
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	地域のボランティアの方には定期的に来所頂き踊りを披露して頂いたり、楽器演奏をして頂いたり協力して頂いている。		
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	主治医は事業所の協力医または本人・家族が希望されるかかりつけ医と選択は自由であり、日常的に家族や医療機関への情報提供を行い適切な医療を受けられるよう支援している。	利用者や家族がかかりつけ医、協力医を選択受診しており、夜間・緊急時はいつでも隣接する協力医療機関の受診や往診が受けられる体制になっている。また、通院は家族に同行をお願いしているが職員が同行することもあり、受診結果を電話や面会日に伝え情報を共有するなど適切な受診支援に努めている。	
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	職場内の看護師にとらえた情報や気づきを報告、相談し、連携しながら利用者の方の健康維持に努めている。		
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。	入退院時は病院関係者や家族と連絡を取り合い、情報交換に努めている。また本人にもなじみの関係を継続できるように入院時には面会も行っている。		
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	入居時に重度化した場合の対応に係る指針についての説明、終末期には早い段階で主治医、家族、施設側との話し合いの場を持ち今後の方向性を共有して支援に取り組んでいる。	重度化の指針を作成し入居時や状況変化時に説明し理解と同意を得ながら支援が行われている。看取りを希望する場合には協力医や法人内看護師、職員が協力連携しながら看取りに取り組んでいる。これまでに2名を看取っている。看取り後、職員会議で振り返りを行い、職員の心のケアや看取りについての深め合いに取り組んでいる。	
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	急変や事故発生対応のマニュアルがあり、周知徹底を図っている。また普通救命講習受講も行っている。		

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
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	火災や災害に対応するマニュアルがあり、定期的に夜間を想定した避難訓練を行っている。	年1回消防署立会の避難訓練を含め2ヶ月に1回は夜間を想定した避難訓練を行っている。また、緊急時の応援を確保するため警備会社とも災害の契約をしている。なお、災害に備え、米と水は備蓄している。避難訓練の際、地域の方の協力体制がまだ不十分である。	全職員が災害時に迅速に対応できるよう想定訓練や通報訓練も含め行うことが望ましい。また近隣の方々や運営推進会議の委員の方の協力を得ることも必要と思われる。
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	言葉かけに関して誇りやプライバシーを害する行為がないようお互いに注意し合っている。内部研修にて質の向上に努めている。	居室に入るときはノックや声掛けを徹底するほか、トイレ誘導も耳元で声掛けをし利用者の尊厳に配慮している。またトイレでの見守りの際、タオルで覆うなどプライバシーへの配慮もしている。なお、書類は、鍵付きのロッカーで保管し、パソコンの使用もリーダー以上に限定しパスワードで管理をしている。	
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	常に問いかけの言葉をかけをしたり選択肢を提案するなどして本人の意思表示、決定する場面作りを支援している。また表情や態度から意味を察したり読み取る等職員の意識向上にも努めている。		
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、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	基本的な一日の生活の流れはあるものの、一人一人、その時々々の体調や気持ち、思いに配慮し柔軟に対応している。		
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	好みの服を着て頂いている。理容、美容も本人の希望で美容室へ行かれる方もいます。		
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	テーブル拭き、味見、片づけ等、利用者の力に合わせて声をかけ一緒に行っている。味付け、いどりに気をつけ食べやすく刻んだり薄くしたりし、職員も同じテーブルで食事を楽しんでいる。	配膳・盛り付けや後片付けなど利用者ができることを一緒に行い、食事も職員と利用者が会話しながら食べている。献立は食材を契約してるJAの栄養士が立てているが、利用者の希望を取り入れた特別メニュー、誕生日メニューと美味しく食べる工夫もしている。また、外食に出かけることもあり利用者の楽しみとなっている。	
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	食事については、食材業者の管理栄養士がカロリー・塩分等に気をつけメニューを作成している。毎食の食事量のチェック、一日の水分の摂取量のチェックをしており、医師からの制限や注意すべき食べ物がある場合は代替や調理方法を工夫して提供している。		

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、口腔ケアの声かけをし、残存機能に応じて誘導、見守り、介助等を実施。夜は入れ歯を預かり、消毒を行っている。		
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	失敗してしまう方には定期的に、または動作や仕草や言動を観察してトイレでの排泄ができるよう誘導し支援している。トイレでの排泄を目指し個別に排泄状況を細かく記録し自立へ向けてのパターン把握に努めている。	利用者の状況や気分の変化を記録した24時間生活変化シートを参考にしながら、トイレ誘導を行っており、失禁が減少し改善が見られた利用者もおり自立に向けた支援が行なわれている。また、トイレ誘導は夜間を除き同性介助を心がけている。	
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	毎日運動を取り入れ体を動かす機会を設けている。他に飲み物(牛乳、ヨーグルト、乳酸菌飲料等)や食材を工夫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	体調に応じて、本人の意思を伺って入浴していただいている。気が乗らない方、しばらく入浴されていない方は時間帯を考慮したり、時間を置いて声かけし薦めている。	入浴は原則週2回、入浴時間は利用者の状況に応じ柔軟に対応している。入浴を楽しめるように利用者の好みに応じた入浴剤を使用している。また、車椅子の利用者は、隣接する小規模多機能ホームのリフト付き浴槽で安全に配慮した入浴ができている。なお、本人や家族の同意を得た場合を除き同性介助に努めている。	
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	本人の意思を尊重しながらも、なるべく日中に体を動かす機会を設け、活動を促し生活リズムを整えられるよう努力している。夕食後はTVをみたり、会話をしたり、就寝まで自由に過ごされている。		
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	処方箋を個人ごとにまとめて内容の把握に努めている。個々の残存能力に応じて見守りや介助をしながら支援している。		
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	食事作りの手伝い、片づけ、洗濯物干し、たたみ、掃除など、一人ひとりの力を日々の生活の中に生かせる場面を作り、メリハリのある一日を過ごして頂けるよう支援している。		

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	利用者の希望に合わせて買い物や散歩に行き戸外に出かけている。季節に応じてドライブなど行っている。	利用者全員で年に4～5回は外出をしており、今年は、空港公園の紅葉狩りや二本松の菊人形などに出かけている。また、年末年始に外泊したり、利用者の希望で、通院時の帰りに墓参に行ったり、家族旅行に出かける機会もある。なお、希望があれば、職員が外出に同行するなど外出支援が行なわれている。	
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	家族の了解のもと、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持し使用頂いている。		
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	希望に応じて携帯電話を所持して頂いている。また希望があればご家族に連絡し、家族から電話があれば家族の意向を確認し、希望があれば家族に取り次いでいる。		
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	リビング内に台所があり台所仕事の音や匂いが常に感じられるようになっている。テーブルに季節の花を飾ったりリビング内をディスプレイし工夫している。	利用者が日常の大半を過ごす共用空間は、南側が開放された日当たりの良いゆったりとしたホール兼食堂となっており、テーブルも適度の距離感をもって配置されている。また、壁には、季節ごとに利用者の作品などが掲示されており、利用者は思い思いの場所でくつろげる環境となっている。	
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	リビングは広めにし、窓際に応接セットを配置し一人で日向ぼっこやゆったり過ごせるよう支援している。気の合う利用者同士が過ごせるよう席の配置など配慮している。		
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	利用者それぞれ馴染みの家具や写真、思い出のあるものを持ち込まれ安心できる環境を整え生活されている。	居室内には、利用者が自宅で使用していたタンスや棚などが置かれ、その上には、家族の写真や利用者が折った折り紙などが飾られており、自宅の雰囲気が残るような配慮がなされた、居心地の良い空間となっている。	
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	居室の場所やトイレなど分かりやすく表示したり自立して生活できるよう配慮している。随所に手すりを設置して自立支援に努めている。		