

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	0790100317		
法人名	株式会社 ファミリーホーム		
事業所名	グループホーム もとうち 1F まつかわ		
所在地	福島県福島市本内字西河原5-4		
自己評価作成日	平成28年2月16日	評価結果市町村受理日	平成28年4月7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3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)】

<p>【現状に即した柔軟な介護計画の作成・こまめなモニタリング】 ご本人の状態に合った細やかな介護計画をご本人・ご家族・全スタッフと共同で作成します 介護計画は全スタッフが周知、実施状況や目標達成度についてモニタリングし、必要時は即変更します</p> <p>【認知症の方に対して柔軟なケアを提供します】 個々の認知症状を把握し、ホーム内だけにとどまらないサービスを柔軟に提供します。</p>

【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)】

<p>1. 事業所では地区自治会に加入し、町内会総会や会議、一斉清掃、芋煮会等に積極的に参加したり、駐車場を地域に開放し、夏のラジオ体操を地域の子どもや住民と利用者が一緒に行い、地域の一住民として交流が持てるよう取り組んでいる。また、絵手紙や書道、傾聴ボランティアを受け入れ、地域の方との関わりを大切にし日常的に交流を深めている。</p> <p>2. 研修の機会として職員を職場外研修に積極的に参加させ、キャリアパス制度を導入し、人材育成と職員の資質の向上に取り組んでいる。</p> <p>3. 利用者一人ひとりのきめ細やかなモニタリングを実施し、モニタリングにあたってはケアプランチェックシートに介護計画に明示したサービス提供状況を記録し目標達成度の数値化を図り、介護計画の作成・見直しに反映しながらサービスの提供に努めている。</p>

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	「明るく、仲良く、元気よく」のメインテーマと、具体的な行動を起こし易いようなサブテーマを明文化して、額に入れ掲示している。 毎日、申送り時に唱和し、常に意識を喚起している。	理念を事業所内に掲示し、毎日、申送り時に全職員で唱和し共有しながら実践に繋げている。また、理念をケアの中で具現化するための指針としてサブテーマを明文化し、サービスの提供に努めている。	
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	町内会の会員として地域の会合に積極的に参加すると共に、GHの行事等に町内会の方々に参加していただいている。	地区の町内会に加入し、一斉清掃や防災訓練等に職員が参加している。また、利用者が地区の芋煮会・夏のラジオ体操等に参加し、ボランティアの受け入れや、隣接の地域交流センターの各種行事に参加するなど、地域の一員として交流を深めている。	
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、地域他事業所と協力して「お互い様サポーター養成講座」を開催。声掛け訓練や、ホーム入居者との交流を通して、認知症への理解を深めている。		
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	敷地外へ散歩に行き迷ってしまう入居者について話し合い、地域の意見をいただき、さらに広範囲の地域からのサポートを受けることができた。	運営推進会議は定期的に開催されている。会議では事業所の運営課題や利用者の活動状況報告と地域行事への参加や交流状況等について説明し、各委員から意見やアドバイスをいただき、それを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取り組んでいる	地域包括支援センターの職員とは密に連絡を取り合い、ホームのご家族の相談をつなげたり、地域の支援困難事例について情報共有を行っている。	市の担当者とは、利用者・家族の抱える課題などについて報告、相談するなどしながら協力関係を築くよう努めている。	
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	身体拘束廃止宣言書を各フロアに掲示し職員に対して周知を行っている。また、利用者様の外出希望がある場合は職員も一緒に同行したり、GPS発信機を装着して頂き自由な外出の支援をしている。	管理者と職員は、利用者の人権を守ることがケアの基本との認識に立ち、「身体拘束廃止宣言書」をフロアに掲示し、身体拘束をしないケアに努めている。また、町内会の方々にも、見守りや声かけや連絡をいただける関係を築けるよう取り組んでいる。	

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	職員は全員介護職員初任者研修(ヘルパー2級)以上の資格所有者であり、虐待に関しての知識を持っている。 職員は常に虐待を行わない意識を持ち、ケアを行っている。		
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	所長、管理者や計画作成担当は、研修等で権利擁護についての理解を深め、窓口として支援できる体制をとっている。職員は、介護職資格取得時に知識を得ているが、具体的に理解を深める機会を設けたい。		
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	新規契約の際、利用契約書、重要事項説明書を読み上げ、具体例を挙げ、不明な点がないかを確認しながら説明している。 ご家族からはわかりやすい説明で理解できたと言っていた。		
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	年に一度の家族会、二か月に一度のご家族、地域の代表による運営推進会議を開催し、率直な意見をいただき、取り入れている。 ご家族へは、話しにくいようなことも話せるような環境作りの配慮が必要かもしれない。	日常生活の関わりの中で利用者の意見や要望を把握するよう努めている。家族からは、来訪時や運営推進会議、家族会開催時に意見や要望を聞く機会を設け、出された意見などを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	所長、管理者は、随時、職員の意見や提案を聞き入れる姿勢を表している。職員にとって発言しやすい環境であり、迅速に対応している。	所長や管理者は、日頃から職員が意見や提案を出しやすい雰囲気づくりと発言に耳を傾け、出された意見や提言等をサービスに反映させるよう努めている。また、年2回の面接と必要に応じた随時面接を実施し、意見を聞く機会を設けている。	
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	MBOを導入。個人目標の説明、半期ごとの自己評価の年間計3回、所長、管理者が個別面談を実施、アドバイスを行っている。 幹部職員が、自己評価を含めた評価を行い、賞与査定を行っている。賞与支給時に評価結果を説明している。		
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	現時点での一人ひとりの能力を把握し、役割の分担、見合った研修への参加をさせている。 また、介護福祉士の取得を奨励しており、応援制度を積極的に使用するよう勧めている。		

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	グループホーム協議会に加盟、管理者は県北地区管理者会議で情報収集、ネットワークを構築している。また、職員は外部研修のグループワークなどを通じて交流、情報交換の機会にもなっている。		
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	入居検討時は複数の職員でご本人と面談、時間をかけてゆっくり話をし、信頼関係の構築に努めつつ、要望、ニーズを見出している。		
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	入居申込の際に入念なヒヤリングを行い、ご家族の困りごとや不安などをじっくりお聞きしている。また、その際の具体的な入居時の不安を払しょくできるようように心がけている。		
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	申込相談時のヒヤリングで、ほかのサービスも含めた支援が必要と判断された時には、ほかサービスを紹介する等の支援を行っている。		
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	ご利用者様とお茶や食事を共にして、日常の会話を行う事で家族の様な関係を構築している。		
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	ケアプラン相談時やご家族面会時にはご本人のご様子をお話しし、ご家族に協力して戴ける事は、一緒に対応して頂く事で共に支えている事を実感して頂いている。		
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	ご家族との面会を楽しみにしている入居者様のケアプランに「ご家族との面会」を組み入れ、定期的な交流の支援を行っている。	家族や知人の訪問があり、自宅への帰宅や知人への訪問が出来るよう支援し、町内会の行事を通して知人との交流が持てるよう努めている。また、行き付けの美容院や店などへ出かけ、馴染みの関係が継続できるよう取り組んでいる。	

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
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	入居者様同士の関係についてはミーティング等で確認し、職員全員が同じ認識を持つようにしている。また、入居者様同士が楽しく過ごせるように食事の際の席にも配慮している。		
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	長期入院等の為に退所となっても退院時の受け入れ先として入居希望者としての登録を行うなどのフォローを行っている。		
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	常に利用者様との会話を通して、思いや希望をくみ取っている。また日々の暮らしの中でのやりたい事や出来る事を、出来る限りして頂ける様に毎月のフロア会議にて検討を行っている。	日常生活での会話や関わりの中で、利用者の希望や意向を把握するよう努めている。困難な利用者には、行動や表情、動作等から思いを汲み取り本人本位に検討しケアに活かすよう取り組んでいる。	
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	入居の際に「センター方式シート」をご家族に記入していただく。ご本人のなじみの暮らしや好きなもの、家族関係やサービスの利用歴などが細かく把握でき、ご本人との会話やケアプランに反映させている。		
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	隔週のフロア会議はユニット職員が全員出席し、ユニットすべての入居者様の現状の確認を行っている。		
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	隔週のフロア会議ですべての入居者様のケアプランについてモニタリングを行っている。その際状態変化により変更が必要な時はご家族に相談し、即日ケアプラン変更により現状に即したケアの提供につなげている。	居室担当制を執り、日頃の関わりの中で本人や家族の思いや意見を把握しアセスメント、モニタリングを実施し、家族、職員、関係者で話し合い現状に即した介護計画を作成している。また、心身の状態変化などの状況に応じた見直しと計画変更を行っている。	
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	介護計画チェックシートを用いて実践内容を記録し、またその時の様子を記入欄に記載する事で職員間の情報の共有化に繋いでいる。更にこの内容を基に毎月実施するモニタリングを行っている。		

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
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	一人で外出し迷子になった場合のGPS端末や近隣の町内会まで巻き込んだ見守り依頼、また晩酌の習慣を疑似的に行うノンアルコールビールの提供など既定の枠にとられない支援をしている。		
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	各種イベント等によって町内会とのつながりを密にする事により、お互いの顔が見える事となり職員だけの支援にとられない支援を行っている。		
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	利用者様の様子や相談事などを「受診ノート」を通して医師と施設側及びご家族との意思疎通を行い、各自の不安な点が無い様にしている。また、主治医よりの指示がある場合は「受診報告書」を作成しご家族に安心していただいている。	契約時、これまでのかかりつけ医と、事業所の協力医のどちらにするかを話し合い、本人や家族が希望する医療機関に受診の支援をしている。家族が通院や受診の支援を行う場合は、利用者の健康状態などを記した「受診ノート」を持参して頂き、適切な医療が受けられるようにしている。協力医による往診もある。	
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	訪問看護師が週1回定期訪問に来ている。職員が各利用者様のご様子を伝えながら同行し、相談や指導を受けている。また、受診時に受診報告書での報告を行い情報共有を行っている。		
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。	入院時には情報提供書による情報提供、および職員も病院に出向き医師・看護師に状況を報告する。またカンファレンスに参加し、各職種からアドバイスをもらい退院後の継続した支援を行っている。		
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	「終末期をホームで」とのご希望がある方には早い段階から看取り介護の説明を行ったり、要望を聞くなどし、要望についてはホーム内で共有している。	契約時に、重度化した場合における看取り介護指針に基づいて、事業所でできることを家族などに説明し同意を頂いている。身体状況に合わせて、早い段階から家族の意向を確認しながら、方針を共有しチームで支援している。	
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	急変時の意識消失時急変時フローを各フロアに掲示し、更に職員に対して適宜、具体的な指導を行っている。		

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	年に4回～5回の防災訓練にて、有事の際の避難方法を職員並びに利用者様も実施している。緊急通報装置の通報先に、町内会副会長も含まれており、避難誘導の協力体制ができています。	昼夜の火災を想定した通報や消火、避難誘導などの訓練を年4回実施している。また、地域住民への緊急連絡先や、避難誘導などの協力体制が構築されている。乾パンや水、缶詰などの非常用食料や、懐中電灯やラジオ、雨カッパなどの備品を準備している。	火災を想定した訓練の他、地震や風水害などの災害を想定した訓練も実施して欲しい。併せて、地域の消防機関と連携した訓練も実施して欲しい。
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	利用者様に声掛けを行う場合は必ず「さん」を付けて呼ぶ事とし、馴れ合いの無い様に注意して対応を行っている。また、居室内にうかがう際には必ずドアをノックして声掛けを行ってから入室したり、トイレや入浴など羞恥心を持つ事柄を支援する場合は、まず行う動作を怖ってから行う様にしている。	呼称は「さん」付けとし、馴れあいの中で尊厳を傷つけないよう、利用者一人ひとりに配慮した、丁寧な言葉かけや対応をしている。また、トイレや入浴などへの誘導は、言葉かけや対応に配慮している。	
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	希望を聞く際には指示等の声掛けでは無く、ご本人に決めて頂ける様な声掛けをする様にしている。		
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	ご本人の気持ちを尊重し、可能な限り自由に過ごしていただけるように声掛けを行っている。自由に過ごしていただいている際には定期的に安全確認を行っている。		
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	好みの洋服を聞きながら更衣をお手伝いしたり、化粧品等の消耗品なども好みのものを会話の中から聞き出して購入のお手伝いを行っている。また、職員も買い物に同行してご本人に選んでいただいたりしている。		
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	盛り付け等を手伝って頂いたりする事で食事に対して興味を持って頂いている。また、職員が同じテーブルと一緒に食事をし「おいしいね」と声掛けしつつ食事を楽しんでいる。	利用者は盛り付けや下膳、食器拭きなど、出来る範囲内で職員と一緒にいき、職員と話し合いながら、楽しく食事が出来るよう支援している。また、畑で採れた野菜などを活用しながら、根菜類を多く摂取出来るよう支援している。	
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	利用者様一人一人の食べる量に応じて、主食や副食の量を調整しバランスのとれた摂取量になるよう提供している。また、水分量の確保が難しい方の水分摂取量を測り、足りない日の水分補給に努める等工夫している。		

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	就寝前に口腔ケアの声掛けを行い、実施して頂いている。またご自分でケアが難しい場合には職員が行っている。義歯を使用している利用者様の場合には職員が夜間帯にお預かりして洗浄～消毒を行い、起床時にお返している。		
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	利用者様のアセスメントを行い、排泄の頻度を確かめた後で時間による定期的なトイレの声掛けや誘導を行い、失禁する前に排泄出来る様な環境を整えている。	排泄チェック表などから、一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的に声掛けや誘導を行って、出来る限りトイレで排泄して頂くよう支援している。失禁時なども、本人を傷付けないよう、言葉かけや対応に配慮している	
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	野菜や果物などを多く取り入れたり、こまめな水分補給の支援を心がけている。便秘気味の方についてはオリゴ糖などを提供し自然な排便への支援を行っている。		
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	利用者ご本人に入浴の意思を確認して、入る意思のある方をお誘いしている。また午前午後等の入浴のタイミングもお伺いして、出来る限り希望に沿うようにしている。	本人が希望する日、時間に合わせて入浴して頂いている。入浴を拒む人には、家族から声かけをして頂いたり、体重測定などの機会を捉え、声かけを行い入浴して頂いている。また、同性介助の希望があった場合は、その都度対応している。入浴剤を使用したり、ゆず湯や菖蒲湯も行っている。	
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	食事後のお昼寝や夜間の就寝に関してはご本人の自由な思いに任せている。また、ご自分で判断できないと思われる場合は職員が選択肢をお出しして、希望の通りになるようお手伝いしている。		
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	薬を受け取る際は、薬剤師より直接目的・副作用等の説明を受けすべての職員へ情報共有を行っている。また薬についての質問・相談は、協力体制にある薬局が常に対応してくれる状況にある。		
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	洗濯物干し、テーブル拭き、お茶入れ等、それぞれ能力を活かした役割を持っていただいている。また、ハガキのやり取りの支援等、ご本人の楽しみへの支援をおこなっている。		

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
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	外出希望のある方に関しては、職員が同行して支援を行っている。またご自分で戻って来れない恐れのある方に関しては、ご家族と相談のうえでGPS端末を装着して頂き、いざという場合に備えている。	一人ひとりの希望に合わせて、事業所周辺の散歩や買い物、教会や地域カフェなどの外出支援をしている。また、事前に行方不明者発生に備え、情報提供のチラシを町内会に配布し、協力要請を行い地域と連携した外出支援をしている。家族の協力を得て、自宅訪問や外食、墓参などの支援もしている。	
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	一部の希望する方にはお財布と現金を持って頂いている。また、外出時等に買い物を希望される方にはそのお金でお買い物をして頂いている。		
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	電話での会話を希望される利用者様には電話を掛ける支援を行っている。またお手紙の場合には宛先人の住所を確認し、間違っている場合には修正して、職員が投函を代行している。		
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	共用フロア内には、入居者様が参加して作成して頂いた季節の飾り物等を掲示したり、季節のお花等を飾って鑑賞して頂いたりしている。入居者様同士で「あれ見に行こう」と誘い合って掲示物を見に行き楽しまれている。	共用の空間は、温度や湿度の管理を適切に行い、利用者の手工芸品を飾ったり、観葉植物等を配置し季節感を出し、利用者が過ごしやすい環境づくりに努めている。また、内外の清掃を始め、換気や消毒などを定期的に行っている。	
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	共用部分にはソファや和室の掘りごたつ等があり、自由に使用出来るように適宜声掛けを行っている。掘りごたつでお昼寝を好む入居者様もいる。		
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	居室には家具等を自由にご持参頂き、ご本人の思い通りにして頂いている。また居室入口のドアには鍵を掛けられる様にしてある為、プライバシーは確保されている。	居室内は、出来るだけこれまでの生活環境に合わせ、ベッドやタンスなどの配置を決めている。机や椅子、化粧道具や使い慣れた身の回り品などが持ち込まれ、思い思いに生活をしている。入口戸は内から施錠することが出来、入室時は必ずドアノックを行っている。	
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	和室の上がり口には手すり・すべり止めを設置して、入居者様が自由に上り下りできるようにしている。和室の仏壇に自由に拝みに来るのを日課としている方もいらっしゃる。		