

### 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	0270201635		
法人名	社会福祉法人 島光会		
事業所名	グループホーム大森 A棟		
所在地	〒036-1203 青森県弘前市大森字勝山278-21		
自己評価作成日	平成30年8月27日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成30年9月20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)】**

「新しい家庭で生き生きとした生活をめざして」という理念を掲げ、利用者は家庭のようにのんびりその人らしく生活できるように思いや個性を尊重したケアの提供、支援に努めている。  
 法人の他事業所との協力による災害時の応援体制、地域住民と交流もできており安心して生活できるような環境になっている。  
 法人の広大な敷地内で利用者は山を眺めながら散策を楽しまれている。

**【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)】**

すぐ近くには雄大な山麓が見え、自然美にあふれた良好な環境に事業所は位置している。この絶景を眺めながら利用者の方々は日々散策を楽しまれている。近隣にある同法人が運営する障がい者施設、保育園、通所介護事業所との交流や防災訓練など様々な協力体制が整っている。事業所の理念として「新しい家庭で生き生きとした生活をめざして」を掲げており、外の庭から草花を摘んで来て、居室に飾るなど家庭にいるときのようにのんびり過ごす方もいれば、自分の趣味を楽しむ方もおり、利用者ひとりひとりが生き生きと生活をされている。

**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 ↓該当するものに○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りや深まりがあり、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
<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	「新しい家庭での生き生きとした生活をめざして」という理念を面会室に掲示し、職員共有している。初任者研修では、理念を項目に組み入れ研修している。	分かりやすい理念を掲げ、職員全員が理解し共有できるようにしている。ホール内に掲示し、職員会議などで確認して、常に理念を意識しケアに反映するようにしている。	
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	運営推進会議の構成委員には、町会長や民生委員、利用者家族の代表の方々が参加され地域の情報交換している。法人内の保育園々児が誕生会に訪問に来て交流を図っている。又、当法人は地域と積極的に交流を持っている。	選挙の投票時には地域の投票所に利用者が直接出向いて投票したり、地域行事へ参加している。また、同法人内の保育園との交流も盛んであり、地域の一員として関係を築いている。	
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	認知症の理解や支援について運営推進会議時に委員の方々と勉強会や意見交換を行っている。法人内の行事や選挙に希望により外出、参加し理解を得ている。当グループホームは、地域の人々の入居率が多いと思われる。		
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、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議を2ヶ月に1回定期的で開催し、利用者の近況報告、勉強会、意見交換しサービスの実践、取り組みを報告し話し合っている。自己評価や外部評価結果や年1回の家族の満足度調査内容、結果を報告している。	2か月毎に開催している運営推進会議では、利用者の近況報告や事業所運営の課題について意見を出してもらい、サービスの向上に活かされるようにしている。	
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	運営推進会議に市の職員や地域包括支援センターの職員が参加され、ケアサービスの取り組みや事業所の実績・情報の共有が図られている。自己評価結果、外部評価結果等は速やかに提出し、取り組み状況を伝えている。また、日頃より連携図り、相談、助言が得られるようにしている。	運営について、何か分からないことが出たときは、多少にかかわらず市町村の担当者へ足を運び相談しており、気軽に相談できる関係が築かれている。	
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	身体拘束防止委員会を開催し、身体拘束等の適正化のための指針を整備している。身体拘束等の排除のためのマニュアルがあり、内部研修を実施し、職員は内容、弊害について理解している。危険防止や生命の安全のため、拘束が必要になった場合は、家族に十分説明した上で了承を得、同意書、経過用紙により記録を残し、報告内容を分析、検討する体制がとれている。	入り口は、開閉時音楽が鳴るように設定しているが、日中は施錠していない。また、身体拘束しないケアについてのマニュアルがあり、職員には定期的に内部研修を実施し、身体拘束のないケアを理解し取り組みが行われている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待防止委員会を設置し、法人を上げて取り組んでいる。虐待防止のマニュアルがあり、内部研修を実施し、職員は内容を理解している。利用者の傷、異常はチェック表により記録し、状況を詳細に把握し、徹底し観察している。		

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
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	権利擁護に関する制度、理解の為、内部研修を行い、理解を深めている。利用者の中に後見制度を利用している方がおり、概要について理解している。		
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	契約時は利用者の家族等に理念やケアの方針、取り組みについて契約書、重要事項説明書を基に十分説明し、同意を得ている。また、解約時は、契約に基づき、利用者の家族に十分説明し、不安を生じないよう、退居先の情報提供も行っている。利用料については改定時含め十分説明したうえで同意書に署名、捺印をして頂いている。		
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並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	玄関先に意見箱を設置し、意見や苦情を出せるようになっていた。家族が面会に来られた時は必ず職員が立ち合い、利用者の暮らしぶりや近況を伝え、要望が出しやすい雰囲気作りに努めている。出された意見や苦情は速やかに職員で話し合い、対応する仕組みとなっており、苦情に対し、第三者委員会を設置している。	利用者から気軽に意見や要望を話しやすい環境づくりに努めており、家族についても、面会時に利用者の状況を報告し要望が出し易いように努めている。また、ご意見箱の設置を行い、積極的に要望等を発掘して運営に反映させる仕組みがある。	
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	管理者は法人の代表であり毎日の会議や行事の計画、報告書、日々の関わりの中から職員の気づき、意見を聞く機会を設けている。職員の勤務体制は職員の希望を聞きながら検討している。組み合わせ、又、配置の状況も考慮し、意見や要望も取り入れている。	管理者、計画担当責任者が中心となって、月例会議や日常業務を通じて良好なコミュニケーションに努め、職員が意見や提案を出し易くして、よりよい運営に反映できるようにしている。	
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	就業規則があり、遵守されている。健康診断を定期的に行い、職員の心身の健康を保つための体制を整えている。職員が定着できる様に特別手当等配慮している。職員の資格取得には勤務体制を考慮し、向上心をもって働けるよう職員を配置している。職員の個々の能力、実績を評価し、担当や職務分担を決めている。		
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	内部研修の年間計画を作成しており、月1回開催しており、会議録を全職員に回覧し理解している。外部研修は機会があれば参加できるように回覧し、参加できるように配慮し、参加後は内部研修とし行い、会議録を全職員に回覧している。新任研修は倫理、基本的な介護技術、支援法について学び、質の向上に努めている。		
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	地域で開催された勉強会に参加し、交流、連携を図っている。他事業所との情報を交換し、サービスの質の向上に繋げている。		

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
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	担当居宅介護支援事業所からの情報をもとに、チーム会議を開き、本人の思い、要望、不安などを聞き、十分な時間をとって対応している。身体状況の把握も行う。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族ニーズにも傾聴することで、不安を軽減できるように支援している。 場合によっては、担当居宅介護支援事業とも連携をとっている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族と面談し、思いを聞き取り、チーム会議を基に、本人や家族の思いやニーズなど対応できることは柔軟に対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共に食材の下ごしらえをしたり、拭き掃除をしたり、昔はどんなことをしていたのか、どのような料理を作っていたか、昔の話を聞かせてもらっている。行事の際には飾り付けを手伝ってもらっている。		
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置かず、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	面会時や毎月の手紙で近況を伝え、家族からの思いもケース検討会議で共有し、家族や本人との絆を深めている。		
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	面会時はホールむや居室等で自由に談話できるように配慮している。家族との外出、外泊もできるよう支援している。かかりつけ医は入居後も継続している。面会時間や電話の取り次ぎは時間を制限せず対応している。隣接のデイサービスセンター利用中の知人・友人が訪問に来たり交流している。	利用者が長年利用している美容院や趣味など馴染みの関係を継続できるように支援している。美容院へ自ら行けない利用者には事業所に来てもらうなどしている。また、同法人の事業所にいる友人が訪ねて来たり交流を保っている	
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	各利用者に合わせた作業を一緒に行って職員、利用者が談話しながら行っている。対人関係の悪化がみられた場合は席の移動をしている。食卓テーブルの席は決まっているが、状況に応じ、ソファ席でおやつを食べたり、テレビを見たり自由に過ごしている。		

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
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	入院などにより契約が終了しても、必要に応じて、いつでも相談可能であることを伝え、医療機関、ケアマネ、職員連携をとり支援している。退居後の受け入れ先には、利用者の基本情報を伝え利用者、家族の不安、混乱を最小限に食い止められるように支援している。		
<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	利用者の意向を確認し、必要に応じて家族より情報収集、職員で共有、支援している。日常の会話の中で利用者の希望、意向が把握出来るように努め、本人本位のサービスが提供できるように心がけている。困難な場合、家族より情報を得、その人らしい生活ができるように検討し、支援している。	日常生活の支援から利用者の意向を把握し、必要に応じて家族からの情報収集を行い、職員間で情報を共有し本人の意向などを把握して支援に繋げている。	
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	入居時、本人、家族、担当居宅ケアマネジャー、主治医等の医療機関から生活歴、利用状況の情報収集、把握している。家族には必要性を十分説明した上でプライバシーに配慮して情報収集している。		
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	各利用者ごとに排泄、食事、睡眠、水分補給のチェック表あり、体調の変化、心身の状態が把握できるように努めている。レクリエーション、日々の生活パターンを表にしてレクリエーションや本人の役割を記録し、把握している。		
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	介護計画は本人の意向、家族の意向を取り入れ、利用者個々に担当職員がいるので職員間で話し合い、介護計画を作成している。職員一同、検討会議し、定期的並びに利用者の心身の状態の変化に応じ見直しを図り、現状に即した介護計画が作成できるように務めている。家族の面会の折には必ず立ち合い、要望を聞き、又、状況を説明している。	利用者と家族の意向を確認して介護計画に取り入れている。モニタリングを3か月ごとに実施して、状態の変化や達成状況を把握して、担当職員だけでなくケア会議で検討し、現状にあった介護計画に反映させている。	
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	個別のケース記録があり、日々の暮らしぶりやケアの内容、受診内容を細かく記入している。その他、連絡帳にも記入、報告したりして職員皆で共有し、実践や介護計画の見直しに活かしている。月末には当月分の特記事項をケアマネに報告し、ケース会議や受診に役立っている。		
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	外出したい利用者に対し、職員一緒に外へ出て散歩したり、花を摘んできたりしている。利用者の行動を静止する事はなく、見守りし、柔軟な対応をしている。		

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
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	運営推進会議には、町内会長、民生委員、老人クラブ代表の方々が参加され、情報を交換したり協力を得ている。警察と消防とは、ホットラインで連絡している。ホームでの合同誕生会には、保育園児らの訪問があり利用者は、楽しめ交流を図っている。郊外での小さな村社会なので、地域全体皆で協力し合っている。		
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、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	入居前からのかかりつけ医は、入居後も継続している。定期受診時以外の急変時にも対応してもらっている。受診結果は、各ケース記録に記入して、家族にも伝える。職員間でも、情報を共有を図り、適切な医療を受けられるように支援している。	かかりつけ医の継続など、本人や家族の希望に沿った医療機関の受診などの支援を行っている。また、専門医の受診が必要な場合は適切な医療を受けられるよう家族と情報共有して支援を行っている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	事業所内に、看護資格を有する職員がおり、日常の健康管理を確認し、状態に応じた対応をしている。不在時は、いずれかの事業所の看護師が対応できるようになっている。		
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、また、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、基本情報や認知症状による、問題点等の情報提供をしている。入院中は、早期退院できるように、情報交換に努め、その内容を家族に伝え協力し、早期退院できるように努めている。退院前には家族や医療スタッフから本人の状態を伺い、最良の支援ができるように職員間で話し合い、情報を共有している。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期については、利用者、家族の意向を十分確認し、希望に沿った対応ができるよう、日々の状態の変化も含め、医療機関とも相談している。訪問診療も取り入れている。内容は、計画書に明記し、署名、捺印を頂いている。事業所内でできること、できない事を十分説明し、できることは最前の努力をするように、医療機関とも協力し、支援している。	入居時に本人・家族の意向を確認して重度化したときや終末時の対応を話し合っている。また、重度化したときは本人、家族と必要に応じて主治医と話し合い、家族等の意向に沿うように関係者と連携して状況に合うように支援している。	
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	緊急時対応マニュアルを作成しており、内部研修、初任者研修では職員のレベルに応じ訓練し、職員のレベルアップを図っている。AEDの使用、訓練も定期的に行っている。		
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	避難訓練を毎月実施して、避難誘導がスムーズにできるようにしている。法人内の他の施設とは、緊急通報システムが整備されており、応援体制も整っている。非常通報装置を備えており、警察、消防署からも、協力が得られている。地域の消防団との連携もとれている。食料の備蓄は法人内、施設とコンビニの協力がある。	消防訓練は夜間を想定して毎月実施しており、避難誘導をスムーズにできるようにしている。緊急通報装置の整備や、同法人の他事業所や地域の警察、消防団、近隣のコンビニなどの支援体制がある。また、同法人事業所内に食料・飲料・寒さ対策など備蓄をしている。	

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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>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)	○一人ひとりの人格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	食べこぼし、失禁等あった時は、本人へさりげなく声がけして、他利用者には気づかれないようにしている。汚れ、交換の時もさりげなく対応している。プライバシー保護のマニュアルがあり、内部研修を実施し、サービスに生かされている。個人ファイル等はカウンター裏に保管しプライバシーの保護に努めている。	利用者の人格の尊重やプライバシーの保護については、マニュアルを整備し、内部研修の実施しており、日常のケアはさりげなく対応している。食事は職員も同席して、摂取時の確認など直ぐに対応できるようになっている。	
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	本人より欲しい物があれば、施設の隣にあるコンビニへ一緒に行き、本人が欲しい物を選んで、買うように声がけしている。又、歩行困難の利用者に対しては、本人の要望を聞き、職員が代わりに買い物をし、買ったものを本人に確認してもらう。		
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	食事、おやつ時間は決めているが、その時間に食べることができない利用者がある時は、時間をずらして食べてもらうようにしている。起床、就寝時間は決めているが、本人が起きたい時、寝たい時に任せている。食事、おやつ等の時間前には一応、本人への声がけをしている。利用者とのレクリエーション等も行い、個人、希望に沿って行い、参加も自由である。		
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	入浴準備の時は、本人の好きな服を選んでもらい、自力困難の方は職員と一緒に選んでいる。衣服、整容の乱れがあった時は、他の利用者がいない時にさりげなく声掛けしてサポートしてあげている。自らできない利用者は本人の納得するように職員が行う。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理した物は利用者に盛り付けをお願いし、やってもらう。職員がどのように盛り付け、量をやれば良いか、最初に盛り付けて見せる。食事後は片付けを分担して行い、会話をしながら楽しく行う。又、利用者の禁止食品の一覧は厨房に貼っており、又、きざみ等の利用者の名前の一覧も貼っている。食事中は職員が利用者と一緒に食べ、会話しながら食べ、むせ込み、誤飲等に気をつけ見守っている。	献立は職員みんなで検討して決めている。食欲を高める工夫として、彩りや刻み食の刻む大きさにも配慮しており、食事が楽しめるように工夫している。同じ敷地内に栗の木があり、おやつとして提供し、季節感も味わえる。	
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	全利用者の名前が書いた一覧表があり、食事量を記入し、水分摂取量を記入し、職員が誰でも分かるようにしている。飲みたがらない利用者については、好きな飲み物を提供し、水分補給をこまめに取ってもらうようにしている。夜間は居室に水の入れたペットボトルを置き、次の朝に飲んだ量を確認している。		
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に、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	口腔ケアのチェック表もあり、清潔保持に努めている。利用者の能力に応じて、声がけし対応している。できない利用者に対しては、職員が誘導し、うがい、洗浄している。夜間就寝前は入れ歯をしている全利用者の入れ歯を回収し、朝まで洗浄剤に入れて、モーニングケアの時に本人へ入れ歯を洗い渡している。		

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
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向けた支援を行っている	利用者個別の排泄チェック表があり、尿便意が曖昧な利用者にはチェック表を活用し、言動を観察し、さりげなく排泄ケアをするよう心がけている。リハビリパンツや尿とりパットを使用している場合は、継続使用するか否か見直し、職員間で話し合い自立に向けた支援を行っている。	尿便意が曖昧な利用者への対応として、排泄チェック表を活用し、排泄パターンと行動の観察を行って、可能な限りトイレ排泄ができるようさりげない声掛けをして支援を行っている。	
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	個別のチェック表があり、毎日記録をとり、排便状況を把握し、腹痛等異常を早期発見、対応できるようにしている。 便秘予防、対応マニュアルがあり、理解している。主治医より便秘時の緩下剤処方されている利用者もいる。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	認知症の方は入浴は拒否される事がよくあるので、ゆとりを持って入浴させるようにする。入浴日は決まっているものの、利用者一人ひとりの希望を確認し、出来る範囲内で希望を確認し、支援をしている。利用者の能力に応じ洗身してもらい、不足部分は羞恥心に配慮し介助している。入浴日以外は足浴を実施している。	入浴日は週2回としているが、利用者毎の希望を確認しながら支援を行っている。重度の利用者には職員2名で対応しており、入浴日以外は足浴を行い、清潔の保持や安らぎに努めている。	
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	利用者に合った生活習慣で本人に合わせた睡眠をとってもらう。夜間も一人ひとり注意深く見守る。起床、就寝の時間の規制はないが昼夜逆転を防止する為、日中レクリエーションや軽運動を行っている。参加は自由で利用者の状況に応じ居室で休憩したり、くつろいで過ごされている。睡眠薬を服用している利用者でも睡眠状態を見ながら主治医と相談、調整している。不眠を訴える利用者に対し、傾聴し、安心感をあたえられ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	薬は間違えると危険なので管理をしっかりとて、利用者様の手の届かない所におく。各利用者別に内服薬チェック表や薬ケースがあり、飲み忘れや誤薬がないような支援体制を整備している。病院受診時、内服薬の変更や新たに処方された場合は付き添い、職員が内容を介護日誌、ケース記録、連絡帳に記録し、全職員周知している。内服薬変更による状態変化や副作用に注意し、観察強化している。薬の管理は鍵つきの場所や利用者が手の届かない場所に置いている。		
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	入居時家族からの基本情報を基に日々の関わりの中で本人の好きな食べ物や、昔話を聞いてあげ、会話を通じて楽しかった昔を思い出し、明るい生活を送ってもらえるように支援している。ドライブに参加したり、行事にも積極的に参加してもらえるよう支援しているが、参加は自由で能力、個々の好みに合わせている。		
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。また、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支援している	利用者の希望に合わせ、スーパーマーケットや季節に応じた観光を計画し、法人事業所の協力のもと、車輛や運転手も確保できている。毎月のドライブ行事の他、一人ひとりの希望に応じ散歩がてら近くのコンビニに職員と一緒に外出し、買い物したり、利用者の楽しみや気分転換につながるよう支援している。	同法人内事業所の車両と運転手の協力体制があり、利用者の希望に応じた支援を実施している。毎月のドライブ行事や近隣の店への買い物など、その人らしい外出の支援を行っている。	



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
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	個人の能力に応じて、買い物時、自らの買い物の支払いをしてもらい支援をしている。利用者の家族の希望により、小銭を持ち、自分で管理している方もおり、小銭を使用しなくても、お金を持っているという満足感が得られるように配慮している。		
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	電話の使用や取り次ぎは、時間の規制をしておらず、個人の能力に応じて代行している。手紙は個人の能力に応じて、本人に渡し、了解を得て、読んであげている。24時間、時間は規制していない。		
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	家庭的な雰囲気与生活できるように家具は木目調で落ち着いたようになっている。共用空間には、くつろげるよう、ソファやテレビ、テーブル等を配置し、飾り棚には人形などを飾り、壁には折り紙等で作った手作りの作品や絵などを飾っている。天窓からは日差しが差し込み、場所毎に照明等で適度な明るさを保っている。冬は床暖房や加湿器、夏には壁に取り付けた扇風機を利用し、快適な空間作りを務めている。温度、湿度計で確認し、窓の開閉やカーテンで調整したり、洗濯物を干したりして、気温、湿度を調整している。	居間や食堂にはソファやテーブルが適所に設置され、利用者個々の居場所が自然に確保されている。天窓があり採光も相まって開放感に富んだ心地よいスペースとなっている。	
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	ホールにソファ、食卓テーブル、椅子を置いて、テレビを見たり、利用者が交流できるようにしている。面会室からは、外の花壇や景色を見て楽しみ、テーブル、椅子を置いて自由に過ごしている。お互いに居室を訪問したりしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家族の写真を持ってきたり、自分の部屋にあった置き物を持ち込んだりしている利用者もいる。居心地よく過ごせるように誕生日でもらったプレゼントの壁掛けなど飾りつけを自由にして工夫している。居室内の家具の配置も利用者の好みで自由に置いている。	窓からは緑あふれる広大な自然が鑑賞でき、室内には馴染みの写真などを飾ったり、花を生けたり、利用者の今までの趣味を活かせるように、思い思いに居心地よく過ごせるようにしている。	
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」や「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	廊下には手すりを付け、安全に歩行できるようにしている。トレイの入り口には分かりやすいように、赤い看板でトイレと目印を付けて、スムーズに利用できるようにしている。また、ホールの床はクッションフロアで転んでも安全に対処できるようにしている。		