

## 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	0190200667		
法人名	社会福祉法人 三草会		
事業所名	もえれのお家屯田みやげ館・よしお館 (みやげ館)		
所在地	札幌市北区屯田7条5丁目2-20		
自己評価作成日	平成28年7月20日	評価結果市町村受理日	平成28年9月15日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	<a href="http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanitrue&amp;JigvosvoCd=0190200667-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kajigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanitrue&amp;JigvosvoCd=0190200667-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a>
-------------	---

## 【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)】

グループホームもえれのお家屯田は近隣に小学校、中学校、高校、中規模の商業施設も多く立ち並ぶ活気のある地域にあり、また公園や花壇もあり、町内会や神社のお祭り等地域との交流も楽しむことができます。江南町内会の積極的な地域活動に支えられ避難区訓練等にも常時協力していただいています。  
四季を楽しむこと、活発に外へ出向くこと等を目標に、入居者一人一人の意向や身の状況に合わせた取り組みを心掛け、毎月必ず外出等の行事を行っています。家族会などの機会を活用することで全員で外へ行くことも実現してきました。  
職員の定着率が高く、入居者は10年以上の入居期間の方もおられ、なじみの関係を保ち穏やかで楽しい日々を支えています。身体的介護度が高く介護負担が大きくなってもチームワークで乗り切る工夫をし、外部研修等にも活発に参加し、知識や、学びを活かして効率や専門性の向上に努めています。  
また、医療系専門の職員はいないながらも専門医、往診医の協力と連携により、ご家族にも満足していただける終末の迎え方を支援できるよう体制作りをしています。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット
所在地	札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401
訪問調査日	平成28年8月25日

## 【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)】

当事業所は周辺に神社、学校、商業施設など地域資源が数多く立地し、バス停からも近く利便性に優れている。地域の方々は挨拶は基より相互の行事に参加があるなど、日常的な交流が展開されており、運営推進会議では、町内会役員として事業所の質向上に繋がる意見や助言が出されており、深い理解と支援を得ている。家族とは良好な関係を構築しており、年2回開催の家族会の1回は利用者と家族の外出行事を企画し、出席できなかった家族にも内容を写真などで報告している。職員は、利用者の誕生日を特別な日として外食や外出等の要望に応じている。小樽に縁のある利用者は、毎年複数の職員の支援の下その地を訪れており、職員にとっても実現できたことが喜びとなっている。高齢化に伴い、介護度も高くなっているが複数介助でトイレでの排泄を実践するなど、利用者が安心して暮らせる場となるよう、職員一丸となってケアサービスに努めている事業所である。

## 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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活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		

## 自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	理念に基づき申し送りや勉強会・カンファレンス等で話し合い、1年間の目標を作り実践につなげている。	法人内地域密着型介護事業所の基本理念を共有し、さらに事業所の年間目標をユニット毎に作成し実践に努めている。日々の業務や研修、個人面談等で実践の確認を行っている。	
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	町内会に加入しお祭りやごみ拾い等の行事に参加したり、散歩時の挨拶等の交流を行っている。消防訓練等には町内会の消防団の方の参加や、避難場所の提供も頂いている。	祭りや清掃など地域の行事には、地域の一員として利用者と一緒に参加している。職員は、小、中、高校生、ボランティアとの交流が、利用者にとって豊かな時間になるような内容を検討している。	
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	地域の中学校の職業体験の受け入れ、認知症の方の支援の方法を学んでいたたり、小学校の学童保育の子供たちによるクリスマスの交流会も行っている。週に1度高校生のボランティアの方も来られ、入居者と一緒に習字等の活動をしていただいている。		
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、利用者やサービスの実際、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	2か月毎に開催し目標や活動内容の報告をしたり、参加者からの意見を聞きサービスの向上に努めている。普段利用している訪問マッサージの方から業務の案内や説明もあり。	運営推進会議は、行政、町内会役員、家族、知見者の出席の下、併設のデイサービスと合同で定期的に開催している。活動状況報告後に意見や情報交換がある。避難訓練についてはメンバーから多くの意見が出されている。	全家族に運営推進会議の案内や、来訪時には出席要請をするなど努力をしているが、家族の出席は多くない。今後も継続して出席に繋がる取り組みを考慮しているのでその実行に期待する。
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に取り組んでいる	管理者連絡会議の出席、入居状況の報告、各種届け出の報告や、問い合わせなど、取り組みを含めて状況を伝えながら協力している。	市や区の担当者とは会議や各種報告時、書類提出時に情報や意見交換が行われている。事業所の課題には適切な助言や意見があり運営に反映している。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「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	研修や勉強会で理解している。施錠は防犯上夜間のみ行い、センサー等の利用はその都度話し合い、家族からの了解も得ている。スピーチロックを含め、入居者の自由な行動を抑制しない考えかたのもとに関わっている。	身体拘束防止に向け、マニュアルの整備や外部研修に参加した職員からの伝達講習等で身体拘束の具体例と弊害を理解している。職員、家族と協議の上、玄関の施錠と居室にセンサーを設置している利用者がある。	
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	外部研修や法人内の研修・勉強会に参加し、職員全体が理解を深め、防止に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	社会福祉協議会からの支援員制度を利用している方が居るため運用については理解されているが、制度の詳細について学ぶ機会が少なく十分に理解できていない。		
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	管理者により入居前に説明を行っている。また、改定時には文書と口頭で十分に説明をおこない理解いただいている。入居後も疑問等についてはお聞きし、都度、説明行っている。		
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	運営推進会議・家族会・来訪時に意見や要望を伺っている。また、アンケート調査を行い意見・要望を聞き、管理者・職員に伝わるように、反映できるように記録に残している。	ユニットたよりや家族来訪時、電話で利用者の様子を伝えている。家族アンケートや関わりの中で利用者や家族の要望を把握し、外出先の希望など出された課題は早急に改善策を検討している。	
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	個人面談・カンファレンス時・業務改善会議で、職員からの意見を聞き反映させている。	年2回の管理者による個人面談や、日常業務に於いても管理者やリーダーに相談できる関係が構築されている。職員は、行事や広報など各分野を担当しているが、職員全員の意見や提案が反映されている。	
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	過半数代表者を通して勤務条件等の見直し・話し合いの場を作っている。資格取得の際の援助もある。		
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	研修の案内を回覧し希望の研修に参加できるようにしている。また、年間の研修の計画を立て全ての職員が研修に参加できるようにしている。実情に合わせた研修も企画し実行している。		
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	北区在宅ケア連絡会議・北区GH職員研修会、屯田地区の事業所との横のつながりのネットワーク等に参加し交流している。全ての職員が相互関係を意識出来るように取り組みたい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	入居前に本人との面談を行い、様子を見たり話を聞き状況を把握し安心して入居できるように努めている。細かいところまで聞けてないことは入居後に家族や入居者さんとの会話の中から分かることもあり、貴重な情報として記録している。		
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	入居前の面談時にご家族の話聞く時間も十分にとり、聞き取りを行っている。また、実際のGHを理解して頂くために必ず見学も行っている。お聞きした話は職員全体で内容を把握し対応できるようにしている。		
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・家族との面談や、入居前に利用していたサービス等の情報を基に、必要なサービスを見極め対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	出来ること・好きなことを把握し、一緒に家事活動や工作等の物作りを行ったりしているが、ゆっくりと時間をかけることは出来ない。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	家族の来訪時には近況報告を行い、情報交換や意見・要望を聞いて共に本人を支えて行け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	墓参り・法事への参加、家族だけではなくご友人との関係が続けていけるように、また、気軽に来訪して頂けるように支援している。普段の会話の中から行きたい場所を聞きドライブ時に行けるように機会を設けている。	利用者とゆかりのある方々の来訪を快く迎えている。家族と利用者との外出する機会を取り入れたり、馴染みの美容室や商店への同行支援を行っている。外出先の希望はドライブコースに組み込むなど、職員は出来る最大限の支援に努めている。	
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把握し良い関係が保てるように考慮している。状況を職員同士で共有し、孤立したり関係性が壊れたりしないようにしている。孤立しがちな利用者には職員からの声掛け等の関わりを多く持つようになっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退去後も相談を受ける体制はあるが、亡くなって退去になる方が多いので、退去後の相談等はほとんど聞かれていない。		
<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	話せる方からは普通の会話の中から思いを把握し、直接本人からの希望を聞くことは難しくなっている方は、カンファや申し送りの時に話し合い本人本位になるように検討している。	職員は、利用者との関わりの中や、日々の記録、家族からの情報を参考に、利用者の根底にある思い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	入居時に本人と家族から聞き取りを行い記録に残し、職員間で把握できるようにしている。		
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	毎日の生活の様子を観察・記録に残し、職員間で情報の把握に努めている。好きな事・出来ることの把握は十分ではない。		
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	本人の状況を家族・医療機関等に相談し、3か月に1度見直しを行っている。大きく変化がみられる時は、その都度見直しを行い現状に即した介護計画を作っている。	介護計画は、利用者や家族の生活に対する意向と医療関係者の意見を踏まえ、担当職員と計画作成担当者が原案を作成している。その後に、職員会議等で意見交換を経た計画書を利用者や家族に説明し、同意を得ている。	
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	生活記録・受診ノート・受診記録により情報を共有し、カンファレンスや申し送り時に話し合っているが十分とは言えない。		
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	DS・各ユニット間の交流、家族の宿泊等出来る範囲内で取り組んでいる。訪問マッサージ・口腔ケア・訪問カット等のサービスも利用している。		
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	避難訓練時には町内会の方や消防団の参加がある。買い物は地域の商業施設を利用している。近くの公園は散歩コースになっており、気候のよい時には利用している。		
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	訪問診療の他、家族の要望や今までの受診歴に合わせて入居前の病院も受診している。	かかりつけ医への受診は、利用者や家族の意向を尊重し家族の協力を得ながら職員が支援している。協力医による月2回の往診や皮膚科・歯科医の都度の往診、週1回の訪問看護師の健康チェック体制を整えている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	訪問看護師に体調の変化や日々の生活の中で気づいたことを相談し受診につなげている。簡単な処置もお願いしている。		
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。又は、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。	入院時に情報の提供を行い、入院中も医師との話し合いに参加、早期退院につなげる様情報の共有をし退院後の生活もスムーズにいくように支援している。		
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	重度化やターミナルに向け段階を追ってその都度、家族・医師・管理者で話し合いを行い状況の確認・理解・方針の共有を図りチームで支援していけるように取り組んでいるが、看取った後の話し合いの場が無い。	利用時に重度化や終末期に向けた指針を説明し同意を得ている。看取りを経験しており、利用者の状態変化に応じ関係者と情報を共有し、統一したケアの確立は利用者や家族の安心に繋がっている。	
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	マニュアルが有り研修にも参加しているが、定期的実践的な訓練を行う機会は少なく、実践力が身に付いているかは分からない。		
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	定期的に町内会の方も参加され火災訓練を行っているが、地震・水害等の訓練は行っておらず全職員が避難場所を覚えているかは不明。防災マップは玄関に張り付けている。飲み水や食料等の備蓄は始めている。	消防署や消防団を含む地域の協力を得て、年2回日中・夜間想定避難訓練を計画し、1回目は終了している。風水害を含む非常時対策として家族の避難先を把握し、さらに事業所の対応を文書化し家族に配布している。	年2回の設備点検や都度防災に向けての勉強会が持たれ、また、地域や系列事業所との協力体制も構築されているが、自然災害想定訓練を検討しているので、夜間想定訓練も含め、その実行に期待する。
<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	声掛け時の言葉使いに注意し指示的にならないように気を付けている。申し送り時にはインシヤルを使用し、プライバシーに配慮している。	職員は、利用者を自分自身や身内に置き換え、不快感を与えないなど丁寧な対応に努めている。職員間に於いても、適切なケアが実践されているかを確認している。	
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	自分の意思を話せる方には自己決定できるような声掛けを行い、言葉で表現できない方は表情や行動からくみ取るようにしている。また、ゆっくりと分かり易い言葉かけをするように努めている。		
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	重度化した方の対応で職員の都合になる事が多いが、希望に添えるように柔軟に対応できるように努力していきたい。		
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	自己決定できる方にはその日の服装を選んでいただいたり、お化粧する方のお手伝いもしている。自分の意思を伝えられない方には、その日の気候に合わせて服を選んでいく。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	簡単な調理作業や盛り付け・食器拭き等一人一人のレベルに応じて行っているが、一部の利用者に偏っている。行事等で一緒におやつを作って食べたり、外出時は好みのものを食べて頂いている。	献立と食材は業者から届けられているが、食材をアレンジしたり菜園で採れた野菜を活用している。職員は利用者の希望を取り入れながら、おやつ、出前、外での焼肉、外食等を企画し、食事が楽しめる工夫を行っている。	
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	一人一人の状態に合わせた形態や、食事・水分量を検討し提供している。		
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、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	入床・起床時には必ず全員行っている。その人により別に時間を設けたりしているが、全員が毎食後には行えていない。		
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	排泄表を活用し排泄パターンを把握するようにし、トイレ誘導を行っている。日中・夜間でパットの使い分けをおこなったりし、入居時パットを使用していた方も日中は布パンツだけになっている。排泄パターンを掴むことで、重度化した方もトイレで排泄できている。	職員は、トイレで排泄することの重要性を認識し、利用者一人ひとりの排泄状況を踏まえ、自尊心に配慮した声掛けや誘導を行っている。介護度の高い利用者にも、二人介助でトイレでの排泄支援を行っている。	
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	食事のときにヨーグルトを提供したり、排泄パターンを把握しトイレ誘導の時間を検討している。		
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	各々の体調に合わせて声掛けを行ったり、出来る限り同性介助を行っているが、重度化している方は職員のペースになっている。	毎日入浴出来る態勢を整えているが利用者の体調や同性介助に配慮し、週2～3回の入浴支援を行っている。入浴は無理強いせず時間帯や職員を代えたり、状態によってはシャワー浴や清拭を行い保清に努めている。	
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	日中の適度な活動や運動で夜間の良眠につながれるように支援している。夜間不眠がみられた時は申し送り等で把握し、日中に休息していただいている。		
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	飲み間違いが起こらないようにマニュアルを作り、必ず2名で声をだし確認も行っている。薬の副作用についての理解は十分ではない。		
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	食器拭き・洗濯物たたみ・掃除等、個々に合わせた役割を持てる様に行っている。季節の行事や外出で楽しみを持ったり、気分転換が行えるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。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に支援している	一人一人の希望に沿った外出等は出来ていないが、毎月、計画的に外出の機会を作り、全員がまんべんなく参加出来るように支援している。	利用者は職員の支援の下、散歩や買い物、菜園の野菜を眺めるなど日々外気に触れている。家族の支援を得ながら四季を問わずドライブ、田園テーマパーク公園、花火大会、雪祭り見物など、外出行事を企画し、気分転換を図っている。	
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	支援事業を利用し自己管理している方が1人だけ。他の方はお小遣いとしてグループホームで預かっており、所持したり使える支援は行えていない。		
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	自ら電話する事を希望する方はいないが、希望があれば出来るように支援している。		
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	リビングや廊下に季節の花や飾り付けをしている。行事や外出時の写真を玄関に飾り、本人や家族の来訪時に楽しめるようにしている。	居間にはエアコンが設置されているが、直接冷風が当たらないようにすだれで覆っている。窓にもすだれが掛けられ直射日光を遮るなど、利用者が過ごしやすい環境になっている。居間や廊下には、季節に合わせた利用者の作品や行事での写真、絵画などが掲示され、潤いのある空間になっている。	
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	利用者同士の関係性に合わせて食堂席やリビング席の配置を行っている。廊下にもベンチやソファを置き、一人でも過ごせるようにしている。ストレスを感じそうな時は、職員が間に入ることもある。		
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	入居の際、なるべく本人が使っていたベッドやタンス等を持ち込んでいただく様お願いしたり、居室作りも家族の協力を得ている。	居室には、整理しやすい大きめの収納スペースがある。温湿度計を確認しながら暑い日は窓を開け風がカーテンを通して吹き抜けるなど適温に配慮がある。馴染みの調度品や写真、趣味の物などが利用者の存在感を高めている。	
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	トイレ・浴室は分かりやすいように表示したり、それぞれの居室入り口にもネームプレートを付け分かりやすくしている。居室内も身体状況に合わせて家具の配置等配慮している。		