

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	0790300719		
法人名	福島さくら農業協同組合		
事業所名	JA福島さくらグループホームは～とらいふ八山田		
所在地	福島県郡山市八山田西五丁目123番地		
自己評価作成日	平成31年1月28日	評価結果市町村受理日	平成31年4月24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.mhlw.go.jp/07/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県福祉サービス振興会		
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31年3月18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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の日常生活における機能の維持、向上を目的として、毎日10時から体操を行っている。 ・体調の変化にすぐに対応できるよう看護師3名を配置し、看取りにも対応できる体制としている。 ・マッサージ業経験職員が、日常的に利用者様にリラックスできるようにマッサージを行っている。 ・ボランティア活動を積極的にやっている職員がおり、ボランティア活動を積極的に受け入れている。 ・外出、外食、ショッピングの計画を年間を通し豊富に計画している。
--

【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)】

<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の身体や精神機能の低下を防ぎ介護度が上がらないように体を動かす体操を毎日行うほか、利用者に茶碗拭きや配膳、下膳等の役割を持っていただき、職員も声掛などを工夫し楽しくできるよう取り組んでいる。 2. 日中はタイミングを見て声掛けやトイレ誘導を行い極力布パンツで過ごし、夜間のみリハビリパンツを使うなど本人の自尊心に配慮した排泄自立の支援を行っている。また、リハビリパンツやパットの使用量を減らす取り組みも行うなど家族の経済的負担を減らす取り組みをしている。 3. 敷地内で野菜を一緒に作り、収穫したものを食材として使うほか、芋羊羹、ずんだ餅などおやつ作りに活かしており利用者の楽しみにつながっている。

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させている (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	JA福島さくら郡山福祉センターの基本理念を元に自施設の基本理念を定期的に唱和している。唱和することで一人ひとりの介護理念の再確認ができ一瞬の気持ちの整理・自己の介護感が見直せる。GH定例ミーティング時も介護理念の確認を行っている。	事業所を立ち上げる時にどのようなグループホームにしたいか職員間で話し合い理念を作りあげている。朝の申し送りやミーティングの時唱和し共有に努めている。職員も家族の一員として家庭の団欒を作り出せるよう支援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	町内会の行事に積極的に参加を試みているが、新町である事とマンション・アパートの住民が多くコミュニケーションが取れないのが現状である。運営推進会議に出席して頂き適切なアドバイス・助言等で交流を深めて行くことをすすめている。	町内会に加入しているが、新興住宅街のため、関係作りに苦労している。オープン1周年記念事業には子どもも含め地域住民の参加が見られた。また、地域の認知症カフェに利用者とかかけ交流に努めている。運営推進会議で地域の情報をいただき活用している。	地域での認知がまだ不十分であり、町内会の行事に参加したり広報誌を回覧版に入れてもらうなど地域の理解を得る取り組みが望まれる。
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	設立2年目である為中々出来ていないのが現状である。入所されている家族様には面会時、時間を頂き認知症とはどのような事なのか、どのように支援して行きたいのか等を話合うことで理解・支援の糸口が掴めてくる。今後は地域の方々を対象に認知症の勉強会等を開催し、交流を深めて行きたい。		
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	運営推進会議において、グループホームでの取組や行事予定・事故報告とその対策を報告の上、意見やアドバイスを頂戴し日々の業務に生かしている。厳しい意見は率直にとらえ、スタッフ間で共有している。	町内会長、区長、民生委員等地域から5名参加しており、地域情報などが得られている。運営状況、ヒヤリハットや事故、行事等を話し合い、率直な意見やヒントを得ている。また、会議はグループホームと小規模を分けて行うなど十分な意見交換が出来るようになってきている。	
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	グループホーム内の事故は速やかに提出し、アドバイスを頂戴している。事故防止対策も検討し、事業所内で共有を図っている。	毎月市の介護相談員を受け入れている。事故やヒヤリハットの判断に迷った時など市の担当に相談している。グループホーム、介護相談員、市介護保険課による3者会議に参加し、連携に努めている。	
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	3ヶ月に一度、身体拘束廃止委員会の会議を開催し、拘束確認を実施。同時に委員会内での勉強会を実施し、内容をグループ内で再度勉強会を開催している。スタッフ間でのストレスや悩みをリーダーが確認するよう進めている。	身体拘束についての指針を策定し、拘束排除宣言も行い拘束をしないケアに努めている。身体拘束委員会を定期的に開催する他職員研修も行い理解を深めている。また、リスクの高い利用者にはリーダーを中心にチームで対応するなどストレスがたまらないよう配慮している。	

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
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	定期的な勉強会や個人面談にて悩みやストレスを確認し、虐待に繋がるキーワードを導く。行動を起こす前にスタッフに一言相談を心掛けている。		
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	権利擁護の研修会等があれば参加したい。現時点では研修も実施されていない。スタッフにも説明することができていない。今後は、管理者とグループリーダーは研修に参加し、スタッフ間にも共有を進めて行く。		
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	重要事項説明書を以て丁寧に説明し、疑問点を伺い納得の上でご契約を結んでいる。また、信頼関係を築き終焉の場についての確認や、急変時の確認を行い戸惑うことのないようお話をしている。		
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	月1回のグループホームの定例会議にて、管理者より運営状況の報告があり、稼働率等の説明がある。周知徹底し稼働率の維持に努めていく。	日々のかかわりの中から利用者のニーズを把握するとともに面会時に家族から要望を聞いている。要望は行事に取り入れるなど運営に反映している。苦情対応の体制を整備し、重要事項説明書で入居時に説明しているが、意見箱は設置していない。	いつでも、気軽に要望や苦情を出せるよう意見箱を設置することが望まれる。
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	日々の業務内で運営やケアの意見を聞き、反映出来るように心掛けている。問題点が発生した場合は、臨時会議を設けるよう心掛けている。	利用者の状況や一日のスケジュールを変更しなければならない時は臨時会議を開き意見を聞いている。また、管理者は普段の業務や職員会議の中で職員全員から意見を聞くようにしている。話し合ったことは運営に取り入れている。	
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	職員の言動・発言には慎重に務め、能力の低下を防ぎ、統一されたケアを実践し指導者を設けている。遅れがちな職員にはマンツーマンの指導を実施し、やりがいやケアの向上に努めさせている。		
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	専門職(看護)の定期的な勉強会を開催し、ケアの統一向上に努めている。個人個人に不安の無い職場環境を心掛けている。		

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
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	同業者との積極的な交流を図り、問題点や疑問点を話し合う場を設けている。定期的に食事会をセッティングし日頃の不安・不満等を打ち明けてもらいコミュニケーションを取っている。		
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	入所前の出来事や生い立ち等生活されていた環境を家族や友人から聴取し、介護生活の中に活かして行くよう努めている。出来るだけ生活環境を変えずに生活していけるよう心掛けている。		
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	家族の負担を考慮し、できるだけ負担のない施設生活の援助を行っている。		
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	介護度に関わらず他のサービスの種類や方法等説明・アドバイスを行い家族の心配や不安を援助している。		
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	事前調査での生活の質を大切に、共にこの施設で生活している者として一緒に安心して過ごしていただけるよう、寄り添って援助している。		
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	受診や外出は家族様対応を基本とし、イベント等は積極的に参加を依頼している。家族様対応が困難な場合は、家族の立場に立ち職員が対応している。		
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	友人の面会は厳しいのか中々来る人はいない。外出企画で買い物をして頂いたり、外食をしたりと施設外生活を思い出していたくようにしている。	事業所の行事や買い物で外出したり外食に出かけるなどしている。また、家族の協力でもらうなど関係継続への取り組みが望まれる。	家族の協力を得て、本人が長年交流してきた知人・友人などへ声をかけてもらおうなど関係継続への取り組みが望まれる。

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	共有スペースや居室内の環境整備を一緒に行い、定期的に席替えやテーブル配置換えを行い、気の合う人を探して頂く。常に集団で物作りや歌を唄い孤立することの無いように努めている。		
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	グループホームの生活が困難になり退所された方は1名(療養型入所)ケアマネを通し状況の確認はできている。時折家族様が施設へ状況を報告に来てくれる。関係性は良好である。		
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	ケアチェックを三か月更新で実施。その際本人の意向や家族の意向を確認する。本人の意向確認は困難である場合が多い。その時は家族の施設内での意向を確認しケアにあてている。	計画担当者が入居時にフェイスシートを使いアセスメントを行い、情報を把握するようにしている。入居後は本人や面会時に家族から意向を聞いて把握に努めている。本人の言葉や状況も日々の記録に残し、検討する際参考にしながら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	ご家族様やご親戚の方が来所された場合は、これまでの施設生活や普段の施設生活を説明し、以前はどうであったかを聞き日々の生活に活かしている。		
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	ケアプランに沿った日々の生活を援助できるよう工夫している。		
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	定期的にケアプランの見直しを実施している。カンファレンスの際には家族に意向や本人の意向を尊重できるようスタッフも率直に意見を出し合い現状に合ったプランを作成している。	原則6か月ごとケアプランの見直しを行っている。毎月職員ミーティングで利用者ごとの状況を話し合い、それをもとに計画担当がモニタリングしている。見直しは、カンファレンスで職員の意見を聞きながら、本人、家族からの希望も反映し策定している。	
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	一枚の用紙に排泄・入浴・食事・短期目標が書かれた書式を共有し、毎日の生活を援助している。		

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	利用者様の体調や気持ちの変化に合わせた対応を心掛け、事故や喧嘩の無い環境作りを心掛け、在宅に近い施設生活を援助している。(こたつスペースの設置)		
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	利用者様や家族様の意向や状況にあったサービスの提供を心掛けている。(訪問理美容・訪問歯科・訪問看護)等		
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	家族様の意向で入所前からのかかりつけ医がある場合はそのまま延長して頂いている。その他の利用者様は、嘱託医が月1回往診を実施され体調管理・急変対応をしている。24時間看護師のONコールも可能でありスタッフ一同連携を図っている。	入居時に本人、家族の希望に応じてかかりつけ医、訪問医を選択している。かかりつけ医の受診は基本的には家族の同行をお願いしているが対応が困難な場合は、職員が同行している。受診結果は記録し家族、職員間で利用者の健康状況を共有している。	
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	三人の看護師が毎日従事者として勤務している為急変や体調不良時は直ぐに対応できる。介護職員に対しても医療の勉強会を実施し日々のケアにあてている。		
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。	入院時は看護職員が同行し、病院サイドへ日々の生活やADL・服用している薬の説明を細かく申し送ることができ家族様の負担の軽減に努めている。		
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	終焉の場の聴取は積極的に聴取しているが、具体的にマニュアルや文章化したものが無い為、早急に作成する方向性である。	入居時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」により内容を説明し利用者、家族から同意を得ている。訪問看護事業所と連携し、看護師を講師に研修を行い終末期の対応について学んでいる。現在、看取りについてのマニュアルを作成中であり体制整備を進めている。	
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	看護師が中心となり勉強会や個別指導を実施。急変時は看護師へのONコールの体制も整っている。		

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2回から3回の訓練を実施。マニュアルの活用もなされている。地域との関係性は今後の課題であり早急に結果を出す必要がある。	消防署立ち会いの総合防災訓練を1回、夜間想定を含めた火災・地震の自主訓練を2回実施している。地域の協力体制はまだできておらず、運営推進会議開催時に訓練を計画し実施予定となっている。また、非常時に備え、水、食料を備蓄している。	開所後日が浅いので、全職員が夜間時の避難訓練を経験できるよう計画的に取り組むことが望まれる。また、地域コミュニティが薄い新興住宅街にあり、日ごろの活動の中で地域との協力関係作りが望まれる。
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	人格の尊重や誇りやプライバシー、羞恥心に配慮した声掛けに心掛けている。排泄・入浴・お着替えはさりげなく実施している。	マナーや接遇について内部研修を行うとともに職員同士が互いに注意しあい、利用者の人格を尊重し、プライバシーに配慮した支援に努めている。定例ミーティングでも言葉かけや支援方法を話し合い共有している。個人情報も別室の鍵付きロッカーで適切に管理している。	
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	入浴後のお着替えの服は自分で選ぶ等して頂いている。		
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	職員の業務優先になりがちであるが、個人個人のケアプランに沿った生活を意識して日々の生活援助を行っている。		
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	定期的に訪問理美容のサービスを提供し、居室担当者が衣替えを一緒に行う事で身だしなみを維持されている。		
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	職員も利用者様と同じ食事を毎食摂取している。テーブルを囲み食の大切さや作ってくれた人への感謝の気持ち等を話している。その日の出来事や一日の流れ等の会話も忘れない。	利用者は野菜の皮むき、下膳、食事の声掛け等、できることに楽しく参加している様子が見られた。系列の管理栄養士が作ったメニューをもとに、好みや季節感を取り入れて調理し、職員も一緒に食卓を囲み会話をしながら食事を楽しんでいる。また、畑で野菜を作り、食材に使うほか、ずんだ餅、サツマイモ羊羹などおやつ作りも一緒に楽しんでいる。	
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	管理栄養士が献立を立ててそれに沿った味付け調理法を実践している。水分量も一日目安を立て平均に摂取して頂く。		

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	口腔アセスメント表を作成し、看護師は中心となり定期的に磨き残しのチェック(染め出し)を実施。自立利用者様には、定期的に磨きの講習を行っている。		
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	個人にあったおむつを検討し、排泄パターンを検討。手引きトイレ誘導やベット上交換等を実施している。	「ノーオムツ」を目標に、利用者一人ひとり排泄パターンを把握し、トイレに誘導し、自立排泄を支援している。入居時は1時間おきにトイレに誘導するなど、排泄状況を細かくアセスメントしている。パットなど排泄ケア用品も利用者にあったものか検討し削減に努めている。	
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	毎日生活関連動作の機能訓練を実施。研修会で講習した内容を取り入れ排便コントロールに活かしている。薬に頼らない排便を実践。		
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、個々にそった支援をしている	曜日は固定しているが、希望者があれば入浴はできる体制を整えて楽しい入浴を実施。選べる入浴剤の実施で快適な入浴を心得ている。	入浴表を作り入浴日を決めているが、利用者の希望で柔軟に対応している。入浴時間も本人の希望で夕方も対応している。入浴を拒否する利用者には、職員を変えたり、時間を変更し対応している。また、利用者に入浴剤を選んでもらうなど楽しめる工夫もしている。	
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	早寝早起きを推奨しているが、個々の生活スタイルがあるため、就寝時間はバラバラである。昼に1時間の休息タイムを設けテレビをつけず頭を休め身体を休める時間を設けている。		
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	看護師が作成を実施。(一包化)個人ファイルに服薬している薬情報を添付しスタッフ共有で確認できる。飲ませ忘れ・間違いの無いように別紙作成し、3人が準備・確認・与薬担当として確認している。		
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	ケアプラン個々の役割を記載、実施援助している。役割が周りの利用者様の刺激となり率先して洗濯たみやテーブル拭きを行える。		

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	季節により外出計画を立て季節の移り変わり、変化を楽しんでもらうことができています。	家族も参加できる日帰りバス旅行や花見、紅葉見学、外食などで出かけている。随時、近隣のコンビニまで買いものを兼ねた散歩や敷地内散策などで気分転換をしている。また、家族の協力を得ながら、ドライブ、外食などの機会も作っている。	
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	外出計画の中に買い物をする。必要な物を買う。決められた金額で買い物をする。等の実践を行っている。		
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	電話が可能な家族様には、定期的に電話をかけていただきコミュニケーションを図っている。		
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	月毎に壁画を一緒に作成し、四季の移り変わりを実感して頂き、完成した壁画が自分で作成した喜びを実感し、楽しんでいただいている。適切な室温・湿度調整表を張りスタッフで共有している。	日々の清掃、温度や湿度管理を適切に行っている。壁面の一部に利用者との共同作品を飾り季節感を感じられるようにしている。共有空間は、表示もシンプルで過度な飾りつけもなく、混乱を生じることなく落ち着いて生活できるように配慮している。	
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	個室である為個人のプライベートは確保され、共有スペースにもたまたみこたつと気の合う人とお茶を入れたり、お菓子を食べることができ、会話は弾んでいる。		
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	居室の環境整備は基本的には家族様と利用者様が実際に行っているが、担当職員と利用者様が一緒に環境整備(衣替え等)を行い安全に快適な居室づくりできている。	利用者は家族と相談してテレビ、記念写真、家具などなじみのものを持ち込んで部屋作りをしている。これまでの習慣を活かし、床に布団を敷き生活している利用者もおり、その人らしく生活できるように配慮している。	
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」「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	バリアフリーである為段差はなく手すりも設置され浴室・トイレ・非常口全てにおいて表示されている。混乱することなく自立を目標に生活援助できている。		