

### 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	0792020018		
法人名	株式会社あいの里		
事業所名	川俣町 かえでの森		
所在地	〒960-1402 福島県伊達郡川俣町八反田3-2		
自己評価作成日	平成30年10月30日	評価結果市町村受理日	平成31年2月22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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/07/index.php</a>
----------	---

【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30年12月7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)】

ご本人様とご家族様の時間を大切にしています。ご利用者様もご家族様も安心できるような面会に来られた際には日頃の様子を伝えられ、またご家族様からも聞けるような雰囲気作りをしています。今まで大切にしてきたことや習慣が継続できるようまた、利用者様のご自分の想いや意見が言えるよう傾聴、雰囲気作りをし一人一人に合わせたケアに努めています。

【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. 日頃から、個々の利用者の行きつけの店舗や理・美容院に職員が付き添って行くなど馴染みの関係が途切れないように支援している。また、自宅が空き家になっている利用者の希望に従い、定期的に自宅を職員とともに訪問し、郵便物等を回収するなど、馴染みの場所との繋がりを支援している。  
 2. 「利用者ができることを、今支援する。」との共通認識のもと、利用者が希望したことを間を置かず実現するように努めている。利用者の希望に沿った買い物や散歩など職員の勤務状況を見ながら、当日か遅くとも翌日には支援できるようにしている。また、個々の利用者の希望により、外食等も随時、職員が同行して出かけるなど利用者が望む生活を積極的に支援している。

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、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	会社の理念を基にかえでの森としてチーム目標を立てそれが達成できるよう心がけている。又、会社の理念は全体会議時に全員で唱和することで自身のケア等の振り返りをそれぞれに行うようにしている。	本所で作成した理念を、そのまま事業所の理念としている。理念は玄関に掲示し、また毎月開催している全体会議の冒頭で、職員全員で唱和し、周知を図っている。さらに、日頃のケアやモニタリングなどの場面で理念に立ち返ることを通して実践に活かしている。	毎年、理念を踏まえ、職員で話し合い各ユニットのチーム目標を定めて理念の実践に活かしているが、本社の理念を事業所の理念としていたため、事業所独自の理念の策定が望まれる。
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	町での行事(祭りなど)に参加できるよう心がけている。又、買い物や散歩へ行き利用者が近所の方と会える機会や地域の方々と触れ合えるようにしている。	町内会に加入し、一斉清掃などの地域活動に職員が参加している。日常的に、散歩コースの保育園や神社、買い物に行った店舗などで近隣住民との交流を深め、馴染みの関係ができています。また、利用者は職員とともに町内の祭りや小学校の運動会などに出かけたり、さらに事業所の敬老会などの行事に招待して地域住民と交流を図っている。	
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と連携し認知症カフェの開催。また、利用者の親せきの方や見学に来られた方へ分かりやすいよう説明している。		
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	地域包括支援センターの方や役場の方、ご家族の方からも意見や助言を頂き参考にさせて頂いています。	町保健福祉課職員、地域包括支援センター職員、民生委員、家族代表、本社代表、管理者等がメンバーになり2か月1回、開催している。毎回、運営推進会議には、全てのヒヤリハットや事故、利用者の状況、行事の実施状況や予定などを報告している。メンバーからは活発な意見が出されており、出された意見は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に取り組んでいる	運営推進会議の際に担当職員の方に参加して頂き、又定期的に役場へ行き取組みを説明している。	町保健福祉課の担当職員が運営推進会議のメンバーとなっており、事業所の実態や課題についての理解が図られている。また、日頃から管理者や計画作成担当者は、役場に出かけ情報交換を行うなど、協力関係ができています。	
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	身体拘束マニュアルに基づき、又身体拘束適正委員会を設置し毎月ユニット会議時に身体拘束をしていないか、しそうなっていないかを確認。新人職員にはマニュアルの説明も行っている。	身体拘束防止のためのマニュアル「身体拘束等の適正化指針」を策定し、毎年、マニュアルを使用して研修会や勉強会を開催し、周知を図っている。また、不適切ケアチェックリストによる日頃のケアを点検し、ユニット会議で話し合いを重ね、身体拘束をしないケアの実践につなげている。	

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
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	高齢者虐待マニュアルに基づきケアの中で随時検討し適切なケアができるようにしている。		
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	研修にて成年後見制度について学んだが実践にはいたらない。		
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	契約書に添って説明を行っている。分からないところがないか随時確認し、あれば詳しく説明している。		
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	ご家族様が来られた際に話す機会を設け日頃の様子等をお伝えしている。意見や要望等がある際はそれをお聞きしケアプランや日常の過ごし方等のケアに反映させている。	利用者との会話を大切にし、特に、居室や入浴時、夜勤帯で職員と2人だけになる時に、訴えや話しかけてくることが多いので、傾聴に努め、本音や苦情を把握している。家族からは面会時や電話で意見や要望を伝えてくる人が多いので、日頃から話しやすい雰囲気作りに努めている。	
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	月に1度の全体会議時に代表、介護事業部長、ブロック長が出席し各ユニットの状況報告、又そこで職員の意見等話す機会を作っている。	管理者は年2回、職員と個人面談を行い、意見や要望を聞いている。また、職員会議で職員の意見を聞く時間を設けている。職員からは、これまで研修方法や人材確保に関するアイデアが出され、運営に活かしている。	
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	年間目標を立て、個人面談を行い状況の把握評価している。		
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	受講できる資格の学習準備、年数と合わせた内容を本社で実施している。		

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	2か月に1度行われているグループホーム協議会へ出席し情報交換や研修の報告を受け内部へ伝えている。又、同会社の他事業所へ訪問し良かったことなどを自事業所でも実施している。		
<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	馴染みの食器や家具等、自宅で使われていたものを持ってきて頂き少しでも安心できるようにしている。		
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	話をする機会を積極的に設け不安なことなどを聞いている。又、月に1度は手紙・写真を送り、遠方に住んでいるご家族様の場合は定期定期に電話での報告をしている。体調の変化等重度化する前に連絡し、ご家族様と情報を共有している。		
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	ご本人、ご家族様等とお話をし生活歴や習慣、好きなものなど聞きそれを実行できる環境をつくり、継続できるよう支援する。		
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	洗濯物干し・たたみや買い物、料理の下ごしらえなどを一緒に行っている。		
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	病院への受診、外食、自宅、美容室等ご家族様と行き来され、過ごされています。		
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	いつでも馴染みの方たちが来所できるような雰囲気作りを行っている。又、馴染みのスーパーでの買い物をする事によって途切れないように努めている。買い物に行くことで、声をかけられる場面もあります。	日頃から、個別に、利用者の行きつけの店舗や理・美容院に職員が付き添うなど馴染みの関係が途切れないように支援している。また、空き家になった自宅への訪問を希望している利用者には、定期的に職員と一緒に自宅へ出かけ、状況確認と郵便物の回収を行うなどの支援をしている。	

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
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	利用者一人一人の性格や変化に応じてテーブルやイスの配置を考えている。孤立したりしないようスタッフが間に入り声掛けするなどその都度対応している。		
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	入院時にはお見舞いへ行っている。また、ご家族様に合った際にはお話をし不安なこと等聞いている。病院側と情報の共有もしている。		
<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	自宅で過ごされていたときのことをご本人・ご家族様から聞き、又会話をしていく中でご本人の気持ちや要望等をくみ取れるよう努めている。	入居時やケアプランの見直し時、面会時に利用者や家族から、思いや意向の確認をしている。特に、日頃のケアの中で買い物などの行き帰りや入浴時の生活場面で利用者が言ったことやつぶやいたことを傾聴し、さらに表情や動作を観察してスタッフ会議で話し合い、思いや意向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	ご家族様、以前使われていた事業所または病院などから情報を頂いている。		
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	生活記録シートの活用。体調、状態の変化があった際には随時スタッフ間で相談や月に1度のユニット会議時に情報の共有をしている。また、ご家族様にも報告をしている。		
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	担当で話をしその後ユニット会議の際にモニタリングを行っている。又、面会時などにご家族様にも意見を頂いている。	ケアプランは、利用者本人や家族から希望を確認し、担当職員の意見を踏まえて、ユニット介護で他の職員と話し合っって計画作成担当者が作成している。毎月、モニタリングを行い、1～3カ月の周期でケアプランの見直しを行っている。また、利用者や家族の希望や状況の変化に伴い、見直し時期に到達していなくとも、随時、見直しを行っている。	
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	生活記録シートに記入しスタッフ間での情報の共有を行っている。変化があった際にはユニット会議の際にカンファレンスを行っている。		

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	ご家族様と定期的に連絡をとるように努めており、ご家族様が対応出来る時には行っていただき、出来ない時にはスタッフで行っている。		
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	敬老会では地域の方との交流が少しでも出来る様町内にポスターを貼付させていただき、また町内の方にボランティアとして参加して頂いた。		
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	入居前と同じかかりつけ医にかかっている。受診後にはご家族様から受診結果等を聞き情報の共有をしている。	入居時に受診について、利用者、家族、事業所と話し合いが持たれ、現在は、家族による通院介助を基本にしたかかりつけ医の受診が大半である。なお、受診結果は、家族より事業所に報告があり、情報の共有を図っている。医療連携により週1回訪問看護による健康管理が実施され記録に残し、職員間で共有し支援している。	
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	医療連携の体制があり週に1度、健康チェック・相談を訪問看護師にして頂いている。異変等あれば随時、電話にて相談・指示等して頂いている。必要があれば、個人契約し対応する時もあります。		
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。	介護サマリーを渡し、また施設での状況等情報提供をしている。お見舞いへ行き看護師や相談員の方に現在の状況を聞きながら退院後の生活の検討も行っている。		
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	入居時に重度化や終末期についての話はご家族様と話をしている。入居後は状態に応じて随時、今後についてということでご家族様や主治医と話をしている。	「重度化対応・終末期ケア対応指針」が策定されており、入居時に事業所より利用者、家族説明があり、同意書を受けている。なお、入居後は、利用者の心身の変化に応じ、その都度、家族、主治医、事業所と話し合いを持ち、家族の希望に沿った介護、看取り計画を策定し、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	普通救命や上級救命の講習を受けている。消防署の協力を得て定期的にAEDの使い方や避難訓練、消火器の使い方など確認している。		

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
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	消防署の方に協力して頂き年に2階避難訓練を行っている。また、夜間だった場合などの状況もあるため訓練時に日中帯と夜間帯の避難方法や避難場所などの助言を頂いている。	年2回消防署の協力と指導、助言を得て避難訓練を実施している。なお、訓練の中で日中帯や夜間帯を想定した避難訓練を実施している。非常時用の備蓄品は、米、水、缶詰等約3日分準備されている。利用者の居室の入口には、防災頭巾が用意され、頭巾の有無により、避難の確認に活かしている。	年間避難計画の基、火災、地震、風水害及び、重度の方の避難や夜間避難訓練の回数を増やし実施することが望まれる。また、近隣の方々の協力体制を運営推進委員と協議し、構築し、防災機器の取り扱い方法の再確認及び訓練も実施して欲しい。
<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	利用者一人一人に合わせ言葉かけや対応を変えるようつとめている。違和感や不適切な言葉かけをしていた場合には職員同士で声掛け合っている。	利用者一人ひとりに合わせた言葉掛けや対応に努め人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないように全職員が意識を持ち支援している。また、言葉遣い、マナー、接遇をテーマとした研修をマニュアルを再確認しながら実施している。	
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	ご本人に決めて頂けるよう傾聴している。またそれが難しい時には選択肢を少なくしご自分で決められるよう一人一人に対応を併せている。		
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	朝食や入浴などご本人に合わせてその方の気持ちや考えを優先するよう心がけている。		
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	季節に合わせた服装を選べるよう、衣替えをご家族様や職員と一緒にしその季節に合ったものが着れるようにしている。また、出来ない部分への声掛け、支援をしている。		
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	広告を見ながら食べたい物などを考え、買い物へ行きまた、調理の下ごしらえや盛り付けを一緒に行っている。	食事が楽しいものになるよう日頃から利用者とのコミュニケーションをとり食べたいものを把握し、旬の食材をメニューに取り入れている。職員と一緒に食材の買出しに出かけたり、調理の下ごしらえや盛り付け等を行っている。食事は、同じメニューを利用者と職員が会話をしながら一緒に食している。また、個々の利用者の希望により外食等へも出かけ支援している。	
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	生活記録シートに食事量・水分量の記入し把握・職員間での情報の共有、個々の状況に対応できるよう支援を行っている。		

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
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	忘れてしまう方やご自分で出来ない方は声掛けをし一緒に行っている。		
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	一人一人に合わせ日中帯・夜間帯と対応を分けている。不快感がないよう努めている。	排泄チェック表を活用し利用者個々の排泄パターンを把握し、利用者の行動や仕草、表情から汲み取り、プライバシーや排泄に対する羞恥心や不安感に配慮しながらトイレでの自立した排泄が継続出来るよう支援している。	
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	乳製品や野菜の摂取の工夫をしている。買い物や散歩など適度な運動が継続できるようケアに努めている。		
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	いつでも入浴できるよう準備している。また、入浴を好まない方もいるのでその際は入浴の前後の関わりに工夫をするようにしています。	利用者の入浴時の羞恥心や不安感、負担感等に配慮し、希望や生活パターンを取り入れ入浴したい時いつでも対応出来るよう支援することで入浴が楽しいものになるよう努めている。拒否する方には無理に勧めず、話題を変えたり、時間を変更し支援している。体調に合わせて足浴、シャワー浴や清拭で対応している。時期に合わせ、毎日ゆず湯を取り入れている。	
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	午睡や夜間の睡眠は自由にリビングや居室にて休まれており時間も決めず各々に過ごされています。		
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	服薬内容はいつでも分かるよう生活記録シートのファイルに挟んでいます。また、服薬はケース記録に記入しています。変更時には生活記録シート・申し送りノートに記入し職員での把握に努めている。		
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	誕生日会には職員全員参加し、またご家族様にも参加して頂きお祝いしています。今までの生活習慣や趣味などを参考にしご本人の大切にしている事や一番活躍されていた頃をたてる事をコンセプトとして考えています。		



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
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	ドライブや散歩、買い物へ出かけています。また、夏祭りや秋祭りへも参加しています。	事業所の行事として、地域の祭りや花見、ドライブ等に出かけている。また、利用者の希望に沿って買物や外食、美容院、神社等へ職員が同行し利用者の望む生活を積極的に支援している。家族支援により、通院、買物、外食等へも出かけ気分転換、ストレス解消の機会としている。	
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	職員と一緒に買い物へは行き値段を確認することはあるがご自分でお金を所持したり、支払は出来ていない。		
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	月に1度写真を送っている。ご自分で書きたいと話す方は書いてはいるが全員ではない。年賀状は書くことが出来る方には一言書いて頂いた。		
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	エアコンや除湿などで快適に過ごせるようにし、また冬場はレッグウォーマーやひざ掛けなどの使用もしている。飾付は季節感を感じられるよう職員と一緒に作っている。	食堂、リビングの湿度管理は、朝、夕2回実施している。壁には、入居者の写真、季節を感じる作品等が飾られている。また、ゆっくり休めるよう和室、廊下には、ソファ等が置かれている。ベランダからは外の景色を楽しめられ、利用者職員とが一緒に作った干し柿が吊らされていて、生活感や季節感が漂っている。	
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	リビング以外にも椅子やソファを置き、気を遣うことなく好きな時に好きな場所で過ごせる様に配慮している。		
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	ご家族様とも相談しなるべく自宅で使われていたタンスや家具、寝具などを持参して頂いている。置く場所をご本人とも相談し配置している。	居室には家族と相談をして、自宅で使い慣れたベット、テレビ、タンス、机等が持ち込まれ、また、孫やひこ等の家族写真や誕生日の記念品が飾られて楽しみのある、ゆったりとした生活空間が作られている。	
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を送れるように工夫している	ご本人がトイレや浴室、自室が分かるよう分かりやすく表示している。		