

### 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	0792600041		
法人名	社会福祉法人 両沼厚生会		
事業所名	グループホーム結和		
所在地	福島県河沼郡会津坂下町字中岩田91		
自己評価作成日	平成30年11月30日	評価結果市町村受理日	平成31年2月14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31年1月9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)】

「住み慣れた地域で楽しみながら生活できるよう支援していきます」「今までの趣味が続けられるよう支援します」「よく話を聞いて優しく接します」「おいしく物が食べられるよう努めます」4つの基本理念を中心に、自分だったらどうして欲しいか利用者の立場で物事を考え対応していきます。

【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. 職員の大部分が介護福祉士の有資格であり、外部研修を含めた年間研修計画を立て計画的に研修を実施し、職員の資質向上に努めている。また、管理者を中心に理念や個別のケア等についての話し合いやコミュニケーションが常になされており、職員間の連携が図られ、良好なサービスの提供につながっている。  
2. 利用者の「行きたい時が行きどき」をモットーに、利用者の希望に従い自宅や四季の名所巡りなどへの外出支援を行い、また毎日夕方に入浴できるようにしている。食事も利用者話し合っ利用者好みでメニューを決め、3カ月に1回は、それぞれ好きなものを食べに外食に出かけるなど住み慣れた地域で楽しみながら生活できるように、利用者の希望に沿った生活の実現に努めている。

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

		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
<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	管理者と職員全員で作成した理念を玄関に掲げている。入社時に各自確認し、理念に基づいた対応ができるよう心掛けている。意識が薄れないよう会議で再確認を行っている。また、定期的に理念の見直しを実施している。	法人の理念を踏まえた事業所独自の理念を策定している。理念は、自分たちが受けたい介護とは何かを職員で話し合った内容をまとめ、毎年、職員会議で理念の再確認や見直しを行いながら浸透を図っている。さらに、出勤時に目に触れるように理念を玄関に掲示し、職員への意識付けを図っている。	
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	町内会に加入し町内の行事などにも参加している。また、運営推進会議で地域の行事を教してもらい、行事には積極的に参加している。	町内会に加入し、祭り・歳の神など地区の行事に利用者とともに参加している。また、利用者は職員と一緒に、毎日、近くの店舗へ買い物に出かけ、地域の人々と日常的に交流を図っている。さらに地元中学校など2校の職場体験を受け入れて、利用者との世代間交流に努めている。	
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	今年度、敷地内全体で認知症サポーター養成講座を受講。認知症の理解をしてもらえるよう地域から要請があればいつでも応じることができ、その旨を運営推進会議の中で地域や町に伝えている。		
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	地域の方に委員として参加して頂き、町内の行事を教えてもらったりしている。また、情報を公表して意見やアドバイスを頂いている。	運営推進会議は、事業所内が手狭なため隣接の系列施設を会場に2か月に1回、開催している。家族及び利用者が参加し毎回、交代で全員が参加できるようにしている。遠方に居住している家族が多いため、家族代表は欠席がちであるが、事前に議題等への意見を確認し運営に反映できるようにしている。	
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	運営推進委員として町の担当職員や地域包括支援センターの職員にも参加してもらっており、意見やアドバイスを頂いている。町の状況や今後の動きなども教えてもらっている。また、町の介護保険運営協議会の委員として会議に参加もしている。	町の担当職員が、運営推進会議のメンバーになっており、事業所の実情について情報共有が図られている。また、運営推進会議には、今年度から町の直営になった地域包括支援センター職員も参加しており、さまざまなアドバイスを受けるなど協力関係が構築されている。	
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	定期的に身体拘束についての内部研修を行い、職員全体で理解できるよう取り組んでいる。また、行動や言葉の拘束についても行わないよう努めている。予測されるリスクについても家族と相談している。	身体拘束廃止委員会の担当職員から、職員会議で、問題点や課題についてその都度、報告や注意がなされ、浸透が図られている。また、事業所内で定期的に研修会を実施し、周知徹底を図っている。日頃から職員が互いに注意し合える関係ができており、「待つて」のようなスピーチロックを使用しないよう声かけを行っている。	

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
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	職員は介護福祉士やヘルパー2級の資格保有者であり、虐待に関する知識もある。また、定例会議にて何が虐待にあたるのかなど話し合いを行い、理解を深めるよう努めている。		
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	成年後見制度を活用されている方と関わっている。関係機関や後見人と情報を共有し協力し合い支援している。		
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	入居前に重要事項説明書などを用いて説明し、理解納得して頂いたうえで契約締結している。		
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	運営推進会議にご利用者様やご家族様に出席して頂き意見をいただいている。参加できない場合には事前に意見を頂き、その意見を定例会議にて報告し職員間での会議に反映している。	家族と利用者に、交代で運営推進会議に参加願ひ、意見を出して貰っている。また、利用者は、全員会話が可能であるため、日頃の会話を通して意見の把握に努めている。さらに、家族からは面会時に、職員から声かけを行い、意見や要望を伺うように努めている。出された意見等はケアや運営に反映している。	
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	申し送りの際に随時意見を出してもらい、管理者も含めた職員間で対応など検討している。その他、定例会議にて問題点など話し合いをしている。また、必要に応じて代表者に報告している。	毎日の申し送り時に、職員から気づいたことや意見を出してもらい、必要に応じ話し合いの時間を設けている。また、職員会議で職員の意見を聞く時間を設けている。定期的には実施していないが、職員からの申し出により個別面談を行い、出された意見は運営に反映するように努めている。	
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	休暇の希望を反映させた勤務表作成に努めている。また、労働時間も定時で退勤できるようにしている。代表者は時折事業所に出向き、職員の状況を把握し働きやすい環境の整備に努めている。		
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	敷地内での研修を行っている。また、状況に応じて外部研修に参加できるように努めている。他に職員間での勉強会や伝達研修を行っている。		

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
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	GH連絡協議会に加入し研修会等参加している。実践報告会への参加も含め、積極的に研修に参加し、他施設との交流を心掛けている。		
<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	入居前に本人家族や関係者からの情報を基に、不安に対しての説明を行っている。入居時は特に本人の言葉に耳を傾け些細な変化を見逃さないように職員で協力し合い対応している。		
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	契約説明時などご家族の不安や要望を聞き、入居後の支援に反映できるよう努めている。		
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	入居相談の時点で話を聞き、必要があれば他施設等の紹介なども行っている。担当ケアマネージャーに連絡したり、無理のないサービス提供に努めている。		
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	家事全般において能力に応じたことを一緒に行っている。畑仕事や地域的な風習など職員と入居者で協力して行っている。		
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	面会時や電話、毎月の状況報告で現在の状況について伝え、情報交換に努めている。受診等家族の協力を得、本人と家族の絆が切れぬよう努めている。		
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	今まで利用してきた美容室の利用やかかりつけ医の受診を継続して頂いている。また、家族の協力により外出や外泊などもできている。家族や友人にはいつでも面会可能なことを伝えている。	自宅訪問や田畑の確認を要望する利用者については、職員と買い物に出た帰りに立ち寄るなどの支援をしている。利用者が作成した絵手紙やクリスマスカードを事業所通信と一緒に家族へ送付している。その通信に、職員が利用者の状況を一言添えるなど、関係が途切れないよう努めている。	

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
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	認知症状や性格、行動を把握しその人らしい生活できるよう努めている。利用者同士、お互いに助け合える人間関係を築けるよう支援している。		
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	他施設に情報提供を行い、他施設に移られた後も状況に応じ面会に伺っている。退居後も家族が事業所にお茶のみに来たりしている。		
<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	日常的な生活の中の言葉や関わりから、本人の希望や意向の把握に努めている。また、日々の生活で行いたいことなどミーティングや定例会議などで意向に沿えるよう検討し取り組んでいる。	センター方式のアセスメントシートや24時間シートを活用し、利用者の思いの把握に努めている。また、日常生活の中で、利用者が漏らした言葉を大事にして記録に残し、思いを職員全員で共有できるようにしている。さらに、利用者の様子に異変が見られる時は、担当職員がゆっくり話を聞く時間を設け、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	入居前に情報収集を行い利用に繋げている。定期的なアセスメントだけでなく、入居後も会話や行動の中などから継続した情報収集に努めている。		
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	一人一人の個別ケアができるよう努めている。また、職員間での情報共有ができるよう申し送りの徹底を図っている。		
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	モニタリングやアセスメントでの、本人や家族の要望を次回のプランに反映させている。介護計画については職員がすぐに確認できるところに置き、情報を共有している。	ケアプランは、担当職員がアセスメントを行い、管理者がチェックのうえ、職員会議に諮り皆で話し合っ作成している。モニタリングは、毎月の職員会議で行っている。ケアプランは原則3か月で見直しているが、状況等の変化に応じて、3か月未満でも随時、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	個別記録や申し送りノートの活用により情報の共有を徹底している。業務や対応等について毎月の定例会議にて見直しを行っている。		

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	一人一人のニーズに対応して、気分転換を兼ねての外出等行っている。季節や天候、体調に応じての活動等、臨機応変に対応している。		
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	地域の中学校の職業体験の受け入れを行っている。また、町の行事や祭りへ参加など、楽しみある暮らしができるよう支援している。		
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	今までのかかりつけ医を大切に、データや状況報告等持参して頂いている。状況によっては職員同行し適切な医療が受けられるよう支援している。また、有償ボランティアを利用していても情報を共有しスムーズに受診対応ができています。	受診については入居時に丁寧に説明され、家族同行でかかりつけ医の継続受診となっている。家族が遠方で受診同行が困難な場合は家族が有償ボランティア事業所と契約し受診している。家族及び医療との連携は密で、利用者の健康データを共有している。	
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	体調不良やバイタル異常等があった時には隣接の同法人の看護師に連絡しその都度対応して頂いている。状況に応じて協力病院の医師とも連絡を取ってもらっている。また、通常の状態も把握できるよう隣接施設との交流を図っている。		
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を行い、入院中も面会に伺ったりMSWや家族と連絡を取り合っている。		
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	状態の変化などは家族へ報告し、必要に応じて受診等依頼している。申込みや入居の際に重度化や終末期に向けて方向性を説明し、家族の同意を得ている。また、状態急変時の対応など会議にて話している。	重度化や看取りについて入居時に説明し家族の同意を得ている。「重度化・終末期の対応に係る方針」も作成している。また、急変時の対応はマニュアルを作成し、利用者ごとに話し合いも行っている。	
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	緊急時対応のマニュアルはいつでも目を通せるようにしている。また、緊急時の持ち物をすぐに持ち出せるよう準備している。夜間緊急時の職員の協力体制も整っている。普通救命の講習も受講している。		

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	毎月避難訓練を実施している。火災や地震、日中と夜間想定や通報訓練など計画を立て実施している。また、敷地内合同での避難訓練も実施している。	毎月利用者と避難訓練を行っている。運営推進会議に合わせ、夜間想定避難訓練に参加頂き、事業所の消火に関する設備の説明及び「夜間の訓練は認知症の特性で不穏になるリスクを冒さないで職員だけが夜間避難の動きを行うよう」消防署より指導があった旨等を伝え理解を得た。非常災害に備え、水、食料や物品を備蓄している。	
<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	認知症の程度や生活歴、性格など把握した上で一人の人間として受け入れるよう心掛けている。また、その人に応じて声掛けの内容など考え実施している。尊厳を守るためにも接遇について定例会議の中で話し合いを行っている。	介護計画書の作成に介護支援専門員・担当職員を中心に全職員が関わり、利用者を深く理解し尊厳を守る気持ちを高めている。また接遇研修を行い、日々の業務の中でも言葉遣いを中心に、職員間でお互い注意し合い誇りやプライバシーに配慮している。	
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	日常生活の中でその人の能力に応じて選択肢を提示し、自己決定の機会を作るようにしている。		
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	生活の中で生活リズムが崩れない程度に気分や体調に応じた生活ができるよう対応している。		
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	外出の際に衣類を選んだり、おしゃれを楽しんでもらえるようにしている。		
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	買物や調理や片づけなど無理のない範囲で一緒に行い、食事の際も共有の時間を楽しんで頂けるようにしている。また、季節の食材や行事食など楽しめるよう検討して対応を行っている。	L字型のテーブルを利用者・職員で囲み、楽しく食事を摂っている。献立から片付けまで利用者が役割を持ち職員と一緒に取り組んでいる。買い物は交代で出かけ、心身に刺激を受け効果的な機能訓練ともなっている。また、職員に栄養士がいて薄味で毎日牛乳の提供もありバランスの良い食事が摂れている。3か月に1回は外食にも出かける。	
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	食事や水分摂取量は毎食ごとに記入している。また、バランスのとれた食事ができるよう栄養の内部研修を実施したり、栄養士に確認・指導を行ってもらっている。		

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	食後口腔ケアの声掛けや見守りを行っている。就寝時には義歯の洗浄を行い口腔内の清潔を図っている。		
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	排泄能力に応じたケアができるよう努めている。できるだけおむつ類は使用しないよう心掛けており、使用については状況を伝え家族とも相談のもとで行っている。また、排泄チェックを行いトイレでの排泄ができるよう努めている。	自立排泄が長く続くよう、家族と話し合いを持ちながら、汚れた感覚がわかる布パンツを使用し、自立を促している。入居前は紙パンツを使用したが、入居後は布パンツ・トイレでの排泄に移行出来た利用者が5名いる。失敗時は羞恥心に十分配慮し支援している。	
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	排便のチェックを行っている。水分摂取量や食物繊維、乳製品の摂取などに注意している。		
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	毎日入浴できるよう準備しており、本人の希望やタイミングに合わせて入浴して頂いている。夕方からの入浴を行っている。	毎日15:30~19:00の時間に職員とマンツーマンで健康状態確認後の全利用者が入浴している。職員の負担が大きいため「無理はしない」を合言葉にしつつ、入浴への不安や羞恥心に気遣いし、利用者が気持ちよく・ゆったり入浴出来るよう支援している。	
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	体調や気分に合わせて好きな場所で休息して頂いている。夜間安眠できるように日中の活動量の確保などに努めている。		
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	薬の変更など日誌や申し送りに記入し職員全員が把握できるようにしている。一人一人の薬について把握して対応できるよう心掛けている。		
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	一人一人の能力を活かし自分の役割を持って頂いている。外出等の楽しみ事を計画したり気分転換が図れるような対応をしている。		



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
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	散歩や買い物や外出など希望を聞きながら行っている。家族の協力を得、自宅への外出・外泊なども行えている。	家族の協力で受診後の外食や、自宅への外出・宿泊を行うと同時に、利用者の声を聴き「行きたい時が行き時」と季節に合った外出支援を行っている。職員は研修で散歩レクの有効性を学び、食材の買い物も含め日常生活の中に取り入れている。地域行事へも参加している。	外出支援についても適切に行われているが、地域性から冬期間は寒さと雪で外に出ることが少なくなることを考慮し、地域のボランティア等の協力も得ながら冬期間の外出計画を検討することが望まれる。
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	一緒に買い物をしている。近所の商店でいつでもお金を使った買い物ができるよう体制を整えている。		
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	希望時に電話ができるよう支援している。携帯電話を持参されている方もいる。また、定期的に絵手紙など作成し家族に郵送している。		
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	共有の空間は季節に合わせた花や掲示物など飾り四季を感じてもらえるようにしている。また、作品を飾ることで次の作品作りの意欲にもつながっている。	居間は明るく、和の空間には季節に合った炬燵がおかれ、自宅に近い環境を整えている。食堂から続く洋の空間には色彩豊かな小正月行事飾りがおかれ、利用者の作品も季節感がある。他の共有空間も清掃が行き届き、床暖で過ごしやすい環境となっている。	
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	和室やホールのソファ、キッチンのカウンターなど、その時の気分や体調で自由に利用して頂いている。		
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	ご家族の写真やなじみの物を持参して頂き、その人らしい居室環境と一緒に作り、居心地良く過ごせるよう支援している。日々の清掃も一緒に行い清潔保持に努めている。	居室ドアの右面は自分の作品が展示出来る様に工夫され、個性豊かな作品で自室が見分けやすくなっている。室内は事業所で揃えてあるベット・チェスト・ワードローブが利用者の好みで配置され、家族写真や馴染みの物で落ち着いた環境が整っている。清掃も職員と一緒に、清潔で心地よい居室となっている。	
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	手すりを全体的に設置しており、歩行器や車いすでも移動できるスペースとなっている。調理や植木の手入れなど一緒に行って頂ける環境を作っている。		