

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	1070500887		
法人名	医療法人 社団 田口会		
事業所名	グループホームコアラ		
所在地	群馬県太田市飯塚町63-1		
自己評価作成日		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	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号		
訪問調査日	平成30年2月5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)】

①全職員が正社員、今年度、離職者なし。②毎月、自主避難訓練を行い6年間継続している。③小規模多機能、グループホーム大会に5年連続参加している。④近くに協力病院、消防署があり安心して生活出来る環境にある。⑤今年度よりブログを開設し家族、地域の方々以外にもホームでの日々の出来事を発信している。⑥地域のボランティアをほぼ毎月呼び利用者と地域の方々のふれあい、楽しみの場を設けている。⑦設備が充実している。災害、急変にも安心な備えがある。(防犯カメラ、プラズマクラスターイオン、ジェットパーフェクター、自家発電3台、消火器5本、保存料飲料水、食料の備蓄、業務用乾燥機、全室LED照明)

【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)】

事業所のおかれた状況に即対応し、防犯カメラを設置した。家族も高齢化しており、利用料を平均より下げたことで家族の負担に考慮した。職員は介護福祉士等の資格取得に挑戦し有資格者が多く、個別の働き方にも対応することで職員の離職が無く、利用者と家族の安心に繋がり、信頼関係が継続されている。日本古来の季節の行事を大切にして利用者と職員や時には地域の方に声をかけ、食材料等をきちんとそろえて、皆で楽しんでいる。また、医療との連携が充実している。事業所に理解のある専門医のおかげで、家族等の希望が出れば終末期ケアに繋げることができ、利用者・家族の安心と今後のグループホームに期待される終末期ケアに対応できる用意を充実させている。

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 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	事業所が今、何を必要とし目標に掲げなければいけないのかを念頭に置き、全職員の思いを聞き取り月目標、年間目標を掲げている。目標に向かい日々取り組み実践し毎月の会議で振り返りを行っている。	法人理念を基本に事業所理念から年間目標及び月の目標を職員が掲げ、やるべきことを理念に沿って提供できるように共有している。入職者には時間をかけて実践に活かせるように指導している。	
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	ほぼ月1回、地域ボランティアを招いている。利用者は地域の方々のふれあいを楽しみにされている。ボランティアの中には隣組の方や以前からの知人の方もいらっやしてホームに入居してからも交流を深められている。	行政センターや福祉センターに出向き事業所の情報を知らせ、福祉センターには地域の慰問団体を紹介してもらっている。区長は認知症高齢者について博識で地域情報を教えてくれている。	
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	今年度からブログを開設し地域以外の方々にも事業所の日々の取り組み、出来事を発信している。また地域の行政センターにコアラ新聞を置かせて頂いている。認知症サポーター養成講座にも受講し事業所としての役割を再確認した。		
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ヶ月に1回開催し市役所職員、区長、民生員、地域代表、利用者家族が出席され事業所の日々の取り組み、利用者の様子、外部評価等を報告させて頂いている。また皆様からの意見を伺い意見が聞かれた際には速やかに対応している。サービスの向上に努めている。	併設事業所と合同で定期的開催されている。家族・市の担当者・区長・民生委員・地域代表が出席し、事業・研修・利用者状況・避難訓練結果の報告を行い、インフルエンザ等時期のトピックを知らせ意見交換をしている。	
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	年間担当者が決まっている事もあり運営推進会議以外でも気軽に声を掛けやすくその都度、情報交換、相談をさせて頂いている。	必要時の報告は管理者が出向いているが、法人事務長と管理者が連携し法人からも情報を提供し、行政と連携している。	
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	身体拘束は行ってないがスピーチロック施錠等を含め身体拘束の知識を勉強中、取り組み中である。意識付けのために玄関、施錠解除表を作成し出来る限り見守り、センサーで対応出来るように努力している。	玄関の開錠時間表を作成し、防犯カメラを設置して周辺の状況(交通事情・不審者等)に備え、拘束しないケアを実践している。事業所の現状としてはスピーチロックが課題となっており、会議の中で日頃の接遇について、勉強している。	
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	職員同士、声掛けを行い虐待が見逃すことのないように注意している。また認知症状があるからと片づけず利用者からの意見も大切にしている。利用者から意見が出た際には傾聴し虐待改善、防止に努めている。		

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
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	事業や制度について研修を通知っていたが現在、必要となる利用者がいない。今後、利用されている新規の入居者がいらっしゃる可能性もあるため、積極的に研修等に参加し知識を深めていきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、解約時には管理者、介護支援専門員より家族にしっかりと理解して頂ける様に丁寧に説明をしている。不安や疑問点にはその都度速やかに対応し納得して頂けるよう話し合いの場を設け解消に努めている。		
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	面会や電話で心配事、意見を伺っている。また年2回の満足度アンケートを実施している。匿名、本部への返信して頂く事で話しにくい事も意見して頂ける様にしている。意見が出た際には速やかに検討、対応をしている。集計した結果を家族へお配りさせて頂いている。	家族の面会時やクリスマス会、敬老会等に招き、日常の受診内容・生活全般の報告を行い、具体的な意見(歩かせてほしい等)を聞いている。本人からは日頃の支援時に聞いている。	
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	毎月の会議の中で職員からの意見、提案を聞き話し合いよりよい運営に繋げている。また日々の業務の中で代表者、管理者、職員、相互に連絡を密に取りあい情報交換を行っている。今年度はエプロンの支給があった。施設内が華やかになり利用者からも好評であった。	会議では利用者と一緒に工作(ペーパーリース等)をすることや季節毎の作品を飾ることについて意見が出て作成し、掲示できた。事業所内も明るくなり、利用者の力も発揮できた。また、ブログを開設し、家族に日常を発信できた。	
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	代表者、管理者、職員はお互いにコミュニケーションを図り働きやすい環境、設備に努めている。行事や入退居、受診日は人員を厚くし一人一人の負担軽減に努めている。職員から提案があった時は管理者を中心により良い環境になる様に取り組んでいる。		
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	研修への参加を出来る限り行っている。参加職員だけでなく他の職員にも報告書や資料を通して理解を深め、実践出来る事柄については、利用者一人一人のケアに取り入れるよう努力している。また、会議や運営推進会議の際に報告を行っている。		
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	グループホーム大会、グループホーム協会等が開催している研修、発表会等に参加し意見交換、交流を図りサービスの質を向上するように努めている。また今年度からブログを開設し情報発信に努力している。		

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
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	管理者、介護支援専門員が契約時ゆっくと時間をかけ本人、家族の心配、不安、要望等を聞き安心して生活出来るように努めている。また入居時に本人が不安にならないように声掛けや傾聴支援を行っている。		
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	介護支援専門員が入居前に家族の思いを伺っている。施設での出来る事、出来ない事を伝えている。家族の面会時や電話で近況報告し安心して頂ける様に努めている。		
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	日々の生活の中で必要と感じた事は積極的に取り込んでいる。また取り組んだ事柄についても一度評価し、より良い支援になるよう努力している。		
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	日々の生活の中で料理、畑仕事等を今までの経験、培って来られた事を活かし教えて頂いている。共に学ぶ事で楽しみながら充実感を共有している。		
19		○本人と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	面会時に本人の施設での様子、本人の不安や心配事を報告している。家族も耳を傾け共に支え合って下さっている。		
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	お正月、お盆等親戚が集まる際には面会に来て頂いている。急な来客には面会時間以外でも対応している。殆どの家族が定期的に来所して頂いている。	家族の協力を得て、面会や家に帰る支援、習字・洗濯物たたみ・雑誌の購入やぬり絵・畑仕事・お裁縫・朝食時パンの提供・馴染みの神社に行く支援を行った。事業所が生活の場所になり、利用者同士で仲間意識が出てきている。	
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	相性なども配慮し利用者同士、上手く交流が関われる様な対応している。例えばリビングの座席や食事時に職員の声かけ、体操やレクでの座席や声掛け等、考慮して楽しい雰囲気になるように努めている。		

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
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	他施設や病院等へ転院された際には情報提供を行っている。また家族には本人の状態が安定した時は受入れが可能な場合もある事をお伝えしている。		
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	3ヶ月に1度のアセスメント、月に1度のケース会議において一人ずつニーズの把握に努めている。家族の面会時に要望を聞くように努めている。	担当職員がケアマネージャーと介護職を兼ねて常勤しており、本人からは日常のケアや会話を通して意向等、確認したり推察している。家族からは面会や通院時及び電話等で希望を聞き取り検討している。	
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	入居前のアセスメントで自宅での暮らしぶりや物的環境を把握しなるべく入居後もそれに近い形でサービスを提供している。家で行っていた家事や畑仕事等プランに盛り込んでいる。		
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	職員一人一人が利用者の変化を感じ介護記録に記入している。検討が早急に必要であれば管理者、介護支援専門員、職員とでその都度、話し合い実施している。また決定事項は申し送りノートに記入し周知徹底に努めている。		
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	日々の記録、話し合いの中から介護支援専門員独自の支援経過を作成し、その中からニーズを探っている。また家族の面会時にも要望を伺いプランに反映出来るように努めている。	毎月の職員会議時にモニタリングを実施している。介護計画は3か月毎のアセスメントを基に見直しが行われている。また、6か月毎にサービス担当者会議の開催や状態変化の際は随時介護計画の見直しをしている。	
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	実践した事のみを記録するのではなく利用者のその時の表情、言動等も出来る限りの情報を記入し変化を見逃さないようにプランに反映出来るようにしている。		
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	高齢で通院が困難になった利用者には往診に変更するなどサービスの変更を行った。また自菌の利用者が多いため、歯科受診も今後検討中。		

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	地域で活動されているボランティアを紹介して頂き利用者が好まれそうな歌、踊りのボランティアを選び来所して頂き楽しい時間を支援している。		
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	契約時に本人、家族より希望を伺い選んで頂いている。受診時には利用者の送迎、順番取り、かかりつけ医に状態報告書を作成しスムーズに受診出来るように支援している。往診については希望される方、通院が困難になってしまった方は切り替えも行った。	従来の協力医の他に在宅から入居した利用者を通して終末期支援をしてくれる医師に出会い利用者に繋いだ。24時間オンコールが可能で医学的知識も教えてもらい、利用者・家族・職員の安心にもなった。歯科は必要時に訪問診療支援がある。	
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	受診、往診時には日常の状態や気がついた事等を伝えている。緊急時や突発的な症状が出た際、職員では判断に迷った時はかかりつけ医に相談し指示を仰いでいる。		
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。	入院時サマリーを提供している。入院後も、ほぼ毎日病院へ面会に行き、看護師に状態を伺い情報収集を行っている。また退院時には病院側からサマリーを頂いている。		
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	重度化、終末期についてアンケートや面会時などに家族と話し合いをし本人、家族の思いを受け止め出来る限り希望に沿った支援を行っている。	事例があり、今後も医療行為が必要なく、本人・家族の希望が出れば、利用者等が希望する協力医を選択し、その医師の下で、終末期支援を行っていく用意がある。	
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	太田市で実地している研修、講習会に参加している。また目の付く所にマニュアルを置き、急変や事故等の対応に備えている。		
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	年2回消防署職員立会いの下、利用者、職員、家族、市役所職員、区長、民生委員、地域代表と共に避難訓練を行っている。また自主避難訓練を月1回実施し毎回様々な災害、水害を想定し訓練を行っている。利用者の言動や行動を記録に残している。自主避難訓練は約6年間継続している	区長から水害の助言をもらっている。29年5月消防署立会い夜間想定総合訓練、11月消防署立会い昼想定、家族・利用者・職員・地域代表が参加して総合訓練を実施。毎月最終日曜日に自主訓練(台風・水害・地震)を実施している。備蓄として水・食料・排泄用品を用意している。	

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
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	常に利用者のプライバシーを守り利用者の気持ちや思い同じ目線に立つ様に努めている。トイレ誘導の声掛けもなるべく本人の耳元で話すようにしている。	利用者のできることはやってもらい、着替え等職員は一部介助や見守りで対応している。日常の過ごし方では一人にしないように声を掛けながら、本人のペースや利用者同士の相性にも配慮している。	食事時のエプロン使用で利用者の力が判断できてしまう様な場面やプライバシー等に配慮した支援をしてはどうか。
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	利用者の声に耳を傾け一人一人の性格、思いを伺いその人らしい様に表現できるように支援している。また意思決定が難しい利用者様には二択、または説明し同意を得る等の支援を行っている。		
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	利用者が出来る事、好きな事等を日々の中から一緒に発見しその日の体調を考慮しながら寄り添うに努めている。例えば部屋で食事を摂りたいという方には、無理強いせず居室にて食事を食べて頂いている。		
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	毎日の更衣時は利用者の好み等を伺いながら支援をしている。また2ヶ月に1回の訪問カット時は利用者が美容師に好みの髪型を伝え希望に沿うような髪型にして頂いている。		
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	毎回ではないが、利用者が食事の副食を皿に盛りつけ、簡単な野菜を千切ったり、切ったりして頂いている。職員と一緒に配膳の準備を行っている。また利用者からも自発的に声を掛けて下さり準備をする事もある。	職員が作り利用者と一緒に食べている。刻み食等の形態にも説明している。季節ごとの行事食の他に、新聞広告等で希望が出れば早めに食卓にあげ、希望をかなえている。飲料のメニューを作り選択の機会を作った。	
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、一人の食事量を介護記録に記入し一目で解るようになっている。好き嫌いを把握している。また小食の方には、主食、副食共に負担のないような盛り方を工夫している。		
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	口腔状態に合わせ歯ブラシ、ガーゼ等を使用している。入れ歯の方1日1回洗浄剤に浸している。また磨き足りない部分は職員が介助している。歯磨き後の歯ブラシにはカバーをし清潔保持に努めている。		

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
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	最終排泄時間を把握している。利用者のさりげない仕草や落ち着かない動作があった時にはトイレ誘導、見守りを行っている。また排泄の状況や時間を記録し排泄パターンの把握に努めている。	全員トイレでの排泄を支援している。昼夜誘導し快適な排泄支援に繋がっている。自立の利用者にも見守りを行うことや、状況に応じて居室にポータブルトイレを置いたり、排泄用品の工夫をしている。	
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	薬だけに頼らず野菜を多く取り入れた食事や乳製品、牛乳を毎日提供している。日頃から意識して体操やレクで身体を動かすようにしている。介護記録に排泄状況を記入し一人一人の便秘状況がわかるようになってきている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の健康状態を把握しながらほぼ毎日入浴を出来る様に支援している。日替わりでの入浴剤を変え楽しませている利用者が多い。利用者の希望時間を聞き対応している。	見守りながら着替えの準備をしてもらい、入浴日は火・木・土・日曜日と決められているが、希望を聞き支援に繋がっている。入浴以外の足浴や個別にシャンプーを持参している利用者もいる。	
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	利用者の表情、体調に合わせて自室での休息、臥床を支援している。肌掛けや枕等、自宅で使用していた物を持ち込まれる方もいらっしゃる。また自室の照明、布団の掛け方などの要望を聞き安心して眠れる様に支援している。		
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	服薬の飲み忘れ、間違いを防ぐために服薬担当者を決めている。薬情報は新しく処方されると、その都度ファイルし、何時でも職員が確認出来るようにしている。また服薬状況や不明な点などは医師や薬剤師に相談し指示を仰いでいる。		
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	利用者のコミュニケーションの中から好きな事、得意とする事を見つけ張り合いのある支援に繋がっている。利用者との信頼関係を築ききっかけにもなっている。		
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。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	出来る限り散歩や買い物へ出掛けている季節ごとにニューイヤークラフ、花見や紅葉鑑賞、ドライブにも出掛けている。また家族と外出したり外食を楽しんでいらっしゃる方もいる。	日常的には散歩や買い物に出かけている。家族との外出や外泊、庭の野菜作りや花を植え、水遣りを一緒に行っている。季節の花見や駅伝の応援が恒例である。	

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	家族の了承のもと本人が管理出来る方は本人が管理している。その中から本人が食べたい物、必要な物を買いに掛け支払いの際、店員とのやりとりをされている。		
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	本人への電話の取り継ぎ、本人からの要望はいつでも対応している。本人へ届いた手紙は本人へ渡している。		
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	共有空間は使いやすい様に整理整頓し空調、照明等で調整して居心地の良い空間になる様にしている。畑では旬の野菜の収穫、季節の行事の写真を貼った壁紙の作成等を利用者と一緒に行っている。季節感を感じる様に工夫している。	柑橘系の噴霧器が設置されており、不快な臭いはしない。利用者作品の季節を意識した掲示物がある。天気や庭の様子が食堂から良く分かる。利用者は居室と食堂を自由に行き来している。	
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	気の合った利用者同士の席の配置になるように配慮しているが誰とでも過ごせる様に長椅子を配置してある。新聞を読まれたり、愛犬を思い出し犬のぬいぐるみを可愛がる姿も見られる。		
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	入所以前使用し慣れしんだ品物、家具や寝具など持ってきて頂き居心地良く過ごして頂いている。また利用者、家族にベットの位置を確認し設置している。	居室も不快な臭いはしない。畳の部屋を洋室に替えていたり、日頃の作品やカレンダー、化粧品や洋服が利用者の使いやすいように置かれている。	
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が送れるように工夫している	居室やトイレは大きな文字、イラストで見やすい様にしている。共用空間には歩行補助になる様に手すりを設置し車椅子の方も移動しやすいような環境になっている。		