

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	0770403590		
法人名	有限会社TOMO		
事業所名	グループホームトモ・ハウス		
所在地	福島県いわき市中之字勝見ヶ浦49-18		
自己評価作成日	平成30年12月17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	http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【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 福祉ネットワーク
所在地	〒974-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	平成31年2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)】

・職員の配置を充実させて、個々に合わせた支援を提供し、その人らしい暮らしを支えられるよう努めています。職員には個々の介護スキルが高まるように、内部研修や県GH協議会等の外部研修にも積極的に参加して、認知症の理解と対応法を学び認知症介護の専門職としての意識を高めています。
 ・近隣にある協力医療機関と24時間オンコール体制の連携をとり、入居者の健康全般の管理に努めています。また、身体的に重度な状態になっても、ホームで適切な医療が受けながら最期までその人らしい暮らしが継続出来るような体制にもあります。

【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)】

地域密着型サービスの意義を理解し、理念を基に地域とのつながりを大切に交流し、利用者一人ひとりを尊重し、思いを把握・共有しながらケアに取り組んでいる。
 職員が有給休暇を取得できるように工夫したり、働きやすい環境づくりと資格取得を積極的に勧めるなど、職員の質の向上に努めている。

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

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)	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ます (参考項目:9,10,19)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	外部評価	
			自己評価 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	法人の理念が「相互支援社会の実現」。職員と一緒に作成したホームの理念は「私たちは一人ひとりの尊厳を守り、地域で安心して暮らせるように支援いたします。」で日々のミーティング等で振り返りながらケアを実践している。	一人ひとりの尊厳やプライドを傷つけないよう気持ちが落ち着かない方には、否定しない、責めないなど、気持ちを受け止めケアに繋げている。利用者から学び、職員は互いに共有し支えあい、共に暮らしていけるよう努めている。
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	毎年、利用者とその家族、近隣住民が交流できる羊煮会を開催している。隣組に入っており回覧板を届ける等日頃から地域の方との繋がりを大切にしている。また、地域の行事等にも区から依頼があれば積極的に協力している。	ボランティアの方に訪問していただき、利用者の能力に合わせて、新聞をはずす方・折る方など、役割を分担している。バーベキューに家族・地域・隣組の方に参加してもらい、身近な方と過ごす時間を持てるようにしている。
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	中学校の職場体験の場として活用してもらっている。また、職員に認知症キャラバンメイトがおり、行政から依頼があれば、地区の老人会や地域の地域の学校で認知症ケア等の啓発に努められる体制にもある。	
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	運営推進会議では区長、民生員、家族代表、協力医院、地域包括支援センターに出席してもらい、意見、要望等をサービスの向上に活かしている。2ヶ月に1回偶数月最終水曜日の14:00と決め定期的に開催している。	会議の中で、民生委員の方に避難訓練に参加していただき、いつでも駆けつけて協力できるとの言葉をかけてもらい、協力関係ができています。防災対策として、近隣の方に意見を貰い、防犯カメラを設置し感謝されている。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	管理者は小名浜地区中地域ケア会議のメンバーになり、行政、多職種との連携をとっている。事業所としても地区の徘徊模擬訓練、認知症講演会等にも全面的に協力している。市事業の介護相談員が10年以上同じ方が月に1回訪問している。	市から、事業所の近くに住んでいる方が、お風呂に入らないので困っていると相談を受け、併設されているデイサービスを紹介し、通所することができている。ケアに関する研修案内をもらい参加し、職員の質の向上につなげている。
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	職員は、内・外部研修で身体拘束となる行為を正しく理解して、日々のケアで身体拘束をしないような工夫に努力している。平成30年4月から身体拘束廃止委員会を立ち上げ3ヶ月に1回は委員会を開催している。	身体拘束はしないことを基本にしている。利用者の身体状況に応じて、家族の協力を得て話し合い対応するようにしている。ことばについては、ミーティングで話し、気付いたことは報告・確認・共有し、拘束はしないケアに繋げている。
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止に関しては、内・外部研修を通して、すべての職員が虐待防止の遵守に努めている。また、日頃のケアで不適切な対応にならないように職員同士が言い合えるようにも努めている。	

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	職員は内・外部研修等で高齢者の権利擁護、成年後見制度について学ぶ機会を作っている。必要に応じて家族等に相談して制度を活用出来るように支援している。		
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	契約の締結等は、契約書、重要事項説明書等で十分に説明して、家族が納得の上で入居して頂けるようしている。また、契約の改訂等があれば家族会等で納得して頂けるような説明をしている。		
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	年3回の家族会では、食事会も兼ねて気兼ねなく話せるような雰囲気努め、家族と意見交換を行っている。面会に来たときに1階の玄関先に設置してある意見箱に気づいたことや要望を投函できるようにも整備してあるが、訪問時に些細なことでも口頭で言えるような関係づくりに努めている。なお、要望等はミーティング時に職員へ反映させている。	家族がいつでも継続して面会できるよう配慮し、和やかな雰囲気づくりを心掛けることで、意見や要望を引き出せるようにしている。意見や要望は検討し、運営推進会議や家族への経過報告などを行っている。	
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	代表者は、毎月給与支給日には明細を手渡すとともに訓話があり、職員の意見や提案を聞くようにしている。管理者は、毎日のミーティング時に職員からの意見、提案を聞くようにして、職員だれもが言い出しやすい環境に努めている。	職員からの提案で勤務時間を見直す等、要望に応えられるようにしている。管理者は、職員が意見や提案を言いやすい環境を積極的に提供しながら、職員との信頼関係が築けている。	
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	代表者は、毎月の経営会議を通して毎月の実績、ホーム内の現状を把握している。また、全職員の仕事に対するモチベーションが上がるような職場環境、労働条件の整備にも努めている。		
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	いわき市・社会福祉協議会・福島県認知症グループホーム協議会主催の研修会には、勤務として積極的に参加しており、すべての職員が均等に受けられるよう配慮している。介護に関する資格取得の際には事業所側が全面的に協力している。		
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	開所から福島県認知症グループホーム協議会に加入しており協議会の地区管理者会議、職員研修等には積極的に参加し、同業者との意見交換を通してホームのサービスの質の向上に努めている。		

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
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	入居当初は、本人のリロケーションダメージを最小限に抑えるために戻る。、家族や関係してきた事業所からの情報を共有して1日も早い信頼関係づくりに取り組んでいる。		
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	家族が何に困って入居を希望したのか等をよく聞き取りして、必要なケアを分析している。直近の暮らしは電話にて報告し、家族の不安を解消できるようにホーム全体で取り組んでいる。		
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	情報収集から本人の「できること、できないこと」を早い段階でアセスメントから見極めて、事故のリスクを最小限におさえた対応に努めている。		
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	法人理念の相互支援社会の実現から支援する側、される側という認識を持たず、家庭的な雰囲気の中で安心してお世話をしてくれる人という認識でなじみの関係を築き、和やかに暮らせるように心がけている。		
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	職員は家族の思いに寄り添いながら、日々の暮らしの出来事や気づきの情報を共有することに努め、本人を支えていくために家族との関係がより密になるよう努めている。		
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	入居されてもに済み慣れた自宅への外出や外泊ができるようにしている。また昔からの友人、知人との関係が途切れないように面会に来やすいように一緒にお茶を飲むような支援をしている。	利用者は、馴染みの場所や行きたいところへ行けることを認識していて、職員は要望を言ってもらえる雰囲気づくりを心がけている。馴染みの人との交流が途切れないよう、家族に友人・知人への連絡を依頼している。	
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	職員は利用者同士の関係を把握すると共に、関係が円滑になるよう調整役となり、一人ひとりの思いを尊重しながら共同生活が送れるように支援している。		

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
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	他事業所へ移られた方や在宅復帰された方へ情報提供や相談に応じている。利用が終了しても、家族や関係者の方々に訪問して頂けるような関係作りに努めている。		
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	その人らしい暮らしが続けられるように、一人ひとりの思いや希望の把握に努めている。例えば嗜好(飲酒、喫煙等)を断ち切ることなく希望として大事にしている。また、日々の行動や表情からも本人の意向や思いを見逃さないよう努めている。	利用者一人ひとりの思いや意向は、一緒に過ごす中の何気ない会話の中から得るようにしている。家族との会話から昔の生活状況や利用者の思いを聞き取り、職員間で情報を共有しケアに活かしている。	
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	入居段階でこれまでの生活歴や主な暮らし方等の把握に努め、これからの暮らしに必要な情報を失礼がない範囲で家族や知人、本人自身から情報をとるように努めている。		
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	職員は、一人ひとりの生活リズム、心身の状態を把握するとともに、有する力をより多く引き出せるよう現状の把握にも努めている。また、どの職員も毎日の心身の変化には柔軟に対応できる介護力を備えている。		
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	より良い暮らしをするために本人、家族から要望、意向を聞きいてケアプランを作成している。担当職員が毎月のモニタリングを行い、計画作成担当者は各担当職員からの意見やモニタリングよりケアプランの変更をしている。	個別の具体的な介護計画を作成している。状況に変化が見られたときは、計画作成担当者に報告し、医師の意見も参考に、見直しをしている。計画は、身体状況を含め、個々の利用者がより良い暮らしに必要な内容にしている。	
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	職員の気づきや利用者の状態の変化等は業務日誌等にわかりやすく記録していつでも職員が確認できるようにしている。また、個々のケース記録にも記載するとともに毎月担当職員が評価、モニタリングを行いケアプランの変更に活かしている。		
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	家族の状況を踏まえた上で本人の希望に添えるよう柔軟な対応に取り組んでいる。長年独居で暮らしていた方が自宅を気にすることに対し、家で過ごせる時間を作る。読書が好きな方へは図書館で借りてくれるような支援をしている。		

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
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	近隣のスーパーやモール、図書館、公共の施設等の地域資源を活用した暮らしを支援している。地域のボランティアの方が定期的に利用者の話し相手として来所している。		
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	入居されても今までのかかりつけ医での医療が継続できる。身体状況に応じて協力医療機関が月に2回の往診、24時間オンコール体制等の医療も受けられる体制にある。また、眼科や歯科の受診希望に対しても適宜対応している。	本人・家族の希望でかかりつけ医から協力医療機関に変更される方もいる。受診は家族の要望で、職員が代行する場合もあるが、家族と一緒に同行し利用者の生活状況を伝え、安心して受診してもらえるようにしている。	
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	協力医療機関と契約して医療連携体制加算を算定しており、週に1回訪問で入居者の健康管理を行っている。また担当看護師へ日々の状態や体調の変化、気づいたことを報告、相談して、個別に適切な対応をとっている。		
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。	入院しても定期的に面会にいて医療機関から情報を得て経過を記録している。家族、主治医と話し合いながら、事業所内で対応が可能な段階で早期に退院できるようにし、通院で治療の継続を図っている。		
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	重度化した場合や終末期でも、ホームで適切な医療を受けながら暮らしを継続できる体制にあるが、家族と話し合い入院の選択肢も説明している。ホーム独自の重度化対応・終末期ケアの指針を全家族に説明し、同意を得ている。	職員は外部研修に参加したり、併設されているデイ・サービスの看護師から重度化や終末期について学び、適切な対応ができるようにしている。利用者と一緒に過ごしたい家族の要望に、応えられるようベッドなどを準備している。	
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	急変時に適切な対応がとれるようにマニュアルを整備して心肺蘇生法やAEDの使用法を学んで急変時に適切な対応がとれるようにしている。また、施設内1階玄関にはAEDも設置してある。		
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	職員は災害時のマニュアルを理解している。定期的に防災訓練を行っており、火災、地震・津波による訓練を行っている。年に1回は地元消防署の指導のもと夜間を想定した総合消防訓練を行っている。その際には近隣住民の参加もある。また、停電、災害時に備えて食料や照明備品を常備して定期的に管理している。	訓練後、消防署から外に非常ベルが聞こえるようにしたほうがよい、煙を吸わないよう逆の方向に避難することなど、助言を貰っている。災害の想定をいろいろ考えて、どんな時でも、利用者が安全に避難できるようにしている。	

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	個人情報の取り扱いには注意を払いながら、職員は一人ひとりの尊厳を守り、状況に応じた個別のプライバシーを確保している。又、個々に合わせ、安心して頂けるように、ゆっくりとわかりやすい言葉で伝えるよう心がけている。	一人ひとりの違いを理解し、馴れなれしくならない様、どこまで関わったらよいかを判断し、尊重しその人にあったケアに取り組んでいる。自分がされて嫌な事はしない、家族が入居させてよかったと思えるようなケアをしている。	
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	職員側のアプローチの仕方の工夫や、意思表示がしやすい環境を整えるなど、日常生活の中で一人ひとりの状況に配慮しながら柔軟に支援している。何事にも選択肢をもって自己決定を尊重する支援に努めている。		
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	就寝や起床、食事等の時間を一律にせず、その日その日の本人のペースを尊重して、体調や思いに配慮しながら対応している。職員を多めに配置して、その日その時の希望に答えられるよう努力している。		
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	その人らしい身だしなみ、おしゃれを大切に、さりげない支援を心がけている。散髪は協力してくれる理容師が2ヶ月に1回訪問して、本人、家族が望むスタイル(パーマ、髪染め等)にしてくれる。		
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	個々の嗜好に添えるよう、献立や調理を工夫する努力をしている。職員と一緒に買物、盛り付け、片付け等を個々の力を見極めながら食事が楽しめるよう支援している。また、職員も同じテーブルを囲んで楽しい食事になるよう雰囲気づくりにも心がけている。献立は旬の食材や歳時記にこだわって提供している。	利用者の好き嫌いを把握し、献立を作成している。できたての温かいままで食べて貰えるようにしている。ご飯とおかゆは別に炊いている。誕生日には、その人に合わせて好みの食材でケーキを作ったりして、楽しい時間を過ごしている。	
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	食事量は毎食後に全員確認して、記録をしている。摂取状況の変化の観察をしながら、個々にあった器や自助具を工夫し、摂取量に偏りがないよう努めている。水分量の確保は、本人の嗜好、状態で見守ることができるようにしている。		
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	食後には一人ひとりの口腔状態や自立状況に応じて、声かけや一緒に行うなどの支援を行い、清潔が保持できるよう対応している。義歯の管理が出来ない方へは職員が全面的に管理する。		

自己	外部	項目	外部評価		
			自己評価 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	個別の排泄チェック表を活用しながら、失敗を減らしたり、トイレでの排泄を促せるように声かけや誘導介助をしている。夜間帯には、安眠の妨げに配慮しながら、個別の排泄支援に努めている。	出来るだけオムツを使わない方針にしている。リハビリパンツの方の能力に気付いて、職員の働きかけで布パンツに切り替えた方もいる。パットを使用する場合は、その人にあったものを使い分けて、気持ちよく過ごせるようにしている。	
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	繊維が多い食べ物や飲み物、水分の摂取量にも気をつけている。また、排泄を促しやすい姿勢やホール内を歩くなどの運動への働きかけをしながら便秘予防を支援している。		
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	利用者の希望を確認して入っていたいでいる。一人ひとりがゆったりと入浴ができるように支援している。また、身体状況に応じた小浴槽やリフトで安全に入浴もできる。入浴を拒む方がいても、タイミングを見ながら安心して入れるような言葉かけ等の工夫をし、希望があった時には、いつでも対応ができるよう努めている。	身体状況に合わせて機器を使用し、お湯に浸かれるようにしている。その人にあった声掛けを職員間で共有し、入浴してもらっている。入浴中は、利用者の得意な話をし、リラックスしてコミュニケーションをとるようにしている。	
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	日中は談話室のリクライニングソファや一時的にベッドで臥床するなど、個別の沿った休息を取り入れている。夕方から落ち着いたような雰囲気配りに配慮し、就寝に向けて精神的に安定するよう工夫している。		
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	個別の服薬手帳があり、また一人ひとりの現在の服薬状況がすぐに確認できるようにファイルにまとめている。個々の服薬状況に応じて、服薬ゼリーを利用している。服薬に変更があれば家族に連絡して、経過を主治医、薬剤師に報告、相談するようにしている。		
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	日常の家事のほか、歌を唄ったり、手遊び・散歩・買物・ドライブなど張り合いや喜びのある暮らしに努めている。また、本人の嗜好品(飲酒、喫煙等)も大切にしている。生活の中から役割を持ち一日一日を大切に、誰もが楽しく安心して暮らせるよう支援をしている。		
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	職員と一緒に買物や近隣に外食・地域のイベントへ出かけたりと個別の希望や状況に応じた外出ができるよう支援している。	天気の良い日は、職員と一緒に近所へ散歩や買い物に行ったりしている。車椅子の方も乗れる車で遠出もでき、季節感や馴染みの風景など、四季折々の変化も楽しめるよう、利用者の感情を豊かにできる瞬間を大切にしている。	

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
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	家族と相談して、利用者の管理能力に応じてお金が所持できるようにしている。また、トラブルが起きないように出納帳での金銭管理も行うようにしている。また、外出時の買い物では、ご本人が金銭の授受ができるようにもしている。		
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	利用者の希望に応じて家族や知人へ電話をかけたリ、家族へはがきを出せるようにして、外部と切れぬように支援をしている。		
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	一人ひとりが心地よく感じていただけるような空間づくりの工夫と季節感に配慮した環境にも心がけている。トイレには花を飾り心地良い空間に配慮している。ホーム内の室温、湿度、日差しにも配慮して、誰もが居心地よく過ごせるような工夫もしている。	配膳などできる利用者が手伝いやすいテーブルの近くの席や、気の合う人同士が話せるように配慮をし、一人ひとりの持っている力を活かせる。居心地よい空間になるようにしている。感染症予防に、温度・湿度の調整をしている。	
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	談話室にはリクライニングソファでゆったりと過ごせるような居場所を作っている。懐メロや動物等の番組を録画しておき、いつでも利用者が楽しめる環境にある。ホームで飼っている猫とくつろげる場所にもなっている。		
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。	本人や家族と相談しながら、和室・洋室と固定せず、一人ひとりの状態に応じた環境で暮らせるように整備している。持ち込みに制限せずに居心地のよい居室になるよう努めている。	居室への持込は自由にしてもらい、馴染みの物や好みの物で、自分の部屋と思えるよう配慮している。畳を希望すれば応えられるようにして、その人にあった暮らしができるようにしている。	
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	廊下にトイレ、居室入口に名前の表示など目線の高さに分かりやすく表示することにより環境での混乱を少なくして自立して安心した暮らしが送れるように工夫している。		