

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	1090100197		
法人名	特定非営利活動法人 すずかけ		
事業所名	グループホームすずかけの家		
所在地	群馬県前橋市天川大島町1441番地		
自己評価作成日	平成26年3月1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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成26年3月11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)】

一人ひとりの個性を尊重し、自由で穏やかな環境の中で生活していただけるよう努力している。また、四季折々の行事や行事食を提供するなど、季節感を感じていただけるようにしている。身体機能の低下防止のため、毎日、体操や散歩を行うと共に生活を楽しくいただくため、各種レクリエーションを提供している。家族とのコミュニケーションを大切にし、利用者様の生活の様子や身体状況を知っていただくと共に家族の心情を理解するよう努めている。

【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)】

事業所は、小規模多機能型居宅介護事業所が併設されており、入居者は日々交流しながら過ごされている。職員は理念にある「尊厳」を大切に、機能訓練を兼ねた皆で楽しめる宝探しや歌声かるた等、一人ひとりに合ったサービス提供を心がけ、各種のレクリエーションを考案している。また、生活歴の中から編み物を趣味としていた人には編み物を勧めたり、書道を得意な方には、季語を入れた文字を書いていた書き上げたなかから皆で選んだものを玄関に掲示したりするなど、入居者間の和を大切に支援を行なっている。理事長・施設長は、職員向けに通信「プラタナス」を発行し、認知症に対する知識や日々の言葉づかいの注意点を掲載し職員のレベルアップを図り、利用者家族とは時間を重ねることで家族と職員の信頼関係を作り、意見や要望が言いやすい間柄が作りだせるよう努め、家族の心情をも理解しながら支援に取り組んでいる。

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、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、その時々々の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	毎日の朝の申し送りで、リーダーが理念を暗誦し、全員で確認している。定例会議やケース会議、施設内研修でその都度確認し、理念に沿ったサービスを目指して努力している。	理念は、毎朝の申し送り時に職員間で確認している。毎月の定例会議では、管理者が職員に対して日々のケアが理念に基づいたものか振り返る投げかけを行い、職員に理念の意識づけを促している。	
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	自治会に加入し、回覧板を回してもらったり、近所の方から花や野菜をいただいたりしている。雪が降り積もった際には、近所の方たちが雪かきにきてくれた。	自治会に加入し、回覧板により地域の情報を得ている。隣接の梨園では梨狩りの体験をさせてもらい、野菜や花を頂くことがある。また、公民館で行われるバザーに手作りの品を出品したり、クリスマスリースを近隣の各家に届けたり、近隣の人達と交流している。先日の大雪の際には地域の方々自ら雪かきに来て下さる機会があり、協力して歩道を確保するなど行ったことで、顔馴染みになることができた。	
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	運営推進会議の際、地域の方やご家族に情報を伝えている。また、見学やボランティアにみえた地域の方に認知症について説明している。中学生のボランティアで体験学習の受け入れを行い、認知症について学習してもらっている。		
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、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	サービスの状況を報告し、ご家族の要望(できることはやらせてほしい。穏やかに生活してほしい等)や市役所の方の助言などは業務に取り入れている。	会議は、併設小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開始し、入居者の状況や活動内容の報告を行っている。事業所の課題や解決に向けた取り組みも積極的に説明を行ない、参加者と共通認識をもって運営する努力を行っている。また、感染症や認知症についての参加者にも入りやすい話題をまとめた資料を用意し、意見が出しやすくなるよう工夫している。	
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取り組んでいる	運営推進会議で事業所の状況を伝えたり、感染症への対応を相談したりしている。助言は取り入れるように努め、協力関係を作るようにしている。	市の担当者とは運営推進会議の他に、入居者の転倒事故の報告や感染症対策など事業所の取り組み状況を伝え、指導・助言を受け、協力関係を築きながら取り組んでいる。	
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	身体拘束についてのマニュアルを整備し、職員に周知している。ミーティングで、個別事例について話し合い、できるだけ拘束をしないケアに取り組んでいる。病院で拘束を受けていた方も、環境を整え、拘束をせずに過ごしていただいている。	身体拘束についてのマニュアルを作成し、ミーティングで、個別事例を用いて話し合いをしている。夜間時の転倒リスクのある方においては、ベッドを撤去し、カーペット・マット等に替えセンサーを設置し、迅速な対応で危険回避をしている。また、入院時、つなぎ服を着用されていた方については、頻回のトイレ誘導を行ないつなぎ服を外す等、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	
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	朝礼等で言葉遣いも含め、利用者に対する態度を周知し、虐待が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
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に支援している	資料を提供し、周知している。後見人とは連携を密にし、信頼関係を築き、共に支援するよう努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	十分な説明を行い、質問をしやすい雰囲気をつくり、理解・納得していただけるよう努めている。		
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	運営推進会議等で運営に関する情報を公開し、意見を出しやすい雰囲気づくりに努め、意見を反映できるようにしている。また、家族の面会時には、生活状況を報告し、家族の要望を聞いている。	家族の面会時には、入居者の部屋に案内し落ち着いた雰囲気のなかで、職員も含めて会話できる時間を持つよう心がけている。そうした時間を重ねることで家族との信頼関係を作り、意見や要望が言いやすい間柄になっている。実際、「布団を干しているのか」といった質問をいただくこともあるが、都度説明して理解を得ている。また、玄関に意見箱を設置している。	
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	月一回の定例会議の際には、事前に議題を提示し、出席できない場合でも意見が出せるよう配慮している。また、職員に積極的に言葉かけをし、意見や提案を聞くようにしている。必要があれば職員間で協議し業務に反映させるよう努めている。	毎月の定例会議開催時は事前に議題を提示し、全職員の意見や提案を聞くようにしている。入居者の食事形態、排泄用品の整理棚設置の提案、勤務体制など、意見や要望が出されている。理事長・施設長は、賞与支給時に職員毎に面談を行ない、意見を聞くようにしている。	
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	実績により給与の引き上げや、契約職員から正規職員への登用を行ったり、勤務日の調整を行うなど、働きやすい環境づくりに努めている。		
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	外部研修はできる限り参加し、法人内研修も実施している。また、働きながらのトレーニングも実施している。代表者が「通信」を発行、職員ひとり一人に手渡し、レベルアップを目指している。		
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	地域密着型連絡協議会の研修に参加し、情報交換の場を確保している。訪問研修、見学研修の受け入れも実施している。		

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
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	入所前の事前訪問や事業所での面談、お試し利用を行い、ご本人の意向を十分聞いた上で、ご本人に適したサービスが提供できるよう支援している。		
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	入所前の事前訪問や事業所での面談を行い、ご本人の意向を十分聞いた上で、ご本人に適したサービスが提供できるよう配慮している。		
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、ご家族の意向を十分理解した上で、必要な支援を見極めている。		
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	ご本人と職員と一緒に生活しているという意識をもつと共に、ご本人のお話や行動から学ぶ姿勢をもって生活している。		
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	ご家族との関係を密にし、共に本人を支えていく関係を築くよう努力している。		
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	家族、友人、知人の面会がしやすいような環境づくりや言葉かけを行ったり、ご家族と外食や墓参りに行くなど外出は自由にしていただいている。生活歴や好きだったこと(物)を知り、記憶を呼び起こすような言葉かけや対応をしている。	面会時間の制限はなく、家族・知人等がいつでも面会できるように配慮している。家族と一緒に故郷へ出かけたい・食事に行きたいといった要望には、準備や注意点をまとめ、家族と本人の不安がないよう努めている。面会の少ない家族には、入居者の生活状況を手紙や電話で知らせている。	
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	ひとり一人の生活や個性を十分に把握し、利用者同士の関係が円滑になるよう、適宜、職員が間に入り、調整を行っている。		

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
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	契約終了の事例がないが、必要に応じて相談や支援に努めたい。		
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	普段の生活やモニタリングから一人ひとりの希望を把握し、できる限りご本人の希望に添えるような支援を検討している。意志疎通が困難な場合は、表情やしぐさ等から思いや意向を推し測るようにしている。	基本的には、日々の会話や表情から本人の思いや意向の把握に努めている。さらに家族の意見や生活歴から分析し、趣味の編み物を勧めた結果、本人が楽しんで行うようになり、家族にも喜ばれたといった事例がある。認知症からくる随意運動から何を訴えたいか検討し、空腹時に動きが見られることがわかり対応した事例もあり、その方の潜在能力や特有の行動を見極め、思いや意向の把握に努力をしている。	
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	今までの生活歴や生活環境をご本人やご家族から聞いて、ご本人を理解できるよう努力している。		
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	心身状況は、記録をとり、情報を共有するとともに、毎日のミーティングや気付いた時に報告し合い、情報を共有できるよう努めている。		
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	ご本人、ご家族の希望や、日々の個別記録や日誌の記録、介護職員からの情報、主治医からの指示をもとに、ケース会議等で話し合う他、モニタリングを行い介護計画を作成している。	介護計画立案はケアマネージャーが中心となり、日々の業務日誌や個別記録、本人・家族の意見や主治医の意見、指示を踏まえて、計画を検討する利用者の要点をまとめた資料を作成している。その資料を基にケース会議で職員から意見を足してもらい、正式な計画として整えている。同時にモニタリングも行っており、計画自体は3ヶ月毎に見直している。	職員誰もが同じ介護が実践できるよう、モニタリングで変更された介護計画内容や、計画が実際の介護としてどのように行うのかを見やすく捉えやすい記載方法に検討されることを期待したい。
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	日々の記録をできる限り詳しく記録すると共に、個別対応については、ノートに記録し、情報共有できるようにしている。		
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	その日のニーズに対応して、外出したり、レクリエーションを行う、また、食事やおやつなどの工夫などでできる限り柔軟な対応をしている。		

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
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	小学校のバザーへの参加や地域の敬老会への参加、公民館活動への参加、公園の利用など行っている。		
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	ご本人、ご家族の希望に沿ったかかりつけ医に受診していただいている。利用者様の身体状況をかかりつけ医に連絡したり、受診の支援を行っている。また、受診の結果をご家族に報告している。	本人の馴染みのかかりつけ医の受診を支援し、家族の付き添いにより受診している方もいる。多くは、月に1度の協力医による往診を受けている。歯科・皮膚科など専門医への受診は家族対応を基本としているが、家族の都合がつかない場合には職員で対応し、結果は家族に報告している。	
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	少しの身体状況も見落とさないように注意し、変化があるような時は、看護師に伝え、対応や受診について相談している。		
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。	入院した場合は、病院に赴き、情報交換を行い、早期退院できるよう環境づくりに努めている。		
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	重度化や終末期のあり方を入所時に説明し、ご家族の意向を聞いた上で同意書に署名をしていただいている。	重度化や終末期においては、入居時に事業所の「看取りに関する指針」に沿って説明し同意書を用意している。入居者の状態変化等に伴い、その都度家族の意向を確認し同意を得て支援している。	方針があり説明する機会も設けているが、今後具体的な取り組みについて職員も含めて話し合い、共通認識を持って取り組まれることを期待したい。
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	応急手当の研修会に参加したり、施設内でも誤嚥時の対応について等の研修を行っている。		
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回以上の避難訓練を行っている。地域の方に参加していただき、通報・防火訓練、避難訓練を行った。訓練後、地域の方を交えて、非常食の試食会を行った。	併設施設との合同により年3回、夜間想定も取り入れた避難訓練を実施している。訓練時は入居者も参加し、民生委員の方々の協力を得て行なっている。飲水・米・食品等、3～4日間分を備蓄している。	災害時の協力体制作りとして、避難場所を伝えたり、災害時にお願いたいことを明確にした上で近隣住民に支援を仰ぎ、協同して災害対策が取り組めるようになることを期待したい。

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	言葉使いについては、会議や毎日のミーティングにて周知し、適切な言葉かけができるよう努力している。また、プライバシーに配慮した対応ができるよう支援している。	理事長は、通信「プラタナス」を発行し、認知症の基礎や具体的で基本的な接遇方法を記載し、新人職員でもケアの振り返りができたり、人格尊重とはどのようなことかわかりやすく解説した資料を作り、職員の意識が向上できるよう努めている。また、利用者の背景を理解した上で、その方の「誇り」を損ねない対応はどのようなものか、職員で話し合う機会を持っている。	
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	できるだけ言葉かけをし、本人の思いを把握するようにしたり、選択肢を提供し、自己決定できるよう努めている。		
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し、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	できる限り一人ひとりのペースで生活できるよう支援している。		
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	整髪や衣類については、ご家族と相談しながら、清潔な身だしなみができるよう支援している。希望があれば、職員が白髪染めも行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜の下ごしらえなど一緒に行ったり、片付けを一緒に行ったりしている。一人ひとりの好みを把握し、必要に応じて細かく刻んだり、取り分けたりしている。また、食が進まない場合には、おにぎりにして提供するなどの工夫をしている。四季折々の行事食を取り入れている。	食事は利用者の希望を聞き、残食を確認したりしながら献立を作成している。四季の行事食を取り入れ、一人ひとりの状態に合わせ食べ易いように刻んだり、取り分ける等、食事が楽しめるよう支援している。	
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	一人ひとりの食事量や水分量をチェック表に記入し、健康管理を行っている。		
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	個々の能力に合わせた口腔ケアを毎食後行っている。		

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
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	排泄パターンを把握すると共に表によるチェックや声かけ等を行い、トイレで排泄できるよう努めている。	排泄チェック表を確認しながら、声かけや誘導によりトイレでの排泄支援をしている。失禁や尿漏れ等は、行動の見守りや適切な排泄用品の使用を行なう等により支援している。	
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	水分や食事に配慮すると共に、日課に体操を取り入れたり、散歩やレクリエーションで体を動かしていただけるよう努めている。		
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	気分が乗らない時は、言葉かけを工夫したり、無理強いせず入浴日や入浴時間を変えたりしている。各種入浴剤やゆず湯、菖蒲湯等で楽しんでもらうようにしている。	入浴は週に6回利用でき、その日に入る利用者を大まかには決めているが、拒否がある場合は時間帯や日をあらため、スムーズに入れるよう支援している。身体機能の低下した利用者でも、出来るだけ浴槽の湯船に入れるよう支援している。季節の柚子を取り入れたり入浴剤を選んでいただく等、入浴が楽しめ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	一人ひとりの習慣や身体状況に合わせて、日中休息したり、居室の温度や明るさの調整、寝具の調整をするなどして、気持ち良く眠れるよう支援している。		
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	薬の内容を文書にして周知したり、看護師からの助言を受けたりしながら、服薬支援を行い、症状に変化があれば主治医に報告し、主治医と相談の上、対応している。		
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	掃除や食事の片づけなど役割りをもっていただけるよう支援したり、趣味を生かしたレクリエーション、おやつづくり、嗜好品の提供などを行っている。		
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	天候が許す限り、毎日散歩に出かけたり、ドライブや花見、初詣、ご家族の協力を得ての外出など行っている。	天候を見ながら、日常的に近隣を散歩している。希望を聞きながら買い物に出かけたり、家族と自宅に行ったりしている。また、季節毎の花見やドライブ等を企画して、外出支援をしている。	

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
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	施設内での金銭所持は、トラブルの原因になるので、基本的に金銭管理は、ご家族が行っている。職員が日用品の買い物の支援を行っている。		
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	手紙を出したり、電話をかける支援をしている。		
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	季節感が分かるような飾り付けや草花等を飾っている。てすりやドアノブなどは、一日に数回消毒を行い清潔保持に努めている。温度や湿度、明るさなどにも配慮し居心地のよい空間をつくるようにしている。	高い天井からは、明るく日が差し込んでいる。入居者は事務室への入室も自由にしており、不穏時は理事長等職員と一緒に事務室で、個別にお茶の時間を過ごしている。また、併設施設とは自由に行き来できるようになっており、デイサービス利用者と交流している。	
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	共有空間で利用者同士が触れ合えるようソファを設置したり、一人ですごせるようデッキにベンチを設置している。		
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	居室はできるだけ使い慣れた家具等を持参していただき、ご本人が落ち着けるようにしている。	居室には、使い慣れた桐ダンスや衣装ケースが持ち込まれている。また、こだわりの衣類や敷物などはそのままにしておく等、本人が落ち着いて過ごせるよう支援している。	
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	建物内は、バリアフリーであり、トイレは車イスが入れるような広さを確保している。必要に応じ、居室やトイレには文字で表示している。ホールや廊下、居室入口には手摺を設置し、歩行時の補助となるようにしている。		