

### 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	0790100317		
法人名	株式会社 ファミリーホーム		
事業所名	グループホームもとうち 1Fまつかわ		
所在地	福島県福島市本内字西河原5-4		
自己評価作成日	平成26年10月5日	評価結果市町村受理日	平成27年3月16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.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
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26年11月21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)】

地域密着サービスとして、地域に開かれたグループホームを目指したい。町内会の皆様と顔の見える関係でホームの行事に参加していただいたり、ボランティアに来ていただいたり、たくさんの協力を得ている。反面ホームから地域へ還元できることとして、認知症に関する情報の発信はしているものの不十分である。拠点としての役割を担うべく、認カフェの試み等を開始し、さらなる貢献を試行中である。内部的には、「職員が幸せでなければ、入居者の幸せのお手伝いはできない。」を所長方針として、職員が「やりがい」をもてる職場、処遇改善に力を入れると共に、「入居者の自立支援」を管理者方針としてケアの質向上のための施策に重点を置いている。反省点としては、ご家族との信頼関係の醸成に力を注ぐ必要性を感じており、改善していきたい。

【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 事業所では医療機関及び調剤薬局の協力のもと薬の一包化、一店化を図っており、調剤薬局からの薬の配達受取の際に薬の効能や服薬上の注意点の説明を受け、利用者の薬の飲み忘れや誤薬事故防止に努めている。  
2 利用者や家族、地域の方々の介護の相談などができる場として、事業所で「認カフェ」を定期的に開催し介護情報を発信するとともに、町内会の各種行事へ積極的に参加するなど地域交流に取り組んでいる。

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	「明るく、仲良く、元気よく」のメインテーマと、具体的な行動を起こし易いようなサブテーマを明文化して、額に入れ掲示している。毎日、申送り時に唱和し、常に意識を喚起している。	地域密着型サービスの意義を簡潔、明瞭かつ口ずさみ易い言葉でまとめた理念で、管理者と職員は毎朝、申し送り時に唱和し実践につなげている。	
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	地域の会合に積極的に参加すると共に、GHの行事等に町内会の方々に参加していただいている。	町内会及び事業所の各種行事に地域の方々や利用者の方々がお互いに参加し、交流を図っている。また、事業所の広報紙を町内会に回覧し、認知症ケアの啓発等に努めている。	
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	「こんにちはグループホームです」の広報紙を通して認知症の方々の特性や支援の方法について啓蒙している。また、にん認カフェの開催、西河原町内会との懇談会を包括等と共に推進している。		
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	誤薬事故に対する報告、対策案の説明、事業所の収支赤字解消策等事実と案を積極的に開示し、第三者の目でアドバイスをいただき、改善につなげている。	運営推進会議は定期的開催されており、事業所からは活動実績、成果、課題、今後の計画等の報告があり、それらの事に委員からは活発な意見が出されるなどサービスの向上に活かされている。	
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	地域包括センターの職員の方に、家族相談援助困難事例の援助、地域医療等に関して相談させていただき、ご利用者様への迅速な支援提供に努めている。	市担当者とは、事業所運営及び利用者に係る各種の申請、届け等の提出時に訪問し指導を受けている。また、地域包括支援センターには成年後見人制度や困難事例等を相談し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	身体拘束の研修をホーム内で実施、具体的な例を挙げ何が身体拘束に当たるのか話し合いを行い、日常的に身体拘束を行わないケアに努めている。	身体拘束廃止に係る外部研修の受講及び内部研修を実施し、職員間の知識、情報を共有しながら玄関の施錠も含め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	外部研修にて得た知識を内部研修にて水平展開し、職員が虐待防止の意識を持ちケアを行う様に努めている。		

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	所長、管理者や計画作成担当者は研修等で権利擁護についての理解を深め窓口として支援できる体制をとっている。全職員の周知に向けてこれから取り組みたい。		
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	新規契約のご家族に対して、利用契約書及び重要事項説明書を最初から最後まで項目ごとに読み上げ、具体的な事例を挙げて説明し、理解を図っている。ご家族から、初めて契約書の内容が理解できたと好評であった。		
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	家族会、餅つき会、敬老会等行事でホームに来ていただいた際に、話を聞くことにしているが、家族の立場からすると、言いにくい環境かもしれない。話しやすい機会の改善を検討したい。	家族の訪問時に利用者本人の心身の状況や日頃の様子を報告すると共に家族の要望、意見の把握に努めている。	利用者家族との居間での相談は、その内容が周囲に聞かれる可能性があるため、今後、家族等との相談は居室等で行なわれることが望ましい。
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	給与支給日に、所長が職員と面談し意見、提案、不満等を吸い上げるようにしている。	所長、管理者は職員一人ひとりに良い点を伝えるなどの面談を通してコミュニケーションを図り、明るい職場づくりに努めている。	職員が安心して休息できるように休憩室確保についての要望は検討して欲しいと思われる。
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	半期ごとに職員が、個人目標を立て、その成果を報告させている。その成果を含め幹部社員が評価を行い、プラス査定、マイナス査定をして賞与の額を決めており、賞与支給時に個人面談で評価結果を説明し、意思の疎通を図っている。		
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	介護福祉士の取得を奨励しており、応援制度を積極的に使用するように勧めている。また、GH協議会等の研修にはできるだけ出席させている。		
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	所長と管理者はGH協議会県北地区のGHからなる管理者会議で情報収集すると共に、所長は、県北地区研修委員長を引き受け、県内の多くのGHとの交流を行っている。管理者は、北信西地区のケアマネ会に参加し地域の事業者と広くネットワークを構築している。		

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
<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	サービス導入前は職員複数人でご本人と面談、世間話も取り入れつつじっくりと話し信頼関係を構築するよう努め、またその話の中で要望やニーズを見出す支援を行っている。		
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	入居申し込み時、サービス導入段階でご家族との面談を実施、不安なことなども含めてじっくりと話をしたうえで、ホームでできること、入居後に起こりうることについても説明している。また、入居して間もなくは、ご本人の様子について電話やメールなどでの報告をこまめに実施、安心を提供するように心がけている。		
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「何に困っているのか」をよく聞き、緊急利用が必要と思われる方には、他のグループホームへ問い合わせし、担当者を確認した上で紹介する支援も行っている。		
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	利用者と一緒に食事作り、洗濯物たたみ、掃除等を実施し、ご本人の残存機能を最大限に活用頂くと共に、自尊心の維持に努めている。		
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	ケアプラン作成時に、ご家族と共に支援する内容を計画し、共に行動できる内容を採用するように努めている。		
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	ご家族やご友人には、いつでも気軽に面会していただけるようアナウンスをしている。面会に来ていただいた際は積極的に挨拶し、気軽に来れるような環境を作っている。	家族及び友人の訪問が切れ目なくあり馴染みの場所等へも一緒に出かけている。また、毎月、書道、絵手紙教室の先生や傾聴ボランティアが訪ね来ており、新たな関係継続支援にも努めている。	
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	困っている利用者の悩みを、他の利用者が相談にのってくれるような雰囲気を作り、利用者同士の関係支援に務めている。		

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	退所され他施設へ移られた元利用者の方に、誕生日の寄せ書きをプレゼントとして持参し、その後の様子把握に努めている。また、亡くなられた時には弔問等をしている。		
<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	随時、ご本人・ご家族とよく話し合い、ご本人の意向に沿ったケアが提供できる様にしている。お話する事が難しい時には、ご本人の表情やしぐさやちょっとした発言などから、ご本人の意向を汲み取るよう心掛けています。	利用者及び家族とは十分話し合い、一人ひとりの思いや意向の把握に努めながら毎日のケアに反映させている。	
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	入居前に生活歴シートの記入を依頼し、なじみの暮らしの大まかな把握を行ってからサービスを開始。入居後は詳細な生活歴をご本人、ご家族から聞くorシート記入を依頼。なじみの暮らしやサービスを利用するまでの経過を把握でき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	業務につく前には必ず申し送りノートを参照しご本人の状態把握に努めている。また、個人情報に配慮したメールを職員全員に配信、常に最新の状態を全員で把握できるようにしている。		
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	ご本人や家族からの要望と意見を基に、会議等で職員間の話し合いを実施し、介護計画を作成している。身体的な事は連携している訪問看護ステーションや主治医にアドバイスを頂き、介護計画の参考にしている。	利用者及び家族の要望、意見を踏まえ利用者の身体状況の変化、医師等関係者の助言、モニタリング結果等をもとに現状に即した介護計画を作成している。特にモニタリングチェック表の見直しをし、全職員が利用者の変化をより具体的に把握できるよう介護計画の見直しの根拠としている。	
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	個別記録にはご本人の言葉や状態などを記入、職員間で情報を共有している。ケアプランの見直し時にはそれらをよく把握し、より良い見直しに活かしている。		
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	ご本人の希望に合わせ、必要に応じて地域の店や訪問サービスと打ち合わせを行い、柔軟な支援が取れるよう努めている。		

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
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	地域のボランティアの方による習字教室や絵手紙教室等をホーム内で開催し、地域資源を活かした豊かな生活を送れる様に支援を行っている。		
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	協力医療機関の往診の他、希望する医療機関への受診の支援を行っている。受診時の情報提供の他、必要時は受診報告書を作成しご家族へ報告も行っている。	利用者及び家族の希望に沿ったかかりつけ医の受診は家族が付き添い通院し、また、事業所への往診で行われている。通院、往診結果は受診ノートに記録すると共に必要に応じ家族への受診報告書で報告し適切な受診支援に努めている。	
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	提携している訪問看護ステーションが毎週水曜日に健康観察に来ていて、体調不良等に24時間体制のサポートを受けている。又、密に連絡を取り合い入居者様の体調維持に努めている。受診後に受診報告書を作成し、即日訪問看護ステーションへ報告、その後の対応につなげている。		
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実施し、入院中も連絡が取れる体制を作る。医師の説明時には参加し、状態把握、リハビリ方法や生活の注意点について指導を受け、スムーズな退院が出来るように支援している。		
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	家族会で看取り指針をご家族へ配布、内容説明を行い、ホームで対応可能な状態についても説明を実施した。	本人及び家族の意向を尊重し、かつ「看取り介護指針」を共有しながら本人・家族、医師・看護師、介護職員の連携、協力のもと看取りを実施している。	
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	ホーム内の防災委員会の年間活動計画に緊急時の応急手当の研修があり、職員全体に研修を行なっている。		
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	毎月の避難誘導訓練を通し災害時の対応を学んでいる。全ての職員が避難誘導訓練に参加できるよう、シフト調整を行っている。火災時の緊急自動通報先の中に、町内会の防災委員長も設定させて頂き協力体制を築いている。	消防署立会の訓練のほか毎月避難誘導訓練(夜間想定を含む)を実施している。また町内会の防災委員長にも緊急自動通報先に加わっていただき地域との協力体制づくりに努めている。水、食糧等の備蓄もなされている。	

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
<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	利用者一人ひとりの考え方や行動を尊重して、誇りやプライバシーを損ねないように配慮した声掛けや対応をしている。	一人ひとりの誇りとプライバシーを損ねないように利用者の気分、状況に合わせた声かけや対応を行っている。また職員間で毎日の対応、方法等を振り返り、確認しながら支援に努めている。	
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	利用者の希望や要望を傾聴し、可能な限り実践できる様、職員間で話し合いを行い支援をしている。		
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	利用者一人ひとりのペースを大切に、何事においても介護者側から強要することのないよう尊重しながら、毎日を過ごして頂いている。		
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	利用者に毎朝の整容の声掛けや、自分で服を選んで頂ける様、支援を行っている。 月に一回出張美容が来ている。髪染めの希望がある方は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	食事作りや後片付け等を職員と一緒にコミュニケーションを取りながら楽しく行っている。又、利用者と職員が同じテーブルで隣同士に座り、会話をしながら楽しく食事を摂っている。	調理、盛りつけ、後片付け等の中で利用者に出ることは手伝ってもらい一緒に行っている。また職員も利用者と同じテーブルで穏やかな雰囲気の中で食事をし、楽しい食事となるように努めている。	
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	利用者一人ひとりの食事摂取量を記録している。水分量は個々の状態や気候に合わせて調整している。ホーム内の食事委員会がメニューを考案し、栄養バランスや季節に合った食事を提供するよう支援をしている。		
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	その方の状態に合わせた口腔ケアを実施、訪問歯科医からの口腔ケアのアドバイスも参考にしている。		

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
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	なるべくオムツに頼らないケアを心掛けています。夜間帯に失禁が多い方には定時の声掛けをするなど、その方に合ったトイレ誘導をし、排泄の支援を行っている。	毎日の排泄記録やケアの中から把握した排泄パターンをもとにトイレ誘導をし、出来るだけトイレで排泄でき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	あまり負担にならない簡単な運動などを取り入れている。食事には繊維質の多い物、おやつには乳製品等を取り入れて、便秘予防を行っている。		
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	入浴拒否がある方には時間を置いて再度声掛けをするなど、その方に合った楽しい、清潔保持に努めている。	利用者の希望も聞きながら入浴支援を行っており、季節に合わせて菖蒲湯にしたり、入浴剤を使用したりしながら入浴を楽しめるように支援している。	
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	居室の温度や湿度を調整したり、寝具の清潔を保つ等、環境を整え、安眠や休息により、体調が維持できる様に支援を行っている。		
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	地域の薬局と顔の見える関係になり、利用者の薬についてすぐに相談できる状態。薬受け取り時には内容について直接説明、指導を受け、職員へ周知している。		
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	利用者一人ひとりの出来る事ややりたい事を把握し、無理なく自主的に行動出来るように促し、その方に合った気分転換ができる様に支援を行っている。		
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	利用者一人ひとりの状態に合わせて、身体に負担なく気分転換できるように努め、天気の良い日は外気浴や散歩、買い物に出掛けている。ご家族との外出についても、留意点などを話し合い、気軽に外出できるように支援している。	気分転換や身体機能の維持のために、日常的に近隣の散歩、買い物等に出かけている。また家族と一緒に食事に出かけたり、町内会の行事である芋煮会等へも参加している。	

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	金銭管理が難しくなっている方が多くなって来ているが、お金を持つことができる方については持ってもらっている。買い物も好きなものを買うように支援している。		
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	本人の希望があれば、家族や知人へ電話を掛ける支援を行う。ポストへの投函の代行や、FAX送信等の支援を行っている。		
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	利用者の馴染みの音楽を流したり、みんなで作った壁飾りを飾ったり、フロアに生活館や季節感を取り入れ、楽しく生活して行ける様な空間作りを工夫している。	共用空間である居間には自宅と同じように仏壇や神棚があり、壁には利用者の書道作品や絵手紙等が掲示されており、生活感を採り入れながら心地よく過ごせる工夫がなされている。	
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	和室には掘りごたつ、フロアにはソファやテーブルを配置し、入居者が自由にくつろげる空間を提供している。		
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(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている	自宅で使用していた馴染みの家具などを持ち込んでその方らしく暮らせる居室づくりを心掛けている。又、居室内の整理やトイレ・洗面台掃除を行い快適に過ごせる支援を行ったり、転倒につながる様な危険因子を撤廃する等、環境整備にも配慮している。	各居室にはトイレ、洗面台、ベッド、テレビ、籐編みの衣服整理箱等が配置されると共に、位牌や夫、孫等の記念写真、手紙等馴染みの物があり、その人らしく暮らせるように配慮されている。	
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	各居室にトイレや洗面台が設置されている事により、排泄や整容などADLの維持向上の促進、残存機能低下の防止の自立に向けた環境となっている。		