

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	0770101731		
法人名	有限会社 アイ・エヌ・エス		
事業所名	グループホームハートピア 2F		
所在地	福島県福島市北五老内町3番9号		
自己評価作成日	平成22年7月31日	評価結果市町村受理日	平成22年11月19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	NPO法人 福島県シルバーサービス振興会
所在地	〒960-8043 福島県福島市中町4-20
訪問調査日	平成22年9月28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、福島市の旧市街地にあるため交通の便が良い所です。
 2、万一のご病気にも協力医療機関(福島西部病院・南循環器科病院)との連携がスムーズで、1階にはDr.Kクリニックの診察スペースもあります。
 3、地域のイベント(生花展・小学校のフェスティバル等)の見学もしています。
 4、毎年恒例のクリスマス会にはご家族様も参加頂き大変好評です。
 5、理念にあるひとり一人の心に寄り添うケアに努めています。

【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. 事業所内に診療所を設置していることから、定期的に診療が行われている。そのため、利用者の健康管理や医療面での安全が図られており、不安なく過ごしている。
 2. 理念に沿って利用者本位のサービス提供に努めており、自立度の高い方には生活リハビリの一環として日常的に行う簡易な業務を分担するなど個別的ケアを実践している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、活き活きと働いている (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している (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	地域・家族・医療機関との連携に努め、リビングの誰にでも見える所に理念を掲げ、利用者様のペースに合わせ一緒にレクリエーションや家事等を楽しみながら安心して暮らせるサービスを提供しています。	利用者の意思や人格を尊重し利用者の立場に立ったサービス提供に努めることを理念に掲げ実践に取り組んでいる。理念の文言を簡潔に整理し職員が容易に理解できるよう全員で検討している。	
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	民生委員の方の働きかけにより、小学校での文化祭も招待を受け子供達の劇を見せて頂きました。又地元の小、中学生が体験実習に来て交流を深めています。	市街地であり近所付き合いは少ないが、中学生の体験学習の場を提供し交流したり、小学校の文化祭に招待され参加するなどの地域交流を進めている。地域の民生委員から高齢者の触れ合いの場として事業所を活用されてはどうか等の提案が出されている。	
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	地元の小、中学生が福祉体験実習の時や、ヘルパー実習受け入れ時などに、認知症の人の理解や支援の方法など学習して頂いています。		
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	2ヶ月に1回、定期的に会議を開く事で、地域の方や家族等と話し合い意見交換や、家族の希望を取り入れたり、地域の行事を知る事ができサービスへと反映させています。	会議には家族も複数参加して活発な意見交換がなされ、職員も希望や提案を次のサービス向上に活かそうと積極的に取り組んでいる。町内会等の住民代表の委員を委嘱するための努力をしているところである。	
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に取り組んでいる	サービス提供に係る内容等、随時訪問し、意見交換に努めサービスの提供・質の向上に取り組んでいます。	行政機関との連携は密であり担当者との情報交換を行い適切な助言を得ながら、サービスの質の向上に取り組んでいる。	
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	身体拘束をしないケアを常に話し合い実行しています。	身体拘束禁止については職員間で研修し実践している。三階建ての二、三階が居住部分で一階は総合玄関にあたる。街中にあるという防犯上の理由で施錠してあるが、各ユニットの玄関に当たる各階のエレベーター・ホールには施錠はない。	
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	外部の高齢者虐待防止の研修にも参加し、管理者・職員全員で話し合い、不適切ケアの認識を共有する事で、虐待防止に対処しています。		

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
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	運営推進会議を活用し、地域の包括支援センター担当者から学び、成年後見人制度を利用している方もいました。		
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	入居に際しては管理者・計画作成担当者が、利用者や家族と面談し重要事項説明書を基に十分な説明をして、質問点等伺い、どんな小さな疑問でも丁寧に答え話し合い同意の下で、契約をしています。		
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	運営推進会議の際、管理者・ケアマネジャー等が利用者や家族からの意見を聞きだす様に努め、又、意見箱のポストを設置し、運営推進会議の時に開けています。家族の面会時等、管理者や職員の方から声を掛け意見や要望等を聞きケアや運営に反映させています。	運営推進会議でも忌憚のない意見が出るが、家族面会の際等にも職員が意見、要望を聞きだすように努めており、管理者に繋げケアや運営に反映させている。	
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、医師で月2回の往診の折に、意見や要望を聞く機会を持ち、管理者は普段から職員の意見や要望を聞くように心がけミーティング等で、話し合い、速やかに対応しています。	法人代表が事業所内診療所で定期的に診療するため、それらの機会を捉え、法人代表との意見交換や要望等を聞く機会を持っており、運営に反映されている。また、管理者は職員の意向を把握しながら業務の円滑化を図っている。	
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	常に無理の無い勤務体制に心がけ、日勤が4日以上続かないように休みを入れたり随時、発言の機会を持ち又、管理者から職員への声掛け、意欲向上に努めています。		
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	県や市町村、連絡協議会の主催する研修会に参加し、参加した職員はレポートを記録しミーティングにて報告しサービスに反映しています。		
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	グループホーム連絡協議会や事例検討会等に参加し、学習の機会や同業者同士の情報交換の場に参加して、サービスの質の向上に心掛けています。		

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
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	アセスメント作成にあたり本人との面談に時間をかけ又、日常の会話の中から、本人の思いを聞き、ケアプランを作成しています。		
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	アセスメント作成にあたり家族とも時間をかけて、要望を聞き又、面会時の会話から情報を得て、ケアプラン作成に役立てています。		
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	本人や家族の要望を聞き、現在の状況を伝え相談の上、了解を得てから、必要なサービスの支援に努めています。		
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	利用者を主体に、その人のペースに合わせて一緒に、レクリエーション・食事・お茶をし、話題を共有して笑いのある、サービス提供に心掛けています。又利用者の負担にならない程度に、家事等の仕事を手伝って頂き、あらゆる面で意思疎通出来る様に、努力しています。		
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	家族の協力あってこそ、共に支え合っていける事を伝えている。毎年行っているクリスマス会等に参加頂き一緒に楽しんでいます。随時、身体等の変化があった場合は報告している。又家族の都合がつく場合は、外出等を一緒に行って頂くようにお願いしています。		
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	家族と連携して、お盆やお正月には、自宅にて過ごしたりしている方もいます。友人や知人等が遊びにいらっしゃる時は、また来て頂けるような雰囲気作りをしている。	特技がある利用者にはそれを教わりに来る知人もおり、職員は来訪者が訪れやすい雰囲気作りに努めている。自宅が近い利用者の場合、自宅を確認に行くなど繋ぎの絶えない工夫もなされている。	
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	人間関係を把握し、トラブルにならないように見守りしています。食事の席等は利用者同士の関係を把握して決めています。		

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
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	契約終了後も、遊びに来て頂く事等は歓迎し、必要に応じて相談や支援に努めています。		
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	生活歴からアセスメントしてその人が持っていた生活スタイルや個性が重視されるように支援しています。意思疎通がうまく出来ない方は、行動パターンの把握・生活の中での見守り重視・会話を働きかけるなど心に寄り添う対応に心掛けています。	フェースシートからアセスメントを十分行い、利用者の生活環境や心身状況等を把握し、日常的な触れ合いや会話の中から利用者の意向や希望を把握し利用者の立場に立った支援に心がけている。	
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	在宅での暮らしから、グループホーム入所に至った経緯の把握により、家族が一番困ったのは何か？そして入所を判断した家族の心情など聞き取ることで、本人・家族の両面を支援する事により得た情報をホームの生活にいかしています。		
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	身体状況・バイタル・排泄・食事摂取量・水分摂取量・体重測定・精神状況(徘徊・不穏・見当識・穏やかか等)気付きの様子を、一人ひとりの介護記録に記入しています。		
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	全職員でアセスメント(情報収集・課題・ニーズの把握)を行い、家族の意見を取り入れ、ケアプラン作成しています。カンファレンスでは、実行されているか、無理はないか、ニーズや目標は達成されているか満足しているか等についてモニタリングしています。	現状把握を十分行い利用者本位の介護計画の策定に努めている。支援内容も目標を達成するための具体的な内容となっており、サービスごとの評価を行い、検討会議で話し合い、計画変更に繋げるなど現状に即した計画を作成しているが、必要事項についての記録が不十分である。	利用者の個別記録は、介護計画の支援内容に基づいたサービス提供状況等の必要事項を記載することが必要である。
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	経時的な介護記録・健康管理(バイタル・排泄等)の記録をドクターの往診時、訪問看護師が活用。ミーティング、日々のケアでの問題点などを記入し、記録や送り(口伝)により、職員全体での情報の共有に努めています。		
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	病院受診の付添い。独居していた自宅に行って見たい方への付添い。外出の支援など、状況に合わせた対応等に取り組んでいます。		

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
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	定期的なボランティアによるグループホーム訪問(日本舞踊・大正琴・三味線など)又、ソバ打ち名人による蕎麦賞味。華展への招待・小学生・中学生の訪問など楽しんでいます。		
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	かかりつけ医・歯科の月2回の往診。事前に同意を頂き、緊急時は協力医療機関に搬送して、結果などを家族に報告しています。又、本人・家族希望の医療機関の受診も行っています。	定期的に事業所内診療所での診療が行われ、適切な受診支援がなされている。また、利用者が希望する眼科、歯科などのかかりつけ医との連携も図られ、家族支援による通院も行われている。	
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	医療連携体制加算により、訪問看護ステーションから看護師が来ています。健康管理表により情報提供や連携を図っています。又、入所者の健康管理目的・相談・アドバイスなどを受けています。		
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。	契約内容にて医療機関への入退院の説明を行い、本人や家族が安心して過ごせるようにしています。入院期間中は、医療機関との情報交換を行い、職員が面会に行く等により、連携を密にして、退院後のケアがスムーズに行われる様、心掛けています。		
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・看取りの指針を作成し家族への説明を行っています。看取りの経験はないが、最近家族の要望ある場合は、同意を得て取り入れる方向で進んでいます。ホームで穏やかに看取る事への意識が職員に徐々に浸透してきている。看取りの際の家族部屋の準備は済んでいます。	重度化・看取り対応指針を作成し事業所が対応できる支援方法について家族等に説明をしている。また、看取りの際の環境についても整備を行っている。入居時に家族等の事前の意向確認を行っている。	
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	日頃から、急変時の判断、対処法、医療への連絡方法など勉強しています。		
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	消化訓練に職員全員が参加し、訓練士の指示の下行っています。「火を出さない」を合言葉に職員による自主点検を行っています。スプリンクラーの設置を実施し、水や食料の備蓄にも心がけ、水害時等に備えています。地域との連携が取れるように検討しています。	鉄筋3階建てで、ビルが密集しているため、火災等を出さないために職員全員で防火自主点検を徹底している。年2回の定期的避難訓練を実施しているがビルが多い市街地であり地域との協力・連携は図られていない。特に夜間人口が少ないため夜間の協力は困難である。	防火・避難訓練等は年2回に限らず、出来るだけ訓練回数を増やし、職員全員が習得することが必要である。また、法人として地域協力について近隣の人等と話し合いをするなど具体的な働きかけが望まれる。

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	個人情報保護や秘密保持については、全職員で理解し努めています。(排泄を聞く場合は、小声で周りに人がいない時に聞く・記録等は、鍵の付いた所で保管等。)又、日常生活の中でも言葉かけや行動には、プライバシーを損ねないよう留意しています。	採用時、職員より個人情報保護についての誓約書を取り、また、研修の中でプライバシー保護についての理解を図っている。日常的にも声かけや言葉遣いに留意し自尊心を損ねないよう配慮している。	
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	お茶の時など、1つのテーブルに皆様が集まり、一緒にお茶を飲む事により、利用者同士の会話を促し、自己表現出来る様に心掛けている。又、個別にもゆっくりと時間を取り、本人の思いや希望等を聞いて自己決定できるように支援している。(自室訪問時や、入浴介助の時など)		
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	意思疎通できない方もいますが、体力低下予防で毎日の歩行運動や体操・散歩等を個人のペースに合わせて行っています。個人に合った(希望に添った)漢字・計算ドリルやぬり絵等行い又、買い物等、希望があれば随時対応している。		
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	美容師が当ホームに来て頂いてます。衣服は、本人の好みでコーディネートし、着ています。自力更衣できない方は、職員が本人の好みを聞き選んで、介助してます。又、お洋服や化粧品品の購入などの支援もしています。		
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	職員も利用者と一緒に、会話等をして食事の楽しみを共有し、利用者の身体機能に応じて出来る範囲で配膳、後片付け等を行っています。	食事を日常生活の楽しみと活動の一つと捉え、利用者の出来る範囲で調理や後片付けに参加し、職員も一緒に会話を交わしながら食事を楽しんでいる。	
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	メニューを考える時に、栄養バランスは考え協力医療機関の管理栄養士に、相談している。水分などは、本人の趣向に合わせ、摂取量はチェック表に記入する事で把握し、食事量や水分量はバイタルチェック表に記入して管理しています。又、状態に応じて食事を刻み食べやすくしています。		
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	歯科往診により、口腔衛生管理をして頂いています。(月2回)又、毎食後の歯磨きへの声掛け・見守り・介助等、口腔内の確認等、個人に合わせたケアをしています。		

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
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	排泄管理表により、排泄状況や排泄パターンの把握による誘導支援を行い、夜間も、個人の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行う事で、オムツ使用を減らしています。	排泄介助が必要な利用者には、排泄管理表による排泄パターンを確認し排泄の自立支援に努めている。夜間もオムツ使用を減らすよう、出来だけ利用者に合わせてトイレ誘導を行っている。	
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	排泄管理表にて、排便状況を確認しています。便秘予防等のため、1日1500CC～2000CCの水分を目安に摂取して頂き、又、食事にも気を付けて野菜・果物・乳製品等献立の工夫や、運動も必要のため体操や散歩など個人に応じた予防をしています。		
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	入浴時間は定めていますが、利用者の気分や身体状況を考え、好みの湯加減や希望時間にて、ゆっくりと落ち着いた状態で入浴できるよう支援しています。	週3回の入浴日には利用者の身体状況を確認しゆったりと寛げる入浴環境に配慮しながら支援している。日中の入浴が殆どである。	
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	体調に合わせた休息をとって頂いてます。就寝・起床時間は特に決めることなく本人のペースに合わせて消灯・起床している。(希望により)湯たんぽや電気アンカ使用したり、眠れない時は(管理者・職員)が話し相手になっている。		
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	お薬情報や職員連絡帳により管理し、服薬の支援をしています。服薬の管理をすることで、薬の飲み忘れ防止、又、個人の状態に応じて、見守りや介助をしています。		
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	利用者の身体機能に応じて、家事などの役割分担をしている。(掃除・洗濯・茶碗拭き等)毎日の、レクリエーションにより、気分転換等の支援をして、(体操・運動・指や腕の運動・歌・ドリル・ぬり絵等)おやつ作りや園芸などにて楽しみのある生活が出来るようにしています。		
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	地域でのイベント(生花展・日本舞踊・小学校のフェスティバルなど)天気の良い日は、本人希望にて散歩へ出掛けている。利用者の希望により、日常的な買い物のほかにも、デパート・洋服店・自宅などに出かけています。(本人や家族の同意上にて)	事業所の立地環境から買い物や外出には便利であり、利用者の希望により外出支援を行っている。介護タクシーを利用し車椅子使用者も一緒にドライブに出かけることもある。	

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	個人で持っている、どこにしまったのかを忘れ、盗られたやもっとあったはずだ等の被害妄想や、不穏になるため、個人管理はしていません。買い物・通院等は、財布を渡しご自分で支払って頂いています。		
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	自分でかけられないため(番号等忘れている)職員がかけて渡しています。又、はがきや手紙などを出しに職員と一緒に、外出しています。		
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	リビングや通路の壁には、行事の時の写真や手作りのカレンダー・季節の花や絵などを飾り、利用者が過ごしやすいうように、椅子やソファを配置し、温度調整に気を付け快適な生活ができるように気をつけています。	共有空間には花や写真を飾っている。安全のため、手の届かない所に飾る、画鋏でなくセロハンテープをつかうなどの配慮をして、明るい空間を作り出している。カーテンやソファの色なども温かみのあるものが多く、家庭的な雰囲気と居心地の良い場所になっている。	
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	ソファやテーブルを設け、利用者様同士が談話したり、お茶のみをしている。新聞を読んだり、時代劇の好きな利用者様には、ゆっくりと一緒に見て頂いています。		
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	家で使用していた、なじみの物や好みの物を使用していただき、居室にて読書や好きな時間にテレビを見たり趣味や思い出の品を置いています。この事により、職員や利用者同士も、思い出話にも花が咲き、色々な事を知る機会や、落ち着いた生活ができるようです。	利用者は家で使用していたものを持ち込んで、居室を自分の好みに沿った楽しく快適な空間に作り上げ、居心地良く過ごしている。ベッドは利用者の状態に応じたものをホームで提供している。	
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	トイレやお風呂の入り口が分かるように、文字で書き表している。又、個人の居室の前には、名前と写真を貼り工夫し、見守りや声掛け誘導している。		