

### 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	1292600036		
法人名	社会福祉法人 悠久会		
事業所名	グループホーム 悠々やちよ		
所在地	千葉県八千代市保品2070-5		
自己評価作成日	平成23年11月23日	評価結果市町村受理日	平成23年12月26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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do">http://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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 日本高齢者介護協会		
所在地	東京都港区台場1-5-6-1307		
訪問調査日	平成23年12月15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)】

利用者の様子や意向を把握しながら、日々の生活の事柄や行事などを決めていくようにしています。  
施設の周辺環境も田畑が広がる穏やかな環境であり、ホーム内の雰囲気についても利用者の皆様がゆったりと穏やかに過ごせるように配慮しています。  
隣接する併設施設には特別養護老人ホームやデイサービスセンターがあり、行事や職員研修等において交流しています。

【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. 最寄駅からバス10分の郊外の林、田園に囲まれた、自然環境に非常に恵まれたホームです。
2. 主施設の特別養護老人ホーム及び通所介護、居宅介護、ケアハウスとの併設で、消防訓練、納涼祭、月1回のバイキング等を合同で開催し、必要な都度連携が取れるのが強味です。
3. 「利用者本位」の理念を日頃のケアの中で実践しています。食事、入浴、排泄、散歩等かなりの水準で実行している事もあって、入居者の平均年齢86歳にも拘らず、車椅子利用者や寝たきり利用者が皆無で、皆さん元気に自分のペースで過ごしているのが印象的です。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	パーソンセンタードケアを理念として掲げ、利用者個人を中心としたケアに努めています。職員会議などを通して、日々のケアについて統一を図るようにしています。	理念として、地域密着型サービスの意義をふまえた上で、「パーソンセンタードケア[利用者本位]」を掲げ、日頃の打合せ時や職員会議で確認・共有し、日頃のケアの中で、かなり高い水準で実践しています。	
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	散歩時に地域の人々と挨拶を交わしたりしています。また、地域の敬老会に参加したり、地域の人がボランティアに来苑されたりしています。	田園の中に介護施設複合体が形成されており、通常地域交流は不可能な状態です。そんな中、散歩時の挨拶、敬老会参加、ボランティアの受け入れ等地域に溶け込む様努めています。複合体合同主催の納涼祭、バイキング(食事会)等には、積極的に参加しています。	
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	地域の人が見学や相談に来苑された際には、当ホームの説明と合わせて他サービスの紹介なども行なうようにしています。利用者の負担とならない範囲で実習生を受け入れ、人材育成にも努めるようにしています。		
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、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	地域包括支援センター職員や民生委員、ご家族等に参加していただき、活動報告を行ない、意見や助言をいただいています。それらを日々の活動に活かすようにしています。	年6回、地域包括支援センター、民生委員、家族、ホーム長、管理者、ケアマネで開催しています。議題は、外部評価・情報公表について、活動報告、ホーム状況報告、消防署立ち入り検査、インフルエンザ対策等で、有意義な意見交換をしています。	
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	入居申込状況などを定期的に市担当課に報告しています。新規入居者の検討時には市担当課へ相談するなど連絡を密にするように努めています。また、市介護相談員の受け入れを行なっています。	市担当には必要な都度報告し相談しています。運営推進会議には、必ず地域包括支援センターからの出席を得て、アドバイスを受けています。又2ヶ月に1回、介護相談員3名を受け入れています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	利用者の傾向などを把握し、行動を抑制するのではなく、見守りや声かけで対応するように努めています。日々のケアが身体拘束になっていないか会議等において確認するようにしています。	身体拘束排除宣言を謳い、職員は内外の研修会で随時学んでいます。玄関はいつも出入り自由で、流れるメロディで確認しています。徘徊症候群の利用者には、兆候が出た時点で声をかけ、散歩等本人の希望地に連れ出し、落ち着かせるようにしています。	
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	会議や申し送り時に日々のケアが虐待や不適切なケアとなっていないか注意を払っています。資料の回覧やマニュアルにより周知徹底を図るようにしています。		

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	現在成年後見制度を利用されている方が入居されており、その方の背景等を通じて制度を理解するよう努めています。ただ、職員全員の十分な理解には至っていないと思われま		
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	入居時や制度改正時等に丁寧な説明を行なうようにしています。起こる可能性のあるリスク等についても話をするようにしています。また、日頃から何かあれば相談や質問に応じる旨をお話するようにしています。		
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	面会時に声をかけるなど意見や要望を言いやすい雰囲気作りを心がけています。出された意見や要望は会議等で話し合い、反映させるようにしています。	家族の訪問時に意見、要望を伺いサービス改善に努めています。実施例としては、オムツ代の削減等があります。運営推進会議に出席する家族に限られ、意見・要望を促しても発言がなく、職員の方から提案するケースが多いようです。	
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	会議等において職員の意見や提案を聴取し、可能な限り運営に反映させるよう努めています。不満や苦情については把握しきれていない部分もあります。	管理者は、日頃及び月1回の職員会議時に、職員の意見・要望を聴き、運営に反映させています。問題がある時は、個人面談を実施しています。改善実施例としては、外部研修要望に応える、入浴介助の変更、トイレ誘導等があります。	
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	業務に支障のない範囲で、勤務に対する希望や勤務形態の変更等に応じるように努めています。また、提案は出来るだけ受け付け、やりがいを感ぜられるようにしています。		
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	研修開催情報の提供や、受講希望のあった研修は可能な限り参加できるよう配慮するなど機会の確保に努めています。参加した研修については、会議で報告を行なうようにしています。また、新入職員は習熟度に応じて勤務に配置するなどしています。		
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	市介護サービス事業者協議会の会議や研修に管理者が出席するようにしています。職員は各種研修会参加時に同業者との交流機会を持つようにしています。近隣グループホームとの交流については将来の課題としています。		

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
<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	利用前の見学や面談時には必ず本人に会い状態や思いなどを把握するようにしています。入居時にはスムーズに当ホームでの生活に慣れていただけるようにコミュニケーション等に特に配慮しています。		
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	利用前には家族との面談を行ない、これまでの経緯や思いなどを把握するようにしています。利用初期にはできるだけ頻回に面会に来ていただくとともに、職員からもまめに話しかけるなど関係作りに努めています。		
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	相談等があった場合には、必要としている事を把握するとともに可能な限り柔軟な対応を心がけています。必要に応じて併設サービスも含めた他制度等の案内もしています。		
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	清掃など利用者と職員が一緒にできることは共に行なうようにし、利用者が個性や役割を發揮できる場面を持てるように配慮しています。		
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	可能な範囲で自宅への外出をお願いしたり、定期的な通院時には家族にも協力をいただくなど共に支援する関係を維持するようにしています。また、面会時には日々の様子を伝え、情報を共有するようにしています。		
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	いつでも面会を受け入れるとともに、電話や手紙での連絡を取り持ったりしています。地域の敬老会に参加した際や併設サービスとの合同行事時には以前交流のあった方と話をされたりしています。	家族や知人の方が気軽に訪ねて来やすい雰囲気を作り、いつでも自由に受け入れています。利用者の中には以前通っていた理容室やスーパーに行くこともあり、職員も付き添うなど支援しています。	
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	利用者同士の関係性についての情報を職員で共有するようにし、変化を注意深く見守っています。個別の対応が必要な時とみんなで過ごす時の見極めに気を付け、利用者同士の関係がうまくいくように配慮をしています。		

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
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	退居後に利用するサービスの関係者に、当ホーム利用時の支援状況を情報提供するなど、移行がスムーズに進むよう支援を行なっています。		
<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	日々の関わりの中での会話、行動や様子などから本人の意向を把握するように努めています。本人からの把握が困難な場合も家族から情報を得て検討するようにしています。	入居時に本人や家族から意向や生活歴を聞き取り、少しでも本人の思いに添えるように努めています。入居後も一人ひとりの意向を把握し、必要に応じ職員会議や朝・夕の申し送りで職員間でも共有するようにしています。	
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	入居時のアセスメントや日々のコミュニケーションから生活歴などを把握するようにしています。家族からも話を聞き情報を得るようにしています。		
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	利用者一人ひとりの生活リズムの把握に努めるとともに、行動や様子から全体像をとらえるようにしています。本人ができることは職員が支援しながら一緒に行なうようにしています。		
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	計画作成担当者が中心となり利用者や家族から思いや意見を聞き出すようにしたり、会議で職員の意見を出し合うようにしています。それらを介護計画に反映しています。	利用者や家族からの意見を取り入れ、また受診時の報告書を基に介護計画を作成しています。作成後は家族に分りやすく説明し、一緒に話し合うことで理解を得ていることが、利用者アンケート結果から十分窺えます。	
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	利用者の状態変化や職員の気づき等を個別記録に記載し、職員間で情報を共有するようにしています。個別記録を会議等でのケア方法の検討や介護計画の見直しに活用しています。		
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	買物や通院介助などその時々必要性や要望に応じて柔軟に対応するよう努めています。		

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
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員や地域の民生委員が参加しており、周辺情報などを得るようにしています。また、地区敬老会に参加するなど交流を持つようにしています。		
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	原則として入居後も本人や家族が希望するかかりつけ医となっています。基本的に定期受診は家族に協力をいただいているが、不可能な時や緊急時には職員が代行するようにしています。	家族の付き添いでこれまでのかかりつけ医に継続受診し、月1回～2回通院しています。訪問看護ステーションからは月3回健康相談に来ていて、緊急時は24時間対応を取っています。また訪問歯科は必要に応じて往診に来ています。	
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	職員は体調や些細な変化を見逃さないよう早期発見に日々努めています。訪問看護ステーションと契約しており、定期的な訪問による健康管理、医療面での助言・相談、緊急時の対応などを行なってもらっています。		
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。	入院時には支援方法などの情報を医療機関に提供し、随時職員が面会や相談に行くようにしています。家族とも情報を共有しながら、スムーズな対応ができるように努めています。		
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	介護計画見直し時や日々の会話の中で本人や家族の意向を把握するとともに、当ホームが対応できる範囲などについて話をするようにしています。入居契約時には指針等について説明しています。	契約時に重度化や終末期のあり方について、ホームが出来ることを「重度化した場合における対応に係る指針」を基に家族に説明し同意を得ています。状態が変化した場合は、再度家族からの意向を確認し、対応の相談にのっています。	重度化した場合、ホームでの看取りは現状では難しく、利用者は退所を余儀なくされています。これから時間をかけ医療との連携や職員研修等併設の特養ホームと合同で取り組むことで、終末期対策を進めて行くことが期待されます。
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	緊急時の対応方法について見やすい場所に掲示したり、マニュアルを作成し周知を図っています。また、職員が順次講習会などに参加するようにしています。		
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	消防署の協力を得ながら、併設施設と合同で年に2～3回消火訓練や避難訓練などを実施しています。	併設施設と合同で、消防署立会い訓練を年2回、自主訓練を年1回実施しています。自主訓練は夜間想定で施設同志の連絡等実際に則して実施しています。スプリンクラー、火災報知器、消火器が完備され、敷地内の特養ホームにおける備蓄も質・量共に十分です。	

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>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	常に職員の対応や言動に注意を払い、不適切な対応にならないように気をつけています。トイレ誘導時にはリビング入口の戸を閉めるなど状況に応じたプライバシーへの配慮をしています。	利用者には、職員がお互いに言葉遣いや対応に注意しながら支援しています。声かけは原則(～さん)で統一し、同姓の場合のみ名前で呼んでいます。居室内に入る時は必ずノックをし、不在時は入室しないように心掛けています。	
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	日ごろのコミュニケーションを通じて本人の意向を確認するようにしています。利用者の関心や嗜好の把握に努めており、それに合わせた活動の提案をするようにしています。		
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	基本的な1日の流れは決まっていますが、一人ひとりのペースや体調などに応じて幅を持たせた対応を心がけています。しかし、スタッフの出勤人数などに左右されてしまう場合もあります。		
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	着替えについては、ほとんどの利用者が本人の意向で決めており、職員は見守りや支援が必要な時に手伝うようにしています。自己決定が難しい方も職員と一緒に選ぶなどするようにしています。		
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	当ホームでの料理日は週1回ですが、毎日準備や食器拭きなどは職員と一緒にこなすようにしています。昼食と夕食については職員が1名一緒に食事を摂るようにしています。	食事は併設の特養ホームで調理されており、週に1度金曜日だけは利用者からの要望を聞き、出来る人は職員と一緒に調理をしています。この日はとても好評で利用者は楽しみにしています。食事中は音楽を流し、ゆったりとした雰囲気作りを心掛けています。	
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摂取量などを記録して状況を把握するようにしています。状況に応じて本人が好む物や食べやすい物を用意するなどして量やバランスを調整するようにしています。		
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	毎食後に歯磨きの声かけをし、口腔内の清潔を保持するよう努めています。必要時には介助を行なうなど本人の状態に合わせた支援を行なっています。		

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	排泄記録表からパターンの把握に努めています。トイレ誘導を行なうなどトイレでの排泄を大切にしながら、本人の状態によっては紙パンツ・パット類の使用を促したりしています。	オムツの使用者は無く、利用者の状態によってはパッドを使用していますが、殆どがトイレで排泄をするなど自立度が高いようです。排泄表から個々のパターンを把握し、声かけでの誘導支援をしています。	
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	排泄記録表から排便間隔を確認しています。廊下歩行や体操などで体を動かしたり、水分をなるべく摂っていただくなどして腸の動きが良くなるように配慮しています。下剤を使用している場合は個々の状態に合わせて調整しています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的な入浴日時は決まっていますが、その中で本人のペースや習慣に合わせた入浴支援を行なっています。	入浴は基本的には1日おきで、週3回午後2時～4時の間に行っています。広い浴槽にゆったり入れるよう、滑り止めマットや踏み台等を置き安全面に配慮しています。入浴拒否の場合でも無理に勧めないで、本人のペースに合わせた支援をしています。	
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	一人ひとりの様子や体調に応じて活動の合間に休息の時間を設けるようにしています。生活リズムが乱れすぎないように、状況に応じて就寝を促す声かけをしたりしています。		
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	処方箋を個別にファイルし、職員が内容を確認するようにしています。服薬時には本人に手渡すなどきちんと服用しているか確認しています。状態の変化があった場合には、家族や医療機関へ報告・相談しています。		
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	役割や楽しみの持っていただけるように、一人ひとりの習慣や好きなことを把握し、お願いできそうな仕事を頼むなどしています。		
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	気分転換と運動を兼ねて随時ホーム周辺を散歩しています。一人ひとりの希望や嗜好に合わせて、また季節などの状況に応じて、個別又は少人数による外出を行なっています。	天気の良い日には、20分～30分近隣を散歩しています。利用者一人ひとりの希望に出来る限り応えるよう、買物や美術館、外食に行ったりして、少人数での対応を大切にしています。また家族の協力を得て自宅に帰るよう支援しています。	



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
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	金銭は事業所で預かり管理する形をとっていますが、必要に応じて、その旨を利用者に説明するなどして安心してもらえるよう配慮しています。また、用途に関する報告を定期的に家族にしています。		
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	外部からの電話や手紙を取り次いだり、本人からの希望に応じて電話をかけたリ、手紙を出す事の支援をしています。		
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	季節を感じるができるような飾りつけを行なうなど居心地良く過ごせるよう配慮しています。また、温度や明るさなど常に利用者の意見も聞きながらできるだけ快適に過ごしていただけるよう調整しています。	リビングは、天井が高く清潔で、日当たりも良く、ゆったりとして利用者が居心地よく過ごせるようになっています。畳の空間もあり、クリスマスツリーを飾り、行事写真、習字等が壁に貼られていて、家庭的な雰囲気を感じます。利用者が「自分の家にいるより良い」と言っていたのが印象的でした。	
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	共用空間の中で独りになることは難しいですが、リビングでのテーブルや座席の配置を可能な限り工夫するなど、過ごしやすい空間となるように配慮しています。		
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	安全・快適に過ごしていただけるよう本人・家族と相談しながら個別に対応し、その人らしい居室環境を整えるようにしています。馴染みの家具等を持ち込まれている方もいます。	居室は、ゆったりとして、クローゼットが備えつけられ、利用者が居心地よく過ごせるようになっています。利用者は、思い思いに自分のなじみの物を持ち込み、居心地よく過ごしています。	
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	居室やトイレを間違えないように、利用者とも相談しながら貼り紙を付けたり、目印を付けたりしています。状態が変化した時は、職員で話し合い混乱材料を取り除くなどの対応をしています。		