

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	0990300071		
法人名	社会福祉法人 星風会		
事業所名	グループホームこすもすおひら		
所在地	栃木県栃木市大平町富田5-225		
自己評価作成日	平成26年9月30日	評価結果市町村受理日	平成26年12月22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.t-kicenter.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	平成26年10月8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)】

利用者様の高齢化、ADLの差に応じて、一人ひとりの意向を尊重しながら個別の対応を重視していません。入居前の生活習慣の継続、家族、友人との繋がりが途切れないような支援をしています。地域のボランティアさんを積極的に受け入れ、また小学校や保育園との交流の機会を作り、散歩や外食、買い物など地域資源を活用して楽しみを持っていただけるよう努めています。内部研修を毎月実施し、職員の知識と技術の向上を図っています。

【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)】

当グループホームは、市の事業としての医療福祉モールの一区画にある。①法人の3つの品質方針を基に、事業所独自の理念が作られている。理念をカードにして常に携帯し、共有に心掛けている。ISOの認証準備も行っている。②一人ひとりの意向を尊重し、個別の介護をしながら家庭的な雰囲気の中で自然体で生活できるよう心掛けている。利用者の生活ペースを大切にしている、事業所である。③地域の社会資源を活用し定期的に傾聴ボランティアを受け入れたり、保育所や小学校との交流も図っている。受け身だけでなく、利用者さんが雑巾やしおりを作って小学校に寄贈したりしている。④各種委員会や研修体制が整っており、資質の向上に、職員が自主的に取り組むよう、法人でも支援している。⑤利用者の技術や経験に学びながら菜園で野菜を栽培し、収穫した物を食材としてみなどで楽しんでいる。⑥運営推進会議や写真の多い広報誌を利用して、利用者や家族との交流や意見交換が図られている。⑦災害時、医療福祉モール内の事業所とも連携し、地域住民も参加した訓練を期待したい。

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の拡がりや深まりがあり、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

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	事務所や共有部に掲示し、常に目に止まるようにしている。 職員に理念のカードの配布や、会議等で意識付けをし、日ごろのサービスで実践できるように取り組んでいる。	法人の「お客様にご満足いただけるサービス」他3つの品質方針を基に、事業所独自の理念を掲げている。職員は常に、理念を書いたカードを携帯し、管理者は機会ある毎に理念に基づく質の高いサービスの実践について、職員に伝えながら理念の共有に努めている。	
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	地域の理容店を利用したり循環バスなどを利用し買い物に出かけている。また、地域の小学校や保育園との交流の機会、またはボランティアの受け入れを積極的に行い、地域とのつながりを大切にしている。	「地域と積極的に交流する」という方針の下、定期的に傾聴ボラや、歌や踊りなどの地域ボラを多数受け入れている。利用者は循環バスを利用して、街に出かけ地域住民との交流を図っている。地元の小学校や保育園との交流も行われている。	
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	地域の方への発信はできていない。		
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	行政の方や民生委員、ご家族の方に参加していただき、サービスの実践や状況を報告させていただいている。 参加いただいた方からのご意見を基にサービス改善につなげている。	民生委員、行政、包括支援センター、駐在所、利用者家族のほか、利用者も参加して運営されている。入居状況や活動報告を中心に、相互交流的な中身の濃い意見交換が行われ、運営に資する提言がなされている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に出席いただき、実情や取り組みの報告をしている。また、電話や訪問等で運営上の相談や情報交換等をし、協力関係の構築に努めている。	運営推進会議出席時に、事業所の実情について細かく伝えている。日常的にも、電話や訪問等で相談や情報交換する機会があり、協力関係の構築が行われている。	
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	玄関や門は自由に入出りできるように施錠はしておらず、散歩等をする場合は職員が同行している。身体拘束についての内部研修を行い、職員の理解を深め、また転倒のリスクのある方は見守りを強化し、身体拘束をしないケアの実践を家族にご理解いただいている。	身体拘束をしないケアに努め、見守りや声かけで対応している。外へ出たがる利用者にも、同行して、気持ちの安定を待っている。利用者家族にも身体拘束をしないことを伝え、理解を得ている。職員にはマニュアルを配布し、委員会の担当者が中心となって研修を行い、共通理解を図っている。	
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等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	虐待防止について内部研修を実施し、関連法や潜在する危険性について学ぶ機会を設け虐待防止に努めている。身体的のみに限らず言葉使い、声の掛け方等にも注意し、心理的虐待にも防止に努めている。		

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	現在、対象者がいないため、制度の活用はしていない。		
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	契約の締結や解約時は細かく説明を行い、不安や疑問点などを確認しながら、納得いただいで契約している。改定等に関しては、事前に文書等でお知らせをして、同意をいただいている。		
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	運営推進会議でご意見やご要望をお聞きしている。また、重要事項説明や契約時に相談窓口の説明をするとともに、事業所以外の機関の一覧表や解決手順を施設内に掲示している。	運営推進会議に参加した、家族や利用者から意見を聞くほか、面会時に利用者の状況を伝える会話の中で、利用者や家族の意見や要望を把握している。納涼祭や運動会なども家族の意見や要望を聞く機会になっている。	
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	月1回のユニット会議や職員会議には、できるだけ多くの職員が参加できるようにして、意見交換し運営に反映させている。	会議には多くの職員が参加できるよう全員が出勤する日を設けている。委員会を設け、担当者は、資料作りや講師を務め、自分の意見をまとめる良い機会になっている。管理者は日常的な関わりの中から生まれる、職員の気付きやアイデアを運営に取り入れている。	
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	雇用規定に基づいて採用しているが、個々の条件を勘案し向上心を持って働けるような環境整備に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	毎月1回内部研修を実施し、知識向上に努めている。また、講師を担当制とし、指導力も備わるようにしている		
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組みをしている	運営推進会議に包括支援センターの職員に参加をして頂いている。また、講師として勉強会を開催をし、サービスの質の向上に取り組んでいる		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族様や入居前に利用されていた事業者から情報を頂き、ご本人様の困っていること、不安なことなどご要望を確認しながら、信頼関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	初回面接時、ご家族様の困っていることや不安、ご要望等を話しやすい雰囲気できし信頼関係を築けるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	初回面接やアセスメントでニーズを把握し初回施設サービス計画書を作成している。必要に応じて他のサービス利用も提案させて頂き利用している。		
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	職員は、一人ひとりのできることを把握して、共に行うことで、共同生活を築き、お互いの信頼関係を作り、支えあう関係を築いている。		
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	ご家族様が来荘された時、状況を伝え相談し、よりよい支援を共に考えていただくようにしている。また、遠方のご家族様には、電話や手紙で近況をお伝えし、支えあう関係を築いている。		
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	友人や知人の方が気軽に訪問できるような場所の提供や雰囲気づくりに努めている。また、電話の取次ぎや、手紙の投函など関係がとぎれないよう支援に努めている。	友人や親戚が訪問した時に、一緒に自宅に戻ったり、買い物に行ったりしている。手紙の投函援助や子機を使用して、居室内でも電話が受けられるような配慮を行っている。家族の協力も得て、馴染みの関係が途切れないように支援している。	
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	利用者様の個性を把握し、トラブルになるような状況を作らず、共同生活を楽しめるように、家事や余暇活動を通して、コミュニケーションを図っています。		

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
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	他施設に移る場合はご家族様の相談に応じ、移られる施設、支援事業者に情報を提供し生活の継続が図れるよう配慮している。		
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	利用者様との会話や行動から一人ひとりの暮らし方の思い又身体機能の低下を防止できるように支援しています。寄り添った支援にも心がけています。	個別の歩行訓練や、天気の良い日の散歩に同行するなどして、一人ひとりの利用者へ寄り添った支援に心掛けている。利用者の話し相手になり傾聴に努めている。定期的に傾聴ボラも導入している。利用者の作品を展示することによりその人の思いを伝えている。	
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	ご本人様、ご家族様の会話を通しアセスメントの活用をしながら、これまでの生活歴、環境の把握に努めている。		
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	利用者様の現状の把握としてフェースシートに目を通し今までの状況とホームでの過ごし方から現状の把握に努めている。また、面会に来てくださる方の関係も頭に入れ人間関係も把握するようにしている。		
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	モニタリングやサービス担当者会議には居室担当職員が中心となり、情報や意見交換を行い施設サービス計画書の内容を検討している。ご家族様が当日出席できない場合は事前にご意見を伺い施設サービス計画書に反映している。	サービス担当者会議は、居室担当者と計画作成担当者が中心となり、利用者や家族の意向や要望を基に意見交換をしながら介護計画の作成を行っている。必要に応じて、医師や包括支援センターの意見も参考にしている。	
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	実施したケアの記録、ご本人様の様子、結果、職員の気づきや工夫したことなど、ケース記録に記載している。昼礼で両ユニットの様子、内容を伝達し共有している。		
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	細かい日課は設けず、個人々のペースに合わせて、支援を行っている。買い物代行、付添、通院同行を行うなど、柔軟な支援を心掛けている。		

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	近隣に買い物ができるお店や、食堂があり活用している。散歩やお花見ができる公園もあるので、利用者様の状態を見て実施している。		
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	ご本人様、ご家族様が希望される医療機関を受診して頂いている。ご家族様に通院の対応をしていただいているが、必要に応じて日常の様子を報告書を作成し情報の共有を図っている。不可能な場合は職員が対応している。	ほとんどの利用者は、本人、家族が希望されたかかりつけ医を受診している。希望者には、月に2回法人の医師の訪問診療が受けられる。通院は家族の付き添いが原則であるが、必要に応じて職員が付き添っている。訪問看護も週一回受け入れている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	法人内の訪問看護ステーションの看護師が毎週1回来訪して健康管理をしている。利用者様の状態を伝え、異常の早期発見ができるように連携を図っている。また、気づきのポイント等対応の指導を受けている。		
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、また、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。また、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。	入院時は病院関係者に情報を伝え、安心して治療が受けられるよう支援している。退院時は病院関係者との情報交換などの連携を図り、スムーズに退院ができるよう努めている。		
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	入居時に「重度化・終末期ケア対応方針」を説明し同意を得ている。施設での継続した生活が困難と見込まれる場合は、医療従事者等の意見を求めながらご家族様と話し合い、理解が得られるように努めている。	こすもす共通の「重度化・終末期ケア対応方針」があり、説明をし同意を得ている。現在終末期の事例はないが、重度化に向けたケアを視野に入れて検討している。職員研修も委員会を中心に終末期のケアについての研修が行われている。	
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	応急手当は定期的な訓練の実施は行っていないが、急変時の対応についてはマニュアルを事務所内に備え、落ち着いた対応ができるようにしている。		
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、消防署の指導のもと、総合避難訓練を行っている。非常備蓄品を3日分準備し、非常時に備えている。	年2回消防署の指導の下、総合避難訓練を実施している。夜勤者が中心となった夜間想定訓練も行われ、非常連絡網を利用した通報訓練も実施している。非常用の備蓄は3日分準備されている。	医療福祉モール内の各施設とも協力体制を構築し、共同で訓練を実施するなどの連携を図ると共に、地域住民の理解や協力を得るような取り組みを期待したい。

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	ご利用者様一人ひとりの経験や行動、感情などを配慮した言葉使いを実施し、日常生活における失敗や障がいに対し自尊心を傷つけない対応をしている。ご利用者様の私的な話をするときや排泄、入浴の介助時、居室入室時等にはプライバシーを守る対応をしている。	一人ひとりの経験や行動、感情などに配慮した言葉遣いに心掛けているが、あまりかたぐるしくない、利用者に親しみ有る言葉掛けを行っている。菜園管理の方法を教えて貰ったり、利用者の作品を飾ってみなに見てもらうなど、利用者の経験や誇りを大切にしている。	
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	着替えのときの服装の選択や食事の味付け、飲み物の選択、機能訓練や外出などのご希望をお聞きし、自己決定していただき尊重している。		
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	共同生活上支障のない範囲で、利用者様個人のペースを尊重し、無理のない支援を心がけている。		
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	利用者様の所有されているものを把握し、その時々様子を観察しながら、身だしなみやおしゃれが出来るように支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	自家菜園の野菜の収穫などを手伝っていただき、収穫したお野菜、トマト、なすなどを食事に提供している。後片付け、お茶碗拭きなど声掛けしながら手伝っていただいている。	食材は宅配を利用しているが、調理は手作りされ、食器や盛りつけにも配慮がなされている。職員も同じものを食べながら会話を楽しんでいる。月に一度、自家菜園の野菜を食材に使ったり、行事食なども取り入れて食事を楽しむ工夫もなされている。	
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	特に夏はこまめな水分補給を行っている。食事の摂り方には個人差があるので、ご利用者様に合わせた量を提供している。医師の指導上必要な方は、水分提供量をチェックして、通院時に報告している。		
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	自立されている方は声掛けにて口腔ケアを行っていただいている。出来ない方は、声掛け誘導し口腔ケアを行うように促しています。義歯管理が必要な方は職員が支援しています。		

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
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向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用して排泄リズムを把握している。必要な方は、時間や行動をみて誘導しトイレで排泄していただけるよう支援しています。	トイレは3カ所有り、全て車椅子で使用できる。排泄リズムを把握し、夜間においてもトイレ誘導で排泄が行われている。便秘気味の方には水分補給や体操などに参加して貰い、便秘の予防にも心掛けている。	
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	ラジオ体操の参加を促したり、水分補給やヨーグルトを提供しています。排便が見られない場合は内服薬でコントロールしていません。必要な方は排便チェックを付けています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	高齢の利用者様には身体の負担にならないように入浴計画をたて、その日の体調に合わせて実施しています。浴槽から立ち上がり際には負担にならないために浴槽台を使用しています。続けての入浴希望は対応できるように努めています。	入浴は、午後の時間帯を使って毎日行っている。入浴拒否の方も、2日に一度は入って貰えるよう、職員が声かけをしている。入浴時間を決めずに満足できるまで入浴を楽しんで貰っている。シャンプーなども自分の好みに合った物を使用している。	
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	利用者様個々の休息時間を尊重しながらも、できるだけ夜間に良眠していただくように日中の活動量を促している。夜間の室温に注意し、安眠していただけるように心がけを行っています。		
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	服薬チェック表を活用し、個々の服薬確認を2重チェックで行い、服薬漏れや誤薬に注意している。薬の内容変更時には情報を共有し、周知して実施している。服薬時には声を出して名前、錠数を本人の前にて、確認してから行う。		
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	編み物や裁縫など生活習慣の継続を尊重し、また趣味を通じて、利用者同士の関係作りに努めている。家事への参加を促し、役割、生きがいのある生活が送れるよう心がけている。		
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	個別の対応を心がけると共に、両ユニット合同で散歩に出かけ、交流の機会を図っている。花見や紅葉など、季節感を味わえる機会を作り、地域バスを利用し、外食や買い物支援をしている。	日常の散歩は、医療モール内や近くの運動公園まで行っている。地域バスを使って市内で買い物も行っている。花見や紅葉狩りなど、行事計画を立てて実施している。近くに大型スーパーが出来たので外食や買い物などに利用している。	

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	お小遣いを所持されている方もおり、美容院や買い物の支払いをされている。自己管理が困難な方は、職員管理している。		
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	利用者様からのご要望があるときは、ダイヤルを回して渡しています。家族や友人からの電話はご本人様に取り次ぎ、居室でゆっくり話ができるよう支援している。手紙は職員が切手を貼って投函しています。		
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	共有の空間を毎日清掃し、室温、湿度をエアコンで調節しながら気持ちよく生活を送っていただけるように努めている。庭では季節ごとに草花を育て、切花を花瓶に活け共有空間に飾ったり野菜を栽培して食事に提供するなど季節感を感じていただきながら家庭的な雰囲気づくりに努めている。	リビングと一体となったオープンキッチン、明るく広々とした空間を作っている。リビングの一角に畳の小上がりを設け、利用者さんが腰掛けたり、横になったりしてくつろいでいる。園庭で育てた草花を居室に飾って季節感を持たせたり、利用者の作品をさりげなく飾り、家庭的な温かい雰囲気をつくり出している。	
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	一人掛けソファを設置し、一人で過ごせる空間を作るとともに、畳などで利用者交流が図れる場所の提供をしている。庭で育てた草花を生け、なじみの音楽を流し心地よい空間づくりに努めている。		
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	居室内は本人が趣味で作ったもの（折り紙や手芸品）やご家族の写真や思い出の写真、品などを飾っています。また居室前にのれんをかけた室内に植物を置いたり個人の好みに合わせて居心地のいいように工夫しています。	居室は、全室畳で自宅にいた時の環境が維持できるように心掛けている。自宅で使っていた、ベットやダンス、仏壇、テレビなど、馴染みの物が持ち込まれている。入り口にはのれんが掛けられ、居室の目印や、プライバシー保護になっている。	
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」や「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	トイレや廊下など設置されている手すりを利用しできる限り自立支援を促しています。また、誘導テープや居室出入り口に目印を下げて自立して移動ができるよう工夫しています。		