

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	1090100254		
法人名	群馬中央医療生活協同組合		
事業所名	グループホームふれあいの家六供		
所在地	前橋市六供町813-1		
自己評価作成日	平成29年1月23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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県高崎市八千代町三丁目9番8号
訪問調査日	平成29年2月6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)】

グループホーム(認知症対応型共同生活介護)という事業の理念のもと、利用者と職員の共同生活の実践をこころがけている。利用者一人ひとりの状態や得意なことなどを全職員で探し、それを家事の場面で生かせるよう職員が介入し、利用者と共同でおこなうようにしている。施設ではなく共同生活の場として決められたスケジュールどおりに動いたり時間で食事、排せつ、入浴の介助をするのではなく、その人の気分やペースやタイミングに合わせて声かけや介助をおこなうよう心がけている。利用者一人ひとりの認知症状の進行や状態の悪化によって介助量が増加しているが、職員が状態把握をおこない、利用者に合わせた援助をおこなえるよう努めている。毎週カンファレンスをおこない利用者情報の共有に努めている。

【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)】

利用者が生活時間の多くを過ごしている共有空間には華美な飾りつけは無く、子供じみた飾り物も見られず、室温や湿度にも配慮が見られて落ち付ける雰囲気となっている。利用者の体力の衰え等、日頃の状態を把握しながら、利用者が今出来ることを大切に考え、手を出さず傍で見守りながら現状維持に向けての支援が行われていることが昼食時の職員の対応の様子から伺えた。管理者、主任は職員の日頃の対応について常に現状を確認しており、改善すべき点については職員と話し合い、より良いサービスの提供に努めており、前向きな姿勢が感じられた。

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、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	
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	理念に掲げているその日その瞬間を大切に して、その人らしく生活できるよう、利用者中 心の援助ができるよう職場会議やカンファ レンスなどで共有。	理念はカンファレンスや会議で話し合い、職 員は共通した認識を持って日々の支援に当 たっている。新入職員にはオリエンテーショ ン時に理念を記した書面を渡し説明している。		
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	地域交流会の開催、地域への訪問行動など で近隣の住民の方々交流を図っている。 なかなか日常業務が忙しく地域との日常的 なつながりまでは発展していない。	地域交流会の開催、地域住民宅への訪問、 散歩時の言葉かけ等により地域との交流に 努めている。最近地域交流会への参加者が 減少しており、原因を考え今後の対応につい て話し合っている。		
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	七夕地域交流まつりを開催して近隣住民の の方々に参加していただき施設の取り組みを 写真を室内に掲示し見ていただいた。隣接 するお宅の独居の方がなにかあったらよろ しくと言ってくれている。			
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	利用状況や利用者の様子などを報告し、運 営について、地域との協力方法についてア ドバイスももらえるようにしている。また、地 域の実情などもお互いに把握し合い、必要 な時に協力できる関係になれるよう話してい る。	定期的に開催し、事業所から行事や利用者 の状況・ヒヤリハット等の報告やGPS等の説 明を行い意見交換をしている。家族へ参加呼 びかけはしているが参加者が少ない。議事 録は送付している。	家族や他の参加者の都合を考慮しな がら、家族が都合がつくと思われる 土・日曜日の開催についても検討して 欲しい。	
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	事業所の運営に関することで法令順守のた めに確認が必要な内容について、また、基 準省令だけでは確認できないことなどに ついては遠慮なく質問、市の見解を確認す るようにしている。	管理者が市の担当者を訪ね事業所の状況報 告、推進会議の議事録を持参して会議の説 明、相談事を行っている。行政主催の各種研 修会に参加し連携を深めている。		
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	玄関の施錠は行っていない(夜間は防犯の ため実施)。4点ベッド柵、Y字ベルトなども 使用していない。行動制限などの声掛けも 身体拘束になることの意識を職場会議で定 期的に共有している。ただ、転倒リスクの高 い方にセンサーを使用していることはある。	日中玄関の鍵は開錠している。スピーチロッ クや馴れすぎた言葉かけには気を付けて いる。問題あると気付いた時には管理者が個 別に注意している。スピーチロック等の研修 の機会を持っている。		
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	身体拘束とともに虐待についても職員と意 識を共有して、「絶対にあってはならないこ とである」ことを徹底するようにしている。他 施設での虐待事件等があったときは朝礼でも 呼びかけている。職場会議でも定期的に学 習			

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	管理者や主任は研修などを受ける機会があるが、その他の職員は職場会議以外の学習機会がもてていない。		
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	契約時に契約書と重要事項説明書をお互いに見ながら、丁寧に説明するよう気をつけている。また疑問なども聞くようにしている。		
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	苦情処理窓口を掲示。管理者・主任・介護支援専門員に直接お話しもいただいている。事業所側の不手際については謝罪。苦情については調査が必要であれば調査し改善をはかる。それをもとに説明をおこなう。苦情相談ボックスも設置。	思いや希望等は日常の会話の中で聞いたり、日頃の言動や七夕飾りの願い事を参考にしている。家族の苦情や希望については直接又は電話等で聞いており、出来ることから改善につないでいる。	
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	職場会議を月に一度開催。職員から運営に関する意見を話し合い、必要なことなどを決定していくようにしている。また、それ以外にも日常で気が付いたことなどは主任や管理者に報告してもらい対応していくようにしている。	会議や職員面談で意見や提案を聞き、日常の業務の中で気付きのある時には管理者や主任に直接伝えることもある。使用するパットについての意見が出され、話し合って支援に反映させた。	
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	定期的に職員面談を実施。働き中や疲労感や精神的な負担など把握するようにしている。労働時間や休日取得などの状況も管理者が把握。できるだけ偏りのないよう配慮して勤務表を作成している。職員体制は基準を満たすことで精一杯。		
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	毎月の職場会議で学習の時間を設けてさまざまなテーマの学習を行っている。法人内の初期研修への参加や正職員となった職員の新入職員研修はうけている。認知症介護実践者研修への参加をすすめている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入。様々な研修の情報を集めたり、運営についての相談などを行っている。		

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	
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	日常生活の中で利用者とコミュニケーションをとりながら、そこから聞かれてくる本人の思いをカンファレンス等に出し合い、生活の中にとりいれられるようにしている。カンファレンスは定期化している。		
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	入居希望時、契約時、入居当日などで段階的にご家族の思いを確認し、何でも相談できるような関係になれるよう心がけている。入居後も本人を含めて定期的に話をする機会をもつようにしているが、できてないご家族もある。		
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	入居までの間に利用者本人と家族が必要としていること、希望していること、思いを聞き取り、実際の入居後の生活に生かせるようにして利用者に必要なサービスが実施できるようにしている。		
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	介護者が介護するだけの関係ではなく、利用者が得意なことを介護者がお願いしておこなってもらうことで、頼りにしていることや役割を持ってもらえるような支援を心がけていけるようにしている。		
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	入居したから全て事業所におまかせではなく、ご家族にも定期的に本人と会って話をする機会をつくれるよう入居時にお話をさせてもらっている。受診や法事や外出などはできるよう協力している。		
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	ご家族だけでなく、近所の人、友人なども会いにきてもらえるよう門戸を開いている。また、入居時にそのこともお話ししている。	家族、親族、友人等の訪問、在宅時の習慣であった読書やテレビでのスポーツ観戦を楽しんだり、家族や職員と一緒に馴染みの店に買物や食事に出かけている。	
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	利用者間でお互いに好き嫌いがあり口論などのトラブルもある。職員はどちらの思いも汲み取り、お互いをフォローできるようにしている。お互いが嫌な思いをしないよう席替えなどの環境整備も随時おこなっている。		

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	様々な事情で退居された方のその後の様子については、電話で様子を聞くなどしている。面会にいった様子を見ることはしている。		
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	日常生活の中で本人との会話やご家族からの情報などから本人の生活への思いを把握。日常生活や職員のかかわりに生かせるよう介護支援専門員を中心にカンファレンスで共有できるようにしている。	ケアマネージャーが中心となり、利用者との会話や日頃の言動、家族や各職員からの情報を参考にしながら思いや意向の把握に努めている。	
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	これまでの生活歴などを利用希望時の事前アセスメントや契約時や入居時に本人やご家族から聞き取り、把握できるようにしている。また、入居後も本人や家族から情報や思いを聞き取るよう心がけている。		
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	介護支援専門員を中心に全職員で定期的にモニタリングを実施、カンファレンスで現状を把握、共有できるようにしている。利用者情報共有ファイルを使用。		
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	定期的にモニタリングと介護計画の見直しを行っている。そのもととなる情報なども本人、家族、職員などから適宜聞き取りしている。カンファレンスで介護計画について話し合うようにしている。	職員が意見を出し合いながら、カンファレンス時に月に1回のモニタリングとモニタリングを参考に半年に1回、介護計画の見直しをしている。状態に変化が見られた時には随時見直しを行っている。	利用者の状況に特に変化が見られない場合でも3ヶ月に1回は計画の見直しを行い、現状に即した計画を作成してほしい。
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	排泄や食事の状況、内服薬のチェック、その他必要なケアについて一目でわかるような日誌とともに個別介護記録でくわしく日中、夜間の様子を記録、それを職員間で共有できるようにしている。カンファレンスの際は記録も参考にしている。		
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	現在は一日をおだやかに過ごすことや日課通りの生活が中心となってしまっているが、利用者の希望を聞き取り、それを実現するため、外出してお茶をしたり、誕生日に食べたいものを食べたりしている。		

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	近所の美容室からの出張理美容サービスが来ている。		
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し、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	今まで主治医と連携をしているが希望があれば協医療機関を主治医とする提案し受診が困難なら協医療機関の往診を受けられるようにしている。24時間契約をしていただき体調悪化時も安心できるようにしている。	希望するかかりつけ医を選択出来、利用者8名が協力医、1名が従来のかかりつけ医を受診している。希望により協力医の訪問診療が受診出来る。訪問歯科も要望があれば受診する事が出来る。	
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	訪問看護ステーションと契約。週に1回の定期的な訪問による体調確認と相談、24時間連絡可能にしており緊急時には相談、指示をもらうなどしている。併設の小規模多機能の看護師にも相談できるようになっている。		
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。	入院の際には管理者や介護支援専門員から入院先の病院に利用者の情報提供をおこなっている。また、退院後のサービス利用受け入れもできることを病院に伝えるようにしている。退院前には病院や家族と相談しながら退院後のサービス利用を含めた生活を決めていくようにしている。		
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	契約時に重度化した時の指針は説明している。その後、具体的に重度化した場合や終末期についてはそのときの状態に応じて本人・家族と主治医、管理者、ケアマネが相談して方針を決めている。過去に看取りが1件あった。	重度化や終末期の対応指針があり、契約時に説明している。訪問看護ステーションと契約し、週1回の訪問時の様子を参考に、状態の変化に応じて関係者が話し合い、家族・本人の希望に添っての対応を行っている。看取りの経験があり、終末期対応の学習の機会を持っている。	
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	緊急時や急変時の対応基準などを作成。フローチャート形式のものも作成し、職員が常に同じように対応できるようにしている。緊急時の連絡先も明記している。掲示するものと持ち運べるものと2つ活用している。		
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	非常災害時対応基準を作成。実際にどう動くのかを職場会議でシュミレーションしている。避難訓練は実施している。地域の住民とは話はしているが、地域住民合同の訓練はまだおこなえていない。	消防署の協力を得て総合避難訓練を1回、自主訓練を1回実施し、記録に残している。3月に消防署の協力による総合避難訓練を実施の予定である。備蓄として3日分の食料と飲料水の用意がある。	災害時に的確な避難誘導が出来るよう、自主訓練の回数を増やすことを検討して欲しい。

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	認知症によりできないことも多くなっている利用者だが、人生の先輩であり、尊敬の念を持って接することは日常的に職員に確認。親しみの中にも目上の人への配慮された言動をおこなうよう努めている。職場会議でも確認している。	出来ることに対しては褒めて自信を持ってもらい、出来ないことには励ましながら対応している。人権や人としてのあり方等について職場会議で話し合っている。馴れすぎた言葉かけや呼称に問題ありと気付いた時には注意している。	
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	本人の意思を尊重し、こちらからの働きかけだけでなく、自発的な行動ができるような声かけや支援を心がけている。また、利用者の意思を読み取り適切な援助ができるようコミュニケーションしている。		
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	職員の都合や業務の都合に合わせるのではなく、利用者の意思や思い、本人の気分や生活ペースに職員や業務を合わせていくことを基本として職員と共有できるようにしている。		
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	衣服の選択は本人の意思を尊重し、必要な声かけをしている。また、全面的に援助が必要な場合でも、本人の意思確認をするようにしている。		
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	調理、盛り付け、配膳の各場面で一人ひとりの利用者の状態に応じて、共同で行えるよう3食毎日手作りしているが、利用者によって介護度が重くなっていたり体調を崩してから上手くできなくなっていたりする方もいる。	利用者の好みを取り入れ、季節の野菜を使った手作りの食事で、個別対応に配慮が見られる。利用者はテーブルや食器拭き等しており、職員も一緒に食事をしている。好みの飲み物が選択出来る。外食の機会を持っている。	
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状態や必要な栄養量やバランス、持っている疾患に応じてできる限りの工夫(水分とろみ、主食少なめなど)をおこなっている。主治医にも食事量や内容が適切か確認している。		
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	自力で歯磨きできる利用者には声かけをして自力でおこなってもらっている。介助が必要な利用者にも状態に応じた口腔ケアをおこなっている。		

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	一人ひとりの排泄パターンを日誌に排泄時間を書くことで把握。状態に応じて必要な援助ができるようにしている。状態の変化があれば利用者ファイルで情報共有し、利用者の状態に合わせた排泄介助ができるようにしている。	個々の排泄チェック表を参考に時間や様子を見ながらトイレでの排泄誘導を行っている。パットはその時の利用者の状態を考えて選択している。	
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	食事内容について便秘にならないよう食材に配慮するようにしている。便秘の状態によって、緩下剤の使用などを看護師や主治医と相談しながら実施している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人や家族と相談し入浴日を設定。その日の気分や状態により入浴予定は柔軟に変化させ入浴しようという気分の時に入れるようにしている。利用者から入浴したいという訴えは聞かれない。体調変化の影響で週2回の入浴になっている。	入浴は基本的に1日おきで10時から午後4時までとなっており、声かけをして支援につないでいる。拒否の場合は無理強いはいしない。新しい入居者には希望を聞いて対応している。	
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	消灯時間などは定めてあるが、あくまで目安であり、その人のその日の状況で眠くなった時に休めるようにしている。日中の休息時間も同様にしている。		
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	薬は職員が管理。誤薬や飲み忘れ防止のため内服薬管理基準を作成。配薬準備の時と内服時に必ずダブルチェックを実施。職員全員で内服の時には急がず、慌てず、確実にこなすようにしている。職場会議でロールプレイを実施。		
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	読書好きな方は読書の時間をもったり、雑誌やテレビをゆっくり見たい人は自室にテレビを持ち込んでもらったりしている。その人の今までの趣味嗜好のものを居室に置くようにしている。		
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	月に1回は外出することを目的に職員体制も考えている。県庁展望台、バラ園、七夕まつりなどに出かけた。真冬や真夏は体調への影響を考え、買い物ツアーにしている。	近隣の散歩、県庁展望台、バラ園や七夕祭りの見学、買物や外食等と出来るだけ戸外に出る機会を作っている。	

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
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	金銭の所持はダブル防止の観点から基本的におこなってもらっていない。お財布をもつことが安心につながるといった利用者の方はいるため家族に職員が管理しないことを了承いただきお財布を持っている方はいる。		
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	時々ご家族に用があつて直接話したいと訴えてくる方もいつため、そのときは職員が電話をかけ、本人にお話してもらうようにしている。		
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	懐かしい音楽をかけたり、テレビで日々のニュースを流すなどしてしている。天気によって室温や湿度、採光や換気などを定期的に行つて気分よく過ごせる空間づくりをしている。毎日昼食後には掃除をおこない清潔な空間を心掛けています。	壁面に行事の写真を掲示しており、華美な飾りつけは無く落ち付ける雰囲気である。気になる臭いも無く、湿度や室温の配慮も行き届き、快適に過ごせる空間となっている。	
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	個別的なスペースが居室以外には利用していない。		
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	主に入居時に居室は自由に活用してもらつていいこととお話している。本人が使い慣れたものや趣味嗜好のものを持ってきていただいている。そのため一人ひとり違った模様の居室になっている。	テレビ、家族の写真、時計、書籍、好みの洋服、かつての勤務先の会員名簿等を持ち込んで、各人が個別性のある居室作りをしており、落ち付ける雰囲気である。	
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	居室に目印などをつけている。浴室にはつかまりやすいように手すりを追加。建物点検は定期的に行うようにしている。不具合があれば早期に業者に依頼し安全に生活できるようにしている。		