

### 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	0770102465		
法人名	(株)コスモメディカルサポート		
事業所名	グループホーム愛の里		
所在地	福島県福島市大森字街道下52		
自己評価作成日	平成21年9月10日	評価結果市町村受理日	平成22年1月20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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</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	960-8043 福島県福島市中町4-20		
訪問調査日	平成21年11月26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)】

理念にあるように個性を大事にケアを実施している。センター方式を活用し、個々の趣味や特技、馴染みの関係等を把握しその人がその人らしく生活が出来るように支援している。個別ケアの時間を設け職員と1:1で関わることで、リハビリを実施したりコミュニケーションを取っている。その他に、脳の活性化を図るために、個々にあった「読み書き」「計算」の教材を学習している。職員とコミュニケーションを取り合いながら認知機能や、身辺自立機能などの前頭前野機能の維持向上を図ることを目的に実施している。

【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)】

郊外の新興開発地域に同一法人が運営するショートステイ、デイサービスセンター、グループホームがそれぞれ隣接している。そのため、事業所間の連携が円滑に行われ、緊急時の対応等についての支援体制が整っている。東京センター方式の活用と、日常の触れ合いの中から丁寧に利用者の意向把握を行い、学習療法を取入れたり、1対1の個別ケアを実践したり、他のグループホームとの交換研修を行ったり意欲的にケアサービスに取り組んでいる。利用者も職員を信頼し外出も多く、明るく寛いだ生活をしている。また、災害、非常時の連絡網に地域の代表や民生委員が加わり、地域の社会資源の情報を得るなど協力体制づくりが進められている。

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 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と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、その時々々の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	管理者はホームを運営していく上で大切なことを日々の生活の中で具体化し、必要時はミーティング等で話し合いケアについて意見交換をしながら業務に従事している。特に、地域の方々との交流を大切にしている。	スタッフ全員でBS法を用い地域密着型サービスに相応しい「その人らしい生活が送れるよう、家族、地域の人々との交流を図りながら日常生活をケアする」の理念を作成し日々意識しながら実践している。	
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	地域との交流を密に図るために、地域の行事(お祭り、運動会、芸能祭等)に参加したり、ホームでの行事(夏祭り、運動会、食事会等)に参加していただき交流を深めている。	敷地内のショートステイやデイサービスの利用者等と一緒に地域のお祭りや保育園の運動会等に参加したり、ホームの夏祭りや運動会等にも地域の住民も参加し交流している。近所の方もたびたび訪れ利用者とお茶を飲みながら談笑している。	
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	地域包括主催の認知症安心ネットワークの会議に出席し、認知症についての勉強をしたり、地域の方々に理解を深めてもらうために外出の機会を設けている。		
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	2ヶ月に1度の運営推進会議では、各ユニットリーダーも出席し事業所の取組内容を説明をしたり、改善課題がある場合にはその都度相談をし、サービス向上に活かしている。また会食等を行い利用者との交流を図り理解を深めている。	会議は2カ月毎に開催し現状報告や外部評価の内容等を開示し協議するなどサービス向上に活かしている。また、災害時の地域支援についても協力体制作りのアドバイスを得たりしており、実践にも繋げている。行政は必ず参加している。	
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	市町村や地域包括支援センターなどへ訪問したり、運営推進会議の出席(地域包括支援センター)時に状況を報告したりと連携を図り、サービスの質の向上に取り組んでいる。	市の担当者との業務連絡のため電話または出向いて連携している。また、地域包括支援センターがモデル地区事業として立ち上げた高齢者安全ネットワークづくりに参加し連携を密にしている。	
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	居室及び玄関等の鍵はかけず、利用者一人ひとりに予測されるリスクを常に考えたり、状況を判断しながら排泄面でも対応し、身体の清潔を保持したり、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	スタッフ全員で「身体拘束に関する禁止事項」の研修等を行い理解している。玄関や居室には鍵をかけていない。隣接の事業所と合同で事故検討委員会を隔月に開催しており全員で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	身体的にはもちろん精神的な虐待もないよう注意し、自分では気づかない言葉遣い(言葉による虐待)等を管理者を含め職員間で常に注意しあっている。		

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
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	対応が必要と思われる利用者や家族には随時情報提供を行ったり、成年後見制度を紹介し利用された方もいる。		
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	契約時には、契約書や重要事項説明書に添って十分な説明を行い、一度見学をして頂き家族、利用者が不安のないよう理解・納得を得た上で署名・捺印をいただいている。		
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	年2回の家族報告会や随時来所時には、家族から意見や要望を伺い、その都度聞いたアドバイスや意見等は会議時職員間で話し合い運営に反映できるように努めている。	家族の来所時に意見要望等を聞く機会を持ち、運営に反映させるよう努めている。家族アンケートや報告会を年2回開催し利用者や家族の意向を十分聞く機会を設け不安や要望に対しては説明し理解を得ている。	
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	職員会議等で意見交換や提案事項を話し合い、決裁してほしい事案については稟議書を作成し、考慮・検討をしている。その上で承認事項については早急に対応している。	定例的な職員会議に代表者が参加し意見交換や要望等を聞く機会を設けている。また本社開催のサポート会議に管理者が出席し提案等を述べ代表者は運営に反映させるよう努めている。	
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	昇給は毎年実施、賞与は年2回支給、資格所得者に対しては報奨制度がある。また職員個々の面接も行い、労働条件や職場環境の見直し等前向きに努力している。		
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	技術の向上と意欲を持って仕事に取り組んでもらえる様、研修会への参加を促進している。また働きながら資格所得も可能であり、その様な職場環境作りにも努めている。		
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	グループホーム交換研修を設け、他事業所から自事業所へ研修に来たり、他事業所へ行ったりと、同業者と交流する機会を作りサービスの質の向上に努めている。また研修会にも多く参加し、同業者との交流を図っている。		

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
<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	センター方式を利用し、本人の生活歴・心身の情報・焦点情報(できること・できないこと)等を把握し、要望に耳を傾けながら本人が安心して暮らせるようコミュニケーションの機会を多く設けている。		
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	家族の気持ちを良く聞くとともにコミュニケーションの機会を多く持ち、困っていること、要望等に耳を傾け、理解、納得が得られるように支援し、良い関係づくりに努めている。		
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	本人家族と面会した上で利用者の生活を最も知っている家族より現状を聞き、本人の必要とするサービスが何なのかを見極め、社会資源や他サービスの情報を提供し、利用者本位のサービス提供が受けられるよう支援している。		
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	人生の先輩として尊重し様々な情報を利用者から得て学び、職員も日々成長しながら共に生活を送っている。		
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	家族との連携を密に取り、常時本人の状況を理解してもらい、行事の参加を促したり、通院時同行して頂いたり本人との関わりを深めてもらえるよう努めている。		
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	知人や友人が来所した場合には場所を設定し、ゆったりと会話ができる様環境作りをしている。また馴染みの場所へは個別ケアの一環として外出し、関係の継続に心掛けている。	知人や友人が来所の際はゆったり休める場所を提供し継続的な交流が図られるよう配慮している。また、馴染みのコーヒーショップやスーパーにスタッフと一緒に出かけ、地域社会との関わりが途切れないよう努めている。	
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	利用者個々の意向を把握し、強制的な関わり方はしないよう、自然な形で会話ができる様環境整備にも心掛けている。		

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
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	入院が長引き退居となった利用者や家族に対して、今後に不安を抱いていれば情報を提供したり、いつでも訪問相談に来所出来る様声がけをいっている。		
<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	個別ケアの時間等を利用し本人の希望や意向を確認したり、困難な場合には家族と本人の視点に立ち、スタッフ間で話し合い情報を共有して本人本位のケアに努めている。	東京センター方式を活用し、生活史ノート、焦点情報等を活用し意向把握に努め、家族の情報や日常生活様から感じ取りながら丁寧に思いや意向の把握を行っている。個別ケアによる意向把握も実践している。	
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	生活歴を把握することの意味と重要性を説明した上で本人と家族、関係者に聞き取りを行っている。不十分な所は折にふれ家族より情報を収集している。		
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	日々の生活状況を見ながら個々の能力を把握したり、日常生活の中での言動に着目し、その人の全体像の把握に努めている。		
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	本人、家族を交えて情報収集し、意向を確認しながら本人本位の介護計画書を作成している。そして定期的にユニット毎の会議を開催し、そこでプランの見直しをおこない、家族の同意を得ている。	利用者の思いや意向を尊重し、医療的な補完を含めたケアを優先し援助内容も豊富であり現状に即した計画となっている。しかし、個別記録は、計画に即した具体的なサービス内容が記録されていないため、モニタリングの根拠が明確でなかった。	介護計画の援助内容に即した具体的なサービス内容を記録し、サービスの実施状況に基づきモニタリングを行うことが重要である。そのため、援助内容に即した個別記録について検討されたい。
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	申し送り時や、個々のケース記録に言動や表情、どのように対応したか等詳しく記入し、情報の共有を図り、ケアの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	本人や家族の希望で歯科往診や、訪問理美容等地域資源を活用している。		

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
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	外出の機会を利用し、個々に合わせて近くのスーパーへ買い物に行ったり、公園や食堂へ行き食事をしたりと地域の方々と交流を図っている。		
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	かかりつけ医によっては問診情報の用紙を作成し書き込み受診したり、事前に電話で情報を提供したりと適切な治療が受けられる様に良い関係作りをしている。通院が困難になって来た場合には家族と相談の上、協力病院への変更や、往診等が安心して受けられる様支援している。	かかりつけ医や協力医療機関との連携が図られており、職員による受診支援を中心に心身の状態や受診状況によっては家族による受診支援を行っている。かかりつけ医と協議し受診メモを作成、記入するなど適切な受診支援がなされている。	
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	介護職だけでは判断せず、少しの変化でも看護師に報告指示を仰ぎ、利用者がスムーズに受診できるよう看護師は医療機関と連絡調整を図っている。		
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。	入院時には情報提供したり、相談員を通じ状況を把握し、早期に退院が出来る様アプローチしている。そして入院時には頻りに訪問し本人の状況を確認したり、主治医との面会も行なっている。		
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	本人や家族から今後の意向を伺い、重度化した場合や終末期のあり方等を看取り指針に添って説明し、家族等から理解をいただいている。同時に医療機関とも情報を共有し、事業所内でも個々の情報を共有してチームで支援に取り組んでいる。	事業所として重度化・終末期に向けてた対応指針を作成し家族・利用者の同意を得ている。入居時に意向把握も行っている。医療機関との連携により家族とも話し合いを行いながらチームで支援体制を整えている。	
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	職員が年に1回普通救命講習を受講したり、応急手当のマニュアルを作成しグループ内で研修をし、周知徹底を図っている。		
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	年2回の避難訓練等にて避難方法を身に付けるとともに、全職員が地域の方々との緊急連絡網を把握し、直ぐに対応できるように関係を築いている。またユニット毎にも避難訓練を実施、個々にあった誘導の仕方をいつもシミュレーションしている。	消防署立会いのもとに定期的防災・避難訓練と自主的にシミュレーションし避難訓練を実施している。緊急連絡網に区長、班長、民生委員が加わり地域の協力体制が図られている。持ち出し用備蓄も整備されてある。	

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
<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	自分では気づかない誤った言葉かけや対応の仕方について日々職員間で注意をしあったり、会議等で話あっている。居室への入室時はノックをしたり、声がけにて許可を得てから入室している。	個人情報保護や守秘義務について理解し法令順守に努めている。採用時にも誓約書を徴している。利用者に対する話しかけや対応についても自尊心を損なわないよう十分留意している。	
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	コミュニケーションを図り、本人の希望を聞き取り可能な限り希望に添えるよう努めている。思いを伝えるのに時間がかかっても待つということを心掛けている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、本人のペースで生活が出来る様、強制することなく支援している。		
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	常に清潔なものを準備し、衣服は好きな物を自分で選んでもらい、化粧やマニキュアを付けおしゃれも楽しんでもらえる様支援している。		
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	利用者とメニューを決め、スタッフと一緒に買い物に行ったり調理をしている。食卓では会話等をしながら、楽しく食事が出来る様心掛けている。月に1度は外食にでかけ食の楽しみが持てるよう支援している。	利用者が自主的にメニューをきめ買い物にも行き調理に参加している。料理に関心がある利用者が中心となり調理をすることで個別ケアとしても活用している。外食も多く、食が日常活動の一部となっている。	
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	月1回体重測定をし体重の増減を確認したり、食事量、水分量等もチェックし個々の記録簿に記載し、情報を共有している。栄養バランスはバランスガイドを利用し、チェックしながら日々の食材も検討している。		
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	毎食後うがいや歯磨きを行い、夕食後は舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っている。夜間は義歯を預り毎日入れ歯洗浄剤を使用し清潔を保持している。		

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、定時での声かけやトイレ誘導を行い、介助を必要とする場合は、羞恥心やプライドを傷つけない様心掛けています。また便秘の利用者には定時にトイレ誘導し、便座へ腰をおろしてもらい排便を促す支援をしています。	排泄管理が必要な利用者には排泄チェック表によりパターンに応じて排泄支援を行っている。また羞恥心を軽減するため、さりげない声かけによりトイレ誘導をしている。	
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	個々の排便のパターンを把握し、飲食物はその都度対応している。便秘の方には主治医と相談し内服薬で調整したり、毎日決まった時間にトイレ誘導し便座に座ってもらったり、運動への参加も促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	裸になる事への羞恥心、入浴する事への負担感や抵抗がある人にはタイミングをみて再三声掛けをし、一人ひとりの思いを理解し、本人納得のうえ入浴している。そして会話をしながら楽しい入浴が出来る様支援している。	週3～4回の入浴となっており、希望に応じて支援している。入浴前に拒む方には、時間をかけて納得してもらいながら誘導し、入浴後の快適さを実感するよう支援している。	
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	昼食後は午睡をしたり、その日の体調を見ながら休息を促している。夜は個々の生活習慣に合わせてフロアでスタッフとテレビを見たりと、時間はまちまちだが、安心して気持ちよく入眠出来る様支援している。		
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	処方箋を個々のファイルに保管し、いつでも内容を把握出来るようにしている。同時に服薬介助は担当者を決め確実にいき、内服薬の変更等は効能や注意書きを確認し、症状の変化の有無に注意して支援している。		
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	一人ひとりの状況に合わせて役割を持ってもらい、調理や後片付け、掃除、買い物等をスタッフと一緒に行なっている。また本人の趣味等も考慮し、レクリエーションではリーダーになってもらい残存機能を生かし意欲向上を図っている。		
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支援している	個別ケアの一環として個人的に外出の機会を設け、デパートやコンビニへ1日数回スタッフと同行買い物に行っている。また希望者を募りドライブに出かけたり、お墓参りなど頻繁に外出支援を行なっている。	日常的に外出をしている。近くの量販店やコンビニへの買い物、外食、地域行事への参加、バスによる遠距離旅行、またお墓参りなど個別の外出支援も行っている。	



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
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	お金を家族より預り事業所が管理し、外出時や買い物時には自分で支払えるように支援している。小銭程度の管理が可能な人には自分で管理してもらっている。その場合は時々声をかけをし、状況を確認している。		
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	本人希望時は職員が支援をし家族へ電話をしたり、定期的に家族より電話を頂いている。また家族の方へ利用者自筆により暑中見舞いや、年賀状を送っている。		
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	共用の空間には季節の花や写真、作品等を掲示し、季節感を感じてもらったり、音楽を流したり心地よい空間作りをいている。玄関前には季節の花をプランターに植え利用者といっしょに管理しながら季節感を味わっている。	玄関のプランターには季節の花が植えられ、暖かい雰囲気が感じられる。共用空間は明るく利用者の作品やスナップなどがさり気なく掲示されてある。畳敷きの居間には炬燵も用意でき、それぞれの利用者にあった居心地の良い生活空間となっている。	
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	好きな場所で過ごせるように椅子やテーブル、ソファ等を配置している。また畳スペースにはこたつもあり、冬季間は利用し個々に好きな場所で過ごしている。		
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	自宅で使っていた家具や飾り物等を持ち込み馴染みの環境を作ったり、家族の写真等も飾り、個々にあった空間のなかでその人らしい生活が送れるように支援しているまた家族や本人の希望で畳対応をし、在宅での生活が継続している。	居室にはベット、家具が利用者の好みによって配置されている。また、本人・家族の希望により和室もある。各居室には写真やカレンダー・ぬいぐるみなどが飾られ自宅とのギャップが感じられない居室環境となっている。	
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」「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	不安や混乱が生じない様目印や、個々にあった表現方法で掲示し自立した生活が安全に出来る様支援している。		