

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	1270500398		
法人名	延寿グループ株式会社		
事業所名	延寿グループ株式会社 アットホームケアあすみが丘		
所在地	千葉県緑区あすみが丘9-55-5		
自己評価作成日	平成28年2月16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.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【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ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成28年2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)】

あすみが丘という閑静な住宅地にあり公園や自然が多い環境にありその為ホーム内/庭でも自然がとても感じる事ができ四季折々の木々の変化や風・光等の自然に触れる事が出来その環境化で家庭的雰囲気での利用者個々の支援をしています。利用者は精神疾患を持つ方・経口摂取が可能な寝たきり状態の方のケアもしています。スタッフの経験ではなくいかに利用者の生活支援が出来るか安全・安心等を基本とし寄りそう支援をしたいという思いの基ケアしていると思います。利用者の思いを大切に利用者の状況が変化に常に着目しマイナス面だけではなくプラス面にも着目し利用者の本当に求めていることを実践できていると思います。今後もグループホームに対する役割は変化していますが、スタッフ・医師・看護師と連携を強化しより良いケアができる様に勉強をしていきたいと考えております。

【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)】

閑静な住宅地の一角にある事業所は今年度で14年目を迎える2ユニットのグループホームである。「笑顔でより添う明るい介護」の独自理念を至る所に提示し、さまざまな介護を必要とする利用者へ寄り添い、見守っている。経験豊富な職員が多く、一人ひとりの性格や行動に対応し、ホームでの生活を支えている。利用者の日々の生活支援はもとより、一日の生活が楽しく暮らせるように、個々の趣味、楽しみを引き出すように心がけたケアを行っている。また法人代表でもある医師による月2回の訪問診療や、歯科医や看護師等の訪問があり、事業所・医師・看護師等の連携を通して利用者の安心に繋げている。

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (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	生活の場である事を重視、事業所の独自の理念を掲げ常に理念を基本としたケアが出来る様にユニット毎に話し合いを行っている。ホームの理念を随所に提示し目に触れるようにしている。	法人理念とホーム独自理念があり、更に日常の介護への取組姿勢をあらわす「笑顔でより添う明るい介護」の理念を策定した。職員同士で率先して声かけして理念を実践している。	
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	自治会に参加し会合にも参加している。近隣の子ども達や、ホームの飼い犬を通して地域の方との交流がある。最近が高齢化の為地域交流できる場が少なくなっている。	自治会の敬老会・バザーなどの案内があり、利用者の状態を見ながら参加している。近くの公園への散歩時の挨拶や、ホームの飼い犬を通して子ども達が立ち寄り利用者との交流の場にもなっている。	
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	地域の民生委員の方を通じ高齢者やご家族に介護保険サービスの利用方法やサービス内容の説明や認知症に関する情報提供を行っている。随時見学や相談も行いボランティアの受け入れもしている。		
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	ホームから発する防災・身体拘束・外部評価等だけでなく市援護課・薬剤師等、専門的知識者の情報や講習にてより良いものを取り入れている。ホームの現状を理解して頂き、サービスの向上への反映を目指している。	運営推進会議開催は当初4回予定されていたが、新体制への移行等があり、1回のみ開催に留まっている。市援護課・薬剤師・看護師等より情報を得て、よりよいサービスの向上目指している。	様々な制約条件はあるものの、参加メンバー、開催回数を増やす等の課題に引き続きの取り組みを期待したい。
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	包括支援センターの会合や困難事例や介護保険の相談をしたり、市援護課と連携し利用者の状況報告相談を行っている。	あんしんケアセンター土気が相談窓口で、運営推進会議への参加もある。生活困難事例もある為に社会援護課との相談も多く市との連携を深めている。センター主催の講習会への参加もある。	
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	ホーム内外での研修を行って身体拘束を行わないケアの考え方の意識づけを行っている。身体拘束は現在行っていないが、必要であれば身体拘束ゼロ会議を開催し意見交換している。	身体拘束しない方針を実践している。県主催研修会への参加、受講した職員による伝達研修により周知徹底している。利用者の自由な行動は、センサーの設置と見守りで対応している。玄関は夜間のみ施錠している。	
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	虐待に関しては会議で話し合い、知識や自己認識が持てるように理解を深めている。言葉の虐待に特に力を入れ高齢者虐待防止に努めている。		

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	管理者は成年後見制度の利用について利用者・家族の相談にのり、相談機関の紹介を行う等の支援をしている。実際に成年後見制度を利用している方もいる。		
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	契約書や重要事項説明書については十分な時間を取り、随時質問を受けながら説明を行っている。利用料や急変時の対応等の介護サービスの内容に関しては特に詳しく説明している。		
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	積極的な声掛けにて利用者の状況報告を行っている。また利用者の家族から要望や意見を聞き取り必ず記録をしている。それを基に職員間で情報の提供を行いケアの実践に反映させている。	運営に関して利用者、家族の要望や意見をケアプラン作成時に聞いている。家族との連絡が取れない場合もあり、市の相談課との相談しながら、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	日頃から職員間で意見交換の場を作っている。些細な事ながらも相談や疑問を解決出来る様に聞き取り改善出来るところは改善し良案があれば会議やユニット間で話し合いを行い取り入れるよう対応している。	コミュニケーションは良く、何でも話せる雰囲気がある。毎月のホーム会議にて管理者が職員の意見を聞き、必要に応じて法人のグループホーム会議で報告する。年1回の人事考課面談の際にも職員別にヒアリングしている。	
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	利用者の生活支援が十分に行えるようにシフト作成している。希望休も可能な限り受け付け職員の能力を公正に判断し昇給の交渉も行っている。		
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	入職時のオリエンテーションや段階や必要に応じて助言・指導定期的な人事考課を行っている。またスキルアップに繋がるよう内部・外部の研修が受け入れられる機軸を積極的に出来るよう取り組んでいる。		
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	研修やケアマネや介護職の集まりなどがあれば積極的に参加し情報交換を行いサービス提供の質の向上に努めている。		

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
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	利用申し込みの段階で本人の生活歴・身体状況ニーズの把握・不安除去を出来る限り努め面接を必ず実施 体験入所が出来ることを伝えスムーズな利用が出来るようにしている。		
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	入居相談があった場合家族がどんな事の困っているか。家族の要望や希望を伝えやすい状況を整えその状況を整え把握出来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	相談の段階で家族や本人の状況を把握し早急な支援やホームでの入居が困難の場合は他のサービス事業所等の紹介し問題が解決するように努めている。		
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	利用者の状況を把握し介護だけではなく出来る事を探し手伝ってもらい・教えてもらい日常生活を共に暮らしている意識の中で職員の学びの場になっている。		
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	利用者の若い頃や思い出深い時期の話を聞きケアに反映させ、介護の方法・計画などに反映させている。また家族と話し合える関係を築き希望や要望を取り込み、共に利用者を支えていけるようにしている。		
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	友人や知人の訪問を受け入れたり手紙・電話の取次ぎにて対応している。家族と同行して馴染みの場所や知人に会いに行けるような対応をしており馴染みの関係が継続できるようにしている。	友人・知人の来訪や家族と同行して外食に行く等の協力もある。本人の馴染みの習慣の継続支援に努めており、ホームの愛犬の世話や、鉢植えの水遣りなども自主的に行なえるよう工夫している。	
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	利用者の人間関係の把握に努め食事・お茶の時に集まれるようにしている。孤立化を防ぎ場合により職員が円滑に他者との交流が出来るように支援している。		

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
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	現在はいないが大分以前に身体状況が改善し他施設に移れた方が気軽にいらっやていました。		
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	利用者の意思を尊重し・希望/意向の把握が出来る会話や精神状態や行動で読み取れるように努めている。困難な場合は家族情報か読み取り職員会議で話あっている。	「利用者の思いの把握は会話から」をモットーに、毎日のコミュニケーションに努め、会話の中から希望や意向の把握に努めている。困難な場合は1～2日毎にカンファレンスを開き、担当職員から情報を得て全員で共有に努めている。	
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	本人の生活歴(趣味/嗜好)の把握を尊重し対応している。家族から聞き取りを行う場合もある。		
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	一人一人のリズム・ペース・行動状況等を把握するように努めている。心身の状況と共に体調・精神的・心理面の変化にも注意し対応している。		
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	日々の本人の会話や面会時の家族との会話の中から希望や必要な意見等の把握に努め、定期的カンファレンスを行い、全員で介護計画を作成している。	日常の本人との会話、家族からは来訪時に意向等を伺っている。また申し送り帳や居室担当の意見等を基にカンファレンスを行い3カ月毎及び状態に応じ都度、現状に即した介護計画を作成している。	
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	日々の様子を記録に残し職員間で共有できるようにしている。また、精神疾患・新規利用者・高齢利用者の記録は特に詳細記録する。介護計画の見直ししより良い統一したケアに生かせるようにしている。		
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	緊急な入居相談には空き室状況に柔軟に対応している。他の医療機関への受診等も対応している。また、インフォーマルな社会資源を紹介したり必要な資源の架け橋的な役割をしている。		

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	民生委員・自治会・消防・警察などホームの情報を共有し緊急時迅速な協力が得られるように対応している。		
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	定期的に月2回の往診、または24時間対応可能な連携出来る様に体制を整えている。かかりつけ医がいる場合は継続し通院が出来る様に家族の協力の基受診できる様にしている。往診医とも連携し家族と診療状況・治療方針を確認出来る様にしている。	法人の代表が往診医をしており、月2回の往診と24時間のオンコール体制、月2回の看護師・週1回の歯科医訪問があり、ホームで充実した医療が受けられる。ホームの医師以外のかかりつけ医や専門医受診を希望の場合は家族対応をお願いしている。	
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	週1回の訪問看護があり利用者の状態に応じた生活上の注意点や処置の仕方の指示を受けている。介護職が対応で困っている事柄など相談できる。入院した際には病状を聞くなど退院時の留意事項を説明を受けている。		
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、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。	利用者の入院時には職員が同行しホームでの日常生活動作や精神状態・既往歴を口頭・書類で詳細を報告し入院時の状況等も医師・看護師と情報交換し把握することに努めている。		
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	利用者の状態変化のあり・なしに関わらず報告を行っているが、病状の悪化・重度化が考えられるときは早急に家族と連絡を取り話し合いを持つようになっている。医師の説明に同席させてもらい今後の方針/意思の共有化を図り一緒に考えていける様に対応している。	「最期までホームで過ごして頂けることを基本としているが、特別な医療が必要な時は入院して頂く」等の事業所方針を説明し家族等の了解を得て対応している。今まで何人かの方を見送っている。	
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・事故発生時の入職時会議で2～3・4回は緊急時の対応を学び落ち着き迅速な対応が出来るようにホームで議題をあげ会議している。また、救命救急講習が受講できるように勤めている		
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	近隣に災害時の協力が得られるように働きかけ障害レベルに応じた避難方法の説明をしている。消防計画を立て定期的に防災訓練やシュミレーションを実施消火器の取り扱い、迅速な避難誘導や介助が出来る様に対応している。	火災及び地震を想定自主訓練を2回行った。火災訓練では日中1階台所から出火を想定し、初期消火・避難経路・2階棟利用者の避難方法・優先順位などを確認した。課題も明らかになり対応を検討している。	平成14年開設以来消防署指導の下での訓練がなされていない。消防署に事情を話し専門的な見地からの指導及び訓練を受けられるようお願いしたい。

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	人としての尊厳を尊重する対応を心掛けている。排泄ケアは特にプライバシーの配慮・プライドを傷つけないように十分に気を付けた言葉遣いで対応している。また個々の情報の取り扱いには十分配慮しケアをしている。	基本理念である個別対応に心掛け、一人ひとりその方の気持ちに添った支援や言葉遣い・対応に心掛けている。職員には毎月行われる全体会で都度徹底を図り、個人情報やプライバシーに関する事項の取り扱いには特に配慮している。	
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	日常生活の中で出来る限り本人の希望や自己決定が出来る環境設定に心掛け常に利用者様の立場に立ち希望や思い／意思を一番に考え支援している。		
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	個々の生活のリズム・ペースを大切にし希望に添える生活が送れるように支援・介助している。		
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	衣類・整容には注意を払い女性にはイベント時美容援助をし輝いていた時代(楽しかった時代)が思いだせるように援助している。日常生活でも好みの衣類を選択出来る様に支援している。		
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	献立作成・調理方法に関しては利用者の希望に沿い、医師の管理指導のある利用者に対しては個別対応している。片付けは個々のレベルや日々の状態をみながら出来るだけ共に行えるようにしている。	利用者の介護度も年々上がってきており、調理への参加は難しいが、個々のレベルに合わせて下膳や後片付け等、を一緒に行うようにしている。おせち等の行事食や誕生日祝いなど、食事が楽しめるように支援している。	
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2回管理栄養士から献立作成のポイントや、糖尿・腎機能疾患者等のカロリーや水分量・体重管理の栄養指導を受けている。介護日誌の記録において水分・食事摂取状況の確認をしている。		
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、利用者のレベルに合わせて口腔ケアを実施している。自立の方には見守りや声かけし、出来ない方には介助している。自立者でも口腔ケアの概念がない方もいる為嗽の促しをする場合もある。その方の状況に合わせて対応 訪問歯科の受診を支援している。		

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	排泄パターンを把握して出来る限りトイレでの排泄を支援している。個々の状態により声かけや誘導している。夜間帯のみリハパン・パットを使用の方も居るため、常に清潔保持を重視している。排泄の自立に向けた支援と介助をしている。	夜間オムツの方が約4割だが日中はリハパン・パッドにしている。日中もオムツの方を除き、全員が立位が取れるので、排泄パターンを把握して出来る限りトイレでの排泄を支援している。	
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	排便のリズムを把握し便秘予防に繊維質の多い食事・水分量・乳製品を毎日摂取し自己排便を促している。困難な場合は看護師の指導・医師の指示を受け下剤を使用している。		
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	週2回の入浴日は決まっているが、状況に応じ清潔が必要な場合はいつでも入浴出来るような対応している。季節に応じ柚子湯・菖蒲湯や温泉気分が味わえる入浴剤などを活用し気分転換ができるようにしている。	週2日の午前中を基本にしているが、必要に応じ柔軟に対応している。季節に応じ柚子湯・菖蒲湯の楽しみや入浴剤などを活用している。	
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	睡眠状況の把握、不眠時の訴えには受容し精神の安定を心掛ける。状況に応じ生活の中で夜間睡眠に影響しないように昼間休息ができる様にしているが、困難時は医師の指導を仰ぎながら支援している。		
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	利用者の個々の薬剤情報ファイルを作成し職員が情報を共有・把握出来る様にしている。内服薬は必ずダブルチェックして、誤薬・飲み忘れがないよう服薬介助・支援をしている。		
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	食器洗いやタオル畳み等の手伝いをお願いしている。農作業により気分転換が図れれば自発的に利用者が出来る様に支援するなど、個々の趣味や生活歴に合わせて役割等の支援をしている。		
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	散歩・外食・買い物など利用者のレベルに対応して支援している。利用者の精神障害や認知症の状況が進み外食や散歩の範囲も近場になってしまうが、近くのコンビニで散歩がてらデザートを購入し召しあがっている。	天気の良い日は外気浴を兼ねて、車いす対応を含め2～3人で散歩している。途中、コンビニでお菓子を買うなど道草も楽しんでいる。また外食や買い物などにも出掛けている。トイレでの立位保持の継続を目指し体を動かすことを大切に支援している。	

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	金銭管理能力や希望にて対応している。ホームで管理する場合は家族と相談し金銭に関するトラブルを回避するように配慮している。利用者のレベルに応じて買い物時はお金の管理してもらいが、普段は利用者トラブルも多い為財布は預かっている。		
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	本人の希望に応じて電話の取次ぎやまた手紙のやり取りもできるよう支援している。		
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	季節感を通り入れた装飾を心掛け家具は温かみの在るものを使用し、壁にはイベント等の写真を貼り雰囲気作りを行っている。音・光・温度に関しては自然の光を取り入れ、カーテン等にて調整し常に快適に過ごせるように支援している。	居間には写真や作品などが飾られており、利用者の殆どの方が日中過ごされる場になっている。庭では愛犬を飼育したり鉢植え等もあり、「自身が当番」の感覚で餌やりや水遣りなどを楽しみにしている方もいる。	
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	大きめのソファ・テーブルを置き自由に過ごせるようにまた、ゆっくりくつろげるスペース空間を確保している。		
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	想い入れのある家具や慣れしんだ家具を持ち込んで頂き、家庭生活のように安心できる居住空間としてすごせるようにしている。	使い慣れた家具や小物類・写真等を持ち込み好みに配置されている。また居室入り口には目印を兼ねた表札が出されている。	
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	エレベーターの設置・バリアフリー設計で、居室には表札を出している。またトイレはわかりやすいように表示している。他ハード面に関しても後付けで出来るだけ個々に合わせて対応している。		