

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	3390200644		
法人名	医療法人 弘和会		
事業所名	グループホーム星の子(スピカ)		
所在地	岡山県倉敷市福田町古新田813-9		
自己評価作成日	平成 28 年 8 月 5 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.kai.gokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200644-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成28年8月25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)】

<p>○ドアを開放しており、自由に入出入りができる。 ○一人ひとりが過ごしてきた生活が継続できたり、やりたいことが実現できるように記録や業務の仕方の見直しを行っている。 ○担当の役割ができており、入居者の変化や要望に対しての対応、1人1人の心身の状態に合わせての話し合いも活発に行なわれている。 ○スタッフの配置が手厚いため、一人一人の状態や要望に応じて、外出などの支援に力を入れている。 ○家族と共に入居者と共に支え合える関係作りのために、日頃からの「つながり」を大切に、行事や食事など一緒に過ごす時間を大切にしている。</p>

【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)】

<p>・担当者会議を利用者の家族の都合に合わせて実行することで、家族一人ひとりの意見や要望が詳しく聞き取る事ができ、利用者や家族の満足度が高いケアプランとなっている。また、それを計画的に現場で実践している。 ・家族からの指摘で各ユニットに職員の氏名と顔写真を掲示したり、墓参りに行きたい利用者の希望を尊重して職員が付き添って出かけたりする等、家族や利用者の要望や希望に対して、前向きに取り組んでいる。 ・画的になっていた排泄支援に関して、排泄チェック表を敢えて廃止することで、改めて利用者一人ひとりのペースやリズムに合わせた支援が出来ている。</p>

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広がったり深まり、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、活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(スピカ)

[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	玄関の掲示板に掲示している。また、会議の場でスタッフが共有できるように伝えている。理念を元にユニット目標を立て、それに向かって実践している。	各ユニットごとに立てられた具体的な年間目標は理念から派生したものであり、理念の実現に向けて、職員一丸となって取り組んでいる。	
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	近隣のスーパーやコンビニエンスストアに、歩行状態に合わせて、車や徒歩で買い物に出掛けている。移動パン屋に来ていただき、買い物をしている。	地域の祭りや清掃活動等の行事に参加している。また、月に一回、ゲームや歌唱等のボランティアを受け入れている。毎朝、利用者と一緒に散歩に出かけており、地域の人に挨拶したり、気にかけてくれる人もいる。	
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	地域のお年寄りが集まるいきいきサロンに参加し、グループホームでの生活や認知症の相談に応じられることを話している。		
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	会議に出席されている方がボランティアで来てくださっているので、入居者と関わった様子などの情報をいただいている。地域の催しや行事などの情報をいただき、外出のヒントにしている。	町内会長や家族、民生委員、包括支援、近隣のグループホーム等のメンバーが参加して、サービス向上のために情報交換している。各ユニット入口に掲示してある職員の顔と名前は、家族からの意見を基に設置している。	
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	地域包括支援センターの方に運営推進会議に参加していただいている。	事故報告等は市役所へ出向き、提出している。また、集団感染症の対策について、保健所からの情報提供や指導もあり、いち早く対応できている。	
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	施設内で研修を行っている。ユニットのドアや玄関はいつでも出入りできるように開放している。歩かれる時は、行動を止めるのではなく、スタッフが付きそうようにしている。	玄関は日中開錠しており、職員の見守る中、利用者は自由に出入りできる。言葉による拘束については、その都度、職員に指導している。年一回、ハンドブックや困難事例等をもとに、内部研修を行っている。	
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の虐待が見逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	研修に参加し、会議の場でスタッフに伝えている。特に言葉使いには注意しており、命令口調にならないよう、意向を伺うような話し方を心掛けている。		

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
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	事例がなく、理解していない職員が多い。研修をする必要があると思われる。		
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	一つ一つ確認をし、疑問点を尋ねながら説明をしている。		
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	スタッフと話をしている中で聞かれた意見や要望を用紙に記入し、スタッフに伝えている。	家族の都合に合わせて、担当者会議を開き、介護計画にその意見や要望を反映させている。日常生活の中から、利用者の思いや要望等を汲み取っている。	
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	経営会議、全体会議を定期的に行い、意見を聴く機会を持っている。	月1回のユニット会議では、活発に意見等を発言している。また、ユニット毎に用意した申し送りノートに自分の意見や要望等を記している。記録の書式を改定した経緯は、職員からの提案である。	
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	スタッフと話を増やし、意欲を持って働けるように話し合いをしている。		
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	外部の研修にできるだけ参加できるようにしている。全体会議でスタッフが自分で勉強したことを発表するミニ研修をしたり、今、スタッフに必要と思えることを話し合うようにしている。		
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り組みをしている	近隣のグループホームの運営推進会議に参加し、情報交換している。水島地域連携ネットワークに参加し、施設、居宅介護事業所、医療関係者と交流し、情報交換をしている。		

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
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	入居前に本人と家族から要望や生活をするうえで困っていることを尋ねている。関わる時間を多く持つようにし、スタッフに対して安心感を持っていただけるようにしている。		
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	来訪時には、必ず、入居者の様子を報告している。入居前に不安に思っていることに対しては特に様子を伝え、理解していただ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	相談を受けた時に必要に応じて、担当のケアマネージャーや併設の居宅介護事業所、地域包括支援センターなどと連絡を取り合うことがある。併設の医療機関やリハビリなどにも相談をし、意見をもらっている。		
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	できないのではなく、何ができるだろうという視点で関わりを持つようにしている。スタッフと一緒にすることで、自分でできる充実感が感じられるような支援をしている。米をといでもらったり、野菜の育て方を尋ねたりしながら、できることを一緒にしている。		
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	日々の様子や状態を伝え、情報を共有している。本人らしい生活ができるように生活習慣や趣味などを教えていただいている。広報誌や写真で様子を伝え、手紙を添えている。家族も交えて外出することもある。		
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	行きつけの喫茶店に時々出掛けたり、馴染みの寿司屋で食事をしたりしている。年賀状を出したり、友人に電話をかけられるよう支援している。	日常会話の中から利用者一人ひとりの要望を聞き、馴染みのすし屋に行ったり、スーパーに買い物に出掛けたり、個別に対応している。孫からの手紙に対して、職員がサポートしている。	
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	トラブルが多い入居者同士はスタッフが間に入り、言葉で伝えきれない部分をフォローしている。気持ちよく過ごしていただけるように、気の合う入居者と一緒に過ごす時間を持っていただいている。		

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	季節の手紙を送り、近況を尋ねている。いつでも相談に応じる体制であることを説明している。		
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	日常会話のなかから、これまでの生活の様子や希望を引き出し、スタッフ間で情報を共有し、介護に反映させている。	利用者本人や家族から入居前の暮らしぶりを聞き、趣味の活動が継続できるよう支援している。また、本人の要望に応じて、家族と一緒に墓参り等にも行っている。	
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	入居の際、これまでの生活歴を聞き、それを基に話を膨らませていくことで馴染みの暮らし方を知るように努めている。		
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	24Hシートに添った記録に変更し、本人の生活リズムに合わせた介護ができるように努めている。毎日のバイタル、食事量、必要な方は水分量のチェックをしている。		
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	日々の生活で気になることや課題が見つかる、スタッフ同士で話し合い、必要に応じて担当者会議を開き、プランに反映させている。担当者会議に家族も参加してもらい、意見を聞いている。	家族同席の上で担当者会議を開き、介護計画を作成している。各担当職員が毎月、モニタリングを行い、アセスメントによっては見直しをその都度行っている。	
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	本人が話した内容や表情などを記録に残し、スタッフ間で情報共有している。申し送りノートに入居者の気になる様子やケアの変更を記入し、スタッフ間で共有している。		
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	併設のデイサービス、介護支援事業所と連携を持ち、本人や家族に必要な支援が出来るように努めている。作業療法士に相談をしている。		

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	近隣のスーパーやコンビニエンスストアに、歩行状態に合わせて、車や徒歩で買い物に出掛けている。移動パン屋に来ていただき、買い物をしている。		
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	同法人の内科で月2回の訪問診療がある。入居前からのかかりつけ医を希望される方は、家族に対応していただき受診している。	月2回、経営母体である医療機関の先生が往診で来ている。また、看護師も頻回に訪問している。今までのかかりつけ医を継続支援しながら、受診支援に努めている。	
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回は必ず看護師が来て、入居者の様子を看てもらっている。それ以外でも普段と違う様子が見られるときには相談をし、主治医と連携を取っている。		
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。	週1回は様子を見に行き、病棟の看護師や相談員から、病状を聞くようにしている。家族の意向や、帰所してから対応できることを伝え、退院の話し合いをしている。		
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、事業所の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	入居時に家族の意向を確認している。状態が変わったときはその都度、家族と話しをし、事業所としてできることを説明している。終末期には医療保険で訪問看護を利用できるようにしている。	開所以来、初めて看取りを行い、難しさを痛感している。終末期後、職員を交えて話し合い、共有を図った。本人や家族の要望があれば、訪問介護を活用して、支援できる体制を築いている。	
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	会議で緊急時の対応の仕方を話し合い、確認をしている。緊急時のマニュアルを作り、どの職員でも対応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、避難訓練を行っている。運営推進会議で災害時の避難場所を確認し、避難方法を検討している。	年2回、火災を中心とした避難訓練(昼夜間想定)に取り組んでいる。同一敷地内にあるデイサービスセンターの職員や利用者等も参加している。	運営推進会議を活用して、消防署員による災害時の対策講座や、地震シュミレーターのデモンストレーション等、地域住民との協力体制を築ききっかけを模索していくことが期待される。

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
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	名前を呼ぶときには苗字で呼ぶか、〇〇さんと呼んでいる。手伝ってもらったときは必ず、感謝の言葉を掛けている。	同性介助ができるように、夜間の職員配置を工夫している。また、トイレ誘導時、周囲の人に気づかれぬ配慮やドアの開放、ノックでの確認等、利用者を尊重した対応に努めている。	トイレ内での、個人が特定されない工夫に期待します。
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	自己決定できる人は少ないが、必ず、本人に意思確認をしている。また、これまでの生活から本人の思いを推測している。		
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、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	個人の趣味や生活リズムを理解し対応している。行事、日常的な活動は個人の意思を尊重している。		
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	洋服を一緒に選ぶ時間を持ったり、お化粧をしていただくように声をかけたりし、できることを考え支援している。髭剃りや整髪をしていただくよう物品の準備をし、必要に応じて介助している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	おかずの盛り付けや味見などをさせていただいている。	配食サービスを利用しているが、職員が手を加えて、利用者の喜ぶ料理に仕上げている。玄関先の菜園から収穫した野菜等も食卓に並んでいる。月1～2回、手作りや外食支援(個別対応)に努めている。下げ膳や台拭き等、利用者の力を活かした支援も行っている。	
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	水分量をチェックシートで確認し、少ない方は飲みやすい物や量にしたり、回数を増やしたりしている。嚥下が低下している方には、高カロリー食やソフト食を検討し、食事量や栄養が摂れるようにしている。		
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	夕食後は義歯の洗浄、歯ブラシやコップの煮沸消毒を行っている。口腔内の状態に合わせて、歯ブラシの変更や舌ブラシを使用している。口腔内に異常があるときは、訪問歯科に依頼し、診ていただいている。		

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	排泄チェック表を付け、パターンが把握できるようにしている。タイミングが合うようになり、リハビリパンツから、布パンツに替えられた方もいる。	退院後、入院前の状態に戻ることが出来ている。ポータブルトイレは夜間のみ使用し、日中はトイレ排泄を基本としている。利用者の排泄リズムに合わせて、排泄を促している。	
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	バナナジュースやココアなど便通に良い飲み物を提供している。排便コントロールができていない方は主治医に相談し、内服薬や浣腸などで調整している。主食に大麦を混ぜ、繊維質が取れるようにしている。		
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	清拭や足浴を行ないながら気持ちよく入浴していただけるように工夫している。	時間に関わらず、利用者のペースやタイミングに合わせて対応している。入浴拒否する利用者には、時間をずらしたり、家族や利用者に協力依頼することもある。また、必ず湯舟に入ってもらおうようにしている。	
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	必要な方には、静養の時間を日課に組み入れ、声かけをしている。傾眠傾向の方には居室で休んでいただき、覚醒を促すようにしている。朝、日光浴をしていただき、1日の生活リズムを作るようにしている。		
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	薬の変更があった時は申し送りに記入し、全員が把握できるようにしている。薬の変更時は特に、普段と違う様子がないか様子観察を行い、記録に残すようにしている。		
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	洗濯やゴミ捨てが気になる方には一緒にしていただくようにしている。以前興味があったことやよくしていたことに誘い、楽しみが見つけれられるように支援している。		
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	入居者との話を大切に、行きたいところや食べたい物などを聞き出すようにしている。以前よく行かれていたところや馴染みの場所を教えていただき、家族と一緒に出掛けることがある。	職員と一緒に近くのコンビニエンスストアに買い物に出かけたり、公園などにドライブに出かけている。必ず目的を設定して外出している。また、家族と一緒に散髪や昼食、墓参り等に出かけている。利用者の中には、日々、玄関先のプランターに水やりをする人もいる。	

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	原則として持っていたかかないことになっているが、持たないことが不安や不満の基になっていたため、家族と相談し、金額を決め、買い物の時に使ってもらい、支払いをしていただいている。		
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	携帯電話を持たれている方がおられ、家族や知人に電話をかける手伝いをして。手紙が届いたり、贈物をいただいた時には、お礼の手紙や電話をする声かけをしている。		
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	室温や湿度を調節している。一日3回は換気を行うようにしている。光が入り、まぶしいときはカーテンを閉めている。居室で過ごすことが多い方も共用の空間ともつながりを持てるために、カーテンで仕切り、気配が感じられるようにしている。	玄関を開放しているため、新鮮な空気に包まれている。嫌な臭いは一切感じない。利用者の背丈に合わせて作成したテーブルや家具が温もりを感じさせ、家庭的な雰囲気のある共有空間となっている。また、利用者の様子を観ながら、机等の配置を変えている。	
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	ソファの位置を配慮し、気の合う人たちで話をしたり、休んだりできるようにしている。気の合う人同士と一緒に過ごすことができるよう、机の配置を工夫している。共用スペースにおいても、個別化を図り、落ち着ける空間作りを行っている。		
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	以前使っていた家具や馴染みのあるものを家族にお願いし、持ってきていただいている。思い出のものや写真を飾り、家族のことを思い出せるようにしている。	毎日、朝夕換気しているため、室内の空気の様子も無い。時間をかけて、自宅から使い慣れた家具等を持ち込んでもらっている。ペットの配置は、自宅を再現するように工夫している。	
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	出来る限り自立した生活が出来るよう、洗濯物に手を触れて確認できるように廊下やテラスに干すなどの工夫をしている。		

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	3390200644		
法人名	医療法人 弘和会		
事業所名	グループホーム星の子(オリオン)		
所在地	岡山県倉敷市福田町古新田813-9		
自己評価作成日	平成 28 年 8 月 5 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.kaiigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=3390200644-008&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	平成28年8月25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)】

<p>○ドアを開放しており、自由に入出りができる。 ○一人ひとりが過ごしてきた生活が継続できたり、やりたいことが実現できるように記録や業務の仕方の見直しを行っている。 ○担当の役割ができており、入居者の変化や要望に対しての対応、1人1人の心身の状態に合わせての話し合いも活発に行なわれている。 ○スタッフの配置が手厚いため、一人一人の状態や要望に応じて、外出などの支援に力を入れている。 ○家族と共に入居者と共に支え合える関係作りのために、日頃からの「つながり」を大切に、行事や食事など一緒に過ごす時間を大切にしている。</p>
--

【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)】

<p>・担当者会議を利用者の家族の都合に合わせて実行することで、家族一人ひとりの意見や要望が詳しく聞き取る事ができ、利用者や家族の満足度が高いケアプランとなっている。また、それを計画的に現場で実践している。 ・家族からの指摘で各ユニットに職員の氏名と顔写真を掲示したり、墓参りに行きたい利用者の希望を尊重して職員が付き添って出かけたりする等、家族や利用者の要望や希望に対して、前向きに取り組んでいる。 ・画一的になっていた排泄支援に関して、排泄チェック表を敢えて廃止することで、改めて利用者一人ひとりのペースやリズムに合わせた支援が出来る。</p>
--

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広がったり深まり、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(オリオン)

[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	玄関に法人の理念を掲示している。ユニットで年度ごと、月ごとの目標を立て、スタッフの意見を聞きながらケアに努めている。	各ユニットごとに立てられた具体的な年間目標は理念から派生したものであり、理念の実現に向けて、職員一丸となって取り組んでいる。	
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	週2回の移動パン屋や近くのスーパーやコンビニエンスストアに買い物に行っている。	地域の祭りや清掃活動等の行事に参加している。また、月に一回、ゲームや歌唱等のボランティアを受け入れている。毎朝、利用者と一緒に散歩に出かけており、地域の人に挨拶したり、気にかけてくれる人もいる。	
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	地域のお年寄りが集まるいきいきサロンに参加し、グループホームでの生活や認知症の相談に応じられることを話している。		
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	会議に出席されている方がボランティアとして来てくださっている。地域の行事の情報をいただいている。地域の夏祭りに参加している。	町内会長や家族、民生委員、包括支援、近隣のグループホーム等のメンバーが参加して、サービス向上のために情報交換している。各ユニット入口に掲示してある職員の顔と名前は、家族からの意見を基に設置している。	
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	地域包括支援センターの方に運営推進会議を通して意見交換している。	事故報告等は市役所へ出向き、提出している。また、集団感染症の対策について、保健所からの情報提供や指導もあり、いち早く対応できている。	
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	日中は玄関を開放しており、いつでも出入りできるようにしている。内部研修で身体拘束に関する話し合いをし、知識の共有を図っている。	玄関は日中開錠しており、職員の見守る中、利用者は自由に出入りできる。言葉による拘束については、その都度、職員に指導している。年一回、ハンドブックや困難事例等をもとに、内部研修を行っている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	普段から言葉使いに注意している。研修に参加したり、会議の場で話す機会を持っている。		

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	事例がなく理解をしていないスタッフもいるため、研修の機会を持つ必要がある。		
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	家族の方と話し、疑問点を尋ねながら、説明を行っている。		
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	運営推進会議に参加していただき、意見を聞いている。面会時などに話し、意見や情報などは申し送りで伝えたり、スタッフと話しをしている。	家族の都合に合わせて、担当者会議を開き、介護計画にその意見や要望を反映させている。日常生活の中から、利用者の思いや要望等を汲み取っている。	
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	経営会議やユニット会議などで意見交換している。	月1回のユニット会議では、活発に意見等を発言している。また、ユニット毎に用意した申し送りノートに自分の意見や要望等を記している。記録の書式を改定した経緯は、職員からの提案である。	
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	スタッフ一人ひとりと話し、意欲を引き出せるように努めている。		
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	全体会議やユニット会議でその時必要な内容を話し合っている。外部研修にもできるだけ参加できるようにしている。		
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り組みをしている	近隣のグループホームの運営推進会議に参加し、情報交換している。水島地域連携ネットワークに参加し、施設、居宅介護事業所、医療関係者と交流し、情報交換をしている。		

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
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	入居後1ヶ月は特に気を配り、ゆっくりと話をしている。家族の方に協力していただき、面会など一緒に話しをするよう心がけている。		
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	入居前の面談で要望をお聞きしている。面会や電話などで様子を伝えるようにしている。		
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	相談を受けた時に必要に応じて、担当のケアマネージャーや併設の居宅介護事業所、地域包括支援センターなどと連絡を取り合うことがある。併設の医療機関やリハビリなどにも相談をし、意見をもらっている。		
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	生活する中で、食事や洗濯干し、掃除など、できることを一緒に行っている。配膳や食器荒いなども一緒に行っている。		
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	行事に参加していただき、様子を知っていただいている。散髪や外出など一緒に出掛ける機会もある。		
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	地域のスーパーに買い物に出掛けたり、地域の行事やイベントなどに参加している。家族の方と自宅や馴染みの場所へ外出されることもある。	日常会話の中から利用者一人ひとりの要望を聞き、馴染みのすし屋に行ったり、スーパーに買い物に出掛けたり、個別に対応している。孫からの手紙に対して、職員がサポートしている。	
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	気の合う方と話が出来るように座る場所を配慮している。また、散歩や外出の仕方を配慮している。		

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	医療的なことで入居が継続できなくなった方の転居先を家族と相談しながら探す。受け入れが決まった施設への情報提供をしている。		
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	入居前の生活など家族に24時間シートへ記入してもらい、日々のケアに反映している。本人や家族の方に要望を聞き、興味を持てる活動などに誘うようにしている。	利用者本人や家族から入居前の暮らしぶりを聞き、趣味の活動が継続できるよう支援している。また、本人の要望に応じて、家族と一緒に墓参り等にも行っている。	
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	入居時にこれまでの生活歴をお聞きし、24時間シートの記入をお願いしている。		
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	出来そうな事や興味のあることなど一緒に行いスタッフ同士で意見を交換し、共有している。		
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	担当者会議で意見交換している。会議では家族の方も交え、話す機会を設けている。	家族同席の上で担当者会議を開き、介護計画を作成している。各担当職員が毎月、モニタリングを行い、アセスメントによっては見直しをその都度行っている。	
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	日々の様子や気付きなどを記録に残し、スタッフ間で情報共有できるように努めている。ユニット会議や申し送りの場で話し合い、共有できるように努めている。		
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	併設のデイサービス、介護支援事業所と連携を持ち、本人や家族に必要な支援が出来るように努めている。他施設に入居されている家族と面会の機会を持つようにしている。		

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	イベントなどの際は外出支援に努め、季節感を感じたり、楽しむことができるよう、個々に合わせて支援している。		
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	月2回訪問診療がある。家族の方と話し、他のかかりつけ医での受診もスタッフが付き添いをするなど状況に合わせて支援している。	月2回、経営母体である医療機関の先生が往診で来ている。また、看護師も頻回に訪問している。今までのかかりつけ医を継続支援しながら、受診支援に努めている。	
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回以上は看護師が日常的な健康管理をしている。状態変化が見られた際は報告し、見ていただき、主治医と連携を取っていただいている。		
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。	入院時にはお見舞いに行っている。家族の方や病棟の看護師や相談員からの情報提供をもらうようにしている。		
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、事業所の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	入居時に話しをし、家族の意向を聞いている。入院時や状況に合わせて家族と話しをし、意向を確認している。退院後、施設としてできることを説明し、話し合いをしてから退院を進めている。	開所以来、初めて看取りを行い、難しさを痛感している。終末期後、職員を交えて話し合い、共有を図った。本人や家族の要望があれば、訪問介護を活用して、支援できる体制を築いている。	
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	会議で解らないことなど話しをし、確認している。マニュアルを作り、解るようにしている。		
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、避難訓練をしている。	年2回、火災を中心とした避難訓練(昼夜間想定)に取り組んでいる。同一敷地内にあるデイサービスセンターの職員や利用者等も参加している。	運営推進会議を活用して、消防署員による災害時の対策講座や、地震シミュレーターのデモンストレーション等、地域住民との協力体制を築ききっかけを模索していくことが期待される。

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
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	役割が持てる支援や一人ひとりに合った声かけを工夫し、対応している。	同性介助ができるように、夜間の職員配置を工夫している。また、トイレ誘導時、周囲の人に気づかれぬ配慮やドアの開放、ノックでの確認等、利用者を尊重した対応に努めている。	トイレ内での、個人が特定されない工夫に期待します。
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	声かけの仕方を工夫し、できるだけ自己決定できるように働きかけている。		
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	就寝時間や起床時間は入居前からの個々の生活に合わせている。食事時間はその日の体調に合わせて支援している。夜間の入浴をしている方もいる。		
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	自分で服を選んでいただいたり、髪をとかしていただき、その日の気分にあった支援ができるように努めている。気所の声かけをしている。		
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	盛り付けや野菜の皮むきなど一緒に行い、食事ができるまでの時間も楽しめるようにしている。希望献立の日を設けている。季節の物や好きな物が提供できるように努めている。	配食サービスを利用しているが、職員が手を加えて、利用者の喜ぶ料理に仕上げている。玄関先の菜園から収穫した野菜等も食卓に並んでいる。月1～2回、手作りや外食支援(個別対応)に努めている。下げ膳や台拭き等、利用者の力を活かした支援も行っている。	
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	食事・水分チェック表を使用し、日々の確認をしている。一度に飲めない方には回数を多くし、飲みやすい物を提供している。飲み込みの悪い方にはペースト食を取り入れている。		
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、口腔ケアを行っている。磨き残しを介助したり、舌磨きや上手くできない方はガーゼを使用し清潔を保て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
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	排泄チェック表を使用し、一人ひとりの排泄パターンに合わせ、トイレで排泄できるように声かけやトイレ誘導をしている。パットが外せたり、布パンツに移行できたりするように支援している。	退院後、入院前の状態に戻すことが出来ている。ポータブルトイレは夜間のみ使用し、日中はトイレ排泄を基本としている。利用者の排泄リズムに合わせて、排泄を促している。	
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	一人ひとりの排便パターンを把握し、水分や運動などの支援をし、自発排便を促している。便秘がちな方は本人に合わせた下剤で調節している。		
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	本人の体調などに合わせ、無理せず、入浴できるようにしている。声かけの仕方や時間を変えるなどすることで、入浴していただけるよう工夫をしている。夕食後に入浴している方もいる。	時間に関わらず、利用者のペースやタイミングに合わせて対応している。入浴拒否する利用者には、時間をずらしたり、家族や利用者に協力依頼することもある。また、必ず湯舟に入ってもらおうようにしている。	
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	その日の体調に合わせて、居室で休んでいただいている。居室で眠れない方はソファで休んでいただいている。夜は一人ひとりの就寝時間に合わせ、居室に戻り休んでいただくようにしている。		
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	内服薬についてスタッフが理解し、いつでも確認できるように個人情報書を入れている。変更時には申し送りや記録に残し、解るようにしている。変化がある時はすぐに看護師に報告し、状態把握をしていただいている。		
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	入居前の生活を、趣味や嗜好に合わせて支援している。好きな物を食べに行ったり、花が好きな方や野菜作りを良くされていた方にプランター菜園をしていただいている。		
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	買い物や散歩、ドライブなど外出援助に努めている。家族の方と自宅に帰ったり、散髪や買い物に連れて行かれる方もいる。	職員と一緒に近くのコンビニエンスストアに買い物に出かけたり、公園などにドライブに出かけている。必ず目的を設定して外出している。また、家族と一緒に散髪や昼食、墓参り等に出かけている。利用者の中には、日々、玄関先のプランターに水やりをする人もいる。	

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	外出時などは必要に応じて、立替し、使えるようにしており、家族から了解を得ている。トラブル防止のためお金は所持していないが、必要な方には家族と話し合い対応している。		
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	家族に年賀状を出している。家族から了解が得られている方は要望に応じて支援している。		
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	リビングには毎月、壁画や写真を飾り、季節感を感じられるようにしている。リビングから見える場所でガーデニングや菜園をしている。	玄関を開放しているため、新鮮な空気に包まれている。嫌な臭いは一切感じない。利用者の背丈に合わせて作成したテーブルや家具が温もりを感じさせ、家庭的な雰囲気のある共有空間となっている。また、利用者の様子を観ながら、机等の配置を変えている。	
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	気のあった方と話をしたり、一緒に手作業をしたりしていただいている。一人で過ごしたい方もゆったりとできるような配置にソファを置いている。		
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	使い慣れた家具などを持ってきていただき、居心地よく過ごせるようにしている。家族の写真を置かれている方もいる。一人ひとりに合わせてベッドの位置などを変えている。	毎日、朝夕換気しているため、室内の空気の様子も無い。時間をかけて、自宅から使い慣れた家具等を持ち込んでもらっている。ベッドの配置は、自宅を再現するように工夫している。	
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	トイレのドアには使用中の札を下げ、入っていることがわかるようにしている。		