

### 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	2295300046		
法人名	社会福祉法人鳳会		
事業所名	グループホームふじトピア		
所在地	藤枝市時ヶ谷417-2		
自己評価作成日	令和元年 12 月 6 日	評価結果市町村受理日	令和2年 1 月 24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-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人静岡県介護福祉士会
所在地	静岡県静岡市葵区駿府町1-70 静岡県総合社会福祉会館4階
訪問調査日	令和元年 12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)】

ゆったりと穏やかな雰囲気の中で、生活歴に合わせた家事や趣味と一緒に、笑顔や可能性を引き出しながら安心して暮らせる生活を支援しています。各部屋に洗面所とトイレがあり、プライバシーに配慮しています。一緒にメニューを考えたり買い物に行き食事を作る楽しみがあります。主婦として活躍してきた能力を活かしています。また地域活動や法人居場所への参加、ボランティアや保育園児との交流も行っています。

#### 【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)】

藤枝市の郊外にあり、近隣には公園・スーパーマーケット・農家の野菜畑などがあり日常的に散歩や外出の機会が多い。また同法人の特別養護老人ホームが同敷地内にあり、特養の行事、例えば総合防災訓練などに参加している。風水害などは特養の協力を得て対応している。ホームの立ち上げからの理念に「おもてなし」の気持ちでサービスに心がけるようにと、職員一同毎日唱和し共有している。各居室には洗面所・トイレを設置し、利用者にはゆったりとした安らぎの場を提供している。

### 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	毎朝法人の理念を唱和する事で「おもてなし」の気持ちを共有し実践している。	理念は事業所内に掲示されており、「おはようございます」のあいさつや「ありがとう」「失礼いたします」の言葉かけなど「おもてなし」の気持ちを持って、日々の介護に取り組んでいる。	
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	地域のお祭り、防災訓練等に参加している。保育園やボランティアと定期的交流しながら、地域と顔見知りの関係をつくっている。	法人を通し自治会の情報を得て、地域の祭りや防災訓練に参加している。琴やクラリネットの演奏、工作ボランティア等、定期的なボランティアの訪問や外出時に近隣住民と挨拶を交わしたり、保育園児と交流したり等地域との関わりが見られる。	
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	町内会の行事に参加し、認知症の人と接してもらい機会を作っており、助言している。近隣のスーパー等買い物に行きお店の人に理解して頂いている。		
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	2か月に一度の開催で活動報告をしている。意見を伺いより良いサービスができるようにアドバイスを頂いている。インフルエンザの発生状況など具体的に教えて頂き予防を開始した。	運営推進会議は2か月に1回、第4金曜日に開催している。法人事務局長・総務部長、市職員、町内会長等が出席し事業所の活動報告や事故報告、台風時の対応、質疑応答やインフルエンザの情報等アドバイスももらっている。	運営推進会議に出席する家族が固定してしまっている。今まで参加したことがない家族も運営推進会議に出席して意見を出していただく工夫をし、より双方の理解が深まることを期待したい。
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	運営推進会議の時に藤枝市福祉政策課の方に参加して頂き、アドバイスを頂いている。2か月に1回さわやか相談員の訪問があり、ホームの様子をみて頂いている。困難な状況になった時地域包括に相談し市担当者に助言を頂いた。	運営推進会議に毎回市職員が出席しており、来訪時に相談している。又2か月に1回、市のさわやか相談員2名が来訪し、利用者との会話の中からなど、気付いた点について助言をもらっている。	
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	身体拘束廃止に向けた研修を年2回実施しており、全員参加している。アンケートを実施し周知度を確認している。またケアの場面を通して具体的に指導している。定期的に委員会に参加している。	身体拘束ゼロ宣言をし、年2回の研修と安全・安心委員会により、身体拘束を行わない取り組みが行われている。散歩や外出の機会が多いこともあり、一人で外へ出る利用者は現在いない。日中玄関は施錠していない。	
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	法人全体で虐待防止についての研修を実施しており、全員参加している。内出血や傷の発見時には事故報告書を作成し原因を検討し虐待が見逃ごされないよう注意している。不適切な言葉遣いにならないように職員同士で注意している。		

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
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	法人全体で研修を行っており全員が受けている。利用者の中に保佐人が付いている人がいる。必要と感じた時には地域包括につなげるようにしている。		
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	契約時はホーム長とケアマネが説明し承してもらっている。その後も不明な点があれば随時答えている。改定時同様。		
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	面会時には挨拶、声掛けを行い、意見や要望を確認している。意見箱を設置したり窓口を掲示している。要望から本人に合わせた食器の大きさを検討し変更した。	意見箱は見た目も工夫して設置しているが活用されていない。月1回は家族の来訪があり、コミュニケーションをとることで直接意見が言える関係を築いている。意見や要望は職員で話し合い、反映させている。	家族から直接意見を聞いているが、今後アンケート等いろいろな方法で、意見や思いを聞ける機会を作り出すよう期待する。
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回職員会議を開催している。提案、意見は常に上司と相談しその都度対応している。	月1回の職員会議には法人事務局長も出席し、パート職員も含め出来るだけ多くの職員が出席して、意見を言える機会を作っている。又年2回の面接があり、職員からの意見や提案は、上司に提出して対応している。	
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	ホーム長が年2回の面接を行い、面接時に職場環境等について個々に確認。改善につなげられるよう提言している。ホーム長はSSVとの面接で個々の様子を報告しSSVから代表者に報告する体制ができています。		
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	年間を通じて法人研修が開催されている。出席できない場合はビデオ研修、レジメ研修などで全員が参加できるような仕組みが作られている。また必要に応じ、外部研修に参加する機会も設けられている。		
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	外部研修に参加し交流している。また地域包括主催の「顔の見える関係づくり」に参加し、同業者と顔見知りになりアイデアを頂いた。市内のグループホーム連絡会に参加		

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	まず本人の言葉で一番困っている事、希望をゆっくり拝聴して安心して頂けるような声掛けを意識している。ホーム長は、毎日一人ひとりに声掛けし関係性を築く様努めている。		
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	見学をして様子を見て頂き、グループホームでの生活を知って頂きながら、家族の不安、困りごとを聞き取る。		
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	グループホームで出来るサービスの説明をしっかりと行い本人、家族の困りごとに対応できるか確認している。常駐する看護師の有無等他のサービスとの比較も行う。必要とする支援として法人内の専門職の活用や居場所への参加をしている。		
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	自宅で家族と一緒に過ごしているような暖かい雰囲気を作り、安心して生活して頂けるよう接している。料理、洗濯、掃除などの家事活動と一緒に取り組んでいる。また食事も利用者と一緒に食べている。		
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	家族から頂いた情報をもとに協力して共に支えている。面会、外出、外泊等によりご家族との時間が持てるようにサポートしている。小テーブルやいすなどを用意し一緒に過ごしやすい環境を作っている。		
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	ご家族だけでなく親戚、友人、知人、ご近所の方がいつでも来れるような雰囲気を作っている。面会時はお茶を飲みながら話ができるように心がけている。はがきを出したり、スーパー等で近所の人と会ったら挨拶している。	家族と墓参りに行ったり、教え子が会いに来たりしている。来訪のお礼ハガキを出し、その後ハガキのやり取りが続いていたり、特別養護老人ホームのカフェで友達ができたりしている。また訪問理容師とは顔馴染みの関係になっている。	
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	利用者同士顔が見えるように席を工夫している。職員が間に入り孤立しないよう気を配っている。レクリエーションなど全員で楽しむことができる様支援している。		

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	必要に応じて対応している。退所した後も手紙が来たり、利用者の家族がボランティアに来て下さっている。		
<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	1対1で話す機会をつくり、日々の会話からその人の思いを知る。また本人の暮らしや状況から本人の意向を導き出しカンファレンスを行い職員全員で共有している。	入浴時や夜勤時など、1対1の会話の中で意向を把握し、気づきはカンファレンスなどで職員が共有している。編み物がしたいとの希望を聞き、家族に道具を依頼したところ、徐々に編み物の腕が上達してきた利用者もいる。	
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	本人との会話や家族から聞き取りを行う。その人らしい暮らしが出来る様センター方式を利用してアセスメントを行っている。		
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	心身の状況の把握については毎朝バイタルチェックを行い、顔色等の様子観察を行う。体調変化は朝の申し送りで職員が共有している。一日の過ごし方は本人と一緒に計画、外出の機会を積極的に作っている。		
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	本人の意向と現状に添った計画書を作成。職員全員で共有。3か月に1度モニタリングを行う。日々の変化に対応するためにカンファレンスで話し合う。必要な場合は看護師、理学療法士にアドバイスをもらっている。	モニタリングは担当者が行い、職員会議で計画書の見直しをして、職員全員でカンファレンスからの課題など検討している。訪問看護師をはじめ、専門的な分野で例えば立位姿勢のことなどは理学療法士の意見を聞いている。	
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	毎日の介護記録、朝の申し送り、職員会議、カンファレンスで情報を共有している。変化や気づきは記録に残しその都度見直し等のカンファレンスを行ない介護計画を変更している。		
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、家族の意向を聞き取り、それにこたえるように努力している。法人内の秋祭りやカフェに参加したり、特養協力医によるインフルエンザの予防接種を行っている。困難な状況は地域包括に相談に行っている。法人内の専門職の協力体制がある。		

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
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	ボランティアの訪問、地域行事への参加、近隣商店への買い物同行、文化祭への出品作品の作成等の支援をしている。		
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	入所前からのかかりつけ医を継続、受診時は家族から様子を伝えてもらう。必要に応じ直接先生に電話やFAXをして相談したり指示を仰ぐことがある。	事業所の協力医の他、入居前からのかかりつけ医での受診の際は家族が対応している。現在の利用者の状態をご家族に伝え受診後は情報を共有し、希望する医療機関による支援をしている。	
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	1週間に1回の訪問看護師の訪問がある。日々の気づきを報告しアドバイスを頂いている。また変化があった場合は電話連絡または訪問しての対応もある。法人看護師との連携体制も構築している。		
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。	入院時は速やかに情報を提供している。病院のMSWと密に連絡を取り、退院時には退院カンファレンスに参加させて頂きホームに戻ってから安心して生活できるように情報を共有している。圏域医療介護連携会議に参加し関係づくりに努めている。		
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	入所時に今後の生活に対する意向を確認している。状況に応じご家族の意向を伺いながら出来る事の説明を行っている。ご家族、主治医、ケアマネ、介護職、管理者が参加して重度化に関する指針や看取り介護の同意書の説明と契約をしている。	重度化に伴い家族の意向を確認して、家族・主治医・ホーム職員が連携をとり、安心して納得した最期を迎えられるよう説明を行っている。また看取り後、支援経過・評価・家族からの意見などの「偲びのカンファレンス」を行い、今後の課題さらに他の利用者の影響と職員の支援の対応を検討している。	
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	施設内研修で定期的に訓練している。緊急マニュアルを作成して壁に掲示。AEDは職員全員講習会に参加している。実際に救急車を要請した場合は必ず全員で状況を確認し学んでいる。		
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	毎回想定を変え月1回防災訓練を行っている。年1回の施設全体での総合防災訓練に参加している。年1回地域の防災訓練に参加している。台風19号の時には様子を写真に撮り全員で検証した。	月1回のホームの防災訓練は、持ち出しの物品・通報方法・消火器の使用方法・非常食の試食など行っている。また年1回の地域の防災訓練には、数人の利用者と職員で参加し地域の住民とコミュニケーションをとっている。	

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>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	排泄時、入浴時等のプライバシー配慮を行なっている。失礼のない言葉遣いを常に心がけている。介護記録の方法や管理に配慮している。	各居室には洗面所・トイレを設置し、ゆっくりと安心して排泄が出来るよう配慮している。利用者のプライバシーを損ねることがないように職員同志、常に確認し合っている。実行記録の書き方でも、職員の名前を記入し職員の意識を徹底している。	
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	本人の表情や思いを汲み取る様に声掛けしている。希望を聞き出す会話の時間を大切にしている。		
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	レクリエーションへの参加、洗濯物干しやたむこと、ゴミ出しの手伝い、買い物同行等を本人の希望を確認してやっている。		
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	髪の毛は訪問美容を利用している。乳液、リップクリーム等化粧品を利用している人もいる。入浴前に次に着る服を職員と一緒に選んでいる。		
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	会話の中から好きなものを聞きその日のメニューにすることも有る。季節、行事で特別なメニューにしたり、月1回のお寿司の日、日曜日のパンの日、水曜日の麺の日等曜日を決めて楽しんでいる。食器洗い、テーブル拭き等一緒にやっている。	職員が利用者との会話から、また冷蔵庫の食材でメニューを決めている。職員と利用者が同じテーブルを囲んで、楽しく食事が出来るよう雰囲気づくりをしている。また、利用者はテーブル拭きなどできることを行い箸・茶碗・汁椀・マグカップは各自で用意している。	
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	食事量、水分量は毎日記録して管理している。季節の物を取り入れバランスを考えたメニューにしている。本人の食事状態に合わせ、刻んだりトロミをつけている。		
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	毎食後歯磨きをしている。磨き残しは職員が手伝う。異常を見つけたら家族に報告している。義歯は夜間洗浄している。定期的に協力歯科医に相談し、アドバイスをもらったり、検診してもらっている。		

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	排泄はチェックして声掛けや誘導をしている。個人にあったパット等は日々様子を確認しながら検討している。	排泄チェック表を利用して誘導している。椅子から立ち上がった時など行動の前後に声掛けをしてトイレでの排泄を大切にしている。日中は通気性やコスト面を考えて、布パンツを使用している利用者が数名いる。	
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	排便の有無を毎朝確認している。朝食時のヨーグルトの提供おやつ時の牛乳提供、食事のメニューに野菜を使用等自然なお通じにつながる工夫をしている。体操や散歩なども行っている。		
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	1日おきに入浴している。午前か午後か本人の希望を聞きながらマンツーマンでゆったりと入浴して頂いている。体調によって清拭対応することもある。	利用者の希望に合わせて、午前及び午後入浴の支援をしている。入浴を拒む利用者には、気分を変えるため職員と一緒に洋服を選んだり、入浴剤又はゆず湯などを使用し工夫をしている。	
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	日中散歩に出て日光に当たる、夕食後は照明や音を工夫してリラックスしてもらい、など安眠できる工夫をしている。夜は巡視してエアコン等の調整を行っている。		
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	薬ケース・ファイルに薬情を貼り服薬内容を把握できるようにしている。飲みにくくなった時はカンファを実施している。薬剤師に相談できる体制があり、錠剤から粉薬やOD錠に変更した例もある。		
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	季節のレイアウト作り等の工作、歌が好きな方、習字を好む方など好きな事をして頂いている。日々の家事活動約々につながり、張り合いにもなっている。		
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に支援している	毎日のごみ出し近所への散歩、郵便を出しに行く、買い物等の日常的な事だけでなく、年間計画を立て花見、誕生日の夕食、遠出の外出を行っている。また、家族との受診のついでに夕食したり、定期的に息子と夕食している方もいる。定期的に法人のカフェに参加している人もいる。	年2回の床掃除の時を利用して、通所事業所の運転手の協力を得て遠出をしたり、特養養護老人ホームにあるカフェへ出掛け、昼食を食べたりしてホーム利用者との交流がある。また利用者個々に合わせた外出を家族の協力を得ながら積極的に支援している。	



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	外出レクリエーションの時や近隣の店に買い物に行くときは品物を選び支払う機会を設けている。安心の為少額の入った自分の財布を持っている人もいる。		
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	年賀状や暑中見舞いのやり取りの援助をしている。はがきでのやり取りをしている方もいる。家族や知人の電話も取次している。携帯電話を持っている方が1名いる。		
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	季節に合わせたレイアウト、行事等の写真、玄関には月1回のアレンジメントを活けてもらい常に季節感を取り入れている。大きなソファに座って会話を楽しむ姿も見られる。温度・湿度は時間で測り確認している。	ホーム内は広く利用者が移動しやすく、テーブル席の他ソファが置かれている。利用者は全員女性のためか話が弾み、くつろいでいる。職員が行事の写真などを掲示したり、玄関には利用者がお花を掛け、ホーム全体で季節感を取り入れた空間になっている。	
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	ホールのテーブル席は席順に配慮して話しやすく工夫している。ソファに座ってテレビを見たり、新聞を読んだり自由にくつろぐことができる様配慮している。一人になりたい時は居室で過ごすことができる		
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	本人の部屋は自分の持ってきたのれんで分かるようになっている。入所時になじみの家具や好きなもの、写真など持ってきて頂いている。自分の好きな時に自室に戻ることができる。	各居室の暖簾は利用者各自が用意したものであり、全て防災加工を施し安全に配慮している。また家具やタンス、家族の写真など持ち込まれ、職員は行事での個人の写真集を毎年作成し掲示している。利用者や家族の居心地の良い居室づくりに取り組んでいる。	
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	居室にトイレと洗面所があるので自由に行ける環境である。部屋の表札、トイレの表示、たんすの引き出しに中身の表示をすることで自分で行けることは自分でやっている。		