

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	1072800442		
法人名	有限会社サイタハウジング		
事業所名	グループホーム「はるかぜ」		
所在地	伊勢崎市田部井町2734-4		
自己評価作成日	平成25年7月1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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町130-11		
訪問調査日	平成26年8月19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)】

職員は、自立支援の立場に立ち、入居者が日常生活の中で出来ることを無理の無い範囲で行えるように促している。毎日、機能訓練を行い筋力の低下を予防している。家族には月次報告書として、日々の生活状況、ケアプランの実施状況、医療面の対応について記録したものを渡し、面会時に現在の状況を説明している。保育園や幼稚園、地域ボランティアを通して地域との関わりを深めている。また、地域密着型サービス連絡協議会に所属し、他事業所との交流や意見交換、研修会への参加など、積極的に行い、事業所運営に反映している。

【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)】

事業所は、「はるかぜ便り」を毎月発行し、家族・地域・行政との交流の足かりとして配布し、ホームの活動状況の周知に努めている。また、開設当初より、家族に向けて利用者個別の「月次報告書」を作成し、生活面・医療面・介護計画の実施状況を詳細に伝え、家族から信頼を得ている。開設後10年が経過し、利用者の高齢化・重度化の進行に対応するため手作りリハビリ機器での機能訓練や、車いす使用の方でもリビングチェアに座り、体幹筋力維持を促している。また、利用者は日中はなるべくリビングで過ごし、多くの方とコミュニケーションをもつことで、安全で楽しみのある生活を提供できるよう支援している。

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	「お年寄り一人ひとりの生き方を尊重しながら地域との交流を深められるようなホームを目指す」の理念を職員と話し合い作り上げ、実践できるようにサービス提供している。	理念は職員全員で話し合い、「お年寄り一人ひとりの生き方を尊重する」ことを合意とした。職員の異動が少なく利用者とも馴染みの関係になりやすい反面、親しみの中にも人生の先輩であり、お客様である事を忘れずケアすることを、管理者は職員に常に伝えている。	
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	地域の文化祭などに作品を出品し地域行事に参加している。また、保育園や幼稚園とも定期的に交流している。	周辺住宅と距離があるが、地区の回覧板に、毎月「はるかぜ便り」を掲示したり、地域に向けて介護相談窓口を設けたりと、ホーム存在のアピールに努めている。また利用者の高齢化と重度化が進み、地域行事への参加が難しくなっているが、今年は地域の夏祭りに参加することができた。	保育園や幼稚園児ら未就学児との交流はみられるが、その他の世代の方との交流が少ない。交流方法を検討し、さらに地域との関係性が築かれていくことを期待したい。
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	地域の相談拠点となれるように職員は資質の向上を目指し、資格取得の向けての勉強や研修参加など行っている。施設便りには認知症ケア専門士もいて、随時相談を受け付ける旨を記載している。		
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	運営推進会議での意見をサービス向上に活かせるように会議で検討し実践している。	会議は活動状況や利用者状況の報告が中心だが、管理者は会議をざっばらんで気楽に参加できる雰囲気になるよう声をかけている。区長から介護の体験談が話されたり、避難訓練と一緒に参加して頂き、感想や意見が出やすくなるよう努めている。	地域の主要メンバーの参加が少なく、協力して欲しい地域住民の参加を積極的に呼び掛け、参加者の意見を具現化するよう努めて頂きたい。また毎回の会議のテーマを検討し、テーマ毎の関係者をメンバーとする等、魅力ある運営が行われる事を期待する。
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	法改正時の問い合わせや研修への参加など行っている。運営推進会議には支所の職員に出席して頂き、施設の状況や取り組みなどを話し合っている。	毎月発行している「はるかぜ便り」を施設長が持参し、ホームの実情を説明したり空き状況を報告したりしている。市から、認知症介護についての相談やホーム入居等の相談があり、対応している。	
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	現在は、利用者も落ち着いている為、防犯の為の施錠しかしていない。また、会議や日々の業務の中で勉強し、話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	以前、屋外に徘徊される方があり玄関に昼夜施錠していたが、現在は利用者の方でも開けられる簡単な鍵を防犯目的でかけている。徘徊される利用者について、ドアの内側に「出掛ける時には職員に声をかけて」と張り紙をして利用者自身に協力を促すなど、具体策を個別に職員間で検討し、実施している。	
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	マニュアルや事例を基に社内研修を行い、虐待防止について学んでいる。何気ない職員の行動や発言が虐待に繋がる危険性を指導し、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	社内研修を行い、職員へ周知している。該当者がいる場合は、地域包括支援センターと連携をとるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者により十分説明し、理解・納得の上契約している。改定などがあつた場合は、その都度説明し、書面の取り交わしも行っている。		
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	家族の面会時にはコミュニケーションを持ち、利用者様に不都合が無いか確認している。	意見箱を設置しているが、利用者・家族からは個人的な要望が多い。管理者は、面会時家族と直接話す機会を持つ事で、職員の言葉遣いやバットの使用量への意見などを直接聞いている。今後、家族に向けたアンケート調査を実施したいと検討している。	
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	日々の申し送りや職員会議に発言の機会を設け、意見や提案を聞く機会を設け、それに付いての話し合いを持ち、サービスに反映させている。	ケア方法や行事内容の検討は、管理者を交えたケア会議で話し合い、意見を出し合っている。また、職員から利用者状況と職員の勤務体系に合った業務内容見直しの提案や資格取得受講の為の休暇取得等、職員の希望を受け入れる体制をとり、配慮している。	
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	勤務表は職員間で予定を話し合い、作成している為、個々の職員の希望が反映されている。法人代表者と管理者の間に施設長を置く事で、勤務状況や職員の資質を把握し、意見交換しやすい環境を作っている。		
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	社内、社外研修への参加の機会を確保している。職員は与えた課題には積極的に取り組み、資格取得も積極的で、年々、実績も付いてきていると思われる。必要時にはアドバイスをを行っている。		
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	グループホームの交換研修があれば参加する予定である。管理者は地域密着型サービス連絡協議会のブロック会議等に参加し、同業者と交流す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
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	話を良く聴き、入居に対して不安にならないようにし、関係作りに努めている。		
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	話し合いを持ち、ご家族の気持ちに寄り添い、施設に入所させることへの不安を少しでも解消できるように努力している。		
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	相談に乗る上で、その人が必要としているサービスが別の物であるならば、そちらを紹介している。(専門医への受診、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など)		
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	精神状態や体力などにより、介護を必要とされる方が殆どであるが、自立支援の立場に立ち、人生の先輩としての敬意を持ちながら、毎日の掃除、洗濯、食事の盛り付け、畑仕事などを共にし、共に支えあう関係を築いている。		
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	体調や精神面の変化や、ホーム内でのトラブルなどその都度連絡を取り相談し、月次報告書を活用し共に支えて行く関係を築いている。		
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	ご家族との外出、外泊を支援したり、馴染みの方々の面会をお願いし関係が途切れないように支援している。	個別に、利用者本人から「〇〇さんに会いたい」を受けて家族と相談し、会いに行ったり、面会に来て頂いた。また仲人をした夫婦が、面会に来るといった交流がある。以前は、行きつけの美容院や老人会・友人との交流会に出向いていたが、現在は高齢、重度化が進み、このような機会は殆ど無いが、馴染み店舗に出かけている方もいる。	
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	利用者間の相性の善し悪しや、ADLを把握し、無理なくお互いが協働でき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	入院先へのお見舞いや、特別養護老人ホームへの面会など、その人と馴染みの深かった職員が積極的に行っている。また、家族から、近況報告を頂いたりしている。		
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	コミュニケーションを取りながら把握に努めている。困難な人には、日々の生活の中で、何気ない言動や行動から希望や意向の把握に努めている。	方針として、日中はできる限りリビングで過ごし、職員と利用者が触れ合う時間を多くとり、意向を把握するよう努めている。ただし重度化した利用者は発語も少なく、会話によるコミュニケーションがとれずらくなっているため、その方を再度アセスメントすることや入居前の暮らし方を掘り下げ、家族にも相談して希望を検討している。宗教活動をされていた方がおり、落ち着かなくなると読経を勧めてみたところ、穏やかになられたといった事例もみられる。	
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、家族、サービス事業者などから聴取して把握す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	各自の暮らしの現状は24時間の個人記録を基に把握している。しかし、高齢な為、変化することが多いので、見落としの無いようにミーティングや記録で職員間の連絡を取っている。		
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	担当者会議にてケアカンファレンスを行い、介護計画に反映している。また、ご家族には面会時に、主治医には往診時に話し合いの機会を持っている。	月1回のケアカンファレンスで、ケアマネージャーから提案された計画書の原案に、全職員で付け足しや修正を加え、介護計画を作成している。担当職員は毎月モニタリングを行い、月次報告書の中で家族に提示し確認している。利用者の状況に応じて、主治医や他の医療職、親族や行政職員など、必要なメンバーを集めて話し合いを行っている。	
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	介護状況を24時間記録しており、状態把握に努めている。職員間で共通理解を得る為に、担当者会議で話し合い、介護計画に反映させ、実践に繋げている。		
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	入退院の支援、市役所への代行手続き、介護保険施設との共同、通院、往診時の支援、買い物支援、外出支援など、本人や家族の状況に合わせて柔軟に対応している。		

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	ボランティアの受入、地区文化祭への参加、幼稚園、保育園との交流など、地域の人達に協力いただいている。		
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	看護師が中心となり、本人、家族との連絡調整に努め、主治医に情報提供している。主治医の往診を受ける人、ご家族とかかりつけ医に受診する人がおり、それぞれの支援をしている。	内科及び歯科については事業所の主治医を持ち、往診で対応している。入居時に、往診か、かかりつけ医の通院かを家族が選択している。受診時には情報提供書を作成し、事業所と医師・家族が状態を共有している。ホーム側の判断で、必要に応じて認知症専門医を受診している。	
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	施設の看護師が中心になり、主治医へ連絡調整し、日常の健康管理を行っている。		
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。	入院後は速やかに病院の相談員と連携を取り、主治医や病棟看護師との情報交換に努めている。職員が定期的に面会に行き、状態確認を行い、早期退院に向けて話し合っている。		
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	重度化した場合に付いて入所時に本人や家族の希望を聴取している。また、重度化した時は、随時話し合いを持ち、関係者全員で方針を共有している。	ホームの方針として、看取りは行っていない。特に医療行為が必要な方の看取りは行わない事を基本としている。医療行為を望まないケースで、医師及び家族の協力が得られる場合は、例外的に相談に応じている。ホームの方針を職員も共有している。	
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	マニュアルに沿って取り組んでいる。職員の殆どが普通救命救急の講習を受けており、受けていない職員は、順次講習会に参加している。ご家族を交えて、普通救命講習会を開催したことがある。		
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	伊勢崎市災害時支援者支援ネットワークが結ばれた事を職員全員が把握している。年2回消防訓練を行い、消防署などに指導を頂いている。	年2回の消火・避難訓練のうち、一度は運営推進会議のメンバーに参加してもらい訓練を実施、ホームの実態を知ってもらった。また、回覧板を通して、ホームの存在を地域に知ってもらうと共に、地域との協力体制について、今後、区長と話し合っていく予定である。	利用者の重度化もあり、様々な事態に備え想定し、被害を最小限に留めるための具体的な対応策について、地域も含めて話し合われることを期待したい。

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	人生の先輩としての敬意を払いながら対応している。言葉掛けも定期的に見直すようにしている。また、プライバシーの確保には十分気をつけている。	入浴時や排泄時にはタオルで身体を覆うなどと、羞恥心への配慮に心がけている。また、食事時間や飲酒については、個々の希望を尊重している。利用者への言葉遣いと対応について家族から意見が挙がったことがあり、議題に挙げて話し合い、改善を図っている。理念にある一人ひとりの尊重を念頭に、職員が互いに注意しあえる関係づくりに努めている。	
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	自己決定できるような話し方や働きかけを行い、本人の希望に応えられるように支援している。		
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	その日の体調や精神状態に合わせて、就寝、起床時間、入浴時間やレクリエーションなど希望に沿って支援するようにしている。		
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	訪問美容サービスを利用している方や家族が美容室に連れて行っている方もいる。衣類は季節に合ったものを家族に依頼したり、職員と一緒に買い物に出かけ好みのものを購入している。		
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	できる方は食事の準備や後片付けなどを一緒にやっている。また、節分やひな祭りなど、季節の行事を大切にし食事に取り入れ楽しんでいただいている。	3週間分の基本献立を備え、利用者の希望や季節のメニューを取り入れて変化を加えている。朝夕の献立に合わせて、利用者と一緒に地域のスーパーに買い物に出掛けている。夕食は食材配達業者に依頼し、調理している。毎食、職員が検食して検食簿に記録し、味付けや今後の食事づくりに役立てている。	
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、水分量などは個人記録にて確認できるようにになっている。糖尿病の方への支援や、体調不良時の食事形態の変更など行っている。		
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	個人の状況に応じ、職員が支援を行っている。毎食後、口腔ケアをしている。		

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
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	個人記録を下に、排泄パターンを確認、把握し、出来るだけトイレで排泄できるように支援している。。オムツやリハビリパンツを使用する際は、各自にあったものを使用できるように検討している。	利用者にはトイレでの排泄ができるように、身体機能や尿意を確認しながら昼間はリハビリパンツと尿取りパットのみを使用し、2～3時間毎にトイレ誘導を行っている。紙を貴重とする昔の習慣に対応し、トイレトペーパーを新聞紙の様に揉んで手渡したり、パットを捨てるゴミ箱が視界に入らない様にして、混乱が生じないよう配慮している。	
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	個人の排泄パターンを把握し、便秘時は主治医に連絡し指示を仰いでいる。機能訓練やレクリエーションを通して、身体を動かす機会を確保している。		
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	入浴日は決まってはいるが、その日の体調や予定に合わせて、随時変更している。早い時間に入りたい等の希望を聞き、本人の意向に沿うようにしている。排泄などにより、汚れてしまった場合は、シャワー浴を随時行っている。	週3回の入浴を基本としているが、希望があれば毎日でも対応が可能である。入浴時に昔話をしたり、歌をうたったりと、ゆったりとした時間が過ごせるよう配慮している。また、入浴を楽しんでいただけるよう、個別の好みに合った石鹸とシャンプーを持参して頂いている。	
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	夜間眠れない方などは、主治医に相談し安定剤を服用するなどし、出来るだけ、その人の希望に沿って支援している。		
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	服薬内容については、各職員が理解をしている。服薬変更時は、申し送りとして記載し、確認もれのないようにしている。変更時の症状の変化については個人記録にその都度記載し、受診時に主治医に伝えている。		
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	掃除、洗濯、裁縫、食事準備、草むしりなど生活の中に役割が出来ている。また、3日に1回の買い物と一緒に行って頂き、気分転換の支援を行っている。外出行事、ボランティアの要請などを行っている。		
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	食材の買い物には、職員と一緒に馴染みのスーパーに出かけている。また、外出行事を月に1回は行うように心がけている。家族と一緒に外出される方の支援や、個人の買い物の支援も行っている。	年末年始やお盆などには外出・外泊の予定を伺い、家族と一緒に過ごす機会に繋げている。年間計画で外出できる支援を行っているが、重度化し全員での外出・外食が困難になっているので、商業施設にアイスクリームを食べに出掛けることを楽しんでいる。敷地内での外気浴や草花の鑑賞など、無理なく楽しめるよう工夫している。	

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	ご家族よりお小遣いを預かっている。一緒に買い物に出かけ、支払いの支援を行っている。また、買い物が困難な人には職員が代行し、小遣帳を付け、小銭の管理をさせて頂いている。		
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	本人の希望があれば、こちらから電話を入れ、家族と話が出来る機会を作っている。		
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	施設内はバリアフリー仕様、キッチンが食堂と対面式になっており、様子を見ながら作業ができ、調理中の音や匂いなど感じられる。窓は防音性に富んでいる為、外部の騒音が入りにくい。食堂はブラインドを設置している為、採光の調整が出来る。食堂や廊下には馴染みの物や季節ごとの飾りを行い、心地よく過ごせるようになっている。	リビングの庭に面している側が一面サッシで、庭の緑が視界に入り明るく、解放感がある。手作りの作品や絵、歌詞カード、訪問してくれた幼稚園児の作品などを飾って話題を引き出し、楽しく過ごせるよう工夫している。事務所やキッチンからリビング全体が見渡せる設計で安心感がある。	
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	フロアーには歌の歌詞が貼ってあり、利用者同士でそれを見ながら歌を歌って楽しんでいる。デイサービスセンターの機能訓練スペースなども共有できるようになっている。		
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	ご家族の協力の下、今まで使用していたものを持ってきてもらったり、家族写真を飾ったりなど心地よく暮らせるように支援している。	身体自立度の高い利用者は、自宅から持って来た筆筒やカーペット、テレビを置き、植物を育てるなど自分の部屋として活用している。車いす使用の利用者や身体介助が多く必要な利用者は、最小限の家具を配置し、移動や安全が確保された居室となっている。	
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	バリアフリー仕様、車椅子用トイレ、手すりの設置、居室入り口のネームプレート、トイレ・浴室の張り紙など、分かり易い用に工夫している。		