

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	1072900416		
法人名	医療法人社団 三思会		
事業所名	グループホームトーホー あざみユニット		
所在地	群馬県みどり市笠懸町阿左美3279-3		
自己評価作成日	平成26年10月23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13-12		
訪問調査日	平成26年11月20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)】

近くにある連携施設から訪問看護師が週1回訪問してくれ利用者の健康チェックを行っている。職員も心配な事は24時間体制で対応して頂くことが出来、安心して生活の援助が出来る。またグループの協力医療機関が近くにあり救急の受け入れをしてくれる。3ユニットでの交流を行い毎年合同で納涼祭等の行事を盛大に開催している。その際には地域の方々にもお越しいただき参加して頂く事で認知症へのご理解をいただいている。グループホームの目的でもある家庭的な雰囲気の中でお互いを支え合いながら生活を営む事で、認知症状を少しでも改善できるようにしている。より良い生活のために常に前向きに工夫し、声を掛けあう明るい雰囲気のホームとして日々頑張っています。

【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)】

母体病院は、「介護の日」「看護の日」を設定して各種の地域貢献を行っており、ホームでは介護教室で寸劇を通して認知症の理解を深めてもらう活動を行い、地域の拠点となれるよう努力している。法人内の「サービス向上委員会」では年1回テーマを決めて「家族アンケート」を実施し、集計結果をもとに各々の事業所で2ヶ月に1度独自のテーマを設定して実践に取り組んでいる。各職員は「自己管理シート」により自らの年間目標を記載し、管理者と初回・中間・最終と年間3回の個人面談により、目標の達成度と修正を行っている。ケアプラン作成・見直しに向けては、定期的に作成される「ケアプラン実施記録」「評価票」の記載記録がプランの目標に結びついて記載され、一貫した評価と見直しを実現している。災害対策においては、法人内事業所持ち回りで、赤十字をはじめ消防・家族が参加した「防災炊き出し訓練」を行うとともに、毎月の避難自主訓練を実施し、防災意識の高揚に努めている。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	地域の中に根ざした施設としての理念と各ユニットの方針を作り、職員は共通理解を持ちケアが出来るように努めている。	法人の理念・基本方針をもとに、各ホームで方針を作成し、ユニット会議で話し合うなか、毎年見直しを行い、共通理解のもと実践している。	
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	ホームの行事に地域の方の参加を呼びかけ参加して頂いている	3ユニット合同の納涼祭に家族・子供連等が参加し、地域の納涼祭には利用者が参加して、地域との交流を図っている。事業所主催の介護教室では、寸劇による認知症の啓発や認知症相談を実施し、地域での拠点作りにも努力している。来年度は、地域交流の場としてカフェ開店を計画している。	
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	運営推進会議等では地域の方へ認知症への理解をして頂けるように伝えている。地域の方々への貢献は不足しているので今後は地域に向けての発信等をしていくようにしたい。		
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カ月に1回開催し、事業所の取り組みやホーム便り等で報告したり、地域の方々の意見やご家族の要望をお聞きし、サービスの向上に努めている。	納涼祭や避難訓練実施時に併せた運営推進会議開催により、メンバーに利用者も含めて、ホームをより知ってもらう機会作りを行っている。開催にあたって、地域代表等の出席をお願いしているが、実現には至っていない。	運営推進会議の会議内容を共有してもらうためにも議事録のコピーを、特に家族全員に配布できるよう検討することを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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取り組んでいる	市の担当者や介護高齢課の担当者と連絡を取ったり、運営推進会議に参加して頂く事で日頃の状況を理解して頂いている	各種申請・変更届や事故報告等で窓口を訪ね情報の交換を行うとともに、空き状況等はファックスで報告するなど、協力関係構築を行っている。	
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	研修に参加し、ホームに持ち帰り勉強会、講義を行っている。拘束する事により入所者様が心身ともに苦痛を伴う事を理解し、拘束はしない様に努めている。	身体拘束がなぜいけないかを、職員がより理解するため、特にグレーゾーンにあたる部分を重点に、言葉かけも含めて、日ごろのケアのなかで話し合っている。利用者の予兆を捕らえて事前に対応できるよう心がけ、家族のリスク回避についての理解と協力のうえ、しないケアを実践している。	
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	事業所の委員会や各ホームにて勉強会、講義を行い、虐待についての理解を深める事で、利用者の安全と安心に繋がる支援に活かせるように努めている。		

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	成年後見制度を利用されている方が1名いる。制度について職員は理解しており、今後も必要な方に支援していく体制がある。		
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	契約時に重要事項の説明を十分に行い、理解をして頂いている。又、改正の時やご家族・入所者様より疑問があった場合、面会時に書面を交えて説明し、納得をして頂いている。		
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	家族面談を設けホームへの要望を聞き、運営に活かすようにしている。月に1度介護相談員が来所され、入所者様の要望を聞き日々の運営に活かすようにしている。運営推進会議でのご家族の意見を議事録にし行政に報告している。	面会時には、ケアマネージャーや担当職員が日常の様子を話すとともに、年1回、管理者とケアマネージャーで家族面談を実施し、細部にわたる意見交換を行っている。法人内の「サービス向上委員会」では、年間テーマを決めて家族アンケートを実施し、集計結果を共有して、運営や介護全般の向上に努めている。	
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	管理者はユニット会議や勉強会でも職員の意見を聞く機会を設けており、管理者会議やホーム会議にて、職員の意見を上層部に伝え、改善に努めている。	職員は年間の目標を「自己管理シート」に記載し、管理者との年間3回の面談により、ケアの考え方や気づきを話し合いサービス向上と職員の資質向上に努めている。職員からの提案は、毎月のユニット会議で話し合われ、結果は管理者・主任会議を経て、全体の管理者会議で協議されている。	
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	毎年全職員が自己管理シートを作り目標を立てステップアップ出来る様努めている。又、シートに沿って面談を行い目標に向かっての評価を伝えると共に個別での要望を聞いている。		
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	事業所内の教育委員会を中心に行っている勉強会や、サービス向上委員会を中心に行っている。接遇への取り組みをしスキルアップできるように行っている。又、施設外研修を随時お知らせし希望者には参加出来る様勤務調整している。		
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	グループホーム連絡協議会による研修に参加し他のグループホームと意見交換や良い所を取り入れるようにしている。事業所の委員会や勉強会、研修を通して他部署の職員と意見交換が出来るようにしている。		

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
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	入所前に本人に会い、関わりを持ち不安の軽減に努め安心して入所して頂けるように努めている。		
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	入所前にホームを見学して頂き、家族との関係を築きホームでの生活の要望など聞いている。入所当初は特に関わりを多く持ち、コミュニケーションを図り、信頼関係を築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	入所の相談を受けて、特に何に困っているのかを聞き、事業所内の他のサービスの提案もしていく。		
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	日々の関わりの中で一緒に過ごし、職員が学ばせて頂く気持ちで関わっている。ケアが職員からの一方通行にならない様、相互に助け合えるような関係作りにも努めている。		
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	面会時職員と話しやすい関係を作り、本人の要望を伝えたり行事への参加で一緒に過ごす時間を持って頂く様にしている。関わり方の助言をしたり、認知症への理解をして頂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	馴染みの方が来られたら、ゆっくり過ごして頂けるように心がけている。	家族以外にも親戚や知り合いが来訪して、時間を過ごすとともに、馴染みの美容院や店に買い物に出かけている。これからは、入居以前の話等から、馴染みの関係をどのように具体化していくのが課題となっている。	馴染みの関係の継続性をどう捉えて個別支援に結びつけられるか、検討することを期待したい。
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	それぞれの入所者様が役割を持ち、生活が出来るように支援している。他の方の洗濯物をたたんだり、テーブル拭きをして頂くなど出来る事をして頂いている。		

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	入院等で退所された方が、再度入所の希望あれば相談を受けて入所して頂いている。又、他施設へ行かれた方とも関わりを持てるようにしている。		
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	生活歴や家族からの意向を知るように努め、日々の生活の中で行動や表情からその方の思いをくみ取るように努めている。	本人を理解するために、フェイスシートを利用して家族に細部にわたって聞いている。日常では表情・行動や言葉等の変化を観察するとともに、なにごとにも選択肢を示すなかで本人に決定してもらい、物事に対して興味を失わない支援を心がけている。	
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	入所時に可能な方には情報提供を相談員より頂き、把握に努めている。又、家族にも情報を聞いている。入所前の生活に近づける様、入所前に入居されている施設等に向いて情報を聞いている。		
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	個人ケア記録に日々の様子を残して、状態の把握が出来るようにしている。行動、表情、言葉を観察し残す事で変化に気づくことに努めている。		
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	家族面談時、状況の説明を行い家族に意見を聞きカンファレンスで意見を出し合い次のケアにつなげている。モニタリングを行い達成できない項目について検討しプランの見直しを行っている。	担当職員は、家族からの要望やフェイスシート、アセスメントをもとにカンファレンスを行い、ケアマネージャーとケアプランを作成し、1週間毎のケアプラン実施記録や評価票をもとに、3ヶ月毎にモニタリング、担当者会議を行っている。6ヶ月ごとの見直し時は全職員参加で検討し、必要に応じて、医師・訪問看護師の出席もある。	
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	日々の様子はケア記録に残し、職員は申し送りと記録を見る事で共通の理解が出来るように努めている。週のプランの確認により問題を検討している。		
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	受診の援助や事業所内のサービスの相談に対応したりしている。		

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	納涼祭の時、地域のボランティアが来てくれたり、避難訓練に消防士さんの協力を頂いたり、お巡りさんがホームの巡回をしている。		
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	今ユニットでは全員往診に来て頂いている医師にかかっている。細やかな相談にも応じてくれ、緊急時には直ぐに対応して頂いている。紹介によって専門医にも受診出来ている。	入居前のかかりつけ医の受診を尊重しているが、緊急時対応などの問題もあり、現在は全員が週2回の母体病院の医師の往診をうけ、医師には事前に利用者の情報をファックスして、適切な診療対応を行っている。結果は電話で家族に報告、職員は共有している。週1回の訪問看護は医師・職員と連携するとともに、看取りについても連携を検討している。	
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	週に1度訪問看護師の健康チェックがあり、健康管理や細やかな相談にも応じてくれる。又24時間対応してくれる。主治医とも連携が取れている。		
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。	入院後の様子の連絡を取り、状態の把握に努め退院に向けても体制がある。母体が東邦病院なので受け入れ体制がある。		
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、事業所です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	状態の変化に伴い、家族の意向を聞き今後の方針を話し合い、ホームでの看取りを希望される時は同意書を頂き、主治医、看護師の協力で家族と看取らせて頂いている。	家族には入居時にホームで出来ることを説明し、状態に応じて医師の判断のもと家族の希望を受けて同意書を作成している。看取りについては、看取りプランを作成し、職員は看取りマニュアルのもと、介護の連携体制が作られている。今年は現在のところ3名を看取っている。	
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	急変時対応の勉強会に参加している。年に1度は消防士による救急救命の研修を受け、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	毎月1回の避難訓練を行っている。昼間・夜間の設定で避難方法などの訓練をしている。地域の区長さんにも参加して頂き協力をお願いしました。	毎月の自主避難訓練を実施するとともに、法人内施設が持ち回りで、防災炊き出し訓練を実施し、赤十字はじめ消防・家族の参加も得ている。地域には訓練参加等呼びかけているが、実現には至っていない。備蓄を行っている。	地域住民の役割等も検討するなか、今後も協力体制確立に努力す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	常に利用者様を年長者とし、尊敬の気持ちを持った対応に心がけ、職員はフンダウンポジションの声かけや対応を行っている。	呼称は苗字に「さん」を原則とし、声かけも指示にならないよう「どうしてほしいか」を心がけた支援に努めている。トイレでの排泄時や入浴時は特に羞恥心に配慮し、自らの立場に置き換えた介助の工夫がなされている。	
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	職員が一方的に決めるのではなく、本人の意思で決められるような対応をしている。		
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	日々の生活は本人のペースに合わせ、時間に余裕を持ちゆっくり過ごして頂く。		
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	訪問理美容を利用されている方、本人の好きな洋服を選んで着ている方など色々です。		
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	食べたいものや季節のものをメニューに取り入れ、職員は同じものを一緒に食べ楽しい雰囲気を作っている。	ユニット毎に調理専門職員を配置し、ユニット毎の献立で、在庫を見ながら希望を入れた調理がされている。夕食は、業者の献立と食材で対応している。利用者は配、下膳を行い、職員も同席して同じものを食べながら楽しい時間を過ごしている。	
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	本人の状態で食べやすいよう量や大きさに配慮している。容器の大きさ色にも工夫している。食事の摂取量を記録に残し把握できるようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアを行い、自力では難しい方には介助を行っている。		

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
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	個人の排泄のパターンを把握してトイレ案内し、トイレでの排泄の支援を行っている。夜間はカバー対応の方もいるが、日中はリハビリパンツで本人の排泄パターンを理解してトイレ案内している。	排泄はチェック表を参考に、声かけやサインを見逃さずトイレ誘導している。排泄パターンを把握した「おむつはずし」に努力していて、日中おむつ利用者はいない。夜間は一部おむつ使用とポータブル利用者があるが、ほとんどはトイレ誘導での自立排泄となっている。	
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	食事のメニューに野菜やヨーグルト、乳酸菌飲料などで便秘予防を心がけている。個人によっては牛乳など飲んで頂いている。又、腹部のマッサージやホットパックなども行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回の入浴を心がけ拒否がある方には、入浴でなくて更衣や清拭をしたり、入浴できない理由を検討して次回の入浴につながるようにしている。	入浴は週3回を目安としているが、希望により柔軟に対応し、季節のゆず湯や菖蒲湯を取り入れている。拒否する方には、何回か表現を変えて声かけするなどしている。入浴後の着衣は職員が一つひとつ衣類を順番に渡し、利用者の混乱のないよう支援している。	
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	日中の過ごし方は本人の意向に合わせて、居室で休まれる方もいれば、ソファで休まれる方もいる。就寝や起床は個々に合わせている。		
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	処方箋は職員が閲覧出来る所にあり、個々の服薬状況を把握して状態の変化があった時にはし主治医と相談し、薬の変更があった時には特に服用後の状態を主治医に報告している。		
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	本人の好みの把握に努め、出来る事はして頂き感謝の言葉を伝えている。外出の支援を行い散歩や歌などのレクリエーション、店屋物を頼むなど。生活に変化を持てるように取り組んでいる。		
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	月に1度は外出できるように努め、気候の良い日はホームの近場に散歩に出かけている。ご家族と外出される方もいる。	日常的には庭での外気浴や、コンビニエンスストアへの買い物・散歩となっている。月に1回は花見や外出に出かけ、家族による外出・外食の機会も多く行われている。	

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	お小遣いは預かっているが、個々に管理はしていない。外出の時などに使用している。		
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	本人の希望でご家族様に電話する事はあるが、頻繁ではない。		
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	ホール内に季節に合った装飾をしたり、整理整頓に努め、生活環境を整えている。	居間兼食堂は台所と繋がっていて、音も匂いも感じる事が出来る。見守りが必要な方には、畳スペースにふとんを敷いたり、廊下にベットを設置したりするスペースとして利用している。2階はクッションフロアで廊下が回廊になって、歩行訓練等に利用されている。	
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	気の合う方同士が同じテーブルで過ごせるように配慮したり、テレビの前にはソファを置きゆっくりくつろげるようにしている。		
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	入所時に使い慣れた物を持って来て頂き、居室に馴染みの装飾を飾って頂き、心地よく過ごせるようにしている。	居室の入り口の壁に季節の花などが飾れる棚があり、各々の工夫がなされ、花や動物などの名前の居室になっている。内部はフローリングにベットで、各々の好みで、筆筒やテレビなどが置かれ思い思いの空間づくりが工夫されている。	
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	トイレの場所を分かり易く表示したり、手摺に掴まり立ち上がりやすい様にしたりして、自立支援が出来るように工夫している。特にトイレ時、入浴時に自立支援が出来るように支援している。		