

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	2470300993		
法人名	(有)ヘルパーステーションよろこび		
事業所名	グループホームほたる		
所在地	三重県鈴鹿市池田町1335番地の7		
自己評価作成日	平成28年10月24日	評価結果市町提出日	

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaijokensaku.jp/24/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JivogyoCd=2470300993-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 28 年 11 月 9 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)】

利用者一人ひとりの思いを把握し、職員と共有することにより、利用者が暮らしやすい環境を作るよう努めている。また、在宅時に利用者が行っていたこと(調理、洗濯、掃除)を手伝って頂く事により、自宅での生活と同じように暮らして頂くよう努めている。家族に対しては、利用者のほたるでの様子を「介護支援経過」にて詳しく報告している。また、ほたるで実施した行事については「ほたる通信」にて写真付きで報告している。

【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)】

職員の大半は創業時から10年以上勤務のベテランであり、代表者と一緒に介護に従事している。だから代表者は普段から利用者職員との現状を理解しており、個々人の能力を把握している。理念の「地域の中でその人らしい生き方、共に歩き、共に生きる」を懸命に実践する努力をしている。出来る能力は奪わないようにして、出来ない事を支援している。例えば在宅で暮らしていた時にしていた事を手伝ってもらうことにより、重度化を少しでも防ぎ、終末期の先送りに繋げている。

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、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	「その人らしい生き方。共に歩き、共に生きる」の理念は分かりやすく職員も理解している。職員はこの理念をふまえ実践につなげている。	簡潔で分かり易い理念は、創業時から変わっていない。創業直後からの職員が大半であり、理念は共有されている。職員と利用者が一緒に洗濯したり、干してたたむ時などに理念が実践されている場面が見られる。	
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	近所の方の畑を少し借りて野菜を作り、市民館のみんなで歌おう、そば打ち体験に参加し、地域の方と顔見知りになり、楽しく交流させてもらっている。地域の防災訓練にも参加し、大正琴の演奏に来て頂いたりと交流を深めている。	じゃが芋を近所の畑を借りて作ったり、地域住民と市民館で音楽療法士から2ヶ月に1度1時間ほど歌やマラカス指導を受けており、交流がある。散歩時には普通に挨拶や世間話をする間柄である。	
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	アコーディオン演奏会には、民生委員さんに地域の方に声掛けして頂き、利用者家族や職員の友人など施設に来て頂き、利用者と一緒に演奏を楽しんで頂きました。認知症の方への理解を深めて頂けたと思う。		
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	運営推進会議ではその時々施設の運営の内容を報告している。防災に関しては利用者をどう守るかで、防災頭巾などの意見を頂いたり、利用者の楽しみとして社協のボランティア団体の紹介などの意見を頂いたりしている。	2ヶ月に1回開催しており、包括支援センター、自治会長、民生委員、家族代表が参加している。防災についてやボランティアの紹介、熱中症対策のアドバイス等、様々なことが話されてサービス向上に活かされている。	
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取り組んでいる	事業所の実情は運営推進会議の報告書で理解して頂いている。看取りや利用者サービスに関して、マイナンバーの事など、分からないことはその都度相談しながら、サービス向上のため、協力関係を築くよう取り組んでいる。	毎月の利用者数報告時や更新申請時には訪問し、担当者と意見交換を重ねるようにしている。他に不明な事柄や今後の介護行政について相談しながら協力関係を築く努力をしている。	
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	代表者は研修を受け、よく理解している。研修内容を分かりやすくまとめ、年2回施設内研修をおこなっており、職員はよく理解している。玄関の施錠に関しては、家族会で協議し、玄関へ通じる内ドアのみ施錠している。	身体拘束の外部研修に代表者自ら参加している。その後、代表者は職員が身体拘束や虐待をしないように周知徹底させている。居室内や建物周囲にセンサーを取り付けてないので家族と協議の上、窓と内ドアを施錠している。	
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	研修の中で身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトなど学び、声掛けの仕方も利用者が不快になる事のないよう注意している。職員は共にケアを行う中でお互いに不適切な対応がないか注意を払い、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	管理者は権利擁護の研修に参加している。利用者において必要となれば支援する。現状1名が成年後見制度を利用している。		
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、契約書、重要事項説明書の項目を1つ1つ説明し理解して頂いている。改定時は家族会を開き説明し、不安や疑問のないよう、理解、納得を図っている。		
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	利用者の思いは、定期的に確認している。言葉で表現できない利用者に関しては、思いを汲み取る。家族の意見は運営推進会議や家族会、外部評価アンケート、面会時など意見を表せる機会は設けている。	月1回の介護相談員の訪問からの意見や、計画更新時や面会時の家族からの要望を運営に反映させている。個別にヨーグルトを食べてもらったり、補聴器使用利用者の補聴器を預かって補聴器を預かって乾燥剤入りの容器に入れ、電池交換もしている	
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	月1回の職員ミーティングで職員の意見や提案を聞き、全員で話し合う機会を設けている。代表者は日常的に職員が意見を言ったり、相談できるような姿勢でいる。	代表者と管理者は職員と共に介護をしているので、利用者と職員の個々人の現状を理解している。他に月1回の職員ミーティングで自由に言える機会を設けて、全員で決めたことを運営に反映している。	
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	代表者は職員の力量や勤務態度を理解しており、労働時間等職員の希望を聞き、働きやすい環境を構築するよう努めている。		
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	外部の研修案内は掲示し、参加の声掛けをしている。施設内研修では、認知症の状態や対応方法、虐待防止等、必要な知識やスキルに重点を置き研修を行っている。		
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	年1回、鈴鹿市の同業者で開催しているおたっしや広場作品展に参加し交流を図っている。また、地域密着型サービス協議会や鈴鹿市の同業者が開催している研修会に参加して交流し意見交換を行い、サービスの質を向上させている。		

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	サービス開始前に、本人に面会し、家族、担当ケアマネから情報をもらい、本人が新しい生活に不安なくスムーズに馴染むことができるよう努めている。		
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	家族から、困っていること、不安なこと、要望はしっかり聞き取り、施設入所に踏み切る家族の複雑な気持ちを汲み取り、安心して頂けるような関係づくりに努めている。		
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	入所して頂くまでに、アセスメントをしっかり取り、契約時にはサービス計画書を家族様に確認いただき、初期のサービスがスムーズに始めることができるよう努めている。		
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	毎日の生活の中で、本人の残存能力を生かし、調理の手伝い、掃除、洗濯、食事片付けなど、職員と一緒に手伝いしてもらっている。		
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	本人の様子、施設での行事など、月ごとに詳しく報告し、家族は離れていても、本人の様子が分かるようにしている。必要なことは連絡相談しながら、本人にとって一番いい方法を考え、共に支えてい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	定期的に家族宅に連れていかれ、買い物や親戚と一緒に食事、馴染みの草取りなどしたりされる利用者。面会に来られる家族様には、気持ちよくお迎えし、ゆっくりお話しできる場を提供している。	定期的に家族の来訪や帰宅が出来ている利用者もいるが、今までの馴染みの人や場所との関係が絶たれている利用者には、馴染みの美容院やかかりつけ医への同伴支援をしている。	
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	仲の良い利用者、難聴や認知症の悪化でコミュニケーションの取りにくい利用者、それぞれの関係、状態を把握し、利用者同士が上手くかわり、孤独感を感じる事のないように職員が見守り、良好な関係を築けるよう支援している。		

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	入院や特養に移られた場合もお見舞いなどさせて頂いているが、次の施設などに落ち着かれると、相談もほとんどない。もし、何か言ってみえたら、出来ることはさせて頂く。		
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	利用者には誕生日に何が食べたいかなど、施設生活への希望は、定期的に確認している。また、確認できない利用者については、今までの生活の中での様子で汲み取り、家族に確認したりしながら意向の把握に努めている。	普段、表出された思いや意向は個別記録日誌に記入し全員で共有している。介護計画にも可能な事は反映させている。誕生日に食べたい物が言えない利用者に職員が色んなメニューを言って選び易くしたりしている。	
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	入所の際には、担当ケアマネから情報提供をもらい、家族からは今までの生活歴、馴染みの暮らし方、習慣など詳しく伺い、スムーズに施設生活を始められるよう努めている。また、入所後の生活の中で分からない事は家族にその都度確認している。		
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	利用者それぞれ、どう過ごしたいかは職員は把握している。有する力は、できないと職員が思っても、出来ることがあったりするので、日々の発見、アイデアが大切と思われる。		
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	月1回の職員ミーティングでモニタリングを行って課題の検討を行っている。家族には報告、意見を伺い、現状に即した介護計画を行っている。	個別記録日誌の日々細かい情報からケアマネがパソコン記入したものをベースに、職員全員が参加する月1回のモニタリングで3か月ごとの見直しをしている。変化があればその都度見直しが行われる。	
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	月1回の職員ミーティングには、ケアマネが全員の個別記録に目を通し、利用者の変化や気づいた事をテーマに話し合い、職員で情報共有する。その結果を実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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	家族の身体的状況の変化で、かかりつけ医に受診できなくなったり、衣類、消耗品の買い物も難しいようなら、施設で対応している。その時々で柔軟な支援やサービスを行っている。		

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
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	地域の市民館での生き生き講座に参加して、地域の方と歌や運動を楽しみ、そば打ち体験では、昔の経験で手際よくそばを打つ姿が見られたりと、豊かな生活ができるよう支援している。		
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、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	かかりつけ医の受診は契約時に家族にお願いしている。今の状況をかかりつけ医が把握できるように文書で報告している。家族の状況で受診が困難な場合は施設で対応し、適切な医療が受けられるよう支援している。	利用者の1人は定期往診で、他は従来からのかかりつけ医で家族対応での受診であるが、家族が無理な場合は事業所が受診支援している。協力医はいるが往診はない。かかりつけ医を受診される時に容態が分かるように介護支援記録から転用したものを持参させている。	
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させている	基本的には週2回の訪問看護ではあるが、24時間、365日対応の事業所と契約しているので、緊急な事があれば来てもらえるし、電話相談もできる。利用者の状態は報告し、指示をもらっている。		
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。	利用者が入院した場合、家族とはこまめに連絡を取り合い、状態の把握に努めている。病院のカンファレンスには家族了承の上参加させてもらい、退院後の生活がスムーズに始められるよう努めている。		
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	家族には契約時に当施設でどういふ看取りが出来るか説明する。その後、利用者の体調の変化を見ながら、その時々で相談しながら、家族の意向を把握し、家族が納得できる支援ができるようにと思っている。	家族とは契約時に重度化した場合の方針を共有している。訪問看護師と契約しているので容態悪化した場合には24時間オンコール体制と訪問看護があることも説明し、医療連携体制加算の負担があることも理解してもらっている。	事業所として看取りを実施したい希望がある。それには看取り介護の実施加算を導入して行う体制が必要である。看取りに入った時に24時間往診可能な医師と提携し、家族や看護師とチームで行う正式な支援を期待する。
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	いつもと違うと判断する事はできる。怪我であれば、止血し応急処置をする。看護師に連絡。必要であれば救急車を要請する。		
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回火災訓練を行っている。津波に関しては徒歩で避難可能な場所に依頼し、緊急時に避難する許可を得ている。	消防法に基づいた年2回の火災訓練の他に、地域の防災訓練に参加している。備蓄として水72L、米30kg、缶詰3ヶ月分がある。河の氾濫時に近くのマンションへの避難了解と、自治会長に災害時の協力をお願いしている。	

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
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	声掛けに関しては、日々の暮らしの中で本当に重要なポイントと思われる。職員研修を通して、適切な声掛けが出来ているか振り返り、具体的な事例も示し、スキルアップできるように心掛けています。	声掛けの研修をしており、1人で出来る事まで排除しないよう見守りをしている。なるべく事業所の日課スケジュールよりも利用者の行動に合わせる努力をしている。	
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	利用者の思いは、その時々で変わるので、本人に確かめ、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	集団生活の中で、その日をどう過ごしたいかは、出来ないこともあるが、その人の希望があれば、出来るだけ対応できるように考えている。		
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	本人しかわからない、着やすい服や好きな服などあるので、衣替えの際は、本人に確認しながら、好きな服を出しやすいところに入れるように工夫している。		
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	手続き記憶で、野菜の下ごしらえなどは、スムーズに出来る利用者が多い。できる力を活かして、食事作りや片づけを行っている。	食材は、八百屋・魚屋から配達してもらい、肉・豆腐・おやつ等は買いに行っている。いろんな野菜の下ごしらえや包丁で切る作業、盛り付けを手伝う利用者もいる。夏場にファミリーレストランでティータイムをしたり、丑の日にうなぎ弁当を楽しんだりしている。	
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	好き嫌い、嚥下、咀嚼の力など把握し、食べやすいように食形態を整えたりしながら、栄養や水分不足にならないよう注意している。食欲のない時は補助食品で補うこともある。		
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	1日3回、食後に口腔ケアを行っている。義歯の装着を上下分からなくなる利用者もいるので、職員が見守りしながら自分のできるよう声掛けしている。できない利用者は職員が行っている。		

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	それぞれの排尿の間隔を把握し、間隔の短い利用者をその時間に声掛け誘導することで、失禁を減らし、尿取りパットの使用量を減らすことができた。できるだけ布パンツ対応できるよう支援している。	布パンツ使用者が3人いるが、個人個人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導間隔を早目にして尿取りパットの使用量を減らす事ができた。夜間は自立での排泄が5人で、3人をトイレ誘導している。	
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	野菜中心の献立、水分も1日1300ccは飲用してもらっているが、便秘される利用者が多い。排便状態を把握し、腹部マッサージ、便秘薬の調整しながら便秘の予防を心掛けている。		
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	本人の入りたい時に入浴するという対応はできていないが、職員とコミュニケーションを楽しみながら、ゆっくり入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。	週3回、食後13時から15時の入浴である。入浴の無い日は清拭を行っている。入浴剤は使用しないが、季節ごとに柚子湯や菖蒲湯にして楽しむ工夫をしている。	
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	一人でゆっくり居室で横になりたい利用者、漫画好きで、居室で漫画を楽しみたい利用者、皆と一緒にホールでおしゃべりしたり、編み物したりと自由に過ごして頂いている。		
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	利用者の服薬内容は職員がすぐに確認できる場所にファイルに入れて置いてある。服薬内容に変更があれば、連絡ノートに記載し、職員に周知し、状態に変化があれば、管理者、ケアマネに連絡することになっている。		
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	自分が役立っていると思える事は、生きる喜びにつながる。職員は、何が出来るか試し、出来ると利用者も職員もうれしい。どんどん増やしていきたいものである。		
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	一人ひとりのその日の気分で出かける支援は理想であるものの、当施設ではできていない。しかし利用者は外出が大好き、気分転換にもなるので、外出の機会を増やせるよう努力している。	個人個人の日常的な外出は職員の対応人数から無理であるが、利用者全員での外出は毎月の行事として行っている。	

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
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	しまい込み、紛失の恐れがあるため、お金を持っている利用者の財布は施設で預かり、必要な時に使ってもらっている。スーパーに買い物に行ったりすると、好きな物を買ってもらっている。		
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	電話など希望される利用者は残念ながらみえない。以前、お姉さまに手紙をもらい、返事を書く際は、封筒に住所を書き、ポスト投函の支援をした。年賀状は毎年、利用者手作りで、家族に送る支援をしている。		
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	施設で気になる臭いには注意したいところ。素早い対応で不快な臭いを消すようにしている。利用者の様子をみながら室温にも注意し、職員が持ってきた花など飾り、居心地のいい空間で過ごせるよう努めている。	建物の中心に食堂ホールとトイレや浴室を配置し、各居室を左右両側に配置している。利用者や職員が動き易いと思われる。ホールから見える壁には職員手作りの季節感ある貼り絵と行事の際に写した写真が廊下に飾っており、和やかな雰囲気を出している。	
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	共同空間の中でひとりになれるスペースはない。ひとりでゆっくりしたい場合は、居室で休んで頂いている。気のあった利用者は、テーブルを同じにして、おしゃべりを楽しめるよう工夫している。		
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	家族には、居室に入るもので、本人の馴染みの物使い慣れた物があれば、持ってきていただくようお願いしている。	居室は広くないのでクローゼットや押入れは無いが、利用者が持ってきた小筆筒や事業所が用意した衣装ケースで十分な収納が出来るので快適である。	
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	バリアフリーで、廊下やトイレ、浴室には手すりが付いており、安全に移動できる設計になっている。トイレや浴室は利用者にとってその場所が分かりやすいよう掲示がしてある。		