

### 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	2673000184		
法人名	医療法人総心会		
事業所名	グループホーム長岡京(1F)		
所在地	京都府長岡京市開田4丁目20-21		
自己評価作成日	平成26年8月10日	評価結果市町村受理日	平成26年12月5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)】

入居者主体の介護とは何か、グループホームの生活支援とは何か、職員皆が日々努力・改善に努めつつ、のびのびと仕事をしている。又家族・主治医とも密に連絡を取り医療面そのチームケアが充実している。

※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.kaigokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2673000184-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/26/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=2673000184-00&amp;PrefCd=26&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

【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)】

当事業所は、グループホームのあるべき姿を追求し、利用者主体の介護を目指して職員が同じ視点で取り組めることを目標にされている。利用者の出来る力を活用して継続した介護を食事の準備～片付け・洗たく物を干したり、畳んだり・居室やロビーの清掃を利用者と共に行っている。利用者が重度化して来ている中で、70%～80%の方が役割を持ち、張り合いのある日々を過ごせる様に努め、グループホームとしての本来あるべき姿を大切にされた実践が評価できる。利用者それぞれの主治医とは、2週間毎の往診や電話での相談・随時の往診が可能な協力関係が築かれている。ターミナルケアも事業所方針を基に、家族・主治医と話し合い、利用者や家族の希望に合わせた終末期ケアに取り組み経験を積まれている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		
所在地	〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上ル梅湊町83番地1「ひと・まち交流館 京都」1F		
訪問調査日	平成26年9月11日		

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ます (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 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 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)	<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 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 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 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 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、安心して暮らしている (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

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	理念をふまえたケアカンファレンスを行いケアプラン作成や日々の援助の中に取り組んでいる	「利用者の尊厳・人格を大切に、安全に安心して毎日を過ごす」等を理念に掲げ、玄関に掲示し、各フロアで閲覧出来る様に設けている。入職時のオリエンテーションや会議(カンファレンス)の中で理念を話し合い、利用者主体の介護になっているか振り返る事を大切にしている。	
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	散歩等の外出時や施設周囲の清掃時等挨拶を心掛けている	自治会に入り多方面に積極的に働きかけているが、連携が取れず、回覧板も回らず、地域の催事も分からない現状である。長岡京市主催のグリーン活動には利用者と一緒に参加をしている。地域周辺の散歩時に出会った方や、貸農園の利用者とは親しくなり、挨拶や野菜を貰う関係に成っている。	運営推進会議のメンバーや行政に、情報提供の依頼を継続し、利用者が地域と繋がりがながら生活出来る環境の提供を期待する。
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	施設見学や電話等で相談援助を行っている		
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	情報交換の場を設け関係機関・家族各々の意見や質疑応答の時間を設けている	会議は地域包括センター職員・民生委員・家族・行政のメンバーで開催し、活動状況の報告や意見交換をしている。管理者の異動もあり、定期的には開催されていないが2ヶ月毎の開催を目指している。案内は家族全員に配布しているが、議事録の配布は出来ていない。会議の中で、食材への意見が出たので、法人の管理栄養士も交えて話し合い、改善を行った。議事録は職員全員に回覧し周知を図っている。	会議は確実に2ヶ月毎に行うことを期待する。また議事録は運営推進会議メンバーと全家族への配布が望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	報告・連絡・相談の電話や事故発生時には規定の書式で報告を行っている	市の担当課には提出書類を持って行ったり、気軽に電話での相談が出来る関係である。管理者が出席する医師会主催の推進交流会やグループホーム連絡協議会には行政の出席があり、情報提供や意見交換の場に成っている。運営推進会議のメンバーに成っているが、今年度は出席されていない。	

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
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	最大限努力はしているが止むを得ず玄関の施錠対応を行う場合あり(19時以降職員勤務一人となるため)	身体拘束をしないケアは、入職時の研修や外部研修で学び、書面を回覧している。フロア一会議でも事例を基に身体拘束がないケアを話し合っている。利用者には「後で」や「待って」の言葉かけではなく「どうされたいのかが分かる言葉かけや様子を見る」ようにしている。不穩で出掛けたい人には、飲み物・帽子を準備し一緒に出掛けている。家族との電話で落ち着かれる方もいる。職員の言動で気になった時は、自分に立場を置き替えて考える様に常に管理者が話をしている。	
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	研修報告・会議等機会のある際に注意喚起している		
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	研修時に学んでいる。現在必要性のある方おられず家族への支援は行っていない		
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	重要事項説明時に家族が理解・納得できるよう質問がないか確認しつつ説明している。改定時には文書配布の際に説明を行っている		
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	運営推進会議に全家族に書面を配布し参加を募り出席された家族に意見など発言して頂いている	面会時や運営推進会議で家族からの意見は聞いている。運営推進会議に参加される家族は多く、車椅子の購入について希望が出る等、法人にも伝えながら意見を反映させるように努めている。	
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	毎月第一木曜日に各ユニットの出勤者・管理者が出席し会議を実施している	ユニット会議・フロア会議で職員が意見を言いやすい雰囲気を作ったり、仕事の中で個々それぞれに話を聞いている。職員からは、積極的な意見が多くリフト浴が必要な利用者が多い実態の意見が出され、法人と相談して風呂の排水を含めた全改修を行うと共にリフト浴を実現した。	
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	総務課に報告相談し対処できることは対処してもらっている。職員のモチベーション向上に繋がる様有給の使用や希望の休みは汲めるよう努力しシフトを作成している		

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
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	研修の参加や運営推進会議に多くの職員が参加できるよう努めている。また日々のなかでトレーニングが必要と判断すれば個々に指導している		
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	乙訓グループホーム連絡協議会にて施設間での職員見学交流会を行っているが当ホームは実施していない		
<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	本人の言葉だけでなく表情・言動より真意を汲み取る努力を行い信頼関係の構築に努めている		
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	見学・面接・重要事項説明時等密にコミュニケーションをとり家族の思いの理解に努めている		
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	面接時や入居時に困りごとや希望を伺いサービスを提供しているが他のサービスに関しては費用負担等もあり必要時は総心会に相談している		
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	生活支援であり共に同じ空間で生活している意識を持ちつつ必要な援助を行っている		
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	本人・家族が良好な関係の維持若しくは改善できるよう努め、家族力ならではの支援協力を依頼している		

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
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	人に関してはいつでも気軽に面会に来ていただけるよう来所時に声をかけている。場所に関しては家族へ協力依頼している	馴染みの人や場所は、日々の関わりの中や家族からも聞いて把握に努めている。利用者の困り合いの人や仲良くしていた近所の人に来られた時は居室でゆっくりと話して貰い、いつでも来て貰うように声を掛けている。馴染みの場所等への強い思いで、不穩に成られた方の家族には利用者の思いを伝えている。	馴染みの場所への関わりは家族には伝えているが、経過の確認や結果の確認が出来ていないので、継続した取り組みが望ましいと思う。事業所としての支援も期待する。
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	レクリエーションの余暇活動や家事等で入居者間が関わりを持てる場となるよう努めている		
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	契約終了後ホームからは連絡をとっていない。支援が必要と判断すれば声をかけ相談にのる心積もりはしている		
<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	ケアプランやフロア会議にて職員都合や目線にならないよう本人の心理を汲んだり、本人の思いを尊重し検討している	利用時にセンター方式(1日の過ごし方や暮らしの情報シート)で基礎情報を収集し、日常の利用者との関わりの中で事実確認を行っている。行動のサインや表情を分析し、把握した本人の思いを家族にも確認をして本人本位の検討に努めている。	
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	入居時に家族に暮らしのシートの記入依頼し入居後も本人との関わりを通してや家族に尋ねている		
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	朝・夕の引継ぎ、介護経過・日誌・職員間の連絡ノートや本人との関わりの中で把握に努めている		
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	本人の思いを本人視点で言動や家族の希望を取り入れた介護計画を立案するよう職員教育をしつつ作成している	情報収集は思考展開シートを利用し、日々の関わりの中から得た利用者の思いを職員皆で書き込み、事前に貰った家族の意見や医療情報と共に、アセスメントし介護計画に繋げている。モニタリングも定期的に行われている。介護計画作成は、利用者個々の担当が行い計画作成者が最終の確認を行っている。職員には介護計画を貼りだし周知徹底をしている。	

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
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	日勤・夜勤共に時間ごとの生活状況や本人の様子を介護経過に記録し勤務交代時には引継ぎを行い情報交換を行い実践し見直し時にも役立っている		
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	身体的変化に伴い主治医や家族の意向で鍼灸やマッサージの訪問あり。		
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	地域資源はボランティア協会の機関紙等を通し把握に努めているが活用にはっていない。		
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	入居前よりかかっておられる主治医を継続していただいている。異常が見られた際は直ぐに主治医と連絡をとり指示を仰ぎ対応している	利用者のかかりつけ医(7か所)は、入居前からの継続である。定期往診以外にも、必要時は臨時往診を受けている。訪問看護師は週1回訪れ健康管理をしている。それぞれの主治医と看護師は24時間対応は可能で、適宜指示を受けられる体制になっている。又、希望者には歯科医の往診、歯科衛生士から口腔ケアの指導がある。他の専門医へは家族が通院同行をしている。	
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	健康面での異変や外傷等みられる際は相談し助言を受け対応や必要な医療へと繋ぐよう努め、内服薬の変更も報告している		
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。	入院時にはサマリーと併せてADL表記入し情報伝達している。また入院病院より電話で早期退院に向けて情報提供の依頼があればホームとして受け入れ可能な状態の意向を伝え協力している。備えとしての関係作りは特に行ってない		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	機会に応じて終末期の家族の意向を確認しており具体的なケア方針は家族・主治医・職員・管理者3者が同席のうえで各々の役割りの意思確認と共に、できること・出来ないことを明確にしたうえで方針を決定し家族に同意書を頂き実践している	契約時に重要事項説明書の「重度化した場合における対応に係る指針」で説明をし、重度化した時に家族・主治医・事業所で話し合い、それぞれの役割を明確にした上で協力を得て、ターミナルケアを行った事例は4例ある。泊まって付き添う家族もいる。	

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
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	マニュアルは作成しているが定期的な対応訓練はしていない。各主治医には急変時の対応等を具体的に確認している。		
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	マニュアルは作成しているが火災の非難訓練(横への非難のみ)は定期開催を目指しているが不定期実施となっている。地震・火災含め縦移動の訓練はしていない	消防署立ち合いの基、年1回の訓練を実施しているが、夜間想定訓練は実施していない。地域住民の参加は得られていないが、内部で2ヶ月毎に利用者がフロア内でベランダに出て救助を待つ訓練を行っている。地震・火災・風水害の防災マニュアルを作成している。備蓄は近隣の法人本部で管理している。	災害は夜間人手のない時に大災害に成っている事が多いので、夜間想定訓練を早急に行う必要があると考える。災害時の地域の協力体制が得られる方法の一つとして、消防団への協力依頼や運営推進会議で意見を貰われることをお勧めする。
<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	心掛けているが全職員が徹底して継続した対応となっていない。改善するよう注意行い意識改革中	入職時の研修やフロア会議で話し合いトイレや居室のドアの開けっ放しや、マナー言葉やクッション言葉を入れる事に気をつけている。トイレ・入浴時は利用者の羞恥心に配慮し、職員の言動で気になった時は管理者が注意をしている。	
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	介護者の価値観や視点で援助するのではなく「どうしました？」と先ずは真意を聞き出すよう努めているが統一した考えとなっておらず現在取り組み中		
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	場面場面に於いて本人の思いを聞き支援するよう努めているが職員のマンパワーに個人差がありフロア会議やケアカンファレンス等で職員の意識改革を啓発し個人を尊重した実践となるよう努めている		
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	ヘアカラーや希望に添えるように支援している。食べこぼしの衣類の交換や離床後の整髪介助・食後の口の周りの汚れなど職員の意識に差があり徹底できていない		
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	昼食・夕食の野菜きり等の下ごしらえや食後の片付け(食器洗い・拭き・片付け)オヤツ作りと各自の能力を活かしつつ職員と一緒にやっている	利用者の好みを管理栄養士に伝え献立を立てている。利用者と共に野菜切り・皮剥き・お茶わん洗い食器拭き・片づけ等を行い、職員も一緒に食べて和やかな食事風景に成っている。行事食は行事担当が利用者と共に考え、誕生日の利用者には本人の好みを主に考え共に作る等、食生活が楽しみなものに成る様にしている。	

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
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	献立は管理栄養士が作成している。水分は冷・温の好みや嗜好品を提供しよう支援しているが職員のマンパワーの差により徹底できていない		
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	朝食後は起床時に行っており援助していない(人により支援はしている)昼・夕食後は口腔ケアを行っている。介助量は本人の能力に応じ支援している。義歯洗浄剤は週に2回使用している		
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	各自のパターンに応じ最低限の紙パンツやパット綿パンツの対応をとり昼夜共にトイレ介助が必要な方は援助している	排泄パターン(排泄チェック表使用)や行動そして表情を見ながらトイレへの誘導をし、全員トイレでの排泄が出来ている。紙パンツの利用者が日中はパットのみになったり、布パンツで過ごす等、自立に向けた支援をしている。夜間もトイレ誘導をしている。	
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	薬に頼らないように座位であるが適度な運動を心掛けている。水分提供については食事・オヤツ・入浴後等の定時の提供は徹底出来ているが随時の水分提供は職員により差が生じている		
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	希望される方は毎日入浴対応行方が介助量や職員の充足時間に沿った入浴時間や入浴間隔の対応となっている	毎日午後から入浴、1日3人を基本にしているが希望者は入れる様にしている。希望により同性介助も行っている。2人介助の必要な方の入浴は、時間や回数は職員の勤務状況で介助人数のある時に行っている。菖蒲湯や柚子湯等の季節湯も楽しんでいる。	
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	体調や前日の睡眠時間の考慮や生活習慣に応じて対応しており、リネン調整や空調に気をつけ支援している		
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	処方された際の薬の説明書にてどのような薬を内服されているのか把握に努め症状の変化が見られ際は主治医に報告・連絡・相談している。把握・理解度については個人差がある		
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	庭いじりや買い物・嗜好品の自己管理が出来の方は本人が飲みたい時に好みにコーヒーを作って頂いたり対応可能な範囲で支援している		



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
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	散歩・買い物に対しては希望に沿っての援助を努めているが地域資源を使用して普段行けない所への援助はしておらず、家族へ伝えるに留まる	気候の良い時は毎日(30~40分)周辺散歩で近所の方と言葉を交わしたり季節の花を楽しんだり、近くのスーパーにおやつや必要な物を買に行きコーヒーやケーキを食べることもある。年2回の行事の時は介護タクシーを使い家族にも声をかけ、花見や紅葉狩りに出掛けている。	
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	自己管理で安心される方は所持していただくが支出を明確に出納帳に記入できない為使用していただけない。		
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	架電の希望があれば家族に説明し了承を得てから対応。受電に関しては本人に取り次いでいる		
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	異食される方おられ手の届く所に季節感工夫は困難。毎月のカレンダーは職員が手作りしており季節感のある壁面構成を行っている。共有スペースは整理整頓を心掛け生活観のある環境作りを心掛けている	リビングや共用空間は清潔で整理整頓が行き届き、電気は暖色系で温かい。テレビは興味のある番組や意識して見られているのに合わせて点けているが、食事中は消して利用者の馴染みの音楽を流している。利用者が作った作品やカレンダーを飾り、季節感を醸し出し、食事を作る音や匂いで生活感を感じている。温度や湿度管理が職員の体感での管理となっているので、温度・湿度計の設置が望まれる。	
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	入居者間の関係を配慮した座席誘導や促しを行い、また適所に椅子を設置し一人で過ごせる空間を作っている		
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	馴染みの家具や私物の持込を家族に依頼している	備え付けでベッド・箆笥・ロッカー・ベッドテーブル・エアコンがある。馴染みの箆笥・ソファ・整理棚・写真・猫のぬいぐるみ等、自分好みの室内配置を家族と共にされている。遺影・位牌に毎朝水やお茶を供えている方もいる。職員は安全面や利用者の様子が見やすい配置を伝えている。居室の清掃は毎日利用者と職員とが一緒に行い、居心地良く過ごせる様にしている。	
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	目印等必要な際は設置して対応を行う。現在は特に必要性なく対応していない		