

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	2395700046		
法人名	医療法人 聖会		
事業所名	グループホーム砂川 1階		
所在地	愛知県知多郡武豊町砂川2丁目73番地1		
自己評価作成日	平成24年12月1日	評価結果市町村受理日	平成25年4月12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.kainokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kihon=true&liyosyoCd=2395700046-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユニバーサルリンク
所在地	〒463-0035 愛知県名古屋守山区森孝3-1010
訪問調査日	平成24年12月27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)】

利用者の思いをしっかりと聞くことを基本にしている。日々変化する利用者の方でもしっかりと会話する事により、不安感を軽減し信頼関係を築きレベル低下しても安心してその人らしい生活ができるようにしている。家族・地域との関係にも重点をおいている。

【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)】

職員一人一人が理念を共有し、利用者の個々の意志及び人格を尊重した上で、可能な限り家庭に近い状況で健康的な生活が送れるよう、利用者の目線にたつて接しておられ、スタッフの方の思いがそのままチームワークにつながりケアに活かされていて、利用者の笑顔ととても穏やかな表情を見させていただくことができた。また、地域住民を対象とした認知症のサポーター養成にも積極的に出向き、利用者が地域で暮らし続ける為の基盤作りを行っている。入居者の健康面においては、病院が母体であることから医師や看護師との連携体制がしっかりしており、入居者にとっても家族にとっても大変安心できるホームである。

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、生き活きと働いている (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	開所時より事業所独自の理念を毎朝の申し送り時に斉唱行なっている。各スタッフの支援方針の基礎となっている。	玄関に理念が掲げてあり、人生の先輩として尊敬の気持ちで接し、自尊心を傷つけないようスタッフの方々も努力して援助されている。また、利用者一人一人と向き合い、その家族とともに安心と信頼に向けた関係作りをするために、常に理念を念頭におき、その人にあつた環境作りをするよう努力されている。	
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	町内会に入り、地区の清掃活動に利用者に参加したり、回覧板を利用者が持つていく事もある。近所の方には母体病院との相談窓口として声をかけて来る方もあり。近所の方より花や野菜を分けてもらう事も見られるようになった。	町内会に入り、清掃活動にも地域の一員として利用者も参加され、地域の方から野菜などを頂くこともありなじみの関係になりつつある。事業所としても、地元の活動や地域住民との交流にサポーターの養成研修などを通し積極的に取り組んでいて、認知症で困っている地域住民がいれば気軽に相談にのったりしている。	
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	在宅で認知症介護している方の介護相談窓口有り。町内の認知症サポーター養成講座で一般の方に講演を行い知識を活かしている。町内の介護者のつどいに参加し在宅介護者のリフレッシュ支援も行なう。		
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	災害時の避難方法や、お互いに協力できる部分について検討を行う。	会議は3グループ合同で開催されている。会議には利用者家族、福祉課の担当者、地域包括支援センター、民生委員、法人の担当者が出席している。災害時の避難方法や備蓄など、また、各ホームに緊急地震速報の無線受信機が設置されている点についても話されている。	
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に取り組んでいる	2ヶ月に1度町内の「ケアマネつどい」に介護保険事業所や行政の参加の会議があり事例検討会や情報交換を行なう。また、役場へ行った際は福祉課に顔を出して現況等の報告を行なう。認知症困難事例があると相談などもある。	町内のケアマネの集いで、事例検討や情報交換をおこなっている。地域の方に武豊の福祉を知ってもらうためにも、町と社協、介護保険事業所、障害者団体などが合同で福祉祭りも春に開催され、介護相談も行っている。	
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	具体的な禁止項目については認識できている。現在玄関については施錠を行なっているが開錠に向けては検討中。それ以外身体拘束は行っていない。	緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束はしないと職員間でも周知して行っていない。言葉遣いには特に注意をしている。玄関の施錠に関しては、過去にエスケープがあつたため安全をはかる上で現在実施している。	安全確保のため、施錠はやむを得ない場合もあると考えられるが、今後の更なる工夫、取り組みに期待したい。
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	虐待関連法については施設内で勉強会を行なったりする機会設けている。夜間帯スタッフ1人になることで目が届かない時間帯あるが日頃よりストレスが溜まらないように声かけ等を行ない防止に努めている。		

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	利用者に対して不利に判断している家族は現在いないと思われる。利用者の中には後見制度を利用している方はいる。スタッフ全体ではまだ勉強不足の部分である。		
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	契約の時点ではなく、事前に説明は済ませて当日に再度確認をするようにしている。		
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	利用者同士のちょっとした会話の中に意見等があった場合内容を確認するようにしている。家族には面会時に声をかけて要望を聞くようにはしている。外部評価結果を家族に毎回配布している。玄関に意見箱を設置し機会を増やすようにしている。運営推進会議では利用者は必ず参加してもらっている。	運営会議には利用者も参加している。利用者同士のちょっとした会話の中からも情報を得ている。意見箱も設置しているが、家族の方には面会時とアンケート用紙などで要望を聞いていて、内容によっては会議で話し合い運営に反映させている。また、毎日ホームから写真入りの便りを送ってご家族にも安心を与えている。	
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	毎月の定例会議で利用者の処遇や運営面でのこと話し合っている。議事については朝の申し送り時や個別で確認するようにしている。議事録を代表者に提出報告している。	定例会議や毎日の申し送りなども含め、常に現場スタッフと話し合い意見が出せる仕組みで取り組まれている。	
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	日々の勤務状況を管理者は総括し法人に報告している。個別でスタッフが法人幹部と心身面で面談する場面も必要に応じてセッティングし職場環境・条件の整備に努めている。		
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	日頃の業務内容をみて管理者が適切なアドバイスを行なう。随時届く研修案内は個々のレベルに応じて振り分けるようにしている。OJTを意識しながらベテランスタッフが新しいスタッフを育成できるようにしている。		
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	研修を通じたネットワークで情報交換をしたり、スタッフの相互訪問もある。同法人のグループホーム他2施設とは行事での交流がある。互いに施設内サービス向上するように意識して情報交換して連携。		
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	生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。センター方式の一部活用で生活歴の細かいところが把握でき信頼関係が築きやすくなった。		

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
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。センター方式の一部活用でキーパーソン以外の方の話を聞く事も出来やすくなった。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居申し込みから実際に入居まで待機があるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。在宅生活の可能性についても検討し、アドバイスする。支援事業所が決まっていない場合や、介護認定ない場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行なっている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	生活の一場で昔の知恵を活用したり、過去の出来事を共有している利用者等スタッフが上手に関係を築けるように配慮したり、食事作りも共同で作業できるように能力を判断し分担している。家事の役割分担をして、個々に役割意識を持ってもらっている。		
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	毎月様子報告の手紙を送付し、面会時に各家族がどういった情報が欲しいかを確認し、本人と家族の絆が保たれるようにしている。利用者の様子を見て、家族だからできる支援についても話をする。		
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	事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認。面会に来る方に認知症理解してもらったり、本人外出時に以前の知人等に会うときも、必要ときは認知症について事前に説明行なったりし、交流の大切さ理解してもらう。認知症ということで関係が途切れないように依頼している。	馴染みの人や場との関係を継続するため、家人の了解のもと、電話をかけたたり友人・知人との面会、また買い物などで知り合いに会うこともあり、積極的に支援している。	
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	互いに病気であることを必要に応じて判りやすく説明し、一緒に生活することで相互援助できるように配慮している。		
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人への面会も行なう。在宅復帰した方は担当者から情報を確認する。		
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	計画作成時以外でも普段の生活のコミュニケーションの中で献立のことから生活全体のことまで何気ない場面も大切にしている。そういったことから本人の思いを把握している。	職員全員が個々の利用者の思いや希望について把握が困難であっても、根気よくコミュニケーションをとり、ちょっとした会話の中からも本人の思いや意向を実現できるよう、職員同士で話し合い取り組んでいる。	

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
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・ケアマネ・サービス事業所に経過・サービス利用の状況等を事前に確認し把握行なっている。		
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	毎朝の申し送りで利用者の心身状態を把握している。日々変化があり必要な情報は小まめにその都度、スタッフ間で伝達している。		
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	計画が実行され有効か、定期的にモニタリングを行なう。その結果を本人・家族・スタッフに伝え現状に即した計画になるように心がけている。	本人が地域でその人らしく暮らし続ける為の課題とケアのあり方については、家族の方が来訪時に、意見や要望を聞き確認をしている。 モニタリングやケアカンファレンスを通し、入居者の状況について細かく話し合い介護計画を作成している。	
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	記録するスタッフは自分で共有したい情報を判断しそれについてしっかり記録してもらう。各スタッフ毎日の記録に目を通し情報共有している。気付いた点は意見を出し合い検討を行なう。計画作成スタッフともどういった視点で記録が欲しいか確認している。		
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	現状ではサービスの多機能化への取り組みは行なわれていない。利用者は日々訴えに変化ある。タイムリーに対応必要になるのでその都度ホーム内で柔軟に出来る支援で取り組む。		
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	なるべく外に出かける場面増やせるように、本人のなじみの店には小まめに出かけるようにしている。		
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	本人・家族の了解の下、同法人病院の訪問診療を行なっている。急変起こる可能性や緊急時の対応についても説明。受診希望あれば随時受診援助を行なっている。すばやい対応連携で安心感を提供できている。	同法人が病院であることから、すばやい対応がされている。 入居者のほとんどが2週間に1回、訪問診療を受け、状態に応じては病院へ受診し検査治療も受けることができる。認知症の専門医師の診察を受けている人もいる。その他、眼科受診や歯科受診もあり個々の希望に対応できる。	
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	利用者の状態変化があれば連携病院の看護師に報告し医師の判断をすばやく仰げるようにしている。往診や訪問看護で近くにいる場合は直接診に来る事もある。		

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
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	入院時病院側に日常生活の情報提供をし利用者が入院による環境変化で混乱がおきにくいように配慮できるようにする。安定したら早めに退院できるように情報をもらい、退院後は経過を報告しフォローアップも対応している。		
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、事業所であることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療の事前指定書でできるだけ家族・本人と確認したうえで、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。スタッフにはグループホームでの機能を説明し出来ることできないことを明確にしている。	「医療連携同意書」では、看取りに関しては行わないとしている。法人の病院があり、医療処置が必要となれば主治医が説明し、看取りの場所を入居者や家族に選択してもらうことになっている。	
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	急変時のマニュアルは作成してある。定期的な訓練を行なっている。急変時には慣れたスタッフが対応しながら、別のスタッフに指導し実践も学んでもらっている。		
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	年に2回消防の立会いでの避難訓練を行なっている。スタッフも随時交代で訓練に参加している。3日分の水・食料の備蓄があり。推進会議では災害時に互いに協力できるように話し合いをしている。	年2回、防災訓練を消防署の立会いのもとにおこなっている。訓練は夜間を想定しておこなわれている。備蓄に関しては、災害時にはIH対応のため、カセットコンロや3日分の食料・水を常備してある。	

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	スタッフ間の日常の会話は利用者・家族に失礼のないように心がけている。利用者の性質を踏まえプライド傷つけないようにスタッフ言葉かけを行なう。	スタッフ間で利用者個々の誇りやプライバシーを損ねないよう言葉をかけ対応している。特に排泄に関しては大きな声で言って羞恥心・プライドを傷つけないよう、スタッフ間で周知している。また、居室に入る時には必ず声かけをし対応している。	
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	思いや希望をダイレクトに確認しても答えが出にくい方には、日常の好みなどをスタッフが把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮している。		
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	ホーム内の日課はあるが利用者一人一人のペースがあるので、無理に合わせるのではなく、声かけで誘導を行なう。また、そのときにスケジュールの希望が無いか確認している。		
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	起床時にモーニングケアを行なう。自分で鏡を見るように促し身だしなみを意識してもらう。散髪は近所の床屋へ個別にスタッフが随時対応している。新しい衣類等の購入は利用者とは出かけ選んでもらう。		

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
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	食材の買物と一緒に出かけるようにしている。利用者の希望で急に献立を変更する事もある。利用者同士で準備や片付けをする事もある。昼食は同じテーブルにスタッフも入り一緒に食べる。	献立は1週間ずつ立てている。食材も入居者の方と一緒に買い物に行っているが、時には入居者の方の希望で献立を変更することもある。利用者の誕生日には本人の好物を食べていただけるよう工夫している。また、食事を楽しむために、ほぼ全員に近い人が箸を上手に使い食器も陶器で統一されていて細かい工夫がされている。	
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	全体的な栄養バランス取れた献立を作成。咀嚼能力によって食事形態を変え摂取出来るように配慮する。毎日水分摂取量も確認している。排泄状況や毎月の体重も確認している。		
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	朝食前にうがいを実施。歯磨きは毎食後行なう。認識力によって声かけによる支援や一部介助など行なう。義歯については週に1度洗浄液での洗浄も実施。		
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	排泄介助必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法を定める。本人の意向も確認し自尊心傷つけないように行なう。	排泄の自立支援のため、排泄チェック表にもとずいて支援をしている。あくまで本人の自尊心を傷つけないよう、トレーニングパンツから布パンツに・など個々に合わせて工夫し対応している。紙おむつや紙パンツなどはトイレに積んでおかないなど、目につかないよう配慮されている。	
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	利用者ごとに排便間隔確認する。食事や水分、体操等なるべく自然排便促している。どうしても出ないときは、処方されている下剤を使用する。服薬時本人に内服するか確認する。		
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	週3回は入浴できるように支援している。入浴好きでない方は声かけのタイミング等調整。入浴回数は意向を確認できるが時間帯については対応が困難なため聞き取り行えていない。	入浴については、個々のADL状況に合わせ浴槽を選んで入浴は楽しみの一つでもあり、5月には菖蒲湯、12月にはゆず湯などを提供している。	
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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにしている。日中居室で閉じこもりがちの方は、声かけレクリエーション参加促したりする。		
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	利用者個人の内服一覧を確認する事で理解している。内服はスタッフが確実にできるように管理している。新しく処方された薬については申し送り等で伝達情報共有している。状態変化あった時は医師と相談行なっている。		

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
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	利用者の残存能力を活かした楽しみや役割をしてもらう。家事・生け花・草取り・買物・創作活動など意向を聞きながら対応。その様子を写真に記録し本人や家族に見てもらう。		
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	買物に行く際は一緒に行く方のなじみの店に出かけるようにしている。季節の移り変わりを感じてもらえるように外へ散歩する機会はある。家族と外出する際は体調面で配慮する事あれば伝え不安の無いように支援している。	日常的な外出支援ができるよう、買い物などは馴染みの八百屋さんに行ったり、スーパーの安売りなどにも参加している。散歩は河川敷で四季の花が見られるため利用している。また、個別の外出支援も、墓参りや海を見に行きたいなど、希望に合わせていっている。	
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	家族と事前に話をして、自己管理できる方については、普段の買物できる程度のお金を持つ事はできる。		
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	電話は事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は自由に使用してもらっている。		
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	利用者に環境面で不満が無い話を聞き、それについて改善行なう。季節ごとの飾りをスタッフと一緒に飾る事で季節感の採り入れ行なう。	共同生活空間は居心地よく暮らせるよう、清掃も行き届いて清潔感にあふれている。利用者の方の生け花も飾られほっとできる雰囲気である。また、利用者の方たちはテレビの歌番組が好きであり、録画しておいて流すよう工夫されている。	
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	食事の席は決まってはいるが時々配置を変えている。くつろぐ時間にみんなが一箇所に集い団欒を過ごす事もある。		
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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。	居室においては、個々に居心地よく過ごしていただくために、ベッドの位置や夜間の電気の色・衣装ケース・椅子・インテリア用品にいたるまで、本人の希望や好みを尊重し対応されている。清掃も行き届いている。	
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	利用者の身体能力を把握し残存能力を活用できるように配慮して支援する。		