

### 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	2773201187		
法人名	有限会社 リアル・ケアサービス		
事業所名	グループホーム こころ		
所在地	大阪府守口市北斗町10番1号		
自己評価作成日	平成24年7月1日	評価結果市町村受理日	平成24年8月31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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成24年7月30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)】

<p>○地元自治会や老人会に加え、今年は地域の子ども達とも交流を持つことができ、地域の人々との交流の輪が広がっています。</p> <p>○入居者一人一人の介護方針をケース担当・ご家族・かかりつけ医・看護師と共に連携を取りながら、きめ細かい介護を考え取り組んでいます。</p>
---

【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)】

<p>先代法人代表は、平成16年11月、親族の地元である、地下鉄守口駅から徒歩10分の閑静な住宅地に、3階にマンションを併設したビルを新築し、1・2階にグループホームを開設した。代表者は入居者と職員の心の結びつきを願い、ホーム名を「こころ」と命名した。建物はバリアフリーでゆったりと広く、全居室にトイレ、洗面台、クローゼット、ベッドを備えている。医療連携で看取り介護を視野にいたした地域の高齢者の介護福祉の拠点として、現代表、管理者と全職員は地域との交流を深め、利用者にはその人らしく暮らしていただけるサービスの提供に取り組み、介護記録を詳細に取り家族に開示している、利用者や家族には安心と信頼の事業所になっている。</p>
--

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、活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、安心して暮らしている (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
<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	介護理念に地域密着を謳っている。また、入職時のオリエンテーションでは、管理者が介護理念について説明し、文書も配布している。職員の自覚を促す為、会議等も理念に基づいて行っている。	地域密着型を意識した事業所独自の理念を創り、事業所内各所に掲示して、会議や日々の業務の中で確認し共有を図っている。新入職員には、管理者が説明し指導している。	
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	買い物・散歩等、地元を利用している。行事等も地域に声をかけさせていただき、当ホームに招いている。また、地域の行事に参加もしている。消防訓練や餅つき等は地域と合同で行っている。	自治会に加入し、地域行事(小学校の運動会、餅つき大会など)に参加し、又ホームの行事(音楽療法、クリスマス会など)に地域住民や小学生を招待している。道路に面して掲示板を設置してホームの活動を広報している。	
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	運営推進委員会や行事の度に当ホームの理念を説明させていただき、認知症の人への理解をいただいている。また、行事等はお互いに協力して行なっていく事を話し合い、賛同を得た。		
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ヶ月に1回の運営推進委員会において事業報告を行い、様々なご意見をいただいている。地域とのつながり、他事業所とのつながり等について情報をいただき検討を行っている。	家族代表、知見を有する地域住民、自治会、老人会、社会福祉協議会、地域包括支援センターから出席を得て年6回開催し、活発な意見交換を行い、議事録を作成して業務に活かしている。	
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	市の高齢福祉課・生活福祉課や社会福祉協議会、地域包括支援センターの方々に入居者の生活面・経済面等について相談にのってもらっている。	毎月介護相談員を受け入れている。日々の業務や施設の運営に関して、報告や相談をして良好な関係を築いている。介護認定更新申請でも訪れている。	
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	マニュアルを作成し、会議の中でも職員の指導を行っている。エントランスについては、一部が賃貸マンションの為、警察の指導を受け外部からの侵入等安全面を考慮しオートロックになっている。	年間研修計画の中に取り入れ正しく理解し、全職員が利用者の安全面に配慮しながら、様々な工夫をして、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	外部研修や講習会等に参加し、そこで得た知識を職員に報告し、皆で学ぶ機会を設けている。日常生活においては、更衣・入浴・排泄時に痣や傷等の観察を行い、言葉遣いにも注意を払っている。		

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
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	認知症介護実践研修等の講習を受けている。身寄りのない方等には、認知症が軽度のうちに成年後見人制度を利用していた		
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	重要事項説明や契約内容においては理解・納得いただけるまで説明を行い、締結している。解約については、医療的観点を重視し、かかりつけ医・看護師の意見を踏まえ家族と共に本人にとって最良となる方策を考えて		
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	面会時等に管理者・役職者が入居者・家族と情報交換を行い、気軽に意見や要望を話せるような信頼関係を築いている。また、同時に運営者・管理者と共に検討会を行っている。	家族の来訪時には、個人別ファイルの介護支援経過記録へ、意見や要望を詳細に記録して全職員が共有し、家族と良好な関係を築いて運営に反映させている。	
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	幹部職員4名を選出し、職員が幹部職員に対し日常業務の中での個人の考えを話せる環境を作っている。また、スタッフ会議を月1回開催し、意見・提案を集約してその方策についても話し合いをもっている	管理者が参加しリーダー会議やスタッフ会議を毎月開いて、意見交換を行い業務改善に役立っている。代表者は定期的に事業所を訪れ利用者や職員の話をしている。	
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	正職員・パートにかかわらず、仕事ぶりにより昇格できる。人事考課表を用いて自己評価を行い、個人面談を通じて本人の思いを共有し意見交換を行っている。		
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	幹部職員4名による職場内教育(OJT)を充実し個人指導を行っている。年間研修計画を作成し、運営者から指定する研修・資格取得のための助成金及び指定図書を斡旋している。		
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	管理者はグループホーム連絡会・ケアマネ連絡会等で、職員は実践者研修等で交流を図っている。地域包括支援センターにも指導・講習等を行ってもらいネットワーク作りにも努めている。		

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
<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	入居相談時より親身に話を伺い、対象外の方へも行政等の紹介を行っている。面接時には、本人・家族との話し合いの時間をじっくりもち、体験入居を通じて本人の思いも確認できるようにしている。		
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	面接時・体験入居期間において家族との面接の機会を多く持ち、家族の置かれている状況・立場等を理解するよう努めている。		
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	相談・面接時に何を必要とされているのかを把握し、ホームでの生活に馴染んでいただくことから始め、家族への説明・相談を受けながら徐々に支援していくようにしている。		
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	職員には常に入居者は人生の先輩であることを認識するよう指導している。日常生活の中でも共に行き、時には教わり、理念に掲げているように「いつも傍らで見守り」信頼関係を築いている。		
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	面会時には必ず近況報告を行っている。ケアプラン作成時にも家族との話し合いを密に行っている。なかなかお会いできない家族には電話や手紙を送り、近況報告を行っている。		
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	馴染みの店に買い物や美容室に行く。また、友人・知人の方々が気軽に遊びに来てもらえるようにしている。また、行く機会も作っている。	ホームは開設して8年が経過し、日々の暮らしで地域との交流が深まっている。理美容院、スーパーや市場が馴染みの場所となり、気軽に行く機会を設けている。	
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	入居者の性格を判断し、また、利用者個人から悩み等を聞いた際には速やかに対応し、散歩やレクリエーション等を通じて利用者同士が関わり合えるよう努めている。必要に応じてユニット間の交流も図っている。		

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
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	契約が終了しても家族と連絡をとり、生活についての不安を軽減できるよう配慮している。ホームを退所されても家族が来所されたと交流は継続している。		
<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	本人との日常の会話や家族と話し合い、またケアプラン作成後のモニタリング等で把握している。ケース担当を置き本人の希望等の把握に努め、会議で対応を検討している。	アセスメントシートや介護記録を共有し普段の会話のなかで、希望や意向を聴いている。困難な場合は利用者の態度や表情から想いを汲み取り、本人本位のケアに努めている。	
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	入居契約時、アセスメントシートに基づき、本人や家族からできるだけ話を聞くようにしている。入居後も折に触れ情報を集めるように心がけている。		
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	モニタリング・アセスメントを繰り返し、現状を把握すると同時にかかりつけ医・看護師による医療的な意見も踏まえ、トータルケアサービスが実施できるよう努めている。また、家族へも報告し確認の上、一緒に考えている。		
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	利用者の希望や家族の意見を取り入れ、利用者ごとの担当職員とケアマネが中心となってケアプランを作成している。さらに職員全員が参加した検討会で、かかりつけ医や看護師の意見を取り入れながら作成している。	ケア記録を検討し、担当者会議を開いて状態の変化に即応した介護計画を作成している。3ヶ月で見直しをして、介護計画は家族に直接説明、又は郵送して承諾印を貰っている。	
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	申し送りを緻密に行い、入居者の状況把握に努め介護計画の見直しに活かし、また申し送りノートを活用で職員の周知徹底を図っている。受診後の受診記録や服薬の変更・経過がわかるようファイルしている。		
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	本人や家族の状況に応じて通院の付き添いや送迎、早期退院の支援等に臨機応変に対応している。		

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	面会は家族だけに限らず、今まで関わりのあった方も来られる。かかりつけ医も引き続き往診・受診をお願いしている。また、看護学生の受け入れや年1回の行政の介護相談の場を提供している。		
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	かかりつけ医の制度を啓蒙し、入居前からのかかりつけ医を利用できるよう配慮している。また、かかりつけ医との連絡を密にし、往診や通院のいずれにおいても対応可能な柔軟な支援を行っている。	内科のかかりつけ医は利用者の意向を尊重し継続受診で3ヶ所から往診がある。歯科は協力医療機関で毎週往診があり、嚥下訓練がある。日勤・夜勤の処置記録をとり適切な医療が受けられるように支援している。	
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	申し送り時には同席し、情報を共有している。利用者の変化・気づきについても指示を受け、早期発見・受診に繋がっている。ケース会議にも出席し、連携して利用者の支援にあたっている。		
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。	入院時には病院への情報提供を行い、入院中の容体や経過については病院から随時情報をいただいている。なるべく早く日常生活に戻れるよう、看護師を中心に病院と連絡を取り、家族の意向を尊重した上で話し合いを行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ターミナルケアを制度化し、マニュアルを作成して各入居者の家族に周知している。必要な入居者には、家族・かかりつけ医・看護師・職員がチームを組んで取り組んでいる。	「看取り介護に関する指針」を作成し、医療連携と看取り介護体制についてマニュアルを作成しているが看取りはまだない。医師の助言で早期に終末期のあり方について関係者間で話し合い、方針を統一し同意書を得ることが望まれる。	介護・看護職員、家族と終末期のあり方についての方針を共有することが望まれる。看取り連携シートの使用方法を理解するなど職員の終末期ケアの研修が必要と思われる。
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	マニュアルを配備し、職員に配布している。看護師から随時、入居者の為の対処方法の指導を受けている。同時に実際に行った急変時の適切な処置・対応を振り返り、資質向上に取り組んでいる。		
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	消防署に指導していただき、地域の役員方にも協力を得ている。また地域の合同訓練にも参加している。3階は単身者が多く訓練には参加していただけないが、非常時の協力はいただけるよう声をかけている。入居者の身体・歩行状態により色分けし、避難手順の話し合いを行っている。	災害マニュアルを整備し、水、食料品を備蓄し、スプリンクラーも設置している。避難訓練は消防署の指導を得て1回実施したが、事業所独自の避難訓練は実施していない。また、避難訓練に地域住民は参加していない。	防火管理者は、消防法令で入所施設は年2回以上、事前に「消防訓練通報書」を管轄消防署に提出して実施しなければならないとされている。規定の避難訓練と、近隣住民の避難協力を得る取り組みが望まれる。

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
<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	入職オリエンテーション時や実習生受入オリエンテーション時にも説明し、誓約書を書いてもらっている。また、個人情報保護方針と保護マニュアルを職員に熟知させ、幹部職員が模範となって対応している。	接遇研修により利用者の誇りやプライバシーを侵さないよう注意し合っている。松下看護学生や中学生の体験学習を受け入れているが、個人情報保護方針を徹底し書類は厳重に保管している。	
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	禁忌である言葉や態度は避けるよう全職員に周知徹底させている。自己決定しやすい声かけや言語障害をお持ちの方にもハイ・イエで答えられる声かけを行い、筆談を交えたりして自己決定できるよう支援している。		
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、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	個人の日常生活のリズムを把握した上で、必ず本人に意思確認を行ってから何事も行うようにしている。		
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	行きつけの美容室・理容室に同伴したり、毎日の整容・髭剃りはもちろん、出来ない所は支援を行っている。また、家族に協力してもらい、その人らしい身だしなみができるように努めている。		
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	調理・盛り付け・配膳・片付け等、利用者の「できること」を行ってもらっている。食事中には職員が利用者と話しながらそれぞれの嗜好を知ったり、食べにくければ器や箸・フォーク等を変更して食事状態を把握している。	介護度が高い1階は主にレトルト、2階は宅配食材で調理している。お八つや行事食は買物をして作っている。職員は介助しながら、同じ食事を会話を楽しみながら摂っている。	
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	カロリー計算は食材業者の管理栄養士に依頼している。一日の水分量が確保できるよう工夫し、食事量とともにチェックし記録している。各々の食事形態に配慮し、個人に合った器や箸で自己にて食べていただく支援をしている。		
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、個人の能力に応じて航空ケアを行っている。毎週月曜日には歯科往診に来ていただき、口腔内チェックや義歯の調子等を診てもらい、口腔状態の把握・清潔維持に努めている。		

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
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	立位等をとれる方にはトイレ誘導を行い介助している。一人一人の排泄パターンを掴み、誘導・声かけに配慮している。排泄中は自尊心を傷つけない工夫を凝らしている。	トイレは居室にあり、さりげなく排泄の介助をしながら記録も大切にしている。オムツをしないようリハビリパンツや布パンツで排せつの自立を支援している。	
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	一日の水分量をチェックし水分補給に努めている。食物繊維の摂取、ヨーグルトや野菜ジュース等個人の嗜好に合わせて摂取を行うよう努めている。また、適度な運動やホットパックマッサージも行っている。		
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	入浴の目安は個人ごとに決まっているが、本人の意思確認を大切に無理強いを行わないが、衛生面等を考慮して声掛けを行っている。また、体調や疾患にも配慮し、その都度看護師の支持を仰ぎ支援している。	週2回午後からの入浴を目安に、バイタルチェックをし、利用者の希望に合わせた入浴を支援している。風呂場は坪庭が見え、清潔でゆったりとしている。	
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	生活リズムを重視し、休息していただいている。体調や菓子の浮腫のある方には休息してもらうように配慮している。休息中や夜間時は安心して入眠できるよう巡視を行い、安否確認を行っている。		
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	個人ごとに内服薬が違う為、処方一覧を個人ファイルに挿入している。また、受信時の内容や医師の指示は受信記録に記載してかかりつけ医・看護師・家族に連絡を行っている。		
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	家事への参加を促し、「できること」の喜びを持っていただけるよう支援している。喫茶店へ行ったり雑誌・新聞等を読んでもらっている。音楽療法や家族・地域との行事にも参加を促している。		
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	散歩・買い物等は体調に合わせて付き添いを行っている。行事では、普段行けない場所へ外出したり、墓参りや外泊等できる限り希望に添えるよう家族の協力を得て行っている。身寄りのない方には、職員が同行したり住職に来ていただいたりしている。	ADLが低下し揃っての遠出や外出は困難になってきている。個別にゆっくりと事業所の周りを散歩したり、近くのスーパーへの買物や外気浴をしている。	



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
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	契約時に家族と相談し、手元になければ心配な方には持ってもらっている。また、買い物付き添い時に自分で支払う方については助言や支払確認も行っている。		
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	本人の要求があれば手紙を書いたり、電話をしていただいたり、電話を所持され、居室にて電話をされる方もいる。		
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	1階は季節の花や野菜を植えた中庭が見えるリビングに囲炉裏を配置し、昔の玩具を揃え幼少期を思い出していただけるよう配慮している。2階の玄関前には、坪庭を造り、心の和む空間づくりに取り組んでいる。光や音等も状況により調整を行っている。	建物は3階にマンションを併設し、平成16年11月に1・2階をグループホーム仕様で新築された。遠目にも良く分かる落ち着いたピンクで、代表者の想いを感じる和風でゆったりとした空間があり、建物の周囲に生垣がある。	
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	畳や囲炉裏の場所でも自由に寛いでいただいている。玄関には応接セットを設け、各々の落ち着いた場所で気の合う方同士で過ごしてもらっている。		
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	契約時に使い慣れた家具や大切にされていた品を持って来ていただくよう説明している。本人が自分の家であると認識できるようタンスやソファ、仏壇等、思い思いに持ち込まれている。	1階は花、2階は動物の表札に利用者名を表示している。トイレ、洗面台、ベッド、衣装ケースを内蔵したクローゼットが設置され、一部畳も敷かれている。使い慣れた家具を持ち込み我が家としてゆっくり暮らしている。	
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	本人の「できること」「わかること」や解除方法・声かけ・生活面での注意点等のカンファレンスを行い、職員間での情報の共有に努めている。また、手すりに頼らず本人のADL・意思にも配慮し、援助を行っている。		