

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	1072300203		
法人名	有限会社 若大河		
事業所名	グループホーム吉井マリル		
所在地	群馬県高崎市吉井町吉井川768-1		
自己評価作成日	平成26年 7月 5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	
----------	--

【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8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)】

施設側とご家族様、お互いが気兼ねせずご利用者様の一番大切にするべきことはどんなことなのか話し合えるよう、日頃から日常会話も含めお話をさせて頂いています。施設ではありますが、施設の雰囲気を出るだけ消せるように環境作りに努め、職員は出来るだけご利用者様の近い存在になれるように心掛けています。日常生活の支援では動作を細かくとらえ、できないところだけを少しお手伝いする気持ちで携わり、労いの言葉を使い残存能力の保持や意欲向上に努めています。

【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)】

地域の閲覧板を利用して、認知症のことや「地域連携防災訓練」への協力などの情報を発信する地域向けの「マリル通信」と、家族向けの「マリル通信」を2ヶ月毎に発行して、理解者・協力を幅広く求める事業所運営が行われている。理念の中心である「その人らしい生活」実現に向けて、職員は「意見ノート」により日頃の業務の疑問・課題や意見を自由に記載し合い、それを「連絡ノート」に集約することで共有化を図っている。あわせて、「その人らしさ」の的確な把握のために職員は細かい項目に渡って聴き取り調査を行い、管理者が「〇〇さんからの手紙」と題して利用者像を鮮明にしている。また、「その人」がその人らしく自立できるように、例えば着脱しやすい衣服に裁断し直す、食べる時に膝の上に小箱を補助テーブルとして置いて自ら食べやすい環境作りを行うなど、工夫している。

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 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)	○	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	理念を目に付きやすい場所に掲示している。また管理者が常にその理念を口に出し職員に伝えている。	理念に「地域社会の中でその人らしい生活を安心して送れるような環境作り」を掲げ、日常業務のなかで、認知症の進行状況により「その人」らしさも変化することを認識し、今どうあることが必要かを考えた支援がおこなわれている。	
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	地域への関わりとしてその時期にあった情報や介護情報などを回覧板で回している。近所の方とのあいさつ。長寿会の方との交流。	回覧板を利用して「マリル通信」を発行し、認知症の周知記事や事業所紹介などにより、家庭での認知症の理解と相談窓口の周知に努めている。年2回の道路清掃には、利用者が職員とともに活動している。長寿会による定期的輪投げやカラオケ慰問など、地域との連携を深めている。	
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	回覧板などで高齢者さんに向けての発信をしている。		
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	回覧板を一部地域から広域にしたり、長寿会との交流も推進会議での意見で始めました。回覧板での情報発信も推進会議での意見をもとに行っています。	会議では、利用者の生活状況・行事報告が話され、意見交換で、事業所の情報発信に向けての地域回覧板の利用や、長寿会の定期的慰問が実現している。開催日はマリル会(家族会)やクリスマス会と合わせたものにするなど、相互理解の機会が工夫されている。	
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	事業所としてわからない事や疑問に思ったことなど市町村担当者さんに相談させていただいています。また丁寧に早い返答をいただけるので心強いです。	市には、家族のいない利用者の入院の同意・金銭管理等の問題や災害時の個々の身体状況等に配慮したきめの細かい避難場所、情報の発信方法の提案など、多岐に渡っての話し合いの機会が持たれている。	
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	声掛け一つでも身体拘束に繋がっているという話や、拘束なのか判断が難しいときは自分が同じ状況下でされたらどうなのか、考えるよう指導している。	現在、家族の同意を得て、夜間のみベット柵使用の利用者がいるが、毎日拘束がとれるかどうか検討している。個人記録には時系列での記入欄を設けて、拘束しないケア実現のタイミングが模索されている。	
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	職員との日常会の中で、事件事故のニュースや事例集を用いて虐待防止を訴えている。また利用者さんの様子や職員の様子にも変化がないか目を配る努力をしています。		

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
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	権利擁護事業・後見人制度を活用されていたかたがいたので実際に関わったことで勉強になった。		
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	契約は分かり難い文面に関しては事例を出すなど、契約内容を理解していただけるよう必ず説明を行なっている。またその場での契約はせず、契約書を一旦家族に持ち帰って読んでいただき契約前に再度疑問点を伺っている。解約・改定においても同様に行っている。		
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	外部相談の場所・連絡先など書面での提示をしている。ご家族の面会時、質問や要望・意見など言いだせる環境や時間を作るように管理者や職員が配慮している。	家族の面会頻度はまちまちだが、月1回の利用料の支払いは原則現金で、ホーム長との面談の機会づくりともなり、家族からの相談にのるなど信頼関係が構築されている。	事業所として、運営に関する意見等を聴取するよう、能動的な機会づくりを期待したい。
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	シフトの仕組みや配置などは職員から意見を聞き多数決などで決めたりしている。職務の効率化を図るために職員からの提案も考慮して運営している。	職員は、「意見ノート・連絡ノート」を活用しての意見交換・共有化が図られ、各自の自覚と責任が醸成されている。職員提案による「個人記録簿の個別支援内容欄の設置・夜勤の2交代制・物品の整理整頓方法のマニュアル化」等、積極的な実現が図られている。	
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	上記に同じ、また職員と話しやすい環境・関係を保つ努力をしている		
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	法人外の研修がある場合参加の希望取っているまた個々の力量や知識の確認などするため職員に問いかけたり職務の様子を観察し足りないことに関しては指導している。意見ノートの活用。		
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	管理者研修や、ブロック会議・ブロック研修に参加している。交換研修の受入。		

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	本人と直接話したり様子を観察。また日常会話の中から本人の希望や悩みを聞きだしたりしている。常に安心できる言葉掛けを心掛けている		
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	事例を上げて話すなど話しやすい環境を作っている。今年度より主介護者様への入所相談シートを作成し介護上で苦しかった思いや私だけがという悲観した気持ちに寄り添えるよう傾聴している。		
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	施設見学時にご家族と介護についての相談し、本人との面会時に主訴を聞き出すようにしている。主訴がない場合はどうしたら穏やかな表情で過ごせるかを考えています。		
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	ホームでの生活の中で利用者さんが出来る事など一緒に行い、時には職員が利用者さんにお願ひして手伝っていただいている。		
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	ご家族には「ご家族様しか出来ない支援がある」ということを話している。月に一度は面会をお願いしている。年に2度一緒に食事をしたり、共同作業を行える時間を作っている。		
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	ご友人・ご近所様の面会があったり、馴染みの場所へのドライブ、日常会話の中で馴染みの深い話をするなどに努めている。	「その人」の人物像を具体化するため、生活歴をはじめ馴染みの場所などを「聴き取り調査票」に記入し、全職員が熟知して会話やケアでも活用している。ホームは「その人」の引っ越し先で今までの生活は何も変わらないという、継続性のある支援実現に努めている。	
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	個々の性格や障害について理解し、職員が話題をふったり間に入るなどしてお互いの存在を認められるよう支援している。入所に前に交流のあった利用者さん同士がおり、お話の支援をしている		

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
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	退所先への面会や、施設イベントのお知らせを送ったりしている。退所後もご家族との交流が続いている人もいます。退所されたご家族からの紹介で入所されることがある。		
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	個々の暮らしを尊重するよう、認知症やその他の疾患について把握し、出来る限りその人らしさを支援するよう考えている。また職員に言い辛いこともあるので相談員さん(月1回)にお願いしている	生活歴をはじめ、覚えていることや好みなどの・人などが記入された「聴き取り調査票」を参考に「その人」の立場で今、何を希望しているか表情等から推測し支援している。毎月来訪する介護相談員からは職員では把握しきれなかった貴重な情報も入手している。	
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	家族や本人、また面会者から情報を得よう努めている。聞き取り調査表もあるが活用しきれしていない点もあるので聞き取り方また書式も工夫していきたい。		
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	23に同じく努力している		
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	計画作成担当者またはケアマネが介護計画を立てる上で本人・職員に聞き取りを行う。またご家族様の思いも反映できるよう話し合っている。	毎月モニタリングを行い、4ヶ月目に集約し、介護計画の見直しをしている。ラップサマリー(パソコン入力により課題を引き出す方法)と、担当者会議結果をもとに生活全般の課題を把握し、職員意見を聴取したうえで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	個人の記録などはその様子が分りやすいよう記録するよう心掛けている。また記録に目を通し不十分と感じる時には管理者が指導している。問題点で気付いたことなどは職員間の連絡帳に記載し解決できるようしている		
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	出来る限りではあるが、ニーズに対応できるようご家族と話し合いながら支援している。		

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
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	同年代の方と話し合ったり、同じ時間が共有できるよう地域の長寿会の方との交流を続けている		
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	健康状況が把握しやすくまた継続した医療を受けられるよう支援している。必要があれば往診時家族を呼び医師との話し合いの場を設けている。2週間に一度の往診。受診記録や医師の指示を記載している。	かかりつけ医に月2回の訪問診察と必要時往診を依頼し、適切な医療が受けられる環境が整えられている。また、必要に応じて訪問歯科の受診も支援している。	
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	看護師の配置はないが職員がバイタルの異常や症状の出現など変化に気がついた時は管理者または准看護師に報告し適切な医療が受けられるよう支援している		
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。	入院時には病院への付き添い・サマリーの提出ををし、入院中は病院との情報交換、退院時は病院へのお迎えや、注意事項や病状の経過など必要な情報をえている。ご家族の希望によりご家族に代わって説明を受けることもあります。		
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	看取りをご希望されるご家族がほとんどです。早い段階から、ご家族には終末期のあり方、支援の方法など話している。また他者が他界されたときは推進会議や家族会などでの報告もしている	事業所は、重度化や終末期に向けた指針を作成している。家族がホームでの看取りを希望される場合には、支援の方法などを、家族・事業所・医師の3者で話し合い看取りを支援している。昨年度は、複数人の方の看取りを行った。	
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	緊急時は救急車を呼ぶことになっている。救命救急の研修を受講を勧めている。看取りの場合については指示書が作成され、訪問看護と連携を取っている。		
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	災害避難訓練は年2回行われてる。避難訓練後は反省会を行っている。推進会議でも話し合っている。回覧板で協力者を求めている(推進会議で話し合った結果)。6月19日消防署と合同で避難訓練をし、指導いただいた。	地元消防団と近隣の防災の話し合いを持つとともに、「マリル通信」で災害時に協力していただける方の呼びかけを行っているが、思った成果には至っていない。事業所を地域の避難場所として提案し、おむつや食料品を1週間程度備蓄し、地域との協力体制を築いている。	避難訓練に家族・近隣住民のさらなる参加を促すよう、具体的方策を検討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	その人の生活状況や認知症状にあった話し方を努力している。	トイレ誘導・入浴誘導などには、声のトーンに気遣った対応はもちろん、さまざまな呼びかけと同時に絵入りのカードを使った呼びかけを行い、より分かりやすいコミュニケーションをとっている。呼称については家族と相談の上、「その人」の好きな呼び方で接している。	
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	レクリエーションや作業など個々の個性が出るよう選択できる様努力している。		
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	利用者さんの生活パターンを把握するよう努力しその人にあった生活が送れるよう支援している		
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	散髪を希望される方には髪型など聞いたり、衣類なども好みに合うよう支援している。本人に似合う髪飾りやスカーフなど施設から本人へアプローチし支援している。		
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	現在キッチンに入って調理・洗いつけをされる利用者さんはおりませんが、配膳下膳・食前食後のテーブル拭き、食材の下準備などは行っていたいでます。また料理レクとしておかず作りやおやつ作りなどみんなで楽しめるよう支援しています	重度化のなか、利用者のほとんどに食事介助が必要であり、職員と一緒に食事を摂ることが難しい状況になっている。利用者の残存能力維持のために膝の上に小箱を補助テーブルとしておいて、自ら食べやすい環境作りも工夫されている。	
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	個々に記録票があり食事量や水分摂取量に気を配り、疾患に注意しながら工夫して食べられるよう支援している		
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	出来る限り自分で歯磨きをしていただき仕上げをお手伝いしています。本人の様子を観察して必要であればご家族に相談し訪問歯科をお願いしています。		

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
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	出来るだけ自立できるよう衣類の工夫をしたり、良いタイミングで排泄の支援ができるように努力しています。排泄時には焦るような声掛けをせず羞恥心に配慮し見守ります。	ほとんどの利用者がおむつ着用であるが、基本はトイレ誘導を行い排泄の自立を支援している。排泄時、衣服の着脱がしやすいようにシャツの前部分を短くしたり、ズボンのゴムを緩めたりして、「その人」に合った自立のための工夫が模索されている。	
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	排泄記録をつけ便秘気味の方には食事に気をつけたり腹部マッサージやトイレで腹圧がかかる支援をしています。便を観察し医師に相談している。(下剤の種類など)		
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	入浴は職員と介護状況から火・水・金・土と決まっていますが、希望や健康上の理由で違う曜日に入られる方もいます。入浴できない日は全員陰部清拭をしています。入浴中は個々にお湯の熱さの希望があるので聞きながら温度調節を行っています。	入浴日は週4回と決めているが、希望により他の日の利用も可能である。入浴時は桶に足を入れて温めてから、また、湯舟に入ったらタオルで顔を拭うなど、楽しい時間づくりが行われている。重度化のため浴室では職員の複数対応となっているが、自ら洗えるところは任せるなど、自立支援が行われている。	
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	体調をみて必要であれば仮眠を促したりしています。夜間ねつけない人や早朝目が覚めてしまう方には無理に寝ていただくのではなくお話をしたりいっしょにテレビを観たりお茶を飲んだりお手伝いなどしていただいています。		
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	准看護師が薬の副作用など理解し、飲み合わせではいけない食物や、投薬するタイミングなど支持しています。職員は薬をきちんと飲み込むまでの支援をしています。薬が変わった時は副作用に注意するよう指示書がある		
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	全体で行うレクリエーションもありますが、各作業を分担し協力して1つのものづくりをしたり、個々の趣味に合った楽しみを行えるよう支援しています。		
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	庭を整備したことで施設外は難しくても庭でご家族と過ごす時間が増えました。またバスで出かけるのを楽しみにしている利用者様に対し、計画を立て実行しています。ご家族と話し合い短い時間でもご自宅へ戻れるよう支援しています。	主には、敷地内の広い庭での外気浴であるが、車いすでも動きやすいよう、通路部分にシートを敷くなどの工夫が行われている。協力医療機関のバスを借用しての全員参加のドライブが好評で、途中で買物・食事を楽しむ支援が行われている。	

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	金銭・貴重品については個人で持っている場合はご家族に紛失する可能性があることをご了承いただいています。また外出先での個人的な買い物は立替との承諾を頂いています。外出時のジュース・菓子・入場料などは今のところは会社負担です		
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	電話を掛けたいという方には施設の電話の子機を利用していただいています。家族に伝言などを頼まれることがありますのでその場合はご家族の返事を必ず伝えていきます。		
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	安全に考慮しながら良い雰囲気が保てるような環境を整備しています。	入口の引き戸には、「いらしゃいませ」と書かれ愛犬が迎えてくれる。食堂兼居間は厨房と一体で、匂い・音などが身近に感じられるつくりとなっている。廊下などの共有空間には利用者をはじめスタッフの写真などが飾られ、落ち着いた親しみやすい雰囲気づくりがされている。	
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	個人の座席のほかに、自由に座れるスペースを確保しています。また昔の知人同士が入所している場合がありますのでお話しできる機会を設けています。		
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	今まで使用していた寝具やタンスなどには仏壇を持って入所される方もいます。この身体状況に合わせてベットや家具の配置、ご家族様との関わりを示す物など飾っています。無機質にならないよう改善しています。	居室入口には、大きく名前の書かれた表示がある。居室内は家族との写真などが飾られ、机や物入れなどの使い慣れた思い出の家具が置かれ、「その人」らしく、居心地良く過ごせる空間づくりの工夫がなされている。	
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	居室の場所座席の工夫、文字での記載、手すりの設置、自動水道などあります。個々に出来ること苦手なことが違いますので、把握できるよう努力し、環境を整え自立につながるよう支援しています。		

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	1072300203		
法人名	有限会社 若大河		
事業所名	グループホーム吉井マリル		
所在地	群馬県高崎市吉井町吉井川768-1		
自己評価作成日	平成26年 6月 30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	
----------	--

【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			

【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)】

出来る限り入所から最期までと考えています。施設側とご家族様、お互いが気兼ねせずご利用者の一番大切にすべきことはどんなことなのか話し合えるよう、日頃から日常会話も含めお話を頂いています。施設ではありますが、施設の雰囲気を出来るだけ消せるように環境作りに努め、職員は出来るだけご利用者の近い存在になれるように心掛けています。

【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)】

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 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)	○	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、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	理念を目に付きやすい場所に掲示している。また管理者が常にその理念を口に出し職員に伝えている。		
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	地域への関わりとしてその時期にあった情報や介護情報などを回覧板で回している。近所の方とのあいさつ。長寿会の方との交流。今年度は中学生のやるベンチャーの受入を5日間行っている。		
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	回覧板などで高齢者さんに向けての発信をしている。		
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	回覧板を一部地域から広域にしたり、長寿会との交流も推進会議での意見で始まりました。回覧板での情報発信も推進会議での意見をもとに行っています。		
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	事業所としてわからない事や疑問に思ったことなど市町村担当者さんに相談させていただいています。また丁寧な返答をいただけるので心強いです。		
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	声掛け一つでも身体拘束に繋がっているという話や、拘束なのか判断が難しいときは自分が同じ状況下でされたらどうなのか、考えるよう指導している。		
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	職員との日常会の中で、事件事故のニュースや事例集を用いて虐待防止を訴えている。また利用者さんの様子や職員の様子にも変化がないか目を配る努力をしています。		

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
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	権利擁護事業を1名、後見人制度を2名の方が活用しており、行政や支援者さんとの情報の共有をはかっている。		
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	契約は分かり難い文面に関しては事例を出すなど、契約内容を理解していただけるよう必ず説明を行なっている。またその場での契約はせず、契約書を一旦家族に持ち帰って読んでいただき契約前に再度疑問点を伺っている。解約・改定においても同様に行っている。		
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	外部相談の場所・連絡先など書面での提示をしている。ご家族の面会時、質問や要望・意見など言いだせる環境や時間を作るように管理者や職員が配慮している。		
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	シフトの仕組みや配置などは職員から意見を聞き多数決などで決めたりしている。職務の効率化を図るために職員からの提案も考慮して運営している。		
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	上記に同じ、また職員と話しやすい環境・関係を保つ努力をしている		
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	法人外の研修がある場合参加の希望取っているまた個々の力量や知識の確認などするため職員に問いかけたり職務の様子を観察し足りないことに関しては指導している。意見ノートを活用。		
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	管理者研修や、ブロック会議・ブロック研修に参加している。交換研修の受入。		

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	本人と直接話したり様子を観察。また日常会話の中から本人の希望や悩みを聞きだしたりしている。常に安心できる言葉掛けを心掛けている		
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	事例を上げて話すなど話しやすい環境を作っている。今年度より主介護者様への入所相談シートを作成し介護上で苦しかった思いや私だけがという悲観した気持ちに寄り添えるよう傾聴している。		
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	施設見学時にご家族と介護についての相談し、本人との面会時に主訴を聞き出すようにしている		
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	ホームでの生活の中で利用者さんが出来る事など一緒に行い、時には職員が利用者さんをお願いして手伝っていただいている。		
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	ご家族には「ご家族様しか出来ない支援がある」ということを話している。月に一度は面会をお願いしている。ご家族との外出への協力。生活報告		
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	ご友人・ご近所様の面会があったり、馴染みの場所へのドライブ、日常会話の中で馴染みの深い話をするなどに努めている。長寿会交流は年代が近いので世代の話ができる		
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	個々の性格や障害について理解し、職員が話題をふったり間に入るなどしてお互いの存在を認められ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	退所先への面会や、施設イベントのお知らせを送ったりしている。退所されたご家族様へこちらから連絡差し上げたり、ご家族様からご連絡下さったり、来訪されることがあります。		
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	意思疎通の難しい利用者様が多いので、日常生活の流れに合わせるのではなく、頂いた情報やその時の表情・仕草から思いの把握に努めています。		
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	家族や本人、また面会者から情報を得よう努めている。聞き取り調査表もあるが活用しきれていない点もあるので聞き取り方また書式も工夫していきたい。		
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	23に同じく努力している		
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	計画作成担当者またはケアマネが介護計画を立てる上で本人・職員に聞き取りを行う。またご家族様の思いも反映できるよう話し合っている。		
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	個人の記録などはその様子が分りやすいよう記録するよう心掛けている。また記録に目を通し不十分と感じる時には管理者が指導している。問題点で気付いたことなどは職員間の連絡帳に記載し解決できるようしている		
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	出来る限りではあるが、ニーズに対応できるようご家族と話し合いながら支援している。		

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
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	同年代の方と話し合ったり、同じ時間が共有できるよう地域の長寿会の方との交流を続けている		
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	健康状況が把握しやすくまた継続した医療を受けられるよう支援している。必要があれば往診時家族を呼び医師との話し合いの場を設けている。2週間に一度の往診。受診記録や医師の指示を記載している。		
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	看護師の配置はないが職員がバイタルの異常や症状の出現など変化に気がついた時は管理者または准看護師に報告し適切な医療を受けられるよう支援している		
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。	入院時には病院への付き添い・サマリーの提出をし、入院中は病院との情報交換、退院時は病院へのお迎えや、注意事項や病状の経過など必要な情報をえている。ご家族の希望によりご家族に代わって説明を受けることもあります。		
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	看取りをご希望されるご家族がほとんどです。早い段階から、ご家族には終末期のあり方、支援の方法など話している。また他者が他界されたときは推進会議や家族会などでの報告もしている		
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	緊急時は救急車を呼ぶことになっている。救命救急の研修を受講を勧めている。看取りの場合については指示書が作成され、主治医との連携・訪問看護との連携を取っている。		
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	災害避難訓練は年2回行われている。避難訓練後は反省会を行っている。推進会議でも話し合っている。回覧板で協力者を求めている(推進会議で話し合った結果)。6月19日消防署と合同で避難訓練をし、指導いただいた。		

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
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	その人の生活状況や認知症状にあった話し方を努力している。またジェスチャーなどを使い余計な注目を避けるよう配慮しています。待たせない困らない支援のため言葉ボードを作成している。		
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	レクリエーションや作業など個々の個性が出るよう選択できる様努力している。		
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	利用者さんの生活パターンを把握するよう努力しその人にあった生活が送れるよう支援している		
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	散髪を希望される方には髪型など聞いたり、衣類なども好みに合うよう支援している。本人に似合う髪飾りやスカーフなど施設から本人へアプローチし支援している。		
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	現在キッチンに入って調理・洗いつけをされる利用者さんはおりませんが、配膳下膳・食前食後のテーブル拭き、食材の下準備などは行っていたいでいます。また料理レクとしておかず作りやおやつ作りなどみんなで楽しめるよう支援しています		
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	個々に記録票があり食事量や水分摂取量に気を配り、疾患に注意しながら工夫して食べられるよう支援している		
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	出来る限り自分で歯磨きをしていただき仕上げをお手伝いしています。嚥下障害の方には水分が流れ込まないように固く絞ったガーゼでの口腔ケアを行います。必要であればご家族と相談し訪問歯科を利用しています。		

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
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	出来るだけ自立できるよう衣類の工夫をしたり、良いタイミングで排泄の支援ができるように努力しています。排泄時には焦るような声掛けをせず羞恥心に配慮し見守ります。		
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	排泄記録をつけ便秘気味の方には食事に気をつけたり腹部マッサージやトイレで腹圧がかかる支援をしています。便を観察し医師に相談している。(下剤の種類など)		
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	入浴は職員と介護状況から火・水・金・土と決まっていますが、希望や健康上の理由で違う曜日に入られる方もいます。入浴できない日は全員陰部清拭をしています。入浴が出来ない方は全身清拭や陰部洗浄・洗髪をベット上でも行っています。		
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	体調をみて必要であれば仮眠を促したりしています。夜間ねつけない人や早朝目が覚めてしまう方には無理に寝ていただくのではなくお話をしたりいっしょにテレビを観たりお茶を飲んだりお手伝いなどしていただいています。		
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	准看護師が医師の指示のもと薬の副作用など理解し、飲み合わせてはいけない食物や、投薬するタイミングなど支持しています。職員は薬をきちんと飲み込むまでの支援をしています。薬が変わった時は副作用に注意するよう指示書がある		
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	全体で行うレクリエーションはかなり無理があり個別の対応でレクリエーションを行っています。また出来なくても職員が付き添い一緒に楽しめる環境づくりをしたり、出来る方にはその方の役割として協力をお願いしています。		
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	重度者であっても季節を楽しめるよう庭の中へ入れるよう整備したことで個別に楽しむ対応が可能になった。季節感を感じられる雰囲気作りをこれからも継続させていきたい。今年は中庭に力を入れ楽しむようにしています。		

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
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	金銭・貴重品については個人で持っている場合はご家族に紛失する可能性があることをご了承いただいています。また外出先での個人的な買い物は立替との承諾を頂いています。外出時のジュース・菓子・入場料などは今のところは会社負担です		
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	電話を掛けたいという方には施設の電話の子機を利用いただいています。難聴のため聞き取れない場合には職員が通訳として支援しています家族に伝言などを頼まれることがありますのでその場合はご家族の返事を必ず伝えています。		
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	安全に考慮しながら良い雰囲気が保てるよう環境を整備しています。		
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	個人の座席のほかに、自由に座れるスペースを確保しています。また昔の知人同士が入所している場合がありますのでお話しできる機会を設けています。		
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	今まで使用していた寝具やタンスを持って入所される方もいます。ここの身体状況に合わせてベットや家具の配置、ご家族様との関わりを示す物など飾っています。		
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	居室の場所座席の工夫、文字での記載、手すりの設置、自動水道などあります。個々に出来ること苦手なことが違いますので、把握できるよう努力し、環境を整え自立につながるよう支援しています。		