

### 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	1192500237		
法人名	社会福祉法人 苗場福祉会		
事業所名	グループホーム ひばりの空		
所在地	埼玉県所沢市三ヶ島5-1445-7		
自己評価作成日	平成29年10月10日	評価結果市町村受理日	平成29年12月28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	有限会社プログレ総合研究所
所在地	埼玉県さいたま市大宮区大門町3-88 逸見ビル2階
訪問調査日	平成29年11月10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)】**

開設から力を入れてきた地域貢献活動では、地区の医療・福祉関係事業所と協同し「みかじま健康祭り」の実行委員として毎年開催に携わっています。また、地域行事や地域ケア会議、小学校行事及び地域防災訓練への参加を通して地域住民の方々との関係性も築けてきました。毎月開催している認知症カフェは、所沢市の業務委託を受け地域の社会資源として活用していただけるように取り組んでいます。カフェ開催と同時に地域交流室を開放し専門職を配置した介護相談窓口を設けています。事業所の行事予定はお客様及びご家族様や地域の方々にお知らせし地域交流の場として開かれた施設を目指し取り組んでいます。むさし野の森ではグループホームだけでなく事業所全体でお客様を支援し他部署であっても馴染みの関係が築ける、お客様が安心して過ごせる環境作りに努めています。

**【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)】**

こやまケアを基に、介護の質の向上に向けてのアンケートを実施している。昨年、家族からの「夏のお祭りは暑い」の意見を反映し、今年は秋のお祭りに変更した。職員は、こやまケアの行動指針から利用者をお客様と呼びこまやかな心配り、やさしい笑顔、まごころ込めたおつき合いをモットーにケアを推進している。地域交流室で開催する認知症カフェは市の委託事業として「みんなのカフェ」ののびりを揚げ毎月定期的に施設を開放している。また、地域の方との交流の機会として、三ヶ島健康祭りや小学校のふれあい祭りでは、法人として新潟の野菜を廉価販売している。小学校との交流は開設当初から継続的に行われ総合学習やよさこい踊りの披露等、生徒たちが施設に訪れている。建物内は自由に行き来ができ、利用者は小規模多機能型居宅介護事業所を利用する知人と交流することができる。

**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
<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	地域密着型サービスについての勉強会を開催している。年度初め職員全体会議を通して理念を共有している。法人・事業所目標から部署目標へ繋げ毎月の会議において進捗状況を確認している。	湖山医療福祉グループの職員行動指針と苗場福祉会の法人理念があり、事業所独自の理念も朝礼で唱和している。1年に1回、職員の理念の研修と事業所全体でも振り返る機会がある。	
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	毎月1回認知症カフェを開催。地域交流室を解放しカフェ、介護相談室を設け地域の方との交流の機会を設けている。その他にも地域行事に参加したり、活動の場として地域の方々に施設を使って頂き交流を図っている。	地域の健康まつりには職員が実行委員として参加している。最近は小学校のふれあい祭に声をかけてもらえたり、運動会での踊りを見せにきてくれる。月に1度の新潟の野菜販売も地域の方との交流の場となっている。	
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	認知症カフェにおいて介護相談室を設けている。また、地域ケア会議への参加等を通して認知症の方への支援方法等について発信している。		
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	運営推進会議において利用状況、活動報告を行い意見交換をしている。会議での意見は部署会議、ユニット会議において職員に報告しサービス向上にむけての話し合いが持たれている。	年6回の開催。市役所、地域包括支援センター、民生委員が参加している。利用者の状況報告、行事報告等があり、民生委員より地域の情報やボランティアの紹介もある。議事録は家族に送付し掲示も行う。	
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	運営推進会議を含め市町村担当者とは連絡を取り合い協力関係が築けている。所沢市のグループホーム管理者会議においても担当者との連絡調整を行っている。	認知症カフェは「みんなのカフェ」を開催している。介護相談の窓口も設け公民館にポスターを貼り、広報誌にも掲載している。市の会議室に14事業者が集まって情報交換をし、協力関係を築いている。	
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	高齢者虐待委員会から虐待及び身体拘束について職員アンケートを行い、結果を踏まえ勉強会を開催し理解を深めている。ユニットの入り口は施錠はせず、お客様が自由に行き来できるようにしている。グループホームだけでなく事業所全体でお客様の見守りを行っている。	職員に身体拘束に関するアンケートを行い、隣接の特別養護老人ホームと合同会議で検討している。職員の相互異動もある為、一緒に育てようと、委員会も合同で行っている。接遇の研修では、法人全体で利用者を大切にすることを学んでいる。	
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	高齢者虐待委員会による研修を開催。虐待については必須研修として全体会議の中で行われている。研修報告書において研修後の行動計画を立案・実践。個人の振り返り後、上長により効果確認が行われている。		

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
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	現在、成年後見人制度を活用しているお客様があり、知識習得の為、外部の研修に参加予定となっている。今後も研修参加を促し、理解を深めていく。		
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	契約はわかり易い言葉で説明することを心掛けている。留意点等十分に説明し、納得いただいてから契約締結としている。利用開始後も随時相談に応じられることも理解していただけている。		
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	顧客満足度アンケートを毎年実施している。ご家族からのご意見・要望をいただき、改善案を示し運営に反映させている。アンケートの結果・具体的な内容、改善に向けた取り組みも施設内にも掲示し可視化している。	家族へ無記名のアンケートを実施している。家族が職員に直接言えない言葉を拾い上げるためアンケートを行い、あがった意見には必ず対策を検討して対応している。	
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	管理者及び職員が参加する部署会議・ユニット会議での意見や提案は真摯に受け止め、内容の精査・検討後、施設運営に活かしている。	上、下期に個人目標を立て、相談、振り返りもしている。年1回満足しているかのアンケートを実施したり、日頃から直接意見を聞くようにしている。法人内の異動も欠員状況により可能となっている。	
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	上期・下期、職員の個人目標立案時と進捗状況、実施結果の確認を行った上で、個別に面談を実施している。また、毎月の部署会議に参加し、職員とのコミュニケーションを図り、職場環境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	現場にも介入し職員の状況把握に努めている。毎年力量評価表を活用した個人評価後、上長が確認、評価を行っている。法人内研修では、力量に応じた研修に職員輩出。外部研修への参加を促し力量の底上げに努めている。		
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	法人内施設間評価や研修を通して他施設との交流、意見交換を行いサービスの質の向上に努めている。また、地域包括支援センター主催の会議・勉強会やグループホーム管理者会議へ参加し交流を図っている。		

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
<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	モニタリング時にご本人にも参加して頂き希望等をケアプランに反映させている。その後もユニット会議等においてお客様一人ひとりについて意見交換を行い安心して過ごせるよう努めている。		
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	サービス開始前にご家族に要望をお聞きしたうえでケアプランに反映させている。その後もご家族とコミュニケーションを取り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	ケアプラン発案時にニーズ、目標を考慮した上で必要な支援を提案している。又、その後もお客様の状態に応じてサービスの追加、修正を行っている。		
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	お客様が行える事は継続していけるよう役割を見つけ職員と一緒に生活の場を提供している。ご本人の意思を尊重できるよう、意思決定できる事はして頂き関係を築いている。		
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	プランの更新時にご家族にサービス内容について説明し、希望があれば伺い同意を得ている。その他にも面会、外出時等ご家族との交流が図れるよう支援している。		
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	他部署に馴染みの方がいる場合はお連れし一緒に時間を過ごして頂いている。むさし野の森だけでなく併設している特養も含めて支援するよう努めている。	利用者が併設の事業所へ来た友人と語り合うことや隣接の特別養護老人ホームにいるご主人に会いに行くことができるよう支援している。家族と受診後に会食したり、お墓参りや正月に外泊をする方もいる。	
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	お客様同士の関係性を配慮しながら席の配置などを決め、孤立しないよう支援している。その他レクリエーション、行事を通してお客様同士関わりをもつようになっている。		

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
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	入院や他施設への入居による利用契約の終了前からその後の支援についてフォローさせてい頂いている。その後も何かあった場合には相談に応じる事をご家族にお伝えし支援している。		
<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	入居時にご本人、ご家族の意向や生活歴を伺い支援している。その後もお客様の状態の変化や希望等があった場合には会議体を通して定期的に検討を行いプランに反映させている。	入居前に利用者の意向を聞き、介護計画の説明時にも確認している。3ヶ月に1回モニタリングを行い、計画作成担当者が家族と話をする。言葉での表現が難しい方には、家族を交えて検討し計画に入れている。	
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	入居時にご本人、ご家族の意向や生活歴を伺い支援している。それまでのサービス利用にも配慮し生活の変化が最小になるように配慮して。		
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	日々の生活の中でご本人のペースや身体状態を把握し職員が情報の共有を行い支援している。主治医とも連携をとりご家族を含め多職種で現状の把握に努めている。		
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	介護職、計画作成が定期的にモニタリングを行っている。担当者会議では、ご家族、ご本人の意向を確認するとともにサービス内容がご本人の現状に合っているかを検討しご本人がより良い生活を送れるよう介護計画を作成している。	入居して1~2ヶ月は仮の計画で様子を見て介護計画を作る。3ヶ月に一度モニタリングを行い、特別なことがなくても6ヶ月に1度は見直しを行っている。退院後は入院中の様子を看護師等から聞いて計画に反映させている。	
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	介護計画から実施モニタリング表を起し、日々の状態、変化、気づきをケース記録に残している。その情報を業務日誌、連絡ノートに記載し情報の共有に努めている。その後モニタリング、計画作成に反映させている。		
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	ご本人、ご家族の希望やニーズがあった場合はグループホーム内のサービスに捉われず他のサービスを利用して頂き支援している。		

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	地域の学校などの行事への参加や外出先での協力を得たりして地域に根差した施設を目指しお客様を支援している。		
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	契約時に希望のかかりつけ医がある場合は尊重し継続して利用して頂いている。希望がない場合は提携している往診医に診察して頂いている。ご家族が受診に行かれた場合はその都度様子を伺い支援している。	かかりつけ医受診も可能で、内科、精神科、整形外科の受診をする方が数名いる。訪問診療は内科、歯科がそれぞれ月2回である。夜間の医療体制は、マニュアルにクーリング対応から救急対応までまとめている。	
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	気づきや変化をケース記録に記入し職員間で情報共有し、その後主治医等に相談し対応している。緊急時も速やかに往診医に対応して頂ける体制をとり支援している。		
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。	入退院時には病院関係者との情報交換を円滑に行い状況の把握に努めている。そうした場合に備えて地域のケア会議や企画に参加し関係づくりに努めている。		
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	ご本人の状態の変化や終末期等にはご家族、主治医との話し合いを密にとり、今後の方針について十分に説明し納得して頂いた上で他職種、他サービス等の支援を受けられるよう取り組んでいる。	入居と同時に隣接の特別養護老人ホームに申し込む方もいる。重度化した場合は、医師立ち会いで家族に説明をする。看取りの研修として、毎年隣接施設の医師が講義をしており、いずれは対応することになると考えている。	
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	緊急時対応マニュアルの勉強会を実施し緊急時に備えている。又、新人職員は救護訓練も受講している。		
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	事業所で防災年間計画を立案しお客様が安全に避難できるよう訓練を実施している。事業所内の訓練以外にも地域の防災訓練にも参加し協力体制を築いている。	年2回消防署立ち合いの防災訓練を実施している。年6回自主訓練として、水害想定・炊き出しや放水訓練、緊急連絡網訓練等を行っている。災害時、住民に当事業所を利用してもらえるよう自治会長や地域の方々に伝えている。	

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>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	馴染みの関係を大切にしながらお客様を尊重した声かけに努めている。排せ時等も自尊心に配慮した声かけを行なっている。事業所内で接遇の勉強会を実施している。	実践評価表により自分の評価をしている。こやまケア行動指針では、利用者はお客様と示され、職員はそれを頭に置いて対応している。	
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	飲み物から理美容、衣類等普段の生活の中で自己決定して頂けるようお声かけをしている。企画時などにお客様のしたい事をお聞きし希望に沿う企画を立案してる。		
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	職員の都合や業務を優先にするのではなく、散歩や入浴時間、就寝時間等一人ひとりの生活ペースを尊重し過ぎて頂いている。		
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	入浴時の衣類をご自分で選んで頂いたり、訪問理美容等を通してその人らしくいられるよう支援している。		
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	お客様に役割を持って頂き食事の準備や片付けを職員と一緒にしている。職員もお客様と一緒に食事をとり楽しい雰囲気を作っている。	隣接の特別養護老人ホームと同じメニューで食事提供している。企画としておやつ作り(お好み焼き、たこ焼き)や流しソーメン・ビアガーデン等の楽しみも提供されている。誕生日祝いに外食へ出かけることもある。	
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	献立は管理栄養士が栄養バランスに配慮し立てている。食事量、水分量を毎日確認し、摂取量が少ない場合は、ご本人の嗜好に合わせて味付けを変えたり、お好きな物を提供する等し、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	毎食後、介助が必要なお客様には職員が介助し口腔内を清潔に保てるよう支援している。又、訪問歯科ご利用のお客様は定期的に受診を受け必要な治療、口腔ケアを行っている。		

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
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	むやみにオムツ対応とせず、介助が必要な方でもトイレで排泄ができるよう適時トイレ誘導を行っている。その方に合ったオムツ類を選定し個別ケアに努めている。	自立だが夜だけポータブルトイレを使用する方、排泄チェック表をもとに声掛けするとトイレに行けるが、夜だけオムツの方等いろいろなケースがある。習慣を活かし、個々の状態に合わせた支援をしている。	
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	午前、午後と体操・レクの時間を設け適度に運動を促し便秘予防に努めている。水分量に関しては一人ひとり記録をとって把握し、必要な支援を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回は必ず入浴できるよう基本の入浴日は決めてあるが、ご本人の希望があった場合は入浴日の変更や時間の変更を行い支援している。	週2回の入浴としているが、体調や気分により変わる場合もある。希望により週3回の対応をしている方もいる。入浴嫌いな方には声掛けを工夫し、入っていただいている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	レク等活動している時であってもご本人が希望された場合は尊重し休息して頂くよう支援している。生活習慣としてある場合はプランに盛り込み支援している。		
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	お客様の薬事情報を各ユニットに完備し目的、副作用について理解できるようにしている。薬の変更があった場合は周知を行い体調変化がないか様子観察に努めている。		
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	メリハリのある生活が送れるよう役割を持って頂いたり、お好きなレクリエーションを提供し支援している。その他にも毎月お客様の希望に沿い外出レク等を企画している。		
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に支援している	お客様が買い物、散歩に行きたいと希望があった場合は職員が付き添い希望に沿うよう支援して。又、ご家族、ご本人の要望として散歩等がある方はプランに盛り込み支援している。外出先が一般の方がいる場所の時は事前に連絡し協力を得ている。	日常の散歩コースがある。小学校の体育館の近くを通る為、生徒の声が聞こえる。お地藏様をお参りする方の生活習慣を大切に職員が同行している。家族と旅行を楽しむため外泊する方もいる。	1日に1回は外に出る事を励行する為、散歩に加えて、中庭で利用者と職員が畑仕事を一緒にする等の外出支援が出来ることを期待する。



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	入居時に、紛失等のトラブルを防止する為に金銭は所持しないよう説明している。ご本人がお金を持つ事を希望している場合は、ご家族にリスクを説明し了解を得た上で少額を所持して頂いている。		
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	ご希望で居室に電話の設置をしているお客様もあり、ご家族や大切な人と関わりが持てるよう支援している。		
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	季節感のある写真を飾ったり、お客様の写真を飾り自分の家と感ぜられるよう配慮している。温度計を設置し適温に設定したり、暖色の電気を使用し暖かみのある雰囲気を感じられるよう配慮している。	2ユニットは2階のワンフロアにあり、往来は自由である。階下の小規模多機能型居宅介護事業所の利用で来た地域の知人との交流もある。手作りカレンダーや貼り絵はリビングに飾っている。利用者は職員と一緒に掃除機をかけたりモップかけをする。	
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	お客様同士の関係性に配慮し机や座席の位置を配置しお客様が一人ひとりが居心地よく過ごして頂けるように工夫している。		
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	居室に、馴染みのある家具や使い慣れた物を置いて頂き、ご自宅の雰囲気を感じて過ごして頂けるように支援している。	標準設備はベッド、エアコン、カーテン、照明器具である。リネンは週1回交換となる。TVやテーブル、チェスト、使い慣れた椅子の他、日課で水やりする植木鉢を持参する方もいる。職員と一緒に掃除をしている。	
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	手すりにカラーのテープを貼ったり、トイレに分かり易い表示をつける等、視力や認知機能の低下にも配慮し安全かつ自立した生活を送れるよう支援している。		