

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	3770500415		
法人名	医療法人社団 素耕会		
事業所名	富士グループホームほほえみ		
所在地	香川県観音寺市観音寺町甲2899番地3		
自己評価作成日	平成29年7月27日	評価結果市町受理日	平成28年3月4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.kaigokensaku.jp/37/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会		
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号		
訪問調査日	平成29年9月11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)】

理念に「誠心」を掲げ、住み慣れた町中で「その人らしく」生活できるよう、本人の気持ちや状況を常に考えながら日々の生活支援に取り組んでいる。
生き生きと楽しく生活できるよう、脳リハ、歩行リハビリ、体操、レクリエーション、散歩、外食、ドライブ等工夫している。日中はほとんどの利用者がリビングに集まり、職員や利用者同士で会話が絶えることなく過ごし、1ユニットで職員、利用者がアットホームな雰囲気でご過ごしている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

事業所は、2階建の2階にあり、1階が併設のデイサービスセンターとなっている。理念の「誠心」をわかり易く具体化して職員に提示し、利用者一人ひとりの意向を大切に自立できる支援を目指し、取り組んでいる。1ユニットの事業所であり、現在の利用者は、自立度の高い利用者が多く、職員と利用者は明るいきいきと笑顔で寄り添い、家庭的な雰囲気でご暮らしている。事業所は、医療法人が母体であり、医療連携体制が整備されており、利用者や家族の安心に繋がっている。運営推進会議を通して、事業所の災害時の避難訓練に地域の方が参加し、避難した利用者の見守りを具体的に提案するなど協力関係を築いている。

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 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

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	理念と目標を見える所に掲示している。理念を具体化したものを伝え、職員間で共有できるように努めている。	理念の「誠心」と目標を事業所内で掲示している。理念を職員間で共有できるようわかり易く具体化して、日々の個別ケアに活かせるよう努めている。	
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	自治会に入会し、地域の情報を得ることができる。地域老人会の慰問があったり、ホームの方からも納涼祭や避難訓練等行事への参加を呼びかけている。	開所時から自治会に加入している。地域の方と散歩時に挨拶を交わしたり、二胡演奏のボランティアや地域老人会の訪問を受け交流している。ホーム行事の納涼祭や避難訓練等を地域の方へ案内し、参加してもらっている。	自治会に加入するなど、地域との交流に取り組んでいるが、地域の子もたちとの交流の機会を設けたり、話し相手、外出支援など、具体的な活動を想定したボランティア募集など、日常的に利用者が地域との交流が図られるような取り組みを期待したい。
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	運営推進会議の時に地域の困り事について話し合い、市につなげる事もある。又キャラバンメイトに登録し市町村や社協と協働して認知症の人やその家族を支える体制作りに取り組んでいく。		
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ヶ月に一度開催する中で出席者が少なく、まだまだ意見を運営や支援に反映できていない。利用者、家族の率直な意見をいただき、実践へつなげている。	運営推進会議は、2か月に1度、週・曜日・時間を決めて開催し、利用者・家族代表・地域住民・市職員・地域包括支援センターが参加している。事業所の状況報告や意見交換を行っており、運営協議会で提供された情報で、地元商工団体が開催した災害研修に職員が参加するなど、運営推進会議の意見や情報をサービス向上に活かしている。	
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	運営推進会議に市職員に出席してもらい、ホームで抱えている悩み、問題点を相談し、意見を聞いている。毎日の生活介護の中で疑問点があれば都度、市に問い合わせしている。	運営推進会議の際に問題や課題点等について相談し、アドバイスをもらっている。管理者が、支援内容について、市担当者に相談するなど協力関係を築いている。	

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
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	「身体拘束」のマニュアルを解りやすい所に掲示し、職員に周知、施設内研修で資料を用い、「拘束しないケア」の理解を深めていく取り組みを行っている。2階出入り口の夜間の施錠については、生命の安全の為、家族の同意書をもっている。	身体拘束防止マニュアルを作成しており、施設内研修を実施し、身体拘束をしないケアを正しく理解するよう努めている。玄関は家族の同意を得て、施錠している。帰宅願望を察知した時は、荷物を持って落ち着くまで寄り添い、見守る支援をしている。ベッドから立ち上がり時の転倒防止にセンサーマット使用の利用者がいる。	
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	施設内研修として、資料を用い虐待についての理解を深める。また日頃、職員との会話の中で、些細な変化にも気付けるよう精神的な面でのケアについても意識している。		
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	施設内研修で、資料を用いて学ぶ機会を設けたが、十分な理解とまでは言えない。今後も引き続き必要性について話し合い、得られた知識を利用者家族に周知していく。		
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	契約説明の際にはグループホームの趣旨を説明。疑問や不安な点を聞き、また入所後、生活状況や発生されると思われる事柄、対応について話し合い、納得して頂いて契約を交わしている。		
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	利用者の要望等は個々に合った落ち着いた時間帯に耳を傾け、日常生活の中から汲み取るようにしている。家族には面会時や運営推進会議時等に意見を頂いている。	意見箱を玄関に設置している。家族の面会時や運営推進会議等で利用者や家族の希望を聴いている。歩くなど体を動かす機会を増やして欲しいという家族からの要望に対し、職員で話し合った結果を家族に連絡し、家族の安心と信頼関係に繋げている。	

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
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	定期的な面談や全体会、朝の朝礼時等に、希望、意見、提案を都度、聞いていけるような体制や関係性作りに努めている。	年2回、理事・管理者による職員との面談の際や全体会・申し送り時に職員の意見を把握している。職員の意見をもとに、記録等について業務改善を行った。外部研修に職員を積極的に参加させ、夜勤・入浴・食材の買物等に各1名の専任のパート職員を導入するなどの取り組みを行っている。	
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	概ね半年に一度人事考課を行い、本人にも自己評価を行ってもらい、本人の課題や努力しているところを把握。職員の実績を具体的に評価するように努めている。		
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	必要となる共通の知識や技術については、研修やその他機会を設け、身につけてもらえる取り組みを行いながら、ホーム外でも学べる機会の確保に努めている。		
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	グループホーム協議会主催の研修会やキャラバンメイト登録を通じて、同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや職員が相互訪問や勉強会等、活動できるよう依頼している。		
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	事前に訪問して頂いたり、入所申し込み時の家族、ケアマネ等の情報を元に、初回面接時に本人が不安にならないような対応が出来るよう留意している。(面談場所や時間、環境)		
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	入所申し込みの時点で、家族が抱えている不安や悩み、施設に対してどのような考えや思いを持っているのか、可能な限り理解し、良好な関係の構築に努める。		

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
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	事前訪問やホームに来て頂く機会を設け、本人や家族の抱える不安を傾聴し、本人本位の支援で、家族と支援者側とのかかわり方を話している。		
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	本人が得意とすることや経験を活かせるような場面作りを大切にし、また一緒にさせて頂くという立場で支援している。		
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	面会の際に本人の入所前の生活や思いを聞き、家族の状況を踏まえた上で、可能な限り協力していただける関係となるよう努めている。		
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	親戚や近隣の方などの面会や電話連絡、手紙等の関係の継続はある。	家族や親戚・友人などが訪問されている。地域の老人会の慰問や気候の良い時は、近くの神社へ散歩に出かけるなど、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	利用者の特徴を把握し、座席を考え、楽しく過ごせる環境作りに配慮している。外出の時に車椅子を押してもらうなど助け合い、支え合えるような支援に努めている。		
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	契約終了後も関連機関への情報提供、相談を行っている。本人、家族の心配など必要に応じて相談を受けている。		
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	日々の会話や本人の様子から、その方の思いや望む事を感じ取り、意向の把握に努めている。困難な場合は、その方の性格、生活歴や家族からの情報を踏まえ、本人主体の関わりが持てるよう検討している。	利用者の担当制を導入しており、担当者を中心に日々の会話や様子から、利用者の意向の把握に努めている。利用者の希望を踏まえいくつかの選択肢を提供し、個々が決定できるように支援している。意向の把握が困難な場合は、家族から情報を得て利用者本位に検討している。	

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
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	利用者家族、ケアマネ、サービス提供責任者等、関わりある方から情報を集めている。入所後も継続的に情報収集に努めている。		
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	一人ひとりの生活パターンを理解し、心身状態の変化に留意し、気付いた事は記録に残している。申し送り、カンファレンス、モニタリングを行い、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	本人、家族の意見を取り入れ、日常生活を維持し、自立に向けたケアプランを立案している。毎日の申し送り、ミニカンファを通して、担当が課題を整理。必要に応じて話し合い、現状の把握に努めている。	利用者や家族の希望と、毎日のモニタリングチェック表、申し送り、ミニカンファレンスから担当が課題を整理し、内容により職員で話し合い、その人らしく自立に向けた介護計画を作成している。見直しは3か月ごとに行い、状態が変化した場合は随時見直し共有している。	
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	生活記録に利用者の日々の様子や活動の記録を残し、気づきや工夫は、申し送りやミニカンファで話し合い、記録に残し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。		
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	利用者や家族の状況に応じて受診の同行、買い物等、柔軟な支援を行っている。状態変化時は連携シートにて、かかりつけ医に相談したり、受診同行を行い、医療との連携を取りながら支援している。		
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	地域老人会の慰問、近所の美容院からの訪問理容、近所スーパーでの買い物や外食、行楽地等、本人や家族の意向をもとに資源の活用を心がけている。		

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
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し、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	入所時に本人、家族希望のかかりつけ医を確認している。原則、家族に受診をお願いしているが、緊急時や家族対応困難な時はホームで行っている。	利用者や家族の希望のかかりつけ医を尊重し、適切な医療を受けられるよう支援している。系列の協力医療機関がかかりつけ医の場合は、週1回往診がある。他医療機関を受診する場合は、家族または職員が支援している。受診結果については、家族と情報共有している。	
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	医療連携体制により、正看護師が週1回以上訪問してくれ、利用者の健康管理をしてくれる。利用者の体調についても都度相談し、アドバイスを受ける事ができる。		
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。	入院時には医療連携シートにて情報提供を行っている。 受診時には担当医への紹介状、介護経過報告書等を提出し情報交換や連携に努めている。		
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	重度化した場合の対応指針を作成し、入居時に説明し同意を得ている。 ターミナルケアの研修に参加し、看取りについて話し合っているが、現在終末期までは対応実績はなく、少しでも変化あった場合は、家族に連絡し入院の段取りとなっている。	入居時に、重度化した場合や終末期の対応指針を家族に説明し、同意を得ている。職員研修でターミナルケアや看取りについて学んでいる。利用者の状態が変化した場合は、医師、家族、職員で改めて話し合い、方針を共有している。見取りの実績はないが、見取りの希望があれば、支援する体制を整備している。	
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	緊急時の対応に備え、AED講習、応急手当研修に参加。緊急時には富士クリニックDr.に連絡し(昼夜を問わず対応)指示を仰いでいる。		

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
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3回の避難訓練を行っている。昼夜の災害時におけるマニュアルを作成し、事務所に掲示している。利用者一人ひとりの防災カードを作っている。避難訓練には地域の方への協力をお願いしている。	災害対応マニュアルを作成し、年3回火災と地震想定での避難訓練を実施しており、火災想定での避難訓練は、1階に併設されているサービスセンターと合同で実施している。避難訓練の際に、地域の人に避難した利用者の見守りを依頼している。また、利用者一人ひとりの氏名、服薬や既往症の情報を記載した防災カードを作成している。	職員や利用者家族への災害伝言ダイヤルの利用方法の周知、施設設備の地震対策の確認など、より具体的な大規模震災対策の充実を期待したい。
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	施設内研修として、資料を用い、介護現場におけるプライバシーについて考え、理解を深めた。特に入浴時や排泄時に関しては出来るだけ羞恥心、自尊心を尊重し、プライバシーを損ねないようにしている。家族等には、個人情報に関する説明をし、書面で同意を得ている。	職員は施設内研修として、プライバシー保護・個人情報に関する資料を回覧して、理解を深めている。特に、入浴や排泄時は誇りやプライバシーを損なわないよう配慮した支援に努めている。職員の言動は、管理者がその都度指導している。個人情報の取り扱いについては、家族に説明し、同意を得ている。	
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	生活の中で本人の希望を聞いて、その人らしく生活できるよう働きかけている。職員が利用者の希望、好みを把握するよう努めており、選択肢を提供し自分で決定できるように努めている。		
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	1日の日課はだいたい決まっているが、やりたい事を尋ね、確認しながら柔軟に対応しその人のペースを大切にしている。		
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	訪問理美容では本人の好みのスタイルを聞きながらカットしている。衣類は出来るだけ自分の選んだ物を着て頂いている。		

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
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	偏食や禁忌食は代替のものを提供。季節や年中行事のメニューを取り入れ、職員が手作りしている。出来るだけ調理の下準備、テーブル拭き、お盆拭き、食器洗い等手伝って頂き、昼食は職員も一緒に会話を楽しみながら食事している。	職員が交替で献立の作成と調理を行っている。利用者は下準備や後片付けなど、できることを手伝っている。好みの茶碗・湯呑・箸を持参してもらい、職員と会話を楽しみながら食事している。おやつにホットケーキ・焼き芋・たこ焼きなどを手作りしている。	
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	食事、水分摂取量を管理している。状態に応じて粥食や水分にトロミをつけたり、必要な方には栄養補助飲料を医師に相談し、提供している。		
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、口腔ケアの声かけを行っている。夜間は義歯洗浄後、ポリドント使用し、口臭予防。食事前に口腔体操を実施している。ブラッシング出来ない人には洗口液を使用している。		
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	職員は排泄チェック表や個人記録を活用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握するとともに、利用者の仕草やサインから察知して、声かけ誘導し、出来るだけ失敗なくトイレでの排泄ができるよう支援している。	職員は排泄チェック表や個人記録から、利用者個々の排泄パターンを把握し、利用者の仕草などからさりげなく声かけ、トイレ誘導して失敗なく排泄できるよう支援している。利用者の多くがリハビリパンツを利用しており、オムツの利用者はいない。	
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	食事の献立に気をつけ、毎日廊下歩行やリハビリ体操を行っている。排便の有無の確認。毎日、牛乳の提供、水分摂取の声かけ。便秘がちな利用者は主治医指示のもと便剤を服用している。		
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	週3回程度入浴できる様にしている。職員の都合で時間帯が決まってしまうが、順番は本人の意向を確認している。入浴拒否のある人は職員を替えて誘ったり、時間を空けて声かけする等工夫している。	週3回は個浴での入浴が楽しめるよう支援している。週5日入浴介護専任職員が支援している。入浴拒否する利用者には、声かけをする職員を替えたり、時間を置いて声かけすることで全員入浴している。	

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
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	休息したい時は自由に居室にて休まれているが、昼夜逆転にならない様声かけしている。居室の温度調節や冬場は加湿している。不眠時は医師、家族と相談し、睡眠導入剤や安定剤服用している方もいる。		
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	ケースに薬名や目的を記載。薬説明書をファイルし、全職員が目を通し易く把握できるようにしている。薬が変わった場合等は特に様子観察を行っている。薬は施錠管理するようにしている。		
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	掃除、洗濯、お盆拭き、食器洗い、料理の下ごしらえ等役割については継続して行えるようにし、脳リハ、レク、散歩、外出、外食、ドライブ、季節行事等で気分転換を図れるように支援している。		
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	月に一度は外出、外食、ドライブに出かけ、行きたい所や食べたい物等意見を聞いている。 玄関先での外気浴や散歩等はその日のスタッフのメンバーや人数によって行ける日と行けない日がある。	日常的に、事業所周辺の散歩、玄関先での外気浴をしている。月に1回は、外出や外食、ドライブに出かけ、季節感を感じられるよう支援している。年1回、家族同伴の日帰りバスツアーを行い大変喜ばれている。	
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	高額での所持はトラブルにならないよう、本人、家族に伝え、ホームで預かり、出納簿に記入、来訪時に確認していただいている。 外出時の外食や購入品は自分で購入するが、支払いは預かり金から職員が支払いしている。		
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	本人の希望あれば、家族の承諾を得て電話をかけている。かかってきた電話は取次ぎ、手紙も頂いているが返信するまでには至っていない。		

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
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	室温や湿度、光の調整をその都度利用者に確認している。季節ごとの展示物やレクの際に作成した作品、行事の写真を飾るようにして、目でも楽しんでいただけるようにしている。居室やトイレには混乱を防ぐために名札や表示をつけている。	共有空間であるリビングの天窗からは自然光が入り、明るく清潔感が感じられるよう工夫されている。季節感溢れるお月見の大きな作品などや行事写真を壁に飾っており、家庭的なゆったりとした落ちついた雰囲気になるよう工夫している。	
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	席の決まったテーブルの他に、自由に座れるソファや椅子と畳があり、気の合った人同士がゆっくりと話ができるようにしている。独りになりたい時はゆっくりと居室で過ごすことができる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	本人にとって安心した居心地よい居室となるよう、馴染みの物や写真や趣味を行うテーブル等配置。行動スペースを確保し安全も配慮して生活している。	居室にベッドとタンスが備え付けられている。寝具は利用者の好みの物を持ち込んでいる。衣服は取りやすい所に吊るしている。家族写真や手作り作品を置き、居心地よく安心して過ごせるよう支援している。	
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	施設内には手すりが設置されており安全に移動が出来るような作りになっている。バリアフリー対応の事業所であるので、歩行が不安定な人は老人車を押すなどして行きたい所へ自由に移動ができる。		