

### 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	0770403103		
法人名	ハートフルなこそ		
事業所名	グループホーム わいの家 めくいユニット		
所在地	福島県いわき市植田町小名田13-2		
自己評価作成日	平成29年1月23日	評価結果市町村受理日	平成29年5月18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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/07/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人福島県シルバーサービス振興会		
所在地	〒960-8253 福島県福島市泉字堀ノ内15番地の3		
訪問調査日	平成29年2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)】

わいの家=私の家ということを理念に反映し、家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりのペースで生活できるように支援している。生活環境は、ハード面とソフト面から、自宅で過ごしていた生活を継続できるように、居室環境を作り、生活パターンを計画し支援している。ご家族との協力で、面会時もゆっくり過ごされる方が多い。地域との係わりでは、推進会議の反映もあり、高校生のボランティア、保育園の遊戯の見学参加、自治会の行事への参加など、社会の中で共に暮らすことを目指している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

1. 家庭的な雰囲気の中でゆったり穏やかに、利用者が能力に応じた役割(ゴミ出し・料理・掃除・買い物等)を持って生活できるよう支援しており、利用者一人ひとりが自分のペースで生活している。  
 2. 近くの保育園や高校と定期的に交流を行ったり、自治会に入り、利用者地域行事へ参加している。また、事業所の呼びかけで年に2回、非常災害時の訓練を地域と共に行う等、地域との交流が積極的に行われている。  
 3. 介護福祉士等の資格取得のための研修費用(受講費・旅費等)の補助をしたり、合格者へお祝い金を支給している。また、職場の協力体制を築き働きやすい職場づくりに取り組み、職員の働く意欲の向上につながっている。

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 ↓該当する項目に○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
<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	入職時に理念の説明、確認をしている。玄関や事務所日誌等目の触れる場所に掲示している。	法人の理念と地域密着型サービスの役割を反映させた事業所の基本方針を作成している。理念が実現出来るよう具体的な支援内容を日誌のしおりに書いてあり、日々それを見ながら記録をすることで、職員全員が理念等の実践に繋げている。	
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	自治会行事への参加、合同避難訓練の開催、町内の散歩時に挨拶を交わすなど、地域住民との交流を心がけている。	隣組に入り、利用者と地域行事に積極的に参加している。また、ボランティアとして近隣の高校生や動物病院のアニマルセラピー、お盆のじゃんがら踊り等の訪問が定期的にある。自治会に協力を呼びかけ、自治会と共催での防災訓練を年に2回実施している。	
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	合同防災訓練の際の、地域住民へ車椅子の扱いや、認知症対応についてアドバイスをするなどしている。また、見学等の随時受け付け、学生実習の受入等を行っている		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている	年6回推進会議を行い、わいの家での出来事や防災状況等を報告し、意見を頂くことと、包括支援センター職員などから、イベントや行事等の情報を頂いている。	運営推進会議は定期的開催されている。会議では事業所行事・利用者の状況・評価結果等を詳しく伝え、毎回様々な議題が検討されている。毎年、地域と合同で災害訓練を実施しているため、訓練に対する意見等が出され、事業所運営に反映されている。	
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取り組んでいる	推進会議にて地域包括支援センター職員の方に参加していただき、わいの家の出来事や外部情報を頂くなど、相互に情報交換している。また、協同での情報交換回等を実施している	市の担当者へは介護保険の更新手続きや不明点等の相談をしている。また、地域ケア会議の分科会へグループホームの代表として参加し、在宅の認知症高齢者への対応に意見を出す等、市の地域ケア推進課の職員と情報交換の機会がある。	
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	身体拘束についての研修、または、伝達研修を受け、身体拘束をしないケアの重要性を理解し、日中は玄関の施錠をせずに入居者の生活をなるべく抑制しないようケアを工夫している。	身体拘束のないケアについて研修会を開催し、職員全員で共通理解を深めている。職員が利用者一人ひとりの生活パターンを理解し、細やかな目配り、気配りをしながら、外出しそうな利用者にはさりげなく同行する事で鍵をかけない自由な生活につながっている。	

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
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	虐待についてのアンケートを実施や、勉強会の開催をしている。事業所内での対応についても身体拘束に関する委員会で共有し、虐待防止に努めている。		
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	研修会への参加や、参加者の伝達研修を通して、会議の場を使用しながら話し合いをし、意識を高めている。しかし、自立支援事業や、成年後見制度に特化した研修会への参加は無かった。		
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	重要事項説明書を提示し、入居に関する説明をしており、内容改定の際は改定内容を文書化し、説明の上同意を頂いている。また、相談窓口を明確にすることで相談しやすい環境を整えている。		
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	玄関にメッセージボックスを設置したり、ご家族の面会時には職員から話しかけ、気軽に意見や要望等を出しやすい環境を作るようにしている。	家族の面会時、電話連絡時、運営推進会議や行事出席時に職員が積極的に、意見や要望を聞くように努めている。把握した意見等は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	会議や、日頃の業務の中で感じたこと等を副主任や、管理者へ伝え、職員と一緒に話し合ったり必要に応じて業務内容の見直し等を作っている。	毎月1回、ケアワーカー会議を開催して職員の意見や要望等を聞き取り、早番の業務の見直しなどにつなげている。また、管理者は日常の会話の中からも職員の意見や要望を聞き運営に反映させている。	
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	資格取得支援を行い、有資格者への資格手当の支給等を行っている。また、人員確保プロジェクト等の活動を通し、配置人数の確保を図る取り組みや、超過勤務に関しては、超過勤務に関しては、条件にあった給与を支給している。		
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	法人内研修を、階層別や、職種別、課題別等体系化することで、職員のスキルに見合った内容で研修実施し、外部団体に所属し、団体主催の研修運営や、受講を進めている。		

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
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	福島県認知症GH協議会の会員となり、協議会運営等の運営参加等へ理解を示しており、協議会主催の研修等へ参加することで、管理者、スタッフとともに他施設職員等との交流の機会を持っている。		
<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	入居前に生活歴や症状等の情報を確認し、可能な範囲で入居前の生活の継続が出来るようなサービスを提供し、安心できる居場所が出来よう馴染みの関係作りに努めている。		
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	アセスメント時に、ご家族の希望や心配事などを聞き取るようにし、面会時にはその後の様子などこまめに伝えるようにしている。		
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	グループホームでの生活に慣れるまでは、本人の状況に観察を続け、その時に必要な支援の提供に努めている。		
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	本人の能力を見極め、家事などを役割として自分で行える部分は役割として自分で行っていただいたり、一人では困難でも、職員と一緒にいたりしている。		
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	面会時、家族とのコミュニケーションの仲立ちや、認識できなくなった家族でも、入居者の日頃の様子を伝え、関係が途切れないよう支援している。		
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	親戚や、知人の面会時、本人との関係を職員が事前に確認、把握し、本人が混乱しないよう、フォローしたり今まで利用していた店なども継続して利用できるよう支援している。	知人や親戚の訪問時にはお茶等を出し、ゆっくり過ごしてもらえよう支援している。職員対応で馴染みの床屋に出かけたり、家族の協力を得ながらドライブや外食、自宅へ戻る等、利用者がこれまで大切にしてきたことの継続に努めている。	

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
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	利用者同士の関係性を考慮しカップリングをし、利用者同士のコミュニケーションも大切にして見守りを行っている。トラブルになりそうなときは役割等の場面転換や声掛けをして距離を置くなどお互いの精神面の観察をして関わりを持てるようにしている。		
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	退去後も気軽に相談や来所をしていただけるように声掛けしている。病院へ入院した方の面会やご家族にお会いした時の声をしている。		
<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	意思疎通の図れる利用者は日々の生活や会話の中で本人の要望などを記録し、スタッフ同士で情報共有し、意向の把握に努めている。困難であるときは本人の状態を見ながらスタッフ同士で話し合いを行い、その人らしい生活が出来るよう支援している。	利用開始時に家族から得た情報と毎日のケアの中で確認した利用者の言葉・表情等から思いや意向を把握し職員間で共有している。意思表示が困難な場合には、家族の情報をもとに、利用者本位に検討している。	
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	入居者本人やご家族面会時にご家族に尋ねたり本人の会話の中で、以前の暮らしなどを伺っている。		
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	一人ひとりのその日の様子や体調により、皆と過ごしたり、自室で過ごしたりと本人のペースに合わせて過ごしてもらえるよう声掛けなどの対応をしている。また、本人の残存能力を維持出来るよう一人ひとりの筋力に合った日課の声掛けをしている。		
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	日頃のサービスに関するケース記録等での情報共有、会議等でのサービスに関する意見の集約等を行っている。	利用者・家族の思いをもとに利用者のアセスメント結果とケアワーカー会議での職員の意見を取入れ、モニタリング結果を踏まえて、計画作成担当者が介護計画を作成している。定期的に計画の見直しを行い、状況変化時は随時見直しを行い現状に合った計画作成に取り組んでいる。	
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	ケース記録には本人の状態や情報、スタッフの対応や結果等を記入する欄があり、会話内容や本人の言葉なども記録している。本人の状況をスタッフ同士で情報共有し、実践や計画の見直しをスムーズに出来るようにしている。		

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
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	外出支援や、居室レイアウト、必要物品の買い物の支援等必要に応じたサービスを提供している。また、遠方のご家族であれば、入院中の面会や、洗濯物の回収等柔軟に対応している。		
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	食材の買い出し等同じスーパーで買物をする事で、馴染みの関係を築き、安心して買い出しの役割を行えるような対応をしている。また、アニマルセラピーなど、地元のボランティアを活用するなどの取り組みをしている。		
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	入居時、主治医に関してはご家族の希望で継続、変更などを決定している。	かかりつけ医は、入居時の利用者・家族の希望に沿って決めている。協力医は月1回の往診があり、急変時は病院へお連れしている。受診結果はその都度連絡し情報共有されている。家族対応で通院の際は、日頃の様子を文書で伝え、受診結果は、家族から直接お聞きしている。	
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	非常勤正看護師がおり、日々の健康状態等の情報提供をしている。24時間オンコールになっており、電話連絡で相談出来るようになっていいる。		
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。	協力病院と日頃より連携を図っている。緊急時も、協力病院へ連絡し指示を頂き対応。入院時は、病院側への情報提供、定期的な面会を行い情報収集に努め、スムーズな退院を図っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時の説明、重度化した際の説明や医師からの病状説明等に立ち会い、対応を相談するなどご家族の意思決定の支援を行っている。	入居時に、事業所のターミナルケアの理念・方針・終末期対応指針を利用者・家族に説明し、同意を得ている。重度化した際には、家族と一緒に医師からの説明を受け関係者が情報を共有しながら、家族の希望に沿って看取り支援に取り組んでいる。	
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	法人主催の普通救命講習を入職後受講している		

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
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	4月～11月は毎月総合富南訓練を開催し、内2回は地域住民との合同訓練をしている。今年度は、地域住民との防災訓練に地震、水害を想定した図上訓練(DIG)を取り入れた。	消防署立ち合いの総合訓練と事業所独自の避難訓練は、毎回夜間想定で行っている。事業者が呼びかけた地区との合同防災訓練は年に2回実施し、地域住民(自治会役員、近所の人、子供会役員等)が10人以上参加しており、水害を想定した図上訓練、水消火器の体験等も行っている。備蓄は毛布や飲料水、食料品等が用意されてる。	
<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	申し送り等の職員間での情報交換時は名前を言わず、頭文字で表現するなどの配慮をしている。また、声掛け時の心構えとして、認知症対応時の3原則をトイレや、ケースファイルに提示するなどして誤った言葉掛けをしないよう努めている。	利用者のプライバシーの保護については、事業所の研修会等で全員に周知されている。職員は特に利用者への言葉かけには十分注意をはらい、声かけ時の心構えをトイレに貼ったり、ケースファイルに挟む等日々確認しながら支援している。	
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	大きな事故決定が出来なくても、食べ物や衣類等、小さな自己決定が出来よう働きかけを行っている。		
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	各利用者のペースに合わせた支援を行い、本人の様子を見て散歩対応や、隣のユニットの利用者との交流を楽しんで頂け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	毎日の更衣時、利用者に選んでもらったり、一人ひとりの好みを把握したり、各利用者におしゃれを楽しんでもらえるように支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている	入居者の好むメニューを一緒に考え、食事の買物や調理を一緒に行っていただくことで、食事への意欲を引き出せるよう対応している。誕生日などには豪華にしたり、皆でお祝いしたり、楽しく過ごせるように支援している。	献立は、入居者の希望を取り入れユニット毎に、職員が作成している。利用者と一緒に近くのスーパーに食材の買い出しに行き、できる方には調理を手伝ってもらい、出来た食事は、職員も一緒に食卓を囲み楽しい食事となるように支援している。	
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	毎食時の食事水分量の観察を行っている。不足時は本人の状態を見て、嗜好品を摂取してもらい、良好な状態を維持でき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
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	食後口腔ケアの声掛けし、介助を行い、義歯の方は寝る前に外し、毎日消毒している。		
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	排泄パターンを把握し、失敗しないよう、トイレで排泄できるよう支援している。	入居時からの利用者個々の排泄記録や排泄サインを見ながら排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行い、リハビリパンツから布パンツとパットに改善された人もいる。紙オムツやパット減らしを意識し、その人に合ったものをミーティングで検討し減少させる事につなげている。	
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	毎朝牛乳を提供し、水分量、運動を促したりと、苦痛にならないようにその方の状態に応じながら対応している。		
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	入居者さんの入浴意志を確認しながら、興味のある話を話題にし、コミュニケーションを図り、楽しく入浴できるように支援している。	入浴回数は週2回以上としているが、利用者の希望を尊重し対応している。入浴拒否者に対しては時間を変えたり、言葉かけを変え等、工夫し支援している。また、季節湯(菖蒲、柚子)や入浴剤なども使用し変化をつけ楽しんで頂いている。	
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	その人のできることを選びながら外出運動を促し、日中活動的に生活が送れるよう支援している。		
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	一人ひとりの薬の内容、目的を把握し、服薬支援している。		
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	ご本人の能力や得意なこと、好きなことを探り、役割を行って頂く。また、共有スペース、個室の環境を整え、快適に過ごせるように支援している。		



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
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	買い物など定期的に外出の機会をもお受けている。また、季節に合わせ花見や初詣など、その方の状態を見ながら外出支援を行っている。	外出支援は個別支援で実施している。日常的にゴミ出しを手伝ってもらったり、事業所の向かいにある公園まで散歩に出かけたり、毎日の食材の買い物に同行してもらおう等外出支援を行っている。初詣や花見、西小屋行事へ出かける等のドライブの機会もある。	
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	基本的に金銭預かりはしていないが、ご本人の必要なものや、要望に応じ立替え、買い物ができるよう支援している。		
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	要望に応じ対応。ご自分で電話ができない方に関しては職員が代行し、ご家族との連絡調整等を行っている。		
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	トイレや浴室等に関しては、毎日清掃し、清潔を保っている。共有空間は整理整頓して無駄なものも置かないようにし、快適な空間となるよう心がけている。	一般家庭を想定した造りになっており玄関上がりのホールには季節がらお雛様が飾られていた。重度化しても利用者が自力で這って動けるよう居間は和室となっている。1ユニットに4か所ある和室には掘り炬燵やソファがあり、台所の脇に食堂がある。共用空間は家庭的な雰囲気となっており、利用者一人ひとりが思い思いの場所でくつろいで居る。	
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	共有空間も、数部屋に分かれており、過ごしやすい場所を洗濯していただいている。また、入居者同士の人間関係を観察し、気の合う方同士を同一空間に誘導するなどの対応をしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている	ほんにんがご家族で使用されていた馴染みの家具や人形を安全に配置し、居心地よく過ごせるよう配慮している。また、季節に合った寝具やカーペットで過ごせるよう、ご家族に連絡し、職員とともに整理を行い環境を整えている。	広い居室に、利用者は自宅から馴染みのもの(筆筒、写真、仏壇、人形、テレビ等)を持参し、安心して過ごせる個性的な部屋になっている。居室の中も良く整理整頓されており、居心地の良い環境になるよう配慮されている。	
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	その方のライフスタイルに合わせ、ベッド、布団等選択してもらえるようにしている。全館バリアフリーとなっており、障害になるような物を置かないなどの工夫をしている。		