

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	1070200868		
法人名	有)ほっとぱーく		
事業所名	グループホームほっとぱーく		
所在地	高崎市竜見町4-17		
自己評価作成日	23年6月	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	http://www.kaijokensaku.jp/10/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	サービス評価センターはあとらんど		
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7群馬県公社総合ビル5階		
訪問調査日	平成25年6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)】

家庭的な環境を整え 出来るだけ普通の暮らしの中で 本人の意思を尊重し日々関わりを持つ。いろいろ働きかけをするが強制することなく 出来ない所を補い和やかに共同生活を過ごして頂くよう支援している。ひとりひとりの職員が利用者様にとって自らが環境因子と自覚し、目標を持って自己研鑽し前向きに真摯に認知症介護に向き合っている。

【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)】

共用空間と居室には利用者が今まで暮らしてきた生活が反映されている。共同生活施設というよりも、まるで近所の友人が集まっているような雰囲気がある。木や障子が使われ、垣根が窓越しに見える。装飾も子供っぽさがない。利用者を共に生きる人として支援している様子が受け取れる。また、職員は働きながら資格を取得している。より理念に基づいたケアをしたいという目標を持ち、地域に働きかけながら共に生きている。また、終末期に向けた支援を充実させ、家族の要望に添った支援を実践する準備ができています。

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	職員の解りやすい理念を掲げ、皆で共有し実践している。地域とのつながりを大切に御家族、利用者様に安心して過ごして頂けるよう心がけている	「安心して暮らせる支援」を目標に実践の場で迷った時には理念に立ち返っている。不安の表現は利用者それぞれ異なるが、その不安に対して、安心して暮らせるところに戻せる支援をどの職員でも同じにできることが目標である。	
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	散歩や買い物で地域の方々どふれあい敬老の日には保育園児の訪問も受けている。子供達の安全の家でもある。有事の時には御協力願えるよう避難訓練に参加頂いた。地域のイベントには寄付等で協力させて頂いている。	地域住民は事業所を認識してくれている。散歩時には近隣に声をかけ、利用者を覚えてくれている。消防訓練には区長、民生委員が参加協力してくれている。非常時には外部にも認識できるベルをつけてはいかがかという意見が出ている。	
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	開所13年、認知症介護専門事業所としての経験をもとに 御家族に認知症の症状がでてきて対応に戸惑われている方々の相談等を承わっている。		
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、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	会議が隔月なので2ヶ月間のホーム内外の状況を詳しく報告し、行政や地域の代表者、御家族等より頂くアドバイスを利用者様のサービス向上に生かしている。	定期的に開催され、家族・民生委員・市の担当者が出席して状況報告がされ、防災訓練等について意見交換が行われている。家族には電話で開催を知らせている。	
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	アンケートに答えたり説明会に参加。必要時には相談しアドバイスを頂いている。運営推進会議に於いて、ホームの取り組みを定期的に伝え、意見交換や情報収集等で協力関係が築けるよう努めている。	介護相談員が月に1度訪問し、オレンジボランティアを受け入れている。制度について相談したりしている。	
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	ホームの方針を職員が守り、夜間以外は基本的に玄関の施錠はせず 日常的に拘束はしない。点滴等の緊急時または危険回避のための拘束は同意書を頂いており、後に記録し御家族や関係者に報告するようにしている。	玄関の施錠はしていない。居室の窓も自由に開けられる。身体拘束について研修を受け、職員は共有している。ホームページで日常生活を公開している。	
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	虐待については全職員に外部の研修に行ってもらい、職員会議で報告してもらい、日頃より利用者様の身体状況確認 行動 表情 気分の変化などをチェックし細部にわたる申し送りや打ち合わせで虐待の防止に努めている		

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
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	其々の職員が研修に参加し、得た知識や理解した事を会議等で全職員に自らの言葉で伝えてもらう。制度を皆で考える機会としている。		
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	契約時に十分説明し、御家族が納得した上で署名捺印をして頂いている。料金や居室替えの可能性、医療に関する現時点での取決め等を確認し合いお互いの信頼関係を築く始まりとしている。		
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	苦情箱を設置。苦情申し立て機関の掲示。面会時に直接会話。第三者評価機関のアンケート。介護相談員。運営推進会議時に民生委員、行政の人にも要望を話してもらえるようにしている	苦情箱には入らないが、月に1度の利用料の支払い訪問時に話をしている。また、年に3回(七夕・敬老会・新年会)家族を招待し、行事の後に職員と家族が話し合いの機会を持ち、意見等表出する場を設けている。	
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	月1回の全体会議やチーム会議、毎日の申し送り時等、小人数なので随時、質問や意見を聴き運営に反映している。また、面接の機会も設けている。	チーム制をとり3組で利用者を受持ち、職員が変わっても同じケアができるように考え方を共有し、内容を記録してプランに反映させている。全体会議や申し送り時・昼休みの時にも意見が出され全体会議で話し合われている。	
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	職員の適正や全体のバランスを把握し、職員の努力、実績を給与に反映している。そして自ら仕事のやりがいを見つけ、使命に気づくよう話し合いの機会や研修の機会を設けている。		
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	職員の成長の段階・意欲 適性に応じ研修の機会や会議 ミーティングの機会を設けている。利用者様との信頼の構築を実践しながら仕事に興味をもち続けられるよう支援している。		
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	協会の研修やその他の研修に参加して他の法人職員との交流に努め、各々が情報交換の機会を活かしサービスの向上を考えるきっかけとなるよう希望している		

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
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	家庭訪問で生活の継続を模索。ご家族から今までの情報を見聞しアセスメントへ記入してもらう。入居後は情報を共有し 御本人の不安や疑問に都度丁寧に対応することで信頼関係を早期に築くよう支援している		
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	入所契約書を交わす段階で誤解のないよう丁寧に説明。面会時には状況を報告。健康上の事は随時報告。プランを立てるにあたって要望を伺い 安心して過ごして頂けるよう勤めている。		
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	利用者様や御家族が入所を選ばなければならなかった思いや状況を受け止め 心身ともに必要なサービスを速やかに提供し 理念でもある利用者様、御家族双方が安心して過ごせるよう努める		
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	利用者様同士の共同生活を職員が支えるという考え方で支援している。残された能力に応じて利用者様は主体的に過ごされているので 一方的に介護される立場にはなっていないと考えている。		
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	利用者様と御家族が共に過ごす機会を大切に考え、いつでも面会可能で 御家族が気兼ねのないよう心がけている。御家族の協力なくして認知症の共同生活はなりたらず利用者様が支障なく過ごせるよう共に支援している		
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	御家族との面会 外出 友人親戚との交流 取次ぎ 美容院 病院 ペットを連れての面会等、これまでの価値観や社会とのつながりを継続できるよう支援している	外出したり、友人が訪問している。面会に来やすいように努力している。お盆やお正月には外出を勧めている。自信の持てる能力を見つけ支援している。	
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	狭い空間での共同生活なので孤立しないように 関わり過ぎて不愉快な思いをしないよう 利用者様同士が助け合い 楽しめる関係を構築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
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	サービスが終了しても今までの共同生活の状況を踏まえ、病棟を訪ね相談や支援に努めている。亡くなった後には、訪れる御家族と思い出を語り合う機会もある		
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	日頃より感情や考えを表出しやすい関わりを心掛けている。その中から御本人の思いや希望 意向を把握し御家族とも相談しながら支援に反映している	チーム制になっている。チーム会議と全体会議でも利用者の不安のもとを検討し情報を共有している。本人の希望と職員が推察し、家族の想いと共にプランに結びつけている。	
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	御家族からお話を伺ったり、アセスメントに記入して頂いたりしている。それを日々の関わり方のヒントとし、これまでの生き方や大切にしてきた事を継続した支援が出来るよう支援する。		
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	一人一人の利用者様の出来る事、解る事、体調の変化を読み取り、共同生活に支障なくしたいと思うことが叶うよう支援して		
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	御本人の意向を汲み取り 御家族の希望を伺い主治医の所見、職員間でアセスメントをしてプランを作成している。チーム毎にモニタリングし現状に即したプランを立てている。	毎月のモニタリングを基に、3ヶ月毎の見直しと随時の見直しを行い、現状に即した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	全体的な日誌と個別の記録を記入。体調 社会や家族との関係 気分のあり方 言動の変化 その日のエピソードなど生活の様子やその人が解る記述をして対応や話題づくりに活かしている。		
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	医療 福祉用具 家族間の調整等 ニーズに従って、本人にとっていいサービスを御家族の協力をいただきながら都度取り入れている。		

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
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	ホーム自体が地域に融合し支えられて存在している。その中の一人ひとりが地域の中へ出掛け、ふれあい、地域の資源を活用させて貰いながら普通に近い暮らしを体感出来るよう支援している		
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	基本的には提携している診療所から往診してもらい必要時に受診しているが、協力病院に無い診療科目の場合は他の病院へ受診 その状況を診療所へ報告している。	契約時に説明し、全員が納得して協力医に月に2度の往診にかかっている。眼科等は職員が受診支援をする場合がある。緊急性がない場合は家族が支援している。週に1度訪問看護ステーションの健康チェックを本人の希望でかかっている。	
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	訪問看護師が週1回定期訪問をしている。24時間の見守り介護の中で 少しの変化も捉え継続して観察記録 速やかに提携医療機関、訪問看護ステーション、御家族に知らせ指示を仰ぎ利用者様の体調管理に努めている。		
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。	提携先に入院できるので適切な治療を受け退院の時期など情報を交換しやすい。		
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	重度化する度に 利用者様、御家族 医療関係者 事業所それぞれが現状を確認し先々の事を相談しながら 出来るだけホームで過ごせるよう支援している。ターミナルも行っている。	医療体制が整い事業所として看取りの準備がいき、昨年1人看取っている。職員も研修をしている。病气と身体のリハビリ等家族の意向や本人の意向(出来る人)を確認している。事業所の方針と最後は何を望むか家族の意向に添って支援をする方向である。	
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	救急救命の講習を全員が受け 窒息 転倒 骨折 意識が無い時などは状態により救急搬送する。24時間医療体制が敷かれているので 医師 看護師に連絡し指示を仰ぎ対応するようになっている		
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	全職員と消防署 消防機器点検業者 近隣住民、区長さん、民生委員さん 大家さん等の参加で避難訓練を施行。普段は避難口である玄関の昇り降りを外出の機会を見つけては体得してもらっている。	24年9月夜間想定総合訓練・25年4月消防署立合い夜間想定消火・避難訓練、区長・民生委員・地域住民参加を実施した。利用者が出口を確認できるように毎日玄関から出ることを習慣にしている。備蓄は水、缶詰等の用意がある。緊急時に外にベルが聞こえる設備の検討もしている。	今後も利用者と職員が避難技術を身に付けられるように、毎月の自主訓練を記録に残し行ってほしい。地域の協力も引き続き依頼してほしい。

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	常に高齢者である利用者様の目線にたち、ひとりひとりの想いに添い、より良いケアの提供に努められるよう管理者として目配りをしている。問題が起きた時には、その理由を謙虚に考え、より笑顔が増えるよう促している。	できていない場合はその都度指導している。利用者同志のトラブルの時は若い職員に指導することもある。利用者同士、利用者と職員の相性等は日常の出来事を通して職員の采配を見守っている。	
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	無為の状態に置かないよう日頃より働きかける中で強制をしないことで信頼関係を築き何が出来るか どうしたいのかを言葉や行動で表出できる環境づくりを心がけ希望にこたえる。		
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	午前は出来るだけ散歩や身体を動かすメニューを組むが体調気分を尊重し強制はしない。人数メンバー興味にあわせ仕掛けをし参加は自由としている。無為の状態に置かないようにできること したいことを模索しながら支援している		
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	清潔を常とし、御家族の希望 御本人のこだわりや好みを考慮し季節にあった服装をして頂くよう支援している。		
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	食事は利用者様にとって一番の楽しみと考えているので 出前、外食も取り入れ 買い物 下ごしらえ 茶碗片付け お茶入れ テーブル拭きをしてもらったり 季節のたべものを話題にし日ごろ楽しんでる。	管理者は食事が一番の楽しみと捉えている。バイキング、外食やお寿司の出前が喜ばれている。料理を作ることもケアと促している。おやつは10時に乳製品、3時は手作りを提供し、味の評価を利用者がしている。	
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	食事のバランス 栄養 形状 水分摂取を考慮し 摂取量を記録 月1回の体重測定 血液検査 様子観察にて体調を把握している。		
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	食事の後の口腔ケアを習慣化 徹底している。御自分でしたり 誘導 一部 全介助と能力に応じて実施し、誤嚥性肺炎 虫歯 口臭等を防止し 出来るだけ長く口から栄養が取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
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	アセスメントにより介助の必要内容を見極め失敗をさせないように 膀胱炎やかぶれを起こさないように誘導したり 羞恥心への配慮を優先したり等、個々の時々のニーズにあわせ支援している。	トイレでの排泄を行っている。1人が転倒し肩の脱臼がありオムツだったが、今はその人も昼はトイレ、夜オムツとなっている。失敗した時はトイレやシャワー浴などで対応し清潔を保持している。	
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	運動 水分 食事摂取量 食餌の内容に気を配りながら 定期的に排便が見られるよう個々に記録をとり、様子で薬も併用しながら排便・体調管理をしている		
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	御本人の意思を尊重し 声掛け入浴を実施。拒否がある場合も何日も入浴しないと膀胱炎や皮膚の病気になりやすいので 暖かい 日中 安全 タイミングを計り声掛け 最悪下半身だけでも入浴して頂くよう努力をしている。	毎日声をかけていた時もあるが、現在は週に3日午後2時からの入浴体制である。拒否の人もいるが、何度か誘っている。入浴日以外には声をかけていない。事業所側で入ってもらいたい人に声をかけている。	曜日に拘らず、毎日声を掛け、入れる人には入ってもらう支援をお願いしたい。
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	重度化で自ら臥床できる人が少ないので体調や生活習慣により休息を促し 認知症から来る夜間の目覚めた時の不安に適切に対応し 安心して入眠し睡眠が維持でき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	薬について勉強会をし疑問を医療関係者に聞き 特徴を理解し 管理 服薬介助 服薬確認 様子観察により症状の変化を都度 医師へ報告し 薬の調整をお願いしている。		
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	御本人を知りえる人からの情報や 観察からアセスメントし 御本人にあった共同生活者とのかかわりや家族の協力を得て 無為の状態に置かないよう日々試行錯誤し 参加は決して強制はしない		
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	毎日散歩や時々の外食 お使い ドライブに出かけて外出の欲求を満たすようにしている。フラットと散歩に出たくなった人にはできるだけ同行 御家族の協力をいただきながら個々の出かけた気持に対応している。	日常的には散歩やその人の気分で外出している。また、月に2回のドライブや外食、家族との外出や外食等なるべく外に出られる支援をしている。	

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
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	御家族と御本人の希望で個人的に御金を持って頂いていて、使い方や管理は御本人とご家族にお願いしている。		
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	御家族と相談の上 不信感を持たれないよう 御本人が希望すれば 直ちに電話や手紙の対応をし、いつでも連絡がとれるという安心感を持ってもらうよう支援している。		
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	狭いので 共用の空間での情報が多すぎて混乱し、刺激が過度で不快にならないよう職員の振る舞いや利用者様同士の摩擦も含めて環境を調節している。季節の置物や花を飾り 窓から風や緑が目に入る普通の家の造りなので生活感はあると思う。	障子から庭の垣根越しに道路が見える。玄関が広く来訪者が気兼ねなく入ってこられる。共用空間は掃除が行き届き、今までの生活していた設えがあり、安心できる。利用者はそれぞれ会話を楽しんでいる。	
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	特別な場所は設けていないが 利用者様の動きをみていると、自席で談話や作業をしたり、玄関のソファでくつろいでいたり 台所で職員と話したりしている		
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	施設の物はベッドだけ。あとは使い慣れたものや御本人の好きなもの 御家族の希望のものを持ってきてもらい 職員もそれらを尊重し 使ったり 飾ったり 食べたり、御家族と自由に過ごせる居室環境を整えている。	各居室は整頓されおむつは見えないところに収納されている。布団も各自の好きなものを使っている。仏壇や写真が飾られ、椅子、タンスなどおしゃれに各自の身体レベルに合わせて配置されている。	
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	動線がシンプルなので混乱不安が少なく細かくアセスメントができる。その上で利用者様には自由に行動してもらい 都度少し援助することで自分で自分の事は出来ているかのごとく生活して頂いている		