

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	1092800034		
法人名	有限会社タマメディカルサービス		
事業所名	グループホーム タマメディカル五料		
所在地	群馬県佐波郡玉村町五料299		
自己評価作成日	平成27年7月6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27年7月24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)】

事業理念を職員の価値観及び行動指針としています。
 敬意 融和 研鑽
 私たちは利用者様の尊厳を守り、御家族、地域、医療との連携を図り、地域に密着し柔軟かつ多様なサービスを提供します。
 上記の理念に基づき利用者が笑顔で暮らしていける環境の形成。

【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)】

医療法人が設置主体であり、医療と介護の環境がある。管理者は、グループホームの本来の役割を認識し、グループホームのあるべき形を追求する強い意志と情熱を持って運営している。また、スタッフは、グループホームに対してやりがいや希望をもって職務に従事している。共同生活を大切に、やってみないとわからないという姿勢を大切に、前向きな対応を心がけている。家族会にはほぼ全員の家族が参加し、交流を深めたり、情報交換を行ったりする場になっている。また、地域包括ケアセンターが中心におこなっている地域ケア会議にも会議場所を提供するなど、中心的な役割を果たしている。家族とともに利用者を支え、一人ひとりの行動をあるがまま受け入れ、共に考え寄り添うことを実践している。

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している (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	理念に基づくケアの実現に関しては、職員会議や朝の申し送りの際のミーティングまたは、職員同士の情報交換を通して浸透、共有化、意思統一を図っている。	法人の理念を掲示し、日々活動している。法人の理念のもと、グループホームの目的や地域とのつながりの深さを盛り込んだ事業所としての理念を、スタッフとともに話し合っている最中である。管理者やスタッフのなかにあるテーマが、形になりつつある。	管理者やスタッフの根底にあるテーマを明文化され、よりどころとなる姿勢が明確になることを期待する。
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	利用者と共に地域の伝統行事に参加している。 近隣住民の入居者が増えている。	法人のお祭りや、地域のお祭りに、できるだけ参加している。また、地域包括ケアセンター主催の地域ケア会議に参加している。会議を通して長寿会や婦人会とのつながりも深まっている。	
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	運営推進会議の委員を初め地域住民、地域包括と地域ケア会議で高齢者・認知症高齢者をどう見守り、支援が出来るのかなど、ネットワーク作りをしている。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、委員の方にグループホームの近況を報告し、意見、提言を頂いている。	運営推進会議を地域ケア会議や家族会の集まりと合わせて開催することで、沢山の参加の元開催することができている。3ヶ月に1回のペースで区長や民生委員の参加を受け、地域行事への参加等の実践を形にしている。家族全員に案内や会議内容の報告を行うことで、更に参加者の意識が高まると考えている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	地域包括からの相談等あり、1名は月～金の通所利用、1名はグループホームに入所となった事や、地域ケア会議などに関わっていることもあり、情報交換を密にしている。	運営推進会議や地域ケア会議で意見交換を行うほかにも、市の担当者や区長のところに出向いて相談や依頼、情報交換を行っている。	
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	1人1人それぞれのケアを工夫することにより身体拘束は(皆無)していない。但し、利用者の状況、他利用者を配慮し、食堂から通所介護フロアへ通じるドアの施錠はする事がある。徘徊も抑制していない。	外部研修の案内や法人内の研修がある。利用者に寄り添い、スタッフ間で話し合いながら関わっている。管理者はもちろんスタッフ同士でも利用者への言葉遣いや対応の仕方を、確認しあっている。	
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	職員間でケアの実態をチェックしあい、利用者のトイレや入浴介助の際に身体観察(虐待の形跡)を行い、虐待防止に努めている。		

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	県や玉村町で開催する研修会等にできるだけ参加し現場で活かせるよう努めている。		
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	入居申し込み並びに契約、入居までの手続き、重要事項等詳細に説明し、入居前、入居後も疑問、質問を随時受け付けている。		
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	御家族の面会時や、電話での連絡、報告をする際に苦情、要望などの有無を直接声を掛けて伺っている。苦情などがあった際は職員会議の議題とし取り上げ、その後の運営に反映させている。	家族会を年2回開催することを目標にしている。また、家族の面会時に声をかけ直接話をして、状況を伝えたり要望を聞いたりしている。要望は、朝のミーティングで話し合っている。「家族は、直接職員へは言いにくいこともあるのではないか」という前提のもと、あらゆる意見を収集する方法を模索している。	間接的な方法や匿名での意見の収集方法を実施し、運営に反映できることを期待したい。
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	重要案件は、職員会議で議論する事になっている。 通常案件は、毎朝の申し送り時のミーティングで協議し、解決している。	朝の申し送り時のミーティングを中心に、意見交換を行っている。職員会議は、必要な時に開催している。レクリエーションの方向性や利用者へのかかわり方の話し合い、入居希望者の相談や情報の共有を行っている。人事の要望や事業所設備の要望も伝えやすい環境にある。	
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	賞与に関しては、管理者が第一次評価を行い、より客観性を高める為代表者が第二次評価を行い、報酬額を決定している。 結果を個々へフィードバックするまでには至っていない、今後の検討課題である。		
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	職員のスキルアップ向上の為に県や関連医療法人で開催される研修会には、可能な限り参加出来るよう勤務時間を調節する等柔軟に対応している。しかし、限られた職員で運営しているため一人一人を見た場合は、研修機会は多いとはいえない。		
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	関連施設への訪問や交流が活発化するよう心掛けているが、上記と同様少数職員のためその機会が多いとは言えない。		

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
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	利用者との日常のさりげない会話や表情、行動などを細かく観察し、毎日の関わりの中で不安・悩み・要望などの情報収集に努めている。		
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	今までの生活の様子などを御家族から詳しく伺うと共に、現在の生活の状況や心身機能の現状など御家族と情報交換する中で、御家族の不安、要望などを伺っている。		
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	入居希望の動機(家庭の状況、本人の心身の状況等)家族の要望、グループホームでどんな生活を望んでいるのか、どんな生活をして欲しいのかなど、御家族との相談の場や面談を通しヒヤリングをし、支援策を策定している。		
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	日常の本人との関わりや、支援・介護を通してその時、その時の本人の気持ちに寄り添いその中で本人のやりたい事、出来る事を見出し、共同生活の中で本人の出来る事を他者との分業にて分担し、家庭生活を送っていると感じられるよう努めている。		
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	利用者の様子や出来事などを随時報告すると共に、現在気に掛かっている事や、心配事などが無いのか伺っている。 御家族が気楽に面会に来られるような雰囲気作りに努めている。		
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	常に馴染みの友人や知人が面会に来られるよう開放感のある環境作りに努めている。	家族とともに、利用者を支えることを大切にしている。家族の協力のもと、外食やお墓参り、温泉旅行、理容・美容院の利用など、馴染みの人や場とのつながりを持っている。地域の友人が、面会に来られる場合もある。	
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	グループホームで生活している利用者同士の信頼関係が築け、親しくなり対話、コミュニケーションがとれるよう職員が仲介役となり、利用者が過ごしやすい雰囲気・環境作りを支援している。		

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	退院の見込みの無い長期入院や契約解除に至った場合。介護度の重度化により他施設などに移られた場合でもお見舞いや、面会をしている。 契約終了後(退所後)でも御家族の相談等の支援をしている。		
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	本人のその時、その時の状況や、ADLに合わせて入浴・排せつ・食事等を個別に意見を聞き対応している。	表情や行動の小さな変化を日々観察し、スタッフ間で情報共有を行い、いつもと違う様子が見られた場合には、本人が「何をどうしたいと思っているか」に、各職員が思いを寄せるよう努力している。本人希望への対応例としては、おやつ希望や買い物希望がある。1対1の時間を大切にしている。	
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	アセスメントや御家族から情報提供を頂いた上で生活歴や、性格、趣味、嗜好の把握をしている。 入所後は本人へのヒヤリングや日常生活の活動観察を通して、アセスメントと現在の様子を照らし合わせ現状の把握に努めている。		
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	バイタルチェック、排せつ、食事の摂取量、月に1回の体重測定、脳リハ、身体リハ、認知力テスト、精神・身体の状態等を通して現状把握に努めている。		
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	本人の現在の様子、精神・身体面の様子などを職員間で意見交換情報集約を通して介護計画を作成している。 介護計画書の内容を御家族や本人に説明し、介護計画を作成している。	計画作成担当者に、管理者やスタッフが情報提供している。介護計画は家族に説明し、押印されたものが、個々のファイルに綴じられ保管されている。口頭で職員の意見は伝えられているが、記録として残らないため、モニタリング用紙の書式を検討中である。	日々関わるスタッフの意見が十分反映されるようモニタリング方法を決めていくこと、また計画に対する各職員の意識をより高めるために、介護計画を日常的に各職員が確認できるような保管の方法を期待したい。
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	介護記録や申し送り等で職員全員が情報を共有し、日々のケアや介護計画の見直しに努めている。		
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	提携病院による月1回の往診を行っている。 心身の状態に変化が見られる時は主治医へ状況を報告し、随時診療を受け、健康維持に努めている。		

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
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	地域の文化活動や、伝統催事への参加は積極的に支援している。 しかし、老人会等への参加支援は心身の状況により大多数が、困難である。		
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	通院や、定期的な検診、治療は基本的に家族対応となっている。 医療機関への情報提供など支援している。	入居時に、主治医を家族に決めてもらっている。医師からの説明を、家族に直接聞いてもらいたいという考えから、往診以外の病院への受診と専門医への受診は、家族に対応してもらっている。緊急時は、事業所で対応している。	
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	利用者の心身の異常が見られた時は、介護職は自己判断せず、必ず主治医看護師に現状報告し、主治医または看護師の指示を仰ぎ対応策を立て実行している。		
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、病院に対して利用者の心身の状況やアセスメント並びに記録等の情報を提供している。 退院時には、病院からの看護サマリー等の情報を御家族に提供してもらい、御家族より施設に対し情報の提供をお願いしている。		
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	御家族と終末期の話し合いをした後、安楽に過ごせるよう主治医、かかりつけ医、関連の施設等と連携し、情報交換を行っている。	医療が必要になった段階で、家族と話し合っている。原則的には終末期対応はしていないことを、入居時に説明、事業所の方針としている。よって、重度化し要介護が進んだ場合は、特別養護老人ホーム等への申し込みをお願いしている。今後明文化し、家族の同意をもらう方向である。	
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	消防署の支援を受けADEの実施講習を受講した。		
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	消防訓練を年2回定期的に実施しており、その際には、夜間火災や自然災害時における避難訓練を行っている。 その際、運営推進会議の委員にも協力(参加)して頂いている。	年2回、5月と11月に消防署に来てもらい、消防訓練を行っている。運営推進会議のメンバーの協力もあり、緊急連絡網が作成されている。今後は、近隣の方の参加を実現に向けて検討している。	

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
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	事業理念に謳われているように、高齢者そして社会的地位にあった方たちに対して尊敬の念を持って言葉、態度で接するよう、全職員が出来る様心掛けている。	入浴や排せつは、1対1で行うことを基本にしている。出来ることは見守り、さり気ないサポートを行っている。スタッフの言葉遣いや行動で気づいたことは、個別に注意している。	
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	自己判断できる利用者には、基本的に自己決定してもらっている。 自己決定が無理な利用者には選択肢を提示し決定してもらっている。		
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	基本的に個別対応を行っている。 利用者個々の過ごし方を優先した支援を行っている。		
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、整容等その人らしい身だしなみを本人と確認しながら支援している。		
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	個々の状態を確認しながら支援している。 介助が必要な方には食材(料理)の説明をして食事介助をしている。 家事が好きな方にはテーブル拭きや食器洗い等を手伝って頂き、利用者皆さんで協力合って食事が出来るように心掛けている。	職員は、利用者と一緒にテーブルにつき支援しながら食事を摂っている。一緒に食べることで話題づくりになっている。下膳や洗い物・片付けは、できる利用者とともにやっている。食事担当のスタッフが、メニュー作成や買い出しをしており、利用者の意見を伝え反映させている。	
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	1週間ごとに献立を作成している。 食事の摂取量、排せつ等を記録し、月1回体重測定を行っている。 日々変化する個々の状態に応じた食事援助(介助を含む)を行っている。		
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、食堂の洗面所へ声掛けし、歯磨き誘導(案内)をしている。 入れ歯の方には入れ歯の洗浄を声掛けにて促し、自己にて洗浄が困難な方には、入れ歯の洗浄の支援(介助)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	自己にて出来る方には自己に任せている。時々(さりげなく)本人に声掛けし、排せつ等の確認をしている。 その他の方に関しては、個々の排せつパターンに応じて声掛け案内にて基本的に全員トイレで排せつをする事としている。	個々の排泄パターンをもとに声かけを行い、本人ができることを大切にしている。そうすることでパットの使用頻度が減ったり、布パンツに移行できたりしている。排泄が自立してくると、次第に利用者が穏やかになっていくことを、スタッフ全員が確信している。	
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	調理担当と連携し、水分、乳製品(主に牛乳)の摂取に心掛けている。 トイレ、入浴時等に腹部マッサージを取り入れている。		
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	自立と援助の方と一緒に入浴する。入浴が楽しみであり、喜びを感じられるよう、個々の能力に応じた介助・支援を行っている。また、入浴に難色を示す方には特に時間帯を決めず、基本的に2日に1回の入浴の機会をもうけている。	火・木・土・日のいずれかで、週3回の入浴を基本にしている。デイサービスに大きな浴槽があり、複数人で入浴を楽しめる他、個浴槽があり一人での入浴を楽しめるようになってきている。	
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	入床・起床時間は定時を設けず、個々に応じた時間で行っている。また、生活スタイルによっては、夜間の睡眠とは別に、昼寝休息が習慣になっている方もいる。 体調により安息が必要な時もあるので、習慣・状況に応じた対応をしている。		
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	認知症治療薬の服薬をはじめ、その効果・副作用等は主治医、看護師、薬剤師等から情報を提供してもらい、職員全員で把握するよう努めている。また、症状の変化などが見られる際には直ちに主治医、看護師に報告をしている。		
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	入所後も随時、生活歴や嗜好等の情報を御家族から情報提供いただき、現在の心身の状態等を考慮し、その人、その人にあつた役割を担ってもらえるよう配慮している。		
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	生活歴や利用者が好きなこと、好きな物など本人の意向を聞きながら外出の支援を行っている。 また、季節の行楽はその時のシーズンの事を取り入れて実施している。	買い物や近くの資料館に出かけることもある。家族対応の外出も多くある。そのなかで、外食や買い物など本人の希望と家族と過ごす時間の創出を働きかけている。また、車での外出を好む利用者には、買い物等の外出時に声をかけ、個別的な外出に対するニーズに対応している。	

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	御家族より小口の金銭を預かり、調剤薬局での支払いや、生活用品等が足りなくなり御家族が持ってこられるまでに間に合わない際に購入している。個別の出納帳に記入し、月に一度御家族に確認をしてもらっている。		
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	御家族や知人に連絡したいと要望があった時は、事務所の電話を提供すると共に、御家族からの電話の取次ぎも行っている。その他郵便物や、年賀状の支援も行っている。		
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	楽しかった思い出を回想できるよう催事や行事時に撮影した写真や、利用者が描いた絵、書道、作成した物を食堂や廊下などに飾っている。	デイサービスに繋がる扉は昼間は自由に入入りでき、広い空間を自由に移動できる。テーブルや椅子、ソファがあり、休憩できる環境がある。食後は自室で休むなど気ままに過ごせる環境がある。厨房から食事を作る音が聞こえ、のどかな時間が流れる。	
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	全員が一人になれる十分な共用空間はないため、ソファや食事のテーブル等の位置を移動したり、その時その時の状況に合わせて工夫をし、対応している。		
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	在宅時の写真や本人が愛用していた物、御家族に本人が過ごしやすい部屋になるよう相談し、協力してもらい部屋作りをしている。その他、グループホームでの行事の際の記念品や写真などを飾るなど行っている。	個々の状況でレイアウトされている。持ち込みに制限はない。クローゼットが充実し、衣服が整理されている。	
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	常に言葉かけ(声掛け)に重点を置き、自立を促すケアの実践に努めている。トイレの入り口に位置表示サインや、居室に入り口に利用者にわかりやすい表示(写真など)を付けるなど利用者の能力に合わせた工夫を行っている。		