

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	2190200127		
法人名	社会福祉法人 桜友会		
事業所名	ほほえみごこち田原(グループホーム)		
所在地	岐阜県関市西田原958番地		
自己評価作成日	平成27年2月5日	評価結果市町村受理日	平成27年5月12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.kai.gokensaku.jp/21/index.php?act=on_kouhyou_detai_2012_022_kani=true&i_gyosyoCd=2190200127-00&PrEfCd=21&Versi onCd=022
----------	---

【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 岐阜後見センター
所在地	岐阜県岐阜市平和通2丁目8番地7
訪問調査日	平成27年3月16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)】

一人ひとりが自分の思いを伝えやすい環境、落ち着いて過ごせる空間を状態に合わせて変更し、常にその人が尊重されていると実感でき職員全員が統一したケアが提供できるようなケアプランと合わせて個別ケアマニュアルを作成している。地域との交流については、外に散歩やスーパーへ買い物に出掛けたり、近所の方と交流したり毎月1回の外出や地域行事に参加している。地元の小学校に訪問したり来所してもらい交流を図っている。ボランティアの受け入れや併設している小規模多機能型居宅介護と合同での開催も行っている。家族会主催行事も年4回開催しておりご家族様との絆を深めご家族同士の関係作りも構築しながら支援方法についても相談し情報共有を心掛けている。

【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)】

意思表示が困難になりつつある利用者の意向を、より正しく、より深く把握するため、工夫された満足度調査が行われている。この結果は、モニタリングとリンクし、ケアプランに反映されている。認知症について理解促進のため、小学校への出前授業、地域の大学と協力し、各種行事、地域包括支援センターや民生委員と共に実施する介護相談コーナー等様々な事業実施を通じて、地域の関係機関・団体や地域の方々とのつながりを深めている。また、集団生活の中でも、一人ひとりの思いを大切に、テーブルの配置の工夫や居間の模様替え等の環境作りに取り組んでいる。

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、生き活きと働いている (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	法人理念に基づいて住み慣れた地域の中、慣れ親しんできた人たちの交流の中でその人らしく生きていくことを支援している。理念について勉強会を年度初めに行い実践に繋げている。	理念を踏まえて、利用者が集団での生活の中でも「その人らしく生きていくこと」の支援を常に念頭に置き、また笑顔のある暮らしの支援に心がけるよう意識し、実践につなげている。	
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	自治会に入り、盆踊りなどにも参加したり、小学校・保育園・大学とも交流している。小学校については4年生と認知症についての授業や施設見学等で交流を深めている。消防団には防災訓練に参加してもらっている。	地域との繋がりを大切にし、地域のネットワークづくりに取り組んでいる。豊かな発想で、様々な方面との連携拡充に向けた取り組みを行っている。	地域との繋がりを深めるため様々な取り組みを始めている。地域との関係づくりが確固たるものになるよう今後とも連携強化に向けた取り組みの継続を期待する。
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	少しでも多くの地域住民と認知症の方と関わって頂く機会を作りながら、理解を求めている。施設内・地域行事(文化祭)に介護相談コーナーを設置した。ボランティアなども積極的に受け入れている。		
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	昨年までは市高齢福祉課、民生委員、自治会長、御家族に案内し、出席いただいたが、今年度より地域包括支援センターにも参加してもらっている。地域情報等を意見交換しながらサービス向上に活かしている。	多くの方に参加していただくため、関係者が出席しやすいよう日程調整を工夫している。地域の高齢者にも会議の参加を促し、より幅広い意見を得ようと試みている。	
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	運営推進会議で活動報告や情報交換している。制度上でわからない事があれば電話で問い合わせたり、訪問したりして市の担当者との連絡は密に行っている。年1回市のボランティア活動の受け入れもしている。	事業所の運営や利用者の家庭問題、制度の疑問点等様々な事柄について相談し、助言を得る等協力関係ができています。	
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	出来る範囲でご本人の思いを傾聴し納得してもらえるような対応を心がけるよう努めている。不安定歩行者の見守りを強化したり、夜間以外は施錠はせず、体制を整えた上で自由に行動できるようにしている。	帰宅願望の強い利用者に対し、家族や知人に来訪をお願いする等、協力を得ながら改善した例がある。利用者一人ひとりの思いを把握し、本人のニーズに即した対応を行うことで拘束しない支援ができています。	
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	内部研修にて、虐待について学ぶ機会を持っている。職員が共通の理解を深めている。		

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について現状利用されている方はみえないが、年1回内部研修を行い理解を深めていき、必要に応じて紹介活用できるように努めている。		
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	契約には理解・納得をして署名・捺印をしていただいている。ご家族が疑問に思われたことは、その度に説明させていただいている。		
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	ご家族の面会時や家族会総会の中で家族等の意見や要望を伺いながら今年度の家族会行事についても行事の見直しを行ったり、処遇の改善につなげている。	家族会が主体的に活動しており、講演会や各種行事が家族会主催で行われている。職員の負担軽減のための助言、ボランティアの紹介、地域行事への参加案内等様々な情報や意見をいただき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	部内ミーティング、職員会議、経営会議を設け職員の意見や提案を汲み上げるシステムを構築している。またこれ以外にも各種委員会を設け運営及び福利厚生についても発案できる場を設けている。	管理者は職員が意見を言いやすい雰囲気づくりに努めている。聞き取った意見や提案を代表者に伝える仕組みがあり、運営に関する意見は検討の上、運営に反映されている。	
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	年2回、個別面談と成長シートで人事考課を行い、努力や実績を把握し、やりがいに繋がるシステムを構築している。成長シートは職員自ら評価項目を考え、必要に応じ内容を変更していく方法をとっている。		
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	教育訓練計画に従い、指導とスキルチェックを行い職員の力量を把握し、今後の指導要点を見極めている。また内部研修はもとより、外部研修も資格取得に繋がるものや有効と思われるものは受講を勧めている。		
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	同業者または同職種による会議や研修等には積極的に参加することを勧め、個別には、交流のある施設同士で事業所見学や情報交換、また職種を絞っての交流を行っている。		

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
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	入居前にはご家族に生活歴等を聞きながら情報収集を行い、ご本人に見学していただき何時間か過ごしてもらったり、行事があれば参加してもらい安心して暮らせるような環境を提案した上で入居していただいている。		
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	事前面接を行い、ご本人・ご家族の思いや要望を確認し、事業所として対応できる内容を明確にしながらかご理解して頂けるよう努め、信頼関係を築くようしている。		
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	入居していただく前に必要としている支援を他機関と連携しながら情報収集している。申込受付時にも現状の必要性に応じてサービス機関を紹介したり、認知症ケアの方法を助言している。		
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	できる事はやっていただく事を念頭に置き、個々に役割を持ってもらっている。ご入居者が職員に対し肩もみをしてあげたい気持ちに応えたり一緒に調理や掃除をしたりと家庭的な雰囲気を中心掛けている。		
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	入居者の状況に合わせて面会・通院・外出等の支援をしてもらったり、個人記録の閲覧やケアプランを通して認知症ケアをしていく上での家族支援の重要性を理解してもらうよう努めている。		
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	ご家族にも協力いただき馴染みの人に面会していただいたり馴染みの関係を継続出来る様に努めている。	家族と密な協力関係ができており、利用者の馴染みの人や場所についても様々な情報を得ている。また家族を通じて知人の来訪を依頼したり、家族と共に馴染みの場所へ出かけたりしている。	
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	入居者同士の相性を見ながら状況に応じて席の配置を替えている。和コーナーを洋室にしてソファを置きくつろげる場所にしてある。それぞれのペースに合わせて孤立しないように関わりを持つよう努めている。		

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
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	今年度は契約終了者がいなかったが、同法人へ移動された方が見れば法人の全体行事や職員が出入りする時に声掛けをしている。		
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	ケアプランのモニタリング時期に合わせてプランに添って満足度を居室担当者が確認しご本人の思いが尊重できるようにしている。困難な入居者に対しては、行動や仕草から思いを捉えるように努めている。	利用者の意向把握に努め、大声で歌いたい人、騒がしいのが嫌いな人、利用者間の相性に関して等、集団における生活の中にあっても一人ひとりの思いを大切に、満足した生活が送れるよう支援している。	
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	入居時にご家族にセンター方式の書式で生活歴や暮らし方等を記入していただき、その後ご本人・ご家族とコミュニケーションを図りながら情報把握に努めている。		
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	個々の日課計画表を3ヶ月に1回見直しをして一日の過ごし方を把握し、個人ケアマニュアルを作成し支援方法やリスクについても把握しながらどの職員も同じケアが提供できるように努めている。		
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	ご本人やご家族に思いや要望をモニタリング時や面会時・電話等で確認しながら、状況によってはその人を取り巻く周囲の方にも協力してもらい、ケアプランの見直しをしている。	定期的に医師や看護師、歯科衛生士の訪問があり、意見や助言を介護計画に反映させている。カンファレンスの際に職員間で利用者のモニタリング状況を話し合い、介護計画の見直しに繋げている。	
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	時系列で日々の様子やバイタル、入浴状況、排便状況・面会状況等を記載している。毎月1回のミーティングや日々のミーティング帳で情報共有を図りながらカンファレンスでモニタリングし計画の見直しをしている。		
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	併設施設である特長を活かして必要に応じて小規模多機能をご利用されている方と外出したり、合同レクを開催したりして普段の生活でも交流している。		

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	運営推進会議等で情報収集しながら地域行事の参加や地元ふれあいセンターとの情報交換、小学校との交流行事を積極的に行っている。ボランティアの来所や外出支援をしている。		
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、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	希望される医療機関で往診や家族対応で受診してもらっている。主治医一覧表を作り医師に生活の様子を伝え連携を図っている。診察状況はご家族に情報を伝えたり、電話等で連携している。	連携を取りやすいよう主治医一覧表には電話番号や住所が記載されている。受診については基本的には家族の付き添いをお願いしている。主治医にグループホームでの利用者の様子を詳細に情報提供をしている。	
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	特養から定期的に看護師に訪問してもらい、入居者の様子を観察してもらっている。状況によっては何度も訪問してもらいながら家族や主治医とも相談し指示をもらっている。		
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。	今年度入院者はいなかったが、入院された場合は少しでも認知症の症状が悪化しないように面会をして予防したり、家族や病院の看護師等と情報交換するようにしている。		
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	入居時の契約を交わす際に「看取りに関わる指針」により終末期の事を確認しておき、実際には該当する方はいないが重度化してきた場合には再度家族の思いを確認しながら方向性について話し合いをしていく。	特別養護老人ホームを併設しているため、重度化された利用者には法人全体で支えようという体制にある。サービスをつなぐという考えのもと、看取りに対する学習会を開いている。	
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	内部研修において、年1回勉強会の中で緊急対応マニュアルにそって振り返りをしながら実践力を身に付けている。		
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	昼・夜間想定計画を作成し年2回火災・地震を想定した防災訓練をしている。地域の消防団・同法人事業所にも協力してもらい訓練の講評や訓練指導・助言をしていただいている。	事業所の構造を知ってもらうため、防災訓練には消防団の参加をお願いしている。訓練は近隣の方々にも伝え、参加も呼びかけている。災害時の避難誘導について地域との協力関係ができています。	

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
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	定期的なモニタリングや月ミーティング、毎日の朝夕ミーティングの中で満足度や日々の会話の様子等を聞きながら対応方法を検討し支援している。	一人ひとりの意向を大切にしたいとの思いから、利用者好みや行動パターンを把握し、個別マニュアルを作成している。利用者の自主性を尊重し、利用者それぞれの関心に応じて、主体的な活動を支援する取り組みを行っている。	
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	主食はパンとご飯の選択性にしてある。その人の訴えがあれば傾聴しそれぞれの希望に応じ出来る範囲で自己決定してもらうように努めている。		
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、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	朝食はそれぞれの起床時間に合わせ提供し、昼食夕食については状況に応じて時間帯をずらして食べていただいている。入浴はご本人のペースで入ってもらっている。		
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	できる方はご自分で衣装を決めて着てもらい、出来ない方については、本人と確認しながら決めている。外出時はお出かけ用の衣装やその人によって化粧をして出かけている。		
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	旬の食材を献立に取り入れ、調理の中でそれぞれが出来る事をお願いしながら作っていただいたりしてもらっている。出来る方には下膳や食器洗いを手伝ってもらっている。	利用者の意見や希望を聞きながら、さらには、旬の食材を取り入れ、臨機応変に献立を変更している。盛り付けの方法や食器の柄等見た目にもこだわり、利用者の食に対する関心を高めている。	
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・水分量は毎食記録している。咀嚼力を踏まえご本人と確認しながら形態を変えたり、認知症からなる症状に対して食器や提供の仕方も変えて栄養摂取に努めている。		
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	毎食後口腔ケアの誘導をしている。毎月1回口腔必要に応じて歯科医に受診・往診を依頼している。1月より毎月1回全入居者の口腔内のチェックをチェック表で確認している。		

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	自立にて排泄される以外の方は24時間排泄状況をチェックし、排尿・排便感覚をつかみ時間を見ながら誘導している。意思表示のできない方は仕草を観察しながらトイレに誘導し自立支援に努めている。	失敗を恐れず積極的に自立に向けた支援に心がけている。失敗されたのですぐ紙パンツを使用するのではなく、ある一定の期間、様子を見て対応している。紙パンツから布パンツへ、パットは小さめのものにならないかと検討している。	
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	朝食時に乳製品、果物を取り入れ、水分を多めに飲んでいただいたり、散歩や運動の機会を作り腸の運動を促している。ご入居者によっては主治医と相談し薬の調整をしてもらい便秘にならないように努めている。		
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	毎日入浴できる体制はとっているが、出来る限りご入居者のペースに合わせて入浴時間を楽しんでもらっている。希望される方は柔軟に入れるように配慮している。	入浴したくない人に、夏であれば散歩に誘い、そのあとに「汗をかいたからお風呂に」、冬であれば、「寒いですから温まりましょう」等、様々な声かけの工夫をしている。	
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	一人ひとりの状況や生活スタイルに合わせて自分の時間で起床していただいたり、昼寝をしていただいたり、日中お手伝いや散歩をしていただきながら安眠に繋げられるように努めている。		
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	服薬マニュアルに沿って行っており、処方箋については最新の物を薬剤情報綴りのファイルで写真管理をし処方内容が変わった際には、写真を変更している。主治医や看護師と症状の変化は相談している。		
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	それぞれのできる力を見ながら役割を持っていただき、洗濯たみ・掃除等を手伝ってもらっている。毎月レク予定表を作り自己決定の中で参加して頂いたり、訴えられる方やその時の状況に応じ支援している。		
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	近隣のスーパーへ買い物に出かけたり、1か月前に外出予定日をお知らせし、月1回の外出行事を企画し自己決定してもらっている。ご家族様や関係者の方にはそれぞれで行きたい場所へ外出してもらっている。	気分や体調によって変わる利用者の希望を想定し、何れにも対応できる企画を考えている。近所にバラを栽培している家があり、そこへ訪問したり、近くの神社に出かけたり、つくしやよもぎ、すすき等を取りに出かけたりする等その時々にあった外出先を考えながら外出支援を行っている。	

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
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	必要に応じてご本人とご家族の責任のもとご自身で管理できる方については所持していただき、買い物外出時や移動パン屋の来所時等で使え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	ご本人の要望に応じて電話をしてもらっている。正月には年賀はがきを自分の送りたい方に出してもらっている。		
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	ご入居者の相性を観察しながら、テーブルの形等を変化させながら居心地良く過ごせるよう努めている。季節に応じて作品を作ってもらい居間に飾ったり、トイレや居室のわからなくなる方には表示板を作成し混乱しないように工夫している。	台所と食堂は一体化した造りであり、利用者と共に食事の準備、後片づけが行いやすい構造になっている。廊下は広く、やや薄暗くすることにより、落ち着いた雰囲気を醸し出している。各居室のドアは色分けされていて、わかりやすい。洗面所やトイレはとても清潔に保たれている。	
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	居間とは別に和コーナーを洋室にしてロールカーテンで空間を仕切れるようにし、それぞれ思い思いの場所でくつろげるようにしている。		
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	入居時に住み慣れていた場所に近い空間作りをご家族にお願いし、馴染みの物を持ち込んでいただき、季節ごとに衣類の入れ替え等をご家族に協力してもらい居心地よく過ごしてもらえるよう努めている。	居室には仏壇が置かれていたり、家族の写真や本人の作品が飾られていたりする等自分の居室として本人の主体性を尊重した暮らしができていたと思われた。またある部屋には利用者が数人集まり、カラオケに興じていた様子で、居心地良く過ごしてみえる様子が伺えた。	
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	居室のドアの色と各部屋の壁紙も違う壁紙にして居室の差別化をし自分の居室がわかるようにしている。状態に応じ、家具の配置やベッド柵を変更したりして、自立生活が送ってもらえるようにしている。		