

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	1090400084		
法人名	医療法人 原会		
事業所名	グループホーム 銘仙の家		
所在地	群馬県伊勢崎市平和町19-10		
自己評価作成日	H27.8.17	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9月17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)】

『みんなが仲良く、笑いの絶えない家』『地域・家族・人が集まる家』その人の持つ、個性が活かせる家』をグループホーム理念としています。
買物や外出等の機会を設け、楽しみの機会を作り、その活動を毎月新聞で報告しています。地域の方とは近隣の高校生との交流や近隣のお店に買物に行くなどして、交流の機会を持つようにしています。ご家族様とは、3ヶ月に1回のケアプラン説明の機会を中心に生活の報告をしています。入居者毎に担当制を設け、細かい要望や意見を聞いています。ひとり一人の個性や特徴を活かし、その人らしく生活できることを主眼に置きながら、共に生活しております。

【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)】

毎回、運営推進会議で理念を提示し、事業所の方向性を明確にしている。会議の開催日は固定せず全員の家族に開催通知を出すとともに、家族の出席の当番制を定めている。事業所では、毎年「家族アンケート」「利用者アンケート」を実施して、集計結果と改善策を家族に郵送している。事業所の「サービス向上委員会」では、苦情や禁止用語などが話し合われ、「〇〇は注意しよう」というような月ごとの目標を掲げ、共有化によるケア向上に取り組んでいる。また、介護サービス計画書の目標達成に向けては、計画書に記載されているサービス内容の実施状況について日々チェック表に記録し、計画に基づいた介護実践に取り組んでいる。事業所は3階建高齢者複合施設の一部門で、他に有料老人ホーム、デイサービス、ショートハウスがあり、管理者がすべての部門を統括している。

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 ↓該当するものに〇印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに〇印	
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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	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	〇	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)	〇	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	〇	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)	〇	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	グループホーム理念は、毎月発行している新聞や事業所内に掲示して、地域の方にも理解していただくようにしている。また、部門目標や日常ケア・行事を計画する際に理念をもとに設定している。	「みんなが仲良く、笑いの絶えない家」「地域・家族・人が集まる家」「その人の持つ、個性が活かせる家」という独自の理念を、毎回、新聞や運営推進会議録に記載し、家族や地域の方にも理解していただくようにしている。職員は理念に基づいて、毎年、年度の目標を決め、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	地域のお祭りや作品展に参加したり、近隣のスーパーで買い物を楽しんだり、近隣の食堂から出前をとったりしている。近隣の高校生ボランティアとの交流や、書道ボランティアとの日常的な交流をおこなっている。	公民館で開催される作品展に参加したり、お祭りの子ども神輿が寄ったりと、地域との交流が行われている。近隣の工業高校生が話し相手として来訪し、滑り止めにテニスボールを割って椅子の足につけるアイデアの提供も実践されている。	
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、施設の行事(納涼祭、防災訓練)などへの参加を呼びかける中で理解を深めていただいている。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、事故・苦情報告をし、参加者から意見をいただき、サービス向上に活かしている。	毎回の会議で、冒頭理念を読み上げるとともに、利用者の状況、事故・苦情・行事等を報告している。家族から緊急時以外の連絡方法について提案が出され、メール、面会時、連絡ノート等で個別な対応とした。会議の日程は固定せず、家族の当番制など出席しやすい環境づくりに努めている。	
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	運営推進会議に毎回参加していただき、活動内容を伝えている。こちらからの相談には、助言をいただいている。	市へは介護保険法改正の内容や書式の問い合わせなど、その時々疑問を問い合わせている。管理者が理学療法士のため、市の委託事業に参画するなど日頃からの交流が行われている。	
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	研修会は、年1回開催している。サービス向上委員会では、禁止用語について話し合い、言葉による抑制を防止している。施錠は、実施しているが、開錠する時間を設けている。	年に1回は身体拘束のテーマで学習会を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。最近では川崎の老人ホームの事件を機に緊急に虐待対策等の会議を行い、通報義務を再確認している。サービス向上委員会では、言葉による暴力とならない言葉づかいについて検討し、実践している。	
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	研修会は、年1回開催している。また、TVなどから虐待にいたったケースなどあれば、職員間でその都度話し合いをおこなっている。		

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
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	研修会は、年1回開催し、職員教育につとめている。		
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	書面と説明により、丁寧な説明を心がけている。また、相談先を明記することで契約後も相談しやすいように配慮している。		
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	運営推進会議への参加を依頼している。また、家族会を開催し、意見・要望をきいたり、年1回アンケートを実施しその後事業所内で改善策を立て、施設内に掲示、家族様への郵送をしている。	毎年、利用者には「食事やレクリエーション」等、家族には「ケアプランの満足度・不足の物・職員の能力」等の内容でのアンケートを実施し、集計結果を基に改善策を打ち出し、公表している。年2回の家族会をはじめ、各種行事で家族からの意見を聴取する機会をつくっている。	
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	毎月、業務改善会議を事業所内で開催している。今年度は、部門目標としても意見や提案をできることを部門の目標としている。日頃から話しやすい関係性作りに努力している。	毎月、業務改善会議を開催し、運営について職員の意見や提案を聞いている。「納涼祭は暑いので秋祭り」となった例もある。理念を踏まえての「個人目標管理シート」評価時の面談でも職員意見や提案を聞く機会を設けている。	
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	外部研修への参加を奨励している。また、法人が幹部会議を開催し、各事業所からの声を聞く場となっている。年2回の職員の面接を実施し、各職員の個人目標の把握と進捗状況の把握につとめている。		
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	外部研修への参加を奨励している。また、毎月研修会を実施している。勤務上参加できないことのないよう月2回実施し、必ず参加できるように配慮している。新人教育は、OJT研修を実施している。		
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	同法人内のグループホームと意見・相談ができるようになってきている。また、地域密着運営協議会で実施している施設間研修に参加し、他の事業所を体験し、業務に活かしている。		

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	入居前訪問を実施し、本人に直接面接している。入居後は、1週間毎日アセスメント、スタッフカンファレンスを開催し、こまめに対応できるようにしている。担当制により話しやすい関係作りにつとめている。		
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	入居前の訪問で家族の意見・要望を確認している。入居前日・入居後1週間のカンファレンスをし、変更等あれば家族にその都度連絡をし関係作りにつとめている。		
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	入居前・後カンファレンスを開催し、必要とされるケアについて話し合いをもっている。内容によっては、看護・リハビリ・栄養士へ相談している。		
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	個々のやりたいこと・できることを把握し、その人の出来る事はやってもらうよう支援している。ホームでできることは役割をもってやっていたり、共に生活していることを共感できるよう心がけている。		
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	家族様に対して生活の様子や状態をこまめに報告している。家族カンファレンスにおいてもこまめな報告を心がけている。また、面会時にはお茶をいれゆっくり過ごせる場所を提供したり、行司への参加を呼びかけている。		
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	家族との外出・外泊は推奨している。個別レクリエーションとして自宅へ行くという希望にも応えている。	自宅を見に職員とドライブに行く方や、親戚の人が来訪する方もある。年2回のドライブ行事で、花見や伊勢崎市内観光を行ったりして、利用者間の話題づくりにもなっている。	個別の馴染みの関係継続のための支援について、話し合うことを期待したい。
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	入居同士の関係性や一人ひとりの生活を把握し、トラブルにならないよう配慮している。トラブルが発生しそうな場合は、職員が仲介することにより、孤立や対立を防ぎ良好な関係が築けるよう心がけている。		

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
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	退居時は、家族へ生活状況を詳しく説明している。サービス利用についても相談にのっている。他施設や入院の際は、情報提供とともに面会に行ったりしている。		
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	担当制を設け、毎月本人から希望・要望を伺いケアプランに反映させるようにしている。	個々の担当者は、日々の利用者の生活支援とともに、モニタリングにもかかわりケアプラン作成の一翼を担っている。現在、意思表示の出来ない利用者はいないが、生活歴も考慮し真意を推察するなど、本人本位の支援実現に努めている。	
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	入居前に家族・本人の生活歴について情報収集をしている。		
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	『情報ノート』を活用し、現状の把握とともに職員間の情報共有につとめている。特に変化があったことは、申し送りをおこなっている。		
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	毎月モニタリングを実施している。3ヶ月定期でスタッフカンファレンスを開催し、ケアプランを見直している。状態が変化した場合もその都度ケアプランの見直しをしている。	サービス計画書に記載されたサービス内容の実施状況について、日々チェック表で確認している。モニタリングは毎月行い、目標、サービス内容、満足度、適正度等を評価し、3ヶ月毎に課題についてもカンファレンスで見直しをし、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	介護記録は、詳細な個別記録をしている。介護記録と情報ノートで情報共有をしている。「報・連・相」のメモを活用している。		
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	同施設内の他事業所・他職種職員と連携がとれる状態にあり、意見を聞き参考になっている。		

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
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	入居者の希望にあわせ近くの店へ買い物に行っている。高校生との交流や地域のボランティアの受け入れもしている。		
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	隔週で往診、臨時往診も対応している。本人・家族の希望でかかりつけ医を選択している。外部受診の際は、情報提供シートを活用し、受診先に情報が正確に提供できるようにしている。	ほとんどの利用者が、系列の医療法人の医師をかかりつけ医とし、隔週で往診を受けている。歯科医の往診もある。敷地内の高齢者複合施設には看護師・歯科衛生士が配置されており、看護師は日に1回来訪し、職員と情報を共有し、歯科衛生士は必要時対応している。	
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	毎日入居者のバイタルチェックをし、異常があれば看護師に速やかに報告、相談をしている。受診が必要な場合は家族と連絡を取り受診ができるようにしている。		
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。	入院時は、お見舞いに行き情報把握に努めている。また、病院のムンテラに出席することもある。施設相談と病院相談員との日頃の関係づくりができており、情報交換や相談もしやすい。		
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	契約時・家族カンファレンス時に重度化や終末期についての説明をしている。本人・家族の意向を確認した上でホームで出来ることを説明し、同意書にて確認をとっている。	看取りについては、入居時に希望を聞くとともに、終末期に「ターミナルケアについての同意書」を取り交わしている。職員には、看取り後の自己評価票の記入をもとめ、心の負担のケアに努めている。今年から「ターミナル委員会」を設置し、各種情報の共有化に取り組んでいる。	
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	急変時の対応について研修会を実施している。救急時物品の場所はわかりやすいよう表示している。マニュアルについてすぐ見られるようにしている。		
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	年2回防災訓練を実施している。近隣の方にも参加を呼びかけている。事業所内では、主に誘導訓練を実施している。	消防指導の避難訓練の他に、年に2回、避難経路の確認を兼ねて、全員が動くことを目標に避難訓練を行っている。訓練には、運営推進会議メンバーの参加もあった。運営推進会議では、災害時、事業所への駆け込み避難を提案している。複合施設全体として、3日分の備蓄があることも伝えている。	

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	一人ひとりの生活のペースを大切にしている。レクリエーション等は、参加を呼びかけながらも自由に選択できるようにしている。排泄時の声かけは特に他者に気づかれないう配慮している。	呼称は、苗字に「さん」を原則にしている。居室への入室時の声かけや、トイレ誘導時の声かけ等、一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねないよう配慮している。各種の記録は、パソコン処理のため漏洩対策となっている。	
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	自分の意見を言いやすい環境づくりとして、何かおこなう際はわかりやすい説明と、本人が希望を言いやすいようにしている。日常生活の中で出来る限り自己選択できる場面をつくるようにしている。		
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	職員の業務を優先することなく、入居者の生活ペースに合わせた生活リズム、環境づくりをこころがけている。		
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	その日に着る服は自分で選んでもらっている。本人より希望があれば、整髪の手伝いをおこなっている。訪問理美容が受けられるようになっている。		
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	みそ汁は、ホーム内で配膳している。お茶は、入居者におこなってもらっている。バイキング食・行事職をおこなったり、食事会として出前や弁当注文を楽しんでいる。	調理は、衛生管理上、行事食も含めて法人の高齢者複合施設で作り、事業所では味噌汁とお茶を提供している。介護度の進行により、外食が難しくなり、月に1回程度、出前や弁当注文を楽しむ状況になっている。職員は利用者と一緒に同じ物を食べ、会話のある時間を作っている。	
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	栄養士による献立でバランスの良い食事を提供している。食事形態も本人の状態に合わせ提供している。水分量のチェックをし、摂取困難な方にはお茶ゼリー、補助食品なども提供している。必要に応じ、栄養士・看護師・リハビリに相談している。		
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、介助をおこなっている。定期的に歯科衛生士が関わっている。週1回の歯科往診にも対応できる体制をとっている。		

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	排泄チェック表を活用し、個々の状況に合わせた対応をしている。排泄委員を中心にカンファレンスを開催し、排泄環境の評価をしている。	トイレは各居室にあり、職員は排泄チェック表を活用し定時誘導を行い、できるかぎりトイレでの排泄を支援している。体力的な理由で3人の方がおむつで、他の方は昼夜ともリハビリパンツ使用の方が多い。排泄委員により、個別では見落としがちな匂いやおむつの使用状況等を評価して、プランへの反映を行っている。	
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	毎日ラジオ体操や散歩をするなど日課に取り入れている。おやつには乳製品を多く取り入れている。便秘時は、医師、看護師の指示でコントロールしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	週3回の入浴を目安に本人の希望を確認し、ゆっくりと入浴できる時間を設けている。	入浴は時間も順番も本人の希望を確認し、ゆっくり楽しい時間になるように支援している。そのために、職員1名で入浴の一連の行為を担当している。入浴委員により、利用者個々の変化や入浴環境を評価している。	
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	本人の習慣や体調に応じ休む時間を設けている。寝具も自由に持ち込んでいただき、清潔も保つようになっている。本人が良眠できる環境づくりを心がけている。		
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	利用者別に薬の説明書を管理し、確認している。内服チェック表を活用し、毎回確認し確実に内服してもらっている。		
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	個々の能力により洗濯物たたみや干しをおこなってもらっている。10時に好みのおやつを提供し、15時は、好みの飲み物を提供している。		
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	近くのスーパーへ買い物、小グループ又は、個別での外出をおこなっている。家族との外出・外泊は自由にいただいている。	隣のスーパーにお茶の時間に食する菓子等の買物に出かけたり、小人数でのドライブなどが行われたりしている。日常的には施設内を散歩し、高齢者複合施設の知り合いに会いに行ったりすることもある。外出に関しては、計画書の事前の届出が必要である。	外出支援は計画外であっても、臨機応変に本人本位の個別支援について検討することを期待したい。

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
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	近隣のスーパーの広告はいつでも見られるようにしてある。必要な日用品やおやつなど職員付き添いで買い物に行ったりしている。		
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	本人の希望により自由に電話をできるようにしている。手紙の投函などある時は、代行するなど支援をしている。		
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	共有スペースは、毎日清掃し気持ちよく過ごしていただけるよう心がけている。毎月、日課レクで季節の作品作りをしてホーム内に飾っている。季節の行事もおこなっている。	居間兼食堂は広いガラス戸になっているので、高齢者複合施設の玄関への人の出入りや道路での人や車の往来も見られ、季節の変化や刺激が得られている。壁には、作品や行事予定が掲示されている。	
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	座席は気の合う人同士が、会話しやすいような座席にしている。また、固定にせず、その時にあわせて座席移動もできるようにしている。		
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	家具、寝具等自由にもちこんでもらっている。本人が作った作品や写真を壁に貼り、愛着がもてるようにしている。	居室の入口には、担当者の名前入りの写真があり、ドアを開けると洗面台とトイレが設置され、その先が障子でプライベート空間として仕切られている。居室内は馴染みの家具や家族の写真等が飾られ、くつろげる空間づくりとなっている。	
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	その人に合わせ居室の名札の表示や電気自操がしやすいような座席位置や福祉用具の活用もしている。居室内ベッドや家具も本人の希望に合わせて生活しやすいよう工夫している。		