

### 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	0793020017	
法人名	医療法人誠励会	
事業所名	誠励会グループホーム芝桜 向日葵ユニット	
所在地	福島県石川郡平田村大字上蓬田字清水内15番地	
自己評価作成日	平成24年12月14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	<a href="http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</a>
----------	---

#### 【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 福祉ネットワーク
所在地	〒970-8232 福島県いわき市錦町大島2番地
訪問調査日	平成25年1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)】

周りは緑豊かな農村地域で、幹線道路沿いの町場に立地し、病院・商店街・保育所・小学校などの社会資源が身近にあります。入院設備のある医療機関が母体で訪問診療などのバックアップ体制がとれています。利用者も職員も家庭的な中で過ごし、季節の行事や買い物、畑なども行い、皆で楽しみのある生活を送っています。地理的に恵まれ、家族・親戚はじめ地域からも気軽に面会に来てくださり、本人のこれまでの繋がりを大切にしています。支援にあたる職員は経験豊かで、さらに勉強会等で知識を高めており、安全には特に配慮をしています。

#### 【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)】

地域医療担う医療法人が主体となっており、法人の他の事業所との連携が良く、利用者・家族は安心してケアを受けることができている。  
トイレのドアが身体機能に合わせて両開きの作りになっている。  
近隣との関係が良く、近くの社会資源を活用するなど、地域密着型サービスの理念を理解し、実践している。  
職員間の助け合いが良くできており、働きやすい環境になっていて、職員も不安なく介護に従事できている。

#### 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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 く過ごさせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	理念は職員が討議して作り、玄関とスタッフルームに掲示するとともに、理解、実践できるよう朝の申し送りや月1回のグループホーム会議等で話合っています。	職員全体でつくりあげた理念を、日々の会議を通して再確認し実践につなげている。法人理事長の発案で思いを込めた言葉を一文字にあらわして共有し、日々のケアに結びつけている。		
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人として日常的に交流している	託児所の慰問を受けたり、お花見バスハイクや地域のイベントへの参加、デイサービスの慰問に参加させてもらったりしています。また、散歩に出て地域の方と挨拶や会話を交わして交流を大切にしています。	散歩の途中で近くの人が声をかけてくれるなど、グループホームが地域の人々に受け入れられている。地域の生活共同体のひとつとして溶け込んでいる。		
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	認知症高齢者を抱えるご家庭からの入所相談に対応し、専門的な見地から助言し、傾聴しつつ労い力づけるようお話しています。			
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	活動内容を報告しホーム内の様子をお伝えしています。行事への参加や協力依頼をしています。参加者からは率直な意見を頂いています。今後のサービス向上のため参考にさせて頂いています。	各種行事などへの協力や参加を呼びかけ、参加していただいでこそ感じられるもの、見えてくるものがあるはずとの思いを伝えている。会議は活発に意見が交わされている。		
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に取り組んでいる	入所申し込みの相談や困っていること等を相談報告しています。市町村担当者は介護保険の認定調査員でもあり来所の機会も多く、その都度連絡・相談等しています。	包括支援センターや行政とは連絡・相談していて定期的に情報交換を行っている。村や包括支援センター主催の行事や勉強会には積極的に参加している。		
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	身体拘束の研修内容を全スタッフが学び共通の認識にしています。具体的な行為を正しく理解しマニュアルに沿って身体拘束ゼロで取り組んでいます。また、スピーチ・ロックについても勉強会を行い話合っています。利用者が玄関先に出られても対応可能なように徘徊センサーを設置しています。	入居初期には他傷行為がある場合などは、医師と相談して専門外来を受診し対応している。身体拘束は、基本的に考えていない。身体拘束をしないために医師との綿密な相談ができています。		
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	虐待についての勉強会を行い、スタッフ同士声を掛け合い、さらに利用者に声かけし納得していただきながら介護することで虐待防止に努めています。			

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
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	勉強会を行い認知高齢者が安心して暮らせる地域社会や制度を学んでいます。		
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	契約の締結時や改訂の際には、家族に十分に説明する時間を設け、理解、納得していただくよう図っています。24年度介護保険法改正の料金変更についても文書で同意を頂いています。		
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・相談窓口を重要事項説明書に記載したり、また、家族来訪時・電話時にご意見を頂いた際には要望・苦情等に対して職員間で都度話し合いを行い対応し、運営に反映させるようにしています。	グループホーム単体でなく法人全体として利用者家族の意見を聞き、対応できるようになっている。利用者・家族は勿論、地域の意見も取り入れようとしている。	
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	管理者は日頃からスタッフの意見を大切にしており、朝の申し送りや毎月のスタッフ会議で職員の意見や提案を聞く機会を設け運営に反映させています。個人アンケートを実施したり、個別面談も行い個人の考え方や意見を参考にしています。	管理者のみが見ることのできるアンケートを行い、職員の率直な意見を聞こうとしている。職員間で意見の違いがあったときは管理者が間に入り短期間で問題解決できるようにしている。管理者に大きな裁量権が与えられている。	
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	介護福祉士資格取得やケアマネージャー試験等、試験や研修のための休み等配慮しています。また、国家資格取得するとベースアップの金額も提示しています。変則手当も付け職員が意欲を持って働けるように配慮しています。		
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	法人内の研修の機会が多く、職員は常に勉強の機会があります。外部研修も職員の力量に合わせた研修に参加できるようにしています。認知症介護実践者研修にも参加し認知症の専門職として対応できるように学んでいます。		
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	福島県認知症グループホーム協議会の研修会に参加し同業者と交流しています。法人主催の勉強会にも同業者に参加を呼びかけ、ネットワーク作りやサービスの質の向上に取り組んでいます。		

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	
<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	本人の生活歴や好み、得意な事、自宅での生活の様子などの情報を得て、ホームでの生活に馴染めるよう声かけ配慮し、本人の思いに寄り添う関係作りに努めています。			
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	家族の心境に充分配慮し、相談を重ねながら信頼関係を築けるように努めています。			
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	グループホームに適しているかや経済的な面も含め、グループホーム利用の可否か検討し、入所してからその時々々の状況に応じ、他サービスも視野に入れてカンファレンスを行い対応に努めています。			
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	昔ながらの行事や作物の育て方など教えて頂き、その人が何が大事で何が好きかを感じながら行っています。掃除や茶碗洗い、洗濯干し、草むしりなどをスタッフと一緒にやり支えあっています。			
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	面会時や電話のやり取りの際に近況報告し現状を理解してもらったうえで、相談したり情報交換したりし、本人の事について共有し共に支えて行く関係を築いています。			
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	馴染みの関係が途切れないよう家族や知人、地域の方の訪問を受け、外出、外泊支援等行っています。	退居して、入院しても継続的に面会するなど関係をつなげる努力がされている。受診の合い間に訪問してくれたり、外出外泊を希望する場合は積極的に支援している。		
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	個性を把握し、利用者同士が共に支え合い、トラブルがないよう支援調整しています。			

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
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	隣接する病院や他院に入院になっても病院に面会に行き本人や家族とお会いし相談事に応じたり側面から支えています。近所で家族にお会いした時なども声をかけ関係を大切にしています。		
<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	入居時やアセスメント時に情報収集し利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望・意向を把握しています。日常的にもご本人、家族に伺ったり言葉や様子、表情、行動から本人本位に検討しご意向に近づけるよう努めています。	日々の状況を把握し、毎朝のミーティングで意向を捉えた話し合いをし、提案された事柄をプランに反映させている。家族との協力関係を大切に、一人ひとりの思いに近づこうとしている。	
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	入居時に情報収集し利用者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を把握しています。		
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状態を申し送り、情報交換を随時行っています。把握した状況を申し送りノートやユニットごとのノートで共有化しています。		
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	利用者や家族の意向を把握し、課題を職員や家族、主治医、看護師等に相談したり話し合い計画に取り入れています。	介護計画作成は利用者に担当制をとっているが、課題は医師や職員全員で話し合うようにしている。家族の意向もしっかりと受け入れ速やかにケアプランに反映出来る姿勢ができています。	
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	毎日のケース記録や申し送り、また、ノートを活用し職員全員が情報を共有し実践できるようにしています。利用者の担当職員も決めてあり、より細かな情報が得られるようにしています。		
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	系列のデイサービスに出掛けたり、マッサージを導入しています。利用者の思いをくみ取り家族にも協力を依頼し実現可能なものは実行しています。新聞も施設で購入し自由に読んでもらっています。また、毎日運動を30分位かけて行っており、ほとんどの方が参加しています。		

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
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	保育所からの慰問やデイサービスへの訪問、お花見ドライブ、地域のイベントに参加したり、近隣スーパーへの買物などを通して一人ひとりが楽しめる機会を作っています。		
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	24時間体制での医療連携を協力病院と結んでいます。全員、訪問診療を受けており、本人自身が自分の訴えを伝えたり、職員が代弁したりし、医師とも馴染みの関係が出来、安心して定期往診しています。	母体となる医療機関は、利用者の大半が以前より利用していたかかりつけ医であり、訪問診療の契約を結んでいる。必要場合は、他の医療機関との連携もよく取れており、安心して医療を受けることが出来る。受診に家族の負担を省ける工夫をしている。	
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	看護師も職員(非常勤)として配置があり常に利用者の状態を把握しています。スタッフも随時報告、相談し指示を仰いでいます。		
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。	入院した際は、面会に行き、病院の相談員や看護師に状態や経過などを聞き、把握に努めています。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期のあり方については、契約の段階で説明し延命・蘇生を望むのか確認しています。看取りの同意書も医師の説明と一緒に頂き、事業所ですることを十分に説明しています。	入居の時点で、重度化や終末期の対応を確認し医師が同席の上説明し、本人・家族の同意をいただいている。訪問看護師と連携し、切れ目ない医療との連携の支援ができています。	
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	緊急連絡網や急変時の対応を一覧にしています。看護師から指導を受けたり研修訓練を行い、スタッフ全員が対応できるよう取り組んでいます。		
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	避難訓練を行い災害時に備えています。避難の手順や方法についてもマニュアルで確認し話合っています。地震対応マニュアルも整備し体制を整えています。消防署職員の方からも避難訓練の指導を受けています。	法人全体での種々な状況を設定した合同避難訓練を行っていて、近くにある消防署との情報交換・アドバイスも受けている。震災時には近くの方々との協力関係が役立った。	

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>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	利用者の理解を深めながら、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をし接することが出来るよう指導し、会議等でも職員間で話し合い対応しています。	利用者一人ひとりのその人となりを知ることを基本にしている。統括マネージャーや管理者・職員は会議の中で、尊厳とプライバシーの大切さを話し合い、日々のケアに生かしている。		
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	個別に話を聞くようにし、本人の思いや希望が出せるように努めています。			
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	大まかな一日の流れを目安に、一人ひとりの心身の状態やその方のペースを尊重して、その人らしく生活できるよう支援しています。			
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	本人が着たい服や髪型など希望に添い支援しています。また、ひな祭りや敬老会など特別な日には、お気に入りの洋服で参加してもらい、お化粧をしたり髪をブローして楽しみが持てるよう配慮しています。			
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	食事の準備は系列病院の厨房に依頼していますが、畑で採れた野菜などを一緒に調理しています。おやつ作りの日があり作業を手伝ってもらい楽しく会食しています。	メニューはあるが、畑の野菜や買い物や行事によって利用者の好みに柔軟に対応できている。調理の準備も、できる範囲で手伝ってもらい、食事中は利用者同士が楽しく会話している。		
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	病院の管理栄養士の献立で栄養バランスの良い食事を提供しています。各々の嗜好や食事量や摂取形態、水分量も配慮し声かけや食事介助などの支援をし、一日の摂取量をチェック表で把握しています。			
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	一人ひとりの能力に応じて毎食後、口腔ケアを行い、できない方には介助しています。口腔内の状態や義歯の状態把握にも努め必要があれば家族に連絡し歯科受診介助をしています。			

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
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	排泄チェック表で回数・量・排泄パターンを把握し観察しています。一人ひとりの力に合せて、できるだけトイレでの排泄が出来るよう支援しています。失敗時には速やかに対応し不快感を取り除いています。	本人の出来ることを支援することを基本にしている。オムツはしていてもトイレに誘導している。失敗した時は気持ちを傷つけないよう、不安がらないよう声かけをすることで、良い循環になるよう支援している。	
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	適度な運動、水分、腹部マッサージをして、できるだけ自然に排便できるよう促しています。おやつ類も乳製品を提供し便通がよくなるようにしています。便秘の状態が長く続く場合には医師や看護師に相談し下剤の調整や浣腸にて排便管理されています。		
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	基本的には週2回で曜日は決めています。本人の希望や外出、体調などの都合で曜日をずらしたり、湿疹、汗も等の時には頻回にするなど個々に対応しています。夏場には、フリー入浴日を設け、利用者が自由に入浴し爽快感が得られるよう配慮しています。	2つのユニットが協力し合って入浴支援している。プライバシーを守りながら2つの浴室内を行き来でき、親しい入居者同士の入浴日時を設定して入浴拒否をする人がいなくなるなど、入浴を楽しめる支援をしている。	
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	一人ひとりのその日状況に応じて休む時間を長く取ってみたり、物音がする空間で休んでもらったりしています。散歩や適度な運動を行い快眠できるように支援しています。冬場には湯たんぽを用意して気持ちよく眠れるようにしたり電気毛布やマットレスを家族と相談し準備してもらっています。		
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	個々の薬剤情報をファイルし、内容を把握するようにしています。新しい薬や用法の変更についても申し送りや随時行い、申し送りノートにも記載し情報を共有しています。また、薬の変更については、変化等も記録してもらい状態把握に努めています。		
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	茶碗洗い、洗濯たたみ、縫物、畑仕事、リハビリ体操、散歩、レクリエーション、買物などそれぞれに合った支援をしています。		
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	天気や体調を見て散歩に出かけています。その時期により、お花見や地域のイベント、ドライブ、買物に出掛けています。また、家族の協力を得ながら外出支援を行ったり、外出、外泊支援をしています。	商品を選ぶ、レジに並ぶなど買い物を楽しむ支援を積極的に行っている。介護は「ヘルプ」との考えから、草むしり、ゴミを出すなどに参加者が多いので、安全に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
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	金銭の持ち込みは行っていません。		
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	個々に来た手紙は本人に渡し、ご自分で読んでもらっています。家族からの電話も取り次ぎ出してもらっています。また、本人の気持ちを汲み取り、電話で家族に状況を伝え安心するような電話対応をしてもらっています。		
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	共用フロアは季節の花を飾るなど、ゆったりと明るく清潔にしている、自由に居室やプライベートな場所に行き来でき、利用者同士、気さくに声かけできる環境になっています。	毎月行っている行事の写真や利用者手作りのカレンダーが掲示されて、暖かい雰囲気になっている。小正月のダンゴ刺しは昔から伝わる地域の行事を思い起こさせ、懐かしさのある居心地良さが感じられる。	
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	ソファーでくつろいだりテレビを見たり、テーブル席で過ごしていただいたり自由に過ごしています。特に座るところは決めていませんが利用者が自分の居場所を決め気心の合った人達と生活しています。		
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	居心地が良いように家具等、その方にとっての必需品が持ちこまれ、本人家族と相談し配置を工夫しながら使用して頂いています。また必要のあるものなどは家族に連絡しながら用意してもらい環境を整えています。	仏壇やアルバムなど、本人にとってかけがえのない品々が持ち込まれて居心地の良い居室になっている。危険物でなければ自由に持ち込めるとしている。好みの電気製品を持ち込んでも電気料金をいただくことはしていない。	
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	部屋の前に目印や表札を付け、自分の部屋を分かりやすくしたり、部屋の電気を自分で消せるように電気の紐を長くしたり、トイレのドアに赤字で大きく『便所』と記し分かりやすく工夫しています。下肢筋力が弱い方には、L時の手摺を家族と相談しレンタルをして移乗が継続できるようにしています。		