

### 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	1072300229		
法人名	株式会社 彩華舎		
事業所名	グループホーム さいか		
所在地	群馬県高崎市吉井町矢田669		
自己評価作成日	平成28年2月3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28年2月22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)】**

<p>①職員教育に注力している。 職員各々が自分達の特性を知ろうと努力することで、結果的に利用者処遇で必要な視点を獲得することが出来ると考えている。なぜ場面ごとの利用者対応が職員それぞれで違うのか、考え方や感じ方の差はどこから生まれるのか。事業所全体に投げかけ、考える機会を増やしている。</p> <p>②ホームの中庭に畑を設けている。 植えつけや栽培・手入れ・収穫を利用者様と一緒にいき、実際の食事に提供することで季節感を感じて頂けるようにしている。</p>
--

**【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)】**

<p>生活歴を基本にして、中庭の畑づくり、うさぎの世話、柄の長いほうきでの清掃、食事の準備など、利用者一人ひとりの力を発揮できる取り組みへの働きかけに努めている。地域との交流においては、近隣の保育園に働きかけ、園児が定期的に訪れて思い出づくりをしている。利用者の支援においては、事業所独自のワークシートやアセスメントシートを持ち、ワークシートでは日々の様子や排泄・食事状況の記録の他に、本人の発言や症状、希望が書き込まれ計画の作成に反映している。また、アセスメントシートでは作成された介護計画を1ヶ月毎に見直しを行い、一人ひとりに合った計画を実践している。管理者は介護の質のあるべき状態を目標とし、日々の関わりから職員の感性や技術の成長に向けた指導と取り組みに取り組んでいる。</p>
--

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、その時々々の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)	○ 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	住み慣れた地域で暮らし続ける為に、グループホームがどのような役割を担っているかを研修やスタッフ会議で職員に伝えている。現在、理念を作成中だが、施設内の業務と地域のくらしとのつながりを意識する機会が少ない為、理念の共有には至っていない。	社訓を理念として活動している。管理者は、地域密着・尊厳・自立支援をキーワードにして、現状に見合った実践可能なグループホーム独自の理念を見出したいと考えている。職員は、管理者の意志を受け、日々の実践を行っている。	考えを明文化してグループホーム独自の理念を掲げられることに期待したい。
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	年二回地域清掃に参加。2カ月に一度の運営推進会議では、民生委員や区長の方々に地域からの状況を聞き交流できる機会を模索している。	民生委員や区長と連絡を取り、地域の清掃活動に参加している。保育園の慰問があり、子供たちとの触れ合いがある。認知症ケアの窓口になっていきたいという方向性を持っている。	今後の地域事業への参加や教育機関との連携に期待したい。
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	ご近所の方より「家族が認知症になった時何処に相談すれば良いのか解らない」とのお話あり。施設を見学へ来られた方々に、利用可能なサービスの種類や形態をお話したり、ご家族様の状況を聞いたりしている。地域包括支援センターや地域密着型連絡協議会と連携し、認知症相談窓口を開設予定。		
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	運営推進会議のメンバーの方々に、日常の様子を報告する中で意見交換している。意見を頂いた事については、スタッフ会議や日常的にスタッフへ伝えている。	会議開催を第3日曜日と決めて、家族には、開催通知を月末に送る日々の様子を伝える手紙とともに、送っている。会議では、現状報告後に、意見交換を行っている。職員教育に対しての意見を頂き検討したり、メンバーが参加しやすいよう午後の開催を検討したりしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	運営推進会議に活動報告書を資料として使用し、事業所の情報を伝える様にしている。	各種申請や生活保護の書類の提出、手続きで市役所に出かけている。市職員が事業所へ訪問することがある。	
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	死用となる玄関の施錠を行っているが、外に出たい希望がある時は解錠して散歩に付き添う様にしている。また、中庭の畑を活用したり、天気の良い日以外でお茶会をする等し、閉塞感がない様に配慮している。非常口は消防の指導でサムターンに変更済み。	扉の鍵をサムターン(内側から鍵の開け閉めを行う金具)に変更し、誰でも開けられるようになっている。職員には入職から6ヶ月かけて管理者が中心になり説明をして、徘徊や帰宅願望が強くなったときには職員側の都合で考えず、何がしたいのかを聞くように努め、拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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逃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	社内研修・スタッフ会議内で、高齢者を取り巻く現状や、家庭・施設での介護の課題について取り上げ、話し合っている。		

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	必要に応じて成年後見制度の利用を家族に進言している。また、実際に制度を利用している方もいる為、職員間で話し合いを行う事もある。		
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	書面にてゆっくりと説明し、疑問点や不安があれば尋ねる様にしている。		
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	ご家族からのご意見については、苦情受付簿に記載し、スタッフ会議で話し合い、対応方法を文書化し共有できるように取り組んでいる。また、面会時には常に状態報告を行い、ご家族からのご意見や要望を聞くようにしている。	意見箱を設置している。家族の面会時に、話を聞くようにしている。受診の結果や薬の変更はその都度家族に報告し、また毎月日々様子を伝える手紙を家族に送る際には、利用者の担当職員から一言添えている。	
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	毎月のスタッフ会議には、スタッフ全員が参加出来る様に配慮し、話し合いを行っている。また、会議以外でも申し送りや職員間の情報交換などを日常的に行い、意見の聞き取りを行っている。	ケア会議や処遇改善会議を兼ねたスタッフ会議を開催している。また、「申し送りノート」を設けて伝達の周知に努めている。新人の面談には何でも意見が出せるように、他事業所の管理者があたっている。職員のなかにリーダーとサブリーダーを設け、3者での話し合いも行っている。	
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	職員個々の努力や実績により昇格や異動による昇給を行っている。また、資格取得の為の後押しなどにも配慮し、社内研修や教育制度などの整備を進めている。		
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	社内研修で新入職員研修や入社後も研修と職員面談を取り入れ、アドバイスをするようにしている。新人職員には教育担当をつけ OJTを行いながら一人一人のレベルアップを図っている。		
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	系列施設のイベントには職員も参加できるように配慮し、交流を深めている。また、系列施設と職員同士の交換研修を行っている。		

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
<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	入居前にご家族や担当のケアマネージャーから事前情報を頂く様にし、面接を通して信頼して頂ける様に努めている。		
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	利用希望の際は、まず見学に来て頂き、実際のホームの様子を観てもらっている。その際に、現状での困っている事や不安な事の聞き取りを行う様にしている。		
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	相談を受けた際に、他のサービスが必要と判断した場合は、他事業所を紹介したり、連絡を行ったりしている。		
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	ご本人の残存機能が活かされる処遇計画を作成し、実行している。また、利用者様には個別に担当職員を作り、日常の様子からの発見や生活史の把握に努め、サービスに反映出来る様にしている。		
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	毎月担当スタッフが記入した手紙や面会の際にご本人の様子を出来るだけこまめに伝え、協力して頂ける様に努めている。		
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	馴染みの友人の方が来られた際は、いつでも面会に来て頂ける様に勤めている。また、ご本人と一緒に写真を撮ってもらい、関係を継続を支援している。	近所の方や知人、孫等の面会がある。定期受診や帰宅、墓参りは、家族が対応している。契約時に伺った生活歴等情報を大切にしている。	
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	食堂の席など利用者様同士の人間関係にも考慮する様にしている。また、利用者様同士の会話が成り立つように支援したり、家事作業等も一緒に出来る様にし、関係構築の支援を心掛けている。		

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	入院先の病院にお見舞いに行ったり、ご家族から相談の連絡があれば応じている。		
<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	ご本人の意向を感じ取り実行する事を基本姿勢にしている。スタッフ会議や日常的にあるスタッフ間の話し合いの中で、把握や検討を行っている。	一人ひとりのペースを大切に、その人にあった生活ができるようにしている。通常の状態をどれだけ知っているかを大切に、変化に気づけるように指導している。日々の様子を記載しているワークシートがあり、排泄や食事の記録の他に「発言・症状・希望」を書き込み、計画作成に活かしている。	
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	入居後もご家族から情報収集を行い、処遇に取り入れる様になっている。また、収集した情報を担当スタッフを通じて活かせる様に努めている。		
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	日々の記録にご本人の過ごし方や、心身状態などが把握出来るような記録の付け方を指導している。また、就業前に日報を確認するよう徹底している。		
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	モニタリングを毎月行える介護計画書の様式を作成し、ご家族へ直接、説明している。その際、ご家族からの意見があった場合には聞き取り、その場で記載している。また、日々の生活記録やスタッフ会議、主治医の意見等を取り入れて、介護計画書を作成している。	利用者の担当職員は、日々の様子をケアマネジャーに伝えている。事業所独自のアセスメントシートを作成し、会議で話し合い、家族の意見も参考にして介護計画を作成、1ヶ月毎に見直しを行っている。状態変化時には随時話し合い、介護計画の変更を行っている。	
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	日々の状況をできるだけ具体的に記載し、情報として活かされるようパソコン上で観覧しやすいよう管理している。		
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	希望があれば受診の送迎を行ったり、必要な物品の購入や買い物に付き添うなどの対応を行っている。		

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
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	地元の保育園園児の慰問・近隣の方がボランティアに来てくれる等、地域との繋がりが利用者様に良い影響がある様に配慮している。		
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	月二回の定期往診をして下さる掛かり付け医があり、その他、随時、受診が必要な時には職員が対応。近隣に住んでいるご家族が居る場合には、ご家族が対応している。また、家族から要望があれば、一緒に付き添い受診も行っている。	希望のかかりつけ医の受診となっている。定期往診時には職員が対応し、家族対応の方は、病院から配布された安心手帳(日常の健康記録が書かれている)を持って受診している。受診内容は「連絡ノート」で職員に周知して、家族には電話で報告している。	
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	週一回来てもらっている看護師に健康面で相談したり、助言をもらっている。また、主治医の指示により訪問看護が来所した際にも、こまかく状態を報告し、相談を行っている。		
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。	入院時には、職員が同行し介護計画書の提供や生活状況を報告している。入院中は、面会に行き状態を聞く様にしている。退院後の対応については、主治医に相談し、必要であれば病院、家族を交えてカンファレンスを行う様にしている。		
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	本人とご家族の要望を基本姿勢として、出来るだけ要望に応えられるように、主治医とも相談をして対応している。	看取り指針を、作成している。契約時に説明し、食事が摂れなくなったり、医師が判断した段階で使用している。訪問看護と連携し、看取り体制をとっている。27年度には、3名の看取りを経験している。職員のメンタルフォローは、管理者があたっている。	
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	急変時の対応マニュアルや連絡方法を周知している。救急車の呼び方の指導や普通救命救急の講習に職員に参加してもらっている。		
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	年二回の避難訓練を行っており、消防署職員の方にも参加して頂いている。	年2回消防署対応で、昼間・夜間を想定し、交互に実施している。民生委員の協力を得ている。近所の協力体制を作りたいとの希望がある。備蓄は準備している。	地域の方への声かけを行い、訓練に参加していただきながら、協力体制を確立して頂くよう期待したい。

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
<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	スタッフ会議や研修に参加するなど、入居者の立場に立ち、プライバシーを損ねないような支援を行える様に努めている。	利用者の行動の理由を知ったうえでの言葉遣いが大切であることを、スタッフ会議で話し合っている。浴室には入口が2つあり、着脱時のプライバシーに配慮している。羞恥心への配慮の必要性については管理者が指導し、支援している。	
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	ご本人の発言内容を生活記録に残すなど、ご本人が実際に話した事を重視している。また、認知症の症状からの問題行動という捉え方をなくし、ニーズの表出と捉えられる様に指導している。		
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、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	起床時間や食事時間なども、ご本人の体調やリズムを考慮して少人数ならではの対応を出来るように努めている。		
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	その日に着用される衣類を選んでいただいたり、月に1度の理美容の際には好みの髪形にして頂けるよう配慮している。		
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	ホームで栽培した野菜と一緒に調理したり、食事に提供している。また、食後には下膳や食器洗いなどを職員と共に行っている。	食材調達は、業者を利用している。一人ひとりの苦手なものや嫌いなものは一覧にして貼り出し、代替え品を準備して対応している。利用者の調子を見ながら、調理の準備を手伝ってもらっている。メニュー表を書き出したり、おやつのはたもちや団子を手づくりしたりなど楽しめるようにしている。	
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	水分摂取量が一目で確認できるように、ワークシート内に水分摂取量を記録する欄を設けている。ご本人がなるべく食べられる様に、乾麺や冷凍食品、レトルトなどの代替え品も準備している。		
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	毎食後の口腔ケアがしっかり出来ているか、一人一人口腔内を確認し、再度違う職員にも確認作業を行い、出来ていればチェックリストに記入する。		

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	排泄の間隔を確認し、出来るだけトイレでの排泄が行える様に誘導や声掛けを行っている。夜間にはオムツやポータブルトイレを使用している方も居るが、日中はトイレを使用出来る様に支援している。	ワークシートで排泄パターンを確認し、参考に支援している。退院時におむつ対応していた人が、リハビリパンツまでに回復させる実績を持っている。	
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	排便状況を把握する様に努めたり、飲水量や体調から、主治医に報告し、下剤の調節を行っている。また、排便が困難な方には腹部マッサージを定期的に行っている。		
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	入浴は午前と午後に行っているが、その他にも希望があれば、その方にあった時間に入浴が行えるように努めている。	週2回を目標にして、入浴介助を行っている。浴槽は3ヶ所から介助できるよう設置されている。入浴剤やゆずを入れるなどしている。	
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	夜間の睡眠状況や体調の変化を把握し、適切な休息が確保出来る様に努めたり、不眠の際は添い寝をしたり、事務所にてスタッフと一緒に茶を飲んだりし、安心して入眠出来る様に支援している。		
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	処方箋を個人ファイルに綴り、確認出来る様にしてあり、受診記録の共有などで、スタッフ一人一人が薬の目的や副作用、薬剤の変更などを確認出来る様にしている。		
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	女性の利用者様が多いので、水回りの仕事や掃除・洗濯など馴染みのある活動を取り入れるようにしている。また、農家の方や畑仕事の経験がある事もいらっしゃるので中庭を利用した畑や、施設周りの草むしり等も行っていたりしている。		
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	花見など、季節に応じた行事の計画、実施を行っている。また、ホームの買い物と一緒にいって貰ったり、地域行事などにも出掛けられる様に支援している。	毎月外出の予定をたてて、公園や季節の花見に出かけている。職員と一緒に買い物に出かけたり、散歩に出かけたり、中庭に椅子を置き、日光浴をしたり、畑をみたりなど外気にあたる機会づくりを行っている。	



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	現状で、利用者様自身が現金管理されている方はおらず、個人の購入品はホームが立て替えしたり家族に頼んだりしている。		
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	事前に家族の方に連絡していい時間を聞いて、その時間になったら掛けられる様にしている。携帯電話を自室でご利用できるように支援している。		
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	中庭に花や野菜を植えたり、ホーム内にも花を飾ったりしている。七夕や十五夜、クリスマスなど、一緒に飾り付けや準備をして頂き、季節感を感じて頂ける様にしている。	各ユニットごとのホールは行き来でき、中庭に畑があり季節の野菜の成長を見ることができている。また、うさぎを飼い、面倒をみることを楽しみにしている利用者もいる。レクリエーション担当職員が中心になり、季節の飾り付けや利用者の作品・写真を飾っている。	
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	食堂にソファを設置し、気の合う利用者様同士、会話ができる様に配慮している。		
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	入居時に出来るだけ、ご本人が使っていた品物やご家族の写真など思い出の品を持ち込んで頂ける様にしている。配置もご本人と確認しながら設置している。	自宅で大切にしていたものを持ってきてくれるよう説明している。部屋に書斎があったり、自分で作成した絵画や趣味のものがあってりと個別性があり、居心地よく過ごせるようにしている。	
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	洗濯物など干せる方は自分で干してもらえように高さを調節出来るようにしている。		