

### 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	1274900073		
法人名	有限会社グレイスケア		
事業所名	グループホーム山里		
所在地	千葉県香取市新里1182-12		
自己評価作成日	平成31年1月20日	評価結果市町村受理日	平成31年3月20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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</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VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成31年2月8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)】

当グループホームは2ユニットあります。畳敷きの山ユニットは日向ぼっこをしながらゆったりとくつろげる空間を提供し家庭的な雰囲気を大切にしています。フローリングの里ユニットは自家栽培の畑を眺めることが出来、開放感あふれる環境で過ごしていただける様配慮しています。当グループホームの理念にもあるように、一人ひとりの気持ちや自主性を大切にし、ゆったりと楽しく生活していただけるよう支援しています。

【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)】

理念はホームが目指すサービスの在り方を示しており、職員にも浸透していることがうかがえる。ホームには野菜をつくる畑や鳥小屋などがあり、利用者は自然に囲まれて暮らしている。開設して15年のホームであるが、開設当初から利用者、職員、近隣住民などが協力して畑をつくってきた。利用者の高齢化が進む中でも、雑草取りや収穫野菜の下処理など、畑を通して利用者ができることを継続的に支援している。月1回利用者懇談会を開催して要望などを聞き取っており、リクエストに応じて近隣の食堂に出かけるなどしている。

**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

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	目につく所数か所に理念を掲示し毎朝の朝礼で理念の復唱を行い実践に努めている。	理念は、朝礼と職員会議で唱和し、意識づけをしている。利用者の気持ちの尊重、自主性を大切にすること、ゆったりと楽しく生活してもらうことなどの理念を職員間で共有し、実践につなげるようにしている。	
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	近所の方からは畑で採れた野菜をいただいている。いただいた野菜で作った惣菜を届けたり交流している。近隣の小学校の生徒が年に一度慰問に来てくれている。	近隣小学校とは交流があり、児童がホームを訪問したり手紙を送ってくれるなどしている。また、街のイベントにはホームとしても参加し、利用者も出かけるなど、地域との交流に努めている。	
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、地域密着サービス連絡会などでの意見交換を行っている。また通信を支所や近隣の介護事業所に配布しグループホームを知ってもらうようにしている。		
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	2か月に1回の運営推進会議では行事の結果報告を写真を見ていただきながら紹介したり利用者に日常を伝えている。また、職員の研修の取り組みなどを伝えご家族からは相談や意見をいただいている。	運営推進会議では、近況報告、ヒヤリハット、事故報告や職員研修などについても報告している。今年度から運営推進会議で身体拘束防止について検討しており、事例などを用いて様々な角度から話し合い、家族にも意見を求めている。	工夫されたテーマでの話し合いが行われ、丁寧な議事録が作成されている。議事録は、出席できない家族にも送付するとよいと思われる。
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	運営推進会議の開催のお知らせをFAXし、必ず市の職員に参加していただいている。事故報告や家族から相談を受けた時など報告し相談している。わからない時は連絡し確認を取るようになっている。	運営推進会議には市の職員が出席しており、意見をもらっている。また、分からないことがあれば、随時担当課に相談するなど、日頃から関係性をつくるようになっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	勉強会で定期的に題目に挙げ、理解と取り組みを実践している。施錠に関しては家族の了承を得て必要箇所のみ施錠している。本人に危険がある為家族の了承を得て車イスの安全ベルトを使用している方がいる。	今年度から運営推進会議の場で身体拘束について検討しており、市の職員や家族などと意見交換をしながら、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、定期的に研修を実施して職員の意識を高めるようにしている。	
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	勉強会で虐待の定義を周知し、特に言葉による虐待がないか定期的に振り返りを実践している。朝礼などでも定期的に言葉使いに注意する様呼びかけている。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	研修で資料を配布し読み合わせ等を行っている。生活保護の方が今後成年後見制度を利用していく予定になっている方がいる。市役所の担当の方と連絡を取り合い、話を進めている。		
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	契約時に説明した内容は理解していただいている。説明の途中でわからないことなどは質問を受けている。難しいことは事例を挙げて説明するようにしている。		
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	月に一回の懇談会で行きたいところ、食べたいものなど希望を聞いて行事などに反映させている。またご家族からは運営推進会議で意見や要望を受けている。	月に1回、お茶会を兼ねて利用者懇談会を開催している。利用者の意向や希望を傾聴し、行事や会食などに反映させている。家族には、来訪時や運営推進会議で意見や要望を聞いており、反映に努めている。	
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	職員会議で意見や提案を挙げるようにしている。また困っている点や提案は日常的にその都度上げている。	職員会議は、全員が出席できるように夜間に行っている。「問題はすべて会議で解決する」ことを基本にしており、全体で知恵を出し合っまずはやってみよう、を合言葉にしている。運営面に関する個人的な意見は、年3回の面談で聞いている。	
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	年に2～3回個人面談の機会を設けている。処遇改善加算を取ることでより処遇改善されている。職員の意見を取り入れ職場環境の改善に努めている。		
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	月に一度勉強会の機会を設けている。また、社外研修情報を掲示し参加を促している。		
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	連絡会に参加したり、地域病院主催の勉強会に参加したり同業者との交流がある。		

【評価機関】

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	利用者がなんでも話せ安心できるよう努めている。人間関係でストレスを感じている方は席替えを行ったり、外出する機会を設けたりして要望が遠慮なく話せる関係づくりをしている。		
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	家族が困っていることや不安な事に耳を傾けながら、なんでも話せる関係づくりに努めている。		
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	家での生活を聞き取り、利用者が不安にならないように使っていた家具や使用していた物品の持ち込みをお願いしている。		
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	洗濯物干し、畳み、食器の片づけ、野菜の下処理など利用者と一緒にしている。手伝ってほしい、お願いしたいと問いかけると心地よく引き受けてくれる。		
19		○本人と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	運営推進会議の参加や行事の参加を呼びかけている。敬老会では利用者と一緒に食事を召し上がってもらっている。また、自宅へ外泊したり日帰りで毎週自宅に戻られる方もいる。		
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	家族と毎週外出し行きつけの店で食事をしたり、なじみの美容室へ出かけたりしている。また、近所の友人が訪ねてきたり食事会に出かける方もいる。	家族や友人と馴染みのある場所への外出や外食、家族と文通するなど、これまでの関係が継続できるように支援している。	
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	相性のいい人どうしのテーブル配置をしたりしている。個性が強く他の利用者を寄せない方には職員が関わるようにし、トラブルになりそうな時は職員が仲裁に入っている。		

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
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	以前利用されていた家族が自宅で採れた野菜を現在も届けてくれる。また、退所し自宅に戻ったが状況が悪くなり再入所したいと家族から相談されることがあった。		
<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	今の本人のニーズは何かを日常生活の中でのコミュニケーションで意識して聞き取りを行っている。言動の変化や行動の変化を話し合うようにしている。	入居前のアセスメントで、家族から利用者の好みや暮らし方などを聞いている。入居後は日々の会話や月1回の利用者懇談会で本人から直接思いや意向を聞き、把握するよう努めている。	
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	入居前にケアマネがアセスメントでこれまでの暮らしの把握を行っている。入所後は懇談会や利用者との会話の中や、家族面会時など職員が新しい情報を得た場合はケアマネに報告し情報を共有している。		
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	入居前にケアマネがアセスメントで現状の把握に努めている。入居後は職員が観察し朝礼や夕礼、会議で共有し把握に努めている。		
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	ユニットの職員が各利用者の担当者を決めてケアプランの支援方針に添い、現状に合った介護計画書を作成している。モニタリングは各職員から聞き取りを行い行っている。	計画作成担当者は居室担当職員をはじめ職員全員の意見を聞いて介護計画を作成している。定期的にモニタリングを行い、利用者に変化があれば随時見直している。	
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	サービス記録、業務記録、支援経過記録などに記入し朝礼や夕礼、職員会議で情報を共有し介護計画、ケア内容の見直しに活かしている。		
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	本人がどうしても散歩に行きたいというときなど職員が付き添い1時間ほど近隣を散歩したり、たばこを買いにコンビニに一緒に行くなど職員で柔軟に対応している。		

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
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	地域の行事やお祭りがあれば少人数であっても参加できるようにしている。また、ボランティアの方を呼び楽しんでもらえる機会を年数回行っている。		
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	終末期ケアに置いて協力を得やすい為、主治医をホームの協力医に変更できる方はそうしていただいている。主治医を変えない方がいいと思われる方はそのまま変更しない。その場合は家族が通院介助時、状況報告し主治医に繋げている。	看護師が毎週ホームを訪問しており、緊急時には医師とすぐに連絡が取れる体制がある。この他精神科、歯科などが来ており適切な医療が受けられるようにしている。また、希望により以前からのかかりつけ医を受診する利用者もいる。	
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	毎週1回訪問看護師が訪問した際1週間分のバイタルや食事状況、体調などを報告している。突然の体調不良時でも電話で連絡し主治医の先生とつながるようになっている。また、看護師の指示があれば受診している。		
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。	入院の場合、必ず介護サマリーを情報提供として提出している。また、経過観察のため面会に通っている。その際病棟の看護師から聞き取りを行ったり協力病院のときは、いつも来所している訪問看護師に状況を報告してもらい関わりの機会をもっている。		
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	食事が入らなくなってきたころから、看護師と終末期について検討している。主治医も事業所でできることを聞いてくれ、入院した方がいいのか、家族の希望はどうかを相談し、方向性を決めている。病院の方が安心という家族の希望もあり、入院し病院で最期を迎える方が多い。	入居時に終末期についての指針を示して説明したうえで、同意をもらっている。終末期が近づいた時には改めて家族の意向を確認し、看護師や医師と話し合っ方針を決めている。	
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	年に1階救命講習をうけ急変時や事故発生時に備えている。事業所内にAEDも設置した。		
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	避難訓練を年に2回行っている。特に夜間帯の災害が発生した時の話し合いを研修時にしている。地域の協力は緊急連絡網に連絡先を載せさせていただいている。災害時の対応方法は災害対応マニュアルで各自確認している。	火災の他に台風等による水害・土砂災害を想定し「非常災害・対策計画・消防計画」を策定している。ハザードマップを作成し、指示命令系統、避難経路を定めるなど体制を整え、備蓄もある。	避難経路が適切かどうか精査、確認することを計画している。計画の実行が期待される。

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

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	一人ひとりの性格を把握し、自己決定を尊重している。言葉遣い、名前の呼び方など気をつけている。安心できるような言葉かけや機嫌が悪くならないような声かけをしている。	「一人ひとりの気持ちを尊重する」ことはホームの理念でもあり、特に配慮をしている。言葉については安心できる言葉遣い、制止しない言葉遣いを心がけている。	
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	着替えの際自分で衣類を選んだり、入浴後の着替えを選べるように働きかけ、認知症の面で、自己決定が困難な方には職員がその人らしさを損ねないよう気をつけている。		
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	一日の流れに沿って過ぎず為に職員の都合が優先になってしまいがちだが、無理強いをしないことはいつも気をつけている。食事なども朝起きられない時は時間をずらして提供したり、本人の気分を優先し臨機応変に対応している。		
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	自宅で過ごしていた状況を出来るだけ続けていただいている。冬ははんてんを着用したり、本人好みのモンペをはいてもらったりしている。		
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	昼食のみ利用者と職員と一緒に食事している。食事の準備は野菜の下処理など利用者の作業として行っている。今日は何食べたい？と聞きながら当日のメニューを決めることもある。自分で下膳が出来る方には出来るだけお願いしている。	日々の食事は、職員がホームの畑で採れた野菜などを利用し、家庭的な料理をつくるようにしている。また、誕生日やクリスマスなどのイベント食や外食、利用者と一緒に切干大根や干し芋をつくるなど、食事を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	水分を摂れない方が多い。毎日1000ml以上は飲み物から摂っていただけるように努めている。コーヒーが好きな方は夜間でも提供している。量は毎食サービス記録に記入している。食事が進まない時は主治医と相談し栄養補助飲料が処方されることもある。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。自力でできないため、洗面所誘導、準備、介助を行っている。また不具合のある方は家族と相談し定期的に歯科医に訪問診療を依頼し、毎月1回口の中の点検、そうじ、入れ歯の調整を行ってもらっている。		

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	日中は本人の排泄パターンでトイレ誘導や交換を行っている。また、ポータブルトイレの設置、オムツ使用のタイミングなどを検討している。男性は立って排尿するため便器の回りを汚してしまうが、その都度掃除している。	日中はトイレでの排泄を基本とし、一人ひとりに応じて時間をみて誘導したり、決まった時間に声掛けをしている。適宜ポータブルトイレを使用するなどしながら、排泄の自立に向けて支援している。	
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	重度の場合は主治医に薬を処方してもらっている。看護師に相談して民間療法のセンナ茶を用いることもある。他は水分を多く摂るようにしたり、ヨーグルトやヤクルトなどの乳製品、繊維質の食材を取り入れている。		
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	機械浴がないため浴槽への移動で本人の協力が得られない場合にはシャワー浴をしている方もいる。身体状況により二人対応で浴槽に入る場合もある。季節感を楽しむためしょうぶ湯やゆず湯を準備し、時には庭の花を浮かべることもある。	週2、3回入浴ができるようにしている。できるだけ浴槽につかれるよう、状況に応じて二人介助で支援している。季節のしょうぶ湯やゆず湯、庭の花やハーブを浮かべるなど、入浴が楽しめるような支援に努めている。	
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	寝具は布団やベッドなど本人の生活習慣や身体状況に合わせている。寝具は自宅で使っていたものを持ちこんでもらっている。安眠できるように室温に注意している。		
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	一人ずつ分包にしてもらい、安全に服用してもらえるように介助している。追加薬や中止薬が出るときは職員に周知確認している。		
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	洗濯物を干したり、調理の下ごしらえをしてもらい役割を持ってもらったり、畑に野菜を収穫に行ったり気分転換が図れるように配慮している。煙草を吸う利用者も玄関や庭で煙草を楽しむ時間をもうけている。		
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支援している	帰宅欲求が聞かれた場合には、ドライブしたり職員と共に近隣を散歩をしたりして気をまぎらわせる。季節によってお花見に出かけたり、お祭りを見に行ったりして年に一度はみんなで外食に出かける機会を作っている。	地域の催しや季節に合わせて外出するよう支援している。地元の食堂で外食を楽しむ事もある。近隣を散歩したり、天気の良い日は全員でデッキに出たり、ホームの畑で野菜を収穫するなど外気に触れる機会を作っている。	

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所



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	お金の所持は基本していない。ご家族が持たせて欲しいという方のみ持っている。欲しい物がある時は職員が購入しレシートを財布に入れご家族が来た時に確認してもらうようにしている。他の利用者は職員が立替えて購入している。		
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	書ける方に関しては年賀状、暑中見舞いを毎年本人から家族宛てに書いていただいている。電話の要望は事前に家族に了承を得ておき支援している。		
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	季節が感じられるような掲示物や花を飾っている。各自の居室には表札をつけ自室が分かりやすくすること、居室が安心の場になる様援助している。空調設備で室温の調整を毎日行っている。トイレや浴室は混乱ないように張り紙などで分かりやすくしている。	フローリングのユニットと畳のユニットがあるが、どちらも清掃が行き届いている。清掃についてはマニュアルもあり、マニュアルに沿って行われている。夏はゴーヤでグリーンカーテンをつくるなど、快適な空間となるようにしている。	
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	ソファのスペースに仲良しの方々が集まったり、部屋で一人で過ごされたりと、広い空間の中でそれぞれの居場所がある。日当たりのよい場所にはみなさんが集まり日向ぼっこをしていることが多い。		
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	居室にはできるだけなじみの物を持ちこんでもらっている。また家族の写真を飾っている方もいる。認知症の進行により、居室の中の障害物になったりする場合もあるため片づけざるをえないこともある。	利用者は好みの家具や家族の写真などを持ってきており、それぞれが居心地よく過ごせるような居室にしている。また、窓は全開にならずにストッパーがかかったり、転倒しそうな家具は避けるなど安全にも配慮している。	
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	自室が分かりやすいように表札をつけたり、トイレや洗面所が分かりやすいように表示している。安全に移動できるよう廊下には手すりが付いている。またどこまで出来るか、わかるかを日々観察してその都度工夫している。		

【評価機関】