

平成 29 年度

事業所名 : グループホーム 美葉アネックス

# 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	0372700716		
法人名	有限会社チバコウ		
事業所名	グループホーム美葉アネックス		
所在地	岩手県一関市千厩町千厩字岩間38-1		
自己評価作成日	平成29年 8月14日	評価結果市町村受理日	平成30年1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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=0372700716-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/03/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JiyosyoCd=0372700716-00&amp;PrefCd=03&amp;VersionCd=022</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 いわたの保健福祉支援研究会
所在地	〒020-0871 岩手県盛岡市中ノ橋通二丁目4番16号
訪問調査日	平成 29 年 9 月 6 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>※入居者一人一人の生活パターンを重視し、可能な限り対応している。          ※ホールに繋がる2か所のデッキを利用することで屋内に閉じ込まない生活を提供している。          ※重度化しても「掴まり立ちが出来る、介助で食事、水分摂取が出来るまで」を目途に環境を直ぐに変えない生活支援をしている。</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>新たに策定した理念に沿って、ケアに迷った際など、その対応を検討・共有し合い、日々のケアの実践に努めている。事業所で毎月発行する広報紙に「ちょっと認知症コラム」を掲載することにより、地域への認知症に関する関心を高め、知識を深めている。地域住民が運営推進会議委員として加わるなど、地域と積極的に関わりを持ち、事業所全体での交流が活発になされている。自治会の防災訓練を事業所を拠点に実施するなど、事業所や利用者の地域理解と安全安心につなげている。バリアフリーの事業所環境の中、とりわけ、利用者の歩行機能が低下しないように、屋外での活動を、意識的により多く取り入れた支援に努めている。</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 ↓該当する項目に○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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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				

[評価機関:特定非営利活動法人 いわたの保健福祉支援研究会]

平成 29 年度

2 自己評価および外部評価結果

事業所名 : グループホーム 美葉アネックス

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	支援対策に迷った時などは理念に戻ること で、新しい対策案が見つかることもある。そのため、見え易い場所に掲示している。	玄関等に掲示した新たな理念について、日々確認・共有しあいながらケアに当たり、その共有に努めている。とりわけ、ケアプランの作成時のケアカンファレンスの際は、理念に照らし合わせながら、支援方法を具体的に検討・実践している。	
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	散歩時に声を掛けて頂くこともある。また、運営推進会議への地域住民の参加により顔なじみとなられた方もいる。	事業所が毎月発行・配布している広報紙に「ちよこつと認知症コラム」を掲載して、地域の認知症への理解促進と事業所の認知度を高めている。利用者の見守り、防災訓練についても、地域の皆さんの積極的な協力を得ている。	
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	月1回発行のホーム広報を地域住民にも配布し活動の情報を提供している。「認知症コラム」のコーナーでは認知症に関する内容の記事となっている。		
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	市職員、警察署、民生委員、地域の代表、住民、家族の参加があり、各機関からの情報や地域からの情報がおおいに役立っている。	会議メンバーに地域住民の参加がある。委員からは、「地域密着型施設の利用条件」「利用者の徘徊対応」「利用者の交通安全」など、多方面に話題が提供され、積極的な話し合いがなされ有意義な会議となっている。	
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	運営推進会議や千厩地域支援会議を通し、入居状況や待機者状況、活動の内容などが伝わっている。また、台風接近の注意や被害発生時際の連絡などについて、ご指導頂いている。	介護認定更新時には、役所に出向いて担当と手続き連絡を行なうほか、普段は、電話等で相談や事務連絡等を行っている。地震や台風等の災害にあたっては、担当部署から適切な助言がなされるなど、緊密な連携がなされている。	
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	以前は玄関を施錠しなければ安全の管理が出来なかったり、業務が進行出来ない状態であった。現在はその必要はなくなっている。	事業所内外の研修結果を共有し合い、普段からお互いに注意し合うなど、拘束のない起こらないケアに取り組んでいる。とりわけ、徘徊等については、職員のみならず、地域の皆さんの見守りや連絡等の協力を得ている。日中の施錠はない。	
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	施設内研修の科目に「虐待防止」をテーマに取り上げ実施した。また、折り合いの悪い入居者と職員の場合は隣接ユニットへの異動勤務などで対応することもある。		

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	現在までに対象となる入居者の実例がないため学ぶ機会は少ない。入居者の家族に制度の説明を行った例はある。		
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	入居開始時に口頭で説明し押し印を頂いている。不明点については入居後でも受け付け、説明することも伝えている。改定等があった場合は文章で説明し同意書を頂いている。		
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	玄関に記入用紙と御意見箱を設置している。毎月発行のホーム広報にも意見、要望、助言等を随時受け付ける姿勢で取り組んでいることを記載している。	口座振替について意見があり検討している。事業所からの広報の配布や毎月の担当からのお手紙などを通してより意見等が出しやすい雰囲気作りに努めている。これからも連絡を密にしながら意見等が得られるようにしたいとしている。	
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	毎月のスタッフ会議の中で職員からの意見を集う時間を確保している。出された意見に全職員が取り組める切っ掛けとなっている。	職員会議などを通して、普段気がついたことや思っていることを出し合っている。職員の検食実施やケア(圧迫骨折対応)についての意見等が多く出され、全職員で基本的な知識や技術についてしっかりと話し合い、共有しあっている。	
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	物価や税率、保険料等が高騰する一方で介護報酬は引き下げとなって行く。事業所の努力だけでは難しい問題である。		
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	毎月のスタッフ会議の中で科目、担当者を代え研修会を実施している。また、資格取得のため自ら研修に参加する職員もいる。		
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	近隣のグループホームと以前行っていた懇親会を復活し情報交換会を実施した。		

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>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	入居前に生活している場所(自宅、施設、病院等)を訪問し、情報収集することで顔馴染みとなり、入居時に少しでも安心できるよう努めている。		
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	入居者と家族がホームでの生活に希望することをケアプランに取り入れ、その内容に沿った支援を心掛けている。		
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	支援内容をひとつのパターンとせず、その人その人に必要なサービスの提供に取り組んでいる。共同生活の利用が困難な場合は医療機関や他の施設を紹介することもある。		
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	個人個人が好むこと、安心できることを把握し、不穏状態になる前の対応を心掛けている。また、出来る範囲の軽作業を無理なく行うことで役割や日課と捉え、本人が自信をもって生活できるよう支援している。		
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	事業者や職員の思いだけでは良い関係を築けないケースもあり、全ての家族と共に支えていく関係ができていくかとなると難しい状況もある。		
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	在宅時からの友人や民生委員の来訪もある。また、在宅時からの習い事を継続してもらえる方もおり、指導者の来訪もある。	馴染みの床屋さん、タクシーを利用して知り合いの人に会いに行く方や行きつけの歯医者さんに通う方もいる。年々、馴染みが少なくなるなか、生活暦や声がけなどを通して、馴染みのヒントを得て、支援につなげていきたいとしている。	
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	折り合いが悪く、席替えひとつに苦勞することも多々あるが共同生活が継続できるよう工夫し支援している。トラブルに繋がるケースを把握し、職員が事前に回避するよう心掛けている。		
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	契約解除後の相談はほとんど無い。長期入院のため退去となられた方が退院した時のために入居の再申込をされている方もおられる。		

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>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	共同生活の場であることを理解し、我慢する場面の入居者もいる。危険のリスクは伴うが入居者の自己決定も尊重し、自立に向けた取り組みも行っている。また、可能な範囲で見守り、付き添いの対応も行う。	起床時や食事などには、声がけはするものの、日中の過ごし方や就寝については、利用者本人の思いや意向を聞き、可能な限り沿うように努めている。思いや意向については、連絡ノートにしっかり記録し、共有実践に努めている。	
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	入居前に収集した情報を職員は共有している。特に居室の出入り口とベットの向きが在宅時の環境とできるだけ変わらないようにセットしている。		
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	本人が出来ていたことを継続できるよう支援している。また、本人が不穏となる時間やパターンを把握していることで不穏状態になる前に回避するよう心掛けている。		
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	本人の身体、言動などに変化が見られた場合には管理者、計画作成担当者に報告しケアプランの見直しを行い、家族に説明、同意を得ている。内容により家族の協力を頂く場合もある。	居室担当は決めずに、全員で利用者を支援することを基本としている。普段の気づきについては、モニタリングの際に情報を計画作成担当者に提供しケアプランにもつなげている。現状に即した意見等が皆さんから積極的に出されている	
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	記録はケアプランに沿った内容となっており、誰が見ても分かりやすい記録となっている。		
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	ホームに近い職員もおり、緊急時には駆けつけられる環境にある。隣接ユニットの活用もあることで相互の入居者が行き来し、交流の機会がある。		

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	ホームの祭り、神社の祭り、公園に移動しての散歩、幼稚園児の慰問、高校生による職場体験などを通し地域住民と会える機会は多くある。年数が増したことで地域住民の認知症の理解も得られている。		
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	ほとんどの入居者は以前からの掛かりつけ医を受診している。事情により医療機関を変更する場合には町内の専門医を紹介することもある。また、訪問診療を受けた方もおられる。	この1年かかりつけの変更は無く、受診の際には各自の情報提供票を家族が持参している。家族等の都合が悪い場合は、職員の同行も考慮している。普段の健康管理は、訪問診療や歯科衛生士の訪問(口腔ケア)によって確保されている。	
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	看護職の配置は無いが受診時にはバイタルや言動に関する情報を提供することで健康状態が伝わっている。		
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医師に情報提供する。治療経過の情報を観察し、医師、看護師、家族、管理者などで入居の継続について検討する。		
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、事業所の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	基本的には介助での食事、水分摂取が可能な限りは支援して行く方向である。ただ、医療依存度が高くなった場合は医療機関、家族と相談をし場合によっては適切な施設利用ができるよう支援している。	重度化や看取り等終末期の対応方針は定めていない。事業所としては、医療依存度が高くなった際には、家族や主治医と連携・相談しながら、医療機関や老人保健施設などへの転院や転居について、最善の方法を考え、対応している。	
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	体調急変時や事故の際のマニュアルに沿って行動することとなっている。避難訓練時に消防署職員から応急処置などの指導を頂くこともある。		
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	避難場所を第1、第2と決めている。2年に1度は地域住民と合同の避難訓練を実施、災害時の地域住民の役割も確認している。また、近隣職員は直ちに駆けつけることを認識している。	毎年、定期的な訓練(2回、火災想定、夜間想定)を実施している。隔年には、事業所のイベントに合わせて訓練を実施し、多くの地域住民の参加協力を得ている。職員の消火訓練も実施し、いざというときに備えている。	

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
<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	例えば認知症を患ったとしても、人生の大先輩方であることを意識し、個人個人の行動や性格を把握し、否定しない言葉掛けや対応を心掛けている。	声がけやあいさつは、さんづけで行うなど、一人ひとりに向き合った対応をすることを基本に据えている。排泄時のトイレ誘導に際しては、他に気づかれないように小声で優しい声がけをするなど、特に心がけ職員間でも注意しあっている。	
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	食事メニューの希望やドライブの行き先、外で過ごしたい時、隣接ユニットの訪問、庭の散歩、買い物など自分の意志で行動ができるよう、大きな事故が予想されない範囲で自由として見守りを行っている。		
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	業務を優先しなければならない場面も多くある。また、入居者の重度化により支援負担が増したことで以前に比べると個人個人のペースとなっていない部分もある。		
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	ほとんどの方は家族さんが準備した在宅時と同じ身だしなみである。時々、送られた衣類は進んで着用できるよう声掛けすることもある。		
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	食材の刻みや盛り付け、配膳など、出来ることを手伝って頂きながら職員と行っている。台所とホールが対面式となっており、準備の音や匂いを感じ取れる。	メニューは利用者のリクエストを聞きながら作り、買い物には行ける方を誘っている。食事づくりには、皮むきなどの下ごしらえや片付けなどを出来る方が率先して行なっている。差し入れや匂いの物も取り入れ、話題にしながら楽しく食べている。	
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	食事や水分摂取量に関しては毎食時の記録となっている。摂取量の異常が続いた場合は受診の目安としている。また、大きな食事制限の方はおられない。		
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	以前ボランティアで訪問していた歯科衛生士さんから受けた指導を実践している。また、歯科の訪問診療もあり、利用する入居者もおられる。		

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	在宅時にはポータブルトイレを使用していた方がトイレで排泄可能になったり、リハビリパンツ使用を外した方もおられる。24時間1時間ごとの排泄チェック表で排泄パターンを把握できている。	多くの利用者は排泄が自立している。利用開始時には失敗していたが、職員の適時適切な声かけ誘導によって、改善された方もいる。排泄の自立は生活の自立を肝に銘じ、職員が全員で日々の記録・共有・実践に当たっている。	
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	服薬が多いことや運動不足による便秘症状の方もおられる。3～4名の方は排便状況を引継ぎ、日数に応じて便秘薬を服用している。また、乳酸飲料や繊維の多い食事の提供も心掛けている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	職員配置が多く、安全に行える時間帯を優先し実施している。このことによる利用者からの苦情は聞かれていない。また、異性者からの解除に抵抗を感じる方へは同性の職員が対応している。	毎日、午後の時間帯に3名程度の入浴(1人週3回程度)を支援している。入浴の嫌いな方には、無理強いすることなく、利用者に合わせて声かけをしながら入浴につなげている。入浴剤などを利用しながら、皆さんの楽しみにつなげている。	
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	廊下に備え付けたベンチで過ごされたり、ホールと繋がるデッキで過ごす入居者もいる。居室でのお昼寝に不安を感じる方がホールのソファでお昼寝をすることもあ		
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	服薬説明書を預かり、効能や効果、注意事項を確認している。服薬の管理は二重チェックとし誤薬防止に努めている。副作用症状が現れた場合は家族、医師に相談し服薬の変更や中止になった例もある。		
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	本人の好むことや可能な軽作業を継続することで本人の役割や日課となり責任や自信をもって生活ができる。以前は自分の好きな新聞を購読している方もおられた。		
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	地域の協力は難しいが、町内の行事に出掛けたりドライブの頻度も多くあり、屋外へ出掛ける機会が多い方である。	普段は、近隣の散歩や食材の買出しのほか、花見(市役所支所等)や紅葉狩り(室根山)、外食など、ドライブにも頻繁に出かけている。気分転換を図るためにも、アイデアを出し合い、これからも、積極的に外出支援を行いたいとしている。	気分転換の大切さに配慮して、今後も、利用者の希望などを聞き、天候や健康状態とも相談しながら、積極的な外出支援を期待したい。



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	お金を所持していない不安を職員は理解し対応している。管理の難しい方には家族さんから預かっていることを説明し安心感を与えている。自分で近くの販売機で飲料を購入する方もおられる。		
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	家族さんの都合が悪くない限り、電話の要望には対応している。手紙や荷物が届いた時には電話や手紙を書くことを勧めている。		
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	ホールと台所は対面式であり、調理をしながらでも見守りができる。廊下には危険が予想されるものは置かないこととし安全に移動ができる。玄関ホールは転倒時の怪我防止として厚手のマットを敷いている。	明るい日差しが差し込み、一人や複数などそれぞれに居心地が良い場所となるよう配慮されている。壁には、行事の写真や利用者の折鶴(チラシ利用1万羽ほど)が飾られている。整理整頓と清掃が徹底され気になる匂いもなく快適である。	
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	ホール内のソファや廊下奥側のベンチ、ホールから繋がるデッキが2ヶ所あり、自由に利用できる。		
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	居室のスペースに収まる範囲で使い慣れた物や本人が安心して過ごせる物の持ち込みが可能であることを入居前に伝えている。	備え付けの洗面台とベッド、整理タンスがあり、タンスには、普段の着替え用の衣料品が整理して仕舞われ、馴染みの写真鏡や時計等が置かれている。壁にはカレンダー、出入り口には表札を掲げて自室を認識・演出している方もいる。	
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	居室入り口に名札を下げることで自分の部屋と認識できたり、タンスに衣類の名前を貼ることで洗濯物を自分で収納できるよう自立支援を行っている。		