

### 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	1292600036		
法人名	社会福祉法人 悠久会		
事業所名	グループホーム 悠々やちよ		
所在地	千葉県八千代市保品2070番地5		
自己評価作成日	平成25年12月15日	評価結果市町村受理日	平成26年2月6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.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</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 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成26年1月20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)】**

利用者の皆様がゆったりと穏やかに過ごせるように、ホーム内の雰囲気慌ただしくならないように日々気を付けています。ホームの周辺環境も田畑が広がる静かな環境にあり、その点も気分を落ち着けたり、ゆったりとした雰囲気になる要因になっていると思われます。  
 できることは職員と一緒に行動することを大切にしながら、日常の色々な事柄について利用者の意向を伺いながら進めるようにしています。  
 同一敷地内に特別養護老人ホームや通所介護施設等があり、合同の企画行事を実施するなど他サービスとの交流があります。

**【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)】**

平屋建て1ユニットのホームです。敷地が広いので、居室及び共用部分とも全てが広々と作られており、遠くまで見渡せる田園風景と併せ、穏やかでのんびりと生活するのに最適な環境にあります。  
 近隣の住民が少なく、地域との交流はあまりありませんが、同一敷地内に併設の特別養護老人ホームおよびデイサービス施設の職員や利用者、各種共同行事を通じて賑やかな交流の機会があります。  
 複合施設の一つである為、災害時等も力を合わせて対処できるので何かと心強く、又、比較的介護度の低い人達の居場所としての役割を分担しているため、グループホーム本来のケアが可能となっています。

**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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	年度初めの会議において事業計画について説明しており、その中で理念について再確認と共有を図るようにしています。申し送りや定期的な会議において、ケアに対する意見の統一を図るようにしています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた項目を含む3カ条からなる基本方針を定め、事業所内に掲示しています。近隣に人家が無く、近隣の人達と触れ合う機会はありませんが、パーソンセンタードケアを基本とするとの理念を常に実践しています。	
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	近隣中学校からの体験学習の受け入れを行ったり、利用者の希望に応じて地区敬老会への参加などを行っています。日常においても散歩時などに近隣の住民の方に挨拶したりしています。	敬老会には5～6人の利用者が参加、また、併設のデイサービスで行われるボランティアによる民謡等のイベントに出かけ、併設施設の利用者との交流の機会があります。ホームには大学の実習生が年10人程度、体験学習の中学生が3～4人訪れています。	
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	利用者の混乱を招かないように配慮しながら実習生や体験学習の受け入れを行ない、将来の人材の育成に貢献するようにしています。		
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	日々の活動や利用状況の報告を行なうとともに、外部評価や市実地指導などの結果についても話し合い、意見や助言をいただいています。それらを運営に活かすようにしています。	会議は偶数月に地域包括支援センター、介護相談員、民生委員の参加を得て定例的に開催しています。会議ではホームからの単なる報告に止まらず、率直に話し合いを行い、民生委員の方から囲碁好きの利用者のために囲碁ボランティアを紹介して貰うなど、成果を上げています。	
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	利用状況や申込者の状況などを定期的に市担当者へ報告しています。また、市の介護相談員を受け入れ、ホームの雰囲気や利用者の様子を見ていただき、意見をいただいています。	市担当に諸報告を行う他に、介護相談員が1～2カ月に1度来訪、地域包括支援センターからも2カ月に1度開催の運営推進会議出席のため来訪し、ホームの実情につき理解を深めており、何事でも気軽に相談に乗ってもらえる関係が築かれています。	
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	職員会議等において提供しているケアが身体拘束となっていないか確認しています。利用者一人ひとりの気分や行動傾向の把握に努め、日中は玄関の施錠をせずに過ごしています。	日中玄関の鍵を掛けない等、身体拘束の排除に取り組んでおり、職員には職員会議や実際の介護の場で身体拘束を起こさぬよう注意しています。ただ、職員全員が禁止の対象となっている具体的な行為を知悉しているか定かではありません。	例えばミンが身体拘束になる等禁止12項目を全職員が具体的に理解していなければ、身体拘束を完全には排除することができません。理念にもある通り職員研修の強化が望まれます。
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	地域包括支援センターの協力を得て、勉強会を行なうなど職員への虐待防止に関する理解浸透や遵守に努めています。不適切なケアにより虐待になっていないか日々職員間で確認し合うようにしています。		

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
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	成年後見制度を利用されている方が現在入居されており、そのケースを通じて制度の理解に努めていますが、研修等の開催はできていないので全ての職員が制度について十分に把握できているわけではありません。		
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	契約時には入居後の生活や退居についての説明まで丁寧に行なうようにしています。文書を配布しよく理解していただいた上で契約を締結するようにしています。		
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	利用者が日常的に要望などを言い出しやすい雰囲気や馴染の関係作りに留意しています。また、家族の面会時には職員からも声をかけるようにし、意見等を聞くように努めています。	利用者については介護相談員が2名1～2カ月に1度ホームを訪れじっくりと話し合っ結果を報告してくれます。家族については面会のために来訪時に話し合うように努めています。このことは今回実施した家族アンケートの回答内容からもよく窺われます。	
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	職員会議において、利用者との日常的な関わりの中から出た職員の気づきや要望を出してもらい、サービス提供につなげるようにしています。日頃から要望などを聞くようにしていますが、不満等は言い出しにくいかもしれません。	職員会議やサービス担当者会議等で職員に意見があれば積極的に話すよう促しています。職員は、何か改善したいことがあれば、職員同士で良く話し合い結論を得るようにしています。管理者は、必要を感じた時は個別に面談をして話を聞いています。	
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	職員個々の都合などを考慮し、ケアに支障のない範囲で希望に応じた勤務体制にするようにしています。また、やりがいを持てるよう要望の出た企画行事などではできるだけ実施でき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	外部で開催されている研修の情報を収集し、なるべく多くの職員が参加できるように配慮しています。また、新入職員については習熟に応じてケア技術や利用者との関わり方など丁寧な指導に努めています。		
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	外部研修に参加した際に同業者と交流する機会がある程度となっており、日常的な交流はできていません。		

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	入居前には事前面接を行ない状態や思いなどを把握するようにしています。また可能な限り本人にも当ホームの様子を見てもらい安心してもらえるよう配慮しています。		
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	当ホームの入居を決定する前に家族の困っていることやサービス利用状況などの経緯を伺うようにしています。その上で当ホームとしてできることとできないことを説明しながら、関係を作っていくようにしています。		
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	初期の相談において本人や家族の状況等を確認し、できるだけ柔軟に対応するようにしています。場合によっては同一敷地内のサービスも含めて他事業所に繋げるようにしています。		
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	「介護をする・される」という一方的な関係にならないよう穏やかな生活ができるような場面作りや声かけを行なうよう努めています。過去の文化の事など利用者に尋ね、職員が教えてもらうような場面を持つようにしています。		
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	家族に利用者の様子などをこまめに報告し、情報を共有するようにしています。これまでの本人の生活を家族は知っていることが多いので、意見を聞いたり、協力をお願いすることもあります。		
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	入居前に交流していた方が同一敷地内の通所サービスに通われており、その際に会う機会を持ったりしています。知人や友人の面会についても制限することなく積極的に受け入れるようにしています。	家族や友人・知人が訪れやすい雰囲気づくりに努めています。今回実施した家族アンケートでも回答者の殆どが、このホームには大変の訪れやすいと回答しています。	
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	利用者同士の会話をそれとなく観察し、関係性について職員間で情報を共有するようにしています。高齢の方々は長年の経験から付き合い方などを持たれているので、職員の介入が過剰とならないように気を付けています。		

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	他の事業所等に移る際には当ホームでの生活やケア内容等を伝達し、生活の継続性に配慮するようにしています。退所後も相談があれば受け付けています。		
<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	個別に話を聞いたり、みんなで過ごす中で会話からそれぞれの思いなどを把握するようにしています。また、面会時などに家族からも本人が話していたことや思いなどを伺うようにしています。	利用者一人ひとりの意向や希望を第一とし、さりげない会話や表情から夫々の思いを把握しています。介護相談員からの意見も貴重です。表現のできない方には、入居時に記録した生活歴や家族への聞き取りから情報を集めています。	
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	職員と利用者が話しやすい関係を作り、日常的な会話の中から生活歴などを知るようにしています。家族からもこれまでの暮らし方などの情報を得て、ホームでの生活に繋げるようにしています。		
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	日々の生活の流れから利用者一人ひとりの生活リズムを把握するように努めています。また職員と一緒にやってみる場面を持つようにし、できることできないことを知るようにしています。		
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	ケアマネージャーが中心となり各職員が協力しながら作成するようにしています。日頃のかかわりの中から本人や家族の意見や要望も聞き反映させるようにしています。	計画作成担当者が、ケーススタディやカンファレンスで職員の意見を聞き、本人との会話、家族からの直接の聞き取りやメール、FAX等による連絡の結果と医師・看護師の意見も考慮に入れ計画を作成しています。3ヶ月に1回見直す他、変化があれば随時見直しています。	
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	個別にファイルを用意し、本人の様子や言葉等を記録しています。いつでも全ての職員が確認でき、申し送りでも伝達し、共有するようにしています。また個別記録を介護計画にも活かすようにしています。		
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	定期通院は原則家族に協力をお願いしていますが、本人や家族の状況に応じて職員が同行したりと柔軟に対応するようにしています。		

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	運営推進会議を通じて利用者の希望に応じた地域からのボランティアを見つけてもらい活用につながっているケースもあります。地域の理髪店からの訪問による理容を活用しています。		
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	入居前のかかりつけ医を継続することを原則としていますが、利用者は高齢でもあるので先々の安心を考え、本人・家族と相談の上、近隣の総合病院に変更を勧める場合もあります。	訪問診療は特に依頼せず、利用者の馴染みの人や場所との継続性をも考え、家族の付き添いを基本に入居前からのかかりつけ医を継続しています。かかりつけ医が居ない場合や重度化していく先々のことが心配な場合は、近隣の総合病院を紹介しています。	
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	契約している訪問看護ステーションから定期的に看護師が来ています。利用者の様子を見ていただくと同時に、職員から状態の報告や相談をし、対応方法などについて助言を得ています。		
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。	入院時には利用者の日頃の様子を職員から病院関係者へ伝達しています。入院中も随時面会するとともに、病院のソーシャルワーカー等と連絡を取り合いながら経過や退院の相談をしています。		
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	入居説明の時から本人・家族と重度化した場合に当ホームで対応し得る範囲などについて話し合いを行なうようにしています。状態変化などがあつた際にも随時話をするようにしています。	入居前の家族とは重度化に関する終末期のあり方についての話し合いを行っています。重度化した場合特養での受け入れ体制が整っている為、当面看取りの計画はありませんが、24時間オンコール体制や近隣の医療機関との協力体制があります。家族には随時連絡をとり経過報告・相談を行っています。	
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	夜間帯などの緊急時対応方法についてマニュアルを整備し、対処できるよう周知しています。応急手当やAED使用法の研修など職員が順番に参加していますが、全職員の受講には至っていません。		
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	消防署職員の立ち合いも含めた訓練を法人として行なっています。当ホームからもそこに参加しています。特に夜間帯は職員数が少ないので、同一敷地内の施設との連携を重視しています。	スプリンクラー等法令上要求されている設備はすべて整っており、防火・避難訓練も実施しています。平屋建てで、玄関の他に非常口が4か所あり、夜間の火災でも隣接の特養からの応援を得ることが出来ます。長期停電に備え発電機も複数個備えています。	火災発生等の場合、全職員がうろたえず臨機応変に対処できるよう、様々な場合を想定した優先手順を頭に入れておくこと、及び備蓄量をもっと増やす必要がないか検討するよう、法部に提案することが期待されます。

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>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	援助をする際に職員で一方的に決めつけてしまわず、本人の意向を聞きながら進めるようにしています。また、不適切な声かけやケア方法になっていないか職員同士で確認し合うようにしています。	入浴や排泄介助時は本人に違和感や羞恥心を持たせないよう細かい配慮をしています。言葉かけには「様」や「さん」づけで呼ぶよう管理者が指導しており、職員同士でも注意し合っています。	
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	職員は利用者一人ひとりの希望や嗜好を把握するように努めています。それをもとに日常の色々な事柄において利用者に提案し、選択・決定してもらうようにしています。		
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	生活のリズムは大切なので食事など節目節目の大まかな流れは決まっていますが、その中で一人ひとりの体調や様子に応じた臨機応変な過ごし方ができるように支援しています。		
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	着替える衣類などは基本的に本人の意向で決めています。援助をする場合でも本人と一緒に相談しながら決めるようにしています。好みの化粧品などを家族の協力も得ながら用意したりしています。		
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	利用者一人ひとりの好みやこだわりに配慮した食事形態や盛り付けとし、美味しく召し上がっていただけるよう支援しています。ホームの畑で採れた野菜を利用したりして親しみやすい食卓作りに努めています。	食事は併設の特養で調理されますが、火曜日だけは3食とも利用者の好みを反映して独自に調理しています。食事形態や盛り付けにも利用者の能力に合った支援を行っています。配膳、下げ膳、茶碗洗い、拭き取り等職員と一緒に和やかな楽しい食事の雰囲気が見られます。	
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	食事や水分の摂取量をチェック表で把握し、不足気味の方には声掛けをしたり、好みの物に変更したりして適正量が摂取できるように支援しています。		
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	毎食後洗面台において口腔ケアを行なっています。自分でできる方には声掛け・見守りを行ない、自分で行なう事が難しい方は職員で手伝うようにしています。		

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	必要に応じて本人に合った紙パンツやパッド類も使用し、できるだけトイレでの排泄を継続できるようにしています。一人ひとりのパターンに応じた声かけや誘導を行なうようにしています。	利用者一人ひとりの排泄表をチェックし定時及び随時トイレ誘導を行っています。本人の尊厳を重んじてトイレ内での排泄支援を行っています。殆どの方がリハパンを使用しており、夜間は一部の利用者は紙パンツ、リハパンにパッド等で対応しています。	
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	排便間隔をチェック表で把握し、便秘傾向の方には腹部マッサージを促したり、牛乳を摂取してもらったりしています。また、訪問看護来苑時に腹部の状態を確認してもらい、アドバイスもらっています。		
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	入浴の曜日や時間帯は決まっていますが、1人ずつの入浴とし、それぞれのペースで入っていただけるようにしています。決められた時間の中でも通院の都合などに応じて臨機応変に対応するよう努めています。	入浴は火曜日を休みとし、それ以外は基本的に14:00～16:00の間に入浴が可能です。利用者の状況に応じて臨機応変に対応しています。入浴を拒否する場合はその人のペース、タイミングを図り慎重に勧めます。また、菖蒲湯等季節に応じた方法で入浴を楽しめるよう支援しています。	
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	できるだけ日中は活動し、夜間よく眠ることができるよう支援しています。日中の活動ペースもそれぞれのリズムや体力を大切に、間に休息や昼寝の時間を設けるようにしています。		
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	薬の内容を個別にファイルし、全職員が確認できるようにしています。服用時毎のケースに分けて準備し、本人の確認・手渡しとすることで誤薬や服用忘れがないようにしています。		
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	利用者それぞれが参加できるようなレクリエーションを工夫し、役割の持てる場面を持つように配慮しています。職員で対応が難しい場合には、地域のボランティアの力を借りたりしています。		
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	利用者の希望を聞きながら季節感を得られるような外出機会を提供するように努めています。買物等も要望に応じて支援するよう努めていますが、職員配置状況等に左右されることも多く、いつでも行けるといような体制にはなっていません。	利用者の意見や意向を反映し、職員から外出の声かけをして、散歩や日光浴等2～3人のグループで好みに合わせた外出を行っています。また、花見会、初詣で、コスモス畑など遠出の支援も行っています。	



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
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	日常的に利用者が金銭を所持できるような対応はしていません。買物等の際に少額を本人に渡し、直接支払う場面を持てるよう支援する時があります。		
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	年賀状の返信など希望に応じて手紙を出す支援をしています。電話の取り次ぎも行っており、他の利用者に聞こえないよう事務所の電話機を利用するなど配慮するようにしています。		
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	季節ごとの飾りつけなどは利用者と一緒に作成した物を配置し、皆の空間であると感じながら過ごせるような環境作りを心掛けています。また、利用者にとって快適な温度や明るさになるように気を付けています。	和室コーナーを備えた居間兼食堂、トイレ、風呂、玄関、廊下、事務室等共用空間は全て非常に広くゆったりしています。居間兼食堂の天井は高く開放感があります。トイレは臭いの籠らぬよう常時換気扇を動かしています。各種飾りつけで季節感を演出し、味噌汁を作ったりおかずの盛り付けなどの音や匂いで家庭的な生活感も有ります。	
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	共有空間において独りになれる場所はありませんが、玄関付近やリビングに共用の長椅子やソファを設置しており、そこで少し離れて過ごすことができるようになっています。		
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	タンスや写真など思い出の品を持ち込んでいただき、それぞれの方が居心地の良い空間となるよう働きかけるようにしています。	居室はクローゼットが備え付けなので、殆どの部屋は整理が行き届いています。ベッドは今まで使用していたものがあればそれを持ち込むように勧めています。その他箆笥・鏡台・テレビ等それぞれ好みのものを持ち込み、壁には家族の写真や自分の作品等を飾って、自分の部屋として寛げるように雰囲気作りをしています。	
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	ホーム内は段差がなく、手すりを設置していますので移動が行ないやすい環境となっています。トイレの場所をわかりやすいように記載するなど混乱が少なく暮らせるようような配慮をしています。		