

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	4372601148		
法人名	医療法人 永田会		
事業所名	グループホームげんきの家(あんず)		
所在地	熊本県菊池郡菊陽町幸川1923-1		
自己評価作成日	平成29年8月9日	評価結果市町村受理日	平成29年12月7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	http://www.kai.gokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【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 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	平成29年11月2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)】

利用者様それぞれが力を発揮できるよう環境作りを行っており、長年に渡って継続出来ている方も居られる。冗談が飛び交い賑わう場面も日常的に見られ、利用者様と職員が一体となり家庭的な雰囲気になっている。

【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)】

母体病院の裏手に平成16年に開設したホームでは、家庭の延長線上にあるとして自然環境を楽しむ、入居者個々の人生を見つめ、地域の中で“らしく”生きてほしいと新管理者を中心に心をひとつにしてケアにまい進している。地域行事への参加や馴染みの場所への外出等一瞬でも喜んでもらえることに職員はやりがいを見出し、趣味の継続(生け花、読書、編み物等)や新聞読み等その人の時間で過ごせるよう工夫しており、介護支援に加え、一人ひとりの入居者が自分らしく自立を目指すように支援している。高齢化する中で、夜勤2名・宿直1名と職員体制を厚くし、運営推進会議を通じ、ケアサービス向上への取組と共に地域にあるホームとしての役割を発信し続けており、この地での確固たる基盤が築かれている。家族へのアンケート調査等家族も大切にしており、地域・家族・隣接の母体病院と共にある家庭的な雰囲気を醸し出したホームが形成されている。

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 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. 全くいない
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				

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
I.理念に基づく運営					
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	ホーム会で事例検討を行い、個別ケアを目指し、スタッフ間の意識の統一を図っている。	理念とともに年度毎の目標を掲げ、運営推進会議の中で開示し、その人らしい生活ができるよう、地域との関わりが途切れないケアに努めている。新規入職者にはオリエンテーションの中で理念や目標を伝達している。入居者を認知症という病気として正しく理解し、しっかりと関わられるように努めている。入居者本位の生活を提供するとした目標は、個別支援に表れており、理念の実践に向け、全員が共有している。	
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	地域の総会に出席したり、子供会との交流も図っている。区費も払い自治会から地域行事の案内もあり、参加している。	自治会総会への参加によりホームの啓発に努め、地区の草取りやリサイクル活動等に参加する等地域の一員として関わっている。また、子ども会(クリスマス会・モグラ打ち等)や定期的に訪問されるボランティアとの交流、元々の生活圏との関係性にも注視した支援(地域サロンへの参加)等地域の中で充実して日常を支援している。	
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	総会の中で事業所の特色を紹介し、相談事の受け付けも行っている。ケア会議で認知症についても説明し理解してもらえる様になっている。		
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	それぞれの立場からの談話や、意見交換を行っている。開かれた会議になるようホーム便りに掲載している。感染対策などの勉強の場にもなっている。	2ヶ月毎の夜間帯に開催されている運営推進会議は行政や社協、区長、民生委員、ホーム推薦推進委員、ボランティア代表、派出所、家族会や母体から院長や事務長等充実したメンバーである。年間目標や年間活動計画の開示や入居者状況、異動等の他スライドによるヒヤリハット事例と対策についての説明、地域包括支援センターによる地域ケアシステムの説明による意見交換や院長による講話等充実した会議である。	開催時間が18時であるが、年6回のうちに1回でも昼間の開催を検討いただきたい。ホームでの入居者の生活ぶりや職員のケア等を見てもらう事で認知症ケア推進の一環や業務の振り返りとしても期待できると思われる。また、意見交換のテーマを職員が検討することで参加者からの意見や提案が更に挙がるものと大いに期待したい。

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
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	運営推進会議に毎回出席してもらいホームの現状を伝えている。また、講話等を依頼し、相互理解できるような関係づくりに努めている。	運営推進会議を通じた情報発信の他、地域包括からの通所相談、社協からの空き状況確認、認定調査時に立会い情報を発信している。また、夜間帯で開催する運営推進会議でも参加されており、行政他地域包括センター、社協等との協力関係が築かれている。お泊りデイ利用等相談にも適切な助言を得ている。	
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「介護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	常に事例検討を行いながら身体拘束に繋がらないケアに取り組んでいる。ホーム会の中でも勉強会を行っている。	外部研修に参加し、ホーム内で復講により全員が拘束や虐待について正しく認識している。玄関は開錠しているが、さくら棟は掃き出し窓の為、危険防止として家族の同意により補助キーを設置している。入居者個々の外出傾向や徘徊等全員が把握していると共に、外出したいのには目的があると理解し、さりげなく見守ったり、野菜の収穫等気分転換を図っている。職員の勤務体制やリビングに居ない時間等の外出には特に注意が必要であると認識し、事例を検討している。	家族から「鍵がかかっていないので、訪問しやすい」との言葉から、オープンであることが窺われる。今後も、外出傾向の早期察知や職員の一人体制時の対応について全員で検討いただきたい。
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	ホーム会や日頃のケアの中で虐待に繋がっていないかを話し合っている。		
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	勉強会の資料をそれぞれが確認し合い制度については理解に努めている。		
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	契約書に添って説明を行い、不安や疑問点が残らない様な対応を心掛けている。		

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
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	面会時などの機会に家族の意向は丁寧に伺い出来るだけ要望に添えるようにしている。年に一度アンケート調査を行い要望を伺うようにしている。	家族の面会時に日頃の様子を説明し、意見や要望を聞き取りしたり、必要な物品や入居者の“会いたい”との思い等に対して家族に協力いただきケース等もある。2ヶ月毎に便りにより、入居者の情報や運営推進会議の状況を発信している。また、アンケート調査(年に1度)、家族会、運営推進会議等家族の意見や要望等を重要な事案として捉えている。入居者の声にも耳を傾けている。	家族の忌憚のない意見等に注視した運営体制であり、今後も家族の要望や相談事等全職員が共有されることで、家族からの更なる信頼を得ていただきたい。
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	日頃から意見を出し合っている。	ホーム会(毎月)や日常の中で意見交換によりハード面での見直し等に反映される等管理を中心として意思疎通の良い関係が築かれている。職員の提案事項等稟議書を提出し、隣接病院の総務課の協力によりウッドデッキでくつろげる環境としたり、トイレ改修等環境整備が行われている。	
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	就業規則を順守し職員の業務内容を把握、評価し給与評価、賞与評価へ反映させている。		
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	熊本県主催の認知症ケア研修会に参加し、ホームケアの向上に努めている。		
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	系列病院の職員との情報交換や、勉強会へ参加している。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	契約時、細かい情報把握に努め本人の言動や家族の話、個人史の内容から理解に努めている。		

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
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	入居前から面談を重ね、家族の思いを受け止め心配事や、不安の軽減に努めている。		
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	本人と家族の意向をケアプランに活かし、実践に繋げている。		
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	個人の能力に応じて、調理や洗濯、掃除、ゴミ捨てなど日常生活全般のことを一緒に行っている。		
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	本人の思い、家族の思いを理解した上で、本人の希望に添えるよう家族に協力を仰ぎ、一緒に支えている。		
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	ふれあいサロンや地域の行事に参加できるよう連絡調整を行い、一緒に行っている。	定期的に家族と墓参に出かける入居者、通所利用から入居された今でも通所で友人と会われたり地域の方と調整し友人の自宅への訪問、地域サロンや地域の祭りに出かけ知人との再会を果たしたケース等馴染みの人・場所との関係が途切れないよう支援している。また、家族との初詣、正月の帰省等家族の協力を得、毎月生け花教室に参加し玄関に活ける方、読書、編み物等の趣味の継続、年賀状のやり取り等も継続している。	
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	誕生会を皆で祝っている。利用者同士の関係性を見極めながら、テーブルの配置などを考えている。		

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
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	治療のため入院し退居した方への面会に行っている。家族の不安や心配事にも相談に応じている。		
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					
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	日々の関わり合いの中で、本人の思いや意向を把握できるように努めている。	職員は入居者への寄り添いを徹底し、否定しない事等声のかけ方を考えながら、希望や意向を引き出している。入居者同士の会話の中から把握することもあり、天気の良い日の「外に出ないと」との言葉に外出するケースもある。難聴の入居者には聞こえやすい方から話しかけ、言葉でうまく表現できない場合には行動・言動等を推察し、嫌なことは無理強いないとしている。	
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	入居前のケアマネージャーや施設、病院の担当との連携を図り情報を得ている。家族の協力を得て個人史を作成している。		
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	日常の関わりの中で、表情や言動から思いや意向を読み取り、嗜好や残存機能の把握にも努めている。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、他職種の意見も反映し、介護計画を作成している。	日々の申し送りノートで入居者個々の状況を共有し、毎月のホーム会、3ヵ月毎のモニタリング等により随時追加している。また、家族・主治医・PT・ケアマネジャー・担当職員等により体調変化等について担当者会議を開催し、新たなプランを作成している。また、退院に向けたカンファレンスにより再作成しており、現状に即したプランが作成されている。	

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
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	個人記録に情報を記入し、特に注意すべき点は管理日誌に記入している。更に情報把握が出来るよう申し送りノートを活用し、実践に活かしている。		
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	本人が困らないように家族が出来ない部分を補っている。		
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	地域行事へ参加できるように担当者と連携を取って調整している。		
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	定期的を受診同行し、主治医への情報提供を行い、適切な医療を受けられるように支援している。専門医受診の際は職員も同行し、主治医との情報共有を図っている。	入居時にももとの病院での受診や隣接する母体病院で受診できることを説明している。専門的な病院での受診は家族に依頼し、必要時には職員が家族と同行し、受診後はケア記録に状況を残している。日々の健康管理を徹底し、毎週訪問歯科利用や、緊急時には母体病院から駆けつける等適切な医療を支援している。	
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	看護職を配置し、異常の早期発見に努めている。些細な変化でも看護職に報告し、適切な医療に繋げている。		
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。	入院に関しては、身体状況や生活状況等を医療機関に情報提供し、定期的に職員が見舞うようにしている。		

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
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、事業所ですることが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	入居時より、重度化や終末期に関して本人や家族、主治医と話し合いの機会を持ち、意向の確認をしている。また契約時にも同意書を交わしている。	入居時に重度化及び終末期の対応について説明し同意を交わしている。ホームでは看取りは出来ないが、出来得る限りを行うとしており、ホームでの生活を少しでも長くさせたいとの家族の思いに応え、家族との話し合い(家族の不安に対し)を繰り返し、出来る限りの支援を行っている。	
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	全体研修で看護職から実技を交えて教わったり、職員それぞれが急変時に備えてのシミュレーションを行っている。		
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	毎月避難訓練を行っている。消防署の立ち合い訓練も実施して防災についての教育も受けている。	毎月のホーム独自の避難訓練と消防署立ち合いでの総合訓練、病棟の非難訓練にも参加し、消防からの指摘事項を真摯に受け止めている。定期点検や日々火器等のチェック等を行う等危機管理意識を高くして臨んでいる。熊本地震により非常災害対策計画を新たに作成するとともに、備蓄(水・米・缶詰等)等も充実させ、缶詰を使った料理にも取り組んでいる。	法人として災害対策計画が作成されているが、ホームとしても災害時マニュアルをもう一度見直し、今回の地震を風化させないように毎月行われている自主訓練を継続いただきたい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	接遇の勉強会に参加し、職員間で注意喚起するなどし、人格を尊重した言葉かけを心掛けている。又、写真掲載などについては同意を得ている。	職員は入居者への声かけに対して馴れ合いの言葉を使用しないことや年長者として尊敬の念を持ってケアに当たる事としている。入室時の声かけやノックの徹底、耳が遠い方には耳元での会話や正面からの話しかけ等に心がけ、呼称も馴染まれた名前呼び掛けている。居室の名前の掲示、写真掲載等については可否を聞き取りし同意を交わしている。	
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	何事も尋ねながら本人の意思が出やすい様に声掛けをしている。自己決定できない場合は表情をよく観察するようにしている。		

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
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	利用者一人一人の意向に沿った一日を送れるように計画を立て実施している。		
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	清潔を心掛け、洋服選びも出来るだけ一緒に行う様にしている。		
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	調理や力に応じて盛り付けなども参加してもらっている。旬の食材も利用し、季節感を感じられる様にしている。	入居者から聞き取りし全職員で献立を決め、職員と入居者が調理や後片付け、お盆拭き、ホワイトボードへのメニュー記入係等能力に応じて関わってもらっている。菜園での野菜作りも一緒に行い、育てる、食卓へのぼる、食事中的の会話等楽しみへと繋げていることが芋ご飯に昔の話で盛り上がりを見せる様子に反映されている。ウッドデッキでの食時、桜の下での会食、誕生日には好きな物を提供したり、自分で食べれるような工夫も見られる。	法人の管理栄養士によりカロリー計算もされているが、献立、特に朝食について検討されるなど、更なる一工夫に期待したい。
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	一人一人の摂取量を把握し適切な量を提供している。食べやすい形態に変更したり、人によっては朝食をパン食にしたりしている。ゼリーや好物で水分補給できるように工夫している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。自分でできない箇所は介助している。訪問歯科の指導も受けている。		

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
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	トイレの場所が分からなかったり、尿意があまりない方には誘導し、失敗が無いようにしている。トイレでの自立支援に向けて日中の布パンツ、夜間の紙パンツなどの工夫をしている。	トイレの場所が分からない様子や便・尿意が不明等により時間や動きを見ながら日中はトイレでの排泄を支援している。夜間でも動きによりトイレへの誘導やポータブルトイレへの誘導、昼・夜の排せつ用品の使い分けしている。入居時にはリハビリパンツやおむつ使用に、しばらく様子を見て、検討しながらおむつ外しに成功した事例もある。トイレに手すりの設置と広く改修したことも自立支援に繋げている。	
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	ヨーグルトや食物繊維の多い物を提供したり、おからを混ぜるなどの工夫をしている。		
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	本人の希望を聞き、入りたい時間に入浴できるようにしている。季節行事の菖蒲湯なども楽しんでもらっている。入浴拒否のある方には、タイミングをみて声掛けを行い入ってもらっている。	入居者に入浴されるかどうかを尋ね、お昼からの入浴ではあるが希望する時間帯で支援している。温湯(熱め・ぬるめ)の希望や夕方入浴、昔から米のとぎ汁で洗顔をされる方等こだわりも継続させ、みんなで摘んできたヨモギやゆず等も利用している。入浴拒否に家族に声かけの協力を依頼した事例もある。	
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	昼夜逆転を避け、日中活動を行い夜間良眠できるように支援している。日中休息を取りたい時は、好きな時間にとれるようにしている。		
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	薬の作用については、医師、薬剤師より情報を得ている。一人一人に合わせた形状で飲みやすくし、確実に服薬できるようにしている。		
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	調理や洗濯などできる方には力が発揮できるような環境作りをしている。趣味の時間を楽しめる様に材料の準備や希望の物が購入できるよう外出支援も行っている。		

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
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	本人の希望に沿い、ドライブや外食などの外出支援を行っている。また家族と外出ができるように調整を行っている。ふれあいサロンや自宅への外出支援も行っている。	ユニットにより外出の頻度の違いはあるが、家族との散歩や田んぼ道を散歩コースとして出かける入居者、ゴミ捨てを日課とする方、墓参や外食など家族の協力も得ながら支援している。また、コスモスやつつじ見学等企画した外出の他、地域サロン等の個別支援、野菜の収穫等外に出る機会を作っている。	今のこの時期、多くの外出を短時間でも支援されることを望みたい。暑い時期や寒い時期になると外出も困難かと思われ、家族の協力による外出は入居者にとっては何物にも代えられないことであり、今後も家族との一時の外出でも叶うことを期待したい。
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	金銭の自己管理は現状では難しい。		
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	電話はいつでも掛けたり取り次いだりして話ができるようにしている。毎年、年賀状と一緒に作成しており、出来ない方は代筆している。		
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	室温の調整や清潔な環境作りを心掛けている。席の配置にも気を配り、気の合った方向同士と一緒に過ごせるようにしている。また玄関や庭には季節の花を飾り、居心地の良い空間作りに努めている。	ユニットによりハード面での違いはあるものの、お互いの特徴を生かしながら、住空間を作っている。新たにテーブルを配置したウッドデッキで外の風景を楽しみ、サンルームでの日向ぼっこ、図書コーナーの本を読みふける入居者等もおられ、共有空間の席の配置を時々入れ替える等居心地良くすくすく工夫に努めている。入居作に生け花や庭の草花等季節感を醸し、温湿度管理を徹底している。	室内環境について、見直してみる事も必要かと思われる。日頃気が付かないようなところでも掃除を徹底したり、整理整頓をすることで、いつまでも清潔感漂うホームを継続していただきたい。
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	一人一人の居場所が決まっており、自由に使えるようにしている。		

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
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	ベッドの位置や家具を本人の好きなように、また、本人の動線も考慮して配置している。本人や家族の思い入れのある物を飾ったり、ホームで作った作品も飾ったりしている。	入居時にベッド・マット・チェストはホームで用意しているやなじみの物の必要性を説明している。箆笥や小さなテーブル(家族との団欒場所として活用)等が持ち込まれている。転倒防止に向けた配置やベッド周りには物を置かないことにより危険回避としている。観葉植物や米寿に家族から寄せられた額、多くの写真を飾り自己管理される等職員の工夫と入居者のこれまでの生活感が表れた居室環境である。	
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	物のあり場所が分かりやすいように表示をしている。		

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	4372601148		
法人名	医療法人 永田会		
事業所名	グループホームげんきの家		
所在地	熊本県菊池郡菊陽町辛川1923-1		
自己評価作成日	平成29年8月9日	評価結果市町村受理日	平成29年12月7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	http://www.kaijokensaku.jp/43/index.php
----------	---

【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 あすなる福祉サービス評価機構		
所在地	熊本市中央区南熊本三丁目13-12-205		
訪問調査日	平成29年11月2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)】

外出の機会が少ない方でも玄関先で眺める花や裏の畑で収穫した野菜等で季節を感じてもらえる様にしています。狭い空間だからこそ身近に感じられる事もありますが、利用者が快適に安心して生活を送れるよう日々工夫を行っています。

【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)】

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)	○	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				

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
I.理念に基づく運営					
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	ホーム会で事例検討を行い、個別ケアを目指し、スタッフ間の意識の統一を図っている。		
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	地域の総会に出席したり、子供会との交流も図っている。区費も払い自治会から地域行事の案内もあり、参加している。		
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	総会の中で事業所の特色を紹介し、相談事の受け付けも行っている。ケア会議で認知症についても説明し理解してもらえる様にしていく。		
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	それぞれの立場からの談話や、意見交換を行っている。開かれた会議になるようホーム便りに掲載している。感染対策などの勉強の場にもなっている。		
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	運営推進会議に毎回出席してもらいホームの現状を伝えている。また、講話等を依頼し、相互理解できるような関係づくりに努めている。		
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「介護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	常に事例検討を行いながら身体拘束に繋がらないケアに取り組んでいる。ホーム会の中でも勉強会を行っている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ホーム会や日頃のケアの中で虐待に繋がっていないかを話し合っている。		

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	勉強会の資料をそれぞれが確認し合い制度については理解に努めている。		
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	契約書に添って説明を行い、不安や疑問点が残らない様な対応を心掛けている。		
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	面会時などの機会に家族の意向は丁寧に伺い出来るだけ要望に添えるようにしている。年に一度アンケート調査を行い要望を伺うようにしている。		
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	日頃から意見を出し合っている。		
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	就業規則を順守し職員の業務内容を把握、評価し給与評価、賞与評価へ反映させている。		
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	熊本県主催などの研修会へ参加し、ホームケアの向上へ勤めている。		
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	系列病院の職員との情報交換や、勉強会へ参加している。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	契約時、細かい情報把握に努め本人の言動や家族の話、個人史の内容から理解に努めている。		
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	入居前から面談を重ね、家族の思いを受け止め心配事や、不安の軽減に努めている。		
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	本人と家族の意向をケアプランに活かし、実践に繋げている。		
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	能力に応じて、調理、洗濯、掃除に参加してもらっている。		
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	本人の思い、家族の思いを職員が理解し、良い関係が気付けるように支援している。		
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	面会時は自室でゆっくり過ごせる様に配慮している。地域の催しにも参加できるようにしている。		
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	誕生会を皆で祝っている。利用者同士の関係性を見極めながら、テーブルの配置などを考えている。		

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
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	治療のため入院し、退去した方への面会に行っている。家族の不安や心配事の相談にも乗っている。		
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					
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	日常の関わりの中から、思いや意向を引き出すよう努めている。		
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	入居前のケアマネージャーや施設、病院担当者との連携を図り情報を得ている。家族の協力を得て個人史を作成している。		
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	日常の関わりの中で、表情や言動から思いや意向を読み取り、嗜好や残存機能の把握にも努めている。		
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	本人、家族の意向を踏まえ、他職種の意見を出し合いプランに反映させている。		
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	個人記録に情報を記入し、特に注意すべき点は管理日誌に記入している。更に情報把握が出来るよう申し送りノートを活用し、実践に活かしている。		
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	本人が困らないように家族が出来ない部分を補っている。		

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	地域行事へ参加できるように担当者と連携を取って調整している。		
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	かかりつけ医は本人、家族に決めてもらっている。母体病院がかかりつけの場合は定期的に同行し、主治医へ情報提供を行い、専門病院へも必要時は同行し適切な医療が受けられるよう支援している。		
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	看護職を配置し、異常の早期発見に努めている。些細な変化でも看護職に報告し、適切な医療に繋げている。		
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。	入院に際しては身体状況や生活状況など、医療機関へ情報提供し、職員が定期的に見舞う様になっている。		
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	入居時より、重度化や終末期に関し、本人、家族、主治医と話し合いの機会を持ち意向の確認をしている。契約時にも同意書を交わしている。		
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	急変時には併設病院と連携を取っている。研修へも参加している。		
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	毎月防火訓練を行っている。消防署の立ち合い訓練も実施し防災についての教育も受けている。		

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	接遇の勉強会に参加し、職員間で注意喚起するなどし、人格を尊重した言葉かけを心掛けている。又、写真掲載などについては同意を得ている。		
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	何事も尋ねながら本人の意思が出やすい様に声掛けをしている。自己決定できない場合は表情をよく観察するようにしている。		
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	一人一人の意向に沿った計画を立て実施している。		
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	清潔を心掛け、洋服選びも出来るだけ一緒に行う様にしている。		
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	利用者の得意分野を生かして食材を刻んだり、季節の食材を取り入れるようにしている。		
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	摂取量の把握をして不足している利用者には好みの食材を用意したり、食べやすい形態にしている。水分不足にならないよう、細目に提供している。		
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、口腔ケアを実施している。自分で出来ない所は介助している。訪問歯科の指導を受けている。		

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
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	トイレの場所が分からない為に失敗することがない様に誘導している。尿意が無い方には時間を見て誘導し、失敗しても本人が傷つかないようにさりげない支援を行っている。		
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	食材の工夫(ヨーグルトや芋類)イレウスの既往がある方には下剤の調整を行い定期的に排便が得られる様にしている。		
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	生活のリズムに合わせ、利用者の希望を聞きながら入浴できるようにしている。季節行事の菖蒲湯なども楽しんでいる。		
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	出来るだけ昼夜逆転しないように軽い疲労感が得られ、夜間良眠できるように支援している。体調に合わせ、休息を取ってもらえるようにしている。		
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	薬の作用については医師、薬剤師より情報を得ている。一人一人に合わせた形状で飲みやすくし、確実に服薬できるようにしている。		
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	調理、洗濯などが出来る方には力が発揮できるような環境づくりを行っている。趣味の時間を楽めるように材料の準備もやっている。		
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	気候の良い時に月に1、2回外出の機会を作っている。		

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	金銭の自己管理は現状では難しい。		
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	電話はいつでも掛けたり取り次いだりして話ができるようにしている。毎年、年賀状と一緒に作成しており、出来ない方は代筆している。		
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	室温の調整や清潔な環境づくりに心掛けている。席の配置にも気を配り気の合った人同士と一緒に過ごせるようにしている、また、玄関には庭に咲いた花を飾ったり、利用者自ら生けてもらう事もある。		
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	ソファの場所、テーブル、それぞれ自由に過ごしやすいように工夫している。		
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	本人の動線を考えながら、動きやすい空間になるように家具などを配置し、使い慣れた物を置いている。		
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	物のあり場所が分かりやすいように表示をしている。		