

### 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	1070800238		
法人名	NPO法人 ひまわり会		
事業所名	グループホーム一番星渋川		
所在地	渋川市半田934-2		
自己評価作成日	10月10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	<a href="http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/">http://www.kaigo-joho.pref.gunma.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25年10月30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)】**

平成23年12月23日に渋川市半田へ新築移ってきました。家庭的な雰囲気を大切にしております。ホームの自慢は職員です。職員は優しく一生懸命に利用者さんを支えます。利用者さんにとって最大の環境は施設であるならば職員だと思います。優しく認知症の知識が豊富な職員がいれば利用者さんは精神的に安楽になるでしょう。これからも大切な職員と楽しい職場を作ってゆきたいと思います。また、ホームでは「自宅のような生活」を意識しケアさせて頂いています。普通に外に出たり、風を感じたり、台所ではまな板を叩いている音がしたりと生活の色や音を自然に感じながら生活をして欲しいと思い、ケアさせて頂いています。また、私たちのホームでは見取りまでまでやらせていただきます。その利用者さんの人生の幕引きまで一生懸命にケアさせて頂きます。共用型デイも始めました。デイから入所することもあるので以前よりもスムーズに入所ができ、利用者さんも職員も信頼関係を構築しケアできるようになりました。

**【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)】**

事業所は、平成24年8月「グループホーム共用型認知症デイサービス」を開設し、地域に根差した積極的な運営に取り組んでいる。家庭的な雰囲気のなかで、デイサービスの利用者やグループホームの利用者が同じテーブルを囲んで、ゆったりとしたリズムで食事している。入居利用者の終末期に向けた介護についても、前向きで真摯な取り組みを行っている。「看取り介護に関する指針」を作成し、入居時に看取りを行っていることを説明しており、看取りの時期が訪れる前に医師からの説明を受け、本人・家族等と話し合いを行い、対応方針を共有している。また、家族に面会を働きかけ、家族とともに訪問看護事業所や薬局などの医療関係者と連携を図り、平成25年は既に利用者3名の看取り介護を支援している。

**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	利用者や職員が、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広がったり深まり、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	認知症の方は住み慣れた地域で暮らすことができるようケアできている。管理者と職員とで話し合い共有できる理念ができた。問題が起きたら理念を見るようにしている。	理念は、管理者と職員が話し合いで検討・確認し作成した経緯もあり、共有が図られている。日々、2回(午前・午後)のカンファレンス、利用者の申し送り時のカーデックスの活用等、具体的なケアについて意見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人として日常的に交流している	近所の方からもらい物をしたり、渡したりしている。去年よりは交流が持っていると感じる。近所の方の訪問も多くなった。	自治会に加入し、町内のお祭りや運動会、道路愛護などの地元の行事に参加している。近隣住民から、「空き地を駐車場に利用してよい」との申し入れや、季節の野菜・草花の差し入れがあったり、お裾分けをする等、地域の人達とふれあう機会が多い。	
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	地域の方から認知症の相談を受けたり、対応の仕方や事業所の使い方などの説明している。		
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	二ヶ月に一回推進会議を開催し、自治会長さんや民生委員や包括の職員さんに来ていただきホーム内のことを理解していただいている。また、ご家族の意見を聞き、反映できるようにしている。	会議は、参加メンバーからの質問、意見、要望を受け積極的に取り組んでいるが、報告や情報交換が中心である。	会議は、報告や情報交換にとどまらず、外部評価の結果や改善の取り組み等についても報告され、そこでの意見をサービス向上に活かされることを期待したい。
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	時折、市の高齢対策課に行き、空き状況などを話しに行っている。	代表者は、市担当窓口に定期的に出向き、介護報酬制度についての相談や事業所の現況等の報告をしている。事業所は市担当者と時々メールで対応したり、市からの依頼にも積極的に協力し連携を図っている。	
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	職員を常時、拘束や虐待の話をし、拘束しないケアができるように努力している。拘束禁止の研修会にも積極的に参加している。	「身体拘束廃止に関する指針(渋川市)」を基に、勉強会やカンファレンスを実施している。不随意運動のある利用者を車椅子に移乗する時には、怪我をしないよう厚めの靴下やタオルを活用するなど、身体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	管理者が権利擁護推進委員の研修などに行き、職員等に研修での講義の内容を話すようにしている。職員間が仲良く行くよう注意している。また、あざ等があれば「どうしてできたのか？」を皆で検証し注意している。		

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
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	昨年まで権利擁護を活用していた利用者さんがいたため学びが多かった。		
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	家族の方々が疑問や不安点が聞きやすいような環境づくりを心がけている。職員の方から「何かないですか？」と聞くように努めている。		
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	推進会議等で家族の意見を聞き、ケアに反映できている。また、面会などで家族がいらした場合は、職員が家族と話す機会を多く持つようにし、不満がないか察知するよう心がけている。家族の意見を聞いた場合は迅速に対応するように職員一同心がけている。	家族からの意見・要望は、運営推進会議や面会時を通じ、気軽に職員に話してもらえよう努めている。家族からの「利用者が外出するので、入浴時に顔を剃ってもらいたい」との要望があり、速やかにサービスに反映させている。	
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	職員となるべく話す機会を多く持つようにし、一人の職員の意見を多く取り入れるようにしている。また、月1回の会議やカンファレンスで意見や要望を聞き反映できるように努めている。	代表者は、日頃から職員とコミュニケーションを図るよう心がけ、管理者と連携を密にし、職員の要望や意見を聞くようにしている。歯科医師による定期的な往診サービスなど、職員の気づきやアイデアを運営に活かしている。	
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	利用者さんにとって職員は最大の環境であって、大切な宝です。職員が働きやすいように環境整備に努めている。また、人間関係にも気を配っている。長く働いてもらうよう心がけている。		
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	代表も現場に入り、職員のトレーニングに参加できるようにしている。法人内外の研修にも多く参加できている。		
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	交換研修はしばらくしていない。他のホームに行くことで、当ホームのことが良く分かるのではないかと！今後は多くしてゆきたい。		

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>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	職員同士でよく話し合い、利用者さんが不安に思うときは近くに寄り添うケアをしている。その方の問題を早期に見つけケアするようにしている。共用型デイを昨年からはじめたため、ホームが1床空いたら共用型デイを利用してくださっている利用者さんの家族に声を掛けさせてもらっている。デイを利用してくださっているため利用者さんも職員も慣れているため入所もスムーズに行き信頼関係を構築しやすい。		
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	家族の希望に沿ったケアを心がけている。入所して1週間はメールや電話で利用者さんの状況をきちんと説明している。また、共用型デイを始めてから在宅で家族と話することが多くなり家族とも入所時に信頼関係を構築しやすくなった。		
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	家族が希望していることを受けとめ、何が今その方にとって必要なのかケアプランに導入しケアしている。		
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	掃除や洗濯物干しや食事の手伝いなどできることは利用者さんにもしていただいている。無理強いしない。また、利用者さんに食事や行事や洗濯の干し方など教えてもらっている。		
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	なるべく多く面会に来てもらうようにしている。またなるべく二人の時間を過ごしてもらうように部屋で対応している。外泊も多くなってきた。		
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	週に1回自宅へ外出に行ったり、ドライブに行くことをケアプランに上げて対応できている。ご家族の了解もとっている。	帰宅願望のある利用者には、時々ドライブをしながら自宅への外出や宿泊(一泊)をしたり、庭の草むしり等をして来るなどの場面を、積極的に支援している。地域に暮らす親戚、知人、子供のところに行き継続的な交流ができるよう働きかけている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う利用者同士、話せる環境を作ったり、トラブルが起きないように職員が気を配っている。		

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	利用者さんが退所した後でも「ちょっと近くまで来たので」と寄ってもらったり、手紙などで連絡を取り合っている。また、最近当ホームの理事長が亡くなり告別式に以前入所していた利用者さんのご家族がほとんど全員来てくれた。ありがたく感じた。		
<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	一人ひとりの思いをなるべく叶えるようにケアプランに上げてケアをしている。	さりげなく寄り添いながら日々のコミュニケーションから、思いや意向を聞いている。言葉や表情などから確認するよう心がけているが、意思疎通が困難な人には家族から情報を得るようにしている。	
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	家族歴や生活歴を把握しコミュニケーションをして利用者さんに安心感を与えるようケアを心がけている。		
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	利用者さんによっては散歩が好きな方やそうでない方、大勢な場所が好きな方、そうでない方を把握し個々に合わせたケアをしている。利用者さんの意思を聞くように心がけている。		
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	毎日職員間でカンファレンスし、面会時に家族をカンファレンスに参加してもらい介護計画を作成している。	介護計画の作成は、担当職員が情報を得て全職員参加のカンファレンスで話し合い、意見交換をしている。最終的には、現状に即した介護計画を計画作成担当者が作成している。	
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	利用者の個々の記録はPCでしっかり書けている。新たな発見があれば皆で共有できている。ケアを実践しケアプランの見直しもできている。		
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	家族の経済的な問題からオムツの枚数を極力減らしたり、内服をジェネリックを活用する。また、地域包括支援センターに相談する。		

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
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	地域のお祭や行事に参加し四季折々を楽しんでくれるように支援している。		
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	なるべく昔からのかかりつけの医院に受診できるようにしている。しかし、高齢でADLも低下すると大きな病院にはなかなか行けないためそういう場合は、ホームの協力医院で見てもらい、入院時はかかりつけの大きな病院で見てもらおうようにしている。	かかりつけ医の受診を、基本としている。高齢で通院できない人や緊急時の場合は、協力医が随時往診している。歯科も往診による受診支援をしている。白内障の手術をした利用者の通院同行など、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	ホーム長が看護師のため、職員の介護福祉士の観察状況を聞き、先生に相談し、受診、入院の手続きをする。早期発見、早期治療、短期入院を心がけている。		
32		○入退院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、入院先の先生や看護師にできるだけ早めに退院させてもらえるよう声がけをする。また、ホーム長が看護師のため家族と一緒に一週間に一回は面談をしてもらい一緒に聞くようにする。		
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	入所時から看取りを行っていることを説明する。看取りの時期が来る前に事前に先生から説明してもらう。そこでホームの看取りの方針を説明する。薬局や訪問看護事業所の協力を得る。今年は3名の利用者さんを看取りました。	「看取り介護に関する指針」を作成し、早期から本人、家族、職員、医師等と話し合い対応方針を共有している。家族への働きかけにより家族が何度も面会に訪れることになり、家族とともに職員や医療機関が支援している。今年、既に3名の看取り介護に取り組んでいる。	
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	緊急時管理者やホーム長に連絡し、連絡がつかない場合は代表に連絡する。管理者に連絡ついた場合は、指示に従う。それから先生に報告し、指示に従う。救急方法は理解できている。少しでも「おかしい」と感じたら病院へ受診する。		
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	夜間を想定した避難訓練はしている。自治会にも協力をお願いしている。6月17日に渋川消防本部に協力してもらい防災訓練を実施した。	防災訓練は、消防署の指導のもと、昼夜を想定し年2回実施し、避難経路の確認・通報・消火器の使用法・利用者の避難誘導訓練を行っている。自治会・老人会・消防団に協力を依頼しているが、地域の協力体制は整備されていない。	地域の協力体制整備等については、運営推進会議に諮るなど実践的な取り組みをされることを期待したい。

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
<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	利用者さんに対しての言葉かけには注意している。また、排泄に関しても注意している。	利用者一人ひとりの生活歴を把握し、その人にあつた言葉づかいに努め、大きな声や幼稚語は使わないこととしている。トイレ誘導時は、散歩に行くような声かけをして、目立たずにさりげないケアに努めている。	
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	利用者個々のサインを見過ごさないようなケアをしている。また、本人の自己決定を大切に入浴がしたくないと強く表した場合は無理強いはいしない。本人の希望に沿ってケアできている。		
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	なるべく利用者さんを中心としたケアを心がけている。入浴もなるべく夜間にするよう努力している。		
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	身だしなみは職員一同注意している。整髪・爪きり・耳堀などをきちんとできている。服装もおしゃれにしているつもり。「何を着ますか？」と聞くようにしている。		
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	利用者さん食べたいものがないか？を聞きながら食事を出している。季節の旬の食事を出すように心がけている。	職員は、利用者と同じテーブルで食事をしながら好みを聞き、献立作成時の参考にしている。食事が楽しめるよう外食やお寿司の利用もしている。全介助を要する利用者の食事介助は、嚥下困難にならないような体位と食事の工夫を心がけている。	
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	水分は一日1000mlはとれている。食事はなるべくバランスのとれた食事を提供している。食事もペースト状の物から普通食まで対応できている。		
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	一日三回歯磨きをしている。うがいができない方には口腔ケアシートを使用している。歯医者さんに歯磨きの仕方の指示をもらう。		

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	利用者さん個々の状況に合わせてトイレ誘導できている。夜間は睡眠を中心にするためパット交換は極力しない。でも夜間でもトイレに行きたい方はトイレ誘導する。排尿パターンを把握できている。	排泄パターンを把握し、定期的にトイレ誘導している。居室にはポータブルトイレが配置されているが、トイレに誘導している。昼間は紙パンツ、夜間は紙おむつ等を利用しながら、排泄の自立にむけた支援をしている。	
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	水分をとったり、散歩に出て運動もしているが、車椅子の方は運動不足のため便秘がち。カマやアローゼンの下剤を最小限で使用している。排便パターンを把握できている。時には、職員が肛門マッサージや看護師が摘便。		
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	入浴は職員の都合になりがち。でもなるべく夜間に入ってもらっている。あと入浴困難者は入浴日をきめず調子がいいときに入浴してもらうようにしている。	入浴は、夜間入浴を実施している。車椅子の人は、機械浴を利用し、毎日入浴を希望する人など、その人の願いやタイミングに合わせて入浴支援をしている。	
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	車椅子の方は1時間起きていたら、ベッドで少し休んでもらうようにしている。もちろん本人の意思や態度で誘導する。睡眠は眠そうな表情をみてベッドへ誘導する。眠れない方に関しては「どうして？」と職員で話し合い対応する。		
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	内服は職員皆理解している。新しい内服が開始されると作用と副作用を職員に説明する。副作用らしきことがあればすぐに管理者へ報告する。そして管理者から先生へ報告する。		
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	天気がよければ寒くても利用者さんが散歩に行きたいと願えば散歩に出る。風船バレーや玉ころがし、塗り絵、リハビリ体操、カルタをする。最近は、要介護度が高い人が多くレクリエーションをできる方が少なくなってきた。		
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	天気がよければ散歩にでる。まだ、ドライブに出てその方が住んでいた地域まで行く。	天気の良い日には散歩したり、利用者の希望があればドライブしながら、自宅近くまで出かけている。季節に応じ初詣や花見などの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
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	お金を所持している方はいるが、近所の店に行ってもお金を使いたがらない。また、家族がお金を持たせない。		
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	寂しく思ったりする場合は電話してもらおう。家族に手紙を書いてもらう。		
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	民家風のホームで生活しているため、幼稚な飾りなどは極力しないようにしている。でも殺風景な部屋でないようにしている。季節ものを置くようにしている。	玄関を入ると、一目瞭然に利用者の生活が把握できる大ホールは、ゆったりとした家庭的な雰囲気がある。リハビリ訓練にも利用される畳敷きのコーナーには、炬燵も設備され、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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	居間に皆さんいるようにしているが、大勢が苦手な場合は、自室に行ってもらおうようにする。自室でおのこの過ごしてもらおう。		
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	自宅で使用していた仏壇や家具を持ってきてもらったり、布団や枕のように以前から使用していたものを継続して使用している。	使い慣れた寝具や筆筒、家族写真や置物などが持ち込まれ、その人らしい居室づくりに取り組んでいる。	
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	トイレまで行けないがトイレではできる人には自室にトイレを置く。など		