

## 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	4590900017		
法人名	医療法人 武雄会		
事業所名	グループホームあおい(葵)	ユニット名	いぶき
所在地	宮崎県えびの市大字原田2153-6		
自己評価作成日	平成25年1月27日	評価結果市町村受理日	平成25年4月10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.kaijokensaku_ip/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=4590900017-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku_ip/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=4590900017-00&amp;PrefCd=45&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階
訪問調査日	平成25年2月22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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診の帰り、本人の希望時に自宅に帰り畑を見たり、花を持ちかえったりしている</li> <li>・毎日欠かさず体操している</li> <li>・食事時、汁物の匂いをリビングに送り、食欲を引き出している</li> <li>・利用者と一緒に、数人の職員も食事をとっている</li> <li>・認知症専門員のアドバイスのもと、毎日外気浴(散歩・日光浴)を行うことで、不穏・不眠の症状が軽減していき、安定した生活を送られている</li> <li>・日常生活のほとんどを利用者と行っている</li> <li>・利用者職員との間に、なじみの関係が築かれている</li> </ul>
---

### 【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>事務室を中心にして、二つのユニットが直線につながっている建物で、職員をユニット間で柔軟に移動させるという交代制の勤務体制だったが、職員を移動させない方法に切り替えたことにより、良い変化が生じている。職員間の意思疎通が一層取れるようになり、利用者への対応が敏感になるなど、ケアの質の向上につながっている。利用者の変化を見逃さず、職員がそれぞれにふさわしい対応を順次行い、その後、原因を分析し、対応策を講じ、好転するという結果が得られ、チームワークに一層の向上が見られるようになっている。昼食後も、所在なく過ごす利用者はいない。他の部屋を訪ねてお菓子を食べていることがあると、職員がお茶を持って行って、話に加わるということもある。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	理念の共有が出来るよう、玄関とリビングに掲示し、朝礼で唱和している。また、カンファレンスや勉強会のときに、理念を意識した支援が出来ているかを振り返る場を設け、実践につなげている。	理念の意義を深く考える勉強会を行っている。具体的にどのようなことが含まれるかを考慮するようになって、職員の介護のあり方が変わってくるようになり、敏感な反応による支援につながっている。	地域密着型の意義を踏まえた理念を含めることを、更に期待したい。	
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	ホーム便りを回覧板で案内し、地区の方への参加を促している。また、地区の行事にも参加できるよう、区長さんと連携を図っており、駅の清掃などに参加し、交流を図っている。	ホーム便りを回覧板で回す範囲を増やすことが行われている。地区公民館が建てられたので、そこで催される行事への参加やホームも利用することを要請されている。個人のボランティアや幼稚園児の来訪がある。		
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	ホーム便りの中に、認知症に関する情報を盛り込んで、理解を深めている。	/		
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	会議の中で、ホーム内での行事、取り組みを随時報告を行い、話し合いを行っている。参加者からの質問等に関しては、行政からアドバイスをもらいながら、サービス向上に活かしている。	行楽地への外出で、困ったことを報告すると、実際的な提案が出されて、活用が現在検討されていたり、地区の防災訓練にホームも参加してはどうかという誘いを受けるなど、運営に役立つ会議となっている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	日頃から連絡を取り合い、ホームでのケアや取り組みを報告し、連携を図っている。行政も柔軟に対応して頂いている。	担当課との意思疎通が双方のかかわり方によってなされている。担当課職員がホームに立ち寄りたり、防災状況確認に担当課職員が複数で訪れて、関心を向けてもらっている。		
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	基本的に身体拘束は行っていない。園内研修、園外研修などで拘束する事の利用者への影響・弊害を職員間で理解し合っている。また、BPSDに対しても勉強会を行い、利用者本位のケアを心がけている。	玄関の施錠はなされていない。一人の利用者に離床マットを使っているが、その対応には、利用者への配慮を払って落ち着いた対応をし、驚いたり困惑しないように支援している。		
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	虐待に対する研修会を行い、虐待とはどういうことかを職員間で理解するよう努めている。	/		

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	対象の利用者に対し、入居前の情報をミーティングで報告している。 また、変化があれば、その都度報告し、職員間で理解し、支援している。			
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	契約時には十分な時間をとり、説明を行い、理解を得ている。改定の際は、必ず文書及び口頭で説明を行い、理解を得ている。			
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	意見箱の設置を行っているが、投稿は殆どないため、来園時やサービス担当者会議などで意見・要望を聞いている。その意見をミーティング、推進会議、連携会議で報告し、運営に反映できるよう努めている。		各ユニットリーダーに要望が出されたり、職員が聞いたりしたことを職員間で共有している。事務所に、家族からの意見や要望が述べられると、ユニットリーダーに伝えられて、対応がなされている。その結果は、電話で家族にも報告がなされている。	
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	申し送りノート、ミーティング等で報告し、それに対する意見・提案を聞いている。 議事録等は、理事長へ報告書として提出し、意見をもらっている。		職員が、口頭でユニットリーダーに述べた意見や、気づきノートに記されていることを各ユニットで話し合い、支援につなげている。内容によっては、ホーム長に伝え、ホーム長は理事長や事務長との連携に生かしている。	
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	各職員の特性を生かし、役割を持って仕事が出来よう努めている。			
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	誰でも参加できるような体制にあり、定期的な内部、外部研修に参加している。また、外部より講師を招き、研修を行っている。			
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	グループホーム連絡協議会へ参加している。 管理者だけではなく、勉強会はだれでも参加を促し交流を図っている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	入居前に訪問し、調査を行っている。ご本人、家族の意向や生活史等の聞き取りを行い、職員間で情報を共有し、安心して生活が出来るよう話し合っている。問題点があれば、その都度家族を交え、関係作りに努めている。			
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	入居前に訪問し、調査を行っている。ご本人、家族の意向や生活史等の聞き取りを行い、職員間で情報を共有し、安心して生活が出来るよう話し合っている。問題点があれば、その都度家族を交え、関係作りに努めている。			
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	十分な聞き取りや観察を行い、支援に向けての話し合いを行い、対応に努めている			
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	介護する事として頂くことを一人ひとり話し合いを行い、掃除、漬物作りなどをして頂くことで、利用者の意見や暮らし方などが分かって来て、信頼関係が出来るように努めている。			
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	面会時や電話などで、意向の聞き取りや情報を伝えることで、一緒に支える関係に努めている。また、家族の同行で、病院受診を行っている。			
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	病院受診の帰りやドライブなどで、以前過ごされていた場所（自宅、近所など）へ行っている。 園の周辺や病院などで、知人と話をされる利用者もおられる。	特定の家族や友人、親戚に会いたい、あるいは訪ねてもらいたいという要望が出されるので、相手の意向を確認の上、職員同伴で支援している。買い物は、なじみの店に行くので、お茶を飲みながら会話することも多い。		
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	利用者さんに合わせ、テーブルの配置に気を配ったり、部屋で過ごしがちな利用者には、職員が立ち寄り、会話をするよう心がけている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	必要な情報を伝えるとともに、家族からの相談にも対応し、経過をうかがったりしている。			
<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	ケースカンファレンスを行い、一人ひとりの思いが実現できるよう努めている。また、支援で困ったことがあれば、気付きノートに記入し、ユニットごとに話し合いを行っている。		外出したいなどの要望が出されるので、職員は同行して要望に沿っている。要望によっては、なぜその欲求を抱いたのかを、経歴や生活歴なども参考にして原因を分析し、利用者の内面を考慮して支援がなされている。	
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	入居以前のサービス事業所、家族からの情報を基に、把握に努めている。また、センター方式の暮らしのシートを入居時に記入して頂くよう、家族へお願いしている。			
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	職員となじみの関係が築けるよう、担当を決めている。また、それぞれの一日の過ごし方を記録し、情報を共有している。			
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	定期的カンファレンスを行い、本人の状況・意向を把握し、QOLの向上に努めている。家族の参加、かかりつけ医の看護師も参加し、各方面からのアプローチを行っている。		職員間では、定期的にケアプランに沿っているか、できていないならどうするかを話し合い、定期的な見直しと随時の見直しがなされている。随時の場合は、事前に家族に情報を伝え、計画書を作成して家族に確認と承認の同意を得ている。	
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	日々の記録の中に、プランの実践を組み込んだ記録を行っている。各棟に気づきノートを準備し、情報の共有、プラン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	その時々ニーズに応じて、家族の協力を得ながら、柔軟に対応できるよう努めている。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	民生委員、区長、他事業のケアマネジャーの協力を得られている。			
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	本人、家族の希望を取り入れ、往診、受診を行っている。また、主治医への状態報告を随時行い、必要な医療が受けられるよう支援している。	掛かりつけ医には、利用者についての気づきノートを職員が持参して、受診している。家族同伴の場合も、職員が同行して情報を伝えている。ホームへの往診は、前日に看護師が来訪し、準備した書類を見てもらっている。		
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	法人内の病院の看護師が定期的に訪問し、健康チェックを行っている。GHの介護、看護職と連携を図り、柔軟に対応している。気軽に相談し合える間柄になっている。			
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。	主治医への状態報告をこまめに行い、安心して治療できるよう支援している。また、入院などされている間も、関係者同士で情報交換を行っている。			
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	指針に基づき、医師、看護師と看取りに向け取り組んでいる。 法人内の訪問看護導入を行う等、話し合いを行っている。	訪問看護との連携を考慮中で、看取りまでできるよう、体制作りに向けての取組がなされている。指針も文書化ができています。現在は、これまで通りの方針での話し合いを、家族と利用者との、早期からあるいは変化に応じて行っている。		
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	マニュアルを整備し、急変時や事故発生時の対応が出来るよう、手順書を準備している。必要に応じて、ミーティング等で周知を行っている。			
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	消防の立ち入り訓練の他、地域の防災訓練への参加が出来るよう区長さんに依頼している。また、災害マニュアルに基づき、避難が出来るよう努めている。	ホームでの避難、消火、通報の火災訓練を行っている。回覧板で火災訓練への参加を促して、数人が来られたことがある。	消防署と地区の消防団員、近隣住民参加の火災訓練や地震を想定しての避難訓練を実施されることを望みたい。	

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	プライバシーを尊重した声かけ、対応を行っている。職員間で気付いたことは、その都度注意し合える関係を築いている。また、記録物に関しても、保管に気をつけている。	職員は、穏やかに提案型で声かけをして接している。離床マットを使用している利用者が一人いるが、センサーが鳴っても、ドアをノックして声かけをし、入室している。リビング内では処理できない粗相などは、ついでで見えないようにして処理している。		
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	本人の思いや希望を優先し、体調などに応じて対応している。 入浴や買い物等、一つ一つ利用者を確認して行っている。			
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	日中、各自それぞれ望まれる場所で過ごして頂けるよう支援している。 利用者からの希望があれば優先し、希望に沿った対応をしている。			
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	普段の服装など、ご本人と一緒に選ぶなど、支援している。また、化粧品などの持ち込みなど、家族の協力を得ながら行っている。 利用者の希望があり、美容院など、なじみの店に行けるよう支援している。			
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	一人ひとりの好みを把握し、希望があれば好みのものが食べられるよう支援している。また、その日の利用者の状況に合わせて、食後におぼん拭きやおしぼり作りなど、職員と一緒にやっている。	配食センターからの料理を、利用者に応じて調理して提供している。盛りつけ、配ぜん、下ぜんを手伝う利用者もいる。利用者の好みは、給食会議で述べて、メニューに含めてもらっている。職員は、月ごとに申し込んで、同じ食事を食べるようにしている。		
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	栄養士による献立を行っている。 食べる量や水分量はチェック表を用いて把握に努め、主治医にも報告している。また、一人ひとりの状態に応じて、2カ月に1回の給食会議を行っている。			
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	個々に応じ、見守りや付添い介助を行っている。 口腔内のガーゼでのふき取りや義歯洗浄、夜間ポリドントを使用している。			

自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	個々の排泄パターンを把握し、声かけや時間誘導など行っている。 トイレの訴えがあれば、その都度トイレ誘導を行っている。	個々の排せつパターンを把握して、トイレ誘導を主に支援している。オムツ使用の利用者もいる。		
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	適度な運動、水分、食事の工夫を行っている。また、腹部マッサージ、温罨法行い、必要に応じて下剤を服用し、予防を行っている。便秘の及ぼす影響に関しては、勉強会等を行っている。			
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	曜日は決めているが、個々の希望やタイミングに合わせて入浴を行っている。 一人ひとりによって、洗い方、入浴の仕方を変えて、希望に沿った介助で行っている。	1つのユニットの湯船が深いことと、ドアが内開きで不便であるために、改修を計画中で使用せずに、他のユニットでの入浴対応になっている。利用者の要望に応じて、全員の入浴が可能となっている。		
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	一人ひとりに合わせて、その時の活動状況に応じて、午睡の声かけを行っている。 夜間不眠時の不安を取り除き、安眠できるよう声かけ等で努めている。			
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	内服に関して看護師に確認し、理解できるようにミーティングなどを利用している。 誤薬が起きない為に、二人で目視確認や二重、三重に確認している。			
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	個々のADLに応じた事を、職員とともに行っている。 利用者の趣味に合わせた対応をしている。			
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	本人の希望時やスタッフが声かけし、散歩、季節に応じて花見、ドライブ、外食、外出を行っている。家族の協力のもと、外出、外泊が出来るように対応している。本人さんが園外に出られる時は、職員が付き添うよう対応している。	天気に応じて定期的な散歩、利用者の要望に応じての散歩が行われている。なじみの店への買い物やスーパーへの買い物に、職員が利用者を誘って出掛けている。観光地に出掛けることもある。		



自己	外部	項目	自己評価	いぶき	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	月に数回のパン購入等、利用者の希望時は、預かり金(本人持ち)により購入している。家族の了解のもと、本人の希望する日用品を本人とスーパーに行き購入している。			
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	いつでも電話できるようになっている(掛けられない場合は、職員がかける対応している)。利用者によっては、知人より電話がくる方もおられる。			
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	不快や混乱を招かないように、刺激に配慮しながら日中音楽を流したり、園で育てている花などをリビングに飾ったり、季節にちなんだ、利用者手作りした作品を飾っている。	リビングの温度設定は、床暖房であるために、利用者の状況を観察して調整している。梅の花や椿の花が飾られている。ソファの位置が、浴室からリビングまでの中間と外が見られる場所に置かれており、利用者が利用しやすいよう配慮している。		
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	気の合った利用者同士が気軽に話せるよう、リビング、廊下にソファを配置している			
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	馴染みの家具などの持ち込みができるようになっている。 入所時は、家族に家具の配置をお願いしたり、利用者の希望や落ち着けるように家具の位置を変えている。	入居以前から使用していたいすやたんすや位牌など、利用者にとって大切な物が置かれ、各居室に個性がある。職員と利用者が話し合っ、居室の飾りつけや物の配置を決めている。家族と利用者同意の上で、何も置かれていない居室もある。		
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	利用者によって、居室をベッドや布団で過ごせるようにしている。 自分の居室が分かるように、ドアに目印をしている利用者もおられる。			