

## 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	2472800750		
法人名	有限会社 くらべ		
事業所名	グループホーム みそのむら		
所在地	三重県伊勢市御園町高向481		
自己評価作成日	平成22年11月22日	評価結果市町提出日	平成23年2月8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://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2472700414&amp;SCD=320□□">http://kaigos.pref.mie.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2472700414&amp;SCD=320□□</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 22 年 12 月 17 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)】

窓の外には田畑が見渡せ、春に田植え、夏にはホテルがとびかい、秋には稲の収穫まで、自然の営みが四季を通じて肌で感じとる事が出来る。周辺には国立病院、公共施設、喫茶店、スーパー、コンビニ等が程近くにあり、比較的住みやすい立地条件である。ゆったりとした居住環境の中、利用者のQOLの向上と自己実現を目指し、日夜スタッフが一人となり取り組んでいる。スタッフ教育にも力を入れており、研修に参加する事、又、講師を招く等、より学べる環境、努力を惜しまずに取り組んでいる。本年は認知症ケアマッピングを導入し、よりパーソン・センタード・ケアの視点を活かし認知症の理解に一歩でも近づけるよう取り組んでいる。

## 【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)】

当グループホームは2ユニット共に南向きで陽当たりが良く明るい設計となっている。食堂には、安全面を考慮した丸テーブルが置かれ、利用者と職員と一緒に飾った生け花が、華やかさを醸し出している。以前より管理者は、認知症についてより深い理解が必要と感じており、本年は、パーソン・センタード・ケア(その人を中心とした認知症ケア)について学び、スタッフと共により力を入れて取り組んでいる。また当ホームは地域にも溶け込んでおり、特に夏に開かれるホーム主催の夕涼み会は恒例となっており、地域の方々も多数参加されて盛大に行われている。

## 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

[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	各ユニット内に事業所理念を掲げ、毎朝申し送りの後、地域への貢献を意図した内容も含め皆で唱和している。各利用者のケアプランにも反映している。	管理者と職員は‘利用者と共に考え共に生き、共に幸福にそして地域に貢献を’という理念を大切に捉え、利用者の自己実現を目指しながら、日々のケアの中でも立ち止まり、皆で共有して実践につなげている。	
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	地域の催し物を来所して利用者に見物させてくれたり、施設内行事(夕涼み会や記念式典)に地域の方が参加したりしながら交流を深めている。地域審議委員をしている。	ホーム発足時より、積極的に地域の中に入り、自治会、老人会、保育園等の行事には誘いを受け参加している。またホーム主催の行事にも来ていただいたりして、地域との交流を深めている。	
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	認知症サポーターを地域で開催したり、運営推進会議で認知症をテーマとした内容を皆で学ぶ機会設けたりしながら理解を深める努力をしている。		
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	隔月で開催し、日頃の利用者に対するサービスの報告を行ったり、家人や地域の意見を反映する機会として活用している。年二回は家族様アンケートを実施し、意見を吸い上げると共にサービスの向上に活かしている。	運営推進会議では、事業所の努力もあり、家族を始め、区長、自治会長、老人会長、行政、介護相談員、協力医など、多数が出席している。互いの交流や意見交換が活発に行われ、そこでの意見や提案は、サービスの向上に活かされている。	
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	市町村とは日頃から出向いて行って情報交換等しながら良好な関係の中で協力関係を築いている。又、月二回は市からの介護相談員を受け入れている。	認定更新の都度、窓口を訪れて実情報告をしたり、事業所の行事には、市の担当者が参加する等、日頃から密な連携がとれている。最近ではホーム側より、高齢者を支える枠組み作りとして、マップ作りが提案され協議されている。	
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	勉強会で高齢者虐待防止法や身体拘束の禁止規定等複数回に及び研修を実施し、認知症介護研究センターへの報告も行いながら、身体拘束をしないケアを実践している。	職員は、言葉かけも拘束に繋がる点があるという点をよく理解しており、外出しそうな利用者に対しては、見守りで対応している。また、車椅子の利用者を、長時間そのままにしている状態も拘束にあたる事など、管理者が中心となって、全職員に周知徹底するよう取り組みがされている。	
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	H21.9.21高齢者虐待防止教育システム(大阪)を受講している。複数回に渡り身体拘束、高齢者虐待については全員で学ぶ機会を設けている。ホーム内でも見過ごす事のないように注意を払っている。		

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	勉強会で制度について学び、実際に制度を必要とされる利用者に対し、家族様関係者と話し合いをし、成年後見制度利用の支援をしている。運営推進会議に成年後見人が参加し、意見をいただく事もある。		
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	契約に関する説明書に添いながら、又、解約については運営規定に基づき、代表者や管理者が家族等と十分な話し合いの元で説明を行い、理解納得していただけるよう努めている。		
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	隔月に実施している運営推進会議の場で利用者や家族から直接意見、要望をいただいたり、年二回実施している家族様アンケートの報告を行い、実践報告をしたりと外部に開かれた環境で運営を行っている。	家族には来所時や運営推進会議、最近発足した家族会等で問いかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。また、出された意見や要望は運営に反映させている。	
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	毎月の勉強会や主任会議で職員の意見を聞く機会を設けている。	毎月の勉強会等で職員の意見を聞き、出た意見の内容によっては、2ユニットと小規模合同の主任会議で取り上げ、運営に反映させている。	
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	毎年、契約更新時期には面談を実施し、個別で要望を聞く機会を設けている。		
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	施設内外の研修は全ての職員が把握できるようになっており、希望や力量に応じて研修に参加できるよう促している。		
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	地域密着型サービス協議会に所属し月例の合同研修に参加したり、伊勢市介護保険事業者連絡会の研修にも定期的に参加し、交流を深めている。又、施設見学会にも参加し見聞を広めている。		

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
<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	アセスメントシートを活用しながら本人、家人の要望を聞き、それを定期的に見直ししながら安心感のある生活の提供に努めている。不安が大きい場合も考慮し、希望者には体験利用も可能である。		
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	相談、問い合わせの段階から家人の話を傾聴し、ニーズを引き出した上で、より良い環境で過ごせるように配慮している。生活の状況や本人の求めている事柄を理解し、不安の軽減に努めるように心がけている。		
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	相談内容を把握し、その人にとって最も必要と考えられるサービスについて本人、家族と共に模索し、情報提供できるように努めている。		
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	利用者の「できる事」「やりたい事」を重視している。お互いに協力しながら生活が送れるように利用者間の微調整を行っている。		
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	施設が全面的に支援するのではなく、施設行事に参加したり、病院の通院を依頼したりしながら家人の役割りを話し合いの中で臨機応変に対応し、共に支える体制を作っている。		
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	在宅生活から趣味としているカラオケ教室に入居後も継続利用できるように支援したり、友人や家人が訪問しやすい環境作りに努めている。友人と一緒に買い物等にも出掛けられる事もある。	日頃より家族の来所時には笑顔で迎え、お部屋に椅子やお茶を持っていき、ゆっくりして頂ける雰囲気づくりに努めている。また、一人ひとりの今までの生活習慣を尊重して、友人や家族の協力も得ながら、継続の支援に努めている。	
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	利用者同士の人間関係も考慮しながら席次等も調整したり、時には職員が仲介役になりながら良好な関係が作れるように支援している。		

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
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	契約が終了しても必要に応じて管理者を主として情報提供を行ったり、本人、家人と相談や継続支援ができるように努めている。		
<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	利用者ともコミュニケーションを図りつつ、やりたい事ややってみたいと思えるようなアプローチをしている。希望も取り入れつつ利用者と共に外出したりもしている。	日常の暮らしや行動、または会話の中から、ふと漏らした言葉等を大切に捉え、一人ひとりの思いや希望の把握に努めている。言葉で表せない利用者についても、選択肢の中から本人の意思を確認できるよう、気持ちを引き出す工夫をしている。	
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	アセスメントシート(センター方式)を活用しながら生活歴や生活環境を把握し、これまでの生活や環境を大切にされた支援を心がけている。		
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	ケアプランを基本として、日々の介護記録や申し送りで情報を共有し、その方の状態を把握できるよう努めている。できる事、やりたい事へのアプローチをしている。		
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	ケアプランに基づきながら毎朝の申し送りの時間を中心に話し合いを行い、必要性に応じて家人や主治医とも連携を取っている。	計画作成担当者が、毎月のケアカンファレンスで出た意見や、介護日誌、個別の介護経過等を参考に作成している。必要に応じて担当者会議を開き、家族の意向や主治医の意見を聞き、現状に即したケアプラン作りに努めると共に、3カ月に1回は見直しを行っている。	ケアプランの作成時においては、必要と判断した場合だけでなく、その都度、家族が参加できる担当者会議を開く事が望ましいと考える。プランについて一緒に話し合う機会を持ち、本人、家族、関係者それぞれの思いや、意見を、より反映できるプラン作りに期待したい。
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	利用者の担当を日別に決め、5W1Hを活用し個別記録に記入、その都度日々の様子、気づきを職員間で共有しながら実践をし、介護計画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	お買い物、お墓参り、家族と外泊等外出支援や連携医の受診や通院等の支援をしている。いつまでも自分の足で歩きたい方には隣接の整骨院へ行ってリハビリを受けたり、体操に参加している。		

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
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	本人の出来る事を最重視し、地域の催し物に参加したり、知人の所に遊びに行ったりと、状況に応じて対応できるようにしている。近くにスーパー、郵便局、コンビニ等があり利用している。		
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	協力医療機関の医師が主治医となっているが、必要に応じて他の専門医に紹介状を書いてもらったり、往診にも来所してもらっている。	現在、本人及び家族の希望により、利用者全員が当ホームの協力医をかかりつけ医としている。定期的な主治医の往診や訪問看護の他にも、歯科や皮膚科の往診があり、利用者が適切な医療を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	週に二度程度の訪問看護がある為、定期的に状況報告すると共に、特変があった場合は速やかに報告し、小さな変化や疑問に思う事は連携を密にして常に相談のできる環境にある。		
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。	病院に見舞いに行ったり、入院先の看護師に聞いたり、医療ソーシャルワーカーに相談したりしている。退院時には家人の相談にのったりしている。		
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	医療関係者と家族、施設等で話し合いの場を設けたり、ターミナルケア研修にも参加し、支援している。又、ホームの看取り体制を作成してあり、それを共有している。	家族アンケートでも最後までこのホームでと望む声は多い。現在方針としては、本人・家族、主治医、他の関係者とホームとの話し合いに於いて、合意が得られた場合に支援していくとなっており、日頃より職員の研修や医療関係者との連携に努めている。	
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	大半の職員が普通救急救命講習を受講し、知識や技術の向上に努めている。救急対応マニュアルも作成し勉強会等で実技訓練をしている。		
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	年に三回地震、火災等の場面を想定し、避難訓練を実施している。食料や飲料水等備蓄品の定期点検も行っている。伊勢市と町内会と事業所間で独居老人所帯のマップ作りの協議をしている。	防災に関しては、防火管理者を置き、年間計画を立てて、年に3回の避難訓練を行っている。また市のアドバイザーを講師に招き地域の方にも声かけして防災講習会も開いている。	

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	利用者を人生の先輩として尊敬した態度で接している。言葉遣いは、利用者にはもちろん職員間でも気をつけている。	プライバシーに関しては、内外の研修でも学んでいるが、各職員が年間及び月ごとの目標を立て、評価、改善をする事により、自分を振り返る一つの手段としている。特に声かけに関しては、馴れ合いとならないよう管理者も注意している。	
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	10:00のお茶タイム、レク時等、自己表現しやすい場所や雰囲気を観察しながら希望を聞き出している。自ら決定できる内容の話しかけをしている。		
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	今日は何を着たいのか、どんな食事を召しあがりたか等、会話の中から聞き出したりしている。本人のペースを大切に、希望に沿えるように支援している。パーソン・センタード・ケアを実施している。		
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	起床時や入浴時等利用者と一緒に衣類を選んだり、本人に決めてもらったりしている。理容師に隔月で来てもらい、希望に沿って散髪も行っている。		
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	利用者に今日は何が食べたいのか尋ねたり、料理をみてもらったりしてメニューに反映している。食事の準備や後片付け等、体調等も考慮しながら一緒に行っている。	献立は、その日の当番の職員が利用者の好みなどを聞きながら、主に野菜中心に立てている。食事の準備や後片付け等は、利用者も職員と一緒に出来る部分を行っている。	
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	野菜を主とした食事摂取(量)、好みの水分摂取(量)を毎日記録している。利用者一人ひとりの状態等を職員が把握した上で摂取を促し支援している。		
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、歯磨き、うがいの声かけを行い、できる事はしていただき、できない部分のみ介助を行っている。義歯はポリドントで消毒している。		

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
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	個々の排泄のリズムやパターンを把握し、必要性に応じて声かけし、排便は極力トイレ誘導を行っている。	排泄チェック表を使用しながら、個々の排泄のパターンや習慣を活かし、トイレへの声かけ、誘導、見守りなど一人ひとりに合わせた支援をしている。夜間は2時間おきに見回っている。	
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	便秘の原因や及ぼす影響を理解した上で、排泄チェック表を利用し、確認を行い、十六雑穀米等を使ったり、センナ茶を提供したりしながら便秘予防に取り組んでいる。又、腹部マッサージも行っている。		
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	お一人に週3回の入浴を提供している。午後からはあるがゆったりとした環境で行っている。入浴剤や季節入浴(柚子湯、菖蒲湯等)も楽しんでもらっている。入浴日でない時は足浴を行っている。	基本的に入浴は週3回となっているが、月曜日から土曜日の毎日対応しており、(日曜日は足浴となっている)中には希望により毎日入っている人もいる。拒む人には声掛けや対応を工夫して支援している。	
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	温度や湿度、照明の調整等も行っている。体調や状況に応じて個別対応できるように心がけている。布団を干す、シーツ類、パジャマ等洗って清潔にする等している。		
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	薬効能書に目を通す等してからカルテにファイリングしてある。主治医や看護師に確認し、症状の変化がある場合は報告し、見直し等も行っている。		
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	個人のできる事を自主性も尊重しながらその時々で役割分担を見極め対応している。声かけ等対応もしている。嗜好品も会議の中から聞き出すようにしている。		
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	食材の買い出しは職員と出かける、又、友人、知人、家人等の協力の中で出かけている。行事等で個々に行きたい所を会話の中から聞き出し、外出支援をしている。	職員と一緒に近くを散歩したり、買い物に行ったり、個々には家族の協力を得ながら出掛けたりしている。また利用者一人ひとりの行きたい所を把握し、職員と一緒に個別に対応する、という支援も、年に一度行っている。	



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	金銭は事務所で管理しているが、本人、家人の希望によって自己管理されている方もみえる。買い物と一緒にいった時には、本人から支払っていただくようにしている。		
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	利用者の希望があれば連絡できるようにしている。写真入りの年賀状や暑中見舞い等も出している。		
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	快適に過ごしていただけるよう、一年を通して共用の空間の温度調節に配慮し、居間の壁面には職員と利用者の手作り装飾を施したりして、季節感を取り入れ、工夫している。特に掃除には念を入れている。	南向きに建てられた両ユニットのホーム内は、陽当たりが良く、多目的に利用できる畳スペースが設けられている等、居心地良く過ごせるよう配慮されている。また、ペットボトルを利用して作った容器に、季節の花を飾る等、随所に潤いのある生活感を取り入れた工夫がされている。	
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	個々の生活リズムを尊重し、共有の空間の中で独りになれたり、又、気の合った利用者同士が過ごせるようソファの位置や和室等で配慮している。		
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	入所以前からの馴染み深い物や好みの物を居室に置いたり、飾ったりして本人が居心地よく、又、落ち着いて過ごせるような工夫をしている。	居室は洋室と和室があり、どちらにも押し入れがあつて、思い思いの私物が収納されている。馴染みの小物入れや、今まで使用していた椅子、中には趣味の和楽器等を持ち込んでる人もおり、個々に居心地良く過ごせるような工夫がされている。	
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	トイレ、浴室、物置、又、各居室の入り口には同意のもと写真、名札等で分かりやすくしてある。和室にはスロープを設けてある。		