

### 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	1090800010		
法人名	医療法人富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホーム明月		
所在地	群馬県渋川市伊香保町伊香保525-202		
自己評価作成日	平成26年7月5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26年7月24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>・併設事業所(通所介護)との交流を常時行っている。</li> <li>・慰問(小中学生、園児、地域の人)での交流を深めている。</li> <li>・足湯スペースを活用、疲労回復、気分転換、交流、癒しの場を提供。</li> <li>・外出(買物、外食、ドライブ)を積極的に取り組んでいる。</li> <li>・施設新聞公開中。</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>平成26年2月に、職員全員で「笑顔」をキーワードに理念の見直しを行った。管理者は「やってみよう」という姿勢で職員の意見を積極的に採り入れ、利用者の笑顔が引き出せるような支援に取り組んでいる。介護はサービス業であることやフロアは職員のステージであるという指導が日々行われていることや、職員一人ひとりが自分の個性を発揮できるような体制を作っていることが、施設全体の環境に活かされ、結果的に利用者への接遇につながっている。トイレの戸棚の中まで利用者毎におむつの種類が整理して収納されているなど、細部にわたり気配りされている。また、徘徊に対して町ぐるみで対応していく体制作りを支所や市に提案し、高齢者が安心して暮らせる地域になるよう働きかけている。地域の幼稚園や小学校・中学校の年間スケジュールに「明月」への訪問が組み込まれるほど、地域に定着した事業所である。</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	職員で話し合い作成した理念を掲げている。会議等で話し合い、再確認している。	平成26年2月に、職員全体で話し合った理念に変更して、「笑顔」をキーワードに日々支援を行っている。管理者から、①介護はサービス業である。②フロアは職員のステージである。という指導がされ、職員全体で理念の実施に取り組んでいる。	
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	地域清掃活動に参加、地域イベント参加。小中学校へ出向き介護講習を行なっている。園児との定期的な交流。商工会に入会し、地域行事の情報交換、参加している。	自治会や商工会に加入し、地域行事に積極的に参加し、情報交換が行われている。小学校や中学校からは、介護講義を依頼され出向いている。地域の幼稚園や小学校・中学校の年間行事に「明月」への慰問が組み込まれているほど、定着した事業所になっている。	
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	地域の会議へ参加、運営推進会議等で理解、支援を呼びかけている。		
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	2ヶ月に1回開催、毎月のイベント、事故報告、参加者からの意見交換を行っている。	2ヶ月に一度開催されている。事故報告や検討課題の話し合いを中心に行っている。家族の方が年に1度は参加できるように曜日を変えて開催し、家族同士の交流がもてるような配慮を行っている。地域の区長や民生委員には、事業所から出向いて説明を行い情報交換をしている。	
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	市役所、地域包括センターへ出向き話し合いの場を作っている。	支所や市役所に直接出向き、事業所の状況説明や利用者が安心して暮らせる環境作りに関する依頼を行っている。高齢者の徘徊に、町ぐるみで体制がつけられるよう働きかけている。	
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	利用者、家族、職員、(医師、看護師)と相談。身体拘束に関する説明書(指針)あり。日中は施錠せず、見守り、声かけを重視。	身体拘束については研修会に参加し、先輩から後輩への指導を行っている。やむを得ず柵やセンサーコールが必要な利用者には、本人や家族・職員・医療関係者と十分話し合い、契約書にサインをもらい対応している。必要最小限の使用や解除時期を、職員全体で検討している。	
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	毎月会議を行い、職員意識の確認を行っている。		

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
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	地域包括センター、併設ケアプランセンターとの連携にて学ぶ機会を設けている。		
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	契約書等を基に疑問点を確認しながら管理者、責任者より説明を行っている。入居後も不安、疑問点について、面会時対応。		
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、家族会議にて管理者、責任者は意見交換を行っている。また定期的に電話、メール、手紙にて連携をとっている。	管理者の参加しない家族会議を開催し、利用者の担当職員と家族が気兼ねなく話し合う機会を作っている。担当職員は本人や家族から希望を伺い、個別対応で意見をまとめている。また、担当職員は企画書を予め提出し、管理者は企画日の職員配置に反映させている。実施された企画は、振り返りを行い次回に活かしている。	
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	月1回職員会議、併設事業所との合同会議を開催。定期的に個人面談を行っている。	月に1回職員会議を設け、意見交換を行っている。年2回、管理者やグループリーダーは個人面談を行い、職員の希望する係や担当利用者の決定に活かしている。管理者は親身に職員の話聞き、働きやすい環境作りを行っている。	
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	個人面談の中で、勤務状況や目標など話し合っている。職員の経験年数等を基準として役割、目標を設定し取り組んでいる。各職員の得意分野を活かした係、職務、担当へ取り組んでいる。		
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	法人内の勉強委員会により定期勉強会を行う。管理者が職員の経験に応じた研修参加計画をたて、希望者とあわせて参加している。研修後は報告会を開き、情報を共有している。		
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	管理者は近隣の施設、居宅介護支援事業所、学校(専門・小・中・高)へ出向き意見交換を行っている。		

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
<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	管理者・看護師・ケアマネは、入居前に可能な限り自宅、病院、施設へ訪問させていただき、本人、家族から意見、相談を受ける時間を設けている。又、事前にホームへ来ていただき雰囲気やケアの様子を見学、確認していただく。		
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	前項同様、訪問や来所にて本人家族の要望を確認できるよう努めている。		
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	家族から相談を受けた段階で、必要性を含めた状況の確認をしている。その際に他のサービスに関しての情報や、必要により地域の社会資源やケアマネの情報を伝え、家族が選択の幅を広げられるよう支援している。		
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	人生の先輩である利用者の意見を参考にしている。各個人得意なことを行える場を暮らし(生活)の中で設け、職員が教わりながら実施。		
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	家族会議を開催し、意見交換の場を提供している。又各家族へは、管理者・担当者が定期的に電話、メール等で連絡している。		
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	自宅、知人宅、馴染みの店等出かける時間をつくっている。手紙、電話によるコミュニケーションを支援している。	馴染みの床屋の利用や携帯電話での自由なやりとり、電話やメールの希望時のやりとりなど、関係継続の支援を行っている。また、近くのスーパーとは、買い物に行くと必ず声をかけてくれる関係を築き、新たな馴染みの環境がとけている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レクリエーション、お茶の時間を有効に使い交流の場を設けている。日中は各居室への行き来は自由。トラブル等ある場合は、家族会議にて家族間、職員にて話し合い対応している。		

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	退所後、希望により併設施設を利用されたり、イベント参加のお知らせを行っている。他施設、病院へお見舞、面会へ出かける。		
<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	初回訪問時に管理者、看護師が本人、家族に意向、希望等きいている。それを記録に残し、職員会議をひらいて検討している。	利用者の感情の変化や状況に合わせて、職員全員でフォローし合って対応している。担当職員を中心に、個々の利用者について活発に意見交換し、責任をもって検討している。	
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	初回訪問時に、ご自宅を訪問して環境を確認、本人、家族、担当ケアマネから情報交換。		
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	アセスメントを基本に、一日の過ごし方を確認。ケース記録・業務日誌・申し送りを活用して情報確認。看護師、医師との連携により、心身状態の把握に努めている。		
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	職員は担当をもち、家族、管理者、看護師、医師と連携をもってケアにあたる。	職員は利用者1名～2名を担当し、毎月カンファレンスシートに「カンファレンスの要点」をまとめている。シートには、本人・家族・医師・看護師・介護士の見解を聴取し記載されており、今必要な介護計画につながる貴重な資料となっている。モニタリングは毎月行い、カンファレンスシートと合わせて変化時はプランの見直しを行っている。	
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	ケース記録等に生活上の変化、他者との関わり、行動、発言を記入。情報を毎日定時の申し送りにて報告、確認し良好なケアに活かしている。		
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	併設デイサービスとの交流、入浴(機械浴)を使用。訪問看護との連携。		

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	消防職員と密に連携、講習を開催、避難訓練は年2回以上実施。地域包括センターへ出向き、利用者、地域高齢者の相談等実施している。		
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	入居時に協力医の説明を行う。かかりつけ医の希望を聞き家族対応が困難時は担当職員を中心に受診援助し、受診結果を報告する。月1回の往診、週1回の訪問看護、法人内（PT、OT）との連携。救急時の搬送病院の希望を聞いている。	主治医は、月に1回往診している。また、週1回の訪問看護がある。法人内に理学療法士や作業療法士・訪問看護師がいるため、随時の対応が可能である。受診対応は職員が行い、入院中の面会や洗濯物の対応にも応じている。受診の前後は、必ず家族に報告を行っている。	
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	週1回の訪問看護を実施。併設デイサービス看護師の協力により毎日健康相談を申し送り、指導、処置を行う。		
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。	入院中、管理者、職員交替にて訪問。状態確認、状況把握に努め、病院保健士、看護師と連携をとっている。		
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	入居時に本人、家族の意向を確認、重度化した場合は再度確認、看取りに関して説明、指針、同意書を提示、説明している。	入居時や運営推進会議で、説明を行っている。重度化したときには詳しく説明し、希望があれば同意書を交わし対応している。該当利用者がいる場合は職員で意見交換し、訪問看護師と話し合いを行いながら進めている。職員のフォロー体制を作り、利用者と本人が安心できる環境を支援している。	
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	救急心肺蘇生法、AED取り扱い訓練実施。		
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2回以上消防署の協力を得て、夜間、総合訓練実施。非常時備えて、食料、生活水、ガスコンロ等備蓄している。	災害時対応マニュアルを作成し、火災報知機近くに掲示するとともに、日常的に職員へ口頭で使用方法や対応を説明している。年2回の災害訓練は、消防署立ち会いで実施している。消防団の職員もおり、町の消防団とは馴染みの状況が作られている。災害時には3～7日分の備蓄があり、この冬の大雪時にも対応できた。	消防団との関係を活かし、さらに地域の施設や近隣住民との災害時の体制づくりを期待したい。

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	利用者の人格に配慮した声かけを心掛けている。	原則として、姓で呼ぶようにしている。家族や本人の希望があれば、名前に対応している。あいさつや身だしなみを整え、接遇に配慮している。さりげなく声かけをし、排泄支援も行っている。トイレの棚には個々の使用するおむつの種類が整理して収納されており、細部にわたり気配りが伺える。	
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	状況により選択できる場面の設定を行い、自己決定を尊重。待つことを心がけ、希望、意見を、表出できる声かけ、介助を行う。		
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し、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	1日をどのように過ごしたいか希望を募り、外出、レクリエーション等行う。		
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	担当職員が、定期的に本人、家族から希望を募り洋服、化粧品等購入。希望者は美容師資格者(職員)から、カット、パーマ、ヘアカラー、メイク等受けることが可能。		
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	調理担当者が、メニューを提案、一日のメニュー表を看板に記入。会食は職員と一緒に同じものを提供。配膳の手伝い、お盆拭き等、個々に合わせた手伝いをしていただく。	デイサービスが併設されているが、グループホーム独自のメニューを作成し、食事を提供している。担当職員がメニューを考え、朝の申し送りで発表している。テラスや庭にきゅうり・しそ・トマト・オクラが育ち、とりたての野菜が調理されている。テーブルには、季節の花が飾られている。調理の準備や後片付けを職員と一緒に利用者が行っており、昼食は職員も一緒に食べている。	
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	医師。看護師の指示に応じた内容の食事メニューを作成。		
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	居室洗面台に口腔ケア用品を設置。毎食後誘導、介助を行う。拒否、介助困難者の状態、状況を記録、報告、申し送り、会議にて対応を思考。		

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	排泄チェック表等を作成し、排泄パターンに合わせてトイレ誘導、介助を行う。オムツは出来限り使用しない方針。	おむつから布パンツに改善した実績があり、個々の排泄状況に合わせて、おむつ外しや尿取パットの種類を検討・トイレ誘導を行っている。現在、昼間におむつを使用している方について、リハビリパンツへの移行を検討している。	
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	毎日の排便チェックにより症状にあわせた対応をしている。体操(運動)への誘導、腹圧マッサージ、乳製品補給。医師、看護師指示により、下剤等使用。		
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	毎日の入浴が可能。最低でも週2回は入浴できるよう努めている。季節により、柚子、菖蒲湯も楽しめる。併設デイサービスの機械浴、足浴利用できる。	週に、最低2回は入浴を楽しめるようにしている。毎日希望される方にも対応している。入浴を嫌がる方には職員同士で連携して対応していることから、スムーズな誘導につながっている。季節により趣向を凝らした入浴や併設施設の足湯など、楽しめるように工夫している。	
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	希望時間に休息、睡眠をとっていただく。必要者には、昼寝、仮眠もとっていただく。		
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	処方箋をカルテに綴じている。看護師より薬の作用、副作用、用法の説明、申し送りを受ける。		
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	生活歴、力量により、調理・掃除・裁縫・洗濯を役割として日常的に行えるように支援している。担当職員が月1回外出等レクリエーションを予定。		
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	家族会議にて外出許可をいただき、積極的に出かけている。天気の良い日は近隣の公園へ散歩、日光浴を楽しんでいる。食事の買出しへ近所のスーパー等買い物へ出かける。	全員参加のイベントは年間計画に組み込まれ、近くの公園やショッピングセンター・あじさい園やちんちん電車見物など、随時企画書で対応している。企画書での外出時は、職員同士で車いす対応のお店の情報交換を行い、担当職員と一緒に外食を楽しむことも行っている。日々の散歩は、気温や天気を考えながら実施している	

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
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	お金の所持を希望される方は、小額に限り自己管理していただく。(必ず家族の同意を得る)管理困難者は小額に限り、お小遣いとして、施設管理している。		
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	本人、家族の希望を尊重、自由に対応している。携帯電話に関しては、必要に応じて対応する。手紙に関しても同じ対応ですが、相手先が不明な場合は遠慮していただいている。		
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	毎月、季節にあわせた模様替えを行っている。玄関前、ウッドデッキには鉢植え、野菜づくりをおこなっている。フローには、イベント、外出時などの写真を展示している。	飾りつけ担当や観葉植物担当がいて、利用者と一緒にレイアウトや配色を行っている。また、プライベートな空間を、ソファと衝立で演出している。掃除の担当職員が中心になり、清潔な環境が保たれている。ウッドデッキでは鉢植えが彩豊かに咲き、野菜の生育が観察でき、洗濯物が風に揺れている。	
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	玄関前にはベンチを設置、交流の場を提供している。フローでは、各利用者所定の席を設けている。		
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	ベット、クローゼットは施設で用意。馴染みの家具、家財道具は持ち込むことができます。	入居時に、部屋の説明を行っている。居室は自宅であるという概念をもち、それぞれの持ち物が配置され、ベッドの向きやテレビの位置が自由にレイアウトされている。仏壇や家族の写真など、自慢の家財道具がみられる。	
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	バリアフリー設計、廊下、トイレ、浴室には手すりが設置してある。併設施設へ出入り自由になっている。		