

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	非営利活動法人 ひまわり会		
事業所名	グループホーム 一番星渋川		
所在地	群馬県渋川市行幸田532-1		
自己評価作成日		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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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23年1月27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)】

当ホームは築60年近い民家を再利用したどこか懐かしい感じがするホームです。施設と言うより家を感じるホームです。職員の多くは介護福祉士でとても明るく優しい職員です。研修に多く出ているため専門知識を持ち認知症の利用者に個々のケアができていますと感じます。「なるべく自分のことは自分でしてもらおう。」ことをもっとうとしています。また、利用者様に役割りをもってもらい、洗濯物干しや洗濯物干し、清掃、食事の手伝いをしてもらっています。職員と利用者様とで毎日支えあって生活しております。また管理者が看護師であるため、医療面からもバックアップが可能です。そのため、協力医療機関や薬局、訪問看護ステーションと連携を取り、「看取り」を行っております。住み慣れたホームで最後まで面倒見させていただきます。

【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)】

公道からはずれ静かな路地に、古民家を改築したグループホームがある。利用者が安全に安楽に生活できるように、場と環境づくりがされた懐かしく馴染みやすい住環境である。職員は、利用者一人ひとりの力を引き出し、役割を發揮してもらいながら、日々の生活を支援している。現在、年齢85歳以上の方、要介護5の方が多く、利用者の高齢化や身体機能の低下が見られるが、天気の良い日には外気浴や散歩、ドライブ等積極的に支援している。また、家族や本人の希望を大切にしながら終末期まで暮せる施設として、医師・訪問看護師等との協力を得ながらネットワークを図り、管理者が意識的に先頭になり全職員一致団結して実践に取り組んでいる。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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
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	地域密着型の理念はできていない。	開設時からの理念を掲げ、支援している、現在、耐火型施設の建設を準備中であり、新施設では地域密着型サービスの理念を職員主導型として全職員で作成する意向を示している。	地域密着型サービスの理念を、職員全体で作成できることを期待したい。
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	日々、地域の皆様方に挨拶はできている。おひな祭の際、近所の方の家まで上げてもらい飾りを見させてもらったりしている。また、散歩の際、職員が周辺のゴミ拾いをしてる。	自治会長から地域の行事への呼びかけがあり、積極的に参加している。どんどん焼き、獅子舞、流しそうめん、雛祭りなどに出掛けて、地域の人達との交流に努めている。散歩時には、近所の方達との挨拶や認知症の介護について家族の相談にのっている。ボランティアやヘルパー研修の受け入れも行っている。	
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	地元の方の介護の相談を受けたり、地域で「認知症について」話をさせていただいている。		
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老人会会長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、2ヶ月毎に開催している。地域の方、家族、行政等の参加で、ホームからの報告後意見交換をしている。家族からはホームの行事予定を早く知らせて欲しい等積極的な意見が出され、地域からはいきいきサロンに行ったらどうか、菊の苗があるので植えたらどうか等意見が出され、反映している。	
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取り組んでいる	頻繁に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。	管理者は、洪川市の運営推進委員を担っている関係上、市の高齢対策課との交流は深く、ホームで対応困難な事例の時には相談している。最近ではスプリンクラー設置の件や新事業等の相談など密に連携を図り、取り組みに積極的である。	
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。	権利擁護推進委員会でスピーチロックの学習を行うなど、職員の意識を高めている。介護方法を日常的に話し合い、拘束をしないケアを行っている。玄関は、早番出勤後から19:30まで施錠せず、安全面を考慮した取り組みをしている。徘徊者には、職員が見守りを行っている。	
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。		

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	渋川社協の社会福祉士さんと話す機会が多いためそこで学んだことを職員に話すようにしている。		
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	入所時に契約書、重要事項説明書を熟読し、分からない点があれば懇切丁寧に説明できている。		
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。	家族には、運営推進会議や面会時に声をかけ意見を聞くようにしている。面会のない時には生活状況や健康状態をメールや電話で報告し、意見を聞いている。利用者からは、あんどんカツ等が食べたいと希望があり、一緒におやつ作りをするなどしている。	
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	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、なるべく多く実行できるようにしている。	職員会議を月に1回開催し、職員の意向を確認している。コミュニケーションを目的に食事会を企画したり、職員の思いを確認して、思いをつぶさないように大切に意見を吸い上げている。最近では、労務士により給与面の改善に取り組んでいる。	
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	ボーナスなどの時に、職員一人ひとりに代表者が面接して、感謝の気持ちや仕事をしていて不満はないか？不自由はないか？聞くようにしている。また、職員が皆仲良くするよう話している。労働時間もなるべく意見を聞き、一人一人が働きやすいよう努力している。		
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	職員と多く話すようにしている。職員の精神状態や肉体状態に合わせ、皆が仲良く働きやすいよう努力している。研修になるべく多く出すようにしている。とにかく職員を誉め、感謝の気持ちを忘れず声かけをしている。しからず、注意する。		
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	交換研修をしている。他にホームに行くことでリフレッシュできればと考えている。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！		

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	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。		
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している。		
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	100%ではないけれども、利用者さんの希望をなるべく叶えてあげられるようにしている。		
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。		
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	面会に来たときは、なるべく二人の時間を過ごしてもらう。		
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	馴染みの人が来やすい環境作りをしている。	馴染みの方が面会に来やすいように電話をしたり、昔暮らした自宅やその地域へ行ったり、思い出の場所(沼田公園など)へ出かけている。そのため、面会者が多く、9年ぶりに親戚の方が来たりしている。病気で面会に来られなくなった家族には、写メールやムービーで様子を送るなどしている。	
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	それぞれの人によつての環境を作っている。		

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
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も来て頂いたり、話を聞くなど交流している。		
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	一人ひとりの思いをなるべく叶えるようにしている。	入居時に、家族歴や生活歴を把握して、個々の意向に沿えるように支援している。日常生活の中でも利用者の行動や表情を観察し、コミュニケーションを密にとり、その人の意向を把握している。	
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	家族歴や生活歴を活用した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。		
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	職員間で話したことを家族に相談し、個々のケアに生かしている。介護計画を作成している。	計画は6ヶ月毎に作成している。本人や家族から希望を聞き、毎月のカンファレンスで職員の意見を出し合い、必要時は医師の意見も入れて作成し、家族が確認している。状態に変化があった場合は、随時見直しをしている。見直しはカンファレンスで行い、赤字で書き込んでいる。	
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しっかり書いている。ケアを実践し介護計画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	地域のお祭や文化際や凧揚げやそば祭や獅子舞など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	家族の希望でかかりつけの病院に受診している。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うようにしている。	希望のかかりつけ医とし、家族の都合が悪い時はホームで受診支援をしている。入院適応時は、主治医と家族が話しあい決めている。受診の結果は、家族に管理者がメールでお知らせしている。往診と訪問看護に月に2回来ていただき、利用者に合わせた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	管理者が看護師のため、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れえるよう声がけをする。また、管理者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。見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。昨年は2名の利用者さんを看取りました。	契約時に、看取りや介護の具体的な方針が話し合われている。希望により看取り時は、職員の体制や家族への配慮を大切に家族が宿泊できる環境を整え、家族、医師、職員で看取りを行っている。重度化や終末期に向けた支援は、情報・方針を共有してチームで取り組んでいる	
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。		
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。地域の人を巻き込んでの訓練はできていない。でも何かあったら協力はしてくれる。	消防署の指導を得て、夜間を想定して年2回(12月・6月)訓練を実施している。夜勤体制1名で行い、避難誘導場所のベランダまで所要時間を計って行っている。公民館が待機場所であり、地域の協力は、行事ある時に挨拶へ行き説明して協力体制を築いている。	

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
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	利用者さんに対しての言葉かけには注意している。また、排泄に関してのことにしても注意している。	スピーチロックしないようトイレの時もさりげなく声をかけるようにするなど、人格を尊重して言葉かけに注意している。記録類はフロアで管理しているが見えないところへ置くよう守秘義務の徹底を指導している。申し送り時は、利用者の名前をイニシャルで話している。	
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	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はしない。		
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したいが入浴があるときは入浴介助に手がかかり希望に添えない時もある。		
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	利用者さんが「うどんが食べた」「てんぷらが食べたい。」と言えばなるべく願いを叶うようにしている。食事の片付けができる人はしてもらおう。	利用者の希望を聞き、家庭に近い味を提供できるようにしている。利用者は高齢で多くの方が食事介助の必要があり、話をしながら見守り支援し、職員と一緒に食事をするのが困難になっている。食事の内容は関連病院の管理栄養士に指導を受けている。メニュー表は作成していない。	出来るだけ利用者と職員と一緒に食事を楽しむことができること、日々の献立を参考に食事のメニュー表を作成することを期待したい。
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	水分は一日1000ml～1500mlとれている。心臓が悪い場合は先生の指示で1000ml以下にしている。食事は時折管理栄養士に見てもらっている。		
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	一日三回歯磨きをしている。入れ歯を洗うだけでなく口腔内を歯磨き粉を使用し口腔洗浄もしている。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。	排泄のチェック表に時間を記入し、一人ひとりの排泄パターンを把握して誘導に役立てている。トイレでは、前屈みになることで排泄出来るように支援している。布のオムツやパットの使い方など、一人ひとりにあわせて工夫している。	
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。		
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。でもあまり介助が必要でない方は夕方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。	希望により、週4～5回夜5時頃に入浴している方もいる。昼間の希望が多く、週2回は入浴支援をしている。入浴剤や柚子湯等により季節感を取り入れている。入浴拒否する方には、「一番風呂ですよ」等の声かけして調子を見ながら支援している。	
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	車椅子の方は2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。		
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。		
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沼田や前橋まで行く。	天気の良い日は、近所への散歩を行っている。家族と一緒に週1回家に帰る方もいる。四季折々にイベントの実施をしたり、桜やつつじなどの見物に出掛けたり、家族にはメールで伝えて、希望者には一緒に参加していただくなどの外出支援を行っている。	

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
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、ベトナム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。	室内は木のぬくもりを活かし、段差解消や手すりの取り付けをして生活できるようになっている。食堂と居間は引き戸で分かれており、行き来できる。炬燵で暖をとったり、広いベランダで外気浴をして過ごす取り組みをしている。	
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。	古民家利用の建物で、各部屋には障子と襖があり、和を象徴した雰囲気のある部屋である。使いなれた布団に枕や家具などは、以前から使用したものをもってきてもらっている。各部屋はエアコンで冷暖房管理がされ、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	トイレまで行けないがpトイレではできる人には自室にpトイレを置く。など		