

### 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	1071100273		
法人名	有限会社 えにし		
事業所名	グループホーム ほのか		
所在地	群馬県安中市原市1303-1		
自己評価作成日	平成22年8月10日	評価結果市町村受理日	平成21年11月12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	サービス評価センターはあとらんど
所在地	群馬県前橋市大渡町1-10-7 群馬県公社総合ビル5階
訪問調査日	平成22年8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)】**

入居しても、これまでの生活や人間関係がなるべく継続されるように支援している。利用者一人ひとりが自分らしく暮らせるように、思いや意向が汲めるよう職員全員で努めている。ウッドデッキから自由に菜園や庭に出ることができ、野菜の収穫や草むしりができる。収穫した野菜は食材として利用し、安心して新鮮な野菜を味わうことが出来る。ペットとして犬を飼い、しぜんと癒される環境がある。

**【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)】**

ホーム長が職員と一緒に日常のケアに携わっていることで、職員の思いが直に感じられると同時に、現場におけるケアの現状を的確に判断することが出来る。そのため現場の情報を職員と共有し利用者に対する支援の実践に活かしている。生活の中での食の楽しみを大切に考えており、ホームの菜園で収穫される野菜等を取り入れて献立の工夫をしながら、低料金での食事が提供出来るよう取り組んでいる。

**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)	○	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	職員との話し合いの中で「地域とのつながりを大切に、自分らしく暮らす」という理念をつくっている。	地域との関連性を盛り込んだ事業所独自の理念が作成されており、職員入職時には理念の意義について説明している。日々の生活の場面で課題が生じた場合は職員会議等で理念を確認しながら、理念の実践に向けて取り組んでいる。	
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	日々の生活の中で、問題や課題が出たとき、理念に照らし合わせ、話し合いながら、理念の実践に取り組んでいる。	地域の中で普通のお付き合いをすることをモットーに自治会に加入し、広報やかから版等から地域の情報を得て交流に活かしている。地元のお祭りの見学や公民館の作品展に利用者の作品を出品したり、地域ボランティアや実習生の受け入れ等を積極的に行っている。	
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	管理者は事業所での実践内容を踏まえて、地域の会合や行事等で認知症ケアの啓発に努めている。実習生の受入も積極的に受け入れている。		
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	利用者の状況や活動報告・職員関係等について報告し、参加者から意見や要望を受け、運営に反映させている。メンバーの意見により、地域住民に参加を募り、防災訓練を実施した。	運営推進会議は奇数月の第3月曜に開催しており、事業所からは利用者の状況・活動報告・職員関係等の報告の他、中心になるテーマを設けて話し合いを行っている。参加者との意見交換により、地域住民の参加による防災訓練を実施する等サービスの向上に反映させている。	
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	対応困難な事例や苦情等の相談等で、市の担当者に、電話や窓口で助言やアドバイスを受けている。毎月1回介護相談員の受け入れを行っている。	対応困難な問題が起きた場合等に市の担当者を訪ねて相談したり、電話でアドバイスを受ける等、日頃から連携をとるようにしている。	
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	身体拘束についての研修会に順次参加したり、勉強会を実施し、正しい理解と誤解を受けられるようなケアはしないことを申し合わせている。玄関にセンサーを設置しているが、見守りや一人ひとりのその日の状態をキャッチし、安全で自由な暮らしを支援している。	身体拘束についての研修会に参加したり、勉強会を実施して職員の共有認識を図っている。玄関にセンサーはついてはいるが、利用者一人ひとりの状況を見ながら、職員の見守りにより日中は鍵をかけず、利用者の自由な暮らしを支援している。	
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ざることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待についての勉強会を行い、職員の理解を深め遵守に向けた取り組みを行っている。		

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	職員間で各事業や制度について勉強会を行って理解を深め、対象となる方には情報提供している。		
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	重要事項や自己負担の料金関係、退居や重度化した場合の対応については、特に念をおして説明し理解してもらっている。その他質問等にはわかりやすく説明し、納得してもらっている。		
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	面会時や運営推進会議の際意見を聞き、それを職員会議等で検討し反映している。月1回の近況報告の際、気軽に意見を言ってもらえるよう問いかけている。	家族等の面会時・運営推進会議・月1回の近況報告の際に何でも言ってもらえる雰囲気作りに留意している。こだわりのある利用者の対応や食事の件についての要望があり、職員会議で検討して出来る範囲で要望に沿うよう努めている。	
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	職員会議や日ごろの業務の中で、いろいろな意見や要望を出してもらい、検討し取り入れている。	日頃の業務の中で気付いたことや要望等を職員会議で聞くようにしている。これまでトイレ掃除は夜勤の仕事であったが、夜勤に負担がかかるとの意見があり、話し合いの結果夜勤の仕事から外すことになった。	
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	現在、職員の実績や勤務状況を評価し、処遇へ反映させるキャリアパスを作成している。資格取得支援についても、手当や休暇付与等の支援を盛り込む予定である。中小企業退職金共済制度に加入し、長く勤務してもらえるよう努めている。		
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	各職員の資格や経験に応じて、順次外部研修に参加する機会をもうけている。法人内部でも、感染症対策やプライバシーの保護、食中毒の予防等テーマに沿った研修をおこなっている。		
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	群馬県地域密着型サービス連絡協議会に加入し、事業者間の研修や事例研修、運営推進会議の相互研修等に参加して、サービスの質の向上に努めている。また、近隣の事業所の花見や納涼祭に、利用者・職員で参加し、交流を図っている。		

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	入居前の生活状況や心身の状況、不安なこと等を詳しく本人から聴き取り、入居した後なるべく以前の生活習慣が継続され、安心して生活してもらえるよう努めている。		
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	入居の前後にわたり、これまでの家族の苦労やサービスの利用状況を聞き取り、信頼関係を築きながら、これからの生活への要望や不安なこと等を引き出すように努めている。		
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	現状を受け止め、適切なサービスが受けられるようアドバイスしている。当ホームについても見学してもらい説明し、必要に応じて他機関を紹介することもある。		
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	長年培ってきたことや、得意なこと(料理・裁縫・野菜作りなど)を、職員が教えてもらっている。昔の生活や地域のことなどうかがう中で、ともに過ごし支えあう関係ができています。		
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	なるべく関わりを持ってもらえるように、外泊や通院、買い物などともに支える一員として協力してもらっている。わずかでも家族と過ごした後、楽しかった様子など思い出してもらっている。		
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	入居前のお付き合いのあった方に、なるべく面会に来てもらえるようお願いしている。職員も顔なじみとなり、気軽に面会してもらえるようにしている。また、電話もかけたいとき、職員が取次話せるように努めている。	入居前に親交のあった友人が面会に来たり、親戚の方が電話をかけてきたり、年賀状や手紙のやり取りなどが行われており、これまでの関係が継続出来るよう支援に努めている。	
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	職員が橋渡し役となり、お茶や食事の際、円滑にコミュニケーションが図れるよう、ともに生活する仲間意識の構築に努めている。利用者の関係性や気分、感情を考慮し、食事やお茶の際の席を設けている。		

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	長期入院で退所となっても、面会に伺い様子を聞いたり、励ましたり、関係が継続するような支援をしている。		
<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	日々の関わりの中で、言葉や仕草、表情などから真意を推し量ったり、さりげなく把握するようにつとめている。	はっきりと意志表示をする方もいるが、意志疎通の困難な方については日々の関わりの中での言動・仕草・表情等からその真意を推し測るようにしている。	
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	各人の生活歴や経験、心身状況の変化は、本人や家族から継続的に聴き取りをしている。		
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	一人ひとりの現状を把握し、毎月のカンファレンスで情報を共有し、自由に自分のペースで暮らせるように努めている。		
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	日ごろから本人の意向や、面会の際家族の要望などうかがい、カンファレンスで話し合い、心身状況の変化に合わせ、意向に沿った介護計画を作成している。	本人の意向や家族の要望を踏まえて、ケアマネジャーが中心となり職員の意見を取り入れて介護計画を作成している。月に1回、モニタリングを行っている。計画の見直しは状況の変化のある時には随時行っているが、特に状況に変化のない場合は6ヶ月の場合もみられる。	月1回のモニタリングと合わせて、特に状況に変化が見られない場合でも予防的観点も考慮し3ヶ月に1度の見直しを行って欲しい。
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	日々の暮らしの様子や言葉など個別に記録し、食事・水分量、排泄等身体状況も記録し、職員全員で把握している。		
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	通院時の送迎や、薬の受け取りなど、本来家族の担当していることも、必要に応じてできる限り柔軟に対応している。		

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
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	事故や緊急時の対応として言祭や消防者へあらかじめ協力依頼している。敬老会の行事に近隣住民の歌や踊りのボランティアグループに協力してもらっている。公民館の作品展に出品させてもらっている。市のおむつ支給サービス事業を活用している		
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	入居時に本人、家族に確認し希望のかかりつけ医が継続されている。かかりつけ医と連携を図り、適切な医療が受けられるよう支援している。	本人・家族等の希望するかかりつけ医の受診を支援している。受診の際には管理者が利用者の日頃の状況を記したものを家族等に渡し、かかりつけ医に情報を提供している。協力医がかかりつけ医の場合は協力医の往診が月に1回あり、結果は電話や来訪時に報告している。	
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	看護職を職員として配置し、医療連携体制の下、ホームの看護職員が常に利用者の健康管理や状態の変化を把握し対応している。看護職不在の時は、いつでも連絡し指示が受けられる体制となっている。		
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。	入院時は本人の生活・心身の状況を情報提供している。入院中は2～4日に一度は職員が面会し励ましたり、状況をうかがっている。病状の説明には家族の依頼の下、同席し退院後の生活等についても相談している。		
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	重度化や終末期に対する対応方針を定め、家族・医師・看護師を交えて話し合いを持っている。状態の変化に応じて、家族と話し合いを繰り返しながら、本人や家族の思いに沿って支援している。	重度化や終末期に対する事業所としての対応方針が作成されており、入居時に家族等に説明している。終末期の対応については医師や看護師等の指導を受けながら、家族等と話し合って思いに沿った支援に繋いでいる。	
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	消防署の協力の下、すべての職員が救急救命の講習を受け、急変時の対応や応急手当について対応できるようにしている。		
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2回利用者とともに避難訓練を行っている。うち1回は地域住民に参加を募り、ホーム内の状況を理解してもらい、非常時の協力体制をお願いしている。	年に2回(1回は消防署の協力あり)昼夜を想定した避難訓練を行っている。又うち1回は地域住民にも参加をお願いし、ホーム内の様子を知ってもらい、災害時の協力を依頼している。	

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
<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	尊厳を大切に、言葉かけや対応等に配慮しながら支援している。個人情報の保護に関しては、職員の就業規則で説明し、採用の際誓約書を取り交わしている。	利用者一人ひとりの気持ちを大切に考えてさりげないケアを心がけている。特に尊厳を傷つけないよう、トイレ誘導時等の声かけには配慮しており、気付いた時にはその都度注意話し合っている。個人情報保護に関しては入職時に誓約書を取り交わしている。	
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	あらかじめ本人の考え方や嗜好を把握しながら、言いやすい雰囲気、自己決定しやすい環境をつくっている。		
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	職員の都合に合わせてではなく、一人ひとりの状態や気分を尊重し、それぞれ個人のペースに合った生活支援につとめている。		
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	本人の希望する化粧品を購入し使用している。全員がエステ&ヘアカットのサービスを利用している。		
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	利用者と職員が毎食同じテーブルを囲み楽しく食事ができるように支援している。自家菜園で野菜を育て収穫し、下ごしらえをする。テーブルを拭く、お茶を入れる、かたづけ等利用者職員一緒に行っている。毎月寿司の出前を取り、楽しんでいる。	自家菜園で収穫した野菜の下ごしらえやテーブル拭き・お茶入れ・片付け等、利用者は出来ることを職員と一緒にを行い、同じテーブルで一緒に食事を摂っている。毎月行われている寿司の出前は楽しみの一つとなっている	
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	各人の食事・水分の摂取量を把握している。利用者の好みの物を取り入れたり、嚥下状態に応じて食事形態を変え食べやすくしている。		
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	毎食後全員が口腔ケアを行う習慣ができている。はブラシコップは夜間消毒している。定期的に訪問の歯科受診を受け口腔内や嚥下機能の検診をしてもらい、必要に応じて治療や嚥下機能訓練が受けられるよう支援している。		

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
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	利用者の様子から敏感に察知し、なるべくトイレで排泄できるように支援している。利用者の心身の機能に応じておむつや紙パンツ、パット等を検討している。	排泄チェック表や利用者の様子等により、さりげなく声をかけトイレでの排泄が出来るよう支援している。退院後オムツを使用していた方がトイレで排泄が出来るようになった。	
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	野菜を多く食材に取り入れ、水分補給に努めている。日ごろから掃除や洗濯・歩行訓練など体を動かすようにしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日の一応の設定はあるが、希望があればいつでも入浴できる体制にある。毎月日帰り温泉にでかけている。	基本的には月・火・木・金の午前中が入浴日となっているが、希望があればいつでも入浴支援の体制は出来ている。毎月日帰り温泉に出かけている。	あくまでも入浴日や時間の設定はしないで、利用者のその日の希望等に沿った入浴の支援が出来るよう検討して欲しい。
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	利用者本人のペースでいつでも休息できるようになっている。夜間不眠の際も、安全に快適に過ごせるよう、また他の利用者の安眠を妨害することのないように、飲み物の提供など配慮している。		
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	看護職の指導のもと、理解し把握している。確実に指示通りの服薬を複数で確認し、状態の変化は速やかに報告し、服薬の変更等は申し送りし指示している。毎回分包しており、職員がわかりやすくなっている。		
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	自家菜園で野菜収穫、調理準備、洗濯物たたみ、モップかけ、テーブル拭き、嗜好品(コーヒーや抹茶)、ペットの世話、花見、ドライブ、果実狩、日帰り温泉、カラオケ、あさがおの壁等楽しみ事・気分転換・役割の支援をしている。		
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	天気や気分に応じて、ウッドデッキでお茶をしたり、デイサービスへ外出したり、散歩や買い物に行く機会を設けている。時にはお墓参りや子供の家や自家への帰省、家族旅行など家族や友人の協力の下おこなっている。	天候や利用者の希望にそって、散歩・ドライブ・買い物・季節の花見・ウッドデッキでのお茶・隣接のデイサービスへ訪問等、出来るだけ戸外に出る機会を作っている。家族や友人の協力でお墓参り・自家への帰省・家族旅行等も行われている。	



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	金銭の所持については、ご家族ごとに様々な意向をもってはいるが、現在4名の方がおこずかいを自分で所持している。持っているだけで満足する方、小額のおこずかいで好みの飴や化粧品など買う方等個別の対応をしている。		
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	ホールの電話は、希望に沿って利用できるよう援助している。必要に応じて職員が取り次いだり、伝言をすることもある。年賀状は必要に応じて、代筆や宛先を記入し、お付き合いが継続できるように支援している。		
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	ホールは天窓から太陽光の入り、自然な明るさを感じる空間である。手作りの布製のカレンダーを飾り、毎月日を入れ替えてもらっている。季節の草花を生け、季節の飾り物(雛人形・五月人形・七夕飾り・クリスマス・お正月飾りなど)を取り入れている。	ホールは天井が高く、天窓からは太陽光がさしこみ、明るくて開放感がある空間となっている。テレビ・利用者の作品・写真・季節の草花等により生活感や季節感を取り入れている。畳のコーナーやウッドデッキ等の場で利用者が居心地良く過ごせる居場所の配慮も見られる。	
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	食堂・居間がL字型で、ソファや畳コーナーがある。ウッドデッキや玄関には椅子をおき、外気浴を楽しむことができる。また、自由に庭や畑に出られ、草むしりや野菜の収穫ができる。		
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	タンス・テーブル・椅子・衣装箱・衣装かけ・バック・茶道具・化粧品・三面鏡・寝具類等使い慣れた物を持ち込まれ、自分の好みの配置で生活されている。	箆笥・衣装箱・衣装ケース・寝具・テーブル・化粧品・時計等の使い慣れたものや同人誌・自己の作品・家族の写真等が持ち込まれて、個別性のある居室作りが工夫されている。	
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	建物内部は段差のないバリアフリーで、手すりを設置し、自由に安全に移動できる。また、車いすでも移動できるゆとりあるスペースである。居室には利用者の好みの目印や表札が張られ、自室がわかりやすくなっている。		