（別紙4（1））

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	0371100488		
法人名	有限会社　メープル		
事業所名	グループホーム　もみじ苑		
所在地	〒026-0001　岩手県釜石市大字平田第1地割1番地16		
自己評価作成日	平成23年1月31日	評価結果市町村受理日	平成23年5月18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://www2.iwate-silverz.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0371100488&SCD=320

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	（財）岩手県長寿社会振興財団
所在地	岩手県盛岡市本町通3丁目19-1　岩手県福祉総合相談センター内
訪問調査日	平成23年2月21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）】

認知症になったからといって生活を制限するのではなく、一人ひとりの利用者がそれぞれのペースで自由に過ごし、歌や趣味活動や家事も出来る範囲で積極的に参加し、散歩やドライブや買い物に出かけ、可能な限り今までの馴染みの暮らしが継続でき、毎日笑顔で過ごせるように支援します。また、地域の小学校や保育園や町内会等お互いの行事に参加し合い、近隣へも講習会に参加を呼びかけるなど交流を深め、市や地域の方々の協力と、つながりを大切にしています。施設内研修開催や外部研修への参加を積極的に行い介護技術の向上に向け日々努力しています。利用者の方々が出来なくなったことを問題にするのではなく、まだまだ出来る事・出来る可能性のある事に目を向け、最後までその人らしく人生の主人公として暮らしが実現できるよう支援に努めています。

【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）】

住宅地に、自然に、溶けこんだグループホームらしい単独の事業所で、理念の周知徹底、代表者や管理者の思い・考え方が職員に浸透している。本人や家族が安心して利用できる優れたホームづくりがなされている。また、最近は利用者の高齢化が進み、利用者・家族の要望や期待として「看取り」が多くあり、その要望等に沿うための取り組みが始まろうとしている。今後は重度化・終末期に備え、医療機関、行政、近隣住民との連携・協力体制、支援マニュアルの作成、契約書の見直しなど、チーム一丸となっての体制作りが望まれる。また、次年度予定の新しい事業所の立ち上げに併せて、職員の育成やこれまでの取り組みの成果を十分に活かすことができれば、釜石地区にとって大きなプラスであり、もみじ苑の経験と実績をもとに、新事業所の拡充、協働等により、更なるスキルアップ、サービスの向上が期待される。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

自己評価および外部評価票

〔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	毎日の申し送り、全体ミーティングでスタッフ全員で復習し、理念を共有し、実践につなげている。又、施設内研修で再確認をしている。	理念に基づく取り組みとして、利用者と、職員との双方の目線が合致することが大切と考え、一人ひとりに課題ノート「私の声を聴いて」を作成、日々の行動・様子など、気づき・発見を記入、喜怒哀楽や笑顔づくりにつなげ、職員で共有している。	
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	近隣の方々との日常的な挨拶やおすそ分け、町内会、保育園、小学校との相互の行事参加などで交流を深めている。　又、平田地区の地域会議への参加、当苑の運営推進会議参加でも交流を深めている。	近隣の保育園児が立ち寄ったり、小学生から新巻鮭のプレゼントや、学習発表会の手づくり招待状を一人ひとりが頂いたり、交流が盛んである。また、町内会には加わっており会費を納め、主要な会議には代表が参加している。	
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	運営推進会議や苑行事、見学、もみじ苑便りで暮らしぶりを見て頂き、現状を説明し、理解していただけるように努めている。運営推進会議では、認知症についての研修会を行っている。		
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回開催し、会議形式だけではなく、研修会、イベントをし、参加メンバー・スタッフ・利用者との交流会も行い、その中から様々な意見や要望・アドバイスを頂き、その内容をミーティングなどで話し合い、サービスの向上に活かしている。	会議には利用者や家族をはじめとして、小学校長、保育園長など多彩なメンバーが参加し、スプリンクラー設置、看取りのこと、認知症への理解・要望等を話し合い、それらをサービスの向上に活かしている。	
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	運営推進会議・地域会議の参加や定期的訪問で近況報告や情報交換・相談を行い、協働関係を築いている。	市の高齢福祉課、地域包括支援センターとは連携を深めており、独自に「行政・地域連絡メモ帳」を作り、入退居の報告、介護保険・栄養・防災指導・情報交換等を詳細に記録している。特に、強風、地震、積雪時などには、行政から被害調査や連絡が入るなど、協力関係を築いている。	
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	身体拘束は行わないという基本姿勢で常に利用者に目を向け、安全確保に努め、自由な暮らしを支援できるように施設内研修を行ったり、ミーティング等でも話し合い実践している。	日中に事業所内を歩き回る方もいるが、外に出た時には職員が後方から、本人の安全確保、自由な行動を尊重した見守りを行い、玄関の施錠を含め身体拘束を行なわない基本姿勢が貫かれている。なお、朝は五時半開錠、施錠は19時過ぎとなっている。	
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注意を払い、防止に努めている	苑内外で虐待があってはならない事を認識し、些細なことであっても不適切と思われるケアを見逃すことがないように、スタッフ間で注意を払い防止に努めている。		

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
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	現在、利用している利用者も居ないためもあり、学ぶ機会が少ない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入退去時は本人、家族と話合いを行い、重要事項説明等を十分時間をかけ説明し、理解・納得をして頂いている。又、改定時も家族会、面会時等で説明し、理解・納得して頂いた上で同意書を頂いている。		
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	家族全員が運営推進会議のメンバーで会議の中で気軽に意見や要望を話している。又、面会時等で意見・要望があったときは、『家族連絡簿』に記入し、申し送りやミーティングで改善に向けた話し合いを行い、実践につなげている。	利用者や家族の意見・要望は、運営推進会議を通じ、直接話し合える仕組みになっている。家族との面会、電話等の会話のやり取りは「家族連絡記録簿」に記入し、共通理解が得られるよう対応している。家族の要望で主治医を変更する場合には、情報提供を行なうなどの支援が行われている。	
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	毎日の申し送り、月2回のミーティングや個人面談などで意見・要望を聴き、できる限り反映している。	毎日の申し送り、月例ミーティング、年1回の個人面談等で、代表、管理者に意見・提案を進言する機会があり、加湿器設置を始め、高齢化に伴い介護用ベットへの切り替え、入浴用椅子購入に至っている。また、職員待望の小規模多機能事業所、グループホームの認可などに繋がり、大きな成果を収めている。	
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	雇用管理講習等に参加し、労働条件改善に努めている。 又、スタッフの要望に応じて、環境整備にも努めている。		
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	苑内外の研修を受ける機会を確保している。仕事内でもOJTなどを行い、支援している。又、外部研修はスタッフの意思を尊重し、出来る限り参加させている。		
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	GH定例会や市内の同業者研修に参加し、交流を深めている。		

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
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	入居前に自宅を訪問し、面談を必ず行い、不安や要望を聴いている。又、苑にも見学に来て頂き、雰囲気を見てもらい、安心できるようにしている。又、入居後も相談しやすい関係作り・雰囲気作りに努めている。		
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	入居前に面談を行い、悩み・不安・要望を聴き、できる限り安心して利用できるよう努めている。又、入居後も相談や要望がが話しやすい関係作りや雰囲気作りに努めている。		
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	入居相談時、必要としている支援を見極め、当苑での支援内容を説明している。必要に応じては、他の施設や他のサービスを紹介している。		
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	日常生活の関わりの中で、利用者一人ひとりできることや得意なことを見極め、一緒に行い、お互いに助け合い学びあいながら支え合っている。		
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	面会時や家族会で本人、家族と馴染みの関係継続の重要性を説明し、理解して頂き、利用者本人が望む暮らしができるように相談・協力しあっている。		
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	家族以外にも、友人・知人などの面会や外出を受け入れたり、馴染みの場所へ散歩や買い物・ドライブに出かけ、関係が継続できるように支援している。	知人や友人の訪問が多い。また、連れ立っての外出は、本人・家族・ホームが連携し合い、馴染の関係が維持できるよう支援している。利用者9人中8人は外出、買物ができ、山田、大船渡、遠野方面への車での遠出を楽しみにしている。	
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	利用者同士の関係を毎日把握し、スタッフが関わり、コミニュケーション作りに努め、楽しく過ごせ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	退去後の入居先へこれまでのケアの情報提供を行い、環境変化のダメージが最小限にすむように支援している。		
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	日々の生活の中の会話や表情、行動から希望や意向を引き出し、記録をし、申し送りやミーティング等で話し合いを行い実践につなげるように努めている。	一人ひとりの意向や思い、生活歴等は、家族、利用前のサービス事業所、介護支援専門員より聞き取り、センター方式へ記入、把握に努めている。特に、本人の得意な分野（ピアノ、百人一首、料理など）については、日々の生活の中で活かせるよう支援している。	
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	日々の会話の中から、本人に聴いたり、本人が分からないことは、面会時等で家族から聴き、今までの暮らしを把握できるように努めている		
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	利用者一人ひとりの生活パターンや、その日その日の心身状態をスタッフ全員が把握し、その中でできる事や得意なことを見出すように努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人の希望や意向を重視した上で、家族の希望や意向も聴き、話し合いを行い、作成している	本人の意向を中心に、家族、スタッフ、医師、看護師の意見・要望を参考に、話し合いを持ち、作成している。担当者会議に参加が難しい家族の場合、訪問・面会時に聞き取った内容を調整するなど、チームの共通理解に配慮した取り組みが行われている。	
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	個々のケース記録や申し送りノート、気づきノート等に記入し、全スタッフが共有しながら実践やケア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、その時々に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	家族との外食、外出、外泊や又、本人が望む外出支援等を行っている。		

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
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	利用者一人ひとりの行きつけの商店や美容院等に行き、地域の方々と協働し、楽しく暮らしていけ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し、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	入居前のかかりつけ医の受診を支援している。かかりつけ医以外にも、状態に応じ、本人や家族が希望する医療機関の受診も支援している。	利用者の殆どが、かかりつけ医を受診、受診科によって主治医以外の医師に掛かったり、主治医の変更、協力医への紹介などは、家族の希望に配慮した支援が行われている。	
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	かかりつけ医や看護師に相談している。		
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。	家族と相談しながら、担当医と情報交換し、離し合いを行っている。		
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・終末期について家族と話し合いを行い、当苑でできる事・できない事を説明している。	利用者の高齢化、重度化が進み、終末期の対応については、本人・家族からの強い要望があり、ホームとしても前向きに検討することを考えている。介護ベットへの切り替えも済み、歩行困難な利用者の入浴も「シャワー浴でよい」との了解を得て支援しているが、浴槽の改善も検討中である。	職員全員が「利用者本位のケアの実践」を真剣に考え、本人が「ここで終わりたい」との希望に応えようとする姿勢があり、今後は、新施設及び医療関係者との協働と連携、マニュアル・契約書整備、地域関係者との話し合いなど、チームとして支援体制づくりに向けた取り組みに期待したい。
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	年1回、消防署の方々に来て頂き、心配蘇生法やAEDの訓練を行っている。		
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	定期的な避難訓練を行うと共に、地域や消防署、地元の消防団の協力をお願いしている。災害発生時に備え、食料や飲料水や必要物品も準備している。	消防署立会いの避難訓練は年2回（4月、3月）、自主的な訓練は2回（10月、2月）実施。夜間訓練では勤務者が1人のため、歩行困難な方の搬出・避難誘導を重点に行っている。住宅地の利点を活かし、近隣住民に参加、協力をお願いしている。	

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
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	入浴時や排泄支援、居室入室時には、常に注意を払い、誇りやプライバシーを尊重した言葉がけや対応をしている。	トイレ誘導では「一緒にいいかな」など、さりげなく声がけし、居室へ入る時もノックして「○○さん、入っていいですか」と了解を得てから入室、戸締りを忘れている時もあり、声がけには配慮している。	
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	日常生活の関わりの中で、自己表現がしやすい雰囲気つくりをし、言葉や表情、行動から希望や願いを見出し、実現できるように支援している。		
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	利用者一人ひとりの生活ペースで過ごしていただいている。 又、散歩やドライブなど本人の希望があれば一緒に出かけている。		
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	自分の好みの洋服を選んでもらったり、馴染みの美容室に出かけたり、お化粧など個々におしゃれが楽しめるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事のメニューを利用者とスタッフと一緒に考え、買い物に出かけ、調理したり、片づけを行っている。	利用者から希望のメニューを聞いたり、冷蔵庫の中を見て当日の献立を決めたりしている。買物は週2回～3回、希望者と一緒に出かけ購入している。 今、出来ることを中心に、テーブルを拭く、食器を洗う、皮をむくなど、それぞれの役割を活かした支援が行われている。	
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	給食日誌や水分チェック表に摂取量を記入し、少ない方には、個別に代替品で対応している。		
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、口腔ケアを行っている。義歯使用している方は、夕食後ポリデント消毒を行っている。		

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
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	排泄チェック表を活用し、一人ひとりの排泄パターンにあわせ、声掛け・誘導を行っている。	オムツの使用者はいないが、日中のリハビリパンツ使用4名、布パンツ5名で、失敗がなくなると布パンツに移行し、自立支援につなげている。夜は、1人ひとりの睡眠状況、排泄パターンを考慮し、排尿誘導が行われており、中には昼夜が逆転しないよう、睡眠を優先させる方もいる。	
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	自然排便に繋がるように、食事に工夫したり、水分量をチェックしを行い、不足しないようにしたり、軽体操や散歩などで体を動かす機会を作り予防に努めている。		
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	本人の希望と午前と午後のバイタルや医師からの指示を合わせ、入浴支援を行っている。 又、季節感のあるお風呂（ゆず湯、菖蒲湯など）や入浴剤を入れ楽しんで入浴できるようにしている。	医師の助言により、毎日の入浴は心臓にも負担がかかるので、一日おき（週3回）に順番は定めずに実施している。バイタルは、午前・午後各1回、入浴を嫌がる利用者には、「膝を温めると痛みがなくなるよ」など声がけに配慮し、入浴につなげる支援を行なっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	就寝、起床時間や日中の休息時間は本人のペースに合わせている。		
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	一人ひとりの薬の内容はファイルに綴じ、いつでも確認できるようにしている。服薬準備はスタッフ2名で確認を行っている。薬の変更があった時は、申し送りノートに記入し、様子観察を行い、ケース記録に記入し、かかりつけ医に報告している。		
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	一人ひとりの生活暦や現状からできる事・得意なこと（料理、掃除、裁縫、片付けなど）を役割として行っていただいている。歌や踊り、習字、家庭菜園など趣味活動をして楽しんだり、散歩やドライブ、買い物に出かけ気分転換を図っている。		
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	利用者の希望に副って、馴染みの場所・自宅付近に出かけたり、地域の方々の協力で釜石大観音へ参拝したり、民謡ショー等に出かけている。	アセスメント、気付きノートにそって計画し、定期的に実施している。以前、自宅のあった付近を散策したり、思い出や馴染の深い場所に出かけるのを利用者は楽しみにしており、職員もそれをよく理解し、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
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	一人ひとりのお小遣いは苑で管理し、毎月、家族に使途報告をしている。できる方には、買い物時に財布を渡し、支払いをしてもらっている		
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	手紙やはがきが届いた時は、スタッフがサポートし返事を書いている。又、家族や知人といつでも電話できるようにしている。		
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	季節の花や季節を感じる飾り付けを利用者とスタッフで作り飾っている。	季節を感じさせるような旬のものなどに配慮し、採れたての野菜、果物、かぼちゃ、ジャガイモなど、季節感を出すよう飾り方を工夫し、展示している。また、近所から頂いた柿をむいて、ウッドデッキにつるし「干し柿づくり」を楽しんだり、習字の時間を毎月設け、作品を掲示するなどの支援も行なわれている。	
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	食事席の他、ソファや和室、ウッドデッキの椅子でそれぞれの利用者が好きなところに座り、一人で過ごしたり、気の合う同士で会話や歌を楽しんで過ごしている。		
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	自宅よりなじみの物（家具・仏壇・写真など）を持ってきてもらい、安心して過ごせるようにしている。	ホームの備品は、介護用ベットと整理棚であり、その他の家具類、仏壇、写真等の持ち込みは自由で、飾りもそれぞれの利用者に合った工夫・配慮がなされている。職員のアイディアによる「本人の手形」、「似顔絵」がケース入りでさりげなく飾ってあり、居心地の良い落ち着いた雰囲気を醸し出している。	
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	居室には名札、トイレやお風呂場には名称を貼り、又、トイレの流し方や水の出し方などを分かりやすいように文字や絵を紙に書いて張っている。		