

(様式2)

平成 24 年度

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	1590200232		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	グループホーム千手		
所在地	新潟県長岡市千手3丁目1-14		
自己評価作成日	平成24年10月31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.kaigokensaku.jp/15/index.php
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成24年12月14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)】

・利用者一人ひとりを個人として尊重し、住み慣れた地域の中で安心してその人らしく暮らし続けることを支援しています
・自分らしさが発揮できる場を提供し、日々、喜びや張り合いを感じる生活をサポートしています
・家族、地域との交流を通し、認知症ケアの実践を地域に伝え、理解を得られるような取り組みに力を入れています
・地域交流の機会として、定期的なお茶飲み会やボランティアによる尺八、歌の会を実施しています
・地域との交流に力を入れ、積極的に地域の行事(神輿・運動会)に参加しています。また、併設事業所との連携により、季節の行事(大花火観賞会・千手祭・文化祭)を開催し、地域との交流を行っています

【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)】

「グループホーム千手」は、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特別養護老人ホーム(小規模特養)を併設した「サポートセンター千手」の中にある。地域の方がより自宅から近い所で馴染みの関係を維持しながら生活を続けることを支えるためにつくられた複合型サービスセンターの事業所のひとつであり、看板ではなく表札のようなさりげない表示がされ、地域に溶け込んで建っている。

事業所には、カフェテラス(地域交流スペース)やキッズルームがあり、地域の方や学校帰りの児童たちが気軽に立ち寄れる環境である。調査時も、面会に来られる方の姿が見られた。地元の小学校との交流や地域交流スペースを使っての地域の方との毎月の交流会、賀詞交換会なども行っている。また、平成24年は「地域に積極的に出かける」という年次目標を立て、地域との交流を積極的に行ったことから、事業所への理解を深めることができた。介護の相談も増え、災害時の地域の方との協力体制も築き、地域に欠かすことのできない事業所となっている。地域の開業医との信頼関係もできており、利用者が重度化した場合や終末期についても本人・家族に希望に合わせて支援している。事業所で最期を迎える方も多い。

他県からの見学も多く、周りからの関心も高い事業所であり、これからも地域密着型サービスの先進的な取り組みが期待される。

自己評価および外部評価結果

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	職員は事業所の理念でもある、利用者の意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気を大切にして地域との交流の中でその人らしい、個々の暮らしをして頂けるよう支援している。特に今年度は、地域へ積極的に出掛けることを年間業務計画に挙げたことにより、地域行事への参加や外出の機会を多く持た	理念は開設時につくられたもので、ケアの基本になるものとして変わることなく掲げられている。外部の人にも見てもらえるように廊下に掲示し、平成24年度からは理念をより具体化するものとして年次目標を設定している。目標を達成するために年間業務計画に盛り込み、達成状況を定期的に評価しながら目標に向かって取り組みを行い、理念の共有と実践がなされている。	
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	家族、地域の方々に行事への参加を呼び掛けたり、広報誌を配布するなど、家族、地域との交流を積極的に行い、地域とのつながりを大切にしている	地域との付き合いをとっても大切にしており、事業所内のカフェテラスやキッズルーム等のスペースに地域の方や児童が気軽に立ち寄れるような雰囲気作りに努めている。また、利用者と共に回覧板を届けたり、散歩時に花を頂いたり、日常的な付き合いが行われている。	
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	月一回の地域交流会や季節ごとの行事に家族・地域の方々へ積極的に参加を呼び掛け、認知症の人の理解や支援について地域の人々に発信している		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催して評価の内容、行事、防災訓練の検討をしている。事故議案においては、率直な意見を頂き、サービス向上につなげている。運営推進会議の議事録を市に提出している	2ヶ月ごとにサポートセンターの3事業所(小規模特別養護老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、グループホーム)合同で行っている。事業所の行事や防災訓練については、地域の方も一緒に行う地域行事として位置づけられており、積極的に意見交換が行われ、事業所の運営に反映されている。議事録は家族等がいつでも閲覧できるように備えている。	
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	毎月介護相談員の方に来て頂き、利用者の状況、実情やケアサービスなどの取り組みを伝えながら、ご意見やアドバイスを頂き、ケアの向上につなげている	市の担当者とは、運営推進会議に参加してもらったり、電子メールで情報交換をするなど連携が図られている。市の介護相談員も活用しており、毎月ホームに来てもらって利用者の生の声を聞いてもらい、利用者の目線で気づいたことを事業所にフィードバックしてもらっている。	

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
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	身体拘束について研修を開催することで、職員の間で知識や理解を深める機会がある。日々の業務の中で身体拘束をしないケアを常に意識し、取り組んでいる	法人全体の研修やサポートセンター全体での研修を行い、身体拘束となる具体的な行為について理解を深めている。玄関にはセンサーを取り付けているが、利用者が外に出るときは職員も一緒に付き添うなど、身体拘束をしないケアを実践している。	
7	(5-2)	○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さることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待について研修を開催し、職員の学ぶ機会を設け、利用者への虐待を見逃さないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待についての研修を行い、高齢者虐待関連法について学んでいる。ひとりの利用者と同じ職員が長く関わっていると利用者・職員共にストレスが溜まってしまう場合があるので、関わる職員を交代したり、職員の対応で気になることがあれば互いに注意をするなど、虐待を防ぐ取り組みを行っている。	
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	外部研修やセンター内研修に参加している。日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用されている方も居られるので、知識や情報を共有できている		
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	契約の締結や解約などは、管理者や相談業務担当が介入して、不安なことや疑問点について十分な説明を行い、理解と納得をして頂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	職員はアクティブ活動や会話を通して暖かい雰囲気作りをしている。その中で要望が聞かれた場合、家族の協力を得ながら解決している。家族の意見・要望は面会時、電話、電子メールのやり取りの中で声として出して頂ける関係作りに努めている	家族の面会時には積極的に意見や要望を聞き取るよう心がけている。「布団が畳まれていない」「換気がされていない」等の意見が寄せられており、検討して対応している。遠方の家族とは電子メールで情報交換をし、意見を聞いている。サービス評価での利用者家族アンケートの集計結果も意見として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	毎月のミーティング以外にも職員の意見や提案を聞く機会を設け、必要に応じて会議を開き、検討や評価をしている	毎月「職員連絡会」を行い、職員から意見や要望を聞いている。事前に職員から会議の議題を出してもらい、それを大切に話している。また、随時意見があればその日のうちに集まって検討し、改善に取り組んでいる。	

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
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	日々の業務にあたる中で職員の努力や実績、勤務状況を把握している。毎月、職場連絡協議会を開き、職員の声を聞いて運営に反映している		
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	運営施設全体で職員に対する研修を行っている。入職1. 3. 5年目、中間管理職、幹部職とそれぞれの研修があり、スキルを磨いている		
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	新潟県グループホーム協議会の中の中心的事業として活動している。協議会を通して交流を図り、法人内にも複数のグループホームがあるので、定期的に交流を図っていると共に、サービスの向上につなげている		
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	本人との話し合いにより、生活歴や本人のこだわりを理解し、その方の思いやニーズを受け止めて、安心して頂けるように関係づくりに努めている		
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	家族の立場に立って話を傾聴し、家族の思いを理解し、受け止められるように努めている		
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	利用者本人、家族の状況やニーズに沿って何が必要かを見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている		
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	共に過ごし、支え合い、共感できる関係づくりの構築に努めている		

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
19	(7-2)	○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	職員は家族と常に利用者情報の共有を図り、共に利用者を支えていけるような関係の構築に努めている	面会に来られる家族が多く、その際本人の希望を家族に伝え、家族と一緒に買い物や外食、外泊を行ってもらうよう働きかけている。季節に合わせた衣類を家族と一緒に選んでもらうなど、利用者や家族の関係を大切にしている。	
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	友人、知人の方に来て頂きやすい関係、環境作りに努めている	知人など面会に来られる方も多く、部屋でゆっくり話ができるようお茶を出すなど、訪問しやすい雰囲気づくりを心がけている。月に1回事業所で地域との交流会を開いており、馴染みの方と再開する機会になっている。また、自宅に泊まったり、美容室に行くなど、馴染みの場所との関係が途切れないように支援をしている。	
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	利用者一人ひとりがお互いを尊重し、助け合い、支え合っているような人間関係を構築し、皆が楽しく関わり合えるよう支援している		
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	当施設はターミナルケアを行っている。継続的なフォローを必要とする場合は相談支援を行う体制をとっている。他施設への退所の場合は必要に応じて面会や情報提供を行っている		
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	日々の暮らしの中で本人の要望や意向の把握に努めている。意思の伝達が困難な方でも、表情や非言語コミュニケーション等で思いや意向を把握できるよう努めている。職員間で情報や気づきを共有し本人主体の対応に努めている	日々の生活の中で本人の思いや意向の把握に努めている。利用者とのコミュニケーションの中でその都度意向を聞き、記録などで職員間で共有している。また、意思の伝達が難しい利用者については、表情や普段の行動の中から思いや意向の把握に努めている。	
24	(9-2)	○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	センター方式を活用し、家族からの情報や本人の言葉を踏まえながら、生活歴などの情報の把握に努めている	これまでの暮らしを把握することを大切にしている。センター方式のアセスメントシートを使い、家族にも記入をお願いしている。また、自宅訪問や本人への面接、通院先の看護師や入居前の担当居宅介護支援専門員など、これまで関わってきた人からも情報を収集し、これまでの暮らしぶりを把握している。	

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
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	一人ひとりの日常や心身の状態を観察し、有する力を把握し、その方に応じた対応に努めている		
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	日々の暮らしの中で本人・家族の意向や要望を把握するとともに、家族の面会時、家族・本人と共に介護計画の確認を行うことで互いの理解を深め、より良い協力体制を築いている。必要に応じて主治医・訪問看護とカンファレンスを行い、要望や課題点について話し合いをしている。1か月毎にモニタリング、6ヶ月毎にケアプランを見直している。身体、精神面に変化があり見直しが必要な時は随時作成し直している。	本人、家族の意向をもとに介護計画を作成している。日々の支援内容や利用者の様子を記録する「生活支援経過記録」の「支援内容」欄に介護計画の内容が記載されており、どの時間にどのようなケアを行うかがわかりやすくなっている。利用者個別の担当職員が日々の記録などをもとに1ヶ月ごとにモニタリングを行い、それをもとに6ヶ月ごとに計画を見直しているが、状態などの変化があったときは随時見直しを行っている。	利用者の日常生活動作に注目するだけでなく、本人の持つ力や、外出やアクティブ活動など利用者の暮らし全般に目を向けた介護計画の作成が望まれる。外出をはじめとして地域交流等利用者の活動支援が多様に行われており、そのような支援内容も計画に盛り込むことによって、利用者主体の暮らしの支援の実効性を高めることを期待したい。
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	日々の申し送りノート、職員間での情報伝達を行い、統一したケアを行っている。気付いたことはケースに記入し、ミーティングを行うことで1か月毎の介護計画のモニタリング、見直しを行い、より良い介護計画になるよう活かしている		
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	本人や家族の希望、ニーズに合わせ利用者の生活リズムに沿った支援をしている。臨機応変に対応している		
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	ボランティア、尺八の会、地域の方が来訪し、地域交流やレクリエーションなどに参加して頂いている。千手小学校の校外学習の場を提供したり、地域近隣の理美容室など地域資源の活用と協力で支援を行っている		
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	本人・家族の希望によりかかりつけ医を決めて、定期的に往診・受診の支援をしている。本人からの健康相談や職員からの質問に適切な助言を頂き、支援につなげている。必要時にはサービス担当者会議に出席、家族と共に利用者への援助を支援して頂いている	利用者が希望するかかりつけ医への受診支援を行っている。往診してくれる医師もいる。基本的に受診の送迎は家族対応で行っているが、難しいときは事業所で行っている。家族が受診に付き添う際は事業所の様子を書面で伝えたり、医療機関と電話でやり取りをするなどして適切な医療を受けられるよう支援を行っている。	

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
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	週に一回、訪問看護によるバイタル測定を行っている。健康面について利用者や職員の相談に乗って頂いている。緊急時に連絡、訪問を受けられる体制をとっている		
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。	病院のケースワーカーとグループホームの管理者・相談業務担当が中心となり、連絡調整をとっている。退院に向けての準備を行い、必要時にはサービス担当者会議を行い、統一したケアを行っている		
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	対応に係る指針を書面にて家族に説明、同意を得ている。本人・家族の意向を確認し、主治医・訪問看護と連携を図っている。今後の状態変化を考慮し、その都度助言を頂いている	入居時に重度化や終末期についての事業所の方針を説明している。本人・家族の意向をもとに終末期のケアを行っており、職員は、終末期のケアを行うことを特別なことではなく生活の延長として認識している。かかりつけ医や訪問看護と連携をとり、事業所で最後を迎えられるようチームで支援に取り組んでいる。	
34	(12-2)	○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	利用者の急変や事故発生時に備え、定期的に訪問看護からの研修やグループホーム内研修を受けながら、万が一の時は慌てずに対応できるよう備えている。又、急変時のマニュアルや個々の連絡先を作成し、連携を取れる体制をとっている	応急手当や初期対応については、訪問看護事業所の看護師から指導を受けたり、グループホーム内での研修を行っている。急変時はマニュアルに基づいて連絡・対応ができるようになっている。利用者一人ひとりについて、主治医や服薬内容、緊急連絡先、疾病の状況などの情報を整理した連絡表も作成し、慌てず対応がとれるような仕組みがつけられている。	
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	火災や地震、水害などの災害時に利用者が安全に避難できる方法を身につけ、マニュアルを作成し周知している。また、地域の方、家族に呼びかけて消防署からは避難訓練の指導等で協力を得ている	運営推進会議での意見から、避難訓練には家族や地域の方からも協力を得ている。消防職員の指導のもと、地域の方も交えて消火訓練も行われている。災害時は事業所の全職員に携帯のメールで情報が一斉に発信され、職員全員が駆けつける体制となっている。	
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	否定的な言葉を使用せず、一人ひとりの人格を尊重した言葉使いで対応している。また、入浴・排泄介助ではプライバシーに配慮した声かけや必要時には同性介助などを行っている	利用者一人ひとりの人格を尊重した言葉かけを行っている。不適切な言葉づかいや対応があれば、職員同士で互いに注意し合っている。入浴や排泄の場面ではプライバシーに配慮して声かけをし、必要時は同性介助を行っている。	

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
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	一人ひとりに合わせて、利用者が分かりやすい言葉でコミュニケーションをとって対応している。言葉での意思表示が難しい方は、表情やアイコンタクトなどから意思を読み取るよう努めている		
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	利用者一人ひとりのペースや生活リズムに合わせて、ゆったりとした日々を過ごして頂いている		
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	地域の美容室を利用したり、外出できない方は美容室に出張して頂いている。衣類は、本人が好まれるものを着用して頂くよう支援している		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の嗜好や形態など食事を美味しく楽しく食べて頂けるように工夫している。下膳や食器拭きなど一緒に行っている。料理が出来る方は職員と一緒に野菜の皮むきなどを行っている。食事は職員と一緒にゆったりと召しあがって頂いている	野菜の皮むきや、盛り付け・食器洗いなどを利用者と職員が一緒に行っている。畑でとれた旬の野菜を利用するなど食事が楽しみになるよう支援している。利用者の好き嫌いや食事形態・自宅での習慣に合わせたメニューを提供している。職員も利用者と一緒に同じ食事を食べ、会話をしながら食事を楽しめるよう支援している。	
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	栄養士が立てた献立を参考にしながら、食事を提供している。ご本人の飲みたい時に飲めるようお茶等を準備している。一人ひとりの状況に合わせて水分補給を行っている		
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	一人ひとりの状態に合わせて、歯磨き、入れ歯の洗浄とうがいを行っている。状況に応じて訪問歯科による治療と口腔指導を受けている。		
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	24時間シートとケース記録を活用して排泄パターンを把握し、表情や行動を観察しながら、必要に応じてトイレ誘導や声かけを行っている	センター方式のアセスメントシートを使って利用者一人ひとりの排泄パターンを把握している。トイレは利用者の部屋の隣に設けてあり、表情やしぐさを観察しながら、一人ひとりの状態に合わせて、できるだけトイレで気持ち良く排泄が行え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
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	ケース記録によって、便秘状況を把握し、便秘の原因を検討して、その方に合った飲み物や食べ物を提供することで予防に取り組んでいる。ご本人、職員、訪問看護、主治医と連携をして個々に応じた対応をとっている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一人ひとりの希望やタイミングに合わせた入浴を実施している。時間を決めず、ゆったりと入浴できるように支援している。また希望や身体状態に合わせた足浴や清拭を行っている	曜日や時間は決めず、本人の希望に合わせてお風呂に入ってもらっている。利用者の身体状況に合わせて、併設事業所の特殊浴槽も使用し、安全にお風呂を楽しんでもらっている。ゆず湯やみかん湯、入浴剤を使うなど、お風呂を楽しむことができるよう支援している。	
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	一人ひとりの状態に合わせて休息して頂いている。季節ごとに環境整理をし、布団の入れ替えなど行い、気持ちよく眠れるように支援している		
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	個々の薬の内容や用法を確認して、適切な内服を支援している。また、症状や状態変化に応じ、主治医・訪問看護に報告して指示を仰いでいる		
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	張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう、個々の生活歴や力を入れてきたこと等を踏まえ、支援している。楽しみを見い出すために、天気が良い日は近所への散歩や買い物、外食なども行っている		
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	可能な限り、希望に沿って戸外へ出かけられるように支援している。普段いけないような場所は、希望を把握して家族に協力して頂き、出掛けられるように支援している	散歩や買い物・畑作業など日常的に戸外へ出かけている。また、平成24年度は「地域に積極的に出かける」という年次目標をたて、利用者アンケートを行い、すし屋・美術館・丘陵公園など利用者の希望に合わせて積極的に外出を行っている。	
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	職員一人ひとり、ご本人がお金を持つことの大切さを理解して、希望に応じてお金を所持したり、使え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
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	家族や友人に電話をかけたり、手紙のやり取りが出来るよう支援している		
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	食堂は整理整頓、清潔にしておくよう心がけ、居心地良く過ごして頂けるよう配慮している。リラックス出来るよう音楽を流したり、温度、湿度、明るさを調節している	共用空間には季節に合わせた花を飾ったり、行事で作った作品をさりげなく飾っている。食事の際は落ち着いた音楽を流し、リラックスして食事ができる雰囲気作りに努めている。室内の温度・湿度にも気を配り、利用者が快適に過ごせるよう配慮している。	
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	利用者が好みのソファや椅子を居室に持っていたり、共同のソファを利用して、気の合った利用者同士で思い思いの時間を過ごして頂けるよう工夫している		
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	在宅で使い慣れた物や好みのものを持ってきて頂き、居心地良く安心して過ごして頂けるよう工夫している	仏壇やソファ、ベッド、思い出の写真や絵画など今まで使っていた馴染みのものを持ち込んでもらっている。部屋のレイアウトは本人・家族と相談し、本人の動線に配慮している。	
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	利用者の状況、独歩の方、車いすの方に応じて、生活動線に合った安全な環境作りを行い、自立した生活支援をしている		