

### 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	1090500016		
法人名	三菱電機ライフサービス株式会社		
事業所名	尾島ケアハートガーデン グループホームさるびあⅡ		
所在地	群馬県太田市尾島町270-1		
自己評価作成日	平成23年6月10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	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23年6月30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)】**

1. 利用者の個性を尊重し、安心・安全そして尊厳に配慮した利用者優先の介護に努める。 2. 行政との密接な連携により、より良い介護を目指す。 3. (利用者の生活状況をみて)家族に当所に入居して良かったという安心感を持ってもらえる介護を行う。 4. 利用者の生活において、つねに(利用料以外の)家族の経済的負担を軽減する介護に努める。 5. 職員が気持ちよく働ける職場を目指す。

**【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)】**

理念は事業所運営の基本姿勢であることを管理者や職員等は認識し、研修会や月次会議等で確認しながら実践に繋いでいる。利用者が安心して生活出来るようにとの職員の心配り、オール電化で安全性が高いこと、事務長が地域居住のため地域との関係が円滑にしている事等から実感することが出来た。職員の質の確保・向上のため、研修会や会議等のあらゆる場で職員教育に力を入れている。家族等からの意向や要望をしっかりと受け止める姿勢を持ち、はっきりと要望を表明する家族からは話をよく聞き、言葉としてはっきりと表明しない家族からはその真意を引き出すように努めている。

**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ます (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	当所の事業運営の基本姿勢を「理念」に込めている。「理念」をホーム内の見やすい位置に掲示し、職員はそれを基本姿勢として実践を心がけている。	地域との関連性を盛り込んだ理念を目に付き易い玄関や食堂に掲示している。全ての業務の基本は理念にあるとの認識のもとに、会議や現場において折に触れ話し合いを持っている。
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	・町内会に加入し、地域の行事(祇園、ねふたまつり、新年会など)に参加している。・回覧板を持参する高齢者世帯からは生活相談のあてにされている。・ただし、入居者の重度化により近隣への散歩などに出かけられにくくなってきた。	地域の行事のねふた祭りや祇園祭に参加したり、地域の新年会に事務長が出席し、地元との関係を大切にしている。ホームで収穫されたさつま芋で団子を作り近隣の方に配り理解を深めている。近所の方から切り花や野菜を頂くなど日常的な交流を持っている。
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	・まずは地域の民生委員を通して地域の高齢者に当所のお茶飲み会に誘ってもらっている。 ・ただし、定形的・組織的なPR等は不十分であり、今後の課題である。	
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	定期的開催し、家族からの意見・提案については積極的に対処している。実施した事項については次回の運営推進会議で報告している。太田市の行政(介護関係課)からも委員として必ず出席していただいている。	2ヶ月に1度、家族、利用者、行政・近隣住民・施設関係者等が参加して開催している。家族には開催日の連絡をし、議事録を送っている。家族の都合を考慮して午後6時半から開催していたが、開催時間に付いて検討中である。家族からの玄関にチャイムを付けたら意見をサービスに反映させた。
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	太田市の介護担当課職員とは積極的に連携をとってお互いの信頼感が高いと思う。	事務長が施設利用者補充の依頼や相談のために、管理者が更新手続き等で行政の担当者を訪ねる等積極的に交流の機会を作っている。
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	「身体拘束禁止マニュアル」を作り、利用者の安心・安全そして自主的な生活のために職員は身体拘束は絶対してはならないという教育を行い、実践を図っている。	法人としての身体拘束に関してのマニュアルが作成されており、月次会議等で拘束に付いての話し合いを行っている。事業所設立時より職員の見守り等により玄関には鍵はかけず、利用者の自由な生活を支援している。
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	利用者は(職員にとっては)お客様であり、人生の先輩であるという意識で接するように指導していて、(身体拘束とともに)絶対にあってはならないという教育をしている。	

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	権利擁護については、基本的に利用者の尊厳に配慮することを指導しているが、体系的な教育はしていない。今後の検討課題である。		
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	入居にあたり、家族・利用者にとっては初めての経験であり、不安な気持ちで来所する。その不安感を除く第一歩は契約書の内容を丁寧に説明し、納得していただくことが必要であり、そのような気持ちで対応している。		
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	利用者や家族の意見は普段から積極的に聞いているが、家族も面と向かって言いにくいこともあると思い、運営推進会議には家族代表だけでなく、全家族に参加を呼びかけ、各家族から意見・要望の出しやすい雰囲気作りを心がけている。	運営推進会議や家族等が訪問した時に、家族等に対しての言葉かけ等を工夫し、話しやすい雰囲気を作っている。家族との会話の中から思いを汲みとることもある。入浴回数を増やして欲しい、家族の都合により通院介助をして欲しい等の意見があり、サービスに反映させている。	
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	職員からは、月次会議にて意見・要望を出してもらおうが、日常的にも気楽に意見を出しやすい職場作りをしていると思っている。	月次会議で事務長・施設長・職員等がお互いに気楽に話しあえる雰囲気が出来ている。職員から意見や要望が出された時には運営に反映させている。トイレの電気が暗いとの意見により改善に活かした。	
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	職場作りの目標に「職員が気持ちよく働ける職場作り」を挙げ、職場環境には留意している。給与体系・処遇等については今年度から「介護職員処遇改善交付金」制度のキャリア・パス導入でさらに整備を進めた。		
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	社内研修の利用とともに、県の「現任介護職員等研修事業」等を利用して基礎研修、実践者研修、リーダー研修に派遣、教育を行い資質アップを図っている。今後も続ける。		
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	地域の交流として1.群馬県地域密着サービス連絡協議会に加入し、情報収集や研修会に参加している。2.地域のグループホーム(さくらの里、ほたるの里)とは相互訪問や連携を取り合ってサービスの向上に努めている。		

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
<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	入居する利用者は環境が変わることにより不安な気持ちが強いので、入居前の基本調査(面談)では(家族も含めて)不安な気持ちを取り除きながら話を聞くようにしている。(3日間のお試し入居制度も設けている。)		
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	上記のように、入居にあたり家族からも入居に対する要望(特に利用者のこれまでの生活履歴や今後に望む要望)などを十分に把握するようにしている。		
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	基本的には介護経験の豊富な施設長(ケアマネ)が入居前の基本調査、入居初期の利用者の状況等を把握し、その結果から早く適切な対応ができるよう職員と打ち合わせを行う。		
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	利用者のこれまでの生活履歴の中から、趣味や興味のあることなどを中心に、利用者の話しやすい環境づくりを心がけ、当所での生活に張り合いの持てる環境づくりから始めている。		
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	当所の基本姿勢のひとつに、入居者の安心・安全そして主体的な生活状況を家族にも知っていただき、家族にも安心した気持ちを持っていただけるよう心がけている。(その手段のひとつは、電話などにより、日常生活状況をこまめに連絡することである。)		
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	利用者のこれまでの知人・友人・親戚などの訪問に対しては、つねに職員が快く受け入れるという気持ち(いつも歓迎の意思を示す)ことが、関係者が気楽に訪問できる第一歩と思っている。	親族・友人等の訪問や家族対応による友人宅への訪問、馴染みの美容院利用、かかりつけ医受診の継続、ドライブを兼ねて以前住んでいた家を見に行く等、これまでの馴染みの関係が継続出来るよう支援している。	
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	利用者の個性や生活状況から、利用者同士の係わり合いがうまくいくよう職員はこころ配りし、職員間の連携を取りながら対処するようにしている。		

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	利用者の退居時にはその後の生活に配慮し対応しているが、退居後については、家族から相談を受けたときのみ対応している。		
<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	利用者の生活は安心・安全な生活だけでなく、今までの生活スタイルの持続性かつできるだけ個人の意思を尊重した対応に努めることが必要との認識で介護スタッフは対応している。	意思表示の出来る方からは直接会話の中で、意志表示の困難な場合は家族や友人等からの情報を基に声かけを行い、意向の把握に努めている。	
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	これまでの暮らしの把握方法のひとつとして、若い頃の写真等を持ってきていただきそれをきっかけに本人の考えや状況を把握している。		
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	利用者ごとのその人に合った対応が大切であり、職員間でもつねに連携を取りながら現状を把握するようにしている。		
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	介護計画の作成(更新)時には、家族・利用者との話し合い、介護スタッフの意見、計画作成後の家族の確認(了承)等、すべての介護は介護計画から始まるという認識でしっかりと手順に従って作成している。	日頃の関わりの中で、本人や家族の思い・意向を聞き、アセスメントを基に介護計画を作成している。見直しは基本的には3ヶ月に1回行っているが状況に変化がある時には随時の見直しをしている。月に1度のモニタリングはしていない。	月に1度はモニタリング行って現状を把握し、介護計画の見直しに活かして欲しい。
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	利用者ごとの記録・実践についてつねに工夫をこらして対処している。なお、昨年度からセンター方式導入し、利用している。		
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	利用者に良かれということはつねに導入を検討している。(例えば通院の付き添い、送迎をはじめ、今後は散髪などを考えたい。これらは無料対応である。)		

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	とくに当地はボランティア活動が活発であり、それらの訪問についてはすべて快く、感謝の気持ちでもって受け入れている。その他の来訪者もその気持ちに変わりはない。		
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	利用者・家族の指定する病院を優先している。(同じ町内の)かかりつけ医は、毎月1回来所・診察し、利用者全員の健康管理に配慮いただいている。	基本的には従来のかかりつけ医の受診となっている。月に1回、協力医が訪問診療しており、家族の了解のもと利用者全員が受診している。又緊急時には協力医の診察を受けられる。かかりつけ医の受診は原則家族対応であるが、事情により施設が対応している。家族同行受診時には身体状況等の情報を家族に提供している。	
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	訪問看護ステーションと契約し、毎週1回の訪問看護とともに当所職員も利用者の体調等気になることはすぐに電話する等の相談・助言をいただける関係を維持している。		
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。	入院中の状況や退院後の生活状況の確認など、必ず施設長が訪問し打ち合わせをしている。		
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	医療連携体制加算の導入時に、「重度化した場合の対応に係わる指針」を制定し、家族と打ち合わせを持ち、周知・了解をいただいた上で平成20年1月より導入している。しかし、実際の対応は今後、該当者が出てからとなる。	医療連携体制加算の導入時より事業所としての指針を作成、文書化して家族等には説明し理解を得ている。特別な医療行為を必要としない場合は関係者が話し合っ、家族等の希望に沿った対応をしたいと考えている。	
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	「事故防止マニュアル」、「行方不明者対応マニュアル」を制定し、職員に教育し、その徹底を図っている。		
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	「消防計画」、「火災緊急通報マニュアル」で教育している。しかし、地域との連携を強めることはさらに努力を要す。	「火災緊急通報マニュアル」は作成されているが、今年度は消防署の協力による避難訓練や事業所独自の自習訓練を行っていない。備蓄としてパンの保存食や水の用意は出来ている。地域の方が防犯委員として参加している。	災害は何時起こるか分からない事を踏まえて、消防署の協力による昼夜を想定した避難訓練、事業所独自の自主訓練を行い、いざという時慌てずに避難誘導が出来るようにして欲しい。地域住民参加の訓練も検討して欲しい。

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	利用者はお客様であり、人生の先輩である(自己7)という気持ちをもって対応することを第一にし、言葉かけひとつにとっても気遣いを持ち、プライバシーに関する教育も実施している。	職員入職時に個人情報の保護に関する誓約書を交わしている。個人情報の問題やプライバシーの尊重については月次会議で取り上げて話し合っている。利用者に対しての言葉かけには特に配慮して対応している	
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	利用者の個人としての尊厳に留意することから始めている。		
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	一人ひとりの体調、ペースや考え方を尊重した対応を心がけている。		
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	一般的な成人ということを中心に着もの、調髪や手入れ、爪切り等身だしなみに配慮している。		
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	献立は栄養管理士の作成したメニューを基本として、利用者の意向も組み入れている。また調理にあたっては利用者のできる仕事(えんどう豆のつる取り、盛り付け、配膳かたづけ、食器洗い等)できることをしていた。	管理栄養士の作成した献立を参考に、利用者の希望を取り入れながら事業所でアレンジした食事を提供している。利用者はテーブル拭き・野菜の下ごしらえ・茶碗拭き等の出来ることをしており、職員と一緒に食事を楽しんでいる。	
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	1日あたりの摂取量を1400キロカロリーを基本として個別に刻み食・ソフト食などを取り込んでいる。水分補給量については食事以外で1000ミリリットル以上の摂取を心がけている。		
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、居間・長室に設置した洗面コーナーで全員の口腔ケアを行っている。自分のできる利用者には見守りとするが、誤嚥の恐れのある利用者、口腔内の食べかすや痰除去の必要な利用者には職員が介助している。		

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	利用者の重度化により、自立に導くことが容易でなくなってきた利用者もいるが、利用者の排泄パターンを知り、排泄サインに留意し、定期的なトイレ誘導や速やかな清拭、交換を実施した本人本位を心がけている。	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、利用者独自のサイン等に気を配りながら、トイレでの排泄を支援している。適切なトイレ誘導により出来るだけパンツの使用量を少なくするよう配慮している。	
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	積極的な水分補給、乳製品の提供や便秘体操(レクリエーション)等を取り入れている。また下剤の利用については各利用者ごとに医師との相談により処置をしている。		
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	原則は2日に1回の入浴であり、午前、午後入浴となるが、利用者ごとの湯温調節や入浴時間には配慮している。	月曜～日曜までの毎日、午前、午後入浴が可能である。概ね一日置き、少なくとも週に2回入浴を支援しているが、希望があれば毎日でも入浴することが出来る。	
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	朝食後にバイタルチェック、その後の体操やレクリエーション、昼食後にお昼寝タイム等を設けているが、強制はせず利用者の意思に任せている。		
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	各利用者ごとの服薬ファイルを作成し、薬の目的や副作用、用法・用量がひと目でわかるようにしている。また服用時には職員によるダブルチェックやつねに医師や薬剤師から薬の特徴などの基礎知識を得るようにしている。		
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	利用者の趣味や特徴を活かして、例えば調理、かつての仕事(経理)を思いながらの計算ドリル、簡単な手先仕事や洗濯物のたたみ込み等各利用者にあつた時間の過ごし方をしていただいている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	近所のスーパーショップや近隣の散歩などを心がけている。また桜、藤、牡丹、菊等の咲く時期には、ドライブで鑑賞に出かけている。	利用者の機能低下により散歩に出る回数は少なくなったが、天候や体調を見ながら近隣のスーパーに出かけたり散歩等を心掛けている。お花見をしながらのドライブや庭園でのお茶等、外気に触れる機会を作っている。	

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
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	お使いに行けなくともお金(財布)を持っていることで安心感を持つ利用者もいるので、家族と相談のうえ、身につけている利用者もいる。		
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	中には自宅の電話番号がわかる利用者もいるがその利用者には電話を使ってもらうことがある。		
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	利用者の生活用品の居室への持ち込みは制限していない。いままでの生活空間の延長と考えて利用していただいている。	明るい共有空間には季節の草花・行事の写真・利用者の作品等を飾り、対面式のキッチンで厨房の中が見え、畳のコーナーも用意されている等、家庭的で落ち着いた雰囲気となっている。	
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・食堂では気分あるいは時期的にテーブルや座る位置に変化を持たせたり、たたみコーナーで昼寝をしたり、ソファでテレビを見ること等利用者の主体性に任せていることも多い。		
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	居室はフローリングであるが、カーペット仕上げにしたり、藤の椅子の持ち込みや、希望によりテレビ、電気こたつ等の持ち込みも自由にして生活感を高めている。	利用者はそれぞれが馴染みのお茶道具・テレビ・ラジオ・鏡・人形・テーブル・ソファーや家族写真を持ち込んでいる。床にホットカーペットを敷いて落ち着ける居場所とする等、各自個性のある居室作りをしており、居室が「私の部屋」となっている。	
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	自分の居室がわかるようにドアの色を分けたり(ハード面)、トイレに手作りの表示をしたり、本人目線の位置に名前表示をしている。		