

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	1092300043		
法人名	上野村社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム ひだまり		
所在地	群馬県多野郡上野村大字乙父630-1		
自己評価作成日	平成30年11月22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	
----------	--

【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30年12月11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)】

「生まれ育った上野村で、馴染みの人達と、年をとっても生活したい」と願う高齢者が、認知症を患い、介護が必要となっても、村で暮らせるために、「グループホームひだまり」は、上野村で重要な役割を果たしています。「グループホームひだまり」は、社会福祉協議会として「地域に貢献してきた事業所」と、村民からの信頼は厚く、地域密着型サービスとして、なくてはならないサービスになっています。「グループホームひだまり」は地域における重要な役割を果たせるように、ご利用者一人ひとりに寄り添い、支援が出来るように、日々努めています。また、グループホームは、他事業所との連携も密にしています。

【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)】

日頃から、デイサービスセンターや高齢者集合住宅などの併設された関連施設を利用している人達との交流を支援するとともに、地域の祭りや運動会、社会福祉協議会主催行事などの見学を通して訪れた地域の人達とも交流できるよう取り組んでいる。また、村内外から踊りや歌、三味線など多くのボランティアの訪問を受け入れ、利用者との交流の機会を多く持てるよう努めている。村との関係では、地域包括支援センター職員が、毎朝の関連施設合同ミーティングのほか、事業所の毎月のケア会議にも参加することで情報共有が図られ、連携がとれている。介護計画とモニタリングでは、介護計画のサービス内容を踏まえた「個別援助計画」をそれぞれの利用者の担当職員が作成しモニタリングを行うなど、介護計画に沿った支援となるよう工夫した取り組みがされている。

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 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広がったり深まり、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	
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、理念の趣旨を理解し、日々の業務において、実践できるように努めている。	月1回のケア会議では、理念に沿ったケアについて確認をし職員間で話し合っている。職員は理念を踏まえ、利用者がその人らしく過ごせるよう、日常の会話、行動のなかから利用者のできることを把握し、すぐに手を貸さず見守りながらできるところまでやってもらことを意識して支援にあたっている。		
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	村の行事(体育祭、地域のお祭りなど)を見に行ったり、ドライブ、散歩に出かけ、地域の人達とも関わったりしている。入所前から参加していた、サロンに参加される利用者もいる。	関連施設の利用者との交流を支援するとともに、地域の祭りや運動会、運営法人である村の社会福祉協議会主催の行事などの見学を通して、訪れた地域の人達とも交流できるよう取り組み、また、多くの村内外からのボランティアの慰問を受け入れ、利用者との交流が図られるよう支援している。		
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	前項のように地域の人達と関わる際、認知症について理解を深めてもらえるように、配慮している。			
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	定期的に家族、民生委員、医師、包括支援センター、保健福祉課、介護職員等で、事業所が取り組んでいる事、課題などについて報告し、意見を出してもらい、運営に活かすようにしている。	行事報告のほか、身体拘束の指針作成に関することなどの取り組みについても提案し検討をして、事業所運営に活かすよう取り組んでいる。家族に関しては、村内の家族に偏っており参加が少ない状況である。	家族の参加が少ない状況なので、なるべく多くの家族に参加してもらえるよう、開催日程や働きかけの工夫など検討することを期待したい。	
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	村の保健福祉課との連絡、情報交換は密に行われている。保健・福祉・医療連絡調整会議が月1回開催されている。また、包括支援センターの職員がグループホームの会議に出席したりしている。	毎朝の関連施設の合同ミーティングには、介護保険担当課や地域包括支援センターの職員が参加をし、情報共有を図っており、また、地域包括支援センター職員は、毎月のケア会議にも参加し、情報提供や助言をしてくれるなど連携がとれている。		
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	ひだまりとしての「身体的拘束等の適性化のための指針」を作成し、これを基に、職員間で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	毎月のケア会議でも、日々のケアにおける身体拘束に関する振り返りを行い話し合っている。居室が2階のため、無断で外へ出ていってしまうことはないが、出て行きたい様子があれば、安全に配慮しながら一緒に外へ出かけたり、併設されているディサービスセンターに寄るなどの対応をしている。		
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	虐待防止マニュアルを作成して、職員に周知させている。利用者の心身が変わった事はないか、職員の勤務態度に問題はないか管理者だけではなく、職員間で注意をしている。			

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	職員は、制度について学び、必要とする利用者や利用者家族に援助出来るようにしている。		
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	入所申込時に説明を行ない、契約時には、更に細かく丁寧に説明をしている。また、入所後も、必要時、よく理解していただけるように説明している。		
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	利用者や家族との日々の関わりやカンファレンスなどから、意見、要望などを理解するようになっている。それらをケア会議で取り上げ、運営に活かすようにしている。	カンファレンスや面会の際には、家族が意見や要望を出しやすいように利用者の様子や気になることを説明し、面会の少ない家族に対しては、電話で利用者の思いや喜んでしたことなどを伝え、面会につながるように支援している。	
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	グループホーム職員全員が出席して月1回開催しているケア会議で、管理者は、職員からの意見や提案を聞き、必要な事項を「責任者会議」や「保健福祉医療連絡調整会議」で伝えている。	職員が考えて発言できるよう、事前に会議の議題・内容を職員に知らせており、会議では、意見をあまり言わない職員がいれば、管理者は意識して話題を振るなどし意見を求め、出された意見を活かすよう努めている。また、日頃から意見を出し合い、職員間で相談し合える職場環境となっている。	
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	労働条件としては、休日日数、及び残業ゼロを掲げ、給与面などでも配慮されている。また、管理者は、代表者の指導の基、有休休暇がなるべく希望通り取得できるように努めている。		
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	代表者は、外部研修の年間計画を立て、管理者が調整して、研修を受けさせている。また、他にも、職員が自ら希望する研修が受けられようにしている。		
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	今年度は、他町村の施設の見学に、日帰りで2回、一泊で1回行われた。他部署の職員と共に、グループホームの職員も参加し、情報交換をすることができた。		

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	入所時のカンファレンスで、本人(家族)の要望、困っていること、不安な点等を聞き、把握出来るようにしている。また、本人と一対一で話をして、本人の「思い」を聞き、信頼関係を築けるように努めている。		
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	家族の要望を聞くほか、サービスの内容説明、経済的負担の軽減等に対応するなどして、何でも気軽に相談してもらえるように、信頼関係が築け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	当事業所の他、包括支援センターや保健福祉課など介護事業全体も視野におき、最善のサービスが提供できるようにしている。		
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	利用者には、個々の状態を考慮しながら、洗濯物をたたむ、テーブルを拭くなどの簡単な作業をして頂いている。出来る方には、自分が着る洋服選びや、洗濯物をタンスにしまうなど、して頂いている。		
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	家族には、いつでも面会に来て頂けることを伝えている。また、本人の状態等を必要時、家族に連絡している。対応については、職員任せではなく、家族にも考えてもらうようにしている。		
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	本人の馴染みの人との面会、いこいの里(高齢者集合住宅)やデイサービス利用者との交流の機会を積極的に作っている。	高齢者集合住宅や特にデイサービスセンター利用者には地元の人が多いことから、積極的に向かい合えるよう心がけている。ドライブの際には利用者の自宅付近を通るなど配慮しており、散歩の際にも近隣の人との交流が図られ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	利用者全員が、村内の方たちのため、顔見知りの方も多い。性格、好み、関係などを考慮して、席を決めたりしている。		

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	事業所にとらわれずに、社会福祉協議会が村内全体の高齢者の問題として、本人(家族)との関係を断ち切らず、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	カンファレンスや日々の利用者との会話などから、「思い」を把握するようにしている。また、日々の個別記録の中からも「思い」をくみ取り、それを尊重したケアプラン作成、個別援助計画の作成を実行している。	利用者の状態がよい時などに、隣に座って利用者の若いころのことを話題に話しかけ意向など聞くように努めており、また、日頃から、思いをくみ取るよう利用者の反応などを見逃さないよう意識して支援にあたっている。また、意思の疎通が難しい利用者に対しても、「分かる」という前提で接するように努めている。	
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	利用者の生活歴、暮らし方を理解し、入所前の生活、習慣をなるべく続けられるように支援している。		
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	「一人一人の暮らし方」を大事にすることを心がけている。レクリエーションなども、個別に援助できるように心掛けている。		
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	各利用者に担当の職員がいて、介護支援専門員が作成したケアプランを基に、担当職員が個別援助計画を作成している。計画は、3ヶ月毎に評価し、見直している。	介護計画に沿った支援が提供できるよう、介護計画のサービス内容を基に、現場で対応する具体的内容や今後の対応などを整理した「個別援助計画」を各担当職員が作成し、3ヶ月ごとにモニタリングを行い、介護記録もこの計画を踏まえた記載となっており、日々のケアに活かされている。	
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	日々の申し送り、業務連絡等は、「連絡ノート」などで全職員で共有している。また、個人ファイルの「日々の記録」は個別援助計画に反映出来るように書き方を工夫している。		
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	外出や買い物等、一人ひとりのニーズに応じて対応している。		

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	昔から村に残っている、地域の伝統行事や干し柿、干し芋、柏餅作りなどに参加し、楽しんでもらっている。		
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	現在は、利用者全員がへき地診療所をかかりつけ医としている。へき地診療所医師が、定期的に施設往診をしており、連携も密になっている。必要時、他医療機関への紹介もしてもらい、家族対応で、適切な医療が受けられるように支援している。	1週間に1回、へき地診療所医師が往診に訪れており、変化があった際には、診療時間外でも役場へ連絡すれば役場が医師に伝え対応の指示が受けられるなど連携がとれた体制となっている。診療の記録は「医療経過記録」に記載し、職員間の共有を図っている。家族には変化があれば電話で様子を伝えている。	
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	施設内に看護職はいないが、利用者が適切な受診や看護を受けられるように対応している。		
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。	入院時には、病院に最新の情報を提供し、その後の退院、退院後の生活については、病院のソーシャルワーカーと連絡を密にして、利用者の早期退院に向けて、対応している。必要時は、施設側から病院へ出向くなどしている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について、本人や家族の希望を入所時や必要時に、説明、確認を行なっている。継続的に医療が必要になった時は、施設では対応できない旨を説明している。	事業所は、利用者が慣れ親しんだところで最期を迎えるための手伝いができればとの思いで、支援にあたっている。家族に対しては、入居時に説明するほか、状態に応じて医師も含めて対応を話し合っており、看取りがあった場合には、ケア会議で振り返りを行っている。	
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	「緊急時対応マニュアル」に沿って、全職員が必要時、適確な判断ができるように話し合っている。また、職員は心肺蘇生、AEDの実施訓練や講習会を積極的に受講している。		
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	管轄消防の指導に従い、事業所全体で、近隣住民も参加して、年2回総合避難訓練を実施している。夜間想定避難訓練は、検討中。	年2回、消防署立ち会いの下、関連施設合同で火災、地震想定避難訓練を行っており、近隣住民には避難場所への誘導の役割を持ってもらうなど、地域の協力体制が整えられている。	

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
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	利用者個々の人格を尊重し、プライバシーを配慮した対応や声掛けの指導を実施している。 また、守秘義務の徹底を行なっている。	職員は、利用者に対して親しみを込める気持ちがあってもくだけた話し方をしないよう、また、年上の人を敬う気持ちで、利用者のプライドを傷つけないよう意識しながらケアにあたっており、不適切な対応があれば、その都度管理者が注意している。	
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	利用者との日々の会話から本人の思いや希望を理解できるように努め、自己決定そして実現のための支援をしている。」		
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	何をしたいか、どのようにしてすごしたいか、利用者に聞き、利用者一人一人のペースに合わせた援助に努めている		
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	希望があれば、美容院や床屋への送迎を行なっている。美容師、理容師が施設に来てくれている。 また、衣服も本人になるべく選んでもらえるようにしている。		
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	食事は、関係施設全体を賄う厨房から配食されている。 時折、おやつ作りに参加してもらっている。 また、敬老の日には、職員が特別な食事を作り、利用者と一緒に食べたりしている。	厨房から配食されているので、事業所内で調理することはないが、月2回程度、利用者とともにおやつ作りなど行っており、また、敬老の日には、ちらし寿司など職員が手作りし利用者と一緒に食べるなど、利用者が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	栄養バランスは、栄養士の立てたメニューにより管理されている。 水分や食事の摂取量は、必要に応じて記録管理している。 体重測定を2ヶ月毎に実施している。		
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、一人ひとりの状態に合った口腔ケアを行なっている。 必要に応じて、村内の歯科医の訪問診療を受けたり、歯科衛生士の指導を受けたりしている。		

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	必要な利用者には、排泄記録をつけて排泄パターンを知り、適切な介助ができるようにしている。夜間は使用するパットなどを選び、上手く活用し、なるべく睡眠が妨げられないようにしている。	排泄チェック表を参考にしながら、必要に応じてトイレ誘導を行いトイレでの排泄ができるよう支援しており、職員は少しの失敗があってもできるだけ見守りながらケアにあたっている。夜間は、睡眠を妨げないよう、必要な対応をしながら、トイレ誘導の声掛けは行わないようにしている。	
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	便秘は、水分摂取などで予防に努めている。必要に応じて、排泄チェック表に記録している。自然対応が出来ない場合は、医師の指示に従っている。		
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	基本、入浴は週3回ですが、入浴回数、入浴日・時間、入浴方法などは、各利用者の体調や都合により対応している。	週3回は入浴できるよう支援しているが、拒否する場合は、無理強いをしないよう心がけている。入浴の際は、浴室介助2名、着替え介助1名の職員で対応しており、常に職員は、安全と入浴中の急変に注意を払い、また、皮膚の状態やあざなどがないか確認しながら介助にあたっている。	
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	安眠できるように、居室の温度、適切な寝具など、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	利用者の既往歴や薬剤情報提供書をもとに、副作用などの症状の把握に努めている。「薬チェック表」の活用、きちんと飲み込めたかどうかの確認も行っている。		
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	どんな事をしたいのか、楽しいな事は何か等を知り、一人ひとりに支援している。編み物、カラオケ、広告で作るゴミ箱作りなど。		
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	天気が良い日は、出来るだけドライブや散歩など屋外へ出かけられるように支援している。家族との外出は、本人、家族の希望で、なるべくして頂くようにしている。	ドライブや散歩のほか、利用者が希望する物の買い物と一緒に出かけたり、季節に応じて、紅葉狩りや花見、イチゴ狩りなどに出かけたりなど、外出を楽しめるよう支援している。家族と外食に出かける利用者もいる。	

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	本人のお金は、家族より預り、必要時、使えるようにしている。利用者には、お金の所持はしてもらっていない。		
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	誤解、不安な事などが生じないように配慮しながら、やりとりを支援している。		
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	共有空間は、季節がわかるような作品などを飾っている。年間を通して、適正な室温、湿度を保つようにしている。また、室内の空気の入替えにも気を付けている。	季節の飾り物を担当する職員を決め、その職員が利用者にできることを手伝ってもらいながら、作成した作品を壁に掲示している。居室に閉じこもるのではなく、昼間はなるべく他の利用者と一緒にホールで過ごしてもらえよう支援しており、ホールにはゆっくりくつろげる量のスペースもある。	
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	共用スペース内にソファを置いて、1人になったり、利用者同士で話をしたりできる場所を作っている。		
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	自室の使い方は、それぞれ自宅で使用していた物を持ち込んで頂き、落ち着いて暮らせるように配慮している。お誕生日カードや自分で色塗りしたカレンダーなども飾っている。	各居室のドアには、自室が確認できるよう名札とともにそれぞれの利用者が職員と一緒に作った塗り絵が飾られている。これまで自宅で使っていた馴染みの物が置かれている居室もあり、利用者それぞれに応じた居室づくりがされている。	
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	手すりや特殊浴槽など、安全かつ快適な生活が送れるように設計されている。大きく「便所」と表示したり、目がよく見えない利用者のために、廊下の照明に配慮したりしている。		