

### 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	1092600046		
法人名	吾妻総業株式会社		
事業所名	グループホームやまゆりの家		
所在地	群馬県吾妻郡東吾妻町大字原町 50		
自己評価作成日	平成22年7月28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22年8月22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)】

職員さんのコンピテンシーが優れている。職員13名すべてが有資格者で、その中の7名が介護福祉士・2名が介護支援専門員・1名が社会福祉主事資格を有しています。

【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)】

運営理念である『家庭のように、その日その日とその人らしくゆったりと安らぎを感じられるように』生活してもらいたいという思いが職員の対応に表れており、利用者の笑顔と穏やかな表情が印象的なホームである。生活の楽しみである食事のメニューに利用者の希望や好みを多く取り入れるため、職員が毎月開く全体会議で検討し実現させている。ホームが所有する土地を地域のごみの収集場所として提供したり、近所の住民の駐車場としても利用してもらうなど、地域とのつながりも大切にしている。

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	入居者さまにとって、やまゆりの家が家庭であり、安らぎの場所になるよう、毎日の申し送りや会議で、理念の確認をしています。常に私共の社会的役割や地域との関わりを意識し、行動するようにしています。	開所以来の理念を大切にしており、地域密着型サービスを意識した理念の作成はない。地域を意識した生活は当然のことと捉えており、ホームが利用者にとって家庭であり気持ちよく過ごしてもらえよう、理念を実践に生かすようにしている。	ホームとして地域での役割を意識した実践は充実している。今後は、利用者が具体的に関わられるような活動も期待したい。
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	地域の行事等は、班長さんや民生委員さんを通じて知らせて頂き、ご近隣の協力を得て参加しています。班会議の開催場所やゴミの収集場所・駐車場は、事業所の一部を地域へお貸ししています。	今までの実績をもとにホームの存在は地域に認識されており、地域行事への参加や協力も得られている。事業所が所有する建物やごみの収集場所などを地域の活動に提供している。	
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	介護相談や施設見学は、いつでも対応しています。また車椅子等の福祉用具の無料貸し出しや使い方の説明もしています。地域の皆様には回覧板を通してこれらのお知らせをしています。		
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	運営推進会議では、その都度近況の報告をし、現状での問題点や改善案を話し合っています。会議での意見や地域の方々の意見を参考にサービスの見直しや向上に努めています。	運営推進会議は年4回開催している。区長・班長・行政関係者が出席し、事業所の報告を中心に情報交換をしている。以前は利用者も参加していたが、現在はしていない。	会議での意見交換を活発に行うため、家族への参加のお知らせや報告も検討してはどうか。
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	入居者さまの入退居や住所の移転の際には情報の提供をし、ご指導を頂いています。また施設の現状報告や、制度の改正内容の確認や、研修関係につきましても、その都度相談をしています。	行政からは、会議以外での情報交換や指導もしてもらっている。	
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	全体会議やユニットカンファレンスにて、禁止の対象となる具体的な行為をあげて、勉強会を行い 職員の共有認識を図っています。玄関は施錠せず、出掛けていく入居者さまには職員が付き添って、出来る限り自由な暮らしが安全におくれる様にしています。	身体拘束について、管理者が中心になって勉強会で得た知識を職員に伝え、共通した認識を持って取り組む姿勢でいる。	
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	全体会議で話し合う機会をもうけています。勉強会を通して正しい理解を深め、小さな気付きでもヒヤリハット記録に残すようにし、福祉理念に添った介護が出来るか各自が意識を高めるようにしています。		

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
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	機会あるごとに職員への説明を行っています。群馬県の研修に参加して学ぶ機会を設けています。		
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	入居前には、ご家族・ご本人に施設見学をして頂き、リスクについてもお伝えし、質問や相談に対応しています。制度や施設の説明には十分な時間をとり ご理解・納得を得た上で契約させて頂いています。		
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	公的相談窓口の紹介は重要事項説明書の中に明示し、入居時に説明しています。管理者は、面会のご家族にその都度「何か、ございませんか？」と声を掛け 気軽に相談できる関係作りに努めています。	家族の面会時には声をかけ意見を聞くよう努めている。家族からは利用者の体調や食事・建物のスプリンクラーの状況などの質問や希望なども寄せられ、その都度記録をもとに説明するようにしている。	
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	経営者参加の定例会議を月に一度行い、各職員に意見や提案を発言する機会を設けています。また日頃から食事会等を開き、コミュニケーションを図っています。	月に1度定例で全体会議を開いている。行事の企画や食事の内容・夜間体制について職員は必ず意見を述べるようにしている。会議以外でも食事会を開いて意見が気軽に出し合える雰囲気づくりを日頃から心がけている。	
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	経営者が週に2日は施設に来て、職員とコミュニケーションをとり状況の把握に努めています。職員の資格取得支援として費用補助や勤務調整をしています。勤務中の疲労軽減に休憩室も確保されています。		
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	高齢者介護総合センターやグループホーム連絡協議会・群馬県が行う研修に、積極的に参加しています。資格取得のために施設として、受験費用や受験交通費・宿泊費等を負担し、フォローしています。		
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	グループホーム連絡協議会が行うレベルアップ研修へ職員を派遣し、施設間の交流に努めています。近隣の事業所同士で連絡を取り合い 協同しながら質向上に取り組んでいます。		

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>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	入居相談の際には、十分な時間をとり 必要時にご自宅や入院先へ出向き、ご本人・ご家族とお会いしています。なじみの人間関係づくりの為に、入居前に併設のデイサービス利用をする方もおります。		
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	これまでの困り事や、経緯を傾聴していただき、協力させて頂き、一緒に考えていく姿勢を伝えています。事業所が提供できるサービスの他にも、社会資源の紹介等も含めて話し合いをしています。		
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	相談時には、ご本人の状況やご家族の介護力の確認をし、その時々に必要なサービスや社会資源につなげるようにしています。月に一度は施設の空室情報をお伝えし、その時々に応じた柔軟な対応に努めています。		
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	職員と入居者様が炊事・洗濯・掃除を一緒に行う事で、生活を分かち合い 関係性を深めています。得意なこと(裁縫・折り紙・料理・詩吟)は教えあったり、共同生活の苦労や楽しみを共感し、支え合っています。		
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	ご家族との面会や外出・外泊・電話はいつでも自由に出来るように援助しています。日々の様子を毎月 写真と共に郵送し、施設での生活がご家族へ伝わる工夫と、ご本人の思いが伝わるように一言を添えています。		
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	入居前の友人宅へ職員が送迎し、お茶を楽しんで頂いたり、近所に住んでいた顔見知りの方に面会に来て頂くように職員が連絡をとったり、馴染みの関係が途絶えないように援助しています。	それぞれの希望に応じて自宅や友人宅への訪問を支援したり、家族の面会時には外食や外泊ができ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	共有の場所が心地よく過ごせるように、環境整備をしています。食事やお茶の時間は食堂ホールに全員が集まり、和やかな時間を提供しています。職員は、個々の個性を尊重し人間関係の調整役に努めています。		

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
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	転居先には、情報提供をし、ケアプランを渡しています。ご本人の負担軽減の為に、馴染みの職員が転居先に訪問をします。在宅に戻られた方には、在宅サービスの説明や紹介をし、その都度、相談に応じています。		
<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	定期的なアセスメントを行い、ご本人の思いを良く傾聴し暮らし方の希望や意向を把握するように努めています。また職員全員が個々の思いに関心をはらうように心がけ、カンファレンスで情報の共有を行っています。	日頃の様子をもとに定期的にアセスメントを行い、家族からも意見を聞きながら、それぞれの思いや意向を把握している。ホーム内での飲酒や喫煙の希望、外出など楽しみを実現できるよう努めている。	
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	入居に際してはご家族・ご本人と面接を行い、十分に時間をかけて個性や価値観等のアセスメントを行っています。以前に利用されていたサービス関係者さまからも、過去の具体的な情報収集をしています。		
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	ADL・精神面・認知面の変化に気を配り、情報は毎日の申し送りで全職員が共有しています。個々の生活を尊重し、できることに注目した援助をし、その内容は記録に残しモニタリングやカンファレンスで確認しています。		
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	介護計画の作成には、ご本人やご家族の意向を一番に伺い、プランに反映するようにしています。また日頃の関わりの中で、思いや意見を伺いながら、その時々暮らしに即したプランづくりをしています。	本人・家族の要望も踏まえ、長期目標は6カ月、短期目標は3カ月で介護計画を作成している。1カ月ごとにモニタリングを行い、3カ月ごと又は状況の変化に応じて計画の見直しをしている。	
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	個別ケース記録と業務日誌へ毎日の生活記録をしています。受診結果や体調変化は申し送りノートへその都度記録しています。双方の記録は職員が出勤時に必ず確認し、カンファレンス時の検討資料としています。		
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	ご本人・ご家族の状態に応じて、急な受診の対応やご家族を含めた送迎も臨機応変に対応しています。福祉車両が必要な際は、その都度相談に応じています。急な外出・外泊も承っています。		

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
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	地域行事等は、班長様や民生委員様よりお知らせがあり、近隣の協力を頂き参加しています。地域資源の活用としては消防・警察には、防災・防犯のご指導を頂いています。訪問理美容や図書館の利用もしています。		
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	受診はご本人・ご家族の意向を伺い、以前からのかかりつけ医を継続して受診できるように援助しています。ご家族の都合等で主治医を変更する際には、情報提供書を作成し、ご家族と医療機関へお渡ししています。	本人・家族が希望するかかりつけ医の受診ができるよう支援している。	
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	体調の変化や負傷時には、直ちに併設のデイサービス看護職員へ相談し、適切な医療につなげています。かかりつけ医や地域の保健師さん・同グループ内看護職員へ相談しながら日頃の健康管理を行っています。		
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、医療機関・ご家族へ情報提供をしています。その際には認知面の情報を詳しく伝え、治療・退院がスムーズに出来るように協力しています。入院中は職員が見舞うようにし、馴染みの関係を保ち、回復状況等情報交換をしています。		
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	ご本人の体調やADLの変化は、早い段階でご家族へ伝えていきます。私共で出来る事と出来ない事を伝え、ご本人・ご家族のニーズを随時確認し、他サービスの申し込みや手続きの援助をしています。必要時にはその都度、同意書を頂いています。	重度化や終末期については、入所時をはじめ体調の変化に応じてホームとしてできることを伝えるようにしている。必要に応じて他のサービス利用の支援や家族からの同意書ももらっている。	早い段階からの話し合いや状況に依拠しての関係者の方針の共有のためにも、重度化や終末期に向けての方針を文書にしておいてはどうか。
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	応急手当マニュアルを整備し周知徹底を図っています。夜間時の緊急対応は、ご本人・ご家族と事前に話し合いをし、個人ファイルや申し送りノートへ明記し共有している。		
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	避難訓練は、個々の認知面を考慮した誘導方法を検討・共有しています。消防には火災通報装置や警報器・消火器の使用の指導や通報・非難の方法を指導して頂き、設備の点検も定期的に行っています。	毎月10日は昼間を想定した避難訓練を実施している。自動火災通報装置が設置されており、各フロアとも一定の場所に集合することになっている。消防署からは訓練方法についての指導と点検はしてもらっている。	地域や消防署の協力も得ながら、昼夜を想定した訓練も計画していただきたい。また、災害時に備えた物品の準備も検討してみてもどうか。

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	その人らしさを大切に人格を尊重をした援助が出来るように、全体会議で勉強会を行い周知徹底しています。個人情報の取り扱い、全職員が個別性や守秘義務について充分理解しています。	職員は笑顔と丁寧な対応を心掛けている。一人ひとりの個性を尊重した対応をしている。	
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	スケジュールにとらわれずに、個々が何をしたいか自己決定を尊重して過ごして頂いています。食事のメニューも食べたい物のリクエストを伺い決めています。好きな事や関心のある事に注意して援助しています。		
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	希望に添って、職員と一緒に散歩をしたり、買い物に出掛けたりします。帰宅したい方には、ご自宅付近へドライブして馴染みの土地や人とふれあう機会を設けています。個々のペースに合せ柔軟な対応をしています。		
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	その日に着たい服や身に着けたいものは、ご本人が決めています。近所の床屋さんを訪問し、和やかな雰囲気の中で、散髪をしています。ほとんどのの方が気に入られて利用しています。		
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	調理・後片付けは毎日一緒にしています。調理の方法や味付けを職員が教えてもらう事も多く、入居者さまの張り合いや自信になっています。調理中は施設の中に笑い声と美味しそうな匂いが広がります。	職員と利用者は食事の下ごしらえから味付け、盛り付け、後片付けまで一緒にできることはしている。食事と一緒にテーブルで会話を楽しみながら摂っている。	
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	個々の嗜好や馴染みの食事を把握し、季節感のあるメニュー作りをしています。食事量はその都度記録し、一日を通じた摂取量をだまかに把握しています。食欲のない方には嗜好品や摂取時間の工夫をしています。		
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	毎食後の口腔ケアは、事前に個々の習慣や意向を伺い、自立されている方にはその状態が継続できるように援助しています。その他の方にも、まずはご自分でケアした後に、職員が足りないところを援助しています。		

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
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	自尊心や羞恥心に配慮し、身体機能に応じた介助を、さりげなく関わるようにしています。おむつ類の選定は個々に検討しています。排泄の記録はチェック表に残し、排泄・生活リズムの把握に努めています。	排泄はチェック表をもとに2～3時間ごとに声かけ誘導することを原則にしているが、それぞれの生活リズムを踏まえて支援するようにしている。	
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	食事メニュー検討会議を毎月行っています。便秘予防について話し合い繊維質の多い食材を季節ごとに取り入れる工夫をしています。水分補給の徹底を行い、個々に好きな物がいつでも飲める環境にしています。		
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	希望を伺い、その時々々の気持ち・体調等の負担感に配慮した対応をしています。ゆっくり入浴したい方には、希望に添えるように時間をつくり、ADL低下者には併設のデイ機械浴槽を使う等の個別支援をしています。	各フロアにある浴室やデイサービスの浴室も利用しながら、週に2回～3回は入浴してもらえるよう支援している。	体調や気分によっては入浴を希望しない利用者もいるが、清潔や保温のためにも、足浴や清拭なども取り入れた支援も検討してみてもどうか。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、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	個々の生活習慣や日中の活動状況を把握し、疲労に合わせて休息が取れるように配慮しています。共有場所でもゆったりと休める環境を作り、居室は安眠の為の環境(温度・湿度・音・明かり)作りに努めています。		
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	服薬内容は個別ファイル等に保管し、全職員が共有しています。副作用があれば、詳細に記録を残し、受診時に主治医へ相談をしています。処方変更は申し送りノートへ記載し、全職員に周知徹底を図ります。		
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	個々の生活歴や得意なことを伺い、それぞれの活躍できる分野で、経験や知識を発揮し役割や楽しみ事が出来るように配慮しています。季節のイベント(流しそうめん等)を生活の中に盛り込む工夫をしています。		
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	個々の習慣や希望に合わせて、散歩・買い物・ドライブ等積極的に外出しています。中庭での家庭菜園や園芸はいつでも自由に出るようになってきました。歩行困難な方には車椅子や車を利用したり、近所の方にも協力を頂き、外出や行事参加をしています。	月に1度はみんなで外出する機会を持っている。それぞれの希望に応じて散歩や買い物にも出かけている。	



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
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	ご家族・ご本人の意向を伺い、現状ではお金の所持を希望される方はおりませんが、外出・買い物時には、社会性の維持を考慮し 財布(施設用)を持って頂き、欲しいものを購入し、支払う場面を作っています。		
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	ご家族・知人からの電話の取次ぎをしています。ご本人が話し易いように、配慮しています。携帯電話を持ち、自由に使用している方もいます。手紙の投函や切手類の購入等も援助しています。		
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	一般家庭で使用する調度品を置き、所々に入居者さまの作品や、摘んできた草花を飾り、生活観のある環境作りに努めています。自然に恵まれた環境を活かし、外の景色が見えるように配慮し、中庭には植物を植え、季節を感じる工夫をしています。	広々とした食堂には利用者の作品が掲示されており、テレビが見られる位置に何箇所かソファも設置され、思い思いの場所でゆっくり過ごせるよう工夫されている。	
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	調度品を、個々の生活スタイルに合わせて配置しています。居室で一人で過ごしていても、ドアを開ければ共用部にいる入居者様の気配を感じながら、生活し、のれんでプライバシーが保護できるようにしています。		
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	入居時に、なじみの家具や品物をお持ちいただくように説明しています。お預かりした家族写真や思い出の品々を飾り、心地よさに配慮しています。仏壇や女性ならではの調度品もお持ちいただいています。	趣味の物品や使い慣れた家具を持ち込み、個性を生かしながら安心して過ごせる居室になっている。	
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	個々の現在の状況に合わせて、居室に認識できる方法で名前や写真を明示しています。共用部には大きな文字表示をし、不安や惑いの解消をしています。居室の床色を変えて間違いの軽減を図っています。		