

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	2292300288		
法人名	株式会社 イー・ケア		
事業所名	グループホーム イー・ケア中里		
所在地	静岡県富士市中里172-7		
自己評価作成日	平成30年 2月 26日	評価結果市町村受理日	平成30年 4月 27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.katgokensaku.mhlw.go.jp/z/z/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&ligvsvocd=2292300288-
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 静岡タイム・エージェント		
所在地	静岡県静岡市葵区神明町52-34 1階		
訪問調査日	平成 30年 3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)】

事業所の理念を「その方の有する能力がいつまでも維持できるよう、自立＝自己実現ができる支援をします～できることをいつまで～」とし、ご利用者がいま現在できることをこれから先も続けていけるような支援を心がけています。
また、認知症であってもご入居されている方が「人らしく」追求するため、事業所のスタッフだけではなく、ご家族や地域も支援するチームの一つとして、その方にとって何が必要か考えていけるよう努めています。
職員は介護のスペシャリストになれるよう介護や認知症支援についての理解を深めるよう事業所内での勉強会や自己啓発に努めています。

【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)】

利用者が楽しく、思いどおりに過ごせるように支援している。具体的にはできることを進んで行ってもらったり、外食、外出を積極的に取り入れている。また、食べたいものをリクエストしてもらいお楽しみ昼食として味わってもらったりと楽しんでもらっている。職員同士は管理者とも何でも言い合える雰囲気、施設全体に明るさがあり利用者も穏やかに生活している。会社全体が職員の家庭事情をふまえ、働きやすい環境にしているので子どものいる職員も希望に沿って勤務している。地域との環境作りにも力を入れている。地域の行事には職員が、時には利用者も参加している。施設主催の納涼祭を開いて参加を呼びかけ多くの来場者があり、防災講座を開いて地域の人と話し話を聞いたりしている。利用者も職員は日常的に地域の商店で買い物をしたり、地域に溶け込むように努力をし、少しずつ成

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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している (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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	昨年より理念を一新し、新たな運営スタイルでサービスを提供している。開始してからの期間は浅いが、できることから少しずつ実践している。	本来あるべき姿のグループホームを目指そうとの思いを込めて、理念を一新した。「できることをいつまでも」というフレーズは職員からの提案で、できることを少しずつ利用者と共に継続するように日々取り組んでいる。	
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	地域の防災訓練や近所のイベント等に参加している。また、買い物なども極力近隣の商店を利用するようにしている。	地域の防災訓練や行事には、職員、利用者共にできる限り参加するようにしている。また施設の納涼祭には地域の人達を招待し、年々参加者が増えている。食材なども地域の商店で調達することで交流をはかっている。	
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	地域包括支援センターと協力し、認知症サポーター養成講座を開催した。また、定期的に行うミニ講座でも認知症に関することを実践していく。	/	/
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ヶ月に一度の運営推進会議では運営報告、活動報告、意見交換等行い、その場であがった検討事項等サービスの向上に活かしていけるよう職員と共に取り組んでいる。	民生委員、町内会長、家族、行政包括支援センター職員が会議に出席し、議事録はしっかり取り、内容をコンパクトにまとめて家族向けのお便りで知らせている。またホームページにも載せている。	
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	運営推進会議に出席を頂き、助言や指導を頂いている。また、疑問点や検討事項等連絡し助言を頂いている。	運営推進会議には、毎回参加してもらい、助言や意見を聞くようにしている。また何かあると積極的に連絡をし、協力関係を築くようにしている。地域包括支援センターの職員とも情報交換を行っている。	
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	身体拘束ゼロの手引きを身体拘束防止のマニュアルとし、勉強会において身体拘束防止について議論している。	職員会議の後の勉強会で、身体拘束を取り上げた時には、職員自身が身体拘束の体験をして感じたことを発表し合うことで防止に努めている。また、施錠に関して、職員で話し合った結果、夜間のみ鍵をかけるという結論になり実践している。	

静岡県(グループホーム イー・ケア中里)

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
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	事業所の勉強会を通じて、虐待についての理解を深めている。		
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	事業所の勉強会で資料を配布し、職員の理解を深めている。		
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	契約の際に、契約書及び重要事項説明書の内容を説明しながら行い、不明点疑問点等確認をとりながらゆっくりと行っている。		
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	運営推進会議での意見交換、来所時等意見やご要望を伺う機会を作るようにしている。また、玄関に意見箱を設置し匿名で要望を訴えられるようにしている。	家族の面会の時にお話を聞いたり、遠方の家族には電話で利用者の様子を伝え、話を聞くようにしている。個人的な意見、要望が多いが、連絡ノートを使って全職員が情報を共有できるようにしている。	
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	職員会議を月に1度行い、管理者は法人内の管理職会議に参加し法人代表者に意見を述べる機会がある。また、人事考課制度があり、個人面談を通して各々の目標や課題、要望等伺っている。	月に1度職員会議を全職員出席で実施している。多くの意見や要望が出る。職員から出た意見は本部に伝わることもある。会議以外でも管理者は職員と会話する機会を作り意見を聞いている。	
12		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	個人面談を通して職員の目標や課題、要望等を聞き取り、人事考課に自己評価と共に提出をしている。また代表者から事業所評価や人事評価の報告を受け、よりよい職場環境作りを目指している。		
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	法人として研修計画があり、定期的に研修に参加する機会を設けている(新人・2年目・若手・管理職研修等)。介護プロフェッショナルキャリア段位制度を活用し、レベル認定を行っている。		

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
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	富士市内の事業所連絡会に参加し、情報交換に努めている。地域ケア会議や研修会に出席し、同業者や民生委員、医療関係、地域の方との情報交換を行っている。		
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	入居にあたり、ご本人と傾聴できる場を作り、要望や困っていることを伺い支援に繋げられるよう努めている。入居前に職員に情報を共有し安心できる環境作りを心がけている。		
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	入居に向け、ご家族ともしっかり相談できる場を作り、要望、困っていることを伺い支援に反映できるよう努めている。また、これまでの生活環境や性格等伺い職員と情報を共有し安心できる環境作りを努めている。		
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	計画作成者だけの判断ではなく、チームとして職員や本人、家族、医療と連携をとりながらその時必要な支援を検討できるよう努めている。		
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	本人の意向を伺い、職員間で情報を共有しながら本人が自己決定できよりよい生活が出来よう努めている。		
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	ご家族からの要望、意向を伺いご本人を支えご本人の気持ちやご家族との関係を考慮しながら相互的に関係を築けるよう努力している。		
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	家族の協力を得ながら、ご親族の方やご友人との交流や自宅へ立ち寄る、寄り合いへの参加など出来る限り支援している。	知人、友人から電話が時折あり、利用者に繋いでいる。自宅へ行ったり、法事の参加等は家族が対応している。利用者は施設での生活が長くなり、施設を自宅だと思っている部分もあるが、家族に話を聞き、協力してもらって関係が続けられるよう支援に努めている。	

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
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	レクリエーションや外出支援を通しコミュニケーションが図れるよう職員が間に入るなど行っている。ご本人の意向、気持ちに沿って無理強いをせず行っている。		
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	ご家族や担当相談員に伺ったり、許可を頂いて面会に伺ったりしている。		
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	本人の希望や今までの生活歴、ご家族からの情報等職員、他職種等で連携を図りながら共有しチームで支援できるよう努めている。	家族から利用者の生活歴を聞いたり、本人の話や日常生活の中での様子から、利用者の思いに気づき、職員全員で情報を共有して支援している。	
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	本人、家族から生活歴、暮らし方、病歴、性格等面談や支援しながら情報をまとめている。		
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	日々の状態の変化、持っている力、言動など小さな事でも把握できるよう気付きの力を心がけている。		
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	本人や家族からの要望、職員や医療との情報を共有し相互的に支援できるように心がけている。それらをふまえてケアプランに取り入れている。	家族からの要望や、協力医や看護師の意見を聞いて、利用者の日常生活の様子もふまえ、介護計画を作成している。モニタリングは半年毎、カンファレンスは月1回の会議で行い、体調の変化に合わせ、その都度計画を見直している。	
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	日々の様子、状態の変化、会話等ちょっとした事でも報告し合い、職員始め家族と話し合い支援できるようつとめている。		

静岡県(グループホーム イー・ケア中里)

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
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	本人家族の困り事や希望、職員の気付き、医療面等変化があればそれをふくめ話し合いをしたうえで、できる限り支援できるよう努めている。		
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	子供たちとの交流、地域の行事、地域の公共施設、地域商店への買い物などホームだけの世界にならないよう地域社会とかかわりをもち生活ができるよう支援している。		
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、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	全入居者が協力医療機関の医師を主治医とし、月2回の訪問診療を受けている。主治医以外の他科受診は職員が同行している。他科受診の際は主治医にも経過報告をし連携が図れるよう努めている。また、訪問診療前には日々の血圧や体温のデータを送り、事前に主治医が確認できるようにしている。	協力医療機関の医師に月2回往診してもらっている。眼科以外は主治医が対応してくれ緊急の場合24時間オンコールで対応してもらえ、職員も安心している。訪問歯科も月2回利用するようになり口腔ケアもふくめ相談にも対応してもらっている。	
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	日常の変化や気づき、また介護職員が判断に迷った場合など、情報や詳細をホーム看護師やかかりつけ医の看護師に報告し相談や対応を受けられるようにしている。		
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	入院の際、入院先の看護師や医師との面談に同行したり、今後の支援方法について家族と一緒に相談している。		
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	看取り指針を作成し、家族、医療、介護との連携を強化し、専門的な看取り介護が行える体制を整備した。また、契約の際にターミナルケアについての事業所の方針や取り組み、事業所でできること等の説明をしご本人・ご家族と話し合いを行っている。また、終末期の考えは流動的であることから少なくとも1年に1回は意思を確認するようにしている	家族より1年に1度、終末期に対する同意書を更新してもらっている。ほぼ全家族が「最後はここで」と希望されている。以前から利用者の思いを受け止め看取りをしていたが、今年度より看取りについて事業所の方針を明確にし、マニュアルを作成し、職員のレベルアップも図っている。	
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	職員会議等で勉強会を行ったり、急変時の流れなど職員間で話し合い、情報を共有している。		

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
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	年に4回以上は防災訓練を実施し、うち1回は夜間を想定した避難訓練を行っている。また、地域の防災訓練にも積極的に参加している。 風水害対策のマニュアルも整備し訓練を行っている。	地域の防災訓練以外に、施設で、6月は火災、9月は地震、12月は夜間想定で実施している。また3ヶ月に1度、市の消防本部に防災マニュアル改訂について相談に行ったり、訓練時に立ち会ってもらい講評を聞き次の訓練につなげている。防災講座も開催し、地域の住民に参加を呼びかけている。	
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	ケアをするうえで基本的なことであり、それを徹底できるよう職員同士助言を行っている。また、法人の研修に接遇研修を組み込み、接遇の基礎を学ぶようにしている。	何でも言い合える職員同士なのでお互いに利用者への言葉かけや対応について注意しあっている。明るい雰囲気でも落ち着いた口調で利用者に接している。	職員は利用者への言葉かけや対応について注意をして行っているが、さらに研修を重ね、一人ひとりの人格を尊重し、利用者の思いを理解して、新しい理念のもと支援をしてください。
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	自己決定ができるように声掛け等に配慮している。また、思いや希望を伝えられるような雰囲気を作れるように努めている。		
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	職員都合ではなく、利用者主体の暮らしを提供できるようケアを行っている。また、よりよい支援を提供できるよう職員同士で話し合いを行い情報を共有できるようにしている。		
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	起床時整容の声掛けや手助けをしている。入浴の際の着替えをご自分で用意していただいたり、外出の支度をご自分でできるよう支援している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	テーブル拭きや食器洗い、調理など職員と一緒に食事の準備を行い役割作りをしている。また、リクエストを聞きながら通常の献立ではなく、お楽しみ昼食として好みの献立を聞き、食べられるようにしている。また、外食で好きなものを食べられる機会も得ている。	利用者のできる範囲で職員とともに楽しみながら調理等を行っている。また、利用者が食べたいものを聞き出し、「お楽しみ昼食」として提供している。事務所内の畑で作った野菜をみんなで収穫し、調理する。気分転換に外食も取り入れている。	
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	食事量や水分摂取量を個々に記録し、状態が把握できるようにしている。また、摂取量が少ない方へどうしたらよいか職員で話し合い、対策をしている。		

静岡県(グループホーム イー・ケア中里)

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
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、口腔ケアの声掛けをし、歯磨きをしていただいている。介助が必要な方は職員が口腔ケアを行っている。 また、昨年より訪問歯科を導入し、希望者には定期的に専門者による口腔ケア、治療を行えるようにしている。		
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	排泄チェック表で記録をし、個々の状態や排泄パターン等把握できるようにしている。 個々の状態に合わせ支援方法を変えている。	ほとんどの利用者はリハビリパンツにパットで、そのうち半数は自力でトイレに行き、その他の人達は排泄チェック表を利用して声かけをし誘導している。	
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	水分摂取、体操など促し自然な排便ができるよう心がけている。便秘気味の方へは薬に頼らず牛乳を勧めたりマッサージの提案をしたりしている。		
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	入浴を拒否される場合なぜそうなのか普段の言葉や家族からの情報を集め気持ちよく入浴していただけるよう職員で話し合いながら支援方法を検討している。	利用者のほとんどがお風呂好きであるが、時折拒否することもある。そのような時はどうしてなのか、日頃の様子をみて、家族からも話を聞いて、気持ちよく入浴できるよう支援している。重度の利用者用に、機械浴の設備があり使用している。	
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	個々の生活スタイルを把握し、安心して眠りにつけるよう努めている。		
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	入居者の服薬情報をファイルに綴じ、どのような薬をいつ飲んでいるか確認できるようにしている。		
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	日常生活の中で個々に役割をみつけたり、趣味や大事にしていたもの、楽しみ等家族や本人から聞き提供できるように努めている。		

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
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	散歩や買い物、外出など希望を聞きながら楽しんでいただけるよう支援している。図書館や買い物など個別に外出することもある。	外出や外食で利用者が見せるうれしそうな表情をたくさん見られるよう、日頃から家族とも協力して支援している。生活の中で興味が有ることは何かを見極めるように努めている。	
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	現金の預かりは行っていない。買い物外出の際は、必要なお金を渡し、一緒に会計をすることがある。		
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	家族からの電話をつないだり、電話を希望しているときは電話を掛けられるようにしている。		
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	共用の空間であるリビングは窓が大きく明るく暖かい日差しが入り、心地よく過ごせる環境である。施設ではなく、家を感じられるような雰囲気づくりに努めている。	リビング兼食堂は、日当たりが良く気持ちよく過ごせる。利用者は毎日職員とともにモップがけをし、リビングや居室はきれいになっている。共用場所の壁や天井には職員とともに作った作品や季節を感じる掲示物がたくさんあり色紙やペンなどすぐに使えるよう身近に置かれている。	
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	食堂の椅子という決まった場所だけでなく、ソファに自由に腰かけられたり、一人になれる場所を作ったり、自由な自分の部屋に行けるようにし落ち着いて過ごしていただけるよう努めている。		
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	入居の際、本人の使い慣れた家具、洋服、鞆、仏壇、写真など家族と相談しながらご用意していただき、自分の空間として落ち着いて生活できるよう支援している。	居室入口にはきれいな色ののれんがかけてある部屋もあり、居室内は洋服がかけてあったり、写真や人形が置いてあったり个性的で日常感がでている。必要なものだけ置かれ、すっきりと整っている。	
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	建物内はバリアフリーで廊下やトイレ、浴室等手すりが設置してあり安全で自立した生活が送れるよう支援している。		