

### 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	3390200180		
法人名	医療法人 恵和会		
事業所名	グループホームたじま 1階		
所在地	岡山県倉敷市児島柳田町991-1		
自己評価作成日	H28年3月1日	評価結果市町村受理日	

**【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)】**

母体が医療機関であり指定看護師(正看)により看護管理を行い医師と連携を図りながら健康管理を実施し、敏速な対応できる体制が整っています。  
 周辺が自然に囲まれた小高い丘の上であり、買い物帰り、学校帰りに気軽にトイレを借り立ち寄りもいて地域に密着しており、毎週日曜日に外出日と決め馴染みの場所に出かけたり外食等を支援しています。  
 施設の理念に以外にユニットに理念を作成してそれに基づき職員は入居者様と信頼関係を構築し日々、安心して過ごしていただけるよう努めております。

※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.kaijokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3390200180-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd">www.kaijokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3390200180-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd</a>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**【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 ライフサポート		
所在地	岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO・会館		
訪問調査日	平成28年3月26日		

**【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)】**

長年法人施設の老健「いこいの家」に行ったりリハビリ体操するのが日課ようになっていたが、昨年8月から中止となり、今はホーム独自でリハビリをしている。高齢化や重症化に伴いレベル低下が進みコミュニケーションも取りずらくなってきたが、何とか利用者に活動してもらおうと職員は頑張っている。母体の医療機関の医師が利用者の主治医ということもあり、開設以来数多くの方がこのホームで尊厳死を迎えてきた。医療と看護そして介護が一体となって手厚いケアが安心して受けられ、信頼関係があるから、最期をここでという本人・家族からの希望が多く、その思いに応えようと職員も常にスキルアップを目指している。ターミナル期だった人が元気に食欲も旺盛だという話もある。日曜日は外出支援の日であり、利用者の希望を聞いて個別に或いは少人数で行きたいところへ出かけている。車中は格好のコミュニケーションの場となり、昔話や思い出話を多弁に話す人も多い。利用者に笑顔が増え、元気で楽しく暮らしていく為の取り組みをこれからも続けていって下さい。

**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、活き活きと働いている (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	各ユニットの共有空間に掲示している。職員全員で話し合う機会を設けて実践に繋げるよう支援している。独自の理念を作成し実践している。	5年前に1階「感謝・挨拶・笑顔」、2階「毎日笑顔で過ごして頂く。職員同士持ちつ持たれつ」のそれぞれの理念を作成したが、この2年間で「利用者の笑顔が増えてきた」「職員同士が協力し合えるようになった」等の成果が着実に表れていて、理念が徐々に職員間に浸透している。	
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	随時地域の催し事に参加している。また、月1回将棋のボランティアや老健いこい家で地域のボランティアによる踊りや近くの小学生の交流に参加している。	地域の秋祭りでは「だんじり」が立ち寄ってくれたり、シルバーセンターの夏祭りへの招待を受けて参加し地域の人と交流をしている。小学生が下校時に、近所の人が散歩の途中でホームに立ち寄ってくれることがあり、日々の交流がある。	
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	広報誌を発行して家族、地域の方に配布して理解や支援に努めている。		
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	地域、家族代表、高齢者支援センター、介護保険課、他G. H、主治医、看護師に参加して、日常生活の様子、行事、今後取り組んでいく内容を報告して意見交換を行ないサービス向上に活かしている。	定期的に運営推進会議を開催して、ホームの活動報告や情報交換をし、母体病院の院長、行政、地域等の多彩な参加者と意見交換をしている。「生き生き通信」を見ながらの質疑応答の様子も議事録を見ればよく分かる。	
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	運営推進会議に参加以外にも、必要に応じて指導を受けている	市の指導監査課に書類作成で分からないことがあれば相談し、助言や指導をもらったり、地域包括からは独居等の地域の方の紹介がある。利用者の事で市社協とも連携を取りながら良い関係を築いている。	
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	入居者様にとって何が拘束にあたるか、今行なっている行為は拘束にあたらぬか等常に意識しながら支援に努め、今後状況に応じて主治医、看護師、家族と検討していく。	玄関の施錠はなくオープンにしているが、安全確保の為、1・2階の出入り口には施錠をしている。利用者の状態はユニット間で差があり、2階ユニットは比較的元気な人が多い。身体拘束・スピーチロック等の研修をして、職員間で拘束をしないケアを周知徹底させている。	
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	会議の時に各入居者様について検討するときに虐待に繋がっていないか話し合いの場を作っている。また職員の言葉の暴力についても常に意識して支援している。		

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
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	現在利用している方はいない。 必要に応じて活用できるよう支援する。		
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	契約時一方的にならないように説明して理解、納得していただきサービスを開始している。改定や変更がある時は随時説明して承諾を得ている。		
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	入居者様は日常生活に関わりながら会話や表情から読み取るように、ご家族には手紙や面会時にご意見、要望を言える雰囲気作りに努めている。	毎月「ホームだより」を家族に送付し、職員が状況報告や行事案内等の手紙を書き、利用者の習字作品等の写真を添付する事もある。日頃から面会時に写真を見てもらったり家族から意見・要望を聞くようにしている。	家族へ便りを送付する時に、書ける利用者には本人の言葉を書いてもらったり、難しい場合は職員が代筆する等と一緒に送ると、もらった家族にも喜ばれると思う。
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	日頃からコミュニケーションをとり、職員が言いやすい環境作りに努めている。	毎月ケア会議をして意見交換をし、日々の申し送りノートで情報の共有をしている。職員から水分補給の工夫としてストローを利用する提案があり、即実行した。成功例は職員間で共有してケアに活かしている。	
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	職員の要望や意見を聞き、随時代表者に伝えている。資格取得に向けた支援も積極的に行なっている		
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	研修は多くの職員が参加出来るように心がけている。研修報告は会議で報告し技術の向上に努めている。		
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	研修で他の施設との意見交換や交流を持ち参考にしてサービスの質を向上させている。		

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	家族に情報を聞きながら日々関わりを持つことで馴染みの関係を作り、本人の思いをくみとりその思いに添うような生活を支援している。		
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	入居前、契約日に家族と連携を図り、家族、入居者様の要望に耳を傾け関係づくりに努めている。		
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	入居前に情報収集したり、本人や家族の意見や要望に沿えるようなサービスが提供できるように努めている。		
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	出来ることと出来ないことを見極め、出来ることは役割として行なってもらい感謝の気持ちを言葉にして、普段の生活の中でもお互いに助けあい感謝する関係を築いている。		
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	面会に来られた時近況報告しながら家族の思いくみ取り、家族と過ごす時間を大切にしている。会いたいときは連絡している。		
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	多くの入居者様は地域の方なので、地区の行事に参加したり外出時に馴染みのある地域に出掛けたり、かかりつけの病院で出会う機会がある。	利用者が従妹同士の人、夫婦で1階と2階に入所している人等すでに馴染みの関係の人もある。今日も主人と娘の面会があり、利用者と楽しく会話している場面に出会った。受診先で馴染みの人と出合い話をする事もよくあり、それぞれの関係継続の支援をしている。	
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	入居者様同士の会話ができる方が少ないので職員が間に入り関わりを持つ時間を作り支援している。		

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
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	必要に応じて相談、依頼があれば支援に努める。		
<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	コミュニケーションを図りながら思いを取り入れるようにしている。意思疎通が困難な方は生活歴の把握はもちろんご家族からの要望を聞いたり表情からも汲み取りできる範囲で支援に努めている。	重度化し寝たきりの人もいるので、表情やサインは見逃さず、気づきを大切にしている。機嫌が悪い時は口をとがらず、好きな食べ物は口の開きが良い等、発言はなくても表情や仕草から汲み取るようにしている。入浴時に利用者としてしっかり話をしている。コミュニケーションをとっている。	元気で意思表示できる人も多いため、その人とじっくり向き合い「心からよく話した」と思える事をしっかり聞いてあげて下さい。その人にとっては満足感や意識の高揚につながると思う。
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	ご家族や関係者からの情報や、関わりながらコミュニケーションを図りながら把握に努めている。		
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	入居者様の日常生活、健康状態を把握して職員間で共有認識を持ち記録に残している。		
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	ご家族に意見や要望を聞いて、月1回の会議で意見交換し介護計画を作成して、毎日実施表に記録して職員間で共有している。	アセスメント・モニタリング・プランに至るプロセスがよく分かり、職員間で話し合いながらプランを作成している。ケアプラン実施表で毎日3項目程度プランに対しての評価をしており、次回のプランにつなげている。	
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	個人別に1日の暮らしの様子を記録している。他に医療ノート、連絡ノートで情報共有、意見交換をして介護計画を見直している。		
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	ご家族、医師、看護師等の他職種と連携しながら対応に努めている。		

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
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	系列の老人保健施設での行事に参加している。小学校の通学路で自然な流れで協働している。		
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	全入居者様は本人や家族の希望するかかりつけ医は系列の病院で、通院は職員が対応している。状態に応じて往診してくれるが、他病院を受診するときは家族に付き添ってもらい情報提供を行っている。	母体病院の院長が利用者の主治医であり、定期的な往診もある。今日も午前中に主治医の往診があった。職員に看護師を配置しており、週6日健康管理をしている。主治医は緊急時や特変があればいつでも対応してくれるので安心できる。訪問歯科も利用している。	
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	月～土に指定看護師に健康管理や体調の状態を報告して早期発見に努め適切な医療に繋げている。		
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。	入所時に本人、家族の意向を聞いて系列の医療機関と連携を図り、他の医療機関は主治医の指示のもと関係づくりを行っている。		
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	入所時に家族、本人に意向を聞いて系列の医療機関と連携を図っている。また状態に応じて最終的な意向を確認して主治医と連携を図り希望に添えるように努めている。	開設以来10数名の看取りをしている。最近までターミナル期の人がいて2週間前に1名見送ったところであり、この2年間に3名の看取りを行った。現在も寝たきりの人を2名、事務室の近くの和室で対応している。今後も本人・家族の希望があれば、出来る限り最期まで支援していこうと取り組んでいる。	ケアプラン実施表にターミナルケアの毎日の支援・本人の様子や対応・コミュニケーションの内容等の記録がある。ターミナルの様子をもっと詳細に記録し、他の職員も共有しやすい様にと、今後のケアに役立つと思える。
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	緊急マニュアルは事務所に掲示して意識確認を行っている。必要に応じて医師、看護師に相談、指導してもらい知識を身につけている。		
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	年2回、地域の方、ご家族、主治医、看護師が参加して、消防署職員の指導のもと避難訓練、消火訓練を行い、敏速かつ確実に誘導出来るよう訓練を行っている。また職員は建物のどこから火災が発生しても対応出来るように訓練して意識の向上に努めている。	消防署の立ち会いの下、避難訓練を実施した時、消防署員よりエレベーターを使ってする訓練を取り入れてみたらとの助言があった。2階から非常階段や室内の階段を降りる訓練をして利用者も一緒に避難したが、介助が必要な人には参加者から応援があった。	

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
<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	入居者様、一人ひとりの性格や日常生活を把握し自尊心を尊重しながら個々に合った対応を心掛けている。	トイレの声かけは「ちょっと行きましょう」「いい所に行きましょう」等とプライバシーや羞恥心に配慮している。何か手伝ってもらったりすると「お疲れ様」「ありがとう」等の感謝の言葉がけをして信頼関係を作るようにしている。	
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	日常会話やしぐさから見出すように心掛けている。意思表示が出来ない方は家族からの情報や表情からくみ取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	必要に応じて業務優先になることもあるが出来るかぎり本人ペースで暮らしてもらえるように努めている。		
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	本人のこだわっているスタイルを把握し、職員は見守り支援が必要な時は手伝い、時折お化粧品してその人らしくおしゃれが出来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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節の食材を取り入れたり、個人の希望を取り入れたりした家庭料理を基本としている。外食・喫茶にも出かけている。入居者様にはテーブル拭きやお盆拭きをしてもらっている。	誕生日には利用者の希望の食事を提供しており、今月は「にぎり寿司」来月は外食の予定だそう。冷蔵庫の中を見て旬の野菜を取り入れており、テーブルでは利用者が土筆の袴とりをしていた。夕食の一品になるらしい。今日の昼食にも菜の花の和え物が出た。皆、食事を楽しみにしている。	
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	個別に歯の状態を把握し嚥下、咀嚼能力に応じて調理や形態を工夫している。		
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	入居者様の状態に合わせて行っている。口腔内の観察も行なう。		

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	排泄パターンを把握し、声かけ、誘導を行い出来る限りトイレで排泄出来るよう支援している。	男性利用者も立位が難しい人はトイレ座位での排泄を基本としている。1・2階合わせて布パンツの人が5名いる。以前車椅子だった人が歩行者になりつつあり、排泄も改善してきた。各居室にトイレがあり、職員は夜間2時間おきに巡回し見守りしている。	
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	排泄表を確認しながら、食物繊維や乳製品を提供したり、軽い運動、水分補給で対応している。また、主治医の指示のもと緩下剤で排便コントロールを行ない便秘予防に取り組んでいる。		
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	入浴時間は決まっているがゆっくり本人ペースで、湯の温度、入浴剤を入れて気配りしている。	日曜日以外の週3回を基本としているが、その日の体調や気分により柔軟に対応している。1階の浴槽内には昇降機が取り付けられている。浴槽に入る人、シャワー浴、足浴の人、その人の状態によって支援している。入浴拒否がある人には「温泉に来たよ」等と声かけをする等、いろいろな工夫をしている。	
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	生活習慣や体力、体調に合わせて休息が取れるように支援している。また昼夜逆転しないように生活のリズム整うよう支援している。		
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	主治医の指示の下、薬剤情報提供書を確認し理解を深め、変更がある時は医療ノートに記入して共有している。状態変化を観察して異常の早期発見に努めている。		
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	出来ることと出来ないことを見極めながら家事作業が負担にならないように行ない感謝の気持ちを伝えている。散歩、ドライブに出掛け気分転換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	日常会話から本人の希望を把握して日曜日に外出日と決めている。それ以外に外食に出掛けたり、庭を散歩して気分転換をしている。家族と出掛ける方もいる。	日曜日は外出日であり「地域交流簿」に行き先や利用者の様子、発言等が記録されている。個別の外出支援は利用者もとても楽しみにしている。ホーム全員参加で行った「むかし下津井廻船問屋」へのドライブや紅葉狩り、児島へお雛様見学にも行っている。天気の良い日は戸外へ散歩に行き気分転換をしている。	



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
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	基本的には小遣いとして事務所で預かる。欲しいもの、生活必需品を購入して小遣い長を作り家族に報告する。		
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	随時、要望があれば支援しているが、家族の要望により電話のかけられない方は職員が変わりに電話を掛けて本人の意向を伝えている。		
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	毎月の行事や季節感を取り入れた飾りや花を活け空間作りに心掛けている。	リビングは見晴らしが良く、遠く鷲羽山の観覧車も見え、2階のリビングから花火も良く見えると聞いた。習字作品やイベントの写真が展示しており、テーブルでは「知恵の輪」に取り組んでいる利用者もいる。午前は体操、午後からはカラオケをして皆で楽しんでた。	
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	自室で過ごしたりホールでテレビを観たり自由に過ごせるように支援している。席は決まっているが予備の椅子、ソファなど希望する席で過ごせる工夫をしている。		
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	安全に過ごせるようにベッドの位置や家具の配置に工夫している。自宅で使用していた家具等持ち込まれている方もいる。	夫婦部屋はないが1・2階上下で同じ間取りになっていて、夫婦で1階・2階に住んでいる人はお互いに交流がある。冷蔵庫を持ち込んでいる人や家族の写真をいっぱい飾っている人もいれば、部屋は寝るだけとシンプルな居室もある。	
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	居室入口には表札を掛けわかりやすくしている。また、共有空間は安全のため物の配置に配慮している。		