

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	0990900011		
法人名	株式会社 ファミリーホーム なか		
事業所名	グループホーム きぬの里		
所在地	真岡市中313-3		
自己評価作成日	平成30年10月10日	評価結果市町村受理日	平成31年1月25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	www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?0
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)
訪問調査日	平成30年11月16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)】

認知症になっても地域の中で家族とのつながりを大切に今までの生活が継続できるよう支援しています。毎月の外出の企画をたてて外食や花見散策などに出かけています。地域の行事や運動会などへも参加しています。職員全てが寄り添いながら個々に合った支援を心がけています。

【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)】

- ・自治会の区長との連携が密であり、地域の公民館で行われる自治会行事のミニデイや敬老会、クリスマス会へ参加し交流が行われている。ここでは、入所前の馴染みの関係性の継続が図られる機会となっている。また近隣の小・中学校との交流も継続して実施され、利用者が地域とのつながりを持つ機会が確保されている。
- ・利用者全員が、従来からのかかりつけ医に受診しており、定期的な受診は家族が対応している。受診の際に買い物や外食などの機会も確保されている。かかりつけ医からの指示内容の確認や、家族が受診対応できない場合は事業所へ対応し、かかりつけ医・家族との連携を図っている。
- ・職員間の情報共有や連携で入所した方の意欲向上が図られ、トイレに自ら行くようになり、夜間失禁していた方が、トイレ誘導により失禁なしにまで改善することができるなどの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の拡がりや深まりがあり、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

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	玄関に理念を掲げて地域の中で家族とのつながりを大切に今までの生活に近い生活ができるように支援している。	職員全員が理念を理解しており、普段の業務にも意識して取り組んでいる。個別のニーズを、現場で都度話し合い内容を把握し、家族や地域とのつながりを大切にして支援に取り組んでいる。	
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	地域のミニデイや季節の行事に参加したり近隣の小、中学生の訪問、ボランティアの方々の協力で毎月の訪問がある。	自治会の区長との連携が密であり、地域の公民館で行われる自治会の行事であるミニデイや敬老会への参加等の交流がある。また近隣の小・中学生の訪問が継続して実施されている。	
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	小学生の訪問や、中学生の職場体験、高校生の実習の受け入れにより認知症の人の理解や支援方法に活かしている。		
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	2ヶ月に1度開催し運営管理、入居者の処遇状況、主な行事、ボランティアの実施状況などを報告し、家族代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員が参加し意見を頂きサービス向上に生かしている。	事業所からの報告や、参加者との意見交換は十分になされている。しかし利用者の会議への参加や消防訓練に関すること、関係先との連携に関して課題があるとの認識がある。	会議には利用者の参加を促すとともに、話題に応じて関係する方の参加要請や、事業所のイベントの日時に合わせて会議を開催することを期待します。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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して頂き課題や現在の状況を把握した上で助言して頂いている。	市の担当課から、法改正に関する内容等のメールが届くので、問い合わせや確認をしている。また、市が開催する「いちご一会」(研修会)に参加している。更に、書類等の提出は、市へ直接出向き協力関係の構築と継続を図っている。	
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	3ヶ月に1度拘束委員会を開催し状況説明と勉強会を開催している。身体拘束についての理解を深め、知識を共有し入居者が抱えている不安や混乱の要因を模索しながら拘束ゼロのケアを実践している。	玄関の施錠をしていなかったことで、一人で外出してしまうトラブルがあったが、理念に基づき利用者に寄り添うことで、現在は落ち着き、身体拘束をしないケアの実践を継続している。	
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等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	日頃から声掛けや言葉遣いには職員間でお互いに注意しあえる関係を作り穏やかで笑顔のコミュニケーションが持てている。勉強会のおいても虐待防止の正しい知識を職員全員に周知し虐待のないケアに取り組んでいる。		

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	関係機関(社会福祉協議会等)からの資料を閲覧したり必要時には関係者と連携を取りながら活用できるように支援している。		
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	契約説明時にはグループホームの趣旨を理解していただけるよう努めている。また、随時家族からの問い合わせに対応している。		
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	重要事項説明書にホームの苦情受付窓口や外部の苦情受付機関を明記するほか家族が来所した時にはあいさつに伺い意見や要望の確認に努めている。また、玄関に意見箱を置き意見や要望を伝えられる環境づくりに取り組んでいる。	意見箱を設置しているが投函されることがないため、直接利用者や家族が来所する際に聞いて意見を引き出すようにしている。	
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	月1度のミーティング、毎朝の申し送り時には職員からの意見や提案等確認している。またその都度職員からの意見を基に気づきやアイデア等に取り組んでいる。それぞれの職員が意見を提案しやすい環境づくりに心がけている。	職員からの提案事項は、「まずやってみましょう」の精神で実現できるよう取り組んでいる。ミーティングに参加できない職員のために、意見等を書き込めるミーティングノートを作成し、リーダーや施設長が目を通すようにしている。	
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	代表者は管理者や職員と話し合う機会を持ち職員個々が施設内の状況を把握し各自が向上心を持ち働けるような		
13		○職員を育てる取組み 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	月1回の勉強会を開きケアの向上に取り組んでいる。限られた時間の中で外部研修に参加しているが今後さらに個々のレベル向上のためにも定期的な外部研修や認知症実践者研修に参加できるよう努めている。		
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組みをしている	県のグループホーム協議会に加入している。各研修に参加した職員は研修先で同業者と交流を持つ機会がある。また、地域の同業者と情報交換や交流なども検討できる様努めている。		

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	
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 サービスの利用を開始する段階で、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	本人と家族と面談したりホームの見学をしていただき直接話を聞いて要望の確認をしながら関係作りに努めている。入居後も情報収集を行い職員が周知することで本人が安心して過ごせるよう努めている。			
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	不安に思っていることや何か困っていることがあるか面接のときに話ができる環境作りを大切に信頼関係を築けるよう努力している。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	聞き取りや情報をもとに何を必要としているかを見極め個別に支援が進められ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	これまでの背景を考慮し、経験(家事、畑仕事、裁縫等)や特技が活かせるような働きかけを行っている。本人が活かせるような環境づくりを目指し誰もが主役になれるような場面づくりを行っている。			
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	定期的にご家族と連絡をとり日常の様子や健康状態を報告している。また、広報誌やお便りから施設での生活を見ていただき共に支えていく関係を築いている。			
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	家族に2か月に1度、日々の様子を写真を添えてお便りにして送っている。自由に面会や外出の機会を持てるように心がけており関係維持に努めている。	受診の際に、買い物や美容室へ出かけている。家族が近所にいる方は、家族と一緒に外食へ行くこともある。自治会行事のミニデイへの参加で、友人との再会を楽しんだり、隣設の小規模多機能型居宅事業所から移動してきた方は同事業所とのレクリエーションなどで知人との関わりを楽しんでいる。		
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	おやつ作り、レクリエーション、行事などを通してそれぞれの役割を協働できるように支援している。利用者同士の関係が円滑に保てるよう個々の性格などに配慮しよいかかわりが持てるよう座席の配置など考慮している。			

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	居宅介護支援事業所等関係機関へ情報提供を行ったり必要に応じて本人、家族への相談支援に努めている。			
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)	○思いやりや意向の把握 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	職員全員が利用者の情報を共有し思いや意向の把握ができるように努め本人の意向にできるだけ添うようにしている。	家族及び、担当職員やケアマネジャーの情報から思いや意向の把握をしている。また、直接のかかわりの中で、本人の発言や行動から得るようにしている。月1回のミーティングで、統一した対応方法を決め、本人本位の対応に努めている。		
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	それぞれの生活歴や馴染みの暮らし方等を会話の中などから理解しそれを積み重ねていき本人の暮らし方の把握に努めている。			
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	一人ひとりがどのような事ができるか職員同士共有し一日の暮らしの中で持てる力が絶えないよう日々変化する現状を把握していけるよう努めている。			
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	家族や職員から現状について情報を収集し本人の課題、必要なケアについて話し合い介護計画作成に生かしている。	計画作成の際は、家族や職員からの情報とともに、排せつチェックシートや内服状況、日常生活動作や認知症症状等の変化の記録からケアマネジャーは状況を把握している。ミーティングを通して担当者へ確認をしている。必要に応じて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	個別の記録はもちろんその日の本人の状態の変化など共有理解が必要なことについては連絡帳などで情報が共有できるようにしている。			
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	本人の状況変化に応じてその時々ニーズに対応できるスタッフ、家族と話し合う時間を作って必要なサービスを提供できるようにしている。			

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
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	地域の方々の招きで地域のミニデイに参加されたり地域のボランティア訪問があり馴染みとなり楽しみにしている。		
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	本人のかかりつけ医の受診がスムーズにできる様受診の希望の把握に努めている。緊急時は協力機関への連絡など本人や家族の意向を聞き適切な医療が受けられるよう支援している。	利用者全員が、従来のかかりつけ医で受診をし、定期的な受診は家族が対応している。連絡表によるかかりつけ医からの指示内容の確認や、家族が受診対応できない場合は事業所対応し、かかりつけ医・家族との連携をはかっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	ホームには看護師の配置がない為、併設である小規模多機能の看護師に相談できる体制作りを行っている。家族への情報も看護師から伝えることもある。		
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、また、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。また、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と連携し情報共有したり情報交換しながら安心して治療できるようなかかわりを持っている。また、退院後サービスが円滑に再開できるよう努めている。		
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、事業所の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	家族の意向や事業所のできる対応を検討終末期に向けて支援について話し合っただけ要望に応えられるように取り組んでいる。	現時点では、事業所の対応に限界がある。現在重度化・終末期の対応は、救急搬送で医療機関へ引き継いでいる。将来的には本人や家族、かかりつけ医と話し合ったうえで、対応方法を探り要望に応えられるように取り組む姿勢がある。	
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	勉強会の実施マニュアル作成により、すべての職員が対応できるように努力している。		
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	年2回の避難訓練には消防署や近隣の方々の協力を頂き指導やアドバイスを頂いている。検討事項を職員間で共有している。また、災害時に備え備蓄食料も少量確保している。	訓練に際し、自治会区長及び民生委員の参加協力を得ている。また隣設の小規模多機能型居宅事業所と協力関係にある。避難訓練は訓練マニュアルに添って実施し、消防署から指導や助言を受けている。	消防署から助言を受けながら実施しているが、職員が一人となる夜間時でも、安心して連絡や避難行動が出来るようにフローチャートや行動基準となる書類等の整備を期待します。

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
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	入浴や排泄時の対応はもちろんのこと普段からの対応や言葉遣いにも気を配り支援するように心がけている。	失禁時尿取りパッドを交換する際に、周囲に気づかれないうように準備する等の配慮がある。トイレの扉の開閉は、必ず本人に声をかけて許可をいただいてから行っている。更に、不快な言葉遣いをなくすように職員間で指摘し合っている。	
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	共に過ごす時間を大切にしている。その中から思いが伝わってくることが多い。そこから自己決定等につなげているため一人ひとりに沿った流れで支援するようにしている。		
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、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	一人ひとりの状態を考慮し本人の今までの日課など生活の違いを考え希望に沿う一日過ごせるようにしている。		
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	本人の好きな化粧品などを持参していただいたり好きな服を着ていただくなど本人や家族と相談しながら支援している。		
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	季節に応じた食事やおやつを提供。月1回は食事やお茶などに行くため外出したりしている。食事の準備や片付けの手伝いをできる人に声掛けて一緒に行っている。	利用者は、調理の下ごしらえで食材を切ったり、配膳の準備や片づけを手伝っている。役割を持つことで食事を楽しめるようにしている。また食の好みを把握したり、栽培し収穫した野菜や果物を提供して、味わいながら楽しめるようにしている。とろみ使用が改善され普通食となった利用者もいる。	
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	栄養計画された献立が決まった食材業者を利用し栄養バランスを確保している。馴染みの食器を使用するなど工夫している。食事量や水分量を記録し全職員。一人ひとりの状態を把握し一日のカロリー内と努めている摂取や水分不足にならないように気を配る		
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	食後、本人の状態に応じた口腔ケアを行っている。口腔内のじょうたい訪問歯科を利用している方もおりアドバイスを受けている。		

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
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向けた支援を行っている	一人ひとり、自尊心を大切に必要に応じて声掛け誘導を行いトイレでの排泄を行っている。職員間で排泄チェック表を用い、データ、日常の観察を通して排泄リズムを把握しトイレでの排泄、自立支援に努めている。	入居後の支援で意欲向上が図られ、オムツ等の利用者が自らトイレに行くようになった例もある。また、夜間失禁していた方の対応を、職員間の情報共有と連携により、排泄リズムに沿ったトイレ誘導により失禁なしに改善することができた。	
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	排便が2～3日ない場合は水分を多めにとって頂いたりヤクルト、ブルーン、オリゴ糖入りの牛乳やお茶を飲んでいただいている。リハビリ体操やゲーム、散歩など適度な運動を取り入れ自己排便を促せるよう努めている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	その日の体調や入浴の希望を確認し本人の意向に添う。無理強いすることなく声掛けや誘導を行いその方のペースに合わせて入浴を楽しませよう支援している。	職員と一緒に入浴の準備をした着替えを、利用者自ら浴室へ持って行くことで、入浴の意識を持ってもらうように取り組んでいる。お風呂に入ったことを忘れてしまう方には、カレンダーに入浴の印をつけて確認ができるようにしている	
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	居室には好きな時に休めるようにベッドメイキングしてあり清潔を心掛けている。夜間の不穏時には飲み物の提供や傾聴し安眠できる様支援している。一人ひとりの生活習慣を把握しストレスのない安心した休息が持てるよう支援している。		
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	薬が変わった際は理解できるよう薬の説明書をファイルに挟み全職員で共有し理解に努めている。又、軟膏などでの変化など確認できるよう症状の状態をノートに記入し医療関係者に情報提供することで治療や服薬要請に努めている。		
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	塗り絵など一人で行うことが好きな方、皆と運動やボールでのレクリエーションが好きな方、清掃の好きな方には職員と一緒に掃除をしていただき、農業をやっていた方には草むしり等声掛けを行っている。		
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	月に1回外出レクなどを企画しているが体調などですべての方が出来ている状況ではない。地域のミニデイ参加やボランティアの方に来ていただいて楽しませている。家族との外出も時々されている方もいます。	敷地内での散歩や、野菜・果物の収穫や草とりの手伝いなどでの出入りは、職員見守りのもと自由にできるようにしている。定期的な通院時には、病院以外に買い物や外食をしている。自治会行事であるミニデイへの参加は利用者の楽しみになっている。	

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	金銭管理の困難な方が多い為、ホームで小遣いを預かっている。外出時の買い物や散髪などの費用などの支払いができる様付き添い支援を行っている。		
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	家族からの電話の取次ぎや希望時には本人がかけることもあり関係が継続できるよう支援している。手紙に関しては個人に届くが返事は出すことが出来ない。		
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	不快な臭い等しないように常に環境整備に心がけている。温度管理や換気、湿度などにも気を配り快適に過ごせるよう支援している。床暖房が敷設されており穏やかな温もりが保たれている。	トイレ使用後すぐに換気をする事で臭いがこもらないようにしている。共有空間は、職員が常に片付け整理するようにしており過ごしやすい。季節ごとの飾りつけを利用者と一緒に作成し、季節感を味わえるようにしている。清掃は、利用者も一緒に手伝い協力合っている。	
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	テーブルやソファ、デッキ、庭の椅子等思い思いの場所で気の合った方々と会話を楽しんだり新聞を読んだりしている。		
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	本人の馴染みのタンスや布団、写真などのほかテレビや仏壇等個々にあった生活空間づくりをしている。	フローリングと畳の両方があり、ベッドか布団かを選択している。畳の上でこたつで過ごすこともできている。収納場所はあるが、個人のタンスを持ち込み使用している利用者も多い。清掃は、利用者と一緒にやっている。	
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」や「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	個々に合わせて何が出来る何を支援すればいいのか、もう一息でできることなのかを見極めて自立した生活ができるよう工夫している。部屋の名前やトイレの場所等、身体機能の変化にも配慮している。		