

### 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	3370301024		
法人名	有限会社 本陣会		
事業所名	グループホーム本陣		
所在地	岡山県小田郡矢掛町矢掛2557		
自己評価作成日	平成 24 年 3 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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=3372800221-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd">http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=3372800221-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 24年 12月 12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)】

利用者様が心地よく過ごして頂けるようにという思いでお手伝いさせていただいています。利用者様にとって家族以上に家族であるよう心がけ、日々の生活を大切に暮らしています。
--

【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)】

矢掛町の歴史を感じる街並みの中に立地し、事業所前には小川、柳の葉が風に揺られ、少し懐かしい雰囲気の見聞があり、通りの雰囲気作りの一端を担っている。玄関を入ると横に利用者の作品、目の前にソファ、大きな窓の向こうに広いウッドデッキが見え、開放感を感じる。室内は木材が多く使われ、古民家のような居心地がよい。また、それぞれの部屋に空気清浄機も配置されるなど感染症対策にも力を入れている。 利用者が皆さんお元気で笑顔があふれており、こちらからの問いかけにも反応が早い。中には自慢のちぎり絵を部屋中に貼りめぐらしており、美術館のようなお部屋になっている方もおられた。評価員に折り紙を教えようと準備して下さっており、一生懸命に教えてくれたのが印象的だった。職員同士で足りない所はお互いに補いあっており、チームワークのよさを感じた。食事はできるだけ地産地消、旬のものを食べて頂くことにこだわり、美味しい食事の提供を心がけている。運営推進会議には地域の方の参加があり、皆さん事業所に関心を持ってくださっているため、意見交換や情報交換が活発にでき、運営に活かしている。
--

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	毎月のケアミーティングにおいて、理念の読み合わせを行い、認識を新たにする。常に初心をわすれることのないよう切磋琢磨している。	理念は開所時に職員皆で考え、作成している。事務所に掲示し、毎月のミーティングで声を合わせて読み合わせ、確認しあっている。また、入社面接の際『お年寄りが好きですか?』と尋ねるようにしている。お年寄りが好きという基盤があり、利用者が自分らしく生活できるよう寄り添い支援ができると考えている。	
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	個々での交流は困難であり、出来ていない。ただし、役場主導にて他施設との交流や集団指導を計画している為参加している。	玄関前の掲示板に利用者の作品やお知らせを掲示することで、地域への情報発信を行っている。地元の学生の夏ボランティアを受け入れており、今後も継続していく予定である。まら、地域の消防団や介護をしている家族に対して、他のグループホームと協力し、認知症の勉強会など開催したこともある。	
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	まだまだ十分ではないが、身近な所から参加している。例えば、一斉清掃での溝掃除など		
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か月に1回会議を行っている。民生委員、役場職員、ご家族、当職員の参加により開催している。内容については、行事の参加・報告、認知症の勉強会、日常生活の様子、家族会立ちあげなど。	民生委員、行政職員、家族、職員、社長等が参加し、2ヶ月に1回開催している。事業所として出来る限り包み隠さず現状を報告し、意見交換できるよう努めている。屋にもうがいをしてもらたどうか、もっとボランティアを受け入れてはどうかなど具体的な意見や提案を参加者からいただき、話し合いのもと反映している。	
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取り組んでいる	運営推進会議への参加はもちろん、情報提供やお願いなど積極的に働きかけをしている。そして、対応も丁寧である。逆に、こちらへの要望を出して欲しい。	介護保険課担当者、地域包括支援センター職員は運営推進会議を中心に情報交換など連携を図っている。分からない事があれば必ず連絡し、その都度確認をしている。	

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
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「介護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	玄関の鍵・つなぎの服、と拘束をしている。しかし、毎月のミーティングにおいて身体拘束廃止委員会を設置し、廃止に向けての取り組みを行っている。玄関の鍵においては時間帯で解放を行う	常に利用者さんの立場を考え、課題があるときはその都度ミーティングを開いている。玄関の施錠は家族の希望により行っているが、職員の多い時間帯は開錠するなど施錠時間を少なくする努力をしている。やむを得ず身体拘束を行う場合は家族に了承を得、定期的にモニタリングを行っている。	
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	決してあってはいけない事です。が、知らず知らずの内に口調がきつくなったり、大きな声になりがちです。ミーティングでの指導や勉強会など行う。		
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3名の方が利用。精神衛生士による研修会を行ったことがある。		
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	読み合わせを行い、説明し理解を図っている。ただし、入居の時だけでは困難な為、その後も必要時は説明を行う。		
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	十分ではないと思うが、家族会の立ち上げに伴い、今後は活発に意見交流が行えるよう期待する。	面会や利用料の支払いの際、利用者の状況を報告し、意見や要望を聞いている。家族よりもっと散歩など外へ出る機会を増やしてほしいという希望があり、できるだけ時間を増やすよう努めるなど、できることは話し合い、行っている。家族会もあり、窓拭きや掃除など協力してくれている。	これから家族会の活動を増やしていきたいとお聞きしました。家族同士で話をする機会や会議などで意見や提案ができる機会、また事業所や地域の行事等への参加、協力など、より自由に積極的な活動ができるよう働きかけをして頂くことを期待します。
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	毎月のケアミーティングはもちろん普段から職員同士の意見交流は行い、福利厚生に活かしている。	日頃から介護のこと、私的なことを含め、本音で話してもらえる関係作りを心がけている。管理者が母となり、色々なことを受け止め、職員の成長を見守り、それぞれの得意分野を活かしている。	

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
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	独身者、子育て最中、介護者を抱える家庭と個々の家庭環境に出来るだけ合わせ、働きやすい環境を考えている。		
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	ケアミーティングでの勉強会は資料を提示して行っているが、外部への研修会へは数回のみで留まっている。時間の確保が課題である。		
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	交流は出来ていない。機会があれば、受け入れはしていきたい。		
<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	早期に暫定プランを立て、まずは、優しくすべてを受け入れるよう寄り添っている。		
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	初回面接シートを活用し、情報の提供と問題解決に向けての支援を行う。		
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	情報提供から考えられる問題に対して、本人はもちろん家族にとっても最善であるよう支援を行う。例えば、経済的問題、人力的問題など。		
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	理念に掲げているように『優しく寄り添い、共に暮らす。』このことは常に意識している。		

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
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	利用者同様、訴えに対しては耳を傾け、行動に移し、結果を報告出来るようこころ掛けている。		
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	家族はもちろん近所の方や親せきの方など面会は自由に出来るようにしている。又、家族以外の面会者については、家族への報告を行っている。	通院のついでに自宅付近をドライブしたり、本人にとって親しみのある地域の集まりに参加することもある。年賀状や手紙などのやり取りが出来るよう支援しているが、重度化により徐々に少なくなっている。年4回、利用者の様子を手紙でお知らせし、家族との距離が近くなるよう努めている。	
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	相性の問題もあり、トラブルも発生するが、個々の性格や機能を考慮し、席の配置なども行う。場合によっては、筆談による援助も行う。		
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	すべての利用者ではないが、電話やメール・はがきでの連絡を行う。		
<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	ケアプランでの立案は出来ているが、実施出来ていない事が多い。原因の一つにプランの徹底が出来ていないことが挙げられる。	日常生活での表情やしぐさなどから気持ちや思いをくみ取ったり、家族からの情報を聞く中でひろいあげたりすることで把握に努めている。重度化に伴い、本人から希望や意向を訴える事が少なくなっている。	10年目を迎え、利用者の高齢化、重度化に伴い、今まで出来ていたことが出来なくなっている傾向がある。調理は出来なくても味見はできるなど、利用者一人ひとりの「出来る事」を再度話し合って頂きたい。出来る事が増えることで本人の役割が増え、生活にはりが出て、より笑顔が増えることを期待します。
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	初回面談シートでの情報収集とホームでの生活の会話の中から情報収集を行うようにしている。		

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
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	介護記録への記入。生活状況、食事量、内服状態、排泄状態、水分摂取状況、入浴状況、面会者、受診、など日々の状況を記録に残している。		
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	初回は暫定プランを立て、早期にケアプランの立案を行う。スタッフが介護支援専門員の指導を受けながら立案を行う。その際、本人の意向についてはお尋ねするようにしている。	担当職員を中心に、毎月のケアミーティングにて職員が意見を出し合い、プラン作成を行っている。主治医にも健康管理や水分補給など意見を伺い、反映している。ケアプラン作成時、利用者がその人らしく自立した生活ができるよう、職員は黒子となり必要以上の介助をしない、そのためにも必要な介助を見極めるよう努めている。	
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	ケアミーティングでプランの読み合わせを行い、実施可能か、効果の是非についてモニタリングを行う。		
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	ひとりひとりに応じた対応に心かけているが、サービスの多機能化についてはまだまだ勉強不足にて状況の理解すら困難である。		
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	利用者が地域の中へというのは困難であるが、ボランティアの受け入れであるとか、学童保育等の施設提供の参加など夢は大きく抱いている。		
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	今までのかかりつけ医への受診の継続。定期的な受診の介助を行う。	利用者や家族が希望するかかりつけ医への受診を支援している。受診時には看護師が同行し、医師に日頃の情報を伝えている。本人が体調不良の際は往診もお願いできる。協力医療機関は夜間、時間外にも連絡、相談ができ、適切な対応をしている。また、関わっている医師がみんな協力的で、相談しやすい関係が出来ている。	

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
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	毎日のバイタルサインのチェックを行い、異常の早期発見に努める。また、定期的に主治医への状態の報告や、訴えのある時は受診介助の対応を行う。		
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。	かかりつけ医での入院を基本とするが、入院施設のない病院では、紹介状の作成をお願いし、他病院での入院もスムーズに行えるよう援助を行う。同時に家族への報告連絡は速やかに行う。		
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	なるべく入所時にターミナルへの要望、希望はお尋ねしているが、状況によっては、生活の中で徐徐に行っている。ターミナルについては、独自の承諾書を作成している。	今の所、事業所で最期まで看取ったことはないが、入院して1、2日後に亡くなった方はおられるなど、出来る限り支援を行っている。入居時に家族に希望を聞き、段階に応じて医師や家族と話し合い、方針を確認している。ターミナルケアについて勉強会を行い、職員に対応方法や心構えなど伝えている。	看取り支援を行うに当たり、事業所の体制作りや医師の協力体制、家族の協力などいくつものハードルがあります。利用者の家族は少なからず終末期に対する不安感はあると思います。社長や管理者、看護師を中心に改めて看取り支援について話し合ってもらい、事業所としての答えを導きだし、家族に提示し、お話しして頂くことを期待します。
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	マニュアルの作成し、目に触れるところへの貼りだしをしている。連絡用の電話の下には、利用者の生年月日、既往症、かかりつけ医、家族の連絡先を一覧表にしている。救急蘇生の講習会も先日行う。		
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	マニュアルの作成と年2回の避難訓練を行っている。又、災害時の救急物資については徐々に確保している。飲料水、紙おしめ、毛布など。地域の方へは推進会議でのお願いをしている。	避難訓練の実施に加えて、防災グッズやトイレの水の確保、生活用品の備蓄をし、椅子の後ろに防災頭巾の取り付けも行うなど防災意識が高い。運営推進会議を通し、民生委員や地域の方にお知らせしている。緊急時には近隣に住んでいる職員やオーナーへの協力要請など体制作りを行っている。	

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
<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	言葉や声のトーンについてはかなりの配慮をしている。ただし、信頼関係が出来てくると堅苦しい言葉かけより、フレンドリーな言葉を使うことでより親近感を求める事がある。	トイレ誘導などの声かけはトーンを下げて行っている。個々の呼び方は利用者が家で呼ばれていた呼び名や本人が希望する呼び名で行っている。職員への指導は一人ひとりではなく、ミーティング等で全体に向けて行い、少しずつみんなでスキルアップできるよう努めている。	
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	日常生活の中では、『…はどうされますか？』『…させてもらってよろしいでしょうか？』という声掛けには心かけている。		
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	ある程度は可能であるが、共同生活にて困難もあり。何故あの人ばかり…？という事も出てくる。		
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	出張美容師のお願いをしている。個人的には家族への協力もおねがいがいる。衣服については、なるべくお好みのふくを準備する。		
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	ランチョマットの使用。陶器の食器の使用。時々食べたいメニューをお尋ねしている。配膳や食器洗いなどは一緒に行くが、食事作りについては一緒におこなっておらず。	専門の職員を配置し、3食手作りで温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供できるよう努めている。地産地消、旬の食材を活用している。月1回、クッキングセラピーを行い、サンドイッチやからし漬けなど利用者が食べたいものを一緒に作る機会を設けている。行事の時には祭り寿司や赤飯、ケーキ等も手作りし、喜ばれている。季節によってはつくしのはかまどりや干し柿など一緒に行っている。	
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	栄養カロリーまでは計算していないが、個々での摂取量、食事形態をあわせている。又、その日の体調に合わせて臨機応変に対応できるよう配慮している。		



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
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	食後の歯磨きや衛生水でのうがいなど声掛けや介助をしている。又、週に1回のポリデントを施行		
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	歩行状態によりパンツ式かテープ式か。尿量にあわせてのパットや皮膚の状態に合わせてのパット、その上経済的負担の最も少ない物を選択している。	ひとり一人の排泄パターンに合わせ、トイレへ誘導している。利用者の身体状況、経済状況など勘案し、昼夜の紙パンツ、パットの使用方法や種類をミーティングにて検討している。夜間は特に時間を見ながら、声をかけ、トイレ誘導するよう心掛けている。	
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	まず第一に食生活から！次に内服援助の方法を考える。内服中でも水分摂取や軽い運動の声掛け介助を行う。		
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	最初からこの日という選択は出来ない。しかし、体調や状況を見ながら、気持ちよく入浴出来るよう援助している。	基本的に週2回、入浴支援を行っている。1人ずつ、ゆっくり時間をかけて本人が満足できるよう配慮している。寒い時期にはいったん体を温めてから洗身したり、歌を歌いながら入浴したり、本人が気持ちよく入浴できる支援を行っている。	
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	就寝準備の際には環境整備に努めるようにしている。室温や照明、衣服など。又 夜間休めない場合は日中休むよう介助する。		
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	少々勉強不足という声もあり。薬の指示票をファイルにまとめ、作用副作用についての認識を高めるようにする。		
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	居心地のよい場所や快適な空間、本人がやりたいと思う事など自由に選択していただく。		

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	定期的に外出援助は出来ていないが、定期受診の帰り道に買い物にお連れしたり、懐かしい場所をドライブしたりしている。	土曜日、日曜日を利用して、個々に散歩に出かけたり、玄関やウッドデッキで日光浴をしたり、桃の花や紫陽花、彼岸花など季節の花を見にドライブに行ったりしている。大名行列など地域のイベントに家族に協力してもらい、見物に出かける事もある。	
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	現在お金の管理をしている方2名。それ以外の方は、こちらで管理している。		
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	家族からかけて頂くようお願いしている。近所の方や親せきに方も自由です。お手紙を毎週のように送ってくださるかたもあり。		
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	外が見える玄関やテレビの見えるソファなど配置している。演歌やオルゴール曲、季節の歌などCDやテープで流している。居室については名前やリボンなど目印を付けている。壁面には季節に合わせた作品を作製している。	フロアは広く、天窓からの光もあり、明るい。大きな窓からウッドデッキや畑など眺めることができ、開放感もある。玄関やフロアにソファを配置したり、畳の間があり、利用者がそれぞれの場所でくつろぎ、話しをしている。また、利用者の作品や壁画が飾られており、温かい雰囲気や季節を感じることができる。	
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	個々でお気に入りの場所があり、自然とその場所に集まっているようです。ソファやテレビ写真などは必要物品だと思う。		
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	居室の中は、自宅から持参したタンスや机やアルバム、いすなど使用している。お仏壇も持参され毎日のお供えをしている。	本人が居心地良く過ごせるお部屋が一番だと考えている。片付ける、片付けない等本人に決めてもらっているが、転倒など危険がないよう安全面は注意している。写真や馴染みのあるタンス、洋服など持参している。部屋の壁を自分で作った自慢のちぎり絵で張り巡らしており、自ら案内し、説明して下さった方もおられた。	
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	事故対策委員会も設置しており、目配り、気配り、を行い、事故の予測対策に努めている。例えば、廊下の水こぼれ、車椅子のブレーキ、ケアシューズの大きさ、異食への対応など。		