

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	1070500663		
法人名	東洋マインド株式会社		
事業所名	グループホーム 新井荘		
所在地	群馬県太田市新井町285番地4		
自己評価作成日	平成23年1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	http://www.kaigo-joho.pref.gunma.jp/
----------	---

【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23年2月14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)】

少しでも体を動かしていただく為、レクリエーション活動を有効に活用できるようにしました。ラジオ体操・カタパラ体操・嚙下体操・月1回の日帰り温泉等、徐々に定着して来ました。

【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)】

地域との交流が来ている。散歩時など立ち寄る家もあり利用者の楽しみになっている。利用者の継続した散歩により行動の把握が出来るため、身体の安全にも繋がっている。防災面でも地域の人が訓練に参加し、災害連絡網が出来ている。

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)	○	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
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	「家庭から家庭へ みんな笑顔でやさしい家族 その一言のあいさつで みんながつながる地域の輪」をモットーに、利用者様が過ごしやすく、地域の方とのより良い交流ができるようにしていきたいと思っています。玄関先に提示しています。	理念は玄関や共用空間に掲示されている。地域在住の高齢者が来訪していたり、その方の相談を支援に繋げる等で理念の実践として地域にホームの専門性を還元している。	
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	自治会に加入しており、地域の敬老会・町内のお祭り等の行事に参加しています。又、ゴミ捨てや散歩・外出等ではご近所の方と挨拶をしています。散歩の際には、休憩させていただける家もあり、又野菜等を持ってきてくださる方もいます。	地域住民への相談援助活動を行っており、高齢の在宅生活者にとっても支えになっている。防災モデル地区という環境のもと、地域との災害時の協力体制が出来ている。地域のお宅への訪問や支援、地域行事参加等で近所付き合いを大切にしている。	
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	地域の方の相談を受け、アドバイスをしながら介護の負担の軽減に努めています。		
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	2ヶ月に1回開催しており、事業所から状況・行事の情報交換や参加者からの意見・要望等の交換を行い、質の良いサービスを目指しています。7月に避難訓練のDVD鑑賞をし、消防署の方に講話をしていただきました。	事業所改修工事のため11月は開催されなかったが年に6回は開催されている。会議では行事報告・地域の様子が議題にあがっている。地域が災害モデル地区のため避難訓練のDVDを鑑賞し参考にした。	
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	月1～2回くらい太田市の窓口へ出掛け、情報交換をしています。生活保護費や書類申請の代理申請・利用者様の状況報告等市との連携を図っています。	地域の高齢者の相談や報告等に出掛けている。地域の公民館との協力体制、生活保護の書類等の提出や巡回バスの利用等の情報等で連携を図っている。	
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	日頃の職員間の会話の中で、どんな事が身体拘束に該当するのかを話し合い、拘束のないケアを心掛けています。安全面等について不安のある利用者様に対し拘束を必要とする方には、必要に応じ本人・家族に説明し、納得していただける様心掛けています。	玄関には鍵をかけていない。日ごろから職員には身体拘束に関しての話しをしている。昨年Y字型のベルトを家族の承諾を得て短時間行ったことがある。	
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	日々虐待につながる拘束や言葉の暴力等行わない様心掛けています。身体拘束マニュアルを作成し、職員全員が確認できる様配置し、会議等において口頭で伝えています。		

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	必要に応じて入居時や状況の変化等で制度の活用を認めた場合、本人・家族や社会福祉協議会等と相談していきます。		
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	利用者様・家族の納得のいくまできちんとした説明を行い、契約を結んでいます。又、同意が必要と思われる事項(個人情報・サービスに関する事項・ターミナルに関する意向等)は、入居時に確認し、書類に署名・捺印していただいています。		
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	ホーム内に苦情相談窓口を設けています。又、重要事項説明書にも苦情相談窓口や行政窓口を提示しています。家族との対話を大切にし、面会時には家族が苦情を話しやすい雰囲気作りに留意しています。	家族には要望や苦情に関してアンケートを取る予定がある。家族とは良好な関係を築いている。	
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・普段の会話等において、常に意見交換できる状況があり、意見を反映できる様子掛けています。	職員の要望は現場で話し合い、それでも解決出来ない場合は本部にあげている。職員全体で集まって話し合いを持っているが夜勤者の出席は少ない。採用に関しては管理者も立ち会い、入職後は管理者が指導している。	
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	運営者は、定期的に様子を見に来ており、職員の状況を把握しています。又、各職員の相談にも対応し、ストレスが溜まらない様心掛けています。		
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	研修計画書を整備し、各自の資質向上の為、レベルアップ研修・苦情関係・身体拘束・介護に関する研修等必要な研修を受けていただいています。又、必要に応じて施設内勉強会できるよう工夫しています。		
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	地域密着型サービス連絡協議会に加入しています。協議会主催のレベルアップ研修・東毛ブロック研修等に参加し、サービスの質の向上に努めています。		

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
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	利用者様の身体状況・環境等を細かく把握し、利用者様の不安等を軽減出来る様、納得のいくまで話し合っています。		
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	上記同様、不安や困っている事などよく傾聴し、ひとつひとつ丁寧に説明しています。		
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	方向性を見極め、必要に応じて他のサービス利用についても助言する事もあります。		
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	職員は利用者様に対して「人生の先輩であり先生である」という考えの元で、日々信頼関係を築ける様努力しています。調理等の家事や季節の行事・昔の話題等を通して伝えられる事も多くあります。		
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	家族の入居に至るまで経緯に共感し、利用者様のホームでの生活を支えあう為に、手紙・電話・面会時等にて利用者様の様子や介護していく為の共有事項の確認を行い、日々、協力体制を築ける様努力しています。		
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	気軽にホームに立ち寄っていただく等、友人・知人との関係が維持していける様に努力しています。	年末年始には外泊を勧め、実現した利用者もいる。また、家族と通院の帰りに自宅やお墓参りに寄ったり、面会時に馴染みの呑龍様に行ったりしている。電話の取次ぎや年賀状をホームで用意し家族とのやり取り等の支援をしている。	
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	昼間はフロアで過ごして頂き、お互いが顔を合わせる事によって、交流できる機会を設けています。認知症の程度によりトラブルになった際は、居場所の移動等にて対応しています。職員は、利用者様が孤立しない様留意しています。		

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
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	退居先へ面会に出掛けたり、街中等で会った際は挨拶し、様子を伺う等関係が断ち切れない様にしています。		
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	日々のコミュニケーションの中で、思いや希望等の意向を確認し、又、家族との相談にて意向等を聞くようにしています。意思疎通困難者の表情や発語等から、思いを把握できる様努めています。	職員は担当制をとっている。1人に対して随時と3ヶ月に1度のケア会議を開いて意向の把握に努めている。	
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	ご本人・家族・今まで関わってきた担当者等に情報を頂き、細かく把握できる様努力しています。又、必要に応じ利用前に訪問する・入居後の家族の面会等で生活状況の把握に努めています。		
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	毎日のバイタル・排泄・食事・水分量等、一日の健康状態や行動を記録し、一人一人のペースに合わせた生活リズムを把握する事で、なるべく現状を継続できる様に努めています。		
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	介護計画は3ヶ月に1回の見直し、介護度の変更・状況の変化に応じた見直しを行っています。毎月担当者がモニタリングを行い、計画の進捗状況等を確認し、意向やアイデアをケア会議の中で反映できる様にケアプランを作成しています。	毎月のモニタリングやケア会議を基にして、随時と3ヶ月毎の見直しを行っている。ケアマネジャーが家族の了承をもらっている。	
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	個々の経過記録・介護記録を作成し、職員全員が把握する事で、情報を共有しています。又、モニタリングファイルには、利用者様に関する資料(介護計画・薬・アセスメントシート等)と一緒に添付し、現状の把握と情報の共有に努めています。		
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・家族の状況に応じ、病院への通院や送迎・美容室への送迎等、できるだけ行きたい所へ行ける様支援しています。又、利用者様の状況に合わせたサービス提供もしています。		

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
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	年2回の消防訓練にて、近隣の方に参加して頂いています。又、町内の行事に参加したり、ホーム内行事への参加を呼びかけたりと交流を図り、お互いに支援ができる様努力しています。		
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	週1回のかかりつけ医の往診と、必要に応じてご本人や家族が希望する病院へ受診する事もあります。専門の検査や入院等が必要な時は、協力病院での医療を受けられます。	協力医による1週間に1度の往診があり7名全員が受診している。入所時に説明を行い、協力医・いままでの主治医どちらでも選択できる。歯科往診もあり、皮膚・眼科等は家族が支援出来ない時はホームで通院支援をしている。	
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	週1回の医師の往診とは別に同診療所の看護師によるバイタルチェックが行われ、その際に相談し、アドバイスを頂く事もあります。		
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。	入院時には利用者様に関する必要な情報を提供し、退院時には医師との話し合いの場を設け、今後のケア等必要な情報を提供して頂いています。家族・医療・ホームと3者協働にて退院計画を進めています。		
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	終末期における家族の意向を確認し承諾書を頂いています。家族の方には、ホームで最大限できるケアについて理解して頂いていますが、体調の変化に応じて、家族・主治医・ホームの3者間にて話し合いの場を持つ様になっています。職員は申し送り等で方針を共有しています。	家族の中に1名希望者がいる。看護師がいないので医療行為の必要のないところまでは支援したいと考えている。	
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	個々の急変時の対応策を作成し、ファイルに保存しています。職員が冷静に判断できる様、研修や応急手当の講習等を受講し実践できる様努力しています。		
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回の消防訓練を実施。屋間の訓練を中心に、夜勤者による避難訓練・DVD鑑賞による消防訓練時の確認・消防署員による講話やアドバイスを頂く等しました。消防設備も整備し、緊急時の連絡網も整備しています。	年に2回消防署立会いの下、利用者・職員・地域住民参加の消火・通報・避難・総合訓練を行っている。市の災害モデル地区に指定されている。	避難方法・経路等が利用者・職員に身に付くためにもホーム独自の自主訓練と災害時の備蓄の用意をお願いしたい。

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	職員は利用者様一人一人の尊厳を傷付けない様声掛けし、なじみの方言や愛称等も活用しながらプライバシーの確保に努めています。又、記録等の個人情報の取り扱いにも配慮し、職員間ではイニシャルにて会話する等の配慮をしています。	申し送りの時には利用者のイニシャルで報告している。浴室をプライバシーに配慮して改修した。喫煙者は喫煙場所で吸うようにして、利用者の楽しみを支援している。家族の了承のもと「～ちゃん」と呼んでいる人がいるが呼称の検討中である。	おむつ交換時の利用者本人や他の利用者への配慮等毎日のケアを振り返る工夫をして見てはいかがか。
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	コミュニケーションを大切にし、利用者様の思いや希望をくみ取りながら、自分で決められる状況を作り、納得しながら暮らせる様に努めています。		
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	基本的には食事の時間・起床時間・就寝時間は決められていますが、基本にとらわれず柔軟に対応しています。室内ではペースに合わせた支援をしています。		
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	ご本人の意向に応じて、おしゃれを楽しめる様に支援しています。美容室への外出・理容室による出張サービスの利用・その日気分による洋服選び等行っています。時には、お互いに褒めあう事でさりげなく身だしなみを整えています。		
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	利用者様の持てる能力を活かし、食事の準備・下膳・テーブル拭き等手伝って頂いています。希望にあわせ献立を決めたりと、楽しく食事ができる様心掛けています。利用者様と職員、一緒におはぎ作りをしました。	利用者と職員は食事の準備をし配膳・下膳等手伝ってもらっている。職員が献立を作り、買物に出掛け好きなメニューが半分以上取り入れられている。おやつも甘いものなど好みのものになっている。月に1度外食にも行っている。職員は各自持ってきたお弁当と一緒に食べている。おせち料理・おはぎ等で時候を感じている。	職員と利用者で食事の準備をしているので、美味しい・美味しくないと批評しながら、同じ物を一緒に食べて「楽しい食事」にしてみたいはいかがか。
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	毎日の食事量・水分量・栄養バランス等の確認と記録を行い、嗜好に合わせた対応をしています。又、体重の変化にも留意し、利用者様の状況にあった支援をしています。		
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	食後、職員が声掛けをし、うがい・歯磨き等の口腔ケアを心掛けています。入れ歯洗浄等の利用者様の状況に合わせた口腔ケアをしています。定期的な訪問歯科により、検診や口腔ケア・治療等をして頂き、アドバイスを頂いています。		

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	一人一人の排泄パターンを把握し、声掛け・誘導をしています。水分摂取量にも配慮しています。	オムツ使用者2名・リハパン使用者5名には各人のパターンを把握して声かけをしている。近くで声をかけてはいるが、みんなでいる時には大きな声を出してしまう場合がある。1階のトイレが一ヶ所なので気を配っている。	
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	排泄チェックにて排便状況を把握し、食事の見直し・水分摂取量・薬でのコントロール等を行い、食物繊維の多い食事の提供に心掛けています。又、少しでも体を動かして頂ける様工夫しています。		
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	週3回以上の入浴を行っています。利用者様の意思を尊重しながら、希望やタイミングに合わせて曜日・時間等も柔軟に対応しています。又、楽しく入浴できる様心掛けています。	毎日入浴出来る支援があり、最低でも週に2回の支援をしている。その日の気持ちや体調により午前・午後に入れる時間帯で自由に決めている。個浴の支援をし、入浴剤等やシャワー浴の対応もある。	
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	入眠時間を把握し、昼夜逆転しない様、生活のリズムを整えながら一人一人に合わせた対応をしています。		
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	職員が1箇所にとりまとめ個別に管理していません。服薬時は、職員が手渡しきちんと服薬しているか確認をしています。職員は利用者様が服用している薬を個別記録の中の処方箋等で確認をしています。		
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	一人一人の生活歴や能力を活かし、掃除・食事作り・雑巾縫い・洗濯物たたみ等役割分担し支援し、又、ドライブやお弁当を持参して花見・日帰り温泉・飲み物選び・喫煙等の気晴らしや楽しみ事を支援しています。		
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	天気の良い日は、近所を散歩したり、職員の用事に合わせて外出・お弁当持参でドライブ・花見・日帰り温泉・コンサート鑑賞等、なるべく多く外出できる機会を作っています。利用者様の状況に合わせた気分転換目的の外出支援を行っています。	温泉・コンサート等観光バスを利用し楽しみな外出支援をしている。日常的には散歩や買物・ドライブ、地域のお宅を訪ねたりして出掛ける支援をしている。	

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	個別に現金をお預かりしホームで管理しております。希望する物を確認した上で現金購入・支払いをしています。手元にお金がないと心配な方には、家族に承諾を頂き、少額を所持して頂いています。		
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	ご本人の希望があれば、電話をしています。利用者様に直接暑中お見舞いや年賀状を書いて頂き、家族に送れる様支援していく予定です。		
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	共有の空間にはソファ・椅子・テーブルを設置、カーテン等を利用し、トイレ・浴室等のプライバシー確保に努めています。壁には季節の行事がわかる物・写真等を展示し、玄関にはプランターを置きお花が楽しめる様になっています。	民家を改造したホームであり、壁等の改修を行った。1階に2部屋2階に5部屋ある。デイルームにはテーブルが2つ、ソファ、テレビがある。玄関の正面にストーブが置かれている。共用空間から脱衣場が角度によっては見えるため改修した。	
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	個々の居場所は自由になっていますが、各自が居心地の良い場所(座る位置・台所・玄関等)に座り、思い思いに時間を過ごされています。又、一人用のリクライニング椅子を用意し利用して頂いています。		
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	入居の祭は、使い慣れた物(寝具・テレビ・家具・宗教・位牌・飾り物等)を持参して頂いています。	各居室は各人なじみの物(たんす・衣装ケース・椅子・身の回り品等)やポータブルトイレが置いてある。各部屋は大きさや部屋の向きが異なりそれぞれ使い勝手の良い設えがされている。	
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	床面はバリアフリー、必要箇所に手摺りを設置。各部屋の出入り口は、利用者様の名前やトイレの場所等目印を表示し、スムーズに移動ができる様工夫しています。又、利用者様の自立生活を促せる様工夫しています。		