青森県　グループホーム第二みほの　1ユニット

平成　27　年度

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	0292500030		
法人名	社会福祉法人貴望会		
事業所名	グループホーム第二みほの		
所在地	〒039-3144　上北郡野辺地町字一ノ渡19-1		
自己評価作成日	平成27年11月1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	

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会
所在地	〒030-0822　青森県青森市中央3丁目20番30号　県民福祉プラザ3階
訪問調査日	平成27年11月18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）】

・利用者の食事、水分、排泄、入浴、睡眠、服薬をしっかり管理することで、健康状態の維持向上ができるよう努めています。

・なるべくホールで過ごしていただけるように働きかけ、人との交流や日常生活の活動等により、生きがいを持ちながら、認知症状の進行予防に努めています。

・毎月の季節の行事、地域や町外に出かけることで、利用者に楽しんでいただけるように努めています。

・日常生活リハビリを基本にし、利用者に動いてもらう機会を作ることで、身体状況の機能低下の予防に努めています。

【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）】

職員は明るく生き生きとした雰囲気である。共用スペースの窓は大きく、そこからは鉄道の車両の走行が見え、近隣の畑・森林が眺められゆったりとした景色が楽しめる。利用者から見える位置にプランターを置き、ナス・とうもろこし・豆を栽培し発育状態も観察でき、収穫したものを利用者全員で食べて楽しんでいる。地域の祭見学、町外へバスでの外出があり、利用者に楽しんで頂けるよう工夫している。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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）	○	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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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	利用者が健康で生きがいのある普通の生活が送れるようにできること、地域との関わりを持てることを事業所独自の理念、目標としてケアをしています。	「生きがいのある生活を支援します。」「健康に過ごせるように支援します。」「地域との関わりを大切にします。」を事業所独自の理念とし、理念の完遂を目標に掲げ、ケアをしている。	
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	隣近所とは散歩時などに挨拶を交わしたり、お花畑を見せてもらうなど交流が持てるようにしています。地域の行事などがあれば参加して町の人達と交流を図っています。	天気の良い日は、散歩の時に近所の庭でお花を見せてもらうことが定例となっている。また、夏には地元の祭りを見学している。天候がよければ潮騒祭り、産業まつり、近くの事業所の夏祭りに行く年もある。	
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	地域の方が見学や相談に来られた際に、認知症についての質問、疑問を聞き、支援方法のアドバイスをしています。		
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	運営推進会議では事業所の活動を報告したり、行事の様子をビデオで見てもらっています。家族や委員からの要望や意見をサービスの向上のための参考にしています。	運営推進会議の報告に、行事の様子を撮影したビデオを上映し、家族より意見を頂いている。参加メンバーは地域地域包括支援センターの職員、自治会長、家族代表、事業所職員で構成され、運営推進会議の開催は3ヶ月に一回程度と記載されている。	推進会議は基準省令第85条による2ヶ月に1回以上の開催とし、活動状況の取り組みに対する外部の評価を踏まえ、積極的にサービスの向上に活かすことに期待したい。
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	市町村担当者とは入居者の介護保険の更新や生活保護関係、支援困難者の入所相談、利用者の状況等の報告や相談を行ない、連携を取り合っています。	地域包括支援センターから身寄りのない方の入居相談に応じている。実態調査に見えた福祉事務所の職員に、現在の様子を伝え、協力関係に努めている。	
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	職員は身体拘束の弊害を理解しています。身体拘束は基本的に行いませんが、危険行為や不潔行為等がある方は家族から同意書をいただくことにしています。	身体拘束のマニュアルはあり、身体拘束は基本的に行わないが、危険行為や不潔行為等がある場合には家族から同意書をいただくようにしている。	事業所内の諸会議を活用し「指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を確認する等、ケアに役立つ研修を行うことによる全体のスキルアップに期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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注意を払い、防止に努めている	職員は虐待について理解しています。ホーム内や家族からの不適切な事例がないか、日頃から管理者、計画作成担当者が注意しています。		

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
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	権利擁護に関して、現在入居中の方が利用されており、職員は理解しています。相談時に、ご本人の状態や家族関係等を考慮し、必要に応じて紹介しています。		
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	契約前にはホームの内容や料金の説明を行い、利用者や家族からの疑問や質問、要望などを聞いています。契約時や解約時にも納得が得られるように努めています。		
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並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	年に1回、法人から家族へ、満足度調査のアンケートを実施しており、意見をサービス向上に反映させています。職員は、日常会話の中等から利用者及び家族の意見や要望を聞くように心がけています。	年1回、家族へのアンケートを実施している。家族からの意見を反映させ、壁に日課表を貼ることで、面会に来られる家族に一日の流れを周知した。面会時に家族との会話の中から意見や要望がないか確認している。	
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	カンファレンスや申し送り等の時に、職員の気づきや意見を聞き、要望や意見を施設長等に上申し、事業所運営の改善に努めています。	毎日の申し送りにて管理者は職員から意見や気付きを聞くようにしており、実際に「加湿器、介助用の食器があった方がいい」との要望があり、購入して運営の改善に努めている。	
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	運営者は定期的にホームを訪れ、現在の勤務稼働状況、現場の要望や問題点、職場環境を把握し、職員が働きやすい環境で仕事ができるように努めています。		
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	研修に関する委員会があり、出来るだけ外部研修に参加できるようにしています。二ヶ月に一回は研修報告会があり、研修内容の周知を図っています。また、事業所内でも研修報告や勉強会を実施しています。		
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	外部研修や会議などを同業者との交流、情報交換する機会にしており、サービスや運営改善の参考にしています。		

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
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	入所前の調査において、本人との面接の時に心身状態や思いなどが聞き取れるように努めており、サービス利用が順調に開始できるようにしています。		
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	入所前の調査において、家族からこれまでの出来事や要望などが聞き取れるように努めており、事業所と家族が協力し合えるようにしています。		
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	入居申し込み等の相談時に家族が困っている場合は、地域包括支援センター、介護保険事業所や施設の説明や紹介を行い、家族に助言をするなどの対応をしています。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者と職員が一緒にすごして行く中で性格や好き嫌いや思いなど、本人の気持ちの理解に努めています。日常生活で一緒に活動や行事を行いながら、感情の共有を図っています。		
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置かず、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	家族には、気づいたことや状態の変化がある時には必ず連絡しています。わからないことがあれば納得できるよう説明し、家族が安心できるように努めています。場合によっては面会や電話、外出をお願いしています。		
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	家族から了解をもらえている方は、家族以外の関係者にも面会をお願いしています。病院への通院や地域のイベントに参加、親類宅に訪問するなど、馴染みの関係が保てるように努めています。	家族以外の方が面会に来られた時に、これからも面会を継続してもらえるようお願いしている。以前から通っている病院への通院支援も職員が同行し対応している。	
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	利用者同士の関係は、申し送り、カンファレンスなどで情報交換し、全職員が把握できています。できるだけホールに誘導し、利用者同士の交流ができるようにしており、一人になりがちな利用者には職員が積極的に関わるようにしています。		

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	サービス利用が終了後に病院で亡くなるケースがほとんどですので、継続的な関わりが必要な事例はありませんでした。		
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	利用者全員からの思いや意向の聞き取りは困難ですが、普段の会話や行動、本人の生活歴や性格などを考慮して、本人の目線に立ち、どんな思いがあるのかを把握できるようにしています。	入居前の情報は家族から聞いて、フェースシートにおとし込み、日々の会話や行動、本人の生活歴や性格などを勘案して、本人にどんな思いがあるのか把握できるよう努めている。	
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	入居前の事前調査時に本人や家族、ケアマネジャーから生活暦や暮らし方、サービスの利用時の状況などの情報提供をしてもらい、入居後も機会のある度に情報を集めています。		
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	利用者の生活パターンや習慣は共同生活に支障がない限り、その人に合わせています。できるできない、様子の変化等の情報を職員間で共有し、必要な支援を行えるようにしています。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画は、家族との相談時やカンファレンスの際、本人からの訴えや変化、気づいたことを話し合い、今後の生活上で必要な援助は何かという課題を見つけ出し、計画作成に生かしています。	職員全体で毎月カンファレンスを行い、介護計画は6か月に1回見直しをしている。状態に変化のあった人についてはその都度見直しを図っている。	
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	個別の記録はできるだけ詳細に記録を残し、状態変化時の分析に生かせるようにしています。記録を継続していくことで日常生活での変化や健康状態の指標とし、介護計画に活用しています。		
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、その時々に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	定期受診以外にも体調に応じて、かかりつけ医や専門医への受診を行っています。家族の負担が少なくなるよう、紙おむつ、日用品等の購入代行をしており、関係機関への手続き代行等も支援しています。		

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	役場や地域包括支援センター、地域の病院受診や郵便局や銀行の手続き、消防署との避難訓練、慰問時のボランティア、商工会や福祉施設のイベントなど、地域の資源や関係機関を活用しています。		
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	入居前からのかかりつけ医を基本として、受診や往診が出来るように支援しています。必要に応じて各種専門科の受診を勧めて対応しています。病院への状態報告や受診は施設で代行しています。	状態に変化がなければ入居前からのかかりつけ医が基本になっており、通院は事業所職員が同行し状態を医師に伝えている。往診にも来て頂いている。薬が処方された時は、家族へ報告している。	
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	職員に看護師を配置しており、日常の健康管理や内服管理を行っています。介護職員は、病状の変化に気づいた時は看護師には報告を行い、看護師は受診が必要と判断した時には上申し、医療につなげるようにしています。		
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、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。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。	入院時には事業所から情報の提供をしています。退院時に病院から現在の状況や今後の見込み、治療方針の情報をもらい、退院後の治療やケアに活かし、受診時には様子の報告と相談をしています。		
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組んでいる	重度化している場合には医師や家族とともに、病気の進行具合や今後の治療方針を話し合います。ご本人と家族の意向を踏まえながら、ホームでのケア方針を決定し、看取りの場合も含め、チーム全体で支援して行けるよう取り組んでいます。	看取りの実例は発生しておらず、入居時に事業所としての終末期に向けた方針は提示していないが、重度化してきた場合、その後の方針について家族と相談し終末期ケアの方針を決めて頂くようにしている。	
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	緊急時は看護師や管理者にオンコールできるように体制ができています。介護職員は看護師から処置方法の指導を受けています。職員全員が野辺地消防署で普通救命講習を受講しています。		
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	職員は避難訓練により災害時の避難誘導、消火、通報方法等を理解しています。災害時の連絡網、必要物品の備蓄があり、町内会に災害時の協力をお願いしています。	年2回消防署立会いのもと、防災訓練を行っている。非常時に備え3日分の備蓄があり、火災通報装置は自動で、施設長、町内会長、職員全員に連絡が入る仕組みとなっている。災害時に外部への協力依頼は町内会長にお願いしている。	

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
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	個々の利用者のプライバシーを損ねるような対応や声かけには管理者、計画作成担当者が注意しています。本人が嫌がる、傷つくようなケアや声掛けは行わないようにしています。	プライバシーを損ねるような対応や声掛けには、職員が日頃から留意しているが、管理者・計画作成担当者が直接職員に口頭で注意している。また、会議の時には職員全体に注意喚起している。	
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	日常生活の中で、なるべく本人の希望を聞くように心がけています。決定ができない時や不適切な場合には、本人が納得できるよう説明を行い、不都合なく過ごせるようにしています。		
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し、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	ホームの基本的な日課は決められていますが、共同生活に支障がなければ、その他の時間は自由にすごしてもらっています。		
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	服装やおしゃれはアドバイスを行い、適切な身だしなみができるようにしています。散髪は二ヶ月に一回程度、理髪店や訪問美容がホームに来てくれます。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事はホールに集まり、利用者と職員が同じテーブルで一緒に食事を摂っています。月に一度は利用者から希望を取り、好きな食事を提供しています。食器拭き等の簡単なお手伝いをお願いしてます。	利用者から希望を取り、希望が一番多い食べ物を月に一回、利用者全員に提供している。食器拭き等の簡単な作業をできる利用者には手伝って頂くこともある。	
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	毎日、食事量、水分量をチェックし、個々の摂取量を把握しています。栄養士が、バランスのとれたメニューを提供し、治療食にも対応しています。嗜好品は特に健康上の制限や禁忌が無ければ、本人や家族の希望に合わせて提供しています。		
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	食後の口腔ケアを習慣付けており、週に2回は義歯の消毒を行い、必要時には歯科受診します。食事形態の工夫を行い、経口摂取の継続と健康維持に努めています。		

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
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	排泄パターンや失禁状況、後始末が上手くできるかなどを勘案しながら誘導や介助を行い、できるだけトイレでの排泄が継続できるようにしています。	入居前はオムツ着用していた人が、トイレでの排泄支援を行うことで、オムツを除去できた人が居た。排泄表を活用し、排泄のパターンや状況を把握し、座位がとれる人にはトイレでの排泄が継続できるよう支援している。	
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組んでいる	便秘予防のため、日中の離床時間や活動を増やすように促しています。排泄状況の確認、水分量の確保、下剤の調整、必要があれば浣腸を行い、排便コントロールしています。また、ヨーグルト等の乳製品を提供しています。		
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てしまわずに、個々に応じた支援をしている	入浴は、基本的なパターンがあり、週2回は必ず入浴できるようにしています。精神状態や体調により入浴日を変更したりする等、個々の状況に合わせて柔軟に対応しています。また、入浴剤等で、香りや色を楽しめるようにしています。	入居者個々の精神状態や体調に合わせ午前、午後に分けたり、別な日に変更したりし週2回は必ず入浴している。入浴剤以外に菖蒲や柚子などを入れて季節を感じられるような工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	共同生活での支障がない場合は、本人の生活習慣や希望にあわせて、自由に睡眠や休憩を取れるようにしています。夜間に睡眠がとりにくい時は、日中の離床を促したり、内服を勧めています。		
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	ファイルに内服薬の一覧が綴ってあり、薬の内容について確認が取れるようにしています。内服薬の変更時には申し送りで周知し、様子観察を行います。		
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	本人のできる範囲で、日常の家事や軽作業などの手伝いを行ない、レクリエーションや行事の参加を促し、生きがいや楽しみを持ってもらえるように支援しています。		
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。また、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	天候や体調に合わせて、外に出るようにしています。日向ぼっこや散歩、ドライブに出かけるなど、車椅子対応の方もホームの中に閉じこもらないようにしています。	年間行事計画にて毎月の行事が決められていて春から秋にかけて毎月バスを利用した外出をしている。天気の良い日は近所のガーデニングをやっているお庭を見せて貰い、車椅子の方も散歩に出かけている。	

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
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	金銭管理ができる利用者がほとんどいないため、ホームで金銭管理を行っています。お金を持たないと不穏になる場合には家族の了解を得て所持してもらっています。外出時には買い物の時間を設けています。		
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	本人の希望や機会のある時には、家族に電話できるように支援しています。手紙やクリスマスカードの発送も行い、家族や親類と交流できるようにしています。		
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	ホーム内の共有空間には一般家庭で使用する家具、家庭用品や季節を感じられる装飾品、壁新聞やお知らせを張り付けて、利用者が快適に過ごせるように工夫しています。ホーム内の明るさや温度、湿度、音量にも気を付けています。	食堂の窓は大きくとられ解放感がある。また眺めがよく、鉄道、畑、森林が眺められ直に季節が感じられる。共用スペースには行事での思い出の写真や季節感のある装飾が施されている。	
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	ホール内のソファーに多く人が集まったり、テーブルに少人数で集まったり、一人で椅子に座ったり、利用者が気ままに過ごせるようにしています。		
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	居室には本人の馴染みの物を持参してもらえるように家族に協力をお願いしています。思い出や家族の写真を飾るなど自分の部屋らしく感じることができるように工夫しています。	本人の思い入れのある物（三味線、日本人形）や写真（若い時の本人、家族、飼っていた犬）を居室に置いて居心地よく過ごせるような各人の工夫がされている。	
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」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	トイレには「お手洗い」のプレート、居室に名前を付けたり、目印を貼り付けることで、利用者が迷わないようにしています。必要な場所には手すりが設置されており、福祉用具等を利用し、自立を支援しています。		