

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	1072000456		
法人名	医療法人 富士たちばなクリニック		
事業所名	グループホームゆめさき		
所在地	群馬県前橋市富士見町原之郷975		
自己評価作成日	平成24年5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	特定非営利活動法人群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年6月13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)】

当ホームは山や田畑、花に囲まれ四季を感じる事の出来る閑静な立地条件となっております。認知症状のある方が本人の居場所と感じられ安心出来るよう入居者お互いが自分の出来る事を役割と思い、それぞれが助け合いながら集団生活を意欲的に送っています。人生の終の棲家として和み、安らぎの場となるよう創意工夫を心掛けています。「ゆめさきに出会えて良かった」と思ってもらえる事を最大の喜びと思い日々の生活の援助を行っています。
また、このような生活・環境を職員、ご家族、地域の方々が一つとなり、皆でホームを支えていきたいと考えています。ご家族とは家族会・イベント等を通じ気持ちを共有し信頼関係を築き、地域とは地域の行事・清掃・作品展等に参加し地域に根差した施設となるように心掛けています。

【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)】

自治会に加入し、回覧板により地域の情報を得て、道路愛護や祭りに参加している。また、毎年、地域の文化展に貼り絵の作品を出展してホームを知ってもらったり、事業所の納涼祭にはチラシを配り家族や地域の方の参加を頂いたりして、地域との交流を大切にしている。そうしたなか、認知症になっても、地域の中で暮らしていける環境作りや地域の人達に支えられる関係の取り組みを行っている。また、家族会を通して意見や要望を聞き、信頼関係を築きながら、家族と共に利用者を支える支援を行っている。職員は、利用者一人ひとりの力を発揮できる場作りとして、利用者と共に当番表を作成して役割を持つことで生き甲斐を感じ、安らげる生活の場を実感できるよう取り組んでいる。今後、更に地域との関係作りを深めながら、地域の憩いの場としてホームの開放を考えている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	職員皆で考えた理念をフロアに掲示し、ミーティング時に理念を振り返り、理念に基づいた日常生活を考え実践している。	理念は、5年前に地域密着型サービスとしての見直しを行い、フロアに掲げている。ミーティングでは、理念に戻り、振り返りを行い方向性を検討して、ケアに反映させている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	自治会に加入し、道路愛護やお祭りに参加したり、文化展に出品し見学に行ったりしている。また、地域の方にも納涼祭等の案内を出し参加してもらっている。地域での認知度も高まり野菜や雑巾を頂いたりもしている。現在、地域の憩いの場・相談窓口として、より機能出来るよう検討している。	自治会に加入し、回覧板で地域の情報を得て、職員は道路愛護や利用者と一緒に祭りに参加している。ホームを知ってもらうため地域の文化展に貼り絵を出展し、事業所の納涼祭に家族や地域の方を招待し、利用者は踊り等の発表が意欲になっている。地域の方からは、気軽に声をかけてもらったり、野菜や雑巾など頂いたり、ホームでつくった干し柿をおすそ分けしたりして、良好な関係を築いている。保育園児との交流も行われている。	
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	運営推進会議や自治会総会にて相談窓口になる旨を話したり、その場で相談を受けたりしている。また、イベント等で地域の方と入居者が関わる事を通し、認知症の理解や支援の方法を伝えている。		
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	奇数月の第2金曜日に定期開催している。事業所の近況報告、地域行事の案内、行政の取り組み等を行った後、話題は限定せず意見交換をしている。そこでの意見をミーティング時に他職員に報告し、サービスに生かせるよう話し合っている。	2ヶ月毎に開催し、事業所からの報告後、家族会代表から会で話し合われた内容や地域代表から地域の情報を教えていただき、市から災害対策のアドバイスを受けて、意見交換を行っている。出された意見は、職員ミーティング時に、地域の力を入れながら利用者との関わりを検討するなどしている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議録提出時や入居者の認定更新手続き時等に介護高齢課担当窓口を訪ね、情報交換や相談を行っている。	介護保険制度に関することや地域外の利用者が退院後にホームへ戻る事は出来るのか等判断に迷った時には相談し、アドバイスを受けている。	
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	身体拘束廃止のシンポジウム等外部研修に参加したり、ミーティング時に適宜勉強会にて話し合い、職員が共通の理解のもと、ケアを行っている。玄関の施錠は夜間の防犯目的以外行っていない。	外部研修や勉強会を行いながら、職員は共通理解し身体拘束をしないケアを行っている。徘徊があり外に出る方には、無理に止めないで一緒に散歩をしたりするなど、利用者の状況を判断し対応している。玄関やベランダへのドアの鍵はかけていない。地域の方には、非常時の協力体制を依頼している。	
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	高齢者虐待防止セミナー等外部研修に参加し、その内容をミーティング時に報告し虐待に対する共通の認識を持ち防止努めている。		

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
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、青年後見が必要とされる入居者がいなく、理解していない部分が多い。研修にも参加できていない。必要に応じ学ぶ機会を増やし、支援に結びつけたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者から契約書、重要事項説明書をもとに説明し、不安や疑問点が無いか確認し、理解、納得してもらっている。改定等に関しては家族会等で十分に説明し、理解の上同意を得ている。		
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	家族会にて意見等を聞く機会を設け、年1回アンケートも実施している。面会等来所時にも個別に話をさせてもらい、その中で意見等を気軽に言ってもらえるような関係が築けている。また、玄関に意見箱を設置し無記名でも意見を表せるようにしている。ミーティング時に意見について話し合い、改善を図っている。	面会時には、個別に話をする時間を作っている。年4回開催の家族会やアンケート実施により日々の生活や職員に対しての意見や要望を聞いたり、家族同士の悩みを出してもらったりして、本人・家族・職員との良い関係作りに取り組んでいる。足腰が弱いので運動させてほしいとの希望に、理学療法士による個別評価やリハビリの見直しを行っている。	
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	ミーティング時に意見や提案を聞き、協議し反映させている。また、管理者による個別面談も実施し個人の意見の掌握に努めている。	年2回、管理者による個別面談を行い、職員個々の意向や希望を聴き、常に目標を持って取り組めるようにしている。ミーティング時や何時でも意見や要望を出せるようにしており、出された意見はまず試みる事から始めている。	
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	法人キャリアパスによる昇給に向け資格取得の為に勤務等の配慮を行っている。また、年1度法人内の異動や昇格等について希望を取って、職場環境や条件の整備に努めている。		
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	法人内勉強会はもとより、外部研修等に積極的に参加できるよう配慮し、研修後は報告の機会をミーティング時に設け、情報を共有している。		
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	法人内の他施設の勉強会やイベントに参加したり、勤務交流を行ったりしお互いにサービスの質の研鑽を重ねている。		

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	入居相談後、入居される前段階に本人に会う機会を持ち、本人が今、何を思い、何を考え、何を望んでいるのか等の把握に努め、本人の不安部分に対し直接触れ、安心に繋がる関係づくりを行っている。		
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	入居される前段階で何度か会う機会を作り、家族の不安や要望等を確認し、説明や話し合いを行い、入居に際し家族が安心出来た状態になるように努めている。		
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	入居相談等の時に状況やどの程度サービスを理解しているかを確認し見極めている。必要により他のサービスや地域の社会資源の情報を伝えサービスの選択肢が増えるようにしている。		
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	職員、入居者という立場ではなく、一緒に生活している人生の先輩として家族に近い関係の中、悩み相談やわからない事を教えてもらう・出来ない事をしてもらう等、お互いに支え合い生活をしている。		
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	家族会イベントにて本人・家族・職員が楽しみを共有し、感情を共感する事で、それぞれの立場、役割、大切さを理解し本人を皆で支えていく関係が築けている。家族に対し、面会時やお便り等により近況報告も行っている。		
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	本人の馴染みの方や兄弟等に対し、イベントの案内や暑中見舞い、年賀状を送り関係の継続を支援している。また、気軽に立ち寄れる関係、環境を整えている。時々、面会もある。	家族が友人を伴って訪問したり、ドライブを兼ね利用者の自宅周辺に立ち寄り、楽しい時間を過ごしている。家族と一緒に墓参りに出掛けたり、友人や知人の告別式に出掛けたりすることもある。また、年賀状を出したり、お正月には泊まりに行ったりして、関係が途切れないよう支援している。	
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	普段の生活から利用者同士の関係を把握し、その時の状況、感情を見極め居室に引き込める事がなく交流できるようにしている。皆で一緒に行う事はできる人ができない人を助け、できない人も自分のできる事でそれぞれが役割を持ち皆で支え合っている。		

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
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	何らかの理由で利用が中止になった場合も、今までの関係を大切に、年賀状や暑中見舞い、イベントの案内等により事業所との関係を続け、何かあったら相談しやすい関係作りに努めている。		
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	各入居者に担当職員を決め、担当を中心に家族や本人と密な関係を築き、本人の希望や意向の把握に努めている。また、日々のケアの中からの気づきや観察により、希望、意向の変化に対応しカンファレンスにて職員全員が周知できるようにしている。	入居時に、管理者より基本情報聴取後は、利用者の担当職員を決めて、本人・家族の希望や意向の把握を行っている。日々の生活の中から情報を得たり、意思疎通が図れない利用者には、生活歴を基に表情や仕草等で把握に努めたりして、ケアに反映させている。	
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	センター方式のアセスメントを利用している。担当が本人や家族から情報収集した事をカンファレンスにて職員全員が情報を共有し把握に努めている。		
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	アセスメント、日々の観察、記録から一人ひとりの生活パターンを把握し、それを中心にその時の状態を変化から見極めている。		
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	計画作成担当者と担当職員を中心に関係者のニーズに沿ったプランを作成し、月1回の全体カンファレンスにてモニタリング、見直しを全職員で行っている。状態の急激な変化に対しては、その都度関係者と協議しプラン変更を行っている。	一部センター方式を取り入れアセスメントを行い、本人や家族の希望を入れながら、担当職員とケアマネージャーで検討して介護計画を作成している。毎月の全体カンファレンスでモニタリングを行い、見直している。状態の変化時には、主治医・訪問看護師・理学療法士の意見を取り入れて、ケアプランに反映させている。	
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	ケアプランを中心に日々のケアを行い、その様子、結果等を個人記録へ記入し、申し送りにて全職員が把握に努めている。また、その記録から継続的な情報をカンファレンス時に振り返り、プラン見直しに活かしている。センター方式のアセスメントにも随時記入している。		
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	その時々生まれる本人や家族ニーズに対し、状況に応じ対応している。(受診介助、外出、送迎等)		

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	事業所も社会資源の一つとして、その人の暮らしが豊かになるよう運営推進会議を通じ、地域包括職員や自治会長、民生委員との協力関係に努めている。		
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	家族の希望により、現在入居者全員、同法人クリニックが主治医となっている。専門分野受診を希望される場合については、基本的には家族同行であるが、受診介助や代行もしている。	入居時に、かかりつけ医について説明しているが、希望により、全員の利用者が法人クリニックを主治医としている。月2回往診が実施され、結果については受診ノートに記録して家族に報告し、職員間でも共有している。訪問看護にて健康管理を行い、24時間対応可能となっている。	
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	訪問看護ステーションとの契約に基づき、週1回の健康管理、医療面での相談等を行っている。		
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。	入院時の医師の説明等には、家族に管理者又は職員も同席させてもらい、状態の把握に努め、必要に応じて病院との間に入り早期退院に向けた話し合いを行っている。		
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、事業所ですることが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	ターミナルケアについて、入居時に事業所の方針を説明し、同意を得ている。状態の変化に応じ、その都度主治医や家族との話し合いを行い、具体的なケアの方針を検討し、訪問看護の協力のもと、ケアを行っている。	入居時に、重症化や終末期対応指針に沿って説明し、同意書を得ている。医師・訪問看護師の24時間体制が整っており、連絡ルートも明確になっている。利用者の状態により段階的に医師も入ってカンファレンスを行い、確認している。看取り時は、家族が付き添ったり管理者が泊まったりして、体制強化して看取りの支援を行っている。	
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	避難訓練時、消防署より職員を派遣してもらい、救急時の対応等講師してもらっている。また、訪問看護師の訪問時に応急手当や初期対応について常々確認している。		
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、消防署の協力を得て定期的に、総合訓練を実施している。また、運営推進会議や地域総会を通じて関係者へ協力をお願いしている。	利用者も参加して、年2回消防署員立会いのもと、夜間想定も含め避難訓練を実施している。地域の方に訓練への参加要請をしているが難しく、会議を通し協力依頼を行っている。備蓄がある。	今後も、地域への働きかけを引き続き行い、家族会や運営推進会議で議題に上げるなどして、地域の協力体制が築けることを期待したい。

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	本人の尊厳やプライバシー配慮しながらさりげない声掛けやその人、その時に合った声掛けを行いケアを行っている。	排泄援助等は、プライバシーに配慮しながら、さりげなく行っている。尿カテーテル挿入中の利用者には、自己処理している為、職員は換気に注意したり、処理時に失敗する事もあり配慮を忘れずに対応したりしている。	
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	日常生活の中に選択できる状況を作り、会話の中に選択肢を入れ、自己決定を基本的に何事も行っている。		
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	基本的な1日の流れはあるが、その日その時の一人ひとりの体調や状態を見極め、本人のペースにて過ごせるよう調整し対応している。		
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	本人の意向を尊重し、自由に衣類を着こなしたり、お化粧をしたりしている。必要に応じ見守り、援助を行っている。散髪は月1回の訪問内容にて希望者は行い、髪染めの希望者があれば職員で対応している。		
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	調理の当番制を設け、その人の力量に合わせて一緒に調理を行い、食事準備、片付けはできることを分担し行っている。食事は職員も同じテーブルで会話をしながら楽しく摂っている。また、日常の会話の中で話題になったものや畑で一緒に育てた野菜を使って一緒に調理をする事も作り作る事も楽しく行っている。	利用者と一緒に決めた当番表により、当日の担当者と職員と一緒に食材の買い出しや調理の下拵えを行ったり、お茶入れ・配下膳・テーブル拭き等を行っている。食事中は職員も一緒に食べ、会話をしながら和やかな食事時間を過ごされている。	
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	食事量、水分量をチェックし記録に残し、各入居者の状態を把握して必要に応じ食事形態の工夫や補食を行っている。		
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	食後にその人に合った、用品の使用やケアの方法にて実施している。必要に応じて、歯科医師や歯科衛生士へ相談し助言をもらっている。		

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
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	各自の排泄パターンを把握し、声掛けやトイレ誘導を行っている。夜間オムツ使用の方も日中は布パンツ、紙パンツにて、可能な限りトイレでの排泄を心掛け、行動や様子からの排泄サインを見落とさないようにしている。	入居時から1ヶ月間、生活パターンをチェックしながら排泄パターンを把握し、声かけやトイレ誘導により自立を目標に支援している。排便は、チェック表で把握している。入居時に紙おむつ使用の方が、トイレ誘導により立つことで足がしっかりして紙パンツ使用となり、トイレでの排泄に心掛け支援を続けている。	
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	普段から食事内容や水分量、運動等により便秘の予防に努めている。また、チェック表にて排便の有無を確認し、その人の排便の間隔を把握するようにしている。必要に応じ、下剤や座薬等により便秘による苦痛の軽減を実施している。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には入浴の時間、曜日を決めていないが、同じ時間の希望者が多数であり、入浴の順番をローテーションにて対応している。拒む方に対しては無理強いせず、最低週3回入れるように支援している。	基本的に入浴時間は午後となっているが、午前の希望があれば対応可能である。週3回支援している。季節感のある柚子・菖蒲湯・林檎・蜜柑の皮を入れたり、デイサービスの大風呂に入ったり、温泉を汲み入れた風呂を楽しんだりしている。	
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	夜間の安眠に繋がるよう日中の活動を促し、各自のその日その時の状況、状態により休息と活動のバランスを調整している。		
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	各自の内服内容をファイルしてあり、いつでも確認できるようにし、把握に努めている。服薬時には、名前と顔を確認し、本人に手渡し服薬出来たかを確認している。		
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	その人の生活歴から出来る事を役割として日常的、継続的に行えるようにしている。その都度、感謝の気持ちを伝えたり、一緒に会話をしながら行ったりし、喜びや楽しみを感じられるよう関わっている。		
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	入居者の希望を取り入れながらその季節でしか見られない花々を見て季節感を感じてもらえるよう皆で外出したり、家族と外食したりしている。また、食材の買い出しや散歩等にて日常的に戸外へ出掛けている。	近隣の散歩は、日常的に行っている。近くのスーパーから荷物を乗せるカートを借りておき、職員と食材の買い物に出かけ、戸外へ出る機会を多くしている。また、利用者の希望を振りいれ、新聞で紹介されたところに外食を兼ねて花見に出掛けて、季節感を感じてもらっている。	

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	自己管理可能な方には、家族の確認のもと所持してもらっている。食材の買い出しや外出時に本人が使用出来るよう支援している。		
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	電話は本人、家族の希望を尊重し、自由に対応している。事業所の電話を使用したり、本人持ちの携帯電話を使用したりしている。また、贈り物等のお礼状や年賀状、暑中見舞いを家族、兄弟、友人、知人に書いている。		
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	各居室前や廊下に皆で作った季節のある作品を飾っている。居間は、その時いる方の希望によりテレビを付けたり、音楽を流したりしている。食堂前のテラスには、季節の花や植物を置きいつでも観て気持ちが落ち着けるよう工夫している。	居間兼食堂はガラス窓が大きく明るく、テラスでは外気浴が出来る。居室前や廊下に季節感のある作品が飾られ、面会時や外部の人達に生活状況を知ってもらえるようにしている。植物・花は絶やさないう心がけ、利用者と一緒に楽しむ場所と休む場所を区別した生活環境を整えている。	
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	生活している中で、各々が自分の好きな決まった場所が出来ており、仲の良い方同士でくつろいでいる。また、一人になりたい時は、各自居室で過ごされている。		
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	本人が安心して暮らせるよう、使い慣れた生活用品を持ちこんでもらったり、家族の写真を飾ったり家庭の延長で落ち着けるような環境を作っている。	居室には、馴染みの物を持ち込み、家族の写真を飾ったり、テレビを持ち込んだりして、自分の居場所を大事に安心できて静かに過ごせる場所作りを支援している。	
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	入居者の身体状況に応じて、手すりの増設やトイレの標識を付け、わかりやすくしている。		