

### 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	2491300154		
法人名	株式会社 センチュリークリエイティブ		
事業所名	グループホームあみーご奈垣さえずり		
所在地	三重県名張市奈垣字掛田1431-1		
自己評価作成日	平成24年2月1日	評価結果市町提出日	平成 24 年 5 月 4 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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2491300154&amp;SCD=320&amp;PCD=24">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2491300154&amp;SCD=320&amp;PCD=24</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	三重県津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成24年2月23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)】

認知症高齢者に必要なものの一つに、落ち着いた環境作りが必要と考え、ホームの立地条件を生かした「自然の中」での「自然体の介護」を行っている。ホーム敷地内にいながらにして四季を五感で感じていただきながら、ゆったりと落ち着いた環境と時間の流れの中で、利用者の方々に穏やかに過ごしていただいている。既存の隣接グループホームの利用者及び職員との関わり、重度化した際でも安心して利用を継続できるように設備等を充実させている。

#### 【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)】

平成23年4月に開設したばかりの事業所である。既存のグループホームあみーご奈垣とは隣接して建っており、周囲は樹木の木立に囲まれ自然が豊かで、時には鹿も顔を出すほどの閑静な地である。開所後一年弱が過ぎ、個性豊かな利用者一人ひとりの気持に合わせた対応を、日々工夫しながら介護にあたっている。家族には、日々の介護記録を全面コピーして送付することで安心感を与えている。

#### 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)	○ 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	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
<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	理念を基にその人らしさで生活できるように、職員全員が理解し、支援に取り組んでいる。職員全員が実践できているとはいいがたいが、引き続き教育、指導していく。理念の見直し、簡略化は今後の課題とする。	「個別支援、自立支援、人権の尊重、医療連携、地域との交流」の5項目を理念として掲示し、グループホームのあり方を実践するべく日々努めている。	
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	自治会や地域で実施されている行事にも積極的に参加していく。	管理者は既存の隣接グループホームと兼務しており、寺や神社等の地域行事に参加するなど地域とは積極的な関わりをしている。地元民家とは少し距離的に離れてはいるが、野菜など持ってきてくれることもある。	
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	現在は行なえていないが、施設を地域に開放し、地域住民が気軽に相談できる場としたい。地元民生委員の訪問や運営推進会議を通じて地域への貢献を広げていきたい。		
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	運営推進会議を開催することで、利用者や家族、地域住民の意見や要望を聞き取ることができるようになった。今後さらに充実した会議にし、運営に反映させていく。	グループホーム開設後、3回の開催である。同法人の隣接グループホームと同時開催の許可を行政から得たので、今後は開催の充実を図る予定である。今までの会議で出された意見は、できる限り運営に反映し、サービス向上に努めている。	新規開設後のせわしい時期を過ぎた事や利用者的人数も落ち着いてきたこと等から、今後は年6回の開催を目指して、よりよいグループホームへ成長させていただきたい。
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取り組んでいる	事業所では解決できない問題については、行政担当窓口または地域包括支援センターに相談している。	相談事項が生じた時にはよく訪問をしたり、市主催の研修などにも参加して連絡を密にしている。包括支援センターからも入居者についての問い合わせや相談を受けるなど、協力関係を築いた取り組みをしている。	
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「介指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	日々の申し送り時等で、自覚のない身体拘束が行われていないかを点検しているが、身体拘束に関わる勉強会は未だできていない。玄関等の施錠については夜間等、職員の手薄な時間のみに限定している。	利用者が玄関へ向かうことは殆どなく、日中玄関の施錠はしていない。玄関とリビングの境に二重ドアがあり、夜勤時の安全になっている。安定剤等は、入居後はできるだけ減らす方向で支援しており、禁止より見守りを重点にしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	日々の業務や会議の中で利用者への関わり方を指導している。高齢者虐待防止法に関する理解浸透や事業所での勉強会は行われていない。		

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
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	一昨年に参加させていただいた「三重連携プロジェクト」の中で、成年後見人制度の勉強会に職員が多数参加し、学ぶことが出来た。実際に利用している家族もあり、今後も家族や職員へ理解と活用について話し合っていく。		
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、利用者や家族に納得していただけるよう、時間をかけてオリエンテーションを行なっている。		
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	利用者の個々に不満や苦情はその都度受け付け、速やかに改善を行なっている。また、定期的に利用者・家族と話し合い、運営に反映できるように努力している。意見等が出たときには、カンファレンスを開催し、改善方法を検討している。	年2回の家族会議や面会時を捉えて意見を聞いている。本人にできるだけやらせてほしいとの家族の意向をふまえ、できる範囲で対応をしている。	
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	月に1度、職員会議を設け、意見交換している。意見等が出たときには、職員会議を開催し、改善方法を検討している。社内で行う月1回のミーティングに事業所の課題やその解決策について検討している。	本社での管理職会議が月1回あり、各事業所でのミーティングの意見等を伝える機会をもっている。職員昇格や、トイレの手すり改善等の具体的要望を代表者に伝え、運営に反映している。しかし法人内部の研修は実施していない。	外部研修への参加はしているが、職員全員のさらなる質向上を目指して、内部研修も充実させるような取り組みを望みたい。
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	運営者は役員または管理者から定期的に会議等で報告を受け、必要であれば個々に面談の場を設ける。職員個々の努力や実績をもとに評価し、給与や役職の見直しを行なっている。また、職員の資格取得に向けた支援をしている。これについても社内ミーティングで検討、解決していている。		
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	職員個々の経験やレベルに応じて指導を行っている。頻度としては充分ではないが、介護職員の外部への研修参加を行っている。		
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	「三重連携プロジェクト」に参加させていただき、研修や勉強会等の場が、市内の施設との交流の場となっている。地域包括支援センターが主催する交流会へも参加している。		

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
<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	初期面談時に、利用者宅に訪問し、本人の思いや意向に耳を傾けている。		
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	申し込みや初期面談時には家族の不安や困っていること、今後の要望などに耳を傾け、信頼関係作りの努力をしている。		
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	居宅介護支援事業所のケアマネージャーに相談するなどし、当事業所が本人にとって適切かどうかを見極めている。必要があれば、他のサービスとの併用を勧めたり、事業所以外の適切なサービスの利用を提案している。		
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	職員が一方向的に支援してしまわないよう、利用者個人の残存能力や意向を聞き取り関わっている。日課についても業務優先ではなく、利用者のペースに応じて見直している。		
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	通院や運営推進会議などに参加して頂いている。本人の要望があった際や状態が不安定なときには、家族に協力を求め訪問や外出支援、電話や手紙など、家族にしかできない支援をお願いしている。		
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	今までのつながりを持っておられる方は少ないが、友人・知人が訪問された際は、ゆっくり過ごしてもらえるように心がけている。入所前に利用していたかかりつけ医などを利用してもらっている。	元の自宅の隣人が訪ねてきてくれたり、馴染みの店が来てくれたり、正月に家族と外泊をするなど、それぞれの方の場合に合わせて関係継続の支援をしている。	
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	職員が調整役となり、利用者同士の関係がうまくいくように努力している。テーブル席の位置など、気の合う利用者同士になるよう工夫している。他の利用者とのかわりを好まない方には職員が関わる時間を増やしている。		

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	サービスを終了しても、家族へは相談、連絡していただくよう説明している。		
<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	利用者が何を考え、何を希望しているのかを、毎日の生活や会話を通して把握できるように努めている。職員の気づきや利用者の要望は日誌に書きとめ、必要があれば会議を開催し、変更できるようにしている。	日々の状態や職員の気づきを、一人ひとりの引き継ぎシートや業務日誌に記載し、意向把握に努めている。スタッフも一年弱の経過を得てようやく対応に慣れ、意向をうまく把握できるようになっている。	
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	面接時、入居後も利用者との日常会話や家族との情報交換を通じて、利用者の事柄について把握できるよう努めている。		
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	利用者のできることを生かし、ケアプランの見直し、カンファレンスや職員会議等によって、ひとりひとりの生活リズムの把握に努めている。また、日常生活の中で現状を把握し、ケアプランへとつなげている。		
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	定期的な評価やカンファレンスに加え、状態に変化があった場合には、本人や家族の意向、職員の意見を反映させ、現状に即した介護計画を作成できるよう努力している。	カンファレンスを職員会議とは別に月1回開催し、ケアマネージャーが原稿を作成、それに基づいて皆で検討している。見直しも3か月毎にしている。	
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	日々の様子や気づきを引き継ぎシート、介護記録等に記載し、情報を共有している。また、いつでも職員が確認できるようにしており、勤務開始前に確認するよう義務づけている。		
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	利用者・家族の希望にそって通院介助や好みの食事、グループや個別の支援を柔軟に行っている。家族が近隣に居ない方へは荷物の搬送等も行っている。		

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
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	同一敷地内または市内のグループホームに来ていただいているボランティア団体との関わりを持っている。		
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	入居時に協力医療機関への通院を説明している。本人や家族の希望や医師の勧めがあれば、以前からのかかりつけ医で医療を受けられるよう対応している。利用者の心身の状況によっては、新たな医療機関への受診を勧めたり、家族の希望によって医療機関の変更も行う。	家族の希望により以前のかかりつけ医の方もあり、協力医に変更される方もあり、希望に沿った支援をしている。看護師の常駐により、健康管理ができており、介護度3から1へ改善した方もあり、医療面での安心感がある。	
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	施設内の看護師または、契約している訪問看護師に相談し、常に健康管理に努め、状態変化に応じた看護、病院受診ができるよう支援している。		
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。	協力医療機関、かかりつけ医に相談しながら、入院の対応、紹介をして頂いている。入院後は治療方針、今後の経過などについて、医療機関と連絡を取り、本人・家族と話し合いながら、最も良いと思われる支援が提供出来るよう努めている。		
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	初回面接時と契約時に重度化した場合の対応について説明し、家族に理解して頂いている。入院、他の施設への移動が必要であれば、その都度利用者及び家族の意向を確認し、その上で事業所の意向を本人、家族に説明し話し合い理解を求めている。また、利用可能なサービスが他であれば、十分な情報収集を行い、提供している。	家族会で心配な事として議題に挙げている項目である。入居時に「重度化終末期対応指針」に基づき、ひと通りの説明をしている。まだ事例はないが、その時が来たときには改めて家族の意向を聞き、話し合いによる対応と支援を行うようにしている。	
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	管理者や看護師から、利用者の状態に応じた対応をその都度指示している。新規職員へ救命講習の受講を検討中である。		
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	地元消防団や消防本部から視察や協力を得られる体制はとっている。避難訓練を定期的実施する必要がある。	消防署との連携はとっているが、避難訓練は未だ実施していない。	春と秋に予定どおり確実に避難訓練を実施し、利用者・職員共々訓練体験を身につけ、災害についての意識を持っていただくようお願いしたい。

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
<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	利用者の人格を否定するような言動をしないよう実践し、日々指導し、職員の教育に努めている。 個々の職員へ、また会議の場で全員に指導している。	各々の希望に応じたりリビングの席づくりをしたり、声かけのトーンを利用者ごとに工夫するなど、その方の個性に応じた言葉かけや対応を配慮している。	
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	利用者が自己決定できる場面を作り、また意思表示が困難な利用者には、表情を読み取り、見極めの対応をしている。		
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	基本的に大まかな一日の流れはあるが、起床時間や食事、外出や居室で過ごす時間など、利用者一人ひとりのペースで生活できるよう支援を行っている。		
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	利用者が自分で身支度できるよう支援している。入浴前の衣類の準備など、利用者本人にさせていただくよう働きかけてたり、一緒に選ぶよう心がけている。		
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	調理は職員と一部利用者で行なっているが、他の利用者にも食事の準備、配膳や片付けなどを手伝ってもらっている。他に外食や外注などを利用したり、利用者の意見を聞き、食事を楽しめるようにしている。	献立と食材は業者委託であるが、調理や配膳などではできる人が手伝っている。運営推進会議で出された意見をふまえ、時々外部の寿司屋に注文するなどの楽しみも入れている。暖かくなったら外食することも検討している。	
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	利用者一人ひとりの嗜好について把握し、食事量を毎回チェックし記録している。咀嚼、嚥下能力に応じて、刻む、トロミを付けるなど食事形態に配慮している。水分摂取量の少ない利用者には、本人や家族の意向を聞き、好みのもの、飲みやすいもので対応している。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行い、個々に応じて歯磨き、義歯洗浄、うがいの支援を行っている。		

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
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	本人の訴え、排泄パターン、あるいは行動によって排泄のタイミングを図り、誘導、支援している。本人の状態や環境に応じて対応している。	半分の方が自立しているが、排泄チェック表によりパターンを把握して、リハビリパンツやパット使用の方も含めて、全員のトイレ誘導を基本にしている。	
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り組んでいる	栄養バランスを考えた食事・おやつを取り入れられている。便秘がちな利用者に対しては、個々の排便ペースを把握し、必要に応じて下剤の服用、また腹部マッサージを行うなどして、自然排便を促す工夫をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴の苦手な利用者には、気分の良い日に入浴していただいたり、シャワー浴にしたりと対応している。ある程度、曜日、時間帯を設定しているが、入浴したいと希望があれば、柔軟に対応している。入浴を好まない利用者もあり、如何に快く入浴していただけるかは課題である。	週3回は入浴するよう配慮をしているが、入浴嫌いの方の対応に苦慮している。介護者との相性もあり、できる限り柔軟な対応を心掛けている。	
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	居室の他に、リビングにはソファがあり、利用者は個別に心地よく休息していただく場所、時間に配慮している。夜間については居室の照明や温度、また主治医と薬剤について検討し、良眠でき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	個人別に内服薬と説明書を保管し、職員が服薬状況を確認できるようにしている。服薬の確認は準備、服薬前、服薬後にそれぞれ異なった職員が行う。利用者の状況変化があれば、医師、看護師に相談し、必要に応じて投薬の変更をしてもらっている。		
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	利用者の状態や嗜好、生活歴に応じ、調理や洗濯等の役割を持っていただいたり、買い物や食事、飲酒等も利用者の意向を聞き、楽しんでいただけるようにしている。		
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	散歩や買い物等、希望によって対応している。また、家族の協力を得ながら外出の機会を持っていただいている。	全員での外出には、買い物依存や帰宅願望などの困難事例を経験したことから少人数に分けて対応し、小さな外出を心掛けている。日常的には1対1の付き添いで、周囲を散歩をするなどしている。	



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	入居時に家族には金銭を持たせてもらうことはよいと説明している。現金を持っている利用者は限られており、ほとんどが施設が立て替えての支払いとなっている。本人が希望された場合は家族に説明し、いくらかの現金を所持してもらっている。		
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	本人が家族に電話を希望された時は職員が取り次ぎ支援しているが、家族に同意を得てかける場合もある。手紙については自由にされている。		
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	居間にはソファーや畳コーナーを設け、複数での使用や、お一人での使用が出来るようにしている。照明は温かみのある電球色にしている。温度・湿度の管理もまめに行い、冷暖房、加湿、除湿に注意している。	台所から炊事をしながら全体を見渡せ、食堂とリビングが一体となった広い空間は清潔である。畳コーナーには神棚が飾られ、心の落ち着く場所になっている。テレビ前のソファには家庭から持ち込まれた馴染みのソファを置くなど、不穏を防ぐ配慮もしている。	
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	リビングにはテーブル席とソファー、畳コーナーがあり、一人で過ごすことも、気の合った利用者同士で過ごすこともできる工夫をしている。		
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、家族には使い慣れた物品を持ってきてもらうようお願いしており、ご夫婦の方は1室を寝室に、もう一室を居間として使用していただくなど思い思いの居室作りをされている。	入り口が分からない人には目印になるような暖簾を下げたり表札をかけるなど、自室が分かるよう工夫をしている。壁に写真を貼るなど各自に合った部屋作りをしているが、総じてさっぱりした居室になっている。	
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」「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	テーブルの位置や、椅子の形態、トイレまでの距離等、本人の状態を考慮している。一部の居室内には洗面台を設け、また施設内全体を県のユニバーサルデザイン適応に整備している。		