

# 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	2270100461		
法人名	有限会社 ケアシェルパ		
事業所名	グループホーム あたがわ	ユニット名	A棟
所在地	静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本1423-107		
自己評価作成日	平成21年12月26日	評価結果市町村受理日	平成22年3月23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.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do">http://www.kaigo-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限会社 福祉第三者評価・調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成22年1月30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)】

家庭的な環境の中で、穏やかに、のんびりと生活していただき、生活リハビリと心のケアを中心とし、日々入居者様の支援を行っております。  
季節ごとの行事や地域の行事にも積極的に参加させていただいております。、ホームが孤立しないよう地域の一人として交流することに努めております。  
キャラバン・メイトを利用し、地域の方へ認知症について正しく理解していただく情報発信を行っております。

## 【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)】

伊豆急行電鉄「熱川駅」から近く、高台の眺望の良いホームである。窓からは海やみかん畑が見渡せ、日当たりの良い窓辺で眺望を楽しむ利用者が多く見られた。管理者とホーム長が兄弟であることから、チームワークの良い手厚いケアが提供されていることがうかがえる。また職員は利用者の特性を良く理解し、自立に向けた活気ある生活となるよう支援しており学習意欲も高い。日々進歩している前向きなホームである。

## 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 3. 家族の1/3くらい 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、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
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				

# 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	2270100461		
法人名	有限会社 ケアシェルパ		
事業所名	グループホーム あたがわ	ユニット名	B棟
所在地	静岡県賀茂郡東伊豆町奈良本1423-107		
自己評価作成日		評価結果市町村受理日	平成22年3月23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-kouhyo-shizuoka.jp/kaigosip/Top.do>

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	セリオコーポレーション有限会社 福祉第三者評価・調査事業部		
所在地	静岡県静岡市清水区迎山町4-1		
訪問調査日	平成22年1月30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)】

家庭的な環境の中で、穏やかに、のんびりと生活していただき、生活リハビリと心のケアを中心とし、日々入居者様の支援を行っております。  
季節ごとの行事や地域の行事にも積極的に参加させていただいています。、ホームが孤立しないよう地域の一人として交流することに努めております。  
キャラバン・メイトを利用し、地域の方へ認知症について正しく理解していただく情報発信を行っております。

## 【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)】

※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価表に記入されています。

## 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、戸外に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、安心して暮らしている (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
<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	過去に体験した「想い」をその暮らしの中で展開できるように家庭に近い環境を最大限作りだすよう努力し、その人らしく暮らし続けるために、残存能力を引き出し、自立した生活ができるよう職員一同、心掛けている。	ホームの運営理念はホーム内の各所に掲示されている。また勤務票等にも明記され職員の業務の規範となっていた。月毎の目標も行事に合わせて設定され、サービスの向上に努めている。	
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	地域(班)の回覧板を回してもらったり、地域のクリーン作戦の参加や地域行事(いきいきサロン等)の参加や当ホームの行事(祭り)の呼びかけを行い、交流をしている。	自治会に加入し、清掃等の地域活動にも参加することで地域との連携に努めている。またホームの行事や祭事に地域住民が参加できるよう配慮しており、住民からの認知も進んでいる。	
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	キャラバン・メイトの活動を通し、認知症に関する知識や理念等の理解を近隣中学校の生徒や近隣の住民の方、役場の職員等に広める取り組みを行っている。		
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	評価が公表された時点で運営推進会議を使い、御家族や民生委員の方や、包括職員の方へ報告する場を設け、改善点についても意見をもらいながら検討し、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催されており、記録も確認出来た。会議には役場の福祉課職員や利用者、家族も参加しており活発に情報交換されていた。会議の内容は全職員に周知され、サービスに活かされている。	
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に取り組んでいる	入居相談や認知症サポーターキャラバンの打ち合わせや高齢者あんしん見守りネットワーク等で打ち合わせや相談に行っており、今年から災害時の要介護者の受け入れの協定も結んでいる。	ホームでは、開設当初から積極的に生活保護利用者を受け入れており行政との関係が深い。また管理者やホーム長が頻回に役場を訪問することで、協力関係を構築している。	
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	身体拘束ゼロの手引きを全職員が閲覧し、他には今年より身体拘束排除マニュアルを作成し、こちらも全職員が確認し、身体拘束をしないケアの徹底を図っている。	玄関に施錠しないケアを実践しており、利用者は庭の畑等に自由に出入りしている。職員は危険の無いよう見守りながら、和やかな声かけを実施していた。全ての職員が身体拘束を排除する姿勢を持っている。	
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	高齢者虐待防止の基本資料を全職員が閲覧し、虐待防止の徹底を行っている。		

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
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	研修に行った職員や責任者が中心となり勉強会を開催し、権利擁護に関する制度の周知を図っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関しては、入居前に十分に説明し、契約書中身の解りづらい部分に関しては理解、納得してもらうまで、きちんと説明を行っており、解約も同様に行っている。		
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	運営推進会議に入居者も参加していただき、参加された家族や入居者にも意見、要望を聞き入れている。その他では、担当職員によるお手紙により意見、要望を確認し面会時に意見等をもらっている。	毎月の行事には家族が気軽に参加できるよう配慮しており、家族から直接意見を聴き取る努力をしている。また日常のコミュニケーションの中で、気軽に意見や要望を表明できる雰囲気作りに努めている。	
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	毎週行っているミーティングや日々の話し合いの中で意見や提案を聞き、可能な限り反映させている。	管理者やホーム長が職員の相談役として良く機能しており、カンファレンスや送り等を通じて職員の意見を傾聴している。意見は迅速に運営に活かされている。	
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	介護職員処遇改善交付金の申請により処遇の改善に努め、また日々の業務態度や努力を管理者等から聞き取りや直接現場の様子を見ることで、今後の調整に努めている。		
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	代表者は必要な研修費、職員の配置調整等の指示を管理者へ出し研修機会の確保を促している。		
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	今までは研修場所が市街地中心のため、なかなか研修に行く機会が設けられずにいたが、今後はいくつかの事業所が集まり、合同研修会の準備を進めている。		

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
<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	各入居者に担当職員を設け、入居者からの意見をより聞き入れられるよう努めており、状況に応じて個別で対話を行うことにより安心感を高め、関係作りの確保に努めている。		
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	利用にあたる前に御家族が問題にしている点や、不安に思うことを確認し、ホームでどのように過ごしてほしいか等のニーズの聞き入れを行っている。		
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	相談時に本人の状態を責任者及びケアマネジャーで確認し、ホームとしての役割の説明を行い、状況によっては他のサービスの案内や紹介を行っている。ホームで生活していく中でも通院の対応方法等で家族や本人の支援方法を見極めている。		
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	テーブル席の配置の考慮をし、掃除では役割りをもってもらい、買い物も入居者と一緒に行っている。問いかけも「～をして下さい。」ではなく「～しましょうか？」を心掛けている。		
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	最低月1回の面会をしていただけるような仕組み作りを行っている。担当職員を配置し、手紙での近状報告も行っており、状況に応じて電話を使い本人より連絡していただくこともある。御家族様の希望によって外出、外泊は原則自由にしてある。		
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う、支援に努めている	買い物の同行や、地域行事の参加等により馴染みの人との交流を行える場面作りを心掛けている。ホーム行事には御家族様だけでなく、入居者様の友人にも案内し、参加を呼びかけている。	ホームでは利用者の友人や地域の人々が自由に面会できるよう配慮している。また食料の買い物は利用者と共に出かけており、馴染みの場所や人との交流が途切れないう努めている。	
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	ホームの生活の中で中心となる「ホール」で、そのテーブル席は本人の意向や相性の良さをみて決定しており、トラブルや訴えがあれば随時対応している。他には掃除の役割り分担により入居者様同士が関わり合い、支え合えるよう支援している。		

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	記録類をきちんと保管しており、必要に応じて御家族や医療機関、介護施設等に情報提供や相談に応じられるようにしている。病状の悪化等で入院になった場合は時間が空き、御家族様の了承が得られればお見舞いに行かせてもらっている。		
<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	日常の会話の中での雑談や、担当職員の配置により希望、意向の把握に努めている。重大な内容はミーティングを使い議題にし、話し合いの場を作っている。	アセスメントにはセンター方式を利用し生活歴等の把握をしている。また日常のコミュニケーションから思いや意向を引き出すよう配慮しており、困難な場合には本人本位のサービスとなるよう関係者と検討を重ねている。	
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	入居時に利用者及び御家族から過去の体験や生活歴を聞き取り、日常生活の行動、会話などから希望や意向の把握に努めている。レクリエーションの参加有無も強制はせず、本人の意思を尊重している。		
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	日常の過ごし方、心身状態は個人記録に細かく記載しており、日頃と違う行動や変化があった場合は業務日誌に記載し申し送りをし、責任者に報告を行っている。		
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	定期的なプランの見直しと週1回のミーティングにて、職員、担当職員、ケアマネージャー、ホーム長など、意見交換を行い、御家族には面会時に現状報告や要望を伺っている。プラン見直し時には御家族へ変更の都度確認していただくために郵送にてプラン変更内容を確認していただいている。	介護計画は必要に応じて定期、不定期に更新されており、現状に即した利用者本位の計画となっていた。家族も含めて良く検討されていたが、署名や捺印が得られていなかった。	家族への説明および同意が得られていることはアンケート調査でも明らかではあるが、今後は同意の証明となる署名、捺印を確実に得ておく努力が望まれる。
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	業務日誌や夜間業務日誌には全体の様子が解るよう記入し、個人ケース記録にて細かな様子も記入し、情報の共有を図っている。また連絡ノート、ミーティングノートも情報共有の資料として活用している。		
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	訪問診療、訪問看護、歯科受診、歯科往診等を御家族様の状況や本人のニーズにより支援している。また美容室に行くことを希望されている方には可能な範囲で送り迎えの対応も行っている。		

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	町内主催の行事の参加やホーム主催の行事の招待等行い交流を深めている。近隣中学生の体験学習の受け入れや中学校の教員の実習受け入れ、保育園児やボランティアさんの協力によるイベントの実施を行っている。		
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	本人及び御家族の要望を受け、従来のかかりつけ医の継続か当ホーム提携の病院若しくは往診を決めている。専門医療機関へ状況に応じて診ていただいている。	協力医による受診と月2回の往診で適切な医療を受けられるように支援している。また訪問看護の利用により利用者の健康管理を実施しており、24時間の緊急体制もある。希望により従来のかかりつけ医も選択できる。	
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	11月より入居者様全員に訪問看護による往診も始めており、細かな状態の変化も含め情報を伝え相談し医療機関との連携強化に努めている。		
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。	入院の際には、サマリーの提出にて状態を報告している。入院時は可能な範囲でホーム責任者及び職員により、面会に行き状態の確認を行っている。また訪問看護に情報を伝達し病院関係者と連携を図っている。		
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	入居者様の状態の変化に応じて、御家族様、訪問看護、医師と相談、話し合いを行い方針の共有を図っている。	入居時には重度化や終末期について十分に説明し理解を得た上で同意書を交わしている。また医療との連携を図りながら、家族や本人の希望を優先した取り組みを実施しているが、同意書に具体的な取り組み内容が記載されていなかった。	ターミナルケアについては、書面において常に現状に即した具体的な同意が得られていることが望ましい。医療関係者も含め、同意書の内容についての再検討が望まれる。
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	訪問看護の看護師による勉強会の実施予定をしている。今後は年間計画をたて年間に数名は救命救急の講習会に参加させる。		
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	定期的な防災訓練の実施を行っている。11月に2名が防火管理者の講習を受けており職員の教育も行っている。春頃には夜間想定での防災訓練を実施する予定である。	避難訓練等は消防署の協力を得て定期的実施している。職員の防災意識は高く、消火器の設置場所も適切であったが、夜間想定での訓練、非常時の食料や飲料水の備蓄が確認できなかった。	職員の少ない夜間帯を想定した避難訓練や近隣住民による協力体制の構築、および非常災害時の食料や飲料水の備蓄が望まれる。



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	言葉掛けの配慮は当然の事として、楽しんで生活していただくため、それぞれの入居者様の合わせて生活に馴染みのある思い入れ等も織り交ぜた会話を心掛けている。	職員は利用者の尊厳を損ねないよう配慮した言葉かけを実施していた。入居当初には利用者が早期にホームの生活に慣れるよう、職員が側にいて手助けをしている。書類等は鍵のかかる書庫にて管理されていた。	
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	買い物、図書館、いきいきサロンでは、興味のある方へ声かけをし本人の希望を尊重し、参加の有無を決定していただいている。気温に応じておやつ時の飲み物も冷たい物が温かい物かの選択等もしていただいている。		
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	基本的には1日を通して自由に過ごしていただいている。個々の判断による外出は困難な方もいる為、職員の状況により実行出来ない場合もあるが散歩、畑仕事等を楽しんでいただけるよう支援している。ホーム内での生活は自由に過ごしていただいている。		
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	衣類に関しては、本人で出来る方には自分で決めていただき、そうでない方は担当職員により衣替え時の管理を行い、不足品等は御家族様と連絡を取り合い補充を行っている。また金銭面で可能な方は美容室や整髪料購入の支援も行っている。		
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	食材切り、皿洗い、下膳、テーブル拭きなど、食事の作業を入居者様のレベルに合わせて、共同作業を行っている。自然に作業の一連の流れが出来上がっている。	毎日のメニューには利用者の希望を取り入れている。食事の準備や片付けは利用者と共に行っており、自然な流れで利用者の持てる力が発揮されていた。誕生日にはケーキ作りや外食も楽しんでいる。	
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	偏食のある方にはバランス良く食べていただけるよう声かけ等し、お箸がうまく使えなくなってきた方には一部介助を行ったり、スプーンでの対応を行ったりしている。入居者様の食事量及水分量は業務日誌に記入欄があり、どのくらいの摂取量になっているかを、把握できるようにしてある。		
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	朝は入居者の装着どうの支援、昼の歯磨きに関しては自ら出来る方が行っており、夕食後は入居者様の歯磨きを全入居者様が行えるよう介助に入り行っている。今後は朝、昼の歯磨きの支援、舌磨きの支援をケアプランに反映させながら行っていきたい。		



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
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	パッドやリハパンに頼り過ぎないように個々に合わせてトイレ誘導、声かけを実施している。入居者様の排泄時の細かなサイン(動作)を見逃さないように職員一同で努めている。	職員は利用者の排泄時のサインを見逃さないよう適切な観察を実施している。また声掛けを工夫してトイレ誘導することで排泄の自立に向けた支援を行っているが、排泄パターンの記録が充分ではなかった。	排泄パターン記録については体調不良時以外でも的確に記録される事が望ましい。職員の意見を聞きながら、ホーム独自の方法を確立することが望まれる。
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	全入居者様の排便チェックを日々行っている。(自己申告も含め) 便秘になりがちな方には毎朝、牛乳を飲んでいただいたり、食事内容も工夫している。それでも改善出来ない場合は、主治医に相談し、改善・予防を行っている。		
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	曜日の指定はあるが、なるべく入浴の順番等は本人の希望を優先するよう努めている。但し職員配置の都合により安全面確保の理由から時間帯は午前10時頃から15時30分の間での入浴となっている。	出来るだけ週3回の入浴を心がけているが、本人の希望により柔軟に対応している。入浴を好まない利用者には清拭で対応したり、声掛けに工夫をして個々に沿った支援をしている。	
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	体調が悪い時や、気分が悪い時は無理強いせずに休んでもらっている。 気分転換の意も含め、買い物や散歩などで外に行き、程よく体を動かしてもらい安眠に努めている。		
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	全入居者様に担当の職員をつけ、内容の理解、管理を行っており、副作用の注意点や薬変更の時は業務日誌や連絡ノートに記入し担当職員以外の職員を周知できるようにしている。		
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	最低月1回は行事を計画し、楽しんでいただいている。また、日々ビデオ鑑賞や、カラオケ、散歩、職員による三味線の演奏などその日の雰囲気に合わせて気分転換していただいている。		
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	美容室、買い物、図書館、いきいきサロンなど入居者様の希望になるべく沿って支援している。シーズンによっては、いちご狩り、足湯にも行っている。 家族の支援では、月1回の受診による外出や、実家に連れて行っていただくなどをしていただいている。	日常的に、散歩や庭にある畑、図書館等に出かけている。また買い物時には地域の文化会館に行ったり、馴染みのある場所に立ち寄り等、利用者の希望に沿った外出となるよう配慮している。また季節ごとの外出や外食にも出かけている。	

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	個々の能力や希望に合わせて多額ではないが、金銭の所持と使用を支援している方もいる。必要物品はホーム買い物時に同行してもらい自分で購入していただく。(会計時はスタッフも同行する。)		
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	個々の能力や希望に合わせて電話の支援(主には受ける方)や手紙でのやり取りができるよう切手や便箋、年賀状などを用意している。		
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	共有空間は明るく静かで温かみのあり家庭的な雰囲気保てるよう工夫している。季節毎の行事なども取り入れた室内装飾も心がけている。	居間と台所は対面式で開放感があり、台所から利用者の様子が把握できる。また廊下は広く、壁には利用者が描いた水彩画や、行事の時に写した笑顔の写真が掲示され、居心地良く過ごせるよう工夫されている。	
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	ホールに3人座れるソファを設置しており、玄関に椅子を、玄関下にはベンチを設置しており気の合った入居者様同士で日向ぼっこ等できるよう工夫している。		
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	入居時に御家族様と相談し使い慣れている物となるべく使用してほしい事を伝え、協力していただき、状況に応じて入居後に必要と判断した物も御家族様へ可能な範囲で対応していただいている。	居室には本人の使い慣れた家具や日用品が持ち込まれ、居心地良く生活出来るよう配慮されている。部屋の壁には行事の写真や趣味の物が飾られており、各々その人らしい個性的な居室になっていた。	
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	混乱や失敗が起きないように個々の能力を見極めて対応しており、居室には表札を付け部屋の識別を行い、夜間トイレへ辿りつけるようトイレ内の電気をつけたままにするなどの対応も行っている。また、建物内は全面バリアフリーになっている。		

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	過去に体験した「想い」をその暮らしの中で展開できるよう家庭に近い環境を最大限作りだすよう努力し、その人らしく暮らし続けるために、残存能力を引き出し、自立した生活ができるよう職員一同、心掛けている。	※複数ユニットの外部評価結果は1ユニット目の評価表に記入されています。	
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	回覧板や散歩で近隣の人と接し、買い物や地域の行事に積極的に参加することで地域の人々と交流している。本年は中学生や幼稚園生との交流も増え、ホームに来客する方も増えた。		
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	キャラバンメイトを2名育成し地域の人々に認知症理解の推進を行っている。 中学校、役場職員、農協婦人部、ジュニアボランティア、などに本年は公演を行った。	/	
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	運営推進会議では毎回利用状況やサービス内容を報告させていただいている。そこでの意見を今後の運営に生かせるよう努めている。		
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	役場健づくり科や包括支援センターと頻りに連絡や相談を行い、協力体制を築いている。		
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	事務所に「介護基準における禁止の対象となる具体的な行為」の資料を掲示しており職員はそれらを観覧し理解を深めている。 またグループホームあたがわでは開所以来一度も身体拘束を行ったことは無い。		
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	事務所に高齢者虐待防止法の資料を掲示し職員は法令を理解し管理者職員は相互に注意し防止に努めている。	/	

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	ミーティングの時間を使い勉強会を開き知識を高めている。また入居者にも後見制度や権利擁護の利用を推進している。		
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	契約時には全て朗読させていただき疑問点を全て確認、理解していただいてから入居していただいている。加算等が新たに発生する際には全ての家族へ直接説明し理解に努めている。		
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	運営推進会議では家族から要望等を聞く機会を設けているが、あまり意見が出ていないのが現状。苦情受付ポストも実際意見が入ったことが無い。		
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	ミーティングや個々の相談等から意見提案があった場合には代表者と相談し今後に生かす努力を行っている。		
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	介護職員処遇改善交付金の申請により処遇の改善に努め、また日々の業務態度や努力を管理者等から聞き取りや直接現場の様子を見ることで、今後の調整に努めている。		
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	代表者は必要な研修費、職員の配置調整等の指示を管理者へ出し研修機会の確保を促している。		
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	町で行われた災害時対策の研修へ参加。来年度には町の小規模事業所で合同の研修会を4回予定しており、交流やサービスの向上を目指している。		

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	入居時にニーズの調査をしている。また担当者を決め早期に信頼関係を築き傾聴に努めている。		
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	今までの生活歴や家族の要望等を入居前の段階から聞き取り、不安を減らせるよう努めている。		
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	入居申し込みや見学する際に本人の状況の聞き取りを行い、グループホーム対象の方なのか、待機の場合にはその間の介護サービスの活用や家庭での介護アドバイスも行っている。		
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	生活リハビリを中心に入居者の活躍の場を作り、職員と入居者は家族のような関係を築いている。		
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	毎月の手紙による情報の共有で共に支援をしている。また外来受診などは家族が対応している。		
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	外部との交流が持てるよう買い物や地域イベントの参加で場所や馴染みの関係が途切れないよう支援している。また家族や友人等へは手紙や電話連絡の支援を行っている。		
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	共同作業を行うことで入居者同士の係わりを増やしている。また相性等も考慮した席の配置を行っている。		

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
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	相談を受けた場合には情報の開示を行っている。		
<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	センター方式を取り入れ個々の生活暦や趣向の把握に努めている。ケアプランやケア会議には問題行動だけでなく本人がどう暮らしたいのかを一番に考え検討している。		
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	センター方式によって把握に努め、ホームでの生活に反映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	ケース記録、業務日誌、センター方式により個々の状態の把握に努め、職員間での情報の共有に使用している。		
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	ケアプランは家族、担当者や全職員の意向を取り入れ行っている。理解の良い入居者には今後の生活やニーズを直接聞きケアの方向性を決めている。		
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	ケース記録や業務日誌を使い情報の共有を行い週1回のミーティングで修正を行っている。		
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	ターミナルケア、通院サービス、ヘアカット、外出イベント、外部との交流イベント、訪問看護サービスなど多様なサービスを提供できるよう努めている。年々サービス種類は増えている。		

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	保育園や中学校との交流、ボランティアの来訪、行政サービスの利用等で地域資源を生かした包括的な支援を行っている。		
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	本人と家族の希望する病院へ受けられるよう支援している。		
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	訪問看護師に気軽に相談や訪問ができる体制を整備した。また看護の情報を主治医へと繋げる取り組みを現在行っている。		
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。	入院時にはサマリーでの情報提供と直接病院へ伺い看護長や相談員と情報の共有や退院時期治療方針の確認を行っている。		
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のホームの方針と家族の意向を話し合っている。家族がホームでの暮らしを強く希望し協力体制がある場合には地域資源を活用したケアを行っている。		
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	マニュアルの作成をしている。まだ少数だが消防が行っている、救命講座に職員を受講させている。今後は訪問看護師による応急手当や初期対応の研修を計画中である。		
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	マニュアルの作成をしている。また年2回の消防訓練をにてスキルの向上を図っている。町との災害時の協定を結んでおり、さらにホームの災害時に対応してもらえるよう調整中。		



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	入浴は個浴で対応、居室へはプライバシーに配慮し訪室している。排泄トラブル等も自尊心に配慮し対応している。		
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	ホームの雰囲気が家族のようなので気軽に思いを伝えてきている。さらに細かい部分では担当者を中心に本人に思いや希望の傾聴に努めている。		
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	入居者のタイムスケジュールは決めていない。希望に沿った支援に努めている。		
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	職員と一緒に入浴準備をしようたい衣服を選んでいただいている。髪も自身の希望する理髪店を選べるよう支援している。イベントなどの時には化粧なども行っている。		
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	下ごしらえや食後の片付け皿洗い等を一緒に行い食事は全員でホールで食べている。		
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	食事量と水分量のチェックを毎食行っており、必要に応じてさらに細かくmlで記録している。個々にペットボトルで渡して水分補給を促している。また能力に応じて食事の形態を工夫し支援している。		
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	毎食後の声かけ誘導介助を行っている。歯のない方も舌磨きを促している。マウスウォッシュも使用。		

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	能力を見極め、個々に排泄プランを考え、Pトイレやリハパン、誘導、介助の支援を行っている。		
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	便秘の悪影響を職員は理解し、食事に食物繊維や牛乳を多く取り入れ下剤に頼るのではなく自然排便を行えるよう支援している。		
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	基本入浴日は火、木、土で決まっているが希望があれば毎日の入浴も調節可能である。時間帯は日中であれば自由に時間を選べる。また入浴剤の使用や季節風呂を取り入れることで楽しめるよう工夫している。		
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	就寝時間は個々の自由にしている。また気持ちよく眠れるよう居室の温度や寝具の調整を行っている。週一回以上のシーツ交換、布団乾燥機を使って衛生を保っている。		
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	全入居者の服薬表を作成し閲覧できるようにしている。薬が変更されたときにはミーティングを開き周知している。症状の変化も記録に残している。		
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	掃除、食事の用意と片付け等で役割を作りやりがいを感じていただいている。月に1回以上のイベントや外食、地域の集まり等で気分転換を支援している。		
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	天気の良い日にはドライブや散歩、定期的には図書館や買い物へ外出している。個別には家族の協力で外出しており、またはそのような希望がある場合には家族へ要望している。		

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	お金の管理能力がある方には所持していただいている。		
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	年賀状を友人や家族へ出せるよう支援している。電話も要望があれば行い、個人的な手紙のやり取りも支援している。		
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	廊下、ホールに季節の飾りや花で季節感を出している。ホールには加湿器を設置。トイレや居室の扉には張り紙で混乱がないよう配慮している。 汚物などはフタ付のゴミ箱に新聞紙に包めて捨て匂いを最小限に抑えている。		
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	ホールにソファを2箇所設置し玄関や玄関先にも椅子を設置し、入居者は思い思いに移動し過ごしている。		
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	入居時に家族へ相談要望し、使い慣れた家具や日用品を持ってきていただいている。その後は担当者、家族、本人で相談しながら心地良い居室作りを行っている。		
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	オールバリアフリーと手すりにて安全を確保し部屋にはナースコールを完備している。		