

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	4271200554		
法人名	社会福祉法人 愛隣会		
事業所名	グループホームはさみ里(れもん)		
所在地	〒859-3726 長崎県東彼杵郡波佐見町稗木場郷798番地1		
自己評価作成日	平成21年11月7日	評価結果市町村受理日	平成22年3月9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://ngs-kaigo-kohyo.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 ローカルネット日本医療福祉評価支援機構		
所在地	〒855-0801 長崎県島原市高島二丁目島原商工会議所1階		
訪問調査日	平成22年1月29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)】

その方の思いに届く介護を心がけている。そのためには、家庭での生活状況を知り、できるだけ継続できるように慣じみの関係を大切に買い物、知人との面会、冠婚葬祭、大事にしてきた行事への参加などを家族と協同して行っている。身体面においては、細かな観察を行い、病院と医療連携を図り、苦痛の緩和に努め、機能低下防止のための個別リハビリを施行している。認知症においては、グループホームで快適に過ごせるように、失見当識に対する場所の表示や記憶障害に対しては根気強く丁寧なかかわりを心がけ、生活リハビリやレクリエーションなどにより、認知症の進行を緩和する援助に努めている。職員は、研修やセミナーに参加し、種々の資格取得のための学習を重ね、介護研究発表するなど、質の高い介護を提供するために自己研鑽し、チームとしてもお互いを気遣い大切にしながら、地域の方々にも高い評価が頂けるよう努めている。

【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)】

入居者の今までの暮らしや「帰宅したい」という思いを受け入れて、個別対応に重点が置かれている。地域や社会との繋がりも外出や行事参加といった継続支援を行い、例えば、農作業に従事された入居者も多いことから「棚田まつり」や同様に関わりがあられた「陶器市」に出かけられたり、期日前投票での真剣な表情やカラオケに出かけ、活き活きと興じられた場面など様々な刺激が、入居者を内にこもることなく外へ向かう積極性を導き出している。身体面でも、今までは全体に一律的だった訓練を見直し、個別の機能訓練強化を目指した。入居者の意向に沿いながら職員が個別の働きかけをおこない、わずかな時間でもリハビリを重ねていくことで高齢の入居者が車椅子からシルバーカーへの歩行へとめざましい効果をあげられた。こうした支援の実践を支えるのが職員育成への真摯な取り組みである。新人期に個々の手控えとなるノート作成を提案され、先輩職員からの助言や励ましのコメントが寄せられていた。昨年は一人一研修の目標で更に力を入れ、長期間にわたりテーマをもって取り組んだ職員もいる。理念の実践が丁寧に確実になされており、質の高いサービスを提供され続けることに大いに期待できるホームである。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	毎朝申し送り時に職員全員で理念を発表し、日々のケアにつなげている。	理念にある「市民生活の継続」は地域交流に力を入れている。守秘義務の点も配慮しつつ町に溶け込む暮らしとなるよう支援に努めている。「家庭生活」としては、その方の習慣を大切に、身体介護のみならずグループホームらしい個別支援に重点を置くようにして社会性に富む充実した生活支援の実践をおこなっている。	
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	町や地区の行事に参加に参加したり、隣保班の方との挨拶、野菜や果物の差し入れ、お悔やみに参列するなど日常的に交流している。	隣保班（自治会の班）の方とは、畑の手入れのお手伝いや秋には菊の鉢植えや暮れには門松を作ってきてくださるなど近隣のお付き合いでお世話になっている。避難訓練にも参加頂き、入居者の見守りをお願いしてホーム内を見て、アドバイスもいただくことが出来た。今年度はインフルエンザの影響でやむなく世代間交流行事は中止した。	
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	認知症家族の会の参加、“ケアネットはさみ”での介護研究発表、認知症講義などを行っている。		
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践、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	3ヶ月1回運営推進会議を行い、行政や民生委員、家族の方から、情報やアドバイスを頂き、サービスに活かしている。	会議ではホームの活動状況が報告されそのことに関する質疑応答も活発になされている。地域代表として民生委員が参加され地域の情報提供をしてくださるが、地域包括支援センター職員の方の毎回の出席が難しいようである。より会議の活用がなされるよう参加メンバーにも働きかけ毎回の議題を検討中である。	
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	入所退所報告、事故報告、運営推進会議欠席時の報告、入所申し込をしている方の近況把握など、協力関係を築いている。	昨年8月には、社会性における継続支援として町役場へ事前に連絡して、13人の入居者が期日前投票をおこなった。	
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	はさみ荘、デイサービス、グループホームで月1回委員会を行い、拘束廃止に取り組んでおり、グループホームでは、出入口は施錠せず、職員の言動による拘束も委員がチェックして、注意をしている。	行動制限はしないという方針のもとに、常に研修や業務の振り返りをしながら支援をおこなっている。言葉の拘束に関しては職員会議でも取り上げて、方言の使い方など状況や関係性の中で声のトーンや語調が第三者が聞いた時の印象も考えて配慮することを確認した。「待つて」の言葉の後の説明などのフォローも大切としている。	
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	入職時に虐待については厳しく説明し、入浴介助時に観察するなど注意しているため、虐待はみられていない。		

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	セミナーや内外研修時に聞いて理解しているが、実際に活用される方はいない。		
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	入所時に説明し、同意の署名・捺印、交付の捺印を頂いている。改定時にも同様である。		
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	面会、ケア会議、年1回のアンケート調査に意見・要望を頂き、参考になっている。意見箱も玄関に設置している。	事務手続きに関する問い合わせや相談が事務所へあったり、入居者が自宅へ帰宅された際の対応について相談を受け、アドバイスされたりと、家族へはその都度真摯な対応がなされている。アンケートも実施しているが、家族からは感謝や高い評価を下さる回答が寄せられている。	家族からの率直な意見を更なるサービスの向上に反映させていきたいというホームの向上心を有効に活かす為に、アンケート内容に関して、反映させるテーマの絞込みや、アンケートの回収方法の工夫など試みをされ、結果を得られていくことに期待したい。
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	全体会議（はさみ荘・デイサービス・グループホーム合同）で、施設長からの伝達、グループホームでは月1回の職員会議や日々の申し送り時に意見交換を行っている。	全体会議へは施設長と主任が参加し、ホーム職員会議においては委員会や全体会議の報告がなされている。職員の役割分担が確立され「自分の立場で何をしなければいけない」ということから職員が相談先の判断がつく現在の状況は、連携、相談がしやすい管理者と職員間の良好な関係が構築されている。	
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	家庭環境を配慮した勤務体制や、資格取得時の祝い金、資格手当などの支給が行われている。		
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	新人・後輩育成をプログラムに沿って行っている。法人内外で1人1研修参加をすすめている。職員のやりがいのある介護研究と一緒にまとめた発表の場づくり等努めている。		
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	はさみ荘、デイサービス合同の委員会、身体拘束や事故に関する勉強会、ケアネットはさみ・ケアマネ協議会での活動を行っている。		

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
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	職員が入所前に面会し、本人の意向を聞いたり、馴染みの関係になれるよう努めている。		
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	入所時や面会、ケア会議時に家族の不安、要望などを聞いている。		
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	本人・家族より情報収集を行い、その時にケアの必要を見極め、初期計画を立案し対応している。		
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	職員は、記録や食事をする時も常にそばにいて一緒に暮らす関係にある。家事や野菜の苗植え、干し柿のおいしい作り方など職員が経験したことがないものは、入居者の方に教えて頂いたり、一緒に行っている。		
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	家族の行事や外出など、家族と一緒にあって本人を支えている。		
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	馴染みの美容室の利用や、入所前に通っていたデイサービスの仲間と行き来したり、懐かしい場所へのドライブなど支援している。	「いとこ会」「兄弟会」といった家族、親戚の集いや、冠婚葬祭、幼馴染の集まりなど家族協力で出かけている。行きつけの美容室へは全員希望に沿って個別対応もされ女性らしさを大切にする支援がなされている。また今年は柿が豊作で、入居者の意向で自宅の柿を見に帰宅する支援がなされた折は、近所の方も集まり賑やかなひと時を過ごせた。	
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	テーブルの位置を配慮したり、居室でお茶をしながら語らいができるような支援をしている。		

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
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	入院先や老人ホームへ面会に行ったり、退所された家族の相談を受けるなど関係を継続している。		
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	入所時や年行事などに本人がどのように過ごしたいか確認し、希望に添うようにしている。その時々には外の散歩や外出など、したいこと・行きたいことを個別に優先的に支援している。	入居時は、本人の意向とあわせて家族からの情報を得ながらプラン作成、実践をおこない、一ヶ月以内にケア会議にて評価を行っている。本人に「慣れてくれましたか?」といった言葉かけで尋ね、思いや意向を探りながら変化をとらえていくようにしている。	
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	入所時に本人、家族、ケアマネより情報を得ている。		
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	受け持ち制をしており、その日の担当者が状況を把握している。		
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	本人、家族、担当職員より情報収集し、ケア会議には家族、ほぼ全職員が参加してケアプランを作成している。	担当職員2名(主と副)が受け持ち、ケア会議用情報提供用紙の記録をもとに本人、家族の意向を取り入れ3ヶ月に1回、変化があれば随時評価、見直しをおこなっている。本人の意向をはっきり伝えてくださる機会が多くなってきたので、目標に取り入れることが多くなってきている。	
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	ケアプランに沿って実践し記録する。申し送りや連絡簿により情報を共有し、ケアプランの期間や必要時にケアプランの見直しを行っている。		
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	その状況に応じて柔軟に対応している。外部情報が入り、花見に出かけたり、家族の都合で外食や外出などもある。		

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	近隣の方には徘徊者の情報提供の呼びかけを依頼したり、避難訓練の協力、梨の買い物などを行っている。		
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	本人や家族の意向を聞き、かかりつけ医の受診を継続している。発病時家族へ連絡したり、受診結果を報告している。	法人母体医療機関があるが入居者の意向に沿ってかかりつけ医への受診支援をおこなっている。変化があって受診される場合は必ず家族へ連絡し、家族が同行される場合もある。入院となる場合は入院先も家族へご相談している。医療に関して報告がきちんとなされているので家族の安心と信頼が大きい。	
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	GH内に2名の看護職員がいるため、異常の報告や医療処置、受診時の医療連携を行っている。		
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。	入院時には介護サマリーを提出し、入院中は面会しながら情報を得て、できるだけ早期に退院できる様に医師・看護師との関係作りを行っている。		
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	終末期、どこでどのように過ごしたいか、本人の意見を聞いたり、家族からの情報を得ている。GH内で重度化した場合、家族や外来医師と話し合いを重ねるが現在のところ入院の希望が多く、GHでの看取りの経験はない。マニュアルは作成している。	重度化、終末期は医療の力を借りたいと希望される家族が多いので病院入院へと繋がるケースがほとんどである。ホームとしては医療連携もあり、職員も緊急時の心肺蘇生訓練を受けているなど体制は整えているが、チームとして支援がなされる為には家族の協力も不可欠だと考えている。	
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	学習係が勉強会を開催したり、日曜日の朝のミーティング時急変の事例をあげ、口頭でその対処法を述べ合ったり、年に1度消防士による心臓マッサージ等の訓練を受けている。		
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	年に2回夜間昼間を想定し、近隣の協力と消防隊の指導のもと、消火・避難訓練を行っている。	必ず職員全員が参加できるように事業所単独の訓練の他に法人内併設施設の全体訓練にも参加することになっている。自主訓練では入居者へは事前にお伝えするが職員へは基本的に予告なしに実施し、「考えて動く」という反復訓練で確実性、自主性を高めている。昨年11月の訓練での反省等を踏まえ、入居者「避難済」カードを作る予定である。	

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	理念にも掲げ、プライバシーを守り、尊重した態度で接することを心がけている。拘束廃止委員は言葉の拘束をチェックし指導している。	言葉使いには細心の配慮をしている。親しみの表現はあってもその方への尊重の思いをもって敬語を用い、切り捨てたような言い方や子供へ語りかけるような言い方はしない。またリビング内に禁句ワードに注意喚起する掲示をして申し送りノートでも細かく伝えている。入浴、排泄支援時における言葉かけも失礼にならないよう用いる言葉を統一している。	
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	いろいろな場面で本人の意思を確認している。		
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	買物の希望を聞いたり、帰宅要求がある場合はドライブへ誘ったり、業務を中断してその方の要望にできるだけ応じるように心がけている。		
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	外出や行事がある時など、外出着と一緒に選んだり、化粧・アクセサリーなど身だしなみやおしゃれの支援を行っている。		
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	テーブル拭きや食器洗い、食器拭き、ケーキ作り、おにぎり作りなどを一緒に行っている。また、裏の畑へ一緒に野菜を取りに行き料理する。	入居者が作られたおにぎりが食卓に上った昼食では、そのことも話題に挙げながら朗らかな会話がある和やかな雰囲気である。地域性を重んじて美しい磁器が使われ、旬の食材と共に視覚的にも充実した食事に配慮されている。出来る限り自身で召し上がっていただくよう姿勢保持や食器の置き換え、声かけなどさりげなく穏やかに自立支援がなされていた。	
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	管理栄養士による献立が作成され、病気により、減塩食、刻み食、咀嚼状態により、とろみなど配慮している。食欲が低下していたり、病気の時には摂取量や水分量を把握し食事形態・内容を考慮している。		
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	毎食後の歯磨きを習慣にしており、自力で困難な方は介助し、口腔内観察を行っている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、失敗の少ないケアを心がけている。オムツ使用も最少に努めている。	トイレでの排泄を目標に掲げ、入居時は尿意もなくオムツだった方も時間誘導でトイレ排泄へ促す努力により、現在は布パンツとパットで自立した状態になられた。頻尿の方は夜間も声かけし自立支援に努めている。時に失禁があった場合も、入居者が気になされたり排泄が負担にならないよう配慮をしている。	
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	個々の排便状態を把握し、起床後の氷水や朝食前の牛乳など飲み物を考慮したり、腹部マッサージなどを行っている。病気により、便秘しやすい方は医師の指示を得て、薬での調整を行っている。		
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	好みに応じて入浴時間の長短や入浴剤など配慮している。	入居者の意向をリサーチして、毎日の入浴は疲れるということから週3回の入浴である。一般的な家庭風呂なので職員2名での介助まではできるが、併設施設で特浴の対応も可能である。見守りは欠かさないがお一人でゆっくり入っていたいたり、仲のいい方同士で入られたりと、清潔に配慮が行き届いた浴室で入浴を楽しみリフレッシュするひと時を支援している。	
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	習慣的に就寝前の飲酒、ラジオを聴きながらの入眠、TV番組や電気の点灯など個々のニーズに対応している。		
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	服薬フローチャート(作成したもの)に沿って薬の受領、管理、服薬介助を行い、処方箋(毎日翌日分準備時に読んでいる)により作用・副作用を理解している。		
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	裁縫や家事、日々のカレンダーの取り換え、外出、馴染みの美容室への通い、時々の家族間での外泊支援などを行っている。年2回の家族親睦会(外食・買い物)を行っている。		
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	親類宅への外出を希望される場合は、家族と話し合い連れて行っていただいたり、その時々希望に沿って出かける。	近隣地域の商業施設に衣類などの買い物に出かけられたりする個別支援がなされている。インフルエンザの影響で一部中止した外出予定もあったが、ホーム職員だけではなく法人事務所職員の応援も借り、車椅子の方も含め遠出のドライブにも出かけて喜ばれている。消毒水、オゾン水持参でカラオケにも出かけ楽しんでいただくことができた。	

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	本人の希望や力に応じて支援している。		
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	小包や手紙が届くとお礼の電話やファックスを送っている。希望があれば自宅への電話などの支援を行っている。		
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	浴室、トイレ、居室の標示、天窓による光の取り入れや換気、季節の花の花壇や畑の苗植え、温度・湿度計測など、環境に配慮している。	広い玄関、事務室をはさんで二つのユニットがある機能的な間取りで、各ユニットともセミオープンキッチンからは食堂兼リビングの見守りがしやすいスペースである。過度に装飾、掲示がなく入居者の塗り絵の作品が映える落ち着いた寛ぎの空間である。リビングに設置された除菌脱臭機や洗面所のオゾン製水器など衛生、健康管理にも細やかな配慮が行き届いている。	
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	マイペースで過ごす居室や仲の良い仲間と居室でお茶が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	使い慣れたものや好みの物を持ち込んでその人が望まれる部屋になっている。	明るくスペースもゆとりある室内は清掃が行き届き清潔感にあふれる快適な空間である。加えて持ち込みの家具、調度品や家族の写真などその方の個性が伝わる居室作りへの支援がなされている。個々の居室入り口には視線を遮り、目印ともなる手作りの暖簾がかけられ暖かみも添えている。	
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	洗濯物干しやトイレの便座の高さを調節したり、場所の標示をし、廊下に手すりを付けている。		

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	4271200554		
法人名	社会福祉法人 愛隣会		
事業所名	グループホームはさみ里(りんご)		
所在地	〒859-3726 長崎県東彼杵郡波佐見町稗木場郷798番地1		
自己評価作成日	平成21年11月7日	評価結果市町村受理日	平成22年3月9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://ngs-kaigo-kohyo.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 ローカルネット日本医療福祉評価支援機構		
所在地	〒855-0801 長崎県島原市高島二丁目島原商工会議所1階		
訪問調査日	平成22年1月29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)】

--

【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)】

--

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		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	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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい
			3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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	毎朝申し送り時に職員全員で理念を発表し、日々のケアにつなげている。		
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	町や地区の行事に参加したり、隣保班の方との挨拶、野菜や果物の差し入れ、お悔やみに参列するなど日常的に交流している。		
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	認知症家族の会の参加、“ケアネットはさみ”での介護研究発表、認知症講義などを行っている。		
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践、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	3ヶ月1回運営推進会議を行い、行政や民生委員、家族の方から、情報やアドバイスを頂き、サービスに活かしている。		
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	入所退所報告、事故報告、運営推進会議欠席時の報告、入所申し込をしている方の近況把握など、協力関係を築いている。		
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	はさみ荘、デイサービス、グループホームで月1回委員会を開催し、拘束廃止に取り組んでおり、グループホームでは、出入口は施錠せず、職員の言動による拘束も委員がチェックして、注意をしている。		
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	入職時に虐待については厳しく説明し、入浴介助時に観察するなど注意しているため、虐待はみられていない。		

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	セミナーや内外研修時に聞いて理解しているが、実際に活用される方はいない。		
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	入所時に説明し、同意の署名・捺印、交付の捺印を頂いている。改定時にも同様である。		
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	面会、ケア会議、年1回のアンケート調査に意見・要望を頂き参考になっている。意見箱も玄関に設置している。		
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	全体会議（はさみ荘・デイサービス・グループホーム合同）で、施設長からの伝達、グループホームでは月1回の職員会議や日々の申し送り時に意見交換を行っている。		
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	家庭環境を配慮した勤務体制や、資格取得時の祝い金、資格手当などの支給が行われている。		
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	新人・後輩育成をプログラムに沿って行っている。法人内外で1人1研修参加をすすめている。職員のやりがいのある介護研究と一緒にまとめたり発表の場づくり等努めている。		
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	はさみ荘、デイサービス合同の委員会で、身体拘束や事故に関する勉強会、ケアネットはさみ・ケアマネ協議会での活動を行っている。		

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	
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	入所前に面会し、本人の意向を聞いたり、馴染みの関係になれるよう努めている。		
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	入所時や面会、ケア会議時に家族の不安、要望などを聞いている。		
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	本人・家族より情報収集を行い、その時にケアの必要を見極め、初期計画を立案し対応している。		
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	職員は、記録や食事をする時も常にそばにいて一緒に暮らす関係にある。家事や野菜の苗植え、干し柿のおいしい作り方など職員が経験したことがないものは、入居者の方に教えて頂いたり、一緒に行っている。		
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	家族の行事や外出など、家族と一緒にあって本人を支えている。		
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	馴染みの美容室の利用や、姉妹や知人と会ったり、懐かしい場所へのドライブなど支援している。		
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	テーブルの位置を配慮したり、居室でお茶をしながら語らいができるような支援をしている。		

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
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	入院先や老人ホームへ面会に行ったり、退所された家族の相談を受けるなど関係を継続している。		
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	入所時や年行事などに本人がどのように過ごしたいか確認し、希望に添うようにしている。その時々には外の散歩や外出など、したいこと・行きたいことを個別に優先的に支援している。		
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	入所時に本人、家族、ケアマネより情報を得ている。		
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	受け持ち制をしており、その日の担当者が状況を把握している。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族、担当職員より情報収集し、ケア会議には家族、ほぼ全職員が参加してケアプランを作成している。		
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	ケアプランに沿って実践し記録する。申し送りや連絡簿により情報を共有し、ケアプランの期間や必要時にケアプランの見直しを行っている。		
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	その状況に応じて柔軟に対応している。外部情報が入り、花見に出かけたり、家族の都合で外食や外出などもある。		

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	近隣の方には徘徊者の情報提供の呼びかけを依頼したり、避難訓練の協力、梨の買い物などを行っている。		
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	本人や家族の意向を聞き、かかりつけ医の受診を継続している。発病時家族へ連絡したり、受診結果を報告している。		
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	GH内に2名の看護職員がいるため、異常の報告や医療処置、受診時の医療連携を行っている。		
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。	入院時には介護サマリーを提出し、入院中は面会しながら情報を得て、できるだけ早期に退院できる様に医師・看護師との関係作りを行っている。		
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	終末期、どこでどのように過ごしたいか、本人の意見を聞いたり、家族からの情報を得ている。GH内で重度化した場合、家族や外来医師と話し合いを重ねるが現在のところ入院の希望が多く、GHでの看取りの経験はない。マニュアルは作成している。		
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	学習係が勉強会を開催したり、日曜日の朝のミーティング時急変の事例をあげ、口頭でその対処法を述べ合ったり、年に1度消防士による心臓マッサージ等の訓練を受けている。		
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	年に2回夜間昼間を想定し、近隣の協力と消防隊の指導のもと、消火・避難訓練を行っている。		

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
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	理念にも掲げ、プライバシーを守り、尊重した態度で接することを心がけている。拘束廃止委員は言葉の拘束をチェックし指導している。		
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	いろいろな場面で本人の意思を確認している。		
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	買物の希望を聞いたり、帰宅要求がある場合はドライブへ誘ったり、業務を中断してその方の要望にできるだけ応じるように心がけている。		
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	外出や行事がある時など、外出着と一緒に選んだり、化粧・アクセサリーなど身だしなみやおしゃれの支援を行っている。		
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	テーブル拭きや食器洗い、食器拭き、ケーキ作り、おにぎり作りなどを一緒に行っている。また、裏の畑へ一緒に野菜を取りに行き料理する。		
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	管理栄養士による献立が作成され、病気により、減塩食、刻み食、咀嚼状態により、とろみなど配慮している。食欲が低下していたり、病気の時には摂取量や水分量を把握し食事形態・内容を考慮している。		
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	毎食後の歯磨きを習慣にしており、自力で困難な方は介助し、口腔内観察を行っている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、失敗の少ないケアを心がけている。オムツ使用も最少に努めている。		
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	個々の排便状態を把握し、起床後の水水や朝食前の牛乳など飲み物を考慮したり、腹部マッサージなどを行っている。病気により、便秘しやすい方は医師の指示を得て、薬での調整を行っている。		
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	入浴日を決め日中に入浴していただき、汚染時にはシャワー浴介助などを行っている。その方の外出や受診時などは変更している。		
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	習慣的に就寝前の飲酒、ラジオを聴きながらの入眠、TV番組や電気の点灯など個々のニーズに対応している。		
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	服薬フローチャート(作成したもの)に沿って薬の受領、管理、服薬介助を行い、処方箋(毎日翌日分準備時に読んでいる)により作用・副作用を理解している。		
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	裁縫や家事、日々のカレンダーの取り換え、外出、馴染みの美容室への通い、時々の家族間での外泊支援などを行っている。年2回の家族親睦会(外食・買い物)を行っている。		
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	自宅や親類宅への外出を希望される場合は、家族と話し合い連れて行っていただいたり、その時々希望に沿って出かける。		

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	本人の希望や力に応じて支援している。		
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	小包や手紙が届くとお礼の電話やファックスを送っている。希望があれば自宅への電話などの支援を行っている。		
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	浴室、トイレ、居室の標示、天窓による光の取り入れや換気、季節の花の花壇や畑の苗植え、温度・湿度計測など、環境に配慮している。		
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	マイペースで過ごす居室や仲の良い仲間と居室でお茶が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	使い慣れたものや好みの物を持ち込んでその人が望まれる部屋になっている。		
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	洗濯物干しやトイレの便座の高さを調節したり、場所の標示をし、廊下に手すりを付けている。		