

### 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	4770900258		
法人名	社会福祉法人 松籟会		
事業所名	かりゆしぬ村グループホームくつろぎ		
所在地	沖縄県名護市宇字茂佐1705-8		
自己評価作成日	平成21年12月25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	<a href="http://www.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4770900258&amp;SCD=320">http://www.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4770900258&amp;SCD=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成22年2月10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、自然に囲まれ安心して暮らすことができ、利用者に穏かな笑顔があり、利用者それぞれの得意分野を把握し能力を発揮できるように支援している。母体法人の協力、バックアップ体制を確立しており、急変時等の応援体制、健康管理など医療面での対応も密に行なっている。職員研修も法人全体で定期的に内部研修(OJT)、外部研修(OFFJT)の実施、参加の取組みを行っている。地域や家族との連携により、認知症ケアに対する理解を促している。

【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)】

事業所は湾を見渡せる小高い丘に位置し、自然に囲まれた一戸建住宅は日当たりや風通しがよく静かな環境となっている。共用空間は利用者が思い通りに過ごせるように畳間や椅子、ソファが設置され、職員との会話の中で笑い声が絶えない利用者の表情は穏やかであり、それぞれの生活を楽しんでいる。職員に対して理念の教育が充実しており、外部評価の改善に取り組みケアの質の向上につなげている。関係機関の協力・共働のもとで看取りケアを経験し、重度化や終末期に向けた体制が構築されている。母体法人の協力や支援のもとで尊厳ある認知症ケアや地域関係者との協力関係の構築など高いレベルでのケアが実践されている。

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 ↓該当する項目に○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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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とした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	地域密着型サービスの意義や運営を基本としたホーム独自の理念をつくり、事業所内に掲示し 職員全員で唱和している。日々のケアの振り返る原点として確認しながら業務に就いている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念が掲示され、全職員が毎朝のミーティングで唱和し、日々の介護ケアの指針としている。また、毎月自己評価表に沿って職員一人ひとり目標を立て、提供するケアを見直すきっかけとしている。	
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	利用者と散歩時の挨拶や、近所の飲食店に立ち寄り顔見知りになり、お互い声を掛け合い積極的に会話を交わしている。	日常的に散歩や買い物などに出かけ、地域の方とお話したり挨拶を交わしたりと顔なじみになっている。事業所として自治会へ加入し、ホーム便りの配布等を通して事業所の意義や認知症ケアの啓発に努めている。	
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	地域、家族の方々に行事、認知症についての勉強会、事例発表会を通して交流の機会を図り認知症の理解に活かしている。		
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	2ヶ月に1回定期的に開催され、ホームの近況報告を行なっている。メンバーである主治医より医療的な助言や感染症の予防についての知識など参加者にも専門的なアドバイスを頂き、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は2カ月に1回定期的に開催され、主治医、民生委員、区長、家族会長、市の担当者、利用者等の幅広い参加で、事業所の活動報告、サービス向上にむけた話し合いがされている。また、主治医の参加により医療に関する助言を得る機会にもなっている。	
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	運営推進会議に市の担当者がメンバーとなっておりホームの状況を共有している。共通認識に努め情報交換や協力関係を築いている。	市の担当者は運営推進会議のメンバーでもあり、日頃より事業所との連携を図っている。連携して学生の職場体験を事業所で行い、認知症理解へとつなげている。母体法人の企画する勉強会へも担当者は参加し、交流を図っている。	
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	法人内外で定期的に研修会や勉強会を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。自由に出入りできるように利用者の所在確認の徹底等に努め玄関は施錠しないケアを実践している。	玄関は施錠せず、いつでも自由に出入りができる。利用者の所在確認を徹底し、玄関から出ていく時も必ずついて行き、散歩などして帰ってくる。また、事前の情報収集で利用者によってはベットを畳に替えてベット柵等を使用しないよう工夫している。	

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
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	法人内外で研修や勉強会で学ぶ機会を持ち、職員が虐待への知識と理解を深め、理念の浸透に努めている。		
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	実際に権利擁護を活用しているケースはないが制度を理解し、利用者の必要に応じて活用、支援できるようにしている。		
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	契約時に書類を見ながら、理解していただけるように書面と口頭にて説明を行なっている。質問や要望があれば応えるように努めている。		
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	ご意見箱の設置、利用者本人とは、傾聴や寄り添うケア、日々の関わりの中で把握するように心がけ、家族には面会時に声掛けし意見の把握に努め、意見・要望があれば反映している。	家族会が結成され、年2回事業所の職員も交えた懇親会や意見交換を行っている。意見箱も設置し、家族の意見や要望も、懇親会や面会時に聴くように努めているが、これまで殆ど家族からの要望や意見は見られない。	利用者や家族からの意見・要望は事業所がより良いサービスの提供を目指す上で意義深いことであり、今後更に利用者、家族の意見や要望が出しやすいような工夫に期待したい。
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	現場の意見は普段の業務の中での提案をもとに定期及び随時ミーティングで話し合いを行いホームの運営に反映させている。	月1回のミーティングや、日常業務の中で職員の意見や提案は検討され、運営に反映させる仕組みがある。法人の主催する勉強会への参加や外部の研修会へも参加を推進している。	
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	職員の仕事への取組みを自己評価で評価している。休み希望は業務に支障がないように可能な限り対応し、働きやすい環境作りに努めている。		
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	法人内研修OJT制度により、実務を通じて介護技術、認知症ケアの質の向上に取り組んでいる。職員個々の能力やスキルに合わせて外部研修への積極的な参加の推進を行なっている。		

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
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	月1回の法人内研修会「がウディ会」の継続により同業や地域の方の参加により、知識の共有、意見交換などを行っている。グループホーム連絡会への参加により、情報交換、ネットワーク作りに努めている。		
<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	入居前には、家族や関係機関からの情報のみではなく、本人に面談し本人に向き合い安心して生活できる環境作り、馴染みの関係づくりに努めている。		
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	家族と面談を行い、言葉の裏にある不安や利用者への思いを汲み取り、要望や意見を言えるように家族となじみの関係作りを図れるようにきっかけ作りに努めている。		
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	本人や家族の意思を聞き、これまでの生活状況や本人の状態などから今必要としているサービスを見極め、他のサービス利用時には情報提供などの橋わたしを行なっている。		
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	人生経験豊富な利用者から学ぶ事が多く、利用者個々が得意なことや出来ることを見極め能力を發揮できるように環境作りに努めパーソンセンタードケア(利用者本人を中心とした介護)を基本として支援している。		
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	誕生会など行事へ参加してもらい家族の協力を得ることで、利用者や家族の関わりを密にししながら、安心して生活できるよう家族と共に支援を行う関係を築いている。		
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	面会以外にも定期的な電話による会話の中で馴染みの方との関係を継続できるように努めている。希望された思い出のある場所への外出等の支援を行なっている。	外出やドライブ時は利用者の出身地域を通ったり、希望する場所への外出支援している。馴染みの人からの定期的な電話や、運推進会議の参加者でもある民生委員が、利用者の友人知人に声かけしてホームを訪れたり関係継続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
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	利用者同士の関係を把握し利用者間の関係作りの橋渡しを努めている。個々の性格にも合わせ独りの時間も大切にしている。		
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	退居後も面会に行ったり、近況を尋ねたり本人家族へ気軽に立ち寄れる関係作りを行っている。		
<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	日頃の関わりのなかで、本人の思いや求めているものをしぐさや表情で汲み取り引き出していき。意思表示が困難な場合は、表情や訴えに傾聴し、これまでの生活歴や家族からの意見を参考にして利用者本位の支援を行っている。	利用者の日々の行動や表情から思いや希望の把握に努めている。困難な場合は家族からの意見や必要に応じてセンター方式のアセスメントを利用して情報収集し、その人らしい生活を支えるための把握に努めている。	
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	本人や家族からの情報を共有し把握に努めている。入居前の事業所からの情報収集により確認している。		
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	個々の生活記録や、日常の生活におけるサイン、言動を通して心身の状態を総合的に判断して把握している。		
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	申し送りやカンファレンスから情報の共有を図り本人の表情や訴えから思いを理解し本人、家族の意向を基本とした介護計画を作成している。	介護計画は申し送りや日々のケアを通して情報の共有を図り、本人及び家族も交えた定期的な専門職による会議を行い、要望や意向を確認して作成している。モニタリングも6カ月に1回実施されている。	
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	申し送りでの情報や日常の生活状況の記録、口頭等での情報の共有を図り、日々の状態変化の把握に努め介護計画に活かしている。		

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
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	本人や家族の要望に応えられるよう事業所内で連携し、個々のニーズに応じた柔軟な支援ができるように努力している。		
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	地域資源の把握に努め、本人の意思を尊重し近くのファーストフード店等の地域資源を必要に応じて利用できるように支援している。		
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	入居時に本人及び家族の希望を確認して希望するかかりつけ医と連携をしている。週1回嘱託医による訪問診療もあり、介護者に対しても助言や相談を行っている。受診時に情報提供書を作成してより良い連携を図れるよう努力している。	本人、家族が希望する主治医となっており、受診は家族も一緒に事業所が送迎を行い、情報提供書を用いた情報交換も密に行われている。更に嘱託医による週1回の訪問診療も行われ、主治医と嘱託医の連携による診療体制が構築されている。	
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	法人で担当看護師の協力体制を取っており、利用者の変化に応じた報告、相談を実施し安心して看護が受けられるように支援している。		
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。	入院時には面会等の支援を行い、医療機関からの情報提供により連携を図り早期の退院にむけての医療面接や状況把握に努めている。		
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	利用者、家族の意向により主治医や家族との連携のもと看取りを経験した。家族や本人の意思を尊重し最後まで本人の生き方を支援できた。職員も思いを一つにして取り組むことができた。	主治医の立会いの下で終末期に向けた方針が家族へ説明され、関係者全員で共有・協力しながら重度化や終末期に向けた支援が行われている。今回初めて主治医や家族、その他関係者連携による看取りケアに取り組み、利用者や家族の思いを十分に叶えるケアを行うことができた。	
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	法人においての勉強会で実践力を身につけており、看護師による応援、支援の体制がある。職員全員救急救命の講習も受講している。		

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
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	防災訓練を年2回実施。消防立会いのもと緊急連絡訓練等も行っている。	年2回の防災訓練が行われており、災害時に備えた備蓄や地域自治会長との協力体制も構築されている。また、毎年防火管理講習会へスタッフを派遣し、スプリンクラーの設置も計画されている。	
<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	一人ひとりの自尊心を理解しゆっくりとした会話、傾聴を心がけると共に個人のプライバシーの保護に努めている。	自尊心の尊重やプライバシーに関する理念の徹底やスタッフ教育が行き届いている。利用者のペースに合わせたケアや言葉かけの中で、自尊心やプライバシーを大切にす配慮が随時行われている。	
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	ゆっくりと話しかけ、時間をおいて自分の思いを伝えやすいように援助をおこなっている。		
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	一人ひとりのペースに合わせて、好きな時間を過ごせるように支援している。		
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	帽子へのこだわりや身だしなみなど個々に合わせたおしゃれを本人や家族と連携して支援している。		
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	食事の準備や下ごしらえは、個々の能力や興味に働きかけ利用者の出来ることは無理のない範囲で職員と一緒にこなしている。	調理の下準備や配膳、下膳等は利用者と一緒にいき、職員も一緒にテーブルを囲みながら会話を楽しみ、楽しく食事ができるよう雰囲気作りを行っている。また、利用者の希望によりメニューの変更や、外食会を取り入れる等食事への楽しみを工夫している。	
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	利用者個々の摂取量のチェック表を作成し、それに基づき心身の状態を把握し支援する。又水分補給においても本人の希望、好む飲み物の提供を行っている。		

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
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	残存能力に応じた支援を基本とし、毎食後歯磨きや義歯の洗浄などを実施し、口腔内の保清に努めている。		
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それぞれに応じた支援を行なっている。できるだけトイレでの排泄を行なえるようにプライバシーにも配慮しながら支援している。	排泄チェック表を用いて個々の排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるよう支援している。オムツ使用からトイレ誘導へ改善した利用者もあり、失禁時には他の利用者へ悟られないようプライバシーに配慮した支援が行われている。	
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	食事の時にヨーグルトや食物繊維の多いもので工夫したり、出来るだけ薬には頼らないように努めている。		
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	利用者の希望する時間や体調に応じて入浴を心地よく感じられるように配慮して実施している。	入浴がいつでも楽しめるよう入浴の曜日や回数、時間など利用者個々の希望に応じて支援が行われている。	
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	安眠できるように日中の活動や、精神的に安定できるような環境作りに努め、できるだけ催眠剤に頼らない眠りを支援している。		
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	薬の効用や副作用を処方箋で確認し把握する。服薬支援を行う時は確実に服用できるよう見守り確認し飲み終わるまで見守る。又誤薬のないように確認もきちんと行っている。		
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	それぞれの生活歴を把握して本人の力を活かし役割を引き出す場面作りを行なっている。嗜好品のコーヒーや煙草も楽しんでいる		



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
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	本人の体調や気分に合わせて外気浴や、散歩など自然に触れる機会をつくったり、買物等個別の要望を取り入れ支援を行なっている。	日常的な近隣の散歩や季節毎の外出、要望によっては個別の買い物やドライブなどが行われている。また、近隣にあるファーストフード店やボウリング場への外出も行われ希望に添った外出支援が行われている。	
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	本人の希望と家族の意向を伺い個々のレベルに合わせて本人が金銭を所持できるように配慮している。買物の希望にはその都度対応している。		
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	本人の希望や必要に応じていつでも電話の使用や手紙のやり取りができるような環境作りに努めている。		
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	利用者が思い々の場所で自由に過ごせるように環境作りを行っている。季節に合わせた飾りつけや室温調整、照明、音にも配慮して落ち着いた工夫をしている。	共用空間は畳み間やソファーが適宜設置され、利用者が自由にくつろげる場となっている。カレンダーや時計なども見やすい位置に設置し、家庭的な雰囲気となっている。また、手入れの行き届いた中庭も利用者がゆっくりとくつろげる空間となっている。	
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	共有空間でも見守りのできるように工夫をして個々の過ごし方を尊重し気の合った同士でゆっくり話せるような環境作りを行なっている。		
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	入居時には、本人がこれまで使用していたものや、家族の写真を飾ったりしている。利用者の状態に応じ、家族と連携し模様替えを行なっている。	利用者や家族の意向に沿って本人が居心地よく過ごせるようにそれぞれ馴染みの物や写真等が持ち込まれている。これまでの生活の延長として利用者個々の個性が感じられる居室となっている。	
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	利用者個々の身体能力を考慮し安全面に配慮した環境作りを行なっている。		