

### 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	4370500540		
法人名	特定非営利活動法人 エヌピーオーみなまた		
事業所名	グループホーム ふれあいの家		
所在地	熊本県水俣市月浦出月213-1		
自己評価作成日	平成21年12月22日	評価結果市町村受理日	平成22年3月31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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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 NPOまい		
所在地	熊本市馬渡1丁目5番7号		
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)】

<p>地域の中で地域に助けられ、地域にお返しできる関係づくりを目指しています。地域住民との交流を深めていきたいと考えています。</p> <p>日常生活では声なき声を聞き取り、どの方も生き生きと喜びや輝きのある暮らしが実現出来るよう職員一同努力しております。</p> <p>また、ご家族の方々と共にご本人を支える為にご家族との意見交換も大切にしております。</p>
---

【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)】

<p>畑や民家がある高台の一面に事業所があり、地域リビングを通し地域との交流が自然な形で行われています。防災に対しても地域消防団との連絡網ができています。ケアプランのアセスメント、計画、評価においては担当者が決められ、全職員で共有され一連の流れが出来ます。また、ふれあいの家だよりで利用者毎に生活状況を作成され家族に報告がなされ、ホームでの生活の様子がわかりやすくなっています。事業所のこれまでの地道な取組みが見られます。今後、事業所が更なる前進をするため地域と共に考えていかれる段階にあると思われれます。</p>
---

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)	○ 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 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、生き生きと働いている (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		

## 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	月2回のミーティングの場で、日々の対応のふり返りを理念に沿って行っている。地域の中で生きる(共生)を地域行事に積極的に参加することで実現できるよう努力している。	玄関に「人権・安全・共生」の掲示されています。地域としての理念「共生」で地域リビング参加の呼びかけがあり利用者、職員共に積極的に参加されています。	ミーティング時等で理念を共有され、理念とケアのすり合わせをしながら実践につなげられる事を期待します。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	出月地区に引っ越して3年目になり、少しずつ地域とのつながりを深めている。自治会に入り、地域の一員として入居者の方と地元の祭り等に参加し、交流に努めている。	自治会へ入会され職員で回覧板、集金等をされています。地区の祭り参加や地域消防団の協力でSOS連絡網の作成ができるなど積極的な交流となっています。また、外出や散歩時地域の方々の見守り、声かけ等がなされています。	これからも地域の一員として地域とのつながりを大切にされると良いでしょう。
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	地域行事に参加したり、ふれあいの家に老人会の方々を招いたりして地域との交流を通じて認知症の理解を深め、相談にものれるよう働きかけている。地域向けの回覧も発行している。		
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	参加された地域の方々の意見を入居者の暮らしや防災等に生かしている。入居者の方の自由行動(屋外行動)の理解、情報提供など協力して頂いている。地域への回覧も運営推進会議での提案で実現した。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催され、運営推進会議の中で利用者の屋外散歩時の情報提供や協力を得るために地区連絡網ができています。また、外出し行方不明の可能性のある利用者については、家族の同意を得て写真付きで回覧板に掲載し回されています。	利用者の安全を第一とし地域の方々と連携が大切です。これからも協力、連携される事を望みます。
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	地域密着サービス部会に出席し、意見交換を行っている。 運営推進会議にも介護保険課・包括支援センターより出席頂いている。	事故報告が主になっていますが、地域密着型部会等で情報公表の仕組みについて意見交換がなされています。	年4回の地域密着型部会や小規模多機能、グループホーム等の会議の機会でも、積極的に市町村との連携を深められる事を期待します。
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	ミーティングで学習会を行い、モニタリングの際入居者それぞれの方の検討を行い、拘束にあたる行為を減らせないか討議を行っている。ご本人がどうしたいのか希望を配慮する姿勢は職員間で共有できている。	職員の体制により必要時、正面玄関に施錠されています。また、身体拘束について職員間で話し合わせ、必要と判断された場合は、家族の同意を得るようにされています。柵等についても安全に利用できるよう工夫されています。身体拘束についての研修は全職員で参加されています。	「なぜその対応が必要なのか」全職員で認識を深められています。研修や学習会を重ね今後も身体拘束がないケアの実践になることを期待します。
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	虐待の学習会になかなかふみこめずに行っていたが平成21年末よりミーティングで取り上げる事になっている。範囲が広いので毎回資料作成し、取り組む予定。 研修へも順番に行ってもらおうことにしている。		

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
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	成年後見人制度の活用している利用者1名ある。 権利擁護に関して職員全体の理解を深める努力をしたい。		
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	入居者や家族との信頼関係を第一に置いており、説明し、不安や疑問にも答えるよう努めている。重度化時や終末期について話し合いを深めていきたい。		
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	家族会の際やご家族の来訪時等、機会ある毎に意見・要望をお聞きするよう努めている。	家族会が年2回開催されています。意見や要望等が出ないため、日常的に利用者や家族訪問時間かれるようにされています。また、母の日や敬老会の会食を通し、会話の中から確認されています。	利用者や家族等が意見や要望を出しやすい工夫が必要と考えられます。意見や要望を確認する事でケアの質の向上につなげられることを望みます。
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	ミーティングや職員集会で出された意見について職員の疑問や不満を運営面で改善できないか努力をしている。日常的にもそれぞれの職員の意見を聴くよう心掛けている。	月2回のミーティングの中で、利用者のケアや職員の処遇に関する意見がまとめられ、代表者が総会時に提案されています。職員、パート職員も含めた処遇改善ができています。	ソフト面、ハード面について日頃疑問に思っていることを、ミーティングや総会で提案されることで改善され、利用者、職員が生き生きと暮らせる事業所作りができることを望みます。
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	就業環境の整備は今後の課題である。		
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	職員一人一人にとって何の研修が必要か見極め、研修計画を作り、必要な研修を確保する努力をしたい。		
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	グループホーム地区ブロック会や地域のサービス事業者の施設会等を通じて交流や学習を行い、質の向上に励んでいる。 NPOみなまたの中でも体制が許せば相互研修をすすめている。		

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	ご本人、ご家族に会い、困っていることや不安など、その方の状況を把握するよう努め、入居時のショックを和らげるように努めている。		
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	利用者の方の状態や困っていることなどを詳しく聞いて、ご本人を把握し、状況を受け止める努力をしている。入居前に関わったケアマネージャー等の関係者からも情報を得、理解を深めている。		
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	入居申し込み時、相談に乗り、必要と思われた時は他のサービス利用を紹介している。		
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	人生の先輩として敬意を払い、本人のペースを尊重した暮らしや自立を促すよう心掛けている。		
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	ご家族との情報交換を密に行うよう心掛け、ご本人を共に支える関係を築く努力をしている。又、遠くに住むご家族にも具体的に絆を確信できる関係づくりが出来るよう必要な時は個別に支援している。		
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	昔からの知人などとの交流を大切にしている。面会時には当時の様子などを積極的に聞いている。	入居時や日常的な関わり、会話の中で利用者や家族等の意向、希望等を確認され、要望があれば行きつけの美容院、お寺参り、以前通所されていたデイサービスへの支援がなされています。	これからも継続した支援を望みます。
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	気の合いそうな人同士を同席にして家事参加やレクリエーション等を共に楽しんでもらっている。かなり介入しなければ調整の困難な関係もあり気を抜かず見守っている。		
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	退居後もお見舞いに行ったりして、つき合いを大切にしている。		

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>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	意思表示の出来る人は機会をみつけて確認するよう心掛けている。言語で表出できない方は常にその方が、どう暮らせているのか観察し日々の申し送り、ミーティング、モニタリング等で討議し新しい方針につなげている。	事業所独自のアセスメント用紙を活用し、ケアプラン作成や日々のケアの中で意向や希望等が確認されています。また、状態変化時や再アセスメント時期に職員間でカンファレンスを行い総合的なすり合わせが行われています。	アセスメント用紙は、利用者のこれまでの生活歴が良く見える様式になっています。より活用され計画に生かすことで、利用者個々が豊かな生活が送れることを望みます。
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	ご本人、ご家族や知人からこれまでの暮らしを折りに触れ、たずねて常に把握する努力をしている。		
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	日々の観察、情報交換と共に月1回のモニタリングを通して、ご本人の心身状態の細密な把握とニーズの再発見に努めている。気づきシートの活用を考えている。申し送り時や日常の職員間の会話や職員のひらめき等を残していきたい。		
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	ご本人、ご家族の要望を折りに触れ、聞き、モニタリングで全職員と話し合い、介護計画に反映するよう努めている。	ケアプラン、介護計画作成は介護支援専門員が作成されています。月1回担当者が暮らし方についてまとめ、全職員で話しモニタリングを行い、ケアの統一や共有がなされています。	個別対応に努力されています。個別の対応や日頃の気づき等をプランに反映されることを期待します。
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	個別の経過記録、一日の流れ表、inout表、排便チェック表等を利用している。職員全体が毎日それに目を通し、申し送り時に情報を共有し、介護計画の見直しに生かしている。		
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	ほとんどの職員が臨機応変に個別のニーズに対応している。今後、特別のお出かけ(入居者の希望)を家族やボランティアに呼びかけ、実現させる努力をしたい。		
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	地域のデイサービスの利用、地域リビングへの参加、運営推進会議、老人会との交流等、地域資源によって入居者の方々の生活の中が広がっている。		

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
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	ご本人の馴染みのかかりつけ医に定期往診を依頼している。ご本人の状態を主治医に細かく報告し、より適正な医療を受けられるよう援助している。	基本的には家族の意向を大切にされています。それぞれの協力病院から往診があり、殆どの利用者が協力病院の往診を利用されています。また、他の医療機関を利用する場合は、家族の付き添いが原則となっていますが、困難な場合は事業所で支援されています。	
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	看護職員が入職した事で日常の些細なことでも相談できるようになった。 看護職員の判断でフットワークが軽く、受診・電話相談等行えている。		
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供している。入院中、主治医の病状説明にはご家族と共に参加している。情報交換、健康管理の相談等かかりつけ医と日常的に行っている。		
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	重度化した方については、主治医・ご家族と共に繰り返し話し合いを重ね、ご本人にとってより良い状況で暮らせるよう関係者同士で方針を共有するよう努力している。	重度化・終末期ケア対応指針はありますが、重度化や終末期については、医療連携、家族の協力、職員の人員、職員の不安等で経験はされていません。終末期を看る姿勢は見られます。	終末期ケアの研修や学習会を重ねられ終末期に対する知識を深められると良いでしょう。
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	消防署の協力を得て救急救命法の講習を定期的に行っている。 夜勤の急変時には、応援が駆けつける体制をとっている。		
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回の火災訓練の実施。 緊急連絡網を作成している。 自動通報装置、各居室に煙探知機を設置。	年2回避難訓練が行われ1回は夜間を想定し行われています。職員や地域の連絡網が作成され地域の住民、消防団との連携が取れています。	

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>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	それぞれの入居者の尊厳を重んじた対応を最も重要と確認し、心掛けている。その事が日常にナ流され介護の中で忘れ去られないよう機会あるごとに話題にするよう心掛けている。	個人情報については、家族へ説明され家族の同意を得られ、広報誌の写真掲載に利用されています。排泄時や入浴時等について声かけに配慮されています。ファイル管理は基本的に事務所管理となっていますが、日々の書類がスタッフの下で他室管理となっています。	地域との交流が多くなる事とプライバシーの保護についての関係を地域と共に考えるのも必要になってきたように思われます。
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	まず聞くことにしている。聞いても表出されないことが多く、会話の中でさりげなく表現されることもあり、常にアンテナを起動させ日常の中でキャッチするよう努力している。		
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	その日の体調にも気を配り、一人一人のペースに合わせて希望にそった支援を心掛けている。 職員体制等の事情であきらめて頂かざるをえない時もある。		
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	髪染めなど希望に応じている。 おしゃれに関してそれぞれの人にもっとニーズを引き出す努力をした方が良いという意見もある。		
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	食事作りに関して入居者の関わりがもっと増えることを課題にしている。 実際に調理に関われないとしても希望や想いを反映できるよう努力をしたい。	献立は利用者の意向を確認し立てられています。安全にできる作業は利用者、職員が一緒になって行われています。また、行事食、外食支援がなされています。	食事は利用者にとって一番の楽しみです。利用者の力を引き出し職員と共に喜べる支援ができることを望みます。
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、水分摂取量はチェックし、様々な工夫や声かけで必要量がとれるよう支援している。好みも把握し、食べられない食材の献立の場合、代替りのものを用意するなど配慮している。		
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	口腔ケアは自力の人(2人)以外の人達にそれぞれの力に応じて声かけ、見守り、全介助の支援を行っている。職員の知識が深まるよう学習会や研修への参加をしていきたい。		

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	一人一人の自立のレベル、習慣に応じた排泄の援助を行っている。仕事、言葉、シグナルを察知し、トイレ誘導等を行っている。	チェック表を利用し個人の排泄パターンを確認し誘導がなされている。また、食事の工夫や水分等で便秘の改善ができています。	あきらめない排泄自立への取組みを継続されると良いでしょう。
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	運動、離床、食物繊維、水分摂取を基本に便秘対策を行い、できるだけ自然排泄があるよう心掛けている。 整腸剤、便秘薬等も主治医と相談し、個人に合った与薬法、量を検討し日々調整している。		
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	基本的に個人の希望する時間帯や希望に応じた入浴の支援を行っている。早朝や夕刻の時間帯の入浴もある。しかし、二人介助を要する人の場合は、職員体制の都合で入浴日、時間帯を設定することもある。	週に2回から3回を基本とされています。入浴時間は利用者の希望に応じて対応されていますが、朝5時に草取りをした後の入浴希望者に対し早朝より対応されています。一人で入浴できない利用者は、スタッフが揃った昼間の入浴時間となっています。一人で入浴できる利用者については時間や回数については制限せず支援がされています。	
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	ほぼ本人のペースで休んでもらっている。昼夜逆転傾向の人には昼起きていられるよう外出や作業等、働きかけている。 夕食後のくつろぎをもっと大切にしたい。		
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	誤薬防止の与薬システムを確立している。与薬時は3度の確認、二人確認を原則としている。薬の内容は個別の受診ファイルや個別の薬ケースに薬カードを入れ、症状の変化と薬との関係性を学習できるシステムを作っている。		
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	非常に大切な事と認識している。悩みは受け身になってしまった方や症状が進み落ちつけなくなった方の喜びや張り合いを見出すのに苦慮していることである。 積極的にやれる方は、ご自分のやりたい事や職員が支援した楽しみをどんどん生活に取り込んで楽しまれている。		

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
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	外出希望は、できるだけ希望に沿う努力はしている。普段行けない所へ行く計画は家族、ボランティアの協力を得て実現できるよう計画を進めている。ただ、日常的は人員不足で外出困難な日もある。	食材は生協や移動販売を利用されていますが、利用者と職員が一緒に見たり、買い物し楽まれています。また、地域リビング、買い物、ドライブ、散歩等の日々の支援がなされています。	家族やボランティア等の協力を得て実践される事で、個々の日常的な外出支援ができることに期待します。
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	大切さは理解しており、機会を作り出す努力はしている。管理できる人は二人で、それ以外の方は管理は無理だが、店で買いたいものを探して買うという機会は多く作る意義は大きいと考えている。		
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	ご本人の希望があれば電話をかけ、ご家族からの電話があれば取り次いでいる。		
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	写真や季節を感じられるグッズを壁に掛けたりして親しみやすい雰囲気を作っている。テレビの音、音楽などが雑音にならないよう気をつけている。掃除機、水道の音は時間を配慮、声かけ実施。南西側の窓からの光が暑すぎるので窓は遮光ネットを貼り、温度調節をしている。	南向きの建物で居室が明るく在宅生活の延長が感じられます。窓から季節の花や畑が眺められるようになっていました。食堂にテーブルやソファが設置され段差違いで畳が敷かれコタツの利用もできるようになっています。	
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	随所にソファや椅子を置いて自由に座ることができる場所を提供。		
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	自宅から使い慣れた家具を持ってきてもらう。居室の家具の移動は必要最低限にして、馴染みの空間として利用してもらっている。	個室より二人部屋を望む利用者に対し、個室と個室の仕切りが開くような構造になっていて、二人の利用者が同室で生活されてきました。また、本人が好んでいた物の持込は自由となっています。	
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	車椅子の方が多いため屋内すべてバリアフリー。手すりも随所に設置。トイレ・浴室も車椅子で自由な動きができる広さがある。		