

(様式2)

平成 21 年度

## 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	1571300431		
法人名	社会福祉法人吉田福祉会		
事業所名	グループホームひのくち		
所在地	新潟県燕市吉田7,368番地		
自己評価作成日	平成22年2月10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.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do">http://www.n.kouhyou.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人新潟県社会福祉士会		
所在地	新潟県新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階		
訪問調査日	平成22年3月11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)】

グループホームひのくちは、住宅、商店に囲まれ、生活のしやすい地域に建てられました。新しい住宅が年々増えている地域で、散歩をすれば、子ども達に出会えるような優しい町です。そんな地域でご利用者は、なにより散歩が大好きという生活を送ってきました。また、自ホームは開設した年から、本人の希望があればホームでの看取りに取り組んできました。職員は、利用者を最期まで看取することで学ぶべきことが多くありましたが、現在、グループホームとしてはとても重度の施設となっています。特養に近い重度のご利用者像でも、家に居るように自分らしい暮らし方を支援するようにすることを目標としています。お蔭様で、近所の方々にはご理解を頂き、日々優しい関わりを持たせて頂いております。地域の方々に助けて頂くだけでなく、ホームができることを地域に返していきたいと思い活動をしているところです。

### 【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)】

「グループホームひのくち」は、国道116号線近くの住宅地にあり、木造平屋建ての建物はその住宅地に溶け込むように立っている。利用者は、地域の防犯パトロールを兼ねてホームで飼っている犬と一緒に朝夕の散歩をし、近隣の方や子ども達と声をかけ合うなど、地域との自然な交流がなされている。地域の一員として地域との繋がりを断ち切らない生活をめざして、運営推進会議には地域住民からメンバーとして参加してもらい情報交換をしている。災害対策においても、有事には地域の方々の手助けを得られる体制ができています等、地域との連携が築きあげられている。

利用者の重度化に伴い、ホームで看取りをする場合も多くなってきている。利用者本人の意向はもちろん、家族との度重なる話し合い、かかりつけ医、訪問看護等医療との連携、スタッフの勤務調整等、細やかな配慮のもと、ホームでは、最期までその人らしい生活を送れるよう看取りケアを実践している。

## 自己評価および外部評価結果

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>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	開設時からの理念を平成19年度にスタッフとともに作り直した。理念は、全スタッフが意識できるところに掲示しており、いつでも理念に振り返ることができるようにしてある。ケアに迷ったときには、理念に沿って考えるようにしている。	開設当初からの理念を、平成19年度に職員全員で作直した。理念を検討していく過程で、職員の目指す方向がひとつになった。理念は、「宝物 好きなもの 暮らし方 人生いろいろ」というもので、利用者個々を尊重することを大切にしている。理念を常に意識できるよう玄関、リビングに掲示し、ケアに迷った時は理念に立ち返るようにしている。	
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	日常的に、犬の散歩や買物、回覧板などのつながりで、挨拶顔見知りの関係ができていく。地域行事の参加や協力をし、地域の一員でありたいと思い実践している。	「まちづくり協議会」に加入し、揃いの緑色のジャケット、帽子を着用し、地域のパトロールを行っている。自治会にも加入して地域のゴミ拾いや祭りに参加したり、犬の散歩の際に挨拶を交わすなど、地域の一員として積極的に交流をすすめている。	
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	法人として、GHでのケアの実践からの知識や情報を地域研修会として毎年各地区で実施している。		
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	運営推進会議では、メンバーから活発な意見が出され、その意見をホームの運営に活かしている。そのため、大きな活動になると、メンバーが協力してくれている。また、利用者が参加できなかったため、家族代表を1名多くした。	運営推進会議は、利用者家族2名、市の担当者、自治会長、隣家、地域の班長、管理者で構成されており、21年度からは2カ月ごとに開催されている。地域の情報、交流のあり方など、活発な意見交換がなされている。	運営推進会議議事録はホームではなく、法人本部に置いてあった。ホームにも設置して、いつでも閲覧可能な状態にしておくことが望まれる。
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	市の担当者には、毎回運営推進会議に出席して頂き、ホームの状況を報告し、相談できている。会議以外でも、ホームの状況に変化があった場合の報告、相談等、常にできている。	市の担当者は運営推進会議のメンバーになっており、会議においてホームの状況を伝えている。また、入退居に関する相談など日常的に連携をとっている。	
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	身体拘束はしていない。リスクを家族と共有すること。ホームでできることできないことをプランで示すこと。現在の状況を家族と常に共有できていること。その上で、身体拘束のないケアが実践できている。研修会は毎年実施している。	法人全体として研修を実施し、全職員が参加して理解を深め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者の現状やリスク、ホームとして対応できることとできないことについて家族と話し合い共通認識を持つようにし、その上で身体拘束のないケアを行っている。	

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
7	(5-2)	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	虐待についての研修会は、法人として実施している。また「虐待は特別なことではない」と自覚し、介護現場におけるグレーゾーン虐待について、またスタッフの介護現場でのストレスについて考える機会をもった。	虐待は誰でもおこりうるという認識のもと、言葉で行動を制限したり、声掛けをせずに車椅子を操作したりといった「グレーゾーン虐待」についても意識し、防止に取り組んでいる。法人全体でも虐待についての研修会を行い、理解を深めている。また、職員のストレス軽減に向けて、思いを書き込める「ストレス発散ノート」の作成や、職員が年代別に語り合える「介護を熱く語ろう会」などの取り組みもしている。	
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	法人の研修会で、権利擁護について学んだ。成年後見制度については、実際に後見人の方とスタッフがやりとりをしているので、必要性は理解できている。		
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	契約書をよく読んで頂いた上で、内容を説明している。		
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	ご利用者は自分の思いを表現することが困難になってきている事をスタッフは理解し、毎月のケア会議において本人の思いにたった提案をするようにしている。年に1回の家族交流会は、家族とスタッフが何でも言える関係つくりのためでもある。	毎日の関わりのなかで利用者の要望を汲み取り、ケア会議で検討をしている。家族からは、年1回開催の家族交流会や、法人から家族に送付する「ご意見承り書」等で意見を聞くよう努めている。寄せられた意見は検討し、運営に反映している。	
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	スタッフ会議を毎月開催し、スタッフが意見を言える場としている。また、年に2回面接の機会を設けている。管理者は、スタッフが意見を言いやすい雰囲気をつくりように心掛けている。	管理者は、毎月開催されるスタッフ会議において職員の意見を聞いたり、通常業務の中で話しやすい雰囲気づくりをしている。年2回の人事考課時にも直接意見を聞く機会を設け、運営に反映している。	
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	年2回の人事考課制度により職員の努力や実績を評価し、職員が向上心をもって働けるよう、また年2回の面接では職員の思いを聞き取っている。職員のストレス緩和の為、法人としてカウンセラーの配置、職場として認知症ケアによるストレスを発散・共有できるノートを利用している。		
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	法人の研修計画により、法人内で段階的に研修を受けるシステムができています。できる限り外部研修に参加するようにしている。また、近隣グループホームとの交換研修やスタッフ会議内での研修などで、スタッフの資質向上に努めている。		

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
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	燕・弥彦の全グループホームとの情報交換会が定期的であり、お互いのサービスの向上に活かしている。		
<b>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	事前面接において、家族・本人の現状と思いを確認する。また利用者に対しては、ホームができる事できない事を伝える。面接はホームで行い、本人が住みたいと思うかを確認する。見学、体験利用ができる。迷いがある場合は、利用後も退所できることを伝え、安心して利用できるようにしている。		
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	相談や入所前の面接では、ご家族のこれまでの苦勞を受け止め聞くようにしている。本人との関係が悪くても、家族の大変さをホームが受け止めた後、関係が回復してくるものであると考える。		
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	入所の申し込みに来られても、即入所に結びつけることができないので、その緊急性によっては、他のサービスを紹介したり、認知症の対応についての相談を行うことが多い。		
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「介護者」の立場ではなく、「一緒に暮らす家族」の立場をとるようにしている。介護者は「上」になりやすい事を自覚し、常に隣(横)の立ち位置でありたいと思っている。ご利用者に対し感謝の気持ちを伝え「教えていただく」という場面をつくるようにしている。		
19	(7-2)	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	入所後もご家族との関係が保たれるよう常に本人の状態を報告するようにし、ご家族の面会を働きかけている。家族への働きかけを多くすることで、家族が、大切な家族であり続けるように働きかけている。	介護計画の中に、受診、外出など家族に関わってもらう内容を示している。また、家族が面会に来やすい環境をつくらしたり、本人の言葉を常に家族に伝えるようにして、家族と本人の関係を断ち切らないための支援をしている。	
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	ホームに入所しても、今まで暮らし続けた地域から切り離さないように、馴染みの場所や店に出かける機会を作っている。地域の方が遊びに来られ、地域の話をしてくださることもある。	床屋など馴染みの店や実家のある地域に行くなど、地域との関わりの継続を支援している。また、利用者の出身地域の方がホームを訪れてくれる機会も多くあり、来やすい雰囲気づくりを心がけている。	

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
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	対職員との関係だけでなく、利用者同士の関係 を大切にしたいと思い、スタッフが間に入るなどし て意識して良い関係をつくるようにしている、関係 性は固定されたものにならないように、場面場面で 色々な関係性がもてることを見守っている。		
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	ほとんどが、死亡退所で、その後の関わりは ない。		
<b>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	自分の思いを具体的に表現できない方が多 い。その為に、寄り添い関わり、様々な情報 を知る努力をしている。また、人の思いは、 変化していく事、また本人の事を知ったつも りにならないよう意識している。	利用者には、日々寄り添いながら思いをくみ取り、 「お宝ノート」に本人の言葉を書き留めている。ま た、KOMIリーダーチャートによりアセスメントを行 い、その中の家族希望欄は、家族から直接記入し てもらっている。	
24	(9-2)	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	利用開始時に、家族・ケアマネ等から情報収集し ているが、利用開始時に全てを話せるものではな いので、入所後も話を聞くようにしている。しかし、 本人が隠しておきたいこともあると思うので、関係 性ができてから確認することも多い。	入居前には、家族、担当ケアマネージャー、以前 のサービス事業所から情報を得ている。また、入居 後も、日々の関わりのなかでこれまでの暮らしなど の把握をしている。	日々の利用者との関わりの中で、趣味や 特技、頑張ってきたことなどの把握に努め ているが、記録として積み重ねが十分では ない状況も見られた。今後さらに、継続的 な記録の工夫を期待したい。
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	利用者のその日の暮らし方は、その日によって変わる。 自由に過ごして頂きながら、その日の状態を見極めるよ うにしている。介護計画書はその人のできる事に着目し 立案している。「この人はこう」と決めつけることなく、常 に可能性や秘めた力を引き出すようにしている。		
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	介護計画書を作成する時は、家族の思いを聞く ほか、全スタッフの意見を聞くために、毎月カン ファレンスを行なっている。本人は自分の思いを 伝えることができない場合が多いが、できるだけ 日々のケアの中で本人の言葉を聞き取るようにし ている。	利用者個々の担当者が、本人の課題に対する具 体策を作成し、毎月1回開催のケア会議において 全員で検討している。介護計画の実施に対する評 価は、口頭、連絡ノートなどで情報を得、遅番が 夜、×で記入している。しかし、×の理由を記入 するところがなく、理由が確認できない状態であ る。	介護計画に対する評価において、計画内 容を実施できなかった理由を積み重ね、 分析することで、さらなる支援の検討につ ながると思われると思われる。評価欄に実施 できなかった理由欄をつくるなど、よりいっ そうの記録の取り方の工夫を期待したい。
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	日々の様子を時間を追って見ることができるよう、記録 用紙はセンター方式D4シートを使用している。また、ケ アプラン内容が日々実践されたかどうかのチェックシ ートで必要な記録をしている。日々の記録がアセスメント になり、介護計画書の見直しに繋がるような仕組みとし 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	ホームでは、家族状況に応じて、受診の支援や行きたい所への外出の支援を柔軟に行っている。また、地域住民との関わりや他事業所との関わりなども行っている。		
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	交番に所在不明時の場合の協力をお願いしてある。保育所に散歩で立ち寄り場合の交流の協力をお願いしてある。		
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	入所後も、今までのかかりつけ医を継続しているが、状態により(受診に行くことが困難になった・ターミナルの状態になった時)、大きな病院から往診が可能な開業医に変更をすすめる場合がある。また必要により認知症専門医を紹介していただくなど連携を図っている。	今までのかかりつけ医への受診を継続している。受診時には家族に情報を伝え、受診結果を家族から口頭で聞いている。利用者の状態が重度化した場合には、家族と話し合い、往診可能な開業医へ変更する場合もあり、適切な医療を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	訪問看護ステーションと契約しており、週1回の訪問と必要時の助言等をお願いしている。訪問看護の職員がホーム利用者の状態を常に把握できるように、変化があった場合には訪問時でなくても連絡するようにしている。		
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。	入院した場合には面会に行き、病棟看護師に状態を聞く、又主治医から家族への状態説明時には同席させてもらい、本人への支援の継続と病棟との連携を図ってきた。		
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	早い時期から終末期についての意向を家族や本人に確認している。状態が悪くなった時点で看取りの方向性について確認。かかりつけ医や訪問看護に協力をお願いする。方向性が決まった後でも、状態の変化に応じ、何度も家族の意向を確認している。	本人に対しては、終末期の意向を早い段階から聞いている。家族には、本人の状態が低下してきた段階で意向を確認し、意向にそって主治医、訪問看護と連携を取って対応している。ターミナル時には職員を1名追加し、本人を一人にするとときがないよう配慮している。	
34	(12-2)	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	応急手当の研修会を法人として実施のほか、法人看護師を講師とし実施。全職員が救命講習を受講している。管理者は上級救命講習受講。	消防署の救命講習を定期的に受けており、法人全体の研修会も実施されている。また、ホームでは、法人の看護師による応急手当の研修も行っている。	

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
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	毎月、職員だけの訓練の他、年に2回(うち1回は消防署立会い)の避難訓練を実施している。地域の方にも協力をお願いしており、地域防災協力員を立ち上げた。	年に2回利用者も交えた避難訓練を実施するほか、毎月、職員だけでの訓練も積み重ねている。災害時連絡網を作り、有事の際は地域の方から応援に来てもらう体制を整えている。	
<b>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	本人のプライドを傷つけない配慮をしながら、ケアの声かけをさせて頂いている。ケアを行う際は、声をかけてOKが出てから行う。個人の記録、情報は鍵のかかる書庫に保管している。	職員の言葉かけは指示的であったりすることなく、利用者の誇りやプライドを損ねないものであり、穏やかなトーンで行われている。利用者の個人情報ファイルは施錠できる書庫に保管されている。	
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	認知症のために、自分の思いを表現しづらくなっていることを職員は十分理解し、思いを引き出すような関わりを行うようにしている。		
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	日課等はない。食事の時間はおおよそ決まっているが、それに従わなくてもよい。その日その日の個々の状態や気持ちに合わせて1日が流れるようにしている。		
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	本人の好みの装いをしてもらっている。基本的に自宅から持ってきた服と小道具である。馴染みの美容院に通っていたが、今は美容院の椅子に座ることができなくなり、ホームでかかるようになった。		
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	その日の献立を利用者に何うも、答えることが難しくなった利用者が多い。せめて「ごはんと麺どっち?」「肉と魚どっち?」といった選択をしてもらっている。食事の準備・片付けなど、それぞれができる事に参加してもらっている。して頂いたことに対して、必ず感謝の言葉を伝えるようにしている。	利用者の重度化に伴い、食事作り、後片付けなどを一緒に行うことが難しくなっているが、味見をしてもらうなど、できることを見つけ支援し、行ってもらったことには感謝の言葉を伝え、利用者のやりがい、楽しみとなるよう取り組んでいる。	
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	事後であるが、献立を栄養士に確認してもらい助言をもらうようにしている。極端に体重の変化がないか、毎身体重測定を行なっている。		

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
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	夕食後に全員の口腔ケアを支援している。自分でできることは見守っている。		
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	紙パンツ等の使用を一概に減らした方が良いとは考えない。それを使用する事によって、安心して活動の幅が広がるのであれば、使用するべきであるとする。排泄のパターンをつかみ個々の状態に合わせて支援している。オムツをしていても、本人の訴えがあれば、トイレでの排泄を試みている。	紙パンツを使用している方が多いが、排泄チェックを行い、本人の排泄パターンを把握して可能な限りトイレに誘導し、快適な排泄へと繋げる支援をしている。	
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	便秘予防のために、個別に、良いとされる飲料や果物・運動を取り入れている。また、排便の有無の確認を行い、訪問看護の協力を得ながら便秘薬の与薬を行っている。		
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	入浴前には「お風呂に入りませんか？」と意志を確認する。無理に入浴をすすめることはないが、入浴を拒否される方には、様々な工夫をして気持ちよく入浴してもらえように取り組む。夜の入浴もできる。	入浴前には声をかけて、本人の入浴意思やタイミングを把握し、無理強いしないようにしている。午後や夜間など、時間帯も希望に沿うよう支援している。	
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	日中、活動したり陽光を浴びるなどし、スムーズな入眠を支援している。寂しくて寝付けない方には添い寝、それでも眠れない場合は、温かい飲み物を飲む、眠くなるまで一緒に過ごしている。日中も和室や居室で少し横になるなど、自由に休息している。		
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	薬の担当が、その効用や副作用、用量など他職員もわかりやすいように、まとめてあり、職員はそれを把握している。予薬ミスのないように、利用者の口に入るまでに何度かの別の職員のチェックが入るようにしている。服薬後の状態については、主治医に報告している。		
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	生活歴の中から得意だったことを見つけ、役割とすることだけでなく、日々の関わりの中で、生き活きとする場面を見つけるようにしている。		



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
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	日常的に、散歩に出かけたり、地区の催し物などに参加している。個人の希望に沿って(個々の地域など)個別に外出をする計画をたて実施している。	朝夕の犬の散歩や買い物、防犯パトロールなど日常的に外出している。車椅子を使用している方にも、天候に応じて外出を検討するなど、全員が外出の機会を持てるよう配慮している。個々の希望に応じて実家や馴染みの店に立ち寄り、菊祭り、花見会など季節にあわせた外出も実施している。	
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	以前は、おこずかいを自己管理している方もいたが、今はお金を持ちたいという希望をされる方がない。しかし、ヤクルトやおやつなど購入の際は、自分で自分のお金で支払うやりとりをしてもらっている。		
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	家族からの電話に出てもらったり、手紙を書く支援をしている。		
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	装飾や花などで、季節感や心地よい雰囲気を作らずようにしている。テレビの音や職員の声が大きすぎないように配慮している。アロマを炊いて気分を穏やかにする事も取り入れている。ターミナル期に入った方は、リビング隣の和室で1日過ごして頂き、生活の音や匂い、会話の音などのある心地よい空間で過ごして頂くようにしている。	廊下、リビングには、絵など利用者の作品を飾ったり、季節の花を活け、季節感やあたたかみのある雰囲気づくりをしている。	
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	自分の居場所があることが大切であることから、リビング以外でも過ごせる場所をいくつか作ってある。リビング内は椅子・座椅子・隣の和室・と、その時々で気持ちで居場所を変えることができるようにしてある。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時には、自宅で使っていた家具や大切なものを持ってきて頂けるようお願いしてある。	居室には自宅で使っていたタンス、布団を持ち込んでもらったり、家族の写真や好みの小物などを飾り、本人が居心地よく過ごせる空間づくりをしている。	
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	トイレや浴室の表示は、わかりやすいように工夫してある。自室の目印も個々がわかりやすいようにした。リビングには、今がなんの時間なのかわかるような表示をしてある。		