

# 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	2772401432		
法人名	有限会社 マナ		
事業所名	グループホーム「マナ」		
所在地	大阪府枚方市茄子作1丁目42番10号		
自己評価作成日	平成22年5月22日	評価結果市町村受理日	平成22年7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	<a href="http://c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2772401432&amp;SCD=320">c.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2772401432&amp;SCD=320</a>
----------	--

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人日本・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪府中央区常盤町2-1-8 親和ビル402号		
訪問調査日	平成22年6月3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)】

利用者が暮らしていた環境に近い状態の、普通の暮らしを支援し、共に生きて行きたい。

## 【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)】

介護保険の基本理念の大きな3本柱は、「本人本位のケア」「高齢者の自立支援」「本人の選択(自己決定)」である。このホームを訪問して、その理念を実現すべく、管理者始め職員全員が知恵やアイデアを出し合い、個別ケアや心のケアを徹底し、その実践に励んでおられる印象を受けた。建物自体民家を改造されたもので、決して広いとは言えないが、それが逆に自宅にいるようなアットホーム的な雰囲気を出している。近隣住民の来訪も多く、地域に充分理解されているが、更に管理者自身が持つ認知症キャラバンメイトの資格を活かし、地域住民に対して、認知症サポーター養成講座を開講すべく準備されている。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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ます (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. 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			

## 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>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	普通の家の普通の暮らしをめざし、玄関は出来るだけ施錠せず、庭には季節の花をたやさず。室内から雨や風、お天気の様子が見え、室外の空気に触れられる小さなベランダを設置し、洗濯物を干したり、お茶をしたり、少しでも閉じこもり感のないような暮らしが出来るよう工夫している。又、本人の残された能力を活用し、自ら生活の場の役割を選んで暮らせるように協働している。	当ホームの理念として、5本の大きな柱の一つに「尊厳を守り、地域住民との交流の下で社会と関わり続ける生活」を掲げ、従来の生活を維持しつつ、共に生きる家族として、日々職員全員その実践に励んでいる。近隣住民の訪問も多い。	
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	事業所の玄関は、雨や風、寒さや暑さの影響を受けない限り開放して、ホームの玄関から前の道を行きかう人との会話や外からの訪問客も入りやすく日常的に交流が出来るようにしている。	近隣保育園児との交流、近くの民生委員宅での月2回のお茶会、ホームで「介護何でも相談会」を開くなど地域貢献に努めている。	
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	ホームは地域貢献として、介護相談のボランティアや家族がお困りでお年寄りの緊急時の受け入れが無い場合に一時的短時間の保護預かりなどを行っている。常時見学者があり、昼食も無料で提供し賑わっている。		
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	運営推進会議は地域包括職員、民生委員、介護相談員、利用者6名家族等で行なっている。2ヶ月間のサービスの報告や反省点、今後の取り組みなど出席者の意見を聞きながらサービスの向上に活かしている。	2ヶ月に1度開かれる運営推進会議については、行政代表や地域代表および利用者全員とその家族が参加し、活発な意見交換の場となっている。参考になる意見については、ホーム運営上の参考にしている。	
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	4月の市の人事異動時、高齢社会室に配属された職員を連れて見学に来られた時に現状をお伝えしたり、又、わからない事や悩み事などにも電話や窓口で聞く事が出来ている。	市の高齢社会室(介護保険保険者)とはよくコンタクトをとり、色々相談ごとによって貰ったり、情報を得たりしている。	
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	職員は身体拘束の意味や禁止対象となる行為を理解、弊害も理解している。開所当時から玄関は鍵をかけず、必要であれば遠隔操作のブザーで対応している。	厚生省作成の「身体拘束ゼロへの手引き」やホームで作定した「身体拘束がもたらす多くの弊害」を参考に研修を徹底し、身体拘束をしないケアを実現している。見守りケアに徹し玄関も施錠していない。	
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	職員は職場研修で高齢者虐待の定義、内容と具体的例を理解しており、お互いのケアについても見過ごす事のないように努めている。		

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	自立支援事業、医療助成金事業等青年後見人制度等、利用者の権利として利用できるものは説明して、個々の必要性に応じて活用できるよう支援している。		
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	本契約をするまでに契約書を持ち帰って内容を読んでもらい不安や疑問点をお聴きした後に、日を改めて本契約として契約書の中身を説明している。		
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	運営推進会議や、家族、近隣その他の訪問者と御茶や食事をともにしながら、思いを気楽に話せる場面作りを努力している。運営推進会議は利用者も参加、意見や要望を聞き日々の暮らしが気楽に暮らせるように反映している。	利用者については近隣の方々ばかりであり、家族の来訪も多い。その際、昼食と一緒に食べたりして何でも言いやすい雰囲気作りを努め、色々意見などをお聞きしている。利用者からも普段の何気ない会話から運営に関する意向をくみ取る努力をしている。	
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	毎朝、出勤後の20分くらいを、ミーティングの時間として、お茶をしながら職員の状況の把握や業務についての意見、利用者の状況の情報交換等して運営に反映している。	毎月1回開く職員全体会議や、仕事に入る前の約20分のミーティングで、運営やサービスに関する忌憚のない意見を聞き、参考になるものは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	職員が継続して働く事が利用者の安心につながり、安定した暮らしを継続していく事が出来るため一人一人の資質や努力、勤務状況を把握し、職場環境を整え可能な限り処遇へ反映する努力をしている。		
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	職員育成は、利用者の生活の質の向上のため、入職から段階を追って法人内の研修を行い、互いの日々のケアの実践を通し考え方や方法を学び合い又、法人外の研修にも機会の確保をしている。		
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	包括支援センターを中心にグループホーム連絡会を持ち連携し地域全体の福祉サービスの向上に貢献できるよう努力している。他グループホームとの利用者を含めた交流も再開する予定。		

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	見学のご家族、利用者と昼食を共にしながら「ここなら皆と生活していけるかな」と安心して心を開いてもらえるように職員も入所中の利用者も参加し 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	入所の方向性を下すまでの心の葛藤を抱えながら決断していかなければならない苦しさや悲しさ、せつなさ、不安など心から理解に努め「一緒に考え生きていきましょう」という思いを伝えている。		
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	ホームになじんで暮らしが安定してきた段階で、本人、家族と話し合い、デイケアサービスの利用など他制度を導入。日課の調整をしてホームのみで抱え込まず社会参加の機会を工夫し支援している。		
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	「一緒に生きていきましょう」を合言葉に、見学者やヘルパー養成講座、施設開始事前研修福祉大学の学生が実習に来ます。その時、利用者は「認知症を生きる」介護の先生になります。		
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	「職員、利用者、利用者の家族は協力しバランスを保って生きていきたいと思います。職員だけでは支えきれない場合も出来てくると思いますのでそのときはお力をお貸しください」とお願いします。		
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	なじみの場所は家族が把握して連れ出してくれます。又友人や知人はお互い高齢で1、2回の訪問で終わる事が多い。近所の民生委員さんの協力等で新しい関係づくりに努めている。	社会との関係を断ち切らないよう馴染みの人との交流支援は必要とは思えるが、実際は少し無理がある。それよりもこれから馴染みの人や場所を作っていくよう、民生委員の力を借りたりして支援している。	
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	利用者の残存能力の把握に努め、プライドを失わせないように努め、家事など協働している。利用者は「ここは仲が良いのが自慢」といっているように出来る人が出来る事をする事が自然の流れで出来ている。		
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	サービス利用が終了した後も本人、家族が落ち着くまで入所先や、入院先に出かけたり、家族からの電話での対応や食事に誘ったりして支援し、落ち着きを取り戻した時点で終了している。		

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	一人一人思いの表現方法が違うので、日頃から 接触を密に把握すると同時に、職員同士で情報交換し意見を出し合い、利用者の視点に立って考え、利用者の思いを組んで支援できるよう努力している。	最初のアセスメントシート作成時、家族から本人の人生歴、価値観、これからどのような生活を望むかなどレポート形式で提出して貰い、本人の思いや意向を把握する努力をしている。入居してからも、本人との何気ない会話から思いや意向をくみ取っていく努力をしている。	
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	入所時にこれまでの暮らしの状況や、生活歴的な記録をお願いして把握に努め、入所後の支援に役立っている。		
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	普通の住宅という狭さが幸いして、常に状態を把握できる環境にあり、職員も共通して把握でき、本人の出来る事、出来ない事、苦手な事、得意な事、わかる事、わからない事等活用して力量に合わせた支援に努めている。		
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	家族が面会に来た時、「このホームでよかった」と思えるような笑顔があり、安らぎが感じられ、穏やかに過ごしている様子が見えるようなケアのあり方、状況に即した支援を努力している。	ケアプランについては、まず計画作成担当者が家族とよく話し合っ「たたき台」を作り、直後に職員全員の意見やアイデアを取り上げ作成している。モニタリングも本格的に実施するのは6ヶ月に1度であるが、それに捉われず随時、あるいは3ヶ月に1度行っている。	
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	日々のかかわりの中で記録すると共に、朝と昼の ミーティングで情報を共有し、記録や計画、実践に生かす努力をしている。		
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	通院、美容室や理容室、デイケア、家族や地域の介護「何でも相談」、ホームの見学者と昼食をし、実習施設としてヘルパー養成や大学の実習生を受け入れ、出来る事を考え取り組んでいる。		

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
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	地域の協力を得られる事が利用者が安心して暮らせると考えている。地域住民、町内会長、民生委員、包括支援センターとの連携は密にしている。又、近隣の警察、理美容院、消防、商店にも協力をお願いしている。		
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	入所時に本人家族と話し合い、かかりつけ医を決め、適切な治療を受け病状は改善されている。	かかりつけ医については、本人や家族の了解のもと、全員即対応および24時間対応可能な協力医療機関にして貰っている。その協力医療機関が経営するデイケアに週3回通いつつ、受診して貰っている。	
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	週1回、医療連携で訪問看護ステーションの看護師に1週間の利用者の状況を伝えたり、通所しているデイケアの看護師に必要に応じ伝え、相談や助言を受けている。		
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、情報提供所を提出すると共に主治医、入院病棟の看護師、ソーシャルワーカーと面談、口頭でや文書で利用者の留意点等を伝えている。又、ソーシャルワーカーには電話での状態の問い合わせなどの了解も得るようにしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	週3回デイケアを利用、主治医やデイの職員、医療連携の看護師、ホームの職員等で情報を共有、家族と話し合い方向性を出している。出来る限り家族が悔いの少ない支援に取り組んでいる	入所してできるだけ早期に本人や家族、かかりつけ医と話し合い、重度化した場合の対応についてホームで作定した「緊急時の医療対応への同意書及び事前指定書」にまとめ、関係者で共有している。	
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	職員は急変や事故発生に備えて「急変時対応マニュアル」に目を通し、日常起こりうるような事を話し合っている。消防署の「救急救命訓練」も随時受けている。又夜間は夜勤とボランティア1名を常駐して緊急に備えている。		
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	避難訓練は3ヶ月に1回のペースで実施している。地域の協力体制は、町内会のリストに救援の対象者として載せてもらっている。	職員の少ない夜間の時も、管理者自らリビングに泊まり、万が一に備えている。地域からは、非常災害時の救援対象者としてリストに載せてもらい、地域住民の協力を得られるよう話し合いはついている。	

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>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	膨大な時間を生き抜いてきた人生に、いつも尊敬の念を持ち、その魂の尊厳を大切に誇りやプライバシーを損ねないように、利用者の権利を守って一緒に生きて行きたいと考え努力している。	利用者については、人生の大先輩として尊厳をもって接している。声かけ、トイレ誘導、失禁時対応、入浴介助など利用者のプライバシーに充分気を配っている。	
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	狭さが幸いして1人1人の状況がよく見えるので介護保険の3つの視点を視野に入れ、支援側からの押し付けや、独りよがりになっていないかを注意し、職印同士も忌憚無く意見をその場で言い合っている。		
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、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	一日のスケジュールは、生活のリズムを作り健康で暮らすために大まかに決まっているが、その日の利用者の体調や気持ちに沿って柔軟に対応している。		
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	起床時に、利用者と話し合い今日の衣服をきめ着用している。又外出儀は本人や家族を含め助言している。		
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	協力し合いながら、職員とともに食事を作っている。食事の好み等はなかなか伝える事が難しくなっているが、食べ方や食べ残しが無いかなどを見ながら好みを判断して調理に役立っている。	献立については利用者向きに色々変化をつけて立て、食材も新鮮なものを近隣から購入し、調理や盛り付け、後片付けも利用者と共に、職員も同席して同じものを食べ、場を盛り上げつつ上手くフォローしている。	
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	一人一人の適切なカロリーを計算、栄養のバランスをとり、状態に合わせた調理をするとともに、水分1500ccをめどに摂取している。		
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	食前、食後の歯磨きの見守り一部支援、全介助等、力量に応じて支援している。又、夕食後は歯磨き終了後イソジンでうがいをしている。		

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
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	排泄の失敗は誇りを失い、生きる意欲や自信も消失させ、無気力になり周辺症状を引き起こすことにつながっていく事を周知して、トイレ誘導や、自室でポータブルトイレの使用など工夫している。	排泄の失敗は利用者に相当のダメージを与えることを職員は理解している。そのため、排泄感を感じる時に出す利用者のサインを見逃さず、トイレ誘導を行い自立排泄の支援をしている。排泄チェック表も職員全員必ず目を通し、自立支援につなげている。	
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	便秘は精神不安を引き起こし、周辺症状につながっていくため、食事で改善を図るとともに水分補給を薬草のお茶で一日1500ccをめどに摂取、便秘が改善され利用者全員便秘薬の服用者はなくなった。		
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	体調不良や、入浴拒否の場合は日時の調整や、シャワー浴、清拭、足浴等で代替とし、又、体に負担がかからない時間配分と共に、湯船でゆったりとくつろいで楽しんでもらえるよう支援している。	真夏時には毎日シャワー浴を支援している。その他の季節は、週2回は必ず入浴して貰っている。もちろん利用者の健康状態によって、清拭に切り替えたりしている。	
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	一日を午前中と午後に分けて食事の後のお昼寝の時間、一時間ほどを大切にしている。その事により昼と夜の区別がはっきりし夜間の不眠や徘徊が消失、安定剤や睡眠導入剤が不要になっている。		
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	一日の服薬を所定の服薬箱に入れ、指示通りに行なっている。利用者の変化を見逃さないようにし、目的や副作用を常に確認できるように服薬箱の中には現在服用中の処方箋をいつでも確認できる状態に保管している。		
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	物の見方、考え方、価値観、出来る事出来ない事、、好きな事嫌いな事、苦手な事、どう生きて生きたいか等、家族や本人と話し、生きがいや楽しみを持って生きていけるよう支援している。		
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	長時間の外出は家族と出掛ける事が多い。週3回デイケアに通所、天気を見て毎日散歩や買物同行、近所の美容室や理髪店、民生委員さん宅のお茶会、全員の体調に合わせて、弁当作って近所の公園や神社で昼食を楽しんでいる。	近隣への挨拶や季節感を感じて貰うため、散歩や外出はよく支援している。週3回のデイケアへの通所、リハビリを兼ねて近所の階段の昇り降り、馴染みの理・美容院へ行く、民生委員宅でのお茶会、弁当を持参して少し遠方への外出等楽しんでいる。	



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
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	利用者の状態に合わせて、本人、家族と話し合っ支援している。		
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	本人から自発的に、手紙を書いたり、電話をする力が殆ど失われているので、手紙が着たら電話で返事を返すように支援したり、家族のことを思い出したりしたときは「電話して声聞きますか】等を支援している。		
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	庭や室内には季節の花が耐えないように、どこにいても明るさや暖かさがあり、快適な生活音があり、室内からは雨や風やお天気が様子が見え室外の空気に触れられる小さなベランダを工夫し、少しでも自然を体感できるように努めている。	民家を改造したホームであり、共用空間については広いとは言えないが色々工夫され、施設というより自宅にいるような感じが出ている。季節感を感じる工夫として庭に咲く花々を活けられている。コミュニケーションスペースとしてソファを置くなど配慮されている。	
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	一人になりたい時は自室でゆっくり、大勢で居たい時は、共有の部分は好きな場所に座れるようにイスをたくさん用意して気のあったもの同士過ごせるようにしている。		
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	居室は各自、自宅から持ってこられた家具や購入した家具で自分好みの室内にして落ち着いて過ごしている。	居室の表札は、大きなハート型でいろいろ色を変え、利用者の目線で低く設置してある。居室についてはホームから提供出来るものは最小限にとどめ、利用者の使い慣れた家具や日用品を持ち込んでいる。	
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	ホームは普通の民家を改修した建物で安全なバリアフリーとはいかないが、手すりや床の白線、ドアなどに場所を表示し、認識間違いや判断ミスが最小限に防げるよう工夫している。		