

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	2170102509		
法人名	有限会社 三陽コーポレーション		
事業所名	アーバンケア三歳		
所在地	岐阜市三歳町5-1-8		
自己評価作成日	平成22年8月8日	評価結果市町村受理日	平成22年11月16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://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170102509&SCD=320
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 ぎふ住民福祉研究会		
所在地	〒503-0864 岐阜県大垣市南類町5丁目22-1 モナーク安井307		
訪問調査日	平成22年9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)】

「その人らしさ」「その人のペースで」をモットーに、ゆったりと安心して生活できるよう支援しています。地域との交流も積極的に受け入れて下さる関係ができ、地域密着にはげんでいます。笑顔いっぱいのホームです。

【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)】

岐阜市繊維卸売センターの一角にある開設7年目を迎えたホームである。運営推進会議は定期的に外部の委員を含めたメンバーで開催され、民生委員や自治会長もその一員である。認知症や身体に障害のある高齢者に対する地域の方の理解や協力が高まり、地域の中でのホームの役割や存在感も見い出せるようになった。敬老会や盆踊り、運動会等に参加したり、絵手紙やフラワーアレンジなど地域の人々がボランティアとして定期的に来訪され、親しい付き合いや語らいが続けられている。災害時の独居高齢者の避難場所の提供や2級ヘルパー、介護福祉士の実習生の受け入れも行っている。サービスの向上を目指しながら、地域で暮らし続けたいけるような支援がなされている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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拡がり深まり、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

[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	「その人らしさを大切に、1人1人のリズム、ペースに合わせ、地域の中で心を暮らしを支えます」を理念に管理者、職員全員が日常のケアに取り組んでいる。	理念は共用空間や一階の事務所に掲げられている。具体的なケアについても意見の統一を図り、管理者、職員は共有し、日々の支援に生かされている。	
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	地域の行事(敬老会、盆踊り等)には、積極的に利用者、職員が参加し、交流に努めている。又、地域の方がボランティアでフラワーアレンジや絵手紙を教えて下さっている。文化祭の貼り絵の出品をさせて頂くので、地域の方に観て頂こうと貼り絵の作品製作に取り組んでいる。	民生委員や自治会長は運営推進会議の一員で何かと相談できる。自治会にも入会し回覧板も回ってくる。敬老会や盆踊り等に参加したり、絵手紙やフラワーアレンジを教えるボランティアの来訪もある。2級ヘルパーや介護福祉士の実習生受け入れも行っている。	
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	人材育成の貢献として、実習生の受け入れや学生のボランティア体験など積極的に受け入れている。		
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	入居者とのコミュニケーションも含め、ホームの現状を報告し、井戸端会議風にざっくばらんに話しやすく、活発な意見交換ができています。認知症や身体に障害のある高齢者に対する地域の方の理解や協力が高まり、行事の時に駐車スペースの確保等して頂けた。又、ホームだけにとどまらずこの地域全体の取り組み等議題に上がり、地域の中でホームの存在が見出せている。	定期的に外部委員を含めたメンバーで開催している。活動報告を行い、意見や理解を求め、改善に努めた。その後理解と協力が高まり、地域の中でのホームの役割や存在感も見い出せた。会議の内容は記録に残し、サービスの向上に活かしている。	
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	市役所の介護保険課からは毎月会議への参加がある。又、生活福祉室や民生委員の方にも近況報告等行い、連絡を密にし、協力関係を築いている。	運営推進会議や生活保護利用者の所へ市役所職員や民生委員の来訪があり、情報や意見の交換を行い、理解と連携を深め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	玄関の鍵に関しては、以前、職員が気付かず、お一人で外出された事があった。気を付けていても何度かあり、家族の方にも説明し、納得の上、鍵をかけている。その他身体拘束はしていないし、しないケアを実践していきたい。	身体拘束についてはマニュアルもあり、管理者以下職員はその意味をよく理解している。拘束している利用者は一人もいない。玄関の鍵についてもよく理解しているが、安全のため家族の了解を得て鍵をかけている。	
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	虐待防止関連法の周知と掲示、又、契約書には身体拘束を行わない事を述べており、職員にはその他の虐待も行わない様、注意している。		

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	身内のみえない方には、きずなの会との契約を結ぶよう支援している。又、グループホーム協議会の勉強会に参加。		
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、分かりにくい事は具体的に説明したり、質問を受けたら丁寧に説明している。		
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	苦情申し出窓口を設置し、第三者委員2名依頼している。又、民生委員が月に1度訪話し、入居者に「どうですか?」と声を掛けて下さっている。	苦情相談窓口は管理者と主任になっており、第三者委員の設置もなされている。民生委員が定期的に来訪、一人一人に声かけをされている。ミーティングで話し合い、運営に反映させている。	
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	管理者は日頃からコミュニケーションを図るよう心がけ問い掛けたり、聞き出したりするようにしている。勤務体制、利用者の受け入れや、職員の交代等について、現場に従事する職員の意見を聞くようにしている。	管理者から声かけし、コミュニケーションを図り、意見や提案等聞く場を設けている。出された意見等については記録し、運営に反映させている。	
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	日頃の介護業務の中で問題や不安な点など出してもらい、解決できるよう助言や話し合いの場を持つようにしている。		
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	介護福祉士の講習会や介護支援専門員の研修、又、認知症のケア講習会等、参加。資料を職員が共有できるよう閲覧している。		
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	グループホーム協議会の会員になっており、他のホームとの交流や、講演会、勉強会等、参加している。		

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
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	見学に来て頂き、おやつと一緒に食べるなど、雰囲気に入れて頂いたり、様子を見ながら、本人、家族と話し合い、徐々に馴染むよう工夫し始めていく。入居前に面談し、不安を与えない様に気遣っている。又、入居してから早くなじんでもらえるように職員がその人らしさを早く知り、ホームでの生活や職員を受け入れてもらえるよう努めている。		
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	入居前に面談し、よく話を聴き、受容、共感し、安心感を持って頂き、家族の精神的負担を軽減できるよう努めている。		
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	グループホーム以外に適した選択があればお話し、考えて頂いたり、地域包括支援センターに相談するなどしている。		
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	配膳や食後の片付け、洗濯物干し、たたみ等の家事仕事をして頂いたり”おばあちゃんの知恵袋”などや意見を求めたりしている。		
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	月次報告書にて毎月状況をお知らせし、安心して頂けるよう又、無理のない程度で関わって頂ける様にサポートしている。2ヶ月に1度ホーム便りを発行、写真も同封し、送付している。		
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	電話や会いに行く事への支援をしている。行きつけの美容院にもお連れしている。友人や知り合いが面会によく来て下さっているの、ゆっくりして頂く様声掛けし、お茶やお菓子をお出しする等、また来て頂ける様な関係作りをしている。	利用者希望の外出や美容院、買い物に出かけている。知人や友人が訪問されて一緒に出かけ、自宅へ帰ることもあった。たとえホームの生活であっても以前の関係が途切れないよう支援している。	
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	職員が利用者間のトラブルのないよう、気配り、目配りしている。又、一緒にレクリエーションやその他皆で楽しく参加できる事への支援をしている。又、利用者同士での助け合いや援助も有りほほえましい。		

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
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	亡くなられた利用者のお通夜や葬儀には参列させて頂いている。その後御家族の方がホームに立ち寄りられたりする事も有る。又、手紙やメールも下さったりする。思い出を大切にしていきたい。		
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	一人一人の人格を尊重し、入居者の言葉に耳を傾けたり、行動や表情から本人の意思を把握するように努めている。	家族等の情報を得たり、利用者の希望、意向の把握に努め、馴染みの家具や道具等の持ち込みもある。困難な場合は今まで関わりのあった人から情報を得るなど本人本位に検討している。	
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	アセスメントには独自にバックグラウンドアセスメントを家族の方に記入して頂き、これまでの人生を把握する様にしている。又、入居後にも会話などから掴み、ケアに生かしている。		
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	一人一人のリズム、ペースに合わせ、その人らしさ、その人の今、現在の心身の状況を受容、尊重し、生活を支援している。職員一人一人が利用者のリズム、ペース、心身状態、言動の情報を記録し、共有する事により現状の把握に努めている。		
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	本人、家族の意思を含め、職員とも話し合い作成している。毎月のモニタリングはもちろん、計画書の見直し前には本人との面談や家族の方への電話で意向をお聞きして、主治医の往診日に本人、職員でケアカンファレンスを開き、計画書を作成している。	利用者のできること、興味あることなど一人ひとりに合った介護計画となっている。家族、職員、主治医、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た現状に即した計画を作成している。	
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	個別記録はもちろん、特に共有したい事項は申し送り帳にも記入し、全員が共有し、ミーティングやケアカンファレンス時に話し合い実践できるよう取り組み、又、計画書の見直しに活かしている。		
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	本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等、必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努めている。又、地域での行事の参加や、通院時等、職員を増員し対応している。		

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
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	フラワーアレンジや絵手紙などボランティアの先生が来て下さり、楽しみにしている。又、民生委員は月に1回訪設し、入居者に話し掛けて下さる。		
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	ホームのかかりつけ医以外の御希望もお聞きし、納得を得ている。2Wに1度往診、必要な検査等は、指示により行っている。希望時には訪問歯科もお願いしている、等、複数の医療機関と関係を密にしている。	事業所のかかりつけ医には2週間に1度の往診を受け、必要時には検査受診もある。又、訪問歯科、接骨院等、複数の医療機関との受診支援を行い、適切な医療を受けている。	
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	上記かかりつけ医院との連携を密にしている。		
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。	入居者の入院時には頻りに病院に行き、ナースステーションに寄り、状況を聞き、医療機関と連携している。又、本人を見舞い、早く退院できるよう、励まし等声掛けしている。		
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、事業所ですることが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	重度化した場合に関しての話し合いは、早めに医師よりの指示で家族に伝え、話し合いの場を設けている。しかし終末期又は常時医療行為(経管栄養、輸液など)が必要になる場合は介護サービスを提供する事ができない。	利用時に重度化や終末期の方針について、事業所として出来ることを、本人、家族に十分に説明している。又、重度化した時点で家族、医療関係者と相談を重ねながら、方針を共有し、事業所として出来るだけの支援を行っている。	急に最期を迎える利用者となった時にも、事業所側の惜みない対応が出来る為に、医療関係者と十分な話し合いを行い、利用者や家族が望む終末期の支援を積極的に取り組むことを希望する。
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	避難訓練時に行っている。 毎月1度、職員間の研修を行っており、応急処置、初期対応、緊急連絡網については年に1回研修を行っている。		
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	3月と9月の年2回、避難訓練を行っている。又、本荘まちづくり協議会の福祉部にて、地域の中でお互いに協力し合えるよう話し合っている。	年度初めには今年の消防訓練計画を消防署に提出し、その指導下において通報避難訓練を行っている。備蓄品の水等の整備もある。	地域の協議会との話し合いが十分に出来ている状況であるので、運営推進会議終了時等に、初期消火訓練等が行えるよう検討することを希望する。

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	言葉掛けの大切さを職員で考えながら対応している。個人情報に関しては守秘義務の徹底を職員全員が守っている。	一人ひとりの人格を尊重したケアを行う為に、マナーモラルチェック表を基にし、随時振り返り反省し、利用者への対応方法を日々研鑽している。	
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	散歩や買い物など外出の希望やその他の思いを言い出しやすいよう対応している。又、入浴などの順番の譲り合い等の気持ちを大切にしている。		
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	職員の都合での対応や、行動、無理強いが無い様気をつけている。食事や入浴等、体調や気分、希望に合わせ、無理に決まった時間だからと行わないよう対応している。		
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	なるべく自分で考え、着替えして頂き、季節に合っていない時などはさりげなく対応している。床屋さんが2ヶ月に1度訪設している。美容院を希望される方には行きたいお店までお連れしている。毛染めをホームで行う方も有り。		
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	調理はほとんど職員が行っているが、本人が出来ること、下ごしらえや味見、盛り付け、テーブル拭き、献立の発表など当番制で行ってもらっている。10時と3時のおやつは利用者に行ってもらっている。好みを把握し、献立に生かしている。又、料理の本を一緒に見たりして会話の中で献立の希望等お聞きしている。おやつゼリー、おはぎ等、一緒に作る事は有る。後片付けは一緒に行って下さる。	調理はほとんど出来ない利用者であるが、一人ひとりの力量の範囲内で盛り付け、食器洗いの役割がある。又、献立の説明等は当番制で役割となっている。昼食時には職員と共に食事を楽しんでいる。日常の会話の中で好みの食べ物を聞き、献立に反映している。	
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	週に一度体重のチェック、又、主治医の指示で摂取量の調整を行っている。食事内容や食事、水分の摂取量を記録している。		
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	歯磨きの声掛けや磨き残しの手助けをしている。問題のある方は訪問歯科診療にて定期的に診察を受けている。		

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
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	オムツの方もトイレ誘導し、なるべくオムツを使用しなくてもいい様、排泄パターンを把握し、昼と夜の使い分け等も支援している。	排泄チェック表で排便、排尿パターンを把握しながら、昼用、夜用のオムツの使い分けをし、オムツ使用を出来るだけでなく、排泄自立支援の取り組みがある。	
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	排便のサイクルの観察をし、水分補給やおやつにサツマイモ等、又、食事にも繊維質の多い野菜等使用。体操や散歩等、声掛けしている 数日間排便がない場合は医師の指示に従い下剤を使用している。		
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	体調や気分に合わせて無理に行わない様になっている。	2日に1回、入浴が出来るが、気乗りしない日は翌日入浴が出来たり、希望により清拭、足浴を行っている。入浴を楽しめるように、無理はせず、個々に沿った入浴支援である。	
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	昼間はなるべく居間や食堂で皆と過ごして頂いているが、お好きなように個室でも過ごせる様配慮し、一人一人に応じ、日中の居眠りや昼寝があまり長くない様、様子を見ながら対応している。		
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	用法、用量はチェック表を作り、医師の指示に従い、飲み間違いのない様努めている。 副作用は薬の説明書をファイルに入れ、机の上に置き、見やすいようにしてある。		
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	男性は家事等行いたがらないが、女性は、掃除、洗濯干し、たたみ、食器洗い等進んで行っている。フラワーアレンジや絵手紙は男性も楽しんで参加し、又、落語やギター等ボランティアの催しも楽しんでる。		
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支援している	散歩や買い物等の外出、希望時は出掛けている。春のお花見も楽しんでいる。 外出チェック表を作り活用している。 希望者には毎週1回接骨院に同行。	個々の外出チェック表を基にし散歩、近くのスーパーでの買物、美容院への送迎、接骨院への同行等利用者の希望により、多様な外出支援が行われている。	

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
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	自分でお金を持っていたいと希望のある方には小額の現金を持ってもらっている。買い物時の支払い等はさりげなく支援している。		
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	家族に電話したいと希望された時は家族の事情も踏まえ、配慮しつつさりげなく支援している。年賀状を出したい方にも記入時できるだけ御自分で書いて頂き、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	調度品や設備は家庭的なものにしてある。又、季節感を取り入れた食事やおやつ、祝い事等は、赤飯やチラシ寿司を茶碗ではなくフタ付きの小さい重箱に入れたり工夫している。	利用者にとって不快や混乱をまねくような音、光、色等はなく、静かな共用空間作りである。又、季節感を取り入れた壁飾りやアレンジフラワーもあり、ソファや椅子も適所に置かれ、居心地良く過ごせる共用空間となっている。	
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	ソファを2ヶ所設置、くつろげて自由に過ごせる場所を作っている。テレビも2台あり、ベランダには椅子とテーブルを置き、くつろげるスペースを作っている。		
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	自宅で使用していた、なじんだ物を持ってきてもらうようにしている。(タンス、ベット、仏壇、写真等)	自宅で使い慣れた、タンス、ベッド等を家族と相談の上持ち込まれ、居心地良く過ごせる居室の工夫がある。又、仏壇、家族写真もあり、落ち着きある生活ができる居室でもある。	
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	お酒を毎日飲まれる方には医師の了解を得、コップ1杯と決め、飲みたいと言われた時にお出ししている。10時3時のおやつ時に、コーヒーやお茶等、好みに合わせお出ししている。できる限り自分でできる事は行えるよう援助している。利用者一人一人に適した位置や大きさの部屋を用意している。また部屋、トイレ、浴室には場所がわかるよう名札をつけ、床は転倒しても怪我がないように、絨毯を敷きつめている。トイレ、浴槽には手すりの設置。必要な方は電動ベットも用意している。		