

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	0272100967		
法人名	社会福祉法人 鯉ヶ沢町社会福祉協議会		
事業所名	鯉ヶ沢町社会福祉協議会 グループホーム安心住宅		
所在地	青森県西津軽郡鯉ヶ沢町大字裡里町字前田37番地3		
自己評価作成日	平成26年9月30日	評価結果市町村受理日	平成27年2月2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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成26年11月30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)】

利用者の個性を維持し、発揮できる環境設定を職員共同で実施している。 利用者の自己決定を尊重するため、利用者の意向、感情が自然に表現できるような、親しみやすい接遇を推奨している。 また、ボランティアを積極的に受け入れ、異世代間の交流を図っている。
--

【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)】

ホームは保育所であった建物を改修して設立され、居室や食堂、共有ホールは大自然の四季を十分に感じることが出来る空間となっている。 管理者及び職員は、利用者一人ひとりが家庭的で穏やかに、楽しく、安心して暮らせるよう、利用者に寄り添いながら、職員一丸となって日々の支援に取り組んでいる。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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や深まりがあり、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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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)	○	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	
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	理念を推奨をしているが、サービスに反映されていない部分もあり、地域に密着し、サービスの質を反映した理念を職員で見直し中である。	ホーム独自の理念を作成し、理念に基づいた運営を行っている他、理念の変更も視野に入れて職員間で話し合いの機会を持ち、全職員で理念の共有化を図っている。また、管理者及び職員は地域密着型サービスの役割を理解し、利用者が地域住民と関わりながら生活ができるよう支援している。		
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	地域の中にある施設としては周知・気配りをいただいているが、散歩の途中に挨拶を交わすに留まっていて、日常的に立ち寄ることは少ない。年に1・2回、地域の催しに参加することはある。	地域住民とのつながりを大切に考え、宵宮や地域サロン等へ進んで参加している他、クリスマス会等のホーム行事の際は地域住民に参加を呼びかけ、交流を図っている。また、散歩時に近隣住民と挨拶を交わしたり、冬期には除雪の協力もいただいている。		
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	ボランティアの訪問、実習生の受け入れはあるが、専門性を発信する機会は広報の発行程度である。			
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回開催し、利用者の状況報告、職員の対応、施設の修繕等を報告している。また、認知症の周辺症状等の研修をサービスに活かしていることを報告し、意見をいただいている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、民生委員や地域包括支援センター職員等、多くのメンバーの参加を得て開催されている。また、自己評価及び外部評価の結果やその活用方法等についても説明し、意見・情報交換を行っており、会議がホーム運営に役立てられている。		
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	2ヶ月毎の運営推進会議に毎回、担当職員の出席を得ている。必要に応じて適宜相談し、指導を受けている。	運営推進会議には役場職員、地域包括支援センター職員の参加があり、ホームの実情を報告している。また、何かあった際は電話や訪問をして相談したり、時にはホームを訪れていただきながら、連携が密に図られている。		

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
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	身体拘束の内容や弊害を研修を通じて職員は概ね理解している。夜間を除く時間帯は玄関等の施錠はしていない。居室の施錠をしておらず、転落防止・立ち上がりを促すためのサイドレールと引き戸に鈴を付けて、見守りをしている。	マニュアルの作成や研修への参加等により、職員は身体拘束の内容や弊害について理解しており、身体拘束は行ってはいけないとの認識で、全職員で日々の支援に取り組んでいる。また、今までに拘束を行った経緯はないものの、やむを得ず行わなければならない場合に備えて、記録に残す体制や関連する書式等を整備している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待行為については、研修やミーティング、申し送りで指導しているが、具体性についてはやや知識不足がみられる。特に、言葉や介護の視点においては日常的に指導し、研修の機会を増やしていく。		
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	法人内部・外部研修に参加し、現在制度を利用している利用者の支援を含めて、活用の機会を設けている。		
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	本人・家族の意見を拝聴しながら、理解できるように時間をかけて丁寧に説明し、了承後に署名していただくよう心がけている。		
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並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	面会時に近況を報告し、意見をいただいている。毎月、文書にて心身の健康状態、日常の様子を連絡している。また、利用者の状態を把握していただく機会として、可能な場合には通院に同行し、家族の意向を反映できるように努めている。	玄関に苦情箱を設置したり、契約時には重要事項で相談機関を説明し、ホーム内にも提示している他、家族から意見や苦情を引き出せるよう面会時にも働きかけている。また、利用者には日常的な関わりの中で、表情や言動から汲み取るように努めている。出された苦情や意見には速やかに対応し、早急に話し合いを行い、より良いホーム運営のために活かせるよう体制を整えている。	
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	毎日の申し送りや月に1回のミーティングで職員の意見を聞く機会を設け、検討し、職員参加の運営に反映させることができるよう機会を設けている。	管理者と職員とは気軽に話せる関係にあり、職員の些細な意見にも耳を傾け、ホーム運営や利用者への対応等、業務改善に向けて検討し、サービスの質の向上に反映させている。	

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
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	自己目標、自己評価を通して対話する機会を設け、職員の意向を聞き、努力や実績を給与等に反映させている。		
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	法人内部・外部研修に参加する機会を設けている。職員一人ひとりの能力、ケアの実際に応じて、日々のケアを通じての接遇・技術指導をしている。また、資格取得の支援を図っている。		
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	3ヶ月に1回、町内グループホーム連絡会を開催し、意見の交換をしている。また、職員を交換実習し、サービス質の向上を図っている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	本人にとって、安心できる場所であるという初期ケアにおいて信頼関係を築くため、細やかに会話し、寄り添いながら、本人の不安を解消し、意向を傾聴するよう職員は自覚と自信を持って接するよう心得ている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	サービス開始までに、家族の不安、意向を細かく聞き、情報を共有しながら、家族と協働でケアし、家族の負担を和らげて信頼関係を構築するよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	家族の経済状況・体調不安に対して、公費・高額療養費・日常生活自立支援事業等の社会資源をきちんと伝達している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者が自分の思いを伝えられるように、できるだけ言葉に出して意思表示ができるよう問いかけたり、確認をしている。		

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
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置かず、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	施設にお願いしているからと縁遠くならないように、医療面の方向性、通院時に付き添う等、家族との交流の機会を増やすことで、家族の関係が途切れないように、家族との交流の場面をつくるように配慮している。		
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	友人や気心の知れた方に本人から電話をかけていただいたり、来訪を積極的に推奨したり、また、知り合いが多い日に受診日を設定して、自宅周辺を通る等、馴染みの人に合う機会を設けている。	馴染みの美・理容店や商店へ積極的に出かけている他、馴染みの場所へは行事でも出かけることができるよう支援している。また、知人等と受診日を合わせたり、受診後は自宅付近を通り、近所の人達と会話する等、利用者が知人等との交流を継続できるよう支援している。	
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	個性に応じて、本人に確認して席を決め、相性が悪くなりそうな場合は適宜席替えをし、利用者に協力と理解を求めながら、孤立しないよう、その都度、利用者の意見を聞いている。		
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	入院が長引いて退居となっても、退院後の方向性について相談に応じ、退院後の支援もしている。		
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	言動の場面を詳細に記録するよう職員に指導し、利用者が言葉で表せないことは利用者の行動を記録して、本人の思いや意思をくみ取り、職員が同じ方向性でケアできるように、日々の申し送りで検討している。	入居時に利用者や家族から聞き取りを行い、意向の把握に努めている他、必要に応じて関係者からも情報収集をしている。入居後は担当職員が利用者と馴染みの関係を築きながら、全職員で一人ひとりの思いや意向を汲み取り、情報を共有して日々の支援に努めている。	
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	本人と会話の時間を持ち、家族、面会者からも情報を聞いて、本人の生活歴に近づけるケアを提供できるよう記録している。		

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
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	利用期間が長くなると単調な日常になりがちなため、利用者が有している能力を活かせる作業や、役割に自信を持ち、個々の能力を発揮できるよう喚起を促しながら、状況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	日々の変化に介護計画が追いついていないという現状がある。日々の変化に、計画担当者だけでなく、職員の意見を反映したカンファレンス・モニタリングを行い、面会時に家族の意見や本人の思いをくみ取りながら、介護計画を作成している。	利用者本人や家族から意見や希望等を確認し、全職員で話し合いの上、個別で具体化された介護計画が作成されている。また、利用者の状態変化や、利用者・家族等の希望の変化の際は、随時見直しが行われている。	
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	業務日誌や個人ファイルに記録し、申し送りにて改善策・ケアについて検案しながら、実践、見直しを適宜行っている。		
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、家族の思いを聞き、原因となっているニーズを職員間で検討しながら、必要とされているケア、心情に配慮した接遇を心がけている他、不安や困っていることを緩和できるよう職員間で共有して取り組んでいる。		
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	地区の民生委員・地域住民の方の情報を把握し、除雪の応援等で協力をいただいている。		
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し、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	本人・家族の馴染みの病院と、病状の報告や治療方針についてつなぎの役割と提言、本人の意思を代弁し、納得できる治療を受けられるように取り組んでいる。	利用者や家族が希望する医療機関を受診できるように支援している。ホーム対応での受診の際は、家族にその都度報告がなされている他、家族対応時も受診結果について家族から報告いただき、情報の共有化が図られている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	検査、治療について不明な点を聞き、急変時の対応について随時相談しながら、医師からの指示を受けて対応している。		

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
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、また、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。	協力病院の地域連携室の担当者やかかりつけ医と、入院時の情報提供と退院後の治療やケア方法について、情報交換をしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	病状の変化に伴い、家族に病状の情報提供を行い、医師の説明には家族に同席していただきながら、今後の治療方針を決めた上で、ホームで可能なケア、急変時について病院との連携を図っている。	重度化や終末期の対応について、ホームの方針を入居時に利用者本人・家族に説明しており、かかりつけ医との話し合いが行われている。また、ホームではバイタルチェック等の日常的な健康管理を行い、状態の変化に応じて医療機関と連携を図りながら、適切なアドバイスや支援に努めている。	
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	急変時の対応についてはマニュアルや申し送りで日常的に指示しているが、冷静に対応するには、経験と利用者の病状と病変への理解が必要である。経験者が少ないため、実践力としては、緊張でやや弱い職員もいる。		
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	火災や地震に応じて、夜間、夕方の時間帯を想定して避難・通報訓練を実施している。また、日常的に利用者にも自分を守る手段や避難経路を伝達している。地域の方には応援、協力をお願いしている。	日常的に利用者に避難路を伝達している他、いざという時に備え、利用者・職員が共に参加して、夜間想定避難訓練を実施している。また、運営推進会議のメンバーや地域住民へ、訓練への参加や協力体制構築に向けた働きかけが行われている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	個人と話すことと、全員に伝えることを明確に分けるように努めている。しかし、受け取る側の理解、尊厳があるため、上手に伝わらないことがある。共有場所ではなく、個人の居室で、納得できるように場面を変えて伝えるように努めている。	利用者に対し、「ダメ」、「待って」等と云わないように努めており、利用者の意見を聞き、思いを尊重するように心がけている。また、利用者への声がけや対応について気にかかることはその都度、職員同士で注意し合ったり、確認や改善に向けた話し合いを行っている。	
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	自分の思いを素直に伝えてくれる方が多いので、自分はどのようにしたいのか問いかけて、自己決定の場面を作り、自信を持って行動を起こせるよう、アドバイスや支援をしている。		

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
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	一人ひとりの趣味や生きがいを日常の会話から把握し、個々のペースを受容しながら、余暇の時間を過ごせるように見守りをしている。		
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	ヘアスタイルや整容、衣類は個々の選択を見守り、不足部分は助言をして、過剰な関与はしないようにしてる。また、1日の気温に応じて衣類を調整していただけるよう、衣類の整理を工夫する等の支援をしている。		
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	野菜の下準備を一緒に行い、調理方法の指導を受けたり、盛り付けをお願いして、自分も食事の準備に関わったという思いを持っていただいている。また、食器拭きやテーブル拭きまで手伝っていただき、食事に関する工程を終了したという満足感を持ち、利用者が自信を持てるように支援している。	利用者のできる範囲で、食事の準備や後片付け等を職員と一緒にを行い、家庭的な雰囲気の下、会話を楽しみながら食事ができるよう支援している。また、職員も一緒に席に着いて食事を摂っており、さりげなく食べこぼし等のサポートを行っている。	
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	個人別に食事の摂取量、残食、水分量を記録している。また、貧血、骨粗鬆症の方にはサプリ米やおやつ等で補足している。夜間の水分摂取を促したり、電解質入りの補助水分も適宜摂っていただき、脱水による体調不良を予防している。		
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	毎食後の義歯磨きとうがいの他、夜間は義歯洗浄水に浸している。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄パターンを把握し、忘れている場合は時間誘導を行い、排泄の習慣付けを促している。排泄前後の引き下げ、引き上げ、清拭の不足部分は、個々に合わせて見守りや介助をしている。	排泄状況を記録し、個々のパターンを把握することで、自立に向けた適切な排泄支援が行われている。また、誘導時や介助時等、利用者の羞恥心やプライバシーに配慮して行われている。	

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
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	野菜や果物、ヨーグルトの摂取、水分補給、軽い運動等で排便を誘発するように努めている。歩行練習ができない方は緩下剤を調整し、排便のリズムを調整することもある。		
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、個々に応じた支援をしている	週2回の入浴日は、事前のバイタルチェックと個々の日常生活のペースを見ながら、タイミングを見計らい、ゆっくり入浴できるよう支援している。また、個々の体調、身体状態に合わせて、入浴日以外にも入浴支援をしている。	基本的に週2回の入浴日を設けているものの、利用者の希望等に応じて、随時、入浴できる体制を整えている。また、一人ひとりの入浴習慣や希望、体調や羞恥心にも配慮しながら、個々に合わせた入浴支援に取り組んでいる。	
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	一人ひとりの休息リズムを把握し、居眠り等が見られたらベッドで休むように誘導している他、タイミングを見計らい、長時間の睡眠とならないように声かけをして、夜間に安眠できるよう支援している。		
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	薬の効能については、利用者が理解できるように説明をし、納得していただき、内服を確実に行うよう支援している。また、内服薬の副作用について職員は理解しており、変化が見られた場合はかかりつけ病院に連絡し、指示を受けたり、受診することになっている。		
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	唄う事を趣味とする方が多く、お互いに朝のレクリエーションで何を唄うかけん制したり、歌詞を写して練習している。また、お花紙を丸めて干支のオブジェを作ったり、新聞折りを自分の役割として、他の利用者に折り方を教える方もいる他、女性はウエス作りをしている。		
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。また、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	買い物に同行したり、運営推進委員の自宅へ文書を持っていく等して、気分転換をしていただいている。個人的には通院時に自宅周辺や馴染みの商店で衣類等を購入していただいている。	近隣への散歩や買い物等、日頃から外へ出る機会を設け、利用者の気分転換を図っている。また、地域の行事や季節を感じる場所へ外出行事で出かけており、家族にもお知らせし、参加や協力を働きかけている。	

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
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	お金に対して喜びを感じていることは、職員は理解しているが、隠し場所を忘れて不穩になったり、落ち込んだりするので、大きいお金は事業所で預かり、使いたい時に自由に使うようにしている。預かったことで安心感が得られている様子である。		
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	年賀状やお孫さんからのハガキ、手紙に対して返事を返している。また、電話については、希望があった時、相手の時間帯を事前に確認し、本人がかけたり、つなぎの支援を随時行っている。		
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	共用の生活動線には物品を置かないように配慮している。白内障の方が多いので陽射しの加減に配慮しながら、外の様子が見え、季節の変化を楽しめるように開放的にしている。	ホーム内には、利用者が季節を感じるができるような飾り付けがなされている。また、職員の話し方は穏やかで、テレビや音楽等の音量も適度なものとなっており、利用者が心地よく過ごせ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	個々のペースで、居間や食堂で気の合った方同士で交流している他、居間や食堂で横になってテレビを観ている。利用者間の相性を見ながら、利用者に確認して適宜席替えを行っている。		
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	使い慣れたテーブルや寝具等の持ち込みを家族にお願いし、安心感と居心地良く暮らせる居室づくりを支援しており、お位牌を持参する方が増えている。また、ベッドの位置は本人の動線に合わせ、照明に配慮し、適宜、利用者と相談して変えている。	入居時に馴染みの物を持ち込む必要性について説明し、以前から愛用していた物の持ち込みが行われている。また、持ち込みが少ない場合等は、担当職員と一緒に、利用者が生活しやすい居室づくりに取り組んでいる。	
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」や「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	一人ひとりの能力に応じて、手書きの絵で案内図や誘導図を共有スペースや個人の居室に貼っている。手洗いの石鹸、トイレトペーパー、ハンドペーパー等の保清物品には、何をする物なのかがわかるように記入し、可能な限り、利用者自信で清潔を維持できるような支援を心がけている。		