

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	4490100528		
法人名	社会福祉法人 長久会		
事業所名	グループホーム リバーサイド長久苑 2階		
所在地	大分県大分市南津留91番地1		
自己評価作成日	平成28年1月15日	評価結果市町村受理日	平成28年5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	福祉サービス評価センターおおいた		
所在地	大分県大分市大津町2丁目1番41号		
訪問調査日	平成28年2月25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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・岩田学園のくすの木の木漏れ日や並木をそよ風を感じられる場所。大分川のほとりの閑静な住宅街にあり、市内中心部へのアクセスもとても便利である ・建物はログハウス調のつくりで、温かい雰囲気の中で生活を送っていただける。 ・一人ひとりの個性を理解し、見る、聞く、話す、味わう、触れる等、五感をフル活用し、残存能力を支え楽しく生きがいのある時間を過ごしていただけるような支援に努めている。 ・地域の方との交流があり、地域貢献や社会参加に繋げている。

【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)】

1階と同様

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

[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	「私たちは何事にも誠実に取り組みます・私たちは社会と地域に奉仕します・私たちはいつも感謝の気持ちを忘れません」の理念を玄関先や各フロアに掲示することで周知徹底し、常に振り返っている。	理念に、地域密着型サービスの意義を踏まえ、地域に根差した理念を3項目作りあげ、実践しやすいように目に触れる場所に掲示している。また、実践に繋がっているかどうか日々のケアを通じて振り返っている。	
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	地域のお祭り、サロンの活動への参加や近隣の保育園との交流会、高校の運動会見学、清掃活動等を通し地域と交流がある。また、月1回～2回、地域のお茶会にも招待されており交流を深めている。近所の公園で行われているグラウンドゴルフ見学や散歩、買物に出掛けた際には、地域の方と顔なじみになっており温かい声をかけていただいている。自治会にも加入している。	地域との交流を、理念の中に掲げており、地区の夕涼み会やいちごの会の参加・地域ボランティアとの付き合い・まつりごとやお茶会など数多くの交流がある。また、自治会に加入し、地域行事を把握している。	
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	認知症の人と家族のつどいや、圏域のネットワーク会議、運営推進会議等の場を通じて、グループホームの持つ認知症ケアの内容を地域に還元できるよう努めている。その他、学生等のボランティアの受け入れや、地域の方からの相談を受けている。		
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	家族様、自治委員や老人会長、民生委員、地域サロンの代表の方等を中心に参加していただき、地域でのグループホームのあり方や役割を理解をしていただけるよう情報提供、意見交換を行い、運営に役立てている。また、地域行事等の情報をいただくことで、利用者様の地域参加のきっかけとなっている。2ヶ月に1回テーマを決めて会議を行っている。	運営推進会議は、2か月に一度開催され、テーマは毎回、関心の深い議題を掲げてマンネリ化を防いでいる。自治委員や民生委員・地域のサロンの方々から地域行事を聞き、利用者の社会参加に役立てている。また、参加者が多く、認知症ケアの最新情報など伝えている。議事録も詳細である。	
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	市担当者に入居や運営に関する相談を常に行っている。また運営推進会議ではホームの取組を報告し、地域との連携や、認知症ケアに対するアドバイスをいただいている。	市の職員に入居や運営に対する疑問点を聞いたり、運営推進会議の内容の報告などを行っている。また、地域包括センターには、困難事例などの相談を行い、抱え込まないケアにつなげている。	

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 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束マニュアルによる周知徹底や、職場内研修会で理解の場を設けている。緊急やむを得ない場合の身体拘束を含め、現在身体拘束は行われていない。また、身体拘束ゼロ推進委員会を設置。各フロアの入口に電子施錠をしているが、利用者様や、家族様が自由に解錠し出入りできる体制にしている。外出を希望される利用者様は、職員が付添い、散歩や買物等を行い、気分転換を図っている。	身体拘束委員会を発足させ、拘束0を目指し「拘束をしないケア」を実践している。身体拘束委員会を発足させ、拘束0を目指し「拘束をしないケア」を実践している。ナースコールの補助や、転倒の危険性のある複数名の利用者に、家族の同意を得てセンサーマットを使用しているが、今後できるだけ使用を減らす方針で「目標達成シート」に反映させて、下肢筋力の向上等に努めていく。	
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	高齢者虐待防止法について、職場内研修を行い、学ぶ機会を設けている。虐待に繋がる不適切なケアが行われないよう、会議等を通じて日々の声掛けや対応方法を検討したり、職員全員で気を配り注意している。		
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	ホームに資料等を準備しており、必要に応じて説明を行うようにしている。(地域包括支援センターの方にも相談できるよう話をしている)		
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	入所前に重要事項を説明、その他利用料金について、事故のリスクについて、個人情報取り扱いについて、重度化や終末期ケアについての指針、医療連携体制等についても時間を掛け説明している。制度改定時等には必要に応じて文章等で説明を行う。(すべてに関して同意を得るようにしている)		
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	利用者様や家族様に意見、要望等の聴き取りを行っている。広報誌の配布や家族懇談会の開催、代表の家族様に運営推進会議に参加いただき、意見を述べていただいている。また、玄関には意見箱を設置し、その意見の反映に努めている。意見や苦情に対しては、速やかに検討を行い、改善の結果を報告している。	利用者や家族の意見・要望は家族懇談会で聞き、また面会時や電話、家族代表が出席する運営推進会議で検討している。広報誌を通じて現況報告し、意見を出してもらい運営に反映したい意向である。広報誌は、年六期に、定期的に発行しており、取り組み状況を詳細に掲載している。	
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	ホーム全体での会議や各フロアでの会議、状況に応じ個人面談等を通じて、意見を聞く機会、提案できる機会を設けている。職員間の意思の統一を図る為、連絡ノートやPCを活用している。勤務交代時の申し送りは時間をかけて行っている。	定期的に全体会議やユニット会議、個別面談を通じて職員一人ひとりの思いや提案を聞き、運営に反映している。事業所は開設して2年目であり、法人代表や管理者は今後も率直な意見を出してもらい運営に反映したい意向である。	

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	職員の希望に応じたシフト調整や、資格取得に向けた支援、研修参加希望の受け入れ等を行っている。また、意欲を持って働けるように、年2回の考課も行われている。		
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	月1回以上の内部研修会を設けている。また、立場や経験年数等に応じて、外部研修へ参加している。新人職員に対しては、状況に応じてマンツーマンで対応し指導を行っている。		
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	近隣のグループホームと情報共有し、双方を見学したり、外部研修等を通じて他事業所の方との交流を図っている。		
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	入居前や入居時に、利用者様の要望や困っている事等を伺い、ケアプランに取り入れるように努めている。また、環境の変化による不安に対して、利用者様の話をよく傾聴し、生活歴、趣味、嗜好に添った関わりを持つ事で、不安を取り除く努力をしている。		
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	入居前や入居時に、家族様の要望や、困っている事、利用者様の生活歴等を伺い、ケアプランに取り入れるように努めている。また、面会時には不安や要望がないか問いかけるようにしている。		
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	入居前や入居時の状況を、利用者様や家族様と繰り返し確認し、支援方法の説明、要望や相談を受けている。		
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	職員は利用者様の思いや不安、喜び等を知る努力を行うことで、共に生活を送る者として、利用者様の思いを共感できる関係づくりに努めている。日中の活動に関しては、利用者様と共に楽しむことを意識するように心掛けている。また、生活の中で家事等を一緒に行い手伝っていただく場面を多く持つようにしている。		

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
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	利用者様の日頃の様子や体調面に関して、面会時だけでなく、状況に応じて電話連絡等を行い細かく報告することで、家族様の思いを知り、信頼関係が築けるように努めている。また、家族様にはできる限り面会していただき、可能な支援には携わっていただくよう呼びかけを行っている。(家族様の付添による外出、帰省等も含め)料理やおやつ作りに関して、状況に応じて家族様にも一緒に参加していただくよう誘い掛けを行っている。		
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	希望に応じて自宅帰省(ふるさと訪問)や、家族様との面会に出掛けたり、お墓参り等の外出支援を行っている。在宅で生活を送られていた時の習慣で、図書館で本を借りることを継続されている方もおられる。また、家族様だけでなく、友人や知人の方にも気軽に面会していただけるよう呼びかけを行っている。	馴染みの人や場所との関係が途絶えないように、ふるさと訪問や家族と一緒に墓参り・外食・図書館・喫茶店などに出かけている。	
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	利用者様同士の関係を職員全員で把握し、必要に応じて職員が間に入り調整役となることで、利用者様同士のより良い関係が築けるよう努めている。食事の準備や片づけ等の家事や手伝いに関しては、利用者様の要望を聞きながら、負担やトラブルがないように対応している。		
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	利用が終了され、他施設に入居された利用者様を訪問し、不安や悩みの相談を受けている。現入居施設に情報提供も行っている。		
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	入居前や入居時に希望や意向を聞き取り把握するとともに、日々の関わりの中で観察し、より理解することに努めている。記録(PC)の中に「気づき」や「一言」の項目を作り記入するようしており、常に振り返り、ケアプランに取り入れている。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望などを把握するために、きめ細かな生活歴などのアセスメント情報を把握している。また、日々の中で気づいたことをパソコンに「一言」欄を設け、記入してもらうようになっている。	
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	生活歴や生活習慣等を利用者様、家族様から聞き取り、ケアに繋げている。常に情報収集に努めている。		

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
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	普段から24時間の過ごし方の把握に努めている。(排泄、入浴、睡眠パターンや食事時間、自由時間の過ごし方、日課等)その日の状況に応じて利用者様の意向や状態に合わせた対応も行っている。		
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	利用者様、家族様に要望や意見を聞き、ケアプランに反映させるよう努めている。また、個々の利用者様に担当者を決め、計画作成担当者や担当職員を中心に意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。	一人ひとりの情報収集をもとに、実践しやすい内容の個別介護計画書を作っている。24時間のケアプランに沿って、自立に向けた取り組みが行われている。計画の実践・評価・カンファレンスをもとに見直しの計画書を作成している。	
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	日常の様子やケアの実践等の記録はもちろん、記録項目の中に「気づき」や「一言」の項目を作り記入するように努めている。記録を振り返り、ケアプランに取り入れるようにしている。		
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	通院は基本的に付き添い(送迎)等のサービスを行っている。また、利用者様、家族様の希望に応じて、他施設に入所されているご親族に面会に行ったり、思い出の場所等へのドライブや、帰省等の支援を行っている。その他、訪問リハビリマッサージ等の利用調整も行っている。		
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	地域の情報収集や、認知症ケアに関する意見交換、利用者様の困難事例についての相談を行う事で、運営推進会議参加の地域の方や、地域包括支援センターと協力関係が築けるよう努めている。また、地域のお茶会や、サロンの活動への参加、ホームを会場とした地域やサロンの方との行事開催、保育園児の来苑等で交流が築けている。その他、介護保険外のサービスの相談や活用、申請に関して家族様の希望に応じて地域資源と調整を行っている。		
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	かかりつけ医は、利用者様や家族様が希望される医師にしている。また、受診や通院は定期受診はもちろん、利用者様、家族様の希望日時や、急な受診に対応できるようにしている。その際は、職員が付き添い、送迎を行うよう努めている。訪問診療を利用されているケースも多く、医師と密な連絡体制が築けるよう心掛けている。歯科に関しては、訪問診療を受けられるよう協力体制を整えている。	一人ひとりの病状により、かかりつけ医との関係を大切にした支援が行われている。さらに、医療が継続できるように、家族や職員の付き添いのもとで外来受診、または訪問診療が行われている。訪問看護や、訪問の歯科診療も行われている。	

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
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の契約に基づき、月～金曜日の定期訪問及び、緊急時にも24時間体制で看護師が来苑し、相談や助言、対応を行っている。容態を看護師に報告し、医療に繋げるよう努めている。		
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。	入院時は職員が付き添い、医療機関に情報提供を行っている。入院中も入院先との連絡を密に取り、入院中の変化、退院の見込み時期等の情報収集に努め、退院後のサービス提供に繋げている。頻回にお見舞いをするようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化・終末期ケアの対応指針を作成しており、書類にて同意を得ている。また、入居時に終末期意向確認書で確認を行い、その後は身体状況の変化に応じて再度、利用者様、家族様等の意向を確認しながら、安心して(納得のいく)最期を迎えられるように努めている。(看取り介護の体制を整えている)	重度化や看取りケアに対し、早い段階に、家族と相談し「重度化や終末期に向けた指針」を作成し、家族に意向を確認している。指針は詳細であり、看取り加算についても説明している。	
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	緊急時の対応マニュアル、骨折、誤嚥等のマニュアルを作成し、緊急時の対応についての研修を行うことで周知徹底に努めている。また、事故防止対策委員会を設置し、毎月会合を行い対策等を検討している。体調の変化に応じて看護師に連絡・相談し、事故や急変等の緊急時には来苑する体制を整えている。		
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	消火訓練、総合避難訓練、シェイクアウト訓練、避難先までの図上訓練等を実施している。総合避難訓練は年間2回以上行う計画をしている。また火災だけでなく地震、災害マニュアルも作成している。運営推進会議にて、地域の方へ救助協力の呼び掛けを行う等。協力体制の構築に努めている。非常用食料の備蓄あり。	災害に対し、火災や水害・地震に備え、シェイクアウト訓練など総合避難訓練が行われている。備蓄もあり、また事業所には防災士の資格取得者もいる。	
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	利用者様の自尊心を傷つけないよう気配りを行いながら、利用者様の思いや気持ちを優先したケアに努めている。個人情報の取り扱い、守秘義務に関しては、研修を通じて周知徹底を図っている。	一人ひとりの自尊心を傷つけないようにトイレ誘導の際、声かけや動作に配慮している。同性介助やプライバシー保護に関して、研修を通じて周知している。	

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
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	利用者様が自己決定しやすい、工夫した声掛けや、難聴の方には筆談やホワイトボード・文字ボード等を利用したり、補聴器の使用を勧める等でコミュニケーションがしっかりと図れるように心掛けている。		
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	利用者様と関わりをもつ際は、一つひとつ声掛けを行い、その日、その時の訴えや気持ちを大切に支援が行えるよに心掛けている。また、利用者様の気分で外出や買物、食事時間や入浴等を調整するよう心掛けている。		
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	希望や必要に応じて、朝や入浴後に職員が手伝い化粧等を行っている。また、美容師に訪問していただき、希望に合わせたカットや毛染め、パーマ等の対応を行っている。お化粧のボランティアにも来苑していただいた。		
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	一人ひとりの利用者様に合わせた食事形態や食器で食事を提供している。その時々での体調や食材に合わせてメニューを調整し、代替食の提供等の工夫を行っている。また、季節や行事に合わせた料理も提供している。手伝いが可能な利用者様は、食事の準備(切ったり、盛付け等)、片づけ等を職員と一緒にっており、毎日の日課、役割となっている方もいる。	利用者一人ひとりに嗜好調査や意向を聞き、食事形態や食器の配慮・季節や行事に合わせた献立など、食事を楽しんでもらえるよう工夫されている。体調に合わせた代替食や飲酒・ノンアルコールビールなど個人個人の好みへの配慮も行われている。また、利用者の個々の能力を活かし、食事の用意や片付けなど、利用者の出番があり、職員と一緒にやっている。	
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	法人の栄養士に、栄養面、アレルギー、食事制限等の対応を相談している。また、随時嗜好調査を行い、状況に応じて代替食等の提供を行っている。毎日の食事、水分摂取量を把握し記録。摂取量の減少がみられる方には、栄養補助食品や医師に相談し栄養剤等の提供を検討している。個人の希望に応じて牛乳、ヨーグルト等の宅配業者との調整も行っている。		
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に、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	毎食後に口腔ケア(義歯洗浄、歯磨き介助～口腔内清拭介助)を行っており、自分で行える方に関しても、可能な限り口腔内の確認を行うようにしている。必要に応じて歯科医師の訪問診療を受けられるよう体制を整えている。		

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	利用者様の排泄状況を記録し、パターンの把握に努めている。排泄の訴えのない方や排泄パターンでの調整が難しい方に対しては、2時間毎にトイレ誘導(状況に応じてポータブルトイレ誘導等)を行っている。トイレは、男性用トイレ、一部介助用トイレ、車椅子全介助用トイレが完備されており、個々に合わせたトイレで、自立を促す介助に努めている。日々、トイレで排泄することを大切にケアしており、オムツ(リハビリパンツや尿取りパット類等)は、利用者様の動作や尿量、皮膚の状態に応じたものが提供できるようにしている。	利用者の排泄の失敗やおむつの使用をできるだけ避けるよう、一人ひとりの排泄パターンや利用者の機能レベルに合わせ、声かけ誘導を行っている。車いす全介助用トイレなど、個別にトイレが完備されており、排泄の自立に向けた支援がされている。	
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	便秘対策として十分な水分補給と、必要な方には家族と相談しヨーグルトやオリゴ糖、エクストラバージンオイルの提供を行い排便を促している。また、医療機関と密に連携を図り、下剤の調整を行っている。その他、ホットパックでお腹を温めたり、体操や散歩等の運動を通して、便秘対策に取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	週2回以上の入浴を行っているが、希望に応じて回数を増やしている。入浴日は設定しているが、入浴前に必ず要望を伺い、可能な限り希望時に入浴していただけるよう、日にちや時間帯を調整している。	入浴の希望を聞き、毎日入りたい利用者や週2回・週3回など希望に沿った入浴支援が行われている。今後の重度化の傾向に備え、リフト浴も設置している。	
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	利用者様の生活リズムや体力等に合わせ、日中でも休息をとる時間を提供したり、その日の気分や状態にあわせて過ごして頂けるよう努めている。また、起床や就寝時間は生活リズムを崩さないように注意し、利用者様の希望に添う対応を行っている。夜間、寝付けない方には温かい飲み物を提供したり、タクティールケアを行い、安眠していただけるよう取り組んでいる。睡眠剤を服用されている方には、日中の活動の妨げになっていないか、睡眠、覚醒状態の確認を行い、医療機関と密に連携を図るようにしている。		
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	薬の処方や変更を細かく把握するように努め、状態に応じて、医師や看護師、薬剤師と連携を図っている。誤薬を防ぐために、服用直前に職員同士が必ず声を出して確認している。服薬管理マニュアルを作成し、職員に周知徹底している。		

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
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	地域サロンとの交流会や、季節に応じたイベント等を企画するとともに、舞踊、演奏会、お化粧等のボランティアを受け入れ、利用者様の楽しみに繋げている。生活の中では、洗濯や調理、食事の準備、片づけ、植物の水やり、清掃等、可能な範囲で職員と一緒にいき、役割を担っていただいている。その他、趣味である将棋、手芸(デコパージュ等)、絵手紙等の支援を行った。また、利用者様の気分転換の一環として、アロマセラピーや、タクティールケア、足浴マッサージ等を行っている。		
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	利用者様のその日の状態に応じて買物に出掛けたり、大分川の河原や公園への散歩等を行っている。また、月ごとにドライブを計画している。その他、個人を対象に他施設に入所されているご親族に会いに行ったり、思い出の場所へのドライブや帰省、お墓参り、地域のお茶会参加等の支援を行っている。	事業所の周辺は閑静な住宅や公園・学園などがあり、散歩には最適である。おやつを買いに行く利用者や、神社への参拝・思い出の場所へドライブ・大分川の河原の散歩などで外気に触れている。	
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	金銭トラブルを防ぐために、基本的にお金を所持していただいているが、利用者様や家族様の希望に応じて、所持することで安心していただけるようであれば、家族様と相談し少額を所持していただいている。買物の際等に自分で支払いをしていただいている。所持していない方に対しては、ご家族様の許可の下、ホームが一時的に立替払いをすることで、日常の買物ができるように支援を行っている。		
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	携帯電話を持ち込まれている方もいるが、家族等に電話をすることで本人の不安を和らげることができそうな場合や、希望がある場合は、職員が付添いながら、いつでも電話ができるようにしている。また、手書きの暑中見舞いや、年賀状を出す支援も行った。		
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	利用者様の要望を伺い、馴染みのある物、使いやすい物を選んで配置し、ぬくもりのある温かい雰囲気づくりに努めている。建物はログハウス調の造りであり、写真や絵、季節や行事にちなんだ飾り付けに努めている。居室やトイレには利用者様がわかりやすいように手作りで表示の工夫に努めている。また、ソファを多く設置し、車椅子の方にも座っていただけるくつろぎのスペースとなっている。	玄関には季節感のある「ひな壇」が飾られ、共用空間には、リハビリ用具や趣味活動の作品・利用者や家族の作品などが展示され、居心地よく過ごせるような工夫がされている。また対面式の調理室からは食事作りの香りがただよっている。家族の面会も多く活気にあふれた共用空間である。	

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
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	共用部分で一人になれるスペースは確保していないが、一人になりたい要望がある場合には、食堂のテーブルの端や一人がけのソファーに誘導している。また、個人的な話や大勢のお客様があった場合には、会議室を利用していただいている。		
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	自宅の生活に少しでも近づけるように、以前使用していた寝具やタンス、思い出の物、必要であれば仏壇等の持ち込みをしていただくように、家族様に依頼している。手作りの写真掲示板に家族の写真等を貼り、居室に飾る事等で安心していただける様に工夫している。	一人ひとりの居室づくりは、家族の思いや利用者が培ってきた生活が伺えるよう工夫され、馴染みの物や仏壇・趣味の作品・思い出の品・家族写真などが置かれ、利用者一人一人の思い出がよみがえる居室づくりである。	
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	必要に応じてベッドサイドに手すり(起立バー)を設置している。トイレに関しては「男性用」、「自力、一部介助用」、「車椅子全介助用」の3種類のトイレを完備しており、利用者様の状態に合わせ、できる限り自立して離床や排泄が行えるように配慮している。また、利用者様が分かりやすいように居室やトイレの表示を工夫したり、歩行能力に応じたソファーの設置や、食事の座席を職員間で検討している。		