

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2874001619		
法人名	医療法人社団 だいとうクリニック		
事業所名	グループホーム花みずき(ふじ)		
所在地	兵庫県姫路市豊富町豊富915		
自己評価作成日	平成25年12月11日	評価結果市町村受理日	2014年 2月 21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://www.hyogo-kai.go.com/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	2013年12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)】

ホームは姫路市街から車で15分ほどの所に位置しており、田畑に囲まれ環境の良いところに建てられている。理事長がかかりつけ医で看護師・薬剤師も来訪し、利用者の健康状態を把握している。かかりつけ医には24時間連絡が取れる体制になっており、利用者職員とも安心して生活をし、支援できている。在籍期間の長い職員が多く、利用者主体のケアを意識し、実践している。又、地域とも積極的に交流を行い、トライやるウィークの受け入れや、小中学校の行事に招待して頂いている。又、近隣の方々には事業所の行事に参加してもらったり、消防署・消防団と連携し避難訓練を行ったりと様々な場面で協力をいただいている。

【第三者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)】

母体の医院の医師である理事長が週1回往診に訪れ、利用者全員に声をかけ、診察はもとより、体調を確認している。そのことが利用者にも職員にも、医療面において、大きな安心感を与えている。事業所は、利用者が重度化した場合はより適切なサービスについての情報提供を行い、利用に向けての支援を合わせて行っている。日常の支援においては、利用者主体に重点を置き、無理強いをしない、スタッフの都合や思いで制止したり、誘導するような声かけはしないなど、利用者の思いにそった支援を心がけている。また、常に、利用者のサービス提供について、みんなで話し合い、検討して、情報共有を図り、「やってみよう」精神でチームケアを実施している。運営推進会議に多くの地域住民の出席が得られ、高い関心が寄せられており、今後も地域福祉の拠点としての活動の拡がりを期待したい。

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 3. 利用者の1/3くらい 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	施設の理念に取り入れ、スタッフは常に頭に入れ、理念を基本とした対応をしている。理念を書いた用紙は常にスタッフの目に付く所に貼ってあり、いつでも確認できる。	日々のケアの仕方、職員の様子を見て、理念が頭に入っているかどうか、管理者が確認している。新入職員には理念を具体的に説明するカリキュラムが組まれている。ユニット毎の台所等に掲示して、意識づけると共に、管理者が勉強会で話している。	
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	バザーや猿回しなど、施設が主催する行事など近隣の方に案内し、自由に参加してもらっている。また、野菜を頂いたり、地域の方がボランティアで義歯の洗浄などをして下さっている。	地域住民の事業所への関心は高く、見学者も含めて、頻繁に訪れる。近隣の歯科技工士の申し入れで義歯の洗浄を定期的に行うなど、協力的である。季節の野菜のおすそ分けもあり、地域に好意的に受け入れられている。	今後は、事業所の専門性を活かした地域に還元できる活動を、積極的に行われてはどうか。
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	運営推進委員会時に、地域の方に向けて話をする機会がある。また、避難訓練時などに参加して頂き、認知症の人の行動やスタッフの支援の様子を見てもらっている。		
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	会議では自由に意見を発言してもらっている。また、その意見をまとめて後日の話し合いに、より良いサービスが提供できるよう努力している。	地域住民の参加が多く、地域に密着した運営推進会議となっている。住民から出た「介護のことがよく分からない」との意見を受けて、「介護の相談承ります」のチラシを配布し、相談窓口を定期的に設置することを計画している。	
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	施設長より市の担当者と連絡を取り、協力関係を築くようにしている。いろいろな会合にも積極的に参加している。	事務処理、法改正等についての相談を持ちかけるなどして、協力関係を築く努力は積極的に行っている。しかしながら、グループホーム連絡協議会への出席を依頼しても反応がなく、市担当者の協力姿勢がうかがえないのが現状である。	
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	常に、これは拘束にならないか、という事をスタッフ間で考え話し合い対応している。勉強会の議題にもよく上がり、スタッフは学んでいる。	自分は身体拘束(不適切ケア)をしたことはないが、しそうなったことはないかのアンケートを職員に実施している。その内容を取り上げて、勉強会を行っている。そのことが職員の振り返りにもなり、意識が高まってきている。	
7	(6)	○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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	些細なことでも注意し、支援している。勉強会でもスタッフは学んでいる。	虐待につながる可能性がある場合は即、ユニットスタッフチームで話し合い、改善を図る。チームで話し合うことにより、みんな同じ思いであることが確認出来、ストレス軽減につながっている。	

自己	第三	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	(7)	○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	成年後見制度を活用されている利用者もおられるので、制度を理解できるよう学んでいる。	3人の利用者が制度を利用していることで、事例を参考に理解を深めている。居宅介護支援事業所のケアマネジャーや地域包括支援センターの職員を講師に招いて勉強会を実施している。	
9	(8)	○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	施設長より説明を行っている。少しでも疑問があればその都度、説明を行い疑問がなくなるように努めている。	管理者が行っている。入居、退居の条件や事業所の利用の仕方について、詳しく説明している。看取りはしない方針であるが、急変時には対応可能なことを説明する。法改正や料金変更については文書化して、家族会で説明している。	
10	(9)	○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	玄関ホールに意見BOXが置いてあり、意見要望などは書面出しやすいようにしている。本年度よりユニット家族会を行い、より細かい意見・要望が出来るようにした。意見・要望については話し合いを行い、改善に努めている	全体の家族会と今年度より、ユニット毎の家族会を実施している。ユニット毎の家族会では利用者の些細な困りごとなど、活発に意見が出され、疑問に思っていたことの解決が図れた。今後も続けていく予定である。	
11	(10)	○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	年2回ある施設長との個別面談で意見を伝えられる機会が設けてある。それ以外でも、何かあればいつでも直接意見が伝えられる。	施設長との個別面談では、利用者のこと、職員同士の悩みごとなどの相談が多く出される。「アニマルセラピーを実施したい」の意見が取り上げられ、行事委員会で検討され、実施に向けて準備が進められている。	
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	疑問・要望など、いつでも個別に直接伝えられる職場環境が整っている。		
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	毎月1回勉強会を行って学んでいる。外部研修の参加も行っており、研修後は学んだスタッフが発表している。各個人では積極的に各資格取得に向けて勉強している。		
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	グループホーム連絡会には毎回施設が参加し、各ホームと交流して施設のサービス向上につなげている。		

自己 者 第三	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	不安や困っていることが無いが、本人から聞いたりし、あれば不安が取り除けるよう、安心して生活できるよう支援するように努めている。		
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	家族と連絡を密にし、不安・要望等あれば伺い、信頼関係作りに努めている。		
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	ここで生活している様子をまず見てもらい説明し、疑問に答えている。そのうえで本人・家族が希望されているサービスかどうかを判断してもらっている。		
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	一緒に生活する者同士という家族のような関係が築けるようにしている。また、人生の先輩として生活する中で、いろいろな話を聞き、教わるようにしている。		
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	家族にも協力を仰ぎ、病院受診などの付き添いをしてもらっている。また外出される方もあり楽しまれている。クリスマス会など行事にも家族の方に出席をお願いし、一緒に楽しんでもらっている。		
20	(11) ○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	家族との外出はいつでもできる。お墓参りに定期的に行かれ、お経をあげておられる方もいる。また、面会に来てもらいやすい雰囲気づくりに心掛けている。	老人会の旅行に参加する。昔の職場の友人と電話する。外出の度に友人とお茶を飲んで来る。結婚式、葬式、法事に出かける。事業所と家族の協力により、馴染みの人や場との関係継続支援が行われている。	
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	お互いに良い関係を保てるように、個人の性格・気性を把握し、スタッフが配慮・心掛けするように努めている。		

自己	者三	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	終了後も、以前のような関係をなるべく保てるような信頼関係作りに努めている。相談などがあればいつでも応じている。		
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	(12)	○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	生活している中で希望や思いを聞いている。また、困難な場合は本人本位で推察し、可能な限り要望に添えるようスタッフ連携し努めている。	日常の会話の中で聞き取る。軽度からの入居者が多いため、しぐさやサインで把握できる。月1回行われるカンファレンスにおいて、とらえ方を共有する。利用者の言葉、家族の思い、職員の思いなどを集約して判断する方法も取り入れている。	
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	本人の話や家族からの情報提供により把握している。今までサービスを受けられていた方には以前のサービスアセスメントも参考にしている。		
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	日常生活の中で観察し、気づいたことなどはその都度、記録や連絡ノートに記入し、全スタッフが情報を把握し、共有している。		
26	(13)	○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	月1回カンファレンスを行い、話し合っている。それによってでた意見を基に、現状に即した介護計画を立てている。看護師・薬剤師・主治医とも連携している。また家族の希望も聞いている。	介護計画は、利用者、家族、職員、医師、薬剤師、看護師等、多方面からの意見を取り入れて作成されている。月1回実施されるカンファレンスでモニタリングを行って、見直されている。	
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	個別記録には細かく記入し、実践した結果どうなったか・気付いたことなども記入し、スタッフで共有し、ケアに活かしている。それを生かして介護計画の見直しをしている。		
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	状況の変化に気付くようにし、その時点であった支援・サービスが行えるよう対応に努めている。		

自己	者 第三	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	散歩時など気軽に挨拶や会話をしたりし、ここに住んでいるものとして生活できるよう支援している。		
30	(14)	○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	理事長がかかりつけ医であり、いつでも診てもらえる体制が整っている。体調の変化にも速やかに対応してもらっている。	法人代表者がかかりつけ医として、毎週往診している。これまでかかりつけ医でなかった利用者、家族も納得のうえ往診を利用している。看護師の訪問により利用者の健康管理が徹底され、かかりつけ医との速やかな連携が確保されている。家族も状態把握がしやすく、安心できる体制となっている。	
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(3時間)看護師が勤務し、全員診てもらっている。利用者の状況を伝え、それに合った対応をしている。体調の変化があれば、いつでも連絡が取れる体制をとっている。		
32	(15)	○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。	入院先のスタッフと情報交換できるよう連絡を密にして、近況が把握できるようにしている。スタッフが直接様子を確認したり、家族からも情報を得るようにしている。	かかりつけ医の指示により、医療機関との速やかな連携が図られ、迅速な対応が可能となっている。利用者の入院時も他医療機関とスムーズな連携が図られ、利用者、家族にとって安心できる体制である。職員がこまめに見舞いに行くなど、事業所は早期退院に向けた受け入れ体制の準備にも努めている。	
33	(16)	○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、事業所の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	家族・主治医と連絡を密にし、方針を説明・話し合いを行っている。スタッフは終末期に関する勉強を行っている。	契約時に、重度化や終末期における事業所が出来る事、出来ない事等を説明し、利用者、家族の意向も確認している。家族とは、利用者の状態変化に応じて随時、今後の治療等の状況把握、方針についての話し合いの場を設けている。職員は、看護師による看取りの研修で学んでおり、体制整備はできている。	
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	緊急マニュアルをまとめてあり、それに沿って行動できるようにしている。救命救急の講習なども定期的な受け、確認している。		
35	(17)	○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	避難訓練を昼、夜に起こった場合も想定して月1回行い、全スタッフが行動できるようにしている。地域の方には年2回訓練に参加して頂き、手伝ってもらっている。	年2回の定期訓練の他、毎月火元を想定しての訓練を、利用者と共に実施している。毎月の訓練で、利用者の状況把握と避難経路を確認することで、常に危機意識を持つよう心がけている。運営推進会議で地域連携を働きかけており、地域住民との協力体制はできている。	

自己	者 第三	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	(18)	○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	個々に合わせた対応をするようにしている。トイレ誘導時にはほこりやプライベートを損なわない様声掛けしている。	高齢者への敬う気持ちを常に忘れないで、利用者一人ひとりにそった接し方、声かけに努めている。特に排泄の際の声かけには、周りの環境に配慮するとともに、その人に応じた声のかけ方、タイミングに注意している。利用者との信頼関係を大事にしている。	
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	会話の中で聞いたり、意思表示ができるよう心掛けている。		
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	本人の気持ちを優先し、希望に沿った生活が出来るように努めている。個々のペースに合わせてゆとりを持ち、対応でき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	本人の好きな服を着てもらったり、スカーフやアクセサリ・帽子等の小物でおしゃれが出来るようにしている。化粧をされている方もおられる。買い物で好みの服を選んでもらっている。		
40	(19)	○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	食べたいものを聞き、メニューに取り入れている。昔の懐かしい食べ物を取り入れたりもしている。おやつを買いに行ったりもする。また食事の準備や片付け等、スタッフや利用者同士で楽しくできるよう支援している。	職員が、ユニット毎に利用者からのリクエストを参考にしてメニューを作成、調理している。旬の食材やはったい粉等を使った昔懐かしいメニューも取り入れながら、利用者も一緒に携わっている。硬さや大きさにも配慮するなど、食べやすい工夫にも努め、みんなで美味しく楽しく食べることを大事にしている。	
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	個々の食事量を見極め、それに合った量や形で提供している。量の少ない方には栄養補助食を適宜提供し、水分確保が難しい方にはゼリー等で補っている。		
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、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	食後、口腔ケアができるよう、声掛けや介助を行っている。義歯の方は、夜間はポリドント消毒する様にしている。		

自己	者三	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	(20)	○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	個々の排泄リズムを把握し、トイレ誘導を行っている。また、排泄のサインを見逃さず、なるべくトイレで排泄しパット使用料を減らせるよう支援している。	トイレでの排泄を原則としている。これまでの排泄習慣等を把握したうえで、個々のその日の生活リズムに併せ、必要に応じて声かけ、誘導している。夜間は、これまでの習慣を重視し、本人が望むその人にとって適切な方法を支援している。	
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	散歩や運動など、日課としている。食事では野菜を使用したメニューを多く取り入れたりして工夫し、乳製品も個々に応じて増やしている。		
45	(21)	○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	なるべく本人の希望に合わせて入浴してもらえるように工夫している。1時間以上かけてゆっくりと入浴されている方もいる。入浴中はリラックスできるように会話したり、楽しんで入浴してもらえるようにしている。	利用者からの希望により入浴してもらったり、こちらからタイミングを見て声をかけるなどしている。拒否の強い人には、家族に来てもらい声をかけてもらうこともある。利用者によっては、好みのシャンプーやせっけんを使用している人もおり、好みがあれば反映させている。	
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	安眠できるように個々にあった環境作りをしている。日中でも休みたい方は自由に居室に戻って横になられている。		
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	服薬管理表を使用し、個々の服薬状況が一目でわかる。薬の効能や副作用の勉強もし、疑問があれば薬剤師に尋ねている。新しい薬が処方されると利用者の変化に留意している。		
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	それぞれの好みを聞き、取り入れ楽しく過ごしてもらえるよう支援している。また、各々の生活力を生かし家事等を一緒に行い、一日の中でもメリハリのある生活を支援している。		
49	(22)	○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	外食など計画したり、季節ごとに外出している。日常的には買い物へ行く機会を設け、好みの物を購入してもらっている。家族協力のもと、行きたいところへ外出もされている。	利用者から日用品や欲しい物などの要望があれば、その都度買物に行っている。季節に応じた外出やドライブも楽しみとなっており、普段から外気浴も兼ね周回の散歩にも行っている。利用者からの外食希望に応じ、個別や少人数での機会も設けている。家族の協力を得て、自宅に帰宅したり、一緒に遠出する人もいる。	

自己	者三	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	手元に少額ではあるがもっておられる方もいる。殆どの方が自己管理が出来ないので、スタッフが管理し、買い物等のときに使用してもらっている。家族の方には収支報告を行っている。		
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	希望があれば出来るように支援している。手紙を書きたい方には、はがきを購入して渡しており、出されている方もおられる。		
52	(23)	○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	明るさや温度など、快適に過ごせるようその日に合うよう調節している。また庭に咲いている季節の花を飾ったり、装飾をすることにより、季節を味わってもらっている。	リビングは広く、窓で囲まれ明るく開放的で、テーブル配置にも余裕がある。台所スペースは複数人が一緒に作業でき、オープンになっている。ユニット毎に個性が現われ、利用者も一緒に居心地良く過ごせる工夫をしている。階段ロビーでは作品展が開催され、来訪者の目を楽しませてくれる。	
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	ホールでは各々が好きな場所で過ごしてもらい、ゆったりと過ごしてもらえるようソファやクッションを置いている。		
54	(24)	○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	馴染みの家具やTVなど自由においてもらっている。仏壇を置いておられる方や、TVゲームを持ってこられ居室で楽しまれておられる方もいる。	全室床暖房完備で、ほっこりした温もりとなっている。洗面台、物入れも常設で、ゆとりある広さが確保され、中にはタンスや整理ダンス、机や椅子等思い思いの家具に囲まれた居室もある。家族も共にくつろげるよう必需品が置かれている居室もある。	
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	各居室にはネームプレートを付けて、わかるようにしている。トイレや浴室などの表示もつけており、特によく使用するトイレには大きめの表をし、解りやすくして自ら使用しやすくしている。		