

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	2871300451		
法人名	医療法人 敬愛会		
事業所名	ひかみシルバーホーム		
所在地	丹波市氷上町絹山1		
自己評価作成日	平成22年12月19日	評価結果市町村受理日	2013年3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	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1月19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)】

何よりも本人の願い、家族の要望に最大限応えていくことを主眼において、日々の業務に励んでいる。家族の面会も多く、時間を決めていない為、早朝や夜間の面会も多い。行きたいときに出かけられるよう配慮しているほか、最近は地域との交流も充実してきた。特に保育園児や小学生との交流行事が増え、入居者の生き生きとした表情がホームの雰囲気を出している。

【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)】

事業所は開設から10年以上の歴史を持ち、特に認知症に関する医療の専門的視野に恵まれた環境の中にある。社会的にも認知症に対する理解や考え方は開設当時からみると大きく変わり、地域や家族の状況も変化してきている。同時に、利用者の状態低下、それに伴う複数の疾病等、重度化にも対応が求められる状況ともなっている。その中で職員は利用者の生活のペースに沿い、これまで通りの暮らしの継続を見守りながら支援している。最近子どもとのふれあいの機会が増え、利用者の楽しみともなり、いきいきとした表情になることが増えることで職員も癒され、職員自身が一日でも長い利用者のホームでの生活を望んでいる。地域の思い、利用者や家族の思いと共に、住み慣れた我が家として当然迎えるであろう終末期に向け、事業所としての前向きな姿勢を期待したい。

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、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. 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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	
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	丹波市内では最も古い歴史を持ち、管理者・職員ともパイオニアとしての運営を自覚している。家庭的な雰囲気だけはどこにも負けない。	利用者、家族の要望を優先したこれまでの生活の継続を目指し、そのために、認知症であっても普通に暮らせる環境を整えている。職員は地域の一員としての自覚を持ち、交流機会をより増やしていこうとしている。	
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	地域との付き合いでは、何よりも地元自治会役員との接触・情報交換を大切にしている。今では自治会行事に多く参加して交流している。	地元自治会を通じて、行事への参加交流は継続して行っており、利用者にとっても恒例となっている。特に小学生との七夕のふれあいや、隣接の幼稚園や院内保育所の園児との交流は、利用者にとっての大きな楽しみとなっている。地域と馴染みの関係が深まってきたことが実感できている	
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	地域で唯一の認知症対応型施設であるが、理解と支援という点では、役員クラスにとどまっていて、今後の広がりが課題。		
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践、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	二ヶ月に一度は欠かさず開催しており、メンバーからはその都度、施設のあり方・活動について貴重な意見を頂いている。	地元の正副区長、介護相談員、家族代表等により、活発な意見交換となっている。利用者の様子は、子どもとのふれあいや調理の様子を通じて報告し、普段の生活状況から利用者を理解してもらっている。ターミナルケア、急変時等の対応、災害危険区域としての危機管理についても議題にあげ、検討している。	
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	運営母体が、認知症医療疾患センターを開設しており、センターを仲介して市の担当者とは連携を重ねている。運営会議には必ず市職員が出席している。	運営推進会議以外でも、認知症関連での情報交換、協力関係は密に図っている。地域の認知症対策等の動向についても情報の共有を図り、連携体制を整備している。	
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	「どんなことがあっても拘束禁止」を心掛けているが、玄関施錠については家族の了解を得て、一部で実施しているのが現状。	原則、拘束はしない方針である。個々の利用者の状態に応じて、やむをえず玄関の施錠をすることもあるが、職員の見守りや連携により昼間は出来るだけ開錠するようにしている。近隣への散歩やドライブ等外に出る機会を持つように心がけている。	
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	虐待防止については、病院の主催する研修に参加。全職員が共通の認識のもとに取り組んでおり、未然防止対策にも力を入れている。	職員は法人主催の定期研修で学び、周知を図っている。職員相互での意識の統一に努め、管理者は、必要に応じて職員に注意を促すこともある、職員の疲労感やメンタル面での配慮にも心がけ、個別に面談することもある。	

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	自立支援事業と成年後見制度について、事業所全体で勉強したことはないが、ケアマネージャーを中心に資料を取り寄せて学習の機会をもっている。	制度に関する資料は整備し、管理者は理解し、必要性についても認識している。職員は制度についての研修は、まだ行っていない。	職員への周知はもとより、地域も含めた情報提供、学習の機会を地域包括とも協力して検討されてはいいかがか。
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	契約の前に本人・家族に見学にきてもらい、何回か交流をすることになっている。契約時には、相談員と管理者が立会い、最終的に説明し理解を得ている。	概ね退院後からの利用となる場合が多く、早めに見学を依頼し、雰囲気馴染んでもらうよう努めている。日常的に医療連携室との協力関係は確保されており、本人、家族の意向を優先して納得を得よう努めている。保険外に係る費用については、特に丁寧な説明を心がけている。	
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	意見箱を玄関カウンターに置いているが、入っていたことはない。推進会議や家族会でも意見交換はもとより、何よりも日常の面会時等で話し合いを大切にしている。	家族会の参加は少なく、家族同士の交流とまではいきとどかない状況で、普段の来訪時に、別途時間を設け話しをするようにしている。こちらから相談をもちかけ、要望を出してもらいやすいように努めている。法人が実施している家族アンケートの活用を検討している。	
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	職員からの意見については、申し送りノートへの記入・朝夕の申し送り・月に一度のカンファレンス等で聴いているが、意見は先送りせず、即決で処理することになっている。	普段の会議等で、職員からの意見や提案を積極的に促し、随時反映させるよう図っている。職員の主体性を尊重し、誰もが発言しやすい雰囲気づくりに努めている。職員個々に自己評価を行い、人事考課にも反映させている。	
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	職員の評価は、年二回の人事考課と自己評価シートの実施で対応しているほか、年二回の定期面接等で意見をくみあげている。		
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	法人の今年度の目標に、院内外への研修参加がうたわれ、研修の機会が大幅に増えた。介護技術のレベルアップも目標に掲げている。		
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	丹波市では、GHネットワーク会議が設立され、三ヶ月に一度、持ち回りで開催している。市や包括センターの職員も加わり、交流を通じてレベルアップを図っている。		

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	最近の入居者の認知症がかなり進んだ段階での入居が多いため、家族からの聞き取り・要望聴取が重要な部分を占めており、初期の関係構築が大切になっている。	
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	書類や聞き取りでは不明な点が多い。入居後の二週間以内が特に重要で、チームとしての関わりが大切。先入観を排し、正しい情報の共有に努めている。	
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	入居初期の対応では手探りの状態が続く。家族の声にも不的確なことがあり、支援の質については、見極めが大切。決めつけないことを心掛けている。	
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	入居者がどのような生活を送ってこられたか、情報の獲得が大切になってくる。その人のペースを乱さず、共同生活に支障のないよりよい暮らしを常に目指している。	
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	面会の多いのが当ホームの特徴。二日に一回の割合で来所される方もあり、電話で連絡するまでもなく用が足りることがある。来所時には必ず近況報告している。	
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	家族はもとより、これまで暮らしてこられた地域の知人・友人との関わりが途切れないうよう努めている。帰られる際には再度の来訪を必ず呼びかけている。	家族や近隣の知人等の来訪を積極的に受け入れ、気軽に来訪できる雰囲気づくりに努めている。地域交流による顔馴染みの関係を活かし、来訪者を広げていきたいと考えている。
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	入居者が孤立しないで過ごしてもらうことは大切だが、マニュアルを作って対応するのではなく、それぞれの感性・人間性に配慮しながら関係を築くようにしている。	

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
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	退所後は隣接の病院に入院される人がほとんど。職員は入居者と一緒に病室を訪れたり、洗濯物を取りに行ったりして関係を絶たないようにしている。		
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	(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	認知症がどんどん進行していくため、希望を的確に把握することは難しくなってきたが、いろんな事を試しながらその人に合った暮らし方を探っている。	職員同士、利用者に声を掛け合い、毎日の関わりを通して表情や様子の変化に注意し、その人への関心を持つことで、深く知ることを重視している。会話だけでなくしっかり向き合うことで、理解を深める努力をしている。	
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	入居前には本人や家族にホームを訪ねてもらい、書類ではわからない生活歴や暮らしぶりを探るよう努め、スムーズに新生活が送れるようにしている。		
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	介護記録には一日の心身の状態・出来事等を詳しく記録するようにしている。また特記事項は申し送りノートに記入し、職員みんなで情報を共有できるように努力。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画を最終的に作成するのはケアマネだが、事前のモニタリングには職員全員が関わり、みんなのアイディア・意見等を出し合い、総合的なプラン作りを実践している。	原則、家族の意向を参考に3か月ごとのモニタリング、半年ごとに計画を見直している。医療関係者とも相談しながら無理のない、本人の意向を優先した計画を作成している。本人の健康管理を重視し、好きなことやリハビリ等、自らが取り組める内容となるよう心がけている。	
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	個別の記録はカルテへの書き込みが中心。記入者は特定の職員ではなく、全員が参加できるようにし、違った角度から多面的に観察できるよう徹底している。		
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	家族の要望で多いのが、急病時の受診で、隣が病院のため、時間外でも気軽に外来で受診している。薬を取りに行く手間も省けて喜ばれている。		

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	近くのスーパーや図書館、小学校、こども園、病院の託児所へは月に何度か出かけるようにしており、馴染みの関係を築きあげている。		
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	主治医は病院のドクターになっているが、特定のドクターに片寄らず、外科・内科の複数のドクターに診察してもらえる態勢をとって、迅速な対応を心掛けている。	本人、家族が納得のうえ、入居と同時に運営母体である病院の医師がかかりつけ医となっている。月2回外来の看護師長の定期訪問がある。他科受診で婦人科、又訪問で歯科往診の対応もある。	
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	万一の場合や入居者の急変に備え、隣接の病棟と支援体制を結び、すぐに駆けつけてもらえるようにしている。ナースの定期訪問も実施している。		
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。	主治医、相談員、地域連携室、外来看護師、薬局、栄養課とは入退院時には常に連携をとれるようにしており、安心して治療できるよう努めている。	施設からは、ほぼ毎日利用者の見舞いに出かける。病状の説明は主治医から直接家族に報告され、利用者、家族とも安心して治療できるよう努めている。主治医、看護師の連携のもと良好な関係づくりで早期退院を心がけている。	
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・終末期への対応については、入居時に隣接の病院に入院してもらうことを説明し、理解を得ている。しかし、ホームで看取って欲しい、という家族がほとんど。	契約時、本人家族と話し合い、必要に応じて本人家族の意向を踏まえたうえで協議している。終末期は事業所での希望の家族が多く、今後家族の協力があれば、終末期に向けての勉強会もしていきたいと考えている。	事業所の看取り内容を示す文書の作成など、少しずつ今から準備されてはいいかがか。
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・事故発生時の対応については、マニュアルを作成、特に夜勤帯は職員が一人のため、全面的に病院の支援を受けることになっている。		
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	避難訓練は年に二回、病院の協力を得て実施しているほか、ホーム独自でも不定期だが、夜間火災を想定した訓練を行っている。	定期的な年2回の消防訓練、法人全体による夜間、昼間を想定し実施している。事業所独自で不定期ではあるが、避難経路の確認や、緊急連絡が必要な場合の連絡方法の確認等にも力を入れている。	

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	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけについては、年に数回実施している職員研修や月一回のカンファレンスを通じて、しつこいぐらいに徹底している。	年2回病院とグループホーム合同で「接遇」研修をしている。毎月のカンファレンス等を通じて、敬意をもった言葉かけに努めており、その人にあった雰囲気での対応がなされている。	
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	入所前の暮らしぶりが急変しないよう、家族から当時の生活様式、希望を詳しく聞き取り、それらに沿った生活が送れるように努めている。		
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	職員数に限りがある為、希望にそった支援が出来ているかが課題。一日の暮らしについては一人一人の希望、ペースを最大限優先し、食事時間も一律でない。		
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	9人全員が家族が近くに住んでおられるため、季節ごとの衣装交換に来訪される。依頼されれば一緒に出かけて買い物も楽しんでいる。		
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	残念ながら、三食とも病院の厨房から食事が運ばれ、入居者がするのは盛り付けのみ。しかし、週一回のペースで独自に調理できる日を設けて希望の食事を出している。	隣接の母体病院より3食とも運びこまれ、利用者は盛り付けなど準備の段階で出来るところと一緒にやっている。週に1度ぜんざい、たこやきを作ったり、裏の畑での野菜を使ってみそ汁や、胡麻和えも作ったりするが、職員は弁当を持参している。	より食事を楽しむために、職員も共に食事をする時間を多く持たれてはいいかがか。
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	一人ひとりのカロリー計算は栄養課に任せているほか、きざみ・粥・糖尿食、腎臓食とドクターの指示も得て、どんな要望にも応えている。		
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	法人の口腔ケア委員会に参加して、歯科医、看護師の指導を受け、一人ひとりにあった口腔ケアの実践を展開している。		

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
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	日々接している職員は、一人ひとりの排泄パターンを把握しており、時間を見計らってトイレへ誘導している。最近では、夜間のPTイレ使用が増えてきた。	排泄パターンを把握し、日中はトイレ誘導を行い、排泄の自立に努めている。心地良い状態を作ることが大切な取り組みとしている。	
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	便秘の予防には栄養課と主治医が連携し、食べ物の工夫や服薬で対応している。毎日の記録で、きめ細やかな予防策も講じている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	残念ながら入浴は毎日行っていない。原則として月、水、金曜日の週三回を定期的入浴日としているが、希望があったり汚染があった時はその都度対応している。	基本的に週3回の入浴となっているが、午後の時間帯で本人の希望を聞いて行っている。見まもりや介助により、職員とのコミュニケーションを楽しみながら、心地良く入浴している利用者もいる。	
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	ベッドと寝具は法人からの貸与となっているが、毛布や電気製品の持ち込みは自由、たたみやホームこたつ、イスの持ち込みも自由として支援に努めている。		
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	入居時の健康診断には、本人・家族に薬の説明をしているほか、要望があればドクターとの面談も可能。最近では、病状についてのドクターとの相談が増えている。		
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	共同生活での一緒にの外出はもとより、一人ひとりの趣味、希望もそれぞれのため、個人にあったバラエティに富んだリフレッシュ策を用意して対応している。		
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	できるだけ戸外に出かけられるように努めているが、最近では全員で一緒というのは難しくなってきた。家族の協力も得ながら希望に沿うよう努めている。	雪のない時、少人数で近くの神社へお参りなど散歩している。気分転換を図るため、柏原まで車で日用品の買物に出る。春は事業所近くで、団子作りのためのよもぎ摘みをしながら外気浴も兼ね、外に出る機会も身近に設けるようにしている。	

自己 第3	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	自分でお金の管理ができる人は少なく、ほとんど事務所で管理しているが、買い物はいつでも行けるように備えている。	
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	携帯電話を持っている人が二人おられるが、ほとんどの人が電話はかけられない。手紙のやり取りもほとんどない。外部からの電話も最近はほとんどない。	
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	職員が四季折々の空間づくりに努めているほか、ホーム内外で野菜作り、花の栽培が盛ん。家族も協力的で花の持ち込みも多くなっている。	明るく天井の高い広々としたリビングは、利用者が心地良く過ごせるよう、ソファや椅子が配置され、思い思いにくつろげる場所となっている。季節の花、壁には手作りカレンダー、又お正月の書が貼ってある。木材がふんだんに使われ、窓からはやわらかい日差しが入り、家庭的なのどかな雰囲気となっている。
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	テレビのあるホールにはソファを置き、それぞれが自分の座る場所を決め、新聞を読んだり、テレビを見たりして思い思いに過ごしている。	
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	入居時に、それまで家で使ってきたなじみの品々を持参してもらっている。特に居室に飾る置物やアクセサリーのほか、仏具、神棚、お札の持ち込みも可。	居室の入り口には表札があり、飾り棚やハンガーラック等、使い慣れた小物が持ち込まれている。神様のお札、人形や家族の写真を飾り、居心地良く過ごせる居室となっている。
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	安全で自立した生活が送れるよう、入居時には本人、家族の要望に出来るだけ耳を傾け、禁止事項を排して自由に使える空間づくりを支援している。	