

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	2472700398		
法人名	高砂ライフケア株式会社		
事業所名	グループホーム ゆう		
所在地	三重県多気郡明和町斎宮3816-24		
自己評価作成日	平成26年8月19日	評価結果市町提出日	平成26年10月31日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.kaisokensaku.jp/24/index.php?action_kouhou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=2472700398-00&PrefCd=24&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成 26 年 9 月 3 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)】

理念にも想起されている「ゆう(you)…あなたらしくを大切に」を念頭に置き、無理強いすることなくその方らしい笑ったり、泣いたりのお生活を送っていただけるように努めている。
また、地元中学校の職場体験や、老人会と連携してボランティアなども進んで受け入れるとともに、子供を守る家にも登録し、より地域に根ざし、開かれた地域密着型サービスに努めている。
さらに食材は、地元の生産物を中心に購入し、地産地消を心がけている。

【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)】

事業所は歴史の町にあって、斎王まつりに毎年参加し利用者の楽しみとなっている。また、天皇皇后が伊勢神宮に参拝されたときは、事業所が沿道でのお見送りを企画し、利用者全員で参加することができ、良い思い出となったと利用者から好評である。事業所は利用者の自立した生活を尊重し、利用者は自然体で自分の思いで行動している。職員はその行動を見守り、危険でなければそれを妨げないようにしている。今年、町からの要請で、認知症ケア専門士である管理者が講師となり、地域の自治会長や民生委員に向けて認知症を理解する講座を開催予定である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、生き活きと働いている (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	ホーム名でもあり、想起される「ゆう(you…あなたらしくを大切に)」を運営方針にしており、地域の方、どんな方でも相談にのり職員一丸となり日々の介護を実践している。	理念にある「あなたらしく」を常に意識し、一人ひとりの自分らしさを一番に尊重している。その行動が危険となったり、他の利用者に不愉快でなければ見守っている。	
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	団地内の奉仕作業、廃品回収等に参加している。地元中学校より生徒の職場体験の受け入れを行ったり、子供を守る家に登録している。また、老人会と連携し認知症の講演会を実施したりと地域の一員として活動している。	事業所は地域の行事に参加し協力関係を築き、今年の納涼祭では、一緒にやぐらを組んだり、竹箸づくりや、流しそうめんの準備など地域の方と協同している。	事業所に来ていたボランティアは高齢化に伴い、休みがちになっている。地域の協力を得て新しいボランティアを開拓していくことを期待する。
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	老人会と連携した講演会や中学生の職場体験を通して、認知症とはどのようなものか、といった基本から傾聴すること、行動を否定せず同調することの重要性といった実際の対応方法を学んでいた。		
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	役場、家族様、自治会長様、老人会長様、民生委員様、生活支援員様と幅広く参加していただけるようになった。また、消防訓練と連動して会議を行うことにより消防署の方に参加していただくことができた、しかし、昨年は年6回の必要回数を守れなかった為改善したい。	運営推進会議では、合同消防訓練等の協議の中で、大規模災害に備えた意見を出すなど、町の一員として協力している。	運営推進会議に取り組んだ結果、事業所の理解が増している。さらなる発展のために固定しがちなメンバーから異業種の方に参加を願い、事業所から発信していくことを期待する。
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	役場福祉課や地域包括との懇談は多く、入退きの報告や事故報告書など積極的に関わりを持っている。また、町主催の地域連携推進会議にも参加し、他施設とも連携を図っている。9月14日には役場からの依頼を受けて自治会長会議の場で認知症の講演を予定している。	管理者は、町の要請で自治会長や民生委員にむけ、認知症を理解する為の講演予定がある。また地域連携推進会議にも参加している。	
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	身体拘束・虐待防止マニュアルを職員全員に配布し基本的な知識の共有を図っている。声掛けの違いなどの不適切ケアに関しては管理者を中心に職員同士が現場単位で話し合っている。エレベーターはリスク管理のため使用する時以外は停止しているが、外出の機会は設けている。	職員全員で、言葉の拘束やネグレクトについて話し合っている。利用者に良いと思われる事をテレビや書籍から学んだら即実行し、職員間で共有している。	
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、高齢者虐待防止教育システムを参考に資料を配っている。		

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	ホーム全体としては対象者あり。 社会福祉協議会及び民生委員の担当の方と密に連絡を取り合っている。		
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	経営者、管理者で契約を行っている。 消費税における単位数の変更及び処遇改善加算や夜間ケア加算、サービス提供体制強化加算をご請求させていただきにあたって書面にてご説明をさせていただいた。		
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	ご意見箱を設置しているが意見要望をいただいたことがない為、利用者様にはその都度、ご家族様には来所時、遠方の方には電話を中心にご意見要望を伺って運営に反映させている。玄関に重要事項説明書を掲示し利用者様相談窓口を明記している。	家族等の来訪時は、最近の様子や体調の話をしてコミュニケーションを取り、家族等が要望を話しやすいように配慮している。また、利用者の昔の暮らしぶりなどの情報を得てサービスに反映させている。	
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	毎日の申し送り時やミーティング時に意見、提案を聞き、反映させている。一定以上の経費が必要な場合は代表者に報告し、許可をいただくようにしている。また、年1回代表者も参加する意見交換会を開き、話しあう場を提供している。	日頃から管理者は、職員との申し送り時に、提案や意見交換をしている。また月一回は専務や統括と出された意見について話している。	
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	管理者も現場業務に携わっているため、業務上の悩みは、その場で話し合う。 親睦会を開き、悩みを話し合いストレスを溜めないように配慮している。		
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	管理者が所属している三重県地域密着型サービス協議会の外部研修へ職員が参加できるように努めている。		
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	地域包括支援センターの開催する地域連携推進会議(1ヶ月に1回)、三重県地域密着型サービス協議会の研修会にも参加し交流を持っている。		

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	アセスメントで本人より要望などを細かく聞くと同時に、家具の位置など生活の様子も調べ、居室に安心の空間を作れるように努めている。 また入所初期は重点的にコミュニケーションを図り、気兼ねなく話し合える関係作りにも努めている。		
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	見学時や契約時にご家族様に対してもアセスメントを実施し、ご家族様への支援にも力を注いでいる。入居後も面会時やお電話を通してご意見をいただきながら利用者様と共に支え合う関係性を作っている。		
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	アセスメントや面接でご本人、ご家族様両方から細かく要望を伺ったり、在宅のケアマネージャー様にもご意見を伺ったりしながら現在どんな支援が必要か見極めるよう努めている。		
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	家庭的な雰囲気や環境を重視し、一緒に洗濯物干しや取り込み・食器拭き片付けなどの家事を出来る範囲で行って頂いている。施設感を出さない為ホームの方針でネームプレート等は使用していない。		
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	運営推進会議や面会に来ていただいた時、必ず近況報告を行い、これからの方針や家族様の要望などを話し合いより良いサービス提供につなげている。		
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	ご家族様だけでなく、ご友人の方にも積極的に面会に来ていただいている。 馴染みのある地元の祭りに継続的に参加したり、盆正月にはご家族様のご協力の下自宅に帰省していただいたりしている。	利用者は、斎王まつり・花火・スーパー・喫茶店に行ったり、家族等や友達も気軽に事業所に面会に来ていて馴染み関係が継続している。事業所はその継続のため支援に努めている。	
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	地域密着でお互い知っている方もいるため、孤立させない座席位置を考えたり、レクリエーションなどで他利用者とのコミュニケーションを取る機会を設け、信頼関係の形成に努めている。		

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
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	主治医、ケアマネジャーとも連携を取り、新しい入居先の相談や支援に努めている。退去後もご家族様から野菜を届けていただいたり継続的な関係性を維持している。		
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	会話の中の昔話や直接本人からの意見を聞くなどして希望の把握に努めている。見当識上、会話の成立が困難な方においても傾聴を心がけ本人の表情、仕草などから意向を引き出すように努めている。	最近心掛けている事は、利用者の視界にゆっくり入り、真正面から至近距離で対応し、手のぬくもりで安心を得ることで、思いや意向の把握に努めている。	
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	家族様や知人の方、在宅時のケアマネジャーから情報を得ている。過去のサービス利用は情報提供書を元に把握。医療サービスの多い方の場合には主治医と相談している。		
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	全体でのレクリエーションの時も無理強いはいしないで本人の希望を尊重している。自身での行動が困難な方でも、自立度の高い方と同様の希望にも支援を行い、有する力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、主治医、職員の意見を来所時などに集め到達可能な目標を設定し計画を作成。ケアカンファレンスでモニタリング、評価を実施し、見直し点をプランに反映している。変更点等はご家族の来所時や電話で説明を行い了承をいただいている。	介護計画書の見直しは、赤、青、黒色の三色のボールペンで段階的に色分けし、計画書に直接書き込んでいる。ケアカンファレンスは、職員参加で話し合っている。	
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	日中、夜間共に観察表に記録したものを支援経過に転記するようにしている。記入者が特定の職員に偏らないようにして、適正な介護計画の立案に使用できるようにしている。		
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	お盆や正月など予定のある外泊だけでなく、ご家族様のご意向に沿える形で随時の外泊外出に対応している。		

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	民生委員や老人会より地域行事やボランティアの紹介、消防署からの消防訓練を行っている。 老人クラブに出かけて趣味を活かした生活を提供できるように支援していきたい。		
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	協力医療機関と2週1回の往診を基本に連携しており、状態変化の相談、指示も適切に受けられている。ご家族様が希望される診療機関には家族の協力を得て受診していただいているが、遠方等で受診が難しい場合は職員が対応している。	協力医とは、往診以外には、電話やFAXで常に連絡し対応している。家族等が遠方で受診が困難な場合は職員が対応している。	
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	看護師は不在のため上記医師に相談・指示を受けている。必要であれば他医療機関を紹介してもらい適切な診療をして頂いている。訪問看護師の利用も行っている。		
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。	協力医療機関を通し適切な医療を受けている。入院加療が必要になった場合はサマリーを病院へ送り、ご家族様と担当先生とのご協力を得て認知症が進行しないように努めている。		
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	入居時にホームの出来る事、出来ない事をしっかり説明し契約を行っている。医療を必要とする頻度が高くなってきた段階で本人、家族の意向を把握し、ホームで看取りを行うか、他施設、医療機関への転院といった措置を行うかなどを決定している。看取りを行う場合は本人、家族、主治医、訪問など他職種との連携を密にし、チーム支援に努めている。	重度化した場合は、速やかに話し合いの場を持ち、ホームの方針に同意を得ている。方針の範囲で本人・家族・主治医・訪問看護と連携し支援している。	
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	マニュアルを作成し職員の理解に努めている。事故対策委員会を通して事故時の対応を総括し消防の指導も受けている。		
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	昨年より夜間を想定した訓練をテーマにしてきたが実施できていない。運営推進会議と消防訓練を合わせることで自治会長様、老人会長様など地域の皆様にもホームの現状を見ていただくことができた。	避難訓練は消防署立ち合いのもと訓練し、去年よりスムーズに避難できている。夜間想定訓練は、利用者の重度化や、日々の業務に追われ思案中である。	災害に備えて夜間・豪雨・寒い日・暑い日を想定した避難訓練の実施を期待する。

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	個人情報・プライバシー保護マニュアルを策定し、職員の意思統一を図っている。スピーチロックの廃止と共に、当施設の理念でもある感謝の気持ち、思いやりの気持ち、その人らしく生活して頂くことを大切に支援している。	一人ひとりの話しをよく聞き、気持ちを受け止めている。利用者が手伝ってくれたことに対し、感謝の気持ちを伝える事を大事にしている。	
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	各利用者の話を傾聴し、本人の思いを出せるように支援している。 的確な表出の出来ない方に対しても、表情や行動から思いを汲み取るよう努めている。		
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、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	各個人のペースを把握し、自然な流れで次の行動に移れるよう無理の無い誘導を行っている。その中で日常業務を並行して行うよう努めている。		
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	起床時の洗顔、整容の声掛け誘導を行い、可能な限り自己決定による更衣を支援している。		
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	調理が出来る方がいないので、簡単な盛り付けやお茶入れ・洗った食器拭きをお願いしている。自立歩行の出来る方には下膳をお手伝いして頂いている。メニュー以外の日は食べたいものを聞いて一緒に買い物へ行き提供している。	食事準備が手伝える利用者は少なくなっているが、野菜の下準備・盛り付け・食器の返却などの手伝いをしている。誕生日には本人の希望を取り入れ、職員と二人で外食している。	
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	1人ひとりに応じてお粥やミキサー食、きざみ食にて対応している。水分補給時にはスポーツドリンクや高栄養飲料も用途に応じて摂取して頂いている。嚥下の悪い方にはトロミを使用し誤嚥に留意している。		
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	義歯の洗浄やうがい出来るように毎食後、時間を設ける。うがいが難しい方にはガーゼハンカチにて口腔内の食べ残しの除去を行う。義歯は夜間は外して頂き、洗浄剤につける。		

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	個々の排泄間隔を見計らってトイレ誘導することにより、紙パンツ使用で入居されてきた方も綿下着にパットのみの対応となった。	夜間おむつ対応の利用者も日中はリハビリパンツに履き替え、トイレでの排泄を心掛けている。また、排泄チェック表からも利用者にあった排泄リズムを考慮している。	
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	排便チェック表を作り、効果的に服薬を実施。散歩や買い物の同行、朝の体操を通じて運動の実施。ヨーグルト等の排便に効果のある食料品を朝食時に取り入れている。		
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	入浴前に声かけをしてスムーズに入浴できる様に支援している。入浴が嫌いな方にも無理強いないよう声かけを工夫している。毎日入浴したい方は希望に沿うように努めている。季節で菖蒲湯やゆず湯なども取り入れ、日ごろからも入浴剤などで楽しみを演出している。	利用者の中には、毎日入浴する人もいる。入浴拒否の強い方は、話題を変えたり、気持ちを切り替えるようにし、無理なら強制せずに、信頼関係を築けるよう支援している。	
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	消灯時間を一斉に決めずに個々の生活習慣に合わせて入眠できる様に支援している。希望者や必要な方には主治医の指示の下睡眠薬を使用。日中の生活に影響しないよう適量の把握に努める。		
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	入居者全員の薬を職員が把握するよう努力し適切に服薬頂いている。服薬ミスの無いようにダブルチェックを行い飲み込み確認まで徹底している。日々の様子観察を行い変化があれば迅速に主治医に報告指示をお仰いでいる。		
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	生活に密接した配膳や調理補助、洗濯干しなど自然に役割が決まっており職員も感謝し担ってもらっている。月1回はイベントを企画し気分転換を図っている。		
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	嗜好品や趣味に必要な物の購入、その日の気候や希望を考慮し散歩、買い物などの外出支援を行っている。お盆や正月の外泊を家族の協力を得て行っている。また、入居者様の誕生日には食べたいものをお聞きし、外食対応している。	重度化に伴い外出支援は難しくなっているものの、スーパーへの買い物、誕生日の外食、散歩、外気浴支援などを行っている。	

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	金銭管理の出来る利用者には個人で財布を所有している方もいらっしゃる。買い物同行時に希望の物を購入して頂いている。		
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	本人の希望に沿って使用して頂いており、耳の悪い方については職員が変わり内容を説明している。手紙は近くの郵便局まで職員が同行し投函される方もいる。		
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	季節行事の写真やレクリエーションで作成した物などをリビングに飾り雰囲気作りをしている。ソファを設置しご自身の気分で自由に過ごしていただけるように工夫している。転倒予防のため廊下には物を置かないようにしている。	リビングは必要以上には物を置かないようにしているが、季節感のある工作物、ぬいぐるみ、写真、生花がリビングに飾られており、すっきりした中にも温かさがある。	
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	リビング各所にソファを設置し、仲の良い利用者同士で雑談されたり、お一人で座られ新聞を読まれたりしている。		
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	本人の希望に合わせて馴染みの物やホーム内での作成物を置いている。事故や危険と思われる事があれば、可能な限り本人の意思を尊重しつつ安全に配慮している。	居室はベットではなく布団の方もいる。入居前に自宅部屋の様子をチェックし、家族等と相談し安全で落ち着ける部屋になるように工夫している。	
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	各居室に表札をつけ、自分の部屋であることが認識できるようにしている。又、トイレの場所が明確にわかる様工夫し失敗する事が無いように配慮している。		