

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	3191400146		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	はわいグループホームあずま園 (藤屋ユニット)		
所在地	鳥取県東伯郡湯梨浜町光吉107-35		
自己評価作成日	令和1年12月12日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/31/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3191400146-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社 保健情報サービス		
所在地	鳥取県米子市米原2丁目7番7号		
訪問調査日	令和1年12月17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)】

はわいこども園が隣接しているため、園児たちが遊んでいる姿を見る事が出来たり、散歩中に園児たちから声をかけられたり、興味をもって近づいてきてくれたりと、毎日元気をもらっています。また納涼祭に招待したり、運動会や発表会に招待してもらったりと交流を深めることができています。
施設からは大山の山並みが見え、近くには東郷池とその周辺を取り巻く公園が広がり、散歩やちょっとした憩いの場に適している、すばらしい環境があります。園庭には畑を作り、畑仕事を長くやってこられた利用者様からアドバイスを頂きながら季節の花やいろいろな作物を植えています。野菜を育てたり、収穫する楽しみを味わいながら、収穫した野菜を食卓で味わうのは格別です。週に1回は外出の日として、皆さんが慣れ親しんだ暮らしの地を巡ったり、四季を感じられるような場所へのご案内しています。

【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)】

東郷湖のほとりの田園の中、鳥取県産の木材を使用した平屋建ての2ユニットのホームです。同一法人のデイサービスセンターが併設されています。また、こども園が隣接されており、日々園児やデイサービス利用者との関わり持っている環境です。利用者の方は、ゆったりとした時間の中、穏やかな生活を送られています。ホーム敷地内に畑も作られ、利用者の方の楽しみの一つにもなっています。収穫した野菜を使用したの料理作りも行われています。
定期的に地域への外出機会を作る等、住み慣れた地域での暮らしの継続が行なわれています。職員研修も行われており、ケアの質の向上と職員が一丸となつてのチームケアを目指し日々取組まれています。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果(藤屋ユニット)

[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	職員会議で運営理念を唱和することによって、職員が同じ方向を見つめ、自信を持って支援をすることができています。	法人の理念、基本方針を大切にされ、職員間で共有されています。これを基にホーム独自の運営理念を唱和し、共通の認識を持ちながら日々の支援にあたられています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事に参加したり、こども園の園児と散歩中に挨拶を交わしたりして交流しています。デイ利用者や交流したり、こども園や地域の方を招待した納涼祭を実施しています。	隣接のこども園の行事参加や日頃の園児との挨拶等交流があります。中学生のボランティア交流もあります。地域の行事の案内も頂き参加もされています。併設デイサービスセンターと共に地域ボランティアの方の催し物も楽しまれています。事業所の納涼祭に地域の方もお招きされます。	
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	日赤奉仕団の方や鳥取短大の学生の施設見学、夏休みの中学生の福祉体験学習の時には、認知症の方への接し方や話し方について伝えるようにしています。	/	/
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	サービス実施状況等を一方的に報告するだけでなく、他施設での取り組み状況の情報を頂いたり、地域の方や家族目線で見た施設の姿を教えて頂き、運営に活用するようにしています。	ホームのサービス状況の報告も行われますが、会議メンバーからの地域の情報提供やホームの質の向上に向けた積極的な意見等を頂き、ホームの運営に活かすようにされています。	
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	保険証等配布物について県外在住の家族との橋渡しとなるよう役場とやりとりを行っています。またサービス上、問題があると思われる時には、速やかに足を運び相談させて頂いています。	運営推進会議にも参加頂き、他施設の取り組みや介護保険の制度について情報提供を頂かれています。また、利用者に関する行政手続きについても協力して頂いています。制度上問題があると思われる場合にも相談に伺われています。	
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	緊急やむを得ない場合は、必ず家族と話し合い、了承を得た上でその方に合った安全な方法で行います。拘束の継続必要性については定期的に話し合い、その都度家族に連絡しています。	基本的には身体拘束をしないケアを目指しておられます。職員会議で職員と話し合われています。法人内の研修に参加され正しく理解されています。「スピーチロック」についても理解されています。緊急やむを得ない場合のみ、手順に則り安全な方法で実施されます。	

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
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	職場内研修を行い、暴力だけでなく、職員本位の介助や言葉遣い等、利用者が不安に思ったり不快に感じることは虐待になることを職員に伝えています。		
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	成年後見制度を利用されている方が入居され、その方の後見人とやり取りをする中でも学んでいきました。今後も研修等で学ぶ機会を作っていきたいと思います。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約の説明時には、なるべく分かりやすい表現で説明するよう努め、不安・疑問に思われることがある時には、納得して頂けるまで丁寧に説明するよう心がけています。		
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	面会時や担当者会議の時に家族より要望があったことに対しては出来る限り対応するようにしています。利用者に関しては、普段の生活において何か要望はないかと問いかける場を設けるようにしています。	面会時やサービス担当者会議の折に頂いた意見・要望については、職員間で共有されサービスに反映できるよう対応されています。毎月のお便りで利用者の様子もお伝えされています。利用者には日常的に意見、要望を聞くようにされています。	家族との連絡に電子メールを使用される事も良いと思われます。
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	ユニットリーダーが職員より聞き取った要望・意見をリーダー会議で検討するようにしています。また職員会議で職員の意見を聞くようにしています。	月1回ユニット会議を開催し、職員の意見・提案を聞き、ユニットリーダー会議で検討されています。管理者やリーダーは職員の意見等が運営に反映したユニットケアが展開できるよう取組まれています。職員会議でも意見等を聞いておられます。統括長より法人本部に現場の声も上がる仕組みもあります。	
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1人1人が楽しく、やりがいを持って働くことができるよう職場環境を整えています。役割分担をすることで、それぞれがなくてはならない存在となっています。		
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	職員それぞれのレベルに合わせて研修受講をすすめています。キャリアパス対応生涯研修にも交替で参加し、レベルアップを図るようにしています。		
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	グループホーム協会主催の相互研修に参加し、他施設を訪問することでいろいろ勉強になった点をサービス実践に活かすようにしています。またネットワークづくりにも委員として参加しています。		

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
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	初期の何日間は職員が細かく様子観察を行い最初の情報提供になかった事などを職員で共有したり、本人に直接伺ったりして関係作りに努めています。		
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	どんな事でも気軽に相談して頂けるように面会された後などに声をかけたり、電話連絡した後などに変わった事や気になる事はないかを聞くようにしています。		
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	新しく入居される方のサービス内容については事前収集した情報と異なる事があり、短い期間でサービス内容を検討したり、ニーズの優先順位を考えて対応に努めています。		
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	自発的に行動できなくなった方に対しても一つ一つ声掛けする事で、出来る事は自分でして頂くようにしています。洗濯物を干したり、たたんだり、食事の準備などといった家事は一緒に行っています。		
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	普段から、家族とよく話し合う事で共に本人を支えていくようにしています。また家族には通院や理髪店への付き添い、ドライブや外食、喫茶店の利用などで家族としての絆を築いてもらっています。		
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	デイサービスに来られる方や近所の馴染みの方々が面会に来られ、お話をされたりして過ごして頂いています。又、馴染みの理髪店で髪を切ったりしておられます。	馴染みの方が面会に来られたり、併設サービス利用の馴染みの方に合われる方もあります。また、家族と共に馴染みの理髪店や墓参り等に行かれる方もあります。関係が途切れないような支援が継続されています。	馴染みの人や場との関係継続があった場合には、昔話をして頂き、回想法へ繋げて行かれると良いと思います。
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	日中はなるべく一緒に過ごして頂くために、部屋で一人の方はリビングへお誘いしています。利用者同士の相性もあるので座席の配置には配慮をしています。		
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	諸事情で退去される事になった方に対して、次の落ち着き先が決まるまで情報提供や相談など支援に努めています。		

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
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	まずは本人からどのように暮らしていきたいのかを聞き取るようにしています。困難な方には家族からこれまでの生活歴や趣味趣向を聞き取り、本人に確認しながら検討しています。	日常的な会話、表情や行動の中より把握するように心掛けておられます。困難な方については、生活歴、趣味や家族からの情報により、本人に合った支援となるようにに検討されています。	生きがいや生きる目標を介護計画に繋がれると良いと思います。
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	入居時やそれ以後でも、本人や家族から生活歴を伺い、アセスメントを職員で共有できるようにしています。		
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	一人一人の生活パターンや心身状態、有する力等の変化があれば、連絡ノートを活用することで常に新しい情報を共有できるような体制を作っています。		
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	その方の支援計画に基づいて支援を行う事ができているか、毎日の支援をふりかえるモニタリングシートの活用と月に一度のケア会議で、支援のありかたを話し合い、現状に即した支援になるようにしています。	月に1度のケア会議でモニタリングシートを使用し、支援の振り返りが行なわれています。担当者を中心にチームとして関わっておられます。評価・見直しは6ヶ月に1回実施されています。評価・見直しの際には、利用者・家族等の思いや意向も確認しながら、サービス担当者会議で必要な関係者で話し合い介護計画を作成されています。	認知症によって出来なくなっている事なのか、体力の衰えで出来なくなっているのか、全職員情報共有しながら、統一したケアとなるようにされると良いと思います。
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	日々の様子を個別に「支援記録」に記入しています。変わった様子があったり、認知症の症状や身体状況のこと、医療のこと、家族の訪問なども時間系列で記入しています。また、毎月ユニット会議を実施し、情報共有を行っています。		
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	身体機能を維持するためにリハビリを希望されている方には、理学療法士が相談やアドバイスを本人を交えて行っています。楽しみながら続けられるリハビリ体操を行っています。		

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
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	地元の公園でお花見をしたり、足湯につかったり、図書館で本を読んだり、青果店の店頭で季節を感じたりするなど、地域資源をフルに活用しながら心が豊かになるよう支援しています。		
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	入居時に医療機関について確認し、受診か往診を決めて頂いています。往診の場合は、月に2回あり、24時間対応してもらえます。体調に変化があれば速やかに家族に連絡するようにしています。	利用者・家族等が希望するかかりつけ医となっています。協力医の場合には、月2回の往診と緊急時の24時間対応して頂けます。家族には受診、往診の報告が行なわれています。往診の無いかかりつけ医の場合は、家族に受診同行をお願いされています。家族が難しい場合は職員が対応されます。	
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	利用者に何か異変があれば、すぐに看護師に診てもらい指示を受けるようにしています。指示内容については看護ノートに記入して全職員に伝わるようにしています。		
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、アセスメント・サマリーなど、その方の情報を提出するようにしています。退院が決まれば、病院でカンファレンスを行い情報交換に努めています。		
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	状態変化時は、家族と話し合いを持ち、その都度今後の支援方針について話し合っ決めてるようにしています。当施設で出来る事・出来ないことを伝え、1番良い方法で支援するようにしています。	契約時に重度化や終末期に向けた方針の説明が行われています。状態変化時には改めて家族と話し合いの場が設けられます。ホームで対応できる支援について説明し、最善の支援方法が決定されます。	
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のマニュアルを用意し、AED・携帯酸素の使用法も定期的に学ぶ機会をもうけています。消防署主催の心肺蘇生法大会にも参加しました。		
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	火災に関しては年2回避難訓練を行っています。また、水害避難訓練も行い、職員へ周知しています。運営推進会議では地元の方からの災害時の救助応援を普段からお願っています。	年2回の避難訓練、総合訓練が実施されています。各居室入り口には避難済かどうか分かる目印も付けられています。水害避難訓練も実施されており、避難場所であるアロハホールの意識付けも行われています。備蓄について、系列施設アロハデイサービスセンターに用意されています。災害時地域の方の協力体制もあります。	

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
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	人権意識を高めるために認知症に関する施設内研修を実施しています。男性介護者を嫌がられる方には女性介護者で対応し、排泄介助の声かけや介助方法に気を配るなどプライバシーの保護にも気をつけています。	認知症の方の人権についての研修も行われています。利用者の関する連絡等の場合でも利用者の方の前では行わない事も徹底されています。排泄介助においても希望があれば同性介助で対応し、声掛けや介助方法にも気を配られています。また、広報誌等の写真掲載についても、細心の注意が払われています。	
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	本人の思いや希望に添えるように日々の生活の中で発する言葉に気を配るようにしています。また職員が押し付けるのではなく、自己決定できるように働きかけています。		
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	それぞれの利用者に対してケアプランを元に本人のペースに合わせた支援を行っています。また利用者が外出を希望された場合は散歩へのご案内やドライブ等の対応をしています。		
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	入浴などの更衣の際には、利用者に服を選んでもらっています。散髪も本人の希望、または家族の希望や長さなどで行っています。髭剃りや爪切りなどで出来ない部分については介助させてもらっています。		
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	旬の物を味わって頂くようにしています。嗜好をご利用者に尋ねながら、バランスのとれた献立に心がけています。準備・片付けなど出来る事は、利用者にして頂いています。	昼食と夕食は併設のデイサービスの厨房で調理されます。可能な利用者の方にはおかずの盛り付け等の食事の準備や食器拭き等の片付けのお手伝いを願われています。朝食とデイサービスの休みの日にはホームで調理されます。ホームのはたで収穫した野菜のある時は利用者と相談しながらメニューが決められます。手作りおやつを作り楽しめる事もあります。利用者間の席次にも配慮し楽しい雰囲気でお食事をして頂けるようにされています。食事の際には職員は、声掛けや見守り、食事介助を行い安全に食事を楽しんで頂けるようにされています。	
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	栄養バランスを考えた野菜中心の食事に行っています。糖尿食や減塩食など食事制限も考慮しています。また嚥下状態に合わせた食事形態にもしています。水分量は1400ml/日を摂取するようにしています。		

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
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	食後は口腔ケアをしていただいています。自分で出来ない方には介助しています。残菌や義歯の調整が必要と思われる時には家族に相談し、歯科の受診を勧めています。		
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	一人一人の排泄パターンを把握し、必要な方にはトイレの声かけをしています。出来る限り布パンツを利用して頂くようにしています。便座に座っていただけるうちはできるだけトイレでの排泄を心がけています。	排泄チェックシートの使用等で排泄パターンを把握し、トイレで排泄継続の支援が行われています。利用者の方に応じたトイレへの声掛け、見守り、一部介助等、一人ひとりに合った支援が行われています。	
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	身体を動かしたり、水分をしっかり摂ったりして、なるべく自然に排便できるようにしています。利用者の状態を見ながら腹部マッサージもおこなっています。		
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	入浴前にバイタル測定し、体調をみて入浴をしてもらっています。なるべく希望の時間帯や順番にそえるようにしています。何回か誘っても拒否が強い場合は、タイミングを変えたり、職員を変えたりして支援しています。	体調面を配慮しながら、週3回を目安に入浴して頂かれています。身体の状態に合わせてシャワー浴も行われます。拒否傾向のある方には、タイミングをずらした、職員を変更する等して、入浴して頂いております。同性介助にも対応されます。	
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	夜間に安眠してもらえるよう日中に活動してもらうようにしていますが、高齢だったり、体調により休息してもらったほうがいいと思われる時は適度な時間、居室のベッドで横になってもらっています。		
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	服薬の目的・重要性について職員は理解し、細心の注意をはらって服薬にあたっています。ユニット内に薬の一覧表を置き、いつでも確認できるようにしています。		
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	食事の準備をしたり、洗濯物をたたんだりと一人一人の生活歴を考慮しながらいろいろな役割を担って頂いています。また、歌やゲーム、パズル等個々の興味のあるものを提供することで、気分転換をして頂いています。		
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	水曜日は外出支援を計画して季節を感じられる場所や公共の施設、馴染みの地区へ出かけるなどの支援を行っています。喫茶店やドライブに連れ出して下さる家族もあります。受診時に食事を一緒にするなど、家族と過ごされる時間を大切にしています。	利用者の方の外出支援にも力を入れおられ水曜日は支援の日として計画をされます。日常的にはホーム周辺の散歩、畑の野菜の収穫、買物等で戸外に出る機会を作られます。家族の方にも協力して頂き、食事や喫茶を楽しまれる方もあります。	

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
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	金銭を自己管理している利用者はおられません。何か購入したいという希望があれば、ご家族と相談し、時には職員と一緒に出掛け、立替払いするようにしています。		
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	家族や知人との電話や手紙のやり取りは自由にして頂いています。本人が希望すれば、電話を使用していただくようにしています。		
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	花を飾って季節を感じて頂いています。温度・湿度には気を配り、定期的に換気を行うようにしています。	窓も多く取ってあり、明るく開放的な共用空間となっています。エアコンや加湿器を調節しながら温度・湿度も管理されています。装飾についても季節感が感じられるものとなっています。ソファ等も配置されておりゆっくりくつろげるようにされています。	
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	1人での生活を好まれる方も居室で1人過ごすのではなく、リビングで他の方と一緒に過ごされることで共に暮らす仲間だと感じて頂いています。ソファで一緒になると会話がはずんだり、歌を歌ったりされる方もいます。		
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	入所時には、新しいものではなく本人にとって馴染みのあるものを持ち込んで頂くようお願いしています。そういったものに囲まれることで落ち着かれる方もあります。	家族の方にも協力して頂きながら、在宅時の雰囲気を感じられるよう、馴染みの物を持ち込んで頂いたり、家族の写真等を飾る等されていました。換気や消臭に気を配っている事も確認出来ました。	
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	居室前に表札をつけたり、トイレが分かりやすいように大きな字で掲示したりして、自分で自立した生活を送って頂けるように工夫しています。		