

1 自己評価及び第三者評価結果(あかり)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873400762		
法人名	宝寿会		
事業所名	グループホーム ゆうゆう		
所在地	兵庫県神崎郡神河町中茶屋山 1241-3		
自己評価作成日	平成27年1月10日	評価結果市町村受理日	2015年 5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	hyougo-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	平成27年1月29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)】

・自然に恵まれ、四季の移り変わりが感じられる、静かな環境に恵まれている。 ・地域のボランティアによる、歌唱・リハビリ体操・朗読など、身体を動かし交流する時間がある。 ・入居者の誕生日には、家族と共に誕生会を行ったり、外出したりと、その方の希望に添うようにしている。 ・併設特養との交流や、行事参加がある。 ・食事の献立は職員が作成し、入居者と共に二日おきに買い物を行っている。 ・季節感を感じる献立、また地域の特性を活かした食事づくりに努めている。

【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)】

畳の間にゴロンと横になってテレビを見る人、その横で手作業をする人。遠い昔、縁側で近所のお年寄りが日向ぼっこをしている光景が浮かんでくるようなリビングに、のどかで、ほっこりとするような空気が流れている。開設10年が経過し、初心に返って、改めて、支援のあり方を振り返っている。今後は、気持ちよく働ける職場作りをすることによって、より良い支援ができるようにし、さらに、利用者にとって、居心地のいい空間を作ることを目指している。利用者一人ひとりの様子を把握することを一日の始まりとし、個々の状態に合わせた支援をすることや申し送り、引継を正確に行うことなどを高めていくことを目指している。加えて、サービス計画の重要性を認識し、サービス計画に添った個別支援を実現されることを期待したい。

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、その時々々の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

あかり

[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	・理念をふまえ、利用者と職員が共に出来ることに楽しみを持ち、自分らしく暮らして行ける居場所づくりを管理者、職員で考え共有し意識づけている。	利用者個々の状況に応じた楽しみ方を考えたり、ADLの低下した人の楽しみ方を話し合ったりしている。例えば、地域の芸能発表会を地元のケーブルテレビで観るなどみんなで話し合い、考え、楽しみを実現するやすらぎのあるホームを目指している。	
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	・町の文化展へ出展作品を見学したり、芸能発表会を観に行っている。 ・地元高校の文化祭に入居者、職員で参加する。	秋の文化展に利用者と職員の共同作品を出品している。近くの高校生がボランティア実践の体験授業として、年2回事業所を訪れ、就職につながった例もある。習字、体操、懐メロ演奏、朗読の地域ボランティアが来るなど、交流している。	
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	・H26年度より、地域の事業所の有志で「地域サロン・らくや」を立ち上げているが、職員の中でその一員となり活動しはじめている。		
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	・併設ユニットが今年から地域密着型になり、合同で運営推進会議をおこなう ・スライドで行事報告、入居者状況を伝えした後、事業所別で意見交換を行なう	家族、民生委員、区長、健康福祉課等が出席して開催している。民生委員より特養とグループホームの違いについて質問があり、説明した。また、認知症についてや看取りについて、意見交換したことにより、看取りに関して、前向きにとらえるようになるなど、有意義な会議になっている。	
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取り組んでいる	・日頃より町担当者に質問などを積極的に言い、アドバイスを受けている。 ・運営推進会議には必ず町担当者が出席してくれる。	町担当者に事務的な事や利用者の困難事例等を相談し、アドバイスしてもらっている。看取りを行った時、地域包括から情報提供されるなど、連携を図り、協力関係を築いている。	
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	・施設全体の方針で、身体拘束はしない。 ・玄関の施錠に関しては安全面を考慮して行なっているが、一緒に外へ散歩に行ったり、庭仕事など行なったりして閉塞感を感じさせない様努めている。	法人全体で研修を実施し、「身体拘束等の廃止マニュアル」を常備して、職員はいつでも見ることが出来る。不適切なケアの事例を上げて、職員間で話し合っている。玄関の施錠はしているが、他の出入り口があり、外で活動する際は開放している。また、常に課題となっている。	今後も、施錠しない時間帯を少しでも設けるなど、継続して検討を重ねていただきたい。
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	・虐待防止マニュアルを常備している。 ・日頃より、入居者の身体の変化、対応の仕方について、職員同士で確認し合っている。	法人全体で研修を実施している。入浴介助、着替えの時等に確認している。職員は、些細な事も黙認せず、話し合いの場に出すようにしている。管理者は職員と個別に話す機会を作り、できるだけ話を聞くよう、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
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	・権利擁護に関する、パンフレットを設置している。	成年後見制度、日常生活自立支援事業について、職員は概ね理解している。相談があれば、管理者が対応し、専門機関につないでいる。成年後見制度、日常生活自立支援事業のパンフレットを設置している。	
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	・入、退去時、本人や家族には、特にサービス内容や費用関係については詳細に説明し、必要時には同意書を貰っている。 ・家族の協力の必要性についても理解を求めている。	契約は管理者が行っている。空室があれば、体験入居も可能である。契約の際は、退去の理由、費用に関する事、家族の協力の必要性について説明し、理解、納得のうえ行っている。改定等の際は文書にして、送付又は手渡しして、同意書ももらっている。	
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	・運営推進会議、年間行事の折には家族参加が有り交流の時間を設けている。意見、要望を発言しやすい雰囲気作りに努めている。 ・家族の訪問時にも職員からの声掛けを積極的に行っている。	運営推進会議や面会時に聞いている。土砂災害対策について、心配する意見が出たが、市に崖面を取り除いてもらったこと、雨の時期に消防や区長が見に来てくれることを説明し、安心を図った。機会をとらえて、意見を聞くよう努めている。	
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	・毎月の全体会議で職員より、意見、提案の出せる機会がある。 ・年1回、職員の自己評価を行なっているが、その際、前年度の振り返りと次年度の目標を提出するようになってきている。	毎月行う全体会議で聞いているが、管理者が直接聞くことが多い。研修の希望、設備の修理、消耗品の購入希望等の意見が出る。出来る限り、実現するよう心がけている。	
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	・管理者及び職員には、人事考課制度を導入している。 ・年1回の衣服費支給。 ・パート職は休日手当がある。 ・処遇改善手当を支給している。(毎月)		
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、特養での職員研修参加。 ・認知症実践研修、その他の外部研修への参加		
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	・本年度はグループホーム間の職員交流は休止中であるが、管理者間の情報交換は行っている ・地域の事業所の有志職員で「らくご会」という、グループを立ち上げ勉強会に参加している。		

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
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	・アセスメントによって本人、家族と事前に面接を行ないホーム見学等を通じて安心感を持って頂け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	・家族様の立場になって、考え方や気持ちを理解し、本人との相違がないか、理解、確認した上で関係づくりに努めている。		
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	・併設特養の利用も視野に入れた対応に努めている。 ・ケアマネジャーからの情報を得ながらホームでの支援に努める。		
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	・本人が日常生活等を、送られていた事を教えて頂き、共に暮らす中において、その人らしく暮らして頂けるよう努めている。		
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	・家族様の思いや考えを受け止め、十分に理解した上で、行事、外出、誕生日等の参加をお願いしている。家族との楽しいひと時を過ごして頂ける様、支援に努めている。		
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	・年2回、お寺の行事への参加など、本人がこれまで大切にして来られた地域との関わりを持って頂けるよう支援に努めている。 ・食材の買い物に行く際、一緒に地域の店に行っている。	孫の学習発表会を観に行ったり、家族とドライブに行く人や友人と花見に行く人がある。お寺の行事やカラオケに行く人の送迎も行っている。朗読会の仲間が訪問して来たり、知人にハガキを出すなど、個々の馴染みの関係を大切に支援している。	
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	・生活を共にする中で、思いやり、助け合いが芽生えている。また、トラブルになりそうな時には、職員が間に入り関係が悪くならないように努めている。		

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	・家族の希望により併設特養に移られたが、その後も、家族がボランティアで来られる時に、一緒に参加される。		
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	・家族の電話や外出、外泊の希望に応じている。	日頃の口ぐせや訴え、日々の関わりの中から把握している。困難な人は家族から聞き取ったり、表情や発する言葉で察している。把握した思いや意向は職員間で共有し、実現に努めている。	
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	・家族が訪問時に伺ったり、日常の会話の中で生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、その他の情報は、ケアカンファレンス時に情報を交換する。 ・新入居者には、アセスメントにて本人及び家族、ケアマネージャから情報を得る。		
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	・日常動作記録、引き継帳により入居者の現状の把握に努める。 ・食事、水分、バイタル、ケース記録で個々の心身状態の把握に努めている。		
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	・ケアプランには、本人、家族の希望や意見を聞き取り入れている。 ・主治医のアドバイス、ケアカンファレンスにて、職員と話し合い介護計画を作成している。	現況シート(アセスメント)を年1回見直しているが、サービス計画の見直しに時間を要している現状である。ケアカンファレンスにおいて、個々の支援内容についての話し合いは行われているが、サービス計画のモニタリングは実施されていない。	サービス計画のモニタリング、利用者家族等の意見の収集、計画見直しの流れに添って、早急に現状に即したサービス計画を作成していただきたい。
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	・個人記録には、食事摂取量・水分摂取量・バイタル測定・排泄状況・日課や外出・訪問状況・ケース記録等、記入している。また、個別に受診記録ノートも作っている。		
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	・家族希望で、入居者の居室に宿泊する事は、可能である。 ・急な外出、外泊希望にも対応している。 ・併設特養の行事にも参加している。		

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
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	・地域の民生委員の訪問で地域の情報を聞かれたり、地域ボランティアさんの協力で楽しまれている。		
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	・7名がかかりつけ医の受診、往診を受けられている。家族付き添い又は送迎を職員がおこなっている。 ・2名は入居前の病院に継続受診されている。	基本、これまでのかかりつけ医の受診を継続し、家族が付き添えない場合は、職員が支援している。多数は嘱託医の受診で家族が付き添っている。職員が送迎することもあり、往診も可能である。個々の受診記録により、状況把握を行っている。	
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	・看護職常勤の契約がなく、併設特養の看護師に相談、アドバイス指導を受けることもある。 ・急変時には特養看護師に協力を得ている。		
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。	・入院時にはホームより情報提供を行ない、その後、見舞いに行った際病院からも情報を得ている。 ・入居者が手術の際には、術前の説明等をご家族と共に聴くことができた。	入院時は認知症状も含め、利用者の情報提供を行い、利用者が安心して治療できるよう、声かけにも努めている。家族とは入院となった時から、早めに医療関係者を交え、退院を想定した話し合いの場を持つようにしている。早期退院後の受け入れについても体制を整えている。	
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	・終末期のあり方については、家族、引受人と話し合い、ホームで出来る事、出来ないことを説明している。又病院医師にも相談、支援に努めている。	契約時に、事業所の方針を説明し、利用者、家族には、理解を得ているが、状態悪化等があった場合は、再度話し合い、意向を確認している。併設施設や他施設への移行も踏まえ、家族が安心できる環境を優先している。今後、職員のターミナル研修への参加も検討している段階である。	
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	・応急手当のマニュアル設置。手当に関しては職員研修で行っている。		
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	・併設特養で年2回、昼夜を設定し火災訓練の実施。 ・大雨の時には地元防班の見守りがある。 ・毎月職員による防火設備の点検実施している。	併設施設合同による総合訓練を、年2回実施している。昼夜想定での、避難、通報、消火訓練を利用者も一緒に行い、職員共に意識統一に努めている。土砂災害の危険区域でもあり、地元との協力関係を築くよう努めている。	

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
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	・特に日常生活面で自尊心を傷つけない言葉かけを行ない、排泄、入浴時などは声のかけ方に気配りをしている。	トイレへの誘導時や声かけの際の言葉かけは、特に注意し、利用者一人ひとりに応じた関わりに努めている。その人なりの考え方や羞恥心に配慮し、利用者同士の関係性にも、気をつけるようにしている。	
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	・自己決定の出来る入居者には側で付き添い、希望に添う支援を行なっている。 ・表現の難しい入居者には、選択できるように働きかけている。		
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	・可能な限り希望に添った過ごし方を支援している。 ・買い物、散歩の同行。 ・朝起床しにくい利用者には、食事をずらせて休んで頂くなど一人一人のペースに添った支援をしている。		
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	・理、美容に関しては訪問美容を楽しみにまたれている。 ・毎朝、髪、衣服のみだしなみを整えている。		
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	・季節の食材を料理に取り入れている。 ・食材の買い物、食事準備、片づけを一緒に行っている。	ユニット毎に、旬の食材を取り入れメニューを工夫している。利用者が食べたい物を取り入れ、一緒に買物から後片付けまで協力して行っている。家庭料理を中心に、食べやすい調理法や味付けにも気を配るなど、楽しい食事風景となっている。	
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	・ADL表に記録し栄養確保に努めている。 ・一人ひとりの状態変化に対応した、食事作りや水分確保の器の変更等を随時行い支援している。		
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	・毎食後、うがい・義歯の洗浄、夜間には義歯をボリデント剤へ浸している。 ・全介助の利用者も居られる。		

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	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの身体状況、排泄パターン、行動を把握しトイレ誘導に努めている。 尿意・便意が定かでない入居者には時間をきめてのトイレ誘導、パット交換を行ない、ホットタオルで清拭し、清潔保持に努めている。 	<p>利用者一人ひとりの排泄状況を把握し、必要に応じて誘導、声かけしている。失敗しないよう個々に、早めに声をかけたり、タイミングを見て誘導するようにしている。夜間は、利用者の習慣や意向に併せ、声をかけたり、パットを使用するなどしている。職員は、周りの他の利用者の状況を考慮し、きめ細かい声かけに努めている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝のラジオ体操、リハビリ体操で体を動かすことを促している。 朝食時にヤクルト、牛乳を飲んで頂いている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 行事、体調不良以外は1日置きに入っている。毎日入浴する入居者もおられる。 	<p>1日おきのペースで、あとは利用者の意向、その日の気分に応じて、入りたい時に入浴してもらっている。困難な人には、その日の予定や様子に併せ、声をかけるタイミングにも注意し、職員間で連携を図っている。季節風呂や職員との会話を楽しみにしている人もいる。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 個々に応じて食後、居室で暫く休息を取られるように声掛け、支援を行なっている。 寝具に関しては季節に応じて調整、居室の温度調節を行ない、冬場には加湿器を常備している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの受診記録に薬の説明書を添え付けしており、変更時には目的、用法などの理解を深めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 朝食後の役割分担があり、食器洗い、モップ掃除、ゴミ出しを御自分の役割とされている。 楽しみごととして、カラオケで気分転換をされている。 時に、1階に訪問しお茶を飲んで過ごすこともある 		
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支援している	<ul style="list-style-type: none"> その日の希望はなるべく希望に添えるように支援している。 普段に行けない所への外出には、家族と相談し出掛けられる様に支援に努めている。 	<p>自分の役割として、畑の野菜の手入れや草むしりなどを率先して関わったり、周辺を散歩するなど、利用者の生活スタイルに応じて、機会を設けている。食材の買い出しの時に、必要な日用品をついでに買うこともある。元気な様子を見てもらうためにも、積極的に地域行事やイベントに参加していく方針である。</p>	

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
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	・家族より現金を預かり出納長で出金を管理し、訪問時には、確認して頂きサインを貰っている。 ・外出時はホーム立替えにて現金を持参し、使えるようにしている。		
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	・家族、親せきなど、電話をかけたいとの希望があれば、電話をできるように支援している。 ・手紙を書きたいと言われる入居者にははがきを購入など支援している。		
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	・リビングは大きな窓があり、自然光、季節の移り変わりを感じて頂き、その時期に応じた室温調節に配慮し居心地良く過ごして頂ける支援を行っている。 ・季節の花等活けている。	開放的な大きな窓からは、景色が眺められ、畳のスペースでは、寝転がってテレビを観たり、洗濯物を畳んでいる人がいる。オープンキッチンが広く、作業がしやすくなっている。利用者も一緒に台所に入り、作業している。	
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	・リビングにはソファ、畳スペースがある。 ・気の合った入居者同士で居室を行き来される。		
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	・使い慣れたタンスなどを置いているが、さまざまな事情から、使い慣れた物ではない物も購入している。 ・状態や好みにより床に畳を敷き布団を使用している入居者も居られる。	洗面台、椅子と机、物入れが常設されている。畳を敷いている人もおり、思い思いにレイアウトしている。使い慣れた整理筆筒やチェスト、手作りの小物等を飾ったり、部屋でテレビを観てくつろいでいる。	
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	・各居室入り口には名前プレートを掲げ解りやすくしている。 ・廊下、トイレ内、浴室内の手摺りには安全に移動出来るように配慮している。		