

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	2791900059		
法人名	社会福祉法人敬信福祉会		
事業所名	グループホームあいの里きらら		
所在地	大東市大字龍間673番地3		
自己評価作成日	平成23年4月18日	評価結果市町村受理日	平成23年7月5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.osaka-line-korivo-c.jp/kaigosin/infomationPublic.do?LCD=2791900059&SCD=370
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	財団法人大阪府地域福祉推進財団 ファイン介護サービス情報センター		
所在地	大阪府大阪市中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館		
訪問調査日	平成23年5月20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)】

利用者と共に作る家庭料理、週末のバーベキューやお好みパーティなどを実施しています。

【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)】

社会福祉法人が運営する平成21年に開設した2ユニットのグループホームで、母体の特別養護老人ホームとは別棟になっています。阪奈道路を登って生駒山頂近くの龍間地区に建てられた2階建てのホームです。ホームの周辺は古くからの住宅地でホームから生駒山麓の緑と大阪平野が眼下に広がり、四季を通じて楽しめる雰囲気にあります。母体施設の多目的ホールを地域に開放し、カラオケ、日本舞踊披露等に利用者も積極的に参加するなど地域との交流が図られています。日々の介護の場面でも利用者を尊重した対応に心がけ、利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向に沿うよう支援し、やさしい雰囲気です。
--

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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

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
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	毎朝全ユニットが合同で朝礼を行い理念唱和している。「その人らしい生活、人としての尊厳を大切に地域に愛され信頼される施設作りを目指している。	法人の理念である「その人らしい生活を送って頂くために、人としての尊厳を大切に、地域に愛され信頼される施設づくりを目指します」を基に、安全 目配り、気配りのある心 明るく、清潔にを日々の業務目標に掲げ、職員は共通の認識にたち、親身な支援に努めています。また、毎朝の朝礼時に理念を唱和すると共に、ホームの入口に掲示されています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	アルカデアホールのオープン化にカラオケや日本舞踊の披露の場として利用、施設開催の盆踊りや地域の盆踊りの場所の提供等地域の皆様と入居者が共に楽しんでいただくことが出来ている。	法人として自治会の賛助会員となり自治会主催の盆踊りに施設正面広場を提供し利用者も参加しています。また併設する特別養護老人ホームとの合同行事として盆踊り大会や施設の多目的ホール(アルカデアホール)を地域に開放し、カラオケ、日本舞踊披露に利用者も積極的に参加するなど地域との交流が図られています。	
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	地域の方々を対象に常時介護相談を受け付けている。又人材育成の一環として実習生の受け入れを行ったり、積極的に地域の方の雇用を行なっている。		
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	運営推進会議では提供されているサービス内容の報告や今後取り組んでいく内容についても連絡して意見をもらうようにしている。	運営推進会議は、家族・地域の区長・元民生委員等の参加のもと概ね2ヶ月に1回開催しています。活動報告や行事報告のほか、参加者に意見や助言を求め、それをホームの運営に活かしています。	運営推進会議のメンバーには市の担当職員や老人クラブ役員等の参加を求めると共に、推進会議を現行の15名から開催しやすい人数への変更を検討されてはいかがでしょうか。また欠席者に対しては議事録を配付するなどの配慮が望まれます。
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	利用者の生活の過ごし方やサービス内容など心配な事柄を安易に相談出来る市の担当職員との連携が図れている。	市の担当者とは介護保険に関する事例での疑問点や介護給付の適正化に関する事項など、日ごろから気楽に相談や助言を得ています。	

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
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	玄関の施錠は時間を決めて自由に入出りできるようにして抑圧感が無いようにしている。安全ベルトや改良着などもご家族からの希望があったとしても十分に話し合いを行い寄り添うケアの提供で身体拘束はしないと職員一同同じ思いでケア提供している。	身体拘束をしないケアを掲げ職員全員で取り組んでいます。ホーム玄関と各階入口は施錠していますが、毎日全フロアで行う活動ケアの時間帯には開放すると共に、外出を希望する利用者にはスタッフが一緒に付き添うなど対応しています。	
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	外部研修も積極的に受けてもらっている。毎月2回全員参加での会議研修で知識を習得してもらうように教育をしている。特に立ち上がり可能な利用者の行動抑制、安易なオムツ使用、食事の自己摂取など留意している。		
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	判断能力が不十分な利用者の家族に対して必要な場合(金銭管理など)日常生活自立支援事業や成年後見制度の説明を行なっている。		
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	契約時には十分に時間をとって説明を行い、料金やリスクに関しても納得してからの契約となっている。契約後も不安や疑問などある場合はいつでも連絡していただくように十分に説明を行なっている。		
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	利用者やご家族の意見や希望は面会時やサービス計画書更新時に電話などで聞き取りを行い会議で話し合い反映できている。	家族の訪問時には要望や意見を聞く機会を設けるなど、話しやすい雰囲気作りを心がけています。面会に来にくい家族には電話で様子を伝え要望等を聞いています。運営推進会議にも家族の参加を求め意見を伺っています。	
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	全体会議で職員の意見や要望を聞くようにしている。又日頃よりコミュニケーションを図るようにして問いかけたり聞き出したりするようにしている。	月1回職員との全体会議を開催し、その場で職員から発言や提案が出されています。参加できなかった職員のために同月内に再度会議を開催し全職員に徹底する取り組みを行っています。	

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
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	施設長や管理者も頻繁に現場に来て利用者や職員と一緒に過ごしている。職員の悩みなど気軽に相談出来る体制である。年に2回の人事考課で職員が目標を持って就労できるように働きかけている。		
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	認知症実践者研修外部研修を受けて内部研修で現場にフィードバックしてより良いケア提供が出来るようにしている。研修については今後も継続していく。個々の職員の能力についてはチーフが把握しており能力に応じた指導を実施している。		
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	大東市の他のグループホームでの1週間研修、他のグループホームとの相互訪問及び交流会を実施していたが感染症の問題で一時中止されている。		
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	入居前に十分なアセスメントを行い安心してここでの生活がスタート出来るように援助している。又不安の大きな利用者に対しては体験利用をしている。本人、家族も納得してからの利用開始となっている。		
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	利用開始前の生活歴やADLを十分にアセスメントして本人は勿論の事家族が不安に思う事一つ一つが解決出来るようにサービス内容を調整している。又本人と家族関係も把握してからの援助を心がけている。		
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	サービス開始前のアセスメントで本来必要であるサービスが他にあるならば紹介等も行なっている。自事業所がサービス内容に合致しない場合は他のサービス提供事業所の紹介も行なっている。		
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	利用者と職員との関係は共に生活するパートナーと意識付けするように月に2回の研修で習得している。		

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
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	入居された事で本人と家族が疎遠にならぬようにサービス計画書の内容にも負担の感じない程度で役割を落とし共に援助者であることを意識付けしている。		
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	帰宅願望や墓参りなど希望する「心の声」に耳を傾けてその要望を適切に分析して、家族の協力も得て可能な限り対応している。	地域に暮らす馴染みの友人が併設の通所介護サービスを利用した折に利用者に会いに来たり、利用者が通所介護サービスを訪問するなど、馴染みの人との関係を大切に支援をしています。帰宅願望の強い利用者には車で自宅の近辺を回るなど望むことに対応しています。	
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	共同生活の中で個々の生活リズムを大切にしながら、他の利用者との関わりがスムーズに出来るように毎日同じ時間帯に全利用者が共に過ごす時間を確保している。		
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	利用が終了しても次の段階のサービスが順調に継続されているか連絡調整を行なっている。		
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	センター方式を活用して本人の思いやサービス内容の共有に努めている。	利用者一人ひとりの生活歴や趣味、好みや希望等の情報を記録しています。職員は日々の関わりの中で思いや暮らし方の希望、意向についてケアの中から把握に努めています。	
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	利用開始前の自宅訪問と今までの生活歴や好み等が継続できるように計画書に記入してサービス提供できている。		

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
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	本人の心身状態の変化を見逃さないように毎日の申し送りで確認をしている。残存能力を活用していただくために過剰介護はしないように援助している。個別に時間を過ごす時間帯も計画書に記入してサービス提供できている。		
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	日頃より本人の意見を聞き取り計画書更新時には家族、主治医、看護師、介護職員の意見を聞き取るため会議を開催して今その人に必要なサービス内容を作成している。	利用者の希望・要望を聞き、状態や動作を分析し、サービス担当者会議で検討し介護計画を作成しています。作成した介護計画は、利用者や家族から同意のサインを得ています。介護計画には具体的な個別援助内容が記載され、ケアの方向性が示されています。利用者の居室に介護計画の内容が記載されたボードがあり、ケアの見落としが起こらない取組みが図られています。	
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	毎日の状態記録、個別サービスに対しての記録の実施。申し送りを利用してサービス計画書の内容の共有に努めている。本人の状態とサービス内容が相違している場合はモニタリングをして計画書更新時にはサービス内容の変更を行なっている。		
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	本人や家族の状態やニーズに変更があった場合は速やかに会議を開催してその時に応じたサービス提供を行なっている。		
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	場所的に地域資源の活用が難しいが市の移動図書館が毎週来るため紙芝居や本を借りたりして楽しみが増えている。		
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	本人と家族の希望する病院へ受診介助を行なっている。	併設の診療所の医師による週1回の往診と2週間に1回の歯科診療が受けられます。また入居前からのかかりつけ医に継続受診を希望する利用者には支援しています。	

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
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	毎朝の申し送りや看護師との申し送りノートを活用して心身の状態を連絡相談している。必要な場合受診に対するアドバイスを受けて適切な医療を受けていただいている。		
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。	居室確保など可能な限り希望を取り入れている。入院先の病院の地域連携室の担当のソーシャルワーカーとの連携も密に出来ている。		
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、事業所です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	常に状態の報告と次に必要なサービスの説明を6ヶ月を目途に実施している。専門的にリハビリが必要な方、他の施設サービスが必要な方などは調整して援助は出来ている。	重要事項説明書のなかでホームの利用基準を定め、利用者本人・家族に説明し同意を得ています。ホームの方針は示していますが、利用者が重度化してきた場合等のケアについてマニュアルを整備し職員研修を行うなどの取り組みが期待されます。	
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	急変時のマニュアルの整備、定期的に会議で研修を行い救急処置やAEDが使用出来るように教育している。		
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	調理器具は電気、建築材やカーテンなど全て防火仕様、地震非難用ヘルメットの設置、全室スプリンクラーを設置。併設している特養に協力体制は呼びかけている。	消防設備として火災報知機、消火器、スプリンクラーや消防署への通報装置を設置しています。また地震非難用のヘルメットを設置しています。	マニュアルの整備と研修が求められます。また運営推進会議等を通して平素から非常災害時における近隣からの支援や協力を求める働きかけが望まれます。また2～3日分の備蓄を保管することが望まれます。
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	言葉使いには特に気をつけている。尊敬語で対応している。排泄介助や入浴時にはプライバシーを傷つけないように援助をするように徹底教育して実施も出来ている。	日々の介護の場面でもさりげない言葉かけや利用者を尊重した対応に心がけています。各種記録類は施錠できるロッカーに保管しています。	

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
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	日常生活の会話の中から希望を聞き取り自由に選択して本人が決定できるように促しをしている。会話の難しい利用者に関しては職員から問いかけを実施している。		
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	共同生活にてスケジュール上の事は声かけをするが強制はしないで本人のペースで過ごしていただけている。居室で臥床し続けている以外はテレビ、新聞、雑誌、友人との会話など自由に過ごしていただいている。		
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	衣類は支障の無い限り本人が決めている。日に何度も着替えられている方も自由になっている。汚れた衣類に関しては説明して納得の上交換している。毎朝の整髪、外出時や面会予定日、日曜日など希望者には化粧を介助している。		
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	食事前のテーブル拭き、野菜の下ごしらえ、コップ洗い、米とぎ、下膳の手伝いなど職員と共に行なっている。	食材は2日に1回生協から搬入し各ユニットで利用者と相談して決めたメニューに基づき調理しています。ホーム内の台所にて利用者の得意な分野は手伝ってもらっています。なかにはノンアルコール飲料の1本が一番の至福となり、和やかな気分で昼食を取っている利用者もいます。	
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	個別に疾患からのドクターストップの食品を掲示して間違いの無いようにしている。個別に状態に応じた食事の提供を行なっている。水分に関しては1日最低1200CC以上の目標を立て食事量と共に管理している。居室にも配茶して自由に水分補給が出来るようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアの実施、自分で出来ない方は介助している。義歯は定期的に預かり洗浄消毒介助している。		
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	尿意、便意の無い利用者に関しては2時間毎のトイレ誘導の実施。感覚が残っている利用者に関しては訴えの都度誘導介助を行なっている。安易にオムツを使用しないでトレーニングパンツやパット等で対応している。	排泄パターンをチェックし、トイレ誘導のタイミングを考えながら支援しており、昼間は布パンツ対応の利用者が7名おられ、改善に向けての取り組みが積極的に行われています。	

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
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	体操や散歩などを積極的にしてもらい、ヨーグルトを毎朝摂っていただく、十分に水分補給していただく。それでも便秘の方は主治医に相談して服薬コントロールを行なっている。		
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	一応は曜日は決まっているが希望がある場合は聞き入れて希望時に入浴していただいている。	基本は週2回の入浴になっていますが、入浴日以外でも希望する利用者には入浴が可能な体制です。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず利用者の体調や気分を汲みながら個浴・座浴・機械浴で柔軟に対応し安心して入浴してもらうよう工夫しています。	
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	日中は居室で寝ている方は少ないが自由に休養は出来る環境である。ソファで転寝をしている方も見られる。定期的に寝具カバーの交換、布団干しを行い寝具の清潔に努めている。		
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	薬の変更があった場合は申し送りを行い(6日間)薬説明書を確認するようになっている。服薬介助は確実に口腔内に入れて飲み込んだ事を確認している。(月2回の研修あり)服薬後の状態観察と記録も確実に実施している。		
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	新聞や週刊誌、ビール、お酒、編み物、カラオケなど自宅で過ごされていた時に楽しみとしていた事を入所されてからも継続できるようにサービス内容に落とし現場で実施できている。		
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	天候の良い日は園庭散歩、外出したいとの訴え時は個別に外出介助を行なっている。定期的に外食、買い物、花見に出かけている。	各フロアから外に出ると日光浴ができる憩いの場所があり、外気に触れる機会を持つなど配慮しています。天候の良い日は併設施設の玄関の地藏菩薩のお参りや菜園ガーデンの水やりをしたりホーム周りの園庭を散歩しています。また外食や花見などにも出かけていたりしています。	

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
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	全利用者がお金を持っているのではなく、一部管理できる利用者に関しては家族の了解を得てお金を所持していただいている。使用に関しても地理的に近所に店が無いため必要な物品は職員が購入して本人に支払ってもらうようにしている。		
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	家族に連絡をしたいとの訴えがある場合は事務所の電話を利用していただいている。手紙は年賀状など書ける利用者は促しを行い送ることが出来ている。		
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	居室とトイレの色分け、浴室前の暖簾、季節感のある飾りやインテリアを時期に応じて変更している。又トイレや浴室は気持ち良く使用出来るように清潔な状態を保てるように掃除が行なわれている。	リビングは広々として明るく、畳敷きの三角コーナーがあり、ソファでゆったりとテレビ観賞したり談笑したりすることができます。トイレを挟んだ居室の配置は利便性に配慮した構造になっています。	
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	フロア中央にテレビとソファを置き利用者同士のコミュニケーション、レクリエーションの場となっている。テーブルに関しては個人で読書や書き物が出来るようになっている。畳の間もありマッサージ機を置いて利用できるようにしている。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具や仏壇を自由に持ち込んでいる。写真やアルバムなど思い出のあるものや自分で作成したカレンダーなどの作品の展示もしている。	居室前には利用者の拡大した写真を掲示し自分の居室であることが判別できる工夫をしています。利用者が入居する際は本人の馴染みの物を持参しています。仏壇、ご主人の遺影や家族の写真、くつろげるソファなど、その人らしい居室づくりへの工夫をしています。	
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	安定歩行出来る利用者に関してはテーブル拭きや下膳を役割として行ってもらっている。歩行不安定な利用者に関しては洗濯たみなどが役割となっている。		