

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 平成 24 年度

事業所番号	2775004399		
法人名	株式会社 やよいぐらねっと		
事業所名	グループホームやよい		
所在地	大阪府東大阪市大蓮北3丁目5番5号		
自己評価作成日	平成 24年 8月 10日	評価結果市町村受理日	平成 24年 10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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyosvCd=2775004399-00&PrefCd=27&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター		
所在地	大阪市中央区中寺1丁目1-54 大阪社会福祉指導センター内		
訪問調査日	平成 24年 8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)】

グループホームやよいは地域商店街の近くにありますが、地域とのなじみの関係を大切にしています。思いやりのある利用者本位の介護に努めています

【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)】

管理者は自治会副会長を20年以上歴任し、地域の地域社会に貢献してきました。その地域にある商店街の近くにホームは立地し、商店街へも日常的に買物や散歩へ出かけ、利用者の顔馴染みも多く、地域に根付いたホーム運営を行っています。居住空間は清潔で、毎日、拭き掃除を行い、利用者が気持ちよく生活できるよう支援しています。排泄は症状が進行してできるだけトイレで行う支援にこだわり、入浴も利用者の快適さを大切にすることで、日常動作が難しくなっても職員の手で行うことに意義があると考えています。できるだけホームでの生活を続けてもらえる様に支援する意識が強く、職員も看取りについて前向きな姿勢です。

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)	○	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

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	住み慣れた地域での生活、通い慣れた商店街での買い物とその人らしい暮らしの実現を目指して利用者本位・尊厳の確保の寄り添う介護をめざしています	理念は『住み慣れた地域での生活 通い慣れた商店街での買い物とその人らしい暮らしの実現をめざして「利用者本位」「尊厳の確保」の寄り添う介護をめざします』と、パンフレットに記載し、玄関にも掲げています。寄り添う介護により、利用者が少しでも長くホームで生活できるように支援しています。理念を新人研修に取り入れ、職員会議でも話し合っています。理念に基づき日々のケアを実践し、職員に浸透しています。しかし、管理者交代を機会に、理念について再考する事も検討しています。	
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	管理者は地域自治会の副会長として役割を果たしながら、婦人会や住民有志の協力や助言を得てホーム運営をしています。地域の季節行事参加や、商店街への散歩や買い物等地域の人々と日常的にふれあいがあります	自治会の理解もあり、地域のホールを借りて地域包括支援センターと協同で、予定より多い年4回の介護予防教室を行いました。地域のだんじり祭りを鑑賞したり、地元中学校の職業体験の実習も受け入れています。また、商店街の夜市へ出掛ける予定です。商店街や地域住民とも顔なじみで、気軽に声をかけてもらいます。	

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
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	利用者への支援を基盤に、職員の状況や力に応じて、近隣にお住まいの1人暮らしの高齢者にも声を掛け合い、安否確認等を行っている		
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	2か月に1回奇数月の最終水曜日 11時から開催。議事録は整理し職員で共有している。毎回開催時には、地域自治会やご家族様等に案内を送付している。会議での提案については業務に反映しサービス向上に努めている	運営推進会議は、自治会長や婦人部長、近隣住民、地域包括支援センター職員等が参加しています。外部評価について報告し、話し合っています。自治会長からは自治会の予定を教えてください、地域包括支援センターから熱中症についての情報を教わる等、支援に活かしています。家族に対して会議の意義を理解してもらえるように説明し、面会時等に参加を促しています。以前提案のあった、地域の防災マップは、継続して作成中です。	
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取り組んでいる	疑問点や相談事項があれば随時、管理者が来庁し相談や助言を得ている。又、福祉担当者とも密に連携を図っている	外部評価等の報告や、管理者・計画作成担当者の交代や兼務など、運営面についても市の担当者に相談し、助言を得ています。困難事例を個別に相談し、地域包括支援センターと協同で対応しています。	

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
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「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	身体拘束ゼロ宣言をホームに掲げ、職員一同健全な介護を実施するよう心がけている。身体拘束等の排除マニュアルを備え定期的に研修も行っている。エレベーターや玄関等の施錠も行っていない	身体拘束のマニュアルを作成し、研修も実施しています。ホーム玄関には身体拘束排除宣言を掲示しています。玄関やエレベーターも施錠しておらず、エレベーターも利用者が操作し、自由に行き来できます。日々の支援の中で身体拘束について、その場で事例を活かし、職員に個別で説明しています。	
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	高齢者虐待防止関連法に基づき、職員一同、健全な介護を実施するよう、カンファレンスを通じて心がけている		
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	社会福祉協議会等の研修に積極的に参加しており、地域日常生活自立支援事業である社会福祉協議会荒川と連携を図りながら必要な方は相談し活用する支援を行っている		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居時に十分な説明をし、同意を得ている。適宜、ご家族の理解過程において不安と思われる点には丁寧な回答をしている。又解約時においても書面での締結を心がけている		

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
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	利用者との日常の会話の中で不満や苦情を傾聴し、解決策を模索し反映している。ご家族様には利用料を振り込みではなく持参して頂き利用者様と面会して頂ける様に支援している。その際に意見や要望の聞き取りや状況報告に努めている。衣類等の買い物やご家族様との外出等個別に対応している	ほとんどの家族とは、月1回ホームを訪問した際に不満や要望を聞き取っています。若い頃、身だしなみに気を遣う仕事であった利用者は、家族が美容院へ連れて行きます。利用者には入浴や外出、見たいテレビ等項目を決め、アンケートや聞き取りを実施しています。	
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	毎月1回、管理者開催の職員会議を開催し、意見交換等を実施している	月1回の職員会議でも話し合い、職員から日々提案される意見は、支援経過に記載しています。家具調のベッドを利用していた方に、職員が危険性を感じて相談を行い、利用者の状態に合わせた介護用ベッドに交換した事例があります。夜間等トイレの誘導の間隔も提案し、利用者の体調や状況を考慮し変更されました。管理者や計画作成担当者の交代も職員会議で伝え、混乱がないように説明し、話し合っています。	

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		<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>処遇改善交付金制度や休暇等を活用しながら、職員環境や条件の整備に努めている。相談しやすい環境を整える為、計画作成担当者もヘルパーの声に傾聴・指導を行い管理者への報告や提案を実施している。</p> <p>管理者と代表者が密に連携を図り、職員の給与水準等を随時検討している</p>		
13		<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>外部研修、勉強会の情報を提示し、任意で希望者が研修を受けるよう自主的な体勢をとっている。又、職員一人一人が関心のある事や不安を聞き出し知識等が習得できる様資料作成や研修、役割分担に取り組んでいる</p>		
14		<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>地域グループの地域別会議や意見交換会に積極的に参加し、サービスの質の向上をさせていく取り組みをしている</p>		
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>管理者と計画作成担当者が窓口となり、本人や家族より困っている事や希望を聴取し介護計画に反映するとともに日々の生活の中から本人の声をできるだけ多く聴取するよう努めている。</p>		

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
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	入居前から、ご家族の抱えている介護に関する問題点に触れ、傾聴し、実施している介護について説明し、希望にも極力沿えるよう努めている		
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	計画作成担当者が本人と家族にあったサービスを様々な関係機関からのアセスメントを通して提案し、相談助言を行っている		
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	利用者本位、尊厳の確保を理念とし、その上で介護を行っているため、介護者の一方通行にならないよう日々励んでいる		
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	利用者本位、尊厳の確保を理念とし、その上で介護を行っているため、介護者の一方通行にならないよう日々励んでいる		

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
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	入居前にアセスメントを取り、なじみの場所や人を聞き取る様にしており、通院先や理美容院、なじみの人との関りが持てる様支援に努めている。	フェイスシートに聞き取った内容や経過が記入されています。ホームの近くに住んでいた利用者は、今でも馴染みの店で声を掛けてもらえるように、散歩コースを職員が把握しています。自宅で生活していた時に支えてくれたヘルパーがいる事業所に立ち寄り、以前のように会話が楽しめる支援をしています。	
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	職員が利用者同士の会話が弾むようにきっかけ作りをするよう支援している		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	必要に応じて契約後でも安心して過ごしていただけるように適切に他の事業所や病院へコンサルトしている		

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
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	計画実行表を活用し、個別様々な取り組みが出来、楽しみが持てる様実践している。又普段の会話から思いや意向が聞き取れる様努めている	介護計画書に利用者や家族の意向を記載しています。職員が日々の支援や会話の中で気付いたメモを介護計画書に貼り付け、介護計画に反映させます。また、申し送りノートに情報を書き留め、職員で共有しています。毎月のモニタリング時に、担当者が利用者の意向も聞き取っています。	
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	アセスメント時にも利用者の経歴に注視しているが、その後も本人との会話の中や面会に来られた家族の方から得られる情報をもとに計画書に反映できる様努めている		
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	ヘルパーと計画作成担当者が連携を図りながらアセスメントを行い各利用者の申し送り事項は書面に記載し職員全員が把握できるよう努めている		

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
26	10	<p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>介護計画作成時はケアカンファレンスを開催し、利用者本位の介護計画にこころがけている。家族へは電話連絡等で聞き取りを行っている。又3カ月に1回のモニタリング、1カ月の支援経過まとめ及びヘルパーが計画実行表の評価を行う事でチームでの取り組みを行っている</p>	<p>介護計画書の様式を変更し、直接利用者の意向やできること、できないこと、好き嫌いを記載しています。計画書から抜粋した内容を、独自に作成した計画実行表に記載しています。担当職員が1ヵ月毎に項目別に評価し、計画作成担当者が支援経過に内容をまとめています。計画書全体のモニタリングは3ヵ月毎に行い、少なくとも6ヵ月毎に介護計画を変更しています。</p>	
27		<p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個別に介護記録を記載しており、看護師、計画作成担当者、管理者も日々の記録を確認した上でカンファレンス等を行いながら介護計画を作成、見直ししている。計画実行表で計画実行状況を確認し評価している</p>		
28		<p>○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>本人や家族の状況、その時々にも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</p>	<p>家族が対応できない通院介助や既存サービスにない支援であっても本人や家族のニーズに応じて支援できるよう取り組んでいる</p>		

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、本人は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	必要に応じて、地域への社会資源の協力を求め、利用者への支援につなげている		
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	本人や家族の希望する、かかりつけ医に受診できるよう支援している。以前のかかりつけ医の継続が困難な場合は地域の病院を紹介している。往診月2回行ない連携体制を整えている	入居前からかかりつけの医療機関や家族、利用者の希望もフェイスシートに記載されています。協力医療機関から月2回の往診があり、夜間でも連絡ができる体制です。結果について家族にも伝えていきます。歯科等必要時は通院も付き添い、他の医療機関受診の希望があれば紹介し支援しています。	
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	介護職は看護職に随時状態報告及び相談を行い、適切な受診や看護を受けられるように支援している		
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	入院後も定期的に病院関係者や相談員へ情報収集及び本人との面会を行い、早期に退院ができるよう連携体制を構築している		

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
33	12	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化及び終末期のあり方については、主治医、家族とカンファレンスを行った上でできる限り家族や本人の希望や意向が配慮できるようターミナルにおいても取り組んでいる</p>	<p>ターミナルを経験したこともあり、職員間で話し合い、今年、重度化等についての指針も作成しています。契約時に看取りについての説明と同意書も交わしています。重度化した場合、その都度、家族や主治医、看護師とも一緒に話し合いを重ね、意向や助言を支援に活かしています。職員も看取りについて積極的な姿勢を持っています。主治医とは、夜間や緊急時の連絡体制も整えています。</p>	
34		<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>所内研修会を定期的に行っている。急変や事故発生に備えマニュアルを整備している</p>		

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
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	消防署の協力を得て避難訓練を実施。備蓄品の管理も行っている。夜間や予測できない災害時に地域住民の協力を得られるよう運営推進委員会を通して協力体制の取り組みを行なうとともに避難訓練の参加を呼びかけている。又スプリンクラーや火災報知機を設置している	災害発生時マニュアルを作成し、消防署への火災通報装置や緊急連絡網も整備しています。年2回避難訓練を行い、うち1回は消防署の指導のもと、地域住民も参加しています。今後、夜間を想定した避難訓練も検討しています。近隣での火災発生した際、運営推進会議のメンバーからも連絡があり、職員もホームに駆け付け、利用者が落ち着くまでホームで待機した事例もあります。	
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	利用者の尊厳保持を理念とし、利用者のプライバシーを損ねないケアや言葉かけに留意して、丁寧に行なうよう職員に周知している。職員には入職時に個人情報保護の誓約を行っている	個人情報保護方針を作成し、日々の支援でも親しさの中に、利用者を尊重して接するよう常に注意し、言葉遣い等、気になる事があれば日々指導しています。入職時にも個人情報について説明し、機密保持誓約書を交わしています。職員は自分の親を介護する気持ちで利用者と接し、優しい声かけや身体への接し方を心がけています。	
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	利用者本位の介護を目指して、利用者個々の目線に合わせた介護を心がけ本人のペースで生活を営めるようプランを工夫している		

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
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	入居時に希望を聴取するとともに日頃の生活パターンから利用者の希望を汲み取れるよう心がけ一人ひとりのペースに合ったスタイルで過ごしていただくようにしている		
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	できるだけ入居前から利用されていた衣類や物品をそのまま利用していただけるようにするとともに希望に応じた利美容院の選択や買い物等を支援している		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理はすべて手作りでホームにて行っている。残存能力に応じて片付け等に参加している。孤食をさげ、リビングにて職員とともに食事をたのしんでいる	殆ど毎日のように、一緒に買物に出掛けます。3食全てホームの手作りで、利用者のできる範囲で食材の皮むきやテーブルを拭く等、役割を決めて実施しています。朝食は1階のリビングで職員も一緒に食事を行い、利用者も食事を楽しみにしています。	
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	調理を専属して行なえる職員を配置しバランスが取れた食事ができるよう調理、工夫をし、食事量等が把握できるよう記帳を行なっている		
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に、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	毎食後一人ひとりの口腔状態やADLに応じた支援を行っている。口腔ケアは洗面所にて全員行っている		

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
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	排泄チェック表や個々のパターンを把握してトイレでの排泄を促している。特にトイレ誘導は個々及び食前等こまめに行っており、全ての利用者様がトイレでの排泄が継続できる様心がけている	排泄の前兆や利用者の排泄間隔等を把握し、利用者一人ひとりに1～2時間毎のトイレ誘導を促しています。夜間は、利用者の負担を検討し、トイレ誘導の間隔をできる限り長くできるように心掛けています。紙オムツ等を併用していても、利用者全員がトイレで排泄できることを大切にしています。失敗した時は、シャワーで清潔にしています。	
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	朝に体操を行い、便秘予防を行なうとともに、排泄チェックを看護師が確認し便秘の予防に取り組んでいる。又食事や水分補給においても排便状態を確認し工夫している		
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	週2回の入浴を実施しているが、希望があればいつでも入浴ができる様になっています。1人ひとりが自分のペースで1人でゆっくり入浴ができる様取り組んでいます	利用者の状態を考え、週2回の入浴が基本になっていますが、利用者等が希望すればいつでも入浴できます。また、失禁や汚れた場合は、シャワー浴を行っています。重度化が進んでも、安易に機械浴導入を検討するのではなく、全て職員で支援し、利用者の快適さを大切にしたいと考えています。	昨年までは週3回入浴を支援していました。しかし、利用者の状態が低下し、入浴が週2回へとなりました。今後は利用者毎に状態を把握し、利用者の希望や状態に合わせて、入浴回数を見直すよう検討してはいかがでしょうか。

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々 の状況に応じて、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	全居室が個室となっており、自室 でも休息できるよう支援している		
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	看護師とヘルパーが服薬管理を 行っているが、カルテに処方箋を 保管し、職員一人ひとりが服薬 している処方箋について理解し ており、服薬の支援と症状の変 化の確認に努めている、又薬剤 師とも密に連携を図っている		
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	計画書に長年馴染んだ生活や好 みを項目別に記載し、職員全員 で日頃の会話から聞き取り、楽 しみや役割が持てる様計画実行 表も活用し取り組んでいる		
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	近隣商店街へ日常的に散歩にで かけている。利用者の日用品の 購入希望があれば、職員が一緒 について出かけている。又、公 園等にも出かけている	日常的に近くの商店街へ職員と 一緒に散歩に出掛け、系列の事 業所へも立ち寄り、お茶を飲み ながら会話を楽しんでいます。 花見を兼ねて、おやつや飲み物 を持参し、公園にピクニックや 畑へサクランボの収穫に出掛け ています。暑い時期は、短時間 で涼しい時間帯に外出し、熱中 症予防の工夫もしています。	

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	金銭の管理はご家族及び事業者が行なっているが、限度範囲での利用は個人の希望により所持、使用できるようにご家族と相談の上している		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本院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している	希望があれば、スタッフが利用者とともに手紙を書いて、ご家族・友人とのやり取りができるよう配慮している		
52	19	○居心地のよい共有空間づくり 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	食堂と居間の共有スペースはゆっくりくつろげるスペースがある。トイレ・風呂には目印をつけており、居間には日めくりカレンダーがある。ソファからできるだけ外の景色がみえる様配慮している。職員は施設感がでない様ユニフォームや靴を着用せず家の雰囲気大切にしている	ホーム内は、掃除が行き届いています。共有スペースの窓際には皆で座れるソファを置き、窓からすぐに住宅が見え、職員も普段着を着用して、大家族と一緒に生活をしている自宅のような雰囲気です。食事前には、料理の香りが漂い、自然と食欲も湧くような生活感があります。	
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	共用空間にあるソファやテーブルは席等を決めておらず自由に過ごせるようにしている。又、少し離れて過ごせる様玄関前にもソファを置いている。		

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
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	家族や本人と相談の上写真や好みのもので思い出の品を持ち込んで頂き落ち着いて居心地よく過ごせるよう支援している。	自宅の家具やタンス、仏壇、思い出の品を持ち込み、写真を飾る等、思い出の居室にしています。壁に掘り込み棚もあり、小物を飾っています。希望があればベッドを変更し、床に布団を敷いて寝ることもできます。床も毎日雑巾がけをして、清潔にしています。	
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	建設はバリアフリーとなっており、安心して日常生活を送れるようになっている。一人ひとりの能力を活かし自立してらせるよう工夫している。		