

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2873400663		
法人名	有限会社ほおずき		
事業所名	グループホームCHIAKIほおずき福崎		
所在地	兵庫県神崎郡福崎町南田原757-1		
自己評価作成日	平成24年6月18日	評価結果市町村受理日	平成25年1月9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.kaijokouhyou.jp/kaijosp/infomationPublic.do?JCD=2873400663&SCD=320&PCD=28
----------	---

【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 ライフ・デザイン研究所
所在地	兵庫県神戸市長田区菟乃町2-2-14
訪問調査日	平成24年7月12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)】

家族様からの視点、利用者様からの視点、職員からの視点、地域からの視点や意見を反映できるよう、柔軟な取り組みを事業所一体となって取り組んでいます。また、働きやすい環境と職員の介護スキルアップができるような取り組みをしています。機能訓練・業務改善発表会など、チームで課題を分析し、改善・評価を行い、職員全員が共有し皆で成長していくことを目標として頑張っています。

【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)】

①**食事を楽しむことが出来る支援**・開設当初から全食手作りを基本に食事の提供をしている。献立作りから、食材の買物、調理、後片付け迄を、職員は利用者の出来ることを支援しながら協働している。「食べたい物を作る」「匂を感じる食材の購入」「好きなものを食べに行く支援」「行事食」等々。認知症ケアにおいての「食」に係る支援の重要性を理解したサービスが提供できている。②**楽しみ事への支援**・家族との外出・外泊の支援、遠足や少人数での外出支援(外食・カラオケ等)、個別外出支援をはじめ、地域ボランティアの導入等。③**信頼関係の構築**・管理者は「コミュニケーション能力の向上」「チームワーク」に特に力を入れている。家族アンケート回答からも多くの感謝の言葉と高い信頼の評価を頂けている。また、職員が積極的に課題に取り組んでいるのが伺える。

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				

自己評価および第三者評価結果

自己	第三者	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	朝礼時に施設長・職員とで、毎日、理念・方針を唱和し事業所の理念の共有をしている。職場の目標や年度テーマも理念に基づき作成し業務を遂行している。	法人の理念とリンクさせた事業所独自の「年度テーマ」を職員全員の思いから作成している。職員は理念とテーマを意識して業務に取り組んでいる。	
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	週1度の地域ボランティアの受け入れや近隣の方が育てられた菊花を施設玄関で展示している。こちらからも地域のミニデイにも参加し、施設行事やふれあい喫茶の案内をしたり、散歩中の挨拶から地域交流が深まる取り組みをしている。	週1度(水曜日)に地域の個人ボランティアを受け入れている。利用者とミニデイにも参加し、ホーム主催行事等を通して地域交流に取り組んでいる。自治会行事にも参加をして交流している。	今後益々と、地域の方が気軽に立ち寄って頂けるような企画の実施を提案されるとともに、地域の社会資源としての取り組みの継続に期待をします。
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	町が募集する、ふれあい支援員養成講座や実習の開催。2ヶ月に1回ふれあい喫茶を開き、地域の方にも参加していただいている。その中で、認知症の支援の方法を理解を深めている	/	
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	運営推進会議では、運営状況の報告と反省点を確認、今年度は、機能訓練の取り組みの成果報告も実施し意見をいただいた。行方不明者のマニュアル作成の際ご意見をいただき再検討を行った。	外部評価結果報告や機能訓練の取り組みの成果報告等を行っている。老人会からの意見も参考にし、行方不明者のマニュアル作成の見直しのきっかけを頂いた。	時には、会議の議題に沿った方(消防・警察・医療・福祉等)も、オブザーバーで出席して頂く事で、専門的な知識を頂ける機会となります。今後も運営推進会議の活用を期待をします。
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取り組んでいる	2ヶ月に1度の運営推進会議や事業所の待機者状況の確認などで、担当者との連携を図っている。福崎町地域密着サービス事業所連絡会にも参加している。	運営推進会議や地域密着型サービス事業所連絡会(地域の5事業所が参加)を通して町の介護保険課・地域包括支援センターの担当者と連絡を密に取っている。	
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	身体拘束廃止を目指す方針を玄関に掲示し、施設外で研修を受けた職員は、自施設にその内容を還元する取り組みとして、勉強会の実施を行い、全職員が共有し、また、身体拘束になっていないかも随時検討している。	現場では、「身体拘束になっているかもしれない行為」を職員全員から意見を出してもらい随時検討している。また、本社主催の定期研修にも参加している。	
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	自施設での勉強会やフロア会議内で、職員の今抱えている悩みや介護でのストレスなど話す機会を設けその悩みを共有している。また、言葉に出せない方などのケア等については、2名介助を行っている。	身体拘束と同様、常にケアを見直して虐待になっていないかを職員全員で随時検討している。管理者は職員のフロア会議において、各職員の不安解消に取り組んでいる。	

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
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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について活用に至った事例は無いが、関係機関からの案内や研修等で制度の情報や理解を得る機会はある	町の会議資料の活用や地域包括の職員に説明を受けたりして情報を入手している。成年後見制度などに関して、法人本部と連携し研修や勉強会で理解を得るようにしている。	
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	契約時には、契約者の前で契約事項・重要事項内容を説明している。介護計画についても更新前等に家族様のご意向を確認している。また、気になる点を記入できるようアンケートを郵送し意見を伺った。	管理者が主体となり、主任も同席し利用者や家族に対して契約事項・重要事項を説明している。ホーム独自のパンフレットを使用してホームの雰囲気伝えていく。	家族からよくある質問をまとめ、今後の契約や職員教育に活かせる取り組みにも期待をします。(Q&Aの作成等)
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	年一回の家族懇親会で直接要望や意見や不安などの意見を聞いている。なおかつアンケートを実施し改善策も検討している。また、認知症勉強会を家族様と共同で行い家族様の思いを確認している。	家族が意見を出しやすくするために、年に1回、項目別のアンケートを実施している。事業所内で家族と共に勉強会を行うことで家族の考えを確認している。	
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	年一度の個人目標設定やマイチャレンジを実施し職員の意見や思い・悩みを聞くようにしている。各々の目標設定を理解し、その職員の能力向上に期待できる業務を課題として与えている。	個別面談(年数回)を実施して職員の意見や悩みの聴き取りをするように努めている。	
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	個々の目標を全職員が共有できるよう掲示している。その目標に一つでも近づけるためお互い高め合うため研修の機会やステップアップを図れるよう仕事を任せている。		
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	全ての職員の各自のレベルに応じた研修を法人内でも実施し、法人外の研修も積極的に参加し、2年目以上の職員に関しては、法人内でステップアップを図るため研修を取り入れている。		
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	系列施設での事例検討会や課題などを挙げ、勉強会を通じ、その課題などについて意見交換しお互いを高めるように取り組んでいる。		

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	一定の情報を元に事前評価を行い、本人面接を通じて生活状況や既往歴、現病、生活に対する意向や不安などを把握するようにしている。		
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	相談から契約に至るまでの間に、家族の生活状況及び困っている点など要望を確認し、不安に感じている事についても安心していただけるよう助言や具体的な協力体制を提示している。		
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	入所以前に使われていたサービスについても社会資源として捉え、可能な限り使えるよう配慮するとともに、新たなサービスの提供・開拓にも努めている。		
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	可能な範囲で、本人様の出来る事を自主的な形でして頂けるよう支援している。また、生活のパートナーとして、今までの生活歴に配慮しながらQOLの維持・向上に努めている。		
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	定期的な懇親会を開催し、現状の報告(ほおずき通信)情報の共有を行っている。また、職員・本人様・家族様が三位一体となり積極的なアプローチの中心的役割を果たすようにしている。		
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	生まれ育った場所や思い出のある場所など本人様から得た情報を元に個別外出を実現するようにしている。また、場所によっては、家族様に協力していただけるよう配慮をする。	利用者のプロフィールを把握するために、独自の書式を使って情報を集めている。外出等、利用者の希望を叶えるために、家族にも協力してもらい取り組んでいる。	
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	他者との共同生活には、多少の行き違いが生ずることを前提とし、日常の言動に留意しながら、トラブルを未然に防止し、対人関係を取り持てるように支援している。		

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
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	状況を確認できる機会や要望や相談があれば、必要に応じた支援を考え実行している。		
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	(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	本人様・家族様の要望を聞き、個別外出など本人様の希望に応じ行っている。	センター方式の一部を活用し、利用者や家族の意見を聴きだしている。また、日常の会話記録や介護日誌をチェックし、身体状況を考えた対応をしている。	
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	サマリーや家族様からの情報やセンター方式を使つての情報収集を行い、安心・安全に生活を送って頂けるよう支援に努めている。		
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	経過記録・バイタルチェック・食事量を把握している。また、一人ひとりの日々の状況変化に注意している。		
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	定期的カンファレンスを行い、本人様の日々の状況を職員同士話し合ったり、面会時に家族様とお話させていただいたときにもケアプランに活かせる情報は、組み込むようにしている。また、家族様にご要望がないかアンケートの配布を行い、得た意見は、ケアプランに反映している。	家族がケアについて詳細な意見を出しやすいようにアンケートを実施し、ケアプランに活かせる情報を収集し反映している。計画作成担当者は、介護記録などの情報を担当職員と共有し、確認をしている。	
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	経過記録・業務日誌等の把握をしている。出勤者には、その都度申し送りをし情報共有するように努めている。食事量が少ない方については、どれぐらい食べられたか写真を撮って、よく分かるよう職員同士共有している。		
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	家族様の状況に応じて、受診対応・薬の引取りを行っている。		

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
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	秋祭りやふれあい喫茶等により、地域住民との交流の場を設けている。また、民生委員や自治会役員等と交流する機会があり地域で活用できる資源の情報を随時得ている。		
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	主治医については、施設提携医に限らず家族様・利用者様の状況や意向に尊重し決定している。利用者様の状態の変化に応じて、その都度、受診や電話連絡にて指示を仰ぎ連携を図っている。	希望者は、以前からのかかりつけ医を、そのまま継続できる様に支援している。利用者の状態の変化に応じて医療機関から医療機関への紹介もスムーズに対応できている。	
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	必要に応じ、併設するデイサービス看護師や提携病院の看護師と相談し、その都度情報共有と連携を図っている		
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。	利用者様が入院した際には、定期的な状況確認を行い、担当医師や看護師と情報交換や退院にむけての相談を行っている。	定期的な状況確認は職員全員で行い、担当医師や看護師との退院向けの相談は施設管理者・施設主任を中心に行っている。状況に応じて、スタッフもお見舞いなどに行っている。	
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	入所説明時に重度化した際や終末期の対応について家族に説明をし共有を行っている。また研修などで終末期のあり方について考える機会がある。	法人としての基本的な指針があり、終末期の対応について法人(施設)としての方針(考え)を説明し、理解してもらおうと共に家族の意向も確認している。	夜勤者の不安解消の視点からも、事業所内における看取り介護についての継続研修の機会を設けては如何でしょうか。
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	災害訓練や事例を通じた救急対応のマニュアル作りや緊急連絡網の見直しを行っている。事例勉強会を実施する事で、様々な状況の実践力を身につけるように努めている。		
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	災害時の避難訓練を実施している。地域との連携手段や定期的な勉強会を行い、災害マニュアルの作成も行っている。	年2回の火災・地震に対する定期訓練を実施しており、4月にはスプリンクラーの設置も完了した。定期的な勉強会で事例検討を行い災害マニュアルを随時見直し、更新している。	

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
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	研修勉強会を実施する事で全職員の意識統一を図り尊厳やプライバシーの確保に十分配慮したケアを行うよう努めている。排泄や入浴、更衣時には、特に配慮している。	記録(情報)の取り扱いや写真掲載等、利用者や家族のプライバシーに配慮した対応をしている。また、排泄や入浴、更衣時には利用者の尊厳に注意し対応している。	
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	日頃より利用者との関わりの中で本人の思いを探り、希望の表出や自己決定できるように声を掛けている。		
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	利用者様の希望を優先しながらその人らしい暮らしの中で活気ある生活となるよう各々に合った活動を勧めている。		
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	希望される方には、訪問美容を利用させていただいており、本人の好みを尋ねながら髪形を決定している。衣類については、できるだけ本人の意志を確認しその日に着用するものを決定している。		
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	利用者様に食べたい物を尋ね、献立を作成する際に参考にしている。希望に応じて月1回程度の外食の機会の提供も行っている。調理や準備、片付けは、出来る方と一緒にやっている。買い物も一緒に行きその場で食材を利用者様と選んでいる。	好きなものを少人数単位で外食する機会を持っている。買物は毎週地元の店に行き、旬の食材を購入している。男性利用者がメニュー書きをしたり、調理の下拵えや準備・片付け等、出来ることを職員と一緒にやっている。	近くに住んでいる職員が少ないので、近隣の方々に、ホーム近くの色々なお店を紹介してもらっては如何でしょうか。
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	栄養バランスのとれた献立作成を行っている。減塩の方には、薄めの味付け、嚥下能力が低下している方については、きざみで提供したりと個別の対応を行っている。水分摂取量が少ない方に関しては、容器や飲み物の種類を変更し工夫している。		
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	自力でのブラッシングが困難な方には、介助を行い、義歯の場合は、毎日義歯洗浄剤を使用する事で清潔の保持に努めている。		

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
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	個々に合わせて必要な方には、定期的にトイレの声掛けや誘導を行っている。日中は、極力トイレでの排泄を促し、夜間は2時間おきにパット交換やポータブルへの排泄を促している。	ADL状態に合わせて、一部介助や見守りで対応している。男性の利用者が多いため、専用の小便器を設置している。外出時には、事前に訪問先のトイレの場所等の下見をしている。	
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	適度な運動と食事・水分(牛乳・バナナなど)提供している。また、困難な場合は、医師と相談し、薬の調整を図っている。便秘によいとされる献立を職員全員が考え、献立に活かしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴できるようにしている。入浴剤を希望される方には入れて楽しんで入浴していただいている。	浴室や脱衣場も広く、動線的にもトイレも近い場所になっている。週2回以上の入浴機会を確保し、本人の希望の曜日・時間に対応している。季節湯等も取り入れて楽しんでもらっている。	
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	定期的に布団干しや居室掃除を行い環境も整備している。また、日中の活動量を増やし、昼夜逆転にならないように支援している。		
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	各利用者様ごとに処方箋をまとめて、管理し服薬の目的・用法・副作用などは、各自理解に努め状況変化があれば医師に相談し、また、記録に残すようにしている。薬についての研修も行っている。		
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	一人ひとりの残存能力に応じて役割(食事作り・掃除・洗濯干しなど)を提供している。また、個別に生け花や裁縫・畑仕事などの楽しみを支援している。毎日、職員が考えた機能訓練を場所を変え実施している。		
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に支援している	本人の希望を確認し月に1度個別外出をしている。家族様には、面会時に一緒に喫茶店など出かけられたり、外泊など協力を働きかけている。	月に1度は食事やカラオケ等の個別外出の機会を確保している。須磨の水族館や花鳥園等の遠足にも出かけている。また、家族との外出・外泊も積極的に働きかけている。	個々の利用者により「外出支援の目的」も様々と考えられます。利用者の思いに沿った支援の継続に期待をします。

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
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	本人様の希望・家族様の同意があれば、毎月一緒に決めた金額をお渡しし、外出時には自ら使用している。その他の方は、一緒に買い物を行き、預かり金の中から好きな物を購入して頂く。		
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	年賀状を贈る際に本人様に一筆書いて頂いたり、本人様から預かった手紙は、郵送できる様にしている。また、要望があまりない方でも職員が家族様に電話する際、声を掛けて電話でお話されている。		
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	毎月、その季節に合った掲示物を作成し、掲示している。また、行事や外出した際の写真も掲示し利用者様が見やすく季節を感じたり、伝わりやすいようにしている。温度や湿度は、温度計などを気にしながら調節し、換気も定期的に行っている。	玄関はデイサービスと共通である。季節の花を飾ったり水槽も設置されている。利用者と一緒に、季節に合った掲示物を作成し、季節を感じて頂けるように努めている。居間では、思い思いに寛げるように家具配置等に配慮している。	
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	各々ゆっくり過ごして頂ける様な家具配置に努め、気の合う方同士、席が近くなるように配置している。		
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	入所前に家族様・本人様に施設や居室の中を確認していただいている。居室には、可能な限り自宅で使用されていた物を置けるようにし、入居後も本人様の身体状況に応じて対応し、心地よく過ごして頂ける様に工夫している。	各部屋には洗面台と空調機が設置されている。自室で落ち着いて過ごせるように、家具やベット、写真やTV等の本人にとっての馴染みの品物を持ち込んでもらっている。	今後も、出来る限り自立した生活の継続を目標に、本人の現在のADL等に配慮した上での個性のある居室作りの継続に期待をします。
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	残存能力を活かせるよう家具の配置や手すり、表札、トイレへの道標など、環境を整え安全に生活して頂ける様工夫している。		