

### 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	2871800245		
法人名	株式会社 高林		
事業所名	グループホームときの郷		
所在地	兵庫県西脇市西脇273番地		
自己評価作成日	平成26年9月10日	評価結果市町村受理日	平成26年12月24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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/28/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	一般社団法人 ライフ・デザイン研究所		
所在地	兵庫県神戸市長田区萩乃町2-2-14		
訪問調査日	平成26年9月18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)】**

利用者様1人ひとりにあった支援を実践し、職員との信頼関係を築き、人生の先輩に色々な事を教わったり支え合って生きがいや楽しみを感じ、その一瞬一瞬の喜怒哀楽を大切に、笑いや笑顔が少しでも多く見られるような共同生活を送って頂く。また職員の意見も取り入れながら生き生きとした働きやすい職場作りをする。『ときの郷はいいところだと聞きました』と言って見学に来られることもあります。このような言葉を励みに日々頑張っています。

**【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理念に即した運営：『人、その人らしく』を理念に掲げ、入居者の思い・意向に寄り添いながら、主体性及び尊厳が尊重された日常生活となるよう「ケアプラン」に反映させながらその実践に向け職員一同が取組んでいる。②医療と介護の連携：法人代表者が医師であり、毎週の往診並びに日常ケアに関する相談等、職員とコミュニケーションを図りながら健康管理が行われており入居者及び家族の安心感に繋がっている。日常生活動作に関しても無理のないアクティブな活動に繋げ、生活を豊かにする機能訓練となるよう取り組んでいる。医療と介護の連携が取れた事業所運営となっている。③地域交流：日々の散歩時の近隣住民との会話や近隣商店での買い物、事業所行事における地元高校生ボランティアの協力、地域行事への参加等、地域の中での暮らしが常態化してきている。

**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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	入居者の個性、主体性、尊厳を尊重し、残存能力を活かした安全で快適な生活を目指すとともに、地域社会に信頼される事業活動を行う事に努める。	この1年で半数以上の方が入れ替わったが、『人 その人らしく』(理念)が実践できるよう、管理者の主導のもとに、全職員で取り組み、入居者の個性、主体性、尊厳が尊重された日常生活となっている。	
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	地区の回覧板の受け渡しや、地域活動は季節ごとの町内の清掃作業へ参加。散歩などで外出した時には、出来るだけ挨拶をしている。行事がある時には、参加して頂けるよう声掛けをしている。	近隣商店での買い物、回覧板の受け渡し、近隣地域の散歩時での挨拶、地域清掃、地域の行事への参加、ボランティアの協力等、地域の中での生活が常態化している。	
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	見学に来られた方の相談にも応じており、支援の方法や他施設のことも商合している。		
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	今年は運営推進会議が行えていない。	この1年間では会議が開催できていない。地域の協力を得ながら開催へと繋がるよう計画しすすめている。	今後、会議の開催に向けて地域の方々の協力を期待します。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者とは、事故報告書を提出やキャラバン・メイト研修等であったり、利用者様の家族の事でお世話になった事もある。	キャラバンメイト活動、市の職員との情報共有・課題の検討・相談を図りながら認知症ケアの質向上に取り組んでいる。	
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	身体拘束については職員全員が心掛けている。ベッドからの転落防止にベッド柵をする場合があるがご家族様に説明し理解を得ている。また玄関の鍵は危険な事もあり施錠している。外に出たい時は職員に声を掛けて頂けるよう、ドアに記してある。	職員は、「身体的拘束等の弊害」について十分理解しており、フィジカルロックのみでなくドラッグロック、スピーチロックについても職員相互で確認しあいながら入居者とのコミュニケーションに留意している。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関しての勉強会は行ってないが、職員のストレス等から虐待にならないよう注意を払い防止に努めている。	職員のメンタルヘルスに配慮(勤務形態の工夫等)するとともに、「不適切なケア」のレベルからの払拭に取り組んでいる。	

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
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	過去には成年後見制度の研修を受けカンファレンスで勉強会をしているが、新しい職員には出来ていない。	現在、権利擁護に関する制度を活用している方はおられない。ミーティングを通じ権利擁護に関する制度活用が、認知症高齢者への支援の一方策であることの職員間での共通理解はできている。	
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	契約前に重要事項説明書・契約書をお渡しし、じっくりと目を通して頂き、契約時に内容を説明し同意を得るようにしている。重要事項の改定の際には書面で行った。	契約前に、事業所のケアや状況を理解して頂くことも含め見学(本人及び家族)して頂いている。契約書類は事前配布し疑問・不安がない状態で契約を結んでいる。重度化・終末期への対応についても説明し理解を頂いている。	
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	ご家族様の面会時には家族様が話しやすい雰囲気作りや職員から話し掛けるようにしている。利用者様からもさりげなく情報を得ている。何かあれば、職員間で共有、話し合いして出来る限り希望に添えるようにしている。	家族会、来訪時、電話、意見箱等、様々な機会を設けて意見・要望を聴き取っている。頂いた意見等へは検討し必ずフィードバックしている。	
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	管理者はシフトに入っており、ケアカンファレンス等、日々職員と話し合い、利用者様主体の運営に努めている。	管理者は、職員とのコミュニケーションに留意している。日々の業務の中から生じた課題を共有し、共に創りあげる事業所とな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	介護職員処遇改善加算を利用している。また楽しく意欲的に働けるよう、職員も考えて働いている。		
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	管理者は必要な研修を受けるようにしている。法人内での研修は行っていない。利用者様の状況が変わるごとに管理者と職員は働きながら意見交換等をお互いのスキルを上げている。		
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	出来ていないのが現状である。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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を努めている	慣れ親しんだ所からの入居で不安を抱え孤立されがちとなる為、職員は側に寄り添い、過去の体験談や生活環境を聞き出したり、話し相手になる様に努める。趣味・嗜好を把握し共感し安心を感じて頂けるよう努めケアプランに導入している。		
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	家族様との連絡を密にし、要望などをお聞きし職員間で共有している。来訪しやすい雰囲気を作り、家族様から尋ねられれば、その都度、適正な対応が出来るよう心掛けている。逆にホーム側からお願いして協力も頂いている。		
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	初期のアセスメントで必要な支援を見極めていくよう努めている。当ホームで対応が可能か説明を行い、他のサービス利用についても説明を行っている。		
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	日々の生活において利用者様が出来る事で役割を持ち、または職員と共に行っている。その中でお互いの会話が多くなっている。職員は常に利用者様に「ありがとう」の言葉を掛けるよう心掛けている。一日の終わりには利用者様から『お先に休ませて頂きます』の言葉もあります。		
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	家族様と職員は良好な関係を築けていると思う。また、そうなるように努めている。家族様の来訪時には団らん邪魔にならない程度に職員も一時を共にし近況報告をしたり、利用者様の昔のエピソードを聞かせて頂いたりしてケアのヒントにしている。ご家族様に外出支援もよくして頂いている。		
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	入居間がない頃は来訪者も多いが徐々に友人・知人の来訪の足が遠のいてしまうのが現状。帰られる時には、いつでも来て頂いても構わない、気軽に面会に来て下さるよう伝えている。	家族との外出・外泊(食事・買い物・旅行・自宅へ等)や友人・知人の訪問、入居前の生活区域へのドライブ等今までの暮らし感ができる限り長く継続するよう支援している。	
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	職員が利用者同士の繋ぎ役になり、孤立する利用者様が無い様に努めている。利用者様同士も声を掛け合ったり、励まし、力を貸す、ということもある。時には口論もあるが様子を見ながら職員が仲裁に入る。場合によっては席を変えている。		

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	入院された利用者様に対しては、定期的な面会を通して利用者様・家族様・病院との連携を大切にし退居に向けての調整も行っている。退居された、利用者様には一度は面会を行い、必要に応じて新しい入居先への情報提供も行っている。		
<b>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</b>					
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	日々の生活の中での発言やしぐさを通して、思いに寄り添うように、職員間での話し合いを密にしている。実際、介護計画書のニーズとしてもあげ、少しでも希望に添えるように努めている。	入居者との日々の暮らしでの会話やその言動・仕草・表情等からご本人の思い・意向を汲み取り(センター方式のシート活用)、申し送り・ミーティング・記録等によりその情報を職員間で共有している。	
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	入居時に家族様の協力を得て、生活歴等を記入して頂くようにしている。入居後も利用者様との生活の中で気づいた事、聞いた事を面会時に家族様にも伝えている。		
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	個別記録の他、連絡ノート、職員間の情報交換を活用し、小さな変化にも気づけるに努めている。一人で判断することなく複数で確認・情報把握をするようにしている。		
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	ご家族様に「ご意見・ご要望」の記入を依頼し、情報の共有に努めている。モニタリング、半年毎のアセスメントにより仮プランを作成、カンファレンスを開催し、現状に即した介護計画の作成に努めている。	入居者の思い・意向、家族の要望(「聴き取りシート」活用)に職員、医療従事者等の意見を踏まえ有用性の高い介護計画を作成している。フロア会議で現況確認及びモニタリングを実施し介護計画の見直し・変更に繋げている。	
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	個別記録、連絡ノート、カンファレンスを通し、又、日々の職員間の情報交換をヒントにアセスメントを繰り返す事で、介護計画の見直しもスムーズに行える事が増えた。		
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	ホーム内での対応が大半であり、ご家族様の協力を得る事が増えてきている。学生ボランティアの活用もしている。		

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
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	近隣の店に買い物に行き好きな物を買ひ、支払いをする時、店の方は話し掛けや笑顔で待って下さり協力を得ています。頻繁に行く事で理解されていると思う。		
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	歯科は義歯関係が主ですぐに対応して頂ける所になっている。代表が開業医で週に1回来訪し回診している。定期受診など、かかりつけ医の受診は家族様の支援をお願いしている。	協力医(内科:法人代表者)による毎週の往診による健康管理を行っている。入居前からのかかりつけ医への受診支援は家族と協働している。	
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	当ホームには看護師がいないが、併設のデイサービスの看護師に相談している。転倒やケガ、状態に変化がみられた時は対応してもらっている。		
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。	入院時には情報提供を行い、利用者様の状態を担当看護師に直接情報を得たり、実際に利用者様と接して心身状態を把握し互いに情報交換し退院に備えて準備出来るよう連携をとっている。	この1年間は入院者はいなかった。病院とは、早期退院を前提に連携し、退院時には予後に不具合が生じないよう情報を受け、帰居後のケアに活かしている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時にも説明している。常時医療が必要で無いかぎり出来るだけ対応させて頂くが当ホームの対応にも限界がある事をお話している。主治医とも話し合い、当ホームで対応が可能か話し合っている。	重度化・終末期の状況となった場合には、事業所で「できること」「難しいこと」を再確認し、ご本人にとって望ましいケア・「生」となるよう関係者(本人・家族・医療従事者・事業所)で相談・検討し取り組んでいる。	
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	緊急時対応マニュアルを作成している。定期的な訓練は行っておらず、すべての職員が実践力を持っているわけではないと思う。現在、管理者が応急手当普及員講習を受講して資格を持っている。		
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	当ホームから100mの所に避難場所があるが、現在は、施設の2階、3階部分へも避難する事が出来る。	水害対策も含め消防・通知・避難訓練についての確認を行っている。事業所での避難場所及び地域の避難場所が整備されている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ご利用者様の過去の生活様式、性格、個性を把握しており対応には注意をしている。又、声掛けには時として乱雑な言葉の使用もあるが、ご利用者様が心地よいと感じられる言葉使いや声掛けの対応を日頃から心掛けている。また、異性介助に抵抗のある入居者様には出来るだけ希望に添えるようにしている。	入居者個々人の現況及び自尊心・羞恥心に配慮しながら「声のかけ方」「介助の仕方」を工夫している。また、今までの暮らしで培ってこられた事柄(習慣・趣味・技能等)が維持・継続できるよう支援している。	
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	ご利用者様の個々の思い、希望は、その時の状況によって叶えられない事もあるが自由にして頂いている。『はい・いいえ』の自己決定だけでも出来るように心がけている。		
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	業務や都合をついつい優先してしまいがちになるが、極力ご利用者様の日課、思いやペースを大事にするよう心がけている。		
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	季節の衣類が少ないご利用者様もおられるが、気候や行事等に合わせてスタッフと共に服選びをしている。また入浴日にも服を選んで頂いている。ホームで毛染めの支援も行っている。		
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	食事はデイサービスの厨房で作られて来ます。食事の形態や嫌いな物は調整している。食事の取り分け、配膳、メニュー読み、後片づけや食器拭き等各、出来る利用者様がスタッフと共に行っている。	盛付け、配膳・下膳、洗い物を職員と一緒にしている。誕生日メニューや外食も楽しみ事となっている。ホーム菜園での収穫物が食卓に上がることもある。	
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	利用者様1人ひとりの食事量の調整、体調や口腔内の状態、嚥下力により、食べやすい形態にしている。栄養バランス、摂取カロリーは管理栄養士によって計算されている。夏場には「水分チェック表」を記し必要な水分量が摂れるようにしている。		
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	毎食後に必要な方は口腔ケアを行っている。義歯は週一回または、適宜に必ず義歯洗剤を使用している。		

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
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	定期的トイレ誘導を行い、利用者様の持てる能力を活かしていただけるよう、排泄パターンやサインを職員間で日々、意見交換し支援を行っている。在宅からの入居で布パンツになったケースもある。	入居者個々人の現況及び排泄パターンとそのサインを把握しトイレでの排泄ができるよう支援している。夜間帯も個々人に合わせた対応を継続している。	
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	利用者様の排便チェックを行い、出来るだけ自然排便が出来るよう、水分量やおやつを工夫したり、散歩や体操を取り入れている。慢性的な便秘の利用者様は便薬を服薬をしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	基本的には隔日入浴で時間も16時頃までとなっている。体調などに注意しながら無理はせず洗髪など利用者様の意思表示を大切にしている。夏場など汗をかいた時は入浴日でなくても入って頂いている事がある。	週3~4回の入浴(隔日入浴)が継続できるよう支援している。(体調変化や希望によりシャワー浴の場合あり)。季節湯(ゆず湯等)や併設のデイサービスの大浴場を楽しむこともある。	
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	季節に応じた寝具や室温に注意を計っている。テレビを見て遅くまで起きておられる方も見守り程度にしています。ほとんどの利用者様が昼食後は1時間程、居室で昼寝をされている。夜が眠られていない利用者様には、日中に散歩や体操、レクなどで活動量を多くして頂いている。		
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	利用者様一人ひとりの薬の種類、効能を表にして見える所に張り出し理解するよう努めている。症状に変化がある場合は主治医に相談している。服薬に変更がある場合は連絡帳にて情報の共有に努めている。		
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	趣味や得意な事で『誰かの役に立ちたい、立っている』と思って頂けるよう、日々の生活の中で役割を持てるよう、又、張り合いや喜びとなるよう支援している。		
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	近所へ買い物や散歩が大半で利用者様一人ひとりの希望にはあまり叶えられていないのが現状。季節ごとには車で遠出をしている。家族様が外食や外出支援をして下さる利用者様もおられる。	日々の散歩や買い物その他、菜園の草花や野菜への水遣り、ベランダでの日光浴等、外気に触れる機会は多い。喫茶外出、季節の花見(桜、紫陽花、薔薇、紅葉等)、ドライブ等、適度な刺激となる非日常も演出している。	

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
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	家族様の希望などを聞き、個別に管理している利用者様が大半である。買い物などでは支払いの出来る利用者様には支払いをして頂くなど、個々の残存能力に合わせた方法で支援を行っている。		
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	ご家族様の希望や難聴のご利用者様もおられるが、入居して間がない方や可能な方には電話の支援をしている。手紙の書ける利用者様は年賀状を書き、ポストへ投函まで出来るよう支援している。		
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	共有スペースには利用者様の作品を展示したり、季節行事の飾り付けや草花を飾ったりしている。テラスでは季節の野菜を作り、食事に出して食べている。リビングのテーブル・イスの脚には音が出ないように工夫をしている。また、夏期には外からの光を和らげる為遮光ネットを使用している。	玄関口の季節の草花、季節飾りや楽しい行事写真等が掲示されているフロアの壁面、季節ごとに旬の作物が収穫できる菜園、適度な陽ざしとなるような遮光ネット等、快適な共用空間となるように図っている。	
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	リビングでは皆さんが自分の席に座られ、出来る限り気の合う方や落ち着ける席にしています。談話コーナーや落ち着いて居られる場所も作り、テラスや玄関にもイスやベンチを置き思い思いに過ごしておられる。		
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	入居時には出来るだけ馴染みの物を持ってきて頂くようお願いしている。居室が狭いのであまりたくさんのお物を持ち込まれると混乱もされるので最小限の荷物で居心地よくして頂けるように努めている。自分で飾り付けをされている方もおられます。	使い慣れた馴染みの物(筆筒・家具・テレビ・家族写真等)を持ち込み、居心地の良い居室になるよう支援している。居室にはトイレ・洗面台が設置されている。ADLの変化への対応も家族と相談しながら進めている。	
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	バリアフリーになっており、車イスでもだいたい所へは行ける。居室の入り口に表札や目印になるように作品を置いたり、イスに利用者様の名札を付けている。『場所が分からない・違う・余計なことをする』で混乱や他利用者様から攻撃を受けないよう支援、工夫している。		