

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	2872200619		
法人名	社会福祉法人はりま福祉会		
事業所名	せいりょう園グループホーム		
所在地	加古川市野口町長砂90-1		
自己評価作成日	平成25年3月1日	評価結果市町村受理日	2013年7月11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.hyogo-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	2013年3月22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)】

認知症の高齢者が馴染んだ環境の中で最後まで生活者として暮らせるよう支援している。

【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)】

事業所は、法人理念である認知症であっても、寝たきりになってもその人の生活者としての尊厳を保持し、最後まで人としての誇りを尊重して暮らすことを一貫して実践している。職員は認知症の人が抱える不安やデリケートな感情の起伏に対して、利用者に寄り添い、声かけのタイミングにも注意して、利用者のあるがままを受け止めようとしている。又利用者の有している能力を十分に活かし、自らの行動を最後まで見守ることが利用者の喜びや誇りとなり、このような日々の積み重ねから、利用者職員との互いを思いやる気持ちが育まれ、信頼関係につながっている。これらを通じ、職員は利用者から多くのことを学び、自身のやりがいともなっている。事業所の地域に根差した取り組みとして、これまでの蓄積した実績を還元し、さらに地域との信頼関係を深めていか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 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)	○	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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	せいりょう園の理念として地域の中で利用者が生活能力を十二分に発揮して、最終まで尊厳を保つ生活ができるように、全体会議、グループホーム会議、ミーティング、回覧等で理念を共有し個々の利用者の介護に反映されるように取り組んでいる。	職員は、法人理念として利用者の尊厳を大事にし、地域の一人ひとりに応じた生活の継続を目指している。一人ひとりに応じた生活習慣を大事にし、意向を尊重したさりげない関わりに徹し、職員間の連携により実践に努めている。	
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	小学校から学童が来訪、出し物等による交流あり。秋祭りは子供みこしが園の前まで来る。園の行事として花見、夏祭り、クリスマス会や年2回のコンサートの参加を呼び掛け地域の方と交流を深めている。	地域の季節行事や小学校との交流は馴染みとなっており、特に子どもとのふれあいは楽しみとなっている。法人主催による夏祭りでの地域住民による屋台参加は盛況で、参加者も毎年増えている。障害者施設からの手作りパン販売も定着している。法人機関誌の地域配布により、情報発信にも取り組みつつある。	
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	「介護についてみんなで語ろう会」で認知症の理解を深める内容を発信している。地元中学校のトライやるウィークに参画し、地域力を高める効果になっている。		
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	第三者評価を受けての報告等行い意見を求めるなどサービス向上、地域への発信を進めている。	法人内での行事報告、ターミナルやヒアリ・事故報告等や、グループホーム連絡会での会議や研修報告もすることで、他施設の情報と併せ、より理解を促している。地域代表者からは、認知症介護の現状とともに、ホームの効果的な活用についての提案があった。	
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	地域着型として市担当者との意見交換の機会があり。	法人として継続した協力関係が確保されており、定期的開催されるグループホーム連絡会でも、事業所間の情報交換や、市と事業所との情報共有も図っている。事業所独自の質問や相談等も、必要に応じて行っている。	
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	せいりょう園介護理念に基づき職員全員で取り組んでいる。	法人理念をベースとし、施設も含め拘束はしないことを契約時に家族に理解、納得を得ている。職員は日常的な観察により、その人なりの生活スタイルに応じたさりげない見守りと、安心して過ごすための個々の状態把握を心がけている。	
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	研修で知識として学び、日々の介護の中で利用者の安全、リスク、自立支援について考える機会としている。また事件、事故などの新聞記事の回覧をして、情報・意識の共有をしている。	法人内研修で学ぶ他、グループホーム連絡会主催の研修で、他施設での事例を参考に、グループワークにより職員の意識統一を図っている。リアルタイムの実例の情報提供を通じ、業務の振り返りの機会として活用している。	

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
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	権利擁護について開設以来必要性を重視しており、活用支援した例もある。	法人理念から、権利擁護を重視した取り組みを行っている。家族には、契約時だけでなく必要に応じて制度等の情報提供を行い、啓発にも努めている。職員は研修にて学び、該当者からの事例を通して理解を深めている。	
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	契約前に十分な聞き取り、情報交換に努めている。重要事項説明書により施設の理念、方針を確認していただく。本人、家族にグループホームを見学していただき、具体的な説明をしている。	法人理念の主旨を十分理解してもらい、方針等の納得を得るために時間をかけて説明している。その中で、リスクについての自己責任について、やむをえない状況も踏まえ理解を得ている。見学も自由にしてもらい、生活上の不安等にも随時説明し、安心した利用につなげている。	
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	利用者、家族との信頼関係を築き意見・不満・苦情を言いやすい雰囲気をつくる。ご意見箱を玄関に置いて、月1回の施設全体の苦情調整委員会で開錠し、改善に結びつけている。	法人理念を理解しての利用であり、法人施設の全ての情報を公開することで、現状の理解に努めている。そのうえで遠慮なく意見等を出してもらえよう働きかけている。来訪時には、こちらから声をかけ相談し、気軽に話せるよう配慮している。	
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	月1回のグループホーム会議(勉強会)、1日2回朝・夕のミーティング等に発信する機会を設けている。	職員は、会議で積極的に意見や提案を発する姿勢を持ち、管理者は出た意見等を集約し、再度投げかけることで、具体的な実践に反映できるよう努めている。会議だけでなく、職員個々の意向も確認し、柔軟に活かせ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	処遇連絡会、処遇会議で問題提起、改善等に取り組んでいる。また自己評価等を実施し面接などで個人職場全体のモチベーションの維持・向上につなげている。		
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	施設内研修としてADL研修開催外部研修も積極的に参加。研修報告を全体会議で持ち、トレーニングの一環としている。		
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	2市2町グループホーム協会の勉強会を開催している。会場は持ち回りでグループホーム相互の訪問活動等取り組んでいる。		

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	契約時に家族・関係機関から情報収集し記録する。そしてそれをふまえて本人とコミュニケーションを取って確認する。※入居直後は特に気をつけ、快適な生活が送れるように援助する。		
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	契約時に本人家族から不安・疑問を聞き、本人家族への支援に役立てる。		
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	本人の状態・家族の思い希望を聞きサービス計画を立てる。出来ること、出来ないことをよく話し合う。		
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	本人が本人らしく生活できるように、日常の作業等声掛けをしながら職員と一緒にする。このことによって、支え合う関係を築いている。		
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	家族と現状、情報を共有し全て職員がするのではなく、日用品の買い物をしてもらったり、実際にケアしてもらったり一緒に散歩、外食にでかけてもらっている。		
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	家族はもちろん、友人、知人の来訪も時間の制限なく自由に受け入れている。外出、外泊も自由食事と一緒にとれるよう提供している。	家族や知人等の来訪は、固定の利用者が多数だが、頻度は多い。来訪者には、職員からも声をかけ、ゆっくりくつろげる雰囲気づくりを心がけ、次回の来訪を促している。本人の要望を家族に伝えたり、家族からの情報を基に、馴染みの関係の継続につながることもある。	
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	入居者同士の関係を把握し、お互い良い関係が保てるように配慮し生活を楽めるよう支援していく。		

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	サービス利用が終了しても家族に定期的に機関紙を送付し、施設の近況、行事等の案内をしている。		
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	個々にその人らしく暮らせるように、本人の希望・意向の把握に努め、情報を共有し職員間や家人と話し合う。	日常生活での食事に関する下ごしらえや後片付け等の役割や、イベントや趣味等への参加を促してみることで、その人の意向や楽しみを把握するようにしている。本人の意向について家族と相談し、自由にのびのびできるゆったりした雰囲気づくりを心がけている。	
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	利用者の個人の理解を深め、自分らしく暮らせる様プライバシーを考慮しながら家族と連携を取り、こだわりの物品や生活リズム等日々の生活に生かす工夫をする。		
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	利用者一人一人の意向に添いながら心身状態の変化・現存能力を観察し総合的に取り組み行う。		
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	日々のミーティングやグループホーム会議で本人が自分らしく暮らせるための検討場を持ち、変化に応じて介護計画の変更、見直しを行う。状況に応じて家族、医師と一緒にケアカンファレンスを行う。	普段の生活状況と医療関係者からの情報を参考に、本人のしたいことや好きなことを聞いて、本人にとつての無理のない計画を作成している。入退院時や体調変化に応じ、その人のこれまでの状態を見極めたうえで、計画を見直している。	
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	個人別に一週間の状態を把握出来る日課表を使用し、情報を共有する。その他職員の連絡帳や処置ノートを活用し日々ケアに生かしている。		
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	利用者・家族とも、施設の行事に参加できる。また施設内の喫茶店を利用したり、相談室等で様々な情報提供を受けることができる。		

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
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	医療受診、介護保険制度に関する調査等、家族と連絡を取り、柔軟に対応している。		
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	利用者がそれぞれ主治医を選択し、往診・受診している。	2～3名の利用者が入居前のかかりつけ医を主治医としている。本人の状況により家族から往診医の希望があった時に、事業所は地域の複数の往診医を紹介する。その中で家族は往診医を選択し、月2回往診してもらっている。他科受診は家族が同行している。訪問看護師が毎週訪問し体調管理しており、必要に応じて受診の指示も出され、適切な医療が受けられている。	
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	週一回訪問看護師による健康管理実施、緊急対応を含め、職員も気軽に相談するとともに知識を深めている。		
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。	家族と職員は連絡を密にし、医療関係者とも情報交換し早期退院に向け連携している。	入院の際は、服薬、介護情報を提供している。家族と連絡を取り合い、病院側とも話し合っ、早期退院できるよう支援している。訪問看護師が点滴管理もできるので、早期退院が可能である。協力医の指示は職員にとっても安心である。	
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	終末期ケアの取り組みは契約時に説明し心身の状態変化のある都度、家族、主治医と話し合い、必要な方針を全員で共有している。支援は在宅で可能な範囲の医療で、終末期ケアに取り組んでいる。看取りの加算申請し、医療関係者と連携している。	法人の全体会で、看取り体験した職員が思いを話している。事業所での看取りは、利用者の自然の成り行きと受け止めている。現在までの経験が力となっており、急変時には医師、看護師がフォローできる体制が整っている。家族は事業所に泊まって最期を一緒に見送ることもできる。	
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	基本的なマニュアルは有り研修資料等も参考にできるようにしている。個々の状態変化には会議、ミーティングで情報の交換、対応の確認を行っている。		
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	年に2回消防訓練を行っており日勤、夜勤を想定して実施している。	夜間想定でエレベーターが使えない状況を想定して、利用者参加のもと避難訓練を行った。階段がネックとなり、避難誘導が難しかった。特養からの応援を頼んだが、近所へは声かけは行っていない。災害時は特養へ避難することになっている。	日頃から近所の方の協力を依頼して、応援してもらえる働きかけが重要と考える。

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	その人の誇りを損ねる事の無い様に職員間で言葉、態度、記録の取扱いにも気を付けている。また、他施設職員実習に使われることも多く、そういった実習生の意見・感想も取り入れている。	人生の先輩として尊敬の念を持って関わっている。その人の生活習慣を大事にし「やめてください」等拒否せず、理由を傾聴するよう努めている。実習生から、職員のオムツ交換時等の羞恥心への配慮や様々な気遣いに対する共感の感想を聞き、外部の視点からもいい意味での振り返りもできる。	
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	利用者に納得、理解していただけるようにペースを合わせて対応している。帰宅願望の為外出される方には、一定の距離を保ち見守りする。近隣住人からの協力もある。		
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	食事、入浴、行事等の声掛けはするが本人の意思を尊重し、その人のペースに合わせて対応する。		
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	本人の使い慣れた化粧品を使用したり、服を選びにくい利用者は職員と一緒にする。理容は行きつけの店に家族と一緒に行く方もあるが、最近は近隣の美容院の出張サービスを利用する方が多い。		
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	利用者と職員が同テーブルで一緒に食事を取り、さりげない配慮をしている。利用者一人一人に合わせた調理方法盛り付け工夫を行っている。	利用者に調理、野菜の下ごしらえ等手伝ってもらう。職員も一緒に食事し、会話の中で希望が出れば、献立をたてている栄養士に伝えている。最近いかなごの釘煮を作った。花見やクリスマスは仕出し屋さんから取り寄せたり、散歩時に施設の喫茶に立ち寄りたりもしている。	
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	普通食やきざみ食、流動食など個々に応じての食事提供を行っている。メニューは栄養士が立て、水分はいつでも取れる様にしている。トロメリンや水ゼリーも用意している。		
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、それぞれの状態に応じた口腔ケアを行っている。		

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	おむつ類の使用開始、中止は会議、ミーティングで検討し、利用者の状態に合わせて選択する。排泄パターン状況は生活リズム表で把握できるようになっている。	ほとんどのの方が自立している。早めに声かけするのではなく、自然体で対応している。失敗は悪いことではないと考えており、誘導が必要なときも、「トイレ」ということばを使わない等、羞恥心への配慮もなされている。	
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	散歩の声掛け、水分補給、牛乳やバナナ、ヨーグルトなど提供し、自然な排便を促している。		
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	意思疎通困難な利用者には、入浴の時間帯・長さ・回数を把握し、くつろいだ入浴が出来るよう支援している。利用者の希望に合わせた入浴支援を心がけている。	3日に1回、午前中の中の入浴。体調によっては午後の中の入浴も可能。香りの違うバスクリンを使って、入浴を楽しんでもらっている。拒否の方には、時間を置いて、再度声掛けしている。	
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	ゆっくりと会話し、お茶を飲んでリラックスしてもらい、居心地の良い雰囲気工夫し、休息をとってもらっている。		
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	薬の目的、副作用を知るように努めている。下剤後の排便、確認を行っている。また、適時看護師、薬局、各主治医に確認し指示・指導・情報提供を受けている。		
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	食事の下準備(絹さやのすじ取り等)テーブル拭き、洗濯物たたみ、居室掃除など、能力・好みに合わせてやっていただく。		
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	心身機能低下により外出が出来ない方多いが散歩(園外周)などの声掛けを行っている。家族との外出には情報交換して参加呼びかけを行っている。	ゴミ捨てと一緒にいく等、園内の散歩を行っている。特養の教養講座に出席したり、仏教講話を聞きに行く人もいる。普段行けない場所へは、利用者の希望を家族に伝え、家族の支援を得ている。	

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	本人の訴えに応じて、なじみの財布を用意し、安心してもらえるように配慮している。現在は自分で買い物に出掛ける方はいないが職員と一緒に掛けることもある。		
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	利用者一人一人違いがあるも、電話希望があればかけてもらい、手紙、ハガキなどの便りも届いている。		
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	ホールと横のキッチンより調理の音、匂いも伝わり生活感がある。	キッチンがオープンスペースで、ゆったりとしており、リビングとつながっていて、食事の準備をしている職員の姿や調理の音、匂いも伝わってくる。広い廊下には傍らに、椅子が置かれていて、皆と少し離れたところでホットできる空間となり、落ち着いた雰囲気の共用空間となっている。	
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	ホールに円卓を複数設置し、椅子の移動を行い利用者が使い分けしている。		
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	馴染みの家具を配置してもらい落ち着いて過ごしてもらっている。テレビ、ラジカセ等で音楽を楽しむ利用者もある。	トイレ、洗面台も各居室にあり、窓も広く開放感がある。ベッドのみ事業所で用意し、他はそれぞれの馴染みの家具等を持参している。車椅子で自立して過ごせるよう、又、転倒の危険のある人が安心してトイレ利用できるベッドの位置も検討され、その人らしく過ごせる工夫がなされている。	
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	個々の必要に応じた整備をしている。階段廊下には手すりをつけている。エレベーターを使用する方もいる。利用者の出来ることを見極め、調理、掃除、洗濯など職員と一緒にやっている。		