

### 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	1970500516		
法人名	社会福祉法人 寿ノ家		
事業所名	寿ノ家 グループホーム		
所在地	山梨県 笛吹市 石和町 四日市場 2031		
自己評価作成日	平成23年12月7日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=19">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=19</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	山梨県社会福祉協議会		
所在地	甲府市北新1-2-12		
訪問調査日	平成24年2月24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)】**

認知症であっても「普通の生活が継続できる」ことを目標に生活支援をしている。ホームで大切にしていることは、事業所でサービスを完結させないこと。ご本人の思い・ご家族の思いを知ることはもちろん、積極的に地域へ出向き、利用者一人ひとりが生活の主体者として生活ができればと考える。法人で取り組んでいるリハビリテーションにも力を入れており、個々の状態評価並びに個々に合わせた生活リハビリを展開している。

**【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)】**

事業所の2階のホールから国道20号線の車の流れが見渡せ、ブドウ畑はゆったりした時を刻む。心をこめて、保健・医療・福祉で地域に貢献できる甲州リハビリテーショングループ内の「寿ノ家グループホーム」は小規模な環境の中「その人らしさ」を大切に「本人の持っている力が発揮できるよう」、情熱を持った支援をしている。医療面、防災面でグループ内の連携が保たれて利用者、職員が安心して生活が出来、また地域住民にとって安心できる基点となっている。利用者の共用空間、居室は我が家を思わせる広さで家族と一緒に泊ることや、食事を注文して食べることもでき、利用者心に心を添えた支援が滲みでている。セラピストが個々に合わせた生活リハビリの支援を行っている。

**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		

自己評価および外部評価結果

事業所名 寿ノ家グループホーム

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)		外部評価	
			ユニット名( )	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	理念については職員研修会もあり、目的や目標について確認をしている。 年度ごとの事業計画についても周知されており、事業所の理念に沿って職員ひとりひとりが個人目標を設定し取り組んでいる。	「心をこめて一人ひとりを大切に」の理念が玄関に掲げてある。年度の初めや、職員研修会で理念を掘り下げて職員間で共有して実践につなげている。		
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人として日常的に交流している	買い物や外出の機会を活用し、地域の方々との挨拶や会話等の場面がある。 また、法人のイベント時など、地域の方がホームに足を運びやすいような働きかけも実施している。	地域の店に利用者で行く、散歩時近所の方々と挨拶をして果物を戴く、事業所の玄関先にある木製の椅子に座って話をしている等、地域との交流は多い。道路脇に子供110番の貼紙があり学校帰りの子供が気軽に寄ってお茶を飲んで行く。「フェスタ寿」を開催して地域の方を招き事業所の理解に繋げている		
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	運営推進会議を通じ、介護相談・認知症相談の受付について発信。地域老人会の定例会にも参加し、気軽に相談いただけることの周知に取り組んでいる。 また、地域に向けてのボランティアとして、子供110番の受託もしている。			
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	2ヶ月に1度開催している運営推進会議においては、事業内容並びにホームでの様子、課題となっていること等、報告・相談をさせていただいている。 今年度も地域の方と一緒にイベントを開催し、地域連携に努めている。	会議では活発な意見が得られている。特に参加者より事業所の役割について、高齢者問題や地域密着型をどう地域に活かしていくのか等、事業所の運営に対する意見が出され、また事業所から地域との連携のあり方を課題に挙げて、協力をお願いし検討を重ねている。	事業所が地域の高齢者福祉の基点となる計画を推進委員会で進めているが、地域高齢者が安心して、心身ともに豊かな生活が出来る支援を期待したい。	
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	運営推進会議には地域包括支援センターの職員が毎回参加してくれており、ホームでの課題や悩み・相談や協力ができる関係となっている。 介護相談員の受け入れもしており、利用者の意見がフィードバックできる体制となっている。	2か月に1回事業所連絡会に参加している。行政を交えて課題を掘り下げて検討をしている。当事業所で看取りについての事例を発表して検討をした。介護相談員の受け入れを行っており、利用者から聞き取った意見はその後のサービスに活かしている。		
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	法人に委員会が設置されており、定期的に職員研修会も開催されている。 ホームにおいても委員が中心となり、ミーティングにおいて職員への意識啓発に取り組んでいる。	法人全体での月1回の拘束委員会、事故ヒヤリハットを兼ねた研修会で職員アンケートを取っている。スピーチロックは定期的に学習会を行い利用者にも与える精神的苦痛を理解して拘束のないケアに努めている。「待つ」「ダメ」は利用者にも説明するように指導している。職員の心のゆとりがあるとスピーチロックは少ない。		
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	法人に委員会が設置されており、定期的に職員研修会も開催されている。 ホームにおいても委員が中心となり、ミーティングにおいて職員への意識啓発に取り組んでいる。			
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	外部研修の参加等により制度を学ぶ機会を設けているが、年度によっては職員ミーティングを活用した学びとなることがある。			

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)	外部評価	
			ユニット名( )	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
9		○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	入退居については都度、疑問・不明点・説明を実施し、理解を得ている。 入居時においては、ご本人並びにそのご家族関係者にホームでの生活の様子を知っていただけるよう、見学を含め働きかけを実施している。		
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	面会時やカンファレンスでの確認はもちろんのこと、法人全体でも意見収集として「あなたのご意見をください」の活用を進めている。 オンブズマン制度もあり、意見の反映ができる体制となっている。	家族は運営推進会議に参加し意見、要望を出している。入院した際の空室の検討、入居費用の問題等出された意見、要望は速やかに検討して対応している。又出席できない家族には議事録を送っている。	
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	毎月の職員ミーティングにて、意見や提案等を発信しあい検討につなげている。 また、半期に一度職員面接を位置付けており、意見発信・収集の場となっている。	半期に1度管理者と目標面接、1年に1度の理事長へ「私の希望と意見」を提出して職場内の課題、本人の要望を吸い上げている。内容は検討して管理者にフィードバックして気付きやアイデアを運営に活かしている。	
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	職員の勤務状況等について、随時代表者へ報告する体制となっている。 また年1回、職員ひとり一人が職務に対する意向や希望について代表者へ意見を提示できる機会がある。		
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	職員全員が年1回は外部研修に受講できるよう、調整・実施を行なっている。 新人職員については法人グループ全体の研修や事業所新人教育、経験を重ねた職員については、スキルごとのステップアップ体制をとっている。		
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	地域密着型事業所の連携として、市の事業者連絡会への参加を実施。また、他事業所との交流としては、見学の受け入れ等を実施し、情報交換を行っている。		
<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に努めている	入居にあたってはご本人並びにそのご家族に来所していただき、ホームの雰囲気を感じてもらおうと共に、互いに情報交換を実施。サービス計画についても、カンファレンスに参加していただき生活の希望や要望を確認している。		
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	入居にあたってはご本人並びにそのご家族に来所していただき、ホームの雰囲気を感じてもらおうと共に、互いに情報交換を実施。サービス計画についても、カンファレンスに参加していただき生活の希望や要望を確認している。		
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	ご本人の状態(状況)やご家族のお話を伺いながら、ご本人にとって必要なサービスについて検討・相談・アドバイスを実施している。		
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	人生の先輩として、また共に生活する者として相談しながら向かい合っている。		

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)	外部評価	
			ユニット名( )	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	利用者の状態(状況)に応じてご家族へ協力依頼を行なっている。ホームに住んでいても家族の一員としての関係が継続していくことを支援している。		
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	ご家族はもちろんのこと、友人や知り合いの方とも関係が継続するよう働きかけを行なっている。	家族と一緒に自宅に行ったり、兄弟や友人の葬式やお見舞い、定期的に旅行や墓参り等に行っている。昔からの付き合いで、不定期ながら宗教の集まりに出席している利用者もいる。利用者の部屋に泊って行く家族もあり、利用者にとって馴染みの関係が継続できる支援に努めている。	
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	利用者間関係については、過剰な働きかけにならないよう生活の中でさりげない支援を行なっている。		
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	退居された方のご家族がホームに訪問して下さることもあり、近況報告や気軽に足を運んでいただけるよう働きかけを実施している。		
<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	(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	センター方式アセスメントを活用し、ご本人並びにご家族の思いを生活に活かせるよう取り組みをおこなっている。また、面会やカンファレンスの場にて要望を確認し、生活につなげている。	センター方式の用紙を家族に渡して解る範囲内でアセスメントを記入してもらい家族、本人の思いや意向を確認している。また面会時やカンファレンスの折要望を確認している。困難な場合は周囲の関わりを持ってきた人から聞き取り、家族に確認を取るようになっている。	
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	センター方式アセスメントを活用し、ご本人並びにご家族の思いを生活に活かせるよう取り組みを行なっている。その中で、生活歴や生活へのこだわり等の確認を実施している。		
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	カンファレンスやモニタリング、ミーティングの場を活用して定期的に見直しや評価を実施している。		
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	ご本人・ご家族・ホーム職員が一緒になって話し合い、サービス計画を作成している。必要に応じて、看護・医師からのコメントをその場に諮る等の取り組みも実施している。	3か月に1回職員がモニタリングをして、計画担当者で評価を行う。6か月に1回のカンファレンスには主治医、看護師、機能訓練士が出席してアドバイスは計画に反映させ、対応している。週1回専任の機能訓練士が機能評価をしている。	
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	毎日の生活の状況をケース記録に記載することはもちろんだが、情報共有のため「連絡帳」の活用も進めている。		

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)	外部評価	
			ユニット名( )	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人・ご家族の要望や必要性に合わせて、法人内サービスへの協力依頼・実施が行える体制となっている。		
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	ホームのみで生活が完結しないよう、入居前の生活やご本人の希望・要望に応じて、支援を実施している。		
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	定期受診や緊急時等、主治医への状態報告並びにご本人・ご家族の希望を伝えている。 病院の協力も得られており、何かあった時は往診も可能である。	定期受診へ事業所の職員が付き添う。状態が変化した際は家族も同行している。利用者の状態で病院からの往診も得られる。他のかかりつけ医の利用者も夜間緊急時の為に病院の主治医の受診をしている。	
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	定期訪問はもちろんのこと、身体面の変化について都度連絡、連携が図れる体制となっている。		
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。	治療が必要となった場合の入院については、協力病院からの支援を受けられる体制となっている。 また、退院については生活への支障が最小限となるよう、理解・協力を得られている。		
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、事業所の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	事業所看取り介護指針を策定し、利用者・ご家族から同意を得ている。終末期のあり方については、本人・ご家族・ホーム職員・主治医・看護で意向確認書を取り交わし、方向性を明確にしている。	事業所の看取り介護の指針が作成されて利用開始時に家族に説明している。看取りの時期は主治医に相談して、家族、本人、看護師、事業所の管理者、計画担当者が指針に沿って話し合い、「看取り介護同意書」を作成して家族、事業所、病院、看護師に1部ずつ渡して看取りケア開始につなげている。	
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	法人にも委員会が設置されており、定期的な研修会も開催されている。また、緊急時並びに事故発生時の対応手順も明確化されており、委員を中心に定期的な評価分析を実施している。		
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	年2回の防災訓練を中心に自主防災訓練も実施している。法人にも大規模災害対策委員会があり、定期的な研修会並びに委員における意識啓発も取り組んでいる。今年度は地域連携大規模災害講演会を開催している。	地域の消防団を交えた訓練を行っている。昨年の震災後、法人のグループ間での連絡の為にトランシーバーを設置した。また新人職員は夜間を想定した訓練を体験後夜間に入るようにしている。	夜間を想定した防災訓練で夜勤をする1人ひとりの職員が咄嗟の時の対応のシミュレーションが作れるように体得を期待したい。
<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	(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	ホームに配属された職員は「介護の基本姿勢」「8大権利」について学習済み。 また、業務手順においてもプライバシー保護について明確化されている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応の事例検討や、職員全体での学習会で職員が共有し、対応の振り返りを行っている。又事業所が地域の相談や困りごとのセンターになるために、認知症の周辺症状等々職員一同がアドバイスや指導が出来るように学んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)	外部評価	
			ユニット名( )	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	毎朝、利用者・職員間で朝の挨拶(会)を開催。その際、本日の予定や外出等の希望等を双方で確認している。		
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	利用者1人ひとりの24時間シート(生活リズム表)があり、ご本人の生活を中心とした流れとなっている。		
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	希望に応じて美容院や衣類購入の援助をしている。入浴についても毎日実施しており、入りたい時に入れる体制を取っている。		
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	毎月1回利用者主体の献立会議があり、食べたいものや希望について意見発信をしていただいている。また、個々の誕生日についてはご本人が希望する献立を組み入れている。	月1回の献立会議には職員と利用者でメニューや希望を提案して作成する。週2回の買物に利用者も一緒に行く。調味料、お米、肉、野菜は地域の商店から配達をしてもらう。準備、皮むき、盛り付けなど職員と一緒にを行う。食事は個々の都合でテーブルに着いた順に食べているが、いつの間にか利用者と職員が揃って食べている。	
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	食事習慣や量・好みについては、情報の一覧表にて活用をしている。また、食事の状態に応じて法人の管理栄養士に相談できる体制となっている。		
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、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	個々の状態・機能に合わせて口腔ケアの支援を実施。また、歯科への相談もできる体制となっている。		
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	個々のリズムに合わせた排泄援助となっており、状態変化が見られた際もチェック表の活用にて排泄パターンの把握を行なっている。	排泄チェック表を活用して声がけをして誘導している。自分でトイレでの排泄が出来る利用者が数名いる。昼間はほぼ1階での生活で1階のトイレを使用しているが、夜間は声がけで自室のトイレを使っている。使いやすい環境が整備されて支援がしやすい。	
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	必要に応じて排泄チェック表を活用。個々の状態に合わせた対応を行なっている。		
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	毎日の入浴も可能。希望があれば、夕食後の入浴もできる。	毎日入浴可能な状態になっている為、入りたい時、入りたい人が入っている。チェック表により2~3日入浴していない利用者には声をかけ入浴を進め、1日3~4人が入浴をしている。セラピストより入浴時の移動、入り方の指導を受け安全に入れる支援を行なっている。足浴やまた看取りに入った利用者には機械浴での対応を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)	外部評価	
			ユニット名( )	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	寝具については今まで使用していたものを持ち込んでいただけよう依頼。 ご本人の生活リズム並びに習慣を重視し、安心して休めるよう取り組んでいる。		
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	内服薬については服薬管理表にて種類・副作用等の内容について確認ができるようにしている。 また、内服については利用者の方に説明する支援も行っている。		
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	ご本人のペースに合わせて、希望や要望並びに得意なこと・できること・楽しみにしていることの把握を行い支援している。		
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支援している	毎日、外出の希望等について確認をしている。ホームで引率(同行)できない場合はご家族へ協力依頼を実施している。	毎朝のミーティング時に利用者自身の予定、希望を聞いて対応をしている。戸外に出る、買い物やデイサービスに遊びに行く、ユニット棟の友人に逢いに行く、など1人ひとりの楽しみに合わせた支援をしている。季節に応じた桜、桃の花見、紅葉狩り、ブドウ狩り等にも出掛けて五感に刺激を与えるようにしている。	
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	ご本人の意向に沿って、金銭管理(支払い等)の支援を行っている。また、その状況について、ご家族への報告も行っている。		
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	各居室に電話が設置されており、外線電話もかけることができる。また、手紙についてもやり取りは実施している。		
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	共有空間については、季節感を感じられるよう工夫をしている。また、温度・湿度の調整をこまめに行い、換気も定期的を実施している。	玄関を入ると感染予防委員会提案の靴拭きマットが設置されている。大きめのスタッフの写真が掲示しており、来客を笑顔で迎えてくれる。1階には7段お雛様が飾られ、またリビングには大型の半円形のソファが置かれ、利用者各自の体型に合わせた枕でゆったりとテレビを見ている。一般家庭の生活場面に至る所に見られ落ち着いて温かな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	ちょっとした空間に椅子を配置し、居場所作りを行なっている。		
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	使い慣れた物の持ち込みについて、入居時に依頼を実施。その後もご本人の生活ぶりから居室環境について情報交換を行なっている。	利用者各自が馴染みのテレビ、炬燵、仏壇、ソファ等を持参し、炬燵の上にある日用品等、家庭での自分の部屋のように居心地の良さを感じる。また思い思いの写真や人気歌手のプロマイドが飾られている。家族が泊っていけるような準備している利用もあり、一人ひとりに合った居室作りがされている。	

自己	外部	項目	自己評価(実践状況)		外部評価	
			ユニット名( )	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ご本人が持っている能力が発揮できるよう、理学療法士との連携も図っている。			