

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	2891300028		
法人名	医療法人社団 正峰会		
事業所名	メディケア柏原(椿ユニット)(バラユニット)		
所在地	兵庫県丹波市柏原町柏原1436-1		
自己評価作成日	平成26年2月20日	評価結果市町村受理日	平成26年4月28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	
----------	--

【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 姫路市介護サービス第三者評価機構		
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階		
訪問調査日	平成26年3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)】

<p>* 脳活性リハビリにてくもん学習、運動療法を取り入れ、進行予防に努めています。 日常生活においても食事盛り付け、配膳、食器拭き、食器片づけ、居室掃除、洗濯物たたみなど職員と共に役割を見つけて取り組んでいます。 * 母体病院との連携にて月2回の往診、週1回の訪問看護にて健康管理の充実を図っています。 * 地域資源を利用して、買物、理美容室、書道教室と参加し、ボランティアとの地域交流の場としての取り組みも行っています。</p>
--

【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)】

<p>ホームは住宅地の中に位置し、日常的に散歩や買い物に出かけるなど、地域の人々との自然な交流が行われ地域に根差した運営がされている。健康面での支援においても水分摂取、運動、睡眠、くもん学習など脳の活性化に力を入れるなど、地道なケアに取り組んでいる様子が、アセスメント・モニタリングの実績からもうかがえる。小グループごとの音楽療法や認知症の進行予防の一環として1対1のくもん学習療法の取組など、少数での関わり合いとコミュニケーションを大切に取組を行っている。特に「自分が利用者の立場だったらどう思うか」という利用者本位の視点を原点として、その人らしい生活を支えるケアが展開されている。</p>
--

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	玄関及び事務所に理念を掲げ、出勤時には、必ず目を通し、音読し意識づけている。毎朝の朝礼時と毎月のユニット会議で、唱和している。	法人基本理念とグループホーム基本方針が掲示されており、朝礼時や毎月の会議で唱和することで意識づけがされている。日頃から理念に基づいたケアを大切に日々取り組んでいる。	
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	地域ボランティアの来訪、書道教室、買物等を通して地域に密着した生活に取り組んでいる。また、地域への奉仕活動として、月1回地域のゴミ拾い活動を行っている。	おやつ作りやハンドマッサージのボランティアが定期的に訪問している。夏祭りやとんど等の地域行事にも参加している。月1回は散歩コースでのゴミ拾いを実施する等、地域と一体となった関係作りに努めている。	
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	3ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、地域の区長、民生委員、介護相談員に参加して頂き、対応に困ったケースやその対応などを報告し、理解を深めて頂いている。		
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	運営推進会議に家族会代表として家族にも順番に参加して頂き、ホームでの取り組み(音楽療法、書道教室等)の説明や見学をして頂き、意見を頂いた。今年度は、3ヶ月に1回開催できた。	運営推進会議を定期的に開催し、介護保険課・区長・介護相談員・民生委員・家族会の参加がある。順番に全家族が参加できるよう配慮している。施設行事に合わせて会議を行い、また運営推進会議の意見をもとに地域消防団に見学してもらうなど、意見が反映される取組を行っている。	
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	運営推進会議、丹波市グループホームネットワーク会議、柏原地区地域ケア会議等に積極的に出席し、情報交換や情報共有に努めている。	グループホームネットワーク会議が3ヶ月に1回あり、情報交換の場となっている。他に地域ケア会議等にも出席し、市町村とも相談しやすい協力関係が築けている。	
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	身体拘束ゼロ、玄関の施錠等、拘束をしないケアを目指し取り組んでいるが、利用者の身体的安全、職員の手薄な時間帯(特に夕方以降)は、やむを得ず、施錠を行うことがある。	入居者の気持ちに立って考える工夫・教育をしている。昼間は施錠せずに入居者が外出した際は職員が付き添えるようにしている。折に触れ職員が利用者の気持ちを理解できるように、体験学習を重視している。	
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逃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	虐待防止マニュアルを基に、情報や職員間の意見から問題視し、検討することで虐待防止に努めている。	高齢者虐待防止法を学習し、支援困難なケースにも対応できるよう随時、職員間で意見交換をしながらケアを進めている。入居者と職員の密なコミュニケーションがストレス対処と虐待防止にもなっている。	身体的虐待の他、言葉での虐待についても未然に防ぐことができるような研修会の企画等、継続的な研修の実施による理解の深まりと共に意識の更なる向上が期待される。

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	該当者がいない為、活用していないが、知識向上として、内部研修を計画した。	実践者研修に参加した職員による、フィードバック研修を行って職員の理解を深めている。運営推進会議や家族会の場に於いても勉強会の必要性を感じており、その取組意欲がある。	
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	入居前の見学時や契約時に、契約書・重要事項説明書に沿って、家族に説明し、同意を得ている。また、質問、疑問点等があれば、いつでも相談に応じる旨も伝えている。	契約前に施設の見学をしてもらいながら説明し、丁寧な契約を行っている。料金変更時には、案内通知書を送付し、利用者家族の面会時には報告・説明をして理解を得ている。	
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	家族面会時や日々の生活の中で会話を行い、要望、苦情など聞き取り、業務に反映している。	年2回家族会を開催している。家族会は行事に合わせて休祝日に開催するなど、家族が参加しやすい配慮の中で行われている。また月1回家族へ近況報告の手紙を出したり、年1回アンケートを実施して家族からの意見を反映し、日々の業務に反映させている。	
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、ユニット会議、責任者会議を開催し、職員からの意見や案を抽出し、改善できるよう検討している。	ユニット会議や日常の会話の中で、職員から自発的な意見、提案が出されるよう配慮している。職員意見を運営に取り入れ、改善につなげることで、職員のモチベーション維持向上につなげている。	
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	年2回、個別に育成面接を行い、日頃の努力を認め、事業所における役割を見出し、モチベーションが下がらないよう、努めている。		
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	職能チェックリストにて、個々の力量を把握している。不足している業務を目標チャレンジシートの目標に掲げ、具体的遂行手段を挙げ、不足分を充足できるよう努めている。また、法人内外の研修、講演会に参加し、自己研磨に努め、会議にて研修報告を行なう機会も設けている。		
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	丹波市サービス事業者協議会に参会し、情報交換や研修会、他事業所見学等を行っている。また、柏原地区地域ケア会議にも出席し、柏原地域の事業所とも交流を行っている。		

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
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	バックグラウンドや自宅での生活習慣等を参考に、スムーズな会話へ繋げている。また、本人の表情や言葉から、悩み・不安・要望などを読み取り、安心した生活を送って頂けるよう対応している。		
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	家族と話し合う場を設け、不安や要望、自宅での対応方法など聞き取り、安心して利用して頂けるよう対応している。		
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	相談時の様子から、その方の今に何が必要かを検討し、必要に応じて他サービスの提案も行なっている。		
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	24時間共に生活する仲間として、支え合い、助け合い、協力しながら人間関係を築いている。		
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	家族に行事やアクティビティに参加していただき、本人とホーム内で接する機会を増やしていくことで、職員とも関係を密にしている。		
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	数ヶ月に1度、生まれ育った地域への帰郷外出を支援している。親戚や近隣の方と久しぶりに会える機会になっている。	日々の散歩が、地域の馴染みの人との出会い、コミュニケーションを図る上で大切な機会となっている。昔から利用している理髪店や書道教室への送迎や帰郷の外出など、馴染みの場所で馴染みの人と話しが出来るよう継続的な交流を支援している。	
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	共同生活の場として助け合い、励ましあい、協力しあう関係作りを職員、利用者同士共に行なっている。時に利用者が利用者の食事介助をして下さったり、散歩時手をつないで下さる。		

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	入院時または他事業所へ移られる時は、利用者の心身状態を入院時退居時サマリーに記録し、情報の提供、相談等にも努めている。		
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	センター方式アセスメントを活用して利用者の思いや希望の抽出に努めている。また、家族にもカンファレンスに参加していただき、家族からの希望も聴取している。	入居者の意向や、長年親しんできた暮らしの中で好きだったことや得意だった事などを聞き出したり、本人家族の意向や思いを調査したりしながら、本人の一番望むこと、楽しみを叶える為の利用者本位の取組を心掛けている。	
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	入居時に自宅での生活の様子や生活歴、家族構成(家族の呼び名まで)等を書面化し、把握している。日々の会話の中で何度も出てくる言葉は、家族に聞き、情報収集している。		
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	一人ひとりの一日の過ごし方、その日のバイタル、状態の変化などは毎日記録に残し、その中でも特に重要な情報は申し送りをする事で職員間で共有も図っている。		
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	月に一回はモニタリング会議を開き、現プランが現状と合っているかを職員間でチェックしている。また、プランの改定時は家族からも希望や意見を聴取し、それらを反映するように計画作成者と担当者が共同で作成している。	ケアプランに沿った支援の取組状況のチェックが客観的に記録がされている。記録や家族の意見を参考に月に1回のモニタリングを行い、ケアの実施状況を評価して、課題を把握しながらより良い支援につなげている。	
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	日々の様子やケア実施内容は個々のケース記録に残している。その記録をもとに担当者がモニタリングを実施し、モニタリング録をプランの見直しに活用している。		
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	昼食日帰りなどの行事また個別外出を実施した。また、家族対応の受診の際にも、不安を訴えられる家族には、利用者の介助として付き添いを行った。		

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	地域活動、ボランティア、店、介護相談員訪問、など地域を利用する事で密着した生活を支援することができる。		
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	2週間に1回、協力医療機関(法人母体病院)からの往診診療がある。緊急時や時間外、休日対応も行ってくれる。本人や家族の要望により、その他のかかりつけ医への受診の支援も行っている。	本人や家族が希望するかかりつけ医を受診することができる。ホームのかかりつけ医は協力医療機関から月2回の往診診療がある。受診の際には、日頃の健康状況を書面にして家族に伝えている。	
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1回の訪問にて、利用者の健康状態の把握、介護職員の医療面の相談など行っている。訪看からの報告内容は、月2回の往診時主治医とのコミュニケーションを図っている。		
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。	入院は、ほとんど法人母体病院になるため、病棟看護師や医療連携室職員とのネットワークは構築されている。入院された場合は、こまめに様子を伺いに行き、状況確認など、密な連携に努めている。	入退院時には、病院の看護師、医療連携室と情報が共有されている。入居者の状態を確認するための様子観察など、円滑な退院に向けての連携が図られている。	
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	重度化、終末期にさしかかった場合は、医師、家族を交えた話し合いの場を設け、本人・家族の思いにできるだけ寄り添った支援ができるよう取り組んでいる。	重度化した入居者への栄養補給やホームで可能な医療の範囲等の説明は、往診時に医師から家族へ説明している。また家族会や入居者に今後のあり方を聞くこともある。ターミナルケアに係る外部研修にも参加している。	終末期をどのように過ごしたいかという本人の希望、家族の思いなどについての話し合い等、文書化された意向などの情報を関係者が共有しながら取り組んでいくことが望まれる。
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	救急救命講習を開催し、多数の職員が参加している。いざと言う時に役立つよう、能力を身につけていきたい。		
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	消防署指導の下、水難想定、火災想定と年2回の避難訓練を実施した。地域の消防団の協力体制を区長を通じ、願っている。	年2回の避難訓練を消防署指導の下で行っている。毎回、ホーム外の駐車場まで避難し、その際の課題と解決方法を検討している。また地域の消防団に施設内を見学してもらい、地域との災害時の協力体制づくりを進めている。	

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
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	出勤時、自己チェックシートに目を通し、接遇面を再確認している。12月に接遇研修を行い、話し言葉に注意するよう接遇面の向上に努めている。	入居者一人ひとりを知り、職員が入居者の立場だったらどう感じるか、という教育を心がけている。一方的な説明ではなく、本人が納得できるような話し方や配慮ができるよう努めている。		
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	自分の思いをなかなか表現できない方に対して、まずは事前の声かけにて反応を見、その様子によって思いを汲み取るように努めている。			
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	日々、個々の生活において無理のない程度に声掛けを行い、本人の行動、表情、様子から今の状態を把握、判断することで個々の生活リズムを大切に支援している。			
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	お気に入りの素材や好みの色を毎回、尋ねながら、その日の気分にあったおしゃれができるよう支援している。			
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	一人ひとりの能力に応じ、食材切り、盛り付け、洗物など食事準備や片付けに参加されており、日々の日課となっている。	食前・食後の運動を行って食事摂取の能力保持に努めている。入居者と職員と一緒に食事をしながら楽しい雰囲気作りに配慮している。また入居者が楽しそうに食事の準備や片付けを手伝う等の工夫や支援も行っている。		
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	法人内管理栄養士が献立を作成しているため、栄養バランスは十分にとれている。配膳時、個々に応じた大きさ、軟らかさ、量を調整し、配膳を行っている。水分不足に注意し、寒天で摂取して頂く等の配慮も行い、全員の水分量をチェックしている。			
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	食前に食事前体操、うがいを、食後には口腔ケアを行い、清潔保持に心掛けている。			

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	日中はパッドを外し、排泄パターンや排泄前のサインを理解して、トイレ誘導を行っている。TENAを導入後、排泄アセスメントを行い、個々の排泄サポートが可能になりつつある。	入居者ごとの排泄パターンを把握し、それに応じた排せつ介助をしている。排泄アセスメントに力を入れ、夜間十分に睡眠して日中の余暇活動を充実できるような支援がされている。	
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	適度な水分量を摂っていただくために一人ひとりの一日の水分目標値を設け、摂っていただいている。水分が不足になりがちな方に対しては寒天ゼリーで代用している。		
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	入浴の時間帯は広く設け、夕食前に入りたい方、夕食後に入りたい方、毎日入りたい方、隔日で入りたい方など、個々の希望に添うかたちで支援している。	脱衣所は広くて暖かく、トイレもあるため安心して更衣ができる。家庭浴槽で職員と1対1で対話をしながらゆっくり入浴できる。原則2日に1回、15時頃から個々の希望に沿う入浴支援がされている。	
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	一人ひとりが夜間最もよく休めるように個々に応じた就寝時間にお声かけをし、就寝介助を行っている。TENAを導入したことで、夜中のトイレ誘導やおしめ交換を省き、安眠に繋がっている。		
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	現在服用されている薬の種類や用法は、説明書をケースファイルに閉じておりいつでも確認できるようにしている。また処方薬が変更された時は往診記録や受診報告にて周知している。		
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	一人ひとりの役割や楽しみはサービス計画のひとつとして日々取り組んでいただけのように支援している。(調理、テーブル拭き、食器片付け、スクラップ、自主学習など)		
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	個々のその日の要望によって、買い物や喫茶、散歩などの外出を実施している。また家族の協力を得て遠方への外出行事を実施したこともある。	日常的に地域の散歩、買物をして、外へ出る楽しみの確保に努めている。住み慣れた自宅へのドライブや食事会等の外食も実施しているが、入居者の状態や職員体制等によって頻繁な外出が難しくなっている状況もある。	本人の希望や意向の聞き、家族やボランティアの協力も得ながら、普段行けない場所への外出支援などによって、本人の新たな表情を見ることもあり、引き続き意向に沿った積極的な外出支援を期待したい。

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	H24.12月より個人購入分は全て立替に変更したが、買物時、本人にお金を手渡し、支払いて頂いたり、お金の計算をしながら買物も行なうこともある。		
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	個々の希望に応じ、週一回家族への電話や手紙の支援を行っている。		
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	共同リビングに季節を感じられる飾り付けを施したり、玄関に草花を置くような工夫をしている。	落ち着いた色調のある居室、廊下で整理整頓が行き届き清潔感がある。ユニット畳が配置され、靴を脱いでくつろぐスペースがある。ベランダからの心地よい採光による明るいホールは、一日を楽しく過ごす空間となっている。	
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	共有リビングにベンチを設置したり、廊下に椅子を対面に配置し、談話できるスペース作りに努めている。		
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	家具は備え付けのものがあるが、馴染みのあるものがあれば持ってきていただけることをご説明している。鏡台や足踏みミシンなどを持ってこられている。	居室内のトイレは引き戸でプライバシーに配慮されている。居室には備え付けの家具に加え、足踏みミシンなど馴染みのあるものを自由に持ち込むことができるなど、居心地の良い環境作りを支援している。	
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	居室前に表札や目印となるものを掲げることによって一人ひとりが自分の居室を判別できるようにしている。		