

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	2873600346		
法人名	有限会社 涌福の家		
事業所名	グループホーム ゆずりは		
所在地	〒679-4001 たつの市揖西町新宮29-6 (tel 0791-64-8228)		
自己評価作成日	平成24年5月31日	評価結果市町村受理日	平成24年8月9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)】

午前中にリハビリ、午後にレクリエーションの時間をシフト内に入れ利用者と落ち着いて対応出来る時間が増えた。帆間看護との契約をしたため、重度化した場合の対応や看取り介護の状態になった時に医療機関に連携し終末期において本人の尊厳を十分に配慮しながら終末期の介護について心をこめて支援する事ができるようになっている。

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 日本福祉文化研究センター		
所在地	大阪市都島区友漕町1丁目3-36-401		
訪問調査日	平成24年6月11日		

今年度のスローガン『誰もが家族を預けたいホームづくり』を掲げ、利用者本位、出来るだけ家族に負担を掛けない介護を心がけておられ、日々の利用者の状態を記録した連絡ノートを活用し、利用者にあった適切な介護を行なえる体制が整っています。運営会議では、家族や地域住民へ介護情報を発信して、意見やニーズの把握を行う等、地域介護の核になりつつあります。エレベーターの設置に伴い不要になったスロープをリハビリの歩行訓練に有効利用する等の工夫が見られます。また、「看取り指針」が作成され、重度化や終末期の介護体制作りも始まりました。

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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		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ます (参考項目:9,10,19)	1. ほぼ全ての家族と	
		2. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい	
		4. ほとんど掴んでいない				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		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回程度ある				2. 数日に1回程度	
		3. たまにある				3. たまにある	
		4. ほとんどない				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		65	運営推進会議を通じて、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、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. 利用者の2/3くらい				2. 少しずつ増えている	
		3. 利用者の1/3くらい				3. あまり増えていない	
		4. ほとんどいない				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		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. 利用者の2/3くらい				2. 職員の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 職員の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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		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				2. 利用者の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 利用者の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族等の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族等の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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					
		3. 利用者の1/3くらい					
		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-) + (Enterキ-)です。)

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
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	「そのひとらしい普通の生活」を理念とし、自分達が入所したい施設づくりを目指しています。個別対応、誕生日を利用し個別担当職員が、利用者様の希望に添い個々に応じた対応をおこなっています。	H24年度のスローガンに「誰もが家族を預けたいホーム作り」を掲げ、個別対応で健康ランドに出かけたり、短時間の帰宅支援・お葬式や結婚式をあげるなど様々な取り組みをしています。	
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	朝、夕の犬の散歩により、地域の方との挨拶や会話を楽しめる機会が増えている。又、近隣の方から野菜、花、等の頂き物があったり、地域のふれあいの場に参加している。近隣を通じた施設見学者もふえてきている。	小学校や養護学校の行事、ふれあい喫茶などに参加、作品展への出展も継続。花の差し入れをして下さる方やグループホームに関心を示し内容を聞かれる事も増えて来ている。お寺の住職から彼岸のお経も頂いている。	
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	運営推進会議の場で消防署員の方、消防署員の方、住職様に講義をお願いし認知症を含めたお話しをいかしている。		
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	運営推進会議の場で行事、利用者状況、職員状況、の報告。又、相談、困っている事には運営推進委員の方よりアドバイスなどもあり、2月に1回の会議が十分に備わってきている。	家族や民生委員・婦人会等の地域住民の参加も増えてきており、情報を発信し、事業所の問題点や地域の介護ニーズを把握してサービスの改善・向上、提供に努められている。	
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取り組んでいる	運営推進会議でも、24年度の事業報告をし、質問事項を取り上げたり分からない事はその都度相談をして指導をいただいています。	運営推進会議に高年福祉課の参加があります。市のケア担当者会議へ出席し、事業所の活動内容を発表したり、グループホーム見学者の受け入れなど、積極的に連携に努めています	ケア担当者会議では、「事例」で発表すると参加者は、受け入れ易いと思います。
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	夜間、門扉のみの施錠を行っている。利用者様それぞれの特徴を職員全体にケアプランや園内拘束を通し問題行動を理解して頂き、新しい職員には古い職員の対応方法を学んで頂き、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	さりげない声掛けと寄り添いで安全面に配慮をし、自由な暮らしを支援している様子うかがえます。	
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	毎月園内研修を行い、虐待防止の園内研修もおこなっている。身体拘束と同様、虐待防止をしないケアに取り組んでいる。	研修やマニュアルで定期的に研修を行うと共に、日常的には、介護支援会議1/Wを開催しケアの見直しをすることで、身体拘束と同様にケアに関する取り組みへの関心を高めている。	身体拘束の研修も同じであるが、研修は具体的事例で行なうとより効果的です。

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	運営推進会議にて、成年後見制度について推進委員の方と共に市の職員の指導により成年後見制度について学んだ。	成年後見についての研修を行い、将来必要になりそうな利用者に対して現在活用を検討中である。	早い目に、公の機関(地域包括支援センター)に相談し、手続きや必要な援助を受ける事を検討して下さい。後見人の利用は、利用者の権利を守る一方で、事業所のリスク回避にもなります。
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	重要事項、入所時の契約、個人情報に関する契約を行い、入所契約時にはご家族様、又ご本人様が納得頂けるまで説明に時間をかけている。退所に関しても同様におこなっている。	見学の段階から時間をかけて説明を行い、納得のうえ入所をしてもらっています。今年度の制度改正に伴い、パンフレットも改正し配布しました。退所に関しても十分な話し合いを行い契約解除をします。	身寄りのない人のもしもの場合の対応が問題となる恐れがあります。成年後見の活用を検討下さい。
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	運営推進会議や、通信を通して外部に報告した、地域の方(消防署員様、警察署員様、住職様)による講義をして頂き、意見も最近では増えてきています。	家族会を1回/年行なっているが、家族同士の雑談会的なものになっている。運営者会議は、要望や意見を出しやすい、話やすい雰囲気が出来て来ており、此处から意見を吸い上げ、運営に反映させています。	
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	組織体制を活用し、職員からの利用者状況や意見を取入れ会議を行っている。	職員会議(1/月)や介護支援会議(1/W)、日常的には班連絡ノートなどを活用し、職員からの意見や提案を聞き、運営に反映させる体制が出来ています。	
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	日頃の努力や実績、また能力などを把握し給料、昇給などに反映している		
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	グループを作り、グループ内で意識を高めている。園外研修が必要な方には研修参加して頂き、毎月園内で研修を行っている。		
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	管理者は2ヶ月に1回GH会議に参加し、意見交換なども行っている。他施設のグループホームの職員の方が見学に来られた。		

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
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	入所の相談から入所までに必ずご家族様、ご本人様と面会し、可能であれば施設見学や体験入所などを経て、ご本人様の希望や困っている事などを良く聞かせて頂き、面会時には担当職員や利用者様と共に伺い、顔見知り作りをしています。		
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	ご本人様の思いやご家族様の思いを聞かせていただき ご家族様が不安に思われる事への支援について職員と話し合い結果を報告し、ご家族様の不安の軽減に努めています。		
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	5月より本格的に、訪問看護をしている。また、ゆずりは施設としては、ヘルパーSTやデイサービスの新事業も視野にいれている。		
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	個別対応日が設けれる時には、個別対応日を設定し、本人の希望に応じた対応を行っている。また、作品展に出品するため、利用者様と個別担当職員で案を出し、作品を共同で制作した。		
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	認知症のある利用者様のご家族様において家族様との関係は欠かせません。常に相談、報告、協力をしていただいております。		
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	最近では、利用者様の友人の面会が増え快く受入れております。また、友人が友人を招いて面会されている事もあります。	運営推進会議への地域住民の参加が増えて来た関係で、友人や知人の入所を知り、訪問・面会が増えてきている。	利用者の友人・知人の訪問・面会が増えるとその対応の仕方、特に、プライバシー(本人及び他の入居者)についての配慮が必要になって来ます。事業所としての工夫(ハード・ソフト面)が望まれます。
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	気の合う利用者様を把握し、孤立しないように職員全体で席を考えたり気の合う利用者様との席などを考えたり、時に移動をして相席になって頂いている。		

自己	者 第	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	他施設に行かれた方は、ご家族様から連絡があれば必要に応じては相談を行っている。また、亡くなられた方のご家族様は、推進委員になってくださったり、関係性を持続されている方もいらっしゃる。		
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	3ヶ月に1回のケアプランの見直し時にご本人様、ご家族様の希望を取り入れ、希望に向けたケアプランを作成し実行している。	班連絡ノートを作成するようになったことで、利用者の支援の改善や気づきを現場の職員が検討出来るようになり、三者の合意のもと介護計画の基礎作りがしっかり出来るようになりました。	家族と利用者の絆を保つために家族が出来る事は、家族に依頼(例、通院の送迎・付き添い)する事も必要です。三者で十分話し合い、事業所と家族の役割分担を行い、ケアプランにしっかり反映させておく事が大切です。
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	3ヶ月に1回のケアプランの見直し時や特変時に意見をもち上げ介護支援改良案を作成しサービス利用の把握に努めている		
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	入所前に事前調査を行い、入所以前の生活の延長に繋がるように、また馴染みのある家具などを持参して頂き不安を軽減し、職員全体で日常生活の把握に努めている		
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	個別担当者、グループの利用者様の意見を取り上げ、グループ内の利用者様の状態はグループで取り上げている。が、他グループの利用者様の状態も各グループにも伝わるように介護支援改良案を作成し全職員が対応出来るように行っている。	利用者からは日頃の関わりのなかで記された班連絡ノートで思いや意見を把握し、ご家族とは来訪時に話しあい、意見を反映するように努めています。職員全体の意見の反映の方法やアセスメントの方法が確立されています。	
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	個別の24時間シートを作り実践、結果、気づきなどを記録して、介護支援改良案、介護計画の見直しに活かしています		
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、その時々にも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	シフト時間を変更し(23、5月～)職員と利用者様との関わりの時間が増えた。訪問看護(24、5月～)を実施し、新事業としヘルパーSTやデイサービスを検討している。		

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	運営推進委員の方と利用者様、職員にも馴染みの関係が出来、近隣でお会いした時には会話や、また近隣の方より野菜や花などを頂いている。週に数回のたつの市の介護支援ボランティアの方も来所され利用者様の楽しみになっている		
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	2週間に1回の主治医による往診があります。また、往診可能な歯科医と医療機関の提携を結んだ。訪問介護も実施し看護師による定期的な訪問と24時間連絡体制を確保し重度期や終末期対応など適切な医療が受けられる体制となる	訪問看護の導入により、(利用者や家族の同意のもと)全員が同じ主治医になり、訪問診療が充実してきました。他科の受診も連携がとれており、重度化や終末期の看取りへの体制の基礎ができました。	
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	主治医の往診、訪問看護師にも情報や気づきが伝えられるように主治医の往診記録や訪問看護記録に利用者様の状態を職員が相談記入の箇所を設け記入欄を作っている。		
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。	入院時はご家族様と連携をとり週数回は面会に行き状態の把握や情報の交換をし、必要物品のチェックを行っています。主治医は認知症もよく理解されており、いつも早期退院の許可と、退院後の指示、往診をくださっています。	主治医との連携のもと、入退院が出来るようになり、心身状態の把握がより一層充実してきました。	
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	重度化した場合の対応、看取りに係る指針を作成している。今後重度化した場合や看取りの時期に速やかに対応出来るよう、職員は重度化した場合や看取りにかかる指針について研修を行い、終末期において、医師や医療関係者の指示の元速やかに対応出来る状態の確保はできた。	入居時や状態の変化時には「今後どうありたいか」の話し合いは継続されています。「看取り指針」の作成により、重度化や看取りの体制作りができました。現時点で出来る最大のケアは充実しています。	「看取り指針」は運営推進会議では説明されたようですが、家族にも事前に説明される事が望まれます。
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	消防署員の方指導の元、定期的な訓練を行っている。(24年7月予定)		
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	災害対策マニュアルを作成している。6月に災害対策マニュアルに沿った災害対策訓練をする。また、運営推進会議で、救助の応援、近隣の方の一時的な避難場所の提供として伝えている。	リハビリの一環で火事・地震に備えた替え唄を歌いながら、避難することを日頃から訓練しており、認知症の方が身体で避難方法を覚える体制をとっています。	作成中のマニュアルは地域の人たちを巻き込んだマニュアルになっていることが望まれる。

自己	者 第	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
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	入浴、トイレ、パット交換時のプライバシーや、個人情報のプライバシーについての研修を行っている。	あからさまなトイレ誘導を避け、さりげない声掛けをする等、プライバシーに配慮した目立たないさりげない対応ができています。	研修の内容は具体例を元に行い、特にプライバシーについては地域包括センターに協力を依頼するのもよいかと思います。
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	日常生活の中でご本人様の思いや希望を大切に、個別担当では、なるべくご本人様が望む対応を行っている。また、モニタリング時に項目ごとにご本人様の満足度を確認し、短期目標や、長期目標に取り上げそれに向けた支援をおこなっている。		
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	職員の決まりや都合を優先にはしていないが、利用者様の中にはいつもの決まりがあるようで、それぞれの時間帯には自然と出来上がってきているものがある。食事後の片付けや散歩など。		
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	季節に応じた衣類が着れるように、衣替えを行ったり外出する機会には利用者様と職員とで洋服選びを行っている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様に調理のお手伝いをして頂いたり、味見や準備等を利用者様と職員で一緒におこなっている。	庭でとれた野菜を利用し食事を作ったり、各自のADLに応じた作業・準備・片づけを職員と一緒にこなっています。	
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	毎食の食事量や水分摂取量を個人記録に記入し摂取量の把握を行っている。又、摂取状態も記入しなるべく1日の摂取量が保たれる様、声掛けや、介助を行い支援している。		
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	毎食後に口腔ケアを行い、週に3回は義歯消毒を行っている。口腔ケアが自分で出来ない方は介護用スポンジはブラシにて起床時に対応を行い、食後には、お茶をしっかりと飲んで頂いている。		
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	排泄表を用いり、ご利用者様それぞれの排泄リズムを把握し、定期的な声掛けなどを行いオムツの汚れをなるべく減らせるように支援している。オムツ外しが達成できた利用者様もいる。	1Fに3ヶ所、2Fに2ヶ所のトイレを設置し「行きたい時にトイレに行く」ことができます。本人の排泄リズムを把握し、居室に排泄用品を置かず、さりげない声掛けでトイレで排泄が出来る支援を行っています。	

自己	者 第	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
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	朝食にヨーグルトなど組み込んだ献立にしたり、排便が無い時は冷牛乳などで対応している。また、それでも出ない場合は、主治医の指示の元訪問看護師による浣腸を施行している。		
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	曜日や時間は決めてなかったが、自然と順番が出来上がっている面もあり、今は決った順番を時に入れ替えたりなどをし、固定になっているようで固定になってない面もある。	1Fで庭も眺められる広めの浴場で「機械浴」も出来ます。「ゆず湯」の日もあります。職員が入浴日を決めてしまうのではなく、利用者の希望による入浴が出来ます。	浴室と洗濯室の仕切りがないので、間仕切りをすることで、尊厳をまもる配慮が大切です。
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	眠りの浅い方は、眠りの浅い時には日中横になられる時間を調整したり、散歩やりハビリをして、夜になると心地よい疲れで自然に眠れる様支援している。又、薬を服用して眠られる方については、毎日決った時間に服用して頂いている。		
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	往診の翌日に、服薬セットを行い、また服薬の変更時には全職員に分かる様に回覧している。服薬の苦手な方には、主治医と相談しヨーグルトや、コーヒーに混ぜて服用をいただいている。		
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	午前にはリハビリ時間、午後にはレクレーションをシフト内に儲け、利用者様との関わる時間が増えた。また、給食委員会の方で、年に4回嗜好調査をしている。		
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	地域の行事や、年間行事になるべくどの利用者様も参加出来る様にしている。また、利用者様とご家族の方との外出も最近が増えてきている。また、通信を通じて行事報告をおこなっている。	散歩、外食、買い物、短時間の帰宅、ふれあい喫茶、健康ランド、花見など多彩な個人の希望を支援している。通信で報告をす等、家族へ報告もしています。	
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	ゆずりはでは、お金の預かりは行ってないが、施設の方で、立替をし利用者様の買い物の楽しみと、お金での購入はしていただいている。		
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	年2回は利用者様からご家族様宛のはがき(年賀・暑中見舞い)を送っている。電話は利用者様が希望される時に自由に使用していただいている。		

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
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	新しく来た利用者様や見学される方は「落ち着きます」とよく言われます。年間を通しての生活感や季節感のある飾り物を飾り、居心地の良い空間作りを工夫している。	天井の高いどっしりとした建屋と安らぎのある調度品に「落ち着き」を感じます。民家ながらも広いスペースが確保され、季節の花々が所々にさりげなく生けられており、季節の変化が屋内でも感じれる穏やかな環境です。	
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	気の合った利用者様同士の空間作りは行なっているが、1人になりたい時には、各利用者様の自室に戻ったり、園庭に出て1人の時間を過ごされている。		
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	馴染みのある家具やご本人様の好きな物をお部屋に飾って頂いたり、利用者様それぞれの居心地の良い部屋になっている。	馴染みの家具や品が持ち込まれ、居室にそれぞれの個性が見られます。 ベットで休みたい方とお布団で休みたい方など希望に応じた支援をしています。	
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	H23年8月にエレベーターを設置し共有空間と自室への行き来が出来やすくなった。以前は天候が悪くても外のスロープを使用し2階へ上がっていた。2階の利用者様は職員に気兼ねされていたがエレベーターが出来た事により、本人様の希望もあり1階に下りる回数が増えてきている。		