

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	2894900055		
法人名	但南建設株式会社		
事業所名	グループホームたんなん		
所在地	朝来市山東町柿坪1-1		
自己評価作成日	平成27年2月16日	評価結果市町村受理日	2015年 7月 14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	平成27年2月25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)】

開設して8年を迎えます。開設時から入所されている方も5名おられ3年以上の方も7名おられます。毎日が同じ事の繰り返しも悪くはないと思いますが、外に出ていただく事は開設以来継続しています。また、各入所者さんにとっての特別な行事を出来るだけ家族さんにも協力して頂きながら、ここ数年いろいろな事に取り組んでいます。現在は人員確保がなかなか難しいのが現状です。理念にそった介護を目指し、職員一同原点に戻り勉強し直している所です。

【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)】

築山を配した庭園に、木材をふんだんに使った日本建築の事業所は、周囲の景観になじんでいる。屋内は、天窗からの明かりが落ち着いた情緒を醸しだしている。利用者は高齢(84歳~100歳)となり、重度化も見られる。日常生活における協力病院の応援は、医療的要素の研修にもみられ、管理者は積極的に取り入れ、職員の技術向上を行っている。現在、職員定数不足の中、あえて入所者数を増やさず、しっかり職員資質を整えての受け入れを目指している。開設後8年の歴史は、地域との交流も定着化し、地域にとって必要な事業所となっている。今後は、次年度入職予定の職員もまじえ、職員が一人丸となって、より良いサービス提供を目指しており、成果が期待される。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 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	会議等で理念に沿った話し合いは行い、実践もしているが、理念の具体化と日々のサービスが密接につながっている事の意識付けが十分に出来ていない。	広報紙の年始版に掲示したりもしている。入職時に理念について説明を行っているが、日常のサービスへの具現化について、職員の認識にばらつきがあると管理職は考えており、今後の大きな課題としている。	理念に基づく単年度目標等を職員全員で検討し、将来に向けた方向性について話し合ってみてはどうだろうか。
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	近隣とは日常に出会った時に挨拶をするなど顔なじみの関係を作っており、年間を通して地域行事へ参加を継続している。小学校の夏休みボランティアの受入れも継続している。	地域のクリーン事業や、どんど、元気作り教室、公民館開放による体操教室など、積極的に参加している。毎年、小学校からの子どもたちの訪問も受け入れ、利用者と一緒にゲームをしたり、掃除やおやつ作り等も楽しんでいる。	
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	一昨年には認知症サポーター養成講座を催したがここ一年は実施していない。毎月施設の広報を近隣に配布し認知症の方の生活の様子を伝える事を継続している。		
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	地域の行事、市の取り組み、感染症についての情報は利用者の生活に役立っている。事業所の課題なども積極的に公表し、改善に向けて努力している。	地域包括、協力医院の看護師、民生委員、自治協議会員、家族が参加し情報交換を行い、事業所は出た意見を取り組みに活かしている。事業所にとって現在、職員募集が大きな課題となっており、運営推進会議でも訴えている。会議の活発化に向けても、工夫の必要性を感じている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議を通じて事業所の課題報告やPTの派遣事業で個別の利用者のアドバイスを頂いている。市介護保険運営協議会に職員が参加している。	行政からのPT派遣により、利用者個別の関わりを得る等の連携も図っている。入退所についての相談や介護保険に関する会議への参加他、窓口へも気軽に訪ねている。	
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	身体拘束を行わない事を明確にし職員全員で実践を心掛け、家族にも説明している。玄関の施錠をしないケアは定着していて、言葉による虐待についても職員間で気を付けている。	転倒防止に数名、センサーマットを利用しているが、日中はリビングで活動する時間を多く持ち、使用時間を減らす工夫をしている。「ちょっと待って」ではなく、利用者の思いをその場で受け止め、対応するよう心がけている。	転倒のリスクは大きいですが、センサーマットが身体拘束である認識は常に持ち、利用を減らす努力は続けてほしい。
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	研修会を通じて学ぶ機会を設けたり、現場内での不適切ケアが蔓延しないように会議で話し合いをしている。認知症の対応によるストレスや労働環境による疲労を軽減させる為に職員が協力し合っている。	一方的に利用者には話しかけず、入浴や排泄への導きの声かけの工夫を図るなど、接遇研修の面からも配慮している。年1回、管理者は職員に個別面談を行い、個人課題を知るとともにストレス解消にも努めている。	

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	今年度に後見人制度についての研修会を実施し理解を深める機会を設けた。今まで後見人制度を利用されていた方はあったが現在は無い。	パンフレットを常備し、職員は司法書士による研修で学んでいる。現在制度の利用者はいないが、家族へは情報提供をし、必要な時には窓口への紹介も行っている。	
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	サービス開始前に事前に見学してもらい不安を解消できるように努めている。退去の基準や看取りについての条件についても説明を行っている。	入所を前提に見学や体験も可能である。契約時に「看取りの指針」も提示し、「重度化の場合の対応についての同意書」も説明している。契約書は、希望により一度持ち帰り、納得の上での契約も可能である。	
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	利用者や家族の訴え、意見、苦情は迅速に対応し利用者の生活の質の向上に努めている。家族への電話連絡や来訪時の面談は出来るだけ行い、意見、要望を引き出すように努めている。利用者に交代で運営推進会議に参加をいただいている。	運営推進会議で聞くほか、直接、面会時等に聞くことが多い。屋外の通路に野球ボール大の石の埋め込みがあり、家族から「転倒の危険性がある」との指摘を受け、撤去するなど迅速に対応した。	
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	職員は利用者と馴染みの関係作りを心掛ける事は浸透している。職員は継続したケアで利用者の理解を深め意見、提案を出している。	月1回のユニット会議、随時のリーダー会議や日頃のちょっとした雑談でも意見を言うことができる。又、個別に直接管理者に意見を言うこともできている。家族面会時の湯茶サービスに、「粉茶の利用が便利」との意見が出され取り入れた。	
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	代表者は職員の定着率が向上するように法人全体で職場を支援する体制を整えようと検討している。		
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	職員の個性とチームワークの向上に努めている。職員一人ひとりの質の向上の為、法人内外の研修や職場内のOJT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	市内グループホーム連絡会研修や風船バレーボール大会、他施設、自施設の行事の交流等を通じて他施設の職員と交流する機会を持ちサービス向上につなげる取り組みをしている。		

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
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	本人が安心できるように職員が利用者同士の関係作りを重視しながら本人の居場所作りに心掛けている。		
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	事前に施設見学で雰囲気を感じてもらっている。サービス導入前から初期にかけての質問事項には一つ一つ対応を明確にし良好な関係づくりを心掛けている。		
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	医療機関との連携、直近のサービス事業所と情報交換を行いながらサービスの場に慣れていけるように努めている。		
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	日々の生活の中で得意なことなどを生かせる場を提供し役割を持ってもらうように働きかけている。		
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	行事への参加の呼びかけや職員が家族に宛てた手紙などを通し顔の見えるケアに努め関係構築や本人と家族の絆が途切れないよう支援している。		
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	毎日の買い物や誕生日での外出などで馴染みの場所に出かけたりする機会を設けて支援している。また開かれた施設を目指しており顔なじみの方との面会も広く受け入れている。	利用者個々の誕生日に、希望で墓参りやかつての仕事先、甲子園球場などへ、家族の協力も得て出かけている。以前住んでいた近所の方の訪問もあり、顔なじみの方の訪問を積極的に支援している。	
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	全体で集まる機会を設けたり普段からテーブルは数名一緒のテーブルになり利用者同士のコミュニケーションが取れるようにしている。また意思疎通が難しい場合など職員が間に入って対応している。		

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
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	退所時は必ず次のサービスへ情報提供を行っている。		
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	家族、職員に協力してもらい本人の全体像の把握に努めている。本人の希望、意向の把握が困難な場合は職員の意見をもとに試行錯誤しながら柔軟な対応を心掛けている。	直接利用者から聞き取ったり、複数の職員で聞き取ったことから判断する事もある。また、家族からの代弁も参考にしている。日頃のちょっとした会話から把握する事もある。	
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	普段の会話の中から生活歴や嗜好を把握したり、各居室も利用者さんが自宅で使われていたものや思い出のものを飾って頂くなど本人にとって居心地の良い空間作りに努めている。		
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	利用者さんとの日々の関わりや会話の中から体調や心理面の変化の把握に努めており、申し送りや会議でケアについて検討をしている。		
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	普段の生活の中での関わりや家族の思いを把握し個別で具体的な介護計画の作成に心掛けている。状態の著変があった場合は柔軟に見直しを行っている。	入所後、暫定プランを作成し、1~2週間後に見直し、本人や家族、医療関係者の意見も参考に、介護計画を作成している。2ヶ月に1回モニタリングし、半年に1回計画を見直している。現在、看取りの人については、ほぼ毎月状態が変化するため、その都度、計画を見直し記録している。	
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	個別記録や申し送り事項、特記事項に変化を記録し情報共有している。毎月のユニット会議等で議題にあげ介護計画の作成・見直しに活かしている。		
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	小学校ボランティアやボランティアグループの受け入れをしながら利用者さんの新しいニーズを掘り起こしている。		

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	地域行事に参加したり、生活歴などから利用者さんの馴染みの場所に出かけたり誕生日などで個別の外出を企画したり各個人が生活に張りを持って貰えるように努めている。		
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	入所以前のかかりつけ医を基本としており関係を継続している。契約している訪問看護で定期的に体調を把握し、急変の場合は適切な医療を受けられるよう支援している。	これまでのかかりつけ医の継続を支援している。家族の付き添いを原則としているが、職員が付き添うこともある。協力医の往診への移行も可能で、訪問看護との連携は図れている。精神科受診に当たっては、家族と職員が同行することもある。	
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	利用者さんの状況や体調の変化など介護職員が捉えた内容をまとめて訪問看護やかかりつけ医に相談、指示をもらっている。		
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。	入院時は基本的に毎日見舞いに伺い本人さんが孤独に思われないようにしている。面会の際に病院の担当者から状況を聞いて内容を記録に残し情報の共有をしている。	体調変化によっては、早期での入院により重篤化を防ぐよう対応している。入院があった場合は、職員の毎日の訪問により、利用者、家族の安心に繋げている。転倒骨折による入院の場合は、利用者、家族の意向を優先し、早期退院のための生活リハビリによる受け入れ体制を用意している。	
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所時に重度化の指針の説明を行っている。利用者の状態の悪化、現状説明を主治医から直接話が出来る様に場を設定するなどチーム協働に努めている。	契約時に、事業所の方針を説明し、納得を得ている。状態変化に応じ、家族と医療関係者を交え、今後の状況、意向について話し合っている。看護師からの助言等も踏まえ、家族の不安を取り除き、安心できる環境となるよう配慮している。今年度は、実績はない。	
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	急変時の対応はマニュアル化して統一されている。心肺蘇生法の講習参加の機会もあるが定期的には実施出来ていない。		
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	毎年2回の避難訓練を実施し、職員・利用者さんともに避難方法を身につけてもらっている。備蓄品は定期的に検討、見直しをしている。	年2回の避難訓練(1回は夜間想定)を、利用者と共にやっている。ユニット間の職員の連携体制を重視し、避難経路や職員の動きについて、対策を検討している。運営推進会議でも協力を要請し、近隣住民への声かけもやっている。協力体制の強化に努めていきたいと考えている。	

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
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	外部講師による接遇研修を開催し利用者さんを尊重する関わり方や声掛けについて勉強する機会を設けている。普段の対応では不適切な場合があればお互いに注意しあっている。	接遇研修により、声かけや対応等についての職員の態度を特に重視し、周知を図っている。利用者の排泄や入浴時での対応や移乗時での声かけ等、利用者の顔を見て接するなど、注意している。職員間でも注意し合い、意識を高めるよう心がけている。	
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	基本的に本人の好きなようにしてもらっている。普段の会話、表情、仕草などから必要な支援を読み取るようにしている。		
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	日課を決めずに出来る限り一人一人のペースを大切にしており、会話等から希望を抽出して気持ちよく生活してもらえるように支援している。		
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	本人の希望の美容院に行ってもらい、本人の好きなようにしてもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立、買い物、調理、食事、後片付け、畑の野菜作りをできるだけ参加してもらいながら食事を楽しんでもらっている。	季節の旬の食材を工夫し、利用者の食べたい物やこれまで作ってきた家庭料理が中心のメニューである。一緒に買物に行ったり、下ごしらえや調理、後片付けまで、利用者個々の役割や得意なことを活かせるよう、職員は声かけしている。会話をしながらの楽しい食事となっている。	
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	水分や食事の摂取量が不足しがちな方には水分、食事チェック表を作って把握しながら、季節の食材、栄養バランス、量、塩分にも考慮している。		
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	食後、声掛けし自分で出来る方には各々してもらい、できない方には援助させてもらっている。義歯の管理が出来ない方には夜間、預からせてもらい洗浄剤につけている。		

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	日頃の排泄パターンを把握しながら自尊心に配慮した排泄の誘導を行い排泄の自立を支援している。排泄パターンを把握する事により、紙パンツを布パンツに移行できた事例があった。	現在、全員トイレでの排泄となっている。利用者の排泄チェック表を基に、タイミングを見ながら声かけ、誘導するなど失敗を減らすよう努めている。職員間の試行錯誤の積み重ねにより、自立度があることもある。	
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	排便チェック表を活用し便秘がちな人には朝食前に乳製品を飲食してもらい排便を促している。毎日のラジオ体操や家事、散歩で体を動かしてもらっている。		
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	入浴は夕方から毎日入れるようにしている。入浴の気分になれない方などには時間を置いたり、職員を交代して声を掛けたりして対応をしている。	毎日入る人、2日に1回の人など、利用者一人ひとりのペース、意向に応じて入浴している。夕方から夜間の時間帯、寝る前の入浴により、夜間の安眠にもつながっている。特に同性介助ではないが、希望があれば対応していく考えである。	
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	その日の本人の体調や日中の活動量など様子を見ながら、環境を整え、休息や安眠の時間が持てるように支援している。天気の良い日には布団を干したりして気持ち良く眠れるように支援している。		
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	薬の情報を常に見れるようにしており、薬が変更になったり、増減の指示があった時はその薬の特性を把握し、利用者さんの状態に変化はないか観察し、適宜主治医へ相談している。		
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	利用者さんの好きなこと得意な事を活かして、役割や楽しみが持てるように支援している。また日々の生活の中でレクリエーションや、買い物、新聞を取りに行くなどしてもらいながら気分転換も図ってもらえるように支援している。		
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	散歩や買い物など日常的な外出だけでなく、自宅、墓まいり、馴染みの場所、特別な場所への外出をする機会を多くもうけている。	毎日の食材の買い出しや、利用者からの希望で日用品の買物に行っている。個々に外食に行ったり、周辺を散歩するなど、それぞれのペースで出かけている。自宅に帰ってくつろぐ人、誕生日の外出を楽しみにしている人もいる。季節の花を見に遠出することもある。	

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
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	希望に応じて家族と相談しながら、自分で買い物や金銭の管理をしてもらっている。また管理をされない方へも、立て替えて好きな物を購入してもらい、社会生活の維持に努めている。		
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	要望があれば施設の電話を使用いただき家族や馴染みの方に電話をしてもらっている。年賀状やその他の手紙を出される利用者さんもあり自由に連絡のやり取りが出来るよう、関係が持続でき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	窓から見える景色は四季折々で季節感を感じられる作りになっている。日々の生活の中で家事や行事など建物内での活動をユニット間の移動を多くしている。共用スペースは小上がりや自由な席を多く設けひとりでゆっくり過せるような環境を作っている。	リビングは、食卓テーブル以外にも、ソファや、個々に過ごせる場所が確保され、思い思いに過ごせる。日本家屋の居間で茶の間のような雰囲気がある。台所も広くオープンで、一緒に作業がしやすい。窓も大きく、玄関前の庭園が眺められる。	
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	居室は個室になっており一人で過ごせる空間になっている。リビングでは至る所に座れるスペースがあり気の合った利用者さん同士が腰を下ろして談話したりされ居心地が良い空間が出来るよう工夫している。		
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	昔から使用していた馴染みの家具や物に囲まれ、個性ある居心地良い空間にしてもらえるように支援している。位牌を置くなど配置も家族や本人と相談しながらさせてもらっている。	利用者個々に、季節毎の衣類や雑誌、趣味の絵や写真等、気に入るように飾り、生活道具が所せましくおかれている。長年、愛用していたカバンや帽子、靴など愛着のある身の周りの物を大事にされている様子がうかがわれる。	
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	目印や表札などで自分の居室やトイレを認識してもらえるように努めている。日頃から「出来ること」「分かること」を把握し、さりげなく見守りながら、使いにくさや危険をその都度、対応を話し合っている。		