

### 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	3091700025		
法人名	社会福祉法人 光栄会		
事業所名(ユニット名)	グループホーム栄寿の里 ほほえみユニット		
所在地	和歌山県紀の川市麻生津中1294-1		
自己評価作成日	平成25年10月 16日	評価結果市町村受理日	平成26年1月10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.kai.gokensaku.jp/30/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;lgvosvoCd=3091700025-00&amp;PrefCd=30&amp;VersionCd=">http://www.kai.gokensaku.jp/30/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;lgvosvoCd=3091700025-00&amp;PrefCd=30&amp;VersionCd=</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会		
所在地	和歌山県和歌山市手平二丁目1-2		
訪問調査日	平成25年11月28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)】

当ホームでは、花や野菜作り、散歩等の日常的な活動を支援することで、自然に恵まれた環境を体感していただいています。ご利用者の意見や希望を取り入れドライブや日帰り旅行等の行事を計画する、季節感を感じていただけるような月々の催しや日々の関わりを実施し、また地域の一員であることを実感していただけるように取り組んでいます。ホーム内では、家庭的な雰囲気をお大切に、職員はご利用者一人一人に合った支援を、ご利用者本人、ご家族、地域の方々と一緒に考えて、「ここに来て良かった」と言っていただけるように支援させていただいています。また、協力医療機関の名手病院、同法人の特別養護老人ホーム栄寿苑との交流や相互協力関係にあります。

【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)】

--

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				

# 自己評価および外部評価結果

[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	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
<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	理念をリビングルームに掲示し、職員全員で共有、実践し、日々取り組んでいる。必要時は当日勤務者がミーティングを開いている。月一回法人内定期勉強会後必ず全員出席のユニットミーティングも開催している。欠席者もノートを読んで情報共有している。		
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	地域の行事(敬老会、文化祭、地域サロン等)に参加している。散歩や外出中(買い物など)に出会った地域の方との挨拶や会話を通して、交流を図っている。栄寿苑での行事・クラブへの参加や利用されている友人知人に会いに行くこともある。		
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	運営推進会議ではホーム内で実践している支援についての報告やテーマを決めた勉強会も開いている。依頼があれば地域サロンにて、参加されている地域の方に認知症予防学習やレクリエーション、体操を披露することもある。		
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	地域代表、ご家族代表、市の担当課、関連施設からの出席があり、現状や取り組みについての報告と意見交換を行うことにより、サービス向上に活かしている。参加家族も徐々に増えている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市担当課や包括への書類提出時の相談、情報提供を受けている。運営推進会議にも出席していただき、サービスについての意見や情報の交換をしている。地域の方についての相談や見学の依頼にも随時対応している。		
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	マニュアルを元実践している。外部研修や法人内定期勉強会に参加し知識を深めている。希望時には外気浴・散歩等して頂き、利用者様同士の関係も大切にしている。家族様にも説明し、ご理解いただいた上、玄関は、日中は朝9時から暮れ時までの開放を行っている。		
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	マニュアルを元実践している。外部研修や法人内定期勉強会に参加し知識を深めている。月一回身体拘束廃止委員会にて検討もしている。言葉使いや関わり方についても、互いに注意しあえる環境作りに努め、ミーティング等で話し合い実践している。		

自己	外部	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		○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	権利擁護に関する資料(日常生活自立支援事業や青年後見人制度など)をまとめ、いつでも閲覧できるようにしている。外部研修や法人内定期勉強会に参加し、知識を深め啓発している。ご家族からの相談も随時対応している。		
9		○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	疑問や質問について、時間をかけて納得して理解を得られるまで説明し、契約していただいている。契約内容の変更があれば、面会時や文章の送付で説明し同意を得ている。		
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	面会時や電話連絡時、ご利用者の状況を説明し、ご家族の意見、要望があるかを聞くようにしている。そして、事業所内で検討、対応したり、ケアプランにつなげている。意見箱も作り、意見を得られるようにしている。運営推進会議の出席家族にも意見を聞き、運営に反映させている。		
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	ミーティングでの意見交換や意見箱の設置、管理者及びユニットリーダーが個々に声をかけ、意見や悩み等に耳を傾け、普段からの職員間のコミュニケーションを大切にしている。役職者による年二回の評価と個人面談を実施、各個人の希望や意見、相談に対応している。		
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	管理者はチーフやユニットリーダーと共に、個人の能力や実績を評価している。必要であれば業務内容の見直しや勤務形態の変更・ユニット異動も行い、安定した環境作りを目指している。毎年各自が前期・後期の目標を作成し、達成に向け前向きに取り組んでいる。		
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	外部研修や法人内定期勉強会への参加を促して、能力アップを図っている。外部研修は、参加する職員にあった内容を検討し、同じ職員に片寄らないように配慮している。新職員には最低1か月のマンツーマン指導と評価を実施している。		
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	他事業所からの見学受け入れ、空室状況等について近隣の事業所への定期的訪問・連絡を実施。外部研修参加を通じ、情報や意見交換し取り組みに反映させている。		

自己	外部	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
<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	ご利用者の言葉によく耳を傾け、言葉の内外に潜む思いにも注意しながら、ご利用者の立場になって考える。表情やしぐさ等にも注目し、安心できる環境作りと信頼関係の構築に努めている。また、情報不足には、ご家族や以前利用していたサービスからの情報提供の協力を依頼している。笑顔でコミュニケーションを積極的にとるようにしている。		
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	ご家族より十分お話を聞き、不安や心配、要望等あれば解決に向け話し合い、ご家族の協力も得ながら対応し、相互関係を深めている。随時、電話連絡や面会時に状態説明を行い、ご利用者の現状について理解して頂けるよう努めている。		
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	何が一番必要かをご本人、ご家族と共に考え、話し合った上で、他のサービス利用も含むその時に一番よいと思われる支援方法を検討し、十分納得した上で決定していただいている。		
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	残存機能の見極めを注意深く行い、できることの喜びを感じていただくことに主眼を置き、できないことへの不安や自信喪失に配慮しながらさりげない支援を心掛けている。その時々々の気持ちを大切にし、ゆっくり、一緒に、楽しみながら生活していることを共に実感している。		
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	外出、外泊等の協力を得ながら、共にご利用者を支えていく関係性を築いている。面会や外出、行事参加ができるようご家族に電話連絡や手紙を出して、積極的にお願している。受診時付き添いで月1回必ず面会の機会がある。		
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	ご家族の協力を得ながら、外出、外泊、知人や友人の訪問を受けられるよう支援している。また職員と共にドライブや買い物等で外出し、馴染みの場所や行きたい場所に行ったり、地域の行事やサロン、栄寿苑を利用している知人や友人に会いに行けるよう支援している。遠方の方には、絵葉書を送ったり、電話をかけるといった支援も実施している。		
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	ご利用者の身体状況、生活暦の違いで難しい部分もあるが、その時の状況に合わせて、孤立しないようできるだけ相互に関わりが持てるように支援している。ご利用者間でトラブルになる前に職員が先取りして、対応している。掃除や洗濯物を一緒にたたんだり買い物に行ったり職員が間に入ることでご利用者同士の関わり合いや支え合える支援に努めている。		

自己	外部	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	必要に応じ、退居後もご家族と連絡を取ったり、入院される病院や施設等に情報提供をし、ご利用者にご家族が困ることのないよう対応している。職員が病院や施設に面会に行くこともある。また、病院や施設に連絡を取り、経過情報を収集し、その後について相談を受けることもある。		
<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	ご利用者やご家族からの情報を元に、ご利用者の希望や意向、趣味その他・今までの生活歴についての把握に努めている。自分では伝えることが難しいご利用者もおられるので、ご家族の意見も聞きながら、ご利用者の立場になって検討している。日常会話での何気ない言葉にもしっかり耳を傾け、そこに潜む思いにも注意している。		
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、ご家族や利用されていた事業所から情報を得ている。また、日常生活での知り得た情報についても、職員間で共有し、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	ご利用者についての情報を元に、その時々的心身状態を把握し家事やレクリエーション(趣味活動)・散歩など勧め、一人ひとりの生活リズムに合わせた支援をしている。変化があれば、24時間経過シートの活用やミーティング等を開き、対応方法の検討をしている。		
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	日頃の関わりの中で発生した問題や気付きがあれば、ご利用者やご家族、職員、医療その他関連機関とも話し合いながら、それぞれの意見を反映し、現状に即した介護計画の作成と、半年に1回または必要に応じてモニタリング及び介護計画の見直しを実施している。		
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	ご利用者個々の介護記録に、その日の言動を中心に、職員の対応や気づき、その他関連する情報を手書きで記入し、いつでも見れるようにしている。また検討事項はミーティングで話し合い、周知事項は申し送り帳等を活用し、情報の共有を行っている。		
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	普段よりご利用者、ご家族との関わりを大切にして思いを受けとめた上、できるだけ柔軟な支援ができるよう共に協力して対応している。また協力施設・関連機関にも協力を依頼することもある。		

自己	外部	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	散歩、買い物、ドライブ、地域行事に出かける等で地域資源の活用をしている。個々にはご家族と共に行きつけの美容室に行ったり、実家に帰られることもある。法人内の行事にも積極的に参加し、知人友人と旧交を深められることもある。		
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	ご家族の送迎で、職員が主治医あてに診察依頼書を書き、定期受診している。急を要する場合等、必要に応じ病院と連携をとって受診の段取りをする。家族と同行し正確な状態説明をすることでスムーズで適切な医療を受けられるよう支援している。協力医療機関へのかかりつけ医の変更も希望があれば行っている。		
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	看護師、介護職員が協力してご利用者の状態把握に努め、判断がつかない場合は昼夜問わず、すぐに協力医療機関に相談した上で、受診や看護を適切に受けられるよう支援している。		
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。	入院時は、看護師、介護職員が協力してご利用者の状態についてホームでの生活などの状況をいつでも情報提供できる体制にし、安心して治療できるようにしている。入院中についてはご家族と入院先の主治医と情報交換や面会をしながら利用者様の状態を把握し早期の退院に備えている。		
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	重度化や終末期に向けた方針は契約時に説明し、ご利用者またはご家族の思いや希望を随時聞くようにしている。その時の状況により、当ホームでできることを説明しながら、看護師や関係機関とも協力しながら、安心して生活していただけるよう支援している。		
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	急変時、事故発生時の緊急時対応マニュアルがあり、職員に周知し、それに沿って対応している。法人内勉強会にて、AEDや救命措置の初期対応講習に参加している。また管理者や責任者・看護師への緊急連絡体制もできている。		
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回の避難訓練をご利用者と共に実施している。近隣の法人施設との相互協力関係と、防災ボランティアリーダー協会員として地域との連携もとれる体制になっている。近隣職員が多い為、休みでも職員は地震災害情報を見たら、協力が必要か連絡するようにしている。緊急メールも発信できるようにしている。また法人内定期勉強会でも対応について知識を深めている。		

自己	外部	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
<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	名前は姓で呼んでいるが、ご利用者の希望により、下の名前で呼ぶこともあり、一人ひとりに合わせた対応をしている。慣れ合いにならないように、上司や職員同士でも注意するようにしている。また、外部研修や勉強会での学びも取り入れている。		
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	日頃より、ご利用者とのコミュニケーションをしっかりと、思ったことを言いやすい雰囲気作りをしている。自己決定が難しい方には、職員から提案をすることで選択していただくこともある。意見や希望には、ご家族の協力も得ながら、行事として計画を立てたり、その日の中で実現できるよう支援している。		
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	ご利用者のその時々のおもいや気持ちを大切に、したいことなど希望を聞いたり、時にはこちらから提案してみたりしている。職員本位とならないよう注意している。		
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	好みの服を着て頂く、化粧をして頂けるよう支援している。行きつけの美容室にご家族と行く方や、ホームの送迎で行く方もいます。自己決定が困難な方には、こちらからいくつかの提案をすることで自己決定を促したり、ご家族の意見を取り入れながら支援している。		
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	職員は行事や季節に合ったものを提供できるよう、ご利用者と一緒に献立を作成している。残存機能を生かして、食事の準備や片づけ、買い物等出来ることを実感していただけるような支援をしている。自家菜園でできた季節野菜と一緒に収穫し、調理して食べることもある。職員もご利用者と一緒に同じものをいただきながら食事を楽しんでいる。いつもと違う雰囲気と楽しみの工夫に外食やお弁当を頼んだりしている。		
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	体重の増減、医師の指示を踏まえ、個々にあった食事形態(食べやすいように小さく切る、軟らかさの工夫等)、食事量・水分量の調整と摂取量の確認、食事制限の方への個別対応を行いながら提供している。		
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、ご利用者の口腔状態やその方に合わせた口腔ケアをしている。口臭のある方については重曹水にて対応している。毎月歯科衛生士の訪問があり、気になる方を診てもらい、個々のケアにつなげている。		

自己	外部	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	(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	24時間の排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握している。ご利用者が発するサインを見逃さず誘導したり自尊心を傷つけないよう配慮しながら、排泄の自立に向けた支援を実施している。パットやリハビリパンツを使用している方については昼間は外すなどの外す為の工夫をしている。		
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	24時間の排泄チェック表を活用し、排便の有無・量・形状を確認している。個々に応じた対応(体操、水分摂取、乳製品や野菜ジュースの摂取、廻状マッサージ、食物繊維の摂取等)をして予防に取り組んでいる。また散歩や外出することで運動不足の解消と腸の働きを活発にする努力をしている。便秘が酷い場合、医師の指示により、緩下剤を服用される方もいる。		
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	ご利用者の希望や体調に合わせて、毎日～2、3日に一回程度(最低週2回)の入浴を行っている。16時前後から開始し、できる限り希望にそった順番で対応している。体調不良や拒否される方には無理強いせず、清拭や足浴等の支援をしている。早い時間を希望される方への対応も行っている。		
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	状態をよく見て、疲れ気味の時は午後に居室での昼寝を提案する等ご利用者の希望を取り入れ、運動やレクリエーション等の活動機会を作り、集中すること・体を動かすことで生活リズムをつくり、夜間気持ちよく眠れるように支援している。しかし、活動が嫌いな方もいる為、無理強いほしないが、参加しやすい雰囲気を作るよう努めている。		
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	個々に内服薬の効能書もらっている。介護職員は看護師の指導のもと、それを読んで用量、用法、副作用等について理解した上で、服薬支援し、症状の変化等の確認に努めている。看護師は主治医等に確認し、特に注意が必要な方について、より詳しく職員が理解しやすいよう伝達を行う。		
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	生活歴等の様々な情報から、クラブ活動や趣味、掃除・洗濯・食事の準備・畑仕事等の日常生活内の活動といった、個々の力を活かした役割や楽しみを実感していただけるよう支援している。また、希望を実現させることで、生活に張り合いや喜びを感じていただけるよう支援している。		
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に支援している	日常的に散歩や日光浴、ドライブ、買い物等行い気分転換ができるように支援している。日帰り旅行や外食、地域の行事への参加等も職員がご利用者の意見を取り入れながら予定を作り、実施している。ご利用者の実家等、ご家族の協力が必要な場合は、相談の上、実現できるよう支援している。		



自己	外部	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	ご利用者自身で管理したい方にはご家族に了解を得て、所持して頂いている方もいらっしゃいます。希望により職員と買い物に行くこともあり、自分で買う楽しみを持って頂けるよう支援している。		
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	職員の支援により、毎月絵手紙をご家族や知人に送られるご利用者もいる。季節のハガキ(年賀状、暑中見舞い等)もご利用者の希望を聞きながら、送っている。希望があればその都度、ご利用者の代わりに電話をかけて取り次いでいる。(電話のかけ方がややこしい為)		
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	快適に過ごせるように、室温や換気に配慮している。季節感が味わえるよう、飾りつけや花を置く工夫をしている。天窗から自然光が入るようになっている。建物の周りは自然に囲まれているので、鳥や虫の鳴き声が聞こえたり、窓の外の景色が季節毎に変化していくのを感じることができる。		
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	リビングにはソファやテーブルがあり、仲のよい方が座って談笑したり、お茶を飲んだりされている。ひとりで玄関先のえん床やベンチに座りに行かれる方もいれば、仲のよい方同士で行かれることもある。和室でくつろがれる方もいる。居室にて過ごされる方もいる。内外に居場所を作る工夫をしている。		
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	各居室にベッド・整理タンス・小テーブルを備え付けている。馴染みの家具や行事写真、絵葉書等を飾るなどして居心地よく過ごせる工夫をしている。混乱される方も中にはいるので、様子を見てご利用者の意見も聞きながら、ご家族と相談して決めることもある。		
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	過剰な支援とならないように、できることはしていただけるような安全な環境を作り、一人ひとりに合わせた支援ができるよう心がけている。動線にはできる限り物を置かないようにし、自由に安全に移動できるよう配慮している。わかりやすいしるしを付けることで、視認しやすい工夫をしている。		