

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	4470103484		
法人名	大分県医療生活共同組合		
事業所名	グループホーム六本松		
所在地	大分市大字津留字六本松1970-7		
自己評価作成日	平成22年3月12日	評価結果市町村受理日	平成22年6月17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://ap.oita-kaigo.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4470103484&SCD=320
----------	---

【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第三者評価機構		
所在地	大分市大字羽屋21番1の212 チュリス古国府壱番館1F		
訪問調査日	平成22年3月23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)】

・岩田団地の方の協力があり、交流している。 ・食事作りを利用者と一緒にして、同じものを一緒に食べている。 ・入所者がのびのびしている。 ・デイサービスの車を借りて外出できる。 ・源泉掛け流しの温泉や足湯がある。 ・大分川や裏川公園が近く、環境がよい。 ・費用が安い。 ・面会に来やすい便利な場所にある。 ・職員が真面目で介護に熱心である。

【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)】

市郊外より程近く、生活空間には、保育所・幼稚園・小学校や同組合の病院を有し、スーパー等の店舗も点在する住宅や団地の一角に在る併設型の鉄骨造り1階建てのホームです。居室は、庭への出入り可能な掃き出し窓が設けられ、くつろぎのマイルームの装いです。地域の一人として共に暮らす姿勢を大切に、自治会や老人会・子ども会等の地区の情報をキャッチし、連携に努め前進的に実践しています。安心サポートやお守り名札等の安全対策や、ホームケア(けんせいホームクリニック・歯科クリニック)の訪問診療が行われ、利用者の意向を尊重しながら充実した支援に取り組んでいます。「栄養」と「身体・精神」について提唱し、日常生活の中から、健全な身体づくりに積極的に取り組んでいます。

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、活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

[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
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	その人らしく地域と共に暮らし続ける事を目指した理念を、管理者と職員とで共有できるように作り、申し送り時や職員会議などで話し合い確認し、利用者や家族の支援をしている。	利用者が地域の中でその人らしく生活するには、何が必要かを共に暮らす一員として全職員で協働を重ね、理念と、その実践へ向けての具体化した取り組みを表記しています。家族への理解を得る中で、協力し合える体制づくりに励んでいます。	
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	食材等の買物は近隣の店舗を利用し、地域のふれあいサロンに出かけたり、餅つきに参加したりと交流がある。事業所の行事に地域の老人会の方々等の参加もあり、顔見知りになり、よく声をかけてくれる。	自治会との繋がりの中で地域の情報を得て、行事や催し事に積極的に参加しています。実習生の指導・ボランティアや施設行事等への外来者の受入れに励んでいます。保育所訪問やお買い物等による、近所付き合いも活発に行われています。	
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	管理者は認知症サポーター講座等の学習会などの講師として参加している。日常的には見学をいつでも受け入れ、相談に応じている。		
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	運営推進会議は、利用者の状況や行事・活動・サービスの実際等を報告し、参加者の意見をサービスに反映している。そこでは報告や話し合いを行い、サービス向上に活かしている。	多数の地域世話役出席の中で、行事等の経過報告と利用者の実情、今後の課題、意見・要望について熱心に協議されています。会議録は家族へ送付され、取り組みへの理解を図ると共に、対応改善策に全体で取り組む体制を築いています。	地域との連携体制が根付く現況の中で、利用者の未来を考えると、本人や家族・近隣住民の高齢化等に順応できる施設としての課題(看取りや災害時等)についても積極的に協議されることに期待します。
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	市の長寿福祉課の職員は運営推進会議に参加し、助言をいただいている。生活福祉課の職員も時々立ち寄り、利用者の様子を報告している。運営推進会議やケアケア会議に於いて、地域包括支援センターの職員の協力もできている。	市担当者とは、会議参加や訪問受入れ、電話(要望等)連絡の発信により、相互の協力的な関係づくりに努めています。また、地域包括支援センター職員は、認知症連絡員としても活動しており、ホーム職員との連携にも熱心な状況が伺えます。	
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	職員会議等で学習会を設け、代表者および全職員が身体拘束をしないケアについて理解をし、実践している。日中の玄関の施錠はしておらず、自由に出入りが出来る。	身体拘束ゼロの取り組みについて、利用者が熱中できる環境への配慮や、一人ひとりの思いの尊重と安全面への対応と対策など、全職員で学び、日常の暮らしから伺える気づきを大切に、職員間で共通の知識を持ち、実践に取り組んでいます。	
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	職員会議で学習会を設け、管理者や職員は高齢者虐待防止について理解している。管理者は職員の言動が利用者の尊厳を犯すことのない様指導を行っている。利用者には異常がないか観察し防止に努めている。		

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
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	職員を対象に年1回学習会を行っている。今年度は1人の方に日常生活自立支援事業の契約を支援した。成年後見制度の活用も検討し、本人及び家族と相談又は支援をしている。		
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	事前に利用者及び家族の不安や疑問などに、丁寧に説明し納得して頂いた上で重要事項、生活上のリスク、看取りや他機関との連携体制を説明している。契約解除の際にも十分な対応を行い支援を行っている。		
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	利用者や家族の意見・要望は、家族会や運営推進会議で出している。又、利用者アンケート箱を玄関に設置している。昨年10月にご家族の満足アンケートも実施した。	日常のコミュニケーションに努める中で、毎月発送の「報告書」に加え、「ご質問・ご意見・ご要望記載用紙」を3カ月毎に添付しています。利用者や家族の思いを受け止める取り組みとして、施設関連以外の公的機関相談の窓口も表明しています。	
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	個別または申し送り時や職員会議で話し合い、意見を聞き、運営に活かしている。	会議は、全職員の出席が可能な時間帯に設定されるなど、日常的に感じる職員の気づき、アイデアを大切に受け止め、支援に生かす仕組みを施行しています。運営方法や勤務体制等も職員の意見が反映出来るように取り組まれています。	
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	法人理事長は管理者・センター長や労働組合を通じて職場の実態を把握しており、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の力量チェックを定期的に行い、管理者が評価・指導するシステムがあり、実施している。教育の年間計画を立案し、外部研修にも参加できるようにしている。		
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	宅老所・グループホーム大分県連絡会の会議に参加したり、他事業所を見学したり、交換実習への参加を始めた。介護サービスや運営方法を参考にしている。		

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
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	入所の相談や申込みがあった際は、本人家族にホームを見学して頂き、お試し入居も実施している。本人の自宅や入所施設を訪問し、これまでの経緯や現在の生活状況、要望等を把握するよう努めている。		
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	入居希望や相談の方には本人や相談者の困っている事、不安な事、要望等をよく聞き、支援の方法などを一緒に考えている。入居時にはアセスメントを行い、入居者が安心してグループホームの生活に入れるよう努めている。		
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	本人や相談者の心身の状況や生活環境等を確認し、支援の方法等を検討している。急を要する相談者には地域包括支援センターの紹介や他の事業所情報を提供している。		
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	職員は食事の活動を中心に、利用者から料理を教えてもらう等、共に支えあって生活する関係作りを行っている。また、利用者が日常生活の活動をゆっくり職員と行えるよう支援している。		
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	家族と一緒に利用者を支えていけるよう、利用者の様子やホームの状況についても電話や報告書やニュース等で報告したり、家族の面会時は一緒に話したりして、共に支えていく関係を築いている。		
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	入居時やその後、家族に積極的に情報の提供をお願いし、できるだけ長い間、家族や友人などのなじみの人に会ったり、なじみの場所(自宅など)に行けるよう支援している。	利用者を取り巻く馴染みの人間関係を把握する中で、知人等へ電話や手紙で連絡を取り、繋がりを継続できる支援に取り組んでいます。また、家族とは、認知症の病状について共有の理解に努めるなど、外出・外泊の声かけも行われています。	
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	利用者間の人間関係を把握し、食事の際座る席を工夫したり、気の合う方同士で居室の訪問をしたり、外出やゲームを楽しむなど、人間関係が良くなる様に支援している。		
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	サービスが終了しても、希望や必要があれば、訪問したり、相談して下さるよう、声掛けしている。		

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
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	(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	本人本位のケアの為に、利用者の生活歴や希望を把握し、生活の中に喜びや生甲斐が感じられ、その人らしく生きられる様アプローチしている。介護上の問題がある場合本人の気持ちや希望に立って考えている。	家族との交流や職員の気づきの中から、利用者がどのように暮らして行きたいかなどの気持ちを捉えながら、一人ひとりの思いを大切に受け入れる支援に全職員で取り組んでいます。申し送り時などを活用して、早期の解決に励んでいます。	
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	利用者一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方の情報を入居時や入居後も家族から聞き、アセスメントしている。		
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	一人ひとりの生活のスタイル・心身状態、できる事、できない事等の全体像をケアプランの作製時や見直し時に把握する様努めている。		
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	本人や家族には日常的な暮らし方について、医師や薬剤師にも課題やケアについて意見を出してもらい、ケア計画に反映している。	利用者の日々の姿や思いなどを個別記録に表し、全職員が共有の情報として把握する中で、医療面の専門的なアドバイスを医師や薬剤師から受けながら、現状を見据え、その人らしさを活かせる計画の策定が進められています。	
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	日々の様子やケアの内容を個別記録に記入し勤務前に読んだり、申し送り、ミニカンファ、月1回のケアカンファレンス、介護計画作成者と担当者でモニタリングを行い、介護計画を見直している。		
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	病院の受診時の介助、ホームでの在宅酸素療法への対応、デイサービス利用者との交流や外出援助等を行っている。		

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
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	地域の民生委員・住民・ボランティアの協力を得ながら、利用者を支援している。岩田団地防災士が、運営推進会議に出席し、防災と避難の方法をアドバイスしてくれた。消防は本部と共に指示・訓練を受けている。		
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	利用者、家族の希望を確認し、けんせいホームケアクリニック・けんせい歯科による訪問診療を利用している。利用者本人の希望により、日赤病院の定期的な診察も受けている方の支援もしている。	本人や家族の希望するかかりつけ医への支援も行われています。系列に医療機関が有り急変時にも十分対応出来る連携体制が整っています。	
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	管理者が看護職であり、日常の健康管理を行っている。看護師と介護職とで連携して医療機関の活用を支援している。		
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。	利用者が入院する時は、利用者の心身の状態やケア内容の情報提供をし、不安・不穩の軽減に努めている。入院した際は職員が度々面会に行き、早期に退院できる様、主治医や看護師・リハと話し合いをしている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方については入居時やケアプラン作成時や見直し時に希望を聞き、相談に応じている。かかりつけ医も終末期医療については積極的である。法人内の訪問看護ステーションの協力も得ることが出来る。チームとして援助したい。	重度化、終末期に向けての取り組みについてはチームケアの役割を十分発揮出来る事業所であり、利用者、家族の方の希望を受け入れ満足度も得られています。	
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	入所者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応できるよう、1年に1回学習会を行っている。		
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	避難訓練は在宅センターすこやか全体とホームとで、2回行った。近隣の職員の協力や応援体制がある。岩田団地の方にも、協力をお願いしてある。	「避難訓練マニュアル」の作成も有り、系列の事業所との連携、協力、又地域の団地の方の協力を得て避難訓練を行っています。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	本人の人格を大切にし、名前の呼び方や排泄の介助等プライドやプライバシーを尊重した言葉かけを心掛けている。記録物の保管等の管理もしている。	尊厳についての職員研修を行い「マニュアル」も作成しています。常に「傷つけない」言葉使いを心がけた支援に取り組まれています。	
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	職員は利用者が生活の中での思いや希望を出せる様、ゆっくり話を聞いたり、言動をよく観察・把握している。利用者には希望にあわせて支援している。		
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し、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	ホームでの決まり事は特になし。起床・就寝・面会時間など自由にし、1日の生活は、利用者のペースを尊重した支援を心掛けている。		
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	利用者は希望や趣味に合わせて髪型・服装やお化粧などを楽しめるよう支援している。理容・美容は近隣で希望の店を利用する様援助し、お互いに馴染みの関係になっている。		
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	食事の献立の希望を聞いたり、下ごしらえや片付けなど得意分野を活かしながら取り組んでいる。毎日、お昼前約10分間、嚥下体操をしその日のメニューの紹介等を行い、食べる意欲を高めるよう支援している。	下膳の手伝い、お茶碗洗い等利用者の積極的な参加が見られ、毎日の献立にも利用者の好みや季節の物を取り入れたメニュー作りに力を入れており、食事への拘りを大切にしています。	
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	食事はバランスよく摂取できる様、水分は1500ccを目安に支援している。食事量の少ない利用者には、食べやすい調理の工夫や、栄養補助食品を摂っていただくこともある。		
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	口腔内の状況により、個々に指導やケアをしている。また、ホームで十分な口腔ケアが出来ない場合には、定期的にはけんせい歯科で訪問診療を受けている。		

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)	○排便の自立支援 排便の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排便のパターン、習慣を活かして、トイレでの排便や排便の自立にむけた支援を行っている	本人のペースで気持ちよく排便できるよう、排便パターンや、排便のサインを見逃さないように注意して誘導している。	居室から出てトイレの場所が解るよう床に、「テープを引く」など排便支援への取り組みが行われており、排便チェック表も見やすく工夫した記録表となっています。	
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	便秘は心身状態の悪化を来し易い、個々の入居者の排便の状況を把握し、朝、牛乳・ヨーグルト・野菜などの食事、水分、散歩などの運動と共に、薬の調節も行っている。		
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	入浴の回数は特に決まりはない、毎日でも可能。入浴時に危険がないよう注意し、その方の能力を引き出し、ゆっくり介助している。音楽や歌で入浴が楽しみになるよう介助している。	源泉かけ流しの温泉で、毎日入浴を行っています。入浴を嫌がる方についても色々な角度からの取り組みがおこなわれています。	
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	日中は本人のペースで生活していただいている。必要な方には休養を促す声掛け、援助している。夜間は個々に合わせ就寝介助、不眠の方は飲物や談話をして睡眠の援助をしている。		
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	医師の診察後は、診察所見と処方された薬については記録に残し、申し送りにて情報を共有し、症状の変化や副作用についても観察している。訪問薬剤師とも情報交換し指導を受けている。		
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	一人ひとりの生活や家事(掃除・食器洗い・調理等)の能力を活かした活動をしていただき、自信と意欲が持てるよう働きかけている。花植え、野菜作り、散歩、ドライブ等も楽しんでいただいている。		
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	個別あるいは複数で、買物・散歩・ドライブ・お祭・美術館・若い時過ごした場所や併設のデイサービスの見学など、その方の心身の状況や希望に応じて援助している。家族には散歩や外食の介助などお願いしている。	積極的に取り組まれており、近隣の団地の方も散歩中気軽に声かけやコミュニケーションを取れる馴染みの関係が築かれています。	

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
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	小遣いは本人の希望に合わせ少額のお金を財布に入れて支援している。買物時、財布からお金を出すなどをしてもらっている。お金を使えない方にも、初詣や子供神輿のお賽銭などお金を使う機会を作っている。		
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している	家族から贈り物が届いた時や誕生日等に本人の家族と電話していただく事もある。年賀状の書ける方には出せるよう支援している。		
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	リビングから中庭が見え、花や鳥を眺めたり、夜は明かりをつけ開放感を味わえる。ポランテアからの差し入れの花をリビングに飾ったり、正月鏡餅・お雛様・七夕・貼り絵やクリスマスツリーの飾りつけ等を楽しんでいる。	居間にはソファの数も多くゆったりと過ごせ、そこから見える中庭は四季折々の花を見渡せます。また中庭では季節ごとに「イベント会場」として利用し気分転換を図れる場所となっています。	
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	ホーム内や玄関・中庭にソファや椅子を配置し、くつろげる様にしている。		
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	居室には自宅で使用していた家具や好みの物、家族の写真、好きな音楽が入ったCDラジカセなどを置いていただき、くつろげる様にしている。	各部屋から段差もなく花壇に出れ、外の空気と土に触れられる作りとなっています。居室もその方が使いやすい様に工夫された部屋作りとなっています。	
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	利用者が動きやすく生活しやすいよう、リビング内にテーブルやソファを配置している。各居室の入り口には、自分の部屋だと分かりやすい様に表札やご本人の写真を貼っている。		