

(様式1) 平成 21 年度

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	2870902091		
法人名	医療法人社団 董会		
事業所名	甲陽園すみれホーム		
所在地	兵庫県西宮市神原15-65		
自己評価作成日	平成22年2月26日	評価結果市町村受理日	平成22年7月12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.kaigo-kouhyou-hyogo.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市甲陽園本庄町6-8-102		
訪問調査日	平成22年3月4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)】

地域や家庭との結びつきを重視し、利用者が穏やかで安心して過ごせる事を根本と考え、家庭的な雰囲気の中で支援に取り組んでいる。ご利用者一人ひとりが地域とつながりながら暮らし続けられるよう、地域の行事への参加・近隣小学校との関わりを継続し、生徒との交流や先生の施設実習の場としてホームを提供している。また、編み物・本の読み聞かせ等アクティビティや買い物などの外出支援でボランティアの協力を得ている。管理者・職員は日々の暮らしの中でご利用者一人ひとりがその人らしく暮らし続けられるように好みや習慣・「できる事、できない事」などを本人や家族から情報を得て、ホームの暮らしの中に本人の意向が反映されるよう努めている。

【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)】

閑静な住宅地の中に位置するホームは、周辺にスーパーやコンビニ等もあり利便性にも恵まれた環境にある。アットホームな雰囲気の中で地域や家族との交流を大切に、心通い合う充実した暮らしの継続を目指している。地域の自治会や民生委員からの地域行事の案内や情報提供・小学校の生徒の来訪や教員実習での交流・ボランティアによるフラダンスや演奏会等楽しみ事での連携など、多方面からの協力が得られている。利用者の日常の健康管理については、委託医の毎週の往診や看護師の協力にて24時間体制での健康管理も整い、適切な対応ができるよう支援されている。

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				

自己評価および第三者評価結果

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
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	ホーム独自の理念を作り、重要事項説明書に明記し、入居者及び家族への説明を行っている。また、カンファレンス時に、理念に基づいたケアができてきているかの確認も含めた話し合いをスタッフ間で行っている。	理念は「皆、明るく家庭的な雰囲気の中で、皆、落ち着いて、皆、喜びを分かち合い、心通い合う充実した日々を送り、元気いっばいの笑顔あふれるホームを目指す。」とし、事務所に掲示してある。職員も常に意識して働けるよう、理念を暗唱している者もいる。新人研修・月1回の会議・カンファレンス等で話し合わせられ共有化が図られている。	
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	地元の人々との交流に努めている。西武庫団地が主催するほのぼの喫茶への参加や、盆踊り、地域のボーイスカウトの子供達を招いての交流等。	民生委員により、ボランティアの紹介や地域の盆踊りなどの案内がある。近隣小学校の生徒の来訪や教員の実習等を通じて交流が継続している。大学生によるバイオリンとピアノの演奏やフラダンスのボランティアの来所もあり、利用者も一緒に楽しんでいる。	
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	地域の方にチラシを配布し、ホームで行う夏祭りや、バザー、その他レクリエーションへの参加を呼び掛けている。		
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	スタッフの技術向上の為、地域包括支援センターのスタッフと協力し、研修の計画、実施を行っている。	運営推進会議は2~3ヶ月毎に年5回行っている。メンバーは家族の代表・所長・民生委員・包括支援センターの職員・他のグループホームの職員・当ホームの職員で構成している。ホームの活動状況や行事案内等報告し、家族や民生委員等からの要望や提案について話し合っている。	運営推進会議が地域の理解と支援が得られる意見交換の場となるよう、今後は年間概ね6回以上の会議の開催を期待する。

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
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	月2回、尼崎市介護相談員2名による訪問を受け入れている。行事等も時間の都合がつけば参加してもらっている。	運営推進会議に包括支援センターの職員が参加している。市のグループホーム連絡会に市の担当職員が参加している。介護保険課には相談に行く機会が多く適切な助言をもらっている。	
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	身体拘束に関するマニュアルを作成し、ケアカンファレンスの際に禁止の対象となる具体的な行為を説明し、理解してもらっている。やむを得ず拘束する場合には、家族等に理由を説明し、事前に文書による了解を得ている。	身体拘束のマニュアルを備え、職員は拘束の無いケアに努めている。ホーム玄関前は交通量の多い道である為、1階の玄関とエレベーターは施錠している。利用者の様子を見ながら、外出の思いを尊重し希望に応じれるよう配慮している。	利用者の心身の状態や安全面に配慮しつつ自由な暮らしを支えていく為に話し合い、エレベーターの自由な利用等検討していくことを期待する。
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	高齢者虐待がホーム内で見過ごされる事のない様、利用者の入所時は、プライバシーを考慮した上で身体のチェックを行っている。そして管理者や職員は、虐待の防止に努め、スタッフへの研修も行っている。	虐待については、身体的な虐待と言葉等による心理的虐待についても理解している。職員の精神面の安定と虐待防止との関連性について管理者は意識し、職員の様子や表情を見てストレスが無いか確認し、状況に応じ相談にのる等対応している。	虐待防止について、マニュアルを整備し研修で職員一人一人が認識を深めていくことを期待する。
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	ケース事例を通じた研修を行い、その対応の中で教育において、意識を高めている。	成年後見人をつけてられる方は1名おられるので、職員は利用者の思いにそった支援ができるよう、制度を理解していくよう努めている。	権利擁護に関する制度の理解のために研修を行い、職員一人一人のスキルアップを期待する。
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	契約時、改定時には随時利用者、家族共に内容を説明し、その他、家族会の場を用い不安や疑問等の声にお答えしている。	契約前の見学を勧めている。契約はホームで行うことが多く、重要事項説明書にそって丁寧に説明しているが、自宅に伺い今までの生活を見せてもらい、自宅で契約を行う事もある。退去についても伝え、説明終了後は利用者・家族から記名捺印をもらっている。個人情報使用目的について説明し同意を得ている。制度改定時には、家族会での説明や文書配布にて家族の納得と同意を得ている。	

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
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	家族会の開催にて、スタッフ、家族間のコミュニケーションの機会を設け、話し合った事について記録をし、運営に反映させている。	家族は来訪の機会が多く、管理者が対応し、意見や要望を聴いている。年に1回家族アンケートを実施している。毎月の会議で職員と共に相談や苦情について改善策を検討している。対応結果は記録に残している。	
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	スタッフから代表者への自己申告や、スタッフと代表者との面接等によって意見を募っている。	毎月の利用者状況報告会やホーム会議の中で職員の意見や要望・提案を聴く機会を設け、運営面に反映できるよう努めている。職員の異動は現在は落ち着いている状況で、異動がある場合はホーム便り等で家族に報告している。	
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	自己申告、ミーティング、個別のスタッフ面接にて、日々職場環境、給料、処遇等の改善に努めている。		
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	所内研修を行い、スタッフのスキルアップを図ったり、グループホーム連絡会等、他事業所との交流の場等に積極的に参加している。		
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	グループホーム連絡会、グループホーム討論会、その他研修等に積極的に参加している。		
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	初期は帰宅願望が見られるので、スタッフは利用者の気持ちを受け止め、コミュニケーションの時間を多く設ける他、傾聴と受容の姿勢で関係づくりに努めている。		

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
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	利用前から家族が困っている事、不安、要望について耳を傾け、利用開始以降も面会等の時は積極的に声かけをし、関係作りに努めている。		
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	担当者会議にて本人、家族、居宅ケアマネと連携し、ケアの方向性について統一する。		
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	利用者を主体にして、本人の役割り等を考え、支援を行う。		
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	本人と家族の絆を育成する支援を行う。その為、普段より、お話を聞き、スタッフが、必要に応じて、本人、家族の間の調和を図るよう努める。		
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	友人との関係が継続する様に、本人の許可を得て支援を行う。	近隣の親しかった人の面会の機会があり、本人の希望があれば手紙や電話の取次ぎを行なうなど支援している。社会との関係性が途切れないよう、いつでも外部とのコンタクトが取れるよう配慮している。馴染みの場所へ出かける希望があれば、遠距離は家族に付き添ってもらうが、近隣でのお墓参りや自宅に帰る場合は、職員が付き添い支援している。	
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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	スタッフが間を取り持ちながら、共同作業等を通じて利用者同士の関係作りを支援している。		

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	退所された後でも、今日までの関係性を大切にする様、取り組みを行い、人間としての支援に努めている。		
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	希望や意向を聞きだしたら、出来るだけ速やかにケアに取り組んだり、実行に移している。困難な場合にも可能な限り対応している。	管理者が家族・本人と面談し、思いや意向を伺い記録に残している。意志向表現の出来ない方については、担当職員が仕草や表情で判断している。	
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	入所面接の時にフェイスシートに生活歴を記載し、スタッフ間で共有と、直近の状況についても確認、入所後も生活の中でコミュニケーションを取り、これまでの暮らし方を把握し、ケアに生かしている。		
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	ご本人の長所を活かす為の、気づきシートを用いてスタッフ間で意見を出し合い、ケアカンファレンスや申し送り等で現状を把握している。		
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	ご本人、家族、主治医、ナース、ボランティア等の意見を参考にして、活動と参加という支援を通して、利用者主体の介護計画とモニタリングを実施している。	本人・家族の意向や希望を聴き、アセスメントシートの記入は管理者が行い、利用者・家族の希望が反映された介護計画を作成している。計画は家族面会時や郵送にて説明し同意をもらっている。利用者に変化のない場合は3～6カ月毎にモニタリングし介護計画の見直しを行い、状態変化のある場合はその都度見直している。	個々の利用者に対して状態変化がなくても、月に1回は介護計画を確認した後、結果を記録に残し、計画の振り返りをされることを期待する。

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
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	個別記録を設け、スタッフ間で情報を共有し、活動と参加という視点で必要に応じて介護計画の見直しを行っている。		
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	ニーズがあれば、デイサービスにて機能訓練を行ったり、ミュージックセラピー、習字に参加していただいている。その他盆踊りや夏祭りにて地域交流を図っている。		
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	ふれあい喫茶、図書館の朗読会等に参加し、地域より協力を得ている。		
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	萌クリニック、訪問看護ステーション菜の花との連携により24時間対応が可能。利用者や家族の希望に応じ、他の医療機関を利用している場合であっても、適切な医療が受けられるように支援している。	内科と歯科は毎週の往診があり、利用者は2週間に1回診察を受けている。眼科等の受診には家族が付き添うことが多いが、状況に応じて職員が同行する場合もある。受診時は文書にて利用者の情報を家族や担当医に提供している。内科医の看護師と24時間連絡が取れるようになっている。	
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	訪問看護ステーション菜の花の看護職員と週1回の訪問時に相談をしながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている。		
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。	利用者が入院された時は病院関係者と情報を共有し、入院中も利用者との関係を持続させる。	上ヶ原病院が協力病院になっており、相談室との連絡を蜜に行っている。入院の必要性は委託医である内科医に判断してもらい病院との連絡を行っている。入院後も職員は面会に行くよう努め、利用者・家族・病院との連携が取れている。	

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
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、事業所ですることが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	本人や家族に対して、ホームで出来る事、出来ない事をきちんと伝えている。重度化した場合には、主治医から家族への説明を含めた、チームとしての支援に取り組んでいる。	看取りの方針についての文書があり、利用開始時に説明を行っているが、現在までにホームでの看取りの経験はない。建物の構造上、ホームでのケアは車椅子対応までとし、寝たきりになった場合の退所について説明を行っている。	
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	事例検討会や、研修会を行い、スタッフ皆が統一した対応を行っている。		
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	災害対策のマニュアルを作成し、スタッフがいいつでも閲覧しやすい場所に保管している。その他、年に2回防災訓練と研修を実施している。	年間計画の中で、消防署の協力のもと消防訓練を1回、ホーム内で自営で1回、夜間想定にも配慮し実施している。消防署からダミー人形とADEを借り救急法の研修を年3回行っている。	災害対策について運営推進会議でも話し合い、地域や家族にも協力を依頼されることが望ましい。災害に備え飲料水や缶詰など備蓄されることが望まれる。
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	毎朝社訓を読み上げ、スタッフ間で周知している。その他、プライバシー保護のマニュアルがあり、日頃より声かけや対応について具体的に指導を行っている。	認知症の研修の中で学習し、接遇面で言葉遣いや対応に気をつけ、羞恥心への配慮にも気を配れるよう努めている。個人情報の取り扱いについて研修を行っている。	
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	日頃よりコミュニケーションの機会を多く設け、何でも言いやすいような環境作りを行っている。そして希望や意向を把握し、出来るだけ速やかにケアに取り組んだり、実行に移している。困難な場合にも可能な限り対応している。		
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	ICFの理念である個別性の理解を深め、利用者の長所を伸ばす視点でケアに当たっている。		

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
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	その方の希望に合った服装ができるよう努力している。外部の美容院を利用できない方には訪問美容を利用していただいている。		
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	利用者の能力に応じて、買い物、準備、配膳、片付け等の役割りを持っていただいている。	献立・食材搬入は法人内の業者に依頼しており、食事作りはホームで行っている。お寿司やカレー等、利用者の希望を聴きメニューを変更したり、月に1回程度外食を楽しむ機会を作っている。2ヶ月に1回の法人の施設長会議で、食事について話し合いの場を持っている。利用者には、盛り付けや配膳など状態に応じて手伝ってもらい、食事の手伝いだけでなく、洗濯物たたみなどをする事で、個々の存在感、役に立てる嬉しさ、生きがい等に繋がっている。	
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	その方の状態、力、習慣に応じて、居室にて水筒を利用していただいたり、嚥下困難な方には、ご飯をお粥にして、少しでも水分を摂取していただけるように気をつけている。		
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	食後の口腔ケアの徹底と、必要に応じて歯科の通院、往診を行っている。		
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	排泄の自立が困難になった場合には、排泄表にて排泄の時間を把握し、事前に対応し失敗を減らすように取り組んでいる。	自立されている方もおられるが、リハビリパンツ着用やパット使用等状態に応じ使い分け支援している。排泄チェック表の記録により、それを参考に前誘導等さりげない支援を行っている。排便チェックについては本人にたずねる他、利用者のトイレ使用後の状況の確認にてさりげない把握に努め、便秘の予防や対応として、必要時にマッサージや薬・水分補給など何らかの対応を試みている。水分摂取量は状況に応じてチェック表を作り、1日1.5ℓは摂取できるよう取り組んでいる。	

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
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	表を利用し水分摂取量に注意している。後、リハビリ、散歩の外出等で日頃より運動量を確保している。		
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	本人の希望を基に、入浴の曜日を決めている。入浴の時間も本人の希望に沿って実施している。	体調管理のため入浴は午前中を基本としているが、利用者の状態や希望にそって午後に対応する場合もある。入浴が嫌いな方にも週2回は職員の誘導テクニックで入ってもらっている。	
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	日中の生活を見直し、本人の無理のない程度の活動を行っていただく事で、夜間の快眠につなげている。		
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	薬の勉強会を実施し、安全な服薬支援を行っている。何か、薬の副作用等があれば、萌クリニックに連絡し、指示を仰ぐ。		
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	散歩、買い物、洗濯物干し、洗濯物たたみ、食器洗い、食器拭き、おやつ作り、習字や、漢字の書き取り、計算等、本人の嗜好を考慮し、そして無理のない程度に、生活の中でのリハビリも兼ねて実施している。		
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	体調を考慮し、無理のない程度に、散歩、買い物を中心に行っていたいっている。	利用者が歩ける距離にスーパーがあり、本人が行きたい時に買い物に行っている。週に1回は外出の機会があり近隣を散歩している。同施設のデイサービスの車を活用しドライブする機会もある。家族に同伴を依頼したり、近くの相互タクシーとの契約による、個別での外出支援も行っている。	

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
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	利用者が所持しており、スタッフと共に買い物に出かけている。支払いの時は利用者にお金を渡してもらい、おつりも利用者を受け取ってもらっている。		
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をしている	家族より了解を得て、電話はかけたい時にかけていただいている。		
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	フロアにカレンダーや写真を貼っている。その他、利用者の嗜好に合わせて音楽を流す等、居心地よく過ごせる様に努めている。	大きな窓からは戸外が良く見え開放的な共有空間となっている。リビング横にある和室や、ゆったりとしたソファにて、2~3人の利用者が談笑したり、のんびりと過ごす等、家庭的で穏やかな雰囲気である。	
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	カンファレンスにて話し合い、仲のいい利用者同士が近くの席につける様、配慮している。		
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	本人のなじみの家具を使用していただいている。	部屋の入口には大きく名前が表示され、利用者の場所間違いを防いでいる。個々の利用者の馴染みの物が持ち込まれ、仏壇の置いてある部屋もある。	
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	利用者のニーズに応じて家具や、ベランダの踏み台を作成しました。		