

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	0471200303		
法人名	NPO法人 快		
事業所名	グループホーム 快 豊里		
所在地	宮城県登米市豊里町新田町29番地		
自己評価作成日	平成28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)】

出来る事、出来ない事を把握し、ホーム内で行う家事や趣味活動を生き甲斐作りをしている。又、ご本人様が散歩に出かけたり、外出したい、買い物に行きたい等の要望には叶えるようにしている。当日が難しい時には、別の日設定するなど、ご本人様の意向を大切にし、家庭で送ってきた普通の生活が出来るように支援している。又、講師はホーム職員の外に外部講師(消防士、訪問看護師)もお願いし、充実を図っている。毎月広報紙を発行し、地域、ご家族様、関係部署に届け、目にして頂くことでホームでの生活の様子を理解して頂けるように努力している。

※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	http://www.kaijokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	平成28年3月29日		

【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)】

北に豊里小・中学校や豊里駐在所があり、南に旧北上川が流れる静かな住宅地の中にホームがある。ホーム内外の掃除や草取りなどをする専従者がおり、清潔な環境が保たれている。月に一度の職員全体会やサービス担当者会議で、より良いサービスや支援のあり方について話し合っている。職員は、「笑顔で」「家族のように」の思いを胸に、日々のケアに努めている。本調査票でホームが自己評価した実践状況の記載に、実際と一部かい離が見られた。新しく介護計画作成担当者が着任したことで、「必要な介護と留意事項」が明確となり、実践に反映されることが期待できる。

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			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
			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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			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くらいが				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			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している (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くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			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くらいが				
			3. 利用者の1/3くらいが				
			4. ほとんどいない				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 **グループホーム快豊里**)

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	理念はいつも目に留まるように、ホーム内供用スペース等に掲示している。又、申し送りノートの1ページ目にも貼っており、全職員が目を通してから業務に入るようにしている。	基本理念に「愉快的暮らし」「地域に愛され」「信頼と共生」を掲げている。職員はこの理念について、話し合ったり振り返る等、理念を理解する機会にはなかった。	基本理念を活かした生活について、実践できることなどを皆で話し合うことで、理念の理解につながる。実際のケアに理念を重ねて、振り返りや見直しなどお願いしたい。	
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	年に数回、施設主催の催し物を開催し、地域の住民の方々に参加して頂いたり、地域側から行事への招待を受け、交流を深めている。	開設から14年を経っており、近所から野菜のお裾分けを貰うなどの関係ができています。町内会に加入し、集会所清掃の輪番や回覧などしている。地区の敬老会に招待されたり、入居者の作品を地区文化祭に出展した。		
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	毎月、広報紙「快通信」を発行、ホームでの催し物に参加して頂き、そこで地域の方々に職員の支援方法や認知症の症状を感じ取って頂くことで認知症の理解を図っている。又、地域の行事もホーム職員が手伝える事を地域の方々と話し合いながら手伝いさせてもらっている。			
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	運営推進会議での意見交換の場で、町内会・老人クラブ等の地域の関係者から頂いた御意見を、施設運営に反映している。	メンバーは町内会長、区長、隣人、入居者で、行政職員や包括職員の出席もある。管理者の交代などがあり、会議は昨年以降に1回開催されたのみである。会議では、定期の開催を指摘する意見があった。	運営推進会議の意義について振り返り、2カ月に1度の定期開催を決めるなど実施しやすい方策や、幅広い意見をいただくためのメンバーの増員について、話し合いをお願いしたい。	
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取り組んでいる	事業所運営に当たり、日常的に相談し、指導を受けている。また、運営推進会議に参加頂き、情報交換し助言を頂いている。	ホームの運営に関して、実施状況の確認や指導を受けた。運営推進会議の際に、インフルエンザやノロウィルスへの注意喚起、結核検診の励行などの情報提供があった。入居状況の共有がある。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束についての内部研修を開催するなど、職員全員が身体拘束について理解を持ち、実践にあたっている。	本人の立場で考えることや立ち上がり職員との都合で制止しないこと等を管理者が講師となって研修した。入居者が気持ち良く過ごすことを大切にしているケアのあり方が、拘束をしないで済むケアの実践になっている。		
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	事業計画を立てる時点から、その必要性を感じて内部研修の科目に入れている。事例集などを活用し、意見を出し合い虐待について考える機会を設けている。			

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
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	内部研修のテーマとし、理解を深めた。		
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	契約時には内容について、出来るだけ分りやすく説明をしている。面会時にも理解が難しい部分(利用料・入院時など)は重ねて説明をしている。又、説明後も分からない部分や心配な部分は確認するようにしている。		
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	面会時やプランの指示時には要望や希望を伺うようにしている。家族から要望があった場合には、ミーティングにて話し合い、運営に反映させている。	毎月、ホームの通信に添えて、その人の生活の様子を伝えている。介護計画書について説明する時に、要望や意見を聞いている。「安全に過ごして」の要望が多い。散歩が好き等の話を聞き対応している。	
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	内部研修において職員に運営状況の説明を行い、意見を出して頂いている。その中で要望の多いものや必要と判断されたものは本部と話し合い検討するシステムとなっている。	離床時にふらつく人の転倒防止で、素早い対応が出来るよう布団に鈴を付けた。トイレを汚してしまう人の使用状況について、座り方・脱がせ方など話し合い早めに誘導することにした。ケアの工夫等の意見が多い。	
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	代表者が遠方に居る為、常時状況把握は難しいが、来所時に直接確認することや電話での状況確認を行っている。		
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	個人面談などで本人が必要と思われる内容の外部研修があれば、参加を勧めている。事業計画時にも職員間で話し合い、自分達に必要な内部研修を上げてもらい、実行していくようにしている。		
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	今年度、各職員の交流の機会の実績は無いが、管理者及び計画作成担当者が日常的な交流を行っており必要な情報は職員に提供している。		

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	実調時に心配なこと、入居に関しての不安な点は時間を掛けて説明している。ご本人・ご家族の状況の情報収集を計画作成担当者が行い、統一したケアを行うよう確認し、安心して頂ける関係作りに努めている。		
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	入居希望で来所された時に家族の思いを確認。又、入居日に再確認し、担当者会議を実施。要望をケアプランへ導入し、統一したケアを図り、毎月ご家族様へ状況を報告している。		
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	入居の相談があった場合、入居と決めるのではなく、ご家族様の介護力、ご本人様の気持ちを確認しながらご本人様にとって一番最適なサービスを一緒に考えるようにしている。		
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	日常的な家事手伝い(食器拭き、洗濯畳み、新聞折り、買い物等)をして頂いたりする事で生活の一部を役割として担って頂いている。職員は入居者様は常に感謝の言葉を伝えている。		
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	ご家族様へご本人様の生活状況報告を月1回書面で送り、情報を共有して頂く努力を行っている。面会時には、ご本人様との時間を大切にもらい、ご家族様と職員もお互いに相談し合える関係作りを心掛けている。		
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	ご本人様・ご家族様に馴染みの関係を確認し、可能な限り外出や面会等をして頂くよう協力を求めている。ご本人様の希望があれば電話等の支援も積極的に協力している。	入居者の言葉から家族や自宅への思慕を汲み取って、面会に来てもらったり、外出の際に自宅付近を通るなどしている。家族と馴染みの場所へ出掛けている。農家だった人に種まきから畑づくりをしてもらっている。	
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	入居者同士の相性も考慮しながら、入居者の間に入り良い関係が保てるように努めている。		

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	安否の確認の電話をしたり、何らかの問い合わせや相談時には対応している。		
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	(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	ケアカンファレンス他、日常生活の交流の中でご本人様の思いを聞き取り、実行出来るようプランへ導入を図る他、困難者にはご本人様本位を検討するなどご家族様へ聞き取りをし、意向へ反映させている。	ポーっとしている等、取り立てた変化でなくても、いつもと違うと感じた際には、会話を多くしたり、スキンシップを意識的に多くして思いを引き出している。日常の会話に出てくる話から、本人の思いを汲み取っている。	
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	入居時には生活歴の聞き取りをしている。又、面会時に昔の生活の様子などを聞き参考にしている。以前の生活スタイルの継続、出来る限り今までの生活に近づけるよう思いを汲み取りながら対応している。		
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ペースに合わせて過ごして頂けるように配慮し、心身の状態を職員間で申し送り共有している。ケース記録が日々様子や変化に対する気づきが記入出来るものになっている。		
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	モニタリング後、定期的にカンファレンスの実地にて職員の意見を聞き、ご家族様・ご本人様の意向を聞き取り、ご本人様に合ったプランを作成。ホーム以外の医師や訪問看護師の意見も入れ作成している。	新入居者の介護計画書は1ヵ月で見直している。「散歩に連れて行って欲しい」という家族の要望は、平筒沼の散歩道に行くなど外出を盛り込んだ。毎月、計画書の実践状況を確認し、見直しに反映させている。	
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	一日のご本人様の過ごし方が分りやすい記録になっており、又、ご本人様の言葉や職員の気づきを記入できるスタイルにしている。気づきやアイデアはプランを作成にも活用している。		
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	通院が必要な際の通院支援を行っている。		

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	行事や運営推進会議時には、集会所を利用している。行事時には社協などのボランティアに慰問に来て頂いている。公園に散歩に出かける等で地域資源を利用している。		
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	協力医は上杉皮膚科医院となっているが、契約前より利用されているかかりつけ医を継続されたい場合は、ご本人様やご家族様の要望を取り入れるようにしている。ご本人様の状況に合わせて通院・往診で対応している	ほとんどの入居者が協力医をかかりつけ医にしている。受診には職員が同行している。歯科を含めて往診を利用している入居者もいる。訪問看護師が毎週来訪し、入居者の健康管理をしている。	
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	週1回訪問看護師によるバイタルチェックや状態確認の為の訪問があり、相談等行っている。随時の相談や訪問等で情報交換やアドバイスが頂けるので、安心感がある。		
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。	入院した場合には、病院側に情報を提供している。入院中は定期的に医師やご家族様と話し合いを持っている。目安として二週間目、退院直前などに話し合いを重ねて早期に退院出来るように努めている。職員は洗濯物を取りに行った際、顔を出し声をかけ、様子を確認している。		
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	重度化した場合については、かかりつけ医、看護師、ご家族様と意思確認や状況確認を情報交換・連携に努めている。どこまでホームで可能かということをご本人様、ご家族様にも話し、状況の変化に応じて、何度か意思の確認を行い気持ちの変化にも対応するようにしている。	重度化や終末期について、ホームの方針など成文化したものはない。前回の外部調査で「方針の成文化」が指摘事項となったが、作成の取り組みはなかった。看取り介護はなかったが、緊急で病院搬送し入院した例はある。	自己評価に書いている「意思確認」や「どこまでホームで可能か」について、話し合いの拠り所となる文書が必要である。日常の延長線上にある終末期について、ホームとしての考え方を表していただきたい。
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	内部研修で急変対応についての勉強会を行っている。		
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	部分訓練は定期的に実地している。総合防災訓練では日中・夜間を想定して消防署の職員立ち合いのもとで行っている。	夜勤者の行動確認をする夜間想定と、同日それに引き続き、職員が協力し合う入居者の避難訓練を実施した。消防署員から避難にかかる時間が長いとの指摘を受けた。スロープから脱輪した職員の反省があった。	複数回の訓練を重ね、夜勤時でも全職員が行動できるよう実践的な取り組みをお願いしたい。訓練では反省や指摘を意識し、改善できる訓練にしていきたい。

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	入居者に人前で恥ずかしい思いをさせないよう言葉を選んで声掛けしている。又、目立たないように配慮してそっと声掛けしている。	物作りが好きな入居者の要望で、材料の紙や糊を買いに行ったり、家族から自宅で家事をしていた話を聞き食事の下拵えや洗濯物たたみをしてもらっている。新入居者が、皆に溶け込み易いような活動に配慮している。	
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	出来るだけご本人様に決めて頂くようにしている。選択肢を複数用意して選べるようにしている。ご本人様の思いや希望があった時には、ケース記録に記載したり、申し送りにて周知を行っている。内容によってはケアプランへの反映も検討する。		
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	個人の生活スペースを優先して、無理なく生活を送って頂けるように対応している。したい事を言って頂ける関係や環境ができてはいるが、状況で必ず希望時に対応出来ない時もあり、時間をずらして対応する事もある。		
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	ご本人様・ご家族様の要望があれば、美容院などを利用し、服装についても季節毎の物を準備し着用して頂いたりしている。外出時や行事には、化粧やおしゃれが出来るようにお手伝いをしている。		
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	食事の下準備・盛り付けや後片付けはご本人様の状態や能力に応じて手伝いを頂いている。食事係の担当者が入居者様の好みや季節の物に合わせて献立を立てている。	皆が同じものを食し、同じ食卓を囲んで会話が弾んでいる。職員は献立に、嗜好に合った麺類や季節のフキノトウ、差し入れの野菜などを採り入れている。庭での流しそうめんや花見弁当、外食も楽しんでいる。	
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	食事係や担当者が1週間ずつ栄養を考えた上で献立を作成している。水分摂取量も十分に確保できるように1日分をトータルし、記録していく事でその方の摂取状況を把握している。		
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に、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	食後の歯磨きの声掛けの実施。能力に応じてケアを実地している。うがいが出来ない方には、口腔用ウェットティッシュを使用している。夕食後は毎日入れ歯の洗浄・消毒を実地。		

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	個別排泄表を活用し排泄チェックを行い、個々の排泄パターンを把握している。個々のパターンや兆候に合わせて、さりげなく声掛け誘導を行う事で、自立支援に向けた取り組みを行っている。	尿瓶使用が習慣の人は、そのまま継続しているが、夜間はポータブルにするなどトイレ使用に移行しつつある。自分の力を発揮して、達成感につながるように、筋力を付けるなどして自立に向けた排泄支援をしている。	
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	出来るだけ薬に頼らず、乳製品を取り入れたり、マッサージ、散歩なども取り入れている。し食物繊維の多い食品や水分補給も心掛けている。		
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	希望があれば毎日入浴が可能。これまでの習慣を活かして入浴が出来るよう支援している。現段階では夜間希望者はいないが、今後要望があれば対応したい。重度の方に対しては、職員2人対応で支援している。	同性介助や慣れた湯桶を使うなど、その人が寛いで入浴できるよう支援している。蓬湯などで季節を楽しんでもらう事もある。「行かね」など気分が乗らない時は、ナマズ採りなど昔の自慢話を聞くなどして誘導している。	
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	生活習慣に応じ休まれる時間も違う為、ご本人様の生活スタイルを取り入れ消灯時間は設けないこととしている。		
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	入居者様全員の処方箋をひとつづりにし、現状の服薬状況が何かをすぐ分かるよう工夫している。症状の変化については記録をとりながら、状況に応じ、医師に報告している。		
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	個々の好きな事、生きがいなどを継続し行って頂けるようにしている。役割活動や趣味活動などご本人様の生活習慣、希望、持てる力に合わせて支援している。		
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	なるべく天気の良い日には、外へ出かけ、日光浴や外気浴をして季節を感じて頂くようにしている。歩行が難しい方にも車椅子などを使用して散歩を行っている。又、買い物、外食、お祭り見学など、ご本人様の要望を取り入れながら、積極的な外出支援を行っている。	天気の良い日は入居者の気分も良く、ドライブに出掛けるきっかけとなる。2台の車両で、毎月のように全員で出掛けている。桜、チューリップ、アヤメなどの見物やリンゴ・紅葉狩りを楽しんでいる。日頃の散歩は、敷地内や学校、神社などのコースがある。	

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
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	小遣いに関しては、現在はホームで管理しているが、買い物時はお金を渡したり、好きなように使ってもらっている。		
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	ご本人様の希望時や不穏時には、ご家族様へお電話する旨の了解を頂いて支援している。手紙などはご本人様が書けない場合には、代筆なども行う。		
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	毎月の行事が分かるように予定表を提示している。日差しや照明には気をつけ臭気やよどまないようにしている。日に数回温度、湿度の記録を行いながら適温を心掛けている。又、見えやすい場所に時計や暦、馴染みの物も設置して安心して過ごせるよう工夫している。	皆が集うホールでは、生け花教室や風船バレー、お手玉などの活動を皆で楽しんでいる。職員は、入居者の不安定な立ち上がりや、入居者同士が和やかに過ごさせているかなどに気を配っている。専従者が、敷地内の草取りや屋内清掃をしており、清潔である。	
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	ホールにテーブル他、ソファを置き、玄関にもベンチを置くなど、好きな場所でゆったり過ごせるよう空間作りをしている。		
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	ご本人様にとって馴染みのある物を持って来て頂くようにご家族様にはお話している。ご本人様の思い出の品や家族写真など、飾ってもらったりもしている。	テレビを見たり、午睡をするなどが自室での過ごし方になっている。足元の安全確保に、ベッドを外してマットレスを敷くなどの工夫がある。夜間は1時間ごとに職員が巡回している。消灯時間は決めていない。	
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	個々人の分かる方に合わせてトイレや居室には目印(表示、のれん)などを行っている。又、場所の認識が低い所や時間帯には混乱する前に声掛けや付き添いを行っている。		