

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	2770108583		
法人名	医療法人一隅会		
事業所名	医療法人一隅会 グループホーム美原 (2ユニット)		
所在地	大阪府堺市美原区太井91番		
自己評価作成日	平成25年4月30日	評価結果市町村受理日	平成25年6月28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	
----------	--

【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ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター		
所在地	大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階		
訪問調査日	平成25年5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)】

<p>経営母体が医療法人であり、理事長＝内科医師による週1回の定期往診以外に、臨時往診及び緊急時の速やかな対応が可能である。 駐車スペースに余裕があり、自動車での来訪は便利である。 建物周辺は田畑が広がっており、故郷を感じられるような穏やかな風景環境下での生活から田植えや稲刈り等季節感を感じられる。 それぞれの個性を尊重し、積極的に個別的援助に取り組んでいる。</p>
--

【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)】

<p>医療法人一隅会の経営になるもので、現理事長(医師)が当地域の福祉ニーズを検討され、約6年半前に開設されたホームである。ご自身がかかりつけ医となり週1回の定期往診をされている。このホームの特色として利用者の書道作品を広島県熊取町(毛筆の生産地)主催の全国書画展覧会(ふれあい書道展)への出品応募に取り組んでいる。特選や奨励賞を受賞する実力者も現れ、それが利用者のいきがいにも繋がっている。又、外出レクリエーションでは二色浜海岸へ出向き貝殻を採集し、職員と共にペンキ等で色付けし紫陽花の貼り絵やストラップ等の貝細工の作品作りを楽しんでいる。グループホームとして美原区の3事業所、隣接する東区の3事業所が集まって交流会を実施したがいにケアのレベルアップに取り組んでいる。</p>

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 3. 利用者の1/3くらい 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	「尊重 安心 満足」その方らしい生活の確立を目標とし、個別支援に取り組んでいる。	運営理念として、「尊重、安心、満足」と定め、パンフレットに明記し、玄関にも掲示して地域住民にも理解を求めている。この意味は、利用者の個性を理解し尊重して個別ケアを心がけるという意味で、職員一同その実践に励んでいる。	
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	区の敬老会や地区祭りへの参加、また同区内の他事業所への行事参加(餅つき等)により、地域の一員としての交流を図っている。	自治会に加入し、区の敬老会や地域のだんじり祭りを楽しんでいる。音楽演奏等の地域ボランティアも活用している。ホームを見学してもらいつつ在宅の認知症高齢者のケアの相談にのっている。	
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	主に運営推進会議の参加者(地域包括支援センター職員、地域住民代表=民生委員)等を通じ、事例等の提案による認知症への理解を深めている。随時での見学、パンフレット配布等の対応をしている。		
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践、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	2ヵ月に1回(奇数月)定期的開催実施。会議上にて入居条件、空室状況、行事報告、事故報告、事例検討等の提議により、参加者(有識者=他事業所管理者、御家族代表者)等からの御意見指導によりサービスの向上に取り組んでいる。	開催日を奇数月に定め、地域包括支援センターや校区民生委員及び区内の他事業所の職員にも出席してもらい、年6回の開催が実現出来ている。参考になる意見は運営の参考にしている。	
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	困難事例時に関わる各課(介護保険課、地域包括センター、生活支援課)等へは相談報告窓口として利用させていただいており、空室状況等の報告やパンフレットの設置依頼等協力関係の構築に取り組んでいる。	ケア困難事例等については、区の介護保険課や生活支援課と連携をとり相談にのってもらっている。地域包括支援センターとは色々な情報交換をしつつ新しい情報を得ている。	
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	建物立地が国道に面しており、玄関の開放は危険を回避できない現状である。個別での事故危険ハイリスクケースに限り、危険事故回避を第一目的とし、御利用者代理人への御説明及び書面での同意の上、慎重に取り組んでいる。	「身体拘束排除マニュアル」を基に、身体拘束の弊害について毎年職員研修を実施している。やむを得ない軽度な身体拘束については、家族の了解同意を得ている。安全上の目的にて玄関の施錠をしている。	将来的に施錠方法の配慮ができるよう期待したい。
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	内部研修議題で挙げている。自己点検シートを活用し、職員個々が自己啓発できるように取り組んでいる。		

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	管理者や職員はパンフレット等資料により情報収集し、制度の知識の向上を図っている。生活保護受給者に関しては、管轄生活保護課ケースワーカーに相談、助言等を受けた上での対応を行っている。		
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	入所時に契約書、重要事項説明書に沿って行っている。特に重要な箇所(解約や改定等)については、別途独自の書面形式「入所にあたってのご確認事項」を使用、項目ごとの説明及び再確認の上、御理解同意を行っている。		
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	運営推進会議時の御家族代表者の御意見の聴取、近況状況報告書等書面送付による照会と面会来訪時及び必要に応じての電話連絡での対応をさせていただいている。御意見、御要望に対しては会議時提議検討している。	利用者からは普段の何気ない会話から汲み取る努力をしている。意見箱に入っていることもある。家族からは訪問時に丁寧な対応をして意向や要望をお聞き、出すようにしている。家族会や運営推進会議でも発言してもらっている。	
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	毎月会議手当を支給の上、全員参加でのスタッフ会議を開催、職員からの意見や提案を受けて検討を図っている。	毎月1度のスタッフ会議で個々のケアの問題点等色々意見を発表する機会を設けている。管理者による個別面談も行って、仕事に対しての自己評価をしてもらいつつ意見や要望も聞いている。	
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	自己評価と他者評価を実施、経験年数や所持資格、技能、姿勢等を考慮し、能力手当給付加給を適用、向上心を持って働いていけるよう努めている。自費負担金なしでの健康診断受診実施(年2回)		
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	内部研修講義担当者を月交代制とし、知識の再認識及びリーダーシップの育成を図る事を目的として行っている。ひやりハット、事故報告書、講義時資料の作成等に対するのみなし残業手当の支給をしている。		
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	地域包括センター主催の介護保険事業者連絡会や同区・近隣区グループホーム交流会への参加。 また、福祉用具、食材利用事業者等との情報交換によるサービスの質の向上を図っている。		

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
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	入所時の面談時の段階で、御利用者の心情を組み、御利用者及び御利用者代理人よりのアセスメントを職員間で情報共有し、反映したケアの実践に努めている。		
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	入所時の面談時の段階で、御利用者の心情を組み、御利用者及び御利用者代理人のアセスメント、ケアの実践を基より、入所当初の様子等を電話や面会時にて報告を行い、不安や要望等を受け入れ易い対応を心掛けている。		
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	入所前段階で十分なアセスメントを行い、ケアプラン上でのニーズの優先度に対する必要なサービスに取り組んでいる。		
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	御利用者に応じた役割を持つ事ができるようカンファレンスで日課やサービスについて、検討見直し、職員との共同作業を行う事(草むしり、散歩、パンフレットセット等)で共に支え合う信頼関係を築いている。		
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	運営推進会議や消防訓練時の参加協力依頼させていただいている。近隣御家族への災害時の協力要請や外出支援等、相互協力のもとで御利用者の生活を支え合う関係作りを目指している。		
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	生活歴や馴染みの場所、人物等の情報収集に心掛け、職員間で情報共有し、要望に応じていけるように努めている。電話の取り次ぎや年賀状、手紙のやり取りなどの支援にて知人・友人・家族との関係性を維持できるようにしている。	友人・知人がたまに来られる時は、家族の了解を得て面会の支援をしている。昔馴染みに年賀状や手紙を出す支援も行っている。馴染みの場所としては、理・美容院や自宅周辺があり、個別に訪問の支援をしている。	
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	ダイニングテーブル席の配置や外出支援時のメンバーに配慮、認知度や自立度に留意しつつ円滑な関わりが持てるよう、御利用者間の関係性を重視、配慮している。		

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
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	入院や他施設へ転所等の場合は転所先の専門職に委ねている。御逝去後の法要(葬儀、周忌)への招待には可能な限りで参列させていただいている。		
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	一人ひとりの思いや意向(行きたい場所や食べたいもの、触れ合いたい動物等)を日々の関わりから把握でき実現できるよう個別支援に取り組んでいる。(ペットセラピーの実現等)	初回のアセスメントは利用者及び利用者家族等代理人より、今迄の暮らし方を把握し、これからの暮らし方の要望等を聞いている。入所後も現状で満足しているかどうかをチェックし、個人介護ケース記録にまとめて全員で共有している。	
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	入所前に御利用者、御利用者代理人等よりアセスメントを行い、生活歴・生活状況等の把握に努めている。必要に応じて、入所前担当ケアマネージャーより情報提供いただいている。		
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	一人ひとりの経過のケース記載及び個人ケースカンファレンス時のニーズから現状の把握に努めている。		
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	個人ケースカンファレンス時に必要に応じてモニタリングを行い、御利用者や御家族等のニーズを再確認し、介護計画の検討、見直しを行っている。	毎月のカンファレンス時に個別的に利用者の意向、ニーズを取り上げている。アセスメントの見直し・モニタリングよりケアプランの作成は6ヵ月毎に実施。必要に応じてはその度毎に実施している。	
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	個人介護ケース記録を通じて、日々の様子やケアの実践を把握、職員間で情報共有しながら介護計画の反映に活かしている。		
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	嚥下困難がある御利用者に対しては、別食材や高カロリー補助食等での対応を行っている。 ADL低下のある御利用者に対しては、廃用症候群進行予防目的で訪問マッサージの利用をさせていただいている。		

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	出張ボランティアの活用により、定期的なレクリエーションを行い、QOLの向上に努めている。毎年度書道展への作品の出品により個々の成果(敢闘賞から特賞)の賞状を各居室に掲げ次年度への楽しみ自信に繋げている。		
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	経営母体が医療法人であり、理事長が主治医を兼任している。必要に応じては連携医療機関にて高度検査や他科への紹介受診が可能である。御利用者や御家族等の要望で入所前のかかりつけ医の継続受診は御家族の協力のもと支援可能。	かかりつけ医は利用者の必要性及び希望があれば協力医療連携機関で対処している。経営母体が医療法人であり、利用者は主治医(内科)による定期的週1回の往診及び協力医療機関による協力医療連携機関の訪問歯科受診が可能。	
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	非常勤専従看護師による往診時、主治医からの指示変更内容や利用者の状態報告を行っている。排便コントロール相談等やニッパ使用による爪切り等の医療処置行為等を依頼している。		
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。	入院時は可能な限り、管理者が同行し、入院先医療機関に正確な状況報告及び御家族の意向等を適切に代弁できるように努めている。(介護サマリーの提供)家族の承諾の上、入院期間中の経過の把握ができるよう病状説明時の同席等積極的に行っている。		
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	入所時に、重要事項説明書に沿っての看取りについての指針の説明を行っている。重度化した場合は、その時点で御利用者本人及び御家族等と主治医、管理者、看護師間で十分に話し合い、方針、対応等に係る確認書の交換を行っている。	入居時に「看取りに関する指針」の説明を行い「同意書」を得ている。医師による終末期の診断を受けた場合、家族、医師、職員で話し合い双方が納得の上、「重度化した場合の対応に係る確認書」をかわし、看取りに取り組んでいる。過去に3例の看取り経験がある。	
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	救命器具一式の配置とその準備、使用方法等の指導、教育を主治医及び看護師による内部研修にて行っている。外部でのAED講習会への参加促進に努めている。		
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	有事に備えて全職員にポケットサイズの緊急連絡網を配布、有事時の協力体制要綱を説明依頼している。近隣店舗施設等への有事時の協力要請及び防火避難訓練時の協力参加を年2回行っている。	年2回、消防署と地域住民の協力の下で避難訓練を実施している。「消防避難訓練計画」を作り、細かい避難手順、誘導、時間計測、点呼などの役割や職員の緊急連絡網表を配布するなど防災への意識の高さが伺えた。	今後何時起こりうるか解らない災害に対して、日頃からの避難訓練と研修、日用品や器具の落下防止、転倒防止など身の安全確保の工夫と訓練を繰り返し実施するなど具体的な体制づくりを期待したい。

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	可能な限りで御利用者一人ひとりの要望に添える声掛けや対応に配慮している。	利用者に対して、人生の先輩としての意識を常に持ち、人格の尊重や誇り、プライバシーを損ねない対応に心がけ、入浴、排泄支援には羞恥心を起こせない支援を心がけている。個人情報の取り扱いは適切に保管している。	
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	可能な限りで選択方法(イエス・ノーではなく、どちらが良いか?)による自己決定権の表出を促すことが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	可能な限りで起床時間や就寝時間、日課やレクリエーションの参加等、御本人の要望を尊重し無理強いがないように配慮している。		
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	訪問移動美容室を利用しているが、希望者にはおしゃれな店舗美容院や衣料用品店に出向き、色柄の選択等買い物支援を行っている。		
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	食材の下ごしらえから盛り付け、食後のテーブル拭きや食器洗い等、御利用者個人個人が好んで出来る事を役割分担し行っている。	食材会社の食材と献立で職員が調理をしている。利用者も出来る範囲で積極的に下ごしらえから一連の作業を役割分担して手伝っている。時には利用者の嗜好に配慮した食事を作る機会もあり、外食も取り入れている。	
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	食事・水分摂取量をチェックし記録している。嚥下困難傾向等がある御利用者に対しては日差変動が把握できる詳細記載方法を取り組んでいる。また御利用者一人ひとりに応じた食事量や提供方法、栄養補助食品等の個別支援している。		
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	連携訪問歯科診療による口腔内衛生指導、義歯調整等の往診での受診可能。食後、就寝前の歯磨きの励行や義歯の除去、洗浄を行っている。パタカラ口腔運動をレクリエーションで取り組んでいる。		

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	自尊心を損なう事が無いようにリハビリパンツの使用や排尿リサーチを行い、排泄パターンを把握し、可能な限りで声掛け誘導にてトイレでの排泄を促し、現状維持に努めている。	利用者個々の排泄パターンを「ケース記録」に記入し、全職員は個々のパターンを把握し共有して、トイレ誘導をしている。現在は利用者の2割が自立出来ており、他の利用者は声かけしてトイレ誘導し自立排泄を支援している。	
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	個々の御利用者の排便状況を把握し、水分摂取や簡易運動の促進等便秘傾向に留意している。食事摂取量が不足傾向の方には栄養補助食品の提供での自然排便に繋がるよう取り組んでいる。		
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	個々の入浴ペースに重点をおき、時間的に余裕を持っての対応支援は行っているが、曜日や時間帯の融通は実際困難である。季節に応じてゆず風呂や菖蒲湯、入浴剤を使用し楽しんでいただけるように努めている。	入浴は基本的に週2回、午後からの個浴で、入浴剤や季節によってユズ湯を楽しんでいる。本人の好みの湯かげんで、ゆったりした入浴を楽しみ、服を脱ぐ、着るの動作も本人のペースに任せている。	
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	個々の居室内の温度調整に留意し、必要に応じて個別の枕を購入使用していただいている。 照明に配慮し、転倒予防目的支援にて足元センサーライトの使用を行っている。		
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	各利用者個人別で内服薬・外用薬の薬剤名・方法・数量・効能・副作用を職員が確認把握できるように薬剤保管庫扉に掲示している。症状の変化等発生時は速やかに主治医・管理者・看護師に報告、指示に従って行っている。		
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	個々の要望に応じた支援ができるよう対話や表情から好む事、嫌な事、得意な事、苦手な事等その要望の把握をする事でストレス回避ができる支援をしている。		
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	日常的に近隣の散歩や喫茶外食により戸外への外出機会を持ち、可能な限りで御利用者の要望に応えるように支援している。一例では「海に行きたい」との要望に対しては、ADL的な部分体調等の事故リスクの検討、御家族に説明承諾を得た上で実現可能。(海辺での貝拾い他、みかん狩り、いちご摘み、大衆演劇鑑賞等の実績)	天気の良い日には利用者の状態に合わせ、ホーム周辺の田園風景を散歩している。途中、農家から季節の花を頂いたりしている。利用者の希望で行きたい所があれば、可能な限り思いに応えるよう個別支援に力を入れ、バスツアー大衆演劇鑑賞やみかん狩り、いちご摘み等に出かけている。	

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
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	ほとんどの御利用者は金銭管理が不可能であり、個人的に金銭所持はしていない。不安のある方は小銭程度の財布の所持はしていただいている。 買い物希望時は御家族等に承諾を得て、同行時に立替金での支払いとしている。		
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	電話の対応ができる方には取り次ぎを行っている。有する能力に応じて年賀状の色塗り、スタンプ押しや氏名やあいさつ文を書いたりできる事での支援を行っている。		
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	ダイニングフロア内では、幼稚な飾りつけにならないように配慮している。季節に応じた落ち着いた雰囲気での展示装飾品、BGMにてゆっくりとした時間が過ごせる環境作りを心掛けている。 ガーデニングスペースを利用し、外気を感じながらのティータイムを楽しんでいただいている。	共用空間はゆったりと広く清潔である。廊下やダイニングフロアには利用者の作品や利用者の写真、海で拾ってきた貝殻で作った季節の作品が飾られている。台所は対面式システムキッチンで利用者を見守りやすく、寛ぎと語らいの場となっている。	
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	認知度や自立度に応じて、ダイニングテーブルの席配置に配慮している。マイペースな環境が保てるようスクリーンの使用等で個別の空間造りに工夫をしている。		
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	入所前に長年使用されていたテレビや小物、家族の写真などの持ち込みをしていただいている。フローリングに馴染めない方はフローリングマット等を敷き、座卓や座椅子等を使用し和室風に過ごされている。	各居室にはベッドと寝具、防災カーテン、トイレ、洗面台を設置している。入居時に衣類など身の廻り日用品を用意する事を伝えている。テレビや小物、家族写真等が持ち込まれて落ち着いた居室となっている。	
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	御自身の居室が認識できるように扉には表札に干支の絵柄や好きな飾り物を掛け目印の工夫をしている。		