

### 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	4190200305		
法人名	株式会社 三栄		
事業所名	グループホームすぎの子石志		
所在地	佐賀県唐津市石志3310番地1		
自己評価作成日	平成26年1月10日	評価結果市町村受理日	平成26年4月3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.espa-shiencenter.org/preflist.html">http://www.espa-shiencenter.org/preflist.html</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
所在地	佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号
訪問調査日	平成26年1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)】

介護理念である”その人らしく笑顔ある生活作り”の実現のため、利用者の思いや意向を把握し、一人一人の個性に応じた生活が穏やかに営めるように努めている。また、地域行事への参加や地域住民との関わりを積極的に増やして、地域社会の一員として生活することを目指している。家族や関係機関との連携を深め、施設内を整備し、職員が丁寧な対応を心がけることで開放的で明るいホームとしたい。

【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)】

開設して2年が経ち、地域の中に徐々に溶け込んだ存在になっている。ボランティアグループとの交流が盛んで、市のボランティア事業にも協力し、訪問者も多い。介護理念を管理者、スタッフ全員が理解しており、入居者一人ひとりを大切に、丁寧な関わりがなされている。ホームで暮らしている入居者たちは、生活に馴染まれ、新しい一つの家族としてのまとまりも見せている。毎月送られるお便りと写真は、家族の安心感へつながり、電話や手紙を通しての丁寧な関わりが信頼感を深めている。主人公は入居者で、入居者が思いを素直に伝えられる関係があり、思いを実現できるよう努めているホームである。

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広がったり深まり、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	ホームの理念を作成し、玄関や事務所に掲示している。毎朝唱和し、一人ひとりが実践につなげるように努めている。	朝礼で唱和したり、毎月のミーティングで理念の確認をされ、その人らしさの実現を丁寧な関わりで実践されている。主人公は入居者、の意識が徹底している。	
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	運営推進会議や地域交流会の開催、ボランティアの受け入れ等で地域との交流を深めている。また盆踊り等地域の行事に参加できるようになった。散歩のときは挨拶をし、会話をすることで顔なじみの関係が少しずつでき始めた。	ホーム主催での交流会が年4回あり、介護相談員やボランティアの参加もあり、関係者とともに楽しまれている。地域の行事に参加もしている。毎朝の散歩で知り合った地域の方たちのお付き合いも続いている。	
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	運営推進会議や地域交流会の開催等でホームに来ていただき、利用者とはふれあう機会を持つことで、認知症を理解していただくように努めている。また、運営推進会議では認知症サポータ講座を開催した。		
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	2カ月に1回開催している。家族・地域住民(区長、民生委員、地権者)市町村担当者、介護相談員等に参加していただき、ホームの入居状況・活動の報告や災害時の対応・高齢者介護等に関する意見交換を行い、ホーム運営に役立てている。議事録は玄関に設置し、来所された方に公開している。	会議には、行政関係者のほか、地主や介護相談員なども参加され、2ヶ月に1回定期的に開催されている。家族の率直な意見も出され、内容は、毎月のお便りで報告されている。会議後に、認知症サポーターの研修や新年会をすることもある。	
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取り組んでいる	運営推進会議や役所訪問等の機会を利用して良好な協力関係の構築に努めている。運営上不明なことやホームで発生した事故については常に報告相談を行い、指示やアドバイスをいただいている。	話しやすく、相談しやすい関係が出ている。運営推進会議にも参加されているので、日頃の活動や実情は、伝えられている。市のボランティア利用登録制度にも積極的に取り組まれている。	
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	身体拘束はしないことを基本にサービス提供を行っている。ミーティングや研修などで身体拘束への理解を深めている。安全のためベットの柵を使用する時は、事前に本人や家族に説明し納得承諾を得ている。	身体拘束の対象となる方はいない。研修に参加し、報告や伝達もなされ、拘束による弊害もスタッフはよく理解している。見守りをし、行動を共にしている。	
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	ミーティングや研修会参加などで高齢者虐待についての理解を深めている。また、不適切なケアが虐待につながることもOJTの中で伝えている。		

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	ミーティングや研修で学んでいる。ホーム入居前から利用している方はいるが、ホームで利用開始を検討したことはない。		
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	利用開始時や契約変更時は家族や利用者本人に説明を行い、納得してホームを利用していただくように努めている。不安や疑問には丁寧に説明し理解をいただいている。		
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	家族の面会時、生活状況を説明し、家族の意見や要望を聞くようにしている。コミュニケーションをとることで意見が言いやすい関係づくりに努めている。意見苦情が出た場合は迅速に対応し、速やかに解決するようにしている。玄関に意見苦情用紙を設置したり、相談窓口を重要事項説明書に明記している。唐津市の介護相談員事業を利用し、利用者の意見を聞いていただいている。	率直な声を聴かせてもらえるような雰囲気と関係作りに努めている。毎月、お便りと写真、請求書を送り、入居者の状況を丁寧に伝えてもいるので、家族から率直な意見が出やすい。介護相談員からも入居者の意見など聞いてもらうようにしている。実現可能なことはすぐ対応されている。また、玄関に要望や苦情の用紙を置くなどしている。	
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	朝の申し送り時、月1回のミーティング時、毎日の業務のなかで出てきた意見や提案を受け入れるよう努めている。	気軽に意見が出るよう、管理者は、よく声掛けをしている。ミーティングや勉強会の折も、事前に内容を伝え、常時意見を聞く体制をとっている。意見を反映し、業務内容の変更なども行っている。	
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	職員の能力や実績、やる気、希望に応じ労働条件を設定しているが、職員が満足しているとはいえない。		
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	研修会や勉強会の案内は職員全員に知らせている。必要なときは業務扱いで参加し、後日ミーティングでほかのスタッフへフィードバックしている。実際のケアについてはOJTを行い、技術の向上に努めている。		
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	唐津市のグループホームで構成される連絡会に参加し、勉強会や意見交換を行っている。		

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
<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	利用前には、家族・医療機関・居宅介護支援事業所の担当ケアマネから情報を集めている。本人と面談を行い、不安や要望等を聞き、本人への理解を深めている。入居後は本人の話を傾聴することで安心感も持ってもらえるよう努めている。		
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	利用前に家族や本人と面談を行い、困っていること不安なこと、要望等はないか尋ね、その把握に努めている。しっかり話を傾聴することで安心され信頼関係ができていように思う。		
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・家族・居宅介護支援事業所の担当ケアマネ・医療機関等の情報をもとに、関係機関に協力を仰ぎながら、必要なサービスが受けられるよう支援している。		
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	本人の生活歴や好まれることを十分把握し、得意なことを教えていただいたり好きなことを手伝っていただいたりしている。人生の先輩であることを念頭に置いて接している。時々方言で話しかけたりして、家族的な雰囲気が生まれている。		
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	月1回の文書での状況報告や面会時の報告で互いに協力できるように努めている。多くの家族が協力的で助かっている。		
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	面会に制限はなく、自由に入出りができている。面会に来られた時は椅子や飲み物を提供し、ゆっくりしていただいている。家族へは毎月ホームから状況報告書、写真、ホーム便りを送付している。	家族だけでなく、友人、知人、甥や姪など面会は多い。ゆっくりくつろいでいただくように、丁寧な会話や態度を心がけている。本人の希望の場所やお店に訪問している。また、地域の方と新たに馴染みになり、その方の訪問もある。	
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	利用者の相性や個性を考慮して座席を決めたり、対応を工夫している。朝のレクレーション時は1つのテーブルに集まり、利用者同士が関われるようにしている。お互いに居室を訪ねられることがあり、そんな時は見守りをしている。		

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	退居後も本人や家族の方へ面会に行ったり、連絡をしている。		
<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	一人一人の思いや希望を大切に、言葉に表現されない思いを汲み取れるように努めている。実現不可能な時はその方が和むものを見出し、ストレス解消に努めている。また、自ら表現できない方は、反応を見ながら本人の希望を把握するようにしている。	ひとり一人の思いが、遠慮することなく、素直に伝えられる雰囲気と関係を作り、伝えられた意向は実現できるよう、努められている。困難な方は、寄り添いことで、情報を共有し、笑顔に結びつくような支援をされている。ホームではお互いが認め合っておおらかな関係ができています。	
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	本人や家族からの聞き取りや担当ケアマネからの情報提供を受けて、生活歴・病歴・好み等の把握に努めている。把握した情報はフェイスシートにまとめ、スタッフ全員が見れるようにしている。		
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	おおまかな1日のスケジュールはあるが、押し付けず、その方の希望や状態に応じてすごしていただいている。バイタル測定、表情や言動の観察、一緒に家事作業を行ったり、レクリエーションを行う中で、心身状態や有する力を把握するように努めている。		
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	カンファレンスを行い、本人の状態や希望に応じた計画を作成している。家族には面会時や月1回の状況報告書を通じて実情の説明や要望を聞くように努めている。今後カンファレンスに家族の参加を働きかけたい。	スタッフ間での毎月のモニタリングや評価をもとに、事前に家族に情報を伝え、意向の確認をされている。医療面は、受診の際、受診ノートを活用し、指示や意見をもらっている。家族参加の定期的なカンファレンス開催の計画が進められている。	
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	日々利用者ごとの記録を行い、申し送りや連絡ノートを活用しながら、情報を共有している。気づきについてはアセスメントに取り上げ、カンファレンスで検討のうえ、必要であればプラン変更を行っている。		
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	体調や気持ちの変化に合わせて、その時々に応じたサービスを心がけている。		

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
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	地域の交流会やボランティアによる活動を通じて楽しんでもらっている。顔なじみの関係も少しずつでき始めている。		
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	協力医だけに偏らず、利用者・家族の意向を確認しながら医療機関を受診している。体調に変化がある時は主治医と密に連携をとり、適切な治療が受けられるように努めている。	協力医を希望される方や、専門医受診を継続される方もおり、意向に沿った支援をされている。ホームの送迎と付き添いがほとんどで、医療機関とは密な連絡が取れている。	
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	利用者の体調に変化がある時は、ホームの看護職員に報告を行い対応を検討している。判断しづらい時は他事業所の看護職員やかかりつけ医の看護職員へも相談している。		
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。	入院時はホームでの生活ぶりや既往症、内服薬の情報を病院へ提供し、円滑に治療が受けられるよう支援している。入院中は面会に行き本人を励ましたり、洗濯物のお世話をし、生活に困らないようにしている。		
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	入居時には重度化の指針やターミナルケアの方針を書面にて説明し理解を得ている。状態が重度化した時は、随時家族と話し合い、また必要に応じて医療機関に相談しながら、今後の過ごし方を決定している。	方針があるが、ホームでの医療処置が困難なこともあり、その都度、ご家族や医療機関と話し合いを行い、方針の共有と支援を行っている。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成、事務所に備えている。また、消防署から講師を招き、救急蘇生法の講習会を開催している。		
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	定期的に避難訓練や消火訓練、避難所へのルート確認を行っている。地区住民も加えた緊急連絡網を作成し、速やかに応援をうけられるようにしている。	年に3回避難訓練や消火訓練をしている。避難所は高台の高校となっているため、避難路の確認やトイレ・スロープの点検もした。区長の協力でも地区住民も加えた連絡網も出来、協力体制ができている。	

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	その人の人格を尊重し、プライバシーを損ねないよう、丁寧な言葉使いや対応を行っている。	ひとり一人を尊重し、その方にあった言葉かけや支援ができています。外に面した部屋の窓は、レースのカーテンをし、部屋に入る時はノックと声かけなどプライバシーを損なわないようにしている。	
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	利用者と密にかかわり、話を傾聴し、行動を観察することで思いや希望を汲み取れるように努めている。また、利用者に問いかけたり、確認することで自己決定できる環境を作っている。		
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	本人の心身状態にあった生活実現のため、ホームの日課を押し付けることなく、柔軟に対応するようにしている。		
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	身だしなみに関して自立されている方には自由にしていただき、介助が必要な方は清潔を保ちながら、なるべく同じコーディネートにならないよう気を付けている。2ヶ月に1度訪問理容あり。		
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	献立は栄養・色どり・季節感を考慮し偏らないように作っている。また、食事時はテレビを消し、音楽を流しながら、職員も一緒に食べている。献立を毎日掲示板に表示し、読み上げて、食事に対する楽しみを感じていただいている。	入居者から意見をきいたり、メニューを一緒に作ったりしている。お茶碗を拭いたり、テーブルを拭くなど役割を持たせ、参加する楽しみもある。テレビを消し、会話をしながら、職員も共に食事を楽しんでいる。手作りを心がけ、食材は近くのスーパーに買いに行き、ノートで食材の在庫管理をしている。	
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	食事量や飲水量を記録し、常に必要量が確保できているか確認している。体調や嚥下状態にあわせて、形態や献立を変えている。食事量が不足する方には食事外でも補食して頂いている。		
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	毎食後声掛け誘導、介助と利用者の力量に合わせて対応している。夜間は義歯を預り洗浄液につけている。必要な方は歯科受診したり、定期的に訪問歯科で口腔ケアを受けていただいている。		

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
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	排泄チェック表を作成し、個別に排泄パターンを把握。その方にあったタイミングでトイレ誘導を行っている。極力紙おむつを使わないですむよう、ポータブルトイレの使用やパットの使用等の工夫をしている。	紙おむつを使わないように、個別に合わせたタイミングで耳元で声掛け誘導するなど、日中はトイレでの排泄をしている。介護度の高い方でも、2人介助でトイレを利用し、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	個別に排便状況をチェックし、下剤の調整や腹部マッサージなどを行っている。便秘の方は水分補給や便通によい食材を心がけている。		
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	ホームの都合で曜日・時間決まっているが、入浴を拒否される方や体調不良の方には、決まり通りではなく、入浴日や時間を変更して柔軟に対応している。	入居者は、週3回づつ予定が組まれているが、前日入れなかった方は、予定変更し入浴していただいている。手すりや浴槽も移動しやすく、ゆっくりできる作りとなっている。	
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	夜間良眠できる様、日中のリズム作りに努めている。昼食後は休息を促し自室でゆっくり過ごして頂く。夜間不眠の方は医師の指示を仰ぎ、安心して睡眠できるようにしている。		
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	概ね理解しているが、詳細には出来ていない。説明書を見たり、薬剤師や看護師に問い合わせたりして、理解に努めている。状態に変化がある時は、まず看護職員に報告、必要があれば病院へ相談し指示を受ける。		
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	朝の散歩、植木の世話、洗濯物を干したり、たたんだり、本人の好みや能力に応じた役割や日課を作っている。季節ごとの行事や誕生会・地域交流会・ドライブなど通じて楽しみを作り出している。晩酌・喫煙等は話し合いをして、安全に嗜め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	朝の散歩に出かける方がいる。蛍まつりや盆踊り等地域行事への参加が増え、地域の方との交流もできるようになっている。また、桜や梅、あじさいなど季節ごとに花の名所に出かけている。	入居者の希望で、毎朝9時から散歩されたり、毎月外食される方も居られ、個別に支援している。他、行事での外出や、花見や初詣等、入居者から行きたい場所への提案があることも多く、可能な限り実現されている。リハビリ通院後、買い物をする方の支援もしている。	



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	殆どの方がホームで預り金を管理している。管理能力や本人の希望により、ご自分で管理されている方もあり、ご自分で買い物にいたり、職員に買い物を頼まれる時がある。職員が付き添い等の支援をしている。		
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	希望に応じて電話を使って頂いたり、電話の取次ぎも行っている。目が悪い方の手紙の代筆にも応じている。届いた手紙は本人の同意のもと読み上げている。		
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	草花を飾り季節感を出すようにしている。窓やカーテンの開閉で温度や光の調整をしている。空調は温め過ぎず・冷え過ぎず、乾燥に注意し調整している。居間の大きい窓からは景色がよく見えて、四季の変化を感じられる。	ホールは床暖房と、大きなガラス窓から入る暖かな日差し、パステルピンクやクリーム色で統一された家具からぬくもりを感じる、キッチンも、家庭の雰囲気がある。スタッフは足音にも気遣い、音のしないスリッパを履いて不快な音が出ないように配慮している。	
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	食堂の席は希望や状況により決め、利用者それぞれが落ち着いて過ごせるように努めている。自席だけでなく、他の席にも座っても否定することなく自由にしてもらっている。		
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	自宅から箆笥・冷蔵庫・仏壇・テレビ等を居室に持ち込まれている。それらを活用し自由に居心地よく生活できるように工夫している。衣類の入れ替えや模様替えは本人に相談しながら行っている。	家具や寝具は、それぞれが使いやすいように配置されている。仏壇の水替えをしたり、テレビを自室で楽しむ方もいる。収納しやすい大きなクローゼットがあるので、室内がすっきりしており、掃除も行き届いている。	
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	手摺設置・段差解消・補助器具の利用。居室・トイレの入り口には目印などできるだけ自立した行動が出来るように工夫している。又、安全確保のため、見守り観察を重視している。		