

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	3372700686		
法人名	有限会社さくらコーポレーション		
事業所名	グループホーム里の家		
所在地	岡山県浅口郡里庄町里見8004-2		
自己評価作成日	平成25年1月12日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=3372700686-00&PrefCd=33&VersionCd
----------	---

【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 ライフサポート
所在地	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館
訪問調査日	平成25年3月5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)】

●理念の添って「個々の気持ちに寄り添うケア」を心掛けている。●他の施設でサービスを受けたとき、そこで適当できなかった方もホームで落ち着いて生活されている。●イベントに同居者が熱心に参加される。●家族がいつでも遠慮なく面会に来やすい雰囲気があること。運営推進会議や花見などの行事に家族の参加がある。●ホーム長が定期的に便りを出している。同居者の状態に応じて随時報告ができています。●協力病院や協力歯科医院・眼科の医師が随時相談に乗ってくださり、往診対応が実施されている。協力病院以外の通院も家族と協力しながら実施されている。●体温・血圧・排泄等の異常についての早期発見に努め、早期受診を実施している。●毎回の摂取量や口腔ケアを含め、状態に応じた健康管理ができています。●ホーム長を中心に看護職・介護職が情報交換をしながらケアプランが出来ています。排泄の尊厳を大切にしている。

【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)】

平成23年度は外部評価免除となっていたので2年振りの訪問となった。23年度にデイサービス事業所を開設し、ずっと管理者を勤めていた人がそちらの事業所に転任したので、今年度4月よりこのホームに新しく管理者として計画作成担当者兼務で勤めている。利用者も重度の人が死亡や病院への入院等で新しい人が入所して、全体的に軽度の人が多くなり、ホーム内の雰囲気は活気づいていた。3月に入ると暖かい日が続き、ホームの南側の空地に日向ぼっこで皆生き返ったように元気に歌を歌ったり、職員を取巻いて談話に夢中で楽しそうに過ごしていた。これからは外出も出来、このホームの周辺は田園地帯なので、毎日の暮らしが楽しくなるだろう。利用者や家族の思いもしっかり聞いて、ホームの支援方針と共に良いケアプランも作り始めていた。今後が楽しみである。

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 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、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
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	その人の思いを共感しながらその人らしい暮らしが続けていけることを根幹とし、毎日のミーティングでは、理念の共有を元にケアについて意見の統一を図っている。	「個々の気持ちに寄り添うケア」を目指す代表者の思いを新しい管理者も受け止め、職員全員で目指すよう努力している。家族から「よかった。」と言われたり、利用者の元気な姿を見て、良い方向への確信がみえる。	
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	散歩を行い地域の人との交流が図れた。また地域の祭りでは神輿がホームの中庭に出向いてくれ地域の方と入居者さんが会話をする等の交流が図れた。	散歩や買い物に出かけたり、夏祭りに参加したりして地域の人と交流しているほか、地域から踊りやハーモニカのボランティアが来てくれている。また、法人のデイサービスと行事を一緒にするなどの交流があった。	
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	地域の研修に参加し、運営推進会議の場で研修報告や認知症の人の理解をしてもらい認知症ケアの啓発に努めた。		
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	入居者、家族、地域のメンバー、行政の参加で2ヶ月に一回の運営推進会議を開催した。議題の規定を定め、イベント等も取り入れて回を重ねるごとに意見や要望など自由に話し合える場となりサービスの向上に役立てた。	地域包括、民生委員、家族などが参加して2ヶ月に1回開催している。ホームの状況報告を行うほか、毎回議題を提示して参加者から意見を聞いている。ボランティア情報や防災・感染症対策などで効果を得ている。	
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	入居の状況、事故の報告・相談、制度等のアドバイス、研修会(事例困難等)を通して連携が図れた。	申請や相談は代表者が町の担当者へ連絡をとっている。地域包括は運営推進会議に参加しているほか、利用者の紹介や情報の提供をしてくれたりしている。町の研修会にも参加している。	
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	身体拘束マニュアルを作成し、研修で学び得た事を振り返りながら防止に努めている。拘束をしない方向に向けて実践している。	利用者の自由を尊重しており、気付きにより事前に安全策をとることで転倒などの危険を防いでいる。家族に同意を得て安全策のためベッドの使用を止めたり、夜間不安定な歩行を声かけにより止めることはある。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待の種類・定義を研修で学び高齢者虐待防止法に関する理解浸透に向けた取り組みを行い防止に努めた。	申請や相談は代表者が町の担当者へ連絡をとっている。地域包括は運営推進会議に参加しているほか、利用者を紹介や情報を提供してくれたりしている。町の研修会にも参加している。	

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
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	社会福祉協議会等が主催する研修に毎年職員が参加し、研修で学ぶ機会を設けている。		
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	契約時、利用者や家族が不安や疑問などを十分表せるような働きかけを行い、時間をとって丁寧に説明している。利用料金や起こりうるリスク重度化や看とりについての対応策、医療連携体制についての説明をし同意を得るようにしている。		
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	安全・安心第一のもとで入居者、家族ともに、満足してもらい、ここで暮らしてよかったと思われるホームをめざしている。そのためにも家族が遠慮なく面会にこれ、意見や要望の言いやすい雰囲気や機会を作っている。	手紙やホーム便りで毎月利用者の様子を伝えており、年2回開催の家族会や運営推進会議に参加してもらい、意見を言う機会がある。介護計画や個別の要望は面会時に意向を聞いている。	
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	月1回の定期的なスタッフ会の開催や随時のミーティングで意見を聞く機会があるので、可能なことは反映させている。	月1回職員がほぼ全員参加で会議を行い、行事について話し合ったり、研修会報告を行う他、利用者のモニタリングも行っている。職員が順に司会を担当し、一人ひとりが運営や計画作成に自覚を持って取組んでいる。	
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	代表者は頻繁に現場に来ており、入居者と過ごしたり、スタッフの業務や個別の悩みを管理者からも聞くなどをして把握している。年1回人事考課を行うようにしている。スタッフの資格取得に向けた支援を行っている。		
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	スタッフの段階に応じてなるべく多く受講できるように計画を立てている。法人内外の研修に参加できるようにしている。研修報告をスタッフ会で発表してもらい、報告書を全スタッフが閲覧できる。		
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	市町村主催の同業者向けの研修会の折に、学習会や交流を持つことによりサービスの質の向上を目指している。他のグループホームへイベント参加をしたり見学や交流を行い意見や経験をケアに活かしている。		

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	出来るだけご本人の生活歴やご家族の思いをしっかりと聞き取り、不安な気持ちを受け止めながら徐々に環境になじんでもらい信頼関係を築いていけるよう努めている。		
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	家族からの要望等の聴き取りを行い、ご本人の必要な情報の収集に努め、段階をおって家族との信頼関係を築いて情報を得ている。		
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	初期対応については、家族・本人の思いの把握に努め、又、在宅でかかわった包括・ケアマネジャーとの情報を収集しながらサービスにつなげていく対応を行っている。		
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	その人の個性や思いを個々に把握しながら、一緒に共感して安心できる生活が営むことができる環境づくりに努めている。		
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	入居者の日頃の様子や家族の気づきを面会を通して話し合いをしている。毎月のお便りに日常生活の写真を掲載して送っている。電話や手紙や家族会を通して報告・相談を心がけている。		
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	入所前から通っている医院へ定期的に通院を続けている入居者がおられる。そこで地域に暮らす馴染みの知人と会って話をする事できる。入居前に生活していた施設の職員が、面会に来てくださり、会話をすることができている。	ホームに馴染んでもらうためには、職員が利用者の話し相手をし、趣味や特技を考えて雰囲気作りをしていく。馴染みの場所として、受診時に自宅近くを経由したり、前の施設との交流をしたりすることもある。	
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	個別に話を聴いたり、ゲーム等を楽しんで過ごす時間を作り入居者同士の関係がうまくいくように、スタッフが調整役となって支援をしたり、注意深く見守りをしている。		

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	サービス利用期間に関わらず、終了後も入院先を訪ねるなどこれまでの関係を大切にしている。地域で家族や本人に会う機会がある。そこで様子をうかがうこともある。計報が入れば弔問している。		
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	言葉や表情などからその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、家族から情報を得るようにしている。入居前からのかかりつけの主治医に診察を受けられる事が精神的な安定となっている。	生活歴などの詳しいアセスメント作りや、本人の意向を十分聞く作業をしている。利用者から直接聞いたり思いを込めたりして生活へのアンケートもしている。外出などの希望を聞き、楽しみを実現する努力をしている。	生活歴など詳しいアセスメントは全職員がしっかり把握し、日頃の会話の中から得られた新しい情報も追加記入して共有したい。それらの情報から利用者の発言の真意を探って欲しい。
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	生活歴等の情報把握に、本人とのかかわりの中で情報把握に努めている。又、家族の来訪時に伺っている。		
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	入居者一人一人の生活リズムや過ごし方を理解し、行動や動作から感じ取り、本人心身状態を看護介護記録に記すスタッフ全員が共通意識を持つようになっている。 (22・目標計画実施)		
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	日々の生活の関わりの中で、意見を聞きアセスメント・モニタリングを行い、スタッフと家族を含めカンファレンスを実施し介護計画につなげている。	本人や家族の意向を十分聞き、職員会議でモニタリングを行い、担当者、看護師、ケアマネなどの話し合いで介護計画を作成し、具体的な支援方針を出している。安定した人は1年に1回見直している。	元気な生活のために実行できる具体的な支援内容を考え、実行の度合いとその効果をモニタリングし、さらに次のステップアップした支援を作成し、より良い生活支援を目指したい。
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	個々のケア記録に身体的状況・日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソードを記載し、スタッフ間の情報共有し、介護計画の見直し、評価を実施している。ケア記録の見直しを行う。(22・目標計画達成)		
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	本人、家族の状況に応じて、通院等必要な支援は柔軟に対応し個々の満足を高め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
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	運営推進会議に包括支援センター・市町村・地域のメンバーが参加し、入居者全員も参加し支援に関する情報交換し協力関係を築いている。地域の神社に参拝し1年間の健康・安全を祈願する事ができた。		
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	ホームの協力病院の他、受診や通院は本人や家族の希望に応じて対応している。基本的には家族同行になっているが、ホームで通院介助や往診してもらい、複数の医療機関と関係を密にしている。	ホームの協力病院が月2回往診に来てくれている。利用者個別のかかりつけ医への受診は、家族に対応をお願いしているが、無理な時や急変時等は職員が付き添っている。看護師を配置し、医療連携を図っている。	
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	24時間体制の看護師を配置し、常に入居者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。異常の早期発見に取り組んでいる。変化等に気づいたときは、看護師に報告している。		
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	入院時には本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、家族とも回復状況等情報交換をしながら、退院支援に結び付けている。		
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	看取りの方針を本人・家族等と話し合いを行い説明を十分行い、重度化に伴い事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行っている。本人・家族の意向を踏まえ協力病院との連携を図りながら安心して納得した最後を迎えられるように、随時意志を確認しながら取り組んでいく。	看護師配置等職員体制を整え、できるだけ最後まで支える努力をし、看取りも経験した。常時の医療を必要としなければ、家族、医師、看護師と相談しながら重度化に対応していく。	
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	全スタッフが、行政機関や消防署の協力を得て、AEDや蘇生法の研修や勉強会を通して対応できるようにしている。夜勤時の、緊急対応についてマニュアルを整備し周知徹底を図っている。		
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	年2回の避難訓練では地域の方・消防署の協力を得て夜勤体制や日勤体制などの訓練を行っている。安全な避難経路の改善・消火器の使い方や防火対策改善策をとっている。地震による火災を想定しての避難訓練を実施した。	スプリンクラー・排煙装置等は設置し、運営推進会議の場を利用するなどして、年2回の避難訓練を行っている。消防関係者の協力を得て、避難経路や消火器の確認をし、感想や意見を聞き、防災に努めている。	

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
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	一人一人の気持ちを尊重し個別のケアを行い、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。声のかけ方・名前の呼び方等その方を尊敬し自尊心を傷つけないような対応に心がけている。	利用者の気持ちを考えて、食事や歩行等の介助には前もって声かけをしたり、排泄時の誘導でも、可能な人では職員はトイレの外で待機するなどの配慮をしている。個性を配慮して居心地よく過ごせるよう席を決めている。	
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	スタッフ側で決めたこととおしつけず、些細なことでも本人が決める場面をつくらせている(したいこと、行きたい所、食べたいメニュー、飲みたい物、する、しない等)。		
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	基本的には1日の日課があるが、一人ひとりの体調に配慮しながら、その日、その時の本人の気持ちを尊重して、できるだけ個性のある支援を行っている。		
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	口腔ケアを1日3回実施し口腔内の清潔を保ち気持ちよく過してもらおう。洗顔後、お化粧の習慣がある人は継続して行っている。洗濯はこまめに行い清潔を保っている。理・美容は2ヶ月に1回行っている。		
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	入居者様に嗜好やメニューを聞いて取り入れ反映するようにしている。新鮮な地元の魚や野菜、家族のところでとれた新鮮野菜を使って一緒に調理や片付けをしている。	昼食の副食のみ外注だが、その他は買物して職員が調理しており、メニュー豊富な食事ができている。全員が箸で食べられ、介助が必要な人は1人のみ。利用者の偏食がなくなり、家族に喜ばれている例もある。	
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	毎食前に嚥下体操をとりいれ誤嚥防止に努め、一人一人の体調と1日の食事・水分摂取量を把握している。個々に食事形態を検討し食が進むよう工夫したり水分摂取量の確保に努めている。		
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	自分でできる方は声かけ見守りをし、できない方には毎食後のケアを含め毎食前の嚥下体操を実施し嚥下障害による肺炎の防止などにも努めている。夜間は義歯をホリデントにつけ、口腔内の清潔に努めている		

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
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	排泄チェック表を使用し、個々の排泄パターンを知り時間を見計らって誘導できるよう支援しトイレでの排泄ができるように支援している。トイレでの排泄を大切にし、紙パンツ・パット類も本人に合わせている。	食事前等に声かけや誘導を行い、日中は全員トイレで排泄している。夜間も原則トイレへの誘導をするが、ポータブルトイレや長時間対応パッドを利用する人もある。病院から来た利用者が頑張っって自律した例もある。	
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	排泄チェック表を使用し、便秘の方には十分な水分補給や運動を促している。日常的に繊維質の多い食品やヨーグルト・ヤクルトを提供している。排便が3日～4日目に、下剤を使用している。		
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	リフト浴の導入にて安全入浴していただき、入浴したい日、時間に合わせて入浴していただいている。入浴を拒む方に対して、言葉かけや対応の工夫をしている。	週3回交代で午後に入浴している。家庭風呂で浴槽に入るのが難しいが、1人介助でほとんどの人が入れる。重度化にリフトも備えた。拒否者には日や時を変えて入ってもらおう。	
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	なるべく日中の活動を促している。天気の良い日には日光浴を勧めている。体調や希望等を考慮してゆっくり休息がとれるように支援しながら睡眠状況を把握し服薬等が安眠の妨げになってないかを確認している。		
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	薬の処方、効能、副作用の説明をファイルに保管し、全スタッフに分かるようにチェックを徹底している。薬の処方の変更されたり本人の状態変化が見られるときは記録をとり、医療連携を図れるようにしている。		
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	植樹の作業では役割分担を行い力を合わせ行えた。干し柿作り、台所の手伝い、おやつ作り、ダンボールを片付ける作業等、個々の力を生かした作業を行っている。		
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	買い物等外出を一緒にできるようにしている。暖かい日には、日光浴、散歩に出かけ気分転換を図る事に努めている。家族の協力を得て外食、墓参り、地域の行事などの外出を支援している。	家族も参加してホーム全体で花見に出かけたり、小グループで外食や買物、ドライブなどに出かけている。ホーム周辺には野原や畑があり、散歩や日光浴をしたり、畑で花や野菜を植えたり、収穫したりして楽しんでいる。	

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
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	家族の協力を得て少額のお金を持っている人がいる。買い物の外出時に小遣いを持つことで社会性の維持につなげている。		
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	毎日のように電話をかける家族や時間帯に関わらず電話をつなぎ、他の入居者に会話が聞こえないように配慮している。ちょっとしたお礼や報告を本人からもできるように支援している。本人からの希望があればかけられるように支援している。		
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	スタッフと入居者と一緒に作った季節感のあるちぎり絵や写真で季節感を味わい自分の家だと意識を持ってもらうようにしている。居室には本人の名前を表示しトイレなど場所の混乱を招かないように表示している。	食卓以外に、テレビ前のソファや戸を開けた談話室など自由な居場所がある。ちぎり絵や習字など利用者の作品や、日常の風景を収めた写真をリビングの壁に貼っていて、利用者も自慢している。畑も活用している。	
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	玄関ホールにテーブルと椅子を置き、絵画や植物等で居心地の良い空間を作っている。ウッドデッキや庭にベンチを置き一人で過ごしたり、大型テレビを設置し、仲の良い入居者同士がくつろげるスペースがある。		
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	居室には家からの家具、思いでの品々等を持ちこまれ居心地の良い我が家の雰囲気があふれている。ある人は位牌も持参されている。持ち込みのない人は施設が協力して温かい雰囲気を出すようにしている。	居室にはベッドとタンスが備え付けられ、その他自分の家具や道具を置いている。家族がぬいぐるみや人形を持ってきたり、職員が塗り絵などの作品を貼ったりしている。転倒事故防止のため畳敷きの部屋もある。	
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	身体状況に合わせて、手すりを増設、床にカーペットや畳を敷く、スロープ化を実施している。本人にとって「何が分かりにくいのか」新たな混乱などをスタッフで話し合い、混乱材料を取り除き、自立支援につなげている。		