

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	0490500113		
法人名	社会福祉法人 千香会		
事業所名	グループホーム ぼらん		
所在地	宮城県気仙沼市東新城一丁目3番地3		
自己評価作成日	平成28年9月20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/
----------	---

【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11月2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)】

東日本大震災で流した当ホームは平成27年3月に現在の場所へ再建、移転した。姉妹事業所のグループホームや小規模多機能型居宅介護施設が隣接しており、利用者様、職員同士が行き来できる環境にある。利用者様同士、また利用者様と職員との関係(距離)が近くアットホームな雰囲気での生活を送っている。法人代表者は職員一人一人のスキルやメンタル面にも配慮した働きやすい職場環境の整備と意欲の向上の支援に努めている。また、認知症サポーター養成講座の開催や、震災被災者が対象のLSA(生活援助員)事業等、地域社会への貢献にも事業型NPO法人として力を入れている。

【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)】

ホームは閑静な住宅街にあり、周辺は新築の住宅が建ち並んでいる。隣接する小規模多機能型居宅介護施設に来る、ボランティアの歌や二胡・ギター演奏に招かれるなど入居者の楽しみになっている。ホーム内で「ぼらんカフェ」を時々開き、バラエティ菓子の盛り合わせと飲み物を用意し、入居者が好みのおやつを選択、味わう工夫をしている。職員同士の気づきや対応を共有・実践し、思いに寄り添い支える連携が、入居者のほぼ全員が85歳以上・高介護度の方がいる状況で、入居されてから5~10年以上(7名)の実績に繋がっている。

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				

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホームぼらん)「ユニット名 」

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	介護理念を事務室、玄関、トイレ等目のつく場所に掲示しているほかネームプレートの裏に入れ携帯している。常に理念を意識し、困ったときや自身のケアの振り返りができるよう職員全員で共有している。	「個人の理解と尊重」などの基本理念の他に、「笑顔と感謝」のホーム理念を話し合い、継続している。職員同士相談をしながらの対応や、外食などで家族の協力を得て、思いに添うケアの実践に努めている。	
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	移転して間もないこともあり交流は少ないが、地域の方とは積極的に挨拶を交している。お隣りから野菜をいただいたり、ウッドデッキでの外気浴の際に声をかけていただくなど少しずつ関わりができています。	地区自治会員から、月毎に市報の配布があり、一斉清掃日に参加している。市内美容室ボランティアの来訪・散髪の協力がある。敷地内で小規模多機能型居宅介護施設と、納涼会などの合同行事がある。	
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	キャラバンメイトを受講した職員がおり、要請があればいつでもサポーター養成講座を開催できる用意がある。講座を通し、認知症の方の理解や支援方法を地域の方々に伝える機会を増やせるよう努めていく。		
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か月に1回のペースで隣接している姉妹事業所と合同実施している。地域包括支援センター職員、行政委員、民生委員、ご近所の方、利用者様とその家族が参加し、意見交換を行っている。	地域包括職員が毎回出席している。水害時の避難に係る意見を、マニュアル見直しの参考にした。地域の祭りや行事などの情報収集や、緊急避難時の協力要請もお願いしたい。	
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	要介護認定の更新や各種手続きの際には直接担当部署を訪問させていただき、わからないことがあれば教えていただくなど、顔の見える関係の構築に努めている。	入居者1名の生活保護申請手続き、自立支援医療手続きを半期に1回実施している。「感染症」「防災担当危機管理」などの研修案内があり、受講している。外部評価日に市担当職員の同行があった。	
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	夜間以外は施錠しないなど身体拘束のないケアに努めている。また、離園の可能性のある利用者様の場合は家族様や姉妹事業所からも協力をいただきながら面会や外出の支援を行っている。	マニュアルを基に内部研修をしている。排泄時の手引き誘導中などに、他の入居者から要求がある場合は、職員間で声掛け・要請をして応じている。言葉に気をつけ、制止や待たせることがないケアを心掛けて、拘束の排除に努めている。	
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	毎月行う事業所内勉強会で年1回は高齢者虐待について取り上げ、該当する具体的な行為を確認し合う時間を設けている。		

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支援している	権利擁護と高齢者虐待について事業所内勉強会を行っている。日常生活自立支援事業(まもり一ぶ)を活用しながら生活している利用者様を貴重な実例として、その重要性を折に触れ話し合っている。		
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	契約時に契約書と重要事項説明書等の内容を丁寧に説明し、理解していただけるよう心掛けている。また、わからないことはいつでも気軽にお問合せいただけることもつけて加えている。		
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	玄関に意見箱を設置しているほか、重要事項説明書に苦情申し立て機関を明記している。受診の報告や来訪時など日常的に意見や意向を聞くよう心掛けている。	面会時に日常の様子を伝える会話の中で、相談や要望を聞くことが多い。「時間がかかっても自分で食べさせて」で、スプーンの使用や声掛けの工夫で、出来ることの継続に繋げている。外食の機会も増加した。	
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	毎月の全体ミーティングは、代表者を含めた意見交換の場となっている。職員の意見や提案には耳を傾け、より良いサービスを提供できるよう取り組んでいる。	身体状況変化への対応で、車椅子の購入や介護ベッドに替えるなど、負担を軽減している。「1対1で関わる時間を持つ」要望があり、通院付き添いの帰途に買い物や外食をするなど、個々の思いに添っている。	
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	妊娠中など身体の状態等で勤務時間や勤務内容に制限がある職員に対しては様々な条件を受け入れるための話し合いを持つ等、職場環境の整備と個々の意欲向上に対し積極的に支援している。		
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	代表者は各職員の適性に合った研修への参加を促してキャリア形成・キャリアアップの啓発を継続的に行い、資格試験料は全額補助している。また、研修報告書は全体ミーティングで報告・回覧し他職員の知識吸収に役立てている。		
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	県認知症GH協議会や気仙沼介護サービス法人連絡協議会および行政主催の研修会に参加することで「他事業所との情報交換や人脈作りを促している。		

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	本人が不安を感じないような声掛けや、傾聴で話しやすい雰囲気作りに努めている。利用相談の段階から要望や心配事を把握、ホーム見学や体験利用の際などに丁寧に対応することで、安心してサービスを受けられるよう心掛けている。		
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	前項同様、不安を感じないよう受診報告の連絡時や来訪時には利用者様の様子を伝えながら、不安に感じていること等の話に耳を傾け、話しやすい雰囲気作りを心掛けている。		
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	相談を受けた時点で十分な聞き取りを行い、利用者様本人とその家族様がその時に必要な支援を見極めた上で適切なかわりを心掛けている。		
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	利用者様が役割を持って生活できるよう、また日々の関わりからその方の好む活動や得意なこと、できる活動を見極め、楽しく活動できるよう有する能力に応じて声掛けし、一緒に作業している。		
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	面会時際には本人の近況を報告しているほか、病院受診は電話連絡して、常にホームとのつながりを感じていただけるよう努めている。月1回の写真添付のお便りでは、近況報告をや事業所内行事への参加の呼びかけを行なっている。		
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	誕生日会や事業所内行事には、家族や知人の方にもご案内をしなじみの関係が途切れないよう心掛けている。外出や手紙・電話、お互いが行き来できるよう支援している。	知人や友人の来訪がある。墓参や行きつけの理容店に出掛けたり、定期的な美容ボランティアの利用を継続している。兄弟姉妹・親戚・友人との電話や手紙でのやり取りを、その都度支援している。	
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	利用者様の性格や利用者様同士の相性等を職員間で情報共有している。利用者様同士がコミュニケーションがとれるようなレク活動や話題提供を行い、良い間柄が築けるよう努めている。		

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	入院、退居となった場合も、見舞いや状況把握に努めている。利用者様、家族様へは困ったことがあればいつでもホームに立ち寄って頂けるよう声掛けしている。		
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	本人の話や傾聴したり、日常の会話から思いを汲みとり、希望に沿った支援ができるよう職員間で情報を共有している。気持ちを伝えられない方でも本人の立場になって考えたり家族と協力して把握に努めている。	新聞好きな方が、ウッドデッキで寛ぎながら読むなど、柔軟に対応している。裁縫や将棋の対局・大河ドラマなどの時代劇・プランターで野菜を栽培するなど、好きなことや得意なことを捉えて楽しみに繋げている。	
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	入居前に本人や家族様から生活歴や情報を聞き取り、職員が閲覧できるよう整備している。入居後もできる限り以前の生活と変わらないよう、本人や家族様の意見を取り入れながら環境作りを行っている。		
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	1日の流れに沿った生活記録と排泄表を活用し、一人一人の過ごし方が把握できるよう努めている。また、日々の体調や言動などを1日の様子をショートミーティング(申し送り)で周知している。		
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	介護職員は、気付きを記録しその事実を基に課題解決に向けた話し合いを毎月の全体ミーティングで行なっている。計画作成担当者は、その話し合い内容を基に現状に合った介護計画書を作成している。	「モニタリングと今後について」を各担当者が作成している。日々の「支援内容の目標・達成状況」確認欄は全職員が記入している。定期・随時見直しの計画書は家族・本人の要望や、医師の助言が入っている。	
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	生活記録、受診記録、排泄表等の記録に残して情報を共有している。ショートミーティング(申し送り)や全体ミーティングを通し介護計画書通り実践できているか振り返りなど見直しに役立っている。		
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	利用者様の身体状況や家族様の状況に合わせて外出の送迎や付き添いを行っている。受診の付き添いが難しい家族様には、受診後結果を電話で報告している。		

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
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	美容室の散髪ボランティアを受け入れているが、地域資源の把握が十分ではないと感じている。地域資源について学ぶ機会を持ち、利用者様一人ひとりの暮らしを支えている地域を把握できるよう努めている。		
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	利用者ごと入居前から受診しているかかりつけ医を継続している。受診に職員が同行する場合だけでなく、家族様が同行する場合も状態変化や様子を的確に伝えられるよう日々の記録をお渡ししている。	協力医療機関の他、それぞれのかかりつけ医に、家族や職員が付き添い定期的に通院している。受診時に毎日のバイタル総合グラフと、必要な場合に状態の記録を提示している。受診記録・報告書がある。	
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	介護職員は、日々の健康状態を観察、記録し、気になることや状態変化がみられる場合にはかかりつけの病院へ総合グラフとともに上申書を活用して情報提供し、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。	利用者が入院された際には、可能な限りお見舞いに出向いて家族様や主治医、担当看護師より情報提供を受け、状態の把握や退院後もホームで生活ができるよう関係作りを努めている。		
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	契約時に看取りの指針(冊子)を渡し、要望があればいつでも話し合いの場を設けることを伝えている。入院など状況の変化ごとに家族様と話し合いを重ね、その都度対応している。勉強会等を通して終末期について職員間で意見交換の機会を持っている。	「看取りに関する指針・同意書」が成文化されている。身体面の急変時に、救急搬送や入院後のその時々で、家族の意向や医師の意見、ホームで出来ることを話し合いながら支援している。救急時の対応や看取りの勉強会をしている。	
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	応急手当、特変・急変時の対応をマニュアルとして整備し、定期的に緊急時の初期対応を勉強会で確認、共有している。		
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	昨年、隣接するグループホームと合同で避難訓練を実施した。また、避難訓練を行う場合は案内を配り近隣へも参加を呼び掛けている。災害時の水や食料の備蓄品の定期点検や入替えを行なっている。	避難訓練に消防署が立ち合っている。避難口の助言があり、ウッドデッキ側に安全な避難の為にスロープ設置を課題とした。非常通報装置への組み入れを地域住民に打診するなど、見守りの協力要請をお願いしたい。	

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	プライバシーに関わることは、声のトーンや場所に合わせた声掛けや言葉を選ぶように気をつけている。利用者様の性格や思いに配慮し、馴れ合いにならないケアや声掛けに努めている。	「お手伝いしますか」「一緒にしてみますか」など、丁寧な言葉で話し掛けている。耳元でのトイレ誘導や居室に入る時の呼び掛けとノック、脱衣室での着脱時にドアの鍵を掛けるなどを実践している。	
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	日常生活での支援において随時、本人の意思や希望を伺っている。おやつや入浴時間、着る服など選択していただいているが、認知症状が進行し、自己決定が難しくなってきた利用者様には、選択ができるような工夫や声掛けを行っている。		
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	体調や気分、趣味等に合わせて利用者様一人ひとりのペースで過ごしていただけるよう、職員同士声を掛け合いながら支援している。		
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	着たい服、髪型等、ご本人に選択・判断していただいている。入浴時は、一緒に着替えを選ぶなどして着たいものが着られるよう支援している。行事や外出時は女性利用者様だけでなく男性もおしゃれができるよう声掛けや支援を行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	誕生日や行事の際には利用者様の食べたいものをリクエストしていただいている。それぞれ役割分担し、食事の準備や片付けを一緒に行っている。	はっと汁・秋刀魚すり身汁・おくずかけなど慣れ親しんだ郷土食や、かぼちゃ粥・ちらし寿司など入居者の好みが入った献立になっている。野菜の皮むきや盛り付け、食器を拭くなどを入居者も手伝っている。	
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	1日の食事、水分摂取量を記録し、少ない場合は必要に応じて捕食を提供している。また、利用者様ごと状態に応じてペースト食や刻むなどして提供している。		
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	食後、それぞれに合った口腔ケアを行っている。利用者様ごとに必要な支援(声掛け、必要物品の準備、義歯着脱の支援等)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
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	排泄チェックを活用しそれぞれの排泄パターンを把握するよう努め、誘導や声掛けの工夫によりトイレで排泄できるよう支援している。身体状況に合わせてポータブルトイレや尿器を利用している方もいる。	排泄間隔に添った声掛け誘導や、立ち上がって歩き始めるなどのサインを見逃さず、トイレでの排泄を支援している。尿器使用の希望に応じていたが、改善された。夜間だけポータブルトイレ使用の方がいる。	
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	毎朝ヨーグルトを食べている方や漢方薬飲んで排便を促している方がいる。食事、水分摂取量の把握に努め、便秘傾向にある方は医師に相談したり腹部マッサージを行い便秘の予防、改善でき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ず、個々にそった支援をしている	一番風呂や好みの入浴剤を選んでいただくなど入浴を楽しめるよう工夫している。お誘いし、お断りされた場合は、時間帯や日をずらすなど臨機応変に対応している。	「今日は何時位にお風呂に入りますか」と聞き、要望に応じている。身体の状況を見て、清拭や部分浴の方もいる。2～3日に1度の入浴を支援しており、拒否をする方はいない。	
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	体調や体力、それぞれのADLの状態に合わせて、休息していただいている。暗くなることに不安を感じる方については、照明スタンドを準備したり入眠したことを確認後消灯するなど、安心して眠れるよう工夫している。		
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	受診記録に医師からの指示や気を付けることなどアドバイスいただいたことをしっかりと記録している。また、薬が変わった場合などは連絡ノートに記入することで症状の変化等に気づけるよう取り組んでいる。		
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	食事の準備や裁縫など、生活歴や好む活動を把握しながら日課として続けられるよう支援している。「白松がモナカ」が好きな利用者様がおりに食することからも楽しみや気分転換が図られるよう努めている。		
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	希望に沿った外出ができるよう、職員の勤務の調整や家族様の協力を得ることで実現している。散歩や買い物等も希望に応じてその都度対応している。	天気が良い日の散歩は、近くの川の土手周辺に出掛けている。季節ごとのドライブで市民会館の桜、室根山のツツジの花見や、リンゴ狩りなどを楽しんでいる。職員や家族と、好物の刺身や寿司などの外食をしている	

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
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	必要な金額をお預かりしそのお金は基本的にはホームで管理しているが希望時や外出時など自由に使うことができることを利用者様に伝えている。		
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	随時好きな時に電話や手紙のやり取りができるようにしている。電話番号を押す、スピーカーホンにするなど利用者様に合わせた支援を行なっている。		
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	ホールの天井は高く天窓があり、自然な光が差し込み、適切な温度湿度の管理がしやすい環境である。季節行事や日常生活の様子の写真を掲示している。	「ソファの周辺や廊下に物を置かない」を申し合わせている。各トイレと脱衣室にヒーターを置き、温度差に配慮している。入居者も一緒に制作した「ハロウィンの切り絵」が壁に飾られている。寛ぎの場となるような、和室活用の工夫をお願いしたい。	
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	気の合う利用者様同士が同じテーブルや、ホールに設置しているソファで会話を楽しんでいる。		
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	大切な人の写真やカレンダーを見やすい場所に設置している。自宅から位牌を持ち込み毎日手を合わせている方がいる。	エアコンとベッドが備え付けられている。衣装ケースの上に、誕生日・敬老の日・クリスマスそれぞれの職員手作りプレゼントカードや、ラジオ・家族の写真・小物などを置き、思い思いに過ごしている。	
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	車いすの利用者様が自分で車いすの操作をしやすようテーブル(椅子)に位置に配慮している。居室の名札やトイレ等案内板は分かりやすいように利用者の目線に合わせて設置している。		