

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	4590100253		
法人名	一般財団法人 弘潤会		
事業所名	グループホームほのぼの天満		
所在地	宮崎市谷川3丁目1番2号		
自己評価作成日	平成24年10月28日	評価結果市町村受理日	平成25年1月9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.kaijokensaku_ip/45/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyosvoCd=4590100253-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会		
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階		
訪問調査日	平成24年11月21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)】

天神山の下の高台に位置し、春は窓から天神山の桜が見え、夏には宮崎市の花火大会を見ることができ、季節を感じられる環境にあります。活動については、ご利用者様の身体機能に合わせて、「くもん」学習療法やリハビリ体操、マッサージや「イージーウォーカー」を使っての下肢の機能維持、立位訓練や歩行訓練等に取り組んでいます。地域の交流として、自治会に加入して地区の「にこにこサロン」に参加し、リハビリ体操の指導を行ったりしています。また、春の花見ではホームの利用者と家族も一緒に、地域の花見に参加し、地域の方々との交流ができました。その他、地域での催しや一斉清掃への参加、隣の保育園との交流などを行っています。施設内行事として、ボランティアの方々に協力していただきながら、季節行事や誕生日会を行っています。

【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)】

管理者は、地域の理解と支援を得るために、地区の民生・児童委員が主催する催しに利用者と一緒に参加して、体操やゲームを指導したり、認知症サポーター養成講座の講師として、地域の人々に認知症の理解を深める活動を行うなど、地域貢献や交流を積極的に推進している。また、介護計画にセンター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を活用し、利用者や家族、関係者の思いや要望をとり入れた、利用者本位のきめ細かな介護計画を作成している。理念に基づき、職員の笑顔のある心のこもったケアの実践により、要介護度が改善された利用者もいる。利用者は、職員の温かく行き届いたケアに支えられ、明るく元気に暮らしている。

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 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

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	法人の理念を基に、事業所独自の理念を職員全員で話し合い、自分たちの言葉で表現した理念を作成し、掲示している。	3年前に職員全員で話し合い、見直した理念を、職員会議やミーティングで確認し、共有して実践につなげている。理念にある「笑顔で思いやりのあるケア」が実践され、要介護度が改善された利用者もいる。	理念を作り上げた時点から、職員が大幅に異動しており、また、利用者の状態も大きく変化している。理念について職員全員で話し合い、現状にあった理念の検討を期待したい。
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	地区の自治会に加入している。地区の民生・児童委員が主となり、毎月1回開催される「にこにこサロン」にご利用者と共に参加し、依頼があれば、体操やゲームの指導を行っている。また、地区の催しなどにも参加している。	管理者は、地区の民生・児童委員が主催する催しに、利用者と一緒に参加して、体操やゲームを指導したり、認知症サポーター養成講座の講師として、地域の人々に認知症の理解を深める活動を行うなど、地域との交流を積極的に行っている。	
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	地区の民生・児童委員が主となり、毎月1回開催される「にこにこサロン」にご利用者と共に参加し、認知症についての相談を随時、受けている。		
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	運営推進会議は、地域の代表(自治会長)、地域包括支援センター、ご家族が参加して、2ヶ月に1回開催している。会議では、運営の状況報告や職員研修の報告などを行い、話し合いで出てきた意見を検討し、取り入れるようにしている。	運営推進会議は、自治会長をはじめ、家族の全員が参加して、定期的開催している。音楽療法についての要望や看取りについての意見等が多く出され、それらが運営に反映されている。	
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取り組んでいる	運営推進会議開催時や地域包括支援センターの活動に参加するなどし、連携をとりやすい状況を作っており、協力が得られている。	管理者が、認知症サポーター養成講座で市の担当職員と協働したり、市が主催する研修会には積極的に参加して、連携を深めている。	
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「介護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マニュアルを作成し、いつでも閲覧できる状態にしてある。施錠について、たびたび見直しを行っている。	職員は、認知症の研修会や職員会議で、認知症に対する理解を深め、身体拘束のないケアに取り組んでいる。マニュアルも作成している。	
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	入職時のオリエンテーションの際や職員会議にて、言葉遣いの指導を行い、虐待には身体だけでなく、言葉による虐待があることも指導している。		

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	研修や資料より学ぶ機会を持ち、必要と思われる方には個別に説明し、資料をお渡ししている。成年後見制度利用のための病院受診の手配をするなど、関係機関との連携もできている。		
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	契約書及び重要事項説明書にて、入居時に説明し、同意を得ている。加算や制度上の変更があった場合は、その都度、契約書及び重要事項説明書を作り直し、説明し、同意を得ている。また、介護度の重度化に伴う利用料の増加についても、その都度説明し、理解を得られている。		
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	運営推進会議の中でも意見交換を行っているが、会議終了後に職員は席を外し、ご家族による家族会を行い、意見を出していただいている。元介護相談員にも参加いただくことで、ご利用者やご家族の声を拾っていただき、運営に生かしている。	運営推進会議に、家族全員が参加して、意見や要望を表せる機会を設けている。また、会議終了後に家族会を開き、家族の声を引き出す取組を行っている。	
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	月に1回開催している職員会議にて、職員の意見や提案を聞き、反映に努めている。	職員全員が参加した職員会議を毎月開き、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。会議では、勤務体制に対する提案やボランティアの受け入れ等の意見があり、それらを運営に反映させている。	
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	人事考課を年2回行い、努力や実績を把握し、給与に反映している。また、法人内の研究発表に発表する機会を設け、各自の向上を促している。		
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	職員それぞれの段階に応じた研修を受けている。資格取得についても勤めており、法人の奨学金制度を利用し、ヘルパー2級の取得を勤めている。		
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	グループホーム協会や市・県の介護支援専門員協会の研修への参加、キャラバンメイトの活動などを通して、他事業所との交流を図り、お互いに情報交換している。		

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	入所前に、可能な限り、ご本人を含めた施設見学・説明を行っている。アセスメントにはセンター方式を取り入れ、ご本人の思いを知るように努めている。		
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	入居前の説明を丁寧に行うと共に、ご家族からの話をよく伺い、不安や心配の軽減に努めている。入所してしばらくは、日々の様子をこまめに電話で報告している。		
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	相談の段階で必要と思われる要望があれば、アセスメントをとり、施設サービスに反映し、随時見直しをしている。		
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	洗濯物たたみやおやつ作り、行事の飾りの準備などを一緒に行い、お互いに楽しみを共有している。手伝っていただいたときには、お礼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	外出行事や施設内行事の際に、ご家族に参加していただき、ご本人と楽しんでいただく機会を設けている。また、そのような時には、食事介助や排泄介助を職員と一緒にしていただき、身体状況を理解すると共に、かわり方も理解していただいている。		
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	入所後も、できる限り、入所前のかかりつけ医を受診していただいている。	これまでのなじみの関係が途切れないように、家族の協力を得て、知人や友人の訪問を呼びかける取組を行っている。	
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利用者が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食堂兼談話室は、4人がけのテーブルを使用し、話しやすい環境となっており、ご利用者同士で話をされている。ご自分から話されない方に関しては、職員が間に入り、話をしている。		

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	施設から入院退所された方への面会及び主治医と病院ワーカーとの関わりを持つようにしている。		
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	センター方式の一部をアセスメントに使用し、思いや意向を把握できるよう努めている。ご本人への聞き取りが難しい方に対しては、ご家族の協力を得ながら、ご本人の思いや意向の把握に努めている。	センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント方式)を活用して、利用者一人ひとりの思いや意向を理解するためのアプローチを丁寧に行い、把握に努めている。家族や関係者からの情報も生かしている。	
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	センター方式を利用し、ご家族とご本人に聞き取りをすると共に、必要に応じてご家族に確認と記入をお願いしている。		
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	アセスメントの様式に、センター方式の他にN式を取り入れ、心身の状態、残存機能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	ご本人・ご家族・担当介護職員・計画作成者にてサービス担当者会議を行い、施設介護サービス計画書を作成している。毎月のモニタリングを参考にし、3ヶ月に1度、介護計画を見直している。その他、必要に応じて見直しと変更を行っている。	毎月モニタリングを行い、3か月に1回、利用者や家族、関係者が参加したサービス担当者会議を開き、利用者や家族の思いや要望を取り入れた、利用者本位の介護計画を作成している。見直しは3か月に1回行っている。	
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	各個人の計画書は、介護記録のファイルと一緒にとじてあり、職員は実践・結果、気づきを記入している。また、毎月の職員会議の中で、各担当職員が情報を提供している。計画書については、必要時に随時、変更している。		
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	ご家族の状況、ご本人の負担などを考慮し、病院受診介助、往診依頼、訪問看護依頼、訪問歯科などの支援を行っている。また、帰宅願望や不穏がある方に対して、希望する場所へ可能な限りご案内している。		

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	地域の民生・児童委員が主となり、毎月1回開催されている「にこにこサロン」にご利用者と一緒に参加している。可能な限り、在宅にいた時のかかりつけ医のままで対応している。		
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し、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	入所に伴い、かかりつけ医を変更することはないが、ご本人・ご家族の意向、かかりつけ医側の状況によって、ホームの協力医に受診や往診をお願いすることはある。ご家族での受診の際には、情報提供を行い、医師との連携はとれている。	利用者や家族が希望する医療機関で受診できるよう支援している。協力病院とも良好な関係を築いており、訪問看護も週1回、受け入れを行っている。	
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	訪問看護ステーションと契約し、定期では週に1回訪問を受け、個々の状況把握をさせていただき、夜間の対応も可能となっている。また、健康・衛生などの指導・助言や職員からの相談にも応じていただいている。		
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。	入院の際には、発生状況、日常生活の情報を提供し、入院中は状況の把握に努めている。退院後のご本人への支援に関して、病院とご家族を交えて、話し合っ対応している。		
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	看取りに対する考え方、ご本人及びご家族の話し合いや意思表示の方法など、看取りに関する方法・同意書があり、入所時に説明している。また、内容の変更があれば、その都度説明と書類をお渡ししている。ホームの協力医と訪問看護ステーションに、必要時に依頼している。	重度化や終末期のあり方については、利用開始時に指針で説明して、同意を得ている。協力病院と訪問看護ステーションとも連携して、前向きに取り組んでいる。	
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	緊急時対応のマニュアルに従い、実地訓練している。ホームにはAEDが設置されており、使用方法を掲示している。また、毎年職員2名に普通救命講習を受けてもらい、緊急時に的確な対応ができるようにしている。		
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、地域との協働体制を築いている	年2回、避難誘導訓練を行っている。火災については、直接火災通報装置、煙探知機、スプリンクラーを設置している。他施設への避難移動が必要な場合は、法人内で協力を得られる。非常用備蓄もしている。	年2回の防災訓練と夜間を想定した避難訓練を実施している。周囲に民家がないことから、近所の保育園の協力が得られることになっている。非常用の備蓄もしている。	

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
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	日頃から言葉遣い、声かけの仕方、表情、態度を注意しあえる関係作りに努めているとともに、職員会議で度々議題にしている。また、職員に対して個別指導も行っている。	利用者一人ひとりの人格を尊重し、人前で恥ずかしい思いをさせないように、言葉遣いや名前の呼び方等に細心の配慮をしている。	
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	ご利用者一人ひとりに対して、その方が理解できる方法を探ると共に、表情などからも意思を汲みとるようにしている。拒否があれば時間を空けたり、対応職員を代えるなどして、その方の意思とペースに合わせて対応している。		
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	その方のその日その時の気分に合わせて、起床時間や学習療法、入浴などの日課を変更して、柔軟に対応できている。		
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	ご自分で選べる方は、その都度選んでいただき、選ぶのが困難な方には、ご家族に好みの色などを伺いながら支援している。移動美容室に2ヶ月に1度来ていただき、カットや髪染めをしていただいている。		
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	ご利用者の介護度が上がり、介護に十分に時間をとるため、副食のみ配食サービス業者に委託している。ホームでは、ご飯と味噌汁を作り提供している。職員も同じものを同じテーブルで食べている。おやつについては、ご利用者の希望を伺いながら、一緒にぜんざいや団子を作ったり、誕生日会のケーキと一緒に飾り付けをしている。	要介護度が進み、利用者と職員と一緒に食事の準備や後片づけをすることは厳しい状況になっているが、同じテーブルを囲んで、職員のサポートを受けながら、楽しく食事をしている。月に1度は、一緒にぜんざいや団子作りをしている。	
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	日頃、ご利用者と一緒に食事をしながら、嗜好を確認しており、外食の際や施設内行事の際に提供している。体重測定を毎月実施し、増減についてはかかりつけ医に報告し、指示を仰いでいる。水分については、量を記録すると共に、常に数種類の飲み物が提供できるようにしている。		
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	毎食後、口腔ケアを行っている。歯ブラシやうがい難しい方には、口腔ケアシートやスポンジブラシを使用している。月に2~3回、歯科衛生士による訪問指導と月に1回、歯科医の往診があり、必要時には歯科受診している。		

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
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	ご自分からトイレに行かれる方もいるが、その他の方は定時誘導を行っている。定時誘導以外にも、その方の表情・動作から読み取り、随時誘導している。立位が困難な方は2名で介助し、日中は全員トイレで排泄できるよう支援している。	排せつチェック表を活用して、利用者一人ひとりの排せつパターンを把握し、できるだけトイレで排せつできるよう、自立に向けて支援している。	
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	個々に応じて、バナナやヨーグルトを提供したり、腹部マッサージを行うなどし、便通を促している。その他、運動や水分量にも気をつけている。腸閉塞や脱腸の病歴のある方については、医師の指示に従い、下剤や座薬を使用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日と時間帯は決めてあるが、その方の希望に合わせて流動的に対応し、時間をずらしたり、曜日を変更している。入浴介助は1対1で対応している。	入浴は、週に2回～3回としているが、希望があれば、できるだけ希望に沿えるよう、柔軟に支援している。ゆったりと気持ちよく入浴ができるように配慮している。	
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	夜間寝ていない方に対しては、日中眠気があれば、布団に横になっていただいている。その他、希望される方にも横になっていただいている。		
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	職員は、いつでも薬の説明書を見ることができ、薬が変更になった時には、随時申し送りを行っている。症状の変化については、主治医に随時報告している。誤薬や飲み忘れがないように、2名でチェックしている。		
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	センター方式により、生活歴や嗜好品を把握し、洗濯物たたみや布切り、新聞折などの役割を持っていただくと共に、パズルや塗り絵、マッサージや外気浴などを提供している。		
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	人員があるときには、ホームの周囲の散歩や希望に応じて車で外出支援している。福祉バスの利用が難しいため、ホーム車を使っての小グループでの外出となっている。年に数回は家族参加の外出を計画し、協力を得られている。	職員の余裕がある時は、ホームの周りの散歩や近くの公園まで散歩をしている。年に数回は家族の協力を得て、花見などの遠出をすることがある。	利用者は、短時間でも戸外に出かけると、気分転換やストレス解消が期待できるので、家族やボランティアの協力を得て、できるだけ日常的な散歩が行えるよう検討してほしい。

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
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	ご家族了解のうえで小口現金を預かり、外出時や月1回のパンの訪問販売では、各々好きなものを選んでいただいている。使用後はお小遣い帳に記入し、領収証は領収書綴りに貼り付け、定期的にご家族に報告と確認をしていただいている。		
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	希望時には、電話をかけていただく用意が出来ている。手紙やはがきは、ご本人にお渡しし、読むのが難しい方については、代読している。その都度、ご家族にも報告している。		
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	共用の食堂兼談話室は、日当たり、風通しも良好。季節に応じた花々を飾り、季節感を出している。壁には、ご利用者が塗られた塗り絵や折り紙を飾り、明るい雰囲気を作っている。空調は時間管理ではなく、気温・湿度計を見ながら管理している。車椅子での移動者が増え、移動時に狭さを感じる。	共用の生活空間は、温湿、採光、換気等に配慮がなされている。リビングのテーブルには季節の花が置かれ、壁には利用者手作りの塗り絵や保育園児の作品が飾られ、利用者が居心地良く過ごせるように工夫をしている。	
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	食堂兼談話室、デイルーム、畳の部分で、自由にくつろげるようにしている。また、気の合う方同士を同じテーブルにするなど、配慮している。		
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	居室には和室と洋室があり、ご利用者の状態に合わせて、利用してもらっている。家具は、自宅で使っていたものを持ち込んでいただいている。その方の状況によっては、家具等が置けない方がいる。	居室は、和室と洋室があり、利用者や家族と相談しながら、利用者の希望や状態に合わせて使いやすく、居心地よく生活ができるように工夫している。また、使い慣れた家具やテレビ、写真等も持ち込まれている。	
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	風呂場やトイレの入り口は大きく表示したり、部屋を探される方に対しては、ご家族了解のもと、居室入り口に名前を掲示している。		