

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	0471200303		
法人名	NPO法人 快		
事業所名	グループホーム 快 豊里		
所在地	宮城県登米市豊里町新田町29番地		
自己評価作成日	平成26年3月11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26年3月25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)】

出来ること、出来ないことを把握しホーム内で行う家事や趣味活動等を生き甲斐作りになっている。又、ご本人が散歩に出掛けたい、外出したい、買い物に行きたいなどの要望にはかなえることにしている。当日が難しい時には別の日を設定するなどご本人の意向を大切に、家庭で送ってきた普通の生活ができるよう支援している。又、講師はホーム職員のほかに外部講師(消防士・訪問看護師)もお願いし充実を図っている。毎月広報紙「快通信」を発行し地域、ご家族、関係部署に届け目にして頂くことでホームでの生活の様子を理解して頂けるよう努力している。

【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)】

初詣、日帰り旅行、紅葉狩りなどのグループ外出やかたる会、節分会、ひな祭りなど季節を感じる行事を行い、家族に毎月送付する「快通信」に入居者の笑顔が見られる。ボランティアが毎月行う「生花教室」、町文化祭に出品する貼り絵やプラモデル作り、家事手伝いなど入居者ができること、できそうなことを引き出し、ハリのある暮らしができるよう支援している。計画作成担当から管理者になったので、ホーム状況を熟知している。「愉快的暮らし」、「地域に愛され」、「信頼と共生」の理念実践に向け、更なるサービスレベルアップへの取り組みを期待したい。目標達成計画の災害対策のうち、自動通報装置と火災報知器設置を完了している。

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 グループホーム快 豊里)「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	理念はいつでも目に留めるようにホーム内供用スペース、などに掲示している。また申し送りノートの1ページ目にも貼っており、全職員が目を通してから業務に入るようにしている。	これまでの「愉快な暮らし」や「信頼と共生」の理念に加え、職員間で話し合った「地域との関わりをより大切に」の思いを「地域に愛され」として加え実践している。	
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	年に数回は施設主催の催し物を開催し地域の住民に参加して頂いたり、地域側から行事への招待を受け、交流を深めている。	新年会へのボランティア(踊り)出演、ゲームや金魚すくいなど地域の方が入居者と共に楽しめる夏祭り開催、町民文化祭への入居者作品展、町敬老会への参加など地域の一員となる交流に取り組んでいる。	
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	町内会と共同で「応急手当について」の勉強会を実施して共に勉強させてもらっている。催しものにも参加して頂き、職員の支援方法や認知症の症状を感じ取って頂くことで認知症の理解を図っている。		
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	2か月に一度会議を開催し、実施したこと・実施予定のものを報告し、地区の方や行政などにアドバイス・意見を頂いている。又、関係部署にもお願いし、会議の中で講和を頂きサービス向上に活かしている。	入居者代表、家族、町内会長、市職員、地域包括、駐在所員で2ヶ月毎開催している。ホーム状況報告後、地域行事・避難訓練案内、災害時町内会との相互救助協定、防犯対策などで意見を交わし、運営に活かしている。	
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取り組んでいる	市の担当者の方にも運営推進会議のメンバーになって頂いており、今後計画していることの運営状況や行事、相談を行うなど市からも様々な提案をして頂くなど、より良い方向へ進んでいけるよう連携を図っている。	運営推進会議に市職員、地域包括職員が毎回出席している。認知症や応急手当勉強会の開催を働きかけている。市事業計画や地域高齢者の情報、民生委員の紹介を得るなど協力関係がある。	
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	身体拘束についての内部研修を開催するなど、職員全員が身体拘束について理解をもち、実践にあたっている。	身体拘束廃止の外部研修伝達や、拘束による弊害や拘束をしない具体的な日々の関わり方について、内部研修で繰り返し話し合っている。一人ひとりの外出傾向を把握し、落ち着かない入居者には寄り添うなど対応している。	
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	事業計画を立てる時点から、その必要性を感じて内部研修の科目に入れている。研修へ職員を参加させ、講義内容を内部研修にて発表、事例集などを活用し、意見を出し合い虐待について考える機会を設けている。		

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	入居者に後見人制度・財産管理等の権利擁護を利用されている方がおり、対応しながら知識を習得するよう努めている。		
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	契約時には内容について、できるだけわかりやすく説明をしている。面会時にも理解が難しい部分(利用料・入院時など)は重ねて説明をしている。又、説明後も分からない部分や心配な部分は確認をするようにしている。		
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	面会時やプランの指示時には必ず要望を伺うようにしている。家族からの要望があった場合には、ミーティングにて話し合い、時間を決め、ケアプランへ取り入れている。外部では、運営推進会議などで公表している。	家族の運営推進会議参加や利用料毎月持参などで来訪機会を多く作り、意見、要望を聞いている。ホーム行事や家事手伝い、趣味の貼り絵など日々の生活リハビリテーション支援につながる家族の要望をプランに反映している。	
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	内部研修において職員に運営状況の説明を行い、意見を出して頂いている。その中で要望の多いものや必要と判断されたものは本部と話し合い検討するシステムになっている。	月1回内部研修会での職員と行事・研修など担当者の意見を聞き、運営に反映している。災害対策など経費必要提案は本部と相談し、ケア面などホームで対応できる意見は、それぞれ実践につなげている。	
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	代表者が遠方にいる為、常時状況把握は難しいが、来所時に直接確認することや電話での状況確認を行っている。		
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	個人面談などで本人に必要なと思われる内容の外部研修に全職員が参加できるよう計画を立て実行している。事業計画時にも職員間で話し合い、自分達に必要な内部研修を上げてもらい実行していくようにしている。		
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	他施設を訪問し、学習する機会を設け交流を図り学ぶべきところは取り入れている。又、共同研修で「高齢者に生じやすい病状とケアのポイント」の勉強会を企画し実行している。共に勉強をさせてもらっている。		

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	実調時に心配なこと、入居に関して不安な点は時間を掛けて説明し、本人と家族はもちろん担当しているケアマネより情報収集を行い、統一したケアを行うようにし、安心して頂ける関係づくりに努めている。		
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	入居希望で来所された時に家族の思いを確認又、入居日に再確認をし、担当者会議を実施。要望をケアプランへ導入し、統一したケアを図り、毎月家族へ状況を報告している。		
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	入居の相談が合った場合、入居と決めるのではなく、ご家族様の介護力、ご本人の気持ちを確認しながら本人にとって一番最適なサービスを一緒に考えるようにしている。		
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	日常的な家事手伝い(食器拭き、洗濯畳み、新聞折り、買い物等)をして頂いたりする事で生活の一部を役割として担って頂いている。職員は入居者様に常に感謝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	ご家族へご本人の生活状況報告を月1回書面で送り、情報を共有して頂く努力を行っている。面会時には、本人との時間を大切にもらい、家族と職員も互いに相談し合える関係作りを心がけている。		
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	本人・家族に馴染みの関係を確認し、可能な限り外出や面会などをして頂くよう協力を求めている。本人の希望があれば電話などの支援も積極的に協力している。	これまでの人や社会との関係を本人、家族から聞き、県版情報収集シートで共有している。遊び友達との付き合いを続ける訪問・来訪支援、馴染みの理容店や自分の作品が展示される地域文化祭同行を行っている。	
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	入居者同士の相性も考慮しながら、入居者の間に入り良い関係が保て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
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	安否の確認の電話をしたり、何らかの問い合わせや相談時には対応している。		
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	担当者会議他、日常生活の交流のなかで本人の思いを聞き取り、実行できるようプランへ導入を図る他、困難者には本人本位を検討するなど家族へ聞き取りをし、意向へ反映させている。	寄り添いでの何気ない会話や表情、しぐさから、思いの気づきを心がけ、したいことができる支援をしている。車いす使用者の立ちたいという希望をケアマネジャーと相談、立位や手引き歩行訓練をケアプランに入れ、実施している。	
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	入居時には生活歴の聞き取りをしている。又面会時に昔の生活の様子などを聞き参考にしている。以前の生活スタイルの継続、できる限り今までの生活に近づけるよう思いを汲み取りながら対応している。		
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	一人ひとりの生活のペースに合わせて過ごして頂けるように配慮し心身の状態を職員間で申し送り共有している。ケース記録が日々の様子や変化に対する気づきが記入できるものになっている。		
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	モニタリング後、定期的カンファレンスの実施にて職員の意見を聞き、家族・本人の意向を聞き取り本人に合ったプランを作成。ホーム以外の医師や訪問看護師の意見も入れ作成している。	ケース記録で状況を把握、モニタリングし、毎月の職員会議で話し合っている。本人・家族の意向、看護師の意見を聞いてアセスメントし、3～4ヵ月毎、安定した入居者は6ヵ月毎計画を見直し、家族に説明、同意を得ている。	
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	1日のご本人の過ごし方がわかりやすい記録になっており、又 本人の言葉や職員の気づきを記入できるスタイルにしている。気づきやアイデアはプラン作成にも活用している。		
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	通院が必要な際の通院支援を行っている。		

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
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	行事や運営推進会議時には集会所を利用している。行事時には社協などのボランティアに慰問に来て頂いている。公園に散歩に出かけるなどで地域資源を利用している。		
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、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	協力医として上杉皮膚科医院となっているが、契約前より利用されているかかりつけ医を継続されたい場合は本人や家族の要望を取り入れるようにしている。ご本人の状況に合わせて通院・往診で対応している。	本人、家族が希望するかかりつけ医を受診している。かかりつけ医が協力医の場合は往診がある。協力医以外の通院には職員が同行、日々の様子、体調を伝えている。状態の変化や薬の変更を家族に伝えている。	
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	週1回訪問看護師によるバイタルチェックや状態確認のため訪問があり、相談等行っている。随時の相談や訪問などで職員は情報交換やアドバイスが頂けるので安心感がある。		
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。	入院した場合には、病院側に情報を提供している。入院中は定期的に医師やご家族と話し合いを持っている。目安として二週間目、退院直前などに話し合いを重ねて早期に退院できるよう努めている。職員は洗濯物を取りに行った際、顔を出し声をかける。		
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	重度化した場合、かかりつけ医、看護師、ご家族と意思確認や状況確認を行い、情報交換・連携に努めている。どこまでホームで可能かということをご本人、ご家族にも話し、状況の変化に応じて何度か意思の確認を行い気持ちの変化にも対応するようにしている。	ホームでできること、かかりつけ医や訪問看護ステーションとの連携などを記した重度化・対応指針を作り、説明、同意を得ている。現入居者8名がホームでの看取りを希望しており、入居者の状況変化を注意深く見守りながら、医師、家族との話し合いを進めている。	
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	消防署に依頼し、講習会を開催して頂き、全職員が受講している。消防署主催の緊急時の対応の研修も職員を参加させている。又、内部研修でも急変対応についての勉強会を行っている。		
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、地域との協働体制を築いている	部分訓練は定期的実施しており、年二回総合防災訓練(地域の方も参加)は日中・夜間を想定して消防署の職員立ち合いの元で行っている。地域の総合防災訓練にも職員が参加し地域の防災体制を学んでいる。	火元を設定した机上訓練を2ヵ月に1回職員で行っている。入居者が参加する総合訓練と夜間想定訓練を年各1回行い、近隣住民が参加、署員から大声呼びかけ等の助言を得ている。スプリンクラーを設置していない。	前年目標達成計画に掲げた火災報知器と自動通報装置は設置が完了している。スプリンクラーの設置は建物改修との関係があり、設計中とのことなので早期の設置を期待する。

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	入居者に人前で恥ずかしい思いをさせないように言葉を選んで声掛けをしている。又、目立たないように配慮してそっと声を掛けている。	職員は「自分がされたら良いな、されたら嫌だな。」と当たり前のことを常に意識し、介助している。「〇〇さん…してみませんか」など選択肢を用意し、同じ目線でゆっくりと話しかけ、本人のしたいことを引き出している。	
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	出来るだけ本人に決めて頂くようにしている。選択肢を複数用意して選べるようにしている。本人の思いや希望があった時には、マネジメント記録に記載したり、その日のミーティングにて周地を行っている。		
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	個人の生活ペースを優先し無理なく生活を送って頂けるよう対応している。したいことを言って頂ける関係や環境ができてはいるが、状況で必ず希望時に対応出来ないときもあり、時間をずらして対応することもある。		
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	本人・家族の要望があれば美容院などを利用し、服装についても季節毎のものを準備し着用して頂いたりしている。外出時や行事には、化粧やおしゃれが出来るようにお手伝いをしている。		
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	食事の下準備、盛り付けや後片付けは本人の状態や能力に応じて手伝いを頂いている。食事係りの担当が入居者様の嗜好や季節の物に合わせて献立を立てている。	食事担当が交代でホームで収穫した旬の野菜、好みや体調に配慮した献立を作り、準備や片付けを入居者と一緒に行っている。各入居者の食事ペースに合わせたさりげないサポートや話かけで楽しさを作り出している。	
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	食事係の担当が1週間ずつ栄養を考えた上で献立を作成している。水分摂取量も十分に確保できるよう1日分をトータルし、記録していくことでその方の摂取状況を把握している。		
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	食後の歯磨きの声掛けの実施。能力に応じたケアを実施している。うがいが出来ない方には口腔用ウエットティッシュを使用している。夕食後は毎日入れ歯洗浄・消毒実施。		

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	個別排泄表を活用し排泄チェックを行い、個々の排泄パターンを把握している。個々のパターンや兆候にあわせて、さりげなく声をかけ誘導を行うことで、自立支援に向けた取り組みを行っている。	排泄チェック表を活用し、日中はリハビリパンツ、綿パンツを使い、間隔やしぐさから、トイレ誘導している。昼夜で下着を使い分けている。退院後に、日々の生活リハビリテーションや手引き誘導、声がけで自立した例がある。	
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	出来るだけ薬に頼らず、乳製品を取り入れたり、マッサージ、散歩、なども取り入れている。食物繊維の多い食品や水分補給も心掛けている。		
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	希望があれば毎日入浴が可能。これまでの習慣を活かして入浴が出来るよう支援している。現段階では夜間希望者はいないが、今後要望があれば対応したい。重度の方に対しては職員2名対応で支援している。	週2回、希望時間に入浴しており、毎日入浴される方も居る。拒む方には職員発案で足湯だけでもと誘いかけ、入浴支援している。月にゆず湯、大根湯、よもぎ湯など実施し、季節を感じるよう工夫している。	
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	生活習慣に応じ休まれる時間も違う為、本人の生活スタイルを取り入れ消灯時間は設けないこととしている。		
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	入居者全員の処方箋をひとつづりにし、現状の服薬状況が何かをすぐ分かるよう工夫している。症状の変化については記録を取りながら、状況に応じ、医師に報告している。		
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	個々の好きな事、生きがいなどを継続し行って頂けるようにしている。役割活動や趣味活動などご本人の生活習慣、希望、持てる力に合わせて支援している。		
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	なるべく天気の良い日には外へ出掛け、日光浴や外気浴をして季節を感じて頂くようにしている。歩行が難しい方にも車椅子などを使用して散歩を行っている。又、買い物、外食、お祭り見学など、本人の要望を取り入れながら、積極的な外出支援を行っている。	近隣の公園、小中学校周辺散歩など日常の外出や敬老会など地域イベントへ出かける支援をしている。ホーム前広場では車いす入居者の外気浴が楽しめる。担当職員の企画で紅葉ドライブ、白鳥見学、日帰り温泉などグループ外出を行い季節を楽しんでいる。	

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	小遣いに関してはホームで管理する方々が多いが、自己管理をしている方もいる。又、ホームで管理している方々も買い物時はお金を渡したり、好きなように使って頂いてもいる。		
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	ご本人の希望時や不穏時にはご家族へお電話する旨の了解を頂いて支援している。手紙などは本人が書けない場合には代筆なども行う。		
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	月の行事が分かるように予定表を提示している。日差しや照明には気をつけ臭気がよどまないようにしている。日に数回温度、湿度の記録を行いながら適温を心掛けている。又、見えやすい場所に時計や暦、馴染みのものも設置して安心して過ごせるよう工夫している。	食堂を中心にバリアフリー共用和室が配置され、照明は明るく、カーテンで日差しを調整している。エアコン、天井対流ファン、加湿器を使い、定期的には3時間ごと温・湿管理している。ソファの上の棚に入居者毎のアルバムを揃え、家族・知人来訪時に自由に見ることができる。	
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	ホールにテーブル他、ソファを置き、玄関にもベンチを置くなど、好きな場所でゆったり過ごせる空間作りをしている。		
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	ご本人にとって馴染みのある物を持って来て頂くようにご家族にはお話している。ご本人の思い出の品や家族写真など、飾らせてもらったりもしている。	行事写真、入居者作品を廊下に飾り温かい雰囲気である。ベッド、クローゼット、洗面所、エアコンが備付けで、家族写真や物入れ、ソファ、テレビなど持ち込まれ、本人・家族と相談し、心地よく安全に過ごせるようにしている。	
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	個々人の分かる力に合わせてトイレや居室には目印(表示、のれん)などを行っている。又、場所の認識が低い所や時間帯には混乱する前に声かけや付き添いを行っている。		