

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	4290100314		
法人名	医療法人 長寿会 清原龍内科		
事業所名	グループホーム 本原一丁目		
所在地	〒852-8133 長崎市本原町13-5		
自己評価作成日	平成24年1月13日	評価結果市町村受理日	平成24年5月15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	
----------	--

【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 福祉総合評価機構		
所在地	長崎県長崎市桜町5番3号 大同生命長崎ビル8階		
訪問調査日	平成24年3月31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)】

当事業所は、長崎市本原町の住宅街に開設しており、1ユニット(定員9名)という特徴を活かして、あたたかい生活環境をご提供いたしております。近隣には、スーパーや公園などがあり、最高の立地環境に恵まれております。子ども達の笑い声、四季折々に変化する花木、躍動する動物達を間近に感じながら1日1日をゆったりと過ごしております。私たちは当法人の理念でもある「認知症の人を専門的に支援する」ことの実現に向けた実践として、認知症の方の事例検討会及び認知症セミナーを定期的に開催し、認知症専門の介護士として、認知症の方の想いに少しでも近づくことが出来ればと考えています。認知症の専門医療機関との連携を受け、認知症に対するスタンダードな思考を学び、実践に向けて、ご利用者様と喜怒哀楽を共にしながら、自分たちが入居したいグループホーム作りを目指しております。

【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)】

住宅街に開設されたホームは4階リビングにテラスが設置されており、テラスの花や近隣の公園の樹木を通して、四季の変化が感じられるようになっている。認知症ケア専門士を中心に認知症専門の介護を実践しており、認知症介護指導や認知症サポーター養成講座を通して、地域に認知症の理解を広める取り組みが行われている。職員は定期的に自分のケアを振り返る機会を持ち、課題や傾向を見つけることでより良い介護の実践へと繋げている。ケア会議には全職員が参加しており、日常的な記録を基に毎月モニタリングを行い、利用者の状態に即した介護計画となるようにしている。月～金曜日は調理担当の職員を配置し、食事が利用者の一つの楽しみとなるよう豊富なメニューを提供し、また職員が利用者と一緒に過ごせる時間が多く持てるよう配慮している。

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、活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				

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	理念作成は出来てはいるが、「地域」という言葉の持つ意味を、職員が理解出来ていない現状もあり、管理者としての力不足を感じている。もっと具体的な言葉で理念を作り直す事も必要と考える。	法人の理念である「認知症専門の援助」を、認知症ケア専門士を中心に実践している。ホームの理念である地域との日常的な交流の為、職員は挨拶や散歩等を通して日常的に地域住民と交流し、ホームが地域に定着した施設となるように心掛けている。		
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	老人会への加盟により、自治会の方々には、地域の一員としての存在を認めて頂いており、毎年、自治会主催の敬老会への招待があり、参加させて頂いている。また、自治会の回覧板を使用しているのホーム行事のお知らせを実施している。	自治会に加入しており、敬老会時の交流や町内清掃への参加の他、回覧板に消防訓練のお知らせを載せている。外部の行事には参加しているが、ホームの行事に地域住民が参加するまでには至っていない。	定期的な交流としては敬老会時に限られており、外部からホームへの行事に参加する等の交流がない為、今後地域の幼稚園や学校等の機関と定期的な交流することに期待したい。	
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	事業所としては、利用者のご家族や職員の家族等身近なところから啓発したり、近隣の商店などの利用時に、グループホームの役割、認知症について、啓発しているが、職員全員が実施できているわけではない。			
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	一方的に意見を取り入れるのみでなく、介護保険改正や感染症など、その時の話題となっていることなど、介護保険事業所として知り得る情報を提供する事で、互いの情報交換としての活用も行っている。	運営推進会議は年6回開催されており、参加メンバーは要件を満たしている。議事内容は、外部評価の報告や利用者の現況報告である。昨年度自治会より認知症についての勉強会の依頼があり、地域包括支援センターと協力して実施する予定となっている。		
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	現状では、実地指導、介護相談員受入以外では、行政と事業所との密なやり取りは行われていないことから、認知症介護指導者や認知症サポーター養成講座などを利用して、出来る限りアピールできるように取り組んでいる。	年2回の介護相談員の受け入れを行っている。また、認知症介護実践研修や認知症サポーター養成講座を通して、日頃から市町村と連携している。確認したいことがあった場合等には、担当の職員と連絡を取っている。		
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	事業所内への掲示や事業所内研修、外部研修への参加などにより、自分達のケアの振り返りをもつ機会を設けている。ご家族にも、第三者の視点として、来訪時に気になることがあれば、ご意見を頂けるように家族会でお伝えしている。	法人内外での身体拘束についての研修を定期的に受講しており、ユニット会議時に身体拘束に関する勉強会を行っている。やむを得ない身体拘束に関する指針や同意書を作成しており、利用開始時に説明がされている。玄関は夜間のみ施錠している。		
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	事業所内への掲示や事業所内研修、外部研修への参加などにより、自分達のケアの振り返りをもつ機会を設けている。ご家族にも、第三者の視点として、来訪時に気になることがあれば、ご意見を頂けるように家族会でお伝えしている。			

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	知識としては備えているが、活用までには至っていない。		
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	契約時はもちろんのこと、内容変更や介護保険改正時などには家族会を開催したり、文書による説明を行っている。		
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	意見・要望箱を玄関に設けているが、使用されたことはない。また、事業所以外にも第三者機関の存在を明示した資料を掲示している。面会時に意見交換をするように努めている。	内部・外部の相談窓口は明示されており、利用開始時に説明している。面会時の会話の他、家族の意見を引出す取り組みとして、年1回の家族会の際は事前にアンケートを取っている。夜勤帯の不安に対する意見が多く出された為、現在夜勤者の他に宿直者を設置している。	
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	ユニット会議、法人研修会、管理者会議の場が設けられており、トップダウンが主体ではなく、こちらからの提案を法人が検討し実践へ繋がっている。	管理者は会議の場に限らず職員と日常的に会話をする機会を持ち、外部研修の受講や行事計画、備品の購入等、職員の意見を尊重している。昨年職員より提案のあったエアコン洗浄については、検討した結果職員で実施している。	
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	資格取得に向けた勉強会の開催や資格取得する事で、待遇改善を行っている。また、経験や年齢に関わらず、能力のある職員の役職への登用などが行われている。職員の評価が間違った方向にいかないように配慮している。		
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	毎月、法人研修会を開催。外部研修においては、必要であれば、受講出来るが、現状では自己参加型中心である。人事異動などにより、指導できる環境等への配置転換を行っている。		
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	法人内においては、法人研修会時に、各事業所の報告を行う事で、自事業所以外の取り組みなどを知ることが出来る。外部においては、個人の繋がりに関する交流となっている。(協議会、同級生、以前の職場など)		

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	ご本人、ご家族、担当ケアマネージャーや利用していたサービスの担当者、かかりつけ医院などからの情報提供をうけ、その情報と実際の様子を見極め、本人の移り変わるダメージを最小限に抑えることが出来るように心掛けている。		
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	ご家族の悩みや要望などを伺った上で、認知症についての説明と現在がどの段階にあたるのかを共に確認し、現在から未来において考えられる障害を予測しながら、共に支え合う関係作りを心がけている。		
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	主な介護保険外サービスとして、かかりつけ医院への受診付添や往診、訪問看護の利用などが可能である事を説明している。それ以外にも訪問理美容や訪問マッサージなどを利用できる体制を整えている。		
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	食材の切り方や行事にまつわる風習などを教えて頂いたり、利用者が活躍できる場面作りを心がけている。		
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	本人が出来なくなってしまった方は、馴染みの方との関係継続のために、ご家族が中心となって、年賀状やお中元、お歳暮等の準備が行われている。		
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	本人が出来ることに関しては、必要物品を用意している。困難な場合には、ご家族が代行している。	利用開始前に利用者本人や家族と面会し、利用者の生活歴を把握している。電話や手紙等、利用者が馴染みの関係を継続出来るように支援している。家族の協力を得て、遠方利用者の出身地に里帰りをしている。面会時間に制限は設けていない。	
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	認知症の進行により、個々の状態に差が見られているが、皆でテーブルを囲み誰しもが主役になれるような機会・雰囲気づくりに努めている。		

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	アルバムを作成してお渡ししたり、年賀状や暑中お見舞いなどを利用しながら、関係はある程度、保ちつつもプライバシーなどには十分に気をつけるようにしている。		
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	センター方式を活用し、本人の言動やご家族などからの情報を糧に、出来る限り本人本位で検討する事に努めている。	利用者の生活歴や家族の話から利用者の思いや意向を検討し、生活の中で利用者の意欲を引き出せるよう心掛けている。職員はケース記録や申し送りノート・業務日誌等で内容を共有し、利用者の大まかな1日の流れを把握している。	
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	入居の際に出来る限り、情報を集めている。本人しか知りえないことが、事業所での暮らしの中で、新しい発見として出てくることもある。		
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	日々の生活の中で変化が見られた場合には、全職員で共有している。また、毎月のモニタリングを実施し、こういった支援が必要であるかを検討している。		
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	ご本人・ご家族の意見・要望を踏まえたうえで、全職員でモニタリングを行い、一人ひとりの受け取り方や支援方法・実践状況を確認し、全員が納得が出来、解りやすい介護計画作成を心掛けている。	利用開始時はフェイスシート等の情報を基に2週間以内に仮プランを作成し、1ヶ月程で本プランを作成している。全職員がケア会議に参加し、日常的な記録を基に毎月モニタリングを行い、3ヶ月に1回見直しを行っている。家族の希望は面会時や電話等で確認し、介護計画に取り入れている。	
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	ケース記録や業務日誌、モニタリング表を活用し、担当者会議において情報を共有している。		
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	緊急時には、訪問看護の利用による点滴や採血実施など、出来る限り馴染みの生活を継続できるように取り組んでいる。要介護認定更新手続きなどを行っている。		

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	全職員が「地域資源」を把握できているわけではない。管理者としての力不足を感じている。職員自らが「地域資源」について把握する必要性を感じられるように、日々啓発していきたい。		
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	認知症に理解のある医療機関との連携が行えており、適切で迅速な医療を受けられる体制がある。	母体法人の医療機関も含め、利用開始前からのかかりつけ医も利用しており、基本的に職員同行で受診を支援している。家族が付き添う際には、受診結果の報告を受けている。週に1回母体法人の医療機関の往診があり、急変時にも対応出来る体制となっている。	
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	毎日、提携医療機関にFAXで情報を提供し、看護師と連絡を取り、指示を仰ぎ、受診・往診・訪問看護に繋げている。		
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。	入院時には、かかりつけ医の情報提供書と事業所サマリー、口頭での情報提供を行っている。病院関係者にも認知症があることを伝え、本人のダメージを最小限に抑えるために、出来る限り早期退院することを共有の目標として、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	入居契約時に、今後、認知症の進行により考えられる病気や障害を予測として説明し、医療行為が必要となっても、往診や訪問看護を利用し、出来る限り慣れ親しんだ場所で支援できるように法人全体でバックアップする旨を伝えている。	看取りのケアや重度化した場合の対応に関わる指針を作成しており、利用開始時に説明している。重度化した場合は、同一法人内の他のグループホームへ移動する方針であることを院長が家族に説明している。救急時の対応等、法人内で定期的に研修が行われている。	
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	アニュアルや連絡方法などの必要物品は用意されている。実際に救急車を使用したり、医師に連絡したりと落ち着いて実践できているが、不安を口にする職員もいる。		
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	総合訓練として、通報・消火・避難訓練を実施している。自治会や包括には回覧や文書などで訓練開催の旨を報告しているが、地域性もあり、参加はない。ご家族は訓練に参加して下さっている。	年2回夜間想定で訓練を行っており、近隣の利用者家族も参加している。火災・地震時のマニュアルが作成されており、緊急時の避難場所について職員間で情報共有されている。缶詰やレトルト食品等備蓄されている。消火器使用の訓練を定期的に行っており、職員は使用出来る状態である。	

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	難聴の方に対しては、大きな声になってしまうこともあったり、方言丸出しで話してしまう事も見られる事があるが、自分達の言葉も一つの環境である事を全職員が理解しており、その後のフォローを行うことが出来る体制である。	音楽やテレビの音を流しトイレ誘導等の声が聞こえないよう、また利用者がいない階のトイレを使用し他の利用者に気付かれずに着替え等が出来るよう配慮している。個人記録は事務所内に保管し、職員には入社時に守秘義務の誓約書を取っている。	
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	あらゆる場面において、利用者の意思決定を第一に取り組んでいる、職員の都合で決定してしまう場面も見受けられる。		
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	出来る限り、工夫しながら実践しているが、時により、職員の都合が優先されてしまう時がある。		
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	モーニングケア等が1つの業務としてとられている傾向があり、その都度に配慮する事が出来ていない事がある。		
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	困難な方々が増えてきている現状の中にも、嚥下体操などの際に、本日のメニューや調理員を紹介したりして、食事を楽しみなものとして感じていただけるように実践している。	ミキサー食の利用者が多い中でも、声かけや色彩で食事を楽しんでもらえるよう心掛けています。食事の準備等については、出来ることは利用者に手伝ってもらっている。献立は作成されておらず、利用者が食べたいものや旬のものが提供されており、誕生日等の際には行事食もある。	
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	イン、アウト表を使用して、1日2回のティータイム、毎食時、浴後等以外にも、コーヒーや紅茶、ココアなどにより水分補給を実施している。食事では形態を調整して提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。認識が難しい場合は、時間を置いたり、水分を多めに摂って頂くなどの代替えも行っている。		

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	24時間オムツが必要な方でも、残存機能を生かして、日中はリハビリパンツを使用して頂き、トイレにて排泄して頂けるように支援している。	おむつ利用は夜間のみであり、昼間はリハビリパンツや尿取りパッドを利用している。排泄チェック表をつけ、時間を見て声かけや誘導をしながら利用者の排泄パターンや状況を把握している。	
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	内服薬による調整が中心である。ちょっとした運動や入浴、食事など心掛けてはいるが、実際に体動が少なくなっている利用者が増えている現状がある。		
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	入浴においては、ゆっくりとくつろいでいただけるように、残存能力を生かしての支援（洗髪、洗身、見守りなど）を心がけている。ナイト浴は現在、行われていないが、建物の構造や現在での勤務時間では対応が難しい。	入浴日は月～金曜日の18時頃までとなっているが、それ以外の時間もシャワー浴等に対応している。入浴支援は出来る限り同性介助で対応している。車椅子の利用者も、湯船に浸かることが出来るように支援している。	
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	足音、ドア開閉の物音や冷暖房・加湿除湿・明るさなど個々に応じた支援を心がけている。一人でさみしい方には職員が付き添っている。		
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	処方の都度、前回との変更の確認を行い、情報を全職員で共有している。内服薬による影響が考えられる時は、迅速にかかりつけ医に報告し、指示を仰いでいる。		
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	本人の今にあった過ごし方を常に考えながら支援している。うまくいかない場合には、糧とし、何故うまくいかなかったのかを検討するように心掛けている。		
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	利用者からの希望が減少してきている現状もあるが、こちらから提案し、希望をとることが主となっている。出来る限り、希望があってもすぐに対処できる体制づくりを心掛けている。	月に1回程度花見や祭りに全員で外出しており、その他は個々の利用者の希望に応じて散歩や買い物に職員同伴で外出している。車椅子の利用者も外出頻度は変わらないよう戸外へ出掛ける楽しみの支援に努めている。	

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
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	全員ではないが、財布を個人で管理されている方もいる。個々により異なるが、管理は出来るが、使い過ぎ等の症状があらわれる方等は、買い物の都度、金額設定をした上で、購入して頂くようにしている。		
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	必要物品の準備(封筒・便せん・切手など)、年賀状・暑中お見舞いなど、季節を感じて頂ける雰囲気づくり、意欲作りを実施している。そのために日頃より、頭の体操などを利用して、字を書くことを継続して頂いている。		
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	空調や加湿、音楽、映像、照明などの設定や季節に応じた装飾など工夫している。狭いフロアの為、混乱を生じることがある時は、居室や他階にて過ごして頂けるように配慮している。	共用空間については職員が毎日清掃を行っており、空気や換気、照明等についてチェックリストに基づいて管理し、居心地の良い空間となるよう配慮している。ひなまつりやクリスマス等、季節に応じた飾り付けを行っている。	
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	ソファや食卓、居室、テラス、入浴などありとあらゆる場所や物を使って、くつろいでいただける環境作りに心がけている。		
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	本人・ご家族の希望に沿って、使いなれた布団や家具・見慣れた置物や写真や絵画などを活用した空間づくりを行っている。	持ち込みに制限はなく、利用者の使い慣れたものを持ち込んでおり、居室の掃除は職員が毎日行っている。利用者の転倒防止や動きやすさを考え自宅と同じ配置にする等、利用者が居心地良く過ごせるよう配慮している。	
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	トイレや浴室、居室等には、はっきりした文字で明記したり、トイレの位置が分かれば排泄できる方には、トイレ内の電気をつけたままにしておく等の配慮を行っている。		