

### 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	0472200682		
法人名	社会福祉法人 常盤福祉会		
事業所名	グループホーム多機能型地域ケアホームつきのき		
所在地	宮城県柴田郡柴田町槻木上町1丁目1番32号		
自己評価作成日	令和元年10月10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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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	令和元年11月1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)】

高齢者8名、障害者4名と12名の方々が生活されている共生型のグループホームです。障がい者の方々と共に生活することにより、思いやりの言葉が聞かれ、障がい者が出勤の際には「行ってきます」「行ってらっしゃい」と言葉が飛び交います。毎月季節感を感じて頂けるよう、入居者の皆様の意見も伺いながら、お花見や夏祭り、芋煮会、忘年会等々、ご家族の方々地域の高齢者の方々も引き交流を図っています。防災面では区長さんを中心に地域住民による災害救護班を組織し、防災訓練や消火訓練など定期的に行っています。職員一同、住み慣れた地域でその方らしい生活を送ることができるよう話し合いを重ねながらも、毎日楽しく、笑い声が響く、家庭的でぬくもりのあるグループホームです。

【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)】

ホームは、JR東北本線槻木駅の近くの住宅街にあり、障害者と共生している。ホームはデイサービスの2階建てと廊下で繋がっていて、柴田町、地域包括支援センター、社協との交流が盛んである。区長を中心とした地域組織に災害救護班があり、防災意識が高い。職員は、入居者の思いの把握に努め、希望に添うよう支援している。入居者は園芸や手芸を楽しみ、共生している障害者に我が子のように接し、お互いを気遣い家族のように生活をしている。「理念の見直し」「地域貢献事業の継続」の目標達成計画も達成している。

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 3. 家族の1/3くらい 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		

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 グループホーム多機能型地域ケアホームつきのき )「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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人理念である「響存」を踏まえ、職員会議にて毎年振り返りを行っています。出勤時には、理念と業務日誌を確認し業務に入ります。	「やさしくよりそい」「つよく生きる力を」「おもしろく笑顔いっぱい」の理念である。入居者の望みを汲み取り、編み物や折紙、皆での外出、外食会等を計画し、楽しい生活となるよう支援している。	
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	毎月社会福祉協議会で行っている子育て支援事業への会議室の開放や地域住民参加型のカフェの開催をし、入居者の方々との交流を図っています。ご家族や地域の方々を招き交流会も行っています。	ホームでの夏祭りを回覧板で知らせ、家族や地域の高齢者等20数名が参加する。中学生の体験学習や大学生の教育実習を受け入れている。ボランティアが来訪し、ハンドマッサージや太極拳を披露している。	
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	毎月第三金曜日に「よってがいんカフェ」と称した地域貢献事業を実施しています。グループホームの入居者も参加し、地域の方々と関わる際には職員が認知症状の特徴や対応の仕方をお伝えしている事で地域の方々との円滑なコミュニケーションが図られています。		
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	年6回、偶数月に開催し、役場福祉課や包括支援センターの方も毎回参加頂き、近況報告、事業内容報告や意見交換を行い、災害時の避難ヶ所の安全な環境整備についてご意見頂き改善しています。	メンバーは町職員、地域包括職員、区長、民生委員等である。「段差のある避難通路の足場が狭く危険」の意見に応じ改善した。避難した場所に「ブルーシートが必要」の提案に、持ち出しやすい玄関に移動した。	
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	運営推進会議へ毎回参加頂き、状況報告、情報交換を行っています。町主催のネットワーク会議へ参加し意見交換を行い、施設内研修の講師をお願いしご指導頂いています。	ネットワーク会議は年3回実施し、介護事業所の代表、民生委員、ケアマネ等が参加した。グループホームの部会があり、詐欺の事例等の情報交換がある。町から権利擁護やケアマネ研修会等の案内があり参加する。	
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	身体拘束ゼロ宣言を掲げ、職員研修を行い、職員全員が身体拘束によって受ける弊害を理解しています。日中は施錠せず、外出や通院は家族の協力を求め、買い物や散歩など職員と出かけられるよう支援しています。	1人外出しそうな人に職員が付き添い散歩する。車イス生活の人が長時間使用とならないよう、立ち上がった歩行する機会を作っている。安全上、居室の掃き出し口にセンサーを付けている人やベッドに動きを感知するセンサーを付けている人がいる。	
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	身体拘束と併せ虐待防止についても職員研修を行い、接遇マナーや言葉遣いについても話し合い虐待防止に努めています。		

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
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	成年後見制度を活用されている入居者の方もおられ、誰が、どんな時に、どうやって使うのか内部研修を行っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	事前の実態調査に訪問し、利用案内、料金説明状況確認、相談対応を行い、契約時にも再度説明確認し、納得頂いてから署名いただいています。		
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	毎月「たより」を発行し、近況報告を添えて送付しています。面会時には状況を伝え、意見を聞き相談しています。家族会はありませんが、玄関に意見箱を設置し、町や地域包括包括支援センターへの相談も案内しています。	「食事は自分で食べるように」「洗濯は自分でやらせて欲しい」等の要望に対応している。「入院前の体調に戻して欲しい」に、近づける努力をしている。予定外の通院が必要になった時の、職員付き添いの要望にも応じる。	
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	事務所へ意見箱を設置し、代表者と年4回は面接する機会を持ち、毎日の申し送り時には管理者と意見交換を行い必要時にはカンファレンスを行っています。	シフトの時間と業務を見直し、仕事の区切りをよくし交代しやすいようにしている。休憩を取れる部屋も確保している。日常の支援に関する資料をパソコンに取り込み共有できるよう努力している。	
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	人事考課を取り入れ、個々の努力や実績が反映できており、職員は生き生きと働いています。職員同士が連携しサービス残業は無く、働きやすい環境が出来ています。		
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	定期的な研修計画があり、サービスの向上に努めています。外部研修についても情報提供し、参加したい研修を受ける事が出来るよう努めています。		
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	町内にあるグループホーム間で定期的に情報交換や研修を行っています。今年度は中堅職員の交流を図ろうと、包括支援センターの方々に講師をお願いし研修を行っています。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前の実態調査で、生活歴や環境などアセスメントするとともに、入居者、家族と相談しながらニーズを引き出せるよう努めています。入居後も24時間シートを活用し状況の把握に努めています。		
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	事前の実態調査にて、入居者、家族からの情報や意見を収集し、対応出来る事出来ない事を伝えながら要望に応えられるよう検討し、入居後も連絡を取り合いながら信頼関係作りに努めています。		
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	事前の実態調査の段階で、他事業所の情報も含め、入居するより他のサービス利用が良いと判断した場合は、ケアマネや包括支援センター等と相談し必要なサービスを検討します。		
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	家庭的なグループホームを目指し、職員も入居者も互いにいたわり合いながら、1人1人役割を持ち、自立支援へ向けて継続して行えることを検討しながら支援しています。		
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	通院は家族にお願いし、毎月の便りで状況を伝え面会時にも様子をお伝えし相談しながら支援しています。活動や行事にも参加をお願いし、一緒に楽しめるよう努めています。		
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	友人や自宅の近所の方が面会に来られたり、地域貢献事業、子育て支援事業等では地域の方々と交流を図っています。併設するデイを利用されている友人を訪ねて	デイサービスに来ている友人に会いに行く人がいる。家族と馴染みの店で食事や買い物に寄ったり、行きつけの美容院に行く人もいる。散歩で出掛ける久須志神社やスーパーが馴染みの場所になっている。	
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	リビングで過ごされている時間が多く、一緒に家事を行ったり、手工芸を楽しんだり入居者同士の関わりが持てるよう支援しています。		

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
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	サービス終了後も必要に応じて状態を把握するとともに、相談対応に努めています。退所されても家族の方の相談の電話があり、包括支援センターと連携し対応しています。		
<b>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</b>					
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	定期的なアセスメントやカンファレンスを行い、入居者の方々の意見も聞きながら支援しています。「私の姿と気持ちシート」を作成し、職員が気づいた事を書き込み、情報を共有できるよう努めています。	表情や態度で気持ちを押し図り支援する。「私の姿と気持ちシート」に「おいしいものが食べたい」「買い物に行ければいいな」「家族に会いたい」等、入居者の発した言葉を書き留めて、思いや意向の把握に活用している。	
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	入居者、家族より聞き取りを行い、担当ケアマネや在宅で利用されていたサービス事業所から情報を頂き、入居後も家族に確認したり、入居者の方々との会話の中から経過の把握に努めています。		
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	申し送り時には日々の状況について職員間で情報を共有し、ケアの方法について随時確認を行っています。「必要な介護と留意事項」シートを職員の意見も聞きながら定期的の見直ししています。		
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	担当職員中心にモニタリング表記入し、月末には総合評価を行い、変化があればカンファレンス開催し、ご家族の意向も伺いながら、3ヶ月に1回はケアの見直しを行い、ご家族の同意を得ています	担当職員がモニタリングし、カンファレンスで皆で話し合い、計画作成担当者がまとめる。「入院する前の状態にして欲しい」「トイレは自分でできるように」等、入居者や家族の希望を計画に盛り込み、支援している。	
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	ケース記録へ日々の変化を記録し、申し送り時には状況を伝達し職員間で意見を出し合いながら支援しています。職員が出勤時には日誌を確認し業務に入っています。		
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	入居者の方々の状況に合わせ、併設しているデイでの体操や活動へ参加したり、地域の方々を招いた事業に参加し交流を図っています。		

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
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	お天気がいい日には近所のスーパーへ買い物に出掛けたり、一緒に園芸や手工芸等を行っています。居室で編み物やクロスワードなど趣味を楽しむ事が出来るよう支援しています。		
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	入居前に通院されていたかかりつけ医へご家族と通院されており、通院時にはバイタル表を発行し身体状況を伝え、受診結果は日誌に記録しています。必要時には通院へ同行しています。	全員がかかりつけ医受診である。通院は家族が付き添うが、職員が付きそつ場合もある。通院時はバイタル表の他、食事、排泄状況、夜の言動等の記録を持参する。受診の結果は家族からの口頭で把握している。	
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	併設するデイの看護師が、朝夕入居者の方々の状況を確認に来てくれており、変化があれば相談しアドバイス頂いています。必要があれば家族へ連絡し診察をお願いしています。		
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。	入院時には情報提供書を病院へ提出し、ケースワーカーと連携を図り、必要時には医師や看護師へ病状を確認し、退院時には看護サマリーにて情報を頂き支援しています。		
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	指摘頂いていました「利用者の重度化に関する指針」を成文化し、入居者、ご家族へ説明行い、共有することが出来ています。介護保険更新時や体調の変化が見られた場合には繰り返し意向を確認し、次の生活拠点の確保とスムーズな拠点移動が出来るよう支援していきます。	「利用者の重度化に関する指針」により、重度化の基準例を示し、医療体制の状況やホームのできる限界を家族に説明している。退居の際は家族と相談し、入居者が過ごしやすよう、病院や他の施設等への移動を支援している。	
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	毎年職員全員が救命講習を受講し、緊急時の対応マニュアルについて職員会議で確認し、入居者の方々の身体状況把握に努めています。		
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	防災マニュアルを作成し避難訓練を年2回実施し、区長を中心とした災害救護班、運営推進委員の方々も参加頂いています。今年度は水害の訓練も実施しています。備蓄品として3日分の食糧は確保しています。	避難訓練に基づき、水害時はデイサービスの2階に避難することになっている。区長を中心とした災害救護班は、ホーム入居者8名と障害者4名の、12室の担当者を定めており、地域住民との協力体制ができている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	呼び方は入居時に本人、家族と相談し決めています。接遇マナーについて自己チェックを行い、ジェントル・ティーチングについて研修会を行っています。	呼び名はさん付けである。接遇マナーについて「身だしなみ」や「視線の合わせ方」等を振り返り、反省する機会を作っている。排泄失敗時は「ちょっと行きませんか」等と声を掛け、周囲に気付かれぬよう誘っている。	
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	職員から指示はせず、入居者の方々が選択し決定できるよう声がけを心がけています。選択できない場合は2択で提案し選んで頂いています。		
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	食事やお茶の時間は声がけ行いますが、入居者の方々の行動を把握し、自分のペースで過ごせるよう検討しながら対応しています。		
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	翌日の着替えを一緒に準備し、行事や外出時にはおしゃれが出来るよう支援しています。ご家族と一緒に買い物へ出かけたり、職員と近所の衣料店へ買い物に出掛けています。		
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	天気がいい日には買い物へ出かけ、好みの食材を購入したり、栄養士が作成した献立をベースに庭で育てた野菜を取り入れたり、職員も同じメニューでテーブルを囲み、片付けは一緒に行っています。	栄養士が献立を作成し職員が調理する。行事食ではメニューを変更し、希望に合わせた食事を楽しむ。食事委員会に栄養士も入り、嗜好の確認や食事形態等を見直す。入居者は盛り付けや片付け等を一緒に行う。	
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	栄養士が作る献立を基本に調理し、食事、水分量は毎日記録し状況を把握できるようにしています。配膳行えば自分で食べる事が出来ています。		
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に、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い、清潔な状態を保っています。毎年歯科医師による口腔ケア指導を受け、必要時には訪問診療を受けています。		

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
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	排泄表を確認しながら、入居者の方々の排泄パターンを把握し声がけ支援行っています。立ち上がった時に誘導するなどタイミングを工夫しています。	車イスの方もトイレでの排泄である。立ち上がろうとしたりそわそわするのは排泄の合図でありトイレに誘導する。入居時オムツだった方がホームの生活で、日中トイレ、夜ポータブルで排泄できるようになった。	
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	朝食前に牛乳を提供したり、水分量を確認し、体を動かす機会が持てるよう支援しています。毎食後トイレ誘導し、便秘症の方は主治医と相談しながら調整を行っています。		
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	予定の固定化はせず入居者の方々へ伺いながら入浴介助行っています。入浴を好まない方も居られますが、拒否がある場合は時間をおいて声掛けするなど臨機応変に気分よく入浴して頂けるよう支援しています。	一番風呂、熱い湯、温い湯等の要望に対応する。週に2回以上入浴する。浴室でラジカセで音楽等を楽しむ。入浴を浴る人に「髭を剃りましょう」と浴室に誘い、「服汚れています」「着替えましょう」と声掛けしている。	
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	入居者の方々の睡眠パターンを把握し、無理に寝かせるのではなく、不快にならないよう眠くなるまで、お話をしたりテレビを見たりし、状況に合わせて安眠できるよう支援しています。		
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	内服薬ファイルを作成し、職員はいつでも確認でき、服薬介助マニュアルに沿って職員二人でダブルチェックし内服していただき、処方が変わった場合は日誌に記録し内服薬ファイルを修正しています。		
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	ご本人の今までの生活習慣や趣味などが継続できるように庭の花壇の手入れ、野菜作りなど入居者の方々の意見を聞きながら一緒に行っています。編み物など個人的な活動も続けて行けるよう支援しています。		
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	近所のスーパーや衣料店へ買い物へ出かけた後、近所の神社へ散歩に出かけています。お花見や外食会等、皆で外出する行事も行っています。ご家族と一緒に外出されることを楽しみにされていますのでご協力をお願いしています。	天気の良い時は近くの久須志神社等に散歩したり、アイスや黒飴等を買に行く。デイサービスの車を利用し、花見や柴田の紫陽花祭り、外食会に皆で出掛ける。外食会は回転寿司やファミレス等に出掛け楽しむ。外出では入居者の気分が高揚し、笑顔が増える。	

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	金銭管理は担当職員が行っており、希望があれば一緒に買い物へ出かけたり、必要な物は担当職員が購入しお渡ししています。		
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	ご希望があればいつでも電話が出来るよう支援しています。年賀状や暑中見舞いなどやり取りが出来るよう支援しています。		
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	音や光、臭い等、不快を感じないよう職員同士確認し合い支援しています。各居室に湿温計を設置し、定期的に換気行っています。季節感を感じて頂けるような行事を検討し、今月は七夕飾りを皆で作作り、短冊に願い事を行っています。	天井が高く、天窓から明かりが差し込み開放感がある。リビングではソファでも寛げる。花や入居者の作品を飾っており、紅葉の塗り絵が季節を感じさせる。入居者は「食べないの」「休んでお茶飲んだら」等、お互いを労わり合い談笑している。	
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	自由にホーム内を移動でき、席を検討し気の合った方々と楽しく過ごせるよう支援しています。皆さんリビングのソファでのんびりと過ごされています。		
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	入居時には使い慣れている馴染みの物をお持ち頂くようお願いしています。居室へ入る際は必ず声を掛け、目的を伝えています。担当者が一緒に掃除をし、手工芸の作品など一緒に飾っています。	トイレ、洗面台、クローゼット、エアコンが備え付けである。床は一部畳み敷きで、ベッドでも布団でも選択できる。タンスやテーブルを持ってきている人、奥さんの遺影を飾っている人もおり、本人の望む部屋作りをしている。	
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	居室を間違えないよう表札や目印をつけ、ホーム内を自由に移動できるよう支援しています。出来ない部分はお手伝いし、手順を伝えながら自分で行うよう声がけ支援しています。		