

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	4570101867		
法人名	有限会社 美母愛		
事業所名	グループホーム くまのの郷		
所在地	宮崎県宮崎市大字熊野字熊野7287番地1		
自己評価作成日	平成30年8月	評価結果市町村受理日	平成30年10月30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.mhlw.go.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigvoNoCd=4570101867-00&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30年9月19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)】

郷の理念として『くまのの郷5ヶ条』を上げている。職員会議の度に出席職員から無作為に指名し、暗唱してもらっている。その後理念の意味を確認し共有している。この時、一字一句を言うことを重要視はしておらず、込められた意味を理解して貰うようにしている。

【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)】

ホームは田んぼや点在する民家の中にあり静かな環境の中に位置している。管理者と職員はホームの理念を掲げてその理念を共有し利用者本位のケアの実践につなげている。管理者は家族の意向や職員の意見に耳を傾け改善できる事項について早急に対応して運営に反映させている。利用者本位のかかりつけ医との関係を断ち切らない支援や、利用者本人や家族の意向である終末期のケアについて、かかりつけ医や訪問看護師等の医療チームと連携して取り組んでいる。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

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	設立時より”介護者として必要なもの”をまとめたものを”くまのの郷5ヶ条”をあげている。そのケア理念は施設の玄関に掲載してある他、全スタッフが持つ”職員ハンドブック”内にも記載されている。重視しているのは一字一句を言えるようになることではなく、意味を理解することを重視している。	優しい言葉でくまのの郷の理念をつくり、玄関に掲げている。毎月の職員会議の中で管理者と職員はその理念を共有して、ケアの実践につなげている。	
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人として日常的に交流している	自治会に加入し、地域の神社(熊野神社)のお祭りの準備や、溝さらえ、清掃活動など季節の行事も参加している。	自治会に加入し、地域の夏祭りの準備や清掃活動に参加し、祭り当日は神輿がホームにも立ち寄り利用者に喜ばれている。近所から野菜を頂くなど日常的な交流もある。	
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	地域で行われている”認知症サポーター養成講座”にスタッフや講師として参加することで、地域に向けて認知症の理解を広げている。対象も地域の自治体や小学校など少しずつその範囲を広げている。現在の職員にも認知症キャラバンメイトも受講してもらい、今後もメイトを増やしていく予定。		
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	利用者家族、近隣の民生委員や地域の自治会長、その他にも知見を有する者として他グループホームや有料老人ホームの職員、社会保険労務士も参加して意見交換を行っている。	地域の有識者や利用者の家族を交えた運営推進会議を定期的開催し、出された意見や要望をサービスの向上に活かしている。	
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	市や県主催の研修会へ参加している。また制度上やトラブルの相談があった場合、市の指導室へ電話連絡または直接出向いてアドバイスを受けるなどしてサービスの質の向上に努めている。	市の主催する研修会に参加している。管理者は研修の講師として参加して協力関係を築くよう取り組んでいる。ホームの相談事は、直接担当課に出向いて指導を受けている。	
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	『身体拘束マニュアル』を作成し、周知している。安全ベルトなど個人を拘束するものから、玄関他出入り口を施錠する空間的拘束も行っていない。現在、Y字ベルトをはじめ、身体拘束している利用者はいない。	身体拘束の弊害について勉強会を行いマニュアルを作成して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠はしていない。	
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	職員を”高齢者虐待防止研修”に参加させ、関連法を学ぶ機会としている。		

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	施設内研修で成年後見制度についての研修を行っている。現在、当施設に成年後見制度を利用する利用者はいないが、過去にはおられ、またこれから必要になってくる方もいるため、職員には必要知識として理解してもらっている。		
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	契約時には契約の時間を設けて説明を行い、疑問点や不安の解消に努めている。利用料など契約内容に変更がある場合は、数ヶ月前には文章を発送し、さらにご家族が来郷した際に直接説明し、同意書にて同意を得、契約変更をしている。		
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	気軽に相談事ができる関係作りに努めている。当施設での解決が難しい場合には外部機関への相談窓口(市役所の介護保険課、国保連合会、宮崎県社会福祉協議会運営適正委員会)の電話番号を伝えている。また契約書内にも記載されている。	利用者の家族は意見や苦情について、管理者に直接電話で訴える事が多い。出された意見や苦情については改善策を立てて意見に答えられるように努め、運営に反映させている。	
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	ミーティングや普段の会話の中で、職員の意見や要望を聞いている。また、毎月開催している会議でも各々が発言できるような機会を設けるとともに、自由に意見を出せる雰囲気と関係作りに努めている。職員もよく意見を出している。	管理者はミーティングや会議の中で職員が自由に意見を出せるように配慮している。出された意見や提案について運営に反映出来るように努めている。	
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	本人が希望する研修や資格の取得のために、勤務の調整をはじめ、教材や研修費の一部援助、資格取得の登録料の一部支給、取得資格に応じた手当(資格手当)の支給を行っている。また午前のみや午後のみといった勤務も追加し、都合に合わせて勤務を組むようにしている。		
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	外部の研修にも可能な限り参加してもらっている。外部の研修は経営側からの選定と職員個人が見つけてきた研修も可能な限り検討し、参加ができるような勤務にしている。		
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	宮崎県グループホーム連絡協議会に加入し、同業者との関係作りも行っている。近隣のグループホームや有料老人ホーム、老人保健施設との連携に努めている。問題が起こった時にはお互いに相談相手となり、一緒に取り組んでいる。		

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
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	サービスを導入する以前より、本人の状況や、困っていること、不安なことや要望を傾聴し、本人が安心して生活していくにはどうすればいいのかを考えている。『サービスありき』の考えではなく、本人にとってよりふさわしいサービスとは何であるのかを本人、家族より意見を聞いている。結果的に当施設の利用とならなかった方もいる。		
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	サービス導入前には本人を交えての説明の他、ご家族のみとの話し合いも行っている。ご家族とは入居前に何度も連絡を取り不安や要望をくみ取り、できる限りの対応をしている。また、施設が出来ることと出来ないこともこの時に伝えている。特に当施設では出来ないことを重点的に話している。		
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	本人の今の生活状況の把握に努め、本人の今の生活を継続することを重視し、そのためサービスを一緒に考えている。他のサービスも紹介し、それが提供できる近隣の施設や法人も紹介している。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	利用者と職員と一緒に、洗濯物の干し方やたたみ方、食事の面でも野菜を切ったり、もやしのひげとりをしたり、モップかけの掃除をしたりと共同で生活している関係づくりに努めている。		
19		○本人を共に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	食事会や忘年会などの行事をご家族と一緒にするなど、利用者本人を家族と一緒に支える関係に努めている。		
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	現在の利用者の多くの方が宮崎市内出身で宮崎での生活が長い方である。入所後もなじみ理髪店が利用できるように支援したりしているが、認知症の進行等のため、難しくなっている。現在はあまり行っていない。	馴染みの理髪店を利用していた利用者も認知症の進行に伴い継続が困難な状況も生じている。親族の面会など家族の協力を依頼して馴染みの関係が途切れない支援に努めている。	
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	自室で終日過ごす方はおらず、常にホールに集まり、会話をしたり一緒にテレビをみたりしている。要介護の高い方でも食事の時はホールに来て摂るよう支援している。また体調がよくなく、(医師の指示で)終日を居室で過ごす場合にも親しい方が居室を訪問するなどして孤独にしない取組をしている。		
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	転居(他施設へ)した場合はそこへ面会に行き、関係継続に努めている。ターミナルなど利用されていた方がお亡くなりになった場合は、葬儀への参加。49日や1周年に連絡やメールをしたりして、家族へのグリーフケアに努めている。		

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
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	利用者本人が今何がしたいのか、どのように暮らしていきたいのかを日常の会話の中で汲み取り、把握に努めている。利用者本人が意思伝達が難しい場合、ご家族に意見を聞き、希望に沿えるように努めている。	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)を取り入れて利用者の思いや暮らし方の意向を把握し、家族の協力も得ながら本人本位の支援に努めている。	
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	家族や親せき、仲の良かった友人に話を聞いて取りし情報を集めている。また、これまでの生活の場が自宅の場合は近所の方に、施設サービスを利用している方の場合はその施設の職員(ケアマネ、介護職員、理学療法士など)にも情報提供を求め、把握に努めている。		
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	ケアプランの週間計画というものはあるが、それは本人の体調、精神状態によって柔軟に対応し、そのプランが『時間割』にはならないようにしている。心身の状態は起床時(朝6時)に体温、血圧測定が行われ把握に努めている。有する力については日常の会話や介助の中で本人が出来ることを見つけている。		
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	利用者本人(意思伝達が難しい場合、ご家族)の意向等を受け入れたケアができるよう、会議を行い、プランを作成している。ご家族が会議に参加できない場合は事前に相談を行い、意向を取り入れている。	利用者本位に、家族の意向やケアに携わる関係者の意見を取り入れ現状に即した介護計画を作成している。定期的にモニタリングを行い、状態に変化が生じた場合は随時計画の見直しを行っている。	
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	生活状況はケース記録(24時間シート)に記録している。会話内容やその他にも『ヒヤリハットキッズ』を作成しており、特に気になった時はそれに記入している。必要に応じて『連絡帳』に記入し職員間で共有している。それらも介護計画には反映するようにしている。		
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	外出希望や(県外の方)の面会にも対応している。また、本人に関するだけでなく、福祉に関する事で相談がある時には応じている。最近では近所の方が突然来郷し、介護保険制度や施設の説明を求められることもある。		

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
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	地域で行われている行事に参加し地域の中で生活していることを感じてもらっているが、最近は外部との交流が少なくなってきている。認知症の進行も一因となっている。		
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	施設開設時に提携医療機関を定めてはいるが、その機関を利用したことはあまりない。利用者が入居前にかかりつけになっている医療機関がそのまま継続している。職員は必要な情報を提供し適切な医療が円滑に受けられるよう支援している。	利用者が、入居前にかかりつけ医としていた関係を大切に、継続して受診できるようにホームでの生活ぶりや必要な情報を提供し、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	看護師が常駐していないため、訪問看護ステーションと契約し、週に1度定期的な健康チェックを受け、健康管理に努めている。利用者の体調が気になった場合にはその看護師に相談している。医師との連絡もしてもらうこともあり、24時間対応してもらっている。		
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。	医療機関との情報交換を行い、また家族からも1週間に1度は経過報告を受けられるようにしている。また、かかりつけ医と入院先の病院が異なる場合、入院先で得た情報を同意の上でかかりつけ医に伝えている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重篤化した指針を示しているが、入所時にはあまり実感はされていない様子。利用者の健康状態が重度化した場合に備え、ターミナルケアの在り方について看護師やかかりつけ医と検討して方針を整えている。かつては看取りを行い、『看護師』『主治医』『家族』と連携しターミナルを迎え、最期まで行うことができている。	利用開始の段階で重度化した場合の指針を提示し、方針を決めている。その後、重度化した時、主治医や訪問看護師、関係職員と家族を交えて方針を共有しターミナルケアを提供するよう取り組んでいる。看取りの実績がある。	
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	職員は毎年開催される消防署主催の救急法講習会に順番に参加してもらい、緊急時の対応ができるよう備えている。緊急の際は緊急対応マニュアルに基づいて行動するように職員は理解している。		
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	防災会社立ち会いの下、年2回の防災訓練を行っている。	年2回、夜間想定を含めた防災避難訓練を防災会社の立会いの下に実施しているが地域の住民の参加協力が得られていない。非常時の3日分程度の備蓄を準備している。自家発電についても検討している。	地域住民の参加協力については、自治会長や、運営推進会議の中で呼びかけて協力体制を構築されるように期待したい。

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	個人情報保護法に基づき、個人情報に関する記録物は事務所で保管している。プライバシーを損ねる対応はしないように留意して支援している。また、個人情報を守るよう、労働契約時に誓約書にて誓約をしている。	利用者一人ひとりに合わせた人格を尊重した言葉かけや優しい対応に努めている。	
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	質問をする時にはいわゆる、“開かれた質問”と“閉ざされた質問”など、会話によって質問を使い分けている。		
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	本人の希望にできるだけ沿えるようにしている。庭で草取りをする時間も、利用者本人に合わせるなど、ケア理念の一つである『今を大切に』し、穏やかな生活が送れるように支援している。		
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	その方によって支援が異なり、意思決定ができる方にはその日に着る衣服を選んでもらったり、意思決定が難しい方には家族よりどのような服が好まれるのかを聞いたり、好んでいた系統の衣類を持ってきてもらい、身だしなみの支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の出来ること(食器洗い、食器の拭き方、床掃除)は職員と一緒にやっている。	食器やテーブル拭き等を職員と一緒にを行い、利用者の能力を引き出すよう支援している。	
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	食事量や水分摂取量はケース記録や排泄記録表にて把握しており、食事が摂れていない時には主治医と相談している。水分が少ない場合は経口補水液を利用するなどして水分摂取には気をつけている。また、常食が難しい方にはご飯を軟飯としたりと各々に合わせた支援をしている。		
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	通常の歯ブラシに加え、義歯用の義歯ブラシ、口腔ケアスポンジ等を個人に合わせて使い分け、毎食後行っている。		

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	排泄があった場合は”排泄チェック表”に記入し、その方の利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、昼夜でパットを変えるなどの対応でパット費用の軽減に努めている。	排せつチェック表を活用して一人ひとりの排せつパターンを把握し、昼間はトイレで排せつ出来るように支援している。	
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	排泄チェック表により排便状況はおおむね把握ができています。便秘傾向にある方にはあらかじめ医師と相談し、排便のない日が続いた場合、緩下剤を使用するなどして取り組んでいる。他にも腹部を温めたり、温熱機により腸を暖めて排便を促すなどの対応をしています。		
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	基本的には週3回を定期的な入浴としているが、入浴そのものは日曜日を除き、毎日行っているため、本人の希望や状況によって入浴を行っている。本人のタイミングに合わせ”いつでも”、24時間入浴ができるというものは安全面、人員面からみて、当施設では難しい。	入浴が楽しみなものになるように季節に合わせて菖蒲湯や柚木湯などを工夫して(日曜日は除いて)毎日でも入浴でき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	日中に体操等を行い、日中に起きている活動をすることで安眠につなげている。また、温度調整も行っている。		
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	薬の処方箋は必ず確認し、効能や副作用を確認している。変更時は口頭での伝達や連絡ノートその他にて周知している。管理については一人一人の棚に分ける他色分けするなどして、誤薬をしないよう勤めている。		
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	利用者個別に本人のニーズを取り入れた計画を作成し、それに基づいてケアを行っている。それ以外にもその日、その時に応じた対応に努めている。		
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	外出希望がある場合には外部に出かけたりすることもあるが、外出が難しい方も多く、本人希望の外出支援が行えなくなってきている。	敬老の日は利用者全員と家族、職員も一緒になって近くの飲食店でお祝いの食事会を催している。利用者の状況もあり、日常的な外出の機会が少なくなっている。	ホームの庭を活用し、短時間でも戸外に出る機会を作り、利用者がストレスを発散し、生き生きと過ごせる取組を期待したい。

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
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	利用者本人でお金を持っている方もおり、買い物での外出の際には本人が支払をしている。支払の際には一部支援をしている。		
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	本人の希望に応じて家族へ電話をかけている。本人で、電話をかけることが難しい方は、職員が電話をかけ、相手と通じた状態で本人と代わるよう支援している。かつては利用者の中には携帯電話を持っている方もおり、制限はなく、本人所持でいつでも電話をかけることができるようにしていた。		
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	玄関からみえる景色は近くは畑、遠くには山が見える。また、近くには高い建造物がないため、玄関の窓からは心地よい風が入ってくる。食堂を兼ねたホールにもその風は入ってきて、過ごし安い空間となっている。明るさに関しても、刺激にならないような明るさのライトが設置されており、それが廊下、居室を照らしている。また、ホールには大きめのテレビやソファが置かれ、ゆったりとくつろげる空間となっている。廊下、洗面所、浴室には手すりが設置され、安全性を確保する配慮がされている。	共用の空間は気温や採光も程良く、テレビやソファが置かれて利用者や家族がくつろげるように配慮している。洗面所、トイレ、廊下に安全面を考慮した手すりが設置されている。	
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	共用空間(ホール)にはソファが大人数で座れるものと、少人数で座れるもの。テーブルが2つあり、ひとりでテレビを見て過ごしたい時には少人数で座れる席で過ごし、仲の良い利用者同士が談笑する時には大人数で座れるテーブルを利用するなど、それぞれ共用空間で過ごせるようになっている。		
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	利用者がこれまで家庭で使っていた、使い慣れた家具(タンス)等を居室に持ってきて、なじみのものがある部屋で心地よく過ごせる空間ができるようにしている。他にも、家族の写真や、本人のアルバムを持ってきてもらっている。	利用者がこれまでに使っていた馴染みの家具や調度品、寝具、家族の集合写真など持ち込まれるよう助言し、利用者が居心地よく過ごせるように家族と相談しながら支援している。	
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	トイレや許可を得た上で自室前に名前を掲示したり、目印をつけたりして本人が分かるように工夫している。名前があることで落ち着く方もいる。		