

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	4270103411		
法人名	社会福祉法人 春秋会		
事業所名	リエゾン長崎 グループホームくぬぎ(椽)		
所在地	長崎県長崎市江川町92番		
自己評価作成日	平成30年2月9日	評価結果市町村受理日	平成30年4月23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.mhlw.go.jp/42/index.php
----------	---

【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 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成30年3月27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)】

新鮮な魚や野菜・柔らかい肉等の食材にこだわり、食事や間食を五感でも味わって頂きたい、幅広いメニューを提供しています。
 入居後、食欲の増進が見られ、体調の安定が見られます。
 敷地内の畑や、プランターで栽培した野菜の収穫や、梅干しやしそジュース作り・干し柿作り等々の作業を一緒に行い、楽しんで頂いています。
 理念である『ゆっくり・いっしょに・楽しく』を念頭に、一緒に楽しい毎日を過ごして頂けるようにと思ってお一人お一人の、案心した生活を支援しています。

【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)】

当ホームは長崎市江川町に位置し、周辺には保育所や中・高等学校のほか地域包括支援センター、医療機関などの社会資源があり、入居者が自分らしく生活できるよう入居者ニーズに応じた社会資源との連携や活用がなされている。理念を「ゆっくり、一緒に、楽しく」と掲げ、職員の入居者への支援は無理強いしないこと、しっかりと支えることを意識付けしながら日々の実践に努めている。施設長は当該地域の役職を担いながら積極的に地域住民との交流を図ったり、昨年より副施設長が中心となって地区の公民館等で高齢者への様々な福祉サービスへの相談「よろず相談会」を定期的に行うなど地域の福祉を支える拠点として機能している。近隣にある中学校や特別支援学校からの職場体験の受入れを行い、就労に繋がった事例も窺えた。ホーム内には季節感のある掲示物や毎日届け生け花を飾り、音楽を流して入居者にとって心地良い時間が過ごせる空間となるよう工夫している。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き活きと働いている (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

ユニット名 グループホームくぬぎ(椽)

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	理念である「ゆっくり、一緒に、楽しく」を念頭に置き、その方に沿ったケアを提供しゆっくりした日々を過ごして、頂けるように心掛けている	ホームでは理念を「ゆっくり、一緒に、楽しく」と掲げ、職員の入居者への支援は無理強いしないこと、しっかりと支えることを意識づけしながら日々の実践に努めている。	
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	近隣の商店からの食材の配達や買い物。地区内の祭りやイベント・清掃・除草作業の参加包括主催の地域住民交流会や認知症の勉強会への参加。近隣中学校や特別支援職場体験受け入れ等。	ホームでは近隣にある中学校や特別支援学校からの職場体験の受入れを行い、就労に繋がった事例も窺えた。施設長は当該地域の役職を担いながら積極的に地域住民との交流や、副施設長が中心となって地域支援事業を行うなどの取り組みが窺える。	
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	法人の秋祭りなどで、地域住民の方々と交流。法人内の社会福祉士により公民館などで”よろず相談会”を定期的で開催。地域で”徘徊高齢者の声かけ”実践研修参加。		
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ヶ月に一度の開催で、活動報告を行い、行政や包括・有識者との意見交換を行う指導が得られ、質の向上に活かしている。参加できないご家族様には、議事録を送付している	運営推進会議は2ヶ月に1度開催している。会議では厳しい視点で意見を出してもらうよう説明している。議事の文面は個人情報保護に配慮した記載である。事故報告・ヒヤリハットについても報告がなされている。議事録は全職員にも回覧するようにしている。不参加の家族にも議事録を送付している。	
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に取り組んでいる	相談員の受け入れ。包括勉強会の参加・地域の状況の変動や様子の徴収。運営推進会での参加協力。意見徴収。	ホームでは介護相談員を定期的(年2回)に受け入れている。行政センター担当者や包括支援センター担当者が運営推進会議に参加し、意見交換や相談等を行い、ホームの運営に活かしている。	
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	夜間帯の転倒の不安はあるが、行動を制限するなどの身体拘束は行っていない。問題行動を理解し、その都度寄り添う事を重視。要因の把握に努めて、意向に対応する能力・予測力の強化の為にスキルアップも図っている。	現在、身体拘束が必要な入居者はいない。ホームでは身体拘束は原則禁止としている。法人内にリスクマネジメント委員会を設けており、ヒヤリハットや事故防止等について話し合っている。内部研修では各グループで事例検討を行ったり、必要な外部研修にも参加している。身体拘束マニュアルも整備している。夜間帯のセンサー使用については家族に説明している。	
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	各研修や、施設内研究で得た知識・情報をミーティング等で共有する。自覚のない虐待(言葉かけ等)についても、知識を深め、常に意識してケアを行うように努めている		

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
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	権利擁護や後見人制度などの研修は、管理者が参加している。このようなシステムがある事を理解し、包括や行政などの各機関の窓口へ繋ぐ事が出来る様に、常に意識している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	内容を解りやすく説明し、理解・納得を得て契約を締結している。		
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	苦情受付窓口を設ける。行政・第三者窓口等の通知を掲示。目安箱を設置している。日々率直な意見を聞けるような関わりを構築出来る様に努めている。	ホームでは苦情受付窓口を明示すると共に、入所の際に外部の苦情窓口として第三者委員や行政担当課も説明している。管理者は家族とのコミュニケーションをとるよう心がけ、信頼関係の構築に努めている。	
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	ミーティングや全体会議で運営方針の説明・質疑応答を行い、情報の共有を図っています。	管理者は就任して2年目をむかえ、業務改善への意識は高く、ミーティングや会議を通じて職員との共通意識を図りながら入居者への支援に努めている。勤務年数の長い職員も多く、職員の資格取得への支援や希望休への配慮等、職場環境の整備に努めている。	
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	代表者は、勤務表にてシフトは把握している。個人への声掛けは頻回であり、働きやすい環境や条件への配慮は出来ている。勤続年数が10年以上の職員が多く、やりがいを支持したい旨の意向がある。		
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	個人面談や管理者を通じ、勤務内容・適正等の把握にも努めている。適正にあった研修の参加など促している。資格取得奨励あり。働きながらの取得に向け支援している。		
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	包括や行政主催の地域会議や研修会に参加し、地域の福祉資源活用のノウハウを得る事が出来ている。地域の同業者からも、情報交換し、社会資源の利用に宅立てている。		

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	入居に当たっては、連携室SWなど各所から情報収集し、本人・家族の困っている事や要望の傾聴に努めている。本人様の不安を受け止め、出来る事・可能な事の説明を行っている。		
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	ご家族の不安を考慮し、安心を提供できるように望む暮らしの要望を傾聴している。グループホームでの生活での活動の資料等を参考に、なんでも話して頂ける関係作りに努めている。		
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	介護保険法で出来る事、外部サービスで担う事、地域で賄える事や、主治医の訪問の件など説明し、家族の要望を可能に出来ないか？代替サービスを含め対応出来る様努めています。		
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	人生の先輩ととらえ、敬う事を基本に置き、良好な関係が構築出来る様に努めている。		
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	ご家族来訪時の本人様の笑顔が、介護の思い、ありのままの状況を説明している。毎月のお便りも、活動の様子が解る写真を添えて送付している。家族との絆は大切に支援出来ている。		
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	友人・知人の方との交流は、途絶え傾向ではあるが、交流を楽しみにされている方もおり絵手紙の交流や外出の一部支援を行い、関係の継続を支えている。	入居者のこれまでの生活環境について入所時に病院等からの情報提供や家族の協力を得て大事にしてきた事を把握し、趣味の絵手紙の支援や希望により外出支援を行うなど、その方の心の支えとなるよう関係継続へ支援している。	
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	お互いの個性や身体能力に配慮しながら、座席の工夫や、会話の橋渡しを行ったり円滑な関係が維持出来る様に努めている。		

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	退去後は、入院しそのまま他界される方が多い。頻回に来訪されていた奥様から、入院中の夫の相談が同法人の訪問介護を介し見られる。傾聴やフォローに努めている。 他の方も相談が有れば、傾聴に努める。		
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	生活歴や家族の話しなどを含めて、望む暮らしの要望を傾聴している。会話が困難な方でも、意思の疎通を取りながら、好む事項・好まない事項を把握。声なき声の徴収に努めている。	ホームでは入居者の背景を本人や家族と関わりを持ちながらその方が望む生活に繋がるよう支援している。希望等の申し出が困難な方には表情等から汲み取るよう努めている。	
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	初回面談時も、聴衆出来る範囲の事項はお聞きする。家族や・関係機関からの聞き取りも実施。徐々に信頼を重ねる事で、本人の意向の本質が見えてくる。信頼関係作りに努めて、声なき声をくみ取り対応していきたいと思えます。		
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	IADLは、しっかりとモニタリングしている。日々の生活は、記録へ残し、職員・家族・主治医各関係者で共有出来ている。		
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	本人様・ご家族の要望を聞き取り、プラン原案を作成。担当者介護開催し、ケア提供にあたっての問題点など検討する。実施後、3カ月をごとにモニタリング行い、意向に沿った現状になっているのか点検話し合う。	入所時には、まずは短期間の介護計画を立案し、IADLの観察等、しっかりと本人の様子を見ながらモニタリングを通じた課題の把握と職員との話し合いや家族等の意向を汲みながら次の計画作成に活かしている。	本人の自立に向けた支援がなされているが、介護計画と整合していない部分が見受けられたので、改めて整合が図れるよう見直し、現状に即した介護計画の作成が望まれる。
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	個別ケアで、その方に合った対応が出来ている。個別化により、計画の見直し材料を、見つけやすい。		
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	出来る範囲で、希望に添える様に取り組んでいる。出来ない事項は代替えサービスが無いかな努力してみる。		

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	各所との研修・交流を持ちながら、地域資源の情報の共有が出来る様に、努めている。		
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	在宅訪問医が定期的に訪問。緊急時の対応も出来ている。居宅療養管理指導にて、歯科医・薬剤師の訪問がある。相談助言で適切な医療が受けられるように支援している。	4名の入居者への往診が月2回あるほか、歯科医や薬剤師、訪問看護を利用している方もおり、職員は体調の変化や気づきを伝え、適切な医療に繋げるよう取り組んでいる。	
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	体調悪化時は、特別指示書にて訪問看護を利用医師と看護と施設で連携が取れている。精密検査の必要時は、紹介状により、専門医での適切な検査・治療が受けられるように援助。支援出来ている。		
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。	連携室のSWと連携を密に行い、病状の把握・今後の病状予測を定期的に、把握している。状況に応じた、待機や転院・退去へ関わる情報交換施行。家族の意向の伝達など医療機関とは、密な関係作りに努めている。		
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	重度化や終末期の予後は、早い段階より主治医とのムンテラに管理者も立ち会う。本人・家族の意向を尊重しながら、最期をどう迎えるかは話し合い、家族自身が納得できる最後の思いを支える。看取りは行っていない。適切な所へ転院が多い。	現在、ホームとして看取りへの支援は行っていない。重度化した場合や終末期に際しては家族の意向を踏まえ主治医との話し合いの場にも管理者が同席して、ホームとして可能な範囲で支援がなされている。	
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	緊急時マニュアルを基に、対応している。応急手当や初期対応は、各研修等で、とっさの対応が敏速に行えるように努めている。		
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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、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。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	毎月1回、火災・災害訓練を実施している。同一敷地内のケアハウスでは警察署・消防署・地域消防団合同の訓練実施。GHでも警察署・消防署合同訓練実施した。専門家の指導の下、建物に合った避難法の知識を得た。火災を防ぐ為の、荷物の整頓・コンセントの埃の撤去等各予防対策も行っている。	消防訓練計画表を作成し、月に1回火災・災害訓練を実施している。訓練実施の際には「火災・避難訓練記録」に訓練概要と結果・評価・反省の記録を残し、不参加の職員には回覧し確認のサインがある。訓練実施の概要は運営推進会議にも報告されている。	緊急時の持ち出し品として入居者情報一覧表には顔写真・緊急連絡先・かかりつけ医の記載があるので、更に薬情報と介護保険情報を追記して充実することに期待したい。消火器は必要時にすぐに使用できるよう設置場所に留意し、また、最新のハザードマップも入手しておくことが望まれる。

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	尊厳を念頭に、個人に合った対応を行っている。辛さや不安・苦痛など、汲み取り察する能力向上に努めている。	職員は、無理強いしないことを念頭に置き、入居者と意思の疎通を図り、尊厳や敬意を払った関わりで支援するよう努めている。	勤務経験が長い職員が多く、入居者への理解を深め入居者それぞれに応じて親しみを込めた支援がなされている。引き続き、親しみから馴れ合いに陥ることも十分に意識して介護実践に取り組むことを期待したい。
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	出来る限り待ってあげるケア察しながら、自己判断の要因を提供し自己決定出来る様に努めている。		
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し、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	一日の生活の流れはあるが、状態に応じた支援を行っている。日中の過度な臥床を避け夜間の安眠が出来る様努めている。		
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	定期的な訪問整容や、好みの衣服を着て頂きその方の思いに努めている。		
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	季節の物を取り入れている。野菜の下ごしらえなど参加して頂き、食器拭き等参加して頂いている。無理のないように配慮し、残存能力の活用と、人の役にたつて嬉しく思う気持ちを支援している。	ホームでは食事担当者により昼食が提供され、職員1名が検食し記録を残している。夕食は関連施設全体の厨房で調理されている。もやし根切りなどの下ごしらえや青じそ梅干し、干し柿作りなど、入居者の残存能力に応じた出番がある。外食する機会も設けている。	
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	嚥下や咀嚼機能に応じて、食べやすく、見た目五感で味わってもらえるように提供行事食やおやつ作り等を頻回に行っている。摂取量の把握も行っている。		
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	居宅療養管理指導を活用し、歯科医・衛生士の定期的な訪問有り。指導を受け、歯間ブラシや各用具を使用し、毎食後の口腔ケアを行っている。		

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
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	排泄パターンを把握し、尿便意の確立トイレでの排泄に努めている。日中は、オムツからリハパン リハパンから布パンツに変え、自立及び心地よさに努めている。	排泄の記録は入居者の個人記録に記載されており、本人の状態変化への把握がなされている。入居者の心身の状態に合わせ、誘導や見守りを行っている。就寝後は安眠を優先し、個々に合わせて支援に取り組んでいる。おむつ代の削減等、経済的な面にも配慮しながら取り組んでいることが窺える。	
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	排泄パターンを把握。ヤクルト・ジョアの摂取。適切な水分量の確保に取り組んでいる。主治医の指示の元、内服薬での調整もしている。		
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	隔日の入浴を実施。排泄の状況(便失禁)で急遽入浴提供する事もある。	ホームでは2日に1度の入浴支援がなされ、希望があれば随時対応できるよう努めている。時季によりゆず湯などを提供している。	
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	個々の睡眠パターンを把握。主治医の指示の元、眠剤使用する方もあり。日中の過度な安静を避け、何だかの活動や体操等行い、心地よい睡眠が出来る様に努めている。		
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	居宅管理指導を利用し、薬剤師の訪問有。薬剤師より指導を受け、効能・留意点等は把握。薬状でも常に確認している。症状の変化の観察を行い、変化時は、主治医・薬剤師と連携が取れている。		
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	残存機能を活用した活動や作業を通して、出来る事を一緒に褒め・喜び役割をこなせる事への自信を持って頂く声掛けを行っている。		
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	定期的な外食ドライブや初詣やおくち等色々な行事の見学を実施。家族との外出も可能な方は、支援している。	地域のランタン祭りや初詣などの催しのほか定期的な外食の機会を設けて入居者の希望の行きたい場所を理解しながら個々に応じた外出ができるよう取り組んでいる。車いす使用の方もできる限り外出できるよう車いす対応の車両等を準備して支援がなされている。	

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	必要な物や、本人の希望のものは、預り金で購入している。家族と相談し、少額を居室に持っている方もいるが、現在自己所有の強固な訴えはなし。		
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	友人への定期的な絵手紙の支援や、毎夕家族へ電話する方など、状況に応じて支援している。 年賀状のちょっとした支援も実施。		
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	まず清潔・心地よさを第一に考え、不快感を招かない様に努めています。適温・適湿度を保ち感染症対策を考慮しています。利用者と一緒に制作した季節感のある掲示物や毎週届く生花を、飾っています。利用者で作った作品で、心地よさに努めています。	ホームの共用部分は清潔感があり、時季によりインフルエンザなどの感染症対策を徹底し、ポータブルトイレは毎日天日干しするなど衛生管理に努めている。ホーム内には季節感のある掲示物や生け花を飾り、音楽を流して入居者にとって心地良い時間が過ごせる空間となるよう工夫している。	
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	ソファや椅子を配置し好きな所に座り楽に過ごす時間を提供。		
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	居室の広さが制限はあるが、可能な限り馴染みの使い慣れた家具を持参して頂いています。本人が、安堵出来る部屋となるよう工夫に努めています。	入居者が安心して生活できるよう本人の使い慣れた家具等の持ち込みや趣味や信仰などを継続して行えるよう支援している。	
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	残存機能の活用による、生活の向上に努めている。行動を制限するのではなく、可能な限り動いても危なくない様な工夫に努めている。		