

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	0471200634		
法人名	社会福祉法人馨特会		
事業所名	グループホーム さくらおか		
所在地	宮城県登米市米山町字桜岡大又232番地2		
自己評価作成日	平成27年7月6日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/04/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ		
所在地	宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台5階		
訪問調査日	平成27年9月29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)】

地域の催事や観光地等へのドライブ・ランチ外食に出かけ、四季を感じて頂けるよう支援を行っています。また、法人内での行事も多く、地域の皆さんと接する機会も多くあります。食事面では地域の旬の食材を使用し、栄養バランスに配慮し提供しており、簡単な調理や盛り付けなど利用者様と一緒にしています。同性支援など利用者個々のペースに合わせた支援を基本に、笑顔が多く見られるような環境作りと、家族との情報の共有を心掛け信頼関係の構築に繋げています。

【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)】

自然豊かな田園地帯で、近隣には公民館、診療所、お寺などがある。母体法人の特別養護老人ホームが隣接し、前庭に咲くコスモスが秋らしい風情を醸し出している。事業所は共生型グループホームとして、家庭的な雰囲気の中、利用者と障がい者が共に暮らしている。「自分らしくあり、地域との関わりを大切に『共に暮らす家』を目指す」の理念のもと、職員は理念を拠り所とし、利用者ができること、やりたいことを尊重し寄り添い、自分らしい生活が送れるよう支援している。また家族アンケートや意向調査、第三者委員の利用者の要望の傾聴、運営推進会議などを通して、利用者や家族の声に真摯に耳を傾け、意見や要望は職員で共有し、介護の質、事業運営の向上に活かしている。災害協力協定を地域と結び、地域住民と連携を図りながら防災意識を高め、命を守る取組みに努力している。

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、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)	○	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（事業所名 GHさくらおか ）「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	・職員会議の際、理念をふまえた議題について話し合いを持ち共有化を図り実践に繋げるようにしている。	理念は年度始めに職員で話し合い、見直しをしている。ケアにおいて課題が生じたときは必ず理念に立ち戻り、職員会議で話し合い、介護の質の向上を図っている。	
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	・区長さんからの案内を頂き、地域の行事に積極的に参加し、地域交流を図っている。 ・合同防災訓練を年1回実施し地域の皆さんと交流を図っている。	区長から地域行事の案内があり、地区の行事に参加し交流している。住民や家族からの野菜の差し入れがある。地域と災害協力協定を結び、年1回防災訓練を行うなど連携を図っている。更にボランティアなどを受け入れ、交流を通して地域のホームへの理解を深め、連携を強めていくことを検討している。	
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	・目立った取り組みは行っていないが、地域の方やご家族から質問があった際は、色々な施設の特徴や説明を行っている。		
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	・参加者された皆さんの意見を真摯に受け止め、サービスの向上に活かすようにしている。 ・家族アンケートや意向調査を実施し、結果報告等を踏まえ話し合いを行っている。 ・ヒヤリハット、又は対応策を伝え意見を出して頂き、今後の支援サービスに繋げている。	会議は奇数月に行っている。参加者は区長、商工会長、民生委員、地域包括職員、市職員、家族、職員である。活動報告や自己評価報告などを話し合い、介護の質の向上に反映させている。家族からヒヤリハット事例とその対応策に関して利用者全員への報告の要望が出され、実践に繋がった。	
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	・運営推進委員として協力を仰ぎ、現情の理解を頂きながら、行政を含めた関係機関より情報やアドバイスを頂いている。	市担当者や地域包括職員は毎回運営推進会議に参加している。地域包括の協力により市の出張出前講座「車イス座位を見直す」を職員と利用者を対象に行った。また生活保護や成年後見、利用料未納者等に関する相談なども行い、協力関係を築いている。	
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	・身体拘束は行っていない。 ・事業所の方針を職員会議や外部研修に参加した職員による内部研修等で話し合いを持ち、理解と共有化を図っている。	ホームの方針「身体拘束廃止について」を年1回内部研修として行い、高齢者権利擁護に関する外部研修にも参加している。施錠は19時から翌朝6時までである。外出傾向の利用者には引き止めず何気なくついて行くなど見守りで対応している。	
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	・外部研修を通し、身体拘束をしない支援の取り組み等について職員間で共有化を図っている。 ・家族より求められた場合身体拘束を行わない事に対して理解を頂くよう努めている。		

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	・研修等へ参加し、職員会議の場等で研修報告を兼ね職員全体で権利擁護について理解を深めている。 ・成年後見制度のハンドブックを用意し、いつでも閲覧できるようにしている。		
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	・ご家族から不安等が聞かれた際は、再度十分な説明をし、計画作成担当者や管理者を交えお伝えしている。 ・面会時等に、疑問点等が無いか伺うようにし、いつでも対応できるようにしている。		
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	・年1回の家族を対象にしたアンケートを実施し、意見や要望を伺っている。 ・頂いた意見等は、職員会議の場面で共通認識を持ち実践に反映できるようにし、又運営推進会議で報告を行っている。	家族アンケート、意向調査、第三者委員の利用者の要望の傾聴、運営推進会議、面会などを通して意見を聞き、職員会議で話し合い、課題を共有している。毎月家族へ担当者手書きのお便りや「さくらおか広報」を送り、意見や要望が出しやすい関係づくりに努めている。	
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	・必要に応じて、管理者と職員、職員間の話し合いの場を設けている。	毎月の職員会議や面談時などに意見や要望を聞いている。管理者は日常的に職員の相談に真摯に向き合うなど信頼関係を築いている。また地域交流や事故防止などについて職員の役割を決めており、予算編成に意見が反映される仕組みを整えている。資格取得支援も行っている。	
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	・管理者と職員個々が必要に応じて面談等を行っている。		
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	・職員個々の力量等に合わせ、外部研修等を提示し、職員全員が参加できるようにしている。 ・資格取得やレベルアップの為の研修等に参加する場合は、シフト作成の段階から配慮している。		
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	・職員全員が研修に参加する事で、他施設とのネットワーク作りや仙北ブロックの交換研修・共生ネットへの参加などサービスの質の向上の為出来る限り交流を図る努力をしている。又その情報は会議等で職員全員に報告している。		

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
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	・入居前後に出来る限り、本人の要望に添える様話し合いの場面を設けている。 ・家族等へ面会の協力をお願いし、生活環境の変化に対し不安が軽減できるようにしている。		
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	・計画作成担当者が主な窓口となり、管理者をはじめ全職員が内容に応じて相談事に対応し、信頼関係の形成を図っている。		
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	・相談を受けた時や、状況に大きな変化が見られた時は、カンファレンスを開催し、職員間の共通認識のもとサービスを提供している。また、支援の方向性についてご家族にもきちんと伝えている。		
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	・個々の思いに添い、ご自分が出来る事を行う事で役割が出来、お互いに協力して生活が出来るような配慮をしている。		
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	・面会の際やご家族への電話にて情報をお伝えし、毎月必ず本人の様子を記載した手紙を発送している。		
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	・家族等の協力を得ながら、墓参りなどの外出や自宅への外泊を行っている。	アセスメントを職員全員で共有し、馴染みの人や好きな場所などを把握し支援している。行きつけの場所は自宅やスーパー、そして季節のお花見や紅葉狩りなどの観光地である。馴染みの友人の訪問もある。訪問が途切れがちな家族へは電話でお願いをし、馴染みの関係が途切れないよう支援している。	
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	・入居者同士の関係性を把握し、円滑に生活できるよう場面に応じては職員が橋渡し役となって、利用者さん同士が円滑にコミュニケーションがとれるような支援に努めている。		

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
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	・入院等で退所をされた場合、次に入所する施設の相談等に応じている。又必要に応じて、適切で継続的な支援を続けていく姿勢である。		
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	・食事や入浴支援時、ご本人がリラックスしている時の会話から思いや暮らし方のご希望を伺った時には、記録に残し職員間で情報を共有している。必要があれば、カンファレンスを開催し支援方法について検討している。	生活歴から趣味や好きなことを把握し、編み物が得意な利用者に椅子カバーを編んでもらうなど得意なこと、やりたいことが叶えられるよう支援している。日々のケアの中で把握した意向はケース記録や必要に応じて申し送りノートに記載し、カンファレンスへ繋げている。	
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	・入居前に本人や家族より情報を頂いている。 ・入居後も必要に応じて、これまでの暮らし方の把握に努め、ご本人の思いに添った支援に繋げていく姿勢である。		
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	・個人毎に生活記録や連絡ノートを活用し、現状の把握に努め職員間の情報の共有に繋げている。又定期的や入浴前や状態に応じて、バイタル測定を行い心身状態の把握に努めている。		
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、家族、職員の三者で話し合える場面を設け今後の意向等を伺い、介護計画に反映させている。 ・3ヶ月に1度、又は心身の状態の変化に応じてカンファレンスを行い、職員間の共通認識に繋げている。	介護計画は3ヶ月に1回見直しをしている。モニタリングは毎月行い、状況の変化によって随時見直しを行っている。カンファレンスは利用者の担当者、管理者、計画作成担当者が行い、介護計画を作成し、家族へ説明し、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	・個人毎の生活記録を行い、気づき等のポイントとなることは、職員間で連絡ノートを活用し、情報の共有等につなげている。		
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	・本人、家族の要望に対して、可能な限り沿えるよう柔軟な対応をしている。(通院、買い物、外出支援、外食、ドライブ等)		

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	・地域で行われる運動会や秋祭りなどに見物に出かけている。 ・地域と合同の防災訓練を行っている。		
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	・本人、ご家族の要望に応じ、かかりつけ医や協力病院と連携を取り往診につなげている。急変時など必要に応じて、職員が同行し医師に状況を伝えている。	かかりつけ医はそれぞれである。週1回協力医療機関の医師の訪問診療がある。通院は基本家族である。通院時にホームでの状態を記載した文書を家族が持参し、適切な医療が受けられるよう支援している。職員同行の際は家族に結果を報告している。受診記録はケース記録に記載し健康管理に活かしている。	
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	・定期的に利用者の状態報告を行い、身体的に変化が確認された時など、看護職員に報告や相談をし、健康面の維持につなげている。		
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。	・入院時はできるだけ面会に伺い、医師や看護師に様子や経過等について聞くようにしている。 ・退院時も、医師や看護師から話しがある際は必ず同席し、指示を仰ぐようにしている。		
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	・本人、代理人、家族等より書面にて意向を伺っている。更に、本人の意向については、生活記録にも記載するようにしている。	年に1回「重度化に伴う終末期の対応について」と「体調不良等で通院が必要になった場合の対応について」の意向調査を実施し、利用者、身元引受人、計画作成担当で合意を図っている。意向調査は毎年利用者の健康状態に関わらず行っている。	
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	・急変に備え、マニュアルを基に対応できるよう努めている。		
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	・火災や地震の発生を想定し毎月避難訓練を実施している。 ・地域住民と合同の防災訓練を実施し、協力体制について話し合いを行っている。	火災、地震マニュアルはある。避難訓練は毎月実施し、夜間想定訓練も実施している。年2回は地震から発生した火災を想定して行っている。地域と連携し、防災訓練も行い協力体制が築かれている。備蓄は3日分あり、消火器具の保守点検は年2回実施している。また夜間時の災害発生時には職員が全員駆けつけられるよう連絡網が整備されている。	

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
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	・言葉かけや接し方など、利用者様が人生の先輩である事を忘れずに、丁寧な対応を心掛けている。	名前にさんづけで呼んでいる。年1回プライバシー保護の研修を行っている。居室へ入室の際にはノックや声がけを必ず行い、排泄介助はさりげなく居室へ誘導するなど誇りやプライバシーを損ねないよう努めている。職員の不適切な言動などは、職員全員で話し合い改善を図っている。	
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	・ご本人の思いや希望を伺うような声掛けに努めている。 ・選択できるような問いかけを行い、自己決定ができるようにしている。		
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	・一人ひとりのペースに沿って支援するよう心掛けている。 ・買い物、入浴、近隣の散歩等の要望に沿えるよう調整し支援している。		
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	・毎月、理髪が行える体制を整えている。 ・本人の好みに合わせて、季節に合った服装であるよう声掛けや調整をしている。		
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	・嗜好調査の結果等を基に献立を作成している。 ・食事の準備や片付けはご本人の状態や表情を見ながら一緒に行っている。	職員が利用者と共に食材を購入し、調理、盛り付け、食事、片づけも一緒に行い、持てる力を活かし、食事を楽しめるよう工夫している。メニュー作りや栄養チェックは法人の栄養士が行っている。誕生会には好きなメニューを取り入れている。食事の始めと終わりの挨拶を利用者が明るい元気な声で行っている。	
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	・個々の食事量や水分量など医師の指示がある場合、可能な範囲内で調整し、提供している。 ・必要に応じて看護職員や栄養士資格を有する職員等と話し合い支援している。		
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	・一人ひとりに適した声掛けやブラッシング、入れ歯の洗浄等の口腔ケアを行っている。又歯磨きボランティアの訪問を受け入れ、スキンケアを取りながら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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の排泄状態に合わせ、トイレ案内や声掛け等の支援を行っている。 ・排泄チェック表を使用し、個々の排泄リズムを把握している。 	車椅子にも対応できるトイレが居室に設置してある。自立している利用者が多いが排泄パターンを把握し、利用者に応じて声がけし誘導している。夜間も個々に応じて支援を行っている。便秘の方へは医師の処方による下剤や水分量、食事の工夫などで支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々に合わせた水分量、入浴後の腹部マッサージ、下剤の調整を行っている。 ・捕食として乳製品の摂取や繊維質の食料を考慮した献立にしている。 		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりに声掛けをし、希望を伺い、体調を見ながら入浴を行っている。 ・マンツーマンでの入浴及び、同性支援を基本にしている。 ・入浴できない時は、清拭や足浴などで清潔保持に努めている。 	入浴は週に最低3回、毎日の方もいる。時間は夜を除き、いつでも入浴できる。順番や湯温も好みに合わせている。入浴嫌いの利用者には職員を替えたり、無理のない声がけなどその人にそった支援をしている。菖蒲湯やゆず湯も行い、清潔保持だけでなく、季節を感じながら入浴を楽しめ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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々のペースで休みたい時に休んでいただいている。 ・夜間眠れない時は、温かい飲み物を提供している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から薬が処方される毎に、担当職員が責任を持って管理している。 ・薬の変更があり、本人の様子に変化があった場合は医師に報告し指示を仰ぐようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の趣味や得意なことを活かし、日中の活動に生かしている。 ・ドライブや外食等に出かけ、気分転換の機会となるよう支援している。 		
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支援している	<ul style="list-style-type: none"> ・体調を重視した上で、個人の買い物には随時対応をしている。又外食や遠出を楽しんだり、観光地等の場合は事前に計画を立て、要望に応じて出掛けられるよう支援している。 	月に1回天候をみながら外出支援を行っている。車椅子対応の車を使用し、希望に応じて外食や買い物へ行っている。春はお花見、夏は定義、秋は紅葉と観光地へ出かけ、自然や人々と触れ合い、いきいきと過ごせるよう支援している。	

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
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	・個々によって自己管理をされている方、金銭管理契約を結んでる方がいる。 ・希望や必要に応じて、お金を使用できるようにしており、一緒に買い物に行く等支援している。		
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	・希望に応じて、公衆電話の利用時には見守りや部分的な支援をしている。(現在は希望される利用者様はいない)		
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	・清潔を心掛け、季節に応じて花を飾るなど、四季を感じられるようつらえている。 ・写真や制作品、地域の催事等の広報を掲示している。	リビングは和風の窓で、明るく、人々の出入りが眺められる。また廊下の天井には天窓があり、柔らかい光が射している。職員手作りの大きめの日めくりカレンダーは見やすく見当識に配慮してある。廊下には利用者が作ったちぎり絵や季節のタペストリーが飾られている。温・湿度管理は職員が行い、冬は加湿器も使用している。	
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	・廊下の長椅子に腰かけられ、気の合う方と談笑している。 ・希望に応じて、場所を替えたりして気の合う利用者様同士で話しが出来る。		
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	・ご本人の希望に沿って、ご家族よりテレビやソファ等家具やご本人が大切にしている写真や小物等の持ち込みに協力を頂き、居心地よい安心できる空間づくりにつなげている。	居室は畳敷きとベッドの部屋があり、希望で選択できる。トイレ、押し入れ、洗面所、エアコンが設置され、窓は掃出し窓で災害時には避難しやすい。持ち込みは自由で馴染みの家具を持ち込む方もいる。壁には家族の写真や飾り物が飾られている。掃除は担当者が支援し、清潔が保たれている。	
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	・個々の居室に専用の物干しを置き、衣類の物干しや整理整頓を行っている人や、部分的支援で行っている人がいる。 ・毎朝、居室のモップ掛けやトイレ掃除を行ったり、食事の準備や後片付を手伝う人もおり、日課となっている。		