

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	4391500073		
法人名	社会福祉法人 啓世会		
事業所名	グループホーム葉山苑天領の杜		
所在地	熊本県天草市本町下河内2231		
自己評価作成日	平成28年2月20日	評価結果市町村受理日	平成28年4月12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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【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 NPOまい
所在地	熊本市中央区草場町1丁目13番105号室
訪問調査日	平成28年3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)】

○自然に囲まれた落ち着いた環境の中に事業所があり、季節の移り変わりを感じながら生活を送っています。
 事業所の周りには田畑や神社があり良い散歩コースです。一步踏み出せば商店街や学校、病院や福祉施設などがあり地域の中に入りやすい環境です。
 ○入居者様が日々、穏やかに生活できるように心地よい居場所作りに力を入れています。また職員もやりがいを持って働けるように職場環境の改善を図っています。

【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)】

前回の評価結果を踏まえ、活動性を高めるための具体的な取り組みや、地域交流を深めるための努力が見られました。また、年々進歩し、質の向上に向けた取り組みがみられます。事業所全体に明るい雰囲気を感じられます。ケアの内容も具体的にになっており個別の対応がなされています。細かいチェックでケアの実践を確認されていますが、重複していることや活かされていない部分があります。実践されている個別計画がケアプランに生かされるとより充実した生活支援になると思います。組織力もあり委員会活動もなされています。介護相談員派遣事業の実習受け入れは、新たな評価の視点として、ケアの充実に繋がることを期待します。

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 ↓該当する項目に○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、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

[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	法人の理念に基づきグループホームの理念があります。日頃のミーティングや朝礼などで理念にそった行動ができていますか確認し実践につなげている。	基本となる法人理念を基に事業所の理念は利用者や職員の交代に伴い、その時期に合った理念の見直しがされています。職員は理念を名札の裏に入れ、日々のケアに生かされています。	職員の思いが事業所理念に活かされ覚えやすく、ケアとの関連がしやすい理念になっているようです。
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	日頃の買物や散歩、地域行事への参加の際など気軽に声をかけて頂いている。また、神社掃除も継続している。地区の小組合に加入している。運営推進委員の方や地元職員が橋渡しとなっている。	区費を払い広報便りを通し、地域の活動にも参加されています。また、近くの神社に参拝される方との挨拶や、地域の店での買物にも出かけ、顔見知りの関係が出来ているようです。	地域との関係が深まりつつあるようです。今後も信頼関係が深まるよう期待します。
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	日頃より施設見学や相談はいつでもお受けしている。家族会で資料やDVDを使用し知識を深めてもらったりや地域の方と関わりの中で理解を深めてもらうようにしている。キャラバンメイトとしての役割も担っている。		
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	2ヶ月に一回実施。区長さんや民生委員、他のグループホームで勤務していた方にも参加していただいている。会議に出たサービス提供に関する意見や情報等も踏まえながら向上に活かしている。	地域行事の案内や活動報告がされています。ケアの内容についての提案や個別内容についても意見が出されています。看取りの報告をすることで、地域で最後まで安心して過ごせることの啓蒙にも繋がっているようです。推進委員のメンバーは2年に1回交代されています。	
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	制度的にわからないことなどは日頃から相談するようにしたり、運営推進会議録を提出し現状を伝えている。市の介護相談員派遣事業の実習受け入れなども積極的に協力している。	事故報告や介護相談派遣員の実習受け入れ等連携が出来ているようです。事業所内でも事故報告やヒヤリハットが多く報告されており、意識の高さが伺えました。	事故報告やヒヤリハットの分析を行い、事故防止に繋がると良いでしょう。
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	施設内研修で企画し学びと自分たちの行動の振り返りにしている。言葉での行動の制止があるため事例を出しながら皆で検討している。距離の取り方についても検討している。	距離を持って対応することで言葉での制止が少なくなる等、常に対処策に取り組まれています。家族の希望によりセンサーマットを設置されています。2人の利用者に対し、それぞれ音色の違う鈴をドアに掛けて拘束感を少なくされています。	家族に同意書を取り、随時見直しをされています。拘束か安全対策か、常に問題意識を持っている事が大切だと思います。
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	施設内研修で企画したりや市主催の研修に参加し意識向上に努めている。朝礼や会議等で確認したり、常に注意を払い防止に努めている。		

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	施設内研修で企画し、計画作成担当者は市主催の研修にも参加し知識向上に努めている。また必要性についても話し合い対応している。詳しく説明が必要な時は包括支援センターへ相談し説明依頼をしている。		
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	相談や入所申し込み時から疑問等ないか確認しながら説明を行っている。契約時や改定時も再度説明し対応している。解約時も疑問等ないか確認している。		
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	契約時の時から要望等は遠慮なく管理者や職員に申し出てくださいと説明している。都度出てきた要望に対し施設でできる範囲で対応し対応する努力をしている。家族会の中では意見交換会を設けている。	年1回の敬老会の後、家族会で意見交換が行われています。夜勤の人員配置や細かい意見が出されているようです。意見の出やすい雰囲気作りに勤められているようです。	意見の集約と公表も意見の出しやすい方法と考えます。
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	朝礼や終礼、会議や日頃から皆から出ている意見や提案を内容を検討しながら運営に反映させている。	給与や勤務体制、配置希望、新しい委員会の希望等の意見が出されています。全ての会議のあり方についても、見直しを検討されています。オフサイトミーティングをすることで、職員のストレス解消が利用者のケアに影響すると考えられています。	
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	毎年、自己評価表を記入させているが施設に対する要望や異動、給与等の希望を記入する欄を設けている。また毎年の昇給や賞与、残業をなくす取り組みや育児休業取得促進に努めている。		
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	施設内、法人内の研修に留まらず外部研修への参加も積極的に参加を促している。経験年数や習熟度に応じその場その場での指導をしている。		
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	地域密着サービス連絡協議会に加入し定期的な会議、研修会などで情報交換を行いサービスの質向上に努めさせている。		

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	本人に関する情報収集を本人、ご家族との面談や医療機関、利用されていた事業所などから行い状態把握に努め、その人にあった心地よい環境作りやスタッフの心構えなどスムーズな入居と入居後の混雑ができるだけ最小限にできるように努めている。		
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	相談時から要望等が出しやすい環境を作り家族の立場にたつて本人との関係性を知り入居に至るまでの家族の思いも受け止めるようにしている。		
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、家族相方からの話しを受け止め看護、介護一体となり、まず必要としている支援に対応できるように支援方法を考え実行している。状況に応じては他のサービスも随時提案している。		
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	家事など一緒に行い時間を過ごすことで介護される人ではなく、一緒に生活する人と思いい関係を構築できるよう努めている。		
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	家族とは日頃より連絡を取り利用者の状況など情報を共有している。受診同行や行事への参加依頼など無理なく協力できることをして頂いている。それぞれの家族のあり方を尊重しながら共に利用者を支えていけるように努めている。		
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	地域行事への参加や馴染みの店への買物支援など利用者の過ごして来られた背景から考え積極的に日々の生活を取り入れている。また知人や老人会からの面会など気軽に来ていただけるような対応に心かけている。	行きつけの理髪店や美容室への外出支援も行われています。地域行事に参加できなくなった利用者に対しては、民生委員や老人会が訪問されています。利用者のこれまでの信仰を尊重し、神父さんの訪問が継続されています。妻の法事や自宅への外出の支援もされています。	新たななじみ作りや関係作りにも期待します。
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	利用者一人ひとりの特性を把握し社交性のある利用者には見守りの対応を、そうでない方は個別の対応を積極的に行っている。利用者同士の挨拶やゆずり合いや軽作業の協力など自然と見られている。		

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
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	他施設へ移られたり、亡くなられたりした後でも収穫した野菜を持って来られたり、相談の電話が入ったりしている。そこで思い出話などをしたり今までの関係を大切にしている。		
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	本人、家族から生活歴や家族背景、習慣などを把握した上で本人の思いや意向を確認している。把握が困難な時は家族に確認し本人だったらどう考えるかなどを話している。できるだけ記録に残すようにしている。	生活歴や家族の情報、会話の中で思いを把握し、駄菓子屋をしていた利用者に対し、出店や駄菓子店に行く等、個別の対応がされています。また、全ての利用者に対し「27年度私のしたいこと」をホールに掲示。一人ひとりの思いを実行されています。	利用者の思いや意向に個別に取り組みられています。継続されることでケアの広がりが出来ると思います。その時々思いや情報を活かすためシートに落とし込む工夫をされると良いでしょう。
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	入居前から本人や家族、主治医や担当の介護支援専門員、他のサービス事業所の職員等に生活歴や経過など確認し今後も本人らしい生活ができるように努めている。		
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	一人ひとりの現在の状況を把握するためにまずどこまでできるのか有する能力の把握に努め、その能力が維持できるよう支援方法を検討しながら実践している。また、一日の過ごし方や心身状態の把握にも努めている。		
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	計画作成担当者以外にも受け持ち担当を決めている。課題を発見したら皆に相談、話し合いをし皆でアイデアを出し合いながら反映している。1ヶ月に一回はケアミーティングをしている。	ケアプラン、介護計画はケアマネージャーが作成。6ヶ月に1回の見直しと月1回ミーティングで介護計画の評価をされています。また、IADL評価の実施記録によりケアの実践を確認されています。	日課表、介護計画の重複が見られません。IADL表を生かした介護計画や「27年度、私のしたいこと」の意向がケアプランの流れに活かされると良いでしょう。
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	日々の様子や気づき、課題点を記録に残し、また課題についてはその都度皆と話し合い伝達と記録に残すようにしている。		
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	本人や家族の状況に合わせ、またその時、その時で生じるニーズに合わせ臨機応変に対応できるよう職員間で個々にあったサービスが実施できるようにアイデアを出し合いながら対応している。		

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
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	馴染みの理髪店に行くなど一人ひとりの馴染みの人や場所を知りその人らしい生活ができるように、また、その資源の中で少しでも能力が発揮でき豊かな暮らしができるよう支援している。		
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し、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	入居前のかかりつけ医との関係継続のためそのまま継続したり、協力医療機関にお願いしたりご本人、ご家族の意向を確認して対応している。看取り希望に対しては家族同意のもと往診可能な医療機関にお願いしている。	利用者の1/3はこれまでのかかりつけ医受審をを継続しています。受診時、家族対応が困難な時は受診支援をされています。その他は訪問診療を利用され、必要時には専門医の受診支援が行われています。	
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	毎日、看護職が切れ目無く勤務できるようにシフトを考慮している。また、夜勤帯でも連絡が取れるようにしている。日頃より看護、介護職の気づきも報告、相談するように周知し、できるだけ早い段階で本人、家族が望む医療機関へ受診し施設内でも十分な看護サービスが受けられるよう		
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。	入院の際は経過要約を提供し日頃の生活の様子などを伝えている。また、ほぼ毎日のように面会に行き本人との関係継続を図ると共に主治医や病棟スタッフとの関係構築と情報共有を図り入退院がスムーズになるようにしている。		
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	契約時から看取りに関して施設でできることを説明している。早い段階から主治医と相談しご家族へも同意を得るようにしている。できるだけご家族との時間を作るため面会や宿泊は自由にしてもらい、身体的ケアも一緒にしてもらうなどご家族も悔いが残らないように支援している。	年1.2回の看取りが行われ、経験を重ねられています。毎年看取りの勉強会も行われ指針も作成されています。看取り後の家族のフォローもされています。	看取り後の家族訪問が、今後の終末期ケアに活かされると良いでしょう。
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	施設内にて勉強会を行い訓練をしている。職員一人ひとりが不安なことが無いように繰り返しおこなっている。		
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	火災においては年2回実施。その他の災害についてはマニュアル作成中である。市の福祉避難所として登録している。その他、地域の方との防災訓練等はできていない。	併設事業所との協力体制も出来ているようです。夜間を想定した訓練も実施されています。	

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
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	自分たちの言葉かけや対応が入居者の方々に影響することを常に伝え、朝礼や終礼時も例をあげながらお互い注意しあっている。トイレ誘導やトイレ内での支援も大声にならないよう気をつけている。	接遇5原則を遵守しています。家族の希望によっては名前と呼ぶ等の対応をされています。声のトーンにも注意され、語尾を下げるよう細かい指導がされています。	
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	日々の生活の中でどうしたいか、何をしたいか、行きたい所は無いかなど尋ね表出しやすい環境づくりに努めている。また、自分で選択する機会を多く作っている。表出が難しい利用者に関しては、表情や行動で判断している。		
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	業務中心とならないように常日頃より会議等で周知している。その日その時の本人のペースで過ごせるように心かけている。		
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	能力に応じ身だしなみを整えてもらうが髪分け目、髪型なども本人に聞きながらしている。行きつけ理髪店や美容室に行くこともある。その日の洋服も選択する機会を作ったり、家族にその人らしい洋服を準備してもらったりしている。		
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	それぞれの状況に応じ準備から片付けまで職員と一緒にしている。庭で育てた野菜やご家族からいただいた野菜を調理して食べることもある。外食に出かけることもある。	栄養士の献立を基に、ユニットごとで調理されています。台所から料理のにおいがフロアに漂い、食欲をそそります。	
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	それぞれに応じできるだけ経口摂取で確保できるように形態を変えたり調理方を変えたりしている。状況によっては栄養補助食品を取り入れている。口腔内、体調面の把握もしている。		
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、有する能力に応じ口腔ケアを行っている。必要時歯科受診したり訪問歯科で対応してもらったりしている。		

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
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	排泄チェック表を基に排泄パターンを知りトイレ誘導トイレでの排泄成功に努めている。退院後、排泄レベルが低下していても繰り返しトイレ誘導行い入院前の状態に戻せるように努めている。	日中は概ね2時間ごとにトイレ誘導がされています。リハビリパンツ、パット使用等身体状態に合わせて使用されています。	
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	下剤だけに頼らず、食べ物の考慮や一日の水分量、腹部マッサージや運動など取り組んでいる。		
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	週3回入浴を基本としているが希望時や汚染時は対応している。気分によっては個浴ではなく大浴も利用している。身体状況に応じては機械浴にて対応。洗身タオルを好みに合うようにしたり、洗う順番やタオルの使い方なども個人の習慣を尊重している。	温度管理や本人の好みの方法を把握され対応されています。外出先での足浴も楽しまれています。	
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	体調や状況に応じて休息を入れ本人のペースで対応している。ただ、昼夜逆転にならないように配慮している。また、就寝時間はそれぞれで違うためフロアでテレビを見たり、会話を楽しんでもらったりしている。		
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	一人ひとり何の薬を服用しているかわかるように服薬説明書を個人ファイルに綴じ看護師以外でもすぐ目が通せるようにしている。特に注意が必要な薬や変更があった時は記録に残し口頭で繰り返し説明している。誤薬が無い様声に出し複数の職員で確認している。		
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	生活歴や嗜好、趣味などを把握し、考慮しながら支援している。先生をされていた方は、行事の際に挨拶をお願いしたり、農業をしていた人には、草引きなどの作業をお願いしたり、本人が食べたものなど施設で用意できないものは家族にお願いしたりなど様々な対応をしている。		
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に支援している	各ユニットIADLチェック表をつけ、それぞれの状態に応じ外出の機会を作っている。本人が行ってみたい所を聞いてみたり、日常的な散歩以外にも買物や地域の催し物、自宅や墓参りなど家族の協力も得ながら実施している。	寒い日にも外気を感じるなど四季折々の変化に触れるよう、全ての利用者に対し毎日1回の散歩や外出支援が計画されています。マンツーマンでの散歩が何度となく見かけられました。イベントの外出も年間計画で実施されています。	個々の対応が来ています。継続されることが望まれます。

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
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	預かり金を頂き事務所で管理し出納帳を定期的に家族に確認してもらっている。買物や外食など外出先で自由に使い、能力に応じては支払う場面も利用者をお願いしている。		
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	自由にできるように対応している。本人の希望以外に家族からの手紙に返事を書いたり、贈り物が届いたときはお礼の電話を入れるなど能力に応じながら職員と一緒にやっている。		
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	気温や湿度、臭いに気を配り、エアコンの調整や換気、清掃をしている。不要な光は消して自然の光を取りいれたりしている。トイレの場所の認識が難しい方は大きく表示したりしている。季節に応じ花を飾ったり、装飾を変更している。	窓の高さが高く、明るい空間になっています。廊下やフロアの掲示板にも季節に応じ随時入れ替えがされているようです。懐かしい歌詞を貼ったり、随所に工夫が見られ、生活感が感じられます。	
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	畳みやコタツ、テーブルと椅子、三人かけソファや一人かけソファなどを設置し思い思いに過ごせるように工夫している。		
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	入居時よりベッド、家具等の配置はご本人、ご家族の意向を取り入れながら決定している。また、使い慣れたものや仏壇等も自由に持ち込んでもらっている。夜間の電気もできるだけ好みに合わせている。	規格外で窓を高くし、明るく感じます居室から田園風景が見られ四季の移り変わりが感じられます。身体状況に合わせ、手すりを設置し自室の洗面所に行けるよう配慮されています。畳の部屋での対応もされ、個性的な部屋作りが支援されています。	
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	本人のできることやわかることを把握して家具の配置をしたり予測される行動の妨げとなるものを除去したり本人の自立した生活ができるようにしている。		