

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	4571900242		
法人名	社会福祉法人 慶明会		
事業所名	グループホームサンメリー		
所在地	国富町大字岩知野355-1		
自己評価作成日	平成30年8月31日	評価結果市町村受理日	平成30年11月20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_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=4571900242-00&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10月4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)】

当ホームは田畑に囲まれた静かな場所にあり、太陽の恵みを活かし野菜作りを楽しんだり、鳥のさえずりや虫の声に耳を傾け、野花を摘んで季節を感じ自然を満喫しながら暮らしています。私達職員は利用者様・ご家族様の想いに寄り添う事を第一に考えながら、安心して望む暮らしの実現に向けて日々努力を重ねております。個別の外出支援や地域行事への参加、地域貢献も含めて地域交流にも取り組んでいます。重度化した場合や終末期についても利用者様とご家族様の意向に添えるよう協力病院や併設施設と連携を図りながら最期まで支援できる体制も整えています。

【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)】

医療機関を母体に持ち、介護サービス事業所が併設されており医療と介護の連携が図りやすく自然にも恵まれたホームである。職員は笑顔を大切にし、利用者が地域の中で関わりを持ちながら安心して暮らせるよう地域との交流や開放的なホームの活動に取り組んでいる。ホーム内外の研修や資格取得などのスキルアップにも力を入れており、より良いケアの実践や運営・設備の改革、人材育成に取り組んでいる職場である。

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 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

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	理念を目につく所に掲示し常に意識できるようにしている。毎朝、理念の唱和も行っている。職員会議で振り返りの場も設けてケアの統一を図っている。	笑顔を大切に家庭的な愛情をもってケアし、地域のふれあえる場として交流を広げるといふ理念をもとに全職員で共有し、定期的に見直しや検討を行い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員として日常的に交流している	地域住民に参加を呼びかけふれあい教室を開催したり、地域の祭りへの参加や一斉清掃へ参加しながら地域住民と触れ合う場の確保に努めている。	高齢化が進み地域の行事が消滅しつつある中で、ホームが参加し交流を持つことで存続へと導く役割を果たしている。日頃より行き来し開かれた場となっている。	
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	地域包括支援センター主催の認知症サポーター養成講座への協力を行っている。また、認知症支援ネットワーク事業で地域住民参加の模擬訓練等でも協力を行っている。		
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	利用者様状況、行事報告、職員の資質向上に関する勉強会報告等行っている。意見交換を行う事で、日々のケアの充実や意識改革に繋げる事が出来ている。	運営推進会議には、役場職員や地域包括支援センターの職員、民生委員等が参加し地域の動向やホームの活動報告などを行い、そこでの意見を運営やケアの実践に生かしている。しかし、議題の内容は危機管理など一定の内容に留まっている。	運営推進会議の開催が地域密着型サービスの充実につながるよう地域の社会資源を活用し、構成メンバーに加えることで実りある会議に発展させることを望みたい。会議の内容に変化をもたらし交流の輪もより広がっていくことを期待したい。
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	運営推進会議で情報交換が随時行っている。それ以外にも運営上の相談や申請手続き等で直接窓口に向うが、伺えない時でも電話やFAXで迅速に対応して貰っている。	日頃より役場の担当者と連絡を取り、運営推進会議の案内や認知症支援事業の協力をしている。運営やホームでの取り組みについて窓口で相談するなど協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	法人内外での研修に参加して禁止の対象となる行為や弊害を理解し、日々のケアに取り組んでいる。可能な限り行動を制限しない取り組みや事業所の工夫を家族に説明して納得いただいている。	利用者が安全でその人らしく暮らせるよう、身体拘束をしないケアを正しく理解しケアの実践に取り組んでいる。帰宅欲求に対しても玄関の施錠はせず寄り添い、対応の工夫を模索しながら支援している。	
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	法人内外での研修に参加して虐待防止関連法について学んでいる。顔の表情の変化を観察したり、入浴の際は皮膚観察を念入りに行い異変があれば職員全員で原因究明に努めている。		

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	定期的に勉強会を開催し制度について学んでいる。現在、制度を利用している方はいないが、過去に必要性を説明することで3名の方が成年後見制度を利用されていた。		
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	利用者やご家族の不安や疑問点に納得頂けるまで説明を行ってご理解をいただいている。		
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	日々の会話や面会時、積極的に意見をうかがうようにしている。年2回家族アンケートを実施し、結果は掲示板で公表。運営推進会議でも議題に上げ意見をうかがう。改善事項は職員全員で話し合っている。	運営推進会議や行事等を活用し、利用者や家族が意見を出しやすい雰囲気や関係づくりをしている。遠方の家族にも連絡を取り日頃の様子を伝え意見を聞けるようにしている。	
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	職員会議で日々のケアはもちろん行事の企画等において職員全員の意見を反映できるようにしている。また、代表者との毎月の運営会議で報告相談し適切なアドバイスももらえている。	毎月の職員会議で意見を出し合っている。運営や設備について改善することで良くなることは積極的に取り入れるよう取り組んでいる。	
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	個別面談の実施や意識調査を実施し就業環境のより良い改善に向けて積極的に取り組んでいる。また、職員の頑張りを表彰する制度もあり向上心アップにつながるようサポートしている。		
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	キャリアパス制度を導入している。職員のそれぞれの能力とキャリアに応じて法人内外の研修会に参加し資質向上出来るよう積極的に支援している。		
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	同業者との連絡協議会や他職種交流の場にも出向きネットワークを広げ、研修会や情報交換を通して得られた学びを職員全員に周知する事で日々のケアの改善にも役立っている。		

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
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	入居前に面接を実施。顔を合わせる事で不安の解消に努めている。希望があれば入居前に利用者と交流する機会を設ける。		
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	納得いただけるまで話し合いの場を設けて不安の解消や信頼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	入居後に我々のできる事を説明した上で、もし希望するサービス提供が難しい場合は、それに代わる事が出来ないか検討する。機能向上に関しては併設施設の理学療法士等へ相談する。		
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	利用者の能力に応じて家事等も手伝っていたり共に関係性を築いている。利用者から昔ながらの風習を学ぶ事も多い。		
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	本人にとって家族が一番の支えであり職員はあくまでも支援者の一人であることを説明。面会時は食事介助や排泄介助も手伝っていただく。通院も家族に付き添ってもらい任せきりになる事を防いでいる。		
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	家族との外出や外泊も大いに歓迎。行きつけの美容室を継続利用される方もある。会いたい人や行きたい場所への個別の外出支援もお手伝いする。以前は地域のサロンに参加する方もあった。	自宅訪問や墓参りなど、家族の協力を得ながら継続できるよう支援している。全利用者に対して、馴染みの人に会ったり場所に行けるよう計画し実践に向けて取り組んでいる。	
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	職員が介入して利用者同士がうまく関わられるよう配慮している。利用者同士で分らない事を教え合ったり、やさしい気遣いを目の当たりにすることも多い。		

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
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	利用が終了しても困りごと等があればいつでも相談に応じる事をお伝えしてある。近況を教えにわざわざ寄って下さる方もある。移り住む先がある方の場合は本人の情報提供もやっている。		
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	利用者や家族から細かく情報収集しセンター方式にまとめる。日常の会話から得られた情報もその都度追加記入し個々の思いや意向の把握に努め職員全員で共有している。	センター方式(認知症の人のためのケアマネジメント)を活用し利用者担当を中心に情報収集をしている。困難な場合は、これまでに関わった人や場所から情報を集め思いや意向の把握に努めている。	
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	センター方式を活用しながら生活歴の把握を行う。利用者・家族、以前関わりのあった方からも情報を収集。また、日常の会話から以前の暮らしぶりを想像して理解を深めることが、本人らしさの追求にも役立っている。		
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	ケア記録や申し送りから前日までの状況を確認し、朝のバイタルを参考にしてその日の個々の過ごし方を支援している。些細な変化も見逃さないようにして情報共有に努めている。		
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	毎月モニタリングを実施。職員全員で課題の解決に向けて話しあう。また、利用者や家族、主治医の意見を反映した介護計画を作成している。3か月ごとの見直しを実施。必要時はその都度変更していく。	利用者、家族、関係者で話し合いを行い、それぞれの意向を反映した介護計画を作成している。毎月モニタリングし現状に即した介護計画の見直しや作成をしている。急な変化は全職員で意見交換している。	
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	24時間記録シートにケアの実施や排泄量・食事量チェック等細かに記載。会話の内容や家族からの要望も記入。職員全員で状況把握に努めることでケアの見直しもスムーズに行えている。		
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	個々の能力発揮や楽しみを増やせるよう併設施設での誕生会参加や絵画教室への自由参加なども柔軟に支援している。緊急受診や他科受診も家族に代わって職員が対応することも家族の安心につながっている。		

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
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	行政や地域包括支援センターとの情報交換により地域サロンの活用をしたり、地域ボランティアの受入も実施。地域の馴染みの店や公園に出かけたり保育園児との交流で楽しみの場を確保している。		
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、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	かかりつけ医への継続受診を支援。希望があれば協力病院を紹介する。受診の際は職員も同行して生活状況を報告する。特に薬の効果等に関しては医師との連携が重要となり、同行できない場合は電話や手紙で説明している。	本人、家族が希望するかかりつけ医を継続している。受診の際は家族の協力を得ているが、適切な医療が受けられるよう職員が主治医や関係者へ情報提供している。移動が困難な利用者には送迎を支援している。	
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	併設の老人保健施設の看護師と医療連携体制をとっている。24時間いつでも相談に応じてもらえ処置も迅速に対応できている。受診の必要性がある場合はアドバイスをもらいすぐ受診を行っている。		
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。	入院の際は、情報提供を行い連携を図っている。特に協力病院のソーシャルワーカーとは日頃から情報交換しより良い関係が築けている。退院に向けての話し合いに参加する事で受け入れ準備も迅速に行えている。		
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	重度化や終末期に向けた方針を契約時に説明している。状況に合わせて意思確認を行い、看取り体制の場合は、主治医・訪問診療・訪問看護・本人・家族・職員がチームで話し合いを行いながら支援に取り組んでいる。	重度化や終末期のあり方について、ホームのできることを説明し、本人・家族の意向を確認している。状態変化に合わせて話し合いを繰り返し、方針を共有しながらチームで支援に取り組んでいる。	
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	心肺蘇生法やAEDの使用訓練を定期的実施している。マニュアルもすぐ確認出来るようにしている。		
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	ホーム独自で年2回、併設する同法人の合同訓練を年2回実施。区長・民生委員・消防団・地元協力員にも訓練に参加して頂いている。	夜間想定を含む、火災・地震時の避難訓練を実施している。全職員は災害対策マニュアルに沿って対処法や避難経路を把握しており、地域とも協力体制を築いている。水害時のハザードマップの把握や水・食料の備蓄もして災害時に備えている。	

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	入職時研修で必要性を学び、定期的に接遇研修も実施。不適切な言葉かけ等はその場で職員同士で指摘し合う。毎朝、接遇目標も唱和して意識付けしている。	馴れてくると見過ごしがちな呼びかけや排せつ・入浴でのプライバシーの確保に気を付けている。接遇や対応の仕方について不適切なことは、ケアサービス向上委員会で話し合うよう取り組んでいる。	
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	生活での選択事項は全て本人に自己決定を促す。言葉で意思表示が出来ない方等は、仕草や表情で思いや希望を汲み取る努力をしている。		
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	いくつか決まった日課はあるが、体調や希望を伺いながらそれぞれのペースに合わせて生活できるよう支援している。		
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	起床時は鏡を見ていただき身だしなみへの関心を引く。化粧の習慣や毛染めやパーマ等も継続して支援している。お出かけの際は洋服もおしゃれ着をアドバイスしたりする。		
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	メインは隣接の厨房で調理するが、昼のご飯は毎日利用者が交代で炊いている。週1回は味噌汁やサラダ・和え物等を一緒に作る。畑の野菜は利用者と一緒に収穫しプラス1品料理で味わっている。時々おやつ作りも楽しんでいる。	菜園で育った野菜を利用者と職員と一緒に、収穫から調理まで行い1品に加えている。一人ひとりの力量に合わせて準備や調理・片づけを行い食事を楽しむ工夫をしている。	
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	毎食摂取量を記録。食事量や水分量の不足があれば栄養補給剤や嗜好品等で補っている。食形態も嚥下状態に合わせて刻みやミキサー等に変更しながら対応している。		
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、全員の口腔ケアを実施。ブラッシングのできる人、うがいならでできる人、ガーゼでの拭き取りが必要な人等能力に合わせて支援を行う。隣接施設の歯科衛生士や協力歯科医師のアドバイスも貰っている。		

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	可能な限りトイレでの排泄を支援。布パンツ・リハビリパンツ・オムツの着用を時間帯で使い分けしている。コストにも配慮しながら不快感なく過ごせる工夫を職員全員で検討していく。	排せつの動作やパターンを把握し、適切な支援を行うことで失敗やオムツの使用量を減らすことができている。夜間は、パット交換のみやポータブルトイレの使用、自立したトイレの見守り等一人ひとりに合わせた支援を行っている。	
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	個人の嗜好に合わせた乳製品を提供。お腹にいいオリゴ糖・きなこ等も利用。お腹マッサージも実施し便秘解消に取り組んでいる。頑固な便秘症の方は主治医の指示で緩下剤等を服用して調整している方もある。		
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	日中はいつでも入浴できる体制をとっている。本人のタイミングに合わせて1対1でプライバシーに配慮しゆったりとした気分に入って頂く。入浴剤使用や柚子風呂等で楽しみへの配慮も行う。	その日の用事や気分に合わせて、午前中に入浴したり午後になったり、希望すれば毎日の入浴も出来る。力量に合わせて着替えの準備や同性介助の配慮もしている。	
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	休息は自由にとっていただく。その日の体調に合わせてリズムを整える配慮を行っている。就寝時間や起床時間も自由。照明や空調など個人の習慣に配慮して気持ち良く眠れる環境を整えている。		
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	処方された薬は全職員で確認し合う。疑問があれば主治医や薬剤師に質問している。服用後の症状の変化は記録に残し主治医に報告している。薬の追加や変更時は特に注意を払っている。		
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	能力に応じた家事手伝いや趣味活動を支援。お一人おひとりにより多くの笑顔を引き出せるよう努めている。季節ごとの行事(花見・豆まき・ひな祭り・灰汁まき作り・盆団子作り・そうめん流し等)も企画して楽しんでいただいている。		
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	日中は希望に応じて施設近隣を散歩し気分転換している。月1回は全員でお出かけもしている。個別に家族とドライブや食事へ外出される方もある。職員がお手伝いして個別の墓参りや買い物等外出支援も行っている。	一人ひとりの希望に沿って、毎日の散歩や菜園での収穫・草むしり、日用品の買い物、絵画教室など戸外に出かけられるよう支援している。月1回はドライブに出かけ、個々で行きたい場所へは家族の協力を得るなどして支援している。	

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	以前は自分で管理されている方もあったが、現在、お金を所持している方はない。必要物品購入は全て立て替え払いをしている。買い物で支払い能力のある方にはレジで本人が支払えるよう支援している。		
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	電話ができる人は自由に掛けていただく。希望に応じてスタッフが段取りすることもある。手紙やハガキの代読も実施。毎年、年賀状は本人と職員が協力作成して投函している。		
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、	音・光彩・空調等心地よく過ごせる空間作りに努めている。季節に応じた壁飾り等利用者と一緒になつて楽しんでる。また、生け花は買った花だけでなく庭の花を摘んで活けたりすることでより季節感を感じられるように工夫している。	共用空間では必要最小限のものが整理整頓して置かれ、トイレや浴室はわかりやすく表示され混乱を招かないよう配慮されている。季節の花や飾り付けがテーブル・壁に置かれていて明るく、空調管理されている。	
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	食堂ホールの食事の際の席は決めてあるがそれ以外は自由である。ソファや畳に腰かけたり気の合う利用者同士で会話を楽しんだりされている。雰囲気察して職員が介入し居場所の確保を行っている。		
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	個人の持ち込みは自由である。居室内のレイアウトは本人と家族で行ってもらい本人が居心地良く過ごせる空間になっている。家族写真等で安心に繋がる工夫をしている。	居室は一人ひとりの身体状態に合わせて、過ごしやすいようトイレ付き、又は洗面台付きを選択している。使い慣れた家具や家族写真などを生かし、好みの配置で安心して過ごせる居室作りを支援している。	
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	建物内部はバリアフリーで手すりを設置。歩行能力に合わせて、杖や歩行車・車椅子を使用して出来る限りの自立した生活が送れるスペースを確保。居室やトイレ等は一目で分かるように表示をしている。		