

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	2470700754		
法人名	西野苑有限会社		
事業所名	グループホーム木もれび		
所在地	三重県 松阪市 西野町 457番地3		
自己評価作成日	平成23年8月10日	評価結果市町提出日	平成 23 年 10 月 14 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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2470700754&SCD=320&PCD=24
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	平成23年8月31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)】

事業所は松阪郊外の山里にあり四季の変化を肌で感じながら生活出来る環境にあります。周辺には森林公園、ベルファーム等自然を楽しむ施設もあり利用者の方は、四季の変化を楽しみながら生活されています。
ホームの裏には自家菜園があり昔ながらの作物作りや草取りなどを自主的に行ってもらっています。
職員と利用者は「介護する・される」の関係ではなく、お互い出来ないことを補いながら一緒に「ぬくもりのある生活」をしていくといった考えのもとで取り組んでいます。

【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)】

グループホームそのものが木造を基調としており、ぬくもりがある部屋と広い廊下があるユニットのグループホームは全体がゆったりとした設計になっている。同敷地内の別棟には通所介護・デイサービスが併設されており、入居者は心にやさしく射し込む木もれびのようなあたたかい暮らしをしている。また、事業所の自家菜園では季節の野菜をつくり、入居者と収穫の喜びを感じている。また、地区の定められた避難場所(小学校)の確認も行い訓練を行っているが、大規模震災時の高齢者等の一時避難場所として指定協力を市と結んでいる。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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

[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	スタッフルームのわかりやすい所に理念を掲示して日々意識して入居者と関わり、理念の文言にある「ぬくもり」を基本にその理念を実践できるようにしている。	「ぬくもり」を基本とした理念に、心にやさしく射し込む「木もれび」のような温かい家庭的な雰囲気とゆとりを持って楽しく過ごすことを実践している。	
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	老人会の会合に参加して施設の状況を話し交流させて頂いている。草刈りや相互のイベントで交流を図っている。近所の人から農作物の差し入れをもらったり、自農園の指導援助をしてもらったりしている。	日頃より地域の中に溶け込んだ事業所を目指し、地域の町づくり推進会議や老人会の会合・夏祭り等のイベントに参加し、地域との付き合いがより強くなるよう地域とのつながりを重要視している。	
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	老人会の会合に参加して認知症の人の理解や支援方法の講演をしたり、相談にのったりしているまた運営推進会議においても今後事業所の貢献できる事は何かを話し合っている。		
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か月に1度の運営推進会議を、自治会長(2町)老人会会長(2町)民生委員(2町担当)市職員包括支援センター職員で各種状況報告と意見交換をしてサービス向上につなげるようにしている。	2ヶ月に一度実施し、議題は夏祭りについて、中学生の職場体験、防災対策、サービスの実施状況など多様であった。しかし家族は時間的な制約から参加が少ないのが実情であった。	参加者について、できれば幅広い立場の人が参加する会議として利用者や家族等に呼びかける等お願いして会議に参加して頂くことが望ましい。
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に取り組んでいる	市担当者の来苑は運営推進会議の開催時のみであるが、必要時に市へ情報提供し指導して頂くようにしてサービスの質向上を努めている。又市高齢者サービス連絡協議会への参加により市との協力関係を築くように努めている。	運営推進会議及び連絡協議会の勉強会に市の担当者が出席し、意見交換や報告を行ない指導を受けている。勉強会の内容は当番制になっており、9月は当事業所がテーマを決めて行なわれる予定である。	
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	代表者及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理解しており、身体拘束をしないケアをしている。	施設長及び全ての職員が「指定基準において禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束ゼロケアに取り組んでいる。エレベータには暗証番号が必要だが、職員同行で利用をしている。	
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	管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について全員が理解できるように勉強会を行い、職員間でも折に触れ虐待行為のないように話し合い連携を密にし、注意を払っている。		

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
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	管理者や職員は、日常生活支援事業や成年後見制度について理解できるように勉強会を行っている。		
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	契約の締結、介助又は改定の際は利用者や家族等の不満、疑問点、希望を尋ね、リスクも含めた十分な説明を行い理解・納得を図っている。		
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	利用者や家族(意苑時)に声かけをして不満、苦情を聞く機会を設けている。又玄関に意見箱を設けて忌憚のない意見が、書けるようにしている。意見・不満・苦情は管理者・職員で検討して改善に努め、結果を発行している「木もれび通信」で表せるようにしている。	毎月発行の「木もれび通信」により入居者の暮らし振りや日常の様子を定期的に伝える努力を行なっている。また、家族の面会があった場合には、本人の近況を報告するなどして会話を持つ努力をしている。	
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	木もれび運営会議を毎月行っている。この会議には運営者、管理者、各部署の責任者が参加し意見の交換をしている。運営会議の前には各ユニット毎に会議を開き、運営会議で職員の意見を反映出来るようにしている。	各ユニット毎に会議を開き「木もれび運営会議」が毎月開催され、運営・施設に関する内容が話し合われている。意見等は、主任→施設長→代表者へと繋げ、それらを運営に反映させている。	
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(施設長)は頻繁に現場に顔を出し入居者や職員と言葉を交わしたり、職員個々に話し合う機会を作り日常的な悩みやストレス及び勤務状況を把握し各自がやりがいの持てる職場閉居の整備に努めている。		
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	社内研修会を年間計画を立て実行したり、各職員の力量に合わせ県の協会や市の協会の勉強会に職員が参加し働きながらトレーニング出来るようにしている。社外の研修の際はレポートを提出し全職員が閲覧できるようにしている。		
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	県の協会や市の協会に参加して同業者との交流する機会をもうけネットワーク作りや勉強会を通じてサービス向上させていく取り組みをしている。また実習生の受け入れもして地域の同業者との交流を出来るようにしている。		

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	事前面接で本人の生活歴、生活状況、本人の思いや不安要素等を把握し本人の立場になり求めていることを理解し悩みや不安を解消できるように工夫している。		
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	家族の思い、状況を確認し、不安の解消困難事項の改善に向けた支援の提案、相談を繰り返しながら信頼関係を深めていくようにしている。		
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	家族等の不安や困っていること、必要としている支援を見極め空床があれば緊急入所(ショート利用を含む)など柔軟に対応している。		
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	利用者は人生の先輩であるという考え方を、職員は持ち生活の知恵や歩まれた歴史を聞く機会をもち、学んだりお互いに支えあって生活する関係を築くようにしている。		
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	面会時に家族との対話を持ち喜怒哀楽を共有し、協力し合っって本人を支えていく関係を築くようにしている。		
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	馴染みの人の訪問時には「またきてくださいね」と声をかける等関係が途切れないように働きかけ来苑しやすいようにしている。日頃の本人の思いを聞き電話等で家族に伝え協力を得て馴染みの場所へ行くことができるようにしている。	入居前の住み慣れた家のその後を見に行ったり、元同僚の訪問を受けて懐かしくうれしいひと時が継続できるような支援をしている。	
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	みんなで楽しく過ごせたり、仲の良い利用者同士の関係が、うまくいくように職員が調整役となって支援している。日々の心理状態や気分、感情を注意深く見守っている。		

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
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	退所となり計約終了となっても、今後本人が最善のケアを受けられ家族の負担が軽減できるように相談に乗り支援に努めている。		
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	日々の関わりの中で話を伺って、把握に努めている。担当制を導入して本人の思いや意向を把握しやすい環境を作っている。又本人からの聴取が困難な場合は、家族や関係者から情報を得て本人本位に検討出来るようにしている。	日頃の会話の中で思いをくみ取り、可能な限り希望に沿うように努めている。自分の思いを伝えることが不十分な場合は個々の思いを出しやすいように寄り添い、言葉をかけながら本人の思いを聞き、その人らしい暮らしができるように努めている。	
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	入居前に訪問し、本人・家族・関係者等から情報を聞きとるように努めている。又入居後も本人・家族から生活歴・趣味嗜好・馴染みの暮らし方・関係等を日常会話を通じ聞き取り把握に努めている。		
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	アセスメント用紙を活用し利用者一人ひとりの生活リズムを理解すると共に、日々の行動・動作から身体状態、発言・表情から心理状態を感じ取り有する力等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	本人や家族から意見・意向を聞き又入居後は職員とも話し合いそれぞれの意見やアイデアを反映し介護計画を作成している。また長期・短期目標を設定しモニタリングを行い介護認定変更や状態の変化時以外は6カ月毎に見直しをしている。	家族同席でモニタリングを実施し、スタッフや家族の意見・意向を取り入れ、現状をふまえ6ヶ月に1回介護計画及び見直しが行なわれている。	6ヶ月に1回家族の意向や希望を聞いて作成しているが、介護方針が変更されたり見直しされた場合、介護における変化を明確化するためにも3ヶ月毎程度の見直しが望ましい。
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	個別カルテに健康状態、バイタル及び日々の生活、心理状態等を記録し職員が情報を共有できるようにしている。職員同士が気づきを話し合い業務日誌及び連絡帳に記載し申し送りを行い実践し介護計画の見直しに生かせるようにしている。		
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	本人や家族の状況、その時々要望に応じ空室があればショートテイに対応したり、本人が馴染みの場所となるように敷地内にあるデイサービスの利用に対応したりして柔軟な支援やサービスに取り組んでいる。		

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
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	地域の小学校とのふれあいや入居者の意向に合わせたボランティアへのきょうりょくを呼び掛けている。地域の警察、消防とも協力しながら支援している。文化面においても職員が付き添い鑑賞できしていただけるよう機会を設けている。		
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・家族の同意を得た上で協力医の2週間に1回の往診を受けている。本人・家族の望む医療機関がある場合は受診の支援をしている。専門医甲等での検査・治療が必要な場合協力医に紹介状を書いてもらい早期発見・早期治療ができるように支援している。	2ユニットで主治医(2名)かかりつけ医(16名)があり、かかりつけ医の往診が月2回・隔週1回ある。9月より皮膚科・歯科の往診が予定されている。	
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	介護職は日々の入居者の健康状態の把握に努め、その情報を看護職に報告し、変化があれば看護職に相談して適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
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。	入院時には医療機関に情報提供を行い職員が入院先の医療機関に出向き医師、看護師、家族を交え治療回復状況及び退院時期、退院後の介護における注意点等のカンファレンスを行い早期退院出来るようにしている。		
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	重度化・終末期(看取り)の方針があり入居時に事業所で出来ることを説明を行い、また早い段階から本人や医師との話し合いを行い全員で方針を共有してチームとして支援に取り組んでいる。状態の変化、急変した場合すぐに本人・家族の意思にそった支援が出来るように取り組んでいる。	主治医及び看護師(非出勤時)へ24時間体制で連絡や支持が受けられるよう支援をしている。重度化・終末期(看取り)における対応指針が作成され尊厳あるターミナルケアを目指している。	
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	日勤時、夜間時の緊急対応マニュアルを整備し周知徹底を図っている。消防署の協力を得て救急救命講習を実施し実践力を身につけるようにしている。		
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	定期的に消防署員の指導による総合消防訓練をお行っている。又自主避難訓練(2階からの避難等)を行い利用者の避難が出来るように訓練している。地域の消防団に災害時の協力を呼び掛けている。	消防署の指導により年2回火災訓練及び車椅子での災害訓練を実施している。同地区の避難場所は小学校が指定されているが、同事業所も市の避難場所に指定され風呂等の使用を提供し協力体制を築いている。	

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	全職員が入居者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねないような声かけの仕方や対応を心掛けた支援が出来るようにしている。	尊厳を守り、特に排泄時はプライバシーを損ねないような言葉かけや支援に心掛けている。市長から長寿を祝福された100歳以上の入居者を中心に人格と誇りを尊重している。	
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	声かけをして利用者が何をしたいのか本人が決める場面を作っている。(入居者との話し合いの機会を事あるごとにもっている)共同で何かをする時も本人の意思で参加してもらうようにして、押しつけにならないようにしている。		
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	食事移管等1日の生活の流れはもっているが、時間を区切った生活はしていない。散歩やレクリエーション等は一人ひとりの状態や意思に配慮しながら柔軟に対応している。		
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	理容・美容は家族の協力で本人の望む店へしてもらっている。また理髪店の協力で出張利用もしてもらっている。本人の望むその人らしいお洒落ができるよう支援している。		
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	食事の準備や片づけは入居者と職員が協力し合っている。日常の食事は委託業者に作ってもらうが、リクエスト昼食の日を設け好みの食事を一緒に作る機会を設けている。又外食に行き好みの物を食べる機会も設けている。	業者への委託で、調理済みの物が配達されている。利用者の重度化もあり、食事準備が一緒にできる利用者が少なくなってきた。	
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	毎食ごとに摂取量を記録し1日を通じて必要な栄養摂取が出来ているか観察し不足な時はその人が好む物を捕食してもら等して配慮している。いつでも自由にお茶が飲めるように工夫して水分補給できるようにしている。		
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	毎食後うがいの声かけをして利用者の能力に応じて見守りや、介助を行い口腔内の清潔保持に努めている。また義歯は就寝時洗浄消毒を行っている。		

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	日々の排泄記録を行い利用者の能力や排泄パターン、習慣を活かし気持ちよく排泄できるように支援している。失禁のある方もオムツの使用はせずリハビリパンツを使いでの出来る限り自立へ向けた支援をしている。	ポータブル排泄時、リハビリパンツの上げ下ろしや、できるだけトイレを使用できるような時間を見計らったトイレ誘導を心がけている。	
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	職員は便秘の及ぼす影響を理解しており、排泄チェック表に毎日の排泄の記録をして把握できるようにしている。散歩・運動等身体を動かす機会を設け自然排泄が出来るようにしている。また繊維質の多い食材や乳製品を取り入れ水分補給をするなど工夫している。		
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	入浴は職員の勤務時間により午後2時より4時の間で行っている。一人ひとりが、ゆったり自分のペースで入ってもらえるよう半数の人を1日交替で入ってもらっている。必要に応じてシャワー浴はいつでも出来るようにしている。	週3回の入浴で午後2時から4時の間に入浴をする。入浴拒否者には足浴をしたり希望で夜シャワーが使用でき、個々にそった支援をしている。	
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	起床、就寝時間は決めず一人ひとりのペースに合わせた支援をしている。昼間も自由に自室で休んでもらっている。		
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	個人カルテに薬剤情報や受診情報を整理し、職員が内容を把握できるようにしている。薬の処方や量が変わった時、本人の状態が変わった時は個人カルテ、日報、連絡ノートに記述し職員全員が解るようにし、看護師、主治医との連携をはかっている。		
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	一人ひとりの能力に応じた出来そうな仕事をお願いしている。入居者の知恵や経験をお聞きし役立つ場面を作るようにしている。草刈りや畑仕事、日々の家事、手芸や歌を歌うなど多岐に渡り支援している。		
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に支援している	ホーム周辺の散歩は希望に沿って行っている。季節を感じてもらえる周辺の公園やショッピングセンターにも出かけるようにしている。年に1回伊勢おかげ横丁への日帰り旅行をしている。家族の協力での外出も時々行っている。	月1回はショッピングを楽しんだり外出をしている。また、年1回は家族や地域の方に声をかけをし、おかげ横丁へ日帰り旅行をしている。	

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	お金を持つことを希望している入居者は少額をお財布に入れて所持してもらいショッピングセンターへの買い物の際自分で支払いをしてもらう。金銭管理が困難な入居者は職員が支払いを支援している。		
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	家族やその他先方へ迷惑にならない範囲で電話をできる雰囲気作りをしている。電話はスタッフルームにあり電話内容が他の入居者に聞こえないようにしている。日常的に入居者の希望に応じて手紙が出せるようにしている。		
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、居心地よく過ごせるような工夫をしている	玄関・廊下は広全体にく明るい。居間にはソファテーブルを置き入居者と一緒に制作した季節の作品があり自分たちで作り上げたインテリアの気分が味わえるようにしている。居間と食堂台所は一体になっているが食器を洗う音ご飯の炊ける香り等が生活館を感じてもらえ、居心地よく過ごせる空間になっている。	共用空間には利用者にとって不快の原因になるような物がないように配慮され、テーブルの上には大輪のひまわりが季節感を感じさせて、家庭的で親しみが持ちやすいような空間づくりを行なっている。	
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	居間には畳コーナーがありテーブルセット以外にソファを配置して一人になりくつろいだり、気の合った利用者同士が語り合い思い思いに過ごせるような空間造りになっている。		
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	各居室にはベッドと物入れ洗面台が設置され、洗面うがい等が自由にできるようになっている。物入れの上はテレビ台になっている。自宅で使用していたテレビ・椅子・テーブルタンス等も自由に持ち込め本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	入居時、使いなれた物やテレビ・仏壇が持ち込まれ、本人が安心して生活できるような工夫がされている。ベットは2種類準備しており、その人が使いやすい方を選んでもらっている。	
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	利用者の状態に合わせて、廊下、居室、トイレ等に手摺を設置したり、車椅子対応のトイレの設置をしその時の状態により安全に対応できるようにしている。又シルバーカー・歩行器等を個人の状態に合わせて利用し、自立した生活が送れるようにしている。		