

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	4270604152		
法人名	有限会社グループホームせいゆう荘		
事業所名	グループホームせいゆう荘	ユニット名	1号棟
所在地	長崎県五島市上崎山町430-1		
自己評価作成日	平成28年2月4日	評価結果市町村受理日	平成28年3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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般財団法人 福祉サービス評価機構		
所在地	福岡市中央区薬院3-13-11 サナ・ガリアーノ6F		
訪問調査日	平成28年2月25日	評価確定日	平成28年3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)】

理念を各職員がいつも意識しながら日々の支援に望んでいます。利用者さんはもちろんご家族とも家族の一員のように接しているつもりです。大自然の中で施設内に畑を作り物を作る喜びと大地に感謝しながら日々過ごしています。利用者さんとの会話を通じて笑いの絶えない明るい場を提供すべく努力しています。

【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)】

社長(施設長)は「高齢者が地元で生活できる場所を作りたい」という願いを込め、平成14年に「グループホームせいゆう荘」を開設した。「楽しい職場」「利用者本位」と言う思いも大切にしており、全職員の頑張りを高く評価されている。職員のアイデアは素晴らしく、手作りの杖置きや身長計、車椅子を置く体重計も手作り、色の識別ができない方には識別しやすい色の食器に変えたり、食べやすい深さの食器を利用する工夫が続いている。ご利用者の体型を把握し、車椅子とテーブルの高さを調整するための補助テーブルも作成し、食べこぼしが減った方もおられる。ラジオ体操も毎日行われ、ウォーキングも促し、適度な運動に繋がると共に、看護師が2人勤務し、異常の早期発見や主治医との情報交換を続けている。今後も職員の結束を強め、日々の楽しみを増やしていく予定である。

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)	○ 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

自己	外部	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	理念を職員全員が理解し念頭に置きながら日々介護に望み利用者さんが過ごしやすい環境作りに努め穏やかに過ごしてもらえるように努力している。	理念の通り、“互いに癒し 癒され”生活されており、ご利用者から癒して頂く事も多い。信仰の機会も作られており、“穏やかに”生活できるように努めている。ご利用者の言動や行動を丁寧に把握し、行動の背景を理解し、安らかな気持ちで過ごせるように努めている。	
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	少しずつ交流の場を設け改善している。日常的とは言えないが可能な限り利用者さんの体調や状態を考慮しながら交流の機会を設けている。	27年から「地域」を更に意識するようになり、地域の運動会、敬老会、避難訓練、草刈り、合唱大会等に参加している。職員の顔も覚えて頂き、地域の連絡網に入れてもらえるまでになった。運動会では「宝探し」の競技に参加し、楽しいひと時を過ごされた。	
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	認知症高齢者さんということで離荘も多く利用者さんの顔を認識してもらうため地域の駐在さんに写真付きの名簿を届け地域の協力を得ている。		
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	運営推進会議で家族の意見や要望は聴取しサービスに取り入れたり、逆にこちらから意見を投げかけたり制度変更時はしっかり説明しサービスの実情を伝えている。会議で得た意見は他の職員にも文書で伝えている。	2ヶ月に1回、開催している。家族と地域の方、市職員の方が参加して下さり、ホームの様子や避難訓練の報告、外部評価の結果報告などを行っている。家族招待行事(納涼祭等)の時に合わせて会議を行い、家族の方が参加できるように努めている。	
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	運営推進会議の時サービスの取り組みを説明し理解し理解や意見指導を頂いている。事故発生時の報告。	社長や管理者が本庁に行き、更新届けや事故報告を行うと共に、看取り支援に関する相談なども行い、親身に対応して頂いている。運営推進会議では市の方が「介護保険負担割合証」や「マイナンバー」の説明をして下さったり、季節に応じて食中毒等の話もして下さっている。	
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「介指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	身体拘束禁止の意識は職員全員に理解してもらっているが安全のため更に命を守るため必要な場合もある。施錠は一定時間のみ。	身体拘束や虐待について勉強会が行われ、薬に頼り過ぎず、日々の寄り添いや職員の見守りを行い、身体拘束の無いケアを続けている。帰宅願望がある時は行動の背景や時間帯を分析し、感情が不安定な時も寄り添いを続け、ご本人の安心に繋げている。	
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	虐待防止の意識を持ち注意を払っている。そして言葉による虐待という点でも言葉遣いに注意し介護している。利用者からスタッフへの逆虐待もある。		

自己	外部		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	必要に応じ本人の希望を取り入れ活用の支援に取り組んでいる。成年後見は1人、権利擁護は1人利用中。		
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	契約書に沿って説明し理解を得ている。		
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	苦情受付や運営推進会議又は来荘時の面談を通じて意見・要望等を聞き施設長を始め職員全員で話し合い運営に反映している。	担当者が毎月のお便りで状況報告している。面会時にも家族に報告し、要望や不安を伺うようにしている。家族会も続けており、家族同士の交流の機会になっている。ホームの行事を楽しみにされている方も多く、行事予定を早めに伝えるようにしている。	
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	その時の労働状況に応じて業務内容等対応していくための職員の意見や要望を聞き入れ利用者さんに影響のない体制に対応している。	職員が気付いた事やアイデアは、会議の中で共有している。管理者、ケアマネを中心に、職員同士の結束は強くなっており、食事作りへの意見や介助方法の意見も上がり、最適な方法の検討が行われている。	ユニット毎の課題が見られているが、「様子見」になる場合もある。明確な対応（方向性）を共有すると共に、会議で決まった事を全職員が実践する方法を検討していく予定である。
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	行っていない。職員間での押しつけや上下関係がある。自分より立場が上の人がいないと怠ける人もいる。		
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	外部研修には参加している。内部研修の機会を増やす努力が必要だが現状では困難。		
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	同業者との交流はない。		

自己	外部		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	サービス提供する上で大事なことなので本人・家族との会話を通じて信頼関係を築いている。		
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	利用相談の段階で在宅での家族の介護上の問題等を収集する。		
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	職員間で話し合って意見交換をしている。		
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	共に考え行動しながら利用者さんの変化に気づいたら他職員と変化を共有し同じ方向性で見守ったり、寄り添ったりしている。		
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	本人を支える家族も高齢化していたり、仕事を抱えていて県外という遠距離であったり、多忙だったりで顔と顔を合わせられる機会が少ないのが現状でお便りで1ヶ月の様子を伝えたり面会時に日常の様子を伝えたりしている。問題発生時は素早く密に連絡をとり時にはご家族に問題を解決してもらおう事もある。		
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	ドライブで馴染みの場所を訪れたりしている。面会者は快く受け入れている。	行きつけの理髪店に職員が送迎したり、馴染みの美容師が送迎して下さる所もある。神父様が毎月来られ、お部屋でお祈りして下さり、お寺には職員が送迎し、信者の方々と会える機会になっている。病院の待合室でも馴染みの方と交流している。	
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	自然と利用者さん同士助け合い、心配したりもしている。食事がすすまないとないと声をかけている。職員はそれを見守っている。		

自己	外部		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	長期入院になって契約が終了になることが多い。家族からの相談がある時は対応している。		
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	残存機能を生かし自立支援している。意思表示が困難な利用者が増加している現状で日頃の会話を通じて収集・確認している。	団欒時や入浴時などに、ご利用者の思いを把握するように努めており、ホーム独自のアセスメント様式(できる事・できない事)に記録している。「家族と過ごしたい」と言う真の思いに寄り添い、ホームでできる支援(寄り添い)を続けている。	
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	入所時情報として捉えるようにしている。家族面談時不足分の情報を得る。		
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	個々の性格を日課に利用している。		
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	1/月のケア会議はもちろん日常における意見は都度反映するようにしている。	“できる事・できない事・ケアのポイント”を記載した3表(日課表)は職員が原案を作成し、ケア会議で共有している。趣味や活動、信仰等も把握し、洗礼名等も記録している。健康管理やリハビリの視点も計画に盛り込まれ、実施状況は「医療・生活の記録」等にまとめている。	今後も引き続き、職員全員で計画内容を共有する予定である。毎月の会議で介護計画やモニタリング用紙等を提示すると共に、支援経過のファイルに閉じこみ、計画に即した記録ができるように努めていく予定である。
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	利用者さんが発した言葉や事実を記録し憶測等は記入しないようにしている。		
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	利用者さんそれぞれ家庭背景が相違しているので思うように協力を得られなかったりするがそれぞれの立場に立った支援をしている。		

自己	外部		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	心の支えとして信仰の継続を支援している。1/月の神父様の訪問やお祈り・お墓参りやお寺参りの支援など。		
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	入所当初はご家族の希望を取り入れかかりつけ医とのつながりを維持する方もいるが体調異変を機に施設連携医療機関に変更するケースもある。その際はご家族と相談しながら行っている。	往診可能な医師もおられる。通院介助は職員(看護師)が行い、毎月のお便りや面会時に家族に報告している。昼間の早期対応を心がけ、24時間体制でホームの看護師(2人)に相談でき、職員の安心になっている。	
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	利用者の異変は素早く看護師に伝え迅速な対応を心掛けている。職員は入浴時など変化に気づく事が多く都度対応している。		
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。	入院期間は1週間以上が多く長期になる場合は定期的に医療状況を主治医に聞いて安定次第早期退院に努めている。		
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	入所時重度化や終末期における意見・希望をご家族や本人に確認するが入所時は考えたことがないとかわからないというケースが多いが日々を過ごすうちに家族の考えも変化が生じる。現状では医療機関での最後を迎えるケースが多いがご家族との面談を重ねる中でご家族の希望に沿える対応を行うようにしている。	「最期はここで」と願う方もおられ、可能な限り、支援をさせて頂いている。体調に変化が生じた場合は、主治医からの指示も頂き、医療機関への入院も検討されている。看護師が2名勤務し、24時間の対応も可能であり、往診が必要な時は、随時、主治医との話し合いをしていく予定になっている。	
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	全職員が対応できる状況ではない。アクシデント発生時の基本的な事ができていない。緊急時に備え吸引チューブを設置しているがデモンストレーション的なことは行っていない。		
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	火災訓練は2回/年行っている。災害マニュアルの作成により避難時の役割分担も行っている。素早く安全に避難できるように地元の避難訓練にも利用者さんと参加し危機感を感じてもらっている。	ご利用者と職員、防災業者、消防署と訓練を行い、27年は夜間想定訓練が行われた。災害時は地域の消防分団長に連絡が行き、協力体制ができており、ご利用者の名簿や施設内見取り図を渡している。スプリンクラーも設置し、各居室の入り口には、避難済みの時に下ろすピンクのカードも貼っている。非常食や飲料水以外に、各利用者に必要なもの(吸入、飴など)を入れたリュックも準備している。	今後は消防団も一緒に訓練していきたいと考えている。現在は「夜間想定」で昼間に訓練を行っているが、夜間の暗い状況での避難場面を確認し、課題を見つけていくと共に、車いすの方が安全に避難できるように屋外を整備(バリアフリー化)する予定になっている。

自己	外部	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	出来ていると評価している職員が多いが一人でも言葉遣いが悪いと感じていれば他の職員の出来ているは崩れると思う。出来ていると思う職員は相手の目を見て話しかけているとか笑顔を引き出す様話しかけているなど。男性には姓で女性には名で呼びかけている。	ご利用者への声かけの大きさや言葉遣い等、気になる時は施設長や管理者、ケアマネから職員に伝えている。排泄時の声かけや着替えの誘導は小さな声で行い、「○○しなはれ～」などの丁寧な方言を使うように心がけており、必要に応じて注意が行われている。	
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	排泄の介助でも「行きましょう」ではなく「行きませんか？」と声掛け自分で決めてもらっている。本人の希望は極力支援し自己決定できない場合でもすぐには決めないで話を聞いたり、アドバイスしてゆっくり考えてもらい決定を促す。		
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	一人一人のペースを大事にしたいが重度化してる人が優先になってしまう。人員・時間の都合で出来ない事もある。全員の希望には沿えない。		
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	女性は特に髪型など気になるので起床時は声掛けしている。衣類購入時はできるだけ本人を同行し自己決定してもらっている。季節に合った服装ができない人もいたのでアドバイスしている。		
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	利用者さんの能力に合わせて行っている。それぞれ好き嫌いがあるので対応している。食事形態も個別に行っている。食べられないときは代替え食材を提供している。	味や香り、彩りを大切にされている。ご利用者に食べたい物を伺い、ステーキ、餃子、チャンポン等の好物も作られている。かんころ餅を近所の方から頂く事も多く、庭先のツワを採り、ご利用者がツワの皮むきや“ごぼうそぎ”をして下さっている。	
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	利用者さんの食事摂取量をチェックし状態に応じて刻んだり、つぶしたりして食べやすくしている。献立はあるが食べたい物を聞き希望に応じて提供している。		
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	出来ている。口腔ケアは毎食後に行い1日の終わりには消毒している。出来ない人は介助する。口腔ケアすることで感染症の予防にもつながる。		

自己	外部		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	おむつはなるべく夜間のみ使用にしている。トイレで排泄したいという意思を極力尊重している。排泄を訴えない方もいるので時間毎の誘導を行い失禁を減らしている。排泄にかかる費用も結構負担になる。	布の下着を利用し、トイレで自立している方もおられる。パッドの必要性や大きさの選定も個別に検討している。意思疎通が難しい方は顔の表情やしぐさに留意し、トイレに誘導しており、入院時におむつを使用していた方も、退院後はおむつを外す事ができている。	
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	排泄チェック表で排泄状況を確認している。物忘れから排便確認が困難な場合もありトイレから出てくるたびに問うて確認している。毎日の牛乳飲用に加えオリゴ糖を併用しスムーズな排泄を促している。毎日ラジオ体操を行い歩行可能な方にはウォーキングも促し適度な運動を行っている。		
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	入浴日は決めているが本人の希望があればいつでも入浴できる。それ以外でも失禁による汚染があれば入浴し清潔保持に努めている。	日曜以外は毎日入浴でき、入浴の順番も平等にしている。湯船に浸かれるように支援しており、職員との会話を楽しまれている。お湯の準備からできる方もおられ、自分のシャワーやタオルを愛用されている。入浴拒否の原因も把握し、安心して入浴できる方法を検討している。	
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	休息場所として畳やソファで自由に過ごしてもらっている。昼夜逆転予防のため日中はなるべく活動を促す。体力に応じて短時間の臥床を心がけている。		
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	全員が服薬の目的や用法・用量を理解しているとは思えない。誤薬防止のため3回確認するようにしている。時々思い込みで薬箱から取り出したり、誤セットしてこともある。各利用者さんがどのような既往があつてどのような薬を服用しているのか把握できてない職員もいる。		
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	利用者さん各々に役割分担や適正があり中には積極的に取り組み責任感が芽生えている。意思表示ができる方は満足される。		
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	一人一人の希望に沿えないので2回/月買い物日を決めスタッフが同行している。逆にスタッフの買い物と一緒にでかけたり気分転換に喫茶店にコーヒーを飲みに出かけたり四季を感じてもらうためにドライブに行ったり好天時には施設周辺を散歩したりしています。	玄関先の椅子に座り、海を眺めながら日向ぼっこをされたり、ホーム周辺の散歩を楽しまれている。車いすに対応した車があり、ドライブや買い物、花見等に行かれている。喫茶店にお連れしたり、馴染みの雑貨屋で果物を買われている。希望に応じて、故郷に外出された方や、家族の協力でお墓参りに行かれた方もおられる。	

自己	外部		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	自己管理を希望する方尊重している。施設で預かり管理している方は買い物時お金を渡して支払う体験を支援している。		
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	不穏行動時電話を希望する人がいてその時は状況を見極めて対応している。自ら電話をかけられるかたはいない。希望されれば職員が電話を取り次ぐ。		
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	構造上の問題が多く物を必要以上に置かないようにしている。玄関先や窓際に椅子を置いて陽や風に直接触れて過ごせるスペースを設けている。	カーテン等で光の調整を行い、換気もしている。リビングや廊下から外の景色を眺める事ができ、料理の音や香りを感じながら、のんびりと過ごされている。畳で洗濯物をたたまれたり、一緒に掃除をされており、掃除機のコードを持って下さる方もおられる。廊下のソファに座り、利用者同士で団欒されている。	
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	ソファでテレビを観ながら自然と自分の席が決まっている。他者が侵入するとトラブルになることもあり注意して見守っている。		
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	馴染みのものを持ち込んだり、ポスターを貼ったりして落ち着いた空間を作っている。本人が使いやすく設置しているものは危険性がない限り動かさない。	ロザリオやマリア像を大切にされており、居室で神父様とお祈りしている方もおられる。仏壇や遺影を置かれ、家族の写真やぬいぐるみ等も飾られている。ご利用者や家族と相談しながら家具の配置を検討し、居心地良く過ごせるようにしており、部屋の掃除をされる方もおられる。	
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	車椅子の利用者さんが増えスペースが狭く感じるときもあり手足等を挟まないよう注意して見守っている。自力で起き上がる方にはベットサイドに手すりをつけて起き上がり時に安全に動けるよう支援している。自室がわからない方には表札や顔写真を掲示し対応している。		