

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	4290101460		
法人名	社会福祉法人 神楽会		
事業所名	グループホーム夕陽が丘		
所在地	長崎市大浜町543番地5		
自己評価作成日	平成31年1月17日	評価結果市町村受理日	平成31年4月16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.kaigokensaku.jp/42/
----------	---

【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 福祉総合評価機構
所在地	長崎県長崎市宝町5番5号HACビル内
訪問調査日	平成31年2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)】

当ホームは、「何もしない」事を大切にしながら利用者の方々と生活をしています。「何もしない」とは、ホームや職員が作ったルールに当てはめないという事です。今までの生活習慣や生活のリズムを大切に、9名の方が9通りの生活を送られています。「大家族をつくろう」を理念としており、利用者、家族等、職員が喜怒哀楽を共にしながら、本当の家族のような関係が築けるよう努力しています。

【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)】

職員は、利用者の生活のリズムや好みの場所を尊重するケアを心掛けており、起床の時間や日中の過ごし方については自由である。利用者の健康管理の面では、かかりつけ医や協力医、歯科医の往診、訪問看護ステーションによる定期的な訪問により、家族や利用者にとって安心できる環境にある。また協力医との連携を密にし、看取りにも積極的に取り組んでいる。法人本部では、毎月各種委員会を開催し、各施設から管理職の職員が出席しており、そこで学んだ事項を職員にフィードバックすることで、常に最新の情報を得ることができる恵まれた環境にある。また毎日申し送りのメールを代表をはじめとして全職員に配信していることは、特筆すべきである。理念である家族のように利用者が暮らすことができるよう職員全員で取り組んでいるホームである。

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	大家族を作ろうの理念のもと、その人らしさ、人とのつながりを大切にする介護方針をつくり、職員は就業前には理念を読み上げ勤務を開始し、理念の実践に取り組んでいる。	理念とそれに基づく介護方針5項目を玄関に掲示し、出勤簿にも表記している。職員は出勤時に各自復唱し意識付けしており、利用者を人生の先輩として敬い、自分の親を思う気持ちで支援している。利用者が自分のペースで安心して暮らせるよう、職員は理念を共有して実践に努めている。	
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	社会福祉法人へ変更。管理者の変更もあり自治会、地域への挨拶まわり行っている。	自治会に加入しており、地域情報は回覧板を通して得ている。今年度、母体法人変更により管理者交代の挨拶廻りを行っている。職員と利用者は、買物の際、近隣商店を利用しているが、地域の祭りへの利用者の参加や保育園児の訪問、職場体験受入等、双方向の交流が減少している。	利用者が地域と繋がりがりながら暮らすことができるよう、ホームがその基盤を築くことが重要である。今後、双方向で地域交流の場が増えるよう取組みに期待したい。
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	自治会や地域ネットワーク会議にて、介護の相談窓口を設けていることの発信を継続している。 今年度は地域の方からの相談はなかった。		
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	事業所の現状を報告行っている。 法人変更などに伴い開催出来ていないことがあった。参加人数少なく、今後人数増やす必要あり。	運営推進会議は、市担当職員、家族代表、職員参加で、活動・予定報告、利用者状況、その他質疑応答などの意見交換がある。ただし、参加メンバーが少ないため、会議で出た意見をサービス向上に活かすことができていない。また年6回の開催には至っていない。	管理者交代により、引継ぎ不足の感も否めないが、参加協力者を増やし、参加者以外の家族への周知を含めて、会議を年6回開催し、ホームへの理解を深めることに期待したい。
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に取り組んでいる	事業運営、介護保険や生活保護に関する相談問い合わせを日常から行っている。防災訓練に関しても担当課や消防署との連絡をとる。	管理者は、行政担当課にホームの運営に関する報告や不明点を問い合わせしている他、利用者に関する必要書類をへ提出している。防災訓練に関して、消防署や行政担当課と連絡を交わしている。行政から案内がある研修は受講し、協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	毎月本部にて身体拘束廃止委員会開催しており、各部署の報告行い、身体拘束を行わないケアに努めている。身体拘束に関する指針をスタッフで情報共有行っている。	「身体拘束等の正常化のための指針」「身体拘束廃止マニュアル」がある。毎月、本部にて副主任以上の職員による事例検討会がある。新人職員には管理者がマンツーマンで指導し、共通理解のもと身体拘束のない支援に取り組んでいる。日中施錠はなく散歩など気分転換を図っている。	
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	常に虐待に対して意識を持つよう指導行っている。虐待につながる行為、発言に関してはその場で指導行い、虐待を防止する対策を行っている。スタッフミーティングでも虐待に関する話し合いを行っている。		

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
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	必要に応じて利用者家族と一緒に市町村担当者や裁判所担当者と話し合い支援を行っている。		
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	契約時は疑問、不安に思っている点を確認を行い、契約行っている。法人変更に伴う契約書の変更も行っており、書面や電話での連絡を行った。 不明点などの問い合わせもなくスムーズに行えた。		
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	利用者からの意見要望は、朝の申し送りや夕方に全職員に配信行、申し送りメールを活用している。日々のケアや出勤していない職員への情報共有に努めている。家族意見に関しては面会時や電話連絡にて確認している。	家族の要望は、直接聞き取る他、遠方の家族には電話で聞き取っている。飲み物について希望が挙がっている。利用者や家族の意見・要望は、申し送りノートや一斉送信メールを活用して、職員の共有を図っている。メールは代表を含む全職員を対象に毎日夕方に送信している。	
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	職員ミーティングを毎月1回開催し、職員全体で話し合いを行っている。全職員の意見を汲み上げ、ケアに生かす努力を行っている。	月に1回の職員ミーティングで、業務改善の検討を行っている他、代表と管理者との面談を定期的に実施している。職員の意見は、管理者を通じて本部に伝え、エアコンの購入が実現している。職員に対して人事異動に対しての希望も聞き取っており、運営に関して職員の意見を反映するしくみを構築していることが窺える。	
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	本部の代表者と管理者による話し合いを月1回行っている。職員の意見を反映し働きやすい職場環境や条件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	外部研修パンフレットの掲示による参加案内行っている。業務内での個別指導を行うようにしている。		
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	グループホーム連絡協議会に所属しており、同業者と交流する機会を作っている。勉強会などの活動を通じて、サービスの質を向上させていく努力を行っている。		

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
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	利用開始までの間に、必ず本人と会いを困っていること、不安なこと、要望等を本人の要望を聞く様に努めている。、本人の安心を確保する関係づくりを行っている。		
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	利用者本人の前では話づらい内容や要望などを、家族等から聴く機会を設け、関係づくりに努めている。		
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	相談の時点で、グループホーム利用が適切でない場合には、他事業所や他のサービスについての情報提供を行い、適切な環境作りを行っている。		
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	「大家族をつくろう」を理念としており、暮らしを共にする者同士として利用者、スタッフで喜怒哀楽を共にし支えあう関係を築けるよう常に努めている。		
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	「大家族をつくろう」という理念のもと、本人と家族、職員も含めた絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築けるよう常に努めている。		
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	必要以上の面会や外出の制限は行っていない。いつでも本人にあえる環境づくりを行っている。 家族以外の知人なども面会も多くあった。	職員は、浴室や居室での利用者との会話から、大切にしている人や場所について聞き出している。面会には家族の他、親類や職場の友人が訪れている。正月に外泊したり、誕生日に家族と外食する利用者もいる。新聞を複数紙購読したり、年賀状を書く利用者もあり、生活習慣を尊重する支援を行っている。	
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	利用者同士の関係を確認し、座席調整や、家事の役割分担を行っている。利用者が一人にならず、いろんな利用者と関われる支援を行っている。		

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
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	利用終了後も相談頂くことが多い。当施設が いいとの本人や家族の要望あり、入居される方もいる。		
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	本人の暮らし方や家族からの情報も活かし、希望や要望の把握を行い、利用者主体の暮らしができるよう検討行っている。	入居前に生活歴や不安に感じることを聞き取っている。入居後、職員と1対1になった際に聞き取ったことは記録に残し、職員間の共有を図っている。難聴の利用者にはホワイトボードを活用している。起床時間は自由であり、リビングのお気に入りの場所で一人過ごす人もおり、各利用者の気持ちを尊重し支援を行っていることが窺える。	
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	相談時、利用開始後も利用者本人や家族に協力いただき、これまでの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、サービス利用の経過等の把握に努めている。		
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	「大家族をつくろう」という理念のもと、利用者との信頼関係を築きながら、現状把握に努め、現状情報は申し送り等で職員全員が共有できるよう努めている。		
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	家族や関係者の面会時に、職員により現状報告を行っている。意見を頂き、本人を含めての課題やケアの見直しを行う。職員での話し合い、申し送りノート等を活用し、職員ミーティングにて検討内容を話し合い介護計画へ反映している。	長期目標1年・短期目標6ヶ月である。契約時にケアマネージャーが本人と直接面会し、事前情報と現状を見極め暫定プランを作成し、3ヶ月を目途に介護計画を作成している。毎月モニタリングを実施し、チェックを随時行う体制である。家族の意向は面会時や電話で尋ね、6ヶ月で見直し、本人・家族の承認を得て実践している。	
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	日々の様子やケアを実践した結果、気づき工夫を個別記録を記入し、気づき工夫については、申し送りメールへの記載や朝の申し送り、職員ミーティングにて取り上げ情報共有や介護計画の見直しに生かすように取り組んでいる。		
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、その時々にも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	その時に必要な物、必要なサービスを提供できるように努めている。		

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
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	地域資源の把握に努め、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。		
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	本人や家族が希望する医療を提供行っている。緊急時や必要に応じて往診や受診などで対応行っている。	入居時にかかりつけ医の継続か協力医への変更か、希望を聞き取っている。協力医やかかりつけ医及び歯科医の往診により、健康管理を行っている。また、週1回訪問看護ステーションの訪問がある。内科、歯科以外の受診は家族が同行し、結果報告を受け、職員も共有している。緊急時に備えマニュアルを整備し体制を整えている。	
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	訪問介護との契約行っており、週一回往診を行っている。職員が不安に思っていることをいつでも相談できる状況であり、適切なケアへと繋がっている。特変時にメールなどでの報告を行っている。		
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。	入院時には問い合わせ行い本人に状況確認行っている。病院での面談なども行っており、退院後に本人や家族の不安ないよう努めている。		
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	医療関係者などとカンファレンス行っている。本人や家族の希望も確認し、職員が看取りケアに対し不安がないよう対応行っている。	”重度化した場合における対応に関わる指針”を基に契約時に家族へ説明している。利用者の段階的な状況に応じ、主治医や家族、職員で話し合い、家族から正式に同意書を得ている。職員は、協力医と看護師による看取りに関する研修を受け、不安を軽減している。職員は葬儀に参列後、反省会を行い、看取り支援の意識を高めている。	
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	急変時などのマニュアル作成行っており、連絡手順など記載している。どの職員でも対応できるよう工夫を行っている。		
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。	消防署の協力により、日中・夜間の初期消火、通報、避難行動を把握できている。避難訓練も毎月行っている。	毎月、夜間想定を含め火災訓練を実施しており、警備会社とも契約がある。消防署立会い、昼間想定火災訓練を年1回実施し、総評における指摘には早急な改善を図っている。水や4日分の食料を備蓄している。また非常持出品を整備している。ただし、訓練への地域住民の参加がない。	火災の際は、利用者の見守り等近隣住民の協力が不可欠である。住民の高齢化により、訓練参加が望めない状況であるため、地域消防団や警備会社への働きかけ等新たな関係づくりに期待したい。

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	
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	利用者の誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応に関しては、すぐに注意指導を行っている。必要な場合は個別にて指導行う。	職員は、守秘義務について誓約書を提出している。介護方針に”人生の先輩であることを忘れません”とあるように、利用者には必ず敬語で接するよう管理者は職員を指導している。利用者の介護記録等の書類は、事務室に保管している。ただし、おむつやパッドを袋のまま置いている居室が複数ある。	利用者の羞恥心に配慮し、おむつやパッドは、目につかないよう保管方法についての検討・取組みに期待したい。
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	職員は、本人の希望や思いを発信しやすい雰囲気・関係作り、行動言動への理解と自己決定への支援を行っている。		
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し、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	職員が決めるのではなく、利用者本人が希望することを大切にしている。		
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	本人の希望に沿った支援を行うようにしている。		
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	現在調理を行える状態の利用者がおらず、食事の準備や後片付けは行えていない。	ホームでは現在、配食サービスを利用しており、朝食と汁物のみホームで作っている。利用者によっては、お茶にもとろみ剤を入れ、誤嚥を防いだり、嫌いな食材は代替食に変える等個別に対応している。家族と外食する利用者もいる。正月の重箱のお節や誕生日のケーキなど、食事が楽しいものとなるよう工夫し提供している。	
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	かかりつけ医などに相談行い、個々に応じた食事の提供行っている。		
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	1日に2回、口腔ケアを行っている。訪問歯科による指導なども実施しており、利用者の能力に応じた支援を行っている。		

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	利用者の排泄時間と量を表へ記録している。利用者の能力や状態、排泄パターン、習慣を把握して、排泄の自立へむけた支援を行っている。	現在、利用者の状態は自立している人、おむつ利用の人、夜のみポータブルを使用している人とさまざまである。日中は、トイレに行くという意思を示す人が少ないため、パターンチェック表を活用し、職員が声掛けし誘導している。便秘にも注意し、医師の処方による薬を体調に応じて使用している。	
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	水分や繊維物の適量摂取をしていただくようお願いしている。医療連携機関への相談により、内服薬、漢方薬を使用することもある。		
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	入浴日(曜日)を設定している。入浴日には利用者への入浴の声かけを行う。本人の希望に沿って行っている。設定日以外でも入浴の希望があれば入浴できるようにしている。	入浴日は週3回を設定しており、希望があれば設定日以外も入浴は可能である。同性介助にも対応している。浴槽に浸かることのできない利用者には足浴とシャワーを組み合わせ、寒くないよう工夫している。入浴時は、職員が1対1で利用者の話を聞き取る貴重な時間でもある。	
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	利用者の生活習慣や状態に応じて、休息や安眠への支援を行うようにしている。		
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	処方薬情報を利用者別にファイル整理しており、職員それぞれが効用や副作用等を確認するようにしている。薬の変更情報は、往診記録、申し送りメールにて職員全員が確認するようにしている。		
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	利用者の能力に合った役割分担をしている。嗜好傾向や楽しみごとを把握し、その人らしい生活を過ごせるように支援している。		
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	散歩等への外出制限は行っていない。本人や家族の記念日などで家族と外出された方もいる。	利用者は職員と一緒に、近所の商店やスーパーマーケットに菓子や果物を買出しに出掛けている。家族と食事に出掛けたり、知り合いとドライブに出かける利用者もいる。介護度が高く外出できない利用者も多いため、ランタンフェスティバルや花見に行った際の様子をテレビに映して鑑賞する工夫もある。	

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	紛失等のトラブルの原因となるため、金銭の所持は許可していないが、必要物品や嗜好品の購入には制限を設けていない。購入はホームにて立替払いを行い、後日、利用料金と共に請求している。購入の前に、家族等に了解をとる。		
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	適切な支援行っている。		
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	リビングには大きな窓があり、窓の外には庭や自然の草木見える。建物の向きを工夫して直射日光は午前中の限られた時間にしか入らず、不快な光が入らないようにしている。車道より高台に建物があるため、車の騒音も気にならない。	リビングから見えるプランターの花や風景で季節を感じることができ、日差しはカーテンで調節している。壁には、職員によるデザイン画や季節の塗絵を飾り、明るい空間となっている。利用者は、和室の炬燵で寛いだり、リビングにてテレビを見て過ごす人が多い。職員による空調管理と隔日の清掃により、居心地のよい空間となっている。	
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	リビングの隣に和室を設置する等、利用者が自由に使える共有空間を確保している。		
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	本人が使い慣れた家具など、危険物以外の持ち込みには制限を設けていない。居室では居心地よく過ごしていただけるよう支援を行っている。	ベッドやクローゼット、箆箭以外は、利用者が落ち着けるよう持ち込みは自由である。遺影と共に思い出の湯飲茶わんや化粧品、写真、日記、ぬいぐるみなどがあり、利用者の思いが詰まった居室となっている。職員による清掃、空調管理、週1回シーツ交換するなど、利用者が気持ちよく過ごせるよう配慮している。	
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、利用者の能力を活かして、安全に、できるだけ自立した生活を送っていただけるような環境作りに努めている。		